

**Conjunto de datos básicos,
expandidos y opcionales
para las Enfermedades Crónicas No Transmisibles,
violencia y lesiones**



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the
WORLD HEALTH ORGANIZATION

Especificaciones Técnicas

Este borrador de las ***especificaciones Técnicas*** ha sido preparado por el grupo Inter-programático de trabajo de vigilancia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el período de marzo del 2007 a Junio del 2008. El trabajo se ha basado en los principios de vigilancia de factores de riesgo (FR) y enfermedades crónicas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la iniciativa de datos de salud básicos de la OPS. El punto de partida fue la lista de los indicadores de enfermedades crónicas no transmisibles preparados por el `Centro de Epidemiología del Caribe` (CAREC) en el 2004 y que no han sido probados o aplicados aun. El grupo de trabajo ha consultado los siguientes materiales durante su trabajo: La lista de los indicadores del CDC para vigilancia de las enfermedades crónicas (2), Los Indicadores Canadienses para la Atención Primaria de Salud (3), las listas nacionales de indicadores de Brasil (4) y de México (5).

La Lista incluye sugerencias recibidas de los epidemiólogos de Montserrat, Dominica, y Barbados, así como de Chile, Argentina, Paraguay, Uruguay y Brasil dentro del esfuerzo de la de unidad de enfermedades crónicas no transmisibles de la OPS (NC) para la armonización

Tabla de Contenidos

Sumario.....	1
Sección I: Mortalidad de ECNTs.....	2
Tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica.....	2
AVPP por cardiopatía isquémica	4
Tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares	6
AVPP por enfermedades cerebrovascular	8
Tasa de mortalidad por neoplasias malignas	10
AVPP por neoplasias malignas	12
Tasa de mortalida por cáncer cervical.....	14
AVPP por cáncer cervical.....	16
Tasa de mortalidad por cáncer del pulmón.....	18
AVPP por Cáncer del pulmón	20
Tasa de mortalidad por cáncer de seno	22
AVPP por cáncer de seno	24
Tasa de mortalidad por cáncer del sistema digestivo	26
AVPP por cáncer del sistema digestivo	28
Tasa de mortalidad por diabetes	30
AVPP por diabetes	32
Tasa de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas	34
AVPP por enfermedades crónica de las vías respiratorias bajas	36
Tasa de mortalidad por causas externas	38
AVPP por causas externas	40
AVPP por accidentes de transporte terrestre.....	44
Tasa de mortalidad por homicidios o lesiones al propósito	46
AVPP por homicidios o lesiones al propósito	48
Sección II: Prevalencia e Incidencia de Ciertas ENCTs.....	50
Prevalencia de diabetes mellitus	50
Incidencia de diabetes mellitas	52
Prevalencia de hipertensión.....	54
Incidencia de hipertensión.....	56
Prevalencia de sobrepeso	58
Prevalencia de obesidad.....	60
Sección III: Factores de Riesgo de las Enfermedades Crónicas	62
Exposición al humo	62
Prevalencia de fumar actualmente a diario tabaco entre adultos	63
Prevalencia de fumar actualmente tabaco entre adultos.....	65
Prevalencia del consumo de tabaco entre adolescentes	67
Edad promedio que adultos y adolescentes comenzaron a fumar.....	69
Prevalencia de exposición al humo de tabaco ambiental.....	71
Consumo de Alcohol	73
Prevalencia de ingesta excesiva de alcohol entre la población masculina	74
Prevalencia de ingesta excesiva de alcohol entre la población femenina.....	76
Prevalenciade ingesta de alcohol entre la población juvenil.....	78
Consumo de alcohol anual per cápita	79

Consumo de frutas y vegetales	80
Promedio de porciones de frutas consumidas al día	81
Porcentaje de la población que come cinco o más porciones de frutas y vegetales al día	85
Actividad Física.....	87
Prevalencia de actividad física alta	88
Prevalencia de actividad física moderada	90
Prevalencia de actividad física baja	92
Prevalencia de inactividad física entre adolescentes	94
Presión arterial sistólica promedio	95
Presión arterial diastólica promedio.....	96
Glicemia en ayunas promedio.....	97
Índice de masa corporal (IMC) promedio	98
Mediana de la circunferencia de la cintura	100
Sección IV: Indicadores del Rendimiento del Sistema de Salud	101
Porcentaje de adultos con cobertura de seguro de salud	101
Porcentaje de adultos con cobertura de seguro de salud social.....	103
Porcentaje de mueres que se ha realizado un Papanicolau en los últimos tres años	105
Porcentaje de mujeres que se han realizado una mamografía.....	106
Porcentaje de adultos cuya presión arterial fue chequeado	107
Porcentaje de adultos cuya glucosa sanguínea fue chequeada en el año anterior	108
Porcentaje de adultos cuyo colesterol fue chequeado en el año anterior	109
Porcentaje de diabéticos que tuvieron un examen ocular en el año anterior	111
Porcentaje de diabéticos que tuvieron una revisión de pies en el en el año anterior.....	112
Porcentaje de egresos hospitalarios con diagnostico de infarto al miocardio en un año dado	113
Tiempo promedio de estancias en el hospital por infarto al miocardio	115
Porcentaje de egresos hospitalarios con diagnostico de accidente cerebrovascular en un año dado.....	116
Tiempo promedio de estancias en el hospital por accidentes cerebrovasculares	118
Porcentaje de egresos hospitalarios con diagnostico de diabetes en un año dado	119
Tiempo promedio de estancias en el hospital por diabetes.....	121
Porcentaje de egresos hospitalarios con diagnostico de enfermedades pulmonar obstructiva crónica en un año dado.....	122
Tiempo promedio de estancias en el hospital por EPOC.....	124
Porcentaje de amputaciones entre adultos con diabetes en un año dado.....	125
Porcentaje de adultos con diabetes en diálisis en un año dado.....	127
Porcentaje de adultos con accesibilidad geográfica a atención primaria	128
Sección V: Indicadores socioeconómicos y de contextos	129
Población total (Proporción Hombres/ Mujeres)	129
Población Urbana.....	129
Ingreso nacional bruto.....	129
La población abajo umbral de pobreza	130
Radio de ingresos (20% más alto de 20%/más bajo)	130
Producción de frutas	130
Importación de los frutas.....	131
Exportación frutas.....	131
Producción de Vegetales	131
Importación de Vegetales	132
Exportación de vegetales	132

Producción de alcohol.....	132
Importaciones y exportaciones de alcohol	133
Producción de tabaco	133
Importaciones y exportaciones de tabaco	133
Agradecimientos	134

Sumario

Con un impulso mundial para ampliar la respuesta a la principal carga de salud pública nacional y Regional en la morbilidad, muerte prematura y discapacidad generadas por las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y sus factores de riesgo (RF), se ha vuelto cada vez más importante para los países y para la región poder reportar datos exactos, oportunos y comparables a diferentes entidades nacionales e internacionales para así poder asegurar el desarrollo y/o ampliación de los programas de salud, fortalecer el sistema de atención de salud, y usar la información para fortalecer el enfoque entero del gobierno para decisiones sectoriales y la creación de asociaciones.

Este conjunto de datos/ lista mínima de indicadores se ha desarrollado mediante el trabajo y colaboración de expertos en programas de de la OPS en Washington, D.C., representantes de la OPS en los países, la OMS y CAREC. La lista de datos propuesta representa una selección de los datos estándar que tienen gran probabilidad de ser una parte de la colección de datos reportados en la notificación nacional e internacional y que están incluidos en los mandatos de la OPS/OMS relacionados con las ECNT y los RF. Este es un trabajo en desarrollo, y modificaciones serán hechas periódicamente para asegurarse que las necesidades de los usuarios sean satisfechas.

La finalidad de este trabajo fue, por primera vez, ofrecer a los funcionarios de la salud pública la oportunidad de uniformemente, definir, recoger y notificar datos de enfermedades crónicas anualmente como parte del proceso de vigilancia de enfermedades crónicas. La selección de los indicadores por los expertos fue liderada por: las Resoluciones internacionales dedicadas a ECNT y RF, su importancia a la salud pública y la disponibilidad de los datos de nivel nacional.

La lista de indicadores está proponiendo un método progresivo paso a paso a través de grupos de datos básicos, expandidos y opcionales. Entre los que se encuentran 44 básicos, 19 expandidos y 12 datos opcionales, 10 se relacionan con las enfermedades cardiovasculares, 7 al cáncer, 9 a la diabetes, 2 al asma y el EPOC, 3 a la violencia y las lesiones, 7 al tabaco, 6 al alcohol, 9 al consumo de fruta y verduras, 3 a la inactividad física, 3 al sobrepeso y la obesidad y 6 en provisión de servicios prevención. Los restantes datos sociodemográficos abarcan ciertas condiciones como la pobreza, cubrimiento de seguro de salud, la producción, la importación y exportación de ciertos productos seleccionados.

La lista de indicadores ofrecida combina múltiples fuentes de datos en un sistema funcional de notificación anual como un cimiento para la vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles. Además de las fuentes de datos nacionales, esta lista de indicadores también usa varios estudios internacionales como fuente, ya que su metodología se ha aceptado y usado por países como parte de los esfuerzos nacionales para lograr comparar internacionalmente. Este conjunto de datos es una contribución para remediar la fragmentación de los sistemas tradicionales de vigilancia en los países donde cada programa sigue sus propios datos e indicadores y no combina las fuentes de datos ni considera el contexto y otra información sectorial. El conjunto de datos propuesto debe facilitar el análisis adicional a nivel nacional, subregional y la generación de indicadores más complejos para las enfermedades crónicas no transmisibles.

- (1) Miembros del grupo Inter-programático de trabajo de vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles: Glennis Andall –CAREC, Jaume Canela-HSS/RC, Alfonso Contreras-SDE/HS, Gerardo de Cosio-PWR El Salvador, Carmen Nebot – THS/OS, Patricia Ruiz-HDM/HA, Alafia Samuels – SDE/HS, Kathleen Strong-WHO-HQ, Alberto Barcelo-HSD/NC, Enrique Pérez Flores-HSD/NC, Angélica Pérez, HSD/NC, Rosa Ajoy- HSD/NC, El grupo fue liderado por Branka Legetic -HSD/NC

Sección I: Mortalidad de ECNTs

Tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica

Nombre	Tasa estandarizada de mortalidad por edad por 100,000 habitantes por muertes de <70 años de cardiopatía isquémica (ICD10 I20-I25)
Definición	Número de defunciones de < 70 años por cardiopatía isquémica (ICD10-I20-I25) expresada por 100,000 habitantes estandarizados a una población estándar. Esto es necesario para el control de la diferencia en la distribución de la edad de país en país. La Población Mundial Estándar de la OMS, que refleja la estructura del promedio de edad a nivel mundial esperada para la siguiente generación (de 2000 a 2025), será utilizada.
Definición de casos	Tasa estandarizada de mortalidad por edad en cada 100,000 muertes de individuos de <70 años por cardiopatía isquémica, usando la Población Estandarizada Mundial de la OMS.
Método de calculo	La suma de la tasa ponderada de mortalidad por edad específica por 100,000 habitantes (en agrupaciones de 5 años) por las muertes <70 años por cardiopatía isquémica, utilizando la Población Mundial Estándar de la OMS
Parámetros	• Unidad de medida: por 100,000 • Tipo: tasa • Categorías: hombre, mujer; edad < 70 años
Fuente de datos	Estadísticas vitales de registros de mortalidad y distribuciones de población correspondientes

Continúa en la página siguiente

Tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica, continuación

Importancia y racional

La cardiopatía isquémica (enfermedad coronaria) es uno de los componentes más grandes de la mortalidad con causa específica en la Región y las predicciones indican que en la próxima década el número de muertes a causa de cardiopatías isquémicas aumentará un 17%.¹ La tasa cruda de mortalidad suministra información útil acerca de las tendencias con el transcurso del tiempo y esto es información valiosa si se analiza en relación a las intervenciones de salud pública en la población observada, ya que permite la comparación de las tendencias.

Características de indicadores fuentes de datos

La tasa de mortalidad por edad estandarizada puede ser utilizada para comparar las tasas de mortalidad de los países sin que se afecte por la diferencia en la distribución de las edades de país en país. Sin utilizar esta estandarización, puede ser poco claro si la variación de las tasas de mortalidad fueron dadas por la diferencia entre la distribución o como resultado de otros factores.

El uso de una población estándar es necesario y para este propósito, la Población Mundial Estándar de la OMS será utilizada.

Otro indicador que puede computarse y suministra información sobre muerte prematura para una causa específica es (AVPP), los Años de Vida Potencial Perdidos. Con respecto a las fuentes de datos, hay países donde los certificados de defunción no son obligatorios y por lo tanto sub registro de defunciones ocurre; o los certificados no son completados por los profesionales de la salud. Todo esto lleva a la posibilidad de diferentes tipos de errores.

Continúa en la página siguiente

¹ World Health Organization (WHO). Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report. WHO. Geneva 2005.

AVPP por cardiopatía isquémica

Nombre	Años de vida potencial perdidos (AVPP) debido a cardiopatía isquémica (ICD10 I20-I25)
Definición	AVPP es una medida de muerte prematura. Los AVPP debidos a cardiopatía isquémica miden el número total de años adicionales que estas personas habrían vivido, de no haber muerto de cardiopatía isquémica. Muerte prematura se refiere a muertes que ocurrieron antes de cumplir la expectativa de vida. La tasa se expresa por cada 100,000 individuos.
Definición de casos	Muerte prematura debida a enfermedades cardiovasculares isquémicas.
Método de calculo	$\frac{\left(\text{expectativa de vida estimada} - \text{edad promedio en muertes prematuras} \right) \times \text{número de muertes prematuras}}{\text{Población debajo de la expectativa de vida estimada}} \times 100,000$
Parámetros	• Numerador: $\left(\text{expectativa de vida estimada} - \text{edad promedio en muertes prematuras} \right) \times \text{número de muertes prematuras}$ • Denominador: población debajo de la expectativa de vida estimada • Unidad de medida: por 100,000 • Tipo: tasa • Categorías: hombre, mujer; edad por debajo de de la expectativa de vida estimada • Frecuencia de recaudación: anual
Fuente de datos	Obtenidos a partir de registros de mortalidad correspondientes y tablas de expectativa de vida de la OMS para cada país específico

Continúa en la página siguiente

AVPP por cardiopatía isquémica, continuación

Importancia y racional

Los AVPP debido a enfermedades cardiovasculares pueden ser usados por la comunidad de salud pública y los investigadores para evaluar la repercusión de los programas de promoción de la salud, los cambios en estilo de vida y la modificación de factores de riesgo que aumenten la calidad y expectativa de vida.

Limitaciones de indicadores y Fuente de datos

Uno de los problemas es que la muerte a una edad temprana parece a veces ponderarse demasiado al calcular los AVPP, además todos los años de vida venideros son pesados por igual.

Otra limitación importante es que esos AVPP no representan la cantidad de discapacidad o sufrimiento que implican ciertas condiciones de salud. Eso se mide usando `Años de Vida Ajustados en Función de la Discapacidad` (DALYs en ingles)

Tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares

Nombre	Tasa estandarizada de mortalidad por edad por cada 100,00 habitantes para muertes en <70 años por enfermedades cerebrovasculares (accidente cerebrovascular, derrame). (ICD10 I60 –I69)
Definición	Total de defunciones en <70 años por enfermedad cerebrovasculares expresadas por 100,000 habitantes estandarizados con una población estándar. Esto es necesario para el control de la diferencia en la distribución de la edad de país en país. La Población Mundial Estándar de la OMS, que refleja la estructura del promedio de edad mundial esperada para la siguiente generación (de 2000 a 2025), será utilizada.
Definición de casos	Tasa estandarizada de mortalidad por edad por cada 100,000 habitantes por muertes de individuos de <70 años debido a una enfermedad cerebrovascular.
Método de calculo	La suma de las tasas de mortalidad ponderadas específicas para edad por 100,000 habitantes (en agrupaciones de 5 años) para muertes <70 años por enfermedad cerebrovascular (accidente cerebrovascular), utilizando la Población Mundial Estándar de la OMS.
Parámetros	• Unidad de medida: por 100,000 • Tipo: tasa • Categorías: hombre, mujer, edad <70 años • Frecuencia de recaudación: anual
Fuente de datos	Estadísticas vitales correspondientes de registros de mortalidad y distribuciones de población.
Importancia y racional	En las Américas, los accidentes cerebrovasculares son una de las principales causas de muerte y discapacidad. Estudios indican que en la próxima década el número de muertes a causa de enfermedades cerebrovasculares aumentará un 17%. ²

Continúa en la página siguiente

² World Health Organization (WHO). Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report. 2005. op.cit

Tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares, continuación

Características de indicadores fuentes de datos

La tasa estandarizada de mortalidad por edad puede ser utilizada para comparar las tasas de mortalidad de los países sin que se afecte por la diferencia en la distribución de las edades de país en país. Sin utilizar esta estandarización, puede ser poco claro si la variación de las tasas de mortalidad fueron dadas por la diferencia entre la distribución o como resultado de otros factores.

El uso de una población estándar es necesario y para este propósito, la Población Mundial Estándar de la OMS será utilizada.

Otro indicador que puede computarse y suministra información sobre muerte prematura para una causa específica es (AVPP), los Años de Vida Potencial Perdidos. Con respecto a las fuentes de datos, hay países donde los certificados de defunción no son obligatorios y por lo tanto el sub-registro de defunciones ocurre; o los certificados no son completados por los profesionales de la salud. Todo esto lleva a la posibilidad de diferentes tipos de errores.

Continúa en la página siguiente

AVPP por enfermedades cerebrovascular

Nombre	Años de vida potencial perdidos (AVPP) debido a enfermedad cerebrovascular (accidente cerebrovasculares) (ICD10 I60-I69)
Definición	Los AVPP son una medida de muerte prematura. Los AVPP por enfermedad cerebrovascular (accidente vascular cerebral) miden el número del total de años adicionales estas personas habrían vivido, de no haber muerto de enfermedad cerebrovascular (accidente vascular cerebral). Las muertes prematuras se refieren a muertes ocurridas antes de la expectativa de vida específica por edad. La tasa se expresa por cada 100,000.
Definición de casos	Muerte prematura debida a enfermedad cerebrovascular (accidente cerebrovascular).
Método de calculo	$\frac{\left(\frac{\text{expectativa de vida estimada} - \text{edad promedio en muertes prematuras}}{\text{Población debajo de la expectativa de vida estimada}} \right) \times \text{número de muertes prematuras}}{\text{Población debajo de la expectativa de vida estimada}} \times 100,000$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: $\left(\frac{\text{expectativa de vida estimada} - \text{edad promedio en muertes prematuras}}{\text{Población debajo de la expectativa de vida estimada}} \right) \times \text{número de muertes prematuras}$ • <u>Denominador</u>: Población debajo de la expectativa de vida estimada • <u>Unidad de medida</u>: por 100,000 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: hombre, mujer; edad debajo de la expectativa de vida estimada (de acuerdo al país) • <u>Frecuencia de recaudación</u>: anual
Fuente de datos	Obtenido a partir de registros de mortalidad correspondientes y tablas de expectativa de vida de la OMS específicas por país.

Continúa en la página siguiente

AVPP por enfermedades cerebrovascular, continuación

Importancia y racional

Los AVPP debido a enfermedad cerebrovascular (accidente vascular cerebral) pueden ser usados por la comunidad de salud pública y los investigadores para evaluar el impacto de los programas de promoción para la salud y cambios de estilo y modificación de los factores de riesgo que aumenten la calidad y expectativa de vida.

Limitaciones de indicadores and Fuente de datos

Uno de los problemas es que la muerte a una edad temprana parece a veces ponderarse demasiado al calcular los AVPP. Todos los años de vida venideros son ponderados por igual.

Otra limitación importante es que esos AVPP no representan la cantidad de discapacidad o sufrimiento/calidad de vida que conllevan ciertas condiciones de salud. Eso se mide usando `Años de Vida Ajustados en Función de la Discapacidad` (DALYs en ingles).

Tasa de mortalidad por neoplasias malignas

Nombre	Tasa estandarizada de mortalidad por edad por 100,000 habitantes para muertes <70 de años por neoplasias malignas (ICD10 C00-C97)
Definición	Total de defunciones en individuos de <70 años por neoplasias malignas expresadas por 100, 000 habitantes estandarizados con una población estándar. Esto es necesario para el control de la diferencia en la distribución de la edad de país en país. Será utilizada la población estándar de la OMS, refleja la estructura del promedio de edad mundial esperada para la siguiente generación (de 2000 a 2025).
Definición de casos	Tasa estandarizada de mortalidad por edad por 100,000 muertes <70 años por neoplasias malignas, usando la Población Mundial Estándar de la OMS.
Método de calculo	La suma de las tasas de mortalidad ponderadas específicas para edad por 100,000 habitantes (por agrupaciones de 5 años) para muertes <70 años por neoplasias malignas, utilizando la Población Mundial Estándar de la OMS.
Parámetros	• <u>Unidad de medida</u>: por 100,000 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: hombre, mujer; edad <70 años • <u>Frecuencia de recaudación</u>: anual
Fuente de datos	Registros de mortalidad correspondientes, estadísticas vitales

Continúa en la página siguiente

Tasa de mortalidad por neoplasias malignas, continuación

Importancia y racional

Se calcula que aproximadamente uno de cada dos hombres y una de cada tres mujeres tendrá un diagnóstico de cáncer durante su vida y actualmente hay entre 89.6-102.2/100,000 muertes debido a neoplasias en América Latina.³ La morbilidad y la significativa mortalidad por cáncer del pulmón, colon y `recto`, mama femenina, cuello uterino, cavidad bucal y faringe y múltiples otros cánceres pueden reducirse mediante intervenciones conocidas

Características de indicadores fuentes de datos

El cáncer no es una enfermedad única, sino el conjunto de numerosas enfermedades con diferentes causas, riesgos y potenciales intervenciones, por lo tanto la interpretación de aumentos o disminuciones en la mortalidad por el cáncer sólo pueden ser hechas tomando en cuenta las tasas crudas de mortalidad específicas de cada tipo de cáncer.

La tasa estandarizada de mortalidad por edad puede ser utilizada para comparar las tasas de mortalidad de los países sin que se afecte por la diferencia en la distribución de las edades de país en país. Sin utilizar esta estandarización, puede ser poco claro si la variación de las tasas de mortalidad fueron dadas por la diferencia entre la distribución o como resultado de otros factores.

El uso de una población estándar es necesario y para este propósito, la Población Mundial Estándar de la OMS será utilizada.

Otro indicador que puede computarse y suministra información sobre muerte prematura para una causa específica es (AVPP), los Años de Vida Potencial Perdidos. Con respecto a las fuentes de datos, hay países donde los certificados de defunción no son obligatorios por lo que el sub-registro de defunciones ocurre; o los certificados no son completados por los profesionales de la salud y esto trae diferentes tipos de errores entre fuentes de datos

Continúa en la página siguiente

³ Ferlay J. et al. GLOBOCAN 2002: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC CancerBase No. 5, Version 2.0. IARC Press. Lyon 2004.

AVPP por neoplasias malignas

Nombre	Años de vida potencial perdidos (AVPP) debido a neoplasias malignas (ICD10- C00-C97)
Definición	Los AVPP son una medida de muerte prematura. Los AVPP por neoplasias malignas (total) miden el número del total de años adicionales estas personas habrían vivido, de no haber muerto por neoplasias malignas. Las muertes prematuras se refieren a muertes ocurridas antes de la expectativa de vida específica por edad. La tasa se expresa por cada 100,000.
Definición de casos	Muerte prematura debida a neoplasias malignas (total)
Método de calculo	$\frac{\left(\text{expectativa de vida estimada} - \text{edad promedio en muertes prematuras} \right) \times \text{número de muertes prematuras}}{\text{Población debajo de la expectativa de vida estimada}} \times 100,000$
Parámetros	• <u>Numerador:</u> $\left(\text{expectativa de vida estimada} - \text{edad promedio en muertes prematuras} \right) \times \text{número de muertes prematuras}$ • <u>Denominador:</u> Población debajo de la expectativa de vida. • <u>Unidad de medida:</u> por 100,000 • <u>Tipo:</u> tasa • <u>Categorías:</u> hombre, mujer; edad por debajo de la expectativa de vida (de acuerdo al país) • <u>Frecuencia de recaudación:</u> anual
Fuente de datos	Obtenido a partir de registros de mortalidad correspondientes y tablas de expectativa de vida de la OMS específicas por país
Importancia y racional	Los AVPP debido a neoplasias malignas pueden ser usados por la comunidad de salud pública y los investigadores para evaluar el impacto de los programas de promoción para la salud, cambios de estilo y modificación de los factores de riesgo que aumenten la calidad y expectativa de vida.

Continúa en la página siguiente

Neoplasias Malignas, continuación

**Limitaciones de
indicadores y
Fuente de datos**

Uno de los problemas es que la muerte a una edad temprana parece a veces ponderarse demasiado al calcular los AVPP. Todos los años de vida venideros son ponderados por igual.

Otra limitación importante es que esos AVPP no representan la cantidad de discapacidad o sufrimiento/calidad de vida que conllevan ciertas condiciones de salud. Eso se mide usando `Años de Vida Ajustados en Función de la Discapacidad` (DALYs en ingles).

Tasa de mortalidad por cáncer cervical

Nombre	Tasa estandarizada de mortalidad por edad por cada 100,000 habitantes para muertes <70 años debido a cáncer cervical. (ICD 10 C53)
Definición	Total de defunciones en <70 años por cáncer cervical expresadas por 100,000 habitantes estandarizados con una población estándar. Esto es necesario para el control de la diferencia en la distribución de la edad de país en país. Será utilizada la población estándar de la OMS, refleja la estructura del promedio de edad mundial esperada para la siguiente generación (de 2000 a 2025)
Definición de casos	Tasa estandarizada de mortalidad por edad por 100,000 muertes <70 años por cáncer cervical, utilizando la Población Mundial Estándar de la OMS
Método de calculo	La suma de las tasas de mortalidad ponderadas específicas para edad por 100,000 habitantes (en agrupaciones de 5 años) para muertes <70 años por cáncer cervical, utilizando la Población Mundial Estándar de la OMS.
Parámetros	• <u>Unidad de medida</u>: por 100,000 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: mujer; edad <70 años • <u>Frecuencia de recaudación</u>: anual
Fuente de datos	Registro del cáncer o estadísticas de mortalidad del país.

Continúa en la página siguiente

Tasa de mortalidad por cáncer cervical, continuación

Importancia y racional

El cáncer cervicouterino es uno de los cánceres con mayor incidencia, prevalencia y mortalidad en la región de las Américas. Se calcula que en América Latina la tasa de incidencia del cáncer cervicouterino es 28.6-32.6/100,000 y la tasa de mortalidad es 12.9-16/100,000 y aproximadamente 40-60% de las muertes debidas a cáncer cervicouterino podrían evitarse al aumentar el monitoreo en la población.⁴

Otros factores que aumentan el riesgo de cáncer cervicouterino son: el hábito de fumar cigarrillos; la infección por el virus del papiloma humano de alto riesgo; y ciertas prácticas sexuales, incluido tener múltiples compañeros, temprana edad de la primera relación sexual y antecedentes de enfermedad de transmisión sexual,⁵ por lo tanto la educación y los programas de salud preventivos para cambiar comportamiento y modificar estos factores de riesgo pueden desarrollarse usando esta información.

Limitaciones de indicadores y Fuente de datos

Además de las limitaciones anteriormente mencionadas debidas a la colección de información y las estadísticas vitales y las tasas de mortalidad cruda y estandarizada, en este caso específico con respecto al cáncer cervicouterino es importante notar la prevalencia de la histerectomía cuando desciende las tasas de mortalidad para Cáncer Cervicouterino.

Una limitación del uso de datos de los registros del cáncer es que pueden tener diferente cobertura y eso puede reflejarse en el número de casos notificados, de manera que un sub-registro puede ocurrir.

Continúa en la página siguiente

⁴ Ferlay J. et al. GLOBOCAN 2002: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. 2004, op.cit.

⁵ Stewart B.W. and Kleihues P. (Eds): World Cancer Report. IARC Press. Lyon 2003.

AVPP por cáncer cervical

Nombre	Años de vida potencial perdidos (AVPP) debido a cáncer cervical. (ICD10 C53)
Definición	Los AVPP son una medida de muerte prematura. Los AVPP por cáncer cervical miden el número del total de años adicionales estas personas habrían vivido, de no haber muerto de enfermedad cáncer cervical. Las muertes prematuras se refieren a muertes ocurridas antes de la expectativa de vida específica por edad. La tasa se expresa por cada 100,000.
Definición de casos	Muerte femenina prematura debida a cáncer cervical.
Método de calculo	$\frac{\left(\text{expectativa de vida femenina estimada} - \frac{\text{edad promedio en muertes femeninas prematuras}}{\text{femeninas prematuras}} \right) \times \text{número de muertes femeninas prematuras}}{\text{Población femenina debajo de la expectativa de vida estimada}} \times 100,000$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: $\left(\text{expectativa de vida femenina estimada} - \frac{\text{edad promedio en muertes femeninas prematuras}}{\text{femeninas prematuras}} \right) \times \text{número de muertes femeninas prematuras}$ • <u>Denominador</u>: población femenina por debajo de la expectativa de vida • <u>Unidad de medida</u>: por 100,000 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: mujer; edad por debajo de la expectativa de vida de mujeres • <u>Frecuencia de recaudación</u>: anual
Fuente de datos	Obtenido a partir de registros de mortalidad correspondientes y tablas de expectativa de vida de la OMS específicas por país.
Importancia y racional	Los AVPP debido a cáncer cervical pueden ser usados por la comunidad de salud pública y los investigadores para evaluar el impacto de los programas de promoción para la salud en detección, cambios de estilo y modificación de los factores de riesgo que aumenten la calidad y expectativa de vida.

Continúa en la página siguiente

AVPP por Cáncer Cervical, continuación

**Limitaciones de
indicadores y
Fuente de datos**

Uno de los problemas es que la muerte a una edad temprana parece a veces ponderarse demasiado al calcular los AVPP. Todos los años de vida venideros son ponderados por igual.

Otra limitación importante es que esos AVPP no representan la cantidad de discapacidad o sufrimiento/calidad de vida que conllevan ciertas condiciones de salud. Eso se mide usando `Años de Vida Ajustados en Función de la Discapacidad` (DALYs en ingles).

Tasa de mortalidad por cáncer del pulmón

Nombre	Tasa estandarizada de mortalidad por edad de por cada 100,000 habitantes para muertes < 70 años debido a cáncer de pulmón incluyendo tráquea y bronquios. (ICD10 C33, C34)
Definición	Total de defunciones en individuos de <70 años por cáncer de pulmón incluyendo tráquea y bronquios expresadas por 100,000 habitantes estandarizados con una población estándar. Esto es necesario para el control de la diferencia en la distribución de la edad de país en país. La Población Mundial Estándar de la OMS, que refleja la estructura del promedio de edad mundial esperada para la siguiente generación (de 2000 a 2025), será utilizada.
Definición de casos	Tasa estandarizada de mortalidad por edad por cada 100,000 muertes de individuos de <70 años por cáncer de pulmón incluyendo tráquea y bronquios utilizando la Población Mundial Estándar de la OMS.
Método de calculo	La suma de las tasas de mortalidad ponderadas específicas para edad por cada 100,000 habitantes (en agrupaciones de 5 años) para muertes de individuos de <70 años por cáncer de pulmón incluyendo tráquea y bronquios, utilizando la Población Mundial Estándar de la OMS.
Parámetros	• <u>Unidad de medida</u>: por 100,000 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: hombre, mujer; edad <70 años • <u>Frecuencia de recaudación</u>: anual
Fuente de datos	registros de cáncer y distribuciones de la población de cada país

Continúa en la página siguiente

Tasa de mortalidad por cáncer del pulmón, continuación

Importancia y racional

Aproximadamente 80%–90% de mortalidad por cáncer de pulmón es atribuible a hábito de fumar cigarrillos.⁶ La mortalidad por el cáncer de pulmón está también asociada con humo de tabaco ambiental y ciertas exposiciones a lugares de trabajo. La tasa de supervivencia relativa de 5 años es un <15%, entre uno del más bajo de cánceres comunes.⁷ Por consiguiente las tasas de mortalidad pueden ser particularmente útiles para detectar tendencias y servir para focalizar programas y políticas en desarrollo

Debido a que el cáncer de pulmón tiene un periodo de latencia, años pasaran antes de poder detectar el cambio que el comportamiento del tabaquismo o los patrones de la práctica clínica afecten la mortalidad por causa de cáncer al pulmón entre la población en general.

Características de indicadores fuentes de datos

La tasa de mortalidad por edad estandarizada puede ser utilizada para comparar las tasas de mortalidad de los países sin verse afectada por la diferencia en la distribución de las edades de país a país. Sin utilizar esta estandarización, puede ser poco claro si la variación de las tasas de mortalidad fueron dadas por la diferencia entre la distribución o como resultado de otros factores. El uso de la población estándar se necesita y por lo consiguiente se utilizara el Población Mundial Estándar de la OMS.

Una limitación del uso de datos de los registros del cáncer es que pueden tener diferente cobertura (hospital, sub. población nacional etc.) y eso puede reflejarse en el número de casos notificados, de manera que un sub registro puede ocurrir.

Continúa en la página siguiente

⁶ World Health Organization (WHO). World health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. WHO. Geneva 2002.

⁷ Stewart B.W. and Kleihues P. (Eds): World Cancer Report. IARC Press. 2003 op. cit.

AVPP por Cáncer del pulmón

Nombre	Tasa de años de vida potencial perdidos (AVPP) debido al cáncer de pulmón incluyendo tráquea y bronquios (ICD10 C33, C34)
Definición	Los AVPP son una medida de muerte prematura. Los AVPP por cáncer de pulmón incluyendo tráquea y bronquios miden el número del total de años adicionales que estas personas habrían vivido de no haber muerto de cáncer de pulmón incluyendo tráquea y bronquios. Las muertes prematuras se refieren a muertes ocurridas antes de la expectativa de vida por edad específica de cada país. La tasa se expresa por cada 100,000.
Definición de casos	Muerte prematura debida cáncer de pulmón incluyendo tráquea y bronquios.
Método de calculo	$\frac{\left(\text{expectativa de vida estimada} - \text{edad promedio en muertes prematuras} \right) \times \text{número de muertes prematuras}}{\text{Población debajo de la expectativa de vida estimada}} \times 100,000$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: $\left(\text{expectativa de vida estimada} - \text{edad promedio en muertes prematuras} \right) \times \text{número de muertes prematuras}$ • <u>Denominador</u>: Población debajo de la expectativa de vida • <u>Unidad de medida</u>: por 100,000 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: hombre, mujer; edad por debajo de la expectativa de vida (de acuerdo al país) • <u>Frecuencia de recaudación</u>: anual
Fuente de datos	Se obtendrá a partir de registros de mortalidad correspondientes y tablas de expectativa de vida de la OMS específicas por país.

Continúa en la página siguiente

AVPP por Cáncer del pulmón, continuación

Importancia y racional

Los AVPP debido a cáncer de pulmón incluyendo tráquea y bronquios pueden ser usados por la comunidad de salud pública y los investigadores para evaluar el impacto de los programas de promoción para la salud de detección, cambios de estilo y modificación de los factores de riesgo que aumenten la calidad y expectativa de vida.

Limitaciones de indicadores y Fuente de datos

Uno de los problemas es que la muerte a una edad temprana parece a veces ponderarse demasiado al calcular los AVPP. Todos los años de vida venideros son ponderados por igual.

Otra limitación importante es que esos AVPP no representan la cantidad de discapacidad o sufrimiento de calidad de vida que conllevan ciertas condiciones de salud. Esto se medirá utilizando `Años de Vida Ajustados en Función de la Discapacidad` (DALYs en ingles).

Tasa de mortalidad por cáncer de seno

Nombre	Tasa estandarizada de mortalidad por edad por 100,000 habitantes de muertes de mujeres de <70 años debido a cáncer de seno. (ICD10 C50)
Definición	Total de defunciones en mujeres de <70 años por cáncer de seno expresadas por 100,000 habitantes estandarizados con una población estándar. Esto es necesario para el control de la diferencia en la distribución de la edad de país en país. La Población Mundial Estándar de la OMS, refleja la estructura del promedio de edad mundial esperada para la siguiente generación (de 2000 a 2025), será utilizada.
Definición de casos	Tasa estandarizada de mortalidad por edad por cada 100,000 muertes de mujeres de <70 años por cáncer de seno.
Método de calculo	La suma de las tasas de mortalidad ponderadas específicas para edad por 100,000 habitantes (en agrupaciones de 5 años) para muertes de mujeres de <70 años por cáncer de seno, utilizando la Población Mundial Estándar de la OMS.
Parámetros	• <u>Unidad de medida</u>: por 100,000 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: mujer; edad <70 años • <u>Frecuencia de recaudación</u>: anual
Fuente de datos	Registros de cáncer del país y distribución de población.
Importancia y racional	La incidencia del cáncer de seno en América Latina es 25.9-46/100,000 y la tasa de mortalidad es aproximadamente 10.5-15.1/100,000. ⁸ El cáncer de seno se considera una causa de muerte evitable con tasa de supervivencia elevada. Tasas crudas de mortalidad y estandarizadas así como los AVPP suministran información para las decisiones con respecto a la detección y nivel de atención de salud del fortalecimiento secundario y terciaria.

Continúa en la página siguiente

⁸ Ferlay J. et al. GLOBOCAN 2002: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. 2004, op. cit

Tasa de mortalida por cáncer de seno, continuación

Características de indicadores fuentes de datos

La tasa de mortalidad por edad estandarizada puede ser utilizada para comparar las tasas de mortalidad de los países sin verse afectada por la diferencia en la distribución de las edades de país a país. Sin utilizar esta estandarización, puede ser poco claro si la variación de las tasas de mortalidad fueron dadas por la diferencia entre la distribución o como resultado de otros factores.

Una limitación del uso de datos de los registros del cáncer es que pueden tener diferente cobertura (hospital, sub. población nacional etc.) y eso puede reflejarse en el número de casos notificados, de manera que un sub registro puede ocurrir.

Continúa en la página siguiente

AVPP por cáncer de seno

Nombre	Años de vida potencial perdidos (AVPP) debido cáncer de seno de mujeres(ICD 10 C50)
Definición	Los AVPP son una medida de muerte prematura. Los AVPP por cáncer de seno miden el número del total de años adicionales que estas mujeres habrían vivido, de no haber muerto de cáncer de seno. Las muertes prematuras se refieren a muertes ocurridas antes de la expectativa de vida específica por edad del país. La tasa se expresa por cada 100,000 habitantes.
Definición de casos	Muerte prematura de mujeres debido a cáncer de seno.
Método de calculo	$\frac{\left(\text{expectativa de vida femenina estimada} - \text{edad promedio en muertes femeninas prematuras} \right) \times \text{número de muertes femeninas prematuras}}{\text{Población femenina debajo de la expectativa de vida estimada}} \times 100,000$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: $\left(\text{expectativa de vida femenina estimada} - \text{edad promedio en muertes femeninas prematuras} \right) \times \text{número de muertes femeninas prematuras}$ • <u>Denominador</u>: Población de mujeres debajo de la expectativa de vida. • <u>Unidad de medida</u>: por 100,000 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: mujer; edad por debajo de la expectativa de vida (de acuerdo al país) • <u>Frecuencia de recaudación</u>: anual
Fuente de datos	Obtenido a partir de registros de mortalidad correspondientes y tablas de expectativa de vida de la OMS específicas por país
Importancia y racional	Los AVPP debido a cáncer de seno pueden ser usados por la comunidad de salud pública y los investigadores para evaluar el impacto de los programas de promoción para la salud con la detección, cambios de estilo y modificación de los factores de riesgo que aumenten la calidad y expectativa de vida.

Continúa en la página siguiente

AVPP por cáncer de seno, continuación

**Limitaciones de
indicadores y
Fuente de datos**

Uno de los problemas es que la muerte a una edad temprana parece a veces ponderarse demasiado al calcular los AVPP. Todos los años de vida venideros son ponderados por igual.

Otra limitación importante es que esos AVPP no representan la cantidad de discapacidad o sufrimiento de calidad de vida que conllevan ciertas condiciones de salud.

Tasa de mortalidad por cáncer del sistema digestivo

Nombre	Tasa estandarizada de mortalidad por cada 100,000 habitantes para muertes de individuos de <70 años debido a cáncer del sistema digestivo (ICD10 C15-C26, C48)
Definición	Total de defunciones en individuos de <70 años por cáncer del sistema digestivo expresadas por 100,000 habitantes estandarizados con una población estándar. Esto es necesario para el control de la diferencia en la distribución de la edad de un país a otro. La Población Mundial Estándar de la OMS, refleja la estructura del promedio de edad mundial esperada para la siguiente generación (de 2000 a 2025), será utilizada.
Definición de casos	Tasa estandarizada de mortalidad por edad por 100,000 muertes de individuos de <70 años por cánceres del sistema digestivo.
Método de calculo	La suma de las tasas de mortalidad ponderadas específicas para edad por 100,000 habitantes (en agrupaciones de 5 años) para muertes de individuos de <70 años por cánceres del sistema digestivo, utilizando la Población Mundial Estándar de la OMS.
Parámetros	• <u>Unidad de medida</u>: por 100,000 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: hombre, mujer; edad <70 años • <u>Frecuencia de recaudación</u>: anual
Fuente de datos	Registros de cáncer del país u otro registro nacional de mortalidad
Importancia y racional	Los cánceres de colon, recto y estómago son algunos de los más comunes en América Latina y continúan aumentando en el Caribe. La morbilidad y mortalidad por cáncer de, colon y recto, cavidad bucal y faringe, puede reducirse mediante medidas preventivas y programas de detección temprana y tratamiento.

Continúa en la página siguiente

Tasa de mortalidad por cáncer del sistema digestivo, continuación

Características de indicadores fuentes de datos

La tasa estandarizada de mortalidad por edad puede ser utilizada para comparar las tasas de mortalidad de los países sin que se afecte por la diferencia en la distribución de las edades de país en país. Sin utilizar esta estandarización, puede ser poco claro si la variación de las tasas de mortalidad fueron dadas por la diferencia entre la distribución o como resultado de otros factores.

Una limitación del uso de datos de los registros del cáncer es que pueden tener diferente cobertura (hospital, sub. población nacional etc.) y eso puede reflejarse en el número de casos notificados, de manera que un sub registro puede ocurrir.

Continúa en la página siguiente

AVPP por cáncer del sistema digestivo

Nombre	Años de vida potencial perdidos (AVPP) debido a cánceres del sistema digestivo. (ICD10 C15-C26, C48)
Definición	Los AVPP son una medida de muerte prematura. Los AVPP por cáncer del sistema digestivo miden el número de años adicionales que estas personas habrían vivido de no haber muerto de cáncer del sistema digestivo. Las muertes prematuras se refieren a muertes ocurridas antes de la expectativa de vida específica por edad. La tasa se expresa por cada 100,000.
Definición de casos	muerte prematura debido a cáncer del sistema digestivo
Método de cálculo	$\frac{\left(\text{expectativa de vida estimada} - \text{edad promedio en muertes prematuras} \right) \times \text{número de muertes prematuras}}{\text{Población debajo de la expectativa de vida estimada}} \times 100,000$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: $\left(\text{expectativa de vida estimada} - \text{edad promedio en muertes prematuras} \right) \times \text{número de muertes prematuras}$ • <u>Denominador</u>: población debajo de la expectativa de vida • <u>Unidad de medida</u>: por 100,000 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: hombre, mujer; edad por debajo de la expectativa de vida del país • <u>Frecuencia de recaudación</u>: anual
Fuente de datos	Obtenido a partir de registros de mortalidad correspondientes y tablas de expectativa de vida de la OMS específicas por país.

Continúa en la página siguiente

AVPP por cáncer del sistema digestivo, continuación

Importancia y racional

Los AVPP debido a cánceres del sistema digestivo pueden ser usados por la comunidad de salud pública y los investigadores para evaluar el impacto de los programas de promoción para la salud en detección, cambios de estilo y modificación de los factores de riesgo que aumenten la calidad y expectativa de vida.

Características de indicadores fuentes de datos

Uno de los problemas es que la muerte a una edad temprana parece a veces ponderarse demasiado al calcular los AVPP. Todos los años de vida venideros son ponderados por igual.

Otra limitación importante es que esos AVPP no representan la cantidad de discapacidad o sufrimiento/calidad de vida que conllevan ciertas condiciones de salud. Esto se mide usando `Años de Vida Ajustados en Función de la Discapacidad` (DALYs en ingles).

Tasa de mortalidad por diabetes

Nombre	Tasa estandarizada de mortalidad por 100,000 habitantes de muertes de individuos de <70 años debido a diabetes o causa subyacente a la diabetes. (IC10 E10-E14),
Definición	Total de defunciones en <70 años por diabetes expresadas por 100,000 habitantes estandarizados con una población estándar. Esto es necesario para el control de la diferencia en la distribución de la edad de un país a otro. La Población Mundial Estándar de la OMS, refleja la estructura del promedio de edad mundial esperada para la siguiente generación (de 2000 a 2025), será utilizada.
Definición de casos	Tasa estandarizada de mortalidad por edad por 100,000 muertes <70 años por diabetes o causa subyacente de la diabetes
Método de calculo	La suma de las tasas de mortalidad ponderadas específicas para edad por 100,000 habitantes (en agrupaciones de 5 años) de muertes de individuos de <70 años por diabetes o causas subyacentes a la diabetes, utilizando la Población Mundial Estándar de la OMS
Parámetros	• <u>Unidad de medida</u>: por 100,000 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: hombre, mujer; edad <70 años • <u>Frecuencia de recaudación</u>: anual
Fuente de datos	Registros de mortalidad nacionales.
Importancia y racional	Las tasas de mortalidad de la diabetes se originan principalmente a través de la información de diabetes como causa asociada de muerte debida a las complicaciones de naturaleza cardiovascular, insuficiencia renal o las complicaciones de las amputaciones. Las complicaciones a largo plazo de la diabetes y la muerte prematura pueden prevenirse a través del control temprano y regular, y a través de la detección de las enfermedades. Medios para prevenir las complicaciones y la muerte incluyen calidad de atención incluida educación de pacientes, provisión de adecuados y oportunos servicios de detección y atención médica, educación del paciente y el manejo de las mismas.

Tasa de mortalidad por diabetes, continuación

**Características
de indicadores
fuentes de datos**

La tasa estandarizada de mortalidad por edad puede ser utilizada para comparar las tasas de mortalidad de los países sin que se afecte por la diferencia en la distribución de las edades de un país a otro. Sin utilizar esta estandarización, puede ser poco claro si la variación de las tasas de mortalidad fueron dadas por la diferencia entre la distribución o como resultado de otros factores.

El uso de la población estándar es necesitado y para este propósito la Población Mundial Estándar de la OMS será utilizada.

Continúa en la página siguiente

AVPP por diabetes

Nombre	Años de vida potencial perdidos (AVPP) por diabetes o causa subyacente a esta. (ICD10 E10-E14)
Definición	Los AVPP son una medida de muerte prematura. Los AVPP por diabetes o causas subyacentes a esta miden el número del total de años adicionales que estas personas habrían vivido de no haber muerto de diabetes o causa subyacente. Las muertes prematuras se refieren a las muertes que ocurren en individuos antes de cumplir la expectativa de vida. La tasa se expresa por 100,000.
Definición de casos	Muerte prematura debida a la diabetes o una complicación relacionada.
Método de calculo	$\frac{\left(\text{expectativa de vida estimada} - \text{edad promedio en muertes prematuras} \right) \times \text{número de muertes prematuras}}{\text{Población debajo de la expectativa de vida estimada}} \times 100,000$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: $\left(\text{expectativa de vida estimada} - \text{edad promedio en muertes prematuras} \right) \times \text{número de muertes prematuras}$ • <u>Denominador</u>: población debajo de la expectativa de vida • <u>Unidad de medida</u>: por 100,000 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: hombre, mujer; edad por debajo de la expectativa de vida del país • <u>Frecuencia de recaudación</u>: anual
Fuente de datos	Obtenido a partir de registros de mortalidad correspondientes y tablas de expectativa de vida de la OMS

Continúa en la página siguiente

AVPP por diabetes, continuación

Importancia y racional

Los AVPP debido a diabetes pueden ser usados por la comunidad de salud pública y los investigadores para evaluar la repercusión de programas de detección, cambios del modo de vida y manejo de enfermedades para aumentar la expectativa de vida de la población.

Limitaciones de indicadores y Fuente de datos

Uno de los problemas es que la muerte a una edad temprana parece a veces ponderarse demasiado al calcular los AVPP. Todos los años de vida venideros son sopesados por igual.

Otra limitación importante es que esos AVPP no representan la cantidad de discapacidad o sufrimiento de calidad de vida que conllevan ciertas condiciones de salud.

Tasa de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas

Nombre	Tasa estandarizada de mortalidad por 100,000 habitantes para muertes <70 años debida a enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas (ICD10 J40-J47)
Definición	Total de defunciones en <70 años por enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas (ICD10 J40-47) expresadas por 100,000 habitantes estandarizados con una población estándar. Esto es necesario para el control de la diferencia en la distribución de la edad de país a país. La Población Mundial Estándar de la OMS, refleja la estructura del promedio de edad mundial esperada para la siguiente generación (de 2000 a 2025), y será utilizada
Definición de casos	Tasa estandarizada de mortalidad por edad por 100,000 muertes en individuos de <70 años a causa de enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas utilizando la Población Mundial Estándar de la OMS.
Método de calculo	La suma de las tasas de mortalidad ponderadas específicas para enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas por 100,000 habitantes (en agrupaciones de 5 años) para muertes en individuos de <70 años por enfermedades de las vías respiratorias bajas, utilizando la Población Mundial Estándar de la OMS.
Parámetros	• <u>Unidad de medida</u>: por 100,000 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: hombre, mujer; edad <70 años • <u>Frecuencia de recaudación</u>: anual
Fuente de datos	Estadísticas vitales del país o registro específico de enfermedades.

Continúa en la página siguiente

Tasa de mortalidad por enfermedades crónica de las vías respiratorias bajas, continuación

Importancia y racional

La mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas ha aumentado un 40% en las últimas dos décadas y eliminar el consumo de tabaco es la manera más eficaz de reducir la morbilidad y mortalidad debido a las enfermedades de las vías respiratorias inferiores ya que aproximadamente 90% de los casos de enfermedades pulmonar obstructivas crónicas (EPOC) son atribuibles a fumar.⁹ Otros factores de riesgo de enfermedades de las vías respiratorias inferiores incluyen exposición laboral y contaminación del aire.⁹

Características de indicadores y fuentes de datos

La precisión con la que se reportan muerte a causa de las neuropatías crónicas, incluidas la EPOC y el asma es baja, especialmente entre las muertes de personas de >35 años de edad.

Limitaciones de indicadores y fuente de datos

La tasa estandarizada de mortalidad por edad puede ser utilizada para comparar las tasas de mortalidad de los países sin que se afecte por la diferencia en la distribución de las edades de país a país. Sin utilizar esta estandarización, puede ser poco claro si la variación de las tasas de mortalidad fueron dadas por la diferencia entre la distribución o como resultado de otros factores. El uso de la población estándar es necesitado y para este propósito la Población Mundial Estándar de la OMS será utilizada.

Una limitación del uso de datos de los registros del cáncer es que pueden tener diferente cobertura (hospital, sub. población nacional etc.) y eso puede reflejarse en el número de casos notificados, de manera que un sub registro puede ocurrir.

Continúa en la página siguiente

⁹ World Health Organization (WHO). World health report 2002. 2002 op.cit.

AVPP por enfermedades crónica de las vías respiratorias bajas

Nombre	Años de vida potencial perdidos (AVPP) debido a enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas. (ICD10 J40-J47)
Definición	Los AVPP son una medida de muerte prematura. Los AVPP por enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas miden el número del total de años adicionales que estas personas habrían vivido, de no haber muerto de enfermedades de las vías respiratorias. Las muertes prematuras se refieren a muertes ocurridas antes de la expectativa de vida específica por edad. La tasa se expresa por cada 100,000
Definición de casos	Muerte prematura debida a enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas.
Método de calculo	$\frac{\left(\text{expectativa de vida estimada} - \text{edad promedio en muertes prematuras} \right) \times \text{número de muertes prematuras}}{\text{Población debajo de la expectativa de vida estimada}} \times 100,000$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: $\left(\text{expectativa de vida estimada} - \text{edad promedio en muertes prematuras} \right) \times \text{número de muertes prematuras}$ • <u>Denominador</u>: población debajo de la expectativa de vida • <u>Unidad de medida</u>: por 100,000 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: hombre, mujer; edad por debajo de la expectativa de vida del país • <u>Frecuencia de recaudación</u>: anual
Fuente de datos	Obtenido a partir de registros de mortalidad correspondientes y tablas de expectativa de vida de la OMS específicas por país.

Continúa en la página siguiente

AVPP por enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas, continuación

Importancia y racional

Los AVPP debido a enfermedades de las vías respiratorias pueden ser usados por la comunidad de salud pública y los investigadores para evaluar el impacto de los programas de promoción para la salud en detección, cambios de estilo y modificación de los factores de riesgo para el aumento de la calidad y de la expectativa de vida.

Limitaciones de indicadores y Fuente de datos

Uno de los problemas es que la muerte a una edad temprana parece a veces ponderarse demasiado al calcular los AVPP. Todos los años de vida venideros son ponderados por igual.

Otra limitación importante es que esos AVPP no representan la cantidad de discapacidad o sufrimiento de calidad de vida que conllevan ciertas condiciones de salud. Esto será medido utilizando 'Años de Vida Ajustados en Función de la Discapacidad' (DALYs en ingles).

Tasa de mortalidad por causas externas

Nombre	Tasa estandarizada de mortalidad por 100,000 habitantes en muertes de individuos de <70 años debido a causas externas incluyendo todos los tipos de accidentes de transporte: caídas accidentales, ahogamientos, lesiones intencionales a sí mismo; y homicidio y lesiones realizadas por otra persona.
Definición	Total de defunciones en individuos de <70 años por causas externas expresadas por 100,000 habitantes estandarizados con una población estándar. Esto es necesario para el control de la diferencia en la distribución de la edad de país en país. La Población Mundial Estándar de la OMS, refleja la estructura del promedio de edad mundial esperada para la siguiente generación (de 2000 a 2025) y será utilizada.
Definición de casos	Tasa estandarizada de mortalidad por edad por cada 100,000 muertes en individuos de <70 años por causas externas
Método de calculo	La suma de las tasas de mortalidad ponderadas específicas para edad por 100,000 habitantes (en agrupaciones de 5 años) para muertes en individuos de <70 años por causas externas, utilizando la Población Mundial Estándar de la OMS.
Parámetros	• <u>Unidad de medida</u>: por 100,000 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: hombre, mujer; edad <70 años • <u>Frecuencia de recaudación</u>: anual
Fuente de datos	Registros de mortalidad y estadísticas vitales
Importancia y racional	Defunciones debido a causas externas son una parte importante de las causas de la colección de muertes porque se usan para la vigilancia de lesiones y suministran información valiosa de apoyo para el desarrollo de políticas para prevención de lesiones.

Continúa en la página siguiente

Tasa de mortalidad por causas externas, continuación

**Limitaciones de
indicadores y
Fuente de datos**

El indicador puede subestimar el número real de defunciones, ya que un porcentaje de estas defunciones no ocurren en hospitales y no se puede registrar, también si hay traumatismos múltiples el código usado puede no representar la causa real de muerte.

Continúa en la página siguiente

AVPP por causas externas

Nombre	Años de vida potencial perdidos (AVPP) debido a causas externas (ICD10 V01-Y89)
Definición	Los AVPP son una medida de muerte prematura. Los AVPP por causas externas (ICD 10 V01-Y89) miden el número del total de años adicionales que estas personas habrían vivido de no haber muerto por causas externas. Las muertes prematuras se refieren a muertes ocurridas antes de la expectativa de vida específica por edad. La tasa se expresa por cada 100,000.
Definición de casos	Muerte prematura debida a causas externas.
Método de calculo	$\frac{\left(\text{expectativa de vida estimada} - \text{edad promedio en muertes prematuras} \right) \times \text{número de muertes prematuras}}{\text{Población debajo de la expectativa de vida estimada}} \times 100,000$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: $\left(\text{expectativa de vida estimada} - \text{edad promedio en muertes prematuras} \right) \times \text{número de muertes prematuras}$ • <u>Denominador</u>: población debajo de la expectativa de vida • <u>Unidad de medida</u>: por 100,000 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: hombre, mujer; edad por debajo de la expectativa de vida del país • <u>Frecuencia de recaudación</u>: anual
Fuente de datos	Obtenido a partir de registros de mortalidad correspondientes y tablas de expectativa de vida de la OMS específicas por país.

Continúa en la página siguiente

AVPP por causas externas, continuación

Importancia y racional

Los AVPP debido a causas externas pueden ser usados por la comunidad de salud pública y los investigadores para evaluar el impacto de los programas de promoción para la salud en detección, cambios de estilo y modificación de los factores de riesgo para el aumento de calidad y de la expectativa de vida.

Limitaciones de indicadores y Fuente de datos

Uno de los problemas es que la muerte a una edad temprana parece a veces ponderarse demasiado al calcular los AVPP. Todos los años de vida venideros son ponderados por igual.

Otra limitación importante es que esos AVPP no representan la cantidad de discapacidad o sufrimiento en la calidad de vida que conllevan ciertas condiciones de salud. Esto se medirá utilizando `Años de Vida Ajustados en Función de la Discapacidad` (DALYs en ingles).

Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre

Nombre	Tasa estandarizada de mortalidad por cada 100,000 habitantes de muertes en individuos de <70 años debido a accidentes de transporte terrestre (ICD10 V01-V89)
Definición	Total de defunciones en individuo de <70 años por accidentes de transporte terrestres expresado por cada 100, 000 habitantes estandarizados con una población estándar. Esto es necesario para el control de la diferencia en la distribución de la edad de país en país. La Población Estándar de la OMS, refleja la estructura del promedio de edad mundial esperada para la siguiente generación (de 2000 a 2025), y será utilizada.
Definición de casos	Tasa estandarizada de mortalidad por edad por cada 100,000 muertes en individuos de <70 años por accidentes de transporte terrestre.
Método de calculo	La suma de las tasas de mortalidad ponderadas específicas para edad por cada 100,000 habitantes (en agrupaciones de 5 años) por muertes en individuos de <70 años por accidentes de transporte terrestre, utilizando la Población Mundial Estándar de la OMS.
Parámetros	• <u>Unidad de medida</u>: por 100,000 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: hombre, mujer; edad <70 años • <u>Frecuencia de recaudación</u>: anual
Fuente de datos	Registros de mortalidad nacionales
Importancia y racional	Los accidentes de transporte terrestre son una causa principal de lesiones mortales y no mortales y las defunciones debidas a accidentes de transporte terrestre son una parte importante de las causas de recopilación de datos de mortalidad porque se usan para la vigilancia de las lesiones debidas a accidentes de tránsito y suministran información valiosa para apoyar el desarrollo de políticas para la prevención de accidentes y prevención de lesiones.

Continúa en la página siguiente

Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre, continuación

**Limitaciones de
indicadores y
Fuente de datos**

El indicador puede subestimar el número real de defunciones ya que un porcentaje de estas defunciones no ocurren en hospitales y no puede registrarse, también si hay traumatismos múltiples el código usado puede no representar la causa real de muerte.

Continúa en la página siguiente

AVPP por accidentes de transporte terrestre

Nombre	Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP) debido a accidentes de transporte terrestre. (ICD 10 V01-V89)
Definición	Los AVPP son una medida de muerte prematura. Los AVPP por accidentes de transporte terrestre miden el número del total de años adicionales que estas personas habrían vivido de no haber muerto de accidentes de transporte terrestre. Las muertes prematuras se refieren a muertes ocurridas antes de la expectativa de vida específica por edad de acuerdo al país. La tasa se expresa por cada 100,000.
Definición de casos	muerte prematura debida a accidentes de transporte terrestre
Método de calculo	$\frac{\left(\text{expectativa de vida estimada} - \text{edad promedio en muertes prematuras} \right) \times \text{número de muertes prematuras}}{\text{Población debajo de la expectativa de vida estimada}} \times 100,000$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: $\left(\text{expectativa de vida estimada} - \text{edad promedio en muertes prematuras} \right) \times \text{número de muertes prematuras}$ • <u>Denominador</u>: población debajo de la expectativa de vida • <u>Unidad de medida</u>: por 100,000 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: hombre, mujer; edad por debajo de la expectativa de vida del país • <u>Frecuencia de recaudación</u>: anual
Fuente de datos	Obtenido a partir de registros de mortalidad correspondientes y tablas de expectativa de vida de la OMS específicas por país.

Continúa en la página siguiente

AVPP por accidentes de transporte terrestre, continuación

Importancia y racional

Los AVPP debido a accidentes de transporte terrestre pueden ser usados por la comunidad de salud pública y los investigadores para evaluar el impacto de los programas de promoción para la salud, detección, cambios de estilo y modificación de los factores de riesgo para el aumento de calidad y de la expectativa de vida.

Limitaciones de indicadores y Fuente de datos

Uno de los problemas es que la muerte a una edad temprana parece a veces ponderarse demasiado al calcular los AVPP. Todos los años de vida venideros son ponderados por igual.

Otra limitación importante es que esos AVPP no representan la cantidad de discapacidad o sufrimiento/calidad de vida que conllevan ciertas condiciones de salud.

Tasa de mortalidad por homicidios o lesiones al propósito

Nombre	Tasa estandarizada de mortalidad por 100,000 habitantes por muertes en individuos de <70 años debida a homicidios o lesiones al propósito. (ICD10 X85-Y09)
Definición	Total de defunciones de individuos de <70 años por homicidios expresadas por cada 100,000 habitantes estandarizados con una población estándar. Esto es necesario para el control de la diferencia en la distribución de la edad de país en país. La Población Mundial Estándar de la OMS, refleja la estructura del promedio de edad mundial esperada para la siguiente generación (de 2000 a 2025) y será utilizada.
Definición de casos	Tasa estandarizada de mortalidad por edad por cada 100,000 muertes en individuos de <70 años por homicidios.
Método de calculo	La suma de las tasas de mortalidad ponderadas específicas para edad por cada 100,000 habitantes (en agrupaciones de 5 años) por muertes de <70 años por homicidios o por lesiones al propósito, utilizando la Población Mundial Estándar de la OMS.
Parámetros	• <u>Unidad de medida</u>: por 100,000 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: hombre, mujer; edad <70 años • <u>Frecuencia de recaudación</u>: anual
Fuente de datos	Registros de mortalidad nacionales.
Importancia y racional	Defunciones por homicidio son una parte importante de las causas de colección de muertes porque apoyan la formulación de políticas para prevención de lesiones.

Continúa en la página siguiente

Tasa de mortalidad por homicidios o lesiones al propósito, continuación

Limitaciones de indicadores y Fuente de datos	El indicador puede subestimar el número real de defunciones ya que un porcentaje de estas defunciones no ocurren en hospitales y no pueden registrarse apropiadamente. También si hay traumatismos múltiples el código usado puede no representar la causa real de muerte
--	---

Continúa en la página siguiente

AVPP por homicidios o lesiones al propósito

Nombre	Años de vida potencial perdidos (AVPP) debido a homicidios (ICD10 X85-Y09)
Definición	Los AVPP son una medida de muerte prematura. Los AVPP por homicidios miden el número del total de años adicionales que estas personas habrían vivido, de no haber muerto por homicidios. Las muertes prematuras se refieren a muertes ocurridas antes de la expectativa de vida específica por edad. La tasa se expresa por cada 100,000.
Definición de casos	Muerte prematura debida a homicidios.
Método de calculo	$\frac{\left(\text{expectativa de vida estimada} - \text{edad promedio en muertes prematuras} \right) \times \text{número de muertes prematuras}}{\text{Población debajo de la expectativa de vida estimada}} \times 100,000$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: $\left(\text{expectativa de vida estimada} - \text{edad promedio en muertes prematuras} \right) \times \text{número de muertes prematuras}$ • <u>Denominador</u>: población debajo de la expectativa de vida • <u>Unidad de medida</u>: por 100,000 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: hombre, mujer; edad por debajo de la expectativa de vida del país • <u>Frecuencia de recaudación</u>: anual
Fuente de datos	Obtenido a partir de registros de mortalidad correspondientes y tablas de expectativa de vida de la OMS específicas por país.

Continúa en la página siguiente

AVPP por homicidios o lesiones al propósito, continuación

Importancia y racional

Los AVPP debido a homicidios pueden ser usados por la comunidad de salud pública y los investigadores para evaluar el impacto de los programas de promoción para la salud en detección, cambios de estilo y modificación de los factores de riesgo para el aumento de calidad y de la expectativa de vida.

Limitaciones de indicadores y Fuente de datos

Uno de los problemas es que la muerte a una edad temprana parece a veces ponderarse demasiado al calcular los AVPP. Todos los años de vida venideros son ponderados por igual.

Otra limitación importante es que esos AVPP no representan la cantidad de discapacidad o sufrimiento en la calidad de vida que conllevan ciertas condiciones de salud. Esto se medirá utilizando `Años de Vida Ajustados en Función de la Discapacidad` (DALYs en inglés).

Sección II: Prevalencia e Incidencia de Ciertas ENCTs

Prevalencia de diabetes mellitus

Nombre	Prevalencia de diabetes mellitus(ICD10 E10-E14)
Definición	Diabéticos registrados en la población durante un año dado, expresado como un porcentaje de la población a mediados del año correspondiente
Definición de casos	Un individuo que reporta haber sido diagnosticado alguna vez con diabetes por un profesional de la salud. Se expresa como porcentaje de los entrevistados en la encuesta. Diabetes Mellitus se define ¹⁰ como glucosa en plasma elevada en ayunas de ≥ 7 mmol/l (126 mg/dl) o una prueba de tolerancia oral a la glucosa (glucosa de 2-h) de ≥ 11.1 mmol/l (200 mg/dl). Ayuno se define como ninguna ingesta calórica al menos 8 horas antes de la medición.
Método de calculo	$\frac{\text{número de entrevistados que reportaron haber sido diagnosticados alguna vez con diabetes}^{10}}{\text{Número total de personas que respondieron la encuesta}}$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: número de entrevistados que informaron haber sido diagnosticados alguna vez con diabetes (e.g. glucosa en plasma elevada en ayunas de ≥ 7 mmol/l (126 mg/dl) o una prueba de tolerancia oral a la glucosa (glucosa 2-h) de ≥ 11.1 mmol/l (200 mg/dl)) por un profesional de la salud • <u>Denominador</u>: Número total de personas que respondieron la encuesta • <u>Unidad de medida</u>: por 100 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: hombres, mujeres; edades 25-64 y por grupos 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años

Continúa en la página siguiente

¹⁰ World Health Organization (WHO). Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: report of a WHO/IDF consultation. WHO. Geneva 2006

Prevalencia de diabetes mellitus, continuación

Fuente de datos	Encuestas de factores de riesgo nacionales o subnacionales. (STEPS o similar)
Importancia y racional	Este indicador es útil vigilar la aparición de la diabetes, para informar las intervenciones para el tratamiento, la acción de política, la evaluación de los programas de prevención de la diabetes.
Limitaciones de indicadores y Fuente de datos	Hay varias limitaciones con este indicador. La primera limitación es que aproximadamente un tercio de casos de diabetes no son diagnosticados. Del mismo modo que todas las encuestas muestrales reportadas, los datos quizá estén sujetos al error sistemático resultante de no cobertura, falta de respuesta o medición.

Continúa en la página siguiente

Incidencia de diabetes mellitas

Nombre	Incidencia de diabetes ellitus (ICD10 E10-E14)
Definición	Población que reporta haber sido diagnosticada durante el último año con diabetes por un profesional de la salud. Se expresa como un porcentaje de los entrevistados de la encuesta.
Definición de casos	Un individuo que informa que ha sido diagnosticado con diabetes durante el año pasado por un profesional de salud O Incidencia de diabetes detectada por primera vez a través del sistema de salud. Diabetes Mellitus se define¹¹ como glucosa en plasma elevada en ayunas de ≥ 7 mmol/l (126 mg/dl) o glucosa en plasma 2-h de ≥ 11.1 mmol/l (200 mg/dl). Ayuno se define como ninguna ingesta calórica al menos 8 horas antes de la medición.
Método de calculo	$\frac{\text{número de entrevistados que reportaron haber sido diagnosticados con diabetes}^{11} \text{ durante el año pasado}}{\text{Número total de personas que respondieron la encuesta}}$ OR $\frac{\text{número de entrevistados que tienen glucosa en plasma en ayunas elevada}^{11} \text{ medido en un centro de salud durante el año pasado}}{\text{Número total de personas (edades 25 - 64) cuyas glucosa en plasma en ayunas fue medida durante el año pasado}}$

Continúa en la página siguiente

¹¹ World Health Organization (WHO). Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: report of a WHO/IDF consultation. 2006, op cit.

Incidencia de diabetes mellitus, continuación

Parámetros

- Numerador: Número de entrevistados reportaron haber sido diagnosticados con diabetes mellitas en un centro de salud durante el año pasado

0

Número de entrevistados que tienen glucosa en plasma en ayunas elevada¹¹ medido en un centro de salud durante el año pasado

- Denominador: número total de personas que respondieron la encuesta

0

Número total de personas (edades 25-64) cuyas glucosa en plasma en ayunas fue medida durante el año pasado

- Unidad de medida: por 100
- Tipo: Tasa
- Categorías: hombres, mujeres; edad 25-64 y por grupos 25-34, 35-44, 45-54, 55-64
- Frecuencia de recaudación: cada 3-5 años

Fuente de datos

Nacional o sub las encuestas de factores de riesgo nacionales. (STEPS o similar) 0 registros de diabetes adecuadamente constituidos

Importancia y racional

Este indicador mide la incidencia de diabetes en una zona geográfica definida y punto de tiempo específico. Es útil vigilar la aparición de la diabetes, y usar la vigilancia, para informar las intervenciones de tamizaje y la acción de política.

Limitaciones de indicadores y Fuente de datos

Hay varias limitaciones con este indicador. La primera limitación es que aproximadamente un tercio de casos de la diabetes no son diagnosticados. Si la información se usa de las encuestas muestrales de auto reporte, los datos quizás sean sujetos a error sistemático resultante de no cobertura, falta de respuesta o medición.

Prevalencia de hipertensión

Nombre	Prevalencia de hipertensión (ICD10 I10-I15)
Definición	Población que reporta haber sido diagnosticada con hipertensión por un profesional de la salud. Se expresa como un porcentaje de los entrevistados de la encuesta, para un año dado.
Definición de casos	Un individuo cuya presión arterial es $\geq 140/90$ mmHg ^{12, 13}
Método de calculo	$\frac{\text{número de entrevistados con presión arterial de } \geq \frac{140}{90} \text{ mmHg}^*}{\text{Número total de personas que respondieron la encuesta de un año dado}}$ * Se refiere a la presión arterial ya sea auto reportada o medida en un centro de salud
Parámetros	• <u>Numerador</u>: Número de entrevistados con una tensión arterial $\geq 140/90$ mmHg (auto reportada o medida en un centro de salud) • <u>Denominador</u>: Número total de personas que respondieron la encuesta de un año dado • <u>Unidad de medida</u>: por 100 • <u>Tipo</u>: Tasa • <u>Categorías</u>: hombre, mujer; edades 25-64 y en agrupaciones 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años
Fuente de datos	Encuestas nacionales o sub nacionales de factores de riesgo (STEPS o similar)
Importancia y racional	Aproximadamente 20%–30% de los casos de cardiopatía coronaria y 20%–50% de accidentes cerebro vasculares son atribuibles a la hipertensión no controlada. ¹³ Complicaciones cardiovasculares relacionadas con presión arterial pueden ocurrir antes de la aparición de hipertensión establecida. De los factores de riesgo de estilos de vida la ingesta calórica excesiva, la inactividad física, consumo de alcohol excesivo e ingesta deficiente de potasio se relacionan con aparición o mantenimiento de presión arterial elevada.

Continúa en la página siguiente

¹² A.V. Chobanian et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*. 2003;42:1206-1252

¹³ World Health Organization (WHO), International Society of Hypertension Writing Group. 2003 WHO/ISH statement of management of hypertension. *J Hypertens* 2003;21(11):1983-1992

Prevalencia de hipertensión, continuación

Limitaciones de indicadores y Fuente de datos	El indicador puede que no incluya a personas con hipertensión que tienen su presión arterial bien controlada mediante los cambios de estilos de vida y sin medicación. Del mismo modo en todas las encuestas muestrales de auto reporte, es posible que los datos estén sujetos a los errores resultantes de no cobertura, falta de respuesta o ponderación de datos apropiada.
--	---

Incidencia de hipertensión

Nombre	Incidencia de hipertensión (ICD10 I10-I15)
Definición	La población que reporta haber sido diagnosticada con hipertensión ^{14, 15} (presión arterial de $\geq 140/90$ mmHg) por un profesional de la salud durante el año pasado expresado como porcentaje de población encuestada.
Definición de casos	Un individuo que se ha diagnosticado con hipertensión ^{14, 15} (presión arterial 140/90 mmHg) por un profesional de la salud durante el año pasado O Incidencia de hipertensión detectada por la primera vez a través del sistema de salud
Método de calculo	$\frac{\text{número de entrevistados que reportan haber sido diagnosticados con hipertensión}^{14,15} \text{ (presión arterial de } \geq 140 \text{ mmHg) durante el año pasado}}{\text{Número total de personas que respondieron la encuesta}}$ O $\frac{\text{número de entrevistados con presión arterial de } \geq \frac{140}{90} \text{ mmHg (medida en un centro de salud) durante el año pasado}}{\text{Número total de personas (edades 25 - 64) cuya presión arterial fue medida durante el año pasado}}$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: número de entrevistados que reportan haber sido diagnosticados con hipertensión^{14, 15} (presión arterial de $\geq 140/90$ mmHg) durante el año pasado O Número de entrevistados con presión arterial de $\geq 140/90$ mmHg (medida en un centro de salud) durante el año pasado • <u>Denominador</u>: número total de personas que respondieron la encuesta O Número total de personas (edades 25-64) cuya presión arterial fue medida durante el año pasado • <u>Unidad de medida</u>: por 100 • <u>Tipo</u>: Tasa • <u>Categorías</u>: hombre, mujer; edades 25-64 y por agrupaciones 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años

Continúa en la página siguiente

¹⁴ A.V. Chobaniana et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. 2003, op.cit.

¹⁵ World Health Organization (WHO), International Society of Hypertension Writing Group. 2003 WHO/ISH statement of management of hypertension. 2003, op.cit.

Incidencia de hipertensión, continuación

Fuente de datos	Nacional o sub las encuestas de factores de riesgo nacionales. (STEPS o similar) O Registros de hipertensión adecuadamente constituidos
Importancia y racional	Complicaciones cardiovasculares relacionadas con presión arterial pueden ocurrir antes de la aparición de la hipertensión establecida. Y aproximadamente 20%–30% de `cardiopatía` coronaria y 20%–50% de accidentes cerebrovasculares son atribuibles a la hipertensión ¹⁶ no controlada por consiguiente, el tamizaje y detección temprana puede ayudar a elaborar los programas dirigieron modificar los factores de riesgo de estilos de vida como `la ingesta` calórica excesiva, la inactividad física, el consumo de alcohol excesivo e `ingesta` de potasio deficiente se relacionan con la aparición o mantenimiento de la presión arterial elevada.
Limitaciones de indicadores y Fuente de datos	El indicador no puede incluir a personas con hipertensión que no han experimentado el tamizaje para la presión arterial. Del mismo modo que todas las encuestas se muestran auto notificadas, los datos quizá estén sujetos al error sistemático resultante de no cobertura, falta de respuesta o medición.

¹⁶ World Health Organization (WHO), International Society of Hypertension Writing Group. 2003 WHO/ISH statement of management of hypertension. 2003 op.cit.

Prevalencia de sobrepeso

Nombre	Prevalencia de sobrepeso en dultos y adolescentes
Definición	Población que reporta un índice de masa corporal (IMC) entre 25.00 y 29.99 kg/m ² calculado del peso y talla auto reportados o del peso y talla medidos, expresada como porcentaje de la población encuestada.
Definición de casos	Adulto: una persona con sobrepeso es un individuo cuyo IMC es entre 25.00-29.99 kg/m² Guías han establecido puntos adicionales del corte de IMC para el peso¹⁷: peso inferior al normal, <18.50 kg/m²; normal, 18.50-24.99 kg/m²; sobrepeso, 25.00-29.99 kg/m²; obesidad I 30.00-34.99 kg/m²; obesidad II 35.00-39.99 kg/m²; obesidad III ≥40.00 kg/m² Adolescente: Un adolescente con sobrepeso es un individuo cuyo IMC está en el 85^{vo} percentil, de acuerdo a la Referencia de la OMS de Crecimiento para Adolescentes del 2007.¹⁸
Método de calculo	Adultos: $\frac{\text{número de entrevistados con un IMC entre 25.00 - 29.99 } \frac{\text{kg}}{\text{m}^2}}{\text{Número total de personas que respondieron la encuesta y cuyos pesos y tallas fueron auto reportados o medidos}}$ Adolescentes: Un adolescente con sobrepeso es un individuo cuyo IMC está en el 85^{vo} porcentaje, de acuerdo a la Referencia de la OMS de Crecimiento para Adolescentes del 2007.

Continúa en la página siguiente

¹⁷ World Health Organization (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of the WHO consultation. *World Health Organ Tech Rep Ser.* 2000;894:i-xii, 1-253

¹⁸ Onis M. et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization.* 2007;85:660-667

Prevalencia de sobrepeso, continuación

Parámetros

- Numerador:
 - Adultos: Número de entrevistados que tienen un IMC entre 25.00-29.99 kg/m² calculado del peso y talla auto reportados o medidos.
 - Denominador: Número de personas que respondieron la encuesta y pesos y tallas fueron auto reportados o medidos
 - Unidad de medida: por 100
 - Tipo: Tasa
 - Adolescentes: Un adolescente con sobrepeso es un individuo cuyo IMC está en el 85^{vo} percentil, de acuerdo a la Referencia de la OMS de Crecimiento para Adolescentes del 2007
 - Categorías:
 - Adulto: hombre, mujer; edades 25-64 y por agrupaciones 25-34, 35-44, 45-54, 55-64.
 - Adolescente: hombre, mujer; edades 13-15 años
 - Frecuencia de recaudación: cada 3-5 años
-

Fuente de datos

Encuestas Nacionales o sub. nacionales de factores de riesgo nacionales (STEPS, GSHS)

Importancia y racional

La prevalencia de sobrepeso y obesidad han aumentando progresivamente en América Latina y Caribe. El sobrepeso puede conducir a la obesidad y aumenta la posibilidad de contraer varias enfermedades crónicas, incluidas cardiopatías, accidentes cerebro vasculares, hipertensión, diabetes de tipo II, osteoartritis y ciertos tipos de cáncer, esto es importante porque es prevenible y una cantidad apropiada, en intensidad y duración de actividad física regular en combinación con una dieta baja en grasas pueden disminuir el riesgo

Limitaciones de indicadores y Fuente de datos

Si los datos son auto reportados es posible que estén sujetos a errores y tienen limitaciones como que los entrevistados tienden a sobreestimar su talla y subestimar su peso, conduciendo a subestimación de IMC y de la prevalencia de sobrepeso.

Además para el análisis de datos es importante hacer la ponderación de datos cuando no hay una cobertura/respuesta de 100% y considerar posibles errores en la medición

Prevalencia de obesidad

Nombre

Prevalencia de obesidad

Definición

La población que reporta un índice de masa corporal (IMC) de más de 30.00 kg/m² calculado del peso y talla auto reportados o medidos, y expresada como porcentaje de población encuestada.

Definición de casos

Adulto: Una persona obesa es un individuo cuyo IMC es de 30.00 kg/m² o más.

Guías han establecido puntos adicionales del corte de IMC para el peso¹⁹: peso inferior al normal, <18.50 kg/m²; Normal, 18.50-24.99 kg/m²; sobrepeso, 25.00-29.99 kg/m²; obesidad I 30.00-34.99 kg/m²; obesidad II 35.00-39.99 kg/m²; obesidad III ≥ 40.00 kg/m²

Adolescente: Un adolescente obeso es un individuo cuyo IMC está en el 97^{vo} porcentaje, de acuerdo a la Referencia de la OMS de Crecimiento para Adolescentes del 2007.²⁰

Método de calculo

Adulto:
$$\frac{\text{número de entrevistados con un IMC de } \geq 30.00 \frac{\text{kg}}{\text{m}^2}}{\text{Número total de personas que respondieron la encuesta y cuyos pesos y tallas fueron auto reportados o medidos}}$$

Adolescente: Un adolescente obeso es un individuo cuyo IMC está en el 97^{vo} porcentaje, de acuerdo a la Referencia de la OMS de Crecimiento para Adolescentes del 2007

Continúa en la página siguiente

¹⁹ World Health Organization (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. 2000, op. cit.

²⁰ Onis M. et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. 2007, op. cit.

Prevalencia de obesidad, continuación

Parámetros

- Numerador:
 - Adultos: Número de entrevistados que tienen un IMC de o mayor a 30.00 kg/m² calculado de talla y peso auto reportados o medidos
 - Denominador: Numero de personas que respondieron la encuesta y para los cuyos pesos y talla fueron auto reportados o medidos
 - Unidad de medida: por 100
 - Tipo: Tasa
 - Adolescentes: Un adolescente con sobrepeso es un individuo cuyo IMC está en el 97^{vo} porcentaje, de acuerdo a la Referencia de la OMS de Crecimiento para Adolescentes del 2007.
 - Categorías:
 - ADULTO: hombre, mujer; edades 25-64 y por agrupaciones de 25-34, 35-44, 45-54, 55-64
 - ADOLESCENTE: hombre, mujer; edades 13-15 años
 - Frecuencia de recaudación: cada 3-5 años
-

Fuente de datos

Encuestas nacionales o subnacional de factores de riesgo (STEPS, GSHS)

Importancia y racional

La prevalencia de sobrepeso y obesidad han aumentando progresivamente en América Latina. El sobrepeso puede conducir a obesidad y aumenta el riesgo de contraer varias enfermedades crónicas, incluidas cardiopatía, accidentes cerebro vasculares, hipertensión, diabetes de tipo II, osteoartritis y ciertos tipos de cáncer, esto es importante porque es prevenible y una cantidad apropiada, en intensidad y duración de actividad física regular en combinación con una dieta baja en grasas puede ayudar a reducir el riesgo.

Limitaciones de indicadores y Fuente de datos

Los datos auto reportados están sujetos a errores y tiene limitaciones como entrevistados tienden a sobreestimar su talla y subestimar su peso, conduciendo a subestimación de IMC y de la prevalencia de sobrepeso.

Además para el análisis de datos debe hacerse ponderación de datos cuando no hay una cobertura/respuesta de 100% y deben considerarse errores de medición

Sección III: Factores de Riesgo de las Enfermedades Crónicas

Exposición al humo

En la actualidad existen unos 4,000 y tantos químicos conocidos en el humo del tabaco. Cerca de 50 de estos, se sabe que causan cancer en humanos. El humo del tabaco en áreas cerradas es respirado por todos, exponiendo así a los fumadores y no fumadores de igual modo.

Para medir la exposición al humo, las cuatro definiciones que se usan son las siguientes²¹:

Fumar cualquier producto de tabaco: fumar cualquier forma de tabaco, incluyendo cigarrillos, cigarros, pipas, bidis, kreteks, etc.

Fumar actualmente: fumar en cualquier momento de la encuesta, incluyendo fumar al diario y no al diario.

Fumar actual a diario: fumar todos los dias al momento de la encuesta.

Exposición al humo: un individuo ha sido expuesto al humo si durante los ultimos siete dias antes de la encuesta, otros han fumado al menos una vez en presencia del entrevistado.

²¹ World Health Organization (WHO). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: the MPOWER package*. WHO. Geneva 2008.

Prevalencia de fumar actualmente a diario tabaco entre adultos

Nombre	Prevalencia de fumar actualmente a diario tabaco entre adultos
Definición	La población que reporta ser actualmente fumadores a diario de tabaco al momento de la encuesta, expresada como porcentaje de población encuestada
Definición de casos	Un fumador a diario de tabaco es un individuo que reporta estar fumando tabaco todos los días en el momento de la encuesta
Método de calculo	$\frac{\text{número de entrevistados que reportan ser fumadores actuales a diario en el momento de la encuesta}}{\text{Número total de personas que respondieron la encuesta}}$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: Numero de entrevistados que reportan ser fumadores a diario de tabaco en el momento de la encuesta • <u>Denominador</u>: Número total de personas que respondieron la encuesta • <u>Unidad de medida</u>: por 100 • <u>Tipo</u>: Tasa • <u>Categorías</u>: hombre, mujer; edades 25 -64 y por agrupaciones 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3- 5 años
Fuente de datos	Encuestas nacionales o sub. Nacionales de factores de riesgo (STEPS o similar)
Importancia y racional	La prevalencia del tabaquismo es alta en América Latina y el tabaquismo es un comportamiento sumamente adictivo que se vincula a un mayor riesgo de problemas de salud y hospitalización frecuente en general. El tabaquismo aumenta el riesgo de cardiopatías, cáncer, accidente cerebrovascular y neuropatías crónicas. Además se ha demostrado que la exposición al humo de tabaco aumenta el riesgo de cardiopatía y cáncer en los no fumadores. Los datos sirven para apoyar las políticas de control de tabaco.

Continúa en la página siguiente

Prevalencia de fumadores actuales a diario de tabaco, continuación

Limitaciones de indicadores y Fuente de datos

El indicador no toma en cuenta cantidad corriente de cigarrillos fumados a través de la vida u otros hábitos de fumar además del tabaco. Además, el indicador no mide la intención o los intentos de dejar de fumar entre los fumadores o la exposición al humo de tabaco entre no fumadores.

Del mismo modo que todas las encuestas muestrales con datos auto reportados, los datos pueden estar sujetos a errores como consecuencia de no cobertura, falta de respuesta y ponderación de datos inadecuada

Continúa en la página siguiente

Prevalencia de fumar actualmente tabaco entre adultos

Nombre	Prevalencia de fumar actualmente tabaco entre adultos
Definición	Población que reporta ser fumadores actuales, expresados como porcentaje de la población encuestada
Definición de casos	Un fumador actual es un individuo que reporta fumar tabaco en el momento de la encuesta, ya sea al diario y no al diario
Método de calculo	$\frac{\text{número de entrevistados que reportan ser fumadores actuales de tabaco en el momento de la encuesta, y a sea al diario y no al diario}}{\text{Número total de personas que respondieron la encuesta}}$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: Numero de entrevistados reportan ser fumadores actuales de tabaco en el momento de la encuesta, ya sea al diario y no al diario • <u>Denominador</u>: número total de personas que respondieron la encuesta. • <u>Unidad de medida</u>: por 100 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: hombre, mujeres; edades 25-64, y por grupos 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años
Fuente de datos	Encuestas nacionales o subnacionales de factores de riesgo (STEPS o similar)
Importancia y racional	La prevalencia del hábito de fumar es alta en los países latinoamericanos y el tabaquismo es un comportamiento sumamente adictivo que se vincula a un mayor riesgo de mala salud general. El tabaquismo aumenta el riesgo de cardiopatía, cáncer, accidentes cerebro vasculares y neuropatía crónica. Se ha demostrado que la exposición al humo de tabaco, aumenta el riesgo de cardiopatía y cáncer en los no fumadores. Los datos sirven para apoyar las políticas de control del tabaco.

Continúa en la página siguiente

Prevalencia de fumar actualmente tabaco entre adultos, continuación

Limitaciones de indicadores y Fuente de datos

El indicador no toma en cuenta cantidad corriente de cigarrillos fumados a través de la vida u otros hábitos de fumar además del tabaco. Además, el indicador no mide la intención o los intentos de dejar de fumar entre los fumadores o la exposición al humo de tabaco entre no fumadores.

Del mismo modo que todas las encuestas muestrales con datos auto reportados, los datos pueden estar sujetos a errores como consecuencia de no cobertura, falta de respuesta y ponderación de datos inadecuada

Continúa en la página siguiente

Prevalencia del consumo de tabaco entre adolescentes

Nombre	Prevalencia de consumo de tabaco entre adolescentes
Definición	Adolescentes (edades 13-15) que reportan haber fumado una o más veces durante los últimos 30 días al momento de la encuesta, expresados como un porcentaje de la población encuestada
Definición de casos	Un adolescente (entre 13-15 años de edad) que informa haber fumado una o más veces durante los últimos 30 días al momento de la encuesta
Método de cálculo	$\frac{\text{número de adolescentes entrevistados (13-15 años) que reportan haber fumado una o más veces durante los últimos 30 días al momento de la entrevista}}{\text{Número total de adolescentes (13-15 años) que respondieron la encuesta}}$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: Número de adolescentes entrevistados (13-15 años) que reportan haber fumado una o más veces durante los últimos 30 días al momento de la entrevista • <u>Denominador</u>: número total de adolescentes (13-15 años) que respondieron la encuesta • <u>Unidad de medida</u>: por 100 • <u>Tipo</u>: Tasa • <u>Categorías</u>: hombre, mujer; edades 13-15 años • <u>Frecuencia de colección</u>: cada 3-5 años
Fuente de datos	Encuestas nacionales o sub nacionales de factores de riesgo nacional (GYTS, GSHS)
Importancia y racional	La prevalencia del hábito de fumar es alta en los países latinoamericanos y el tabaquismo es un comportamiento sumamente adictivo que se vincula a un mayor riesgo de mala salud general. El tabaquismo aumenta el riesgo de cardiopatía, cáncer, accidentes cerebro vasculares y neuropatía crónica. Se ha demostrado que la exposición al humo de tabaco, aumenta el riesgo de cardiopatía y cáncer en los no fumadores. Los datos sirven para apoyar las políticas de control del tabaco.

Continúa en la página siguiente

Prevalencia del consumo de tabaco entre adolescentes, continuación

Limitaciones de indicadores y Fuente de datos

El indicador no toma en cuenta cantidad corriente de cigarrillos fumados a través de la vida u otros hábitos de fumar además del tabaco. Además, el indicador no mide la intención o los intentos de dejar de fumar entre los fumadores o la exposición al humo de tabaco entre no fumadores.

Del mismo modo que todas las encuestas muestrales con datos auto reportados, los datos pueden estar sujetos a errores como consecuencia de no cobertura, falta de respuesta y ponderación de datos inadecuada

Continúa en la página siguiente

Edad promedio que adultos y adolescentes comenzaron a fumar

Nombre	Edad promedio que adultos y adolescentes comenzaron a fumar
Definición	Edad promedio a la cual los individuos encuestados comenzaron a fumar tabaco
Definición de casos	Edad a la cual una persona comenzó a fumar tabaco
Método de calculo	Adultos: $\frac{\text{Suma de todas las edades que adultos reportaron haber comenzado a fumar}}{\text{Número total de personas adultas que fuman que respondieron la encuesta}}$ Adolescentes: $\frac{\text{Suma de todas las edades que adolescentes reportaron haber comenzado a fumar}}{\text{Número total de personas adolescentes que fuman que respondieron la encuesta}}$
Parámetros	• <u>Numerador:</u> ○ Adultos: Suma de todas las edades que adultos reportaron haber comenzado a fumar ○ Adolescentes: Suma de todas las edades que adolescentes reportaron haber comenzado a fumar • <u>Denominador:</u> ○ Adultos: Número total de adultos que fuman que respondieron la encuesta ○ Adolescentes: Número total de jóvenes que fuman que respondieron la encuesta • <u>Tipo:</u> promedio • <u>Categorías:</u> ○ Adulto: hombre, mujer; edades 25-64 y por agrupaciones 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 ○ Adolescente: hombre, mujer; edades 13-15 años • <u>Frecuencia de recaudación:</u> cada 3-5 años
Fuente de datos	Encuestas de factores de riesgo nacionales y sub nacionales (STEPS, GYTS, GHSN)

Continúa en la página siguiente

Edad promedio que adultos y adolescentes comenzaron a fumar, continuación

Importancia y racional

Los individuos están comenzando a fumar a una edad cada vez más temprana y el tabaquismo es un comportamiento sumamente adictivo que se vincula a un mayor riesgo de mala salud y la hospitalización frecuente general. Los individuos que comienzan a fumar jóvenes aumentan su riesgo de cardiopatía, cáncer, accidente cerebrovascular y neuropatía crónica. Se ha demostrado que la exposición al humo de tabaco también aumenta el riesgo de cardiopatía y cáncer entre los no fumadores.

Limitaciones de los indicadores y Fuente de datos

El indicador no toma en cuenta cantidad corriente de cigarrillos fumados a través de la vida u otros hábitos de fumar además del tabaco. Además, el indicador no mide la intención o los intentos de dejar de fumar entre los fumadores o la exposición al humo de tabaco entre no fumadores.

Del mismo modo que todas las encuestas muestrales con datos auto reportados, los datos pueden estar sujetos a errores como consecuencia de no cobertura, falta de respuesta y ponderación de datos inadecuada

Prevalencia de exposición al humo de tabaco ambiental

Nombre	Prevalencia de exposición al humo de tabaco ambiental
Definición	Población que reporta haber estado expuesta a humo de tabaco al menos una vez durante los últimos 7 días antes de la encuesta, expresado como porcentaje de población encuestada
Definición de casos	Individuo que reporta haber estado expuesto al humo de tabaco al menos una vez durante los últimos siete días antes de la encuesta
Método de calculo	$\frac{\text{Número de entrevistados que reportan haber estado expuestos al humo de tabaco al menos una vez durante los últimos siete días antes de la encuesta}}{\text{Número total de personas que respondieron la encuesta}}$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: Numero de entrevistados que reporta haber estado expuesto a humo de tabaco al menos una vez durante los últimos siete días antes de la encuesta • <u>Denominador</u>: Número total de personas que respondieron la encuesta • <u>Unidad de medida</u>: por 100 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: ○ Adulto: Hombre, mujer; edades 25-64 y por agrupaciones 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 ○ Adolescente: hombre, mujer; edades 13-15 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años
Fuente de datos	Encuestas nacionales o sub nacionales de factores de riesgo (STEPS, GSHS, GYTS)
Importancia y racional	Se ha demostrado que la exposición al humo de tabaco aumenta el riesgo de cardiopatía un 25-30% y el cáncer al pulmón entre los no fumadores un 20-30% por consiguiente es importante identificar la prevalencia de exposición al humo de tabaco para las elaborar políticas de salud correspondientes. ²²

Continúa en la página siguiente

²² U.S. Department of Health and Human Services. *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General*. Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006. Available on-line at <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/fullreport.pdf>

Exposición al humo de tabaco, continuación

**Limitaciones de
indicadores y**

Fuente de datos

El indicador no toma en cuenta cantidad corriente de cigarrillos fumados a través de la vida u otros hábitos de fumar además del tabaco. Además, el indicador no mide la intención o los intentos de dejar de fumar entre los fumadores o la exposición al humo de tabaco entre no fumadores.

Del mismo modo que todas las encuestas muestrales con datos auto reportados, los datos pueden estar sujetos a errores como consecuencia de no cobertura, falta de respuesta y ponderación de datos inadecuados.

Consumo de Alcohol

Diferentes patrones de ingesta y consumo de alcohol dan diferentes resultados de salud de acuerdo al grupo de población. La OMS afirma que aunque la cantidad total de alcohol bebida en una semana puede ser similar, la cantidad y frecuencia son cruciales para determinar el riesgo a la salud (2004).

Para el consumo de alcohol, the definiciones utilizadas son las siguientes²³:

Alcohol: existe una amplia gama de tipos de alcoholes disponibles. Las categorías más populares de alcohol consumidas son la cerbeza de cebada, vino de uvas, y ciertos espíritus destilados.

Hombres con un patron de ingesta de alcohol excesivo: hombres adultos (25-64 años) que reportaron haber bebido cinco o más bebidas alcohólicas en un solo evento en una o más ocasiones durante el último mes.

Mujeres con un patron de ingesta de alcohol excesivo: mujeres adultas (25-64 años) que reportaron haber bebido cuatro o más bebidas alcohólicas en un solo evento en una o más ocasiones durante el último mes.

Consumo de alcohol entre jóvenes: niños en edad escolar (13-15 años) que reportaron haber bebido al menos una bebida alcohólica en uno o más días durante los últimos 30 días.

Consumo de alcohol per capita: generalmente es estimado dividiendo la suma de la producción e importación de alcohol menos las exportaciones de alcohol para la población adulta (mayores a 15 años).

²³ World Health Organization (WHO). *Global status report on alcohol 2004*. WHO. Geneva 2004. Available at http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/global_status_report_2004_overview.pdf

Prevalencia de ingesta excesiva de alcohol entre la población masculina

Nombre	Prevalencia de la ingesta excesiva de alcohol entre la población masculina.
Definición	Población masculina que reporta haber bebido ≥ 5 (cinco o más) bebidas alcohólicas en un solo evento en una o más ocasiones durante el último mes antes de la encuesta, expresado como porcentaje de toda la población masculina encuestada.
Definición de casos	Un individuo que bebe ≥ 5 (cinco o más) bebidas alcohólicas en un evento en una o más ocasiones, más de una vez durante el último mes. Beber de forma excesiva, se refiere al beber en exceso y un bebedor empedernido es un individuo que tiene cinco o más bebidas alcohólicas en un evento en una o más ocasiones durante el último mes. ²⁴
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de hombres entrevistados que reportaron haber bebido } \geq 5 \text{ bebidas en un evento en una o más ocasiones durante el último mes}}{\text{Número total de hombres * que respondieron la encuesta}}$ * Solo se refiere a hombres que reportaron haber tenido un número específico, incluyendo zero, de bebidas en un evento en una ocasión o más durante el último mes antes de la encuesta y excluyendo personas que se rehusaron a responder o que no saben.
Parámetros	• <u>Numerador</u>: Número de hombres entrevistados que reportaron haber bebido ≥ 5 bebidas en un evento en una o más ocasiones durante el último mes antes de la encuesta • <u>Denominador</u>: Número total de hombres que respondieron la encuesta y reportaron haber bebido un número específico, incluyendo zero, de bebidas en un evento en una ocasión o más durante el último mes antes de la encuesta, excluyendo personas que se rehusaron a responder o que no saben • <u>Unidad de medida</u>: por 100 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: hombre; edades 25-64 y por grupos 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años

Continúa en la página siguiente

²⁴ World Health Organization (WHO). *Global status report on alcohol 2004*. WHO. Geneva 2004 op. cit.

Prevalencia de ingesta excesiva de alcohol entre la población masculina, continuación

Fuente de datos	Encuestas de factores de riesgo nacionales o sub nacionales (STEPS o similar)
Importancia y racional	El abuso del alcohol se asocia firmemente con lesiones, violencia, hepatopatía crónica, algunos cánceres y riesgo de otros efectos sobre la salud aguda y crónica. El consumo de alcohol excesivo es un indicador que sirve para calcular prevalencia del abuso del alcohol entre los habitantes y cambios con el transcurso del tiempo y es útil para desarrollar políticas relacionadas de control de alcohol.
Limitaciones de los indicadores y Fuente de datos	El indicador no toma en cuenta la frecuencia de beber en forma compulsiva o la cantidad específica de alcohol consumido. Del mismo modo, en todas las encuestas auto reportadas, los datos están sujetos a error sistemático resultante de no cobertura, falta de respuesta o medición

Continúa en la página siguiente

Prevalencia de ingesta excesiva de alcohol entre la población femenina

Nombre	Prevalencia de la ingesta excesiva de alcohol entre la población femenina.
---------------	--

Definición	Población femenina que reporta haber bebido ≥ 4 (cuatro o más) bebidas alcohólicas en un evento en una o más ocasiones durante el último mes antes de la encuesta, expresado como porcentaje de toda la población femenina encuestada.
-------------------	---

Definición de casos	Una mujer que bebe ≥ 4 (cuatro o más) bebidas alcohólicas en un evento en una o más ocasiones durante el último mes. Beber de forma excesiva, se refiere al beber en exceso y una bebedora empedernida es una mujer que toma cuatro o más bebidas en un evento en una o más ocasiones durante el último mes. ²⁵
----------------------------	---

Método de calculo	$\frac{\text{Número de mujeres entrevistadas que reportaron haber bebido } \geq 4 \text{ bebidas en un evento en una o más ocasiones durante el último mes}}{\text{Número total de mujeres * que respondieron la encuesta}}$
--------------------------	--

* Solo se refiere a mujeres que reportaron haber bebido un número específico, incluyendo zero, de bebidas en una ocasión o mas durante el último mes antes de la encuesta y excluyendo personas que se rehúsaron a responder o que no saben.

- | | |
|-------------------|--|
| Parámetros | <ul style="list-style-type: none">• <u>Numerador</u>: Número de mujeres entrevistadas que reportan haber bebido ≥ 4 bebidas en un evento en una o más ocasiones durante el último mes antes de la encuesta• <u>Denominador</u>: Número total de mujeres que respondieron la encuesta y reportaron haber bebido un número específico, incluyendo zero, de bebidas en una ocasión o más durante el último mes antes de la encuesta y excluyendo personas que se rehúsaron a responder o que no saben.• <u>Unidad de medida</u>: por 100• <u>Tipo</u>: tasa• <u>Categorías</u>: mujer; edades 25-64 y por grupos 25-34, 35-44, 45-54, 55-64• <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años |
|-------------------|--|
-

Continúa en la página siguiente

²⁵ World Health Organization (WHO). *Global status report on alcohol 2004*. WHO. Geneva 2004 op.cit

Prevalencia de ingesta excesiva de alcohol entre la población femenina, continuación

Fuente de datos	Encuestas nacionales o sub nacionales de factores de riesgo nacionales (STEPS o similar)
Importancia y racional	El abuso del alcohol se asocia firmemente con lesiones, violencia, hepatopatía crónica, algunos cánceres y riesgo de otros efectos sobre la salud aguda y crónica. El consumo de alcohol excesivo es un indicador que sirve para calcular prevalencia del abuso del alcohol entre los habitantes y cambios con el transcurso del tiempo y es útil para desarrollar políticas relacionadas de control de alcohol.
Limitaciones de los indicadores y Fuente de datos	El indicador no toma en cuenta la frecuencia de beber en forma compulsiva o la cantidad específica de alcohol consumido. Del mismo modo, en todas las encuestas auto reportadas, los datos están sujetos a error sistemático resultante de no cobertura, falta de respuesta o medición

Continúa en la página siguiente

Prevalencia de ingesta de alcohol entre la población juvenil

Nombre	Prevalencia de la ingesta de alcohol entre la población juvenil
Definición	Población juvenil (13-15 años de edad) que reportaron haber bebido al menos una bebida alcohólica en uno o más días durante los últimos 30 días antes de la encuesta, expresado como un porcentaje de todos los adolescentes que participaron en la encuesta
Definición de casos	Un adolescente (de 13-15 años de edad) que reporta haber bebido al menos una bebida alcohólica en uno o más días durante los últimos 30 días antes de la encuesta
Método de calculo	$\frac{\text{Número de jóvenes entrevistadas que reportaron haber bebido al menos una bebida alcohólica en uno o más días durante los últimos 30 días}}{\text{Número total de adolescentes que respondieron la encuesta}}$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: Número de jóvenes entrevistados (13-15 años de edad) que reportaron haber bebido al menos una bebida alcohólica en los últimos 30 días antes de la encuesta • <u>Denominador</u>: número total de adolescentes que respondieron la encuesta • <u>Unidad de medida</u>: por 100 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: hombre, mujer; edades 13-15 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años
Fuente de datos	Encuestas nacionales y sub. nacionales de factores de riesgo (GSHS)
Importancia y racional	El uso y abuso del alcohol se asocia firmemente con lesiones, violencia, hepatopatía crónica, algunos cánceres y riesgo de otros efectos sobre la salud aguda y crónica. El consumo de alcohol excesivo es un indicador que sirve para calcular prevalencia del abuso del alcohol entre los habitantes y cambios con el transcurso del tiempo y es útil para desarrollar políticas relacionadas de control de alcohol.
Limitaciones of indicaros and Fuente de datos	El indicador no toma en cuenta la frecuencia de beber en forma compulsiva o la cantidad específica de alcohol consumido. Del mismo modo, en todas las encuestas auto reportadas, los datos están sujetos a error sistemático resultante de no cobertura, falta de respuesta o medición.

Consumo de alcohol anual per cápita

Nombre	Consumo de alcohol anual per cápita
Definición	El consumo de alcohol anual per cápita es el consumo de alcohol consumido en un país en el año por litro de alcohol puro
Definición de casos	Consumo de alcohol per cápita
Método de calculo	$\frac{\text{Producción de alcohol} + \text{importaciones de alcohol} - \text{exportaciones de alcohol}}{\text{Población mayor de 15 años de edad}}$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: Producción de alcohol+ importaciones de alcohol - exportaciones de alcohol • <u>Denominador</u>: población mayor a 15 años de edad • <u>Categorías</u>: hombre, mujer; edades mayor a 15 años • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años
Fuente de datos	Información nacional de agencias gubernamentales o conjunto de datos de FAO o la oficina de estadísticas de NU
Importancia y racional	Estimados del consumo del alcohol per cápita en la población adulta son las mejores herramientas para el monitoreo. Entre aquellos que beben, los que beben de manera excesiva (10%) consumen más del 50% o más de alcohol consumido en las naciones. ²⁶ Los estimados señalan problemas subyacentes del alcohol en exceso, como cirrosis del hígado. También se pueden usar como indicadores de los problemas relacionados con el alcohol y que de una manera o son valiosos para asistir con las proyecciones que requieren atención de los tomadores de decisiones.
Limitaciones de los indicadores y Fuente de datos	La información normalmente subestima el consumo, en especial en países con poblaciones grandes de niños por de debajo de 15 años, como el caso de los países en desarrollo. También no incluye la producción informal, ventas sin representación, y las variaciones en el contenido de alcohol en bebidas.

²⁶ World Health Organization (WHO). *Global status report on alcohol 2004*. 2004, op.cit

Consumo de frutas y vegetales

Las frutas y vegetales son componentes importantes de una dieta saludable. Su consumo diario y suficiente puede ayudar a prevenir la mayoría de ECNTs. Cada año, un aproximado de 2.7 millones de vidas pueden ser salvadas si el consumo de frutas y vegetales fuera incrementado a una cantidad suficiente.²⁷ La Consulta Unida de Expertos de la OMS/FAO sobre la dieta, nutrición y la prevención de la enfermedades crónicas (2003) recomienda la ingesta de un mínimo de 400 g de frutas y vegetales al día (excluyendo papas y otros feculentos tubos) para la prevención de las enfermedades crónicas.²⁸

Desde el punto de vista nutricional, la fruta y el vegetal son alimentos de bajo contenido de energía, ricas en minerales y otros compuestos bioactivos también como fuentes de fibra.²⁹ Aunque las definiciones de frutas y vegetales varían significativamente entre países y regiones, las siguientes se utilizaron³⁰:

Fruta: se refiere al ovario maduro de una planta que rodea las semillas. Esta definición incluye ambas, las frutas carnosas y las frutas secas como los granos de cereal, nueces, con características específicas de la pared madura del ovario al menos que estas se clasifiquen como vegetales, sin importar su alto contenido en energía, como con los aguacates, olivas, y nueces. Solo los jugos 100% puros deberían ser considerados como frutas.

Vegetal: se refiere a la parte comestible de una planta generalmente considerada como vegetal, así como también los alimentos usados como vegetales como las legumbres verdes frescas y la col, maíz dulce fresco, frutas botánicas usadas como vegetales como los tomates, pimientos, pepinos o berenjena, hongos y la alga marina.

²⁷ World Health Organization (WHO). World Health Report 2002. 2002, op. cit.

²⁸ World Health Organization (WHO). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint FAO/WHO Expert Consultation. *WHO Technical Report Series No. 916*. Geneva 2003.

²⁹ World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. Food, nutrition and the prevention of cancer: A global perspective. Washington DC, WCRF/AICR. 1997

³⁰ Agudo, A. Measuring intake of fruit and vegetables. Background paper for the joint FAO/WHO workshop on Fruit and Vegetables for Health, 1-3 September 2004, Kobe, Japan. WHO. Geneva 2005. Available on-line at: http://www.who.or.jp/AHP/docs/FVPaper_4.pdf

Promedio de porciones de frutas consumidas al día

Nombre	Promedio de porciones de fruta que son consumidas al día
Definición	Promedio del numero de porciones de fruta consumidas por la población al día
Definición de casos	El tamaño de una porción es³¹: • ½ taza de frutas crudas cortadas, cocinadas, congeladas o enlatados (en 100% jugo); 0 • ¼ taza de fruta seca; 0 • ½ cup of 100% pure fruit juice; 0 • 1 fruta* entera *Se refiere a un fruta de tamaño mediano (e.g. manzana, banana, naranja, etc.)
Método de calculo	$\frac{\text{Suma del total de números de porciones de frutas consumidas por todos los encuestados por día}}{\text{Número total de personas que respondieron la encuesta}}$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: Suma de todos los números de porciones de frutas consumidas por todos los encuestados por día • <u>Denominador</u>: número total de personas que respondieron la encuesta • <u>Tipo</u>: promedio • <u>Categorías</u>: ○ Adulto: hombre, mujer; edades 25-64 y por agrupaciones 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 ○ Adolescente: hombre, mujer; edades 13-15 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años
Fuente de datos	Encuestas nacionales o subnacionales de factores de riesgo (GSHS, STEPS)

Continúa en la página siguiente

³¹ World Health Organization (WHO). STEPS Field Manual Guidelines for Field Staff. The WHO STEPwise Approach to Surveillance of Non-communicable Diseases (STEPS). Geneva 2003.

Promedio de porciones de frutas consumidas al día, continuación

Importancia y racional

Un régimen alimentario de ≥ 5 porciones de frutas y vegetales por día está asociado con disminución del riesgo de cardiopatía coronaria y ciertos tipos de cáncer, incluido el cáncer de colon, recto, cavidad bucal, faringe, estómago y esófago.³² El promedio de las porciones de frutas en la población proporciona un panorama del régimen alimentario actual de la población y puede usarse para planificar o evaluar los efectos de las políticas y los programas de promoción de la salud.

Limitaciones de los indicadores y Fuente de datos

El indicador únicamente proporciona información sobre el promedio del consumo de frutas y puede haber errores en la medición de tamaños de las porciones.

Del mismo modo todas las encuestas que incluyen datos auto reportados, los datos están sujetos a los errores resultantes de falta de respuesta, ponderación de datos inadecuados.

Continúa en la página siguiente

³² He F.J., et al. Increased consumption of fruit and vegetables is related to a reduced risk of coronary heart disease: meta-analysis of cohort studies. *J Hum Hypertens*. 2007;21:717-28

Promedio de porciones de vegetales consumidos al día

Nombre	Promedio de porciones de vegetales consumidos al día
Definición	Promedio del número de porciones de vegetales consumidos por la población al día
Definición de casos	El tamaño de una porción es³³: • ½ taza (4 oz.) de jugo 100% puro de vegetales; • ½ taza de legumbres (frejoles y guisante), vegetales crucíferos (e.g. brocoli, berro, col, nabo, etc.), hortalizas de raíz (e.g. zanahorias) cocinados, congelados o enlatados 0; • 1 taza de vegetales de hojas verdes crudos (e.g. espinacas, alcachofa, lechuga, etc.); excluyendo las papas y otros tubérculos de almidón.
Método de calculo	$\frac{\text{Suma del total de números de porciones de vegetales consumidas por todos los encuestados por día}}{\text{Número total de personas que respondieron la encuesta}}$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: Suma del total de números de porciones de vegetales consumidas por todos los encuestados por día • <u>Denominador</u>: número total de personas que respondieron la encuesta • <u>Tipo</u>: promedio • <u>Categorías</u>: ○ Adulto: hombre, mujer; edades 25-64 y por agrupaciones 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 ○ Adolescente: hombre, mujer; edades 13-15 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años
Fuente de datos	Encuestas nacionales o subnacionales de factores de riesgo (GSHS, STEPS)

Continúa en la página siguiente

³³ World Health Organization (WHO). STEPS Field Manual Guidelines for Field Staff. The WHO STEPwise Approach to Surveillance of Non-communicable Diseases (STEPS). 2003, op. cit.

Promedio de porciones de vegetales consumidos al día, continuación

Importancia y racional

Un régimen alimentario de ≥ 5 porciones de frutas y vegetales por día está asociado con disminución del riesgo de cardiopatía coronaria y ciertos tipos de cáncer, incluido el cáncer de colon, recto, cavidad bucal, faringe, estómago y esófago.³⁴ El promedio de las porciones de verduras en la población proporciona un panorama del régimen alimentario actual de la población y puede usarse para planificar o evaluar los efectos de las políticas y los programas. de promoción de la salud

Limitaciones de los indicadores y fuente de datos

El indicador únicamente proporciona información sobre el promedio del consumo de vegetales y puede haber errores en la medición de tamaños de las porciones.

Del mismo modo todas las encuestas que incluyen datos auto reportados, los datos están sujetos a los errores resultantes de falta de respuesta, ponderación de datos inadecuados.

Continúa en la página siguiente

³⁴ He F.J., et al. Increased consumption of fruit and vegetables is related to a reduced risk of coronary heart disease: meta-analysis of cohort studies. *J Hum Hypertens*. 2007, op. cit.

Porcentaje de la población que come cinco o más porciones de frutas y vegetales al día

Nombre	Porcentaje de la población que come ≥ 5 (cinco o más) porciones de frutas y vegetales al día
Definición	La población que reporta comer ≥ 5 (cinco o más) porciones de frutas y vegetales al día, expresado como porcentaje de todas las personas encuestadas.
Definición de casos	Un individuo que consume ≥ 5 (cinco o más) raciones de fruta y vegetales
Método de calculo	$\frac{\text{Número de encuestados que reportaron comer } \geq 5 \text{ porciones de frutas y vegetales al día}}{\text{Número total de personas que respondieron la encuesta}}$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: Número de encuestados que reportaron comer ≥ 5 (cinco o más) porciones de fruta y verduras al día • <u>Denominador</u>: Número total de personas que respondieron la encuesta • <u>Unidad de medida</u>: por 100 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: ○ Adulto: hombre, mujer; edades 25-64 y por agrupaciones 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 ○ Adolescente: hombre, mujer; edades 13-15 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años
Fuente de datos	Encuestas nacionales o subnacionales de factores de riesgo (GSHS, STEPS)
Importancia y racional	Un régimen alimentario de ≥ 5 raciones de frutas y vegetales al día es un factor protector para la aparición de cualquiera de enfermedades no transmisibles crónicas, cardiopatía particularmente coronaria y ciertos tipos de cáncer, incluido el cáncer de colon, recto, cavidad bucal, faringe, estómago y esófago. ³⁵ El porcentaje de población que come 5 o más porciones de fruta es un dato útil para el desarrollo de programas para mejorar nutrición y hábitos alimentarios en la población y aumentar el consumo de frutas y verduras.

Continúa en la página siguiente

³⁵ He F.J., et al. Increased consumption of fruit and vegetables is related to a reduced risk of coronary heart disease: meta-analysis of cohort studies. *J Hum Hypertens*. 2007, op.cit.

Porcentaje de la población que come cinco o más porciones de frutas y vegetales al día, continuación

Limitaciones de los indicadores y Fuente de datos

El indicador únicamente proporciona información sobre el promedio del consumo de verduras y puede haber errores en la medición de tamaños de las porciones.

Del mismo modo todas las encuestas que incluyen datos auto reportados, los datos están sujetos a los errores resultantes de falta de respuesta, ponderación de datos inadecuados.

Actividad Física

Vigilancia de los niveles poblacionales de actividad física que usan el protocolo estandarizado son un componente importante y necesario de la respuesta de salud pública a las inquietudes actuales con respecto a la actividad física insuficiente en muchas poblaciones. La vigilancia de la actividad física en poblaciones se lleva acabo mediante cuestionarios, ya que estos son de bajo costo y fácil de administrar comparados a las técnicas de mediciones objetivas.

Los niveles de actividad física usados fueron definidos de acuerdo las directrices del GPAQ³⁶:

- **Alta**

Una persona logrando cualquier de los siguientes criterios está clasificada en esta categoría:

- Actividad de intensidad-vigorosa en al menos 3 días y logrando un mínimo de al menos 1,500 MET-minutos por semana
- 7 o más días de cualquier combinación de caminar, actividades de intensidad-moderada o vigorosa logrando un mínimo de al menos 3,000 MET-minutos por semana

- **Moderada**

Una persona no reúne los criterios de la categoría “alta”, pero que si reúne cualquier de los siguientes criterios está clasificada en la siguiente categoría:

- 3 o más días de actividades de intensidad vigorosa de al menos 20 minutos por día
- 5 o más días de actividades de intensidad moderada o caminar por al menos 30 min por día
- 5 o más días de cualquier combinación de caminar, actividades de intensidad vigorosa o moderada logrando un mínimo de al menos 600 MET-minutos por semana

- **Baja**

Una persona que no cumple los criterios mencionados antes en “alta” o “moderada” cae en esta categoría.

Generalmente se usan Equivalentes Metabólicos (MET en ingles) para expresar la intensidad de actividades físicas. MET es la proporcion de la tasa relativa metabólica de trabajo de una persona en relación con su tasa metabólica en reposo. Un MET se define como el costo de energía de sentarse tranquilamente y es equivalente a un consumo calórico de 1 kcal/kg/hora.

³⁶ World Health Organization (WHO). Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ): Analysis Guide. Geneva 2002. Available on-line at http://www.who.int/chp/steps/resources/GPAQ_Analysis_Guide.pdf

Prevalencia de actividad física alta

Nombre	Prevalencia de actividad física alta en la población adulta (definida como $\geq 1,500$ MET-min/week)
Definición	Población con niveles de actividad física altos ($\geq 1,500$ MET-min/week), expresada como porcentaje de toda la población encuestada
Definición de casos	Una individuo logrando cualquier de los siguientes criterios está clasificado en esta categoría de nivel de actividad física alta: • Actividad de intensidad-vigorosa en al menos 3 días y logrando un mínimo de al menos 1,500 MET-minutos por semana • 7 o más días de cualquier combinación de caminar, actividades de intensidad-moderada o vigorosa logrando un mínimo de al menos 3,000 MET-minutos por semana
Método de calculo	$\frac{\text{Número de encuestados cuyos niveles de actividad física esta evaluada como alta}^*}{\text{Número total de personas que respondieron la encuesta}^\dagger}$ *Para la definición de niveles altos de actividad física consulte la definición de casos de la misma. †Se refiere al número total de personas que respondieron la encuesta y cuyos niveles de actividad física fueron evaluados.
Parámetros	• <u>Numerador</u>: número de encuestados cuyos niveles de actividad física esta evaluada como alta (por favor vea la definición del caso para más información) • <u>Denominador</u>: número total de personas que respondieron la encuesta y cuyos niveles de actividad física fueron evaluados. • <u>Unidad de medida</u>: por 100 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: hombres, mujeres; edades 25-64 y por agrupaciones 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años

Continúa en la página siguiente

Prevalencia de actividad física alta, continuación

Fuente de datos	Estudios nacionales o sub nacionales de factores de riesgo que usan la metodología GPAQ o instrumentos que expresen los niveles estimados de actividad física usando indicadores como MET-minutos por semana o tiempo usado en actividad física.
Importancia y racional	La actividad física reduce el riesgo de cardiopatía, el cáncer de colon, accidente Cerebrovascular, diabetes de tipo II y sus complicaciones, el sobrepeso y osteoporosis. La información acerca de la población con bajos niveles de la actividad física se usa para impulsar las políticas y elaborar estrategias para aumentar actividad física en la población.
Limitaciones de los indicadores y Fuente de datos	Es necesario hacer el cálculo de equivalentes metabólicos y esto puede conducir a los errores en la medición. Del mismo modo que todas las encuestas de auto reporte , los datos pueden estar sujetos a error resultante de no cobertura, falta de respuesta o ponderación de datos inadecuados

Prevalencia de actividad física moderada

Nombre	Prevalencia de actividad física moderada en la población adulta (definida como al menos 600 MET-minutes/week)
Definición	Población con niveles de actividad física, expresada como porcentaje de toda la población encuestada
Definición de casos	Una persona no reúne los criterios de la categoría “alta”, pero que si reúne cualquier de los siguientes criterios está clasificada en la siguiente categoría: • 3 o más días de actividades de intensidad vigorosa de al menos 20 minutos por día 0 • 5 o más días de actividades de intensidad moderada o caminar por al menos 30 min por día 0 • 5 o más días de cualquier combinación de caminar, actividades de intensidad vigorosa o moderada logrando un mínimo de al menos 600 MET-minutos por semana
Método de calculo	$\frac{\text{Número de encuestados cuyos niveles de actividad física esta evaluada como moderada}^*}{\text{Número total de personas que respondieron la encuesta}^\dagger}$ *Para la definición de niveles moderados de actividad física consulte la definición del caso de la misma. †Se refiere al número total de personas que respondieron la encuesta y cuyos niveles de actividad física fueron evaluados.
Parámetros	• <u>Numerador</u>: número de encuestados cuyos niveles de actividad física esta evaluada como moderada (por favor vea la defición del caso para más información) • <u>Denominador</u>: número total de personas que respondieron la encuesta y cuyos niveles de actividad física fueron evaluados. • <u>Unidad de medida</u>: por 100 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: Hombres, mujeres; edades 25-64 y por agrupaciones 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años

Continúa en la página siguiente

Prevalencia de actividad física moderada, continuación

Fuente de datos	Estudios nacionales o sub nacionales de factores de riesgo que usan la metodología GPAQ o instrumentos que expresen los niveles estimados de actividad física usando indicadores como MET-minutos por semana o tiempo usado en actividad física.
Importancia y racional	La actividad física reduce el riesgo de cardiopatía, el cáncer de colon, accidente cerebrovascular, diabetes de tipo II y sus complicaciones, el sobrepeso y osteoporosis. La información acerca de la población con bajos niveles de la actividad física se usa para impulsar las políticas y elaborar estrategias para aumentar actividad física en la población.
Limitaciones de los indicadores y Fuente de datos	Es necesario hacer el cálculo de equivalentes metabólicos y esto puede conducir a los errores en la medición. Del mismo modo que todas las encuestas de auto reporte, los datos pueden estar sujetos a error resultante de no cobertura, falta de respuesta o ponderación de datos inadecuados

Continúa en la página siguiente

Prevalencia de actividad física baja

Nombre	Prevalencia de actividad física baja en la población adulta (definida como al menos 600 MET-minutes/week O menos de 30 minutos de caminar al día en menos de 5 días por semana)
Definición	Población con bajos niveles de actividad física, expresada como porcentaje de toda la población encuestada.
Definición de casos	Una persona que no cumple los criterios mencionados antes en “alta” o “moderada” cae en esta categoría: • Una persona cuyo nivel de actividad física es menos de 600 MET-minutos por semana O • Menos de 30 minutos de caminar al día en menos de 5 días por semana
Método de calculo	$\frac{\text{Número de encuestados cuyos niveles de actividad física esta evaluada como baja}^*}{\text{Número total de personas que respondieron la encuesta}^\dagger}$ *Para la definición de niveles bajos de actividad física consulte la definición del caso de la misma. †Se refiere al número total de personas que respondieron la encuesta y cuyos niveles de actividad física fueron evaluados.
Parámetros	• <u>Numerador</u>: número de encuestados cuyos niveles de actividad física esta evaluada como baja (por favor vea la definición del caso para más información) • <u>Denominador</u>: número total de personas que respondieron la encuesta y cuyos niveles de actividad física fueron evaluados. • <u>Unidad de medida</u>: por 100 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: Hombres, mujere; edades 25-64 y por agrupaciones 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años
Fuente de datos	Estudios nacionales o sub nacionales de factores de riesgo que usan la metodología GPAQ o instrumentos que expresen los niveles estimados de actividad física usando indicadores continuan como MET-minutos por semana o tiempo usado en actividad física

Continúa en la página siguiente

Prevalencia de actividad física baja, continuación

Importancia y racional

La actividad física reduce el riesgo de cardiopatía, el cáncer de colon, accidente Cerebrovascular, diabetes de tipo II y sus complicaciones, el sobrepeso y osteoporosis. La información acerca de la población con bajos niveles de la actividad física se usa para impulsar las políticas y elaborar estrategias para aumentar actividad física en la población.

Limitaciones de los indicadores y Fuente de datos

Es necesario hacer el cálculo de equivalentes metabólicos y esto puede conducir a los errores en la medición.

Del mismo modo que todas las encuestas de auto reporte, los datos pueden estar sujetos a error resultante de no cobertura, falta de respuesta o ponderación de datos inadecuados

Continúa en la página siguiente

Prevalencia de inactividad física entre adolescentes

Nombre	Prevalencia de inactividad física entre adolescentes
Definición	Población adolescente (13-15 años de edad) que reportó no haber no teniendo cualquier tipo de actividad física para al menos 60 minutos al día durante los 7 últimos días antes de la encuesta
Definición de casos	Un adolescente (13-15 años de edad) cuya actividad física es menor a 60 minutos por día durante los últimos 7 días antes de la encuesta
Método de calculo	$\frac{\text{Número de encuestados adolescentes que reportaron no haber tenido ningún tipo de actividad física por al menos 60 min al día durante los últimos 7 días antes de la encuesta}}{\text{Número total de adolescentes que respondieron la encuesta}}$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: Número de encuestados adolescentes que reportaron no haber tenido ningún tipo de actividad física por al menos 60 minutos al día durante los últimos 7 días antes de la encuesta • <u>Denominador</u>: Número de adolescentes que respondieron la encuesta • <u>Unidad de medida</u>: por 100 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: Hombres, Mujeres, total y la edad: 13-15 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años
Fuente de datos	Estudios nacionales o sub nacionales de factores de riesgo like GSHS
Importancia y racional	La actividad física reduce el riesgo de cardiopatía, cáncer de colon, Accidente Cerebrovascular, diabetes de tipo II y sus complicaciones, sobrepeso, y osteoporosis y es importante desarrollar y evaluar el efecto de las intervenciones orientadas para aumentar actividad física entre la población
Limitaciones de los indicadores y Fuente de datos	En la mayoría de encuestas de auto reporte los datos pueden estar sujetos a error sistemático resultante de, falta de respuesta o ponderación de datos inadecuados.

Presión arterial sistólica promedio

Nombre	Presión arterial sistólica promedio en la población
Definición	Promedio de los niveles de presión arterial sistólicos en la población entrevistada
Definición de casos	Nivel de presión arterial sistólica
Método de calculo	$\frac{\text{Suma de todas las mediciones de presión arterial sistólica}}{\text{Número total adultos que respondieron la encuesta y cuya presión arterial fue medida}}$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: suma de todas las mediciones de presión arterial sistólica • <u>Denominador</u>: número total de adultos que respondieron la encuesta y cuya presión arterial fue medida • <u>Tipo</u>: promedio • <u>Categorías</u>: Hombres, mujer; edades 25-64 y por agrupaciones 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años
Fuente de datos	Estudios nacionales o sub nacionales de factores de riesgo como STEPS o similar
Importancia y racional	El control de presión arterial en los adultos es importante para prevenir o retrasar la aparición y progresión de las enfermedades de la hipertensión y sus complicaciones (por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, accidente cerebrovascular y nefropatía terminal). La presión arterial Sistólica es un marcador fiable del daño vascular de órganos por consiguiente el nivel medio de presión sistémica suministra información valiosa para evaluación de programas de control de presión arterial en la población. También sirve para comparar las tendencias y los cambios en la población con el transcurso del tiempo.
Limitaciones de los indicadores y Fuente de datos	Datos pueden tener error de medición.

Presión arterial diastólica promedio

Nombre	Presión arterial diastólica promedio en la población
Definición	Promedio de los niveles de presión arterial diastólica medida en la población encuestada
Definición de casos	Nivel de presión arterial diastólica
Método de calculo	$\frac{\text{Suma de todas las mediciones de presión arterial diastólica}}{\text{Número total adultos que respondieron la encuesta y cuya presión arterial fue medida}}$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: suma de todas las mediciones de presión arterial diastólica • <u>Denominador</u>: número total de adultos que respondieron la encuesta y cuya presión arterial fue medida • <u>Tipo</u>: Promedio • <u>Categorías</u>: Hombres, mujeres; edades 25-64 y por agrupaciones 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años
Fuente de datos	estudios nacionales o sub nacionales de factores de riesgo como STEPS or similar
Importancia y racional	El control de presión arterial entre los adultos es importante al prevenir o retrasar la aparición o progresión de las enfermedades de la hipertensión y sus complicaciones (por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, accidente cerebrovascular y nefropatía terminal).
Limitaciones de los indicadores y Fuente de datos	Datos pueden tener errores

Glicemia en ayunas promedio

Nombre	Glicemia en ayunas promedio en la población
Definición	Promedio de glicemia en ayunas medida en la población encuestada
Definición de casos	Nivel de glicemia en ayuno
Método de calculo	$\frac{\text{Suma de todas las mediciones de glicemia en ayunas}}{\text{Número total adultos que respondieron la encuesta y cuya glicemia en ayunas fue medida}}$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: suma de todas las mediciones de glicemia en ayunas en la población encuestada • <u>Denominador</u>: número total de adultos que respondieron la encuesta y cuya glicemia en ayunas fue medida • <u>Tipo</u>: promedio • <u>Categorías</u>: Hombre, mujer; edades 25-64 y por agrupaciones 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años
Fuente de datos	Estudios nacionales o sub nacionales de factores de riesgo como STEPS o similar
Importancia y racional	El control de glicemia entre los adultos es importante para prevenir o retrasar la aparición o progresión de la diabetes y complicaciones relacionadas con la diabetes (por ejemplo, retinopatía, amputaciones de extremidades inferiores y nefropatía terminal). Un nivel del promedio es útil suministrar información acerca del nivel en la población y apoya la elaboración de programas para aumentar la proporción de adultos a los que se les realiza tamizaje y manejo de glicemia
Limitaciones de los indicadores y Fuente de datos	Los datos quizá estén sujetos al error resultante de la medición o la variación según la prueba y el método usado.

Índice de masa corporal (IMC) promedio

Nombre	Índice de masa corporal (IMC) promedio en la población
Definición	IMC promedio en la población encuestada
Definición de casos	Nivel de IMC
Método de calculo	$\frac{\text{Suma de todos los IMC calculados de la población encuestada}}{\text{Número total adultos que respondieron la encuesta y cuyo IMC pudo ser calculado de talla y pesos auto reportados o medidos}}$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: suma de todos los IMC calculados de población encuestada • <u>Denominador</u>: número total de adultos que respondieron a la encuesta y cuyo IMC pudo ser calculado de talla y pesos auto reportados o medidos • <u>Tipo</u>: promedio • <u>Categorías</u>: Hombres, mujeres; edades 25-64 y por agrupaciones 25-34, 35-44, 45-54, 55-64. • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años
Fuente de datos	Encuestas nacionales o sub nacionales (STEPS o similar)
Importancia y racional	El IMC es un indicador derivado y una de las medidas más comunes para clasificar el sobrepeso (IMC 25.00-29.99 kg/m²) y obesidad (IMC 30.00 o mas kg/m²).³⁷ La prevalencia de la obesidad ha estado aumentando en la Región de las Américas y la obesidad aumenta el riesgo para las enfermedades crónicas múltiples, incluidas cardiopatías, accidentes cerebro vasculares e hipertensión, diabetes de tipo II etc. Es importante identificar a individuos que corren el riesgo de convertirse en obesos para desarrollar programas de prevención primaria pero también es importante identificar a personas que son ya obesos para promover actividad física y hábitos alimentarios saludables.

Continúa en la página siguiente

³⁷ World Health Organization (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. 2000, op. cit.

Índice de masa corporal (IMC) promedio, continuación

Limitaciones de los indicadores y Fuente de datos

Los datos auto reportados quizá estén sujetos a los errores y tienen limitaciones como entrevistados tienden a sobreestimar su talla y subestimación su peso, conduciendo a subestimación de IMC y de la prevalencia de obesidad. Además para el análisis de datos, la ponderación de datos asignada debe hacerse cuando no hay una cobertura/respuesta de 100% y errores debidos a medición también debe considerarse.

Mediana de la circunferencia de la cintura

Nombre	Mediana de la circunferencia de la cintura
Definición	Medida de la tendencia central de la circunferencia de la cintura que divide la distribución de la población encuestada en dos partes iguales.
Definición de casos	Tamaño de la circunferencia de la cintura
Método de calculo	Organize las medidas de circunferencias de la cintura en orden de acuerdo a un valor en una escala de medición. Si n es un número impar, la mediana será el valor correspondiente a la observación del medio. Si n es un número par, la mediana será el promedio de las dos circunferencias de cinturas posicionadas en el medio.
Parámetros	• <u>Tipo</u>: mediana • <u>Categorías</u>: mujer, hombre; edades 25-64 y por agrupaciones 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años
Fuente de datos	estudios nacionales o sub nacionales de factores de riesgo (STEPS o similar)
Importancia y racional	Cambios en la circunferencia de cinturas reflejan cambios en los factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades crónicas. La circunferencia de la cintura es un determinante más poderoso y un riesgo subyacente mas aproximado para la diabetes II que el IMC.
Limitaciones de los indicadores y Fuente de datos	La información auto reportada puede contener errores.

Sección IV: Indicadores del Rendimiento del Sistema de Salud

Porcentaje de adultos con cobertura de seguro de salud

Nombre	Porcentaje de adultos con cobertura de seguro de salud
Definición	Porcentaje de población que informa que tiene cualquier clase de seguro de salud (social, privado, planes de prepago, etc)
Definición de casos	Un individuo que tiene cualquier clase de seguro de salud. Sírvase especificar el porcentaje de personas que tienen seguro social, seguro privado y los planes de prepago privados
Método de calculo	$\frac{\text{Número de residentes que tiene cualquier tipo de seguro de salud (social, privado, planes prepagados, etc.)}}{\text{Población de residentes a mitad de año}}$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: Número de residentes que tiene cualquier tipo de seguro de salud (social, privado, planes prepagados, etc) • <u>Denominador</u>: Población de residentes en la mitad del año • <u>Unidad de medida</u>: por 100 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: Hombres, mujeres; edades 25-64 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: anual
Fuente de datos	Estudios nacionales o sub nacionales
Importancia y racional	La falta de seguro sigue siendo un factor determinante del acceso a los servicios de salud necesarios, incluida la atención preventiva. Ciertas condiciones socioeconómicas, incluida una falta de cobertura de seguro de salud y pobreza, están asociadas con situación sanitaria deficiente y enfermedades crónicas. Esta información puede usarse para elaborar estrategias para aumentar cobertura de seguro de salud en la población

Continúa en la página siguiente

Porcentaje de adultos con cobertura de segura de salud, continuación

Limitaciones de los indicadores y Fuente de datos

Los procedimientos de atención de salud y los servicios abarcados pueden variar entre el seguro y otros planes de salud.

Pueden variar los pagos y los copagos requeridos por los pacientes en el seguro y otros planes de salud, de ese modo se afectan la capacidad financiera de los pacientes de recibir servicios. Dado que las personas quizá se desplacen dentro y fuera del seguro de salud, este indicador quizá subestime la prevalencia de una falta de seguro de salud. En todas las Encuestas con datos auto reportados, los datos pueden estar sujetos a los errores resultantes de no la ponderación apropiada de datos

Continúa en la página siguiente

Porcentaje de adultos con cobertura de seguro de salud social

Nombre	Porcentaje de adultos con cobertura de seguro de salud social
Definición	Porcentaje de población que informa que tiene seguro de salud social (auspiciado por el gobierno)
Definición de casos	Un individuo cuyos costos por sus cuidados de salud son cubiertos a través de un programa seguro de salud social (auspiciado por el gobierno).
Método de calculo	$\frac{\text{número de residentes que tienen cobertura financiera medica a través de un programa de seguro social (auspiciado por el gobierno)}}{\text{Población de residentes a mitad de año}}$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: Número de residentes que tiene cualquier tipo de seguro de salud (social, privado, planes prepagados, etc) • <u>Denominador</u>: Población de residentes en la mitad del año • <u>Unidad de medida</u>: por 100 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: Hombres, mujeres; edades 25-64 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: anual
Fuente de datos	Estudios nacionales o sub nacionales
Importancia y racional	La falta de seguro sigue siendo un factor determinante del acceso a los servicios de salud necesarios, incluida la atención preventiva. Ciertas condiciones socioeconómicas, incluida una falta de cobertura de seguro de salud y pobreza, están asociadas con situación sanitaria deficiente y enfermedades crónicas. Esta información puede usarse para elaborar estrategias para aumentar cobertura de seguro de salud en la población

Continúa en la página siguiente

Porcentaje de adultos con cobertura de seguro de salud social, continuación

**Limitaciones de
los indicadores y
Fuente de datos**

Los procedimientos de atención de salud y los servicios abarcados pueden variar entre el seguro y otros planes de salud.

Pueden variar los pagos y los copagos requeridos por los pacientes en el seguro y otros planes de salud, de ese modo se afectan la capacidad financiera de los pacientes de recibir servicios. Dado que las personas quizá se desplacen dentro y fuera del seguro de salud, este indicador quizá subestime la prevalencia de una falta de seguro de salud. En todas las Encuestas con datos auto reportados, los datos pueden estar sujetos a los errores resultantes de no la ponderación apropiada de datos

Porcentaje de mujeres que se ha realizado un Papanicolau en los últimos tres años

Nombre	Porcentaje de mujeres que se han realizado un Papanicolau en los últimos 3 años
Definición	Población femenina que reporta haberse realizado un Papanicolau en los últimos 3 años antes de la encuesta, expresado como porcentaje de toda la población femenina sometida a revisión.
Definición de casos	Una mujer que ha realizado un Papanicolau en los últimos 3 años, antes de la encuesta
Método de calculo	$\frac{\text{Número de mujeres que reporta haberse realizado un Papanicolau en los últimos tres años, antes de la encuesta}}{\text{Número total de mujeres que respondieron la encuesta}}$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: Número de de mujeres que reporta haberse realizado un Papanicolau en los últimos tres años, antes de la encuesta • <u>Denominador</u>: número total de mujeres que respondieron la encuesta • <u>Unidad de medida</u>: por 100 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: hombre, mujer; edades 25-64 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años
Fuente de datos	Estudios nacionales o subnacionales (STEPS o similar)
Importancia y racional	El cáncer cervicouterino es una de las principales causas de muerte entre las mujeres en la región de las Américas. Se calcula que en América Latina la tasa de incidencia del cáncer cervicouterino es entre 28.6-32.6/100,000 y la tasa de mortalidad es entre 12.9-16/100,000. ³⁸ Aproximadamente 40-60% de muertes debido a cáncer cervicouterino pueden evitarse mediante el uso de citologías y tratamiento eficaz, oportuno. Por consiguiente es importante diseñar iniciativas y programas para aumentar la proporción de las mujeres a las que se les realiza tamizaje para el cáncer cervicouterino.
Limitaciones de los indicadores y Fuente de datos	Recomendación para los grupos de edad de tamizaje y la frecuencia varía por país, depende de la capacidad del sistema de atención de salud de realizar el tamizaje así como de la distribución de grupos de riesgo. Del mismo modo que todas las encuesta de auto reporte , los datos pueden estar sujetos a error resultante de falta de respuesta o ponderación de datos inadecuados

³⁸ Ferlay J., et al. GLOBOCAN 2002: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. 2004, op. cit.

Porcentaje de mujeres que se han realizado una mamografía

Nombre	Porcentaje de mujeres (edad 45-64 años) que se ha realizado una mamografía alguna vez
Definición	Población femenina (edad 45-64 años) que dice haberse alguna vez realizado una mamografía, se expresa según porcentaje de toda la población de mujeres encuestada.
Definición de casos	Una mujer (edad 45-64 años) que alguna vez ha tenido una mamografía
Método de cálculo	$\frac{\text{número de mujeres que reporta haberse alguna vez realizado una mamografía}}{\text{número total de mujeres (edades 45- 64 años) que respondieron la encuesta}}$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: número de mujeres que reporta haberse alguna vez realizado una mamografía • <u>Denominador</u>: número total de mujeres (edades 45-64 años) que respondieron la encuesta • <u>Unidad de medida</u>: por 100 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: mujer; edades 45-64 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años
Fuente de datos	Encuestas de factores de riesgo nacionales o subnacionales (STEPS o similar)
Importancia y racional	El cáncer de seno es el cáncer más común entre las mujeres. La mamografía con o sin exploración clínica de las mamas puede reducir las muertes debidas a cáncer de seno en un 30% en las mujeres >40 años, la reducción de riesgos es mayor entre mujeres >50. ³⁹ Por consiguiente es útil seguir las tendencias en el porcentaje de mujeres que experimentan tamizaje para cáncer de seno.
Limitaciones de los indicadores y Fuente de datos	Recomendaciones para tamizaje de la mamografía de grupos de edad y frecuencia varía por país, dependiendo de la capacidad de sistema de atención de salud para realizar tamizaje así como de distribución de grupos de riesgo. Del mismo modo que todas las encuestas de auto reporte , los datos pueden estar sujetos a errores resultantes de, falta de respuesta o ponderación de datos inadecuados

³⁹ Stewart B.W. and Kleihues P. (Eds): World Cancer Report. IARC Press. 2003, op.cit.

Porcentaje de adultos cuya presión arterial fue chequeado

Nombre	Porcentaje de adultos cuya presión arterial fue chequeado en el año anterior
Definición	Población que reporta haber tenido un chequeo de su presión arterial en el año anterior, expresado como porcentaje de población encuestada.
Definición de casos	Un individuo que reporta haber tenido su presión arterial chequeada en el año anterior de la encuesta
Método de calculo	$\frac{\text{número de adultos que reportaron haber tenido un chequeo de su presión arterial en el año anterior a la encuesta}}{\text{número total adultos que respondieron la encuesta}}$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: número de adultos que reportaron haber tenido un chequeo de su presión arterial en el año anterior a la encuesta • <u>Denominador</u>: número total de adultos que respondieron la encuesta • <u>Unidad de medida</u>: por 100 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: hombres, mujeres; edades 25-64 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años
Fuente de datos	Estudios nacionales o subnacionales, reportes hechos por las ONGs u otros socios
Importancia y racional	El control de presión arterial entre los adultos es importante al prevenir o retrasar la aparición o progresión de las enfermedades de la hipertensión y sus complicaciones (por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, accidente cerebrovascular y nefropatía terminal) y esta información es útil para elaborar programas para aumentar las actividades de tamizaje y detección de Hipertensión
Limitaciones de los indicadores y Fuente de datos	Del mismo modo que todas las encuestas de auto reporte, los datos pueden estar sujetos a errores resultantes de falta de respuesta o medición inadecuada.

Porcentaje de adultos cuya glucosa sanguínea fue chequeada en el año anterior

Nombre	Porcentaje de adultos cuya glucosa sanguínea fue chequeada en el año anterior
Definición	Población que reporta haber tenido su glicemia chequeada en el año anterior a la encuesta, expresado como porcentaje de toda la población encuestada.
Definición de casos	Un individuo que reporta haber tenido su glucemia chequeada en el año anterior a la encuesta
Método de calculo	$\frac{\text{número de adultos que reportaron haber tenido un chequeo de su glucosa sanguínea en el año anterior a la encuesta}}{\text{número total adultos que respondieron la encuesta}}$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: número de adultos que reportaron haber tenido un chequeo de su glucosa sanguínea en el año anterior a la encuesta • <u>Denominador</u>: número total de adultos que respondieron la encuesta • <u>Unidad de medida</u>: por 100 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: hombres, mujeres; edades 25-64 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años
Fuente de datos	estudios nacionales o subnacionales, reportes hecho por las ONG u otros socios
Importancia y racional	El control de la glicemia en adultos es importante para la prevención o retraso de la aparición y progresión del síndrome metabólico, la diabetes y las complicaciones relacionadas (por ejemplo, retinopatía, amputaciones de extremidades inferiores y nefropatía terminal). El monitoreo de la glucemia puede ayudar a elaborar programas para aumentar la proporción de los adultos en los que se realiza tamizaje de glicemia
Limitaciones de los indicadores y Fuente de datos	La fiabilidad y validez de este indicador se desconoce.

Porcentaje de adultos cuyo colesterol fue chequeado en el año anterior

Nombre	Porcentaje de adultos cuyo colesterol fue chequeado en el el año anterior a la encuesta
Definición	Población que reporta haber tenido un chequeo de su glucosa en plasma en el año anterior a la encuesta, expresado como porcentaje de población encuestada.
Definición de casos	Un individuo que reporta haber tenido un chequeo de su colesterol en el año anterior a la encuesta
Método de calculo	$\frac{\text{número de adultos que reportaron haber tenido un chequeo de su colesterol en el año anterior a la encuesta}}{\text{número total adultos que respondieron la encuesta}}$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: Numero de adultos que reportaron haber tenido un chequeo de su colesterol en el año anterior a la encuesta • <u>Denominador</u>: número total de personas que respondieron la encuesta • <u>Unidad de medida</u>: por 100 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: Hombres, mujeres; edades 25-64 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años
Fuente de datos	Estudios nacionales o sub nacionales (STEPS o similar) y reportes hechos por las ONG u otros socios
Importancia y racional	Aunque las tasas de tamizaje de colesterol han aumentado, hay todavía un porcentaje grande de adultos que no han tenido chequeo de su colesterol. Los niveles elevados del colesterol sérico pueden conducir a la aparición de la aterosclerosis. Aproximadamente 56% de cardiopatía coronaria y un 18% de accidentes cerebrovasculares son atribuibles al colesterol sérico elevado. ⁴⁰ El colesterol sérico elevado ha estado asociado con inactividad física, ingesta alta en grasa, tabaquismo, diabetes y obesidad. Los cambios de estilo de vida y medicamentos pueden reducir el colesterol y prevenir cardiopatías entre las personas .la información en estos indicadores pueden usarse para elaborar los programas para aumentar la proporción de los adultos que experimentan chequeo de colesterol en sangre.

Continúa en la página siguiente

⁴⁰ World Health Organization (WHO). The world health report 2002. 2002, op.cit.

Porcentaje de adultos cuyo colesterol fue chequeado en el años anterior, continuación

Limitaciones de los indicadores y Fuente de datos	La validez y fiabilidad de este indicador pueden ser bajas. Del mismo modo que todas las encuestas de auto reporte, los datos quizá estén sujetos al error sistemático resultante de, falta de respuesta o medición inadecuada.
--	---

Porcentaje de diabéticos que tuvieron un examen ocular en el año anterior

Nombre	Porcentaje de diabéticos que tuvieron un examen ocular en año anterior a la encuesta
Definición	Población de diabéticos que dicen haber habido recibido al menos un examen clínico de ojos en el año anterior a la encuesta, expresado como porcentaje de diabéticos en la población encuestada.
Definición de casos	Un individuo con diabetes que informa haber tenido un examen clínico ocular durante el año anterior a la encuesta
Método de calculo	$\frac{\text{número de adultos diabéticos que reportaron haber tenido un examen ocular en el año anterior a la encuesta}}{\text{número total adultos diabéticos que respondieron la encuesta}}$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: Número de adultos diabéticos que reportaron haber tenido un examen ocular en el año anterior a la encuesta • <u>Denominador</u>: número total de adultos diabéticos que respondieron la encuesta • <u>Unidad de medida</u>: por 100 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: Mujer, hombre; edades 25-64 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años
Fuente de datos	estudios nacionales o sub nacionales (STEPS o similar)
Importancia y racional	Las personas con diabetes están en mayor riesgo de ceguera como resultado de retinopatía. La diabetes es la principal causa de nuevos casos de la ceguera entre los adultos de 20–74 años. ⁴¹ Este Indicador sirve para elaborar estrategias y programas de prevención para mejorar la calidad de atención entre los adultos con diabetes.
Limitaciones de los indicadores y Fuente de datos	La fiabilidad y validez del indicador se desconocen del mismo modo que toda encuesta de auto reporte. Los datos están sujetos a error sistemático resultante de, falta de respuesta o recopilación de datos inadecuada.

⁴¹ Resnikoff S. et al. Global data on visual impairment in the year 2002. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 52:844-851

Porcentaje de diabéticos que tuvieron una revisión de pies en el en el año anterior

Nombre	Porcentaje de diabéticos que tuvieron una revisión pies en el año anterior
Definición	Población de diabéticos que dicen haber habido recibido al menos una revisión de pies en el año anterior a la encuesta, expresado como porcentaje de población encuestada que tienen diabetes.
Definición de casos	Una persona con diabetes que ha tenido una revisión de pies durante el año anterior a la encuesta
Método de calculo	$\frac{\text{número de adultos diabéticos que reportaron haber tenido una revisión de pies en el año anterior a la encuesta}}{\text{número total adultos diabéticos que respondieron la encuesta}}$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: Número de adultos diabéticos que reportaron haber tenido una revisión de pies en el año anterior a la encuesta • <u>Denominador</u>: número total de adultos diabéticos que respondieron la encuesta • <u>Unidad de medida</u>: por 100 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: hombre, mujer; edades 25-64 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años
Fuente de datos	Obtenido de estudios nacionales o subnacionales de factores de riesgo (STEPS)
Importancia y racional	Las personas con diabetes están en mayor riesgo de complicaciones vasculares periféricas que causan alteraciones anatomopatológicas de sus extremidades inferiores que, cuándo combinado con traumatismo menor e infección, puede conducir a graves problemas del pie, incluida amputación. Examen de pies corriente y periódico puede permitir la detección temprana de las complicaciones vasculares periféricas. La Diabetes es la principal causa de ninguna amputación traumática y observación de las tendencias en el porcentaje de amputaciones pueden ayudar a elaborar estrategias y programas de prevención para aumentar el examen clínico de pies entre adultos con diabetes
Limitaciones de los indicadores y Fuente de datos	La fiabilidad y validez del indicador y como en toda encuesta de auto reporte los datos están sujetos a error resultante de ponderación de datos no cobertura/inapropiada.

Porcentaje de egresos hospitalarios con diagnostico de infarto al miocardio en un año dado

Nombre	Porcentaje de egresos hospitalarios con diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IM) (ICD10 I21-I22) en un año dado.
Definición	Casos hospitalizados con diagnóstico principal IM, expresado como porcentaje de todas las hospitalizaciones en el año dado.
Definición de casos	Egreso hospitalario con un diagnóstico IM (ICD10 I21-I22) en un año dado
Método de calculo	$\frac{\text{número de egresos hospitalarios con diagnostico IM en un año dado}}{\text{número total de hospitalizaciones en un año dado}}$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: Número de egresos hospitalarios con diagnóstico IM en un año dado • <u>Denominador</u>: número total de hospitalizaciones en un año dado • <u>Unidad de medida</u>: por 100 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: hombre, mujer; edades 25-64 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años
Fuente de datos	Registros Hospitalarios
Importancia y racional	Diferencias significativas de las tasas de mortalidad de cardiopatía coronaria y medidas preventivas existen por raza, la edad, el sexo, lugar de residencia y otros factores demográficos por consiguiente los registros de hospitalizaciones pueden ayudar a seguir grupos de alto riesgo así como el éxito de programas preventivos e intervenciones de centros de atención primaria orientadas a controlar y reducir hospitalizaciones debidas a cardiopatía Coronaria.

Continúa en la página siguiente

Porcentaje de egresos hospitalarios con diagnostico de infarto al miocardio en un año dado, continuación

Limitaciones de los indicadores y Fuente de datos

Es considerable número de personas con infarto agudo de miocardio que mueren antes de llegar a un hospital. Dado que la cardiopatía es una enfermedad crónica que puede tener una fase preclínica larga, años quizá pasen antes de los cambios en el comportamiento o práctica clínica afecten morbilidad y mortalidad de la población. Se ha informado un número considerable de diagnósticos erróneos, en particular entre las mujeres.

Los diagnósticos enumerados en los datos del egreso hospitalario quizá sean inexactos. La Estructura en la práctica y los mecanismos de pago pueden afectar a las decisiones por los proveedores de asistencia sanitaria de hospitalizar a las pacientes. Los residentes de un estado podrían ser hospitalizados en otro estado y no reflejarse en el conjunto de datos del hospital del primer estado. Los ingresos múltiples para un grupo de pacientes elevan falsamente el número de personas hospitalizadas. Dado que los datos del egreso hospitalario del estado no son universalmente disponibles, la agregación de los datos estatales para producir cálculos por toda la nación que estarían incompletos

Continúa en la página siguiente

Tiempo promedio de estancias en el hospital por infarto al miocardio

Nombre	Tiempo promedio de estancias en el hospital por infarto al miocardio (IM) (ICD10 I21-I22)
Definición	Tiempo promedio de estancia diaria en el hospital un año dado a causa de IM
Definición de casos	Estadía hospitalaria por IM
Método de calculo	$\frac{\text{suma de los días de camas hospitalarias utilizadas por IM en un año dado}}{\text{número de casos de IM egresados en un año dado}}$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: Suma de los días de cama hospitalarias utilizadas por IM en un año dado • <u>Denominador</u>: número de casos de IM egresados en un año dado • <u>Unidad de medida</u>: por 100 • <u>Tipo</u>: promedio • <u>Categorías</u>: hombres, mujeres; edades 25-64 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años
Fuente de datos	Registros Hospitalarios
Importancia y racional	La utilización de camas de hospital puede ser evaluada a través de tasas de admisión, periodos de estadía y uso de cama diario debido a pacientes. El seguimiento de la trayectoria del Media del periodo de estadía hospitalaria a causa de Cardiopatía Isquémica contribuye y ayuda a evaluar el rendimiento en general de vigilancia, la utilización de recursos y puede apoyar a tomar decisiones del futuro cuidados primarios

Porcentaje de egresos hospitalarios con diagnostico de accidente cerebrovascular en un año dado

Nombre	Porcentaje de egresos hospitalarios con diagnóstico de accidente cerebrovascular (ICD10 I60-I69) en un año dado.
Definición	Casos hospitalizados con un principal diagnóstico de accidente cerebrovascular, expresado como porcentaje de todas las hospitalizaciones en el año dado.
Definición de casos	Egreso hospitalario con un diagnóstico accidente cerebrovascular (ICD10 I60-I69) en un año dado
Método de calculo	$\frac{\text{número de egresos hospitalarios con diagnostico accidente cerebrovascular en un año dado}}{\text{número total de hospitalizaciones en un año dado}}$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: Numero de egresos hospitalarios con un diagnostico de accidente cerebrovascular en un año dado • <u>Denominador</u>: número total de casos hospitalizados en un año dado • <u>Unidad de medida</u>: por 100 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: hombre, mujer; edades 25-64 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años
Fuente de datos	Registros Hospitalarios
Importancia y racional	Diferencias significativas de las tasas de mortalidad de cardiopatía coronaria y las medidas preventivas existen por raza, la edad, el sexo, el lugar de residencia y otros factores demográficos por consiguiente los registros de hospitalizaciones pueden ayudar a seguir grupos de alto riesgo así como el éxito de programas preventivos e intervenciones de centros de atención primaria orientadas a controlar y reducir hospitalizaciones debidas a cardiopatía Coronaria.

Continúa en la página siguiente

Porcentaje de egresos hospitalarios con diagnóstico de accidente cerebrovascular en un año dado, continuación

Limitaciones de los indicadores y Fuente de datos

El número de personas con accidente cerebrovascular agudo que mueren antes de llegar a un hospital es considerable.

Aunque los dos tipos de mayores de accidente cerebrovascular—hemorrágico (aproximadamente 10% de accidente cerebrovascular) e isquémico (aproximadamente 65%) comparten ciertos factores de riesgo, su tratamiento varía. Y es importante notar esa distinción porque puede conducir a la codificación de los errores. Los diagnósticos enumerados en los datos del egreso hospitalario quizá sean inexactos. La estructura, la práctica y los mecanismos de pago pueden afectar las decisiones por los proveedores de asistencia sanitaria de hospitalizar a los pacientes. Los residentes de un estado podrían ser hospitalizados en otro estado y no reflejarse en conjunto de datos de hospital del primer estado. Los ingresos múltiples para un grupo de pacientes elevan falsamente el número de personas hospitalizadas. Dado que los datos de egreso hospitalarios del estado no están universalmente disponibles, la agregación de los datos estatales para producir cálculos para toda la nación estará incompleta.

Continúa en la página siguiente

Tiempo promedio de estancias en el hospital por accidentes cerebrovasculares

Nombre	Tiempo promedio de estancias en el hospital por accidentes cerebrovasculares (ICD10 I60-I69)
Definición	Tiempo promedio de estancia diaria en el hospital un año dado a causa de accidentes cerebrovasculares
Definición de casos	Complicaciones de accidentes cerebrovasculares
Método de calculo	$\frac{\text{suma de los días de camas hospitalarias utilizadas por accidente cerebrovascular en un año dado}}{\text{número de casos de accidentes cerebrovasculares egresados en un año dado}}$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: Suma de los días de cama utilizadas por casos de accidentes cerebrovasculares en un año dado • <u>Denominador</u>: número de casos de accidentes cerebrovasculares egresados en un año dado • <u>Unidad de medida</u>: por 100 • <u>Tipo</u>: Media • <u>Categorías</u>: hombres, mujeres; edades 25-64 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años
Fuente de datos	Registros Hospitalarios
Importancia y racional	La utilización de camas de hospital puede ser evaluada a través de tasas de admisión, periodos de estadía y uso de cama diario debido a pacientes. El seguimiento de la trayectoria del Media del periodo de estadía hospitalaria a causa de accidentes cerebrovasculares contribuye y ayuda a evaluar el rendimiento en general de vigilancia, la utilización de recursos y puede apoyar a tomar decisiones del futuro cuidados primarios

Porcentaje de egresos hospitalarios con diagnostico de diabetes en un año dado

Nombre	Porcentaje de egresos hospitalarios con diagnóstico de diabetes (ICD10 E10-E14)
Definición	Hospitalizaciones con un principal diagnóstico o contribuyente de diabetes (ICD 10 E10-E14) en un año dado
Definición de casos	un caso dado de alta del hospital con un diagnóstico de diabetes durante el un año dado
Método de calculo	$\frac{\text{número de egresos hospitalarios con diagnostico diabetes en un año dado}}{\text{número total de hospitalizaciones en un año dado}}$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: Número de hospitalizaciones con un diagnostico principal o contribuyente a diabetes en un año dado • <u>Denominador</u>: número total de hospitalizaciones durante un año dado • <u>Unidad de medida</u>: por 100 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: hombre, mujer; edades 25-64 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años
Fuente de datos	Registros de hospital
Importancia y racional	Complicaciones a largo plazo de la diabetes que requieren hospitalización pueden prevenirse a través de la regulación de glucosa, lípidos y presión arterial, así como el tamizaje y el tratamiento para las anormalidades de ojos, extremidades inferiores y renales. La educación de pacientes y la atención médica pueden prevenir las complicaciones. Por consiguiente este indicador puede usarse para guiar los programas que promueven actividades de tamizaje y servicios preventivos para reducir hospitalizaciones debidas a diabetes.

Continúa en la página siguiente

Porcentaje de egresos hospitalarios con diagnostico de diabetes en un año dado, continuación

Limitaciones de los indicadores y Fuente de datos

Aproximadamente un tercio de casos son no diagnosticados, quizás años pasen antes de mejoras en práctica clínica y prevención afecten las tasas de hospitalización relacionadas con la diabetes. Los diagnósticos enumerados en los datos del egreso hospitalario quizá sean inexactos.

La estructura, la práctica y los mecanismos de pago quizá afecten a las decisiones por los proveedores de asistencia sanitaria de hospitalizar a los pacientes. Los residentes de un estado podrían ser hospitalizados en otro estado y no reflejarse en el conjunto de datos del hospital del primer estado. Los ingresos múltiples para una persona quizá eleven falsamente el número de personas hospitalizadas. Dado que no hay disponibilidad universal de los datos de egresos hospitalarios del estado, la agregación de datos estatales para producir cálculos por toda la nación estará incompleta.

Continúa en la página siguiente

Tiempo promedio de estancias en el hospital por diabetes

Nombre	Tiempo promedio de estancias en el hospital por diabetes (ICD10 E10-E14)
Definición	Tiempo promedio de estancia diaria en el hospital un año dado a causa de diabetes
Definición de casos	Complicaciones de diabetes
Método de calculo	$\frac{\text{suma de los días de camas hospitalarias utilizadas por diabetes en un año dado}}{\text{número de casos de diabetes egresados en un año dado}}$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: Suma de los días de camas hospitalarias utilizadas por diabetes en un año dado • <u>Denominador</u>: número de casos de diabetes egresados en un año dado • <u>Unidad de medida</u>: por 100 • <u>Tipo</u>: Media • <u>Categorías</u>: hombres, mujeres; edades 25-64 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años
Fuente de datos	Registros Hospitalarios
Importancia y racional	La utilización de camas de hospital puede ser evaluada a través de tasas de admisión, periodos de estadía y uso de cama diario debido a pacientes. El seguimiento de la trayectoria del periodo promedio de estadía hospitalaria a causa de diabetes contribuye y ayuda a evaluar el rendimiento en general de vigilancia, la utilización de recursos y puede apoyar a tomar decisiones del futuro cuidados primarios

Porcentaje de egresos hospitalarios con diagnostico de enfermedades pulmonar obstructiva crónica en un año dado

Nombre	Porcentaje de egresos hospitalarios con diagnóstico de enfermedades pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (ICD10 J40-J47)
Definición	Hospitalizaciones con un principal diagnóstico EPOC (ICD 10 J40-J47) en un año dado
Definición de casos	un caso dado de alta del hospital con un diagnóstico de EPOC durante el un año dado
Método de calculo	$\frac{\text{número de egresos hospitalarios con diagnostico EPOC en un año dado}}{\text{número total de hospitalizaciones en un año dado}}$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: Número de egresos hospitalarios con diagnostico EPOC en un año dado • <u>Denominador</u>: número total de hospitalizaciones durante un año dado • <u>Unidad de medida</u>: por 100 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: hombre, mujer; edades 25-64 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años
Fuente de datos	Registros hospitalario
Importancia y racional	La mortalidad por EPOC ha aumentado por un 40% en las ultimas 2 décadas. La Eliminación del consumo de tabaco es la manera más eficaz de reducir el EPOC porque aproximadamente 90% de EPOC es atribuible a fumar. ⁴² Otros factores de riesgo de EPOC incluyen exposición laboral y la contaminación del aire ambiental. Si se elaboran programas preventivos para modificar factores de riesgo debe ser posible ver una disminución en la cantidad de hospitalizaciones. ⁴²

Continúa en la página siguiente

⁴² World Health Organization (WHO). World health report 2002. 2002, op. cit.

Porcentaje de egresos hospitalarios con diagnostico de EPOC en un año dado, continuación

Limitaciones de los indicadores y Fuente de datos

Los diagnósticos enumerados en los datos del egreso hospitalario quizá sean inexactos. La estructura, la práctica y los mecanismos de pago podrían afectar a las decisiones por los proveedores de asistencia sanitaria de hospitalizar a los pacientes. Los residentes de un estado podrían ser hospitalizados en otro estado y no reflejarse en conjunto de datos del hospital del primer estado. Los ingresos múltiples para un grupo de pacientes elevan falsamente el número de personas hospitalizadas. Dado que los datos de egreso hospitalario del estado no están universalmente disponibles, la agregación de los datos estatales para producir cálculos por toda la nación estaría incompleta.

Continúa en la página siguiente

Tiempo promedio de estancias en el hospital por EPOC

Nombre	Tiempo promedio de estancias en el hospital por EPOC (ICD10 J40-J47)
Definición	Tiempo promedio de estancia diaria en el hospital un año dado a causa de EPOC
Definición de casos	Complicaciones de EPOC
Método de calculo	$\frac{\text{suma de los días de camas hospitalarias utilizadas por EPOC en un año dado}}{\text{número de casos de EPOC egresados en un año dado}}$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: Suma de los días de camas hospitalarias utilizadas por EPOC en un año dado • <u>Denominador</u>: número de casos de EPOC egresados en un año dado • <u>Unidad de medida</u>: por 100 • <u>Tipo</u>: Media • <u>Categorías</u>: hombres, mujeres; edades 25-64 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años
Fuente de datos	Registros Hospitalarios
Importancia y racional	La utilización de camas de hospital puede ser evaluada a través de tasas de admisión, periodos de estadía y uso de cama diario debido a pacientes. El seguimiento de la trayectoria del periodo promedio de estadía hospitalaria a causa de EPOC contribuye y ayuda a evaluar el rendimiento en general de vigilancia, la utilización de recursos y puede apoyar a tomar decisiones del futuro cuidados primarios.

Porcentaje de amputaciones entre adultos con diabetes en un año dado

Nombre	Porcentaje de amputaciones entre adultos con diabetes en un año dado
Definición	Numero de amputaciones entre adultos con diabetes, expresado como porcentaje de toda la población con diabetes
Definición de casos	Una amputación debida a complicaciones diabéticas durante el año pasado
Método de calculo	$\frac{\text{número de amputaciones con causa subyacente a diabetes en un año dado}}{\text{número total de la población diabética en un año dado}}$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: número de amputaciones con causa subyacente a diabetes en un año dado • <u>Denominador</u>: número total de población diabética en un año dado • <u>Unidad de medida</u>: por 100 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: hombre, mujer; edades 25-64 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: anual
Fuente de datos	Registros de hospital o registros específicos de enfermedades
Importancia y racional	Las personas con diabetes están en mayor riesgo para las alteraciones anatomopatológicas de las extremidades inferiores que, cuándo combinado con traumatismo menor e infección, pueden conducir a graves problemas del pie, incluida la amputación. Examen de pies corriente y periódico puede permitir la detección temprana de las complicaciones vasculares periféricas. Diabetes es la principal causa de amputación traumática y esta información es importante para mejorar el manejo de enfermedades y reducir el número de amputaciones

Continúa en la página siguiente

Porcentaje de amputaciones entre adultos con diabetes en un año dado, continuación

Limitaciones de los indicadores y Fuente de datos	La fiabilidad y validez del indicador se desconocen Del Mismo Modo que todo encuestas de auto reporte, los datos están sujetos a error resultante de, falta de respuesta o ponderación de datos inadecuados
--	---

Porcentaje de adultos con diabetes en diálisis en un año dado

Nombre	Porcentaje de adultos con diabetes en diálisis en un año dado
Definición	Número de diabéticos en diálisis en un año dado, expresado como porcentaje de la población diabética
Definición de casos	Diálisis debido a complicaciones de la diabetes
Método de calculo	$\frac{\text{número de pacientes en diálisis con causa subyacente a diabetes en un año dado}}{\text{número total de la población diabética en un año dado}}$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: Numero de pacientes en diálisis con causa subyacente a diabetes en un año dado • <u>Denominador</u>: número total de población diabética en un año dado • <u>Unidad de medida</u>: por 100 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: hombre, mujer; edades 25-64 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: anual
Fuente de datos	Registros de hospital o registros específicos de enfermedades
Importancia y racional	Personas con un mal control de diabetes corren el alto riesgo de falla del riñón. Diabetes es la causa principal de diálisis en muchos países de la Región, y una causa severa que contribuye a cargo por enfermedades a la economía de los mismos. Por lo mismo, es importante mantener la cuenta del porcentaje para mejorar el manejo de la enfermedad y disminuir el número de diálisis debido a la diabetes.
Limitaciones de los indicadores y Fuente de datos	La fiabilidad y validez del indicador se desconocen Del Mismo Modo que todo encuestas de auto reporte , los datos están sujetos a error resultante de, falta de respuesta o ponderación de datos inadecuados.

Porcentaje de adultos con accesibilidad geográfica a atención primaria

Nombre	Porcentaje de adultos con accesibilidad geográfica a la atención primaria (AP)
Definición	La población que reporta tener una unidad de AP alcanzable en 60 minutos, expresados como porcentaje de la población a mitad del año.
Definición de casos	Un individuo que reporta tener una unidad de AP alcanzable en 60 minutos
Método de calculo	$\frac{\text{número de adultos que reportan tener un centro de AP a 60 min (a pie o en carro) de distancia}}{\text{población de residentes a mitad del año}}$
Parámetros	• <u>Numerador</u>: Numero de adultos que reportan tener un centro de AP a 60 minutos (a pie o en carro) de distancia • <u>Denominador</u>: población de residentes en la mitad del año • <u>Unidad de medida</u>: por 100 • <u>Tipo</u>: tasa • <u>Categorías</u>: hombre, mujer; edad 25-64 • <u>Frecuencia de recaudación</u>: cada 3-5 años
Fuente de datos	Obtenido de estudios nacionales o sub nacionales
Importancia y racional	La ubicación geográfica de la unidad de AP se considera uno de los indicadores que tiene influencia y determina en parte el acceso a los servicios de salud necesarios, incluida la atención preventiva. Está asociado con situación sanitaria deficiente y enfermedad crónica. Por consiguiente es importante elaborar estrategias para aumentar el acceso a centros de atención primaria en la población
Limitaciones de los indicadores y Fuente de datos	Este indicador no incluye otros factores relacionados con el acceso a la atención primaria como cobertura de seguro de salud.

Sección V: Indicadores socioeconómicos y de contextos

Población total (Proporción Hombres/ Mujeres)

La población total comprende generalmente a todos los residentes independientemente de la condición jurídica o la ciudadanía. No incluye a los refugiados que no se sedimentan permanentemente en el país de asilo (estos son generalmente considerado parte de la población de su país de origen). Estimaciones de la población se basan generalmente en los censos de población y los censos revisados nacionales que tienen los datos sobre los nacimientos, las defunciones y la migración. Este indicador es imprescindible para calcular indicadores per cápita. Es importante notar que errores de estimación de hasta 5 por ciento pueden observarse para los países con censos poco frecuentes, y/o censos incompletos y sistemas de registro deficientes para nacimientos, defunciones y migración.

Población Urbana

Esto es la razón de la población total que vive dentro de las "aglomeraciones urbanas" y se expresa como un porcentaje de la población total. La población urbana y rural se cuenta en los censos de población nacionales, o calculado a través de las encuestas. Entre estas operaciones, los cálculos a menudo se actualizan a través de las proyecciones basadas en las tasas de crecimiento respectivas anteriormente observadas para las poblaciones urbanas y rurales. Este indicador suministra información importante a tiempo de los desplazamientos de la población del país a la forma de vida urbana y la economía (proporción decreciente de agricultura, creciente proporción de industria y servicios). La urbanización se considera uno de los conductores clave para los cambios con respecto la carga de morbilidad, ambientales y conductuales en la adopción de nuevos hábitos alimentarios, un modo de vida sedentario, así como consumo de alcohol y tabaco y estos influyen en la prevalencia ascendente de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo.

Ingreso nacional bruto

Comprende el valor total producido dentro de un país (es decir, su Producto Interno Bruto), junto con los ingresos recibidos de otros países, menos pagos hechos a otros países. Esta información es útil y es uno de los criterios principales para clasificar las economías, ya que proporciona una medida general de ingresos nacionales anuales por persona en diferentes países.

Países que tienen un sector industrial moderno es posible que tengan un INB mucho mayor per cápita que los países que son menos desarrollados.

La población abajo umbral de pobreza

El porcentaje de la población (rural o urbano) que vive por debajo del umbral de pobreza nacional (rural o urbano). El umbral de pobreza es una cifra generalmente definida por el Banco Mundial como 1 US\$ por día debajo de lo cual un porcentaje de la población se considera pobre. Aunque diferentes países tienen diferentes definiciones de pobreza. Está bien-documentado que las personas que viven en la pobreza sufren de una incidencia mayor de las enfermedades crónicas incluida la diabetes, cardiopatías e hipertensión. Es esencial que todos los sectores asuman responsabilidad en la reducción de la pobreza incluida la acción de política pública a todos los niveles del gobierno.

Radio de ingresos (20% más alto de 20%/más bajo)

GNP Per cápita es sólo una medida cruda de ingresos promedios en un país particularmente porque la distribución de los ingresos dentro de un país nunca es igual. Esta información puede usarse para comparar la razón de los ingresos en un país al promedio mundial y medir desigualdad internacionalmente, (la desigualdad entre naciones, generalmente es medida al comparar a GNP/cápita). Esto no solo puede afectar el acceso a la atención de salud y calidad de los servicios prestados sino también puede afectar el acceso a los servicios y asequibilidad de medicamento esenciales para enfermedades crónicas. Esta información puede obtenerse a partir de los datos del Banco Mundial.

Producción de frutas

Las frutas son muy importantes para un régimen alimentario saludable y es importante aumentar y asegurar su disponibilidad y producción. Las frutas también desempeñan un papel vital en los ingresos y la generación de empleo así como la diversificación de los sistemas de producción agrícolas. La políticas y otras implicaciones relacionadas con el aumento de consumo y producción de fruta deben considerarse una área importante es decir, la provisión de los insumos, los incentivos de producción, el aumento de la capacidad, la infraestructura mercadológica y el comercio.

Puede expresarse en porcentaje de participación en el mercado mundial o en medición de toneladas (por miles) toneladas. Esta información puede obtenerse a partir de la estadística nacional de diversas fuentes de ministerios o internacionales como FAO.

Importación de los frutas

Las industrias de fruta en muchos los países latinoamericanos y del Caribe han seguido ampliándose. Las Frutas y verduras son muy importantes para asegurar el bienestar nutricional y general y disminuir el riesgo para enfermedades crónicas. Para los gobiernos es importante aumentar y asegurar la disponibilidad de frutas y de verduras todo el año, independientemente de la estación.

En los países donde la producción no es suficiente para abarcar los requisitos de la población, la importaciones pueden ser una fuente importante para aumentar disponibilidad y variedad entre la población. Puede expresarse según la Cantidad, valor Unitario o Valor. Se prefiere la cantidad (toneladas Métricas) y la información puede obtenerse a partir de las estadísticas nacionales de diversas fuentes de ministerios o internacionales como FAO.

Exportación frutas

Los recursos agrícolas y específicamente la producción de frutas y verduras son una parte importante de la economía en el mundo, ya que una porción grande de la producción agrícola se deriva de las frutas y sector de verduras. Fruta exporta los volúmenes han aumentado enormemente y hay un esfuerzo para ampliar y diversificar la disponibilidad las frutas de verduras para el consumo. En los países donde la producción se limita (i.e debido a cambios de estación) las exportaciones son especialmente importantes para asegurar disponibilidad y variedad entre la población. Puede expresarse según la cantidad, valor unitario o valor. Se prefiere la cantidad en (toneladas métricas) y la información puede obtenerse a partir de las estadísticas nacionales de diversas fuentes de ministerios o internacionales como FAO.

Producción de Vegetales

Los vegetales son muy importantes para un régimen alimentario saludable y es importante aumentar y asegurar su disponibilidad y producción. Las verduras también desempeñan un papel vital en los ingresos, la generación empleo y la diversificación de los sistemas de producción agrícolas. Las políticas y otras implicaciones relacionadas con el aumento de producción y consumo de frutas y verduras deben considerarse es decir, la provisión de los insumos, los incentivos de producción, el aumento de la capacidad, la infraestructura mercadológica y el comercio. Puede expresarse como el porcentaje de participación en el mercado mundial o en método de medición toneladas (miles) toneladas .Se prefiere la en cantidad las toneladas. La información puede obtenerse a partir de la estadística nacional de diversas fuentes de ministerios o internacionales como FAO.

Importación de Vegetales

Para los gobiernos es importante asegurar la disponibilidad de frutas y de verduras todo el año, independientemente de la estación. En los países donde la producción no es suficiente para abarcar los requisitos de la población, importaciones pueden ser una fuente importante para aumentar disponibilidad y variedad entre la población. Puede expresarse según la Cantidad, valor Unitario o Valor. Se prefiere la cantidad (toneladas Métricas) y la información puede obtenerse a partir de las estadísticas nacionales de diversas fuentes de ministerio o internacionales como FAO.

Exportación de vegetales

El comercio es una parte muy importante de la economía. La industria de vegetales en muchos países de América Latina y el Caribe ha seguido para ampliándose y los volúmenes han aumentado enormemente y hay un esfuerzo para ampliar y diversificar fruta y disponibilidad de verduras para consumo. En los países donde la producción es limitada (es decir, debido a cambios de la estación) las exportaciones son especialmente importantes para asegurar disponibilidad y variedad entre la población. Puede expresarse según la cantidad, valor unitario o valor. Se prefiere la cantidad (toneladas Métricas) y la información puede obtenerse a partir de las estadísticas nacionales de diversas fuentes de ministerio o internacionales como FAO.

Producción de alcohol

Para Prevenir los problemas médicos y sociales relacionados con el alcohol, es importante tener un criterio claro de su magnitud. Los cálculos del consumo Per cápita de las bebidas alcohólicas pueden proporcionar información valiosa de la magnitud del problema y tendencias. Por consiguiente, los cálculos de consumo per cápita adultos son muy útiles para la planificación y la evaluación de las políticas de salud pública relacionadas con el alcohol y para poder calcular consumo per cápita Anual, se requiere la información sobre la producción de alcohol, las importaciones de alcohol y las exportaciones de alcohol.

A medida que los países desarrollados mantienen barreras altas con respecto al comercio de alcohol para influir en la disminución en el consumo, hay un redobló del esfuerzo para el establecimiento de mercados nuevos en países en desarrollo y países en transición. Esta información puede expresarse como cantidad, valor unitario o valor. Se prefiere la cantidad (toneladas Métricas) y la información puede obtenerse a partir de las estadísticas nacionales de diversas fuentes de ministerio o internacionales como FAO.

Importaciones y exportaciones de alcohol

Sólo aproximadamente 10 por ciento de producción de bebidas alcohólicas entra en el comercio Internacional. El grueso de ese comercio ocurre entre los países desarrollados, y por lo tanto las ventas de alcohol agregan en general poco a los ingresos de exportación del país en desarrollo. Los mayores países importadores y exportadores son todas naciones desarrolladas. Los productos y las ganancias en el comercio internacional de alcohol por lo tanto fluyen principalmente en los países y países desarrollados en transición. Puede expresarse según la cantidad, valor unitario o valor. Se prefiere la cantidad (toneladas Métricas) y la información puede obtenerse a partir de las estadísticas nacionales de diversas fuentes de ministerio o internacionales como FAO.

Producción de tabaco

El tabaco está asociado con varias enfermedades como: El cáncer del pulmón, vejiga urinaria, laringe, enfermedades respiratorias no cancerosas, enfermedades cardiovasculares y algunos otros. Es uno de las fuentes de morbilidad y mortalidad más prevenibles. El consumo de tabaco total puede ser útil para medir el tamaño del mercado del tabaco (consumo de tabaco Total = producción + exportaciones-importaciones) y esa es información útil para seguir las tendencias y promover políticas sanitaria para reglamentar la industria y la disminución del consumo. A pesar de que la sustitución de cultivos a menudo se propone como uno de los medios para reducir el suministro del tabaco, actualmente los incentivos a los agricultores para cultivar el tabaco son mayores que para la mayor parte de los restantes cultivos. Sin embargo, quizá sea una estrategia útil donde sea necesario ayudar a los tabacaleros más pobres en la transición a otros medios de vida, como parte de un programa de diversificación más amplio. Se prefiere la cantidad (toneladas Métricas) y la información puede obtenerse a partir de las estadísticas nacionales de diversas fuentes de ministerio o internacionales como FAO.

Importaciones y exportaciones de tabaco

El comercio del tabaco es un negocio grande, tanto para la materia prima (hojas de tabaco) como para el producto finalizado (cigarrillos elaborados) Los países en desarrollo esperan extender un aumento de su proporción en la producción del tabaco mundial, según el informe de Naciones Unidas (Roma, 2003). . Puede expresarse según la cantidad, valor unitario o valor. Se prefiere la cantidad (toneladas Métricas) y la información puede obtenerse a partir de las estadísticas nacionales de diversas fuentes de ministerio o internacionales como FAO.

Agradecimientos

Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) por apoyar y patrocinar este proyecto, bajo la subvención Española número 2301117.