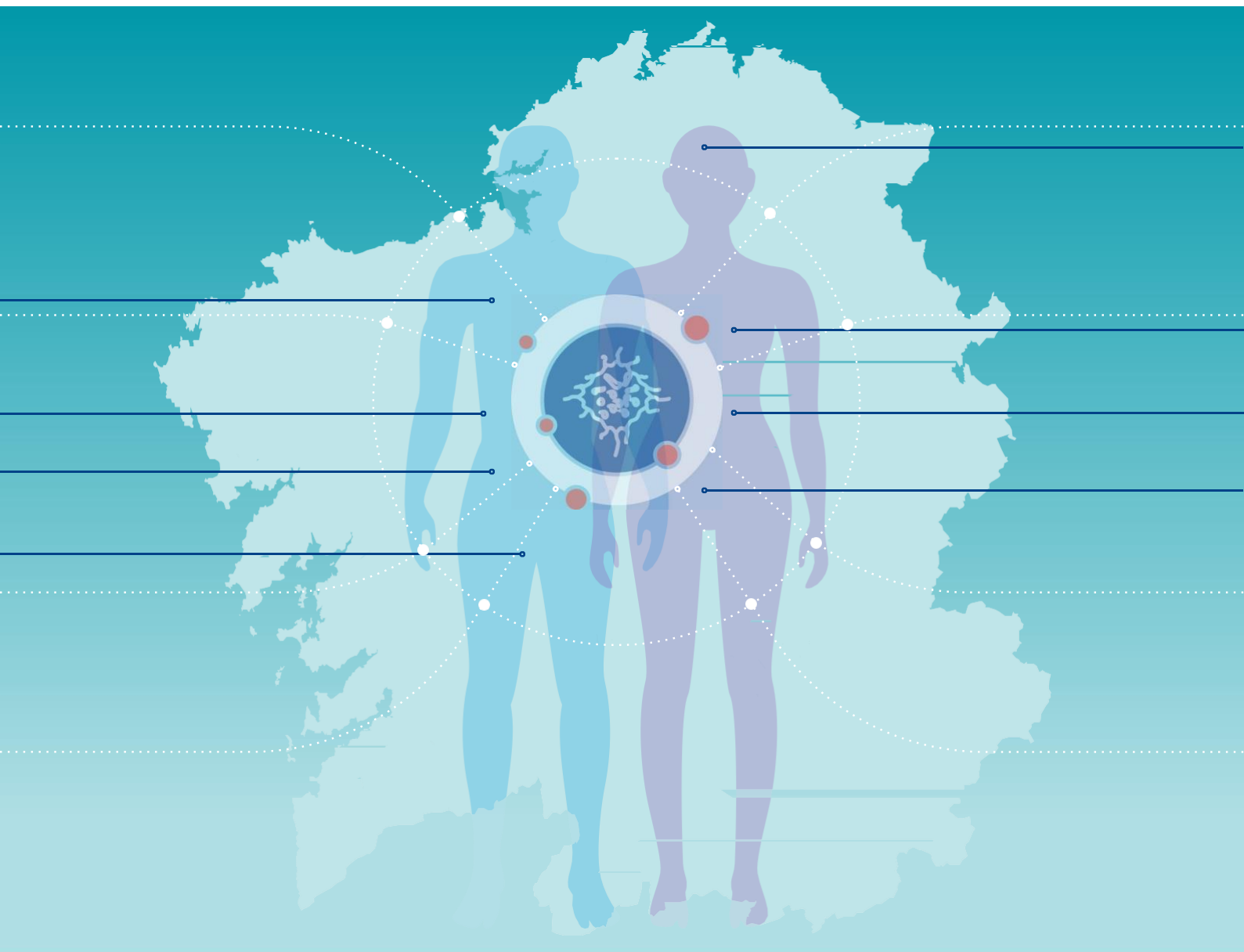


Análisis descriptivo del paciente con cáncer en Galicia

Actividad en el ámbito oncohematológico 2016-2020



Análisis descriptivo del paciente con cáncer en Galicia

Actividad en el ámbito
oncohematológico 2016-2020



XUNTA
DE GALICIA

Análisis descriptivo del paciente con cáncer en Galicia

Autores: Equipo de trabajo.

Editado por: Servicio Gallego de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Subdirección General de Atención Hospitalaria.

Lugar: Santiago de Compostela, 2022

Diseño gráfico: Daniel Gibert Cobos - www.dfad.biz



Los contenidos de este informe “Análisis descriptivo del paciente con cáncer en Galicia” están sujetos a una licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra derivada 4.0 Internacional.

Los usuarios pueden copiar, distribuir, mostrar y reproducir solo copias directas del trabajo con fines no comerciales y dentro de los límites que se especifican en la licencia.

Puede consultar la licencia completa aquí:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.gl>



Coordinación:

Raquel Vázquez Mourelle. Subdirectora general de Atención Hospitalaria. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Silvia Suárez Luque. Subdirectora general de Programas de Fomento de Estilos de Vida Saludable. Dirección General de Salud Pública.

Equipo de trabajo:

Eladio Andión Campos. Jefe de Servicio de Normalización e Integración de la Información. Subdirección General de Atención Hospitalaria.

María del Carmen Canedo Romero. Técnica del Servicio de Codificación Clínica y Análisis. Subdirección General de Atención Hospitalaria.

Consuelo Carballeira Roca. Jefa de Servicio de Codificación Clínica y Análisis. Subdirección General de Atención Hospitalaria.

Ana Belén Cruces Maneiro. Farmacéutica inspectora de Salud Pública da zona de Vigo. Jefatura Territorial de Pontevedra.

Jaime Fraga Ares. Jefe de Servicio de Prevención y Conductas Aditivas. Subdirección General de Programas de Fomento de Estilos de Vida Saludable.

Angel Gómez Amorín. Jefe de Servicio de Programas Poblacionales de Cribado. Subdirección General de Programas de Fomento de Estilos de Vida Saludable.

Alberto Malvar Pintos. Jefe de Servicio de Epidemiología. Subdirección General de Información sobre Salud y Epidemiología.

María José López Pimentel. Jefa de Sección de Evaluación da Atención Especializada. Subdirección General de Atención Hospitalaria.

Miren Payo Puente. Técnica del Servicio de Atención Hospitalaria. Subdirección General de Atención Hospitalaria.

Ana Vázquez Estepa. Jefa de Servicio de Calidad Asistencial. Subdirección General de Atención Hospitalaria.

Silvia Suárez Luque. Subdirectora general de Programas de Fomento de Estilos de Vida Saludable. Dirección General de Salud Pública.

Raquel Vázquez Mourelle. Subdirectora general de Atención Hospitalaria. Dirección General de Asistencia Sanitaria.



Índice

Análisis demográfico	5
Análisis epidemiológico	8
Determinantes de la salud	9
Impacto del cáncer	18
Programa gallego de detección precoz del cáncer de mama (PGDPCM) (1992-2019)	25
Programa gallego de detección precoz del cáncer de colon	28
Programa de detección precoz del cáncer de cérvix	31
Organización dos recursos tecnológicos en cáncer	32
Actividad asistencial hospitalaria	36
Hospitalización con ingreso	36
Hospitalización a domicilio	60
Consultas externas y Hospital de día	62
Inversión en el tratamiento farmacológico del cáncer	67
Evolución de las jornadas perdidas por cáncer y gasto asociado	70
Anexo	72
Acrónimos y abreviaturas	75
Bibliografía	77

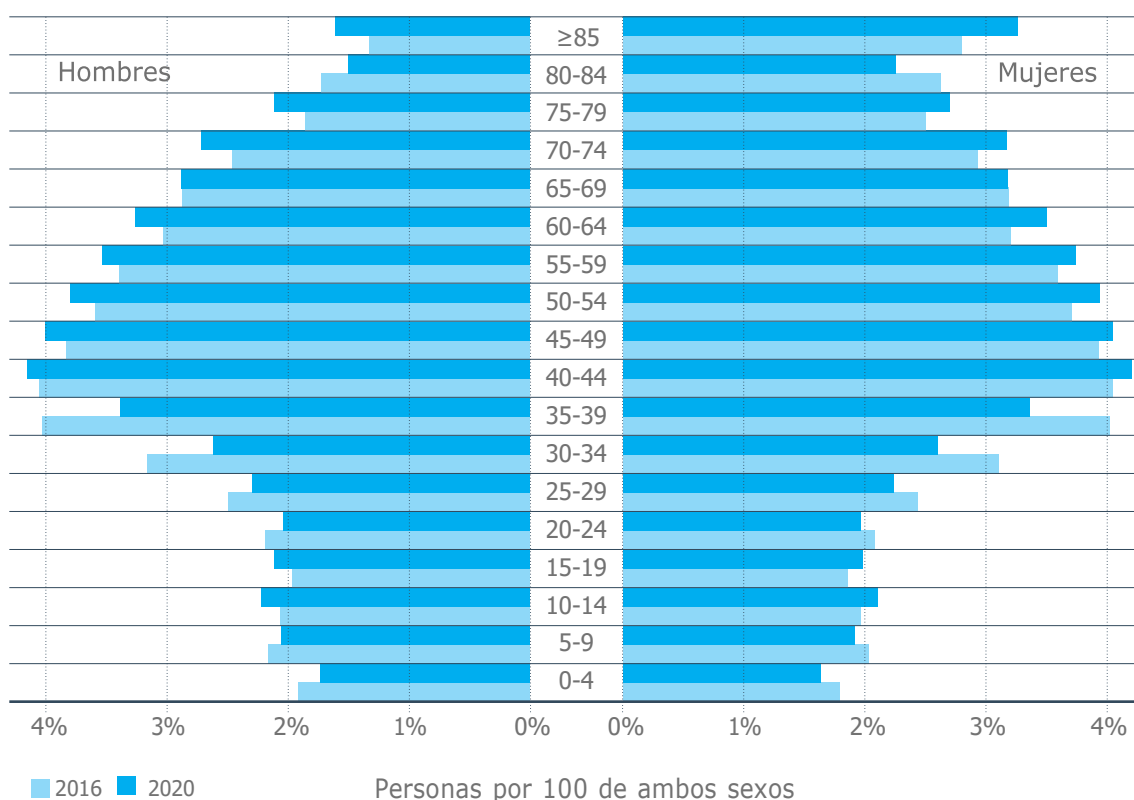


Análisis demográfico

Demografía

Entre el 1 de enero de 2016 y el de 2020, la población residente en Galicia apenas se redujo un 0,6%, hasta las 2.701.819 personas. Esta estabilidad se debe a que un saldo migratorio favorable compensó en gran medida un saldo vegetativo que empeoró despacio de un año al siguiente de este período, debido tanto a un aumento de la tasa bruta de mortalidad como a un descenso de la de natalidad. Con todo, esta variación cuantitativa no alteró las características estructurales de la población, entre las que destaca su envejecimiento, como se puede ver en la Gráfica 1, en la que se muestran, superpuestas, las pirámides de población de los años 2016 y 2020^[1].

▼ Gráfica 1. Pirámide de población de Galicia a 1 de enero de 2016 y de 2020, en porcentaje.





En efecto, cuando comenzó 2020, las personas con más de 64 años de edad suponían el 25% de la población, mientras que los de menos de 20 suponían el 16%. El cociente entre estas dos cantidades, expresado en porcentaje, es el índice de envejecimiento (IE), que en ese año alcanzó en Galicia el 161%. Este indicador es más elevado en las mujeres (190%) que en los hombres (133%), debido a que su predominio en el conjunto de la población, supone el 52% y aumenta con la edad, y en los de más de 64 años logra el 57% (y en los de más de 84 el 67%). Con todo, las diferencias en el IE son mayores entre los diferentes territorios (Tabla 1), ya que va desde el 129% en el área de salud de Vigo y del 236% en la de Ourense.

▼ Tabla 1. IE e IS en 2020 por sexo en las diferentes áreas de salud y en el conjunto de Galicia.

Sexo	Indicador	Área sanitaria							
		AC	STGO	FE	LU	OU	PO	VI	GA
Mujeres	IE	178%	182%	227%	247%	275%	156%	154%	190%
	IS	21%	22%	22%	26%	26%	21%	20%	22%
Hombres	IE	123%	128%	155%	186%	199%	107%	105%	133%
	IS	14%	14%	15%	19%	18%	13%	12%	15%
Global	IE	150%	154%	190%	216%	236%	131%	129%	161%
	IS	18%	19%	19%	23%	22%	17%	17%	19%

IE: Relación entre la población mayor de 64 años y la población menor de 20 años expresada en %, es decir, el número de personas de 65 o más años por cada 100 menores de 20 años.

IS: Relación entre la población mayor de 84 años y la población mayor de 64 años expresada en %, es decir, el número de personas de 85 o más años por cada 100 de 65 o más años.

Además, en Galicia también está creciendo el sobreenvjecimiento. Definido como el porcentaje de personas de más de 64 años que tienen más de 84, este índice de sobreenvjecimiento (IS) aumentó del 17 al 79% entre 2016 y 2020, y también es mayor en las mujeres (22% en 2020) que en los hombres (15%). Ahora bien, con el IS las diferencias territoriales son menores que entre sexos, ya que varían entre el 20% del área de salud de Vigo y el 26% de las de Lugo y Ourense (Tabla 1).

Densidad de población y dispersión

En 2020 Galicia tiene una densidad de población de 91 habitantes por Km² (h/Km²), semejante a la del conjunto de España ese mismo año (92 h/Km²) y ligeramente inferior a la de Portugal (114 h/Km² en 2019). Con todo, un 37% de la población reside en zonas con una densidad más elevada (los siete ayuntamientos más poblados, con una media de 997 h/Km²) que ocupa solo el 3% de la superficie, y un 28% adicional vive en ayuntamientos de menor densidad (media de 275 h/Km²) pero altamente urbanizados, que suponen un 10% de la superficie. Por el contrario, los ayuntamientos con menor densidad de población (media 21 h/Km²) ocupan el 64% de la superficie y en ellos vive solo el 14% de la población[2]. Además, con carácter general, a medida que la densidad de población disminuye, crecen los IE e IS (Tabla 2).



▼ Tabla 2. Densidad media de población (h/km²) en las zonas con grados de urbanización diferentes, porcentaje da población que vive en ellas (% Pueblo), porcentaje da superficie que ocupan (% Sup), y sus IE e IS en Galicia en el año 2020.

Zona	h/Km2	% Pobo	%Sup	IE	IS
ZDP	997	37%	3%	142%	18%
ZIP alta	275	28%	10%	120%	17%
ZIP baja	142	8%	6%	144%	19%
ZPP alta	89	7%	8%	171%	19%
ZPP intermedia	48	5%	9%	243%	21%
ZPP baja	21	14%	64%	360%	24%

ZDP: zona densamente poblada; ZIP: zona de densidad intermedia; ZPP: zona poco poblada [2].

Por otra parte, de las 30.776 cuadrículas de 1 km² en las que se divide el territorio de Galicia, 11.755 no contaban con población en el 2018 (el 38% del total de cuadrículas). Por lo tanto, el 62% de las cuadrículas de Galicia tienen población, dato muy superior al de España que para el año 2011 se situó en el 13% y más próximo al de Portugal, con un 47% para el mismo año[3] .

A este dato que sugiere una elevada dispersión se contraponen el hecho de que el 97% de la población de Galicia reside en 10.775 cuadrículas, que suponen el 35% de las cuadrículas totales, y esto supone un alto grado de concentración de la población en el territorio, que se da en el contorno de las grandes ciudades o bien próximo a redes de comunicación que conectan estos grandes núcleos.



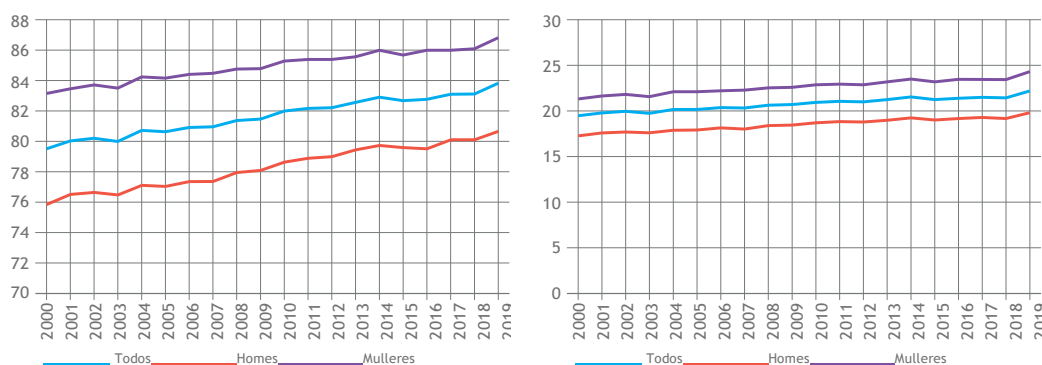
Análisis epidemiológico

Esperanza de vida

A expensas del impacto que en ella pueda tener la pandemia de COVID-19, en Galicia la esperanza de vida al nacimiento lleva décadas creciendo, despacio pero de modo casi continuo. En el 2019 estaba en los 83'8 años, más elevada en las mujeres, 86,8, que en los hombres, 80,7 años (Gráfica 2). Desde el año 2000, esta diferencia se redujo 1,1 años, y lo hizo con más intensidad entre los años 2008 y 2014[1].

Igualmente, la esperanza de vida a los 65 años viene creciendo en los últimos años. En el 2019 se situaba en los 22,1 años, 24,2 en las mujeres y 19,8 en los hombres. Ahora bien, en este caso la diferencia entre mujeres y hombres se mantuvo estable entre los 4,0 y los 4,2 años desde el año 2000 hasta el 2017, y después creció ligeramente y alcanzó los 4,5 años en el 2019.

▼ Gráfica 2. Esperanza de vida al nacimiento (izquierda) y a los 65 años (derecha) de mujeres y hombres en Galicia, del año 2000 al 2019.





Determinantes de la salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el cáncer es la principal causa de muerte en todo el mundo.

En el tercer informe de expertos sobre dieta, actividad física y cáncer[4], elaborado por el Fondo Mundial de Investigación del Cáncer, se realizó un análisis exhaustivo de la evidencia científica sobre la asociación de los factores de riesgo asociados a la dieta, a la actividad física y a la obesidad y al riesgo de cáncer. Este informe pone de manifiesto que los factores ambientales en general y la dieta, la nutrición y la actividad física en particular, son determinantes críticos en la aparición de muchos tipos de cáncer y que la modificación y la prevención de los principales factores de riesgo asociados a los estilos de vida, pueden reducir de manera significativa la carga de cáncer.

La comida, la bebida, la grasa corporal y la actividad física pueden influir en el riesgo de cáncer a través de distintos mecanismos de acción. Por un lado, los alimentos y las bebidas pueden actuar como vectores de exposición a diferentes sustancias carcinógenas y por otra, la obesidad y el estilo de vida sedentario pueden producir alteraciones a nivel sistémico que inducirán un ambiente celular propicio para el desenvolvimiento del proceso canceroso. La obesidad es reconocida como un proceso inflamatorio crónico que predispone la aparición de enfermedades cardiovasculares y cáncer[4].

Nutrición

Existen numerosos estudios sobre la asociación entre los componentes o los nutrientes específicos de los alimentos y el aumento de riesgo de algún tipo de cáncer. Con carácter general podemos considerar que[4]:

- El consumo de cereales integrales y alimentos ricos en fibra disminuye el riesgo de cáncer colorrectal.
- Una mayor carga glicémica de la dieta aumenta el riesgo de cáncer de endometrio.
- Los alimentos preservados en salazón aumentan el riesgo de cáncer de estómago.
- Una mayor ingesta de bebidas alcohólicas aumenta el riesgo de cánceres de boca, faringe y laringe, esófago y mama. El consumo de dos o más bebidas alcohólicas al día (30 gramos o más) aumenta el riesgo de cáncer colorrectal (CCR) y consumos mayores, de tres o más bebidas alcohólicas al día (45 gramos o más), aumenta el riesgo de cáncer de estómago e hígado. Sin embargo, consumos moderados muestran un efecto protector frente al cáncer de riñón.
- A pesar de que la carne roja contiene proteínas de alto valor biológico y micro nutrientes importantes como las vitaminas del grupo B, hierro y zinc, existe suficiente evidencia científica que muestra la asociación entre el consumo de carne roja y el aumento de riesgo de más de 15



tipos de cáncer. El uso de técnicas de cocción de la carne a altas temperaturas, como la parrilla o la fritura, genera mayores cantidades de carcinógenos, como las aminas aromáticas heterocíclicas e hidrocarburos aromáticos policíclicos. Por otra parte, el procesamiento de la carne, como el curado y el ahumado, puede dar lugar a la formación de productos químicos cancerígenos, incluidos los compuestos N-nitroso y los hidrocarburos aromáticos policíclicos[5].

La evidencia científica sugiere un rol protector de la dieta mediterránea sobre la incidencia y la mortalidad de cáncer[6]. El menor riesgo general de cáncer en los países mediterráneos se debe principalmente a una menor incidencia del cáncer de colon, endometrio, mama y próstata. De hecho, se formuló que la dieta mediterránea podría prevenir el 25% de los casos de cáncer colorrectal, del 10 al 15% del cáncer prostático y endometrial y del 15 al 20% del cáncer mamario[7].

Alguno de los factores dietarios de la dieta mediterránea que se postulan como responsables de esta protección son el alto consumo de frutas, verduras y cereales integrales, la baja ingesta de carnes rojas, carbohidratos y grasas saturadas, junto con el elevado consumo de aceite de oliva[8]. Es así como, a través del adecuado aporte de ácidos grasos omega 3 y omega 6, ácidos grasos monoinsaturados, fibra, polifenoles y otros antioxidantes, este patrón dietario ejercería un efecto beneficioso contra el desarrollo de diversos tipos de cánceres[9]. Así mismo, el aceite de oliva demostró ser un factor independiente de protección contra varios tipos de cáncer, en especial del aparato respiratorio[9].

En el año 2007, se realizó en nuestra comunidad autónoma una encuesta sobre los hábitos alimentarios de la población gallega adulta, que incluyó la medición de parámetros antropométricos claves, y en la que se concluyó que la dieta media gallega es una dieta saludable que se caracteriza por un alto consumo de verduras, hortalizas, frutas, cereales, pescado, lácteos y carnes y un moderado consumo de huevos, azúcar, aceites y leguminosas.

En los años 2014, 2017 y 2018 se incluyeron en el Sistema de Información de Conductas de Riesgo (SICRI[10] de la Dirección General de Salud Pública (DXSP) cuestiones relativas a los hábitos alimentarios de la población gallega de 16 años en adelante y, en concreto, se abordó el consumo de fruta, de verduras, de pescado y de bebidas azucaradas..

En el año 2017, siete de cada 10 gallegos y gallegas declaraban consumir como mínimo 1 pieza de fruta al día. El porcentaje de ellos que declaraban tomar verduras o hortalizas a diario era menor que la que declaraba tomar fruta, y en global no llegaba al 50%. En relación al consumo de pescado, el 80% afirmaba tomarlo por lo menos una vez a la semana.

Aunque el porcentaje de gallegos y gallegas que declaraban el consumo de frutas y verduras segundos los criterios establecidos seguía siendo mayor en las mujeres que en los hombres, es similar para ambos sexos en la ingestión de pescado.

En relación al consumo de bebidas azucaradas, en el año 2018, su prevalencia en la población gallega de 16 años en adelante era del 27%, resultando mayor en los hombres (32 vs. 24). Se observa que el consumo de bebidas azucaradas disminuye a medida que avanza la edad.



Actividad física

Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exijan gasto de energía.

En relación con la inactividad física, existen pruebas sólidas que vinculan niveles altos de actividad física con la reducción del riesgo de cáncer de vejiga, mama, colon, endometrio y adenocarcinoma de esófago, cánceres renales y gástricos, con reducciones de riesgo que van desde aproximadamente el 10% hasta el 20%. En el caso del cáncer de pulmón, los estudios evidenciaron una reducción del riesgo del 25%. Igualmente, la evidencia científica sugiere una asociación entre el aumento de la actividad física y la merma de los riesgos de cánceres hematológicos, de cabeza y cuello, de ovario, de páncreas y de próstata[11].

En relación a la inactividad física de la población gallega de 16 años en adelante, los datos obtenidos del SICRI desde 2006 hasta 2015 muestran un claro descenso (Tabla 3).

▼ Tabla 3. Evolución de la inactividad física en la población mayor de 16 años. Fuente: Sicri.

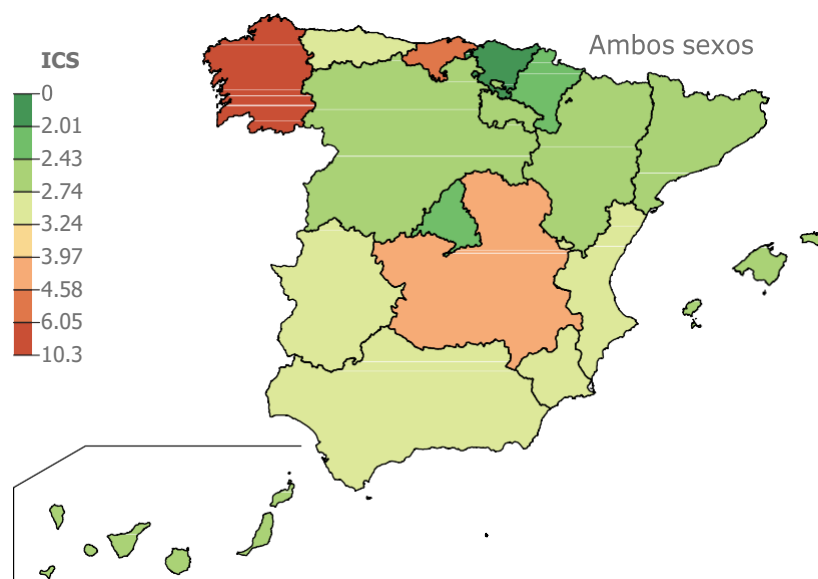
Año	Hombres	Mujeres	Total
2006	52,6	55,3	54
2007	42,2	55,3	48
2010	43,3	57,7	50,6
2011	40	53,5	46,9
2014	32,1	42,1	37,1
2015	30,5	43,8	37,2

A nivel estatal, el Informe 2016 sobre actividad física en niños y adolescentes en España estimó que entre el 60-79% de la población con edades comprendidas desde los 9 y los 18 años era inactiva, no cumpliendo con las recomendaciones mínimas de actividad física[12].

En relación con la población adulta española de entre 18 e 74 años, el Informe de la Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte: Actividad física y prevalencia de patologías en la población española[13], pone de manifiesto que Galicia fue la comunidad donde se observó un mayor índice de comportamiento sedentario (EICS) (Gráfica 3).

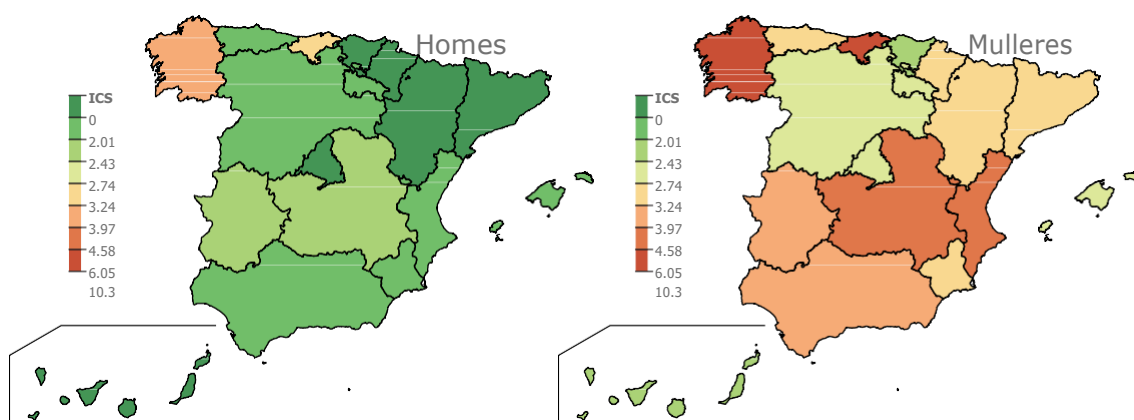


- ▼ Gráfica 3. Índice de comportamiento sedentario por comunidad autónoma. Fuente: Informe de la Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte: Actividad física y prevalencia de patologías en la población española.



En el caso de los hombres se observó un patrón más similar, resultando más activos en todas las CC. AA. Sin embargo, en el caso de las mujeres, con rangos de ICS más altos que los hombres, los valores más altos se observan también en Galicia (valores mayores de 3,97) (Gráfica 4).

- ▼ Gráfica 4. Índice de comportamiento sedentario por comunidad autónoma y por sexo. Fuente: Informe de la Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte: Actividad física y prevalencia de patologías en la población española.





Obesidad

La obesidad es una enfermedad metabólica cuya incidencia aumentó considerablemente en las últimas décadas, adquiriendo proporciones epidémicas. Asimismo, es considerada como un factor de riesgo de cáncer[4].

Existen pruebas sólidas que relacionan el sobrepeso y la obesidad en la edad adulta con el aumento del riesgo de cáncer de boca, faringe y laringe, esófago, estómago, páncreas, vesícula biliar, hígado, colorrectal, mama, ovario, endometrio, próstata y riñón[4].

Los datos obtenidos del SICRI sobre el peso auto declarado, muestran en el año 2018 una prevalencia de obesidad en la población gallega mayor de 16 años del 16,5% y del 40% de sobrepeso (Tabla 4).

▼ Tabla 4. Prevalencia de bajo peso, normopeso, sobrepeso y obesidad en la población gallega mayor de 16 años. Fuente: SICRI.

Peso	2006	2007	2010	2011	2014	2015	2017	2018
Bajo peso	0,0169	0,0165	0,0135	0,0182	0,0163	0,0159	0,0222	0,01610
Normopeso	0,4694	0,4636	0,4386	0,434	0,4303	0,4243	0,4271	0,41966
Sobrepeso	0,3905	0,3949	0,3968	0,3842	0,3948	0,3866	0,3864	0,39909
Obesidad	0,1232	0,1251	0,1511	0,1637	0,1586	0,1733	0,1643	0,16515

Dado que los datos del peso obtenidos son auto declarados, es imprescindible tener en cuenta su infraestimación. Sin embargo, la tendencia de la obesidad muestra un aumento en el período 2006-2016.

En relación a la población en edad escolar, el estudio de prevalencia de la obesidad infantil realizado en el año 2013 en nuestra Comunidad Autónoma muestra que el 8,25 % de los escolares de entre 6 e 15 años tenían obesidad y el 33% exceso de peso (sobrepeso y obesidad)[14].

El estudio sobre conductas saludables de los jóvenes escolarizados, auspiciado por la OMS en el año 2018, indica que el 20,8% de la juventud gallega escolarizada (entre 11 y 18 años) tiene sobrepeso u obesidad[15].

Por último, el estudio ALADINO, realizado en el territorio nacional en el año 2019, indica que casi nueve de cada diez escolares precisan mejorar su dieta en base su adherencia a la dieta mediterránea, que en un 9,7% es de muy baja calidad. Este estudio muestra que en el año 2019, la prevalencia de obesidad era del 17,3% y la de sobrepeso del 23,3%[16].

Consumo de tabaco

El consumo de tabaco es un reconocido agente causal de numerosos cánceres[17]. En Galicia la prevalencia de este consumo en los mayores de 16 años se vigila mediante las encuestas telefónicas del SICRI, y los datos de la encuesta del SICRI realizada en 2018 indican que, en ese año, en Galicia fumaba el 20,1% (IC 65%: 19,1-21,0) de las personas de más de 16 años[18]. El consumo era más elevado en los hombres (23,9%) que en las mujeres (16,6%) y en las personas de 25 a 44 años (28,9%; IC 65%: 26,9-30,9) que en los otros grupos de edad (Tabla 5).



▼ Tabla 5 Prevalencia de fumadores, exfumadores e nunca fumadores en la población de Galicia con 16 y más años de edad en el año 2018.

Peso	Fumadores		Exfumadores		Nunca fumadores	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Todos	20,1	19,1 - 21,0	29,3	28,2 - 30,4	50,6	49,4 - 51,8
Homes	23,9	22,4 - 25,3	38,8	37,1 - 40,4	37,4	35,8 - 39,0
Mulleres	16,6	15,4 - 17,8	20,7	19,4 - 22,1	62,7	61,1 - 64,3
Grupo 16-24 años	20,0	18,2 - 21,8	12,0	10,6 - 13,5	68,0	65,9 - 70,1
Grupo 25-44 años	28,9	26,9 - 30,9	26,2	24,3 - 28,2	44,9	42,7 - 47,1
Grupo 45-64 años	24,6	22,7 - 26,5	34,4	32,3 - 36,5	41,0	38,8 - 43,2
Grupo 65+ años	5,8	4,8 - 6,8	31,5	29,5 - 33,4	62,7	60,6 - 64,8

IC: intervalo de confianza

En el grupo de edad de 16 a 24 años, la prevalencia de fumadores disminuyó parejo al aumento en la prevalencia de nunca fumadores, mientras que la de exfumadores se mantiene estable, datos que sugieren menor inicio de consumo de tabaco en este grupo de edad. Por el contrario, el descenso observado entre los de 25 y 44 años se acompañó de un aumento en la de exfumadores.

En los grupos de mayor edad, de 45 a 64 años y de 65 años en adelante, se observa una merma en la prevalencia de nunca fumadores y un aumento en la prevalencia de exfumadores. La disminución en la prevalencia de nunca fumadores podría explicarse por la incorporación de mujeres al consumo (disminución de nunca fumadoras) y el aumento de la prevalencia de exfumadores por el cese en los hombres.

En el período 2005-2018, se observa en global un retraso en las edades de experimentación y de consolidación del consumo de tabaco.

En el período 2005-2018, disminuyó el porcentaje de fumadores que declaraban consumir cigarros manufacturados y aumentó el porcentaje de los que declararon consumir picadura. Aun así, entre los fumadores el consumo de cigarros manufacturados es mayoritario, si bien en el grupo de 16 a 24 años, cuatro de cada 10 fumadores declararon que habían consumido picadura en el año 2018.



Exposición al humo ambiental del tabaco (FAT)

Como ocurre con el consumo de tabaco, la exposición al FAT está relacionada causalmente con varios cánceres[19], y su prevalencia en Galicia se vigila mediante el SICRI. Según la encuesta de 2018, el 25,1% (IC 65%: 24,1-26,1) de las personas residentes en Galicia con 16 o más años de edad estaban expuestas al FAT emitido por otra persona (Tabla 6). Por ámbitos, la mayor exposición acontecía en el hogar (15,3%) y en global (en todos los ámbitos) era más elevada en los hombres (26,4%), en los de 16 a 24 años de edad (60,9%) y en los fumadores (46,1%)[20].

▼ Tabla 6. Prevalencia de exposición al FAT en la población gallega de 16 años y más, por ámbito en el año 2018.

Ámbito	Casa		Trabajo		Ocio		Global	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Todos	15,32	14,5 - 16,2	12,24	11,2 - 13,3	9,36	8,7 - 10,0	25,08	24,1 - 26,1
Hombres	14,27	13,1 - 15,4	14,80	13,3 - 16,3	10,53	9,5 - 11,6	26,43	25,0 - 27,9
Mujeres	16,28	15,1 - 17,5	9,30	8,0 - 10,6	8,23	7,3 - 9,1	23,85	22,5 - 25,2
Grupo 16-24 años	33,16	31,1 - 35,3	22,93	21,0 - 24,9	29,61	27,5 - 31,7	60,86	58,7 - 63,0
Grupo 25-44 años	18,88	17,2 - 20,6	12,97	11,3 - 14,6	11,35	9,9 - 12,8	34,05	32,0 - 36,1
Grupo 45-64 años	14,71	13,1 - 16,3	7,36	5,8 - 8,9	7,63	6,4 - 8,9	22,48	20,6 - 24,3
Grupo 65+ años	7,37	6,2 - 8,6	3,19	0,0 - 9,3	2,28	1,5 - 3,0	8,81	7,5 - 10,1
Fumadores	34,92	32,4 - 37,5	15,01	12,7 - 17,3	12,07	10,4 - 13,8	46,10	43,5 - 48,8
No fumadores	10,40	9,6 - 11,2	11,34	10,2 - 12,5	8,62	7,9 - 9,4	19,80	18,8 - 20,8

IC: intervalo de confianza

En este caso, también se dispone de un informe reciente sobre la evolución de la exposición de 2005 a 2018[20]. Los resultados de este estudio muestran como la entrada en vigor de las Leyes 28/2005 y 42/2010 impactaron en las prevalencias de exposición al FAT, produciendo descensos considerables en la prevalencia de exposición en los lugares de trabajo, de ocio y en los hogares. Con todo, a partir del año 2011, se observa cierta estabilización en la prevalencia auto declarada de exposición y en algunos ámbitos, como los lugares de ocio y de trabajo, se observan ligeros aumentos.

El del ocio es el ámbito donde la prevalencia de exposición disminuyó en mayor medida desde el año 2005, situándose el mayor descenso entre los años 2010 y 2011. De este modo, desde 2011 el hogar es donde la prevalencia de exposición muestra unos valores más altos. Con todo, la prevalencia de exposición al FAT en casa en 2018 fue la más baja de los años estudiados y la mitad de la de 2005.

Para cualquier año del que se tiene información, los grupos de menor edad son los que tienen la prevalencia auto declarada de exposición al FAT más alta.



Infección por el virus del papiloma humano (VPH)

La infección persistente por VPH de alto riesgo oncogénico (VPH-AR) es la responsable de la totalidad de los cánceres de cuello de útero de elevadas fracciones de otros cánceres[21,22]. En Galicia, a finales del 2008, se introdujo la vacuna bivalente (frente el VPH-16 y el VPH-18) en el calendario de vacunación infantil, para que se administraran tres dosis (0-1-6 meses) a las niñas nacidas a partir de 1 de enero de 1994, a los 14 años de edad.

Después, en marzo de 2014, se adoptó el cambio a dos dosis (0-6 meses) y, en enero de 2016, la vacuna pasó a administrarse a los 12 años debido, entre otros motivos, a que la cobertura vacunal con la serie completa no superaba el 74%. Finalmente, en julio de 2019 se sustituyó la vacuna bivalente por la nonavalente, que va dirigida frente a siete VPH-AIR (16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58) y dos VPH de bajo riesgo oncogénico (6 y 11).

En 2008-2010, la prevalencia de infección genital con VPH-AIR en las mujeres de 16 a 64 años era del 10,1% (IC95%: 8,6-11,6%), con una importante variación en la prevalencia por grupo de edad. De hecho, en el grupo de 20 a 24 años la más elevada era del 22,9%. El genotipo más frecuente era VPH-16 y su prevalencia en el conjunto de mujeres estudiadas era del 3,5% (IC 95%: 2,7-4,4%), mientras que en las de 20-24 años era del 8,7% (IC 95%: 5,4-12,0%)

Posteriormente, entre julio de 2014 y julio de 2017, se realizó un estudio de la efectividad de la vacunación con la vacuna bivalente, en mujeres residentes en Galicia nacidas de 1989 en adelante y con 18 o más años de edad. En él se observa un claro descenso en la prevalencia de VPH-16 y 18 en las mujeres vacunadas (0,8%) respecto de las no vacunadas del período postvacunal (9,2%), que se tradujo en una efectividad vacunal directa ajustada del 94% (IC 95%: 73-99%)[25].

En el estudio se halló además una efectividad vacunal directa ajustada frente a los VPH 31, 33 y 45, tomados conjuntamente, del 83% (IC 95%: 48-94), fruto de una protección cruzada puesto que estos genotipos, que no están incluidos en la vacuna bivalente, están genéticamente relacionados con los genotipos VPH 16 y 18.

Infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*)

H. pylori es el principal responsable causal de los cánceres gástricos que no son del cardias [22,25].

No se dispone de datos sobre la prevalencia de infección por *H. pylori* en Galicia, pero la encuesta de seroprevalencia de Galicia realizada en 2007 proporciona una medida indirecta ya que en ella se estudió la presencia de anticuerpos IgG frente *H. pylori*. La encuesta halló unas diferencias en las prevalencias de infección entre hombres y mujeres, pero las encontró muy importantes entre los distintos grupos de edad, con una clara tendencia a crecer cuanto mayor la edad, del 27% (IC 95%: 24-31%) en los de 18 a 24 años (que habían nacido entre 1983 y 1989) hasta el 69% (IC 95%: 65-71%) en los de 40 a 65 años (que habían nacido entre 1943 y 1977)[26].



Infección por los virus de la Hepatitis B y C (VHB y VHC)

El VHB y el VHC están implicados causalmente en el origen del carcinoma hepatocelular[22,27].

En Galicia, la incidencia anual de VHB aguda experimentó un descenso muy importante de 1993 a 2017, pasando de 5,0 a 0,7 casos por cien mil habitantes, como también lo hizo la mortalidad por VHB como causa fundamental de la muerte[28].

No se dispone de una medición directa de la prevalencia de infección crónica en Galicia, pero a partir de los registros de atención primaria y de tratamientos administrados se hizo una aproximación que la situaba en el 0,15% de la población, que confirmaría a Galicia como de endemia baja[28]. Se trata de un valor muy próximo al de la prevalencia que, en la población española de 20 a 80 años halló la II encuesta de seroprevalencia de España 0,22% (IC 95%: 0,10-0,34%)[29].

Además, en 2014 se realizó en Galicia un estudio con mujeres embarazadas aprovechando el cribado prenatal de la infección con VHB[29]. En este estudio se halló una prevalencia de infección del 0'18% (IC 95%: 0,34-0,70%).

Cabe destacar que, desde el punto de vista del Plan de acción de la región europea de la OMS, la epidemiología de la VHB en Galicia indica una evolución idónea hacia poder eliminarla como un problema de salud pública en 2030[30].

Con respecto a la VHC y según la II encuesta de seroprevalencia de España, en la población de 20 a 80 años de edad, la prevalencia de anticuerpos frente al VHC fue de 0,85% (IC 5%: 0,64-1,08%) y la de infección activa fue de 0,22% (IC 95%: 0,12-0,32%).



Impacto del cáncer

Incidencia

En Galicia no se dispone de datos de incidencia de tumores. El Registro Gallego de Tumores (REGAT) tiene un elevado grado de desarrollo que permite la captura automática de una parte muy importante de los datos necesarios, pero en la actualidad precisa inversión para actualizar su infraestructura y disponer de técnicos que realicen el proceso de validación manual del que no es captado automáticamente. Por esto último, solo fue posible completar la información sobre un tumor (cáncer de mama), y solo para los tumores incidentes en 2015 y 2016. Con esta información se elaboraron los dos únicos informes emitidos por REGAT hasta este momento[31,32].

Mortalidad

En el trienio 2016-2018, en Galicia fallecieron 32.044 personas de media anual, de las que 16.051 eran hombres y 15.993 mujeres, que suponen unas tasas brutas anuales de mortalidad de 1.183, 1.226 e 1.143 muertes por cada cien mil habitantes (m/105h), respectivamente.

Los tumores fueron la primera causa de muerte en los hombres, causa fundamental del 32% de los fallecimientos, mientras que en las mujeres y en el conjunto de la población fueron la segunda, responsables del 20% y del 26% de los fallecimientos, respectivamente. En las tablas 7 a 9 se muestra el número medio de muertes por varios tumores ocurridas en Galicia en el trienio 2016-2018, con el porcentaje que estas muertes suponen sobre el conjunto de muertes y las tasas anuales brutas y ajustadas a la población europea[31], en el conjunto de la población, en hombres y mujeres, respectivamente.



▼ Tabla 7. Número medio de muertes por varios tumores en Galicia en el trienio 2016-2018, con el porcentaje que estas muertes suponen sobre el conjunto de muertes y las tasas anuales brutas y ajustadas a la población europea[31] (m/105h).

CIE-10	Tumor	Nº	%	T. Bruta	T. Ajust.
C53	Cuello de útero	45	0,1	1,6	1,4
C18-C21	Colon-recto-ano	1.214	3,8	44,8	33,5
C16	Estómago	492	1,5	18,1	13,7
C22	Hígado	389	1,2	14,3	11,4
C50	Mama	456	1,4	16,8	13,1
C43	Melanoma	63	0,2	2,3	1,8
C56	Ovario	136	0,4	5,0	4,0
C61	Próstata	493	1,5	18,2	12,6
C33-C34	Pulmón	1.581	4,9	58,3	48,5
C67	Vejiga	340	1,1	12,5	9,1
C81-C96	Linfoide e hepatopoyético	668	2,1	24,6	18,4
(*)	Otras	2.476	7,7	91,4	71,9
	Todos	8.352	26,1	308,2	239,3

(*) C00-C15;C17;C23-C32;C37-C41;C4A;C44;C45-C49;C51-C52;C54-C55;C57-C58;C60; C62-C66;C68-C80

▼ Tabla 8. Número medio de muertes por varios tumores ocurridos en los hombres en Galicia en el trienio 2016-2018, con el porcentaje que estas muertes suponen sobre el conjunto de muertes y las tasas anuales bruta y ajustadas a la población europea[31] (m/105h).

CIE-10	Tumor	Nº	%	TBr	TAs
C53	Cuello de útero				
C18-C21	Colon-recto-ano	725	4,5	55,6	48,9
C16	Estómago	287	1,8	22,0	19,2
C22	Hígado	265	1,7	20,3	18,2
C50	Mama	10	0,1	0,7	0,6
C43	Melanoma	32	0,2	2,5	2,2
C56	Ovario				
C61	Próstata	493	3,1	37,8	32,4
C33-C34	Pulmón	1.244	7,8	95,3	86,0
C67	Vejiga	274	1,7	21,0	18,2
C81-C96	Linfoide e hepato-poyético	360	2,3	27,6	24,2
(*)	Otras	1.394	8,7	106,8	95,7
	Todos	5.084	31,8	389,6	345,7

(*) C00-C15;C17;C23-C32;C37-C41;C4A;C44;C45-C49;C51-C52;C54-C55;C57-C58;C60; C62-C66;C68-C80



▼ Tabla 9. Número medio de muertes por varios tumores ocurridas en las mujeres en Galicia en el trienio 2016-2018, con el porcentaje que estas muertes suponen sobre el conjunto de muertes y las tasas anuales brutas y ajustadas a la población europea[31] (m/105h).

CIE-10	Tumor	Nº	%	TBr	TAs
C53	Cuello de útero	45	0,3	3,2	2,5
C18-C21	Colon-recto-ano	489	3,0	34,8	22,1
C16	Estómago	205	1,3	14,6	9,4
C22	Hígado	124	0,8	8,8	5,9
C50	Mama	446	2,8	31,8	23,1
C43	Melanoma	31	0,2	2,2	1,4
C56	Ovario	136	0,8	9,7	7,3
C61	Próstata				
C33-C34	Pulmón	337	2,1	24,0	18,7
C67	Vejiga	66	0,4	4,7	2,8
C81-C96	Linfoide e hepato-poyético	307	1,9	21,9	14,2
(*)	Otras	1.082	6,7	77,0	52,2
	Todos	3.268	20,4	232,6	159,7

(*) C00-C15;C17;C23-C32;C37-C41;C4A;C44;C45-C49;C51-C52;C54-C55;C57-C58;C60; C62-C66;C68-C80

Durante este trienio, el tumor individual con mayor mortalidad en el conjunto de la población (1.581 muertes anuales de media) y en los hombres (1.244 muertes) fue el cáncer de pulmón, a pesar de que en estos la mortalidad por cáncer de pulmón viene mostrando una tendencia levemente decreciente desde 1995, con un porcentaje de cambio anual (PCA) de -0,7% (IC 95%: -0,1,-0,6). En el conjunto de la población, esta tendencia levemente decreciente se observa solo desde 2014 (PCA: -1,1%; IC 95%: -3,0, 0,8), debido a que en las mujeres se observa una tendencia creciente desde 1995, que inicialmente fue leve, pero de 2001 a 2012 ganó intensidad (PCA: -4,4%; IC 95%: -3,2, 5,6) que, a partir de 2013, viene perdiendo (PCA: 3,3%; IC 95%: -1,5, 8,4).

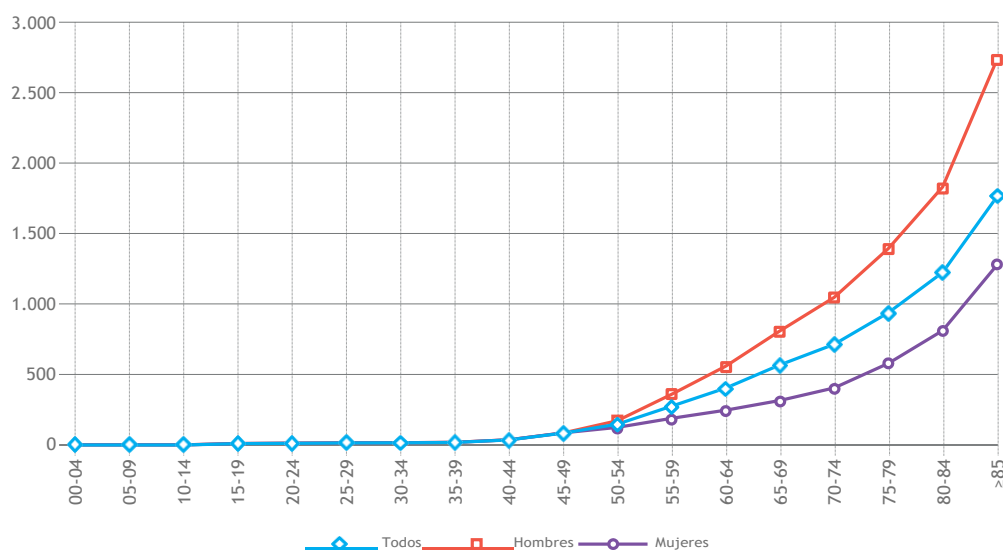
En las de mujeres, el cáncer de pulmón ocupa el tercer lugar en número de muertes producidas en el trienio (337 al año). El primer lugar lo ocupa el cáncer de colon-recto y ano (CCRA) con 489 muertes anuales y el segundo el de mama, con 446. En estos dos cánceres, la mortalidad en mujeres muestra una tendencia decreciente, el CCRA desde 2012 (PCA: -3,6%; IC 95%: -6,8 - 0,3) y el de mama, con menor intensidad pero desde 1990 (PCA: -0,8%; IC 95%:-1,2, -0,5).

En los hombres, después del cáncer de pulmón, los tumores con mayor mortalidad son el CCRA (725 muertes anuales) y el de próstata (493 muertes), ambos con tendencia decreciente desde 2010.

Aparte del sexo, en la distribución de la mortalidad por tumores la edad es un factor determinante. Como se observa en la Gráfica 5, la tasa de mortalidad por grupo de edad crece de forma exponencial a medida que lo hace la edad, tanto en hombres como en mujeres, en las que por encima de los 50 años la mortalidad es sistemáticamente menor que en los hombres.



▼ Gráfica 5. Tasa anual de mortalidad específica por grupo de edad en Galicia en el trienio 2016-18, por sexo.

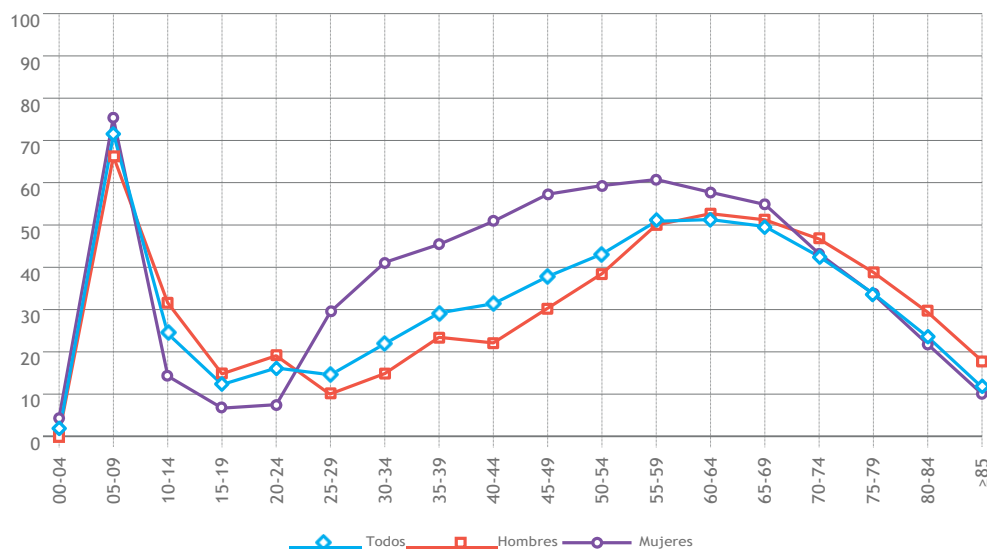


En general, este aumento exponencial con la edad se observa en todos los tumores que en las tablas 9 a 11 se consideran de forma individual, excepto el de pulmón en mujeres, en las que la tasa de mortalidad crece claramente del grupo de 40-44 años al de 55-59, para después ir mermando muy despacio hasta el de 75-79 antes de volver a crecer. Como estos datos son del trienio 2016-2018, este cambio de tendencia ocurre en mujeres que nacieron en la segunda mitad de la década de 1950, y probablemente refleja la diferente relación con el consumo de tabaco de las distintas generaciones.

Por otra parte, el impacto que la mortalidad por tumores tiene en la mortalidad general varía notablemente por grupos de edad, y lo hace con una distribución diferente en cada sexo (Gráfica 6). Fuera de la tan importante contribución que tienen los tumores en el grupo de 5 a 9 años, en el entorno del 70% tanto en hombres como en mujeres, la mortalidad por tumores no alcanza el 20% ni en hombres ni en mujeres hasta superar los 24 años. El aumento en el grupo de 5 a 9 se debe al conjunto de tumores que en las tablas 5 a 7 se engloban con la etiqueta de "Otros" y, en menor medida, a los del tejido linfático y órganos hematopoyéticos (TLOH).



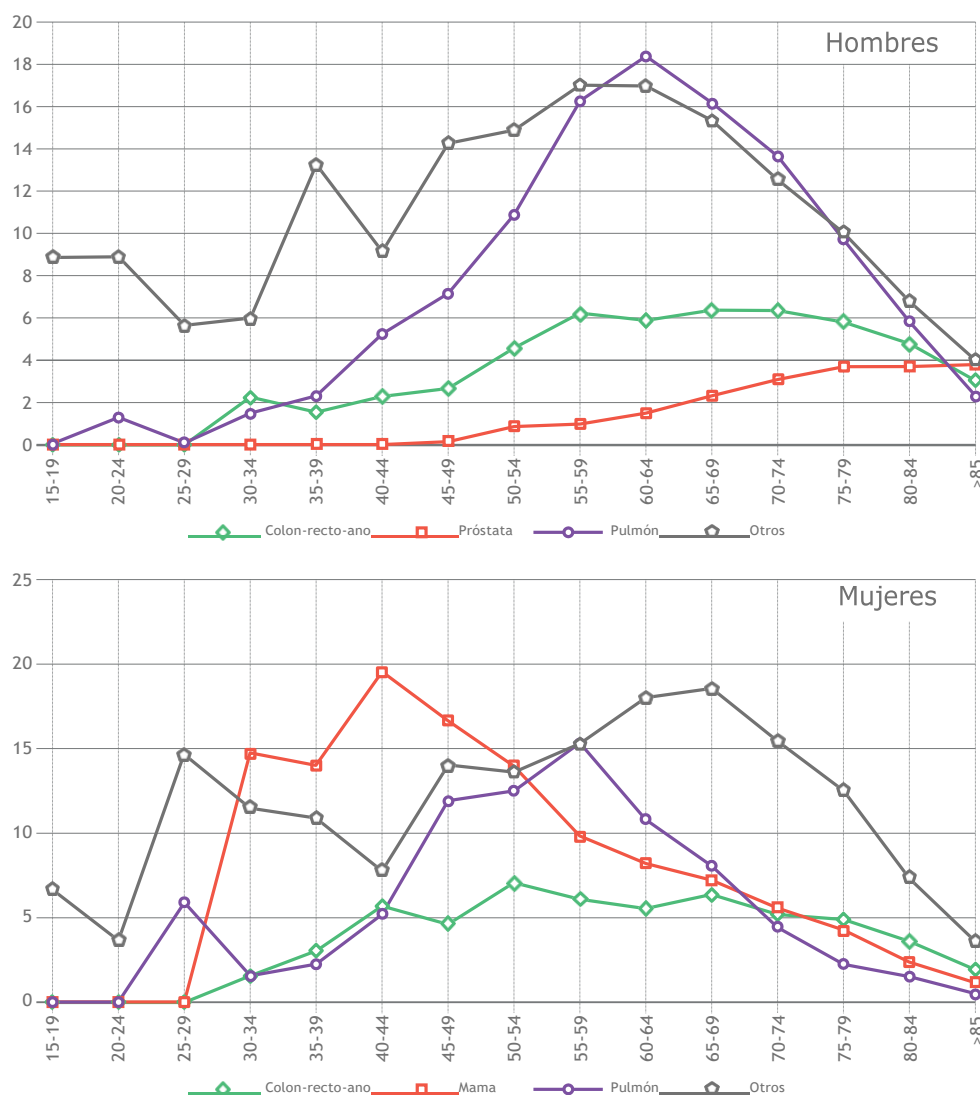
▼ Gráfica 6. Porcentaje que la mortalidad por tumores supuso respecto de la mortalidad total en Galicia en el trienio 2016-18, por sexo y grupo de edad.



A partir de los 24 años, en las mujeres el porcentaje que la muerte por tumores supone en el mortalidad general sube al 30 y el 40% en los dos grupos quinquenales siguientes, y después sigue creciendo más despacio hasta estabilizarse en el 60% entre los 50 y los 65 años, cuando inicia un progresivo descenso hasta el 10% en el grupo de 85 y más años de edad. En la Gráfica 7, se observa como entre los 30 y los 55 años es el cáncer de mama el que más contribuye a la mortalidad, y que el cáncer de pulmón tiene una contribución muy importante entre los 45 y los 64 años.



- ▼ Gráfica 7. Porcentaje que la mortalidad por cuatro tumores supuso respecto de la mortalidad total en Galicia en el trienio 2016-18, por grupo de edad y sexo: hombres en la gráfica de arriba y mujeres en la de abajo.



En los hombres, la contribución relativa de los tumores a la mortalidad en personas de más de 24 años va creciendo más despacio, se alcanza la estabilidad en un nivel de menor intensidad (entorno al 50%) y algo después (55 a 69 años) que en las mujeres, y, como en ellas, después va disminuyendo progresivamente hasta el 18% en el grupo de 85 y más años de edad. En la Gráfica 7 se observa, en el caso de los hombres, que es el cáncer de pulmón el tumor individual que contribuye con mayor importancia en los grupos de edad en los que la mortalidad por tumores es relativamente mayor. Como ocurre con las mujeres, el grupo de otros tumores también es relevante en este aspecto, pero por ser una combinación de procesos es difícil de interpretar en que consiste su papel.

Se pueden obtener más datos sobre la mortalidad en Galicia por los principales tumores en el Sistema de Información doble Mortalidad por Cáncer (SIMCA) de la DXSP, que se puede consultar en el siguiente enlace : <https://www.Sergas.es/Saude-publica/Mortalidade>.



Años de esperanza de vida perdidos (AEVP)

Otra manera de evaluar el impacto de los tumores en la mortalidad son los AEVP, que aquí se calcularon entre los 20 y los 85 años por el papel desproporcionado que en la esperanza de vida tiene en edades más jóvenes.

En el trienio 2016-2018, la esperanza de vida entre los 20 y los 85 años fue de 59,4 años, 57,5 en hombres y 61,3 en mujeres, por el de los 65 años de máximo que se podrían vivir, se perdieron, respectivamente, 5,6, 7,5 y 3,7 años, que suponen un porcentaje de los AEVP del 42% en el conjunto de la población, 45% en los hombres y 41% en las mujeres.

Como se ve en la Tabla 12, el conjunto de tumores etiquetado como "otros" es el que da cuenta de un mayor porcentaje de AEVP en el conjunto de la población y más en hombres y mujeres. El porcentaje es muy semejante en los tres casos (13,3, 13,1 y 13,6%, respectivamente), en las mujeres suponen un número menor de AEVP que en los hombres (0,51 frente a 0,99 años). De los tumores considerados individualmente, el cáncer de pulmón es el que más AEVP comporta en la población (0,58, 10,3%) y en los hombres (0,89, 11,9%), seguido del CCRA. Sin embargo, en las mujeres el cáncer de mama es lo que más AEVP produce (0,30, 8,1%), seguido del cáncer de pulmón y del CCRA.

▼ Tabla 10. AEVP entre los 20 y los 85 años por diferentes tumores y el porcentaje que supone sobre la totalidad de AEVP entre esas edades, por sexo en Galicia en el trienio 2016-18.

TUMOR	HOMBRES		MUJERES		TODOS	
	AEVP	% de global	AEVP	% de global	AEVP	% de global
Cérvix	0,00	0,0	0,04	1,0	0,02	0,3
Colon-recto-ano	0,38	5,0	0,19	5,1	0,28	5,0
Estómago	0,17	2,2	0,08	2,3	0,12	2,2
Hígado	0,17	2,3	0,05	1,4	0,11	2,0
Mama	0,01	0,1	0,30	8,1	0,16	2,8
Melanoma	0,02	0,3	0,02	0,4	0,02	0,4
Ovario	0,00	0,0	0,09	2,5	0,05	0,8
Próstata	0,13	1,8	0,00	0,0	0,07	1,2
Pulmón	0,89	11,9	0,27	7,1	0,58	10,3
Vejiga	0,11	1,4	0,02	0,6	0,06	1,1
Linfoide e he- patopoyético	0,19	2,6	0,12	3,3	0,16	2,8
Otras	0,99	13,1	0,51	13,6	0,75	13,3
TODOS	3,06	40,6	1,69	45,4	2,38	42,2



Programa gallego de detección precoz del cáncer de mama (PGDPCM) (1992-2019)

En la actualidad, no contamos con medidas efectivas de prevención primaria del cáncer de mama, ya que los factores de riesgo más importantes (edad, antecedentes familiares de cáncer de mama, antecedentes de patología mamaria, menarquia precoz y menopausia tardía) no son modificables. Por lo tanto, los esfuerzos se dirigen a las actividades de prevención secundaria mediante programas poblacionales de detección precoz, con el fin de poder ofrecer un tratamiento con las máximas expectativas de curación, ya que la supervivencia está muy ligada al estadio en que se encuentra la enfermedad cuando es diagnosticada. La realización periódica de mamografías de cribado a mujeres de 50 a 69 años demostró su eficacia en la reducción de la mortalidad por cáncer de mama. En mujeres más jóvenes no está claro el beneficio del cribado. En la actualidad, todas las CC. AA. disponen de programas de cribado de cáncer de mama.

La base de datos del PGDPCM es una base dinámica, por lo que se actualiza periódicamente, lo que hace que algunos datos puedan cambiar con respecto a los publicados con anterioridad. Los resultados se expresan por rondas, ya que varían mucho según si la ronda de cribado de la mujer es la primera o sucesiva. En la primera ronda se detectan todos los casos existentes en ese momento (casos prevalentes) y en las rondas sucesivas únicamente los casos nuevos (casos incidentes). Además, recogemos la comparación con los principios estándares de referencia propuestos en la cuarta edición de las European Guidelines fuere Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis, del año 2006.

Participación

En el período 1992-2019, se realizaron 2.704.969 exploraciones, de las que 590.082 corresponden a mujeres que acudían en primera ronda a la unidad de exploración mamográfica y 2.114.887 corresponden a exploraciones hechas a mujeres que acudirán en rondas sucesivas. La participación alcanza un porcentaje global de 81,84%, siendo la provincia de Lugo la que alcanza un mayor porcentaje (85,84%). En el 2019, participaron el 53,50% de las mujeres invitadas por



primera vez y el 91,33% de las mujeres invitadas en rondas sucesivas. La tasa de participación global se sitúa por encima de los niveles deseables segundo las guías europeas (75%).

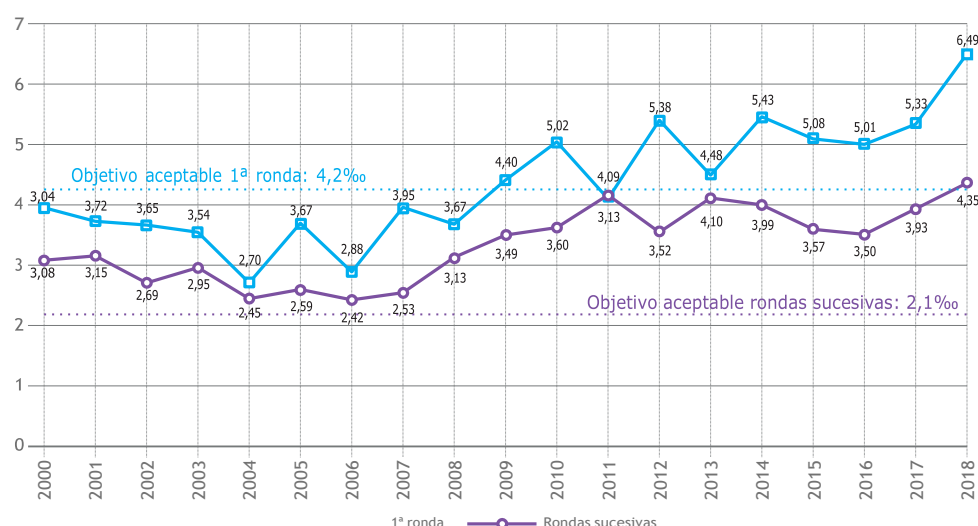
Resultados

El resultado final de la evaluación mamográfica fue de 96,66% de mujeres con resultado de normalidad (negativo), mientras que al 2,9% de las mujeres se les recomendó una valoración clínica adicional. La proporción de mujeres a las que se les indica valoración clínica adicional se reduce con la edad, siendo mayor en primera ronda (6,48%) que en sucesivas (1,88%).

Los datos relativos al diagnóstico y tratamiento solo están disponibles para las mujeres exploradas hasta el año 2018. En el período 1992-2018, entre las pacientes remitidas al hospital para estudio, se diagnosticaron 9.382 cánceres, lo que supone un valor predictivo positivo (VPP) de la prueba de cribado de 12'78% y una tasa de detección de 3'68 cánceres por 1.000 mujeres exploradas. La tasa de detección muestra un incremento con la edad.

Entre las mujeres que acudieron por primera vez al Programa, la tasa de detección es más elevada que en aquellas que acudieron en rondas sucesivas (6,49 y 4,35‰ respectivamente). Respeto a la tasa de detección, tanto en primera ronda como en rondas sucesivas, se supera el nivel deseable segundo los estándares Europeos, de acuerdo con la epidemiología concreta de Galicia (Gráfica 8).

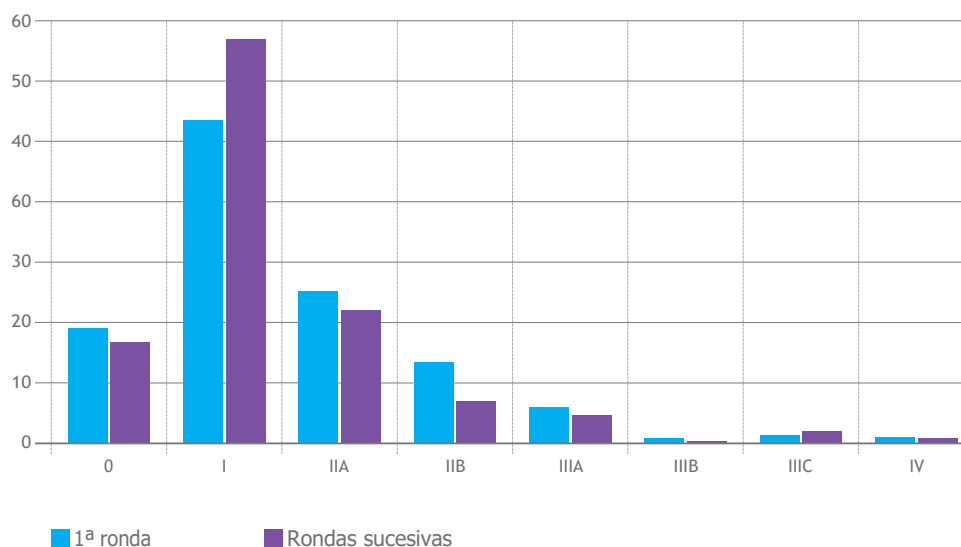
▼ Gráfica 8. Tasa de detección por ronda. Evolución 1992-2018.



De los 9.391 cánceres detectados en el período 1992–2018, 1.326 fueron carcinomas ductales “in situ”, 7.920 tumores invasivos y no consta el grado de invasión en 145 cánceres. Se conoce el estadio de 9.210 tumores, de los cuales el 33,3% estaban clasificados en estadio II o superior. Este porcentaje es más elevado en mujeres en primera ronda (40,1%) que en sucesivas (30,8%) (Gráfica 9).



▼ Gráfica 9. Estadio de los cánceres segundo ronda de exploración. Años 1992–2018.



Con respecto a los cánceres de intervalo, en este momento disponemos de los datos correspondientes a mujeres exploradas en el período 1996-2014. La incidencia de cáncer de intervalo fue de 12 por 10.000 mujeres cribadas, con una incidencia proporcional en los doce primeros meses tras el cribado negativo de 22,72% (estándar deseable <30%) y de 50,61% en los 12 a 24 meses siguientes (estándar deseable <50%). La sensibilidad, calculada según la recomendación de la guía europea como la proporción que representan los cánceres detectados por el programa del total de los cánceres diagnosticados en las mujeres participantes (detectados por el programa más cánceres de intervalo), fue del 73,6%.

Otro de los indicadores del Programa son los tiempos entre los principales procesos del cribado. En el período 1992-2019, en el 35,4% de las mujeres en las que se detectó un cáncer de mama el tiempo de espera desde el diagnóstico hasta el tratamiento fue de 21 días o menos. El tiempo total del proceso desde la exploración en el Programa ata el tratamiento en los cánceres diagnosticados en la valoración clínica inicial fue de 60 días o menos en el 41,5% de los casos.

En el año 2015, la DXSP estudió la evolución de las tasas específicas de mortalidad por cáncer de mama en las mujeres gallegas durante el período 1980-2012, comparando las tasas de mortalidad esperadas en ausencia de cribado con las tasas reales observadas en presencia de programa de cribado. En las mujeres de 50-69 años (grupo de edad diana del programa) se produjeron 910 muertes menos por cáncer de mama de las esperadas, lo que representa una disminución mayor del 20% de los casos observados, frente a lo que podría esperarse en ausencia de cribado. El riesgo relativo de morir en los grupos cribados con una participación “pobre” (menor del 50%) se reduce en un 9%; sin embargo, para los grupos cribados con una participación superior o igual al 50% el riesgo se reduce en un 29%. Este efecto representa un impacto positivo del programa aunque no puede ser diferenciado totalmente de otros factores, como pueden ser las mejoras en el tratamiento del cáncer de mama.



Programa gallego de detección precoz del cáncer de colon

La mayor parte de los CCR se diagnostican en estadios avanzados, lo que afecta a la supervivencia de los pacientes. La evolución natural del CCR, con un largo período de latencia, unido a la existencia de pruebas de cribado que demostraron su efectividad, tanto en detección de lesiones precursoras como de CCR en estadios precoces, hacen de esta enfermedad una candidata ideal para establecer un programa de detección precoz. El 70-80% de los casos de CCR proceden de un pólipo adenomatoso y en un 20-30% de un pólipo serrado que sufren una transformación maligna que puede prolongarse alrededor de 10 años. Durante este tiempo pueden sangrar de forma intermitente, por eso la prueba de detección de la sangre oculta en las heces (SOF) y la posterior colonoscopia de los casos positivos, además de reducir la incidencia de este tumor al eliminar lesiones en fases iniciales, puede disminuir también la mortalidad por CCR entre un 30% y un 35%.

Ya en el año 2003 el Consejo de la Unión Europea estableció entre sus recomendaciones la detección precoz del CCR para hombres y mujeres entre 50 y 75 años. En España, en el año 2014, la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS) marca como objetivo a las comunidades autónomas la puesta en marcha del cribado del CCR para hombres y mujeres entre 50 y 69 años y también completar la cobertura al 100% de la población en el año 2024. En este contexto, en Galicia se inicia en el año 2013 la implantación del Programa gallego de detección precoz del CCR, completando su extensión geográfica en el año 2019 y adelantándose 5 años al objetivo propuesto por el Ministerio de Sanidad.

El Programa gallego de detección precoz del CCR, que se inició en el año 2013 en el Área Sanitaria de Ferrol, está implantado en la actualidad en toda Galicia. En julio del 2019 se alcanzó el objetivo de invitar a participar, por lo menos una vez, al 100% de la población de 50 a 69 años.



Participación

Desde el inicio del Programa, se enviaron 1.121.329 invitaciones válidas (944.648 de ronda inicial y 176.681 de rondas sucesivas), cubriendo toda la población gallega de entre 50 y 69 años. La participación global, medida por la entrega del test, fue del 44,39%, siempre mayor entre las mujeres (47,7% mujeres vs 40,8% hombres), independientemente del año de invitación. Cuando se analiza la participación por ronda de cribado, se observa que aquellas personas que ya participaron alguna vez lo vuelven a hacer en un 91,6%, (91,1% hombres vs 91,9% mujeres); no obstante, la participación en primera ronda (personas invitadas por primera vez por cumplir 50 años de edad y aquellas que ya fueron invitadas hace dos años pero que no participaron) está en el 36,9% (33,8% hombres vs 39,9% mujeres).

Resultados

Los datos sobre el porcentaje de positivos y lesiones detectadas se refieren a aquellas personas que entregaron el test hasta diciembre de 2019, que fueron 449.672. En un 6,7% de los casos la prueba SOF detectó indicios de sangre en primera ronda y en el 5,0% de los casos en rondas sucesivas.

En el período que va desde el inicio del Programa y hasta diciembre de 2019 se realizaron colonoscopias a 26.647 personas. Como resultado se identificaron 1.436 personas con cánceres invasivos (tasa de 3,2 por cada 1.000 personas que entregan el test), lo que supone un VPP del test de SOF para cáncer (la probabilidad de tener un cáncer cuando el resultado del test es positivo y después de hacer la colonoscopia) de 5,4%. Además, se diagnosticaron 4.736 personas con adenomas de alto riesgo (AAR), 6.572 de riesgo medio (AMR) y 5.983 de riesgo bajo (ABR). Las tasas de lesiones fueron siempre más altas en los hombres, destacando la tasa de cánceres invasivos (más del doble) y la tasa de adenomas de alto riesgo (cerca del cuádruple) (Tabla 11).

▼ Tabla 11. Tasa de lesiones entre hombres y mujeres por tipo de lesión. 2013-2019.

	CCR	AAR	AMR	ABR
Hombres	4,8‰	17,7‰	20,9‰	16,4‰
Mujeres	1,9‰	5,0‰	9,7‰	10,8‰

Cuando se analizan los datos por ronda de participación, se observa que en rondas sucesivas las tasas de detección, tanto de adenomas como de cáncer, son claramente inferiores (Tabla 12).

▼ Tabla 12. Tasa de lesiones entre hombres y mujeres por ronda de participación. 2013-2019.

	CCR	AAR	AMR	ABR
R. Inicial	3,8‰	12,2‰	15,8‰	13,8‰
R. Sucesivas	1,5‰	6,0‰	11,8‰	11,9‰

En el año 2019 se realizaron colonoscopias a 8.022 personas (4.452 hombres y 3.570 mujeres). De ellas, el 68% tuvieron algún tipo de lesión: 387 cánceres 1.868 personas con adenomas de bajo riesgo, 1.879 adenomas de riesgo intermedio y 1.302 personas con adenomas de alto riesgo.



Del total de los 1.436 cánceres, 1.256 en ronda inicial y 180 en sucesivas, el 67% de ellos fueron identificados en estadios precoces (49% en estadio I e 18% en estadio II), en los que el pronóstico es significativamente mejor. Este porcentaje fue similar en ronda inicial y sucesivas y claramente diferente al estadio habitual de los CCR diagnosticados fuera del programa de cribado, donde solo el 14% son identificados en estadio I.

El Programa gallego, en términos globales, está cumpliendo con los objetivos marcados para este tipo de programas y, como valor añadido, incorpora en su actividad rutinaria de cribado las actividades de seguimiento mediante colonoscopia de todas las personas a las que se detecta un riesgo alto o intermedio de padecer un cáncer colorrectal. El seguimiento de las personas con riesgo alto o intermedio diagnosticadas dentro del Programa de cribado es exclusiva del Programa gallego respecto de otros programas españoles que no centralizan de forma organizada esta actividad. La experiencia en este punto es muy positiva, el Programa pone en marcha el circuito de un nuevo seguimiento cuando le corresponde a cada persona liberando la atención primaria, hospitalaria y el propio paciente de esta responsabilidad, con la ventaja de que se realiza con criterios homogéneos para toda la población y evita duplicidad de peticiones de colonoscopias. Los resultados son una adherencia superior.

Así, en el período 2013-2019, según su fecha de evaluación, 4.258 personas fueron clasificadas como de alto riesgo, indicándoseles la realización de una nueva colonoscopia al año y 5.324 fueron clasificadas como de riesgo intermedio con indicación de colonoscopia a los 3 años. Entre las de riesgo alto, completaron la colonoscopia el 98,6% (el 91,6% dentro del plazo establecido de 9-15 meses) y un 1,4% abandonan. En un 36,3% de los casos, la colonoscopia fue normal, sin detección de lesiones, en un 0,2% se detectó un CCR (7 personas) y en el resto de los casos (63,5%) se detectaron lesiones que fueron extirpadas en la propia colonoscopia. Entre los de riesgo intermedio completaron la colonoscopia el 96,6% (el 97,1% de ellos dentro del plazo establecido entre 30 y 42 meses) y un 3,1% abandonan. En un 43,5% de los pacientes, a colonoscopia fue normal, sin detección de lesiones, en un 0,5% se detectó un CCR (6 personas) y en el resto (66%) lesiones que se extirparon en la misma colonoscopia.



Programa de detección precoz del cáncer de cérvix

Por lo que respecta al cáncer de Cérvix, una fase preclínica prolongada y la identificación de fases premalignas con posibilidad de tratamiento efectivo y sencillo, le confieren la posibilidad de instaurar medidas de detección precoz, añadiendo al objetivo de merma de la mortalidad el de reducción de la incidencia, tal y como sucede en el caso del CCR. En abril del 2019, se publicó la Orden de modificación de la Cartera Básica Común de Servicios del SNS que establece un plazo de 5 años para que todas las comunidades autónomas inicien un programa poblacional de cribado en mujeres de 35 a 65 años con la utilización de la prueba de detección de los VPH-AIR (test VPH-AIR) como prueba primaria. A consecuencia de estos hechos, la DXSP adoptó en 2019 la decisión de establecer el cribado poblacional del cáncer de Cérvix en los términos establecidos en la Cartera Básica.

La Consellería de Sanidad inició en el año 2019 el Programa gallego de detección precoz del cáncer de Cérvix, con el objetivo final de reducir la morbimortalidad por este cáncer entre las mujeres gallegas, además de reducir su incidencia a través de la detección y tratamiento de las lesiones precursoras del cáncer.



Organización de los recursos tecnológicos en cáncer

La incorporación y uso de más alta tecnología para el diagnóstico y tratamiento contra el cáncer es vital para aumentar las probabilidades de curar esta enfermedad. A este respecto se describen en este apartado los recursos de alta tecnología que se fueron incorporando en el Servicio Gallego de Salud (SERGAS) en los últimos años, diferenciando cuatro equipamientos: aceleradores lineales, equipos de resonancia magnética, de tomografía computarizada y medicina nuclear.

Aceleradores lineales

En el año 2015 existían grandes diferencias entre las 7 áreas sanitarias del Servicio Gallego de Salud, tanto en acceso a tratamientos como en tipo de terapias que se administraban. Esto suponía que no se realizaban tratamientos de radioterapia de intensidad modulada (IMRT), radioterapia estereotáxica fraccionada corporal (SBRT) y la radioterapia guiada por imagen (IGRT) en todos los centros de la red asistencial pública.

Estas diferencias obedecían a aspectos estructurales (número de equipos disponibles, recursos humanos y materiales asociados) y características de los equipos instalados (algunos en el fin de su vida media útil).

Con el objetivo de mejorar esta situación se desarrolló un Plan para la incorporación de nuevos equipos en el ámbito de la radioterapia (Solución global para la cobertura de las necesidades diagnósticas y terapéuticas mediante equipamiento de alta tecnología en el SERGAS a través de un Diálogo competitivo). Se abordaron los siguientes aspectos a nivel estructural:

En el Área Norte:

1. Renovación de dos de los equipos del Centro Oncológico, que posibilitaron la disponibilidad por un lado de realizar más tratamientos y, por otro, disponer de tratamientos de nivel avanzado [True Beam (acelerador que administra dosis precisas con rapidez)]. Disponibilidad de una de las unidades de tratamiento del área Norte.
2. Incorporar dos unidades de tratamiento en Lugo, incluidos los de altas prestaciones como la IMRT o la IGRT.



En el Área Centro:

1. Renovar las unidades de tratamiento del hospital Clínico de Santiago, incorporando en por lo menos dos de ellos la IMRT, la IGRT y la SBRT.
2. Dotar uno de los equipos de técnicas avanzadas para tratamientos complejos (True Beam).

En el Área Sur:

1. Renovar los equipos más antiguos del Hospital del Meixoeiro con equipos dotados de IMRT, IGRT, SBRT y True Beam.
2. Actualizar los equipos de Ourense, incorporando la IMRT volumétrica en por lo menos uno de los equipos.

Dentro del mismo proceso de cobertura, también se establece disponer de un software departamental: sistema de registro y verificación y sistema de planificación y cálculo, corporativos, configurados en red, que permiten el manejo de unidades de tratamiento y pacientes de modo global e independientemente de donde se sitúen.

Este sistema, único y corporativo, junto con la actual distribución das distintas modalidades de tratamiento, permitió un manejo conjunto e integrado por áreas de los recursos y de los pacientes durante los últimos cuatro años.

En este contexto, la tabla siguiente recoge los cambios en los equipos desde el año 2015 en el que se refiere el número y técnicas terapéuticas por áreas.

▼ Tabla 13. Actuación sobre los equipos de radioterapia y ratios poblacionales (años 2016-2021).

ÁREA	Hospital	Equipos 2015	Actuación	Equipos 2021	Bandas	Técnicas
ÁREA CENTRO	CHUS	3	Substitución 3 equipos	3	2 equipos banda extensiva e 1 en avanzada	CRT IGRT IMRT SBRT TrueBeam
ÁREA NORTE	HULA	0	Adquisición 2 nuevos equipos	2	Banda avanzada e banda extensiva	CRT IGRT IMRT
	CONSORCIO	3	Substitución 2 equipos	3	2 equipos banda extensiva e 1 en avanzada	CRT IGRT IMRT SBRT TrueBeam
ÁREA SUR	CHUOU	2	Actualización 2 equipos	2	2 equipos en banda extensiva	CRT IGRT IMRT
	CHUVI	4	Substitución 3 equipos	4	3 equipos banda extensiva e 1 en avanzada	CRT IGRT IMRT SBRT TrueBeam
	POVISA	1	Renovación año 2021	1	Equipo de banda extensiva	CRT IGRT IMRT SBRT
TOTAL		13		15		



Con estas incorporaciones, las ratios de equipo/población tras este contrato con el socio tecnológico mejoraron substancialmente, especialmente en el área norte, quedando de la siguiente manera (tabla14)

▼ Tabla 14. Ratio de habitantes por equipo de radioterapia.

ÁREA	Hospital	Población asignada	Nº equipos	Habit/equipo centro	Habit/equipo área	Equipos/millón habitantes año 2021	Equipos/millón habitantes año 2015
NORTE	CONSORCIO	723.351	3	241.117	207.402	4,8	2,8
	HULA	313.661	2	156.831			
CENTRO	CHUS	442.951	3	147.650	147.951	6,7	6,6
	CHUOU	297.617	2	148.809			
SUR	CHUVI	728.205	4	182.051	165.218	6,1	5,8
	POVISA	130.704	1	130.704			
Total		2.636.527	15	175.768	175.768	5,7	4,8

Finalmente, en el año 2020 las técnicas a realizar en cada área son homogéneas y cuentan todas con IRGRT, IMRT, SBRT y True Beam.

También se desenvuelve un área de servicio compartido entre Vigo y Ourense para los efectos de coordinación de técnicas y recursos entre ambas áreas sanitarias, dentro del modelo de coordinación y dotación de procedimientos establecido para las áreas de servicio compartido.

Resonancia magnética

En este mismo plan, se abordaron también soluciones en el ámbito de la resonancia magnética, actualizando y mejorando los aspectos a nivel estructural.

Como resumen, cabe señalar que se sustituyeron 4 resonancias magnéticas (RM) por obsolescencia, se incorporaron 3 RM adicionales (CHUAC, CHUOU y CHOP) y se actualizaron 5 RM.

Así, se incrementaron en 3 las RM instaladas en los centros, pasando de 13 a 16, que se complementan con 3 RM móviles que dan cobertura a los hospitales comarcales (en el año 2015, estas resonancias móviles eran 2). Además, se mejoraron las bandas tecnológicas dado que se incorporaron RM de 3 tesslas en las área de Vigo y A Coruña, contando con esta tecnología los tres centros de referencia del Sergas.

Por lo tanto, la ratio de equipos por millón de habitantes pasó de 5,5 a los 7,2 actuales.



Tomografía computarizada

También en el mismo año 2015, y dentro del Plan para la incorporación de equipos en el ámbito de la radiología (Solución global para la cobertura de las necesidades diagnósticas y terapéuticas mediante equipamiento de alta tecnología en el SERGAS a través de un Diálogo competitivo) en el área de tomografía computarizada (TC), se abordaron los siguientes cambios:

- Evolución tecnológica de los TC de Ferrol, Pontevedra y 2 en Ourense. Esto implica una actualización de los equipos instalados.
- Substitución de los TC instalados en los siguientes hospitales: 2 en el CHUAC, 2 de Santiago (uno de ellos por un equipo de banda innovadora), 1 en el Hospital de Valdeorras, 1 en Ferrol y 1 en Vigo.
- Adquisición adicional de 2 TC de la banda innovadora, uno para el CHUAC y otro para el CHUS.

Medicina nuclear

Dentro del contrato con el socio tecnológico en el área de medicina nuclear, los cambios realizados a partir del año 2016 tras la firma del contrato fueron:

La incorporación de 2 tomografías por emisión de positrones (PET-CT), una para el consorcio oncológico a situar en A Coruña, área que no contaba con esta tecnología, y la substitución del PET de Santiago por un PET-CT de banda innovadora.

Con respecto a las gammacámaras, se incorporaron 4 nuevos equipos adicionales en los siguientes centros: CHUS, CHUOU, CHUVI y una gammacámara en Lugo para crear un nuevo servicio de medicina nuclear, contando actualmente con 8 gammacámaras.

Finalmente, cabe señalar el futuro próximo. En el año 2021 se pusieron en marcha los fondos de recuperación y resiliencia de la Unión Europea, el Plan Inveat, dentro de los fondos de recuperación y resiliencia de la Unión Europea. Esto supondrá para los próximos años (2022 y 2023) nuevas incorporaciones y mejoras tecnológicas.



Actividad asistencial hospitalaria

La actividad asistencial se puede medir a través de un conjunto de indicadores de productividad que se obtienen a través de los sistemas de información corporativos, a partir de la actividad diaria desarrollada por cada centro hospitalario. Medir, cuantificar, homogeneizar y monitorizar la información sanitaria para obtener los indicadores de actividad asistencial es una herramienta básica en la gestión sanitaria.

En este apartado, individualizamos en diferentes epígrafes este contenido, con el fin de dar mayor visibilidad a cada uno y facilitar su difusión

Hospitalización con ingreso

Este Análisis de la actividad asistencial se realiza en base a la información que proporciona el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), registro clínico administrativo de las altas hospitalarias, implantado en los hospitales de la red del Sergas, así como en la mayoría de hospitales de titularidad privada y que permite efectuar una aproximación a la situación en Galicia, en base a la codificación de los diagnósticos y procedimientos de las altas de hospitalización y de hospitalización a domicilio (HADO). Por lo tanto, y tal y como se acaba de comentar, la unidad básica de Análisis del CMBD son las altas.

Con respecto a la exhaustividad de la codificación, cabe destacar que los hospitales de la red del Sergas alcanzaron un porcentaje de codificación de las altas del 100% en todos los años del período 2016-2020, excepto en el 2016, en el que la codificación de las altas hospitalarias se situó en el 99,57%, lo que deber tenerse en cuenta en los Análisis de evolución temporales por año.

Por otra parte, en los hospitales privados, las cifras de codificación alcanzadas no fueron tan elevadas, variando entre lo 98,60 % del año 2016 hasta el 99,94% obtenido en el año 2018, con un global de 99,64%, aunque no todos estos centros codificaron las altas todos los años del período considerado.

Cabe subrayar que los porcentajes de codificación anteriormente presentados se refieren al global de las altas hospitalarias, no solo de las correspondientes a las neoplasias malignas (NM).

En lo relativo al motivo de ingreso, es imprescindible destacar que para realizar este Análisis se seleccionaron las NM, codificadas en el CMBD con los códigos de la CIE-10 ERES, que van desde el C00 al C96 (anexo I), pero no se incluyeron las complicaciones, por la imposibilidad de identificar todas las que se podrían asociar a los tumores malignos seleccionados. Además, no figuran aquellos ingresos realizados con el fin de tratar estas NM (quimioterapia, radioterapia...), porque la hospitalización no constituye la única fuente de datos, habida cuenta que con frecuencia estas terapias se aplican en los hospitales de día.

El Análisis que se realizará englobará tanto a aquellos pacientes atendidos en la red de Sergas como a los pacientes ingresados en los hospitales de titularidad privada en los que se codifican las altas..



Análisis descriptivo

Global

El número de altas que se produjeron entre los años 2016-2020 en los hospitales del Sergas y POVISA (con financiación Sergas) superó el millón; en concreto, fue de 1.253.552. De todas ellas, 109.802 tuvieron como motivo de ingreso una neoplasia maligna primaria, lo que representa el 8,76%.

Además, en este apartado se diferenciarán por una parte, el número de personas ingresadas por un tumor maligno y, por otra, el número total de ingresos de esos pacientes. En el primero caso, se está hablando del número de pacientes que ingresan por NM, con independencia del número de veces que lo hicieron; en el segundo caso, se contabilizan el número total de ingresos, cuya cifra será muy similar al número de altas, ya que cada ingreso genera un alta. Su diferencia se va a deber a que parte de los pacientes que ingresaron al final de año no se irán de alta hasta el año siguiente. En este sentido, comentar que aunque el Análisis se basará en las altas, al principio de cada apartado se especificará la cifra de ingresos.

Así, cabe señalar que el número de personas que ingresaron por NM en el período 2016-2020 ascendió a 81.298. Si contabilizamos, además, todas las veces que estés pacientes fueron ingresados, la cifra se incrementa hasta los 119.299, con un total de altas cuyo motivo de ingreso fue una NM, registradas en ese período, 119.471.

Según su titularidad, cabe destacar que la actividad asistencial es mayoritariamente pública, originándose en los hospitales del Sergas y POVISA (con financiación Sergas) el 92% de las altas (109.802), frente al 8% que se producen en los hospitales privados (9.669).

La edad media de las altas de las personas con motivo de ingreso NM para el período 2016-2020 fue de 66,95 años con una estancia media de 9,27 días. Estas cifras son superiores en el de aquellas altas que finalizaron en éxito intrahospitalario con respecto al total: 72,24 años vs. 66,95 años y 13,13 días frente a los 9,27 días (Tabla 15).

▼ Tabla 15. Altas y muerte con motivo de ingreso neoplasia maligna. Período 2016-2020.

Nº altas	% altas sobre total	Edad media altas	Estancia Media (días)	Nº éxitos intrahospitalarios*	% éxitos intrahospitalarios	Edad media éxitos	Estancia media Éxitos (días)
119.471	8,06	66,95	9,27 días	14.617	12,23	72,24	13,13 días

* En el número total de éxitos intrahospitalarios no se incluyen los correspondientes a POVISA de los años 2016 y 2017, que suman un total de 109, por un problema en la declaración de esta información.

Con respecto al sexo, de las altas que se produjeron en el período 2016-2020, el 56,5% le corresponden a hombres, porcentaje superior en 13 puntos con respecto al de las mujeres, con un 43,5%.



En relación a los tumores que generaron un mayor número de altas cabe señalar que, en ese período, las neoplasias malignas de colon, recto y ano (NMCRA) fueron las responsables del mayor número de ellas (15.463), seguidas de la neoplasia de vejiga (NMV) (10.858) y del cáncer de pulmón, tráquea y bronquitis (NMPTB) (10.615) y el de mama (NMM) (10.413), al igual que sucedió en el período 2010-2015, en el que la orden de frecuencia de ingreso por tipo de tumor fue igual, excepto en la NM de linfoides, hematopoyéticos y relacionadas (NMLH) que sube una posición, situándose en el quinto lugar y descendiendo el de próstata a la sexta posición.

En relación a los éxitos intrahospitalarios correspondientes a las altas agrupadas por tipo de tumor, la neoplasia de pulmón, tráquea y bronquios alcanza el porcentaje más elevado, el 23,13%, seguido del cáncer de estómago, con un 20,26% y de la neoplasia de hígado, con un 18,52%.

En la Tabla 16 figuran las altas de pacientes que ingresaron por una NM en el período 2016-2020, agrupadas por tipo de tumor.

▼ Tabla 16. Altas de pacientes que ingresaron por una NM en el período 2016-2020, agrupadas por tipo de tumor.

Tipo de tumor	N.º Altas	% altas sobre el global altas	Edad media	Estancia media	Nº éxitos intrah.	Edad media éxitos	Estancia media éxitos intrah.	% éxitos intrah.
Colon, recto e ano	15.463	1,04	71,71	12,97	1.427	77,11	13,63	9,23
Vejiga	10.858	0,73	73,23	5,88	489	78,67	12,76	4,50
Pulmón, tráquea y bronquios	10.615	0,72	68,00	9,29	2.455	69,62	11,15	23,13
Mama	10.413	0,70	60,96	3,54	217	67,34	10,20	2,08
Próstata	8.411	0,57	68,48	4,69	340	79,92	10,66	4,04
Linfoides, Hemato-poiéticas e relacionadas	8.116	0,55	60,78	16,17	1.154	74,26	18,82	14,22
Estómago	3.899	0,26	73,01	13,61	790	74,93	14,25	20,26
Hígado	3.451	0,23	70,62	7,95	639	72,60	11,29	18,52
Ovario	1.393	0,09	63,10	9,93	159	73,08	14,81	11,41
Cérvix	1.203	0,08	57,24	4,99	60	65,03	12,73	4,99
Melanoma	673	0,05	64,85	4,26	30	73,47	11,70	4,46
Otras	44.976	3,04	65,36	9,64	6.857	70,84	13,04	15,25
TOTAL	119.471	8,06	66,95	9,27	14.617	72,24	13,13	12,23

Análisis de la evolución temporal por año y sexo

El número de altas en los hospitales del Sergas y POVISA (con financiación Sergas) por NM en los años 2016, 2017, 2018 e 2019 se situó alrededor de las 22.000, evidenciándose una disminución en el año 2020, en el que descendió hasta los 19.965. No es posible extraer conclusiones sobre este hecho debido a la situación epidemiológica motivada por la pandemia por COVID-19.



▼ Tabla 17. Evolución temporal del número de altas en los hospitales del Sergas y Povisa (financiación Sergas). Período 2016-2020.

Año	N.º total altas	N.º altas por neoplasia maligna	Altas neoplasia maligna / Total altas (%)
2016	249.607	22.272	8,92
2017	256.101	22.656	8,85
2018	259.817	22.693	8,73
2019	261.235	22.216	8,50
2020	226.792	21.486	8,80
Total	1.253.552	111.323	8,76

Si analizamos la evolución de las altas por sexo en el período 2016-2020, podemos comprobar que en los hombres la edad media global aumenta de los 67,65 años en el año 2016 hasta los 68,58 años en el año 2020, mientras que en el caso de las mujeres apenas se produce incremento, pasando de los 65,57 años en el 2016 a los 65,85 años en el 2020 (tabla 18).

Con respecto a los éxitos intrahospitalarios en ese período en hombres, comentar que aumenta su edad media, pasando de los 71,06 años en el 2016 a los 73,09 años del 2020. En relación a las mujeres, no se aprecian cambios significativos en la evolución de la edad media de los éxitos.

▼ Tabla 18. Evolución del número de altas/éxitos intrahospitalarios por sexo y por año. Período 2016-2020.

	Hombre							Mujer						
	Altas NM	% altas NM Sobre Total	Edad media	Estancia media	Edad media éxitos intrah.	Estadía media éxitos intrah.	% éxitos intrah.	Altas NM	% altas NM sobre total	Edad media	Estancia media	Edad media éxitos intrah.	Estancia media éxitos intrah.	% éxitos intrah.
2016	14.054	4,87	67,65	9,96	71,06	13,47	13,15	10.290	3,56	65,57	9,29	72,89	13,43	11,33
2017	14.135	4,77	67,53	9,75	71,52	12,46	12,89	10.479	3,53	65,70	8,96	72,46	13,50	11,48
2018	14.376	4,55	67,74	9,44	71,23	12,43	13,36	10.585	3,35	65,27	8,50	72,69	12,82	11,13
2019	13.606	4,35	68,49	9,71	72,45	13,74	12,55	10.460	3,34	65,41	8,45	73,33	13,55	11,22
2020	12.416	4,64	68,58	9,42	73,09	13,13	12,69	9.070	3,39	65,85	8,47	73,18	13,12	11,28
Total	68.587	4,63	67,98	9,66	71,82	13,03	12,94	50.884	3,43	65,55	8,74	72,90	13,29	11,29

En hombres, el tumor maligno que se sitúa en primer lugar por su número de altas en el global del período 2016-2020 es el de colon, recto y ano (9.280), seguido de la neoplasia de vejiga (8.950), el de próstata (8.411) y el de pulmón, tráquea y bronquios (7.948), tal y como se observa en la tabla 4. El porcentaje de éxitos intrahospitalarios más elevada en las altas de los hombres cuyo motivo de ingreso es una NM le correspondió a NM pulmón, tráquea y bronquios con un 24,25%, seguida a continuación por la NM de estómago, el 20,39%, ocupando el tercero lugar a NM de hígado, con un 17,56%.

En las mujeres, el tumor que se sitúa en primer lugar por su número de altas en el global del período 2016-2020 es el de mama (10.328), seguido de la neoplasia de colon, recto y ano (6.183), neoplasias linfoides, hematopoyéticas y relacionadas (3.507) y de pulmón, tráquea y bronquios (2.667). El porcentaje de éxitos intrahospitalarios más elevada en las altas de las mujeres con motivo de ingreso NM le correspondió a NM hígado con un 21,29%, seguida a continuación por la NM de estómago, el 20,07%, ocupando el tercero lugar la NM de pulmón, tráquea y bronquios, 19,80%.

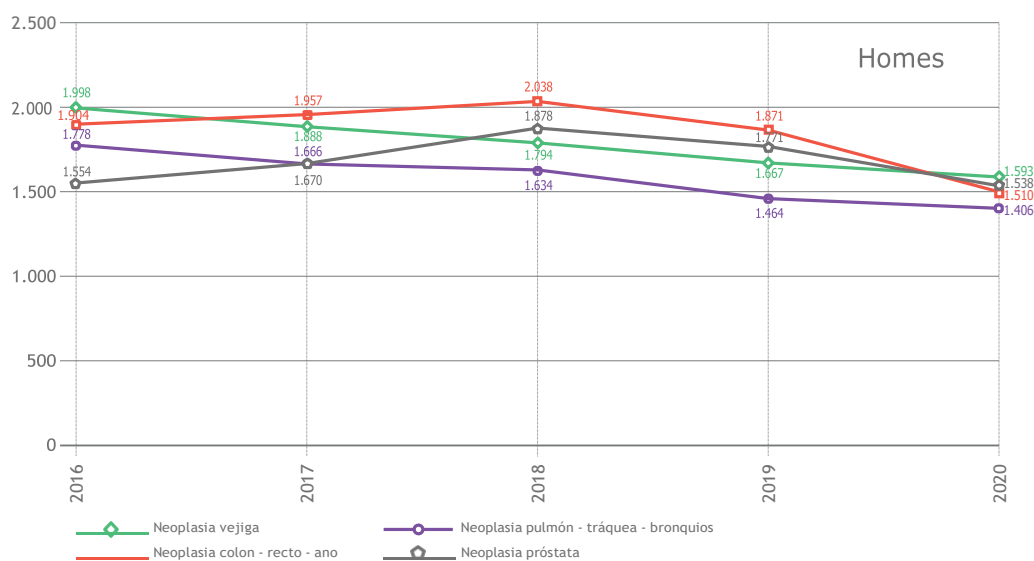


▼ Tabla 19. Número de altas de pacientes que ingresaron por un NM/éxitus intrahospitalaria en el período 2016-2020, desagregadas por tipo de tumor y sexo.

	Hombres		Mujeres	
	N.º altas global período	% éxitus intrahospitalarios global período	N.º altas global período	% éxitus intrahospitalarios global período
Cérvix			1.203	4,99
Colon, recto y ano	9.280	8,92	6.183	9,69
Estómago	2.384	20,39	1.515	20,07
Hígado	2.568	17,56	883	21,29
Linfoides, hematopoyéticas erelacionadas	4.609	13,58	3.507	15,06
Mama	85	1,18	10.328	2,09
Melanoma	311	5,14	362	3,87
Ovario			1.393	11,41
Próstata	8.411	4,04		
Pulmón, tráquea y bronquios	7.948	24,25	2.667	19,80
Vejiga	8.950	4,38	1.907	5,09
Otras	24.039	15,83	20.936	14,57

El Análisis de la evolución temporal de las altas de hombres cuyo motivo de ingreso fue una NM, muestra un claro decrecimiento de las altas por NM vejiga y de pulmón, tráquea y bronquios. En el caso de los tumores de colon, recto, ano y próstata, las altas experimentan un aumento hasta el año 2018, a partir de lo que descienden..

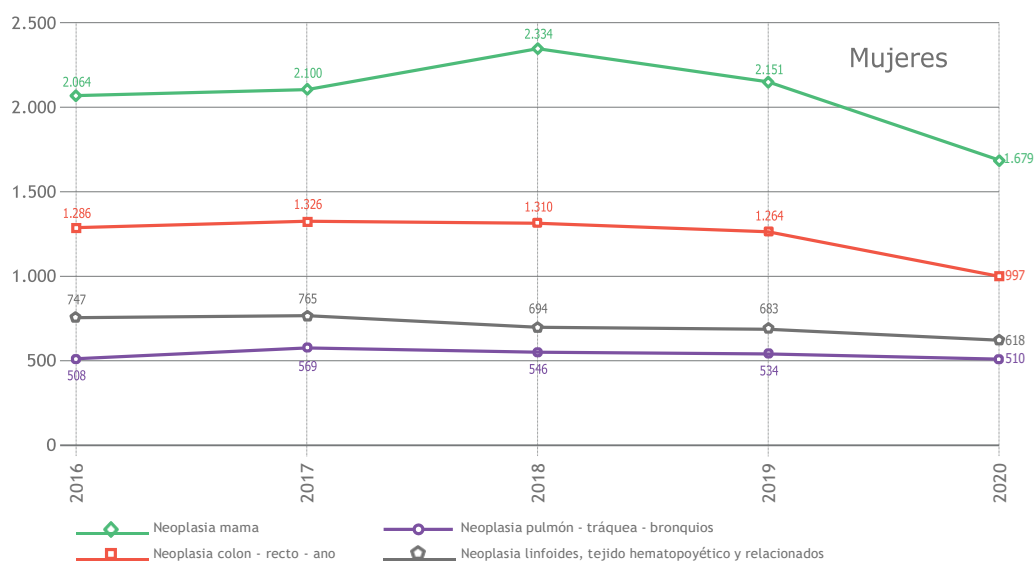
▼ Gráfica 10. Evolución de las altas por tipo de tumor con mayor frecuencia de ingresos en hombres. Años 2016-2020.





En cuanto a la evolución en las mujeres, comentar que las altas cuyo motivo de ingreso fue una NM de mama experimentaron un decremento importante desde el año 2018, en el que alcanzaron el pico máximo de este período, hasta el año 2020. También disminuyen, pero solo en el último año del período de estudio, las altas derivadas de neoplasias de colon, recto y ano.

▼ Gráfica 11. Evolución de las altas por tipo de tumor con mayor frecuencia de ingresos en mujeres. Años 2016-2020.



De las altas que tuvieron como motivo de ingreso una NM primaria, 109.802, sobre el número total de altas, 1.253.552, que se produjeron en el período 2016-2020 en los hospitales del Sergas y POVISA (financiación Sergas), el mayor número correspondió al Área Sanitaria de A Coruña y Cee (21.526), seguida de las áreas de Vigo (18.380) y Santiago y Barbanza (18.208). En las áreas sanitarias de Lugo, A Mariña e Monforte (11.948); Ourense, Verín y O Barco (12.432) y Pontevedra y O Salnés (12.616) el número de altas fue similar, dándose en la de Ferrol una cifra de 7.722.

Por servicio de ingreso, el mayor número de altas las aportan cirugía general y digestiva (24.698), seguido de urología (20.298), medicina interna (17.233), oncología médica (14.281), y con una cifra de altas mucho menor los servicios de ginecología (7.715), digestivo (5.010), otorrinolaringología (4.483), hematología clínica (4.159) y cirugía torácica (3.794). Las altas que se produjeron en los restantes servicios fueron inferiores a 3.000.

En cuanto a los reingresos urgentes en menos de 8 días que se produjeron por una NM en el global del período 2016-2020 en los hospitales del Sergas y POVISA (financiación Sergas) señalar que la cifra alcanzada fue del 1,43%, y del 3,86% para aquellos que tuvieron lugar antes de los 7 y de los 30 días respectivamente. Ambos indicadores se mantuvieron con unas cifras bastante estables en ese tiempo, excepto en el año 2020 en el que experimentaron un cierto descenso, situándose en el 1,21% y en el 3,34%. De estos cálculos, se excluyen los éxitos intrahospitalarios y los ingresos por complicaciones y los programados para tratamiento.

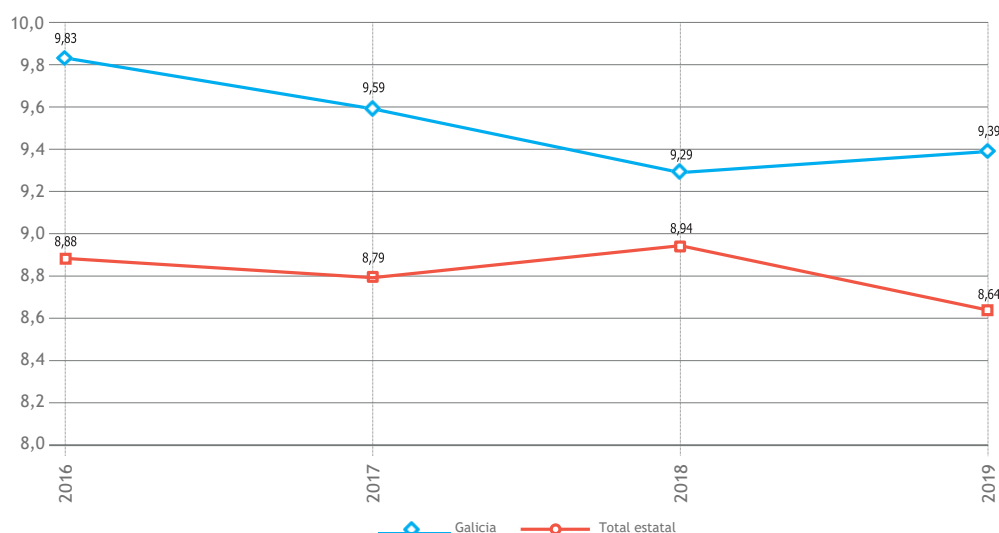


Comparativa de los datos globales con otras comunidades autónomas

Los datos que se presentan serán los correspondientes a los años 2016-2019, ya que son los que están disponibles en el portal estadístico de la Subdirección General de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad, en el momento de elaboración de este informe.

Según se desprende del Análisis de estas cifras, la estadía media en Galicia disminuye hasta el año 2018, experimentando un ligero repunte en el año 2019, al contrario de la tendencia que se observa en el comportamiento de este indicador en el conjunto del estado, donde pasa de 9,88 en el año 2016 al 8,64 en el año 2019, con un pequeño repunte en el año 2018.

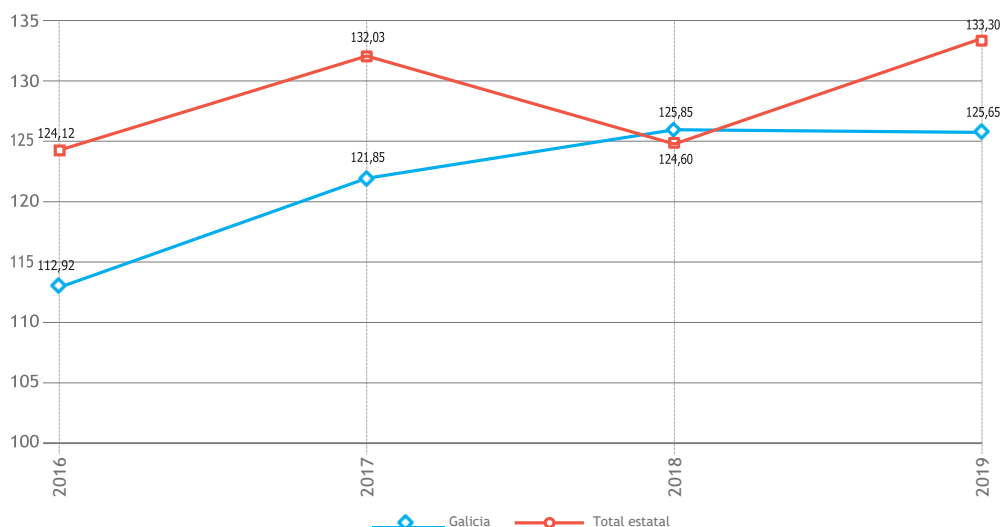
▼ Gráfica 12. Evolución temporal de las estancias medias de las altas con motivo de ingreso NM de próstata (NMP) Galicia/Global Estado.



La tasa de actividad (entendiendo como tal en hospitalización el número de altas válidas con motivo de ingreso neoplasia maligna primaria, por 10.000 habitantes) en Galicia crece hasta el año 2018, manteniéndose prácticamente estable en el año siguiente. En el caso de la tasa estatal, su comportamiento es ascendente, excepto en el año 2018, contrariamente a lo que acontece en nuestra comunidad.



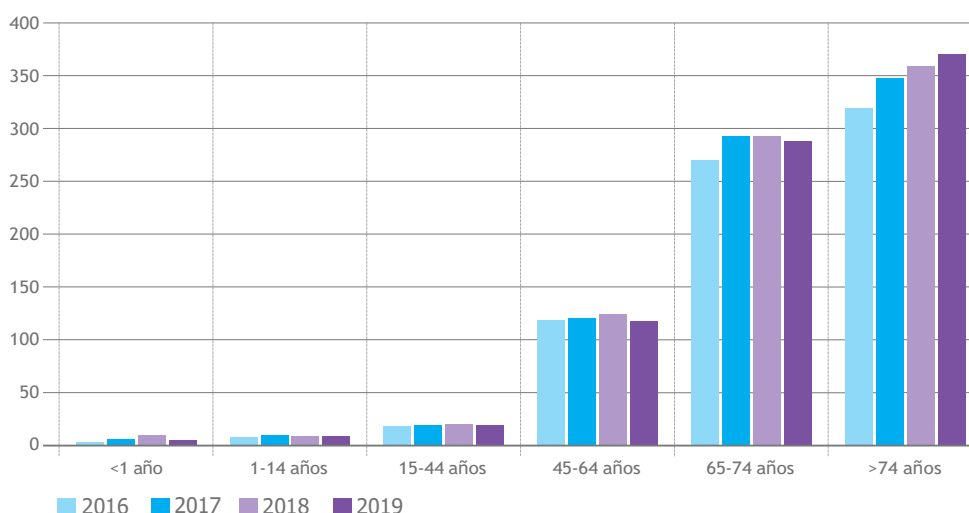
▼ Gráfica 13. Evolución temporal de la tasa de actividad Galicia/Global Estado.



En lo correspondiente a esta tasa, analizada por edad, puede comprobarse que en Galicia en los 3 grupos de edad más avanzada, se logran unas cifras superiores a las tasas estatales para esos mismos grupos etarios, siendo más destacable en el de mayor grupo de edad (más de 74 años).

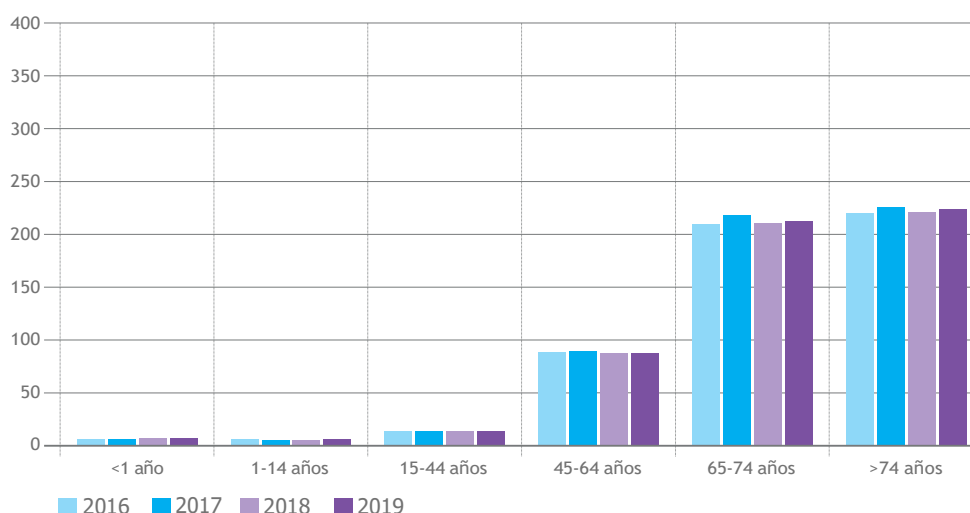
Además, también existe una diferencia destacable en la evolución temporal de la tasa de actividad, que en Galicia experimenta un acusado crecimiento en los 2 grupos de edad más avanzada, circunstancia que no se aprecia a nivel estatal, que presenta una mayor estabilidad en sus datos (Gráficas 14 y 15).

▼ Gráfica 14. Evolución temporal de la tasa de actividad por grupos de edad en Galicia. Años 2016-2019.





▼ Gráfica 15. Evolución temporal de la tasa de actividad por grupos de edad estatal. Años 2016-2019.



Cabe destacar, no obstante, las importantes diferencias que existen en el índice de envejecimiento poblacional entre las diferentes comunidades autónomas, de lo que se muestra su evolución temporal 2016-2019 en la tabla 20¹, posiblemente condicionando las tasas de actividad que se logran en Galicia.

▼ Tabla 20. Evolución temporal del índice de envejecimiento poblacional, por comunidad autónoma. Período 2016-2019 (Fuente de datos: Instituto Nacional de Estadística (INE)).

	2016	2017	2018	2019
01 Andalucía	94,18	96,21	98,55	101,13
02 Aragón	138,80	140,25	142,26	143,52
03 Asturias, Principado de	207,01	209,95	214,18	218,65
04 Baleares, Islas	94,30	96,00	97,87	99,66
05 Canarias	101,64	105,73	109,83	114,07
06 Cantabria	142,93	146,34	149,74	153,87
07 Castilla y León	187,40	190,36	193,47	197,06
08 Castilla La Mancha	112,17	113,83	115,63	117,49
09 Cataluña	110,16	111,87	113,47	115,28
18 Ceuta	50,59	51,35	52,84	55,16
10 Comunidad Valenciana	115,75	118,05	120,31	122,57
11 Extremadura	132,07	134,81	137,46	140,84
12 Galicia	190,39	192,51	195,19	198,12
13 Madrid, Comunidad de	102,09	103,76	105,83	108,19
19 Melilla	39,22	40,02	41,11	42,60
14 Murcia, Región de	81,97	83,38	84,25	85,98
15 Navarra, Comunidad Foral de	115,32	116,49	117,98	119,37
16 País Vasco	143,43	144,99	147,45	150,49
17 Rioja, A	128,56	130,90	133,42	135,87
Total Nacional	116,28	118,26	120,46	122,88

(¹) INE. Indicadores de estructura de población. Resultados por comunidades autónomas. Consulta 30.11.2021. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1452>



Para concluir este capítulo de Análisis comparativo, resulta imprescindible observar el comportamiento de las tasas de actividad, brutas y ajustadas por edad de Galicia en relación a los datos correspondientes al global del Estado.

Las tasas brutas de actividad de Galicia, según se observa en la Tabla 21, se incrementaron desde el 86,99 del año 2016 hasta el 87,04 del año 2019, situándose en todos los años de estudio, entre las 3 comunidades autónomas en donde se logran las cifras más elevadas (en el 2016, 2017 y 2019 ocupa el tercer lugar y el segundo en el año 2018), siendo siempre muy superiores al global del Estado.

▼ Tabla 21. Evolución temporal de la tasa bruta de actividad por 10.000 habitantes por comunidades autónomas. Años 2016-2019.

	2016	2017	2018	2019
Andalucía	55,40	56,98	59,72	65,73
Aragón	73,88	87,73	85,63	81,64
Asturias, Principado de	85,44	81,83	80,96	69,12
Baleares, Islas	18,04	45,97	44,57	42,76
Canarias	52,55	56,65	55,53	54,29
Cantabria	69,63	72,23	74,13	69,83
Castilla y León	78,90	76,85	85,23	85,13
Castilla La Mancha	47,35	55,11	49,87	59,25
Cataluña	76,73	76,79	71,28	73,10
Ceuta	39,06	39,89	34,86	32,80
Comunidad Valenciana	83,33	84,80	77,78	78,21
Extremadura	66,87	63,46	67,19	66,66
Galicia	86,99	89,40	89,38	87,04
Madrid, Comunidad de	79,55	81,73	80,98	80,54
Melilla	11,09	28,18	26,46	27,72
Murcia, Región de	54,07	60,28	59,44	65,14
Navarra, Comunidad Foral de	99,58	100,65	100,81	93,39
País Vasco	88,96	89,50	89,20	87,47
Rioja, A	78,94	84,10	76,55	73,97
GLOBAL	70,61	73,19	71,99	73,04

Las tasas ajustadas por edad en Galicia ocupan una posición bien distinta, que se sitúan, en esta ocasión, en la parte media de la tabla, fluctuando entre los puestos 6º y 8º según el año de estudio del que se trate (Tabla 22).

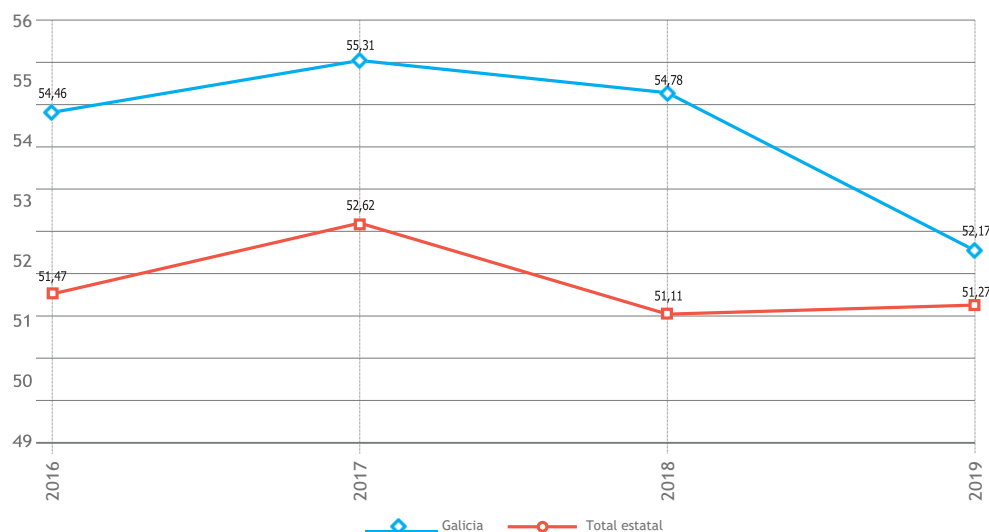


▼ Tabla 22. Evolución temporal de la tasa de actividad ajustada por edad (10.000 habitantes) por comunidades autónomas. Años 2016-2019.

	2016	2017	2018	2019
Andalucía	44,13	44,57	45,92	49,84
Aragón	49,37	58,05	56,13	53,26
Asturias, Principado de	51,02	47,98	46,31	38,67
Baleares, Islas	15,44	37,32	35,63	33,85
Canarias	41,36	44,02	42,39	40,91
Cantabria	45,60	47,39	47,67	43,61
Castilla y León	47,48	45,91	49,95	49,36
Castilla La Mancha	34,38	39,94	36,01	41,69
Cataluña	56,84	56,07	51,41	52,42
Ceuta	37,66	38,06	33,11	30,55
Comunidad Valenciana	60,76	60,90	55,18	54,45
Extremadura	47,65	45,12	46,84	45,40
Galicia	54,46	55,31	54,78	52,17
Madrid, Comunidad de	61,00	62,04	60,82	59,93
Melilla	11,81	29,07	26,53	27,53
Murcia, Región de	45,11	49,29	48,20	52,33
Navarra, Comunidad Foral de	73,78	73,19	71,94	67,10
País Vasco	57,79	57,12	56,70	54,63
Rioja, A	53,05	54,44	49,32	49,02
GLOBAL	51,47	52,62	51,11	51,27

Si comparamos la tasa de Galicia con respecto al global del Estado, se observa una evolución similar en cuanto a que experimentan un ascenso en el año 2017, con un descenso en el año 2018, para casi converger en el 2019, después de experimentar la tasa de Galicia una bajada de 2,61 en ese último año (Gráfica 16).

▼ Gráfica 16. Evolución temporal de la tasa ajustada de actividad por edad por 10.000 habitantes, por comunidades autónomas. Años 2016-2019.

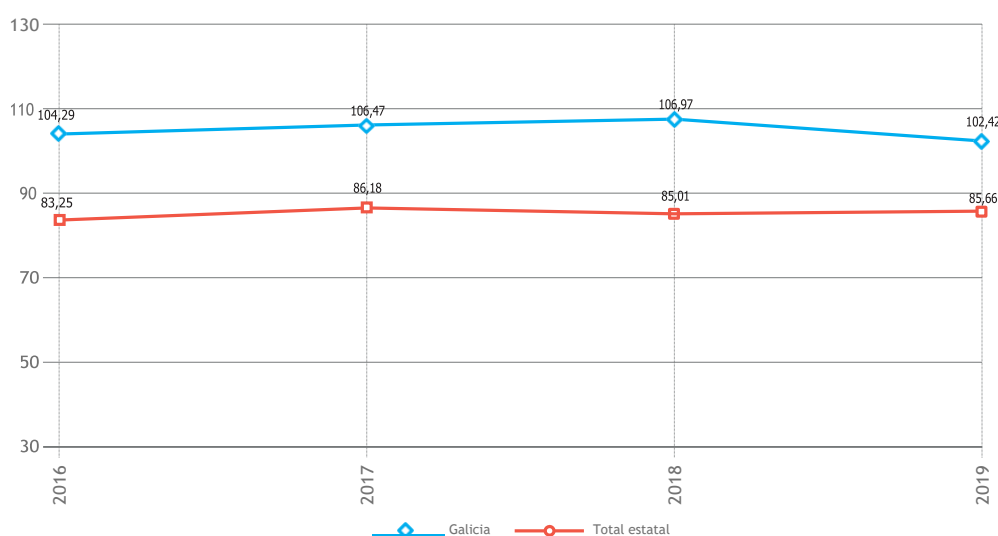




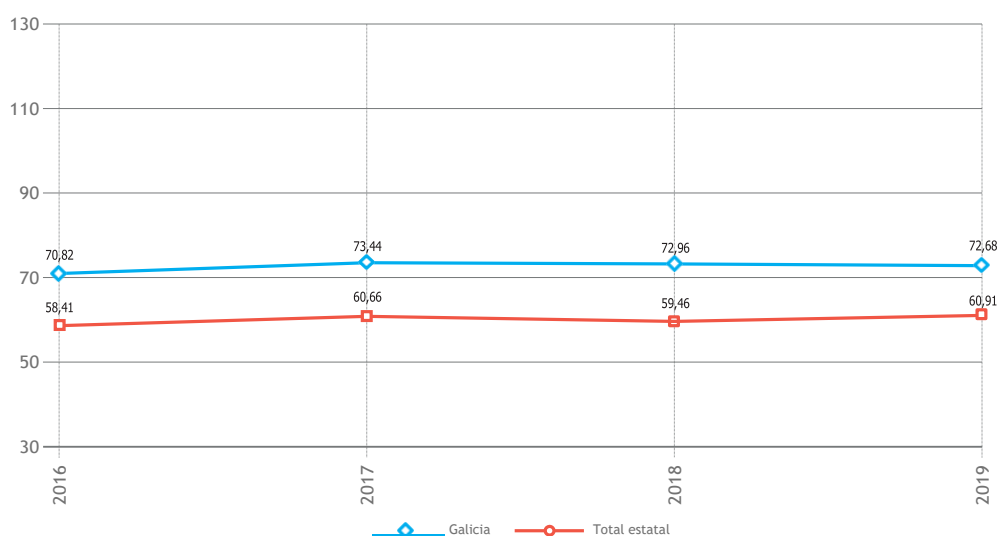
Los elevados valores de las tasas brutas de actividad estarán probablemente relacionados con el envejecimiento de la población gallega, experimentando un claro descenso al ajustarlas por edad, aproximándose a los valores del global del Estado, por estar neutralizando la repercusión derivada de su envejecimiento.

El análisis de las tasas brutas de actividad por sexo muestran un claro predominio en los hombres, con unas cifras muy superiores a las de las mujeres, apreciándose este comportamiento tanto a nivel de Galicia como en el global del Estado. Además, en los hombres, la diferencia entre ambas tasas es más acusada (Gráficas 16 y 17).

▼ Gráfica 17. Comparativa de la evolución temporal de la tasa bruta de actividad en hombres en Galicia versus global Estado. Años 2016-2019.



▼ Gráfica 18. Comparativa de la evolución temporal de la tasa bruta de actividad en mujeres en Galicia versus global Estado. Años 2016-2019.

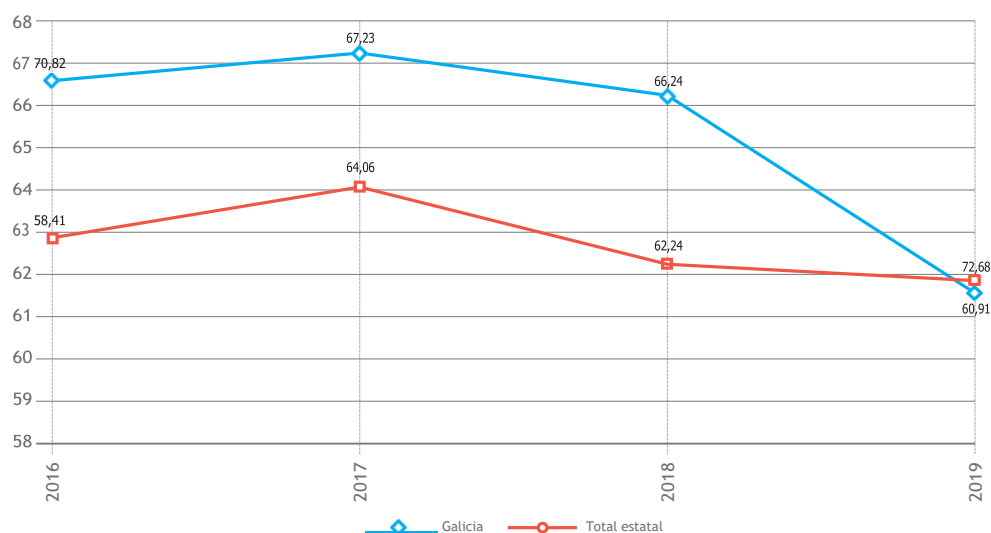




▼ Tasas de actividad ajustada por edad (10.000 hab.).

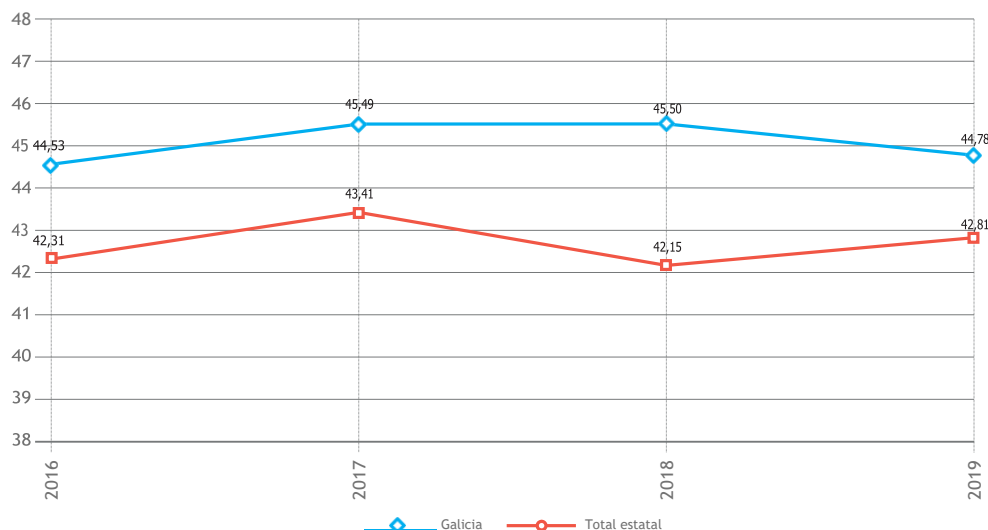
	Hombre				Mujer			
	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
Andalucía	63,46	66,17	69,12	75,67	47,49	48,00	50,54	56,04
Aragón	89,53	103,32	100,98	96,26	58,51	72,47	70,66	67,38
Asturias, Principado de	104,47	101,01	97,94	84,61	68,00	64,26	65,40	54,92
Baleares, Islas	20,08	52,66	51,78	48,50	16,00	39,27	37,36	37,02
Canarias	60,65	64,73	63,21	61,10	44,54	48,68	47,96	47,59
Cantabria	83,13	84,82	89,60	79,77	56,74	60,22	59,40	60,38
Castilla y León	94,37	91,91	102,16	100,77	63,77	62,13	68,70	69,88
Castilla La Mancha	56,62	65,32	59,11	70,02	37,97	44,82	40,55	48,39
Cataluña	93,00	92,42	86,78	87,87	61,08	61,79	56,42	58,93
Comunidad Valenciana	98,60	100,06	93,13	94,22	68,44	69,94	62,85	62,66
Extremadura	77,70	74,69	80,81	79,39	56,17	52,36	53,75	54,12
Galicia	104,29	106,47	106,97	102,42	70,82	73,44	72,96	72,68
Madrid, Comunidad de	91,70	94,10	92,75	92,49	68,33	70,32	70,14	69,53
Murcia, Región de	62,26	70,31	69,33	72,89	45,84	50,21	49,54	57,38
Navarra, Comunidad Foral de	115,98	114,77	113,69	104,11	83,48	86,84	88,16	82,91
País Vasco	108,73	110,29	109,29	107,01	70,35	69,97	70,36	69,15
Rioja, A	92,96	98,58	93,94	86,62	65,20	69,98	59,63	61,69
Ceuta	40,16	41,90	37,55	35,74	37,92	37,82	32,09	29,77
Melilla	9,99	30,98	26,89	28,90	12,23	25,31	26,01	26,52
GLOBAL	83,25	86,18	85,01	85,66	58,41	60,66	59,46	60,91

▼ Gráfica 19. Comparativa de la evolución temporal de la tasa de actividad ajustada por edad, en hombres, en Galicia versus global Estado. Años 2016-2019.





▼ Gráfica 20. Comparativa de la evolución temporal de la tasa de actividad ajustada por edad, en mujeres, en Galicia versus global Estado. Años 2016-2019.



Según la distribución por sexo, las estancias medias en los hombres fueron superiores tanto en Galicia como en el global, situación que se repite con las tasas de actividad.

▼ Tabla 23. Comparativa de estancias medias y tasas de actividad de las altas con motivo de ingreso neoplasia maligna primaria en hospitalización por sexo y CCAA. Período 2016-2019.

		Estancia media días (hospitalización)				Tasa actividad (10.000 hab.)			
		2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
Galicia	Hombre	10,09	9,91	9,66	9,90	130,28	138,44	144,03	140,79
	Mujer	9,48	9,15	8,77	8,71	96,68	106,34	108,87	111,53
	Total	9,83	9,59	9,29	9,39	112,92	121,85	125,85	125,65
		Estancia media días (hospitalización)				Tasa actividad (10.000 hab.)			
		2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
Global	Hombre	9,26	9,17	9,51	9,00	83,25	86,18	85,01	85,66
	Mujer	8,35	8,27	8,15	8,15	58,41	60,66	59,46	60,91
	No especificado	8,72	10,34	10,13	3,08				
	Total	8,88	8,79	8,94	8,64	70,61	73,19	71,99	73,04

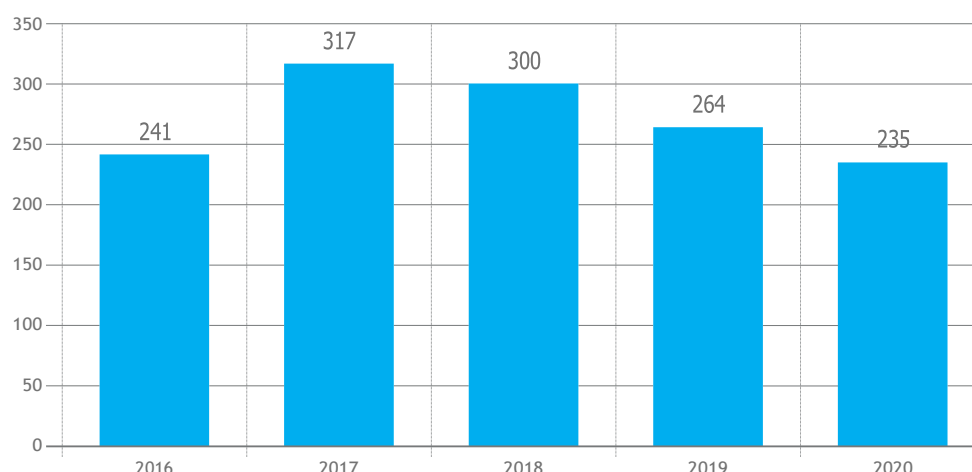
Pediatría e adolescencia

El cáncer infantil engloba un grupo de enfermedades con gran relevancia social en términos de salud pública, recursos e impacto social y afectivo para el propio paciente y sus familiares. Aunque la incidencia de cáncer en la infancia es baja, es la segunda causa de muerte en la infancia y adolescencia, mejorando las tasas de supervivencia en la actualidad (más del 70%) a través de un diagnóstico precoz y el tratamiento en unidades asistenciales con experiencia. Por todos estos motivos, cabe una mención especial con un epígrafe específico dedicado a los jóvenes.



Igual que en los anteriores epígrafes, la fuente de datos son las NM codificadas como motivo de ingreso en el CMDB con los códigos CIE-10 ES. Estos códigos van desde el C00 al C96 en menores de 18 años, lo que supone un total de 1.352 ingresos en el período 2016-2020. Respecto al total de altas (1.357), el mayor volumen corresponde al año 2017 con 317, siendo posteriormente la tendencia descendente a lo largo de los sucesivos años (ver gráfica 21).

▼ Gráfica 21. Evolución de las altas por ingreso en NM en menores de 18 años al año. Período 2016-2020.



Del total de 1.357 altas, 1.349 correspondieron a Sergas/Povisa (con financiación Sergas). Esto supone que un 99,41 % de casos hospitalizados corresponden a la sanidad pública de Galicia (Tabla 24).

▼ Tabla 24. Evolución de las altas con motivo de ingreso NM en menores de 18 años atendidos en los hospitales Sergas -Povisa financiación Sergas, sobre global de Galicia. Período 2016-2020.

Año	Altas NM Galicia	Altas NM SERGAS POVISA F SERGAS	% Actividad SERGAS
2016	241	240	99,59
2017	317	317	100,00
2018	300	294	98,00
2019	264	264	100,00
2020	235	234	99,57
Suma:	1.357	1349	99,41

La relación entre el global de altas por cualquier patología en esta franja etaria y las altas con motivo de ingreso por NM suponen un 1,29 %. Respecto a los éxitos intrahospitalarios, resulta un 1,84% (tabla 23).



▼ Tabla 25. Distribución de pacientes y altas hospitalarias en menores de 18 años por ingreso en NM. Período 2016-2020.

Pacientes	Altas	% Altas NM sobre total altas < 18 años	Edad media intrahospitalarios	Éxitos intrahospitalarios	Edad media Éxitos intrahospitalarios	% Éxitos intrahospitalarios
369	1.357	1,29	7,57	25	8	1,84

Desagregado por sexo, el porcentaje de éxitos intrahospitalario es mayor en mozas con un 2,24% de mozas, frente al 1,55% en mozos (ver tabla 26).

▼ Tabla 26. Distribución de los pacientes y altas hospitalarias en menores de 18 años según el sexo. Período 2016-2020.

Sexo	Pacientes	Altas	% Altas NM sobre total altas <18 años	Edad media	Éxitos intrahospitalarios	% Éxitos intrahospitalarios
Niños	197	776	1,30	7,39	12	1,55
Niñas	172	581	1,28	7,80	13	2,24
Total	369	1.357	1,29	7,57	25	1,84

Según el comportamiento evolutivo por años, la información asistencial indica que, en conjunto, el número de altas aumentó en los dos primeros años, con tendencia a disminuir en los siguientes. Desglosando por sexo esta comparativa, en los niños se repite este mismo patrón. Sin embargo, en las niñas el número de altas aumentó progresivamente a lo largo de todo el período, excepto en el año 2020.

Respecto de la distribución por grupos de edad, nos muestra que el grupo de 0-14 años representa el 80,68% de los pacientes en edad pediátrica, frente al 19,32% del grupo de pacientes de 15-17 años (tabla 27).

▼ Tabla 27. Distribución del porcentaje de pacientes, altas hospitalarias y fallecimiento en menores de 18 años por grupos de edad, por ingreso en NM. Período 2016-2020.

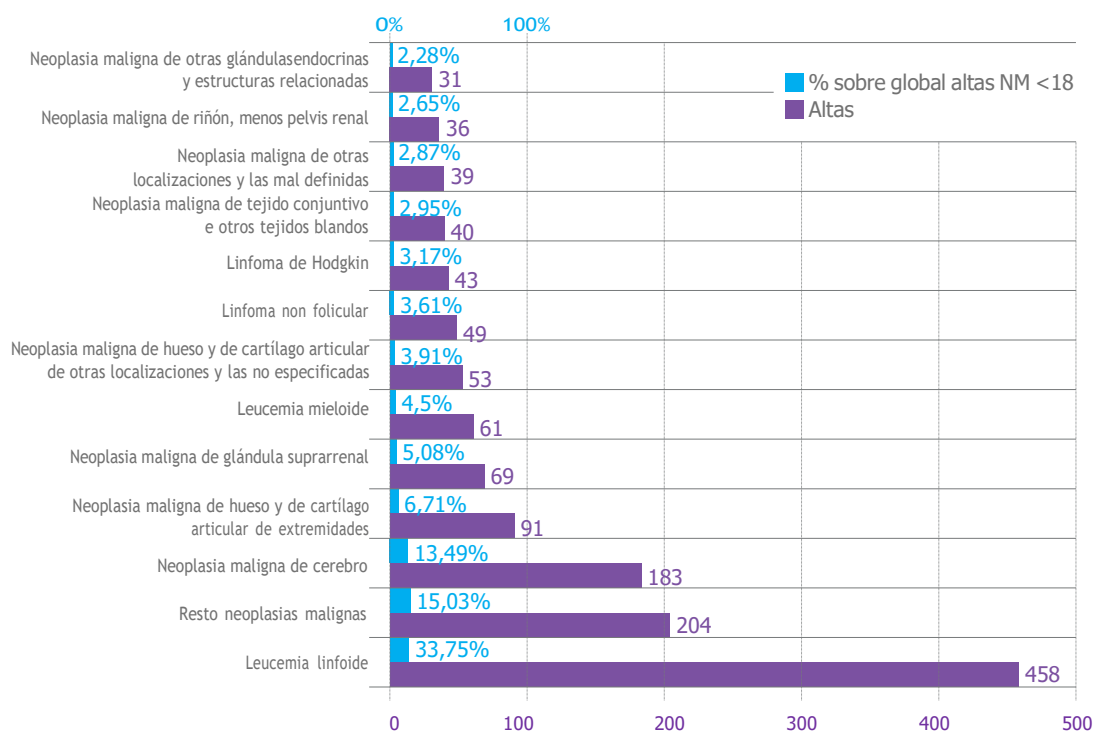
Grupos de edad	Porcentaje pacientes	Altas	Éxitos intra-hospitalarios
0-14	80,68%	1.220	22
15-17	19,32%	137	3
Suma:	100%	1.357	25

Es de reseñar que el número de altas cuyo motivo de ingreso fue una NM en pacientes menores de 18 años fue más frecuente en los hombres y en los dos grupos de edad.

Por tipos de NM más frecuentes, resultan la leucemia linfoide, NM de cerebro e NM de hueso y cartílago como los responsables del mayor número de ingresos, destacando la leucemia linfoide con 458 casos (33,75%), seguida a considerable distancia por las NM de cerebro que representan un total de 183 casos (13,49%).

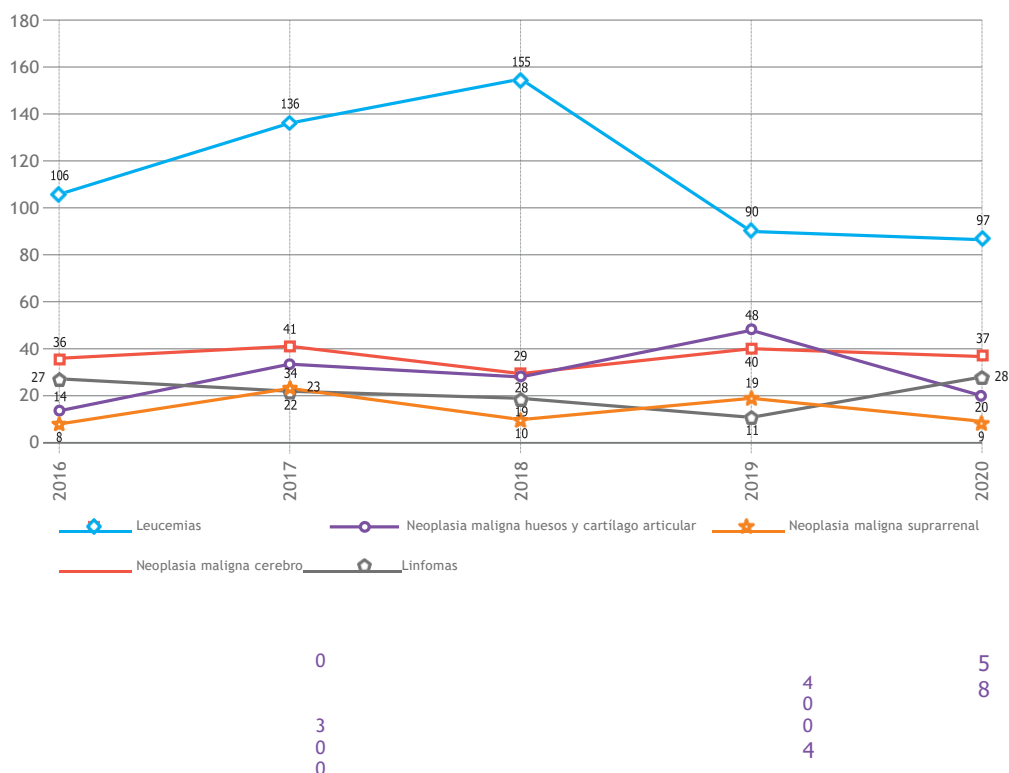


▼ Gráfica 22. NM con ingreso más frecuente en menores de 18 años, global. Período 2016-2020.



Si observamos la evolución por años, consta un aumento de la actividad intrahospitalaria de la patología neoplásica en menores de 18 años en el año 2017, siendo a partir de 2018 la tendencia descendente.

▼ Gráfica 23. Evolución de las altas de los tipos de NM más frecuentes en menores de 18 años. Período 2016-2020.



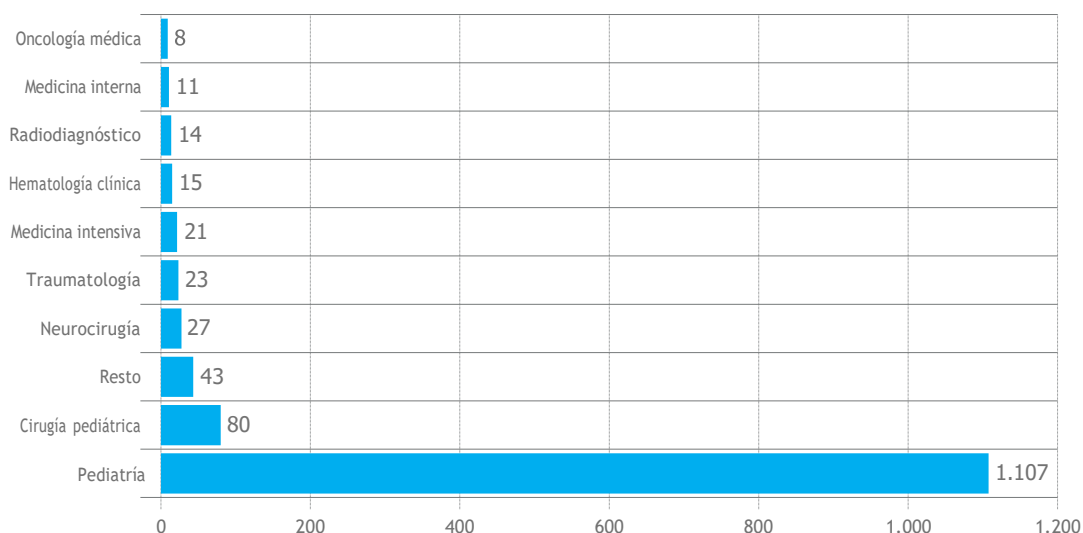


Los casos en los que el motivo de ingreso fue una leucemia se incrementó entre el año 2016 y 2018, con tendencia a disminuir posteriormente, representando la leucemia linfóide el tipo de leucemia más frecuente. El tipo más frecuente de linfoma es el no folicular, seguido del linfoma de Hodgkin, con 49 e 43 casos respectivamente.

Por otra parte, del Análisis de altas cuyo motivo de ingreso fue una NM de huesos y cartílago articular en el grupo y población de referencia, la localización más frecuente fue en los huesos de las extremidades.

Del total de 1.357 altas por ingreso por NM en menores de 18 años en este período de estudio, 1.107 corresponden al servicio de pediatría, seguidos de una gran diferencia por los servicios de cirugía pediátrica y neurocirugía con 80 e 27 casos, respectivamente.

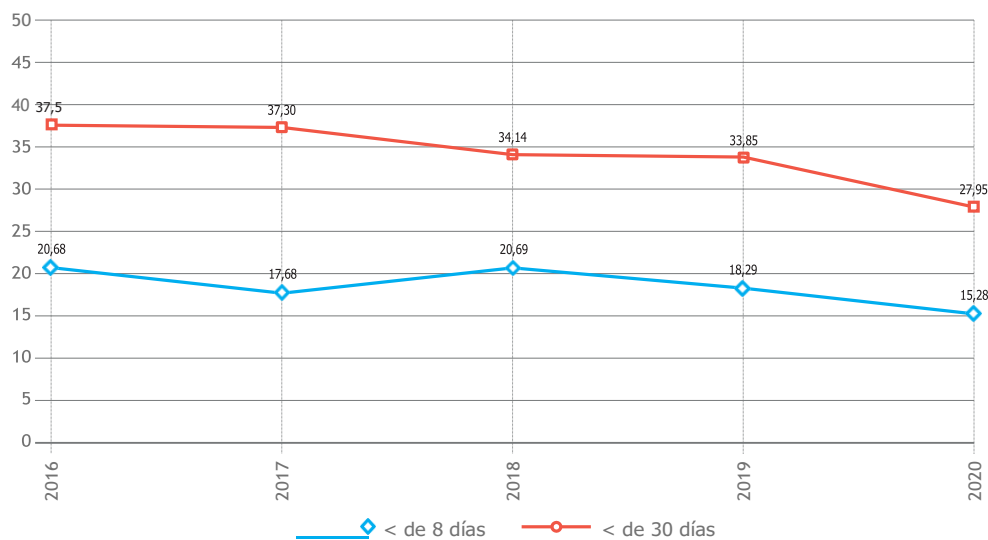
▼ Gráfica 24. Diagrama de barras. Número de altas más frecuentes por servicio en menores de 18 años con motivo de ingreso NM. Período 2016-2020.





En cuanto al estudio de los datos de reingreso, el porcentaje de reingresos urgentes por MN en menos de 8 días tiende a disminuir a partir de 2018. Este mismo patrón se repite si analizamos ese mismo indicador menos de 30 días.

▼ **Gráfico 25. Reingresos por NM en menores de 18 años, como motivo de ingreso urgente con menos de 8 o 30 días. Hospitales Sergas y Povisa financiando el Sergas. Excluye muerte y grupo relacionado con diagnóstico (GRD) de las principales categorías de diagnóstico (CDM) 21 (Lesiones, intoxicaciones y efectos tóxicos de las drogas), CDM 22 (Quemaduras) y CDM 25 (Traumatismo múltiple significativo).**



En Galicia, la atención a estos jóvenes se desenvuelve desde finales del año 2017 a través de una red asistencial de profesionales expertos en oncología pediátrica, tal y como recoge la Resolución de 29 de septiembre de ese mismo año, por la que se crea la Unidad de Oncología Pediátrica de Galicia. La unidad, formada por expertos en esta disciplina, centraliza todos los casos y consensua, desde el punto de vista clínico, el abordaje, tratamiento y manejo de cada paciente. Es necesario recordar que el cáncer infanto-juvenil es una enfermedad de gran impacto individual, familiar y social, cuyos principales condicionantes son la baja incidencia y la necesaria especialización en su tratamiento. Esa forma de trabajo en red permite disponer de toda la información clínica del paciente, compartir criterios clínicos y aprovechar mejor el conocimiento interno de la organización para referir el paciente al profesional más cualificado de la red, pero sin la pérdida de la referencia de sus profesionales y de su centro de origen. Con este modelo organizativo, se hizo posible lograr una adecuada coordinación para la atención y cuidados de todos los casos de cáncer en rapaces, coherente con sus necesidades específicas, tal y como reconoció el Consejo Interterritorial del SNS, en mayo de 2018.

A este respecto, el Sergas viene de impulsar la creación de su Registro Gallego de Cáncer Infantil, como herramienta fundamental para el desarrollo clínico del paciente y que permitirá lograr más y mejor calidad en el ámbito de la investigación biomédica. La memoria de actividad de la Unidad de Oncología Pediátrica muestra el número total de cánceres diagnosticados en la población pediátrica en Galicia, datos que se refieren en la siguiente tabla:



▼ Tabla 28. NM en pacientes menores de 18 años registrados en la Unidad de Oncología Pediátrica de Galicia, período 2018-2020.

Tumores pediátricos registrados	CHUAC	CHUS	CHUVI	Total
2018	22	28	19	69
2019	16	27	21	64
2019	32	23	16	71
Total Sergas	70	78	56	204

Salud Mental

Las patologías psiquiátricas estudiadas fueron cuatro, por ser las que aparecen de forma más frecuente en este contexto neoplásico. Los cuatro grupos analizados fueron: uso/abuso/dependencia de sustancias, seguidas de los trastornos de ansiedad, tentativas autolíticas y cuadros afectivos de tipo depresivo.

Durante el período de estudio 2016-2020, se constató que en el 6,96% de las altas cuyo motivo de ingreso fue una NM existía algún diagnóstico asociado con alguno de estos cuatro tipos de patologías psiquiátricas (Tabla 29).

▼ Tabla 29. Altas con motivo de ingreso neoplasia maligna en las que figuran determinados diagnósticos de patología psiquiátrica. Galicia. Global periodo 2016-2020.

Sexo	Global altas NM	Altas NM con diagnóstico psiquiatría	% diagnóstico psiquiatría	Pacientes	Edad media
Hombre	68.587	4.704	6,86	3.742	66,25
Mujer	50.884	3.609	7,09	2.913	67,91
Total	119.471	8.313	6,96	6.655	66,96

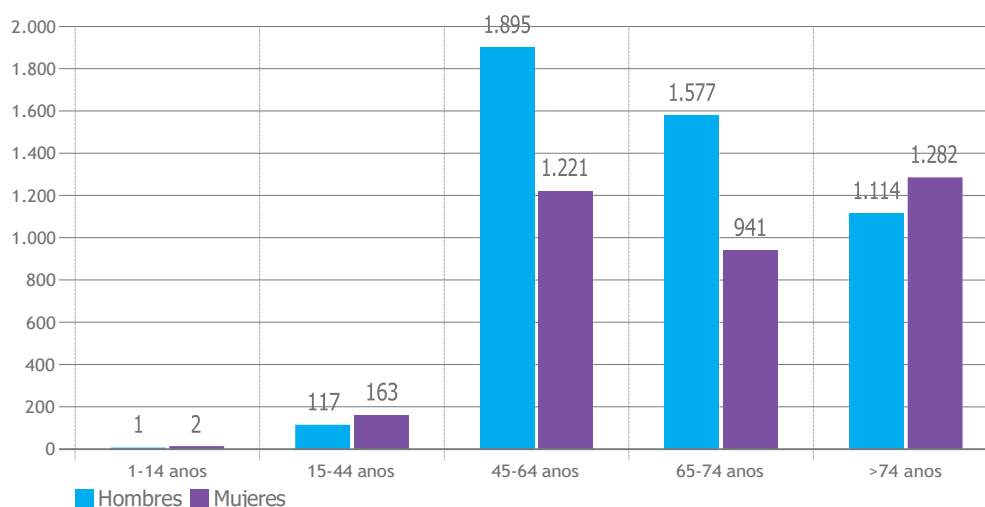
En cuanto a la distribución por sexo, el número total de altas cuyo motivo de ingreso fue una NM y la existencia de un problema psiquiátrico, fue más frecuente en hombres (4.704) que en las mujeres (3.609), aunque, analizando el porcentaje de altas de este tipo, el resultado es ligeramente superior en las mujeres (un 7,09 % frente a un 6,86 % en los hombres), teniendo en cuenta el mayor número global de altas por NM en estos últimos.

La edad media de los pacientes fue de 66,96 años, siendo ligeramente superior en las mujeres (67,91) que en los hombres (66,25).

En cuanto a la distribución etaria, el grupo de edad entre 45 y 64 años es el que presenta mayor número de altas con problemas psiquiátricos, aunque, si diferenciamos por sexo, en las mujeres el grupo más frecuente de edad corresponde a los mayores de 74 años. (Gráfico 26).



▼ Gráfico 26. Distribución etaria y por sexo de las altas de pacientes cuyo motivo de ingreso fue una NM que tienen asociado alguna de las patologías psiquiátricas estudiadas.

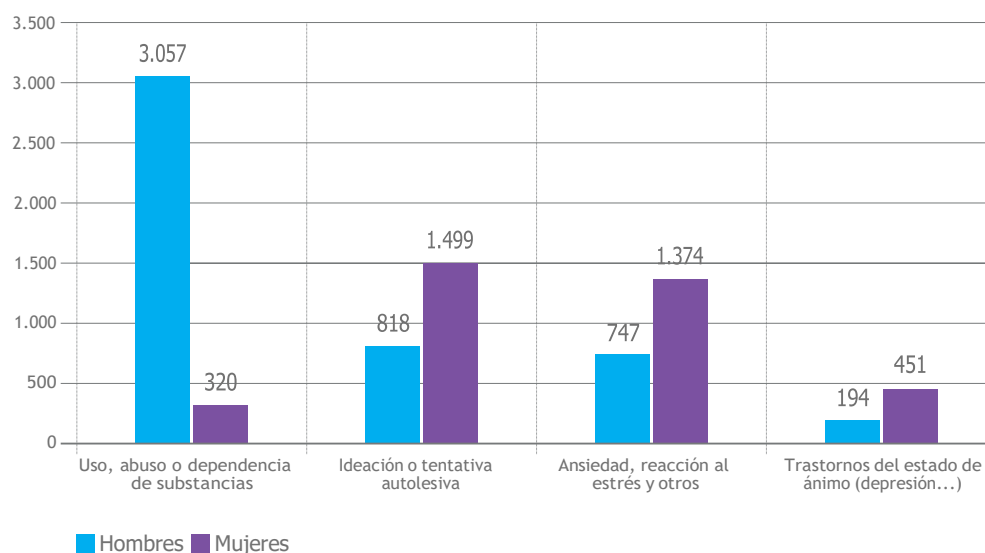


Las diferencias por género y edad respecto a los cuadros psiquiátricos más frecuentemente estudiados en estos pacientes son: en el caso de los hombres los trastornos por uso, abuso o dependencia de sustancias, y en de las mujeres los cuadros de ideación o tentativa autolesiva (tabla 30). Este mismo patrón de tipología psiquiátrica se presenta en la población general.

▼ Tabla 30. Distribución por sexo de las cuatro patologías psiquiátricas estudiadas.

	Hombres	Mujeres
Uso, abuso ou dependencia de sustancias	3.057	320
Ideación ou tentativa autolesiva	818	1.499
Ansiedad, reacción al estrés y otros	747	1.347
Trastornos del estado de ánimo (depresión...)	194	451
Total	4.816	3.644

▼ Gráfico 27. Distribución por sexo de las cuatro patologías psiquiátricas estudiadas.





El diagnóstico de cáncer supone un gran impacto en el paciente y en su contorno familiar y, con frecuencia, los pacientes experimentan cambios significativos en su salud emocional, sentimientos de miedo, depresión y ansiedad. Gozar de una buena salud mental puede mejorar los resultados médicos y la calidad de vida tanto del paciente como de la familia.

En la observación de estos datos deben tenerse en cuenta tres limitaciones. Por una banda, el infra registro derivado del cambio de la Codificación CIE en los años 2016, que solamente fueron estudiados estos cuatro tipo de patologías psiquiátricas y, por último, que no se puede afirmar que todas éstas fueran consecuencia directa de tener sufrido una neoplasia maligna.

Índices de case-mix y de estancia media ajustada (IEMA)

Los GRD son un instrumento muy valioso como fuente de información para medir la complejidad y el funcionamiento de los hospitales, permitiendo comparar a estos entre si. Son un instrumento fundamental en el *benchmarking* sanitario, por lo que resultan muy útiles en la gestión sanitaria en el ámbito hospitalario para la mejora continua; el propósito de estas técnicas es realizar una evaluación comparativa que permita identificar buenas prácticas.

Dentro del abanico de indicadores de casuística y funcionamiento, se eligieron los dos más representativos con la finalidad de realizar este Análisis, como son el índice case-mix (ICM) y el índice de estancia media ajustada (IEMA). Se trata de indicadores relativos, siendo importante resaltar este concepto, dado que la base de su cálculo y la comparación, es decir, el valor del índice de un hospital viene determinado por su relación con los otros hospitales con los que se está a comparar (hospitales de referencia).

Cabe resaltar que este Análisis comparativo se realizó entre los complejos hospitalarios de nivel III (A Coruña, Santiago y Vigo) y, por otro lado, entre los del nivel II (Ferrol, Lugo, Ourense, Pontevedra y o Hospital POVISA, con financiación SERGAS), que son los hospitales que disponen de servicios de oncología médica.

a) Índice de case-mix (ICM)

El ICM es un indicador de complejidad relativa de la casuística del hospital con respecto a los hospitales de referencia en términos de consumo de estancias. Se obtiene dividiendo la estancia media ajustada por funcionamiento del hospital entre la estancia media de los hospitales de referencia.

Si es mayor que 1, la casuística del hospital es más compleja que la de los hospitales de referencia porque tiene una mayor proporción de GDR que consumen más estancias y, si es menor que 1, la casuística del hospital es menos compleja que la de los hospitales de referencia.



▼ Tabla 31. ICM de los servicios de oncología médica de los hospitales del Sergas y Povisa.
Período 2016 a 2020.

Hospital	Índice Case Mix				
	2016	2017	2018	2019	2020
C. H. Universitario A Coruña	1,0410	1,0460	1,1152	1,0962	1,1392
C. H. Universitario de Santiago	0,9266	0,9473	0,8809	0,8586	0,8361
C. H. Universitario de Vigo	1,0759	1,0310	1,0848	1,0553	1,0605
C. H. Universitario de Ferrol	0,9635	0,9730	0,9938	1,0003	0,9824
C. H. Universitario de Lugo	1,0897	1,0744	1,0242	0,9637	1,0229
C. H. Universitario de Ourense	1,0577	1,0373	1,0035	0,9793	1,0172
C. H. Universitario de Pontevedra	1,1474	1,0960	1,0996	1,1064	1,0425
H. Povisa	0,9198	0,9139	0,9761	1,0081	0,9149

Los resultados obtenidos (tabla 31) muestran que el C.H. Universitario da Coruña es el hospital de nivel 1 con la casuística más compleja en los últimos tres años del período de estudio, seguido del C.H. Universitario de Vigo y del C.H. Universitario de Santiago. Para los hospitales del nivel 2, el C.H. Universitario de Pontevedra es el que presenta la casuística más compleja durante todo el período de estudio.

b) Índice de estancia media ajustada

El IEMA es un indicador de funcionamiento relativo, en términos de estadía media, del hospital en estudio respecto de los hospitales de referencia con los que se compara. Se obtiene dividiendo la estancia media del hospital entre el IEMA por funcionamiento.

Si es mayor que 1, el hospital funciona peor que los hospitales de referencia manejando su propia casuística y, si es menor que 1, el hospital funciona mejor que los hospitales de referencia.

▼ Tabla 32. IEMA de los servicios de oncología médica de los hospitales del Sergas y Povisa.
Período 2016 a 2020.

Hospital	Índice estancia media ajustada				
	2016	2017	2018	2019	2020
C. H. Universitario A Coruña	1,1160	1,0150	0,9503	0,9193	0,9141
C. H. Universitario de Santiago	0,8398	0,8476	0,9467	1,1701	0,8599
C. H. Universitario de Vigo	1,0427	1,1603	1,0583	1,1493	1,2185
C. H. Universitario de Ferrol	0,8377	0,7951	0,7530	0,8166	0,7700
C. H. Universitario de Lugo	0,6813	0,7658	0,8467	0,9192	0,9824
C. H. Universitario de Ourense	1,5076	1,3909	1,3199	1,3110	1,1067
C. H. Universitario de Pontevedra	0,8241	0,8526	0,9166	0,9692	1,0502
H. Povisa	0,8294	0,9430	0,8702	0,7285	0,7860

Los resultados obtenidos (tabla 32) muestran que el C.H. Universitario de Santiago está en el nivel III y que gestiona de forma más eficiente su casuística (excepto en el año 2019). En el caso de los hospitales del nivel II, resultan más eficientes en los años 2016 y 2017 el C.H. Universitario de Lugo, en el 2018 y 2020, el C.H. Universitario de Ferrol y, en el 2019, el H. Povisa.



Análisis por Grupo Relacionado de Diagnóstico. APR-GRD (*All Patient Refined* – Grupo Relacionado de Diagnóstico)

La información clínica del CMBD se codifica con la CIE 10 ES (a partir de 2016, anteriormente se empleaba la CIE 9 MC) y, posteriormente, se agrupa con el sistema de clasificación de pacientes GRD.

Los pesos y costes de los GRD del SNS se utilizan como referencia para establecer las tarifas de compensación para el Fondo de Cohesión del SNS. Pueden servir de base para elaborar precios de tarificación a terceros, para la contratación de centros concertados y como estándares de resultados en el ámbito de la gestión sanitaria.

Como apunte metodológico, se realizó una agrupación de las altas del período 2016-2019 de Galicia, cuyo motivo de ingreso fue una NM, para obtener su clasificación en APR-GRD (GRD refinados). Cada uno de estos APR-GRD tuvo un peso relativo asignado que proporciona información sobre la complejidad de casuística. Por lo tanto, del período de estudio, figuran los datos agrupados de los años 2016, 2017, 2018 y 2019, estando pendientes de este proceso los correspondientes al año 2020.

Los pesos proporcionados por el agrupador que se presentan en este informe son los coloquialmente denominados “pesos americanos”, diferentes a los denominados “pesos relativos españoles” elaborados en base al proyecto de estimación de pesos y costes hospitalarios del SNS.

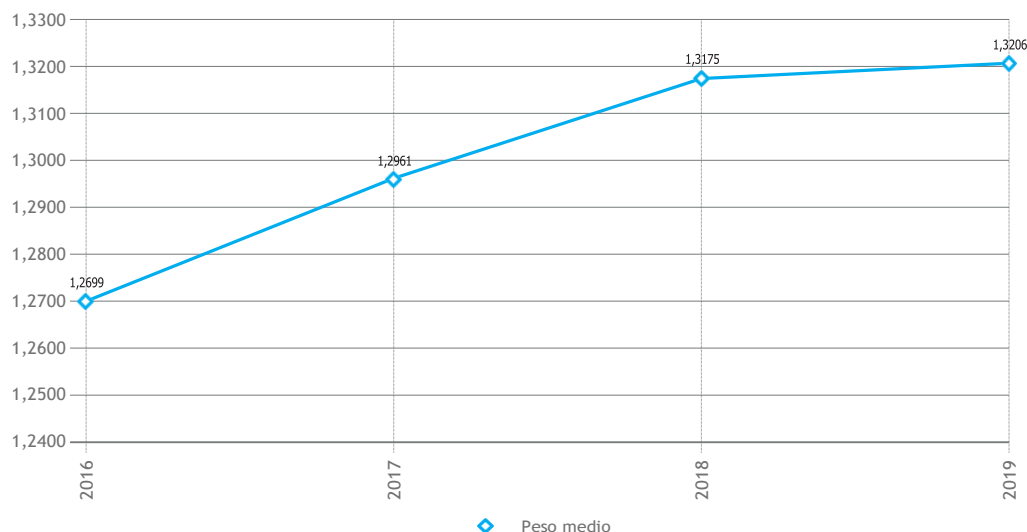
El peso medio global del período (2016-2019) fue de 1,3011, con una evolución creciente, que parte de 1,2699 en el año 2016 hasta lograr el 1,3206 del año 2019. La estancia media presentó en ese mismo período un comportamiento inverso, pasando de 9,68 días en el 2016 hasta los 9,18 días en el 2019, tal y como figura en la tabla 33 y en la Gráfica 28.

▼ **Tabla 33. Evolución de las estancias y peso medio de las altas con motivo de ingreso NM, en el período 2016-2019.**

	Nº Altas	Estancia media global	Peso medio
2016	24.344	9,68	1,2699
2017	24.614	9,43	1,2961
2018	24.961	9,04	1,3175
2019	24.066	9,18	1,3206
Total	97.985	9,29	1,3011



▼ Gráfica 28. Evolución del peso medio de las altas con motivo de ingreso NM, en el periodo 2016-2019.



Si se muestra la agrupación por los 4 niveles de gravedad, se puede ver como el peso de estas descargas está estrechamente relacionado con cada uno de los 4 niveles, con un peso y EM más alta en el nivel extremo y más baja en el nivel menor. La mayoría de los vertidos se clasificaron en niveles moderados y menores.

Hospitalización a domicilio

En el año 2019, se puso en marcha el Plan Gallego de Hospitalización a Domicilio. Una estrategia del Sergas que alcanzará su implantación en los años 2019 a 2023. Supone el desarrollo de un modelo de hospitalización alternativo, capaz de afrontar los retos presentes y futuros hacia nuestro principal objetivo: garantizar a la ciudadanía un acceso equitativo a una hospitalización a domicilio lo más apropiada y eficiente posible, homogénea, estandarizada y de máxima calidad.

La hospitalización a Domicilio (HADO) es, por lo tanto, una de las líneas estratégicas del Sergas en la medida en que es capaz de proporcionar a los pacientes una asistencia hospitalaria experta, segura y eficiente en el ámbito domiciliario, convirtiéndose en una apuesta firme y consolidada de modalidad asistencial en el Sergas.

Además, HADO supone una mejora en la calidad de vida del paciente, ya que le permite continuar el tratamiento en su domicilio, evitándole un ingreso prolongado en el hospital y disminuyendo sus riesgos asociados (infecciones, desorientaciones, complicaciones por pérdida de funcionalidad...).

Por otra parte, el desarrollo tecnológico en salud de nuestra comunidad permite consultar la historia clínica electrónica (HCE) en el domicilio del paciente e integrar la información generada en ese momento, que estará inmediatamente disponible para el resto de los profesionales que participen en la atención, garantizando la integración y la continuidad asistencial y mejorando la calidad y la seguridad del paciente.



Sin embargo, la ampliación progresiva de equipos que permiten alcanzar los objetivos de cobertura total de la población recogidos en el plan, se vió también afectada por la pandemia ocasionada por el virus SARS-CoV-2, que alteró por completo los sistemas sanitarios.

A continuación, se detallan los aspectos más relevantes de la actividad asistencial relativa a los pacientes ingresados en HADO. Las cifras que se ofrecen en este apartado son exclusivamente las referidas al sistema público de salud de Galicia, ya que el estudio se centrará en el ámbito del Sergas, que oferta este tipo de asistencia.

En este apartado cabe diferenciar, por una parte, el Análisis de los datos relativos a pacientes ingresados en HADO por tumor maligno y, por otra, el estudio de las altas correspondientes a personas cuyo motivo de ingreso en HADO fue una NM.

En el primer caso, se está hablando del número de pacientes que ingresan en HADO por NM, con independencia del número de veces que ingresaron. Por el contrario, en el segundo caso, se analiza el número total de altas (los pacientes que solo ingresaron una vez, solo tendrán un alta asociada, mientras que aquellos otros que ingresaron varias veces generarán varias altas). En consecuencia, el número de altas siempre será mayor que el número de pacientes.

Así, el número de pacientes que ingresaron por una NM en HADO, en el global del período 2016-2020, ascendió a 4.390.

Por otra parte, las altas con motivo de ingreso NM en HADO para ese mismo periodo, ascendieron a un total de 5.334, lo que supone un 17,13% del total de altas por cualquiera motivo en HADO, a las que habría que añadir un 2,10% que ingresó en cuidados paliativos por su NM. La edad media se situó en los 73,97 años.

El perfil de los pacientes a los que se les oferta este tipo de atención condiciona probablemente el porcentaje de éxitos que se produce en este entorno, 41,96%, frente a los fallecimientos que ocurren en las personas ingresadas en el hospital, 12,23%.

En la tabla 34 figuran los datos globales de las hospitalizaciones en HADO.

▼ Tabla 34. Datos globales das hospitalización en HADO.

Total altas HADO	Total éxitos HADO	N.º pacientes ingresados HADO	N.º altas HADO NM	% Altas con NM HADO sobre total altas HADO	Edad media NM ingresados HADO	Nº éxitos NM HADO	Edad media éxitos NM	% Éxitos NM HADO
31.139	5.561	4.390	5.334	17,13	73,97	2.238	74,09	41,96

La evolución temporal de las cifras globales de HADO muestra un incremento en su actividad global, pasando de 6.015 altas en el año 2016 a las 6.441 en el año 2020. Por el contrario, las cifras de los demás parámetros se mantienen estables en este período de estudio. En la tabla 35 se muestra la evolución de estos datos globales.



▼ Tabla 35. Evolución de los datos globales de las hospitalizaciones en HADO. Período 2016-2020.

Ano	Total altas HADO	Total éxitos HADO	N.º altas HADO NM	Edad media NM ingresados HADO	% Altas con NM HADO sobre total altas HADO	Nº éxitos NM HADO	Edad media éxitos NM	% Éxitos NM HADO
2016	6.015	1.015	1.134	73,15	18,85	486	73,36	42,86
2017	6.187	1.046	1.158	73,56	18,72	496	74,03	42,83
2018	6.136	1.115	1.067	74,30	17,39	457	73,83	42,83
2019	6.360	1.107	911	74,61	14,32	363	75,61	39,85
2020	6.441	1.278	1.064	74,44	16,52	436	73,95	40,98
	31.139	5.561	5.334	73,97	17,13	2.238	74,09	41,96

En relación a la evolución desglosada por sexo, se observa, tal y como figura en la tabla 36, que la edad media de los ingresos por NM en HADO fue superior en las mujeres, con 74,42 años, con respecto a los hombres, con una edad media de 73,60 años. Consta un comportamiento similar a lo que se produce en la edad media de los éxitos por NM con 73,55 años en los hombres vs. 74,68 años en las mujeres.

El porcentaje global de los éxitos con motivo de ingreso en HADO de una NM fue de 41,96%, situándose 2,34 puntos por encima en las mujeres (43,22%) en relación con los hombres (40,88%).

▼ Tabla 36. Distribución por sexo de las hospitalizaciones en HADO. Período 2016-2020.

Sexo	N.º altas HADO NM	Edad media NM ingresados HADO	Nº éxitos NM HADO	Edad media éxitos NM	% Éxitos NM HADO
Home	2.879	73,60	1.177	73,55	40,88
Muller	2.455	74,42	1.061	74,68	43,22
	5.334	73,97	2.238	74,09	41,96

Por tipología de los tumores seleccionados para su estudio, la NMPTB ocupa el primer lugar en altas en HADO, con un porcentaje del 16,82%, seguida a continuación de la NMCRA, que figura con una cifra de 10,80%.

Consultas externas y Hospital de día

Actividad y demora en consultas externas

En este apartado se presta atención al paciente ambulatorio, es decir, la atención sanitaria que se dispensa al paciente que no está ingresado. La actividad que se describe en este epígrafe abarca las consultas externas (primeras y sucesivas), las sesiones en los hospitales de día, y la realización de pruebas diagnósticas (TAC, RMN...).



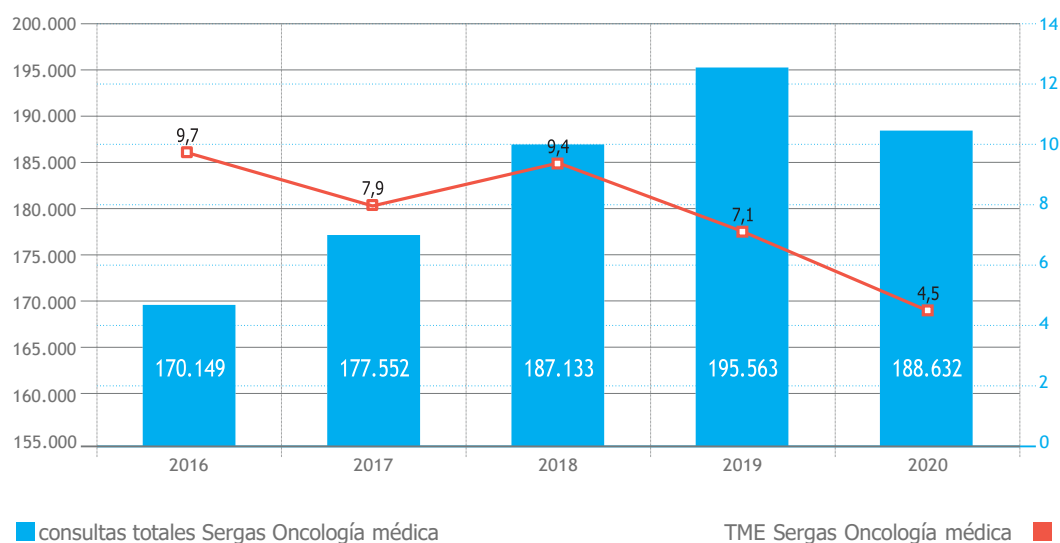
Como resultados más relevantes se analiza el tiempo medio de espera (TME) para la primera consulta médica en los servicios de oncología médica o de hematología clínica, así como los TME. Al mismo tiempo, se hace un Análisis de actividad y demora de las siete vías rápidas de cáncer implantadas actualmente en el SERGAS.

Respeto a la primera cuestión, el TME (expresado en días) para primera consulta por enfermedad es menor en oncología médica que en hematología clínica. La actividad en número de primeras consultas es superior en oncología médica (gráfica 29). El Análisis de evolución temporal expresa que el año 2020 fue el de menor espera de la serie histórica para los dos servicios clínicos (4,5 días en oncología médica y 18,2 días para hematología clínica) (gráfica 30).

En lo tocante a la actividad global de consultas externas, es decir, consultas totales (primeras y sucesivas) se observa mayor actividad en el grupo normalizado de agregación (GNA) oncología médica, y fue el año 2019 el de mayor actividad, con 195.563 consultas. Para el GNA hematología clínica el momento de mayor actividad fue el año 2018, con un total de 134.275 consultas totales, resultado muy cercano a su actividad del año 2019, con 133.551.

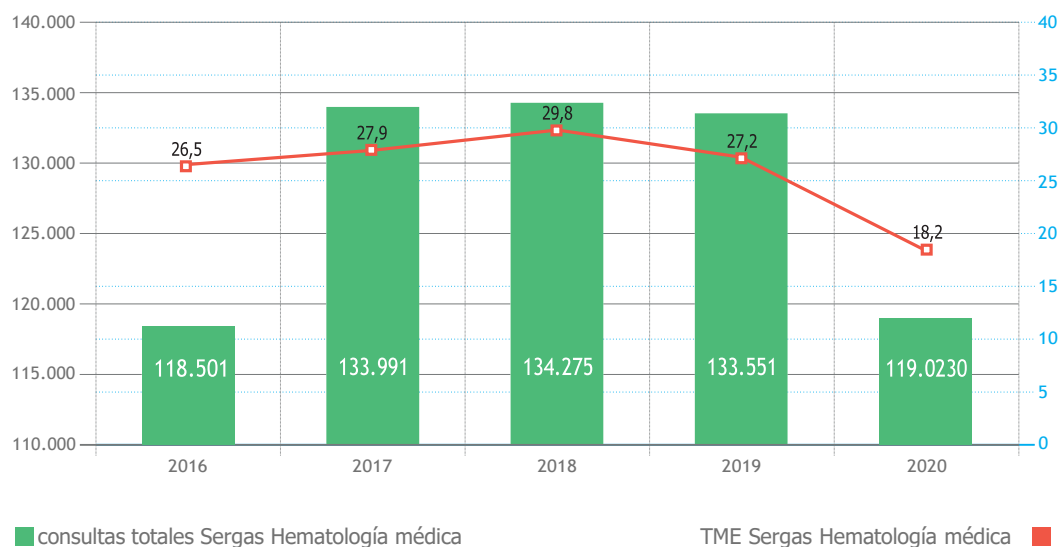
En ambos servicios médicos se produce una reducción de actividad en el año 2020 (año de la pandemia) comparándola con el año anterior 2019 (una reducción del 3,5% en oncología médica y una reducción del 10,8% en hematología clínica). Sin embargo, conviene señalar que el año 2019 fue un año de gran actividad.

▼ Gráfica 29. Evolución temporal del número de consultas totales por enfermedad, y TME en el GNA oncología médica. Período 2016-2020.





▼ Gráfica 30. Evolución temporal del número de consultas totales por enfermedad y TME, en GNA hematología clínica. Período 2016-2020.



Si realizamos una comparativa entre las 7 áreas sanitarias, la evolución anual del TME para primeras consultas en cada una de las 7 áreas sanitarias durante el período en estudio desagregado por áreas sanitarias se refleja en las tablas 37 y 38.

▼ Tabla 37. TME para primeras consultas en oncología médica, desagregada por áreas sanitarias. Período 2016-2020.

Áreas sanitarias	Oncología médica				
	TME primera consulta presencial				
	2016	2017	2018	2019	2020
Área A Coruña- CEE	4,4	9,1	10,9	10,6	7,9
Área Santiago-Barbanza	20,2	9,4	10,2	4,7	3,3
Área Ferrol	2,0	0,0	7,0	23,0	1,9
Área Lugo-A Mariña - Monforte	4,8	2,8	6,9	3,8	3,0
Área Ourense-Verín-Barco	4,5	3,0	5,7	0,3	0,0
Área Pontevedra-Salnés	5,0	4,3	7,7	5,2	3,5
Área Vigo	7,5	6,1	6,1	2,9	3,4
Sergas	9,7	7,9	9,4	7,1	4,5



▼ Tabla 38. TME para primeras consultas en hematología clínica, desagregada por áreas sanitarias. Período 2016-2020.

Áreas sanitarias	Hematología médica				
	TME primera consulta presencial				
	2016	2017	2018	2019	2020
Área A Coruña- CEE	24,6	11,9	14,7	15,2	14,2
Área Santiago-Barbanza	31,5	38,0	42,0	36,9	15,9
Área Ferrol	9,1	37,0	9,1	26,4	2,0
Área Lugo-A Mariña - Monforte	30,8	26,3	26,0	21,7	12,5
Área Ourense-Verín-Barco	21,0	21,2	16,6	12,6	28,9
Área Pontevedra-Salnés	8,6	22,8	29,2	25,8	15,3
Área Vigo	21,1	18,4	17,9	18,6	25,6
Sergas	26,5	27,9	29,8	27,2	18,2

La evolución anual de la actividad, en términos de número total de consultas médicas, en cada una de las 7 áreas sanitarias durante el período en estudio, desagregado por áreas sanitarias, se refleja en las tablas 39 e 40.

▼ Tabla 39. Actividad del número de consultas totales del GNA Oncología médica, desagregada por áreas sanitarias. Período 2016-2020.

Áreas sanitarias	Oncología médica				
	Consultas totales				
	2016	2017	2018	2019	2020
Área A Coruña- CEE	27.732	30.478	34.401	39.710	44.330
Área Santiago-Barbanza	28.858	30.168	30.108	31.340	30.045
Área Ferrol	15.532	15.149	16.132	16.583	16.624
Área Lugo-A Mariña - Monforte	26.370	27.636	28.221	29.404	27.941
Área Ourense-Verín-Barco	28.584	28.909	30.059	31.113	32.128
Área Pontevedra-Salnés	21.568	23.099	23.712	23.129	13.097
Área Vigo	21.505	22.113	24.500	24.284	24.458
Sergas	170.149	177.552	187.113	195.563	188.623

En oncología médica, el Área Sanitaria de A Coruña resulta la de mayor actividad desde el año 2017, teniendo un crecimiento interanual sostenido y el año 2020 resultó ser el año de mayor actividad, con un total de 44.330 consultas. Este mismo comportamiento tuvo el área sanitaria de Ourense, para el mismo período en estudio (ver tabla), con un total de 32.128 consultas locales en el año 2020.



▼ Tabla 40. Actividad de número de consultas totales del GNA Hematología clínica, desagregada por áreas sanitarias. Período 2016-2020.

Áreas sanitarias	Hematología clínica				
	Consultas totales				
	2016	2017	2018	2019	2020
Área A Coruña- CEE	12.393	12.601	13.117	13.393	13.572
Área Santiago-Barbanza	22.620	24.046	24.489	23.157	23.024
Área Ferrol	6.190	6.321	6.579	6.660	5.219
Área Lugo-A Mariña - Monforte	14.520	26.417	28.429	26.202	19.187
Área Ourense-Verín-Barco	13.650	13.604	14.196	15.703	14.935
Área Pontevedra-Salnés	11.088	11.512	11.650	11.898	13.421
Área Vigo	38.040	39.490	35.815	36.538	29.667
Sergas	118.501	133.991	134.275	133.551	119.020

Respecto de la actividad en hematología clínica, resulta el Área Sanitaria de Vigo la de mayor actividad. El Área Sanitaria de Pontevedra mantuvo un crecimiento interanual sostenido durante el período en estudio, siendo el 2020 el año de mayor actividad.

Haciendo una referencia explícita general para el año 2020 en estos dos indicadores de estos dos servicios médicos (habida cuenta de la especial característica de ser el primer año de la pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2) podemos concluir que, si bien la actividad realizada en número de consultas fue menor que en el año 2019, los tiempos medios de espera se vieron reducidos en gran medida. Aun así, la actividad medida en número de consultas totales realizada en el año 2020 en estos servicios médicos fue superior a la realizada en el año 2016 (el 10,8 % más en oncología médica y 0,43% más en hematología clínica).



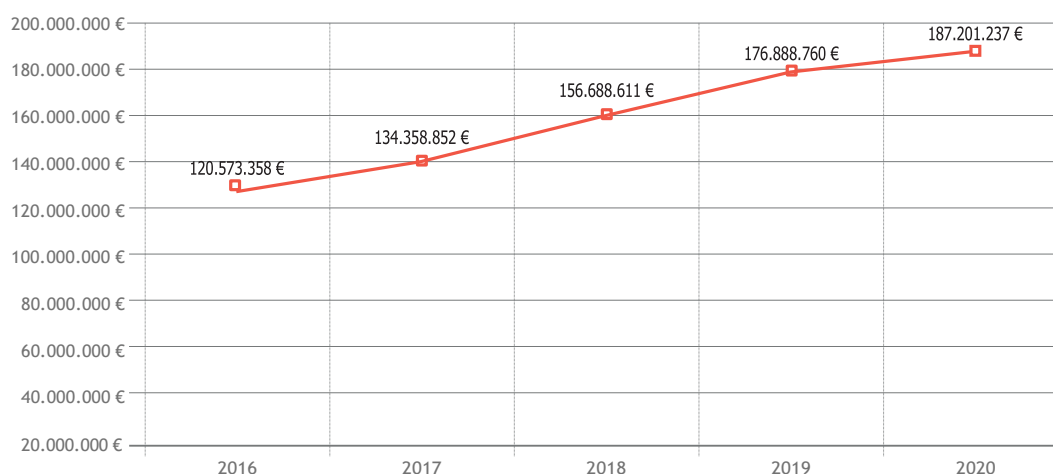
Inversión en el tratamiento farmacológico del Cáncer

La inversión en el tratamiento farmacológico del cáncer tiene una evolución ascendente durante el período en estudio. Esta evolución ascendente se produce a costa del incremento en la inversión en los fármacos de farmacia hospitalaria frente a aquellos de prescripción en receta médica oficial y dispensación en oficina de farmacia (lo que comúnmente se denomina "farmacia receta") (tabla 41 y gráfica 31). En el último año, esa inversión superó los 187 millones de euros.

▼ Tabla 41. Evolución de la inversión en el tratamiento farmacológico del cáncer (grupo terapéutico *agentes antineoplásicos e inmunomoduladores*) en el Sergas, período 2016-2020.

	2016	2017	2018	2019	2020
Farmacia hospitalaria	101.546.769 €	115.675.787 €	138.493.787 €	158.605.984 €	168.670.606 €
Farmacia receta	18.996.589 €	18.683.065 €	18.194.823 €	18.282.776 €	18.530.631 €
Total	120.543.358 €	134.358.852 €	156.688.611 €	176.888.760 €	187.201.237 €

▼ Gráfica 31. Evolución de la inversión en el tratamiento farmacológico del cáncer (grupo terapéutico *agentes antineoplásicos e inmunomoduladores*) en el Sergas, período 2016-2020.





Este análisis se realiza respecto de los consumos de aquellos principios activos pertenecientes al grupo terapéutico agentes antineoplásicos y inmunomoduladores empleados en el tratamiento activo de los diferentes tipos de tumores en oncología y hematología. No se está a incluir la terapia de soporte: factores estimulantes de colonias, agentes estimulantes de la eritropoyese, antieméticos, etc.

Si nos fijamos únicamente en los fármacos de dispensación y/o administración hospitalaria, y desglosamos por GNA (servicio clínico) hematología clínica u oncología médica, se observa que este último es el de mayor consumo. En los dos se produce esa tendencia creciente en el período en estudio (tabla 42).

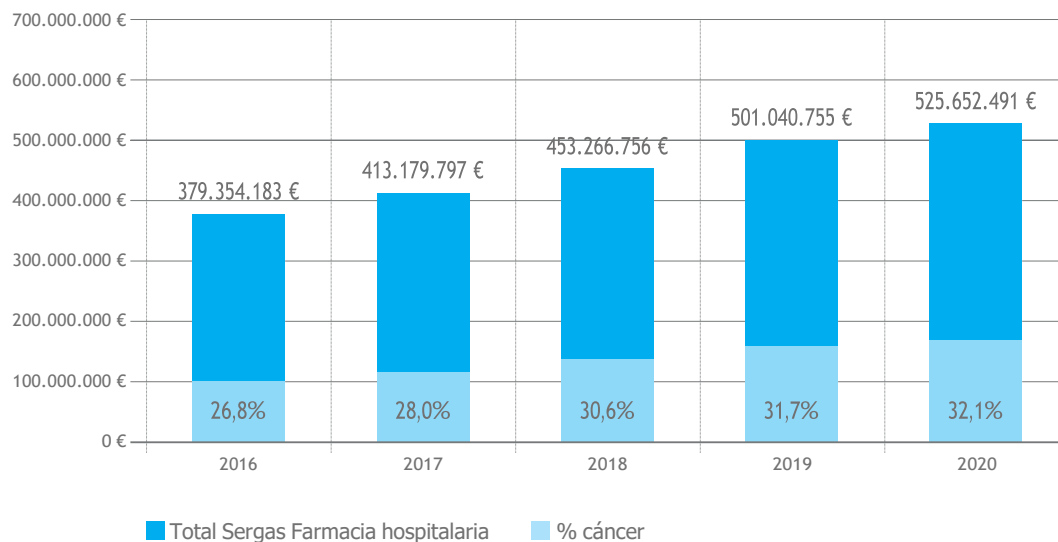
▼ Tabla 42. Evolución de la inversión en el tratamiento farmacológico del cáncer en farmacia hospitalaria por GNA (servicio clínico) en el Servicio Gallego de Salud, período 2016-2020.

	2016	2017	2018	2019	2020
Hematología clínica	42.031.417 €	42.128.433 €	48.403.799 €	53.461.257 €	56.874.857 €
Oncología	59.515.352 €	73.547.354 €	90.089.989 €	105.144.727 €	111.795.749 €
Onco + hematoclínica	101.546.769 €	115.675.787 €	138.493.787 €	158.605.984 €	168.670.606 €

La evolución del porcentaje que supone la inversión de estos tratamientos para el cáncer, respecto a la inversión total de farmacia hospitalaria para cualquier patología, se observa también una evolución ascendente. Así, en el año 2016 este porcentaje era de un 26,8% pasando a un 32,1% del total de los fármacos hospitalarios que iban destinados a tratar el cáncer (excluyendo terapias de soporte) (ver gráfica 32).



▼ Gráfica 32. Evolución del porcentaje de inversión en tratamiento farmacológico de farmacia hospitalaria del cáncer, sobre el total de inversión en farmacia hospitalaria, período 2016-2020.



Una línea de tratamiento en auge es la medicina de precisión (MP) o terapias dirigidas. A partir del listado de biomarcadores farmacogenómicos reflejados en las fichas técnicas de la Food and Drug and Administration (FDA), se seleccionaron aquellos medicamentos con biomarcadores para eficacia (no para seguridad) en tumores sólidos y hematológicos. A este respecto, fueron excluidas del Análisis la hormonoterapia convencional, así como la inmunoterapia para inestabilidad alta de microsatélites o con deficiencia del sistema de reparación de apareamientos erróneos. El análisis de los tres últimos años, 2018-2020, indica que se beneficiaron un total de 4.782 pacientes de este tipo de tratamiento en el Sergas, con una inversión de más de 122 millones de €.



Evolución de las jornadas perdidas por cáncer y gasto asociado

La persona trabajadora que está imposibilitada temporalmente para trabajar recibe una prestación económica en forma de subsidio diario que cubre la pérdida de rentas del trabajador y recibe asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Para el caso de la enfermedad común, como sería el caso de sufrir un cáncer, se inicia desde el cuarto día. Los beneficiarios serán aquellos trabajadores, incluidos en cualquier régimen de la Seguridad Social, siempre que cumplan determinados requisitos, así como aquellos del régimen especial de trabajadores autónomos incluidos en el sistema especial de trabajadores agrarios que optaran por incluir esta prestación* (ref [Seguridad Social: Información Útil \(seg-social.es\)](http://seg-social.es)).

Neste apartado, se describen el número de jornadas laborales perdidas en la comunidad autónoma de Galicia motivadas por enfermedad común oncológica (NM) de los trabajadores gallegos beneficiarios.

La explotación y Análisis de datos del Sistema de Información y Gestión de la Incapacidad Temporal de la Inspección de Servicios Sanitarios de la Consellería de Sanidad refleja que el número total de jornadas laborales perdidas iba incrementándose anualmente durante el periodo 2016 a 2019, sufriendo una caída en el año 2020, seguramente motivada por la pandemia mundial de la COVID-19 (tabla 43).

▼ Tabla 43. Evolución de las jornadas laborales perdidas por tipo de NM en la comunidad autónoma de Galicia. Período 2016-2020.

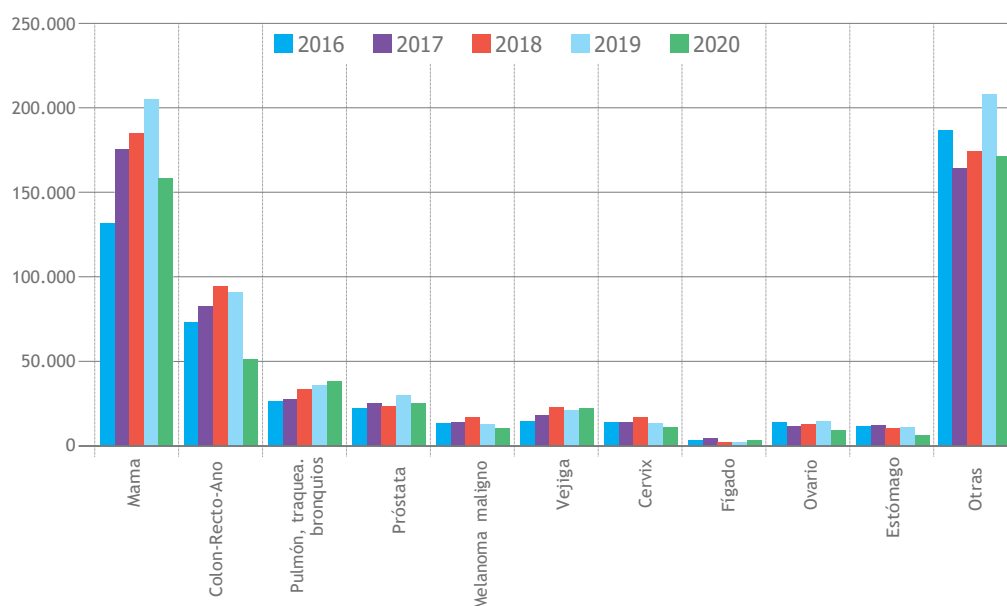
	2016	2017	2018	2019	2020
Mama	132.457	175.675	185.198	204.799	158.257
Colon-recto-ano	73.550	82.454	94.432	91.288	52.093
Pulmón, tráquea, bronquios	26.398	27.931	33.575	36.313	38.747
Próstata	22.743	26.033	23.904	30.276	26.039
Melanoma maligno	13.143	14.742	17.340	13.071	10.467
Vejiga	14.862	18.899	23.455	21.144	22.831
Cervix	14.827	14.403	17.502	14.080	11.597
Hígado	3.757	4.777	2.507	2.143	3.598
Ovario	14.364	11.829	13.117	14.975	9.189
Estómago	12.074	12.785	10.520	11.290	6.649
Otras	186.393	164.323	174.604	208.216	170.807
Total jornadas perdidas	514.568	553.851	596.145	647.595	510.274

Fuente de datos. Subdirección General de Inspección de Servicios Sanitarios. Consejería de Sanidad.



En la siguiente gráfica se puede observar que, si nos centramos en los tipos de cáncer más prevalentes, el cáncer de mama es la NM con mayor número de jornadas laborales perdidas, seguida del cáncer de colon-recto-ano (gráfica 33).

▼ Gráfica 33. Evolución de las jornadas laborales perdidas por tipo de NM en la comunidad autónoma de Galicia. Período 2016-2020.



Lo anterior, transformado a costos, supone lo siguiente:

▼ Tabla 44. Evolución anual de los costes por jornadas de trabajo perdidas motivadas por incapacidad temporal de NM en Galicia. Período 2017-2020.

	2017	2018	2019	2020
Gasto anual IT Galicia	416.125.018 €	464.991.023 €	551.313.814 €	638.829.228 €
Gasto diario	32,20 €	33,29 €	35,08 €	35,52 €

Fuente de datos. Subdirección General de Inspección de Servicios Sanitarios. Consejería de Sanidad.



Anexo

I Relación de los códigos da CIE que se incluyeron en los análisis.

Cód. Categ.diag. Ppal.	Categoría diagnóstico principal
C00	Neoplasia maligna de labio
C01	Neoplasia maligna de base de la lengua
C02	Neoplasia maligna de otras partes de la lengua y de las no especificadas
C03	Neoplasia maligna de encía
C04	Neoplasia maligna de suelo de la boca
C05	Neoplasia maligna del paladar
C06	Neoplasia maligna de otras partes de la boca y las no especificadas
C07	Neoplasia maligna de glándula parótida
C08	Neoplasia maligna de otras glándulas salivales mayores y las no especificadas
C09	Neoplasia maligna de amígdala
C10	Neoplasia maligna de orofaringe
C11	Neoplasia maligna de nasofaringe
C12	Neoplasia maligna de seno piriforme
C13	Neoplasia maligna de hipofaringe
C14	Neoplasia maligna de otras localizaciones y las mal definidas en labio, cavidad oral y faringe
C15	Neoplasia maligna de esófago
C16	Neoplasia maligna de estómago
C17	Neoplasia maligna de intestino delgado
C18	Neoplasia maligna de colon
C19	Neoplasia maligna de unión rectosigmidea
C20	Neoplasia maligna de recto
C21	Neoplasia maligna de ano y canal anal
C22	Neoplasia maligna de hígado y vías biliares intrahepáticas
C23	Neoplasia maligna de vesícula biliar
C24	Neoplasia maligna de otras partes del tracto biliar y las no especificadas
C25	Neoplasia maligna de páncreas
C26	Neoplasia maligna de otros órganos digestivos y de los mal definidos
C30	Neoplasia maligna de cavidad nasal de oído medio
C31	Neoplasia maligna de senos accesorios
C32	Neoplasia maligna de laringe
C33	Neoplasia maligna de tráquea
C34	Neoplasia maligna de bronquio y pulmón
C37	Neoplasia maligna de timo
C38	Neoplasia maligna de corazón, mediastino y pleura
C39	Neoplasia maligna de otras localizaciones y las mal definidas en aparato respiratorio y órganos intratorácicos
C40	Neoplasia maligna de hueso y de cartílago articular en extremidades
C41	Neoplasia maligna de hueso y de cartílago articular de otras localizaciones y de las no especificadas
C43	Neoplasia maligna de piel
C44	Otras neoplasia malignas y las no especificadas de piel
C45	Mesotelioma
C46	Sarcoma de Kaposi



Cód. Categ.diag. Ppal.	Categoría diagnóstico principal
C47	Neoplasia maligna de nervios periféricos y sistema nervioso autónomo
C48	Neoplasia maligna de retroperitoneo y peritoneo
C49	Neoplasia maligna de tejido conjuntivo y otros tejidos blandos
C4A	Carcinoma de células de Merkel
C50	Neoplasia maligna de mama
C51	Neoplasia maligna de vulva
C52	Neoplasia maligna de vagina
C53	Neoplasia maligna de cuello del útero
C54	Neoplasia maligna de cuerpo del útero
C55	Neoplasia maligna de útero, parte no especificada
C56	Neoplasia maligna de ovario
C57	Neoplasia maligna de otros órganos genitales femeninos y los no especificados
C58	Neoplasia maligna de placenta
C60	Neoplasia maligna de pene
C61	Neoplasia maligna de próstata
C62	Neoplasia maligna de testículo
C63	Neoplasia maligna de otros órganos genitales masculinos y los no especificados
C64	Neoplasia maligna de riñón, excepto pelvis renal
C65	Neoplasia maligna de pelvis renal
C66	Neoplasia maligna de uréter
C67	Neoplasia maligna de vejiga
C68	Neoplasia maligna de otros órganos urinarios y los no especificados
C69	Neoplasia maligna de ojo y sus anexos
C70	Neoplasia maligna de meninges
C71	Neoplasia maligna de cerebro
C72	Neoplasia maligna de médula espinal, nervios craneales y otras partes del sistema nervioso central
C73	Neoplasia maligna de glándula tiroides
C74	Neoplasia maligna de glándula suprarrenal
C75	Neoplasia maligna de otras glándulas endocrinas y estructuras relacionadas
C76	Neoplasia maligna de otras localizaciones y las mal definidas
C77	Neoplasia maligna secundaria y no especificada de ganglios linfáticos
C78	Neoplasia maligna secundaria de órganos respiratorios y digestivos
C79	Neoplasia maligna secundaria de otras localizaciones y las no especificadas
C7A	Tumores malignos neuroendocrinos
C7B	Tumores neuroendocrinos secundarios
C80	Neoplasia maligna de localización no especificada
C81	Linfoma de Hodgkin
C82	Linfoma folicular
C83	Linfoma no folicular
C84	Linfomas de células T/NK maduras
C85	Otros tipos de linfoma no Hodgkin y los no especificados
C86	Otros tipos especificados de linfoma de células T/NK
C88	Enfermedades inmunoproliferativas malignas y ciertos linfomas de células B de otros tipos
C90	Melanoma múltiple y tumores malignos de células plasmáticas
C91	Leucemia linfoide
C92	Leucemia meloide
C93	Leucemia monocítica
C94	Otras leucemias de tipo celular especificado
C95	Leucemia de células de tipo no especificado
C96	Otros tipos de neoplasias malignas de tejido linfático, hemopoyético y relacionados y los no especificados



Código categoría CIE-10-ES 3ª ED	Localización
C50	Mama
C18-C21	Colon-recto-ano
C33-C34	Pulmón-tráquea-bronquios
C61	Próstata
C43	Melanoma maligno
C67	Vejiga
C53	Cérvix
C22	Hígado (y vías biliares intrahepáticas)
C56	Ovario
C16	Estómago
C81-C96	Linfoide e hematopoiético
C00-C15;C17;C23-C32,C37-C41,C4A,C44,C45-C49;C51-C52;C54-C55;C57-C58 ;C60;C62-C66;C68-C80	Otras



Acrónimos y abreviaturas

AEVP	años de esperanza de vida perdidos.
CC. AA.	comunidad autónoma.
CCR	cáncer colorrectal.
CCRA	cáncer de colon-recto e ano.
CMDB	conjunto mínimo básico de datos.
COVID-19	acrónimo inglés de enfermedad del coronavirus.
DXSP	Dirección General Salud Pública.
FAT	humo ambiental do tabaco.
GNA	grupo normalizado de agregación.
GRD	grupos relacionados por diagnóstico.
H. pylori	Helicobacter pylori.
HADO	hospitalización a domicilio.
ICM	índice de case-mix.
IE	índice de envejecimiento.
IEMA	índice estancia media ajustada.
IGRT	radioterapia guiada por imagen.
IMRT	radioterapia de intensidad modulada.
INE	Instituto Nacional de Estadística.
IS	índice de sobreenvjecimiento.
MP	medicina de precisión.
NM	neoplasia maligna.



NMCRA	neoplasia maligna de colon, recto y ano.
NMLH	neoplasia maligna de linfoides, hematopoiéticos y relacionadas.
NMM	neoplasia maligna de mama.
NMP	neoplasia maligna de próstata.
NMPTB	neoplasia maligna de pulmón, tráquea y bronquios.
NMV	neoplasia maligna de vejiga.
OMS	Organización Mundial da Saúde.
PCA	porcentaje de cambio anual.
PET-CT	tomografía por emisión de positrones.
PGDPCM	programa gallego de detección precoz del cáncer de mama.
REGAT	Registro Gallego de Tumores.
SBRT	radioterapia estereotáxica fraccionada corporal.
SERGAS	Servicio Gallego de Salud.
SICRI	sistema de información de conductas de riesgo.
SIMCA	sistema de información sobre mortalidad por cáncer.
SNS	Sistema Nacional de Salud.
SOF	sangre oculta en heces.
TC	tomografía computerizada.
TLOH	tejido linfático y órganos hematopoyéticos.
TME	tiempo medio de espera.
VHB	virus de la hepatitis B.
VHC	virus de la hepatitis C.
VPH	virus del papiloma humano.
VPH-AR	virus del papiloma humano de alto riesgo oncogénico.
VPP	valor predictivo positivo.



Bibliografía

- [1] Instituto Gallego de Estadística (IGE). Datos demográficos. [\[Ligazón\]](#)
- [2] Instituto Gallego de Estadística (IGE). Densidad de población. Grado de urbanización 2016 por población (GU 2016). [\[Ligazón\]](#)
- [3] IGE. Distribución espacial de las características de la población de Galicia por cuadrícula de 1km². Resumen de resultados 27/11/2020. [\[Ligazón\]](#)
- [4] World Cancer Research Found/ América Institute for Cancer: a Global Perspective. Continuous Update Project Expert Report 2018. Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer: a Global Perspective (wcrf.org).
- [5] IARC. Carne vermella e procesada. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans Volume 114. IARC [Publications Website - Red Meat and Processed Meat](#).
- [6] Dussailant, catalina et al. Evidencia actual sobre os beneficios de la dieta mediterránea en la salud. Rev. méd. Chile [\[online\]](#). 2016, 144(8):1044-1052.
- [7] Trichopoulou A, Lagiou P, Kuper H, Trichopoulos D. Cancer and Mediterranean dietary traditions. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2000; 9 (9): 869-73. [\[Ligazón\]](#)
- [8] La Vecchia C. Dieta mediterránea y cáncer. Nutrición de Salud Pública. 2004. 7(7): [965-968](#).
- [9] Giacosa, et al. Prevención del cáncer en Europa. Revista Europea de Prevención del Cáncer. 2013; 22(1):90-95.
- [10] Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad de la Xunta de Galicia. Sistema de Información sobre Conductas de Riesgo en la población gallega (SICRI) 2014, 2017, 2018. Disponible en: <http://dxsp.sergas.es>.
- [11] Physical Activity Guidelines Advisory Committee. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report [Internet]. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2018 [citado 14 de mayo de 2021]. https://health.gov/sites/default/files/2019-09/PAG_Advisory_Committee_Report.pdf
- [12] Fundación para la Investigación Nutricional. Informe 2016: actividad física en niños y adolescentes en España [Internet]. 2016 [citado 13 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.activehealthykids.org/wp-content/uploads/2016/11/spain-report-card-long-form-2016.pdf>
- [13] Ministerio, de Educación, Cultura, y Deporte, Ministerio, Agencia Española de Actividad física y prevalencia de patologías en la población española [Internet]. 2016 [citado 28 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://sede.educacion.gob.es/publiventa/d/21268/19/1>
- [14] Pérez-Ríos M, Santiago-Pérez MI et al. Exceso ponderal y obesidad abdominal en niños y adolescentes gallegos. Rev. Anais de Pediatría (English Edition). 2018; 89(5): 302-308.



- [15] Moreno C, Ramos P, Rivera F et al. Informe técnico de los resultados obtenidos por el Estudio Health Behaviourin School-aged Children (HBSC) 2018 en Galicia. Ministerio de Sanidad, 2020. Disponible en:
https://www.sanidad.gob.es/gl/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJoven/es/estudioHBSC/docs/HBSC2018/CCAA/HBSC2018_Galicia.pdf
- [16] Estudio ALADINO 2019: Estudio sobre Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2019. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Consumo. Madrid, 2020. Disponible en:
https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Informe_Breve_ALADINO2019_NAOS.pdf
- [17] U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA.: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014. [\[Ligazón\]](#)
- [18] Dirección General de Salud Pública. Evolución del consumo de tabaco en Galicia de 2005 a 2018. Boletín Epidemiológico de Galicia 2019; vol XXXI, nº 6. [\[Ligazón\]](#)
- [19] U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006. [\[Ligazón\]](#)
- [20] Dirección General de Salud Pública. Exposición al humo ambiental de tabaco en Galicia de 2005 a 2018. Boletín Epidemiológico de Galicia 2019; vol XXXI, nº 6. [\[Ligazón\]](#)
- [21] International Agency for Research on Cancer. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, volume 64. Human Papillomaviruses. Lyon, France: IARC; 1995 [\[Ligazón\]](#)
- [22] International Agency for Research on Cancer. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, volume 100B. Biological Agents. Lyon, France: IARC; 2012. [\[Ligazón\]](#)
- [23] Dirección General de Salud Pública. Prevalencia de VPH de alto riesgo en las mujeres gallegas. Boletín Epidemiológico de Galicia 2012; vol XXIV, nº 2. [\[Ligazón\]](#)
- [24] Dirección General de Salud Pública. Efectividad de la vacunación frente a la VPH en Galicia: 2014-2017. Boletín Epidemiológico de Galicia 2019; vol XXIX, nº 6. [\[Ligazón\]](#)
- [25] International Agency for Research on Cancer. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, volume 61. Schistosomes, Liver Flukes and Helicobacter pylori. Lyon, France: IARC; 1994. [\[Ligazón\]](#)
- [26] Dirección General de Salud Pública. Evolución de la mortalidad por cáncer gástrico en Galicia: 1980-2017. Boletín Epidemiológico de Galicia 2019; vol 8, nº 19. [\[Ligazón\]](#)
- [27] International Agency for Research on Cancer. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, volume 59. Hepatitis Viruses. Lyon, France: IARC; 1994. [\[Ligazón\]](#)



- [28] Dirección General de Salud Pública. La hepatitis B en Galicia de 1993 A 2017. Boletín Epidemiológico de Galicia 2019; vol XXXI, nº 2. [\[Ligazón\]](#)
- [29] Dirección General de Salud Pública. Cobertura del cribado prenatal da hepatitis B en Galicia. Boletín Epidemiológico de Galicia 2015; vol XXVII, nº 4. [\[Ligazón\]](#)
- [30] Dirección General de Salud Pública. A eliminación da hepatitis B en Galicia. Boletín Epidemiológico de Galicia 2019; vol XXXI, nº 2. [\[Ligazón\]](#)
- [31] Dirección General de Salud Pública. Incidencia do cancro de mama en Galicia en el año 2015. Boletín Epidemiológico de Galicia 2017; vol XXIX, nº 1. [\[Ligazón\]](#)
- [32] Dirección General de Salud Pública. Incidencia del cáncer de mama en Galicia en el año 2016. Boletín Epidemiológico de Galicia 2018; vol XXX, nº 6. [\[Ligazón\]](#)

Servizo Galego
de Saúde



Asistencia Sanitaria

Análise / Estudo

3

E



SERVIZO
GALEGO
DE SAÚDE



Xacobeo 21-22