

Screening universal por colonoscopia y screening por test de SOH. Valoración de mejor método diagnóstico–coste.

del Valle Manteca, A.

Licenciado Especialista Sanitario. Jefe de S. Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

E-mail: alvam@telefonica.net

RESUMEN

Objetivo: Realizar una comparación real de los diferentes métodos de screening del cáncer de colon. Método de Screening Universal por Colonoscopia (SUC) y método de screening de Sangre Oculta en Heces (SOH), valorando los resultados obtenidos los cuales vienen definidos por ventajas sanitarias (incidencia, prevalencia, etc.) y económicas (gastos sanitarios, laborales, sociales, etc.).

Material y métodos: Para realizar este estudio de comparación se han utilizado datos sanitarios, que se refieren al número de cánceres que figuran en el Registro de Tumores del Complejo Asistencial de Zamora, datos de población obtenidos del Instituto Nacional de Estadística y datos económicos cifrados según precios oficiales de las diferentes exploraciones, analíticas, y consultas necesarias para el diagnóstico del cáncer de colon, así como tratamientos oncológicos controlados anualmente en el Registro del Servicio de Farmacia del Complejo Asistencial de Zamora. La integración de los datos en organigramas, gráficas y tablas nos permite realizar un estudio puntual y exacto aunque retrospectivo, para valorar los resultados sanitarios y económicos derivados de los cánceres de colon entre los años 2008 y 2014.

Resultados: Las cifras de resultados reales son de 1.264 cánceres y 2.268 pólipos entre los años 2008 y el primer semestre de 2014, cifras que disminuirían el número de neoplasias registradas - incidencia - y también la mortalidad, como se refiere en aquellos centros sanitarios donde se han realizado campañas de Screening por SOH, pero se incrementan el número de pólipos catalogados clínicamente como avanzados o curables, los cuales obligan a repetir estudios por

colonoscopias y valoraciones de anatomía patológica, que indican su extirpación o colectomía. El Screening Universal por Colonoscopia (SUC) de haber sido realizado con anterioridad (un ciclo de 10 años), significaría en el futuro rotundamente la erradicación del cáncer de colon, y la disminución del número de pólipos, del tamaño de los mismos y del grado de displasia.

Los resultados en cuanto a gastos económicos, para el Screening Universal por Colonoscopia definidos en un número de colonoscopias (8.000) por el precio de las mismas (231€), anualmente asciende a 1.848.000 € y para la situación real controlada en este estudio, el gasto anual medio es de 2.262.898 €, cifra que disminuiría en un porcentaje variable, entre el 10 y el 14% aplicando el método de Screening por SOH, valorada aproximadamente en 1.946.092 €. Sin embargo el modelo de cribado de CCR sugiere que la colonoscopia cada 10 años es un método coste-efectivo, mejor en comparación con la alternativa del Screening de SOH¹.

La diferencia a favor de SUC es evidente, la cual sería mayor si añadimos los gastos ocasionados por las ventajas sanitarias de este tipo de método y de los gastos laborales, sociales, etc.

Conclusiones: Si después de analizar detenidamente los gastos y ventajas sanitarias de ambos métodos de screening, los resultados obtenidos son claramente indicativos de que la SUC, es la mejor prueba diagnóstica para la erradicación del Cáncer de Colon; entonces la sociedad, autoridades sanitarias y médicos tienen la obligación ética de implantar la Unidad de SUC en los hospitales.

PALABRAS CLAVE

Cáncer de Colon. Valoración sanitaria - Coste económico. Métodos de screening SOH y SUC periódica.

ORIGINAL

INTRODUCCIÓN

La colonoscopia personalizada es el mejor método de exploración realizado de forma periódica cuatro veces en la vida con un intervalo de 10 años, a partir de una edad estimada como referencia, para evitar el cáncer de colon en cualquier persona.

Si esta manifestación es evidente, por qué no asumir el establecimiento de una Colonoscopia Universal por Screening de toda la población diana de cualquier área de salud, de provincia, autonomía o país. Screening que no se plantea porque se ESTIMA muy caro con las ventajas que ofrece, en comparación con el Screening con el test de SOH.

Que el Screening de la Colonoscopia Universal es mejor que el Screening de SOH es una proposición claramente demostrable desde el punto de vista filosófico aplicando la metodología lógica. Estimando los dos Screening como premisas, está claro asumir que el Screening Universal por Colonoscopia lo consideraremos como premisa mayor y el Screening por SOH lo estimaríamos como premisa menor. Por lo tanto si se realizan silogismos con estas premisas, las propuestas que se establecen con ellos, darían conclusiones que no pueden ser verdaderas.

El Screening de Colonoscopia Universal (premisa mayor) es el mejor método explorador para evitar el cáncer de colon. El Screening SOH (premisa menor) puede ser el mejor método de sospecha de una lesión en el colon.

El Screening Universal por Colonoscopia (SUC) nos permite valorar cualquier lesión que exista en el intestino grueso y definir un diagnóstico, extirpar lesiones y establecer pronósticos en relación con las lesiones que existan, en este caso con el cáncer de colon.

La segunda premisa, SOH (Test de Sangre Oculta en Heces) nos valora la presencia o ausencia de SOH, que implica valorar una exploración de colonoscopia o no.

A la propuesta de un verdadero positivo se supone la indicación de una colonoscopia para valorar el diagnóstico de las diferentes lesiones de pólipos o cánceres, existentes en el intestino grueso. Si es negativa, resultado obtenido entre un 30 a 40%, no se aconseja la exploración de colonoscopia, produciéndose un posible diagnóstico erróneo de tranquilidad, que en caso de que existieran lesiones continuarían progresando en su evolución. En el caso de que la propuesta sea un falso positivo se asume el establecimiento de una exploración de colonoscopia negativa, siendo el mejor diagnóstico que se puede obtener con SOH.

Además de estas conclusiones dependientes de la lógica, tenemos una evidencia real valorando la historia tumoral existente a lo largo de estos años en relación al cáncer de colon, disponiéndose de ella en el Registro de Tumores del Complejo Hospitalario de Zamora.

El registro de tumores nos permite valorar la incidencia, la prevalencia, la mortalidad, y la supervivencia de enfermos libres de enfermedad o no, en relación al cáncer de colon.

MATERIAL Y MÉTODOS

El registro nos da información del número de cánceres y pólipos de colon desde el año 2008 al 2014 (1^{er} semestre). En la Gráfica 1 observamos el número de neoplasias y pólipos por cada año, con un total de 2.268 pólipos y 1.264 cánceres².

La Tabla 1 nos indica el número de casos detectados, vivos y fallecidos con un total en el momento actual de 459 fallecidos y 688 vivos de 1.147 pacientes².

La Tabla 2 nos indica la relación anual de vivos y fallecidos con valoración total de acumulados de 688.

Así pues, ésta es la situación real en la provincia de Zamora, que muestra unos resultados derivados de una actitud médica enfocada hacia el diagnóstico del cáncer de colon. En el Organigrama 1, se refleja el nº de cánceres - 239 - y de pólipos - 367 - en el año 2011².

También podemos observar que los cánceres se desarrollan en todas las edades y su número es más elevado en las personas mayores, después de una

evolución de 10 a 15 años a partir de un pólipo inicial. Resultados obtenidos por criterios médicos, analíticos y test de SOH reflejan diagnósticos de cáncer de colon en estado avanzado. Como estos resultados son rechazables en la profesión médica se está intentando realizar campañas de Screening de SOH con el fin de reducir el número de cánceres de colon.

El Screening de SOH implica una infraestructura nueva, que establece un circuito administrativo médico: de información de los pacientes, de consentimiento de la prueba, de entrega y envío del test, de emisión de resultados y finalmente de indicación de colonoscopia si el resultado del test de SOH es positivo.

El Screening de SOH se aplica inicialmente a una población diana en la cual la incidencia del cáncer sea mayor, con una edad comprendida entre 65 y 70 años para continuar sucesivamente con otro grupo de personas de menor edad, con el fin de alcanzar un incremento mayor del número de diagnósticos de cánceres y pólipos en comparación con lo que se viene realizando, pero nunca será una solución de la enfermedad.

El Organigrama 2 refleja un número de cánceres igual a 239, y de 367 pólipos correspondientes al año 2011, y además se debe admitir que una planificación como la anteriormente indicada lograría un número mayor de diagnósticos de cánceres, algunos de ellos menos avanzados y también un incremento de los pólipos en este caso más avanzados, reduciendo la incidencia de cáncer de colon. Este aumento es lógico, pues en la secuencia pólipo-cáncer en los años 10 a 15 de su evolución las lesiones son de mayor tamaño, ulceradas o no, siendo más sensibles a las agresiones o traumatismos del tránsito intestinal, que ocasionarían micro-hemorragias más fácilmente detectables con el test de SOH.

Independientemente de que los resultados sean mejores por el Screening de SOH esto nos lleva a la consideración de un incremento de las lesiones con cáncer de colon, que daría lugar a una lista de espera para sus operaciones; y en cuanto a los pólipos avanzados, su incremento supone nuevos controles con colonoscopias sucesivas para vigilar su evolución.

En caso de que los Screening de SOH tuvieran un resultado negativo (30 o 40%), ello ocasiona un grave error para el paciente afectado con un crecimiento de la lesión que no ha podido ser diagnosticada. Similares resultados obtendríamos en las personas con edades mayores de 70, que no se realizan los test de SOH.

Si el test de SOH es positivo y la colonoscopia posterior negativa obtendremos el mejor resultado posible, pues se ha realizado un Screening de colonoscopia que pronostica repetir una nueva colonoscopia, cada diez años.

En resumen, la actitud diagnóstica habitual y el Screening de SOH no son los métodos más adecuados para lograr resultados de erradicación del cáncer de colon. Además en el caso de diagnósticos de test de SOH los resultados obtenidos algunas veces dependen del azar en la realización de la prueba. También es necesario valorar los resultados obtenidos por esta metodología, que después de unas exploraciones de colonoscopia, que oscilan entre 3.000 y 3.500 anuales, nos lleva a la pregunta de cuántos años han de transcurrir para controlar por lo menos una vez la población diana que existe de entre 35 y 75 años. Serían 30.000 ó 40.000 las colonoscopias realizadas, pero no personas exploradas a los 10 años, pues hay muchas que se repiten. Si las comparamos con el Screening Universal por Colonoscopia de una población de 100.000 personas, son 4.000 al año y de 40.000 a los diez años, o bien en una población aproximadamente de 200.000 habitantes como es la provincia de Zamora, los estudios por colonoscopia serían de 8.000 al año y de 80.000 a los 10 años.

El Screening por Colonoscopia Universal, como podemos observar en el Organigrama 3³, para un año en concreto como puede ser el 2011 resultaría lo mismo que en casos anteriores, añadiendo que en el inicio de su programación tendríamos un incremento de las lesiones aproximadamente de un 10% con respecto a las existentes en ese año (consecuencia de las colonoscopias realizadas en las edades que señalan las flechas), pero en años sucesivos disminuyen los diagnósticos de cánceres y de pólipos llegando a ser la mitad a los cinco años y una reducción total al finalizar la década, consiguiendo en una población diana controlada una erradicación de la incidencia del cáncer de colon y, aunque sigue existiendo un flujo de pólipos de colon en evolución, obtenemos unos resultados de disminución del número de pólipos, del tamaño de los mismos y del grado de displasia, en el curso de los años posteriores a la primera revisión generalizada.

RESULTADOS

Está claramente demostrado que el Screening Universal por Colonoscopia SUC es el mejor método de exploración para la erradicación del cáncer de colon en una población diana examinada en 10 años, y

que a su vez nos permite controlar la evolución de los pólipos en el futuro. En comparación con el Screening de SOH, que a lo sumo disminuye en un porcentaje no preciso el número de cánceres, con un aumento del diagnóstico precoz de cánceres de colon, un incremento del número de pólipos avanzados, que necesitan repetición de exploraciones para su vigilancia y finalmente indicar colectomías y que como último resultado al finalizar cada campaña de planificación, nos encontraremos en una situación similar a la inicial.

Si nos referimos a los resultados de costes económicos derivados de la implantación de uno u otro método de Screening, la aritmética demuestra que el Screening Universal por Colonoscopia (SUC) nos cuesta 231 € por cada colonoscopia, con precio final de 231 € por 8.000 colonoscopias anuales, tendremos 1.848.000 € por año y 18.480.000 € en 10 años, siempre que se realice ese número de colonoscopias, pues a este número habría que descontar las que se han venido realizando estos años anteriores.

El Registro de Tumores del Complejo Hospitalario de Zamora desde el año 2008 al primer semestre del 2014 nos ha informado sobre los resultados de incidencia y prevalencia del cáncer de colon, así como del número de pacientes vivos sin enfermedad y acumulados. También existe en el Área de Administración de dicho complejo una valoración de los costes de las exploraciones y tratamientos que se ocasionaron por esta enfermedad.

La Tabla 3^{2,4,5} nos indica el número de cánceres en la provincia de Zamora por año y la prevalencia en los siete años que figuran en el Registro de Tumores², así como los gastos registrados en la Administración, con precios oficiales que corresponden a cada actividad⁵.

En la Tabla 3 se establecen los gastos sanitarios por bloques:

1. Bloque quirúrgico se refiere al gastos de quirófano y hospitalización (número de cánceres por 400 € por seis días de hospitalización).
2. Bloque Radiodiagnóstico se refiere a los gastos de número de cánceres por el total de exploraciones radiológicas como son escáner abdomino-torácicos, ecografías abdominales y eco endoanales (número de cánceres por 526 €, 90 €, etc.).

3. Bloque interconsultas, se refiere a las interconsultas hospitalarias especializadas, realizadas en cada cáncer (cinco por cada cáncer por 112 € cada una).

4. Bloque de colonoscopia: media de las colonoscopias realizadas en estos años (3.500 anuales por 231 € cada una).

5. Tratamiento oncológico, las cifras son las que figuran en la Administración como gastos de tratamiento oncológico por año.

La media anual registrada en estos cinco años ocasionados por el cáncer de colon es de 2.262.898 € considerando los precios oficiales y las exploraciones una única vez. Si comparamos con los gastos ocasionados por las 8.000 colonoscopias anuales, (número que sería inferior, pues hay muchas colonoscopias previas que evitarían repeticiones) por su precio 231 € el resultado final es de 1.848.000 €.

Se demuestra que los gastos económicos son inferiores si se practica SUC en comparación con el Screening de SOH en unos 414.898 € anuales a favor del primer método de screening. Si además añadimos al SUC las ventajas sanitarias derivadas de la ausencia de pacientes con cáncer, dispondríamos de un espacio y tiempo quirúrgico hospitalario (quirófano y de seis a ocho días de estancia) aplicado a una media por año de 200 cánceres y sus complicaciones. Tiempo y espacio quirúrgico que podrían ser sustituidos por otros actos operatorios como patología de vesículas, hernias, varices, hemorroides, etc. Esta indicación también es válida para el espacio y tiempo radiológico que deriva de no realizar unos 200 escáner abdomino-torácicos, ecografías abdominales y endoanales, las cuales serían sustituidas por otras actividades radiológicas en otros enfermos para evitar listas de espera. Los mismo podíamos decir de las interconsultas hospitalarias que tomarían otra dirección según las necesidades, todo lo cual significa que el SUC tiene un beneficio doble, que en principio es la reducción de los gastos sanitarios y por otro lado la creación de nuevas actividades hospitalarias que vengan definidas por la política sanitaria del hospital. En definitiva lo que ocurre es una descongestión de la actividad hospitalaria que facilitaría el desarrollo de otras acciones quirúrgicas y radiológicas que beneficiarían notablemente otras tareas hospitalarias en una nueva dirección.

Por último también señalaremos otros gastos económicos que se refieren:

. Gastos laborales.- Bajas de larga duración (de meses a un año o más), que afectan los diferentes tipos de profesiones, trabajadores, funcionarios, etc. El coste medio por mes de una baja laboral es de 2.474 €⁶.

. Gastos sociales.- Gastos de dependencia, prestación económica al entorno familiar y apoyo de ciudadanos no profesionales con una ayuda económica entre 300 y 700 euros mensuales⁷.

. Gastos de infraestructuras.- Hasta ahora no señalados en ningún apartado y que también son notables refiriéndose a ambulancias, traslados, transportes, etc.

En resumen, si les damos valores a todos los gastos que están indicados en este artículo la balanza se inclinaría de forma contundente a favor del Screening Universal por Colonoscopia (SUC), quedando claramente demostrado que el SUC es el mejor método para erradicar el cáncer de colon desde el punto de vista sanitario y de menor coste desde el punto de vista económico en comparación con cualquier otro método como es en este momento el Screening por el test de SOH.

CONCLUSIONES

Si la comparación del SCU y SOH nos revela de forma contundente mejores resultados sanitarios y menor coste económico para el SCU, sólo queda definir una estrategia o planificación para la implantación de SUC, proponiendo desde la Administración y prensa médica una mayor información sobre la enfermedad del Cáncer de Colon, a través de campañas informativas que aconsejen el uso de la exploración colonoscopia periódica universal para conseguir erradicar el cáncer de colon de la población

Los Médicos tienen que ser los más importantes promotores de esta iniciativa de introducción de SUC, teniendo el deber deontológico sobre la indicación y aplicación de la mejor prueba diagnóstica. Finalmente la Administración tiene que realizar un esfuerzo en medios materiales y humanos, aumentando las salas de exploración con la dotación necesaria, e incrementando el número de digestólogos a la población existente. En el mapa de Castilla y León, autonomía de alta incidencia del cáncer de colon, la Tabla 4^{3,8} nos muestra datos actuales de población, de población diana de colonoscopia y de digestólogos, y de igual forma nos refleja las colonoscopias a realizar por los digestólogos existentes en cada provincia, en

relación con una población diana, anualmente y en una década.

Refiriéndonos al Complejo Hospitalario de Zamora tenemos anualmente que realizar 7.531 colonoscopias, que planificadas para 220 días del año supondría 34,2 colonoscopias diariamente y como el número de digestólogos es de 7,5 las colonoscopias a realizar por cada uno de ellos es de 4,5 diarias. Comparemos estas cifras con las que se vienen realizando que son 3.500 colonoscopias anuales que en 220 días resultan 15,9 colonoscopias diarias.

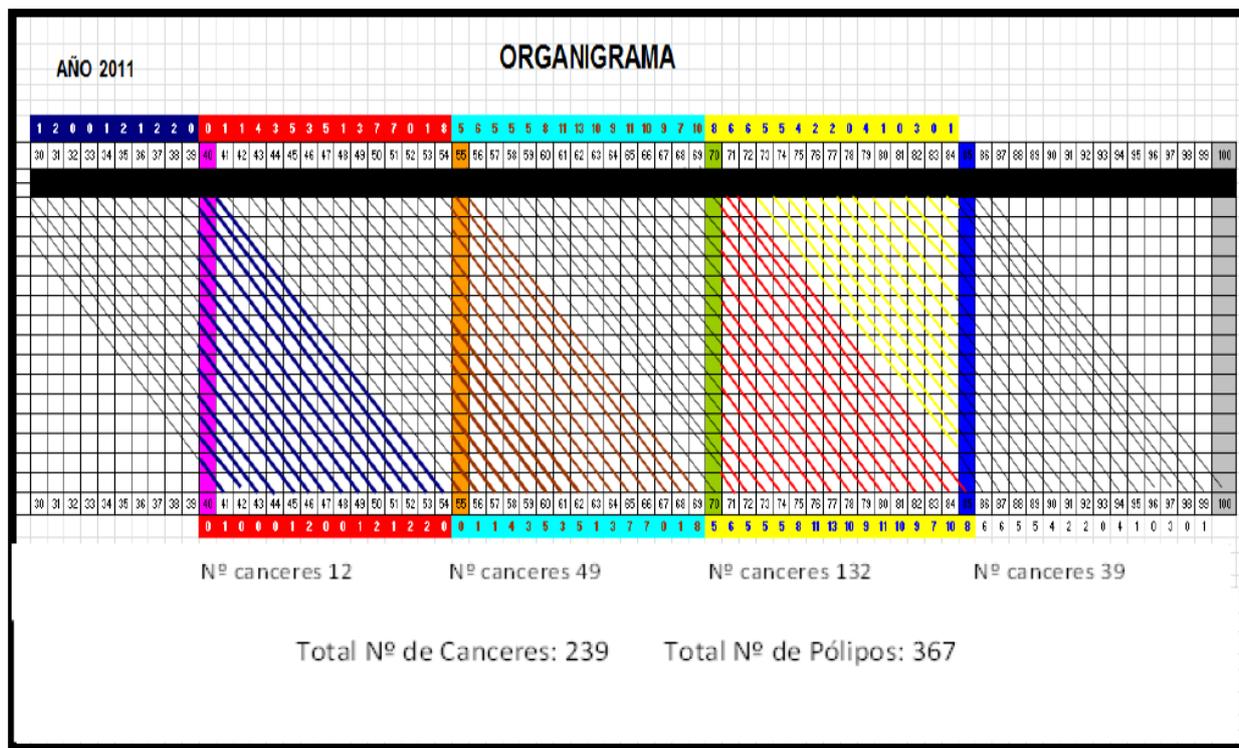
Como epílogo, para la implantación de la SUC se necesita una acertada valoración del número de digestólogos, de salas de exploración y una eficaz planificación orientada por la edad de indicación de las pruebas y por la existencia de colonoscopias anteriores.

BIBLIOGRAFÍA

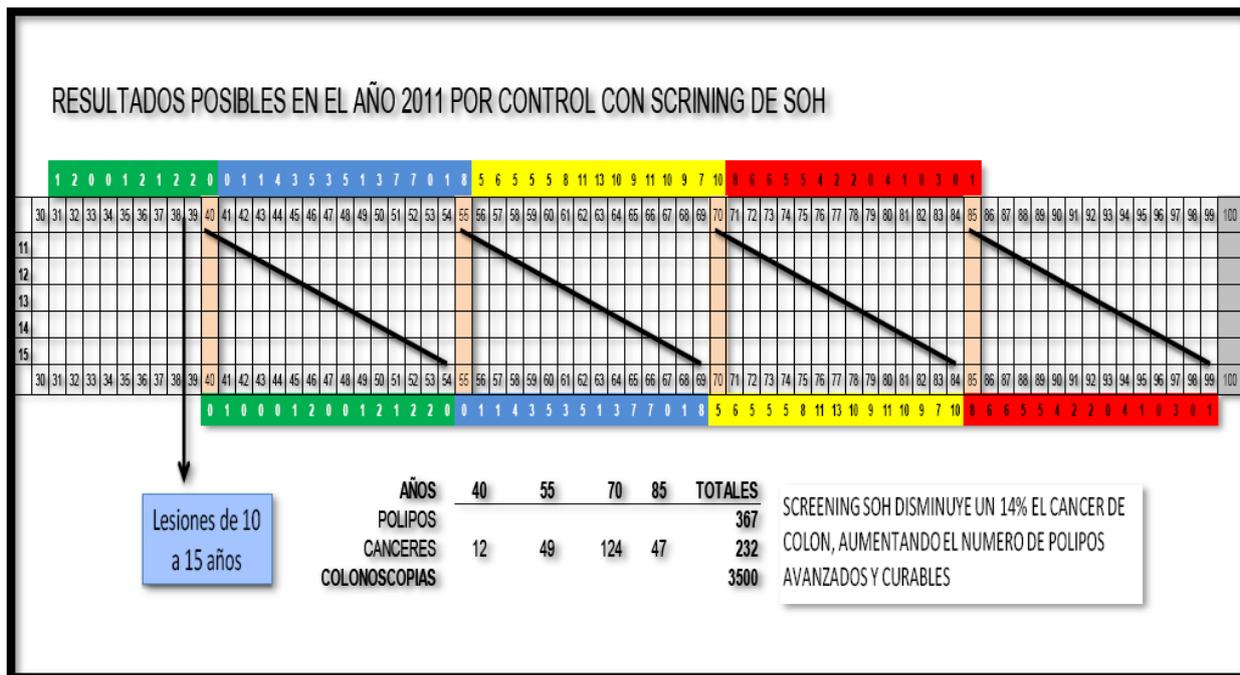
1. Paz Valiñas L, Alienza Merino G. Evaluación de la eficacia y efectividad del cribado poblacional de cáncer colorrectal. Aplicabilidad en el Sistema Nacional de Salud [internet]. Santiago de Compostela: Servicio Galego de Saúde. Agencia de Avalación de Tecnoloxías sanitarias de Galicia, avalia-t; 2002 [acceso 1 septiembre 2014]. Informe de evaluación INF2003/02. Disponible en:
2. <http://www.sergas.es/gal/servicios/docs/AvaliacionTecnoloxias/cribado-cancer-colorrectal-INF2003-02.pdf>
3. Registro de Tumores: Cáncer de Colon [base de datos]. Zamora: Complejo Asistencial de Zamora; 2008 a primer semestre 2014.
4. Instituto Nacional de Estadística Censo poblacional: provincia de Zamora. [base de datos en internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2008 a 2013.
5. Datos Económicos de Tratamientos Oncológicos Anuales. Servicio de Farmacia [base de datos]. Zamora: Complejo Asistencial de Zamora; 2009 a 2013.

6. Datos económicos de precios hospitalarios en relación a actuaciones quirúrgicas, radiológicas, analíticas y consultas según BOCYL nº 249 de 30 de Diciembre de 2013, Decreto 25/2010 de 17 de Junio sobre precios públicos por actos asistenciales y servicios sanitarios prestados por la Gerencia Regional de Salud.
7. CincoDias.com del 17.VI.14 [internet]. Gastos por baja laboral.
8. Junta de Andalucía [página web] – Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales
9. Valoración de los estudios del Ministerio de Sanidad Oferta y necesidad de especialistas Médicos y de Enfermería en España (2010-2025). Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO (FSS-CCOO). Informe elaborado por el área de Negociación Colectiva Maquetación: área de Comunicación. Enero 2012.

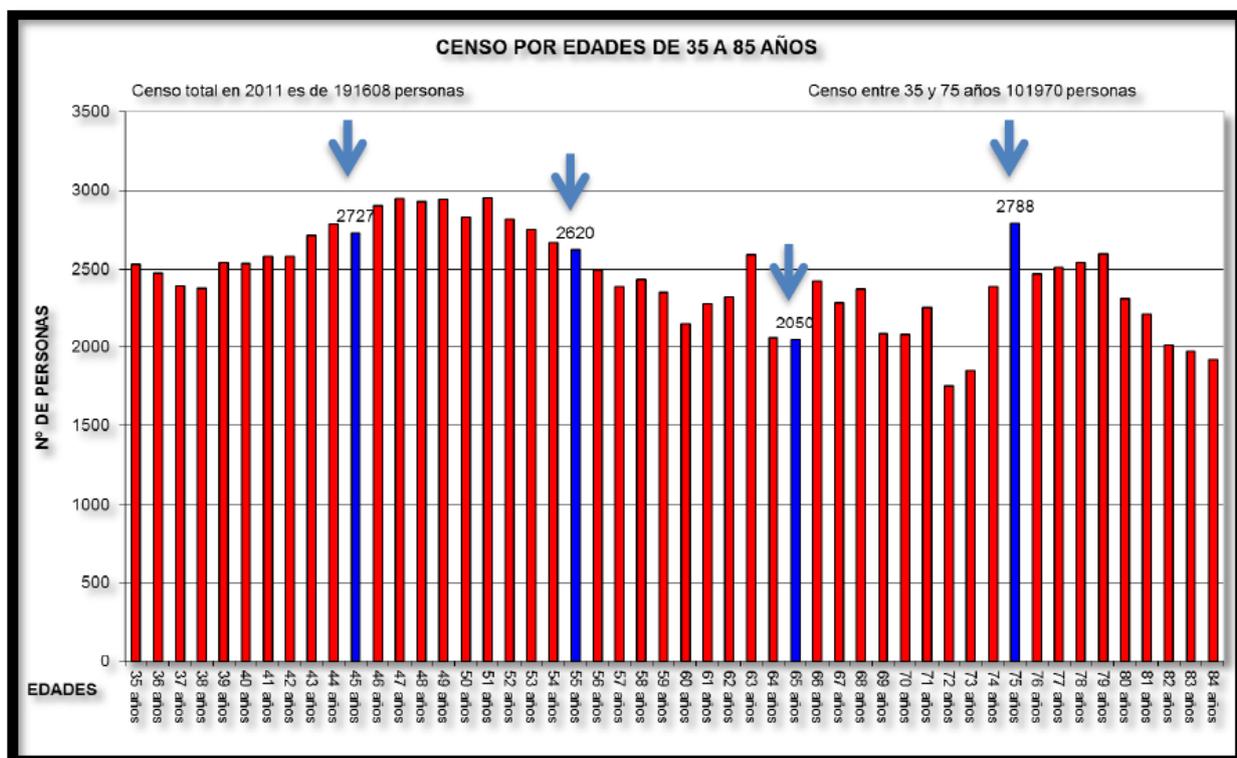
TABLAS Y FIGURAS



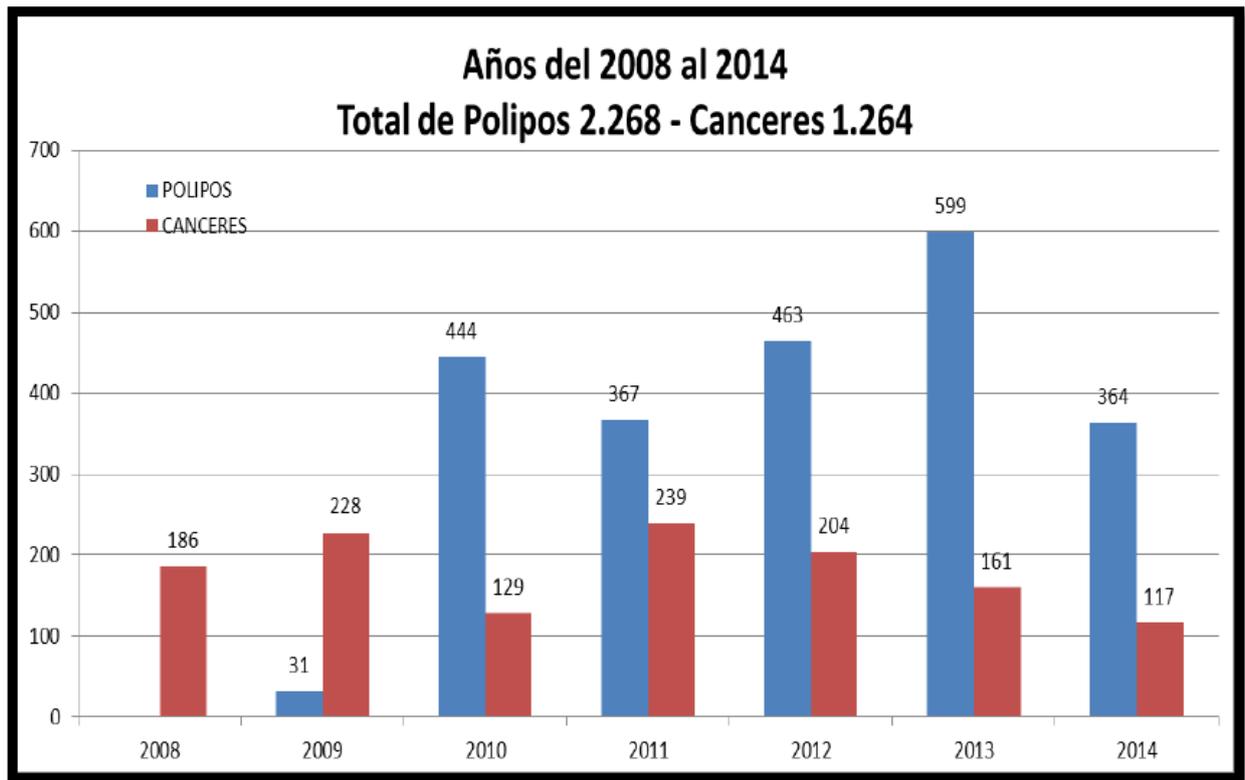
Organigrama 1 – Año 2011 datos reales.



Organigrama 2 - Año 2011 datos reales modificados por test SOH.



Organigrama 3 - Año 2011, modificaciones por SUC.



Grafica 1 - Número de cánceres y pólipos anualmente registrados.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
DETECTADOS	186	228	129	239	204	161
VIVOS	81	118	75	164	137	113
FACELLECIDOS	105	110	54	75	67	48

Tabla 1 - Número total de detectados, vivos y fallecidos.

DATOS DE CANCERES, FALLECIMIENTOS Y DE VIVOS ACUMULADOS - AÑOS 2008 - 2013								
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	
	Detectados	186	228	129	239	204	161	1147
Fallecidos	AÑO 2008	29						29 ←
Fallecidos	AÑO 2009	19	27					46 ←
Fallecidos	AÑO 2010	25	47	19				91 ←
Fallecidos	AÑO 2011	8	13	13	23			57 ←
Fallecidos	AÑO 2012	11	14	7	27	20		79 ←
Fallecidos	AÑO 2013	12	5	14	19	41	31	122 ←
Fallecidos	AÑO 2014	1	4	1	6	6	17	35 ←
	TOTAL FALLECIDOS	105	110	54	75	67	48	459
	TOTAL VIVOS	81	118	75	164	137	113	688

Tabla 2 – Relación anual de vivos y fallecidos con valoración total de acumulados.

Gastos Sanitarios anuales registrados del Cancer de Colon (Zamora)								
Año	Canceres	Pacientes acumulados	Gastos Oncologicos	Gastos evitales, ahorro doble (tiempo)			Gastos Diagnosticos (Colonoscopias)	Total
				Gastos Quirúrgicos (Globales)	Gastos Radiodiagnosticos	Inerconsultas		
2008	186			446.400,00 €	114.576,00 €	104.160,00 €	808.500,00 €	
2009	228	59	925.959,55 €	547.200,00 €	140.448,00 €	127.680,00 €	808.500,00 €	2.549.787,55 €
2010	129	143	822.612,01 €	309.600,00 €	79.464,00 €	72.240,00 €	808.500,00 €	2.092.416,01 €
2011	239	137	668.638,84 €	573.600,00 €	147.224,00 €	133.840,00 €	808.500,00 €	2.331.802,84 €
2012	204	141	727.981,47 €	489.600,00 €	125.664,00 €	114.240,00 €	808.500,00 €	2.265.985,47 €
2013	161	194	690.262,49 €	386.400,00 €	99.176,00 €	90.160,00 €	808.500,00 €	2.074.498,49 €
2014*	117	94	149.633,00 €	280.800,00 €	72.072,00 €	65.520,00 €		
							Media anual	2.262.898,07 €

* 1º semestre 2014

Bloque quirúrgico por número de cánceres por día de hospitalización

Bloque Radiodiagnostico, número de canceres y siguientes exploraciones:
 Escaner toraco abdomino toracico, ecografías, eco-endoanales

Bloque Inerconsultas: Cánceres por consultas (5 por cáncer) por precio consulta

Bloque de colonoscopia: media de las colonoscopias realizadas en estos años (3.500) por su precio.

Tabla 3 – Relación de gastos sanitarios anuales.

Castilla y León población 2013							
Provincia	Total	Hombres	Mujeres	Población Diana	P. Diana Anual	Digestólogos	Colonoscopias
42 Soria	93.291	47.336	45.955	37.316	3.732	3,7	1000
40 Segovia	161.702	81.598	80.104	64.681	6.468	6,5	1000
05 Ávila	168.825	85.025	83.800	67.530	6.753	6,8	1000
34 Palencia	168.955	83.696	85.259	67.582	6.758	6,8	1000
49 Zamora	188.270	93.336	94.934	75.308	7.531	7,5	1000
37 Salamanca	345.548	168.950	176.598	138.219	13.822	13,8	1000
09 Burgos	371.248	186.638	184.610	148.499	14.850	14,8	1000
24 León	489.752	239.179	250.573	195.901	19.590	19,6	1000
47 Valladolid	532.284	260.619	271.665	212.914	21.291	21,3	1000
Castilla y Leon	2.519.875	1.246.377	1.273.498	1.007.950	100.795	101	1000
España	47.129.783	23.196.386	23.933.397	18.851.913	1.885.191	2745*	686,8

* Numero previsto para el año 2015

Tabla 4 - Castilla y León. Datos de población diana, digestólogos y colonoscopias.



Figura 1 - Zamora, provincia de referencia.