

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD

ESPAÑA 2011/12

SERIE

Informes monográficos

5

**DETECCIÓN
PRECOZ DE
CÁNCER**



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



Director General de Salud Pública, Calidad e Innovación

José Javier Castrodeza Sanz

Subdirectora General de Información Sanitaria e Innovación

Mercedes Alfaro Latorre

Responsables del texto

Mónica Suárez Cardona

Montse Neira León

María Teresa Pastor Sanz

María de los Santos Ichaso Hernández-Rubio

Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12

Serie Informes monográficos nº 5. Detección precoz de cáncer.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid 2015.

NIPO 680-14-081-9

Cita sugerida:

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12.

Detección precoz de cáncer. Serie Informes monográficos nº 5. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015.

Palabras clave: screening, cáncer, encuesta, España, cobertura

Resumen

Este informe monográfico presenta los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) 2011/12 en lo relativo a la detección precoz del cáncer de mama, cáncer de cérvix y cáncer colorrectal en las personas residentes en España. Se presenta la cobertura poblacional de tres pruebas, -la mamografía y la citología vaginal en mujeres y la prueba de sangre oculta en heces en hombres y mujeres-, y los motivos por los que se hicieron la prueba. También se comparan estos indicadores con los resultados de la Encuesta Europea de Salud en España de 2009 y, cuando es posible, con años anteriores de la ENSE.

La ENSE es un estudio periódico realizado desde 1987 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que desde 2003 se realiza mediante convenio con el Instituto Nacional de Estadística.

Los resultados de la ENSE 2011/12 muestran que en España la cobertura de los programas de detección de cáncer de mama y de cuello de útero es alta, pero es necesario intensificar los programas de detección precoz de cáncer colorrectal.

De entre la población que debe hacerse cada prueba de detección precoz de cáncer según las recomendaciones vigentes,

- el 77,1% se ha hecho una mamografía (cáncer de mama),
- el 78,8% se ha hecho una citología (cáncer de cuello de útero) y
- el 6,8% se ha hecho una prueba de sangre oculta en heces (cáncer de colon).

DetECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA

- Más de 3 de cada 4 mujeres se hacen la prueba de detección precoz del cáncer de mama en el plazo recomendado. El 77,1% del grupo de edad en que se recomienda la prueba (50 a 69 años) declara haberse hecho una mamografía en los últimos dos años, y otro 9,5% hace más de dos años pero menos de tres.
- España es uno de los 6 países europeos que han alcanzado el objetivo establecido por la Comisión Europea para el *screening* de mama en 2010, el 75% de las mujeres de la población diana.
- Las tasas de mamografía fueron significativamente más bajas en las clases menos favorecidas. Se observan gradientes por clase social y por nivel de ingresos del hogar. El 85,1% de las mujeres de clase social I en edad de hacerse la mamografía declara habérsela hecho, frente al 68,9% en la clase VI. Por nivel de ingresos la proporción de mujeres con mamografía hecha según lo recomendado es del 73,5% en las de menos ingresos y 85,6% en el quintil más alto. No se aprecian diferencias por nivel educativo.
- La cobertura de la prueba de cribado de cáncer de mama fue significativamente más alta entre las mujeres nacidas en España (79,5%) que en las que habían nacido en el extranjero (54%).

- Hay diferencias entre comunidades autónomas, que reflejan la evolución histórica de los programas de *screening*. Destaca Navarra con la cobertura más alta, del 88%, seguida de Murcia (86,9%) y País Vasco (86,5%). Además, el 78,5% de las mujeres que se habían hecho una mamografía alguna vez en Navarra lo hicieron por haber sido convocadas por un programa de detección precoz, porcentaje que también es elevado en La Rioja (74,9%) y el País Vasco (71,6%).
- En el grupo de mujeres 40 a 49 años, el 59,6% declara haberse hecho una mamografía alguna vez. Esto podría sugerir un exceso de pruebas en mujeres en quienes no está indicado el cribado universal sistemático (menores de 50 años). La prueba había sido mayoritariamente recomendada por el médico sin que hubiera un problema de salud previo (47,5% de las mamografías en este grupo de edad). Esta posible sobreindicación se acentúa en las clases altas (40,9% de las mujeres de 15 a 49 años en la clase social I vs. 21,9% en la clase VI), en mujeres universitarias (38% vs. 24,3% de las que tienen estudios primarios o no tienen estudios) y nacidas en España (32,1% vs. 22,2% en mujeres nacidas en el extranjero).

Detección precoz de cáncer de cuello de útero

- El cribado de cáncer de cuello de útero en el periodo recomendado es el de mayor cobertura. El 78,8% de las mujeres de entre 25 y 64 años se había hecho una citología vaginal en los últimos 5 años, y el 71,1% en los últimos 3 años.
- La realización de citología según lo recomendado depende de la clase social (88,4% de las mujeres de clase I vs. 68,6% de clase VI), el nivel de estudios (88,4% en universitarias frente al 59,9% en las que tienen estudios primarios o menos) y el nivel de ingresos del hogar (89,1% en el mayor quintil frente al 64,8% en el primero), a su vez relacionados entre sí.
- La cobertura de la prueba de cribado de cáncer de útero fue significativamente más alta entre las mujeres nacidas en España (80,5%) que en las que habían nacido en el extranjero (70,6%).
- Por comunidades autónomas, en Canarias y en Cataluña se han alcanzado coberturas por encima del 85%.

Detección precoz de cáncer de colon

- El 6,8% de la población de 50-69 años declaró que se había realizado una prueba de sangre oculta en heces (PSOH) en los últimos dos años, sin diferencias por sexo. En 2009 la cobertura de la prueba había sido del 3,4%.
- La cobertura de la prueba es aún muy baja en relación con los objetivos de la Estrategia Nacional de Cáncer. Los programas poblacionales de detección precoz de cáncer colorrectal, de implantación relativamente reciente, se extienden pero lentamente. La PSOH era aún poco conocida entre la población en 2011/12, lo que podría haber producido una infradeclaración en la encuesta.
- Cuatro comunidades autónomas destacan por encima del valor nacional en la población de 50 a 69 años que declara haberse hecho la prueba de sangre oculta en heces: País Vasco (27,6%), Murcia (20,4%), Comunidad Valenciana (10,5%) y Canarias (10,0%).

ÍNDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	7
MÉTODO Y DEFINICIONES	11
Recomendaciones	11
Definiciones	12
Mamografía	12
Citología vaginal	13
Prueba de sangre oculta en heces	14
Variables de clasificación	15
RESULTADOS	16
1. Mamografía	17
1.1 Mamografía realizada según la pauta recomendada para el cribado de cáncer de mama. Mujeres de 50 a 69 años	17
1.2 Mamografía alguna vez en la vida. Datos 2006-2009-2011. Mujeres de 15 a 49 años	19
1.3 Motivo de la última mamografía. Mujeres de 15 y más años que se han hecho una mamografía alguna vez	20
2. Citología	24
2.1 Citología realizada según la pauta recomendada para el cribado de cáncer de cuello de útero. Datos 2009-2011. Mujeres de 25 a 64 años	24
2.2 Tiempo transcurrido desde la última citología vaginal. Mujeres de 15 y más años	26
2.3 Motivo de la última citología vaginal. Mujeres de 15 y más años que se han hecho una citología alguna vez	29
3. Prueba de sangre oculta en heces	32
3.1 Prueba de sangre oculta en heces realizada según la pauta recomendada para el cribado del cáncer de colon. Población de 50 a 69 años	32
3.2 Tiempo transcurrido desde la última prueba de sangre oculta en heces (PSOH). Población de 50 a 69 años	33
3.3 Motivo de la última prueba. Población de 50 a 69 años que se ha hecho una prueba de sangre oculta en heces (PSOH) alguna vez	34
COMENTARIOS	35
LISTADO DE TABLAS	39
LISTADO DE FIGURAS	41
REFERENCIAS	42

INTRODUCCIÓN

En España se producen en torno a 400 000 defunciones anuales, más de una cuarta parte de ellas causadas por tumores. En 2012, 15 476 personas murieron de cáncer de colon o de recto, 9285 hombres y 6191 mujeres, ocupando el segundo lugar entre los tumores más frecuentes. En cuanto al cáncer de mama, fue el más frecuente en mujeres, con 6282 muertes por esta causa. Los fallecimientos por cáncer de cuello de útero fueron 667 en ese mismo año¹. Estas enfermedades se pueden detectar precozmente, que es cuando responden mejor a tratamientos menos agresivos.

La planificación nacional y la colaboración internacional son elementos claves para el control del cáncer, y requieren disponer de información apropiada. En 2003 el Consejo de la Unión Europea adoptó las Recomendaciones para el cribado del cáncer², evaluadas recientemente³, y la Red Europea para la Prevención y la Detección Precoz del Cáncer (ECN) lleva la iniciativa en las recomendaciones europeas de calidad en esta área⁴.

En España, la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud (SNS) fue aprobada en 2006 y actualizada en 2009⁵, y está ya en marcha la nueva actualización prevista en 2015. Recomienda las pruebas de detección precoz en determinados grupos de población, establece objetivos de cobertura y designa a la ENSE como fuente de datos para seguir la evolución de estos indicadores. La Orden SSI/2065/2014 incluye en la cartera común básica de servicios asistenciales del SNS el cribado de cáncer de mama, colorrectal y de cérvix⁶.

Cáncer de mama

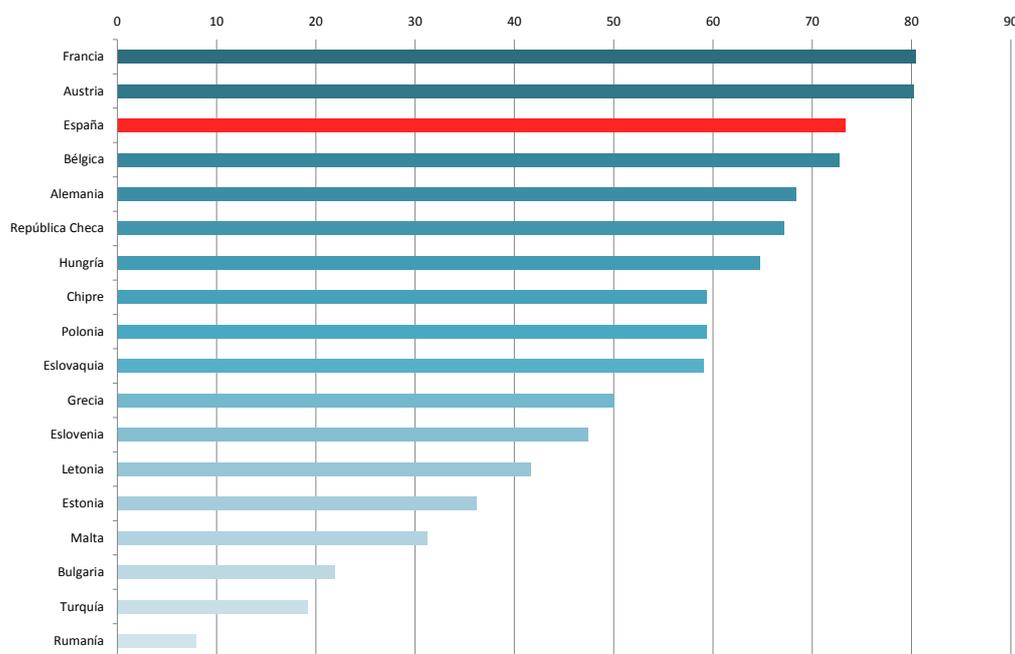
El cáncer de mama es el segundo más frecuente en el mundo, el primero en mujeres. Según la base de datos GLOBOCAN, se estiman en cerca de 1,7 millones los nuevos casos diagnosticados en el mundo en el año 2012⁷.

En España, la tasa bruta de mortalidad por cáncer de mama (CIE-10, código C50) fue 26,74 por 100 000 mujeres en 2012¹. Al igual que en otros países afines, la mortalidad creció hasta mediados de los noventa, para disminuir desde entonces. Este descenso puede deberse a una reducción en la incidencia por cambios en los factores de riesgo o bien a un aumento en la supervivencia por las mejoras en el tratamiento o por los programas de detección precoz. Esta tendencia decreciente no se observa en la incidencia, aunque los programas de diagnóstico precoz y las variaciones en la cobertura de los registros de nuevos diagnósticos limitan la validez de las tendencias reflejadas⁸.

Los programas poblacionales de cribado de cáncer de mama comenzaron en España a principios de los años 90, y mediante la Red de cribado de cáncer compartieron estándares de calidad y una metodología similar, con pequeñas diferencias en la población diana⁹.

España ocupa la tercera posición entre los 18 países europeos estudiados en la Encuesta Europea de Salud¹⁰ en lo referente a la proporción de mujeres con mamografía realizada en el período recomendado (figura 1).

Figura 1 – Mamografía realizada en los últimos dos años (autodeclarada) en mujeres de 50 a 69 años (%). EHIS, ca. 2008, Eurostat



Recientemente en algunos países se ha intensificado la polémica sobre las indicaciones de la mamografía para el diagnóstico precoz del cáncer de mama^{11, 12}. Mientras continúa el debate, en la ENSE se recoge el grado de cumplimiento de las recomendaciones vigentes en España y en la UE en esta materia.

Cáncer de cuello de útero

Con más de medio millón de nuevos casos anuales, el cáncer de cuello de útero es el cuarto en frecuencia entre las mujeres, y el séptimo en total en el mundo¹³. Casi nueve de cada diez casos ocurren en las regiones menos desarrolladas.

España es uno de los países de Europa y del mundo con menor incidencia y mortalidad por cáncer de cuello de útero. Además presenta una clara tendencia a disminuir, aunque con diferencias territoriales¹⁴. En 2012, la tasa bruta de mortalidad por 100 000 mujeres fue de 2,64 (CIE-10, código C-53)¹.

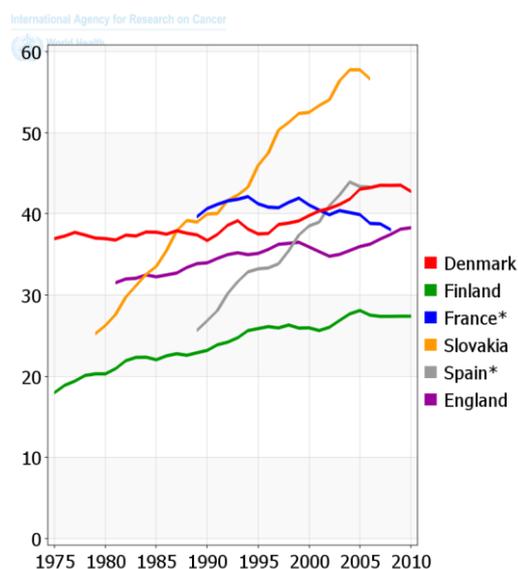
Desde el punto de vista de la salud pública el cáncer de cérvix tiene relevancia por ser en gran medida una causa de mortalidad evitable mediante la vacunación contra el virus del papiloma humano, los programas de detección temprana y el tratamiento de las lesiones precancerosas¹⁵.

El cribado de cáncer de cérvix en España es de tipo oportunista. No obstante, la proporción de mujeres que se ha hecho una citología cervical es elevada en España. Según la Encuesta Europea de Salud más reciente, ocupa el undécimo lugar en Europa, habiéndosela hecho el 79% de las mujeres de 20 a 69 años¹⁰.

Cáncer colorrectal

El cáncer colorrectal es el segundo tumor maligno más frecuente en la mayoría de los países occidentales, después del cáncer de pulmón en hombres y del cáncer de mama en la mujer. Se diagnostican anualmente por encima de 1,3 millones de casos nuevos en el mundo¹⁶. Más de la mitad de los casos ocurren en países desarrollados, con patrones semejantes en hombres y en mujeres pero con gran variabilidad entre países.

España se encuentra en una de las zonas más afectadas del mundo. No sólo la incidencia sino también la mortalidad por cáncer colorrectal están en aumento, a diferencia de otros países de nuestro entorno (figuras 2 y 3). En 2012, la tasa bruta de mortalidad fue de 33,52 por 100 000 habitantes (CIE-10, códigos C18-20)¹. El considerable aumento de la incidencia que se ha observado en todos los registros españoles no puede estar relacionado con los programas de detección precoz, -como ocurría con el cáncer de mama-, puesto que se introdujeron tardíamente y aún tienen escasa cobertura. En cuanto al riesgo de mortalidad, evaluado a través de la tasa de mortalidad ajustada por edad entre 1991 y 2011, aumentó un 37% en hombres y un 6% en mujeres en España⁸.



* Datos regionales

Figura 2. Evolución de la incidencia de cáncer colorrectal en seis países europeos 1975-2010. Tasas estandarizadas por 100 000 habitantes. Hombres. GLOBOCAN 2012 (IARC) Cancer Surveillance (27/1/2015)

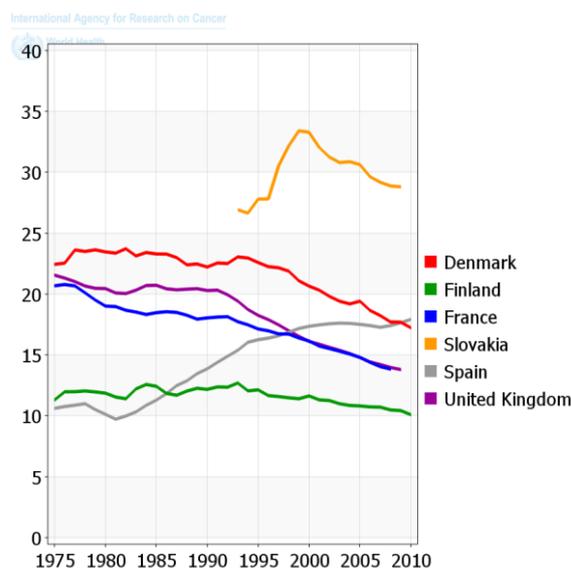


Figura 3. Evolución de la mortalidad por cáncer colorrectal en hombres en seis países europeos 1975-2010. Tasas estandarizadas por 100 000 hombres. GLOBOCAN 2012 (IARC) Cancer Surveillance (27/1/2015)

España no se encuentra aún entre los países europeos que han alcanzado coberturas elevadas de la prueba de sangre oculta en heces, con un rango desde el 71% en Finlandia al 48% de Dinamarca¹⁷, o Estados Unidos, con el 59% (PSOH y/o colonoscopia) en 2010¹⁸.

Los resultados de la ENSE 2011/12 para las tres pruebas de detección precoz analizadas se presentan en este informe junto con algunas comparaciones con años anteriores. El texto se ilustra con una selección de gráficos y tablas. Se puede acceder a las tablas en xls (porcentajes e intervalos de confianza del 95%) al inicio de cada sección o desde el apartado *Listado de tablas*. Las tablas completas, absolutas y relativas, las evolutivas y los microdatos se pueden consultar en el portal estadístico <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>.

MÉTODO Y DEFINICIONES

La Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) 2011/12 se hizo sobre una muestra representativa de la población no institucionalizada residente en España. Se utilizó un muestreo trietápico estratificado. La encuesta incluye nueve preguntas sobre las pruebas de detección precoz de cáncer (mama, cuello de útero y colorrectal) en el cuestionario de adultos. La entrevista fue domiciliaria, personal, administrada por entrevistador y con ayuda de ordenador. Los datos que se presentan corresponden a 21 007 entrevistas realizadas a individuos de 15 y más años entre julio de 2011 y junio de 2012, de ellos 11 358 mujeres. La muestra efectiva total representó el 90% de la teórica (61% de los hogares titulares y 29% sustituciones), habiéndose encuestado al 71% de los hogares titulares encuestables. Los resultados se comparan con los de la ENSE 2006 y con los de la Encuesta Europea de Salud en España (EES) 2009. Los porcentajes y los intervalos de confianza del 95% se calcularon con paquetes estadísticos para muestras complejas. La metodología completa de la ENSE y de la EES se puede consultar en el portal estadístico www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/ense.htm y en www.ine.es.

Recomendaciones

La cartera común básica de servicios asistenciales del SNS incluye las siguientes pruebas de detección precoz, recomendadas por la Estrategia en Cáncer del SNS actualizada el 22 de octubre de 2009⁵, con la frecuencia y en la población diana que se detallan en el cuadro 1.

Cuadro 1 –Recomendaciones sobre detección precoz de cáncer de la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. MSSSI, 2010

	<i>Población objetivo</i>	<i>Prueba</i>	<i>Intervalo entre exploraciones</i>	<i>Objetivos de cobertura</i>
Cáncer de mama	Mujeres de 50 a 69 años	Mamografía	2 años	Programa poblacional. Participación mínima recomendada del 70%.
Cáncer de cuello de útero	Mujeres asintomáticas que sean o hayan sido sexualmente activas, entre 25 y 65 años	Citología cervical (Papanicolau)	3-5 años ⁱ	70% mujeres 30-60 años con citología realizada en los últimos 5 años.
Cáncer colorrectal	Población de 50 a 69 años (en una primera etapa)	Sangre oculta en heces	2 años	Programa poblacional. 50% en 2015

ⁱ Algunas comunidades autónomas recomiendan la citología cada 3 años y otras cada 5. En este informe se ha utilizado el intervalo de 5 años como recomendado.

Definiciones

Mamografía

En el cuadro 2 figura la formulación de las preguntas de las distintas encuestas cuyos resultados se describen en este informe.

Cuadro 2 – Mamografía. Detalle de las preguntas de ENSE 2011/12, EES 2009 y ENSE 2006 que se analizan en este informe

Encuesta y año	Pregunta	Opciones de respuesta
ENSE 2011/12, EES 2009, ENSE 2006	¿Le han hecho alguna vez una mamografía (radiografía de mama)?	Sí /No
En caso de respuesta afirmativa, en la ENSE 2011/12 se pregunta:		
ENSE 2011/12	¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una mamografía (radiografía de mama)?	- En los últimos 12 meses - Hace más de 1 año pero menos de 2 años - Hace más de 2 años pero menos de 3 años - Hace más de 3 años
	¿Cuál de las siguientes fue la principal razón por la que se hizo esta última mamografía?	- Por algún problema, síntoma o enfermedad - Por consejo de su médico de atención primaria o especialista, aunque no tenía ningún problema - Porque recibió una carta, le llamaron por teléfono o le dijeron en su centro de salud que si se quería hacer esta prueba - Otras razones

Las ediciones anteriores de la ENSE de 1993, 1995, 1997 y 2001, en las que se recogía la ‘prueba de detección precoz de cáncer de mama’ como una de las opciones de respuesta entre los motivos para haber visitado al ginecólogo, no son comparables con esta.

En la ENSE 2003 y 2006, así como en EES 2009, se preguntó por el tiempo transcurrido desde la última mamografía, pero con tramos de respuesta diferentes. En cuanto al motivo para haberse realizado la prueba, eran diferentes las opciones de respuesta.

Mamografía realizada según la pauta recomendada para el cribado de cáncer de mama

Proporción de mujeres de 50 a 69 años que declara haberse hecho una mamografía hace menos de 2 años. Para las estimaciones de cobertura se incluyen todas las mamografías declaradas, independientemente del motivo para hacérsela.

Mamografía alguna vez en la vida

Proporción de mujeres de 15 a 49 años (16 a 49 en 2006 y 2009) que declara haberse hecho una mamografía alguna vez en la vida. Se analizan los resultados en el grupo de edad de 15 a 49 años, es decir, de edad inferior a la población diana del cribado.

Motivo de la última mamografía

Motivo por el que se han hecho la última mamografía las mujeres de 15 y más años que se han hecho una mamografía alguna vez en la vida. Las opciones de respuesta figuran en el cuadro 2.

Citología vaginal

En el cuadro 3 figura la formulación de las preguntas de las distintas encuestas cuyos resultados se describen en este informe.

Cuadro 3 – Citología. Detalle de las preguntas de ENSE 2011/12, EES 2009 y ENSE 2006 que se analizan en este informe

Encuesta y año	Pregunta	Opciones de respuesta
ENSE 2011/12, EES 2009 y ENSE 2006	¿Le han hecho alguna vez una citología vaginal (muestra de células)?	Sí /No
En caso de respuesta afirmativa, se pregunta:		
ENSE 2011/12 y EES 2009	¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una citología vaginal?	- Hace 3 años o menos de 3 años - Hace más de 3 años pero no más de 5 años - Hace más de 5 años
ENSE 2011/12	¿Cuál de las siguientes fue la principal razón por la que se hizo esta última citología vaginal?	- Por algún problema, síntoma o enfermedad - Por consejo de su médico de atención primaria o especialista, aunque no tenía ningún problema - Porque recibió una carta, le llamaron por teléfono o le dijeron en su centro de salud que si se quería hacer esta prueba - Otras razones

En 2011/12 estas preguntas se hacen a las mujeres de 15 y más años, en 2003 y en 2006 solo se preguntó a las de 20 y más años, y en EES 2009 a las de 16 y más.

Las ediciones anteriores de la ENSE de 1993, 1995, 1997 y 2001, en las que se recogía la ‘prueba de detección de cáncer de útero’ como una de las opciones de respuesta entre los motivos para haber visitado al ginecólogo, no son comparables con esta.

En la ENSE 2003 y 2006 se pregunta por el tiempo transcurrido desde la última citología vaginal, pero los tramos de respuesta no son coincidentes. En cuanto al motivo para haberse realizado la prueba, eran diferentes las opciones de respuesta.

Citología vaginal realizada según la pauta recomendada para el cribado de cáncer de cuello de útero

Proporción de mujeres de 25 a 64 años que declara haberse hecho una citología vaginal hace menos de 5 años. Para las estimaciones de cobertura se incluyen todas las citologías vaginales declaradas, independientemente del motivo para hacérsela.

Tiempo transcurrido desde la última citología vaginal

Proporción de mujeres de 15 y más años que declara haberse hecho una citología vaginal hace menos de 3 años, más de 3 pero no más de 5 años, más de 5 años y nunca. Las opciones de respuesta figuran en el cuadro 3.

Motivo de la última citología vaginal

Motivo por el que se han hecho la última citología las mujeres de 15 y más años que se han hecho una citología alguna vez en la vida. Las opciones de respuesta figuran en el cuadro 3.

Prueba de sangre oculta en heces

Las preguntas sobre la detección precoz del cáncer colorrectal se introdujeron por primera vez en la EES 2009 (población de 16 y más años), incorporándose también a la ENSE 2011/12 (población de 15 y más años). La formulación de dos de las tres preguntas es la misma, lo que permite analizarlas conjuntamente (cuadro 4).

Cuadro 4 – Prueba de sangre oculta en heces. Detalle de las preguntas de ENSE 2011/12 y EES 2009 que se analizan en este informe

Encuesta y año	Pregunta	Opciones de respuesta
ENSE 2011/12 y EES 2009	<i>Las siguientes preguntas hacen referencia a la prueba de sangre oculta en heces. ¿Alguna vez le han hecho una prueba de sangre oculta en heces?</i>	<i>Sí/No</i>
En caso de respuesta afirmativa, en la ENSE 2011/12 y en EES 2009 se pregunta:		
ENSE 2011/12 y EES 2009	<i>¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una prueba de sangre oculta en heces?</i>	<i>- En los últimos 12 meses - Hace más de 1 año pero no más de 2 años - Hace más de 2 años pero no más de 3 años - Hace más de 3 años</i>
Y en la ENSE 2011/12, a aquellos que alguna vez se han hecho la prueba, además se les pregunta:		
ENSE 2011/12	<i>¿Cuál de las siguientes fue la principal razón por la que se hizo esta última prueba de sangre oculta en heces?</i>	<i>- Por algún problema, síntoma o enfermedad - Por consejo de su médico de atención primaria o especialista, aunque no tenía ningún problema - Porque recibió una carta, le llamaron por teléfono o le dijeron en su centro de salud que si se quería hacer esta prueba - Otras razones</i>

En EES 2009 se recogen también los motivos para haberse hecho la PSOH, pero las respuestas están formuladas de modo diferente.

Prueba de sangre oculta en heces realizada según la pauta recomendada para el cribado de cáncer colorrectal

Proporción de la población de 50 a 69 años que declara haberse hecho una prueba de sangre oculta en heces (PSOH) hace menos de 2 años. Para las estimaciones de cobertura se incluyen todas las pruebas declaradas, independientemente del motivo para hacérsela.

PSOH alguna vez en la vida

Proporción de la población de 50 a 69 años que declara haberse hecho una PSOH alguna vez en la vida.

Motivo de la última PSOH

Motivo por el que se han hecho la última PSOH las personas de 50 a 69 años que se han hecho una PSOH alguna vez en la vida. Las opciones de respuesta figuran en el cuadro 4.

VARIABLES DE CLASIFICACIÓN

Las variables sociodemográficas analizadas fueron la edad, el sexo, la clase social, el país de nacimiento, la comunidad autónoma de residencia, el nivel de estudios y el nivel de ingresos.

La clase social ocupacional basada en la persona de referencia del hogar, el nivel de estudios de la persona entrevistada y el nivel de ingresos del hogar son las variables utilizadas en este informe como aproximación a la posición socioeconómica del individuo.

Clase social ocupacional

Para la clase social se utiliza la clasificación propuesta en 2012 por el Grupo de Trabajo de Determinantes de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE)¹⁹, adaptada para la ENSE (cuadro 5). Es una agrupación de ocupaciones, actuales o anteriores, codificadas según la Clasificación Nacional de Ocupaciones que entró en vigor en 2011 (CNO-11). Las 6 clases sociales de la ENSE 2011/12 se corresponden con las 6 utilizadas en la serie histórica.

Cuadro 5 –Categorización de la clase social ocupacional de la persona de referencia

I	Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
II	Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.
III	Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.
IV	Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas
V	Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as
VI	Trabajadores no cualificados

La Encuesta de Salud Europea recoge la ocupación a dos dígitos, por lo que la EES 2009 se clasifica por clase social.

En los gráficos que ilustran las variables del estudio por clase social ocupacional no se muestran los datos de la categoría no consta (3,3% de la población), pero sí en las tablas.

Nivel de estudios

El nivel de estudios máximo alcanzado por la persona entrevistada se recogía en el cuestionario en 8 categorías, que en las tablas se estratificaron en tres o en cinco categorías (cuadro 6).

Cuadro 6 – Categorización de respuestas del nivel de estudios máximo alcanzado y equivalencia con la agrupación en 3 y en 5 categorías

Categorías agrupadas en 3	Categorías agrupadas en 5	Categorías originales
Primarios o sin estudios	No sabe leer o escribir o estudios primarios incompletos	No sabe leer o escribir Ha asistido menos de 5 años a la escuela (Educación Primaria incompleta)
	Estudios primarios completos	Fue 5 o más años a la escuela y no llegó al último curso de la enseñanza obligatoria (Educación Primaria completa)
Secundarios	Estudios secundarios de 1ª etapa	Educación Secundaria de 1ª etapa (ESO, EGB, Bachillerato elemental...)
	Estudios secundarios de 2ª etapa o enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes	Estudios de Bachillerato
		Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes Enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes
Universitarios	Universitarios	Estudios universitarios o equivalentes

El nivel de estudios presenta limitaciones específicas. Un mismo nivel tiene distinto significado según la cohorte de nacimiento y también según el sexo. Adicionalmente, los más jóvenes no han finalizado sus estudios. Para comparar es necesario ajustar por edad, puesto que en los grupos de menor nivel de estudios la proporción de individuos de edad avanzada es mayor, con consecuencias obvias para la salud.

Nivel de ingresos

Se recogieron los ingresos monetarios regulares mensuales netos de todo el hogar, sumando todas las fuentes y descontando las retenciones por impuestos, seguridad social, etc. Se consideraron los ingresos del trabajo, prestaciones y subsidios, teniendo en cuenta las fuentes de cada miembro del hogar y las conjuntas, contabilizándose la suma de los ingresos regulares percibidos en el momento de la entrevista por todos los miembros del hogar, aportaran o no estos ingresos en su totalidad o en parte para sufragar los gastos del hogar. Se excluyeron los ingresos de empleados de hogar y huéspedes fijos. Se clasificaron en 10 intervalos (deciles) tomando como referencia los de la Encuesta de Condiciones de Vida (para la ENSE 2011/12, la ECV utilizada fue la de 2010, referente a ingresos de 2009). En las tablas se agruparon en cinco quintiles (cuadro 7).

Cuadro 7 – Categorización de respuestas del nivel de ingresos del hogar y equivalencia con la agrupación en 5 categorías (quintiles).

<i>Categorías agrupadas en quintiles</i>	<i>Categorías originales</i>
Por debajo del primer quintil	550 euros o menos De 551 a 800 euros
Entre el primer y segundo quintil	De 801 a 1050 euros De 1051 a 1300 euros
Entre el segundo y el tercer quintil	De 1301 a 1550 euros De 1551 a 1850 euros
Entre el tercer y cuarto quintil	De 1851 a 2250 euros De 2251 a 2700 euros
Por encima del cuarto quintil	De 2701 a 3450 euros Más de 3450 euros

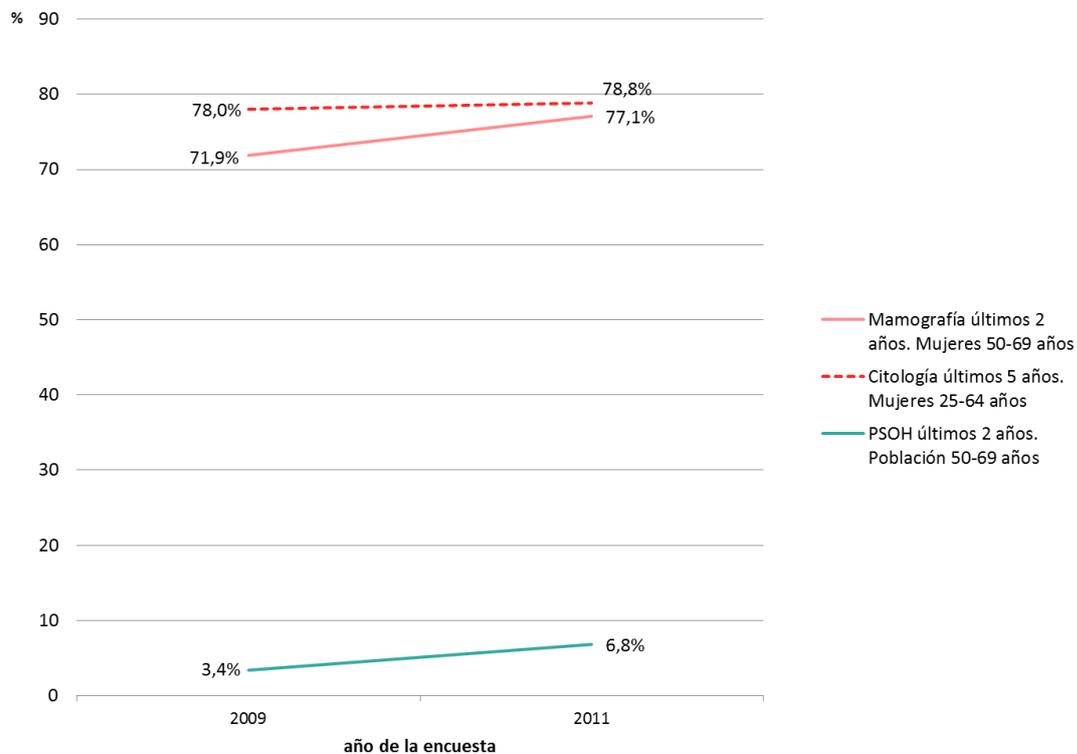
El nivel de ingresos presentó una elevada falta de respuestaⁱⁱ. En los gráficos que ilustran las variables del estudio por quintil de ingresos no se muestran los datos de la categoría no consta (27,2% de la población), pero sí en las tablas.

ⁱⁱ Con el fin de mejorar la estimación de las variables de ingresos del hogar, está previsto contrastar la información recogida en la ENSE con fuentes administrativas. El análisis desagregado por ingresos que se presenta aquí todavía utiliza la variable original, tal como se recogió.

RESULTADOS

Entre 2009 y 2011/12 se observó en España un incremento de la cobertura de las pruebas para la detección precoz de cáncer realizadas a la edad y en el plazo recomendado, si bien diferente en magnitud para cada una de las pruebas estudiadas (figura 4). Aumentó la población que cumplía con las recomendaciones para la mamografía y para la prueba de sangre oculta en heces (PSOH), mientras que la citología vaginal se mantuvo en niveles elevados (78,8%), prácticamente estable. El porcentaje de mujeres de 50-69 años con mamografía realizada en los últimos 2 años creció de 71,9% a 77,1% en este período, y la PSOH, que partía de niveles bajos en 2009, se duplicó, pasando de 3,4% a 6,8% en 2011.

Figura 4 – Porcentaje de la población diana del cribado (cáncer de mama, de cérvix y colorrectal) que se ha realizado la prueba en el período recomendado, según tipo de prueba (mamografía, citología vaginal y prueba de sangre oculta en heces) y año. España 2009-2011. EES 2009 y ENSE 2011/12, MSSSI/INE

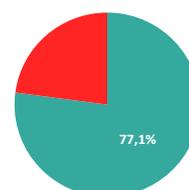


1. Mamografía

1.1 Mamografía realizada según la pauta recomendada para el cribado de cáncer de mama. Mujeres de 50 a 69 años

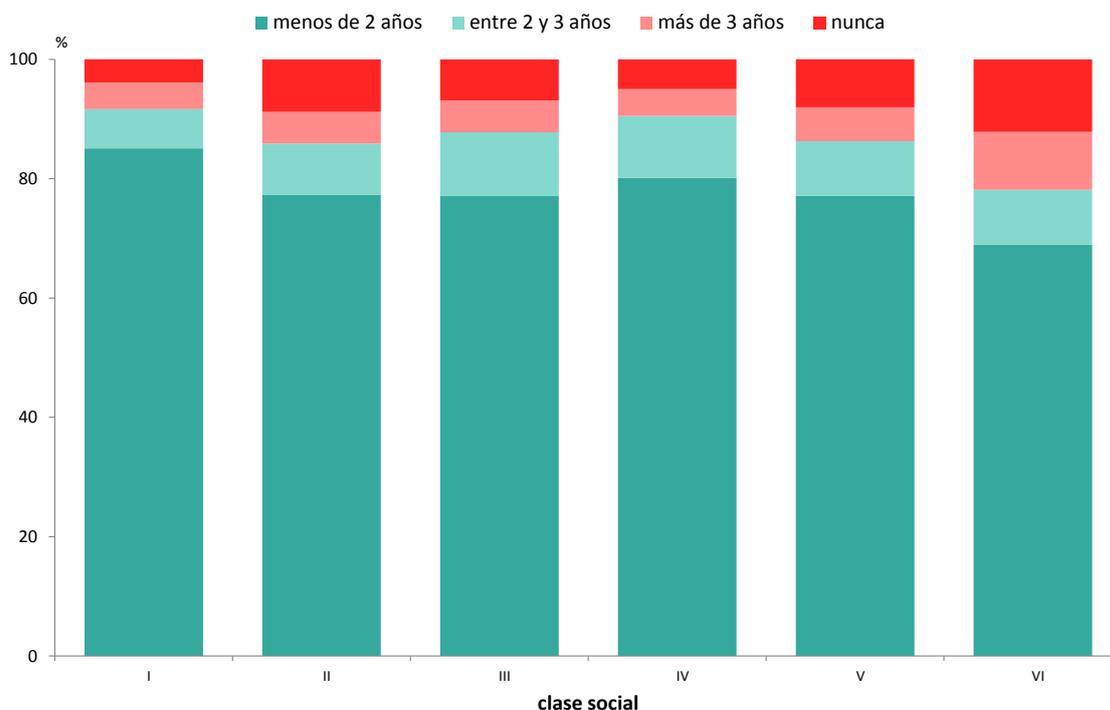
[Tablas 2.241 a 2.244a]

El 77,1% de las mujeres de 50 a 69 años declaró haberse realizado una mamografía en los últimos dos años (pauta recomendada), y otro 9,5% declaró que hacía más de 2 pero menos de 3 años. El 5,9% de las mujeres del grupo de edad en que está recomendada la mamografía se había hecho alguna vez esta prueba pero hacía ya más de 3 años, y un 7,6% nunca se había hecho una mamografía.



El porcentaje de mujeres de 50-69 años que se había realizado una mamografía en los últimos 2 años fue más elevado en las mujeres de clase social I (85,1%), mostrando un gradiente, aunque imperfecto, hasta la clase social VI, que presentó un porcentaje significativamente menor (68,9%). El patrón fue el mismo al considerar las mujeres con mamografía hecha en los 3 últimos años, aunque más irregular (figura 5).

Figura 5 – Tiempo transcurrido desde la última mamografía según clase social. Mujeres de 50 a 69 años. España, ENSE 2011/12. MSSSI/INE



La tabla 1 presenta las mujeres de 50 a 69 años que declararon haberse hecho una mamografía hace menos de dos años según su clase social, país de nacimiento, nivel de estudios, quintil de ingresos y comunidad autónoma. Según el país de nacimiento, la cobertura de la prueba de cribado de cáncer de mama fue muy superior en las mujeres nacidas en España (79,5%) que en las que habían nacido en el extranjero (54,0%). La diferencia se mantuvo, aunque fue algo menor, en la cobertura de la mamografía en los últimos 3 años, con un 88,4% en españolas vs. 69,1% en extranjeras de ese mismo grupo de edad.

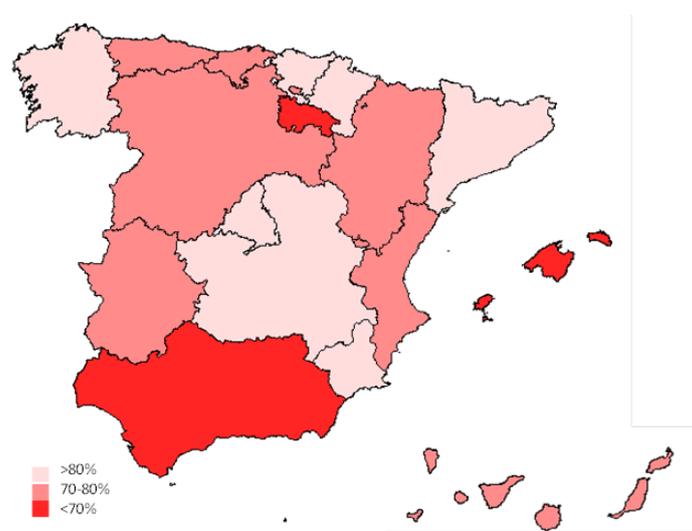
Por nivel de ingresos la frecuencia de mamografía en los últimos 2 años mostró un gradiente regular, aumentando escalonadamente la proporción de mujeres desde el 73,5% en el grupo de menores ingresos hasta el 85,6% en el quintil más alto, con diferencias significativas entre los grupos extremos.

Tabla 1 - Mamografía con la frecuencia recomendada. Mujeres de 50 a 69 años. España, ENSE 2011/12, MSSSI/INE

	ENSE 2011	
	Número de encuestadas	3374
	%	IC 95%
Total 50-69 años	77,1	75,1-78,9
Clase social		
I	85,1	79,5-89,3
II	77,3	70,9-82,6
III	77,1	72,7-80,9
IV	80,1	75,1-84,3
V	77,1	73,5-80,4
VI	68,9	63,0-74,3
No consta	72,5	62,7-80,5
País de nacimiento		
España	79,5	77,7-81,2
Extranjero	54,0	44,3-63,4
Nivel de estudios		
Primarios o sin estudios	74,8	71,3-78,0
Secundarios	77,8	75,2-80,1
Universitarios	79,2	73,3-84,1
Nivel de ingresos		
1er quintil	73,5	68,6-77,8
2º quintil	75,0	70,8-78,8
3er quintil	77,3	71,9-81,9
4º quintil	80,8	75,0-85,5
5º quintil	85,6	79,5-90,1
No consta	77,0	73,3-80,4
Comunidad autónoma		
Andalucía	66,3	59,5-72,4
Aragón	77,2	68,4-84,1
Asturias	75,9	65,6-84,0
Baleares	65,1	55,3-73,7
Canarias	76,6	68,6-83,1
Cantabria	76,9	67,2-84,3
Castilla y León	74,5	67,1-80,8
Castilla-La Mancha	80,9	72,4-87,2
Cataluña	83,7	78,8-87,6
Comunidad Valenciana	71,2	64,6-77,1
Extremadura	77,9	67,2-85,8
Galicia	83,3	75,3-89,1
Madrid	80,2	74,8-84,7
Murcia	86,9	79,9-91,7
Navarra	88,8	82,3-93,1
País Vasco	86,5	81,1-90,6
Rioja, La	69,7	56,3-80,4
Ceuta
Melilla

Por comunidades autónomas, la proporción más alta se observó en Navarra, con valores significativamente superiores a los nacionales: el 88,8% de las mujeres de 50 a 69 años declaró haberse hecho una mamografía en los últimos 2 años. En el extremo contrario se encuentra Baleares, con una cobertura de 65,1% (figura 6).

Figura 6 - Cumplimiento de las recomendaciones de *screening* para la detección precoz de cáncer de mama (inferior a 2 años) según comunidad autónoma. Mujeres de 50 a 69 años. España, ENSE 2011/12, MSSSI/INE



1.2 Mamografía alguna vez en la vida. Datos 2006-2009-2011. Mujeres de 15 a 49 años

[Tablas 2.245 a 2.249a]

Entre los 15 y los 49 años no está recomendado el cribado poblacional, pero puede haber otros motivos para indicar una mamografía. En 2011/12, el 30,1% de las mujeres de 15 a 49 años declaró haberse hecho una mamografía alguna vez en la vida. Este porcentaje fue el 8,0% en las mujeres de 15 a 29 años, el 22,3% de 30 a 39 años y el 59,6% de 40 a 49 años (tabla 2).

El porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que declaró haberse realizado una mamografía alguna vez es menor según desciende la clase social, de 40,9% en la clase I, desciende casi a la mitad en la clase VI (21,9%). También por nivel de estudios, la proporción de mujeres de 15 a 49 años que declaró haberse realizado una mamografía fue significativamente mayor en universitarias.

El 32,1% de las mujeres nacidas en España de 15 a 49 años declararon haberse realizado una mamografía alguna vez, frente al 22,2% de las que habían nacido en el extranjero.

Respecto a años anteriores, la proporción de mujeres de 15 a 49 años que se había hecho una mamografía alguna vez en la vida no presenta diferencias significativas, manteniéndose relativamente estable entre 2006 y 2011/12. La diferencia entre las clases I y VI muestra un ligero incremento, de 16,8 en 2006 a 19 puntos porcentuales en 2011/12.

Tabla 2 – Mujeres de 15 a 49 años que se han hecho una mamografía alguna vez según grupo de edad, clase social, país de nacimiento y nivel de estudios. Evolución 2006-2011. ENSE 2006 y 2011/12 y EES 2009. MSSSI/INE

	ENSE 2006		EES 2009		ENSE 2011	
Número de encuestadas	8818		5691		5122	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Total 15-49 (1)	30,8	29,5-32,1	33,0	31,6-34,5	30,1	28,6-31,6
Grupo de edad						
De 15 a 29 años (2)	8,1	6,7-9,8	9,8	8,0-11,8	8,0	6,5-9,9
De 30 a 39 años	22,3	20,4-24,3	24,9	22,8-27,0	22,3	20,2-24,6
De 40 a 49 años	63,7	61,3-66,0	65,5	63,0-67,9	59,6	57,0-62,2
Clase social						
I	41,1	37,0-45,3	--	--	40,9	36,6-45,4
II	36,2	32,4-40,2	--	--	41,4	36,1-46,8
III	34,1	31,5-36,7	--	--	34,7	31,5-38,0
IV	26,8	24,5-29,2	--	--	26,6	23,0-30,6
V	27,6	24,5-31,1	--	--	27,1	24,6-29,7
VI	24,3	21,0-28,0	--	--	21,9	18,8-25,5
No consta	31,7	22,1-43,2	--	--	21,5	14,9-30,1
País de nacimiento						
España	31,9	30,6-33,4	35,6	34,1-37,2	32,1	30,6-33,8
Extranjero	25,4	22,1-29,1	23,5	20,1-27,2	22,2	19,0-25,9
Nivel de estudios						
Primarios o sin estudios	35,2	32,5-38,1	33,6	29,9-37,5	24,3	19,9-29,4
Secundarios	27,2	25,5-29,0	30,3	28,5-32,1	28,2	26,5-30,0
Universitarios	34,2	31,6-36,9	39,3	36,4-42,3	38,0	34,9-41,2

(1) En 2006 y en 2009, mujeres de 16 a 49 años. (2) En 2006 y en 2009, mujeres de 16 a 29 años.

Los motivos para haberse hecho la prueba en este grupo de edad se describen en la tabla 3.

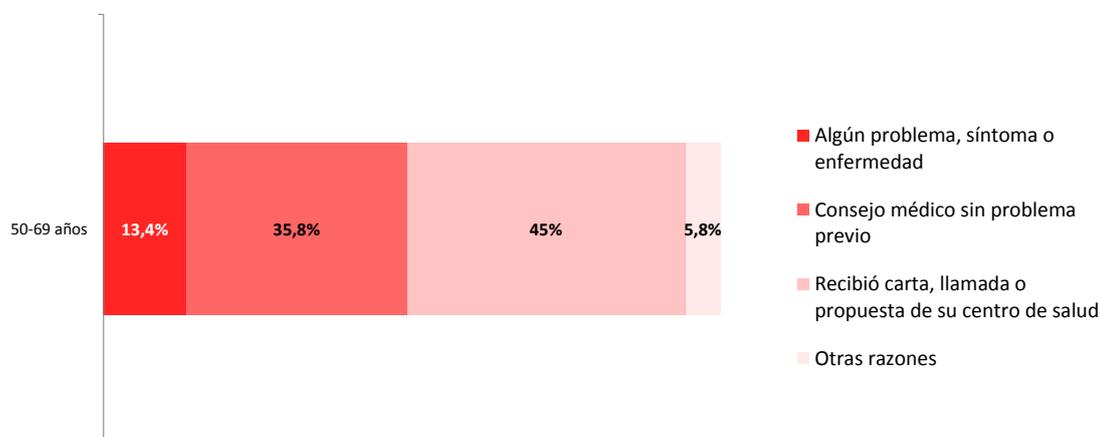
1.3 Motivo de la última mamografía. Mujeres de 15 y más años que se han hecho una mamografía alguna vez

[Tablas 2.250 a 2.254a]

El 13,4% de las mujeres de 15 y más años que se había hecho alguna vez una mamografía se hizo la última debido a que presentaba algún síntoma; el 35,8% por cribado aconsejado por médico (consejo de su médico de atención primaria o especialista, aunque no acudió por ningún problema); el 45,0% por cribado institucional (recibió una carta, le llamaron por teléfono o le dijeron en su centro de salud que si se la quería hacer), y el 5,8% por otras razones (tabla 3).

En el grupo de edad en el que está recomendada la mamografía cada dos años (de 50 a 69 años) el 45% de las mujeres fueron convocadas por un programa de cribado, y el 35,8% se la hizo por consejo médico, sin que hubiera problema previo (figura 7).

Figura 7 – Motivo de la mamografía más reciente. Mujeres de 50-69 años que se han hecho una mamografía alguna vez. España, ENSE 2011/12. MSSSI/INE



En los grupos de edad en los que no está recomendado el cribado universal se obtuvieron los siguientes resultados (tabla 3). Del 4,8% de las mujeres de 15-24 años que se habían hecho una mamografía alguna vez, el 56,5% declararon habérsela hecho porque se la recomendó un médico aunque no tenía ningún problema, y el 2,0% por haber recibido una carta, llamada o porque se lo dijeron en su centro de salud. El 14,7% de las mujeres de 25 a 34 se había hecho una mamografía alguna vez, el 37,1% porque se lo recomendó un médico y el 11,2% por haber sido convocada por un programa de cribado o por decirse lo en su centro de atención primaria. Del 38,4% de las mujeres de 35 a 44 años que se la había hecho, al 50,0% se lo recomendó un médico, y el 12,5% se lo hicieron por haber recibido una carta, llamada o que se lo dijeron en su grupo de salud. En el resto de los casos se debió a algún problema o síntoma o a otras razones.

El porcentaje de mujeres de 15 y más años que se hicieron la última mamografía por un problema, síntoma o enfermedad aumenta según desciende la clase social, de 11,2% en la clase I a 16,8% en la clase VI. También es mayor la proporción de mujeres que se ha hecho una mamografía por haber sido convocadas por un programa de cribado a medida que desciende la clase social. Por el contrario, la frecuencia de mamografía por habérsela recomendado un médico sin tener ningún problema es significativamente superior en las clases altas, 46,7% en la clase I vs. 30,0% en la clase VI.

El 19,0% de las mujeres extranjeras declaró que se había hecho esta última mamografía por algún problema, síntoma o enfermedad, frente al 12,8% de las españolas.

A diferencia del gradiente por clase social, por nivel de estudios el porcentaje de mujeres de 15 y más años que se hicieron la última mamografía por algún problema o síntoma aumentaba con el nivel de estudios, de 10,1% en el nivel con menor formación a 18,2% en las mujeres con estudios de formación profesional superiores, pero truncándose el gradiente en universitarias, con un 12,9%.

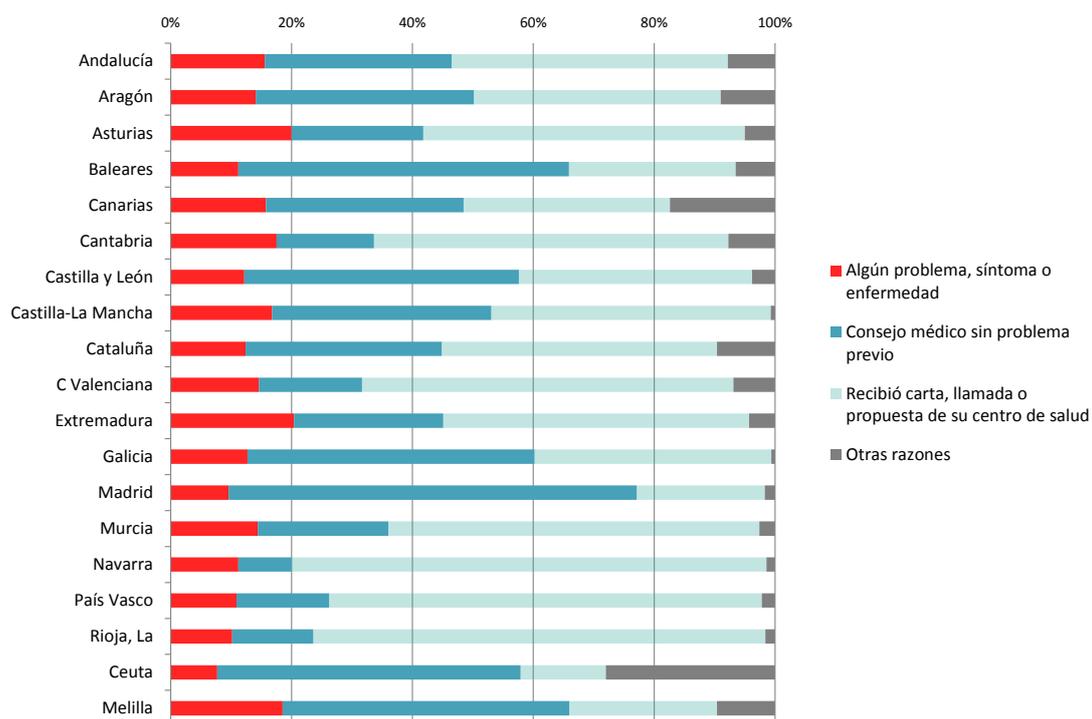
Tabla 3 - Motivo de la mamografía más reciente. Mujeres de 15 y más años que se han realizado una mamografía alguna vez. España, ENSE 2011/12, MSSSI/INE

	Algún problema, síntoma o enfermedad		Consejo médico sin problema previo		Recibió carta, llamada o propuesta de su centro de salud		Otras razones	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Número de encuestadas = 6662								
Total	13,4	12,4-14,5	35,8	34,1-37,5	45,0	43,3-46,6	5,8	5,1-6,7
Grupo de edad								
De 15 a 24 años	33,9*	19,2-52,4	56,5*	38,6-72,8	2,0*	0,3-13,2	7,7*	2,2-23,2
De 25 a 34 años	41,4	34,1-49,2	37,1	30,1-44,7	11,2*	7,0-17,5	10,3*	6,7-15,4
De 35 a 44 años	29,9	26,1-33,9	50,0	45,9-54,2	12,5	9,8-15,8	7,6	5,8-9,9
De 45 a 54 años	11,3	9,5-13,3	40,3	37,1-43,5	41,6	38,5-44,7	6,9	5,4-8,8
De 55 a 64 años	5,4	4,3-6,8	27,3	24,4-30,4	63,2	60,1-66,3	4,1	2,9-5,8
De 65 a 74 años	5,6	4,4-7,0	29,2	26,2-32,3	61,4	58,2-64,5	3,8	2,7-5,5
De 75 a 84 años	13,7	11,3-16,5	33,1	29,7-36,8	46,9	42,9-50,9	6,3	4,6-8,6
De 85 y más años	17,8*	11,1-27,2	43,2	32,7-54,4	33,9	24,2-45,2	5,1*	2,4-10,5
Clase social								
I	11,2	8,8-14,1	46,7	42,1-51,3	33,0	29,0-37,2	9,2	6,7-12,4
II	12,1	9,3-15,6	44,1	38,8-49,5	34,9	30,2-39,9	8,9	6,1-12,8
III	13,4	11,3-15,9	42,1	38,7-45,6	39,1	36,0-42,4	5,3	4,0-7,0
IV	11,6	9,2-14,4	30,1	26,3-34,2	53,4	49,2-57,5	4,9	3,5-7,0
V	14,2	12,2-16,3	31,0	28,5-33,8	49,7	46,9-52,6	5,1	3,9-6,5
VI	16,8	13,9-20,1	30,0	26,4-33,8	49,3	45,3-53,3	3,9	2,8-5,5
No consta	11,9	8,0-17,3	29,7	23,3-37,0	50,8	43,5-58,1	7,6	3,6-15,2
País de nacimiento								
España	12,8	11,9-13,9	35,1	33,5-36,9	46,9	45,2-48,6	5,1	4,5-5,9
Extranjero	19,0	14,6-24,5	41,8	35,5-48,4	26,8	21,7-32,7	12,3	8,9-16,9
Nivel de estudios								
Primarios o sin estudios	10,1	8,7-11,7	28,9	26,4-31,5	57,5	54,8-60,2	3,5	2,7-4,6
Secundarios	15,4	13,9-17,0	34,6	32,5-36,7	43,9	41,8-46,0	6,2	5,2-7,3
Universitarios	12,9	10,6-15,6	53,0	48,8-57,1	25,3	21,9-29,0	8,9	6,6-12,0
Nivel de ingresos								
1er quintil	12,7	10,6-15,1	26,7	23,9-29,7	56,5	53,2-59,8	4,1	3,1-5,6
2º quintil	14,7	12,6-17,0	28,2	25,2-31,4	52,0	48,7-55,2	5,1	4,0-6,6
3er quintil	14,6	11,9-17,7	31,2	27,6-35,1	48,8	44,7-52,8	5,4	3,6-8,1
4º quintil	15,9	13,1-19,2	40,8	36,7-45,1	36,1	32,1-40,4	7,1	5,2-9,7
5º quintil	12,1	8,9-16,2	44,4	39,0-49,9	33,9	29,2-39,0	9,6	6,8-13,3
No consta	11,5	9,8-13,4	43,4	40,5-47,4	39,5	36,1-42,6	5,6	4,0-6,8
Comunidad autónoma								
Andalucía	15,6	12,8-18,8	30,9	26,4-35,8	45,7	41,0-50,4	7,8	5,4-11,2
Aragón	14,1	10,5-18,8	36,1	29,4-43,4	40,9	33,7-48,4	9,0*	6,1-13,0
Asturias	20,0	14,7-26,7	21,8	16,7-27,9	53,2	46,3-59,9	5,0*	2,1-11,4
Baleares	11,2*	6,5-18,6	54,7	46,0-63,1	27,6	20,8-35,6	6,5*	3,3-12,2
Canarias	15,8	11,7-20,9	32,7	26,2-39,9	34,2	28,0-40,8	17,4	13,0-22,8
Cantabria	17,5	12,3-24,3	16,1*	10,4-24,1	58,6	49,5-67,2	7,7*	4,2-13,8
Castilla y León	12,2	8,8-16,7	45,4	38,4-52,5	38,6	32,0-45,6	3,8*	2,2-6,5
Castilla-La Mancha	16,8	12,6-22,0	36,3	29,3-43,9	46,3	40,0-52,6	0,7*	0,2-3,2
Cataluña	12,4	9,8-15,6	32,5	28,1-37,2	45,6	40,9-50,4	9,6	7,1-12,8
Comunidad Valenciana	14,6	11,3-18,6	17,1	13,6-21,3	61,5	56,5-66,2	6,9	4,9-9,6
Extremadura	20,4	14,8-27,5	24,7	18,7-31,8	50,6	43,3-57,9	4,3*	2,2-8,2
Galicia	12,7	9,1-17,5	47,5	40,3-54,9	39,2	32,6-46,2	0,6*	0,2-2,0
Madrid	9,6	7,2-12,7	67,6	62,3-72,5	21,2	17,2-25,7	1,7*	0,9-3,0
Murcia	14,4	10,4-19,6	21,6	16,2-28,2	61,4	54,4-68,0	2,6*	1,0-6,8
Navarra	11,2*	7,0-17,5	8,8*	5,7-13,5	78,5	71,6-84,2	1,4*	0,5-4,0
País Vasco	10,9	8,0-14,7	15,3	11,4-20,3	71,6	66,0-76,6	2,2*	1,2-4,2
Rioja, La	10,2*	6,5-15,6	13,4	8,4-20,5	74,9	66,9-81,5	1,6*	0,5-5,3
Ceuta	7,7*	2,2-24,0	50,2*	33,9-66,4	14,1*	6,4-28,3	28,0*	15,4-45,3
Melilla	18,5*	7,2-40,1	47,4*	23,7-72,3	24,4*	9,2-50,8	9,6*	2,4-31,8

(*) Recuento inferior a 30.

Por comunidades autónomas, destacaron Navarra, La Rioja y País Vasco por la elevada cobertura de sus programas poblacionales. El 78,5%, 74,9% y 71,6% respectivamente de las mujeres que se había hecho una mamografía alguna vez lo hizo por haber sido convocada por un programa de cribado. En Madrid y Baleares alegaron este motivo para hacérsela menos del 30% de las mujeres, y más de la mitad de las mamografías se realizaron por consejo médico sin que existiera problema previo (figura 8 y tabla 3).

Figura 8 - Motivo de la mamografía más reciente según comunidad autónoma. Mujeres de 15 y más años que se han realizado una mamografía alguna vez. España, ENSE 2011/12, MSSSI/INE

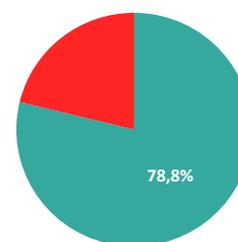


2. Citología

2.1 Citología realizada según la pauta recomendada para el cribado de cáncer de cuello de útero. Datos 2009-2011. Mujeres de 25 a 64 años

[Tablas 2.255b hasta 2.259ab]

En 2011/12, el 78,8% de las mujeres de 25 a 64 años declaró que se había hecho una citología vaginal en los últimos 5 años, es decir, en el período recomendado generalmente para la detección precoz de cáncer de cuello de útero o de lesiones precancerosas. El 71,1% de las mujeres de este grupo de edad se había hecho una citología en los últimos 3 años, y un 7,7% hacía más de 3 pero no más de 5 años. El 5,5% se había hecho una citología alguna vez, pero no en los últimos 5 años y el 15,7% no se la había hecho nunca.



En la tabla 4 se presentan las características de las mujeres que se habían hecho una citología cérvico-vaginal de acuerdo con las recomendaciones más extendidas. Según los resultados de la ENSE 2011/12, por grupos de edad, en el grupo de 25 a 34 el 77,1% de las mujeres ya se había hecho una citología vaginal en los últimos 5 años. Las proporciones más elevadas se alcanzaron en las mujeres de entre 35 y 54 años, por encima del 80%, para luego descender en grandes escalones.

Por clase social se observó un claro gradiente en el porcentaje de mujeres que se había hecho la prueba, con 20 puntos porcentuales de diferencia entre la clase más alta y la más baja. El 68,6% de las mujeres de la clase VI se había hecho una citología, frente al 88,4% de las de la clase I. Las diferencias son mayores entre las clases sociales menos favorecidas (figura 9).

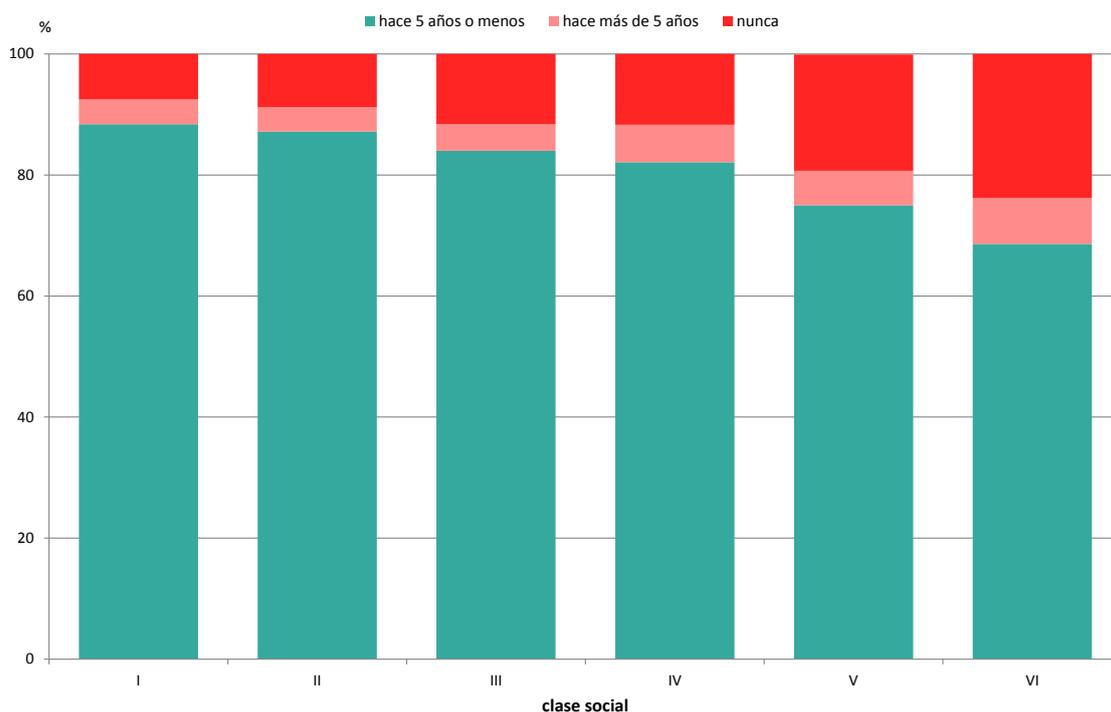
El gradiente fue aún más señalado por nivel de estudios y por nivel de ingresos. Las tasas fueron más bajas en las mujeres con menores ingresos, y la diferencia es significativa en todos los grupos excepto los dos más altos. Por nivel de estudios las diferencias son notables, con el 59,9% en las que tienen estudios primarios, 79,3% con estudios secundarios y 88,4% en universitarias (datos sin ajustar por edad).

También fueron significativas las diferencias por país de origen. El 80,5% de las mujeres nacidas en España se ha hecho una citología en el periodo recomendado, frente al 70,6% de las mujeres nacidas en el extranjero.

Tabla 4 - Citología vaginal realizada en el periodo recomendado (últimos 5 años). Mujeres de 25 a 64 años. España, EES 2009 y ENSE 2011/12, MSSSI/INE

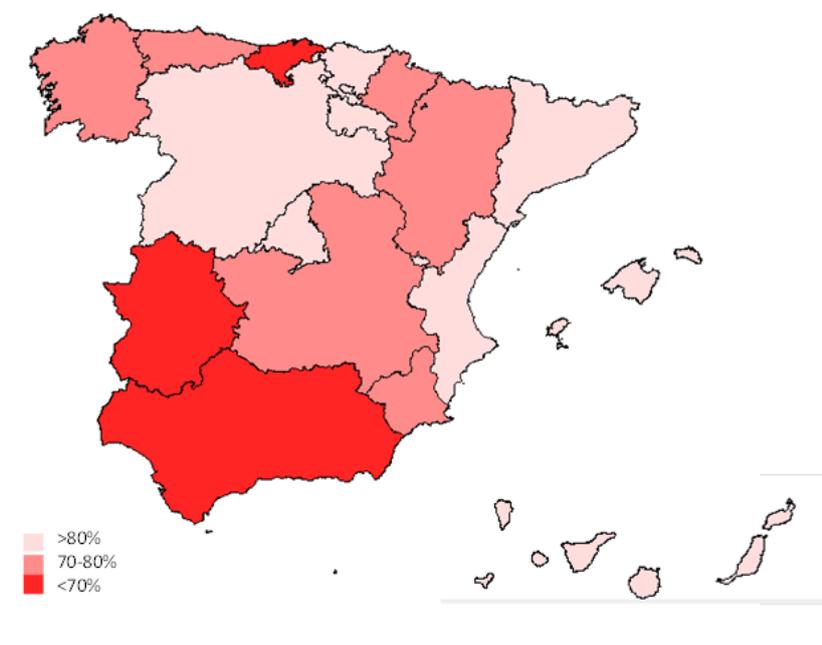
	2009		2011	
Número de encuestadas	7634		6871	
	%	IC 95%	%	IC 95%
Total 25 a 64	76,5	75,2-77,8	78,8	77,5-80,1
Grupo de edad				
De 25 a 34 años	73,8	70,8-76,6	77,1	74,1-79,9
De 35 a 44 años	81,6	79,5-83,6	82,1	79,7-84,3
De 45 a 54 años	81,0	78,8-83,0	83,1	80,9-85,2
De 55 a 64 años	67,2	64,4-69,8	70,4	67,7-73,0
Clase social				
I	--	--	88,4	85,4-90,9
II	--	--	87,2	83,2-90,3
III	--	--	84,0	81,6-86,1
IV	--	--	82,1	78,6-85,1
V	--	--	75,0	72,5-77,4
VI	--	--	68,6	64,7-72,3
No consta	--	--	58,6	49,3-67,3
País de nacimiento				
España	78,1	76,8-79,4	80,5	79,2-81,8
Extranjero	68,5	64,3-72,3	70,6	66,4-74,5
Nivel de estudios				
Primarios o sin estudios	65,5	62,9-68,0	59,9	55,8-63,9
Secundarios	79,6	77,7-81,4	79,3	77,7-80,8
Universitarios	83,1	80,6-85,4	88,4	86,1-90,4
Nivel de ingresos				
1er quintil	--	--	64,8	60,3-69,1
2º quintil	--	--	74,3	71,4-77,0
3er quintil	--	--	81,3	78,0-84,1
4º quintil	--	--	87,3	84,6-89,7
5º quintil	--	--	89,1	85,2-92,0
No consta	--	--	77,7	75,0-80,2
Comunidad autónoma				
Andalucía	62,8	58,5-67,0	66,6	62,7-70,2
Aragón	78,4	72,7-83,3	76,8	70,9-81,8
Asturias	72,6	67,3-77,4	71,7	63,6-78,6
Baleares	80,2	72,7-86,0	83,5	75,7-89,1
Canarias	82,5	77,7-86,4	87,2	82,8-90,5
Cantabria	75,6	67,4-82,2	67,7	59,2-75,3
Castilla y León	72,7	67,4-77,5	83,8	79,0-87,6
Castilla-La Mancha	72,6	67,7-77,1	75,7	69,8-80,8
Cataluña	82,4	79,0-85,4	86,6	82,6-89,7
Comunidad Valenciana	77,8	74,0-81,3	83,4	79,3-86,8
Extremadura	67,7	60,8-74,0	69,4	60,0-77,5
Galicia	82,8	78,4-86,4	72,7	67,4-77,4
Madrid	82,6	79,0-85,7	83,4	79,4-86,8
Murcia	74,8	68,4-80,2	74,8	67,4-80,9
Navarra	79,8	73,2-85,0	79,3	72,3-84,8
País Vasco	84,1	79,2-88,0	82,3	77,4-86,4
Rioja, La	83	74,9-88,9	83,4	77,2-88,2
Ceuta	54	42,6-65,0	68,8	54,4-80,3
Melilla	57,2	46,1-67,6	48,9	35,8-62,2

Figura 9 - Tiempo transcurrido desde la última citología vaginal según clase social. Mujeres de 25 a 64 años. España, ENSE 2011/12. MSSSI/INE



Por comunidades autónomas destacaron coberturas por encima del 85% en Canarias y en Cataluña, y por debajo del 70% en Andalucía, Cantabria, Extremadura y Ceuta y Melilla (figura 10) en 2011.

Figura 10 - Cumplimiento de las recomendaciones de *screening* para la detección precoz de cáncer de cuello de útero (citología realizada en los últimos 5 años) según comunidad autónoma. Mujeres de 25 a 64 años. España, ENSE 2011/12, MSSSI/INE



Con respecto a los datos procedentes de la EES 2009, se observó un ligero incremento en la proporción de mujeres de 25 a 64 años con citología realizada en los últimos 5 años, manteniéndose el mismo patrón en 2009 y en 2011 en cuanto a las características de estas mujeres, sin diferencias significativas (tabla 4).

2.2 Tiempo transcurrido desde la última citología vaginal. Mujeres de 15 y más años

[Tablas 2.255 hasta 2.259a]

En 2011/12, el 72,4% de las mujeres de 15 y más años declaró haberse hecho una citología vaginal alguna vez en la vida, el 63,7% de las mujeres de 15 y más años declaró que se había hecho una citología vaginal en los últimos 5 años, un 7,1% hacía más de 3 pero no más de 5 años y el 56,6% se había hecho una citología en los últimos 3 años.

Por clase social se observó un claro gradiente en el tiempo transcurrido desde la realización de la prueba más reciente (tabla 5). El 76,9% de las mujeres de clase I se habían hecho al menos una citología vaginal en los últimos 5 años, frente al 54,1% de las mujeres de clase VI.

Según país de origen no se observaron diferencias entre españolas (63,7% se ha hecho al menos una citología en los últimos 5 años) y extranjeras (64,0%).

Por nivel de estudios mostró un gradiente abrupto, desde el 29,4% de mujeres de 15 y más años que se habían hecho al menos una citología vaginal en los últimos 5 años en el nivel más bajo de formación vs. 84,8% en universitarias (datos no ajustados por edad).

En la ENSE 2011/12, el 72,4% de las mujeres de 15 y más años declaró haberse hecho una citología vaginal alguna vez en la vida. El porcentaje ha aumentado con respecto a encuestas anteriores: 63,3% en 2003, 69,0% en 2006 y 71,7% en 2009, especialmente teniendo en cuenta que en estas el dato se recogió sólo en mujeres de 20 y más años.

Tabla 5 - Tiempo transcurrido desde la citología vaginal más reciente. Mujeres de 15 y más años. España, ENSE 2011/12, MSSSI/INE

	<3 años		3-5 años		>5 años		Nunca	
Número encuestadas = 11 358	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Total 15+	56,6	55,4-57,8	7,1	6,5-7,7	8,7	8,1-9,3	27,6	26,5-28,8
Grupo de edad								
De 15 a 24 años	34,6	30,9-38,4	2,1*	1,2-3,7	0,3*	0,1-1,2	63,0	59,1-66,8
De 25 a 34 años	71,7	68,6-74,6	5,4	4,2-7,0	1,8	1,2-2,6	21,1	18,4-24,1
De 35 a 44 años	74,6	72,1-77,0	7,5	6,2-9,0	4,0	3,1-5,2	13,9	11,9-16,1
De 45 a 54 años	74,1	71,5-76,5	9,0	7,6-10,7	5,9	4,7-7,4	11,0	9,3-12,9
De 55 a 64 años	61,4	58,5-64,3	9,0	7,4-10,8	12,0	10,3-13,9	17,6	15,4-20,1
De 65 a 74 años	36,5	33,6-39,6	10,9	9,1-12,9	22,5	20,0-25,1	30,1	27,2-33,2
De 75 a 84 años	12,2	10,3-14,4	6,3	4,6-8,6	23,9	21,3-26,8	57,6	54,3-60,8
De 85 y más años	5,6*	3,3-9,5	1,6*	0,7-3,9	20,7	16,2-26,0	72,1	66,3-77,2
Clase social								
I	69,1	65,8-72,3	7,7	6,0-9,9	7,7	6,0-9,7	15,5	12,9-18,5
II	70,3	66,4-74,0	6,2	4,6-8,3	6,3	4,8-8,3	17,1	14,1-20,7
III	63,5	60,9-65,9	6,8	5,6-8,2	7,2	6,0-8,5	22,6	20,4-24,9
IV	58,4	55,1-61,5	7,8	6,3-9,6	9,8	8,0-11,8	24,1	21,5-26,9
V	51,7	49,6-53,8	7,6	6,6-8,8	8,9	8,0-10,0	31,7	29,8-33,8
VI	47,9	44,8-51,0	6,2	5,0-7,8	9,9	8,4-11,7	35,9	33,0-39,0
No consta	33,7	28,5-39,2	5,8*	3,2-10,1	11,9	9,2-15,4	48,6	43,0-54,3
País de nacimiento								
España	56,5	55,2-57,7	7,2	6,6-7,9	9,2	8,6-9,9	27,1	26,0-28,3
Extranjero	57,6	53,7-61,5	6,3	4,7-8,5	5,6	4,2-7,5	30,4	26,7-34,4
Nivel de estudios								
Primarios o sin estudios	30,3	28,2-32,4	6,9	5,9-8,0	16,1	14,6-17,7	46,7	44,4-49,0
Secundarios	60,9	59,3-62,5	7,4	6,7-8,3	7,3	6,6-8,1	24,3	22,9-25,8
Universitarios	78,7	76,1-81,0	6,1	4,9-7,7	2,9	2,1-3,8	12,3	10,4-14,6
Nivel de ingresos								
1er quintil	37,9	35,1-40,8	7,2	6,0-8,6	14,1	12,4-15,9	40,9	38,1-43,7
2º quintil	51,1	48,6-53,6	6,9	5,8-8,1	10,1	8,8-11,5	32,0	29,6-34,4
3er quintil	61,0	57,8-64,2	8,1	6,4-10,2	8,4	6,8-10,4	22,4	19,9-25,2
4º quintil	71,4	68,4-74,3	7,3	5,8-9,3	5,1	3,9-6,6	16,2	13,8-18,8
5º quintil	74,0	70,0-77,5	6,7	4,8-9,1	5,4	3,7-7,7	14,0	11,0-17,7
No consta	56,1	53,9-58,5	6,7	5,7-8,0	7,6	6,5-8,7	29,7	27,2-31,8
Comunidad autónoma								
Andalucía	46,7	43,4-50,1	6,5	5,1-8,3	6,5	5,2-8,0	40,3	37,0-43,7
Aragón	50,9	46,1-55,7	5,9*	3,9-8,8	12,7	9,7-16,5	30,5	26,1-35,3
Asturias	50,9	44,7-57,0	7,2	4,4-11,5	11,7	9,0-15,1	30,3	24,2-37,2
Baleares	59,9	52,6-66,8	9,6	5,6-15,9	8,1	4,7-13,6	22,4	17,7-27,9
Canarias	70,7	65,8-75,2	5,4	3,7-8,0	8,8	6,9-11,2	15,0	11,5-19,5
Cantabria	48,5	42,6-54,5	6,1	4,3-8,7	4,4*	2,7-6,9	41,0	35,6-46,5
Castilla y León	54,7	50,2-59,1	7,5	5,5-10,2	10,5	8,3-13,2	27,3	23,3-31,8
Castilla-La Mancha	47,7	42,4-53,0	10,6	7,8-14,3	9,2	6,8-12,3	32,5	27,3-38,2
Cataluña	64,7	61,4-68,0	8,0	6,3-10,0	6,9	5,6-8,5	20,4	17,4-23,8
Comunidad Valenciana	59,5	55,6-63,2	7,3	5,8-9,3	12,4	10,1-15,2	20,8	17,6-24,3
Extremadura	51,9	44,3-59,4	5,1	3,0-8,7	4,2*	2,7-6,4	38,8	31,7-46,4
Galicia	48,2	44,0-52,4	5,5	3,9-7,8	6,5	4,8-8,9	39,8	35,6-44,1
Madrid	62,3	58,8-65,6	7,3	5,8-9,2	9,5	7,8-11,5	20,8	17,8-24,3
Murcia	58,9	53,6-64,0	2,9*	1,8-4,9	5,0*	3,0-8,3	33,2	28,3-38,3
Navarra	57,4	50,0-64,6	9,2	6,4-13,0	8,8	6,3-12,0	24,6	18,9-31,5
País Vasco	58,5	53,9-62,9	8,5	6,4-11,1	13,9	11,4-16,8	19,2	15,4-23,6
Rioja, La	63,9	58,0-69,5	4,9*	2,7-8,7	8,4	5,8-12,1	22,7	17,5-28,9
Ceuta	55,7	45,8-65,0	6,8*	2,8-15,5	7,7*	3,8-14,9	29,9	19,4-43,0
Melilla	32,9	21,9-46,1	3,5*	1,1-10,3	5,8*	2,7-11,9	57,8	45,5-69,3

(*) Recuento inferior a 30.

2.3 Motivo de la última citología vaginal. Mujeres de 15 y más años que se han realizado una citología vaginal alguna vez

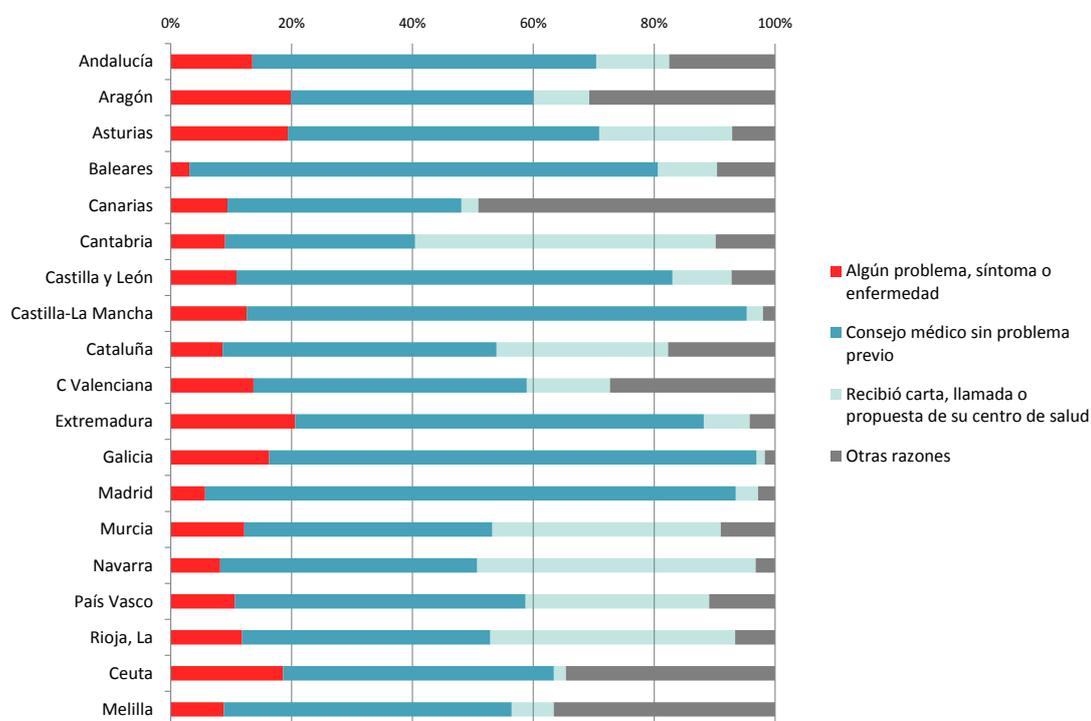
[Tablas 2.260 hasta 2.264a] y [Tablas 2.260b hasta 2.264ab]

El principal motivo por el cual de las mujeres de 15 y más años se realizaron la última citología fue por consejo de su médico (59,0%). En todos los grupos de edad más de la mitad de las mujeres que se habían hecho una citología vaginal adujo como motivo el consejo de su médico (tabla 6). El 15,1% acudió por cribado institucional (porque recibió una carta, le llamaron por teléfono o le dijeron en su centro de salud que si se quería hacer esta prueba) y el 11,1% por algún problema, síntoma o enfermedad. Este último motivo se concentró en las edades más avanzadas, mientras que el cribado institucional lo hizo en las edades intermedias.

Las mujeres que declararon haberse hecho la última citología por algún problema aumentaron al descender la clase social (de 7,2% a 14,9%). El cribado por consejo médico fue más frecuente en las clases altas (64,3% vs 52,3%). El 13,5% de las mujeres extranjeras declararon haberse hecho la última citología por algún problema, frente al 10,7% de las españolas.

El 19,0% y el 13,7% de las mujeres sin estudios o con estudios primarios respectivamente, declararon haberse realizado la última citología por algún problema, frente al 6,0% de las mujeres con estudios universitarios, sin grandes diferencias respecto a la media en el resto de niveles educativos. Si observamos únicamente el grupo de 25 a 64 estas diferencias se mantuvieron pero suavizadas.

Figura 11 - Motivo de la citología vaginal más reciente según comunidad autónoma. Mujeres de 15 y más años que se han realizado una citología vaginal alguna vez. España, ENSE 2011/12, MSSSI/INE



En tres comunidades autónomas (Cantabria, Navarra y La Rioja) el cribado institucional fue el motivo de la última citología en más del 40% de los casos, en Murcia y País Vasco más del 30%, y en Cataluña y

Asturias por encima del 20% (figura 11). En el resto de las comunidades está por debajo del 15% nacional. En Navarra y en Cantabria es el motivo aducido con mayor frecuencia entre las mujeres de 15 y más años que se habían hecho alguna vez una citología.

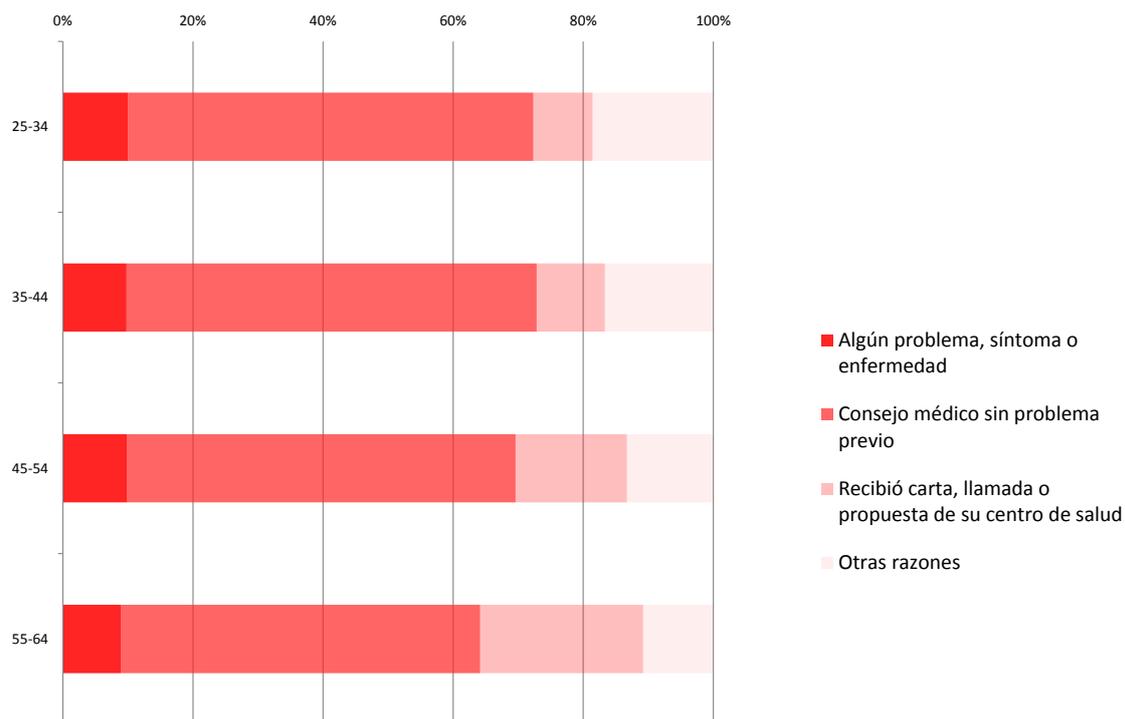
Tabla 6 - Motivo de la citología vaginal más reciente. Mujeres de 15 y más años que se han realizado una citología vaginal alguna vez. España, ENSE 2011/12, MSSSI/INE

	Algún problema, síntoma o enfermedad		Consejo médico sin problema previo		Recibió carta, llamada o propuesta de su centro de salud		Otras razones	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Número de encuestadas = 7953								
Total	11,1	10,3-12,0	59,0	57,2-60,7	15,1	13,9-16,3	14,9	13,6-16,3
Grupo de edad								
De 15 a 24 años	17,5	13,2-22,8	54,2	47,5-60,7	3,4*	1,8-6,1	25,0	19,2-31,8
De 25 a 34 años	10,0	8,0-12,2	62,4	58,9-65,8	9,1	7,1-11,6	18,6	16,0-21,5
De 35 a 44 años	9,8	8,3-11,5	63,1	60,1-65,9	10,5	8,8-12,4	16,7	14,6-19,1
De 45 a 54 años	9,9	8,3-11,7	59,7	56,5-62,8	17,1	14,7-19,8	13,3	11,3-15,6
De 55 a 64 años	8,9	7,2-10,8	55,3	52,0-58,5	25,1	22,3-28,2	10,8	8,9-12,9
De 65 a 74 años	11,8	9,7-14,3	54,7	51,0-58,4	22,3	19,3-25,6	11,2	9,0-13,9
De 75 a 84 años	20,9	17,4-25,0	50,3	45,2-55,3	19,1	15,4-23,3	9,7	7,2-13,0
De 85 y más años	28,7	19,6-39,9	54,6	43,5-65,2	9,5*	4,7-18,3	7,2*	3,6-14,1
Clase social								
I	7,2	5,5-9,3	64,3	60,1-68,2	13,2	10,9-16,1	15,4	12,3-18,9
II	7,6	5,6-10,2	63,2	58,6-67,5	12,7	10,0-16,0	16,5	13,2-20,4
III	9,0	7,5-10,7	62,2	59,1-65,3	13,5	11,6-15,6	15,3	13,1-17,7
IV	9,7	7,9-11,9	58,6	54,7-62,4	19,4	16,5-22,6	12,3	10,0-15,0
V	13,2	11,6-15,0	57,9	55,2-60,6	14,9	13,1-16,9	14,0	12,0-16,1
VI	14,9	12,5-17,7	52,3	48,3-56,3	15,4	12,8-18,5	17,3	14,3-20,9
No consta	18,7	12,4-27,1	46,6	38,8-54,6	19,4	14,0-26,3	15,4	10,6-21,8
País de nacimiento								
España	10,7	9,9-11,6	59,7	57,9-61,4	15,7	14,5-17,1	13,9	12,7-15,3
Extranjero	13,5	10,6-16,9	54,8	49,9-59,5	10,9	8,1-14,5	20,9	17,2-25,1
Nivel de estudios								
Primarios o sin estudios	16,1	14,2-18,3	54,2	51,0-57,3	18,5	16,1-21,1	11,2	9,3-13,4
Secundarios	11,3	10,2-12,5	58,5	56,4-60,6	15,0	13,6-16,5	15,2	13,6-16,9
Universitarios	6,0	4,7-7,5	64,6	61,3-67,8	12,3	10,3-14,5	17,2	14,6-20,1
Nivel de ingresos								
1er quintil	18,4	15,9-21,2	54,7	50,9-58,4	14,0	11,6-16,9	12,9	10,5-15,8
2º quintil	12,6	10,9-14,7	55,6	52,4-58,8	14,8	12,8-17,1	16,9	14,5-19,6
3er quintil	11,4	9,3-14,0	60,4	56,8-63,8	15,4	12,9-18,2	12,9	10,7-15,4
4º quintil	9,1	7,3-11,3	62,9	59,3-66,3	12,4	10,4-14,8	15,6	13,1-18,3
5º quintil	6,7	4,9-9,1	62,6	58,2-66,8	14,1	11,4-17,4	16,6	13,5-20,4
No consta	9,3	7,7-10,6	59,0	56,2-62,6	17,3	15,0-19,8	14,4	12,0-16,8
Comunidad autónoma								
Andalucía	13,5	11,0-16,5	56,9	51,5-62,2	12,1	9,4-15,5	17,5	13,5-22,3
Aragón	19,9	15,5-25,2	40,0	32,5-48,1	9,3	6,2-13,7	30,7	23,8-38,7
Asturias	19,4	14,4-25,6	51,5	43,8-59,1	22,0	16,5-28,6	7,1*	4,3-11,5
Baleares	3,1*	1,8-5,4	77,5	70,1-83,4	9,8	6,4-14,7	9,6*	5,4-16,6
Canarias	9,4	6,3-13,8	38,7	31,4-46,5	2,8*	1,6-5,0	49,1	41,5-56,7
Cantabria	9,0*	5,7-14,0	31,4	23,8-40,2	49,7	41,3-58,2	9,8*	6,1-15,4
Castilla y León	10,9	8,1-14,6	72,1	65,9-77,6	9,8	6,6-14,2	7,2	4,7-11,0
Castilla-La Mancha	12,6	9,0-17,3	82,8	76,4-87,7	2,7*	1,2-5,6	2,0*	0,6-6,4
Cataluña	8,6	6,7-10,9	45,3	40,2-50,5	28,4	23,9-33,5	17,7	14,1-22,0
Comunidad Valenciana	13,7	11,1-16,9	45,2	39,6-50,8	13,8	11,1-17,0	27,3	22,0-33,3
Extremadura	20,6	15,6-26,6	67,7	61,1-73,7	7,6*	4,1-13,6	4,2*	2,1-8,2
Galicia	16,3	12,4-21,0	80,7	75,6-84,9	1,4*	0,5-3,6	1,7*	0,5-5,2
Madrid	5,7	4,2-7,7	87,8	84,7-90,4	3,7	2,4-5,7	2,8*	1,7-4,4
Murcia	12,2	8,6-17,0	41,0	32,3-50,3	37,8	28,9-47,6	9,0*	5,7-14,1
Navarra	8,2	5,3-12,4	42,5	32,7-52,9	46,1	35,8-56,8	3,2*	1,4-7,1
País Vasco	10,6	7,8-14,3	48,1	41,3-55,0	30,4	24,1-37,5	10,9	7,5-15,7
Rioja, La	11,8	7,8-17,5	41,0	31,4-51,4	40,5	30,0-52,0	6,6*	3,7-11,7
Ceuta	18,6*	9,3-33,6	44,8	33,3-56,9	2,0*	0,5-7,8	34,6*	24,1-46,9
Melilla	8,8*	2,7-25,1	47,6*	26,4-69,6	7,0*	3,0-15,3	36,6*	16,6-62,7

(*) Recuento inferior a 30.

Entre las mujeres que se encuentran en los grupos de edad en que está recomendado el *screening* de cérvix los motivos para la realización de la prueba son muy semejantes a los anteriores: el principal motivo para haberse realizado la citología más reciente fue por consejo de su médico, en el 60,5% de los casos, y en el 14,8% por cribado institucional (figura 12).

Figura 12 – Motivo de la última citología vaginal según grupo de edad. Mujeres de 25-64 años que se han hecho una citología vaginal alguna vez. España, ENSE 2011/12. MSSSI/INE



3. Prueba de sangre oculta en heces

[Tablas 2.223 hasta 2.225]

3.1 Prueba de sangre oculta en heces según la pauta recomendada para el cribado de cáncer de colon. Población de 50 a 69 años

En la ENSE 2011/12 se preguntó por la prueba de detección de sangre oculta en heces (PSOH), que se había recogido por primera vez en la EES 2009. La cobertura (PSOH en los últimos 2 años en población de 50 a 69 años) declarada en 2011 fue de 6,8%, la misma en hombres que en mujeres. La proporción de la población que declaró haberse hecho esta prueba en el tiempo y edad recomendados por los programas de detección precoz se dobló con respecto a 2009, año en el que había sido de 3,4%, 4,4% en hombres y 2,4% en mujeres.

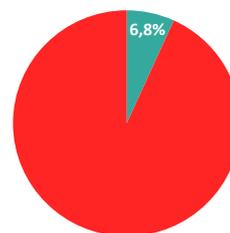


Tabla 7. Prueba de sangre oculta en heces realizada en el período recomendado (últimos 2 años). Población de 50 a 69 años. España, ENSE 2011/12, MSSSI/INE

	Total		Hombres		Mujeres	
Número de encuestados	6346		2972		3374	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Total 50 a 69 años	6,8	6,0-7,7	6,8	5,7-8,0	6,8	5,8-7,9
Clase social						
I	7,3	5,3-9,9	5,2*	3,3-8,2	9,9*	6,5-14,7
II	7,9	5,5-11,0	7,5*	4,3-12,8	8,1*	5,3-12,2
III	7,1	5,6-9,1	8,1	5,8-11,2	6,2	4,3-8,9
IV	7,4	5,6-9,7	7,5	4,9-11,2	7,2	5,0-10,3
V	6,8	5,5-8,3	6,6	4,9-8,8	7,0	5,2-9,2
VI	5,0	3,6-6,9	5,6*	3,5-8,9	4,5*	2,9-6,9
No consta	3,6	1,1-11,6	3,8*	0,5-23,2	3,6*	0,8-14,0
País de nacimiento						
España	6,8	6,0-7,8	6,8	5,7-8,1	6,9	5,9-8,1
Extranjero	5,8*	3,5-9,4	6,3*	3,0-12,9	5,4*	2,8-10,2
Nivel de estudios						
Primarios o sin estudios	5,9	4,7-7,4	5,7	4,1-8,0	6,0	4,4-8,1
Secundarios	7,0	6,0-8,2	7,2	5,8-8,8	6,9	5,6-8,4
Universitarios	7,4	5,5-9,9	6,8	4,5-10,2	8,1	5,5-11,8
Nivel de ingresos						
1er quintil	6,7	4,9-9,1	6,2	4,0-9,6	7,1	4,8-10,4
2º quintil	6,8	5,3-8,7	6,2	4,3-8,8	7,4	5,4-10,2
3er quintil	7,2	5,5-9,4	7,2	4,9-10,4	7,2	4,9-10,5
4º quintil	6,3	4,6-8,5	6,0	3,9-9,3	6,6	4,3-10,2
5º quintil	8,2	5,9-11,3	8,0	5,1-12,3	8,6	5,3-13,6
No consta	6,2	4,8-7,8	7,3	5,2-10,2	5,2	3,7-7,2

(*) Recuento inferior a 30.

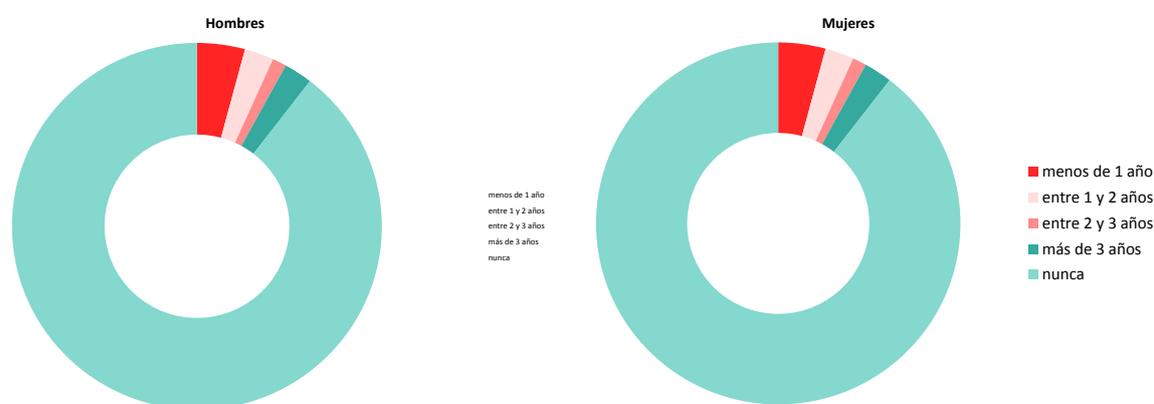
Las características de la población de este grupo de edad que se había hecho la PSOH se presentan en la tabla 7. No se observaron diferencias significativas entre estratos socioeconómicos, por sexo ni por país de nacimiento.

3.2 Tiempo transcurrido desde la última prueba de sangre oculta en heces (PSOH). Población de 50-69 años

El 10,4% de la población de 50-69 años declaró en 2011 que se había hecho la PSOH alguna vez en la vida, en proporción similar en ambos sexos. Esta proporción fue el 8,5% en 2009. El incremento en la cobertura de esta prueba se dio en ambos sexos, pero fue mayor en mujeres.

En cuanto al tiempo transcurrido desde la última (figura 13), en 2011/12 el 6,8% de la población de 50-69 años declaró que se había hecho una prueba de sangre oculta en heces en los últimos dos años, el 1,1% que hacía más de 2 años pero menos de 3, y el 2,5% más de 3 años. La distribución según el tiempo transcurrido desde la última prueba fue similar para hombres y para mujeres.

Figura 13 – Tiempo transcurrido desde la última prueba de sangre oculta en heces, en hombres y en mujeres. Población de 50 a 69 años. España, ENSE 2011/12. MSSSI/INE

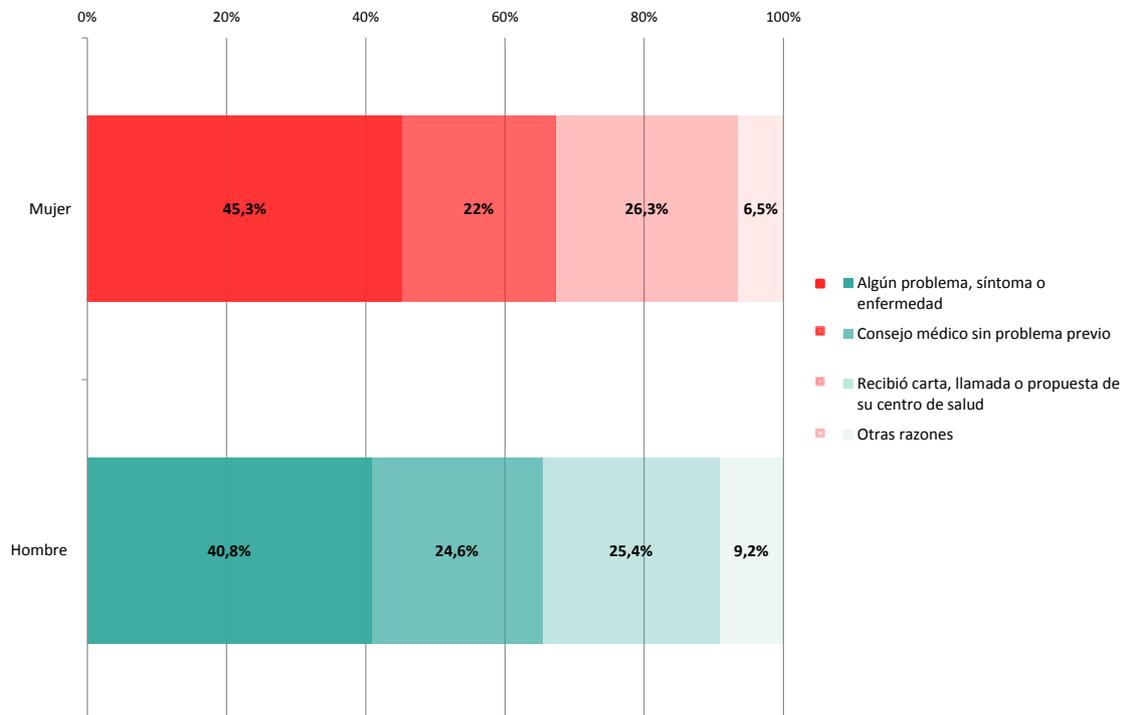


Por comunidades autónomas, las estimaciones de la ENSE 2011/12 del tiempo transcurrido desde la última prueba de sangre oculta en heces no tienen suficiente validez estadística para efectuar una tabulación exhaustiva, pero sí de cuatro comunidades cuya cobertura está por encima de las cifras nacionales: País Vasco (27,6%, IC = 20,9%-35,6%), Murcia (20,4%, IC = 14,7%-27,7%), Comunidad Valenciana (10,5%, IC = 7,5%-14,4%) y Canarias (10,0%, IC = 6,6%-14,9%).

3.3 Motivo de la última prueba. Población de 50 a 69 años que se ha hecho una prueba de sangre oculta en heces (PSOH) alguna vez

El motivo más frecuente (43,0%) para hacerse la prueba de sangre oculta en heces fue por algún problema, síntoma o enfermedad, 40,8% en hombres y 45,3% en mujeres. El cribado aconsejado por médico fue el motivo declarado para hacerse la última prueba en el 23,3% de la población de 50 a 69 años (24,6% en hombres y 22,0% en mujeres), y el cribado institucional el 25,9%, similar en ambos sexos. No se observaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en los motivos que ocasionaron la realización prueba. Al menos la mitad de las PSOH se hicieron con fines de detección precoz (figura 14).

Figura 14 - Motivo de la prueba de sangre oculta en heces más reciente según sexo. Población de 50 a 69 años que se ha realizado una prueba de sangre oculta en heces alguna vez. España, INSE 2011/12, MSSSI/INE



COMENTARIOS

Mamografía

La proporción de mujeres que se ha hecho una mamografía con la edad y frecuencia recomendadas se puede considerar elevada en España, habiéndose alcanzado los objetivos recomendados en la UE, pero queda margen para mejorar la cobertura, especialmente en determinados subgrupos poblacionales. Según lo declarado por las mujeres de 50 a 69 años en la ENSE 2011/12, el 77,1% (IC = 75,1%-78,9%), cumple las recomendaciones de la Estrategia de cáncer, habiéndose hecho una mamografía en los últimos dos años, y otro 9,5% (IC = 8,2%-10,9%) se la había hecho hacía más de dos pero menos de tres años.

La distribución muestra diferencias sociales en el conjunto del país. Por clase social ocupacional y por ingresos, en la ENSE 2011/12 se observa un patrón escalonado, con mayor cobertura en las clases más favorecidas, y diferencias significativas entre los grupos extremos, 85,1% (IC = 79,5%-89,3%) en la clase I vs. 68,9% (IC = 63,0%-74,3%) en la clase VI. Estas desigualdades no se han observado en la encuesta del País Vasco²⁰.

Al analizar las diferencias entre comunidades autónomas, la cobertura de la prueba muestra coherencia con la evolución histórica de los programas de *screening*^{5,9}, aunque es necesario tener en cuenta que los datos de cobertura obtenidos de una encuesta poblacional como la ENSE son autodeclarados, y también que cualquier mamografía declarada se considera como prueba de detección, independientemente del motivo por el que se hiciera. Navarra, pionera en el programa de cribado de cáncer de mama desde 1990, es la comunidad autónoma donde la ENSE refleja una mayor adherencia, del 88,8% (IC = 82,3%-93,1%). Cataluña, en su encuesta continua, observa frecuencias algo más altas, del 91,9% (IC = 89,6%-94,2%)²¹, por encima de las que obtiene la ENSE en esa CCAA, que fueron del 83,7% (IC = 78,8%-87,6%). Baleares, que puso en marcha su programa siete años más tarde, mostró el porcentaje más bajo según la ENSE, del 65,1% (IC = 55,3%-73,7%). En resumen, como cabía esperar, las personas residentes en comunidades autónomas con programas poblacionales de detección precoz desde hace más tiempo tienen mayor probabilidad de hacerse la prueba.

El importante porcentaje de mujeres que aún no ha cumplido los 50 años y que declara haberse hecho una mamografía alguna vez podría estar señalando una sobreindicación de la prueba. En el grupo de mujeres de 40-49 años es del 59,6% (IC = 57,0%-62,2%), mayor en las clases altas, del 41,1% (IC = 37,0%-45,3%) en la clase I frente a 24,3% (IC = 21,0%-28,0%) en la clase VI. Entre las mujeres de 15 a 49 años que se habían hecho una mamografía alguna vez, esta les había sido mayoritariamente recomendada por un médico sin que hubiera un problema de salud previo, 47,5% (IC = 44,7%-50,4%).

En cuanto al motivo para hacerse la mamografía, se observan diferencias territoriales, pero es visible el peso de los programas poblacionales, que confieren una cierta homogeneidad. En Navarra el 78,5% (IC = 71,6%-84,2%) de las mujeres que declararon haberse hecho una mamografía alguna vez, lo habían hecho convocadas por un programa de cribado. También por este motivo se lo había hecho más del 70%

en La Rioja, con el 74,9% (IC = 66,9%-81,5%), y en el País Vasco, con el 71,6% (IC = 66,0%-76,6%). En el extremo inferior, en Madrid y Baleares menos del 30% de las mujeres alegaron este motivo, 21,2% (IC = 17,2%-25,7%) y 27,6% (IC = 20,8%-35,6%) respectivamente. No obstante, la tasa de realización de la prueba según lo recomendado es de 80,2% (IC = 74,8%-84,7%) en Madrid, por encima de la nacional, mientras que en Baleares es de las más bajas, el 65,1% (IC = 55,3%-73,7%). La ENSE solo pregunta por los motivos para haberse hecho la prueba, pero se dispone de los resultados de la encuesta de Asturias en donde un 22% de las mujeres de 45-64 años declararon que no se la hicieron porque 'consideran innecesaria la prueba'²².

Desde 2007, en varios países de nuestro entorno que habían alcanzado las tasas de cobertura más altas (Estados Unidos, Finlandia, Países Bajos, Noruega...) se ha observado tendencia a una menor participación de las mujeres en los programas de *screening* de mama^{18, 23, 24}. Los datos obtenidos en la ENSE 2011/12 sobre el tiempo transcurrido desde la última mamografía no permiten comparar con ENSEs anteriores por el cambio en la formulación de la pregunta, pero la comparación con la EES muestra que en 2009 la cobertura de la prueba era menor, del 71,9%, y otro 12,2% declaraba habérsela hecho hacía más de dos años pero menos de tres. Estos resultados no parecen corroborar un eventual descenso en la participación en España.

Citología

A pesar del carácter oportunista de la mayoría de los programas de cribado de cáncer de cuello de útero en España, la cobertura es elevada, alcanzando según la ENSE 2011/12 al 78,8% (IC = 77,5%-80,1%) de las mujeres de 25 a 64 años, algo más que la observada por la EES en 2009, que fue del 76,5%, (IC = 75,2%-77,8%).

Si se comparan los resultados de este informe con los datos obtenidos por las comunidades autónomas que tienen su propia encuesta se observan resultados coherentes. Según la ENSE, en Cataluña el porcentaje de la población cubierta por la prueba era elevado, del 86,6% (IC = 82,6%-89,7%). En la encuesta continua de Cataluña se obtienen valores algo más bajos, con la misma tendencia al aumento hasta 2012, 80,9%, (78,8%-83,1%)²¹. También en la encuesta de Asturias se observó un incremento, pasando de 62% en 2008 a 69% en 2012²². Esta última estimación es también coherente con la tasa encontrada en Asturias por la ENSE 2011/12, de 71,7% (IC = 63,6%-78,6%). En el País Vasco la periodicidad con que se recomienda la prueba en los programas de detección precoz es mayor, y la cobertura es elevada (72%)²⁰, sin que muestre una tendencia clara en los últimos años, como también refleja la ENSE.

Tal como se viene observando en otros estudios, en España existen desigualdades socioeconómicas en la proporción de mujeres que se ha realizado la citología según lo recomendado. En la ENSE 2011/12 las diferencias se observan tanto por clase social (en la clase I, la cobertura es del 88,4%, IC = 85,4%-90,9%, mientras que en la clase VI es del 68,6%, IC = 64,7%-72,3%), como por nivel de estudios o por ingresos, y también por país de origen, el 80,5% (IC = 79,2%-81,8%) de las mujeres nacidas en España frente al 70,6% (IC = 66,4%-74,5%) de las nacidas en otro país. Se observan gradientes sociales más acusados en los programas de detección precoz de cáncer de cérvix que en los de mama (figuras 5 y 9), quizás por el carácter poblacional que tiene este último programa en todas las CCAA, así como por el mayor grado de consenso en la evidencia y las recomendaciones. En el País Vasco, donde no se observaron desigualdades en el cribado de cáncer de mama, sí se aprecian en cambio en la cobertura de la citología. En esta CCAA, en 2013 el 76% de las mujeres de clase I se había hecho la prueba, frente al 71% de las mujeres pertenecientes a la clase más desfavorecida, e igualmente aumenta la cobertura con el nivel de estudios, pasando del 62% en las mujeres con estudios primarios al 75% en las universitarias²⁰.

También se observa baja cobertura en mujeres mayores, de 55 a 64 años, tanto en la ENSE como en las encuestas de ámbito autonómico.

En cuanto al motivo para hacerse la citología, el panorama territorial es muy heterogéneo, y la presencia de los programas mucho más irregular que en el caso de la mamografía. Mientras que en Cantabria, Navarra, Murcia y La Rioja los programas de cribado son el motivo declarado para hacerse la prueba en torno al 40% de los casos, en otras comunidades como Madrid o Canarias este motivo tiene una presencia mínima, aunque ambas tienen una elevada cobertura. En el caso de Madrid el 'consejo médico sin problema previo' fue el motivo declarado en casi el 90% de los casos, pero en Canarias, que presenta la cobertura más alta del país, posiblemente refleje alguna modalidad de promoción de la prueba que el carácter cerrado de la pregunta no permitió determinar.

Al igual que en el caso de la mamografía, las tasas de *screening* para la detección precoz del cáncer de cuello de útero parecen estar disminuyendo en varios países que habían alcanzado tasas muy altas (Finlandia, Francia, Noruega, Países Bajos, Reino Unido, Suiza...). Aunque los datos poblacionales comparables son escasos, en España no se ha observado esta tendencia, habiendo mostrado valores similares o algo superiores en 2011 (78,8%, con IC = 77,5%-80,1%) que en 2009 (76,5%, con IC = 75,2%-77,8%).

Prueba de sangre oculta en heces

La ENSE muestra una baja prevalencia de la prueba de cribado de cáncer colorrectal. Según los resultados de 2011/12, el 6,8% (IC = 6,0%-7,7%) de la población de 50-69 años declaró que se había realizado una prueba de sangre oculta en heces (PSOH) en los últimos dos años. Aunque las tasas son mayores en las comunidades autónomas con programas de detección precoz poblacionales, aún en fase de implantación, también en estas la cobertura es inferior a la esperada.

En el periodo entre la EES 2009 y la ENSE 2011/12, se ha duplicado la tasa, claro que partiendo de niveles iniciales muy bajos (3,4%). En mujeres ha aumentado más rápidamente que en hombres, de modo que las tasas han quedado igualadas, mostrando la ENSE una cierta disparidad respecto a otras fuentes, tanto con las evaluaciones de los programas de cribado de cáncer colorrectal, que señalan una mayor participación de las mujeres^{27, 25}, como con las encuestas autonómicas, que encuentran mayor prevalencia de la prueba en hombres^{20, 21, 22}.

Los resultados de la ENSE en cuanto a cobertura de la PSOH son más bajos que los obtenidos en otros estudios^{26, 27, 28}, y ello a pesar de que la ENSE obtiene los resultados de todas las personas con PSOH realizada, no solo de las que se la han hecho en el marco de un programa, (el 25,9% (IC = 21,7%-30,5%) de las declaradas, según la propia ENSE). La Red de Programas de Cribado de Cáncer estimó en 2012 una cobertura nacional de 14,3% para la población de 50 a 69 años²⁹, más del doble que la ENSE. No obstante, la comparación es solamente orientativa, puesto que los datos proceden de fuente muy diferente, con distintos objetivos, definiciones y métodos que una encuesta poblacional.

Las encuestas poblacionales de ámbito autonómico son las más adecuadas para tratar de valorar comparativamente una posible infraestimación de la ENSE. En Asturias (ESA 2012)²², Cataluña (ESCA 2014)²¹ y País Vasco (ESCAV 2013)²⁰ se han publicado recientemente tasas de PSOH alguna vez en la vida de encuestas realizadas en periodos no muy distantes. En Cataluña, el 20,2% de la población de 65-74 años declaró que se había hecho la PSOH alguna vez, mientras que según la ENSE fue el 8,4% en este mismo grupo. En el País Vasco la cobertura fue del 80% de participación en el grupo 50 a 69 años, lejos del 27,6% (IC = 20,9%-35,6%) que muestra la ENSE en esa comunidad, aunque la formulación de la

pregunta no es la misma. En Asturias también son algo más bajos los resultados obtenidos en la ENSE (6,2%) que en la ESA (10%), en este caso en población de 45 y más años.

También son más bajas las estimaciones de la ENSE que las de otros estudios o encuestas específicos de cáncer, como el Oncobarómetro, que en 2011 estimó la cobertura (prueba en los últimos dos años, edad 50-69 años) en 9,4%³⁰, o los controles del estudio multi-caso control 2008-2010, 11,2% en mujeres y 16,2% en hombres (prueba en los últimos 5 años, edad 50-74 años)³¹, si bien las encuestas dedicadas al estudio de un tema específico recogen generalmente valores más altos del fenómeno estudiado específicamente.

En suma, a pesar de la limitada comparabilidad, distintas estimaciones concuerdan en apuntar a que los resultados de la ENSE 2011/12 están por debajo de lo esperable, y que puede haberse producido una infradeclaración. Esta infraestimación de la cobertura se ha explicado en ocasiones por el escaso conocimiento de la prueba que tiene parte de la población, que al responder a la encuesta puede haber olvidado o incluso ignorar que se le ha realizado una PSOH, o puede que no sepa identificarla con la pregunta del cuestionario²⁵. Pero por más que se haya infraestimado la tasa de cobertura, parece hallarse lejos de las expectativas de los programas y por debajo de los objetivos de la Estrategia Nacional de Cáncer, que fija en un 50% de la población diana el objetivo para 2015⁵.

Hay que tener en cuenta que el cribado de cáncer colorrectal se ha incorporado en noviembre de 2014 en la cartera común básica de servicios asistenciales del SNS, por lo que aún se encuentra en fase de implantación. La Orden SSII/2065/2014, establece que esta implantación se hará de forma progresiva de manera que en el plazo de cinco años desde la entrada en vigor, todas las CCAA hayan iniciado este programa de cribado y en diez años la cobertura, entendida como invitación a participar, se aproxime al 100%.

La monitorización de la cobertura del cribado del cáncer de colon en un momento de rápida extensión de los programas poblacionales puede tener que afrontar motivos adicionales de inestabilidad. Si la hipótesis expresada anteriormente sobre las causas de la infraestimación es cierta, el reciente protagonismo que ha adquirido este tipo de cáncer en los medios de comunicación, realizando la importancia de la detección precoz, estará produciendo no solo un mayor número de pruebas sino la familiarización de la población con la PSOH, con lo que mejorará la autodeclaración, dificultando la interpretación de las series. Otra interferencia es que la población pueda estar utilizando otra prueba para la detección de cáncer colorrectal. Ni en la ENSE ni en la EES se ha preguntado por la colonoscopia hasta la EES 2014, pero en la encuesta de Cataluña presenta prevalencias superiores a la PSOH²¹. Según otros estudios realizados en España, el 12,8% de los participantes se habría hecho una colonoscopia en los últimos 2 años, y el 45% en las CCAA que tienen ya programas de *screening*³². A pesar de las limitaciones señaladas, el aumento de la prevalencia permitirá estimaciones nacionales más estables y comparaciones internacionales de este indicador con los datos procedentes de la EES 2014.

LISTADO DE TABLAS

Para consultar o descargar las tablas estadísticas completas de la ENSE 2011/12 y de la EES 2009 (xls y pdf), en valores absolutos y relativos, puede acceder a través del portal estadístico del MSSSI en <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm> o en la página web del INE <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase&L=0>.

Para consultar o descargar los resultados de ediciones anteriores de la ENSE y para la consulta interactiva de la serie histórica puede acceder a través del portal estadístico del MSSSI en <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>.

Además, para este informe se han completado las tablas de la ENSE 2011/12 relativas a mamografía, citología y PSOH con el intervalo de confianza, se han añadido grupos de edad adicionales y se han cruzado todas las variables según los ingresos netos del hogar. Puede acceder a través del listado que figura a continuación (ANEXO) así como en cada uno de los apartados de resultados de este informe, donde encontrará un enlace a las tablas correspondientes.

Tablas incluidas en el ANEXO ([enlace](#))

Realización de mamografía en el periodo recomendado para el cribado de cáncer de mama

Porcentaje e intervalo de confianza 95%

Mujeres de 50 a 69 años

Tabla 2.241.- según clase social basada en la ocupación de la persona de referencia

Tabla 2.242.- según país de nacimiento

Tabla 2.243.- según comunidad autónoma

Tabla 2.244.- según nivel de estudios

Tabla 2.244a.- según nivel de ingresos netos del hogar

Tiempo transcurrido desde la última mamografía

Porcentaje e intervalo de confianza 95%

Mujeres de 15 y más años

Tabla 2.245.- según grupo de edad

Tabla 2.246.- según clase social basada en la ocupación de la persona de referencia

Tabla 2.247.- según país de nacimiento

Tabla 2.248.- según comunidad autónoma

Tabla 2.249.- según nivel de estudios

Tabla 2.249a.- según nivel de ingresos netos del hogar

Motivo de la última mamografía

Porcentaje e intervalo de confianza 95%

Mujeres de 15 y más años que se han realizado una mamografía alguna vez

Tabla 2.250.- según grupo de edad

Tabla 2.251.- según clase social basada en la ocupación de la persona de referencia

Tabla 2.252.- según país de nacimiento

Tabla 2.253.- según comunidad autónoma

Tabla 2.254.- según nivel de estudios

Tabla 2.254a.- según nivel de ingresos netos del hogar

Tiempo transcurrido desde la última citología vaginal

Porcentaje e intervalo de confianza 95%

Mujeres de 15 y más años

- Tabla 2.255.- según grupo de edad
- Tabla 2.256.- según clase social basada en la ocupación de la persona de referencia
- Tabla 2.257.- según país de nacimiento
- Tabla 2.258.- según comunidad autónoma
- Tabla 2.259.- según nivel de estudios
- Tabla 2.259a.- según nivel de ingresos netos del hogar

Realización de citología en el periodo recomendado para el cribado de cáncer de cuello de útero

Porcentaje e intervalo de confianza 95%

Mujeres de 25 a 64 años

- Tabla 2.255b.- según grupo de edad
- Tabla 2.256b.- según clase social basada en la ocupación de la persona de referencia
- Tabla 2.257b.- según país de nacimiento
- Tabla 2.258b.- según comunidad autónoma
- Tabla 2.259b.- según nivel de estudios
- Tabla 2.259ab.- según nivel de ingresos netos del hogar

Motivo de la última citología vaginal

Porcentaje e intervalo de confianza 95%

Mujeres de 15 y más años que se han realizado una citología vaginal alguna vez

- Tabla 2.260.- según grupo de edad
- Tabla 2.261.- según clase social basada en la ocupación de la persona de referencia
- Tabla 2.262.- según país de nacimiento
- Tabla 2.263.- según comunidad autónoma
- Tabla 2.264.- según nivel de estudios
- Tabla 2.264a.- según nivel de ingresos netos del hogar

Mujeres de 25 a 64 años que se han realizado una citología vaginal alguna vez

- Tabla 2.260b.- según grupo de edad
- Tabla 2.261b.- según clase social basada en la ocupación de la persona de referencia
- Tabla 2.262b.- según país de nacimiento
- Tabla 2.263b.- según comunidad autónoma
- Tabla 2.264b.- según nivel de estudios
- Tabla 2.264ab.- según nivel de ingresos netos del hogar

Tiempo transcurrido desde la última prueba de sangre oculta en heces

Porcentaje e intervalo de confianza 95%

Población de 50 a 69 años

- Tabla 2.223.- según sexo
- Tabla 2.224.- según sexo y clase social basada en la ocupación de la persona de referencia

Motivo de la última prueba de sangre oculta en heces

Porcentaje e intervalo de confianza 95%

Población de 50 a 69 años a la que se le ha hecho la prueba de sangre oculta en heces alguna vez

- Tabla 2.225.- según sexo

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1 – Mamografía realizada en los últimos dos años (autodeclarada) en mujeres de 50 a 69 años (%). EHIS, ca. 2008, Eurostat

Figura 2. Evolución de la incidencia de cáncer colorrectal en seis países europeos 1975-2010. Tasas estandarizadas por 100 000 habitantes. Hombres. GLOBOCAN 2012 (IARC) Cancer Surveillance

Figura 3. Evolución de la mortalidad por cáncer colorrectal en hombres en seis países europeos 1975-2010. Tasas estandarizadas por 100 000 hombres. GLOBOCAN 2012 (IARC) Cancer Surveillance

Figura 4 – Porcentaje de la población diana del cribado (cáncer de mama, de cérvix y colorrectal) que se ha realizado la prueba en el período recomendado, según tipo de prueba (mamografía, citología vaginal y prueba de sangre oculta en heces) y año. España 2009-2011. EES 2009 y ENSE 2011/12, MSSSI/INE

Figura 5 – Tiempo transcurrido desde la última mamografía según clase social. Mujeres de 50 a 69 años. España, ENSE 2011/12. MSSSI/INE

Figura 6 - Cumplimiento de las recomendaciones de *screening* para la detección precoz de cáncer de mama (inferior a 2 años) según comunidad autónoma. Mujeres de 50 a 69 años. España, ENSE 2011/12, MSSSI/INE

Figura 7 – Motivo de la mamografía más reciente. Mujeres de 50-69 años que se han hecho una mamografía alguna vez. España, ENSE 2011/12. MSSSI/INE

Figura 8 - Motivo de la mamografía más reciente según comunidad autónoma. Mujeres de 15 y más años que se han realizado una mamografía alguna vez. España, ENSE 2011/12, MSSSI/INE

Figura 9 - Tiempo transcurrido desde la última citología vaginal según clase social. Mujeres de 25 a 64 años. España, ENSE 2011/12. MSSSI/INE

Figura 10 - Cumplimiento de las recomendaciones de *screening* para la detección precoz de cáncer de cuello de útero (citología realizada en los últimos 5 años) según comunidad autónoma. Mujeres de 25 a 64 años. España, ENSE 2011/12, MSSSI/INE

Figura 11 - Motivo de la citología vaginal más reciente según comunidad autónoma. Mujeres de 15 y más años que se han realizado una citología vaginal alguna vez. España, ENSE 2011/12, MSSSI/INE

Figura 12 – Motivo de la última citología vaginal según grupo de edad. Mujeres de 25-64 años que se han hecho una citología vaginal alguna vez. España, ENSE 2011/12. MSSSI/INE

Figura 13 – Tiempo transcurrido desde la última prueba de sangre oculta en heces, en hombres y en mujeres. Población de 50 a 69 años. España, ENSE 2011/12. MSSSI/INE

Figura 14 - Motivo de la prueba de sangre oculta en heces más reciente según sexo. Población de 50 a 69 años que se ha realizado una prueba de sangre oculta en heces alguna vez. España, ENSE 2011/12, MSSSI/INE

REFERENCIAS

-
- ¹ Defunciones según causa de muerte. Instituto Nacional de Estadística. Portal estadístico del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/aplicacionesConsulta/home.htm>
- ² Council of the European Union (2003). Council recommendation of 2 December 2003 on cancer screening; 2003/878/EC. Official J Eur Union L327:34-38.
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:327:0034:0038:EN:PDF>.
- ³ European Commission. Report from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Implementation of the Communication from the Commission, from 24 June 2009, on Action Against Cancer: European Partnership [COM (2009) 291 final] and Second Implementation Report on the Council Recommendation of 2 December 2003 on cancer screening (2003/878/EC). Brussels, COM(2014) 584 final.
http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/docs/2nd_implreport_cancerscreening_co_eppac_en.pdf
- ⁴ WHO International Agency for Research on Cancer. <http://www.iarc.fr/en/research-groups/QAS/current-topics.php>.
- ⁵ Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 22 de octubre de 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid 2010.
- ⁶ Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- ⁷ GLOBOCAN 2012. Breast Cancer. Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. International Agency for Research on Cancer. WHO.
- ⁸ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores de Salud 2013. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.
- ⁹ Ascunce N, Salas D, Zubizarreta R, Almazán R, Ibáñez J, Ederri M & representatives of the Network of Spanish Cancer Screening Programmes (Red de Programas Españoles de Cribado de Cáncer). Cancer screening in Spain. *Annals of Oncology* 2010; 21(supplement 3):43-51.
- ¹⁰ Eurostat. European Health Interview Survey, ca. 2008. <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.
- ¹¹ Systematic mammography screening. Swiss Medical Board. Report dated December 15, 2013.
www.swissmedicalboard.ch
- ¹² Arie S. Switzerland debates dismantling its breast cancer screening programme. *BMJ* 2014;348:g1625.
- ¹³ GLOBOCAN. Cervical Cancer. Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. International Agency for Research on Cancer. WHO.
http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
- ¹⁴ Rodríguez-Rieiro C, Aragonés N, Pollán M, López-Abente G, Pérez-Gómez B. Evolución de la mortalidad por cáncer de cérvix por regiones en España entre 1975 y 2004. *Med Clin (Barc)*. 2009;133(2):41-46.
- ¹⁵ Gispert R, Gervas J, Librero J, Bares M. Criteria to define the list of causes of avoidable mortality: an unavoidable discussion. *Gac Sanit*. 2007;21:177-178.
- ¹⁶ GLOBOCAN. Colorectal Cancer. Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. International Agency for Research on Cancer. WHO.
http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
- ¹⁷ Von Euler-Chelpin M, Brasso K, Lynge E. Determinants of participation in colorectal cancer screening with faecal occult blood testing. *J Public Health (Oxf)* 2010;32:395-405.
- ¹⁸ Centers for Disease Control and Prevention. Cancer Screening – United States, 2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2012;61:41-45. US Department of Health and Human Services.
- ¹⁹ Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J, Borrell C, del Grupo de Determinantes Sociales de la Sociedad Española de Epidemiología. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gac Sanit*. 2013;27(3):263–272.

-
- ²⁰ Esnaola S, de Diego M, Elorriaga E, Martín U, Bacigalupe A, Calvo M, Aldasoro E, Pardillo B. Datos relevantes de la Encuesta de Salud del País Vasco 2013. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria 2013. http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-ckosag01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud/es_escav/encuesta_salud.html
- ²¹ Enquesta de salut de Catalunya 2013. Principals resultats. ESCAc (principales resultados 2013) http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/enquesta_salut_catalunya/
- ²² III Encuesta de Salud para Asturias, año 2012. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Oviedo 2013. <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnextoid=85a31de9013e1410VgnVCM10000098030a0aRCRD>
- ²³ Dutch Health Care Performance Report 2014. Van den Berg MJ, de Boer D, Gijsen R, Heijink R, Limburg LCM, Zwakhals SLN (eds). National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). Ministry of Health, Welfare and Sport. Bilthoven, 2015.
- ²⁴ OECD (2014), Health at a Glance: Europe 2014, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en
- ²⁵ Ricardo-Rodrigues I, Jiménez-García R, Hernández-Barrera V, Carrasco-Garrido P, Jiménez-Trujillo I, López-de-Andrés A. Adherence to and predictors of participation in colorectal cancer screening with faecal occult blood testing in Spain, 2009-2011. *Eur J Cancer Prev.* 2014.
- ²⁶ Peris M, Espinàs JA, Muñoz L *et al.* Lessons learnt from a population-based pilot programme for colorectal cancer screening in Catalonia (Spain). *J Med Screening* 2007;14:81-86.
- ²⁷ Red de programas de cribado de cáncer. El cribado del cáncer de colon en España: Metodología 2006-2013. <http://www.cribadocancer.com/images/archivos/colorrectal/situacion/Implantacion%20CCCR%20en%20España%202014.pdf>
- ²⁸ Carballo F, Muñoz-Navas M. Prevention or cure in times of crisis: the case of screening for colorectal cancer. *Rev Esp Enferm Dig* 2012; 104 (10): 537-545.
- ²⁹ Salas Trejo D. Situación actual de los programas de cribado de cáncer colorrectal en España. XV Reunión Anual de la Red de Programas de Cribado de Cáncer. Pamplona, 20-22 de junio de 2012. <http://www.programascancerdemama.org/index.php/reunion-anual-red-programas-de-cribado-cancer-pamplona-2012>
- ³⁰ Asociación Española contra el Cáncer. OncoBarómetro. Observatorio del Cáncer. Madrid, 2011.
- ³¹ Perea MD, Castaño-Vinyals G, Altzibar JM, Ascunce N, Moreno V, Tardón A *et al.* MCC (Spain). Cancer screening practices and associated lifestyles in population controls of the Spanish multi-case control study. *Gaceta Sanitaria* 2012;26:301-310.
- ³² Carrasco-Garrido P, Hernández-Barrera V, López de Andrés A, Jiménez-Trujillo I, Gallardo-Pino C & Jiménez-García R. Awareness and uptake of colorectal, breast, cervical and prostate cancer screening tests in Spain. *Eur J Public Health* 2014;24:264-270.