

## II. SALUD PÚBLICA



## CAPÍTULO 2

# ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

Julia González Alonso  
José Miguel Mata de la Torre  
José Oñorbe de la Torre  
Andreu Segura i Benedito

En la actualidad, cualquier tema que se plantee en nuestro país debe hacer referencia a cuál es la situación internacional y cómo afecta a la integración en la Europa de los Quince con respecto a ese tema. Por esta razón nos ha parecido interesante, antes de entrar en la situación de morbi-mortalidad española, una ligera reflexión sobre lo que supone para la salud la pertenencia a ese grupo de Estados que libremente han decidido hacer desaparecer sus fronteras, tener una moneda común y tender hacia una legislación y normativa también homogénea.

### 1. España en Europa, incorporación en salud pública y servicios sanitarios

Aunque ningún acuerdo, convenio o tratado de los celebrados entre los países de la Europa occidental, han tenido en principio carácter sanitario, todos ellos sin excepción contienen cláusulas y apartados orientados a una acción sanitaria común, si bien cada cual en el campo que le era por otro lado propio (el Tratado de París en el desarrollo de la medicina minera; los Tratados de Roma básicamente en higiene del trabajo, y seguridad nuclear, etc).

Importantes instituciones, no obstante, tienen dentro del panorama europeo cometidos en el campo de la salud: el Consejo de Europa, la Unión Europea y la Organización Mundial de la Salud son los que podríamos considerar básicos.

El Consejo de Europa, basa sus actividades sanitarias sobre el principio de la protección general de los derechos humanos; en tanto que las Comunidades Europeas (antiguo Mercado Común, actual Unión Europea) intervienen fundamental-

mente en la aplicación de los principios de la libre circulación y del libre establecimiento, es decir criterios de tipo eminentemente económico. La OMS obedece sobre todo a intereses de coordinación sanitaria, bajo los auspicios de las Naciones Unidas, si bien su Comité para la Región Europea considera todo lo relacionado con la salud en su territorio.

Con ello, el Consejo de Europa por un lado y la Unión Europea por otro, han tomado caminos distintos, aunque complementarios en la construcción y establecimiento de una Comunidad sanitaria europea.

Es importante manifestar la distinta vinculación que ambos organismos representan. A las decisiones del Consejo de Europa sus países miembros (40 actualmente con la incorporación de Croacia el pasado noviembre), pueden o no adherirse independientemente de su pertenencia, en tanto que la aceptación dentro de la Unión Europea es obligatoria, teniendo un periodo determinado de adecuación de las legislaciones nacionales a las decisiones comunitarias. Parece por trascendente, más indicado repasar lo que acontece en la Unión, formada en la actualidad por 15 países, todos ellos de la Europa Occidental: Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Portugal, Reino Unido, Suecia.

No es nuestro objetivo, ni la brevedad del informe lo permitiría, el desarrollar de manera exhaustiva los contenidos de los Tratados constitutivos de la Unión Europea en materia sanitaria, pero si parece importante marcar los pasos más determinantes que se dan a estos efectos, una vez que España se adhiere en 1985.

El Acta Única, firmada en 1986, por el que se modifican los Tratados de constitución de las Comunidades Europeas, incorpora un nuevo Título, el VII, que bajo el nombre de Medio Ambiente marca tres importantes objetivos:

- Conservar, proteger y mejorar la calidad del medio ambiente.
- Contribuir a la protección de la salud de las personas.
- Garantizar una utilización prudente y racional de los recursos naturales.

El Tratado de la Unión, también conocido como de Maastricht, que entró en vigor de forma general en 1993, profundiza en la incorporación de la salud pública a una política de actuación europea común y así todo el Título X (artículo 129) está dedicado especialmente a ello, destacando:

1. La Comunidad contribuirá a la consecución de un alto nivel de protección de la salud humana fomentando la cooperación entre los Estados miembros y, si fuere necesario, apoyando la acción de los mismos.

La acción de la Comunidad se encaminará a la prevención de las enfermedades, especialmente de las más graves y ampliamente difundidas, incluida la toxicomanía, apoyando la investigación de su etiología y de su transmisión, así como la información y la educación sanitaria.

Las exigencias en materia de protección de la salud constituirán un componente de las demás políticas de la Comunidad.

2. Los Estados miembros, en colaboración con la Comisión, coordinarán entre sí sus políticas y programas respectivos en los ámbitos a que se refiere el apartado 1.
3. La Comunidad y los Estados miembros favorecerán la cooperación con los terceros países y las organizaciones internacionales competentes en materia de salud pública.
4. Para contribuir a la consecución de los objetivos del presente artículo, el Consejo adoptará (previa consulta al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones) las medidas de fomento oportunas.

Del contenido de este artículo podemos sacar, entre otras, las siguientes reflexiones:

- La protección de la salud es el principio fundamental, más allá del ámbito estrictamente asistencial.
- La política sanitaria queda claramente definida con carácter intersectorial. Lo que le confiere magnitud pero también ambigüedad.
- Se reconocen como pilares básicos de todo el sistema la prevención, investigación, información y educación para la salud.
- Los Estados miembros están obligados a aplicar estrategias de actuación coordinadas, en caso de no poder ser comunes.
- La apertura a otros países, comunidades y organismos queda prevista. Siendo especialmente significativa de cara a los países de la Europa del Este y del Norte de África.

La llamada Europa sin fronteras tiene por otro lado marcada importancia en el terreno sanitario, favorece la aparición de nuevos problemas sanitarios así como la modificación sustancial de los ya existentes. La mayoría de los retos, desafíos y objetivos que los países individualmente se vienen planteando, sirven para el conjunto de los mismos, sin duda porque los puntos de partida son especialmente parecidos. La oportunidad de trabajar juntos en problemas comunes comporta grandes beneficios: aprovechamiento de experiencias y conocimientos, movilización de mayor número de recursos, cooperación internacional, etc.

España, al igual que otros países de la Unión Europea, presenta una determinada configuración desde el punto de vista político-administrativo, con la existencia de Comunidades Autónomas que cuentan, entre otras, con la capacidad organizativa de la salud pública dentro de su territorio. Esto da al Estado Español una importancia particular, como punto necesario de conexión entre un exterior conjunto y un interior descentralizado.

La construcción de una Europa unida que aplica planteamientos comunes de abordaje ante problemas similares, no debe hacernos olvidar que "no se unen Estados sino personas" (como decía Jean Monnet, artífice junto con Robert Schumann de la Comunidad Europea), y por tanto que existe una diversidad que debe respetarse. Al estar nuestro país constituido como un Estado de las Autonomías, con mucho más interés debe preservarse esa identidad propia que presentan las Comunidades y que dentro de su ámbito competencial, deben participar tanto en la elaboración como en la aplicación del Derecho y de las políticas comunitarias europeas, es decir en el proceso de construcción y consolidación de la Europa unida.

Para ello y como consecuencia de la implantación del principio de cooperación, se ha ido consolidando entre la Administración del Estado y las Comunidades Autónomas un sistema de participación y de articulación de procedimientos en el ámbito de los asuntos relacionados con las Comunidades Europeas, y todo esto en desarrollo de dos necesidades básicas: por un lado la organización y estructuración de un Estado Autonómico y por otro la conveniencia de alcanzar intereses compartidos a partir de actuaciones eficaces, y siempre desde el respeto de las competencias respectivas.

El tema sanitario no es un mundo aparte y por lo tanto debe participar de los mismos elementos que cualquier otro campo de actuación, si bien con las particularidades que le son propias.

En nuestro criterio, además de la Conferencia para Asuntos Relacionados con las Comunidades Europeas, órgano específicamente creado para la cooperación

entre el Estado y las Comunidades Autónomas de cara a la articulación de la concurrencia de ambos en asuntos comunitarios, se debería buscar la participación efectiva y eficaz del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, como foro de discusión, consulta y desarrollo de la política sanitaria europea sin perjuicio del desarrollo de sus funciones específicas .

Una vez expuestos estos principios generales y básicos sobre nuestra participación en Europa y las obligaciones que nos conlleva, no está de más esbozar nuestra situación sanitaria dentro de ella. Mas adelante se señalarán algunas de las diferencias existentes entre las Comunidades Autónomas con respecto a distintas causas de muerte. En este sentido nos parece ilustrativo el reciente informe de la Comisión Europea <sup>1</sup> y más concretamente la reflexión que realiza a partir del mapa que representa los índices comparativos de mortalidad según las divisiones administrativas locales de los Estados miembro para 1980-84 (para todas las causas y todas las edades): *"es difícil extraer conclusiones definitivas, sin embargo las situaciones positivas parecen situarse en las regiones rurales del sur, en tanto que las negativas se encuentran relacionadas con las zonas urbanas e industrializadas del norte"* . Situación que contrasta con lo que ocurre en nuestro país, donde la distribución parece invertirse.

Ya en el informe SESPAS-1995 decíamos que nuestro país disfrutaba de una posición mas bien positiva en cuanto a la situación sanitaria con respecto a los países de la Unión, realmente cuando uno lee los informes sobre el estado de salud en Europa se sorprende favorablemente sobre nuestra situación de salud. En el informe de la Comisión Europea citado, se muestra la relación entre la esperanza de vida al nacer y el desarrollo económico general (estimado en términos de PIB real) en países industrializados y puede apreciarse como la esperanza de vida en nuestro país es mayor que la de la media de los países de la OCDE mientras que nuestro desarrollo económico es relativamente débil.

## 2. Situación de salud

En esta parte del capítulo se tratará de describir la evolución de la mortalidad por causas en España durante los últimos años. También se realizará una breve mención a la utilización de servicios hospitalarios según algunas de las principales causas de muerte. Parece necesario que, previamente, se realicen algunas consideraciones sobre la evolución de la población durante la pasada década y el tiempo transcurrido de los noventa.

Desde 1981 la población española se ha incrementado en 1.857.659, de manera que el Padrón Municipal de habitantes realizado en 1996 contabilizó poco mas

de 39 millones y medio de personas, de las que el 51,09% eran mujeres. Si el ritmo de crecimiento se mantiene durante los próximos años en cifras semejantes a las registradas entre los dos últimos recuentos poblacionales (1991 y 1996), en el año 2000 se llegará a los 40 millones de habitantes.

En la Figura 2.1 se muestran los incrementos de población registrados en cada Comunidad Autónoma en dos periodos: el transcurrido entre los dos últimos censos (1981 y 1991) y el correspondiente al intervalo entre el Censo de Población de 1991 y el Padrón Municipal de 1996. Se observa que en la mayoría de las Comunidades la población se ha incrementado en ambos periodos y que el crecimiento ha sido superior en el segundo de ellos. En unas pocas de ellas (Aragón, Asturias, Castilla y León, Galicia y el País Vasco) la población disminuye, bien en uno solo de los periodos mencionados o en los dos.

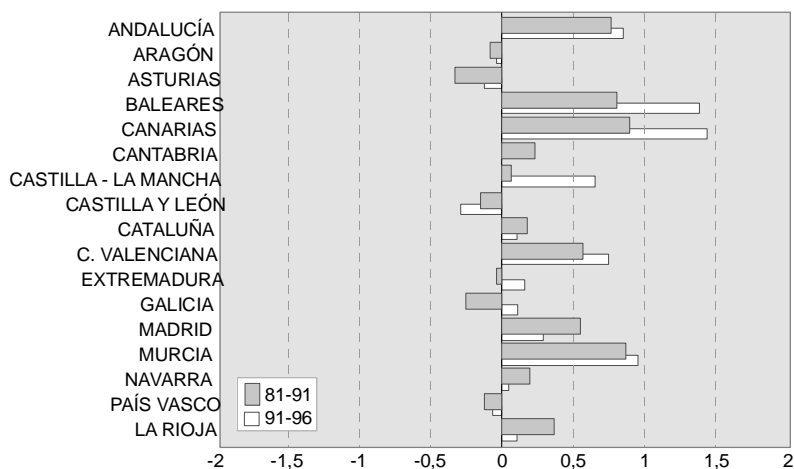


Figura 2.1. Evolución de la población española, 1981-1996.  
Tasa de incremento anual medio por cien

FUENTE: INE. Censos de Población 1981 y 1982. Padrón 1996

En el intervalo transcurrido entre las dos operaciones censales mencionadas se ha producido un importante incremento de la población anciana (mayor de 84 años), que ha pasado de poco más de 250.000 personas a contar con alrededor de 450.000. En la Figura 2.2 se aprecia este notable incremento, expresado en porcentaje sobre el total de la población en cada año. Únicamente el grupo de los más jóvenes disminuye su participación en el conjunto de la población.

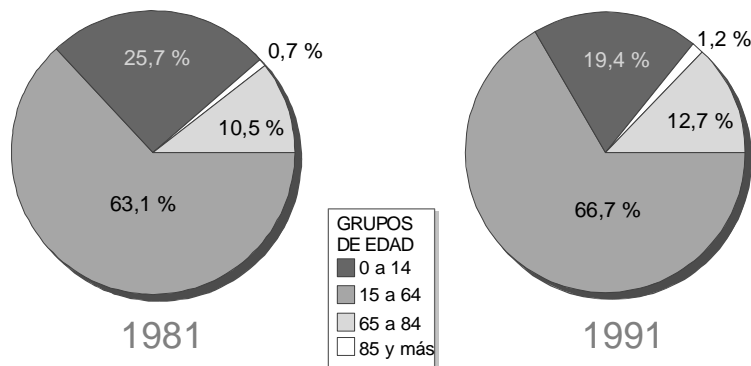


Figura 2.2. Distribución de la población española, 1981 y 1991, según grupos de edad

FUENTE: INE. Censos de Población 1981 y 1991.

La esperanza de vida al nacimiento para ambos sexos ha experimentado un ligero incremento entre 1986, que fue de 76,4 años, y 1991 con 76,9 años<sup>2</sup>. Con la única excepción de la comunidad de Madrid que ha pasado de 78,0 años en 1986 a 77,5 en 1991, el resto de Comunidades Autónomas muestra un incremento positivo. Baleares es la comunidad con una esperanza de vida menor. En 1986 era de 74,8 años y en 1991 de 75,7 años, de manera que casi ha doblado el incremento español medio. Así pues, en general, las diferencias regionales se han reducido. Con todo, la Figura 2.3 muestra las diferencias experimentadas respecto a la evolución de España, de forma que diez comunidades han crecido por encima del conjunto del Estado.



Figura 2.3. Esperanza de vida al nacer, 1986 y 1991. Diferencias de evolución respecto del total nacional. FUENTE: MSC. Indicadores de Salud. 3ª Evaluación Salud para Todos.

Si atendemos a la esperanza de vida en buena salud subjetiva<sup>3</sup>, el incremento ha sido algo superior, pasando de 52,6 años en 1986 a 53,9 años en 1991. Como se muestra en la Tabla 2.1 y en la Figura 2.4 cinco Comunidades Autónomas han empeorado el indicador destacando el caso de Asturias que ha pasado de 55 años a 51,7. En cambio, doce comunidades han mejorado, siendo Murcia la que ha experimentado un aumento mayor, pasando de 49,6 a 54,2 años.

Tabla 2.1. *Esperanza de vida en buena salud subjetiva y expectativa de mala salud subjetiva*

	Esperanza de vida en buena salud		Expectativa de mala salud subjetiva	
	1986	1991	1986	1991
ESPAÑA	52,6	53,9	23,8	23,0
ANDALUCÍA	52,4	50,4	23,2	25,6
ARAGÓN	57,3	55,7	19,5	22,4
ASTURIAS	55,0	51,7	20,9	24,6
BALEARES	54,4	53,9	20,4	21,8
CANARIAS	46,3	49,0	29,3	27,0
CANTABRIA	56,5	57,3	20,5	20,3
CAST. - LA MANCHA	53,9	56,1	23,1	21,7
CASTILLA Y LEÓN	54,0	54,7	22,9	23,9
CATALUÑA	54,2	57,9	22,9	19,3
C. VALENCIANA	53,6	54,6	22,3	21,7
EXTREMADURA	50,4	52,1	25,5	24,6
GALICIA	50,5	50,6	25,5	26,0
MADRID	53,1	53,5	24,8	24,1
MURCIA	49,6	54,2	26,2	22,0
NAVARRA	56,5	60,2	20,4	17,9
PAÍS VASCO	54,4	55,6	20,9	21,5
LA RIOJA	57,5	56,9	18,6	21,0

Fuente: MSC. Indicadores de salud. Tercera evaluación en España del programa regional europeo "Salud para todos". Madrid 1995.

En relación con la expectativa de mala salud subjetiva el indicador ha pasado de 23,8 años en 1986 a 23,0 años en 1991. Ocho Comunidades Autónomas empeoran ligeramente, siendo de nuevo Asturias la que muestra peor cifra, pasando de 20,9 años en 1986 a 24,6 años en 1991. Entre las nueve que mejoran, la cifra mejor corresponde a Murcia que pasa de 26,2 a 22,0 años.

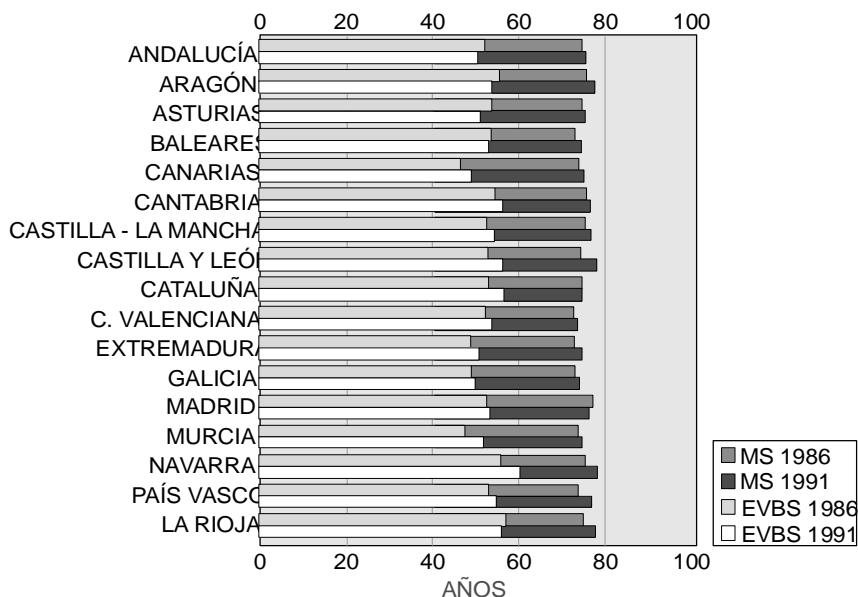


Figura 2.4. Esperanza de vida en buena salud subjetiva (EVBS) y expectativa de mala salud subjetiva (MS). Distribución por Comunidades Autónomas, 1986-1991

FUENTE: MSC. Indicadores de Salud. Tercera evaluación Salud para Todos

La evolución de la esperanza de vida en buena salud subjetiva y de la expectativa de mala salud subjetiva entre 1986 y 1991 según el género se muestra en la Figura 2.5, en el que se advierte que, si bien las mujeres tienen una mayor esperanza de vida al nacimiento que los hombres, el número de años vividos en buena salud es algo menor. Lo que ha sido expresado más gráficamente por algún autor señalando que *“las mujeres viven más pero peor”*.

La evolución de la mortalidad en España, según la excelente monografía recientemente publicada por el Centro Nacional de Epidemiología<sup>4</sup> se caracteriza en relación con la situación de la mortalidad europea por el incremento de la esperanza de vida y las bajas tasas de mortalidad general en ambos sexos; la baja mortalidad debida a isquemia cardíaca y cáncer de pulmón y una mortalidad más elevada causada por accidentes, enfermedades cerebro-vasculares, cáncer de estómago y enfermedades infecciosas; la creciente mortalidad en adultos jóvenes consecuencia del impacto de la drogadicción en relación con el sida y la importancia de la sobremortalidad masculina.

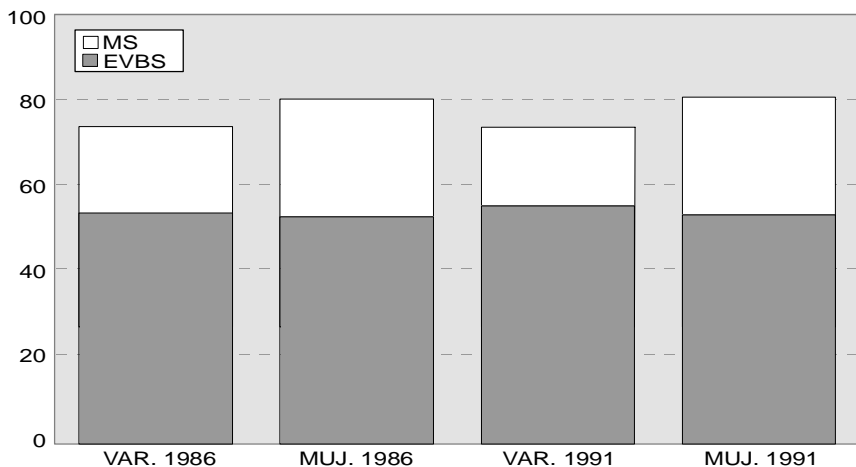


Figura 2.5. *Esperanza de vida en buena salud subjetiva (EVBS) y expectativa de mala salud al nacer según sexo. España, 1986 y 1991*

FUENTE: MSC. Indicadores de Salud. Tercera evaluación Salud para Todos

Junto al descenso de mortalidad por isquemia cardíaca y enfermedad cerebrovascular que se observa en la mayoría de los países europeos, se constata también un aumento de la mortalidad por cáncer de pulmón en los hombres, mientras que la mortalidad por cáncer de pulmón en las mujeres permanece estable. Sin embargo, la tendencia al aumento de la mortalidad por cáncer de mama es de las más elevadas en Europa.

La sobremortalidad masculina es superior a la media europea en la mayoría de causas, destacando los tumores malignos y, en particular, el cáncer de pulmón, así como la cirrosis y las causas externas, incluyendo el suicidio.

Según el mencionado informe, las diferencias interautonómicas en la mortalidad general muestran rangos cercanos al 30%. El patrón de mortalidad autonómico de las principales causas de muerte es bastante consistente aunque existen diferencias entre las razones de tasas extremas mayores o iguales a dos para la arterioesclerosis, diabetes, Epoc, accidentes de tráfico, cáncer de estómago y enfermedad renal en ambos sexos y, para la cirrosis y la isquemia cardíaca en las mujeres.

De acuerdo con la base de datos del INE<sup>5</sup> la evolución de la mortalidad general durante el decenio 1985-1994, muestra una disminución sostenida con un incre-

mento anual medio negativo del 1,47%. En 1985 la tasa ajustada por edad de mortalidad general fue de 6,42 por mil habitantes, mientras que en 1994 el valor de la tasa fue de 5,62 por mil. Canarias fue la comunidad que en 1985 mostraba la tasa más alta (7,05) y Aragón la menor con 5,9. En 1991, la tasa más alta correspondió a Baleares con 6,64 y la más baja a Castilla y León con 5,15. En 1994, la tasa más alta corresponde a Canarias y Valencia con 6,17 y la más baja a Castilla y León con 4,83. Las diferencias de rangos oscilan entre el 20 y el 30%.

Según puede observarse en la Figura 2.6 y en la Tabla 2.2 todas las comunidades experimentan una disminución siendo la mayor la registrada por La Rioja con una disminución anual media del 3,06%, seguida de Navarra con el 2,22% y del País Vasco con el 2,15%. El menor descenso corresponde a la Comunidad Valenciana que sólo ha disminuido un 1,22% anual.

Sin embargo, la evolución de la mortalidad general en población de 25 a 34

Tabla 2.2. *Mortalidad general. Tasas por 1.000 habitantes*

TASA AJUSTADA (*)	1985	1991	1994	Tasa Inc. An.medio (%)
TOTAL	6,42	6,03	5,62	-1,47
ANDALUCÍA	7,00	6,62	6,15	-1,43
ARAGÓN	5,90	5,40	5,16	-1,47
ASTURIAS	6,76	6,25	5,76	-1,77
BALEARES	6,98	6,64	5,98	-1,70
CANARIAS	7,05	6,50	6,17	-1,47
CANTABRIA	6,27	5,79	5,38	-1,68
CAST.-LA MANCHA	6,25	5,63	5,55	-1,32
CASTILLA-LEÓN	5,58	5,15	4,83	-1,58
CATALUÑA	6,12	5,91	5,38	-1,42
C. VALENCIANA	6,89	6,58	6,17	-1,22
EXTREMADURA	6,42	5,94	5,66	-1,39
GALICIA	6,33	5,93	5,60	-1,36
MADRID	5,98	5,59	5,13	-1,69
MURCIA	6,94	6,62	6,01	-1,58
NAVARRA	6,16	5,58	5,03	-2,22
PAÍS VASCO	6,61	6,03	5,43	-2,15
LA RIOJA	6,57	5,77	4,97	-3,06

(\*) Tasa ajustada por edad. Población estándar: España 1970.

Fuente: INE. Fichero informatizado de defunciones; Proyección de la población española para el periodo 1981-2000 (1985 y 1991); MSC Proyección de la población española. España 1991-2006. CCAA y

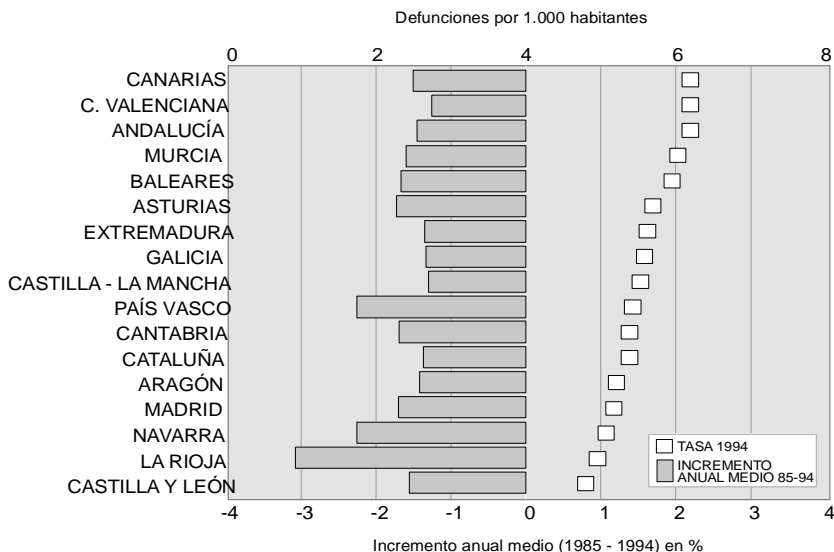


Figura 2.6. Mortalidad general. Tasa estandarizada por edad en 1994 e incremento anual medio 1985-1994

FUENTE: INE. Movimiento Natural de la Población

años muestra un notable incremento en el decenio (Tabla 2.3). Así, la tasa correspondiente a 1985 fue de 84,57 por cien mil habitantes, la de 1991, de 130,02 y la de 1994, de 135,81. En 1985 la tasa más elevada correspondió a Canarias con 107,10 y la más baja a Extremadura con 62,33. En 1991 la tasa más elevada correspondió a Baleares con 153,12 y la más baja de nuevo a Extremadura con 87,48. Las tasas extremas de 1994 son 162,91 para Asturias y 96,12 para Extremadura. Las diferencias entre las tasas más altas y las más bajas son, pues, del orden del 70%. El incremento anual medio para España en el decenio ha sido del 5,40% y ha sido positivo en todas las Comunidades Autónomas, con excepción de La Rioja que muestra una disminución anual media de 0,31, a pesar de que entre 1985 y 1991 también experimentó un incremento notable. La comunidad con un mayor incremento anual medio ha sido la de Cataluña con 8,63 como puede verse en la Figura 2.7

Tabla 2.3. Mortalidad general en población joven (25 a 34 años). Tasas por 100.000 h.

	1985	1991	1994	Tasa Inc. An.
TOTAL NACIONAL	84,57	130,02	135,81	5,40
ANDALUCÍA	75,75	108,88	116,04	4,85
ARAGÓN	75,38	98,71	131,70	6,40
ASTURIAS	94,48	131,16	162,91	6,24
BALEARES	95,82	153,12	143,02	4,55
CANARIAS	107,10	98,43	111,57	0,46
CANTABRIA	84,33	136,59	104,08	2,37
CASTILLA-LA MANCHA	77,40	96,38	99,61	2,84
CASTILLA-LEÓN	84,83	100,84	118,47	3,78
CATALUÑA	71,70	144,56	151,01	8,63
C. VALENCIANA	76,62	134,96	131,40	6,18
EXTREMADURA	62,33	87,48	96,12	4,93
GALICIA	106,55	131,33	153,08	4,11
MADRID	85,92	181,11	154,48	6,74
MURCIA	91,96	105,58	108,61	1,87
NAVARRA	99,37	95,81	128,24	2,87
PAÍS VASCO	99,22	149,14	151,24	4,80
LA RIOJA	117,63	133,94	114,35	-0,31

(\*) Tasa ajustada por edad. Población estándar. España 1970.

Fuente: INE. Fichero informatizado de defunciones; Proyección de la población española para el periodo 1981-2000 (1985 y 1991); MSC Proyección de la población española. España 1991-2006. CCAA y Provincias 1991-2026 (1994). Elaboración: Propia

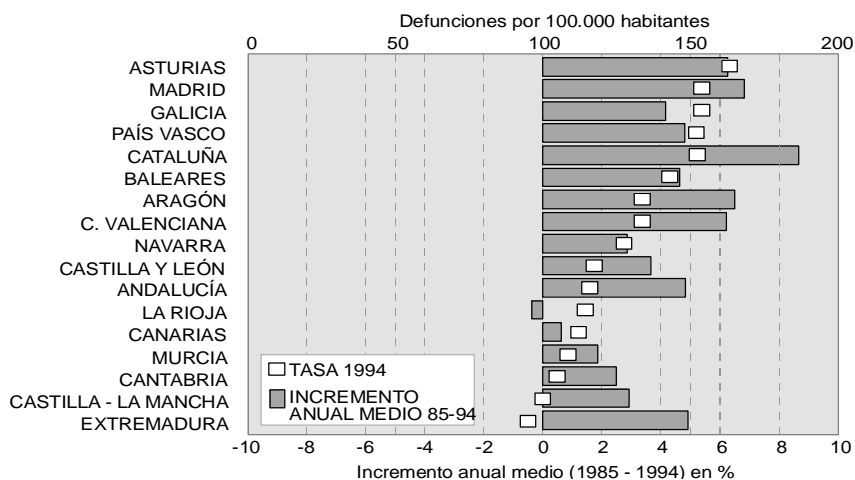


Figura 2.7. Mortalidad en población joven (25 a 34 años).

Tasa bruta en 1994 e incremento anual medio 1985-1994

FUENTE: INE. Defunciones según la causa de la muerte

Las enfermedades del aparato circulatorio han reducido su impacto sobre la mortalidad de manera que la tasa que en 1985 fue de 71,7 por cien mil habitantes, ha descendido a 196,49 en 1994, con una disminución anual media cercana al 4% (Tabla 2.4). Todas las Comunidades Autónomas muestran descensos parecidos en las tasas específicas del decenio. En 1994, la tasa más elevada correspondió a la Comunidad Valenciana con 231,39 por cien mil y la más baja a la comunidad de Madrid con 162,27. Las diferencias de rango entre comunidades a lo largo del decenio se sitúan en torno al 45%. Como puede verse en la Figura 8, Madrid es la comunidad que ha experimentado un descenso más acusado con un incremento anual medio de -5,39% mientras que Andalucía, señala la disminución más pequeña con un -1,82% anual.

Tabla 2.4. *Mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio.*  
*Tasas por 100.000 habitantes*

TASA AJUSTADA (*)	1985	1991	1994	Tasa Inc.An. medio (%)
TOTAL	271,70	224,43	196,49	-3,54
ANDALUCÍA	271,70	263,34	230,27	-1,82
ARAGÓN	231,52	187,66	168,30	-3,48
ASTURIAS	261,21	207,83	183,73	-3,83
BALEARES	324,96	256,89	216,71	-4,40
CANARIAS	300,06	241,78	223,49	-3,22
CANTABRIA	236,21	203,69	181,85	-2,86
CAST.-LA MANCHA	274,63	221,49	197,67	-3,59
CASTILLA-LEÓN	218,50	181,70	160,62	-3,36
CATALUÑA	253,54	211,90	179,63	-3,76
C. VALENCIANA	312,13	262,76	231,99	-3,24
EXTREMADURA	289,92	249,08	218,95	-3,07
GALICIA	269,02	225,37	197,82	-3,36
MADRID	267,19	192,15	162,27	-5,39
MURCIA	297,95	265,49	227,33	-2,96
NAVARRA	234,08	183,82	166,83	-3,69
PAÍS VASCO	252,61	205,25	176,94	-3,88
LA RIOJA	252,72	197,98	169,40	-4,35

(\*) Tasa ajustada por edad. Población estándar. España 1970.

Fuente: INE. Fichero informatizado de defunciones; Proyección de la población española para el periodo 1981-2000 (1985 y 1991); MSC Proyección de la población española. España 1991-2006. CCAA y Provincias 1991-2026 (1994). Elaboración: Propia

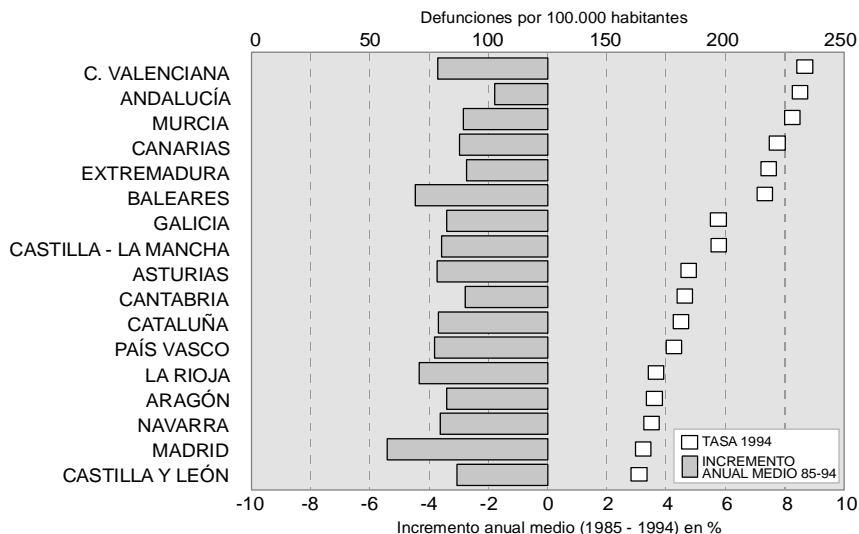


Figura 2.8. Mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio. Tasa estandarizada por edad en 1994 e incremento anual medio 1985-1994

FUENTE: INE. Defunciones según la causa de la muerte.

Una parte considerable de la disminución de la mortalidad circulatoria es debida al descenso de la mortalidad por enfermedades cerebro-vasculares. En 1985, la tasa ajustada para este grupo de causas fue de 91,11 por cien mil habitantes, mientras que en 1994 la tasa fue de 60,01 (Tabla 2.5). Las diferencias entre los valores extremos de las tasas para las diversas Comunidades Autónomas llegan al doble. Así, en 1985 la Comunidad Valenciana mostraba la tasa más alta con 122,97 por cien mil y Madrid la más baja con 54,54. En 1991, Madrid seguía mostrando la tasa más baja con 48,15 y Murcia obtuvo la más alta con 93,76. En 1994, la Comunidad Valenciana vuelve a tener la tasa más elevada con 81,83, y la de Madrid la más baja, con 40,48. Como muestra la Figura 2.9, la disminución anual media para el decenio ha sido del 4,53%. Destaca la máxima disminución de La Rioja con un 6,92% anual y la de Navarra, que es la más baja, con una disminución de, apenas, un 2,18% anual.

Tabla 2.5. Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares. Tasas por 100.000 habitantes

TASA AJUSTADA (*)	1985	1991	1994	Tasa Inc. An. medio (%)
TOTAL	91,11	70,17	60,01	-4,53
ANDALUCÍA	110,89	85,66	71,62	-4,74
ARAGÓN	79,51	57,67	49,89	-5,05
ASTURIAS	77,45	58,99	51,70	-4,39
BALEARES	97,59	70,23	62,95	-4,75
CANARIAS	89,48	61,57	56,46	-4,99
CANTABRIA	74,87	53,03	52,40	-3,89
CAST.-LA MANCHA	100,24	76,70	68,67	-4,12
CASTILLA-LEÓN	71,51	57,69	47,84	-4,37
CATALUÑA	87,36	67,36	54,67	-5,07
C. VALENCIANA	122,97	92,47	81,83	-4,42
EXTREMADURA	109,40	85,00	76,54	-3,89
GALICIA	96,00	75,12	65,35	-4,18
MADRID	54,54	48,15	40,48	-3,26
MURCIA	119,86	93,76	76,94	-4,81
NAVARRA	62,16	54,48	50,97	-2,18
PAÍS VASCO	76,88	57,52	48,15	-5,07
LA RIOJA	95,48	62,66	50,08	-6,92

(\*) Tasa ajustada por edad. Población estándar. España 1970.

Fuente: INE. Fichero informatizado de defunciones; Proyección de la población española para el periodo 1981-2000 (1985 y 1991); MSC. Proyección de la población española. España 1991-2006. CCAA y Provincias 1991-2026 (1994). Elaboración: Propia.

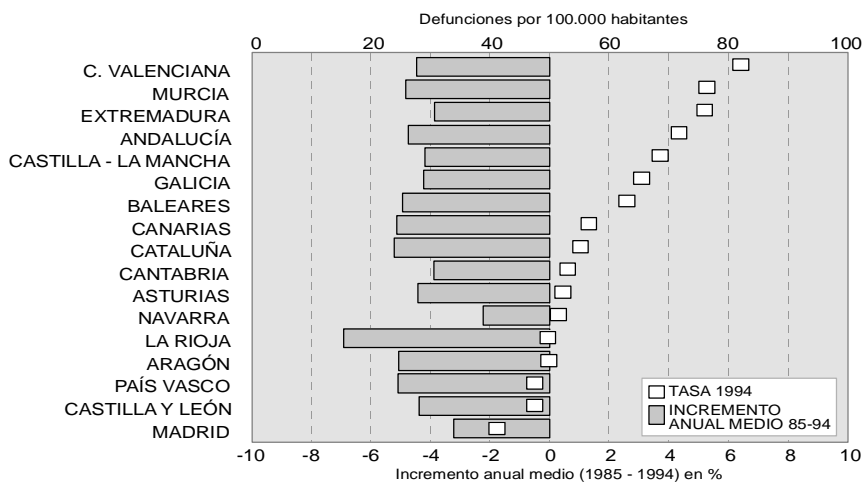


Figura 2.9. Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares. Tasa estandarizada por edad en 1994 e incremento anual medio 1985-1994 FUENTE: INE. Defunciones según la causa de la muerte.

La mortalidad por cardiopatía isquémica también ha experimentado un descenso, aunque mucho menor que el correspondiente a las enfermedades cerebrovasculares. Así, en 1985, la tasa ajustada fue de 64,99 por cien mil, mientras que en 1994, su valor fue de 58,66. En 1985, la tasa más elevada correspondió a Canarias con 97,85 y la más baja a Madrid, con 51,19. En 1991, Canarias vuelve a ser la comunidad con una tasa más elevada con 85,26 y La Rioja muestra la más baja con 43,29. En 1994, de nuevo Canarias y La Rioja muestran los valores extremos que son, respectivamente, de 88,61 y 40,37 (Tabla 2.6). Las diferencias extremas oscilan en torno al doble. Según muestra la Figura 2.10 todas las comunidades experimentan disminuciones en la tasa, que para el total español tiene un valor de -1,13% anual. Sin embargo, las diferencias entre las comunidades son muy llamativas, destacando la máxima disminución correspondiente a Baleares con -5,24% y la más baja a Galicia con -0,21%.

Tabla 2.6. *Mortalidad por cardiopatía isquémica. Tasas por 100.000 habitantes*

TASA AJUSTADA (*)	1985	1991	1994	Tasa Inc. An.
TOTAL	64,99	61,98	58,66	-1,13
ANDALUCÍA	75,62	74,32	69,47	-0,94
ARAGÓN	56,59	53,98	52,95	-0,74
ASTURIAS	78,30	64,30	64,13	-2,19
BALEARES	93,63	73,84	57,67	-5,24
CANARIAS	97,85	85,26	88,61	-1,10
CANTABRIA	59,25	55,78	50,61	-1,74
CAST.-LA MANCHA	61,38	54,12	51,91	-1,84
CASTILLA-LEÓN	51,63	49,10	48,04	-0,80
CATALUÑA	63,53	59,38	53,11	-1,97
C. VALENCIANA	72,27	72,03	70,39	-0,29
EXTREMADURA	74,24	71,01	68,13	-0,95
GALICIA	51,38	53,94	50,44	-0,21
MADRID	51,19	49,79	47,53	-0,82
MURCIA	72,82	77,88	69,63	-0,50
NAVARRA	62,88	52,62	50,03	-2,51
PAÍS VASCO	54,41	53,94	46,32	-1,77
LA RIOJA	55,85	43,29	40,37	-3,54

(\*) Tasa ajustada por edad. Población estándar. España 1970.

Fuente: INE. Fichero informatizado de defunciones; Proyección de la población española para el período 1981-2000 (1985 y 1991); MSC Proyección de la población española. España 1991-2006. CCAA y Provincias 1991-2026 (1994). Elaboración: Propia.

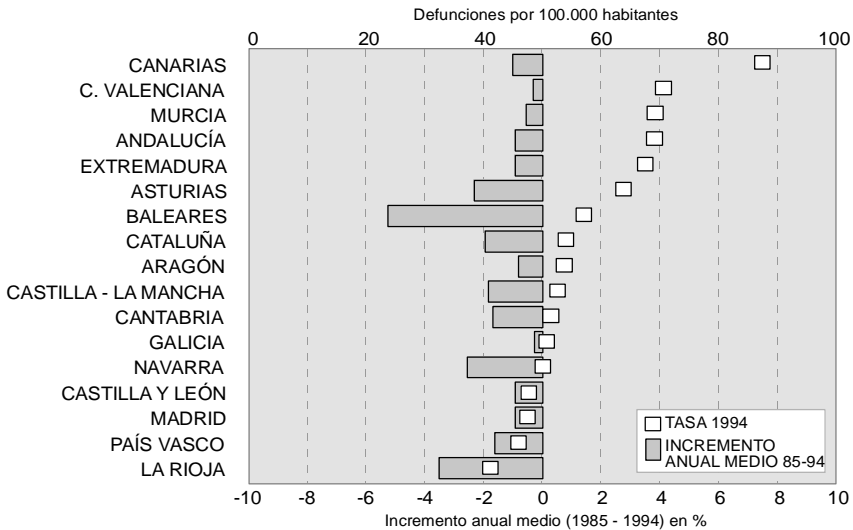


Figura 2.10. Mortalidad por cardiopatía isquémica. Tasa estandarizada por edad en 1994 e incremento anual medio 1985-1994

FUENTE: INE. Defunciones según la causa de la muerte

La mortalidad por tumores malignos (Tabla 2.7) muestra un incremento, de manera que la tasa de 1985 que fue de 143,38 por cien mil habitantes, se eleva en 1994 a 154,69 con un incremento anual medio positivo del 0,85%. Como muestra la Figura 2.11 todas las comunidades experimentan un incremento a excepción de Cantabria, que muestra una ligera disminución del -0,60% anual. La comunidad de Madrid experimenta el mayor incremento con un aumento anual medio de cerca del 3%. En 1985, Cantabria tenía la tasa más elevada con 169,31 y Madrid la más baja con 118,83. En 1991, Baleares mostró la tasa más elevada con 167,93 y Castilla-La Mancha la menor con 131,65. En 1994, la tasa más elevada ha correspondido al País Vasco con 165,19 y la más baja a Castilla-La Mancha con 140,96. Las diferencias a lo largo del decenio se han ido reduciendo de manera que mientras que, en 1985 eran del 42%, en 1994 son sólo del 17%.

Tabla 2.7. Mortalidad por tumores malignos. Tasas por 100.000 habitantes

TASA AJUSTADA (*)	1985	1991	1994	Tasa Inc. An. medio (%)
TOTAL	143,38	151,87	154,69	0,85
ANDALUCÍA	147,67	152,95	154,64	0,51
ARAGÓN	141,03	134,52	144,18	0,25
ASTURIAS	162,43	159,30	164,36	0,13
BALEARES	145,33	167,93	162,32	1,24
CANARIAS	149,11	163,21	164,74	1,11
CANTABRIA	169,31	155,43	160,40	-0,60
CAST.-LA MANCHA	127,92	131,65	140,96	1,08
CASTILLA-LEÓN	137,83	146,20	146,16	0,65
CATALUÑA	154,38	161,09	155,72	0,10
C. VALENCIANA	145,68	156,45	160,51	1,08
EXTREMADURA	141,73	146,03	153,37	0,88
GALICIA	135,68	148,08	156,15	1,57
MADRID	118,83	144,20	151,53	2,74
MURCIA	141,79	146,71	143,28	0,12
NAVARRA	150,97	164,80	151,91	0,07
PAÍS VASCO	158,77	165,43	165,19	0,44
LA RIOJA	143,08	152,49	148,73	0,43

(\*) Tasa ajustada por edad. Población estándar. España 1970.

Fuente: INE. Fichero informatizado de defunciones; Proyección de la población española para el periodo 1981-2000 (1985 y 1991); MSC Proyección de la población española. España 1991-2006. CCAA y Provincias 1991-2026 (1994). Elaboración: Propia.

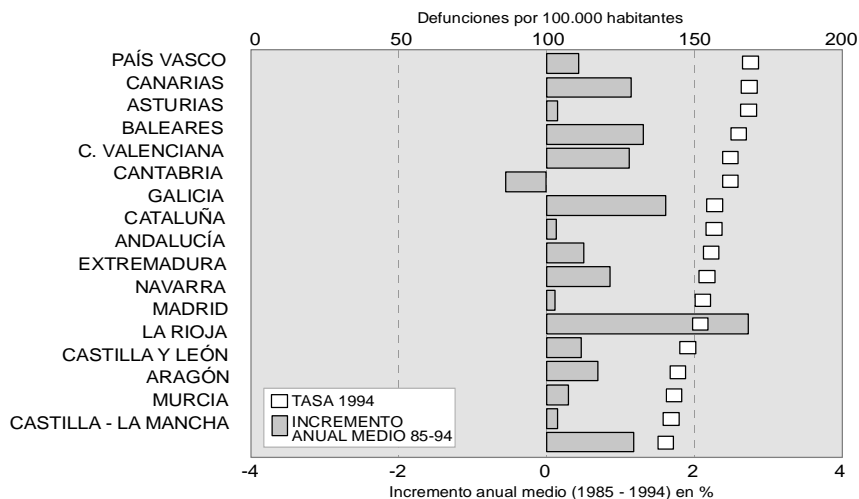


Figura 2.11. Mortalidad por tumores malignos. Tasa estandarizada por edad en 1994 e incremento anual medio 1985-1994. FUENTE: INE.. Defunciones según la causa de la muerte

Entre la mortalidad por tumores malignos, destaca la de pulmón cuya tasa ajustada en 1985 fue de 25,00 por cien mil habitantes (Tabla 2.8). Cantabria mostró la mayor tasa con 35,25 y Madrid la menor con 18,55. En 1991, la tasa global ajustada fue de 28,99 por cien mil, siendo Baleares la comunidad que mostró una tasa más elevada con 34,38 y Castilla y León la menor con 21,31. En 1994, la tasa global ha sido de 30,26 siendo Extremadura la comunidad autónoma que muestra la tasa más alta con 35,96 y Aragón la menor con 23,99. Las diferencias entre las comunidades tienden a reducirse de manera que si en 1985 la comunidad cuya tasa era más elevada doblaba casi a la comunidad con menor tasa, en 1994 esta diferencia es apenas de un 50%. El incremento anual medio de la tasa durante el decenio ha sido del 2,14% y como puede observarse en la Figura 2.12 todas las comunidades experimentan un incremento con la excepción de Cantabria que disminuye a razón del 1,15% anual. Destaca el incremento de la comunidad de Madrid que se acerca al 5% anual.

Tabla 2.8. *Mortalidad por tumor maligno de traquea, bronquios y pulmón.*  
*Tasas por 100.000 habitantes*

TASA AJUSTADA(*)	1985	1991	1994	Tasa Inc. An. Medio (%)
TOTAL	25,00	28,99	30,26	2,14
ANDALUCÍA	28,34	31,63	34,10	2,08
ARAGÓN	20,98	23,80	23,99	1,50
ASTURIAS	31,68	34,31	35,11	1,15
BALEARES	26,37	34,38	32,69	2,41
CANARIAS	24,55	31,28	29,11	1,91
CANTABRIA	35,25	30,62	31,76	-1,15
CAST. - LA MANCHA	18,93	22,69	26,42	3,78
CASTILLA Y LEÓN	21,04	21,31	24,14	1,54
CATALUÑA	27,83	31,07	31,36	1,34
C. VALENCIANA	27,14	31,32	32,33	1,96
EXTREMADURA	28,65	31,55	35,96	2,56
GALICIA	23,13	26,89	29,11	2,59
MADRID	18,55	28,77	28,73	4,98
MURCIA	24,92	27,93	25,47	0,24
NAVARRA	23,44	27,34	25,50	0,94
PAÍS VASCO	25,21	27,45	30,53	2,15
LA RIOJA	21,39	24,14	24,86	1,68

(\*) Tasa ajustada por edad. Población estándar: España 1970.

Fuente: INE. Fichero informatizado de defunciones; Proyección de la población española para el periodo 1981-2000 (1985 y 1991); MSC. Proyección de la población española. España 1991-2006. CCAA y Provincias 1991-2026 (1994). Elaboración: propia.

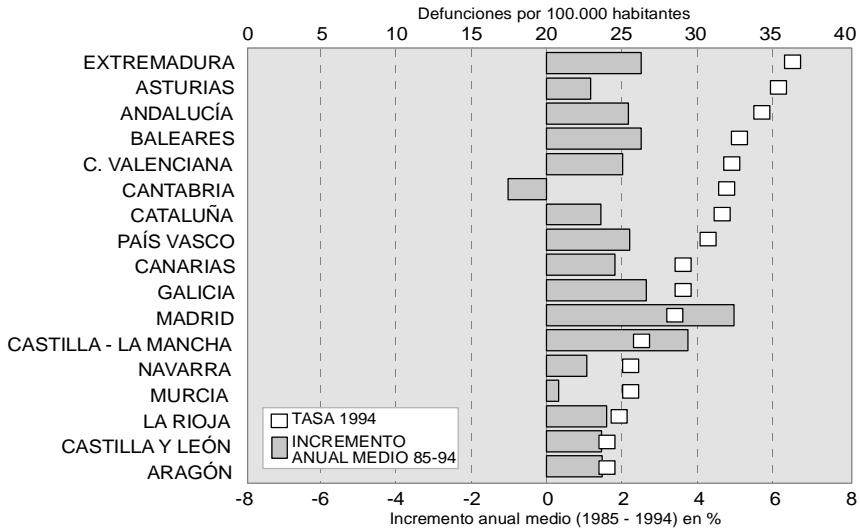


Figura 2.12. Mortalidad por cáncer de pulmón. Tasa estandarizada por edad en 1994 e incremento anual medio 1985-1994

FUENTE: INE. Defunciones según la causa de la muerte

La mortalidad por tumor maligno de mama en la mujer ha pasado de 19,4 defunciones por cien mil mujeres en 1985, a 20,99 en 1994 (Tabla 2.9). El incremento anual medio ha sido cercano al 1%. Sin embargo, no todas las Comunidades Autónomas han experimentado un incremento como puede verse en la Figura 2.13, donde destaca la Comunidad Balear con un porcentaje de aumento anual medio de 4,69. También se incrementan notablemente las tasas en Canarias (3,1%) y Madrid (3,57%). En cambio, en La Rioja y Asturias, se ha producido un descenso superior al 1% anual. En 1985, la tasa más elevada correspondió a Cataluña con 23,74 por cien mil mujeres y la más baja a Madrid, con 15,39. En 1991, Cataluña fue de nuevo la comunidad con la tasa más elevada (26,7) mientras que la tasa inferior correspondió a Castilla-La Mancha con 17,42. En 1994, la tasa inferior corresponde a Castilla y León con 17,37 y la superior a Baleares con 28,12. Las diferencias extremas se mantienen en torno al 55% durante el decenio.

Tabla 2.9. Mortalidad por tumor maligno de mama en la mujer. Tasas por 100.000 mujeres

TASA AJUSTADA(*)	1985	1991	1994	Tasa Inc. An. Medio (%)
TOTAL	19,40	22,51	20,99	0,88
ANDALUCÍA	17,69	20,10	19,64	1,17
ARAGÓN	21,18	23,17	19,85	-0,72
ASTURIAS	22,80	23,16	20,71	-1,06
BALEARES	18,62	26,48	28,12	4,69
CANARIAS	19,40	26,29	25,53	3,10
CANTABRIA	18,67	18,00	18,94	0,16
CAST.-LA MANCHA	16,60	17,42	18,78	1,38
CASTILLA Y LEÓN	17,45	23,03	17,37	-0,05
CATALUÑA	23,74	26,70	23,67	-0,03
C. VALENCIANA	22,27	23,19	22,28	0,00
EXTREMADURA	15,49	19,54	18,70	2,11
GALICIA	17,97	21,06	18,64	0,41
MADRID	15,39	20,92	21,09	3,57
MURCIA	18,91	22,69	21,74	1,56
NAVARRA	19,27	25,86	22,66	1,82
PAÍS VASCO	22,13	23,86	20,27	-0,97
LA RIOJA	23,73	24,03	20,57	-1,58

(\*) Tasa ajustada por edad. Población estándar: España 1970.

Fuente: INE. Fichero informatizado de defunciones; Proyección de la población española para el período 1981-2000 (1985 y 1991); MSC. Proyección de la población española. España 1991-2006. CCAA y Provincias 1991-2026 (1994). Elaboración: propia.

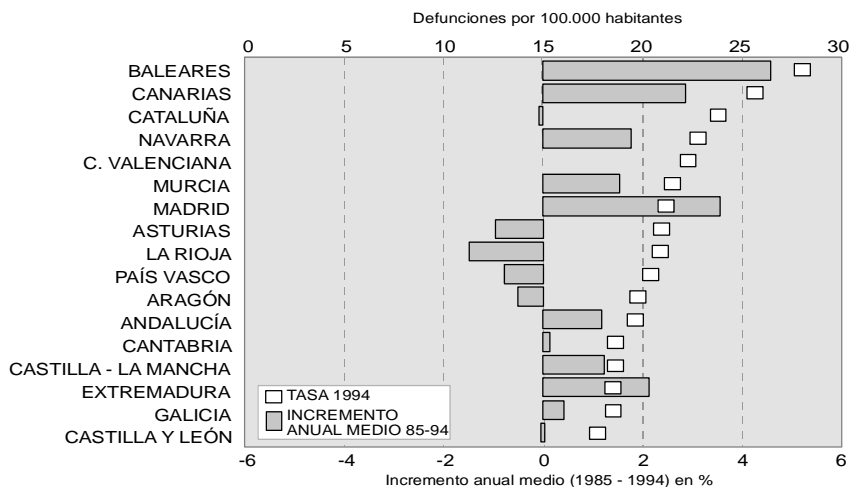


Figura 2.13. Mortalidad por cáncer de mama en la mujer. Tasa estandarizada por edad en 1994 e incremento anual medio 1985-1994 FUENTE: INE.. Defunciones según la causa de la muerte

La mortalidad por causas externas muestra un descenso global cercano al 1% anual. La tasa ajustada para 1985 fue de 37,77 por cien mil habitantes y la de 1994 de 34,64 (Tabla 2.10). Sin embargo, en 1991 la tasa alcanzó 41,49 defunciones por cien mil habitantes y, prácticamente, todas las Comunidades Autónomas mostraron para ese año un incremento con la excepción de Andalucía, Canarias, Cantabria y Navarra. No obstante y como muestra la Figura 2.14 la evolución de la mortalidad por estas causas a lo largo de todo el decenio y, para todas las Comunidades Autónomas, con la única excepción de Cataluña, registra una disminución que es muy marcada en el caso de La Rioja. Las diferencias entre los valores extremos de las tasas oscilan entre el 65 y el 85%. Así en 1985, La Rioja mostraba la tasa más alta con 56.68 y Extremadura la menor con 30,94. En 1991 en cambio, Madrid señalaba la tasa más baja con 32,44 y La Rioja la mayor con 58,64. En 1994, la tasa más alta corresponde a Galicia con 44,5 y la más baja a Madrid con 25,44.

Tabla 2.10. *Mortalidad por causas externas de traumatismos y envenenamientos.*  
Tasas por 100.000 habitantes

TASA AJUSTADA(*)	1985	1991	1994	Tasa Inc. An. Medio (%)
TOTAL	37,77	41,49	34,64	-0,96
ANDALUCÍA	37,77	36,33	32,17	-1,77
ARAGÓN	36,18	37,16	31,57	-1,50
ASTURIAS	47,16	49,14	44,08	-0,75
BALEARES	42,09	46,77	34,62	-2,15
CANARIAS	45,44	35,41	33,07	-3,47
CANTABRIA	41,58	40,58	34,89	-1,93
CAST. - LA MANCHA	38,65	42,03	34,04	-1,40
CASTILLA Y LEÓN	40,35	42,44	32,61	-2,34
CATALUÑA	35,07	44,47	35,19	0,04
C. VALENCIANA	35,87	41,96	34,13	-0,55
EXTREMADURA	30,94	35,88	29,60	-0,49
GALICIA	45,56	51,49	44,50	-0,26
MADRID	31,16	32,44	25,44	-2,23
MURCIA	36,32	43,45	34,22	-0,66
NAVARRA	43,62	37,71	33,44	-2,91
PAÍS VASCO	35,55	42,03	31,82	-1,22
LA RIOJA	56,68	58,64	35,97	-4,93

(\*) Tasa ajustada por edad. Población estándar: España 1970.

Fuente: INE. Fichero informatizado de defunciones; Proyección de la población española para el período 1981-2000 (1985 y 1991); MSC. Proyección de la población española. España 1991-2006. CCAA y Provincias, 1991-2026. Elaboración: propia.

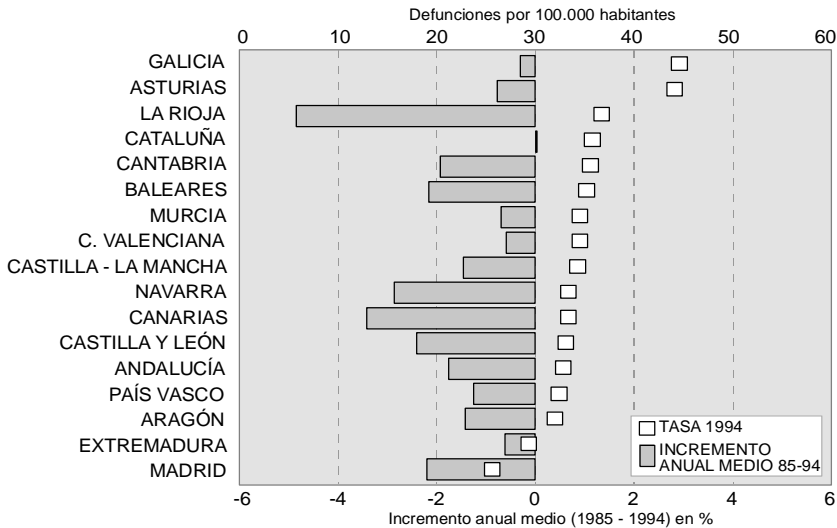


Figura 2.14. Mortalidad por causas externas de traumatismos y envenenamientos.  
Tasa estandarizada por edad en 1994 e incremento anual medio 1985-1994

FUENTE: INE. Defunciones según la causa de la muerte

En el decenio 1985-1994 y según datos de la encuesta de morbilidad hospitalaria <sup>6</sup>, todas las Comunidades Autónomas excepto Navarra y La Rioja muestran un incremento de la frecuentación hospitalaria, como puede verse en la Figura 2.15. En once comunidades el porcentaje anual de aumento es superior al 1% (Tabla 2.11). Se trata de Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia y Madrid. En cambio, Extremadura apenas alcanza el 0,5% de incremento anual medio. Las tasas de frecuentación correspondientes a 1994 muestran notables variaciones entre comunidades, siendo Baleares con 145,09 la comunidad que tiene la tasa mayor; seguida de Cataluña con 118,04, País Vasco con 112,66, Aragón con 112,05, Navarra con 111,55, Asturias con 106,65, Castilla y León con 103,71 y Madrid con 100,45, las comunidades cuyas tasas superan los 100 ingresos hospitalarios por cada 1000 habitantes. En cambio, Canarias con 94,91, Castilla-La Mancha con 94,25 y Cantabria con 93,01 son las que presentan unas tasas menores.

Tabla 2.11. *Altas hospitalarias por todas las causas por 1000 habitantes.*

	1985	1991	1994	Tasa Inc. An. medio (%)
TOTAL	91,36	97,14	104,39	1,49
ANDALUCÍA	86,73	91,70	98,77	1,46
ARAGÓN	93,41	107,68	112,05	2,04
ASTURIAS	97,11	99,55	106,68	1,05
BALEARES	113,66	125,81	145,09	2,75
CANARIAS	84,77	91,54	94,91	1,26
CANTABRIA	87,18	89,43	93,01	0,72
CAST.-LA MANCHA	77,08	85,23	94,25	2,26
CASTILLA-LEÓN	91,05	95,29	103,51	1,44
CATALUÑA	99,92	112,09	118,04	1,87
COM. VALENCIANA	88,78	95,72	98,70	1,18
EXTREMADURA	93,37	85,19	96,80	0,40
GALICIA	73,27	89,61	98,24	3,31
MADRID	88,49	89,75	100,45	1,42
MURCIA	89,59	94,18	97,71	0,97
NAVARRA	114,84	109,43	111,55	-0,32
PAÍS VASCO	107,72	101,63	112,66	0,50
LA RIOJA	108,50	107,06	99,20	-0,99

(\*) Tasa ajustada por edad. Población estándar: España 1970.

Fuente: INE. Fichero informatizado de defunciones; Proyección de la población española para el periodo 1981-2000 (1985 y 1991); MSC. Proyección de la población española. España 1991-2006. CCAA y Provincias, 1991-2026 (1994). Elaboración: propia.

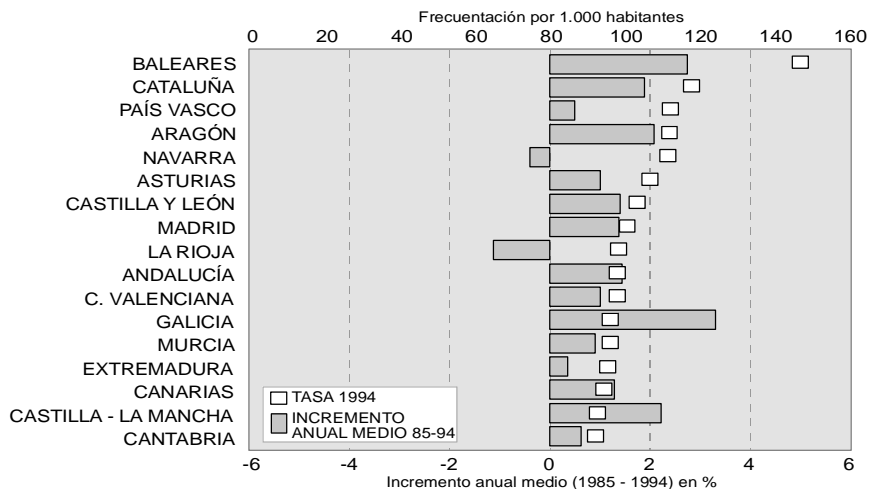


Figura 2.15. *Altas hospitalarias por todas las causas. Tasa frecuentación en 1994 e incremento anual medio 1985-1994* FUENTE: INE. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria

La variación en el incremento anual medio es mucho mayor, cuando se consideran las tasas de hospitalización específicas de la población de 25 a 34 años. Así como muestra la Figura 2.16, Aragón, Cataluña y Galicia son las que muestran un mayor incremento (aunque en ningún caso llega al 1% anual), mientras que Asturias, Comunidad Valenciana, Murcia, Navarra y País Vasco, registran una disminución media entre el 1 y el 2% anual, en Cantabria se produce la disminución más importante (2,06%). La tasa de frecuentación hospitalaria correspondiente a la población de 25 a 34 años en 1994, ha sido de 106,7 por mil, lo que supone una disminución anual media durante el decenio 85-94 del 0,32%. En 1994 la tasa más alta correspondió a Baleares con 146,27 altas por mil habitantes, y la más baja a Cantabria con 85,25 altas por mil habitantes; es decir, un 71,5% de diferencia (Tabla 2.12).

Tabla 2.12. *Altas hospitalarias en población joven (25 a 34 años). Tasas por 1.000 habitantes*

	1985	1991	1994	Tasa Inc. An. medio (%)
TOTAL	109,80	107,90	106,70	-0,32
ANDALUCÍA	115,43	111,37	111,99	-0,34
ARAGÓN	108,07	104,23	114,64	0,66
ASTURIAS	108,33	90,45	92,90	-1,69
BALEARES	144,54	176,01	146,27	0,13
CANARIAS	101,06	102,81	99,71	-0,15
CANTABRIA	102,84	96,50	85,25	-2,06
CAST. - LA MANCHA	103,18	96,62	106,26	0,33
CASTILLA-LEÓN	101,37	80,32	95,44	-0,67
CATALUÑA	105,73	121,56	114,57	0,90
C. VALENCIANA	114,90	117,53	102,03	-1,31
EXTREMADURA	116,79	81,37	110,07	-0,66
GALICIA	86,12	89,55	92,27	0,77
MADRID	109,51	113,41	103,61	-0,61
MURCIA	124,15	119,92	111,44	-1,19
NAVARRA	126,92	116,13	114,02	-1,18
PAÍS VASCO	117,98	99,38	102,86	-1,51
LA RIOJA	105,09	121,27	100,97	-0,44

Fuente: INE Fichero informatizado de Encuesta de Morbilidad Hospitalaria; Proyección de la población española para el periodo 1981-2000 (1985); MSC. Proyección de la población española. España 1991-2006. CCAA y Provincias 1991-2026 (1991 y 1994). Elaboración: propia.

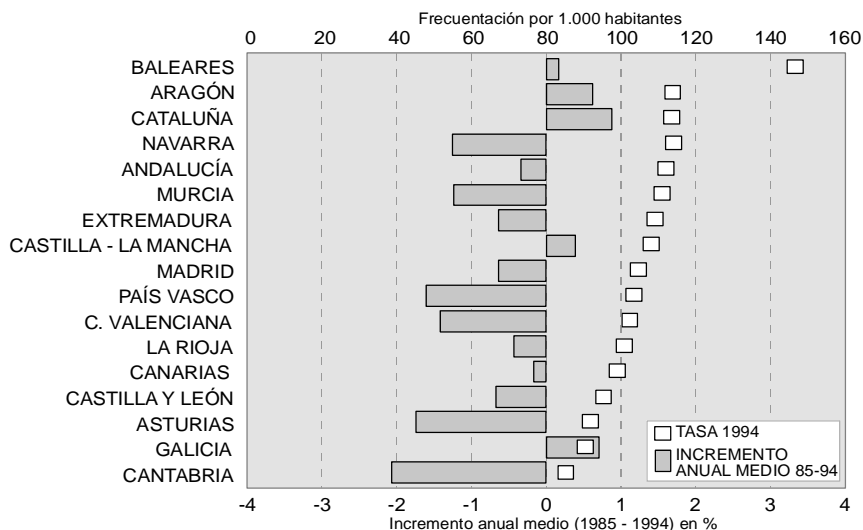


Figura 2.16. *Altas hospitalarias en población joven.*  
 Tasa frecuentación en 1994 e incremento anual medio 1985-1994  
 FUENTE: INE. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria

En cuanto a la hospitalización por causas específicas, vale la pena mencionar la correspondiente a causas externas que, como puede verse en la Figura 2.17 señala notables diferencias. Así Navarra, Baleares, Aragón, País Vasco y Asturias muestran una frecuentación por estas causas que prácticamente dobla a las de Murcia, Cantabria, La Rioja, Canarias y Castilla-La Mancha. La tasa más elevada durante 1994, corresponde a Navarra con 46,14 altas por mil habitantes, que es casi cuatro veces superior a la de Castilla-La Mancha con 12,63 (Tabla 2.13). La frecuentación hospitalaria por causas externas se ha incrementado en España, durante el periodo 1985-94, un 2,69% anual, registrándose importantes diferencias entre Comunidades Autónomas así, mientras que en Navarra el incremento anual medio se acerca al 9%, y en Aragón, Asturias y Canarias supera el 5%, en Cantabria y el País Vasco se producen pequeñas disminuciones, destacando La Rioja (-2,49%).

Tabla 2.13. *Altas hospitalarias por causas externas por 1.000 habitantes.*

	1985	1991	1994	Tasa Inc. An. medio (%)
TOTAL	16,00	21,31	20,32	2,69
ANDALUCÍA	14,25	20,73	17,81	2,51
ARAGÓN	17,09	25,37	27,27	5,33
ASTURIAS	14,64	23,26	24,54	5,91
BALEARES	24,47	35,15	36,37	4,50
CANARIAS	8,73	13,76	14,39	5,71
CANTABRIA	16,93	15,29	16,09	-0,56
CAST.-LA MANCHA	10,02	11,15	12,63	2,60
CASTILLA-LEÓN	16,98	20,02	18,93	1,22
CATALUÑA	16,74	21,84	19,68	1,81
C. VALENCIANA	18,29	17,71	20,38	1,21
EXTREMADURA	14,06	16,54	18,87	3,32
GALICIA	13,38	23,31	19,43	4,23
MADRID	14,01	25,52	21,69	4,97
MURCIA	15,34	17,46	16,85	1,05
NAVARRA	21,61	30,30	46,14	8,79
PAÍS VASCO	26,76	25,58	24,98	-0,76
LA RIOJA	19,15	22,12	15,26	-2,49

Fuente: INE. Fichero informatizado de Encuesta de Morbilidad Hospitalaria; Proyección de la población española para el periodo 1981-2000 (1985); MSC. Proyección de la población española. España 1991-2006. CCAA y Provincias, 1991-2026 (1991 y 1994). Elaboración: propia.

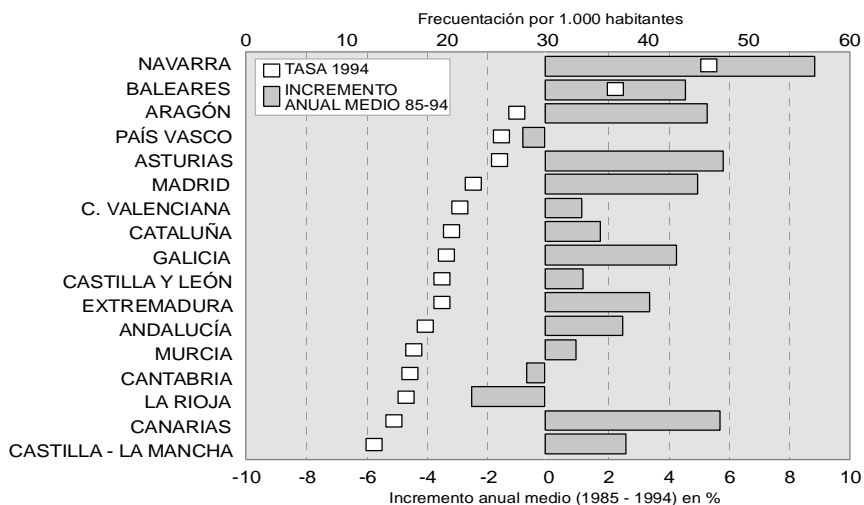


Figura 2.17. *Altas hospitalarias por causas externas. Tasa frecuentación en 1994 e incremento anual medio 1985-1994.* FUENTE: INE. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria

La proporción de altas hospitalarias correspondientes a pacientes atendidos en Comunidades Autónomas distintas de la de residencia, ha experimentado una sensible disminución. Así, ha pasado del 4,07% en 1980 al 3,06% en 1994. Es decir, mientras que cuatro de cada 100 altas en 1980 se producían en hospitales de Comunidades Autónomas distintas de las de residencia del paciente, en 1994 sólo tres de cada cien altas correspondían a esta categoría. El descenso es todavía más acusado si se considera la proporción de estancias de estos pacientes que en 1980 fue del 7,19% de todas las estancias y en 1994 del 3,89%.

Como puede verse en la Tabla 2.14 y en la Figura 2.18 las Comunidades Autónomas que en 1994 presentan una mayor proporción de altas de pacientes no residentes son Navarra (15,84%), Madrid (7,58%) y Cantabria (6,34%), mientras que Canarias (0,56%), Extremadura (0,68%) y Andalucía (0,9%) muestran las menores. Sin embargo, durante el período las comunidades en las que se produce un incremento positivo son Baleares (5,01% de incremento anual medio), Cataluña (3,36%), Navarra (3,32), Asturias (2,74%) y Cantabria (1,29%). En el resto se observa una disminución que es máxima en el caso de Canarias (-10,89%) y muy notable en Andalucía (-7,34%), Extremadura (-5,06%) y Valencia (-4,77%).

Tabla 2.14. *Desplazamientos entre comunidades para hospitalización*

Comunidad Autónoma de Hospitalización	ALTAS(*)		Tasa Inc. An. Medio (%)	ESTANCIAS(*)		Tasa Inc. An. Medio (%)
	1980	1994		1980	1994	
ESPAÑA	4,07	3,06	-2,03	7,19	3,89	-4,30
ANDALUCÍA	2,62	0,90	-7,34	2,81	1,70	-3,55
ARAGÓN	7,36	4,11	-4,07	14,77	4,22	-8,56
ASTURIAS	0,79	1,15	2,74	0,93	0,70	-1,99
BALEARES	1,35	2,68	5,01	1,65	1,44	-0,94
CANARIAS	2,83	0,56	-10,89	3,11	0,58	-11,31
CANTABRIA	5,30	6,34	1,29	7,07	5,60	-1,65
CAST.- LA MANCHA	3,80	2,75	-2,29	16,63	7,49	-5,54
CASTILLA Y LEÓN	4,85	2,92	-3,56	6,02	6,79	0,86
CATALUÑA	1,56	2,47	3,36	5,21	1,93	-6,84
C. VALENCIANA	3,28	1,66	-4,77	5,06	2,09	-6,12
EXTREMADURA	1,41	0,68	-5,06	0,91	0,54	-3,73
GALICIA	2,46	1,52	-3,39	2,45	1,90	-1,81
MADRID	9,92	7,58	-1,91	17,16	9,57	-4,08
MURCIA	9,34	4,95	-4,43	6,95	3,32	-5,14
NAVARRA	10,02	15,84	3,32	11,13	15,79	2,53
PAÍS VASCO	3,74	2,37	-3,21	3,34	4,06	1,40
LA RIOJA	4,79	4,00	-1,29	5,28	2,36	-5,59

(\*) % de altas/estancias hospitalarias producidas por residentes en una CC.AA. distinta de la de hospitalización  
Fuente: INE. Fichero informatizado de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Elaboración: propia.

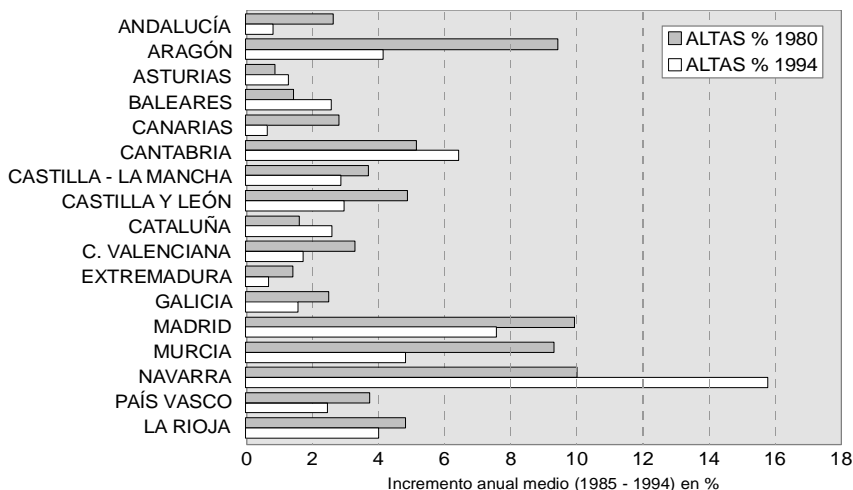


Figura 2.18. *Desplazamientos entre Comunidades para hospitalización. Porcentaje de altas producidas por residentes fuera de la CCAA*

FUENTE: INE. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria

En cambio, la proporción de estancias solo crece en Navarra (2,53% de incremento anual medio), País Vasco (1,4%) y Castilla y León (0,86%). En 1994 la proporción de estancias de pacientes no residentes es más elevada en Navarra (15,79%), Madrid (9,57%), Castilla-La Mancha (7,49%) y Castilla y León (6,79%). Mientras que resulta mínima para Extremadura (0,54%), Canarias (0,58%) y Asturias (0,70%).

### 3. Conclusiones

- En líneas generales podemos concluir que España tiene una buena situación de salud (en términos de baja mortalidad) en relación a Europa y que esa situación está por encima de lo que parece corresponder a su desarrollo económico (PIB por habitante).
- La mortalidad general sigue descendiendo, principalmente a expensas de la debida a enfermedades del aparato circulatorio y a pesar de la tendencia creciente de la registrada por los tumores malignos (principalmente de pulmón)

y de la que presenta la población comprendida entre 25 y 34 años, grupo que muestra una evolución preocupante principalmente en algunas comunidades como Cataluña, Madrid, Aragón, Asturias y Comunidad Valenciana.

- Si bien se constatan avances en la esperanza de vida en buena salud subjetiva, a nivel del conjunto del Estado, hay que resaltar que la precaria situación de este indicador en las mujeres demanda actuaciones concretas en este grupo de población.
- Por último, es necesario mencionar que a pesar de los esfuerzos que se han llevado a cabo para mejorar la oportunidad de las estadísticas de mortalidad, todavía nos encontramos con retrasos considerables, ya que a finales de 1997 únicamente disponemos de cifras correspondientes a 1994.

#### 4. Recomendaciones

- La existencia de desigualdades entre Comunidades Autónomas debe suponer un estímulo para aquellas cuyos indicadores muestran una situación más desfavorable y la seguridad de que es posible mejorar.
- Como se comenta en otros capítulos de este informe, la posibilidad de mejorar la situación de salud nos vendrá dada por la articulación de políticas que incidan en la mejora de la calidad de vida.
- Es preciso incrementar los esfuerzos para mejorar la calidad y oportunidad de los sistemas de información sanitaria, de manera que puedan ser utilizados para el diseño de políticas de salud.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Commission Européenne. *L'état de la santé dans la Communauté Européenne*. Luxembourg, 1996.
2. MSC. Indicadores de Salud. *Tercera evaluación en España del programa regional europeo Salud para todos*. Madrid, 1995.
3. MSC. Indicadores de Salud. *Tercera evaluación en España del programa regional europeo Salud para todos*. Madrid, 1995.

4. M<sup>a</sup> V Martínez de Aragón , A LLacer Gil de Rames , JF Martínez Navarro. *Mortalidad en España y Comunidades Autónomas 1989-1992. Situación en la Unión Europea*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, 1997.
5. INE. *Movimiento Natural de la Población*, Fichero Informatizado.
6. INE. *Encuesta de Morbilidad Hospitalaria*. Fichero Informatizado.