

Vigilancia del cáncer en Andalucía

Evaluación de Resultados
en Salud Pública

VIGILANCIA DEL CÁNCER EN ANDALUCÍA

Evaluación de Resultados en Salud Pública



VIGILANCIA del cáncer en Andalucía :
evaluación de resultados en salud pública. --
[Sevilla] : Consejería de Salud, [2006]
61 p. : tablas ; 24 cm + 1 CDROM
1. Neoplasias-Prevención y control
2. Vigilancia epidemiológica 3. Evaluación de
resultado (atención de salud) 4. Salud pública
5. Andalucía I. Andalucía. Consejería de Salud
QZ 206
WA 105

Vigilancia del Cáncer en Andalucía.
Evaluación de Resultados en Salud Pública.

Equipo de trabajo:

Coordinación: Mayoral Cortes, José M^a (1)

Cortés Martínez , Carmen (2)
Duran Pla, Enric (1)
Expósito Hernández, José (3)
Jiménez Puente, Alberto (4)
Martínez García, Carmen (5)
Ruiz Fernández, Josefa (1)
Ruiz Ramos, Miguel (6)
Sánchez Pérez, M^a José (5)
Villar Álvarez Eduardo (7)

¹ D.G. de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud; ² Hospital de Antequera. SAS; ³ Plan Integral de Oncología. Consejería de Salud; ⁴ Hospital Costa del Sol. Consejería de Salud; ⁵ Escuela Andaluza de Salud Pública; ⁶ Registro de mortalidad. Consejería de Salud; ⁷ Hospital Virgen de la Nieves. SAS.

Edita: Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y Participación.

Maquetación: Forma Animada S.L.L.

Depósito legal: S. 1.976-2006

PRESENTACIÓN

Los cambios demográficos determinados por el envejecimiento de la población, han planteado a la salud pública el reto de conocer e intervenir en la prevención y el control de los principales problemas de salud, relacionados con las enfermedades crónicas en edades adultas. Estas enfermedades constituyen nuevas epidemias de las sociedades desarrolladas, vinculadas a hábitos y estilos de vida, e implican la necesidad de identificar a los grupos vulnerables, sus principales riesgos y problemas de salud y de organizar una respuesta adecuada que corrija las desigualdades desde el punto de vista de la protección de la salud, la atención sanitaria, y la mejora de la calidad de vida.

Actualmente, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la Diabetes Mellitus, los accidentes, los trastornos del comportamiento alimentario, etc., son las principales causas de morbimortalidad en Andalucía. Gran parte de estas enfermedades se asocia a factores de riesgo modificables, tanto de hábitos de vida como ambientales y en los últimos años ha sido clara la necesidad de desarrollar su vigilancia.

En el Decreto 66/1996 de la Consejería de Salud, que constituye el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Andalucía (SVEA) establece como finalidad del mismo, la prevención de la enfermedad, mediante medidas de control individuales o colectivas, identificando los problemas de salud y sus factores determinantes, su distribución, tendencias y características de la población afectada.

Sin embargo al igual que ha ocurrido en el resto de España, este concepto de vigilancia de la salud se ha desarrollado sobre todo para las Enfermedades de Declaración Obligatoria. A pesar del interés en la vigilancia de las enfermedades no transmisibles y sus determinantes, no se ha llegado a elaborar aún un marco similar a la vigilancia de las enfermedades transmisibles. Este reto es complejo y requiere la integración de diferentes perfiles profesionales, y la coordinación institucional para acceder a los distintos sistemas de información necesarios.

El II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, 2005-2008, asume un concepto amplio de la Vigilancia de la Salud como instrumento para la planificación y evaluación de las políticas de la Consejería de Salud y de los servicios sanitarios, dirigidos a la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad, y la atención sanitaria a los ciudadanos y las ciudadanas de Andalucía.

Apoya la gestión de la Salud Pública en el desarrollo de un sistema de vigilancia de la salud eficiente, que permita un análisis integral sobre los principales determinantes y problemas de salud que afectan a la población andaluza, y con capacidad para evaluar resultados en salud de las acciones sanitarias en los diferentes niveles del SSPA.

Para ello, son necesarios sistemas de información que integren de manera eficiente, mediante la tecnología adecuada, múltiples fuentes de datos sanitarias y no sanitarias de base poblacional (Historia de salud, Censos, CMBD, Encuestas de salud, Tráfico, etc.), e

Vigilancia del Cáncer en Andalucía

información epidemiológica relevante de manera individual, a partir de identificación única (BDU) y la Historia de Salud Digital (Diraya), que aportarán sin duda, indicadores que proporcionen una visión global acerca de la carga de la enfermedad y sus factores de riesgo en la población, o subgrupos de interés específico y de los resultados de intervenciones, en los que basar los programas y prioridades en salud pública.

En este sentido este manual, elaborado gracias al trabajo realizado por un amplio grupo de profesionales, es un instrumento idóneo para dar homogeneidad al análisis de las principales características epidemiológicas de los problemas y desigualdades de salud y a la evaluación de resultados en salud pública, en la medida que identifica fuentes de información, establece indicadores, criterios de definición, agrupación y periodicidad, que haga posible disponer de información comparable y oportuna, además de apropiada para su uso en diferentes ámbitos y niveles de decisión sanitaria.

Josefa Ruiz Fernández
Directora General Salud Pública y Participación

1. INTRODUCCIÓN:

La vigilancia en salud (VS) se ha definido como el seguimiento de cualquier problema de salud o determinante de la salud mediante la recogida sistemática, integración, análisis e interpretación y la utilización y difusión de esta información, entre quienes necesiten conocerla para desarrollar actuaciones orientadas a mejorar la salud.

La VS cumple por tanto, una función imprescindible para la Salud Pública (SP), en la medida en que aporte información valiosa para orientar los programas y servicios sanitarios y las acciones intersectoriales para mejorar la salud. Esto se logrará a partir del conocimiento de la distribución y tendencias de enfermedades, los determinantes de la salud en la población, la identificación de poblaciones con riesgo elevado o necesidades especiales y otras desigualdades en salud, por exposición a riesgos, de género, geográficas, de accesibilidad o utilización de servicios sanitarios, etc. y la evaluación de las intervenciones en SP.

Este desarrollo del concepto tradicional de la vigilancia, debe tener en cuenta las particularidades propias de las enfermedades crónicas e incorporarlas a los conceptos clásicos de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles. La VS se aplica a todos los aspectos relacionados con la historia natural de la enfermedad, su etiología, los determinantes socioeconómicos, medioambientales, conductuales y genéticos de la enfermedad, los aspectos preclínicos relacionados con la detección precoz y los programas poblacionales de cribado, los aspectos clínicos relacionados con los indicadores de morbilidad, accesibilidad de poblaciones a servicios y a los resultados en salud relacionados con la calidad de vida, supervivencia, mortalidad etc.

La VS y especialmente en las enfermedades crónicas, debe estar centrada en los acontecimientos de la salud sujetos a cambio, y en el desarrollo de métodos para medirlos; en este sentido una de las dimensiones fundamentales es la vigilancia de riesgos para la salud que proporcionen la información necesaria para la prevención y control de las principales enfermedades crónicas en la población. Ello implica la recogida de datos de manera continua, o al menos con intervalos regulares, para garantizar una información adecuada, como producto de la vigilancia para las necesidades de la planificación de los servicios y la evaluación de las intervenciones.

Frente al concepto de información de los servicios asistenciales, basado principalmente en las personas que reciben asistencia, la información necesaria para la VS es de base poblacional para que sea posible reflejar la incidencia y prevalencia de los problemas y determinantes de la salud en el conjunto de la población, o subpoblaciones de interés específico. Para ello, la VS debe apoyarse en sistemas de información, que integren de manera eficiente múltiples fuentes de datos, sanitarias y no sanitarias, para proporcionar la información necesaria, de modo que sea homogénea y comparable, además de apropiada para su uso en diferentes ámbitos y niveles de decisión, y actualizada con la periodicidad necesaria para monitorizar indicadores y priorizar objetivos.

Vigilancia del Cáncer en Andalucía

En la vigilancia de las enfermedades crónicas, las fuentes habitualmente utilizadas son secundarias, complementarias en la información epidemiológica que recogen, de diferentes orígenes y generadas inicialmente para otros propósitos o usos, tanto asistenciales, como administrativos, etc. (Censos, CMBD, Encuestas de Salud, Tráfico, etc.). Son fuentes de base poblacional, estables y actualizadas regularmente, aunque sea difícil el control de su calidad y exhaustividad desde el ámbito de la vigilancia. Idealmente un sistema de vigilancia de enfermedades no transmisibles debe abarcar todo el proceso de salud-enfermedad, mejorando la información disponible sobre mortalidad, morbilidad y factores de riesgo o determinantes de la salud, y debe incluir datos sobre discapacidad y calidad de vida para conocer la carga de enfermedad.

Las dificultades para la vigilancia de estas enfermedades, derivan del hecho de que, generalmente, presentan un periodo de latencia largo y son multifactoriales en su etiología, lo que dificulta la interpretación de un análisis ecológico, dada la compleja relación causa-efecto. Tienen una evolución prolongada en el tiempo con fases asintomáticas y son susceptibles de cambios en su historia natural consecutivos a ciertas intervenciones y tratamientos preventivos.

La vigilancia del cáncer en la actualidad

El cáncer agrupa un conjunto de más de cien patologías con características biológicas comunes, pero con diferencias en relación con los factores de riesgo, medidas de detección, tratamiento, supervivencia y patrones de distribución por edad y género.

Es la segunda causa de muerte en Andalucía por detrás de las enfermedades circulatorias y la primera causa de años potenciales de vida perdidos (APVP), tanto en hombres como en mujeres. Al igual que ocurre en el conjunto del Estado Español, la mortalidad por cáncer dentro de Andalucía no está distribuida homogéneamente: Cádiz, es la provincia que presenta las tasas más elevadas de mortalidad por esta causa para hombres y mujeres, seguida de Huelva y Sevilla en hombres y Almería y Córdoba en mujeres.

Durante el año 2004 el número de fallecidos por tumores malignos en Andalucía fue de 15.446, siendo la tasa bruta de mortalidad de 200,9 por 100.000 habitantes (259,8 en los hombres y 143,4 en las mujeres). En dicho año, los cánceres que han presentado mayores tasas de mortalidad en hombres han sido el cáncer de pulmón, colon-recto y próstata, y en mujeres el cáncer de mama, seguido del cáncer de colon-recto y pulmón.

Numerosos factores de riesgo son comunes para una variedad de enfermedades crónicas. La vigilancia de un solo factor de riesgo, como el tabaquismo, ayudará en el control y la prevención de diversas patologías crónicas, como diferentes tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares, etc.. La OMS desarrolla un plan global de vigilancia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles de manera integrada, para conseguir el mayor impacto con el menor esfuerzo.

Evaluación de Resultados en Salud Pública

Actualmente existen distintas fuentes de información que permiten estructurar la vigilancia del cáncer en la comunidad, incluyendo resultados, factores de exposición, incidencia y prevalencia.

La vigilancia de la incidencia reposa sobre registros de cáncer de población que permiten conocer además, tendencias temporales, y la distribución espacio-temporal de la incidencia y la supervivencia. Tienen actualmente una cobertura limitada del territorio de Andalucía (Granada y Cádiz) lo que no permite todavía realizar un análisis detallado de variaciones territoriales de la incidencia, tendencias y supervivencia del cáncer, sino a través de estimaciones, para el conjunto de la población andaluza.

El análisis sistemático de la información procedente del Registro de Mortalidad de Andalucía, permite conocer la magnitud y distribución del total del cáncer y por localizaciones anatómicas con distintos niveles de agregación, tanto geográfico como por características de la población.

Las Encuestas de Salud, realizadas en el ámbito Nacional o de la Comunidad Autónoma, permiten conocer la frecuencia y tendencias de hábitos y estilos de vida, asociados a los cánceres más frecuentes.

Otras fuentes básicas de información disponibles en la actualidad para la vigilancia son, el Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBD), o la DCM (aplicación informática) del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama.

Actualmente está en marcha el European Cancer Health Indicators Project (EURO-CHIP), proyecto desarrollado con el objetivo de proponer una lista de indicadores de salud que describan la situación del cáncer en Europa, aconsejando la incorporación de muchos de los indicadores en las "Encuestas de Salud" de cada país.

2. JUSTIFICACIÓN:

El III Plan Andaluz de Salud 2003-2008 (III PAS), explicita los objetivos de política sanitaria de la Consejería de Salud y es el marco de referencia para las actuaciones públicas de la Junta de Andalucía en el ámbito de la salud. A partir del análisis del estado actual de salud en Andalucía, la realidad de la población y de sus expectativas en salud, los factores determinantes, la revisión de los recursos sanitarios existentes y de las tendencias de cambio, formula objetivos articulados en torno a cuatro metas:

- Mejorar la salud de la población andaluza.
- Reducir las desigualdades en salud.
- Centrar la atención en el ciudadano.
- Inducir transformaciones en salud a partir del progreso científico y los avances tecnológicos.

Vigilancia del Cáncer en Andalucía

Incluye además, la necesidad de una evaluación de las líneas prioritarias de actuación y de los objetivos planteados, teniendo en cuenta las perspectivas de los diferentes actores implicados: los ciudadanos y usuarios, los profesionales y las instituciones vinculadas a las acciones y la organización sanitaria en su conjunto.

La línea prioritaria 4, plantea reducir la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad a través del desarrollo de planes integrales contra el cáncer, la diabetes, las enfermedades del corazón, los accidentes, los problemas osteoarticulares y a favor de la salud mental y la atención a las personas en situación de dependencia.

El cumplimiento del objetivo 13 del III PAS ha sido objeto de un plan integral quinquenal: El Plan Integral de Oncología de Andalucía 2002-2006 (PIOA).

El PIOA establece objetivos que definen niveles de cambio cuantificables sobre el incremento en los niveles de salud y la reducción en la exposición a riesgos de la población andaluza, así como los elementos claves para su consecución. Incluye como una de las prioridades de actuación, la mejora de los Sistemas de Información, al considerar que estos constituyen un pilar básico para la implantación y desarrollo del PIOA, ya que el control del cáncer requiere contar con información que permita conocer la magnitud de la enfermedad (mortalidad, incidencia, supervivencia, años potenciales de vida perdidos), la situación de la prevención primaria (evolución de factores de riesgo,...), del diagnóstico precoz (indicadores de programas de cribado) y del diagnóstico y tratamiento (utilización de servicios, demora,...).

Paralelamente el II Plan de Calidad del SSPA 2005-2008 (II PC), dentro de su proceso estratégico III para "garantizar la calidad de las políticas de Salud Pública", establece como misión de la vigilancia de la salud, hacer posible la planificación y evaluación de las políticas de la Consejería de Salud dirigidas a la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad, y la atención sanitaria a los ciudadanos y ciudadanas de Andalucía. Cumple por tanto una función imprescindible para la Salud Pública, en la medida que aporta información valiosa para orientar los servicios sanitarios y las políticas intersectoriales para mejorar la salud.

En este sentido, el II PC incorpora como proceso clave, "Impulsar la calidad de las Políticas de Vigilancia de la Salud", estableciendo como misión de la VS, hacer posible la planificación y evaluación de las políticas de la Consejería de Salud dirigidas a la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad, y la atención sanitaria a los ciudadanos y las ciudadanas de Andalucía, con las siguientes líneas de acción: Identificar indicadores para monitorizar los objetivos de Salud Pública, incluidos en planes y programas de la Consejería de Salud.

- Definir los criterios que permitan obtener una información comparable.
- Establecer los criterios de agrupación geográfica y periodicidad temporal adaptados a la toma de decisiones en los distintos niveles.
- Desarrollar la tecnología para obtener de manera eficiente la información, compatible con los sistemas de información corporativos del SSPA.

Evaluación de Resultados en Salud Pública

En este proceso de evaluar los resultados en la salud de la población, en relación con las recomendaciones establecidas en planes estratégicos del SSPA, se centra la propuesta de Vigilancia de la Salud, recogida en este documento.

3. OBJETIVOS:

La información obtenida mediante la vigilancia del cáncer deberá aportar información suficiente y de calidad sobre la situación epidemiológica del cáncer en Andalucía, que haga posible:

- Estimar la magnitud del problema en Andalucía, cuantificando la carga de enfermedad por cáncer entre la población para facilitar una razonable distribución de recursos.
- Documentar la distribución espacial y temporal de la enfermedad y describir las tendencias en cuanto a salud, en función del lugar y el tiempo, y en subgrupos de población.
- Detectar agrupaciones espacio-temporales de casos, que permitan intervenir para disminuir su magnitud.
- Conocer la evolución de los factores determinantes de la salud en la población general y poblaciones específicas en riesgo.
- Conocer el impacto de las estrategias de prevención y control.
- Conocer la accesibilidad a servicios preventivos y asistenciales.
- Facilitar la planificación y gestión de servicios.
- Identificar nuevas necesidades de investigación.

4. METODOLOGÍA:

4.1. Población:

La población objeto de estudio, es la residente en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Los datos demográficos proporcionan el denominador para el cálculo de tasas y el ajuste o estandarización. Las variables demográficas a utilizar son la edad, el sexo y el lugar de residencia.

Los datos demográficos básicos se obtendrán del Instituto Estadística de Andalucía (IEA), a partir de las estimaciones intercensales de población para el periodo 1981-2002, a 1 de enero, disponibles en (<http://www.iea.junta-andalucia.es/eiep/index.htm>), y las cifras oficiales de población a 1 de enero de cada año para los años posteriores.

Las poblaciones de referencia para el ajuste de tasas serán la población estándar europea y la población estándar mundial (Doll 1966, OMS). **Anexo 1.**

Vigilancia del Cáncer en Andalucía

4.2. Procesos a vigilar:

La vigilancia epidemiológica se realizará sobre el total del cáncer y sobre una selección de cánceres de localizaciones específicas.

Selección de cánceres:

Se han seleccionado aquellos cánceres específicamente incluidos en el Plan Integral de Oncología de Andalucía 2002-2006: cáncer de mama, de cérvix uterino, de piel, de colon y recto, de próstata, de laringe y también el cáncer infantil. Se han añadido otros cánceres, como los de pulmón y vejiga urinaria, teniendo en cuenta, su frecuencia y vulnerabilidad desde la prevención.

Dimensiones de la vigilancia para cada tipo de cáncer:

La salud de las poblaciones está determinada por factores socioeconómicos, biológicos, ambientales y estilos de vida. Los sistemas de salud pueden considerarse un determinante más de la salud en la medida en que pueden modificar la acción de estos factores de riesgo, previniendo, tratando, o evitando las consecuencias de las enfermedades. Desde esta perspectiva, el desempeño de los servicios de salud se analiza con un enfoque poblacional, en función de los resultados en la mejora de la salud de la población y su distribución (equidad).

Este modelo conceptual (**Figura 1**) puede esquematizarse desde los servicios de salud como una cadena, donde la salud está influida por el conjunto de determinantes, las actividades de prevención y promoción de la salud ayudan a mejorar la salud actuando sobre los determinantes, y las políticas de salud crean las condiciones en las que estas actividades pueden desarrollarse.

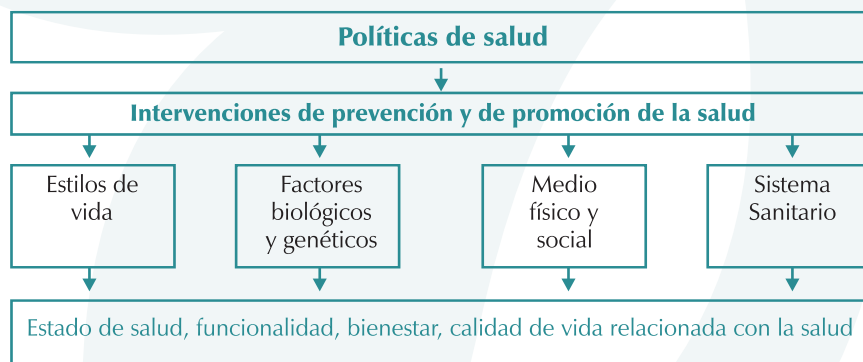


Figura 1: Modelo conceptual de la salud mostrando la cadena causal. Adaptado de Kramers et al. *Public Health Indicators for Europe: Context, selection, definition*. Final report by the ECHI project, Phase II. 20 de junio de 2005.

Evaluación de Resultados en Salud Pública

Siguiendo este modelo la vigilancia se realizará desde las siguientes perspectivas de análisis, para el conjunto del cáncer y para cada localización:

- Situación del problema en cuanto a su magnitud.
- Tendencias temporales.
- Accesibilidad a los servicios preventivos y asistenciales: Utilización (Coberturas) y disponibilidad de recursos y servicios preventivos y asistenciales efectivos.
- Resultados relacionados con actividades preventivas primarias y secundarias.
- Adaptación de la atención a la mejor práctica clínica (Calidad).

4.3. Selección de indicadores:

Para cubrir las necesidades de información, el grupo de trabajo seleccionó, los tipos de indicadores que se presentan en la siguiente tabla (Tabla 1), de acuerdo a las correspondientes dimensiones de la vigilancia.

Dimensión de la vigilancia para el total del cáncer y localizaciones seleccionadas	Tipo de indicadores
Factores socioeconómicos (Grupo I de indicadores)	Estructura de la población Índice socioeconómico Nivel de estudios Nivel de renta
Magnitud del problema (Grupos II, III, IV y V de indicadores)	Mortalidad Mortalidad prematura Incidencia Prevalencia Demanda asistencial: Morbilidad hospitalaria
Tendencia temporal (Grupos VI de indicadores)	Cambio anual de la mortalidad por cáncer Cambio anual de la incidencia de cáncer
Accesibilidad a servicios preventivos (Grupos VII de indicadores)	Población diana cubierta por programas de cribado
Impacto de la prevención primaria (Grupos VIII de indicadores)	Evolución del consumo frutas/ verduras en la población Evolución del consumo de carnes rojas en la población Evolución del IMC Evolución del consumo total de alcohol Evolución del consumo de cigarrillos Evolución de la población que realiza ejercicio regularmente Población urbana expuesta a concentraciones de PM10 > del valor límite (50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, media 24 h) durante 35 o más días/año Distribución de la mortalidad por mesoteliomas pleurales
Impacto de la prevención secundaria (Grupos IX de indicadores)	Casos de cáncer clasificados como "localizados" en el momento del diagnóstico
Accesibilidad a los servicios asistenciales (Grupos X de indicadores)	Supervivencia observada Supervivencia relativa Población de pacientes en fase terminal atendida por Servicios de Cuidados Paliativos
Adecuación de la atención a la mejor práctica clínica relacionada con resultados de Salud Pública (Grupos XI de indicadores)	Medidas de resultado o estructurales y de proceso de asistencia sanitaria, con correlación probada con los resultados en poblaciones.

Vigilancia del Cáncer en Andalucía

Con fines de comparación en el ámbito autonómico, nacional o internacional, para la construcción de indicadores se han tenido en cuenta las propuestas elaboradas por el III Plan Andaluz de Salud, los proyectos ECHI (*European Community Health Indicators*) y EUROCHIP (*European Cancer Health Indicators Project*), informes oficiales sobre la situación del cáncer en España (López-Abente et al, 2005) e indicadores de Procesos Asistenciales Integrados de Cáncer del SSPA (mama, cérvix uterino, piel, colon y recto, próstata y laringe).

La correspondencia entre los indicadores seleccionados y otras clasificaciones, se presenta en el **Anexo 2**.

4.4. Descripción de los indicadores:

Cada indicador se ha descrito tan exhaustivamente como ha sido posible, manteniendo una estructura común según se describe a continuación:

- **Definición:** definición clara del indicador y la dimensión con la que debe ser relacionado.
- **Justificación:** análisis razonado para la selección del indicador, el soporte científico (evidencia).
- **Método de recogida de datos:** se indica la fuente de datos existente o se discute donde se podría obtener el indicador en el futuro.
- **Factores de confusión:** son los factores que influyen en el resultado del indicador, tales como edad y género, estilos de vida y grupos socioeconómicos.
- **Difusión de los resultados del indicador:** tales como las tendencias, comparaciones geográficas, etc.
- **Niveles de desagregación:**
La desagregación de los datos en cuanto a género, edad y distribución geográfica se realizará en función de la disponibilidad en cada una de las fuentes de información consultadas.

En cualquier caso los indicadores se calcularán por sexo y grupos de edad para el nivel autonómico y provincial, y se desagregarán por área sanitaria o distrito, cuando las fuentes y la magnitud lo permitan. Los grupos de edad a utilizar serán de 5 en 5 años, desde 0 a 74 años y un grupo de más de 74 años para cada sexo. También se utilizarán para el cálculo de tasas truncadas, "grandes grupos de edad": de 0 a 34 años, de 35 a 64, más de 64 años. Para cáncer infantil los grupos serán: 0, 1-4, 5-9 y 10-14 años.

Evaluación de Resultados en Salud Pública

4.5. Análisis de los datos:

El análisis de la información será prospectivo, aunque algunos indicadores se calcularán retrospectivamente con el fin de contar con una serie suficientemente amplia en el tiempo para observar las tendencias temporales.

Para las comparaciones territoriales de la mortalidad se utilizará la Razón Estandarizada de Mortalidad y su intervalo de confianza al 95%, utilizando como denominador la tasa estandarizada en Andalucía. Si la razón es mayor a 1 indica que en el área de estudio la tasa es mayor que la de Andalucía, si es menor de 1 la tasa es mayor en Andalucía que en el área de estudio.

Las tasas de incidencia de otras áreas geográficas, españolas o de otros países, procederán de los registros de cáncer de población incluidos en la publicación *Cancer Incidence in Five Continents* editada con periodicidad quinquenal por la *International Agency for Research on Cancer* (IARC).

Para las comparaciones internacionales se utilizarán también las estimaciones nacionales de la incidencia (Tasa bruta y estandarizada por la población europea y mundial) y mortalidad (Tasa bruta y estandarizada por población europea y mundial) facilitadas por la IARC a través de su programa EUCAN (*Cancer incidence, mortality and prevalence in the European Union*).

Para las comparaciones de la supervivencia relativa se utilizarán los datos de EURO-CARE-3 (*European cancer registries study on cancer patients survival and care*) estudio colaborativo sobre la supervivencia del cáncer en Europa publicado en 2003 con datos provenientes de 67 registros de población de cáncer en 22 países europeos.

En la construcción de los indicadores el nivel de agregación de la información, se realizará de modo que el análisis permita identificar:

- Desigualdades territoriales utilizando las unidades geográficas de análisis por las que sea posible analizar cada indicador.
- Desigualdades según género.
- Desigualdades respecto a estándares previamente establecidos.

Periodicidad:

El análisis de los indicadores se realizará en función de la periodicidad disponible para las fuentes de datos utilizadas. Para algunos indicadores, la periodicidad será anual, ya que como se puede apreciar en el apartado de descripción de los indicadores y fuentes, algunos sólo podrán obtenerse con una frecuencia mínima de 4 años.

5. FUENTES DE DATOS, CONSTRUCCIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS PRINCIPALES INDICADORES:

I. Factores socioeconómicos:

Estos indicadores proporcionan una imagen básica de la estructura demográfica por grupos de edad y sexo, y las características sociales y económicas de la comunidad (renta o nivel de estudios). Además, los datos de población proporcionan el denominador para calcular otros indicadores.

Magnitud del problema:

En esta dimensión se recogen los indicadores sobre la incidencia, mortalidad y morbilidad hospitalaria.

II. Mortalidad y mortalidad prematura por cáncer:

Fuente de información:

Se utilizarán las defunciones por edad y sexo publicadas en el Movimiento Natural de la Población correspondientes a Andalucía, disponibles en soporte magnético, desde el año 1996, proporcionadas por el Instituto de Estadística de Andalucía (IEA).

Las principales variables a utilizar son el sexo, la edad, la fecha de defunción, el lugar de residencia y la causa básica de defunción.

Definición de caso:

Se considerarán defunciones por cáncer aquellas en las que la Causa Básica de Defunción corresponda a cualquier código de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión entre el C00 y el C97.

Para el periodo 1980 a 1998 las causas básicas de defunción están codificadas con la 9ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, los códigos correspondientes a defunciones por cáncer son del 140.0 al 208.9.

Para los indicadores referidos a cánceres en localizaciones específicas se utilizarán en cada caso los códigos reseñados en la **Tabla 2**.

Evaluación de Resultados en Salud Pública

Tabla 2: Códigos CIE-9 y CIE-10

CÁNCER	CIE-9 (1980–1998)	CIE-10 (desde 1999)
Mama en mujeres	174	C50
Colon y recto *	153,154	C18–C21
Cérvix uterino	180	C53
Piel No Melanoma	173	C44
Pulmón (Bronco pulmonar)	162.2 - 162.9	C34
Vejiga urinaria	188	C67
Laringe	161	C32
Próstata	185	C61
Todos los cánceres	140.0–208.9	C00–C97

* incluye ano y canal anal

El análisis y presentación de resultados para la incidencia de cáncer de colon (CIE-9: 153; CIE-10: C18) y de recto (CIE-9: 154.0, 154.1; CIE-10: C19-20) se realizará por separado.

La lista completa de correspondencias de la CIE-9 y CIE-10 para las distintas localizaciones del cáncer se presenta en **Anexo 3**.

Construcción de los Indicadores:

Cuando se trate de periodos de varios años, para el cálculo de la tasa media anual el numerador será el número total de casos (defunciones o incidentes) del período y el denominador la suma de las poblaciones anuales. La población estimada del denominador se refiere a 1 de enero.

II.1. Tasa bruta de mortalidad por cáncer:

Número de muertes ocurridas en el periodo de estudio (un año o varios años) por cada 100.000 habitantes. Al estar referida a toda la población da una visión general sin tener en cuenta la estructura por edad de la misma, por lo que resulta inadecuada para comparar entre sí dos áreas geográficas o dos periodos de tiempo en la misma área.

Vigilancia del Cáncer en Andalucía

Numerador: Defunciones por cáncer en el periodo de estudio (un año o varios años) x100.000

Denominador: Población a 1 de enero del año.

II.2. Tasas de mortalidad por cáncer, específicas por grupo de edad:

Número de muertes dentro de cada grupo de edad ocurridas en el periodo de estudio (un año o varios años) por cada 100.000 habitantes del mismo grupo de edad. Aportan más información al considerar la estructura por edades de la población.

Numerador: Defunciones por cáncer para cada grupo de edad en el año x100.000

Denominador: Población de cada grupo de edad a 1 de enero del año.

II.3. Tasa estandarizada por edad de mortalidad por cáncer:

El ajuste de tasas permite comparar tasas entre distintos periodos de tiempo o entre distintas áreas geográficas al eliminar la posible distorsión debida a diferentes estructuras de edad de la población. Representa la tasa bruta que se hubiera observado en la población estudiada si esta tuviera la misma distribución por edad que la población de referencia.

Se utilizará el método directo tomando como poblaciones de referencia la población estándar europea y la estándar mundial que es la que se utiliza en los estudios comparativos internacionales (**Anexo 1**: población estándar europea y mundial).

Se calcula mediante la siguiente fórmula, donde P_{si} es la población estándar del grupo de edad y T_i la tasa específica de mortalidad en el grupo de edad.

$$T_s = \frac{\sum (T_i \times P_{si})}{\sum P_{si}} \times 100.000$$

II.4. Tasa truncada (35-64 años) estandarizada de mortalidad por cáncer:

La tasa truncada para los grupos etarios entre 35 y 64 años es una tasa estandarizada por el método directo utilizando solamente los grupos de edad comprendidos entre 35 y 64 años empleando como referencia por tanto la población estándar europea o mundial de 35 a 64 años. Se expresan por cien mil habitantes y se calcula mediante la siguiente fórmula.

Se utiliza para eliminar la posible distorsión debida a la menor precisión del diagnóstico y la certificación de defunción en la población de edad más avanzada y al hecho de que la probabilidad de aparición de un cáncer en menores de 35 años es relativamente baja.

$$T_s = \frac{\sum (T_i \times P_{si})}{\sum P_{si}} \times 100.000$$

Evaluación de Resultados en Salud Pública

II.5. Tasa estandarizada de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) por cáncer:

La tasa de APVP ajustada por edad corresponde al número de años de vida potencial que se perderían en la población real si ésta tuviera la misma estructura de edad que la de la población de referencia.

El método consiste en calcular el sumatorio de las diferencias entre la edad de muerte de cada uno de los fallecidos por cáncer dentro de la población y la edad de 70 años, obteniéndose el total de años perdidos por dicha causa en la población.

Calculada para el rango de población comprendido entre 1 y 70 años. La población de referencia a utilizar para la estandarización directa será la europea.

Desagregación:

Grupos de edad quinquenales y sexo. Andalucía, provincias y distrito sanitario. Por localización anatómica del cáncer.

III. Incidencia:

Fuente de información:

Se utilizarán los datos de los Registros de Cáncer de Población. En la actualidad el único operativo es el Registro de Cáncer de la Provincia de Granada (RCG), que registra todos los casos de cáncer diagnosticados por primera vez con posterioridad al 1 de enero de 1985. Para el resto de las provincias y para Andalucía, hasta que los registros de cáncer de población estén establecidos se utilizarán estimaciones de la incidencia. (ver apartado III)

Definición de caso:

Todos los casos de cáncer invasivo (Códigos de localización C00.0-C80.9 de la CIE-O 3ª Ed) diagnosticados por primera vez en el año de estudio en personas residentes en las provincias en las que exista un Registro de Cáncer de Población.

Construcción de indicadores:

III.1. Tasa bruta de incidencia de cáncer:

Cociente entre el número de casos nuevos en el periodo de tiempo determinado en la población del territorio del registro y la población a riesgo del territorio del registro multiplicado por cien mil.

Numerador: número casos nuevos de cáncer en las provincias con registro en el año x100.000

Denominador: Población de las provincias con registro a 1 de enero del año.

Vigilancia del Cáncer en Andalucía

III.2. Tasa estandarizada de incidencia de cáncer:

$$T_s = \frac{\sum (T_i \times P_{si})}{\sum P_{si}} \times 100.000$$

Para la estandarización de la tasa de incidencia se utilizará el método directo, aplicando las tasas específicas en cada grupo de edad (T_i) a la población estándar europea o mundial de cada grupo de edad (P_{si}), y obteniendo el sumatorio de las mismas, expresada por 100.000 habitantes.

III.3. Tasa de incidencia acumulativa de 0 a 74 años:

La tasa acumulativa es la suma de las tasas de incidencia específicas por edad hasta un límite de edad definido, que se aproxima a la esperanza de vida de la población, en este caso 74 años. Puede considerarse como una aproximación al riesgo acumulativo que tiene un individuo de desarrollar un cáncer en el periodo de tiempo si no intervienen otras causas de muerte. Se expresa por 100.

El cálculo se realiza mediante el sumatorio de las tasas específicas por edad multiplicado por la amplitud del grupo de edad (5 en el caso de tasas por grupos de edad quinquenales).

III.4. Tasa bruta de incidencia estimada de cáncer:

Para la estimación de la incidencia en Andalucía y en el resto de provincias se utiliza el método MIAMOD, que estima la incidencia mediante modelos de edad, periodo y cohorte, a partir de la mortalidad en el área y la supervivencia relativa en otras áreas de referencia (media de los registros de cáncer de población españoles) (<http://www.eurocare.it/Miamod/Miamod.htm>).

III.5. Tasa estandarizada de incidencia estimada de cáncer:

La tasa bruta de incidencia estimada se estandariza por el método directo, utilizando como referencia las poblaciones estándar europea y mundial.

Desagregación:

Grupos de edad y sexo. Localización anatómica del cáncer. Andalucía y provincias para las tasas estimadas, solo provincias con Registro de Cáncer de Población para la incidencia observada.

IV. Prevalencia:

Fuente de información:

Para estimar la prevalencia se utilizará la mortalidad en el área correspondiente y la supervivencia relativa en otras áreas de referencia (media de los registros de cáncer de población españoles).

Evaluación de Resultados en Salud Pública

Construcción del indicador:

IV.1. Tasa de prevalencia de cáncer a 1, 3 y 5 años:

Para la estimación de la prevalencia se utiliza el método MIAMOD, que estima la prevalencia a partir de la incidencia estimada y de la supervivencia relativa en otras áreas de referencia (media de los registros de cáncer de población españoles) (<http://www.eurocare.it/Miamod/Miamod.htm>). Se expresa como número de sujetos prevalentes por cada 100.000 habitantes.

Desagregación:

Grupos de edad y sexo. Localización anatómica del cáncer. Andalucía y provincias.

V. Demanda asistencial (Morbilidad hospitalaria):

Fuente de información:

Se utilizarán los datos correspondientes del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Andalucía (CMBDA) facilitados por el Servicio Andaluz de Salud, Dirección General de Asistencia Sanitaria, Subdirección de A. E. y Gestión Sanitaria, Servicio de Producto Sanitario.

Definición de caso:

Se considerarán altas por cáncer todos los registros cuyo diagnóstico (C1-C10) corresponda a un código de la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión, modificación clínica, comprendido entre el 140 y el 208, ingresados en un hospital del área de referencia (Andalucía o provincias) independientemente del lugar de residencia del paciente.

Construcción de los Indicadores:

V.1. Porcentaje de altas hospitalarias por cáncer:

Porcentaje del total de altas en los hospitales del SSPA en el periodo atribuibles al cáncer.

Numerador: Número de altas hospitalarias por cáncer en el periodo x 100.

Denominador: Número total de altas hospitalarias en el periodo.

V.2. Estancia media hospitalaria por cáncer:

Promedio de días de estancia para la totalidad de ingresos por cáncer en el periodo estudiado.

Vigilancia del Cáncer en Andalucía

Numerador: Días de estancia por cáncer en el periodo

Denominador: Número total de altas hospitalarias por cáncer en el periodo a estudio

V.3. Porcentaje de estancias hospitalarias por cáncer:

Porcentaje del total de días de estancia, en el periodo, en los hospitales del SSPA atribuibles al cáncer.

Numerador: Días de estancia por cáncer en el periodo x 100

Denominador: Número total de días estancia por todas las causas en el periodo a estudio.

Desagregación:

Grupos de edad y sexo. Andalucía y provincias. Localizaciones anatómicas del cáncer seleccionadas.

VI. Tendencias temporales:

VI.1. Porcentaje de Cambio Anual (PCA) de la mortalidad por cáncer:

Mide la tendencia de la mortalidad a lo largo del tiempo, indicando el porcentaje de cambio anual (PCA) (incremento o decremento) de las tasas estandarizadas de mortalidad, mediante un modelo de regresión no lineal (*joinpoint regression analysis*) que detecta los puntos de inflexión de las tendencias. Calcula un intervalo de confianza al 95% para el PCA.

VI.2. Porcentaje de Cambio Anual (PCA) de la incidencia de cáncer:

Como medida de la tendencia de la incidencia del cáncer a lo largo del tiempo se utilizará el PCA (ver método punto anterior) y su intervalo de confianza al 95%.

Desagregación:

Grupos de edad y sexo: 45-64 años, 65-74 años y más de 75 años. Para algunos cánceres se utilizarán otros grupos específicos. Andalucía, provincias. Por localización anatómica del cáncer.

VII. Accesibilidad a servicios preventivos:

VII.1. Tasa de captación del Programa Cribado Cáncer de Mama (PCCM): Porcentaje mujeres contactadas respecto a la población elegible para mamografía.

Numerador: mujeres captadas

Evaluación de Resultados en Salud Pública

Denominador: Mujeres de la población elegible

Fuente de Información: Programa Detección Precoz del Cáncer de Mama en Andalucía (Servicios centrales SAS).

VII.2. Porcentaje de mujeres de 20 a 60 años que se realizan citología cérvix:

Numerador: mujeres 20 a 60 años con citología cérvix realizada x 100.

Denominador: población mujeres 20 a 60 años

Fuente de Información: Registro de Demanda de Procedimientos Diagnósticos.

VII.3. Porcentaje de pacientes con síntomas prostáticos valorados mediante IPSS:

Numerador: Número de pacientes con valoración inicial mediante IPSS (*International Prostatic Symptom Score* / Escala de Puntuación Internacional de Síntomas Prostáticos) x 100.

Denominador: Número de pacientes con síntomas prostáticos incluidos en Proceso Asistencial Cáncer de Próstata.

Fuente de Información: DIRAYA, Sistema Explotación Mediante Indicadores (SEMI).

Desagregación:

Grupos de edad y sexo. Andalucía y provincias.

VIII. Impacto de la prevención primaria:

En este grupo se incluyen indicadores sobre los determinantes de salud, excepto los relacionados con el sistema sanitario, seleccionados por su asociación con el riesgo de padecer cáncer y la posibilidad de ser influidos por intervenciones de promoción de la salud.

Fuentes de información:

Para los indicadores relativos a factores biológicos, estilos de vida y factores de riesgo medioambientales y ocupacionales se dispone de 3 fuentes de información:

a) Encuesta Andaluza de Salud:

La Encuesta Andaluza de Salud de la Dirección General de Salud Pública de la Junta de Andalucía se edita cada cuatro años (1999 y 2003). La población objeto de estudio está constituida por las personas residentes, no institucionalizadas, en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Estudia dos muestras, una de adultos y otra de menores de 16 años.

Vigilancia del Cáncer en Andalucía

Entre otros aspectos o dimensiones de la salud recoge información, desagregada por sexo, edad y hábitat con representatividad provincial, sobre características sociodemográficas y tipo y distribución de hábitos de vida relacionados con la salud.

b) Panel de consumo alimentario:

La Dirección General de Industria Agroalimentaria y Alimentación del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación (MAPA), publica datos sobre consumo alimentario en hogares y en establecimientos de restauración comercial y social en España, basado en encuestas efectuadas entre los consumidores y los responsables de compras de dichos establecimientos. La base de datos puede consultarse en la página web del MAPA y ofrece datos, desde 1987, sobre consumo mensual de los distintos alimentos desagregados por comunidad autónoma para el periodo que se seleccione.

c) Consejería de Medio Ambiente:

La Consejería de Medio Ambiente realiza mediciones horarias de niveles de contaminantes en la atmósfera en 69 cabinas con equipos automáticos de medida en las ocho provincias andaluzas, pero con desigual distribución: capitales de provincia, grandes aglomeraciones urbanas o poblaciones con alguna industria potencialmente contaminante y en lugares con especial incidencia de la contaminación industrial.

La Consejería de Medio Ambiente puede facilitar cada año datos sobre concentración atmosférica de partículas menores de 10 micras (PM10) del año desagregados por días y horas para cada estación o cabina de medición, desde el 1 de enero de 1998.

Estilos de vida:

Construcción de los Indicadores:

Hábitos nutricionales:

El consumo de frutas y verduras frescas es el mayor factor protector dietético, sobre todo para los cánceres relacionados con el tabaco. Es un buen indicador de dieta saludable.

VIII.1. Porcentaje de población de 10 a 14 años que consume frutas o verduras un mínimo de 5 veces por semana:

Numerador: Número de personas, de 10 a 14 años, que consume frutas o verduras un mínimo de 5 veces por semana x 100.

Denominador: Total de población encuestada entre 10 y 14 años.

Fuente de Información: Encuesta Andaluza de Salud – Muestra menores.

VIII.2. Consumo de fruta fresca, excluidos zumos, per capita:

Numerador: Kg. de frutas frescas consumidas en el año a estudio

Denominador: población del año.

Evaluación de Resultados en Salud Pública

Multiplicado por 2,7397 (Factor de conversión Kg./ año a gr./ día)
Fuente de Información: panel de consumo alimentario (MAPA)

VIII.3. Consumo de hortalizas y verduras per capita:

Numerador: Kg. de hortalizas y verduras consumidas en el año a estudio.
Denominador: población del año.

Multiplicado por 2,7397 (Factor de conversión Kg./ año a gr./ día)
Fuente de Información: panel de consumo alimentario (MAPA)

VIII.4. Consumo de carnes rojas per capita:

Numerador: Kg. de carnes rojas consumidas en el año a estudio.
Denominador: población del año.

Multiplicado por 2,7397 (Factor de conversión Kg./ año a gr./ día)
Fuente de Información: panel de consumo alimentario (MAPA).

Obesidad:

La obesidad se ha asociado con un incremento del riesgo de padecer diversos tipos de cáncer como los de mama, colon, endometrio, riñón, esófago.

VIII.5. Distribución de categorías de IMC en la población mayor de 15 años:

Categorías: IMC < 25 Kg./ m² (Normal), IMC = 25 a 30 Kg./ m² (sobrepeso), IMC > 30 Kg./ m² (obesidad)

Numerador: Número de personas mayores de 15 años en cada categoría de IMC x 100.
Denominador: Total de población encuestada mayor de 15 años.
Fuente de Información: Encuesta Andaluza de Salud – Muestra adultos.

Consumo de alcohol:

El consumo de alcohol es un importante determinante para los cánceres de hígado, cabeza y cuello, esófago y probablemente, mama.

VIII.6. Consumo total de alcohol per capita:

Numerador: Litros de bebidas alcohólicas consumidas en el año a estudio
Denominador: población adulta del año

El cálculo puede realizarse en gramos o mililitros de alcohol puro, ya que los datos vienen desagregados por cantidad y tipo de bebida alcohólica.

Fuente de Información: panel de consumo alimentario (MAPA).

VIII.7. Consumo de gramos de alcohol puro por persona-año:

La Encuesta Andaluza de Salud proporciona información sobre la frecuencia (diaria, semanal, mensual o anual) de consumo de cada tipo de bebida alcohólica por lo que

Vigilancia del Cáncer en Andalucía

podemos convertir estos datos en unidades de alcohol consumidas al año (una unidad =10 gramos alcohol puro) utilizando la tabla de equivalencias que se presenta en el **Anexo 4**.

Numerador: Gramos de alcohol puro consumidos.

Denominador: población adulta del año.

Fuente de Información: Encuesta Andaluza de Salud – Muestra adultos.

VIII.8. Distribución del consumo de alcohol en población:

Categorías: No consume alcohol, consume menos de una vez al mes, ha consumido en las últimas 2 semanas.

Numerador: Número de personas en cada categoría x 100.

Denominador: Total de población encuestada.

Fuente de Información: Encuesta Andaluza de Salud – Muestra adultos.

Consumo de tabaco:

El consumo de tabaco está asociado a los cánceres de pulmón, laringe, cavidad oral, esófago, estómago y probablemente cérvix uterino.

VIII.9. Distribución del consumo de cigarrillos en la población mayor de 15 años:

Categorías: fumador diario, fumador no a diario, exfumador, nunca ha fumado.

Numerador: Número de personas en cada categoría x 100.

Denominador: Total de población encuestada.

Fuente de Información: Encuesta Andaluza de Salud – Muestra adultos.

Ejercicio físico:

Debido a que el cáncer de colon está relacionado con el sedentarismo, la actividad física puede ser considerado como factor protector para el cáncer de colon. Diversos estudios han sugerido que la actividad física en la madurez tendría un efecto protector sobre otros tipos de cáncer como mama o pulmón, sin embargo las evidencias no son tan fuertes como en el caso del cáncer de colon.

VIII.10. Porcentaje de población mayor de 15 años que realiza ejercicio regularmente o varias veces a la semana en su tiempo libre:

Numerador: Número de personas que realizan actividad física regular o entrenamiento varias veces a la semana x 100.

Denominador: Total de población encuestada.

Fuente de Información: Encuesta Andaluza de Salud – Muestra adultos.

Evaluación de Resultados en Salud Pública

VIII.11. Porcentaje de población mayor de 15 años que no realiza ejercicio o lo realiza ocasionalmente en su tiempo libre:

Numerador: Número de personas que no realizan ejercicio o lo realizan de forma ocasional x 100.

Denominador: Total de población encuestada.

Fuente de Información: Encuesta Andaluza de Salud – Muestra adultos.

Factores medioambientales y ocupacionales:

VIII.12. Porcentaje de población urbana expuesta a concentraciones de PM10 por encima del valor límite (50 mg/ m³, media 24 h) durante 35 o más días:

La concentración de PM10 (partículas inhalables de menos de 10 mm de diámetro) se ha relacionado principalmente con efectos a corto plazo sobre la salud, pero puede considerarse también un indicador global del grado de contaminación del aire.

Se seleccionaran aquellas cabinas de medición con un número de datos validos superior al 75%. Se excluirán aquellas estaciones de medición en zonas industriales o colindantes a grandes vías de tráfico.

Para cada cabina de medición se calculará la media aritmética de los valores en 24 horas, obteniendo un único valor diario para cada estación.

Cuando en alguna estación no se disponga de valores para algunos días se estimarán estos a partir de los valores medios del resto de estaciones en la misma ciudad. Si en una misma ciudad, en un día, no se dispone de valores para ninguna de las estaciones se estimarán mediante la media de los valores del día anterior y del día posterior. Se considerará como población urbana aquella residiendo en ciudades con más de 100.000 habitantes: Almería, Jerez de la Frontera, Cádiz, Algeciras, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén, Málaga, Marbella, Sevilla y Dos Hermanas (Según la revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2005 (IEA).

Numerador: población urbana expuesta a concentraciones de PM10 por encima del valor límite (50mg/ m³, media 24 h) durante 35 o más días x 100.

Denominador: total población urbana.

Fuente de Información: Consejería de Medio Ambiente.

VIII.13. Patrón geográfico y temporal de la incidencia de mesoteliomas:

Los casos de mesotelioma pleural diagnosticados actualmente son un indicador de las exposiciones al asbesto, la mayoría ocupacionales, ocurridas hace 30 o más años.

Definición de caso: cánceres con localización C45.0 (CIE-10).

Numerador: Número de casos nuevos de mesotelioma en el año en la población de referencia x 100.000.

Vigilancia del Cáncer en Andalucía

Denominador: población a 1 de enero del año.

Fuente de Información: Registro de Cáncer de Población y CMBDA.

VIII.14. Patrón geográfico y temporal de la mortalidad por mesotelioma:

Definición de caso: causa básica de la defunción C45.0 (CIE-10).

Numerador: Defunciones por mesotelioma pleural en el año x100.000.

Denominador: Población a 1 de enero del año.

Fuente de Información: Registro de Mortalidad.

Debido al cambio de Clasificaciones para la codificación de las causas de muerte, de CIE-9 a CIE-10 en 1998, existen dificultades para la interpretación de las tendencias de la mortalidad, ya que en la CIE-10, la categoría C45 incluye los mesoteliomas de pleura, peritoneo, pericárdico y túnica vaginal del testículo, mientras que en la CIE-9 las categorías corresponden a localizaciones anatómicas (pleura, peritoneo...) y no tienen una correspondencia exacta en la CIE-10. En el **Anexo 3** se presenta la tabla de conversión.

Para las tendencias de la incidencia no existe ese problema por utilizarse conjuntamente códigos morfológicos y topográficos.

Desagregación:

Grupos de edad y sexo. Andalucía y provincias. Nivel de educación para aquellos indicadores cuya fuente de información es la Encuesta Andaluza de Salud.

IX. Impacto de la prevención secundaria:

IX.1. Proporción de casos clasificados como "localizados" en el momento del diagnóstico (Mama, colorrectal, cérvix, piel, pulmón, vejiga, laringe y próstata):

Definición de caso: ver criterios de inclusión y exclusión para cada localización anatómica en las tablas resumen indicadores en el punto 6, tablas 6.2 (cáncer de mama), 6.3 (cáncer colorrectal), 6.4 (cáncer de cérvix), 6.5 (cáncer de piel), 6.6 (cáncer de pulmón), 6.7 (cáncer de vejiga), 6.8 (cáncer de laringe) y 6.9 (cáncer de próstata).

Numerador: Pacientes con cáncer clasificados como localizados (para cada localización anatómica) diagnosticados en el periodo x100.

Denominador: Total pacientes con cáncer (todos estadios + desconocidos + no disponibles) para cada localización anatómica.

Fuente de Información: Registros de Anatomía Patológica centralizados en base de datos de la aplicación SIRCA (Sistema de Información Registro de Cáncer de Andalucía). Registros de Cáncer de Población.

Desagregación: Grupos de edad y sexo. Andalucía y provincias.

X. Accesibilidad a servicios asistenciales:

X.1. Análisis de la supervivencia: *(Provincias con Registros de Cáncer de población)*

Fuente de información:

Registros de Cáncer de Población, Registro de Cáncer de Granada (RCG).

Para la estimación de la supervivencia se considerará como punto de inicio del seguimiento de cada paciente la fecha de incidencia recogida en el RCG y como punto final de seguimiento la fecha de defunción o la fecha de 31/12 del año en estudio o la fecha de cierre del estudio en la que se considerará el estado vital (vivo/ muerto) de cada uno de los casos.

Para estimar la supervivencia esperada se utilizarán las tablas de vida construidas a partir de los datos del Registro de Mortalidad de Andalucía.

Definición de caso:

Se excluirán para el análisis los casos registrados cuya única fuente de información sea un certificado de defunción (SCD).

Construcción de indicadores:

X.1.1. Tasa de supervivencia observada de cáncer (a 1, 3 y 5 años):

Refleja la supervivencia global del grupo a estudio, en este caso personas registradas con diagnóstico de cáncer. La estimación de la supervivencia observada considera todas las muertes habidas, en el periodo de seguimiento (1, 3 y 5 años) sea cual sea la causa de defunción.

Para ello se utiliza el método de Kaplan-Meier que estima de manera acumulada la probabilidad de sobrevivir basándose en los casos que fallecen y los que están a riesgo en cada momento temporal.

X.1.2. Tasa de supervivencia relativa (SR) de cáncer (a 1, 3 y 5 años):

La supervivencia relativa se define como la razón de la supervivencia observada en una cohorte y la supervivencia esperada para el mismo periodo, en un grupo de personas en la población general con la misma distribución de sexo, edad y lugar de residencia. La supervivencia relativa se puede interpretar como una estimación de la proporción de pacientes que sobreviven, después de corregir por la mortalidad general.

Se calcula, con el método de Hakulinen y los resultados se expresan como porcentaje de pacientes vivos a 1, 3 y 5 años tras el diagnóstico.

Vigilancia del Cáncer en Andalucía

La SR se interpreta como la proporción de pacientes vivos después de 1, 3 y 5 años de seguimiento, en la situación hipotética de que el cáncer fuera la única causa posible de mortalidad. Da una medida del exceso de mortalidad experimentado por los pacientes diagnosticados de cáncer.

X.2. Cobertura de Cuidados Paliativos:

X.2.1. Evolución de población de pacientes en fase terminal atendida por Servicios de Cuidados Paliativos:

Criterios de inclusión: pacientes incluidos en el Proceso Asistencial de Cuidados Paliativos (PACP) con diagnóstico de cáncer (códigos diagnósticos CIE-9-MC del 140 al 208).

Para la estimación de la prevalencia de enfermos en fase terminal, basándose en estudios previos, se asume que el 89% de los pacientes que fallecen por cáncer han pasado por una fase de enfermedad terminal, cuya mediana de duración es de 3,2 meses (0,26 años) (McCusker, 1984; Martínez et al., 2000).

Numerador: Número de pacientes incluidos en el PACP x100.

Denominador: Pacientes susceptibles de recibir cuidados paliativos, , que equivaldría al número de casos prevalentes en fase terminal, estimados mediante la fórmula siguiente: Número defunciones por cáncer en la población x 0,89 x 0,26

Fuente de Información: Procesos Asistenciales. Sistema Explotación Mediante Indicadores (SEMI).

Fuentes de Información:

DIRAYA, indicadores para el seguimiento de las normas de calidad del Proceso Asistencial de Cuidados Paliativos (PACP).
Registro de Mortalidad de Andalucía.

Desagregación:

Grupos de edad y sexo. Andalucía y provincias.

Evaluación de Resultados en Salud Pública

XI. Adecuación de la atención sanitaria relacionada con resultados de Salud Pública:

XI.1. Demora diagnóstica y terapéutica:

XI.1.1. Proporción de pacientes con demora entre primer contacto en Atención Primaria y realización de un diagnóstico inferior a 30 días:

Para aquellos procesos oncológicos incluidos en el Decreto 96/2004, de 9 de marzo, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos en el SSPA (BOJA nº 62 de 30 de marzo de 2004): Cáncer de mama, cérvix, próstata, colorrectal, piel, laringe.

Numerador: Número de pacientes diagnosticados en los 30 días siguientes a su inclusión en el proceso asistencial.

Denominador: Número total de pacientes diagnosticados

Fuente de Información: Registro de Procesos Asistenciales del SSPA (RPA).

Desagregación: por localización anatómica del cáncer. Andalucía, provincia y Distrito Sanitario.

XI.1.2. Proporción pacientes con demora entre diagnóstico de cáncer y tratamiento quirúrgico inferior a N días (Mama, colorrectal, cérvix, pulmón, próstata, vejiga, laringe):

Numerador: pacientes con tratamiento quirúrgico inferior a N días (para cada diagnóstico, bajas en el RDQ por intervención quirúrgica realizada y menos de N días entre fecha de alta y fecha de baja en el RDQ).

El número de días (N) varía según la localización anatómica, de acuerdo con los distintos Procesos Asistenciales: 15 días en el cáncer de mama, 40 días en el cáncer de pulmón y 30 días para el resto de localizaciones.

Denominador: total pacientes con tratamiento quirúrgico (para cada diagnóstico, total bajas en el RDQ por intervención quirúrgica realizada).

Fuente de Información: Registro de Demanda Quirúrgica (RDQ) del SSPA. Desde el año 2002 monitoriza las indicaciones de cirugía programada incluidas en el Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el SSPA (BOJA nº 114 de 2 de octubre 2001)

Vigilancia del Cáncer en Andalucía

XI.2. Adecuación de la atención a la mejor práctica clínica relacionada con resultados de Salud Pública:

XI.2.1. Porcentaje de mujeres a las que se realiza tratamiento quirúrgico radical que incluya reconstrucción inmediata:

Numerador: Número de mujeres a las que se realiza mastectomía y reconstrucción plástica o inserción de expansores en la misma fecha en el periodo x 100.

Denominador: Número de mujeres a las que se realiza mastectomía en el periodo.

Fuente de Información: Registro de Demanda Quirúrgica del SSPA (RDQ).

XI.2.2. Porcentaje casos con cáncer de colon Dukes C que reciben quimioterapia coadyuvante:

Numerador: Número de pacientes con cáncer de colon Dukes C tratados con quimioterapia x 100.

Denominador: Total pacientes con cáncer de colon Dukes C.

Fuente de Información: CMBDA.

XI.2.3. Colposcopia en mujeres diagnosticadas de SIL de alto grado (CIN 2 y CIN3):

Numerador: Número mujeres con SIL de alto grado y colposcopia de confirmación en el periodo x100.

Denominador: Número total de mujeres con diagnóstico citológico de SIL de alto grado en el periodo.

Fuente de Información: DIRAYA

XI.2.4. Porcentaje de mujeres diagnosticadas de cáncer de cérvix FIGO Ia2 y Ib tratadas con histerectomía con linfadenectomía pélvica:

Numerador: Número de mujeres con cáncer de cérvix FIGO Ia2 y Ib tratadas con histerectomía con linfadenectomía pélvica (tipo Werthein-Meigs) en el periodo x100.

Denominador: Número de mujeres con cáncer de cérvix FIGO Ia2 y Ib.

Fuente de Información: CMBD, Informe AP en HC.

XI.2.5. Proporción de pacientes en cuidados paliativos con opiáceos:

Criterios inclusión: pacientes incluidos en el Proceso Asistencial Cuidados Paliativos con códigos diagnósticos CIE-9-MC del 140 al 208.

Numerador: Número de pacientes distintos incluidos en el PACP con indicación de opiáceos.

Denominador: Número de pacientes distintos incluidos en el PACP.

Fuente de Información: DIRAYA, indicadores para el seguimiento de las normas de calidad de Procesos Asistenciales. Sistema Explotación Mediante Indicadores (SEMI).

Desagregación:

Grupos de edad y sexo. Andalucía y provincias.

6. TABLAS RESUMEN INDICADORES:

6.1. Todos los cánceres

Dimensión	Indicador	Agregación temporal y geográfica	Criterios e inclusión y exclusión	Relación de variables para medir el indicador	Construcción del indicador	Fuentes para medir el indicador
II. Magnitud del problema: Mortalidad por cáncer	1.1 Tasa bruta de mortalidad por cáncer.	Un quinquenio con actualización anual. Andalucía, provincia; y distrito sanitario (DS).	CIE-10: C00 a C97	Defunciones por cáncer: total, por grupos de edad y sexo. Población a riesgo: total, por grupos de edad y sexo. + Población estándar mundial y europea	Nº defunciones por cáncer en cada grupo de edad en el período x 100.000 / población de cada grupo de edad período	Registro Mortalidad. Estimaciones de población a 1 de enero (IEA)
	1.2 Tasa de mortalidad cáncer específica por grupo de edad.					
	1.3 Tasa estandarizada por edad de mortalidad por cáncer.					
	1.4 Tasa truncada (35-64 años) estandarizada mortalidad por cáncer					
	1.5 Tasa estandarizada de APVP por cáncer (1 a 70 años).					
II. Magnitud del problema: Mortalidad prematura			Defunciones por cáncer por grupos de edad y sexo. Población a riesgo por grupos de edad y sexo.	Ver método. Ver método. Ver método.		
III. Magnitud del problema: Incidencia media anual	1.6 Tasa bruta incidencia de cáncer.	Quinquenio con actualización anual. Únicamente provincias con Registro de Cáncer de Población.	Códigos CIE-10: C00 a C97	Casos nuevos de cáncer, total y por grupo de edad y sexo.	Nº de casos nuevos de cáncer x 100.000 / población a riesgo /año	Registro de Cáncer de Población de Andalucía
	1.7 Tasa estandarizada incidencia de cáncer.					
	1.8 Tasa de incidencia acumulativa de 0 a 74 años.					
III. Magnitud del problema: Estimación de la incidencia media anual:	1.9 Tasa bruta incidencia estimada de cáncer.	Anual y actualización cada 5 años. Andalucía y provincia.	Códigos de localización C00.0 a C80.9 de la CIE-O 3ª ed.)	Casos nuevos de cáncer, total y por grupo de edad y sexo. Población a riesgo(total, por grupos de edad y sexo)	Ver método Ver método	Registros de Cáncer de España. Registro mortalidad-IEA. EUROCARE
	1.10 Tasa estandarizada incidencia estimada de cáncer.					

Vigilancia del Cáncer en Andalucía

Dimensión	Indicador	Agregación temporal y geográfica	Criterios e inclusión y exclusión	Relación de variables para medir el indicador	Construcción del indicador	Fuentes para medir el indicador
IV. Magnitud del problema: Prevalencia de cáncer	1.1 Tasa de prevalencia de cáncer a 1, 3 y 5 años Se expresa como número de sujetos prevalentes por cada 100.000 habitantes	Anual Andalucía, Provincias.	CIE-9-MC del 140.0 al 208.9; 238.6 En cualquier posición diagnóstica (C1 a C10)	Nº de altas hospitalarias por cáncer Nº total de altas hospitalarias Días estancia por cáncer Días estancia todas causas Días estancias por cáncer / Total altas por cáncer	Para la estimación de la prevalencia se utiliza el método MIAMOD, que estima la prevalencia a partir de la incidencia estimada y de la supervivencia relativa en otras áreas de referencia (media de los registros de cáncer de población españoles)	Registro de mortalidad en el área correspondiente y Supervivencia relativa en áreas de referencia EUROCARE
	V. Magnitud del problema: Demanda asistencial (Morbilidad hospitalaria)	1.11 Porcentaje de altas por cáncer. 1.13 Porcentaje de estancias hospitalarias por cáncer. 1.14 Estancia media hospitalaria por cáncer.	Anual Andalucía, provincias.	Nº de altas hospitalarias por cáncer Nº total de altas hospitalarias Días estancia por cáncer Días estancia todas causas Días estancias por cáncer / Total altas por cáncer	Nº de altas por cáncer x 100 / Nº total de altas Días estancia por cáncer x 100 / Días estancia todas causas Días estancias por cáncer / Total altas por cáncer	CMBDA
VI. Tendencia: Tendencias mortalidad de cáncer	1.15 Porcentaje Cambio Anual (PCA) mortalidad del cáncer.	Periodo mínimo de 5 años, con actualización anual. Andalucía, provincias y DS.	Códigos CIE-10: C00 a C97 Códigos de localización C00.0 a C80.9 (CIE-O 3ª ed.)	Tasas estandarizadas (europea) mortalidad x 100.000 hab. /año, según grupos edad y sexo. Tasas estandarizadas incidencia (población estándar europea) x 100.000 hab. /año, según grupos edad y sexo.	Joinpoint regression analysis	Registro mortalidad-IEA.
	VI. Tendencia: Tendencias de la incidencia por cáncer	1.16 PCA incidencia por cáncer.	Andalucía, provincias y DS.	Códigos de localización C00.0 a C80.9 (CIE-O 3ª ed.)	Tasas estandarizadas incidencia (población estándar europea) x 100.000 hab. /año, según grupos edad y sexo.	Joinpoint regression analysis
VIII. Impacto prevención primaria: Nutrición	1.17 Evolución del porcentaje de población de 10 a 14 años que consume frutas o verduras un mínimo de 5 veces por semana.	Periodicidad de EAS. Andalucía y provincias.		Nº personas 10 a 15 años que consume frutas o verduras un mínimo de 5 veces por semana. Población encuestada	Nº personas 10 a 15 años que consume frutas o verduras un mínimo de 5 veces por semana x 100/ población encuestada	Encuesta Andalucía de Salud (EAS). Muestra menores.
	1.18 Evolución del consumo fruta fresca, excluidos zumos, per capita.	Anual. Andalucía.		Kg producto consumidos en el periodo Población periodo.	Kg producto consumido / habitante/año	Panel de Consumo alimentario Ministerio Agricultura, Pesca y Alimentación
	1.19 Evolución del consumo hortalizas y verduras per capita. 1.20 Evolución del consumo de carnes rojas per capita.	Anual. Andalucía.		Kg producto consumidos en el periodo Población periodo.	Kg producto consumido / habitante/año	Panel de Consumo alimentario Ministerio Agricultura, Pesca y Alimentación

Evaluación de Resultados en Salud Pública

Dimensión	Indicador	Agregación temporal y geográfica	Criterios e inclusión y exclusión	Relación de variables para medir el indicador	Construcción del indicador	Fuentes para medir el indicador
VIII. Impacto prevención primaria: Índice Masa Corporal	1.21 Evolución de la distribución de categorías de IMC en la población mayor de 15 años.	Periodicidad de la EAS. Andalucía y provincias.		Nº personas con IMC < 25 Kg/ m2 (Normal) Nº personas con IMC = 25 a 30 Kg/ m2 (sobrepeso) Nº personas con IMC > 30 Kg/ m2 (obesidad) Población encuestada	Nº personas en cada categoría de IMC x 100/ población encuestada	Encuesta Andalucía de Salud (EAS)- Encuesta Nacional de Salud (ENS)
	1.22 Consumo total de alcohol per capita.	Anual. Andalucía.		Litros de bebidas alcohólicas consumidos en el periodo Población adulta del año Ver método	Litros de bebidas alcohólicas consumidos/ habitante/ año Ver método	Panel de Consumo alimentario. MAPA
	1.23 Consumo gramos de alcohol por persona año. 1.24 Distribución consumo de alcohol en población.	Periodicidad de la Encuesta Andalucía de Salud. Andalucía y provincias.		Nº personas no consumen alcohol Nº personas consumen alcohol menos 1 vez al mes Nº personas consumido alcohol en las últimas 2 semanas Nº personas que fuman a diario Nº personas que fuman no a diario Nº personas ex fumadoras Nº personas no han fumado nunca Población encuestada	Nº personas en cada categoría x 100 / población encuestada	EAS Muestra adultos Encuesta Nacional de Salud (ENS)
VIII. Impacto prevención primaria: Ejercicio físico	1.26 Porcentaje de población mayor de 15 años que realiza ejercicio regularmente o varias veces a la semana en su tiempo libre.			Nº personas con actividad física regular + Nº personas entrenamiento varias veces semana x100 / población encuestada	Nº personas con actividad física regular + Nº personas entrenamiento varias veces semana x100 / población encuestada	
	1.27 Porcentaje de población mayor de 15 años que no realiza ejercicio o lo realiza ocasionalmente en su tiempo libre.			Nº personas que no hacen ejercicio + Nº personas ejercicio ocasional	Nº personas que no hacen ejercicio + Nº personas ejercicio ocasional x 100 / población encuestada	

Vigilancia del Cáncer en Andalucía

Dimensión	Indicador	Agregación temporal y geográfica	Criterios e inclusión y exclusión	Relación de variables para medir el indicador	Construcción del indicador	Fuentes para medir el indicador
VIII. Impacto preventivo primario: Factores medioambientales y laborales	1.28 Porcentaje población urbana expuesta [PM10] por encima del valor límite durante >35 días.	Annual Andalucía, provincias.	Población urbana con estación de medición	Población urbana expuesta mas de 35 días año a mas de 50 g/ m3 (media 24 h) Total población urbana	Población urbana expuesta mas de 35 días año a mas de 50 g/ m3 media 24 h x100 / Total población urbana	Consejería Medio Ambiente
	1.29 Patrón geográfico y temporal de la incidencia de mesoteliomas pleurales.		CIE10= 45.0	Nº de casos nuevos de mesotelioma pleural Población periodo	Nº de casos nuevos de mesotelioma pleural x 100.000 / Población periodo	Registros de Cáncer de Población. CMBDA
	1.30 Patrón geográfico y temporal de la mortalidad por mesoteliomas pleurales.		CIE10= 45.0	Defunciones por mesotelioma pleural periodo. Población periodo	Nº defunciones por mesotelioma pleural periodo x 100.000 / población periodo	Registro mortalidad IEA
IX. Impacto preventivo secundario: Estadio al diagnóstico	1.31 Proporción de casos clasificados como "localizados" en el momento del diagnóstico (Mama, colorrectal, cérvix, piel, pulmón, vejiga, laringe, próstata).	Ver tablas para cada localización anatómica: tabla 6.2 (cáncer de mama), 6.3 (cáncer colorrectal), 6.4 (cáncer de cérvix), 6.5 (cáncer de piel), 6.6 (cáncer de pulmón), 6.7 (cáncer de vejiga), 6.8 (cáncer de laringe) y 6.9 (cáncer de próstata).				
	X. Accesibilidad a servicios asistenciales: Supervivencia	1.32 Tasa de supervivencia observada (a 1, 3 y 5 años). 1.33 Tasa de supervivencia relativa (a 1, 3 y 5 años). 1.34 Tasa de supervivencia relativa estandarizada por edad.	Códigos CIE-10 = C00 a C97 Excluye casos registrados únicamente con certificado defunción(SCD)	Fecha incidencia cáncer Fecha último contacto y estado vital Tabla de vida de población referencia	Ver método.	Registros de cáncer de población de Andalucía. Registro mortalidad-IEA.
X. Accesibilidad a servicios asistenciales: Cobertura servicios paliativos	1.35 Evolución de población pacientes en fase terminal cubierta por Servicios Paliativos.	Annual. Andalucía, provincias y DS	Pacientes incluidos en el Proceso Asistencial Cuidados Paliativos (PACCP) con códigos diagnósticos CIE-9-MC del 140 al 208.	Censo anual de pacientes con cuidados paliativos (Nº enfermos atendidos) Prevalencia estimada de pacientes en fase terminal susceptibles de recibir cuidados paliativos: Nº defunciones por cáncer en la población x 0,89 x 0,26 (Ver método)	Pacientes incluidos en cuidados paliativos x 100/ Pacientes susceptibles de recibir cuidados paliativos	DIRAYA- Procesos Asistenciales Integrados Registro mortalidad IEA

Evaluación de Resultados en Salud Pública

Dimensión	Indicador	Agregación temporal y geográfica	Criterios e inclusión y exclusión	Relación de variables para medir el indicador	Construcción del indicador	Fuentes para medir el indicador
XI. Adecuación de la atención sanitaria relacionada con resultados de Salud Pública: Demora diagnóstica	1.36 Proporción de pacientes con demora entre primer contacto en Atención Primaria y realización de un diagnóstico inferior a 30 días. (Cáncer de mama, cérvix, próstata, colorrectal, piel, laringe).	Anual. Andalucía. Provincia D.S.	Procesos asistenciales incluidos en decreto de garantía: Cérvix, mama, próstata, colorrectal, piel, laringe.	Nº de pacientes que causan baja en el Registro PA por resolución Asistencial con menos de 30 días en el registro. Nº total de pacientes en el Registro PA (incluidos con >30 días, fallecimiento o baja voluntaria)	Pacientes que causan baja en el Registro PA por resolución Asistencial con menos de 30 días en el registro x 100 / Total pacientes en el Registro PA	Sistema de Información Decreto de Garantías de Primeras Consultas y Procesos Asistenciales del SSPA
XI. Adecuación de la atención sanitaria relacionada con resultados de Salud Pública: Demora terapéutica	1.37 Proporción pacientes con demora entre diagnóstico de cáncer y tratamiento quirúrgico inferior a N días. (Mama, colorrectal, cérvix, pulmón, próstata, vejiga, laringe).	Anual. Andalucía, provincia y DS.	Procesos incluidos en decreto de garantía de plazo de respuesta quirúrgica (Mama, colorrectal, cérvix, pulmón, próstata, vejiga, laringe)	Nº pacientes con tratamiento quirúrgico inferior a N días/bajas en el RDQ por intervención quirúrgica realizada y menos de N días entre fecha de alta y fecha de baja en el RDQ, N = Ver método)	Nº pacientes con tratamiento quirúrgico inferior a N días x100 / Nº pacientes con tratamiento quirúrgico	Registro de Demanda Quirúrgica (AGD) del SSPA.
XI. Adecuación de la atención sanitaria relacionada con resultados de Salud Pública:	1.38 Proporción de pacientes en cuidados paliativos con opiáceos.	Anual, 2-4 años Andalucía, provincia, DS.	Pacientes incluidos en el Proceso Asistencial Cuidados Paliativos (PACCP) con códigos diagnósticos CIE-9-MC del 140 al 208.	Nº de pacientes distintos incluidos en el PACCP con indicación de opiáceos Nº de pacientes distintos incluidos en el PACCP.	Nº de pacientes distintos incluidos en el PACCP con indicación de opiáceos x 100 / Nº de pacientes distintos incluidos en el PACCP.	DIRAVA Indicadores de Procesos Asistenciales

Vigilancia del Cáncer en Andalucía

6.2. Cáncer de mama en mujeres:

Dimensión	Indicador	Agregación temporal y geográfica	Criterios e inclusión y exclusión	Relación de variables para medir el indicador	Construcción del indicador	Fuentes para medir el indicador
Magnitud del problema: Mortalidad por cáncer de mama	2.1. Tasas bruta de mortalidad por cáncer de mama.	Un quinquenio con actualización anual. Andalucía, provincia y DS.	Sexo femenino CIE-10=C50 CIE-9=174.*	Defunciones por cáncer de mama (total y por grupos de edad). Población a riesgo (total y por grupos de edad). Población estándar mundial y europea.	Nº defunciones por C. Mama periodo x 100.000 / población periodo Ver metodología	Registro Mortalidad. Estimaciones de población a 1 de enero (IEA)
	2.2. Tasas estandarizadas de mortalidad por cáncer de mama.					
	2.3. Tasa truncada (35 - 64 años) estandarizada mortalidad por cáncer de mama.					
	2.4. Porcentaje APVP por cáncer de mama.					
Magnitud del problema: Mortalidad pre-matura por cáncer de mama				APVP cáncer de mama x APVP todos los cánceres		
Magnitud del problema: Evolución de la incidencia de cáncer de mama	2.5. Tasa estandarizada incidencia estimada de cáncer de mama.	Anual y actualización cada 5 años. Andalucía y provincia.		Incidencia de los registros de Cáncer de Población. Mortalidad por cáncer de mama en Andalucía y provincias	Ver método	Registros de Cáncer de Población de España. Registro mortalidad-IEA.
Tendencia: Tendencia mortalidad por cáncer de mama	2.6. Porcentaje Cambio Anual (PCA mortalidad del cáncer.	Periodo mínimo de 5 años, con actualización anual. Andalucía, Provincia y DS.		Tasas estandarizadas (europea mortalidad cáncer de mama x 100.000 hab./año, según grupos edad y sexo.	Joinpoint regression analysis	Registros de Cáncer de Población. Registro mortalidad-IEA.
Tendencia: Tendencia incidencia de cáncer de mama	2.7. PCA incidencia por cáncer de mama en los últimos 10 años.			Tasa estandarizada incidencia por cáncer de mama/(población estándar europea) x 100.000 hab./año	Joinpoint regression analysis	

Evaluación de Resultados en Salud Pública

Dimensión	Indicador	Agregación temporal y geográfica	Criterios e inclusión y exclusión	Relación de variables para medir el indicador	Construcción del indicador	Fuentes para medir el indicador
Accesibilidad a servicios preventivos Cobertura de cribado cáncer de mama	2.8. Tasa de captación: Porcentaje de mujeres con las que se ha contactado respecto a la población elegible para mamografía.	Anual. Andalucía, provincia y DS	Mujeres captadas: 1. Mujeres a las que se realiza el estudio mamográfico de cribado 2. Mujeres a las que se cumplimenta la anamnesis pero no se realiza mamografía por tener una reciente, no la aportan o se niegan a la repetición. 3.- mujeres con las que se ha contactado, no tienen cumplimentada la hoja de anamnesis pero si el motivo por el que no acuden. Población elegible: mujeres de la población diana a las que se ha ofrecido la realización de la exploración de cribado en el periodo evaluado (mujeres invitadas) Población diana: Mujeres de 50 a 65 años empadronadas (excepto fallecidas tras padron, diagnosticadas de cá. de mama previo, mastectomía bilateral o cambio de residencia.	Número de mujeres captadas Número de mujeres elegibles	Número de mujeres captadas x 100/ número de mujeres de la población elegible.	Aplicación DCM de las distintas unidades de cribado centralizada en Programa Detección del Cáncer de Mama. SAS Sistema de Información para la Gestión de Atención Primaria (SIGAP)

Vigilancia del Cáncer en Andalucía

Dimensión	Indicador	Agregación temporal y geográfica	Criterios e inclusión y exclusión	Relación de variables para medir el indicador	Construcción del indicador	Fuentes para medir el indicador
Impacto prevención secundaria: Diagnóstico precoz cáncer de mama	2.9. Proporción de mujeres con tumores "in situ" en relación con mujeres con tumores en resto de estadíos. (*)	Aual. Andalucía y provincia.	Incluye mujeres distintas con: Ca ductales o lobulillares, en cuya descripción A.P. especifica "in situ" o "no infiltrantes- Códigos CIE-9MC: 233.0 Carcinoma "in situ" de mama;174.* Neoplasia maligna de la mama. (Códigos morfológicos: M80112, M81402, M85002, M85032, M85202). Excluye como "in situ": Carcinomas ductales o lobulillares cuando acompañan a otro infiltrante y tumores de pacientes derivadas a oncología sin intervención (se consideran invasivos). Excluye: • Cáncer de mama en hombres. • Tumores no epiteliales de mama(linfoma, sarcoma, melanoma) • Tumores metastáticos en mama.	Nº de mujeres con cáncer de mama "in situ" Nº de mujeres con cáncer de mama en resto de estadíos	Mujeres con cáncer de mama "in situ" diagnosticados durante el período evaluado x 100 / total mujeres con tumores de mama ("in situ" + invasivos + desconocidos + no disponibles)	Registros de Anatomía Patológica. Registros de Cáncer de Población.
Accesibilidad a servicios asistenciales: Supervivencia cáncer de mama	2.10. Tasa de supervivencia observada (a 1, 3 y 5 años). 2.11. Tasa de supervivencia relativa (a 1, 3 y 5 años).	Trienio con actualización quinquenal. Provincias con Registro de Cáncer Población.	Mujeres, Código CIE-10 = C50. Excluye casos registrados únicamente con certificado defunción(SCD)	Fecha incidencia cáncer de mama Fecha último contacto y estado vital Tabla de vida de población referencia	Ver método	Registros de cáncer de población de Andalucía. Registro mortalidad-IEA.

(*) Según Manual de Evaluación de Procesos Asistenciales Integrados en Atención Especializada (MAPA I)

Evaluación de Resultados en Salud Pública

Dimensión	Indicador	Agregación temporal y geográfica	Criterios e inclusión y exclusión	Relación de variables para medir el indicador	Construcción del indicador	Fuentes para medir el indicador
Accesibilidad a servicios asistenciales: Demora tratamiento quirúrgico cáncer de mama	2.12. Proporción de mujeres con demora entre diagnóstico de cáncer de mama y tratamiento quirúrgico inferior a 15 días. (*)	Annual. Andalucía y provincia.	Inclusión: CIE9 = 174.* CIE-9-MC Procedimientos = 85.21 Escisión local lesión de mama 85.22 Resección de cuadrante mama 85.23 Mastectomía subtotal 85.33-36 Mastectomía subcutánea 85.4* Mastectomía	Pacientes intervenidas de cáncer de mama. Fecha de inclusión en RDQ (Fecha de confirmación diagnóstica). Fecha de baja (por intervención quirúrgica) en el RDQ	Mujeres con cáncer de mama y realización de primera técnica quirúrgica relacionada con este proceso en los primeros 15 días desde diagnóstico x 100 / Total de mujeres intervenidas de cáncer de mama en el mismo periodo	Registro de Demanda Quirúrgica. CMBDA
Adecuación de la atención sanitaria relacionada con resultados de Salud Pública	2.13. Proporción de mujeres a las que se realiza tratamiento quirúrgico radical que incluya reconstrucción inmediata. (*)	Annual Andalucía y provincia.	Incluye: Estadio 0, Estadio I y II, solo si no necesitan Radio ni Quimioterapia tras la cirugía CIE9MC Procedimientos = 85.7 : reconstrucción total de mama; 85.95 Inserción temporal de expansores. CIE9MC = 85.4* ; Mastectomía	Mujeres a las que se realiza mastectomía. Mujeres a las que se realiza reconstrucción Fecha de mastectomía Fecha de reconstrucción o inserción temporal de expansores.	Nº mujeres a las que se realiza mastectomía y reconstrucción o inserción de expansores en la misma fecha en el periodo x 100 / Nº total de mujeres a las que se realiza mastectomía en el periodo	Registro de Demanda Quirúrgica. CMBDA
	2.14. Porcentaje de Cirugía conservadora.		Cirugía conservadora: CIE-9-MC Procedimientos = 85.20 a 85.23	Nº de pacientes con cáncer de mama intervenidas con cirugía conservadora Nº de pacientes con cáncer de mama intervenidas con cirugía	Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama intervenidas con cirugía conservadora x 100 / Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama intervenidas con cirugía	Registro de Demanda Quirúrgica. CMBDA

(*) Según Manual de Evaluación de Procesos Asistenciales Integrados en Atención Especializada (MAPA I)

Vigilancia del Cáncer en Andalucía

6.3. Cáncer colorrectal:

Dimensión	Indicador	Agregación temporal y geográfica	Criterios e inclusión y exclusión	Relación de variables para medir el indicador	Construcción del indicador	Fuentes para medir el indicador
Magnitud del problema: Mortalidad por cáncer de colorrectal	3.1. Tasas brutas de mortalidad por cáncer colorrectal.	Un quinquenio con actualización anual. Andalucía, provincia y DS.	CIE-10 = C18-C20 CIE-9 = 153, 154.0, 154.0, 159.0	Definiciones por cáncer colorrectal (total y por grupos de edad, sexo) Población a riesgo (total y por grupos de edad, sexo) Población estándar mundial/ europea.	Nº defunciones por C. colorrectal periodo x 100.000 / población periodo Ver metodología	Registro Mortalidad. Estimaciones de población a 1 de enero (IEA)
	3.2. Tasas estandarizadas de mortalidad por cáncer colorrectal.					
	3.3. Tasa truncada (35 - 64 años) estandarizada de mortalidad por cáncer colorrectal.					
Magnitud del problema: Mortalidad prematura por cáncer colorrectal	3.4. Porcentaje APVP por cáncer colorrectal.			APVP cáncer de colon y recto x 100 / APVP todos los cánceres	APVP cáncer de colon y recto x 100 / APVP todos los cánceres	
Magnitud del problema: Evolución de la incidencia cáncer colorrectal	3.5. Tasa estandarizada de incidencia estimada de cáncer de colon y recto.	Annual y actualización cada 5 años. Andalucía y provincia.	Colon: CIE-10 = C18, C26.0 Recto: CIE-10 = C19, C20	Incidencia de los registros de Cáncer de Población. Mortalidad por cáncer de mama en Andalucía y provincias	Estimaciones (ver método)	Registros de Cáncer de Población de España. Registro mortalidad-IEA.
Tendencia: Tendencia de la incidencia del cáncer colorrectal	3.6. PCA incidencia del cáncer colorrectal.	Periodo mínimo de 5 años, con actualización anual. Andalucía, provincia y DS.	Colon: CIE-10 = C18, C26.0 Recto: CIE-10 = C19, C20	Tasas estandarizadas (europea) incidencia cáncer colorrectal x 100.000 hab. /año, según grupos edad y sexo.	<i>Joinpoint regression analysis</i>	Registros de Cáncer de Población. Registro mortalidad-IEA.
	3.7. PCA de la mortalidad por cáncer colorrectal		CIE-10 = C18-C20 CIE-9 = 153, 154.0, 154.0, 159.0	Tasa estandarizada (europea) mortalidad por cáncer colorrectal x 100.000 hab. /año	<i>Joinpoint regression analysis</i>	

Evaluación de Resultados en Salud Pública

Dimensión	Indicador	Agregación temporal y geográfica	Criterios e inclusión y exclusión	Relación de variables para medir el indicador	Construcción del indicador	Fuentes para medir el indicador
Impacto preventivo secundario: Diagnóstico precoz cáncer colorrectal	3.8. Proporción de pacientes con tumores en estadio 0 y 1 en relación con pacientes con tumores en resto estadios.	Actual. Andalucía y provincia.	Estadio 0 = Tis N0 M0 Estadio I = T1 N0 M0 y T2 N0 M0 (= Dukes A)	Nº de pacientes con cáncer colorrectal en estadio 0 y 1 Nº de pacientes con cáncer colorrectal en resto de estadios	Pacientes con cáncer colorrectal en estadio 0 y 1 diagnosticados en el periodo x100 / total pacientes con cáncer colorrectal (todos estadios + desconocidos + no disponibles) en el periodo	Fuentes para medir el indicador Registros A.P. Registros de cáncer de población de Andalucía.
Accesibilidad a servicios asistenciales: Supervivencia cáncer colorrectal	3.9. Tasa de supervivencia observada (a 1, 3 y 5 años). 3.10. Tasa de supervivencia relativa (a 1, 3 y 5 años).	Trienios con actualización quinquenal. Provincias con Registro de Cáncer de Población.	CIE-10 = C18-C20 Excluye casos registrados únicamente con certificado defunción(SCD)	Fecha incidencia cáncer Fecha último contacto y estado vital Tabla de vida de población referencia	Ver método	Registros de cáncer de población de Andalucía. Registro mortalidad-IEA.
Accesibilidad a servicios asistenciales: Demora tratamiento quirúrgico cáncer colorrectal	3.11. Proporción de pacientes con demora entre diagnóstico de cáncer colorrectal y tratamiento quirúrgico inferior a 1 mes.	Actual Andalucía y provincia.	Inclusión: CIE9 = 153* , 154* (excepto 154.2 y 154.3) + CIE-9- Exclusión: Tumores de otro origen que afecten al colon-recto. Metástasis colorrectales tumores en otras localizaciones. No diagnosticados previamente e intervenidos de urgencia. Recurrencias y reintervenciones. Pacientes sometidos radioterapia preoperatoria (CIE-9-proced. = 92.2*). Tumores del canal y del margen anal (154.2 y 154.3).	Pacientes intervenidos de cáncer colorrectal Fecha de inclusión en Registro de Demanda Quirúrgica(RDQ) (Fecha de confirmación diagnóstica) Fecha de baja en el RDQ Causa de baja en el RDQ (intervención quirúrgica)	Pacientes con cáncer colorrectal y realización de primera técnica quirúrgica relacionada con este proceso en los primeros 30 días desde diagnóstico x 100 / Nº total pacientes intervenidos de cáncer colorrectal en el mismo periodo	Registro de Demanda Quirúrgica CMBDA
Adecuación de la atención sanitaria relacionada con resultados de Salud Pública:	3.12. Porcentaje casos con cáncer colon Dukes C (o estadio III TNM) que reciben quimioterapia coadyuvante.	Actual Andalucía y provincia.	Estadio III TNM = T2 N1-2 M0, T3-4 N1-2 M0 , T4 N1-2 M0 Estadio II TNM = T3 N0 M0 , T4 N0 M0 Quimioterapia = CIE-9-MC procedimientos: 99.25	Nº de pacientes con cáncer de colon Dukes C tratados con quimioterapia x 100 / Total pacientes con cáncer de colon Dukes C	Nº de pacientes con cáncer de colon Dukes C tratados con quimioterapia x 100 / Total pacientes con cáncer de colon Dukes C	CMBDA

Vigilancia del Cáncer en Andalucía

6.4. Cáncer de cérvix:

Dimensión	Indicador	Agregación temporal y geográfica	Criterios e inclusión y exclusión	Relación de variables para medir el indicador	Construcción del indicador	Fuentes para medir el indicador
Magnitud del problema: Mortalidad por cáncer de cérvix.	4.1. Tasa bruta de mortalidad por cáncer de cérvix.	Un quinquenio con actualización anual. Andalucía, provincia y DS.	CIE-10 = C53 CIE-9 = 180.*	Defunciones por cáncer de cérvix (total y por grupos de edad) Población a riesgo (total y por grupos de edad) Población estándar mundial y europea	Nº defunciones por C. cérvix periodo x 100.000 / población periodo Ver metodología	Registro Mortalidad. Estimaciones de población a 1 de enero (IEA)
	4.2. Tasa estandarizada de mortalidad por cáncer de cérvix.					
	4.3. Tasa truncada (35 - 64 años) estandarizada de mortalidad por cáncer de cérvix.					
Magnitud del problema: Mortalidad prematura por cáncer de cérvix	4.4. Porcentaje APVP por cáncer de cérvix.			APVP Cáncer cérvix x APVP todos los cánceres	APVP Cáncer cérvix x 100/ APVP todos los cánceres	
Magnitud del problema: Evolución de la incidencia de cáncer de cérvix	4.5. Tasa estandarizada incidencia estimada de cáncer de cérvix.	Anual y actualización cada 5 años. Andalucía y provincia.		Incidencia de los registros de Cáncer de Población. Mortalidad por cáncer de cérvix en Andalucía y provincias	Estimaciones (ver método)	Registros de Cáncer de Población de España. Registro mortalidad-IEA.
Tendencia: tendencia de la incidencia de cáncer de cérvix	4.6. PCA incidencia por cáncer de cérvix.	Periodo mínimo de 5 años, con actualización anual. Andalucía, provincia y DS.		Tasas estandarizadas (europea) incidencia cáncer de cérvix x 100.000 hab. /año, según grupos edad sexo. Tasa estandarizada (europea) mortalidad por cáncer de cérvix x 100.000 hab. /año	Joinpoint regresión analysis	Registros de Cáncer de Población. Registro mortalidad-IEA.
Tendencia: tendencia de la mortalidad por cáncer de cérvix	4.7. PCA mortalidad por cáncer de cérvix.				Joinpoint regresión analysis	
Accesibilidad a servicios preventivos: Cobertura cribado citológico	4.8. Porcentaje de mujeres 20 a 60 años que se realizan citología.	Anual Andalucía y provincia.	Frotis Papanicolau = CIE-9 = 91.46	Mujeres con citología Nº mujeres de 20 a 60 años	Mujeres con citología x 100 / Mujeres de 20 a 60 años	DIRAYA-Procesos Asistenciales Integrales

Evaluación de Resultados en Salud Pública

Dimensión	Indicador	Agregación temporal y geográfica	Criterios e inclusión y exclusión	Relación de variables para medir el indicador	Construcción del indicador	Fuentes para medir el indicador
Impacto prevención secundaria: Detección precoz cáncer de cérvix.	4.9. Proporción de mujeres con tumores en estadio FIGO 0 a FIGO IA2 en el momento del diagnóstico en relación con mujeres con tumores en resto de estadios.	Annual. Andalucía y provincia.	T1s N0 M0 (FIGO 0) T1a N0 M0 (FIGO I) T1a N0 M0 (FIGO IA) T1a1 N0 M0 (FIGO IA1) T1a2 N0 M0 (FIGO IA2)	Mujeres con cáncer de cérvix en estadios FIGO 0 a FIGO IA2 diagnosticadas durante el periodo Mujeres con tumores de cérvix todos estadios ("in situ" + invasivos + desecocinocidos + no disponibles)	Mujeres con cáncer de cérvix en estadios FIGO 0 a FIGO IA2 diagnosticadas durante el periodo evaluado x 100 / total mujeres con tumores de cérvix todos estadios	Registros de Anatomía Patológica Registros de cáncer de población de Andalucía.
	Accesibilidad a servicios asistenciales: Supervivencia cáncer de cérvix	4.10. Tasa de supervivencia observada (a 1, 3 y 5 años). 4.11. Tasa de supervivencia relativa (a 1, 3 y 5 años).	Trienios con actualización quinquenal. Provincias con Registro de Cáncer de Población.	Excluye casos registrados únicamente con certificado defunción(SCD)	Ver método	Registros de cáncer de población de Andalucía. Registro mortalidad-IEA.
Accesibilidad a servicios asistenciales: Demora tratamiento cáncer de cérvix.	4.12. Proporción de mujeres con demora entre diagnóstico de cáncer de cérvix y tratamiento quirúrgico inferior a 30 días.	Annual. Andalucía y provincia.	CIE-9 = 180.* CIE-9-MC procedimientos = 67.2 Conización 67.3 Escisión lesión o tejido cérvix 67.4 Amputación cérvix 68.4- 68.7 Histerectomía	Fecha de inclusión en registro quirúrgico (Fecha de confirmación diagnóstica) Fecha de intervención quirúrgica	Mujeres con cáncer de cérvix tratadas en primeros 30 días desde diagnóstico x 100 / Total de mujeres sometidas a tratamiento inicial por cáncer de cérvix mismo periodo	Registro de Demanda Quirúrgica (ACD)
Adecuación de la atención sanitaria relacionada con resultados de Salud Pública:	4.13. Colposcopia en mujeres diagnosticadas de SIL de alto grado (CIN 2 y CIN3). (*)	Annual. Andalucía y provincia.	CIE-9-MC procedimientos = 67.1 Procedimientos diagnósticos sobre cuello uterino	Nº mujeres con SIL de alto grado y colposcopia de confirmación . Nº de mujeres con diagnóstico citológico de SIL de alto grado en el periodo	Nº mujeres con SIL de alto grado y colposcopia de confirmación en el periodo x100 / Nº de mujeres con diagnóstico citológico de SIL de alto grado en el periodo	DIRAYA
		Annual. Andalucía y provincia.	Histerectomía radical: CIE9MC= 68.6 H. Abdominal radical 68.7 H. Vaginal radical	Nº mujeres con c.cérvix FIGO la2 y lb con histerectomía radical Nº mujeres con c.cérvix FIGO la2 y lb	Nº mujeres con c.cérvix FIGO la2 y lb con histerectomía radical x 100 / Nº mujeres con c.cérvix FIGO la2 y lb	CMDB Informe AP en HC

(*) Según Manual de Evaluación de Procesos Asistenciales Integrados en Atención Especializada (MAPA I)

Vigilancia del Cáncer en Andalucía

6.5. Cáncer de piel no-melanoma:

Dimensión	Indicador	Agregación temporal y geográfica	Criterios e inclusión y exclusión	Relación de variables para medir el indicador	Construcción del indicador	Fuentes para medir el indicador
Magnitud del problema: incidencia cáncer de piel no-melanoma	5.1. Tasa estandarizada de incidencia estimada de cáncer de piel no-melanoma.	Anual y actualización cada 5 años. Andalucía y provincia.	CIE-10: C44	Incidencia de los registros de Cáncer de Población. Mortalidad por cáncer de piel no-melanoma en Andalucía y provincias	Estimaciones (Ver método)	Registros de Cáncer de Población. Registro de mortalidad
Tendencia: Tendencia incidencia del cáncer de piel no-melanoma	5.2. Porcentaje Cambio Anual (PCA) incidencia del cáncer de piel no-melanoma.	Periodo mínimo de 5 años, con actualización anual. Andalucía, provincia y DS.		Tasas estandarizadas (europea) incidencia cáncer de piel no-melanoma x 100.000 hab. /año, según grupos edad y sexo.	Joinpoint regression analysis	Registros de Cáncer de Población.
Impacto prevención secundaria: Diagnóstico precoz del cáncer de piel no-melanoma	5.3. Proporción de paciente con tumores pT1 y pT2 en el momento del diagnóstico en relación con pacientes con tumores en resto de estadíos.	Anual. Andalucía y provincia.	pT1 = dimensión máxima = /< 2 cm pT2: Tumor de 2 a 5 cm de tamaño máximo	Nº pacientes con tumores T1 y T2 Nº pacientes con tumores T3 y T4 Nº pacientes con tumores con T?	Pacientes con tumores T1 + T2 x 100 / total pacientes (T1 + T2 + T3 + T4 + T?)	Registros de Anatomía Patológica Registros de cáncer de población de Andalucía.
Accesibilidad a servicios asistenciales: Demora diagnóstica del cáncer de piel no-melanoma	5.4. Proporción pacientes con demora entre solicitud de cita desde Atención Primaria y visita Dermatología inferior a 15 días hábiles.	Anual. Andalucía y por centro sanitario de procedencia.	Causa de baja en el registro = realización consulta Días en el registro < 15 días Código de la especialidad = dermatología Datos de la consulta = sospecha Ca. de piel no-melanoma	Nº de pacientes que causan baja en el Registro por realización consulta con menos de 15 días. Nº total de pacientes en el Registro	Pacientes que causan baja en el Registro por realización consulta con menos de 15 días x 100/ Total pacientes en el Registro	Registro de Demanda Primera Consulta Atención Especializada SSPA

6.6. Cáncer de pulmón:

Dimensión	Indicador	Agregación temporal y geográfica	Criterios e inclusión y exclusión	Relación de variables para medir el indicador	Construcción del indicador	Fuentes para medir el indicador
Magnitud del problema: Mortalidad por cáncer de pulmón.	6.1. Tasas brutas de mortalidad por cáncer de pulmón.	Un quinquenio con actualización anual. Andalucía, provincia y DS.	CIE-10 = C34 CIE-9 = 162.*	Defunciones por cáncer de pulmón. (total, por grupos de edad y sexo) Población a riesgo (total, por grupos de edad y sexo) Población estándar mundial y europea	Nº defunciones por C. pulmón periodo x 100.000 / población periodo Ver metodología	Registro Mortalidad. Estimaciones de población a 1 de enero (IEA)
	6.2. Tasa estandarizada de mortalidad por cáncer de pulmón.					
	6.3. Tasa truncada (35 - 64 años) estandarizada de mortalidad por cáncer de pulmón.					
Magnitud del problema: Mortalidad prematura por cáncer de pulmón	6.4. Porcentaje APVP por cáncer de pulmón.			APVP Cáncer pulmón APVP todos los cánceres	APVP Cáncer pulmón x 100/ APVP todos los cánceres	
Magnitud del problema: Evolución de la incidencia del cáncer de pulmón	6.5. Tasa estandarizada de incidencia estimada de cáncer de pulmón.	Anual y actualización cada 5 años. Andalucía y provincia.		Incidencia de los registros de Cáncer de Población. Mortalidad por cáncer de pulmón en Andalucía y provincias	Estimaciones (ver método)	Registros de Cáncer de Población de España. Registro mortalidad-IEA.
Tendencia: Tendencia de la incidencia del cáncer de pulmón	6.6. PCA incidencia del cáncer de pulmón.	Periodo mínimo de 5 años, con actualización anual. Andalucía, provincia y DS.		Tasas estandarizadas (europea) incidencia cáncer de pulmón x 100.000 hab. /año, según grupos edad y sexo.	Joinpoint regression analysis	Registros de Cáncer de Población. Registro mortalidad-IEA.
Tendencia: Tendencia de la mortalidad por cáncer de pulmón	6.7. PCA mortalidad por cáncer de pulmón.			Tasa estandarizada (europea) mortalidad por cáncer de pulmón x 100.000 hab. /año	Joinpoint regression analysis	

Vigilancia del Cáncer en Andalucía

Dimensión	Indicador	Agregación temporal y geográfica	Criterios e inclusión y exclusión	Relación de variables para medir el indicador	Construcción del indicador	Fuentes para medir el indicador
Impacto prevención secundaria Diagnóstico precoz del cáncer de pulmón	6.8. Porcentaje de paciente con tumores T1 o T2 en el momento del diagnóstico en relación con pacientes con tumores en resto de estadios.	Anual. Andalucía y provincia.		Nº pacientes con tumores T1 y T2 Nº pacientes con tumores T3 y T4 Nº pacientes con tumores con T?	Pacientes con tumores T1 + T2 x 100 / total pacientes (T1+T2+T3+T4+T?)	Registros de AP en Aplicación SIRC. Registros de Cáncer de Población.
	6.9. Tasa de supervivencia observada (1, 3 y 5 a.) 6.10. Tasa de supervivencia relativa (1, 3 y 5 a.)	Trienios con actualización quinquenal. Provincias con Registro de Cáncer de Población.	Excluye casos registrados únicamente con certificado de defunción(SCD)	Fecha incidencia cáncer de pulmón Fecha último contacto y estado vital Tabla de vida de población referencia	Ver método	Registros de cáncer de población de Andalucía. Registro mortalidad-IEA.
Accesibilidad a servicios asistenciales: Supervivencia cáncer de pulmón	6.11. Proporción de pacientes con demora entre diagnóstico de cáncer de pulmón y tratamiento quirúrgico inferior a 1 mes.	Anual. Andalucía y provincia.	CIE9 = 162.* CIE-9-MC procedimientos = 32.3 Resección segmentaria de pulmón 32.4 Lobectomía de pulmón total 32.5 Neumonectomía 32.9 Escisión de pulmón (otra)	Pacientes intervenidos de cáncer de pulmón Fecha de inclusión en Registro de Demanda Quirúrgica(RDQ) (Fecha de confirmación diagnóstica) Fecha de baja en el RDQ Causa de baja en el RDQ (intervención quirúrgica)	Pacientes con cáncer de pulmón y realización de primera técnica quirúrgica relacionada con este proceso en los primeros 30 días desde diagnóstico x 100 / Nº total pacientes intervenidos de cáncer de pulmón en el mismo periodo.	Registro de Demanda Quirúrgica. CMBDA
Adecuación de la atención sanitaria relacionada con resultados de Salud Pública:	6.12. Proporción de pacientes con cáncer de pulmón, excepto de células pequeñas, con cirugía radical. (*)	Anual Andalucía, provincia.	CIE-9 = 162.* Exclusión: Código morfológico = M8041/3, M8042/3	Nº de pacientes con cáncer de pulmón intervenidos con cirugía radical Nº de pacientes con cáncer de pulmón intervenidos con cirugía.	Nº de pacientes con cáncer de pulmón intervenidos con cirugía radical x 100 / Nº de pacientes con cáncer de pulmón intervenidos con cirugía.	Registro de Demanda Quirúrgica CMBDA Registro AP en HC

(*) Según Manual de Evaluación de Procesos Asistenciales Integrados en Atención Especializada (MAPA II)

6.7. Cáncer de vejiga urinaria:

Dimensión	Indicador	Agregación temporal y geográfica	Criterios e inclusión y exclusión	Relación de variables para medir el indicador	Construcción del indicador	Fuentes para medir el indicador
Magnitud del problema: Mortalidad por cáncer de vejiga	7.1. Tasas brutas de mortalidad por cáncer de vejiga urinaria.	Un quinquenio con actualización anual. Andalucía, provincia y DS.	CIE-10 = C67 CIE-9 = 188.*	Defunciones por cáncer de vejiga (total y por grupos de edad, sexo) Población a riesgo (total y por grupos de edad, sexo) Población estándar municipal y europea	Nº defunciones por C. Vejiga urinaria periodo x 100.000 / población periodo	Registro Mortalidad. Estimaciones de población a 1 de enero (IEA).
	7.2. Tasa estandarizada de mortalidad por cáncer de vejiga.					
	7.3. Tasa truncada (35 - 64 años) estandarizada de mortalidad por cáncer de vejiga urinaria.					
Magnitud del problema: Mortalidad prematura por cáncer de vejiga	7.4. Porcentaje APVP por cáncer de vejiga.			APVP Cáncer de vejiga APVP todos los cánceres	APVP Cáncer de vejiga x 100/ APVP todos los cánceres	
	7.5. Tasa estandarizada de incidencia estimada de cáncer de vejiga.	Anual y actualización cada 5 años. Andalucía y provincia.		Incidencia de los registros de Cáncer de Población. Mortalidad por cáncer de vejiga en Andalucía y provincias	Estimaciones (ver método)	Registros de Cáncer de Población de España. Registro mortalidad-IEA.
Tendencia: Tendencia de la incidencia del cáncer de vejiga	7.6. PCA de la incidencia del cáncer de vejiga.	Periodo mínimo de 5 años, con actualización anual. Andalucía, provincia y DS.		Tasa estandarizada (europea) incidencia cáncer de vejiga x 100.000 hab. /año según grupos edad y sexo.	Joinpoint regression analysis	Registros de Cáncer de Población. Registro mortalidad-IEA.
	7.7. PCA de la mortalidad por cáncer de vejiga.			Tasa estandarizada (europea) mortalidad por cáncer de vejiga x 100.000 hab. /año según grupos edad y sexo.	Joinpoint regression analysis	

Vigilancia del Cáncer en Andalucía

Dimensión	Indicador	Agregación temporal y geográfica	Criterios e inclusión y exclusión	Relación de variables para medir el indicador	Construcción del indicador	Fuentes para medir el indicador
Impacto prevención secundaria: Detección precoz del cáncer de vejiga	7.8. Porcentaje de paciente con tumores estadio 0 y I (Jewett Marshall O, Cis y A) en el momento del diagnóstico en relación con pacientes con tumores en resto de estadios.	Anual. Andalucía y provincia.	Estadio 0a: Ta N0 M0 Estadio 0is: Tis N0 M0 Estadio I : T1 N0 M0	Nº de pacientes con cáncer de vejiga en estadio 0 y 1 Nº de pacientes con cáncer de vejiga en resto de estadios	Pacientes con cáncer de vejiga estadio 0 y 1 diagnosticados durante el período evaluado x100 / total pacientes con cáncer de vejiga (todos estadios + desconocidos + no disponibles)	Registros de AP; Registros de Cáncer de Población
	7.9. Tasa de supervivencia observada (a 1, 3 y 5 años). 7.10. Tasa de supervivencia relativa (a 1, 3 y 5 años).	Trienios con actualización quinquenal. Provincias con Registro de Cáncer de Población.	Excluye casos registrados SCD	Fecha incidencia cáncer de vejiga Fecha último contacto y estado vital Tabla de vida de población referencia	Ver método	Registros de cáncer de población de Andalucía. Registro mortalidad-IEA.
Accesibilidad a servicios asistenciales: Demora tratamiento quirúrgico del cáncer de vejiga	7.11. Proporción de pacientes con demora entre diagnóstico de cáncer de vejiga y tratamiento quirúrgico inferior a 1 mes.	Anual. Andalucía y provincia.	CIE-9 = 188.* CIE-9-MC procedimientos = 57.4 escisión transuretral de tejido de vejiga 57.5 escisión de tejido vejiga 57.6 cistectomía parcial 57.7 cistectomía total	Pacientes intervenidos de cáncer de vejiga Fecha de inclusión en Registro de Demanda Quirúrgica(RDQ) (Fecha de confirmación diagnóstica) Fecha de baja en el RDQ Causa de baja en el RDQ (intervención quirúrgica)	Pacientes con cáncer de vejiga y realización de primera técnica quirúrgica relacionada con este proceso en los primeros 30 días desde diagnóstico x 100 / Nº total pacientes intervenidos de cáncer de vejiga en el mismo periodo	Registro de Demanda Quirúrgica CMBDA

6.8. Cáncer de laringe:

Dimensión	Indicador	Agregación temporal y geográfica	Criterios e inclusión y exclusión	Relación de variables para medir el indicador	Construcción del indicador	Fuentes para medir el indicador
Magnitud del problema: Mortalidad por cáncer de laringe	8.1. Tasas bruta de mortalidad por cáncer de laringe.	Un quinquenio con actualización anual.	CIE-10 = C32	Defunciones por cáncer de laringe (total y por grupos de edad, sexo) Población a riesgo (total y por grupos de edad, sexo) Población estándar mundial y europea	Nº defunciones por C. laringe periodo x 100.000 / población periodo Ver metodología	Registro Mortalidad. Estimaciones de población a 1 de enero (IEA).
	8.2. Tasa estandarizada de mortalidad por cáncer de laringe.	Andalucía, provincia y DS.	CIE-9 = 161.*			
	8.3. Tasa truncada (35-64 años) estandarizada de mortalidad por cáncer de laringe.					
Magnitud del problema: Mortalidad pre-matura por cáncer de laringe	8.4. Porcentaje APVP por cáncer de laringe.			APVP Cáncer laringe x APVP todos los cánceres	APVP Cáncer laringe x 100/ APVP todos los cánceres	
Magnitud del problema: Evolución de la incidencia cáncer de laringe	8.5. Tasa estandarizada incidencia estimada de cáncer de laringe.	Anual y actualización cada 5 años. Andalucía y provincia.		Incidencia de los registros de Cáncer de Población. Mortalidad por cáncer de laringe en Andalucía y provincias	Estimaciones (ver método)	Registros de Cáncer de Población de España. Registro mortalidad-IEA.
Tendencia: Tendencia de la incidencia del cáncer de laringe	8.6. PCA de la incidencia del cáncer de laringe.	Periodo mínimo de 5 años, con actualización anual. Andalucía, provincia y DS.		Tasas estandarizadas (europea) incidencia cáncer de laringe x 100.000 hab. /año,	Joinpoint regression analysis	Registros de Cáncer de Población. Registro mortalidad-IEA.
Tendencia: Tendencia de la mortalidad por cáncer de laringe	8.7. PCA de la mortalidad por cáncer de laringe.			Tasa estandarizada (europea) mortalidad por cáncer de laringe x 100.000 hab. /año	Joinpoint regression analysis	

Vigilancia del Cáncer en Andalucía

Dimensión	Indicador	Agregación temporal y geográfica	Criterios e inclusión y exclusión	Relación de variables para medir el indicador	Construcción del indicador	Fuentes para medir el indicador
Impacto prevención secundaria: Detección precoz de cáncer de laringe	8.8. Porcentaje de paciente con tumores T1 o T2 en el momento del diagnóstico en relación con pacientes con tumores en resto de estadios.	Anual. Andalucía y provincia.	Estadio 0: Tis N0 M0 Estadio I: T1 N0 M0	Nº pacientes con tumores T1 y T2 Nº pacientes con tumores T3 y T4 Nº pacientes con tumores con T?	Pacientes con tumores T1 + T2 x 100 / total pacientes (T1 + T2 + T3 + T4 + T?)	Registros de AP en Aplicación SIRC. Registros de Cáncer de Población
Accesibilidad a servicios asistenciales: Supervivencia de cáncer de laringe	8.9. Tasa de supervivencia observada (a 1, 3 y 5 años). 8.10. Tasa de supervivencia relativa (a 1, 3 y 5 años).	Trentios con actualización quinquenal. Provincias con Registro de Cáncer de Población.	Excluye casos registrados SCD	Fecha incidencia cáncer de laringe Fecha último contacto y estado vital Tabla de vida de población referencia	Ver método	Registros de cáncer de población de Andalucía. Registro mortalidad-IEA.
Accesibilidad a servicios asistenciales: Demora tratamiento quirúrgico de cáncer de laringe	8.11. Proporción de pacientes con demora entre primer contacto en Atención Primaria y realización de un tratamiento quirúrgico inferior a 1 mes.	Centro de procedencia.	Código proceso asistencial = Cáncer de laringe Causa de baja en el Registro = Resolución Proceso Asistencial Días en el Registro <= 30d.	Nº de pacientes que causan baja en el Registro PA por resolución Proceso Asistencial con menos de 30 días en el registro x Nº total de pacientes en el Registro PA (incluidos con > 30 días, fallecimiento o baja voluntaria)	Pacientes que causan baja en el Registro PA por resolución Proceso Asistencial con menos de 30 días en el registro x 100 / Total pacientes en el Registro PA	Registro de Demanda Quirúrgica CMBDA

6.9. Cáncer de próstata:

Dimensión	Indicador	Agregación temporal y geográfica	Criterios e inclusión y exclusión	Relación de variables para medir el indicador	Construcción del indicador	Fuentes para medir el indicador
Magnitud del problema: Mortalidad por cáncer de próstata	9.1. Tasas bruta de mortalidad por cáncer de próstata.	Un quinquenio con actualización anual. Andalucía, provincia y DS.	CIE-10 = C61 CIE-9 = 185	Defunciones por cáncer de próstata (total y por grupos de edad, sexo) Población a riesgo (total y por grupos de edad, sexo) Población estándar municipal y europea	Nº defunciones por C. próstata período x 100.000 / población período	Registro Mortalidad. Estimaciones de población a 1 de enero (IEA).
	9.2. Tasa estandarizada de mortalidad por cáncer de próstata.					
	9.3. Tasa truncada (35 - 64 años) estandarizada de mortalidad por cáncer de próstata.					
Magnitud del problema: Evolución de la mortalidad prematura por cáncer de próstata	9.4. Porcentaje APVP por cáncer de próstata.			APVP Cáncer próstata x APVP todos los cánceres	APVP Cáncer próstata x 100/ APVP todos los cánceres	
	Magnitud del problema: Evolución de la incidencia de cáncer de próstata	Anual y actualización cada 5 años. Andalucía y provincia.		Incidencia de los registros de Cáncer de Población. Mortalidad por cáncer de próstata en Andalucía y provincias	Estimaciones (ver método)	Registros de Cáncer de Población de España. Registro mortalidad-IEA.
Tendencia: Tendencia de la incidencia de cáncer de próstata	9.6. PCA de la incidencia de cáncer de próstata.	Periodo mínimo de 5 años, con actualización anual. Andalucía, provincia y DS.		Tasa estandarizada (europea) incidencia de cáncer de próstata x 100.000 hab. /año	Joinpoint regression analysis	Registros de Cáncer de Población. Registro mortalidad-IEA.
	Tendencia: Tendencia de la mortalidad por cáncer de próstata			Tasa estandarizada (europea) mortalidad por cáncer de próstata x 100.000 hab. /año	Joinpoint regression analysis	

Vigilancia del Cáncer en Andalucía

Dimensión	Indicador	Agregación temporal y geográfica	Criterios e inclusión y exclusión	Relación de variables para medir el indicador	Construcción del indicador	Fuentes para medir el indicador
Accesibilidad a servicios preventivos:	9.8. Porcentaje de pacientes con síntomas prostaticos valorados mediante IPSS.	Anual Andalucía, provincia.	Pacientes incluidos en PA Hiperplasia/ cáncer de próstata	Nº de pacientes con síntomas prostaticos Nº de pacientes con valoración inicial mediante IPSS	Nº pacientes con valoración inicial mediante IPSS x 100 / Nº de pacientes con síntomas prostaticos	DIRAYA Procesos Asistenciales Integrados
Impacto prevención secundaria: Detección precoz cáncer de próstata	9.9. Proporción de pacientes con tumores en estadio 0 y 1 en el momento del diagnóstico en relación con pacientes con tumores en resto estadios	Anual. Andalucía y provincia.	Estadio 0 = Tis N0 M0 Estadio I = T1 N0 M0	Nº de pacientes con cáncer de próstata en estadio 0 y 1 Nº de pacientes con cáncer de próstata en resto de estadios	Pacientes con cáncer de próstata en estadio 0 y 1 diagnosticados durante el periodo evaluado x 100 / total pacientes con cáncer de próstata (todos estadios + desconocidos + no disponibles)	Registros de AP de HC. Registros de Cáncer de Población
Accesibilidad a servicios asistenciales: Supervivencia cáncer de próstata	9.10. Tasa de supervivencia observada (a 1, 3 y 5 años). 9.11. Tasa de supervivencia relativa (a 1, 3 y 5 años).	Trienio con actualización quinquenal. Provincias con Registro de Cáncer de Población.	Excluye casos registrados SCD	Fecha incidencia cáncer de próstata Fecha último contacto y estado vital Tabla de vida de población referencia	Ver método	Registros de cáncer de población de Andalucía. Registro mortalidad-IEA.
Accesibilidad a servicios asistenciales Demora diagnóstica cáncer de próstata	9.12. Proporción de pacientes con demora entre primer contacto en Atención Primaria y realización de un diagnóstico inferior a 30 días. (*)	Centro de procedencia.	Código proceso asistencial = Cáncer de próstata Causa de baja en el Registro = Resolución Proceso Asistencial Días en el Registro <= 30d.	Nº de pacientes que causan baja en el Registro PA por resolución Proceso Asistencial con menos de 30 días en el registro x 100 / Total pacientes en el Registro PA (incluidos con > 30 días; fallecimiento o baja voluntaria)	Pacientes que causan baja en el Registro PA por resolución Proceso Asistencial con menos de 30 días en el registro x 100 / Total pacientes en el Registro PA	Sistema de Información Decreto de Garantías de Primeras Consultas y Procesos Asistenciales del SSPA

(*) Según Manual de Evaluación de Procesos Asistenciales Integrados en Atención Especializada (MAPA I)

Evaluación de Resultados en Salud Pública

6.10. Cáncer infantil (0 a 14 años):

Dimensión	Indicador	Agregación temporal y geográfica	Criterios e inclusión y exclusión	Relación de variables para medir el indicador	Construcción del indicador	Fuentes para medir el indicador
Mortalidad por cáncer infantil	10.1. Tasa bruta de mortalidad por cáncer infantil.	Un quinquenio con actualización anual. Andalucía, provincia y DS.	Edad <15 a. CIE-10 = C00 a C97 CIE-9 = 140.0 a 208.9, 238.6	Defunciones por cáncer, total, grupos de edad/sexo Población a riesgo, total, grupos de edad / sexo Población estándar mundial y europea	Nº defunciones por cáncer período x 100.000 / población período, sexo Ver metodología	Registro Mortalidad. Estimaciones de población a 1 de enero (IEA).
	10.2. Tasa estandarizada de mortalidad por cáncer infantil.	Quinquenio con actualización anual. Únicamente provincias con Registro Cáncer de Población.		Casos nuevos de cáncer, total y por grupo de edad y sexo. Población a riesgo (total, por grupos de edad y sexo) Población estándar mundial y europea	Nº de casos nuevos de cáncer x 100.000 / población a riesgo/año, sexo	Registros de Cáncer de Población de Andalucía.
Estimación de la incidencia de cáncer infantil	10.4. Tasa estandarizada incidencia estimada de cáncer infantil.	Anual y actualización cada 5 años. Andalucía y provincia.		Incidencia de los registros de cáncer de población españoles según edad y sexo Mortalidad por cáncer de Andalucía y provincias según edad y sexo	Estimaciones a 5 años según sexo. Ver método	Registros de Cáncer de Población de España. Registro Mortalidad -IEA
Demanda asistencial por cáncer infantil	10.5. Tasa bruta de altas hospitalarias por cáncer infantil.	Anual Andalucía y provincia.	Edad <15 años CIE-9-MC del 140.0 al 208.9 En cualquier posición diagnóstica (C1 - C10)	Nº altas hospitalarias por cáncer Población <15 años período	Nº altas por cáncer período x 100.000 / población <15 años período	CMBDA
	10.6. Porcentaje de altas por cáncer infantil.			Nº altas hospitalarias por cáncer Nº total de altas hospitalarias	Nº altas por cáncer x 100 / Nº total de altas	
	10.7. Porcentaje de estancias por cáncer infantil.			Días estancia por cáncer Días estancia todas causas	Días estancia por cáncer x 100 / Días estancia todas causas	
	10.8. Estancia media por cáncer infantil.			Total estancias por cáncer Total ingresos por cáncer	Días estancias por cáncer / Total altas por cáncer	
Accesibilidad a servicios asistenciales: Supervivencia cáncer infantil	10.9. Tasa de supervivencia observada (a 1, 3 y 5 años). 10.10. Tasa de supervivencia relativa (a 1, 3 y 5 años).	Trienios con actualización quinquenal. Provincias con Registro de Cáncer de Población.	Excluye casos registrados SCD	Fecha incidencia cáncer Fecha último contacto y estado vital Tabla de vida de población referencia	Ver método	Registros de cáncer de población de Andalucía. Registro mortalidad-IEA.

Vigilancia del Cáncer en Andalucía

ANEXO 1: Estructura población estándar europea y mundial

Intervalo de Edad	Población europea estándar	Población mundial estándar
0	1.600	2.400
1-4	6.400	9.600
5-9	7.000	10.000
10-14	7.000	9.000
15-19	7.000	9.000
20-24	7.000	8.000
25-29	7.000	8.000
30-34	7.000	6.000
35-39	7.000	6.000
40-44	7.000	6.000
45-49	7.000	6.000
50-54	7.000	5.000
55-59	6.000	4.000
60-64	5.000	4.000
65-69	4.000	3.000
70-74	3.000	2.000
75-79	2.000	1.000
80-84	1.000	500
85 y más	1.000	500
Total	100.000	100.000

ANEXO 2: Tabla resumen indicadores clasificados por dimensiones

Dimensión	Categoría	Indicadores	Fuentes	EU	
I. Factores socio-económicos y demográficos	I.1. Población	Población por edad/ sexo	Estimaciones a 1 enero IEA	ECHI-2	
	I.2. Factores socioeconómicos	Población por niveles educación	Encuesta Andaluza de Salud	ECHI-2 ECHI-2	
II. Factores determinantes de la salud	II.1. Estilos de vida	Nutrición	Evolución porcentaje población <16a. consume frutas o verduras al menos 5 veces/ semana.	Encuesta Andaluza de Salud	ECHI-2
			Evolución del consumo fruta fresca, excluidos zumos, per capita	Panel de Consumo	ECHI-2
			Evolución del consumo hortalizas y verduras per capita	Ministerio Alimentario	ECHI-2
			Evolución del consumo de carnes rojas per capita	Ministerio Agricultura, Pesca y Alimentación	ECHI-2
		Consumo alcohol	Consumo de alcohol	{E}	
			Distribución categorías consumo alcohol	{E}	
		Obesidad	Evolución de la distribución de categorías de IMC en la población	ECHI-2, {E}	
			Distribución del consumo de cigarrillos en la población mayor de 16 años	ECHI-2 {E}	
		Consumo tabaco	Porcentaje de población > 16 años que realiza ejercicio regular o semanalmente	Encuesta Andaluza de Salud	ECHI-2 {E}
			Porcentaje de población > 16 años que no realiza ejercicio o lo realiza ocasionalmente		(ECHI-2) {E}
Ejercicio físico	Porcentaje de población > 16 años que no realiza ejercicio o lo realiza ocasionalmente		(ECHI-2)		
	Porcentaje población urbana expuesta a [PM10] del valor límite durante 35 días.		(ECHI-2)		
II.2. Factores medioambientales	Exposición a PM10	Patrón geográfico y temporal de la incidencia/ mortalidad por mesoteliomas pleurales.	Consejería Medio Ambiente	{E}	
		Tasa bruta mortalidad por cáncer	Registros Cáncer / mortalidad	{E}	
III. Situación de salud	III.1. Mortalidad	Magnitud	Tasas mortalidad por cáncer específicas por grupo de edad	Registro mortalidad-IEA	{E}
			Tasa estandarizada mortalidad por cáncer		{E}
			Tasa truncada 35-64 años mortalidad estandarizada por cáncer		{E}
			Tasa estandarizada de APVP por cáncer (1 a 70 años) mortalidad por cáncer	Registros Cáncer	{E} III PAS
		Tendencia	Porcentaje de cambio anual (PCA) tasa estandarizada mortalidad por cáncer		
			Tasa bruta incidencia cáncer		{E} (ECHI-2) ²
		Registrada	Tasa estandarizada incidencia cáncer		{E}
			Tasa de incidencia acumulativa de 0 a 74 años		{E}
		Tendencia	Porcentaje de Cambio Anual (PCA) tasa estandarizada incidencia de cáncer		
			Tasa bruta incidencia estimada de cáncer.	Registros Cáncer / R. mortalidad	{E} III PAS
Estimada	Tasa estandarizada incidencia estimada de cáncer		III PAS		

ECHI-2: European Community Health Indicators

{E} EUROCHIP: European Cancer Health Indicators Projects

III PAS: III Plan Andaluza de Salud

Vigilancia del Cáncer en Andalucía

Dimensión		Categoría		Indicadores		Fuentes	
IV. Sistema de Salud	III.3. Supervivencia	Observada	Tasa de supervivencia observada (a 1, 3 y 5 años)		Registros Cáncer	{E} (ECHI-2)	
	IV.1. Prevención (Cribado)	Relativa	Tasa de supervivencia relativa (a 1, 3 y 5 años).			{E} (ECHI-2)	
		Tasa de captación PCCM	Porcentaje de mujeres contactadas respecto a la población elegible para mamografía		Aplicación DCM del PCCM	PAI	
	IV.2. Utilización de servicios asistenciales	Cobertura citología de cérvix	Porcentaje de mujeres de 20 a 60 años que se realizan citología		Registro de demanda procedimientos diagnósticos /SAS	{E} (ECHI-2, {E})	
		Altas	Tasa bruta de altas hospitalarias por cáncer		CMBDA / SAS	ECHI-2	
	IV.3. Calidad/ funcionamiento asistencia médica (Tratamiento y aspectos clínicos)	Estancias	Porcentaje de estancias por cáncer				
		Demora diagnóstica	Días de estancia media por cáncer			ECHI-2	
		Estado al diagnóstico	Proporción de pacientes con demora entre primer contacto en Atención Primaria y realización de un diagnóstico inferior a 30 días (Mama, cérvix, próstata, colorrectal, piel, laringe)		Registro de Procesos Asistenciales del SSPA	PAI, MAPA1	
	Demora tteº quirúrgico	Estadío al diagnóstico	Proporción de casos clasificados como "localizados" en el momento de l diagnóstico (Mama, colorrectal, cérvix, piel, pulmón, vejiga, laringe, próstata)		Registro de An. Pat. centralizados (aplicación SIRC)	ECHI-2, {E}, PAI, III PAS, MAPA1	
		Demora tteº quirúrgico	Proporción de pacientes con demora entre diagnóstico y tto quirúrgico inferior a N días (Mama, colorrectal, cérvix, pulmón, vejiga, laringe, próstata)		Registro de Demanda Quirúrgica	ECHI-2, {E}, PAI,MAPA1	
	Cuidados Paliativos	Cuidados Paliativos	Población de pacientes en fase terminal cubierta por Servicios de Cuidados Paliativos			PAI	
			Proporción de pacientes en cuidados paliativos con opiáceos				
	Adecuación de la atención sanitaria relacionada con resultados de Salud Pública:		Adecuación de la atención sanitaria relacionada con resultados de Salud Pública:	Proporción de tratamiento quirúrgico radical con reconstrucción inmediata.			MAPA1
			Proporción de cirugía conservadora de mama en casos pT1				
			Porcentaje de Cirugía conservadora de mama				
			Porcentaje de casos con cáncer de colon Dukes C que reciben quimioterapia coadyuvante			{E}	
			Colposcopia en mujeres diagnosticadas de SIL de alto grado (CIN 2 y CIN3)			PAI	
			Proporción de mujeres diagnosticadas de cáncer de cérvix FICO Ia2 y Ib tratadas con cirugía tipo Wertheim-Meigs			{E}	
	Proporción de pacientes con cáncer de pulmón, excepto de células pequeñas, tratados con cirugía radical.				{E}, PAI		

PAI: Procesos Asistenciales Integrados

ANEXO 3: Tabla de correspondencias de códigos CIE-9 y CIE-10 para las distintas localizaciones anatómicas

Localización anatómica	CIE-9	CIE-10
Todas las neoplasias malignas	140-208, 238.6	C00-C97
Labio, cavidad oral y faringe		
Labio	140	C00
Lengua	141	C01-C02
Glándulas salivares	142	C07-C08
Suelo de la boca	144	C04
Encía y otras partes de la boca	143, 145	C03, C05-C06
Nasofaringe	147	C11
Amígdala	146.0-146.2	C09
Orofaringe	146.3-146.9	C10
Hipofaringe	148	C12-C13
Otros cavidad oral y faringe	149	C14
Sistema Digestivo		
Esófago	150	C15
Estomago	151	C16
Intestino delgado	152	C17
Colon excluyendo recto	153, 159.0	C18, C26.0
Recto y unión rectosigmoidal	154.0-154.1	C19-C20
Ano y canal anal	154.2-154.3, 154.8	C21
Hígado y conductos biliares		
Hígado	155.0, 155.2	C22.0, C22.2-C22.4, C22.7, C22.9
Conductos biliares intrahepáticos	155.1	C22.1
Vesícula biliar	156.0	C23
Otros biliar	156.1-156.2, 156.8-156.9	C24
Páncreas	157	C25
Retroperitoneo	158.0	C48.0
Peritoneo, epiplón y mesenterio	158.8-158.9	C45.1+, C48.1-C48.2
Otros órganos digestivos	159.8-159.9	C26.8-C26.9, C48.8
Sistema Respiratorio		
Fosas nasales, oído medio y senos paranasales	160	C30-C31
Laringe	161	C32
Localización anatómica	CIE - 9	CIE -10
Pulmón y bronquios	162.2-162.5, 162.8-162.9	C34
Pleura	163	C38.4, C45.0
Traquea, mediastino y otros órganos respiratorios	162.0, 164.2-164.3, 164.8-164.9, 165	C33, C38.1-C38.3, C38.8, C39
Hueso y cartílago articular	170	C40-C41
Corazón y Tejidos blandos	164.1, 171	C47, C49, C38.0, C45.2
Piel excluyendo Basal y Escamoso		
Melanoma de piel	172	C43
Otros piel	173	C44
Mama	174-175	C50
Sistema Genital Femenino		
Cérvix uterino	180	C53
Cuerpo uterino	182	C54
Útero, no especificado	179	C55
Ovario	183.0	C56

Vigilancia del Cáncer en Andalucía

Localización anatómica	CIE-9	CIE-10
Vagina	184.0	C52
Vulva	184.1-184.4	C51
Otros Órganos Genitales Femeninos	181, 183.2-183.5, 183.8-183.9, 184.8-184.9	C57-C58
Sistema Genital Masculino		
Próstata	185	C61
Testículos	186	C62
Pene	187.1-187.4	C60
Otros Organos Genitales Masculinos	187.5-187.9	C63
Sistema Urinario		
Vejiga urinaria	188	C67
Riñón y pelvis renal	189.0-189.1	C64-C65
Uréter	189.2	C66
Otros Organos Urinarios	189.3-189.4, 189.8-189.9	C68
Ojo y orbita	190	C69
Cerebro y otros Sistema Nervioso	191, 192	C70, C71, C72
Sistema Endocrino		
Tiroides	193	C73
Otros Endocrino incluyendo Timo	164.0, 194	C37, C74-C75
Linfomas		
Linfoma de Hodking	201	C81
Linfoma No Hodgkin	200, 202.0-202.2, 202.8-202.9	C82-C85, C96.3
Mieloma	203.0, 238.6	C90.0, C90.2
Leucemias		
Leucemia Linfocítica Aguda	204.0	C91.0
Leucemia Linfocítica Crónica	204.1	C91.1
Otras Leucemias Linfocíticas	202.4, 204.2, 204.8-204.9	C91.2-C91.4, C91.7, C91.9
Mieloide Aguda	205.0, 207.0, 207.2	C92.0, C92.4-C92.5, C94.0, C94.2
Leucemia Monocítica Aguda	206.0	C93.0
Leucemia Mieloide Crónica	205.1	C92.1
Otras Leucemias Mieloides / Monocíticas	205.2-205.3, 205.8-205.9, 206.1-206.2, 206.8-206.9	C92.2-C92.3, C92.7, C92.9, C93.1-C93.2, C93.7, C93.9
Otras Leucemias Agudas	208.0	C94.4, C94.5, C95.0
Aleucémica, Subleucémica o no especificada	203.1, 207.1, 207.8, 208.1-208.2, 208.8-208.9	C90.1, C91.5, C94.1, C94.3, C94.7, C95.1, C95.2, C95.7, C95.9
Mesotelioma	N/A	C45
Sarcoma de Kaposi	N/A	C46
Miscelánea Cáncer	159.1, 195-199, 202.3, 202.5-202.6, 203.8	C26.1, C45.7, C45.9, C76-C80, C88, C96.0-C96.2, C96.7, C96.9, C97

Fuente: Surveillance Epidemiology and End Results (SEER). National Cancer Institute. U.S. National Institutes of Health.

http://seer.cancer.gov/codrecode/1969+_d09172004/index.html

ANEXO 4: Equivalencias de gramos de alcohol puro por cada dosis de los distintos tipos de bebidas alcohólicas

Tipo de bebida	Volumen	Nº de unidades*
Vino	100 cc (1 vaso)	1
Cerveza	200 cc (1 caña)	1
Aperitivos	100 cc (1 vaso)	2
Sidra / cava	100 cc (1 vaso)	2
Brandy/ licores/ combinados	50 cc (1 copa)	2
Güisqui	50 cc (1 copa)	2

* Una unidad equivale a 10 gramos de alcohol puro

Vigilancia del Cáncer en Andalucía

BIBLIOGRAFÍA:

APHEIS, (Air Pollution and Health European Information System). Monitoring the effects of air pollution on health in Europe. Scientific report 1999-2000. Pollution related diseases programme. DG SANCO G-2.

Berrino F. The EURO CARE Study: strengths, limitations and perspectives of population-based, comparative survival studies. *Ann Oncol.* 2003;14:9v-13. <http://annonc.oupjournals.org>

Berrino F, Capocaccia R, Estève J, Gatta G, Micheli A, Hakulinen T, Sant M, Verdecchia A. Survival of Cancer Patients in Europe: The EURO CARE-2 Study. IARC Scientific Publications No.151 Lyon, International Agency for Research on Cancer, 1999.

Caminando hacia la excelencia: II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2005-2008. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2005.

Cáncer de Mama: Proceso Asistencial Integrado. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2ª ed. Sevilla, 2005.

Cáncer de Cérvix, Cáncer de Útero: Proceso Asistencial Integrado. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 2001.

Cáncer de Piel: Proceso Asistencial Integrado. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 2002.

Cáncer Colorrectal: Proceso Asistencial Integrado. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 2004.

Cáncer de Pulmón: Proceso Asistencial Integrado. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 2006.

Coleman MP, Gatta G, Verdecchia A, Estève J, Sant M, Storm HH, Allemani C, Ciccolallo L, Santaquilani M, Berrino F, EURO CARE Working Group. EURO CARE-3 summary: Cancer survival in Europe at the end of the 20th century. *Ann Oncol.*2003;14:128-149.

Cuidados Paliativos: Proceso Asistencial Integrado. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 2002.

De Angelis G, De Angelis R, Frova L, Verdecchia A. MIAMOD: a computer package to estimate chronic disease morbidity using mortality and survival data. *Comput Methods Programs Biomed.* 1994 Aug;44(2):99-107.

Dickman P, Hakulinen T. Notes on the population-based cancer survival analysis course. Disponible en : www.pauldickman.com

Evaluación de Resultados en Salud Pública

Disfonía: Proceso Asistencial Integrado. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 2002.

Encuesta Andaluza de Salud 1999: muestra de menores. J.J Sánchez Cruz (coordinador) et al. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2003.

Encuesta Andaluza de Salud 1999: muestra de adultos. J.J Sánchez Cruz (coordinador) et al. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2003.

EUCAN (*Cancer incidence, mortality and prevalence in the European Union*) en: <http://www-dep.iarc.fr/eucan/eucan.htm>

EUROCARE en: <http://www.eurocare.it/>

European Cancer Health Indicator Project (EUROCHIP). Executive summary of the final report 15/07/2003. European Commission Directorate for Public Health and Safety at Work. N°SI2.328473 (2001CVG3-515). Mas información en <http://www.tumori.net/eurochip/>

European Community Health Indicators (ECHI-2) list of recommended *First Phase Core Indicators*. Version of June 22, 2004, for discussion in the Network of Competent Authorities (NCA) and Network of Working Party Leaders (NWPL) of July 5/6, 2004. Mas información en [http://www.healthindicators.org/ICHI/\(tkrk0y55buplie45lmpmhk45\)/General/StartMenu.aspx](http://www.healthindicators.org/ICHI/(tkrk0y55buplie45lmpmhk45)/General/StartMenu.aspx)

Evaluación de Normas de Calidad de los Procesos Asistenciales Integrados en Atención Especializada. MAPA I. JM Mayoral Cortés et al. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2002.

Hakulinen T. Cancer survival corrected for heterogeneity in patient with drawal. *Biometrics*.1982;38:933-42

Hipertrofia Benigna de Próstata: Cáncer de Próstata: Proceso Asistencial Integrado. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 2005, 2ª ed.

J.Ferlay, F. Bray, R. Sankila and D.M. Parkin. EUCAN: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence in the European Union 1998, version 5.0. IARC CancerBase No. 4. Lyon, IARCPress, 1999. Limited version available from: URL: <http://www-dep.iarc.fr/eucan/eucan.htm>. Last updated on 17/3/2003.

La surveillance des maladies chroniques au Canada. Document de référence. Centre de coordination de la surveillance, Direction Générale de la Santé de la Population et de la Santé Publique, Santé Canada. ISBN : H39-666/2003, 2 juillet 2003.

Vigilancia del Cáncer en Andalucía

López-Abente G, et al. Plan Integral del Cáncer: Situación del cáncer en España. Centro Nacional de Epidemiología. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 2005.

Martinez C, Sánchez MJ, Alaminos FJ, Gálvez R. Estimación de la incidencia y prevalencia del período de enfermedad terminal en pacientes con cáncer residentes en la provincia de Granada. Gac Sanit 2000; 14 (Supl 2): 73-113.

McCusker J. The terminal period of cancer: definition and descriptive epidemiology. J Chronic Dis. 1984;37(5):377-85.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud, en <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>

Organización Mundial de la Salud. Vigilancia de las enfermedades no transmisibles, en http://www.who.int/ncd_surveillance/es/

Parkin DM, Muir CS, Whelan SL, Gao YT, Ferlay J, Powell J. Cancer Incidence in Five Continents, vol 6. IARC Scientific Publications nº 120, Lyon 1992.

Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Raymond L, Young J. Cancer Incidence in Five Continents, vol 7. IARC Scientific Publication No. 143, Lyon 1997.

Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L, Thomas DB (Eds). Cancer Incidence in Five Continents Vol VIII. IARC Scientific publications No 155. Lyon 2002.

Pereira Candel, Joaquín. Medición de salud y carga de enfermedad. Salud Pública y Epidemiología. Manuales de Dirección Médica y Gestión Clínica. Ediciones Díaz de Santos. ISBN: 84-7978-752-X. 2006.

P.G.N. Kramers and the ECHI team. Public Health indicators for the European Union: Context, selection, definition. Final report by the ECHI project, Phase II. 20 de junio de 2005. Disponible en: http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2001/monitoring/monitoring_project_2001_sum_en.htm

Plan Integral de Oncología de Andalucía: 2002-2006. Purificación Gálvez Daza (coordinadora) et al. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2002, 2ª ed.

Proposal to Develop a Network for Health Surveillance in Canada. National Health Surveillance Network Working Group; Office of National Health Surveillance, Health Protection Branch, Health Canada. May 25, 1999.

Rapport du comité de mise en oeuvre des services de lutte contre le cancer au Canada. Décembre 2001.

Tercer Plan Andaluz de Salud 2003-2008: Andalucía en salud, construyendo nuestro futuro juntos. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2003.



JUNTA DE ANDALUCÍA