

CAPÍTULO 1

INDICADORES SANITARIOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

José María Abad Díez
Carlos Carreter Ordóñez

*Servicio de Evaluación. Dirección General de Ordenación, Planificación y Evaluación,
Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Gobierno de Aragón*

1. Vigilancia de la salud y evaluación de los sistemas sanitarios

1.1. Sistemas de información

Los sistemas de información sanitaria son un elemento básico en la elaboración de planes y estrategias, dirigidos a mejorar la salud de la población, y en la evaluación posterior de los mismos.

Entre sus funciones se encuentran la determinación del nivel de salud, la identificación de las relaciones del estado de salud con sus factores determinantes y con el uso de los servicios sanitarios, la identificación de desigualdades en el nivel de salud y en el acceso y utilización de los servicios sanitarios, y la evaluación del logro de los objetivos de salud para una población determinada.

Un elemento relevante para un sistema de información sanitario que pretenda cumplir con estas funciones es la información adecuada sobre la experiencia de salud de los individuos que forman esa población, incluyendo asimismo la información necesaria sobre otras características de importancia del medio externo en el que ese individuo se desenvuelve. Estas características son las de los llamados Sistemas de Información Sanitaria de Base Poblacional (1).

En nuestro país se ha avanzado poco en este asunto, pese a las diferentes propuestas que se han ido elaborando para el desarrollo y la puesta en marcha de un sistema de información sanitaria de estas características. Entre las razones que se han esgrimido se encuentran la falta de un organismo central de información sanitaria, la ausencia de un sistema formal de planificación y evaluación, la distribución de competencias entre la administración central y la autonómica, la inoperancia del Consejo Interterritorial, la separación entre salud pública y servicios sanitarios, la ausencia de políticas integradoras sobre sistemas de información.

La propia organización del sistema sanitario en nuestro país dificulta la homogeneización de criterios entre los diferentes actores con interés en el desarrollo de un sistema de información sanitaria que sirva efectivamente para orientar y evaluar políticas de salud en el ámbito de las diferentes comunidades autónomas.

Un elemento clave en este planteamiento es la normalización de las variables que se integran en los diferentes sistemas, con definiciones, criterios y sistemas de codificación comparables entre sí. Especialmente importante es la normalización del tratamiento de la información geográfica y socioeconómica.

La puesta en marcha de un sistema de información de base poblacional requiere de forma ineludible la utilización de códigos de identificación individualizados que faciliten el necesario cruce entre bases de datos y que aseguren, al mismo tiempo, la confidencialidad de los datos sanitarios (1). En nuestro país, que se configura con un Sistema Nacional de Salud de cobertura universal, es prioritario un acuerdo entre las diferentes administraciones sanitarias para el intercambio seguro de información sanitaria y para la utilización de bases de datos que contengan códigos de identificación únicos. Los progresos que se están realizando en algunas comunidades autónomas con la tarjeta sanitaria son un paso importante en esta dirección, pero se requiere llegar a acuerdos más amplios que faciliten este intercambio de información. Un requisito importante de un sistema de identificación de estas características es que sea universal e individual, características que no cumplen los sistemas de tarjeta sanitaria actualmente en funcionamiento, ya que se dirigen de forma exclusiva a la identificación del usuario de los servicios sanitarios asistenciales de la Seguridad Social.

El avance hacia un sistema de cobertura universal debería acompañarse de acuerdos para extender este sistema de identificación a los usuarios de otros dispositivos asistenciales y sanitarios y para la inclusión del mismo en los diferentes documentos de carácter sanitario. Asimismo, este código identificativo universal debería unificarse con otros sistemas de identificación de la población ante la Administración Pública.

En cualquier caso, ni el estado actual de las tecnologías de la información y las comunicaciones, ni la necesidad de mejorar nuestro conocimiento de la salud de los españoles, justifican la situación actual.

En un estado autonómico, los sistemas de información sanitaria deben proporcionar información suficiente, homogénea y significativa para conocer el nivel de salud de la población de cada una de las CCAA que integran el Estado y para permitir identificar diferencias en el nivel de salud y prioridades de actuación en cada una de ellas. De

esta forma se configura la base para la elaboración de planes de salud en el ámbito regional y para la definición de áreas de actuación que permitan eliminar progresivamente los desequilibrios y desigualdades en el nivel de salud.

1.2. Indicadores sanitarios

Todo lo anterior supone la definición de una batería mínima de indicadores de salud, muchos de los cuales no están disponibles en la actualidad de forma sistemática. Es fundamental la utilización de indicadores relevantes para evaluar los objetivos de salud, basados en definiciones y métodos comparables, y disponibles en los ámbitos nacional, regional y de áreas de salud.

En el año 1997 el Parlamento y el Consejo Europeo (2) adoptaron una decisión sobre la vigilancia de la salud en la que se proponen una lista no exhaustiva de ámbitos en los que pueden establecerse indicadores sanitarios:

– Situación sanitaria:

1. Esperanza de vida; 2. Mortalidad; 3. Morbilidad; 4. Situación funcional y calidad de vida; 5. Características antropométricas.

– Estilo de vida y hábitos de salud:

1. Consumo de tabaco; 2. Consumo de alcohol; 3. Consumo de drogas ilegales; 4. Actividad física; 5. Dieta; 6. Vida sexual; 7. Varios.

– Condiciones de vida y de trabajo:

1. Empleo/desempleo; 2. Medio de trabajo; 3. Condiciones de vivienda; 4. Actividades domésticas y de ocio; 5. Transportes; 6. Medio ambiente exterior.

– Protección de la salud:

1. Fuentes de financiación; 2. Infraestructura / personal; 3. Costes / gastos; 4. Consumo / utilización; 5. Promoción de la salud y prevención de enfermedades.

– Factores demográficos y sociales:

1. Sexo; 2. Edad; 3. Estado civil; 4. Región de residencia; 5. Educación; 6. Ingresos; 7. Subgrupos de población; 8. Situación referente al seguro de enfermedad.

– Varios: 1. Seguridad de los productos; 2. Otros.

Por otra parte, en los últimos años se han propuesto modelos de indicadores para evaluar el funcionamiento y resultados de los sistemas de salud. Entre estos hay

que destacar las propuestas de la Organización Mundial de la Salud (3), que basa su modelo de análisis en tres dimensiones: nivel de salud, sensibilidad a las expectativas y equidad en la financiación, analizando en los dos primeros casos tanto el nivel medio como la igualdad en su distribución (Tabla 1).

Tabla 1
Objetivos del sistema sanitario

	Nivel	Distribución	
Estado de salud	3	3	
Sensibilidad a las necesidades	3	3	Eficiencia
Equidad en la financiación		3	
	_____	_____	^
	Calidad	Equidad	

(Adaptado de: Murray C, Frenk J. *Bull World Health Organ* 2000; 78:717-731).

En el caso concreto de los indicadores para valorar el nivel de salud, la propuesta de la OMS se basa en los indicadores de Esperanza de Vida Ajustada por Discapacidad y en la definición de Carga Global de Enfermedad.

En las publicaciones sobre el tema (4, 5) no hay unanimidad respecto a la utilización de indicadores de salud para evaluar el éxito o el fracaso de los sistemas sanitarios. En algunas de las propuestas más recientes sobre medición de resultados de los sistemas sanitarios se propone centrarse en los resultados de los sistemas de asistencia sanitaria, dejando fuera las actividades de salud pública y los efectos sobre la salud de otras políticas sociales (6).

Sin embargo, en la mayoría de los casos se diferencia entre los indicadores del nivel de salud de la población, los determinantes de salud y factores relacionados, y los indicadores sobre utilización de servicios sanitarios (7).

En cualquier caso, la búsqueda de medidas de resultados en salud para la población y el uso de las estadísticas habituales ha sido difícil. Al mismo tiempo, la diferenciación entre indicadores de resultados (salud) o de proceso asistencial –incluso si nos centramos en los sistemas de asistencia sanitaria– es siempre complicada.

En el reciente Dictamen del Comité de las Regiones sobre la estrategia sanitaria en el ámbito europeo (8) es prioritaria la lucha contra las desigualdades y, en concre-

to, «la reducción de los riesgos y diferencias en el ámbito de la salud». También se indica que el sistema de información sanitaria debe servir para evaluar los niveles de protección sanitaria y que debe darse prioridad a los factores determinantes de la salud.

2. Problemática de las fuentes de información

2.1. Estadísticas de mortalidad

La información de las estadísticas de mortalidad (9) constituye la base fundamental sobre la que se construye la mayoría de los indicadores de salud más utilizados en nuestro medio. En España, la información sobre mortalidad procede de los Boletines Estadísticos de Defunción. Desde los años 80 se han ido firmando una serie de acuerdos entre el Instituto Nacional de Estadística (INE) y las diferentes comunidades autónomas para la gestión y el análisis conjunto de estas estadísticas, cuya titularidad última sigue correspondiendo al INE. De esta forma se vienen publicando las Estadísticas de Causas de Defunción en la mayor parte de las CCAA, mientras que el INE publica el análisis correspondiente al conjunto estatal.

Entre los problemas ligados a las estadísticas de mortalidad en nuestro país y que siguen sin haber encontrado una solución satisfactoria se encuentran:

- la falta de cumplimentación adecuada de información sobre la ocupación, que dificulta el análisis de las desigualdades en mortalidad por nivel socioeconómico;
- el tratamiento de la mortalidad perinatal;
- el tratamiento de las causas múltiples de muerte.

Por otro lado, sigue sin encontrarse una solución a la imposibilidad legal de utilizar los datos de mortalidad para cruzarlos con otras bases de datos de morbilidad o de riesgos para la salud, lo que supone una importante pérdida de oportunidades para mejorar el conocimiento.

2.2. Vigilancia epidemiológica

El Real Decreto 2210/1995, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, tiene entre sus objetivos crear un sistema de información para la vigilancia de las enfermedades transmisibles que sea ágil y que se base en la coordi-

nación entre las distintas administraciones sanitarias responsables. También pretende homologar los sistemas de vigilancia epidemiológica en España a los desarrollos del resto de los países de la Unión Europea.

Los sistemas de información en vigilancia epidemiológica tienen un valor añadido sobre otros sistemas de información, que es estar diseñados para la acción más o menos inmediata, dirigida al control de las enfermedades transmisibles. Esto implica que deben formar parte de los sistemas de atención sanitaria, debiendo estructurarse no sólo dentro de los sistemas administrativos, sino también de los asistenciales.

Además, se abre a otros aspectos de la recogida de la información como la declaración sobre la base de la microbiología, lo que mejora la especificidad del sistema y, además, colabora a una mejor integración de los distintos elementos del sistema. Los retos futuros pasarán por mejorar la cobertura, la calidad de las declaraciones y la homogeneidad de las mismas, especialmente entre las distintas comunidades autónomas.

La erradicación de la poliomielitis conlleva la implantación de un Sistema de Información de Parálisis Flácidas Agudas (PFA), junto con la consecución de altas coberturas de vacunación y un sistema de vigilancia medioambiental en el que no se detecte el virus salvaje, ni en muestras humanas ni en muestras ambientales.

La calidad del Sistema de Información de PFA es un requisito importante para alcanzar el Certificado de Erradicación. En 1998 se alcanzó una tasa de PFA en menores de 15 años de 0,74 por 100.000 (objetivo: 1 por 100.000) y se han obtenido 'muestras adecuadas' de heces en el 64 % de los casos (objetivo: 80 % de los casos).

La vigilancia epidemiológica de la tuberculosis debe ir más allá de las tradicionales actividades relacionadas con las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Los tres objetivos, por orden jerárquico, de un programa de prevención y control de la tuberculosis, han de ser:

- el diagnóstico y tratamiento de todos los casos de enfermedad, fuente de infección de la misma;
- la detección y el tratamiento de los infectados;
- los programas de prevención y control en grupos de alto riesgo.

La necesidad de tratar y de confirmar el resultado del tratamiento debe llevar aparejado la inclusión en los sistemas de información sobre tuberculosis del tipo de tratamiento seguido, del nivel de cumplimentación del mismo y de la confirmación de la curación clínica y microbiológica del enfermo.

La aparición de las cepas multirresistentes a los tratamientos habituales, el mal pronóstico de la misma y la persistencia en el estado de bacilífero de estos enfermos, obligan asimismo a la creación de registros específicos.

En España la tendencia de nuevos casos de sida lleva una trayectoria descendente desde 1995, lo que indica el éxito de los avances en la prevención y el tratamiento de la enfermedad, pero especialmente del éxito de los tratamientos antirretrovirales, que contienen la evolución de la enfermedad, que no deja de ser un efecto tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Por lo tanto, los casos de sida, como es bien conocido, no son más que la punta del iceberg del problema.

La vigilancia de la infección debe pasar por otras medidas:

- encuestas de seroprevalencia en estudios anónimos en adultos jóvenes;
- datos de registros específicos, como los existentes en algunas comunidades autónomas (Asturias, Navarra, La Rioja);
- evolución de la prevalencia en personas voluntarias (Proyecto EPI-VIH);
- seroprevalencia entre usuarios de consultas de enfermedades de transmisión sexual;
- seroprevalencia en mujeres que alumbran un recién nacido vivo.

La vigilancia de la Enfermedad de Creutzfeld-Jacob comienza en España en 1995 bajo el amparo de BIOMED II, iniciativa presente en otros países europeos desde 1993. Entre los objetivos del sistema de vigilancia encontramos:

- monitorizar la incidencia de la ECJ en España;
- conocer el perfil clínico-epidemiológico de la enfermedad;
- detectar la aparición de casos yatrogénicos;
- detectar posibles casos de nueva variante de la ECJ; e
- identificar factores de riesgo para la enfermedad.

La baja incidencia de la Enfermedad de Creutzfeld-Jacob –y, en general, de las Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas (EETH)– hace necesaria una amplia colaboración de los servicios clínicos y los servicios de epidemiología, con coordinadores autonómicos en ambos campos que permitan aumentar la efectividad del sistema de información. No obstante, hasta la fecha se considera que hasta un 60% de los casos de EETH permanecen sin diagnóstico definitivo de la enfermedad.

La aparición de la variante humana de la Encefalopatía Espongiforme Bovina (EEB) hace necesario aumentar la sensibilidad del sistema de vigilancia y, por ello, se espera que la Orden Ministerial 4093/2001, de 21 de febrero, que establece la declaración obligatoria de las EETH integrándolas en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, mejore la situación. Hasta el momento no se ha detectado en España ningún caso de la variante humana de la EEB.

2.3. Morbilidad hospitalaria

La información sobre morbilidad hospitalaria se empezó a recoger en nuestro país a partir de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria en el año 1970. Esta Encuesta recogía una muestra de todas las altas hospitalarias. Desde el año 1992 se define por parte del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el contenido del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria y se crea el Registro Nacional del CMBD. Durante unos años ambos sistemas coexisten.

El CMBD recoge información básica sobre el conjunto de las altas hospitalarias de los centros del Sistema Nacional de Salud (10). Este Registro recoge las altas de los registros de los diferentes servicios regionales de salud. Una de las consecuencias de este planteamiento es que la representación de las altas correspondientes a hospitales privados o a otros hospitales públicos no pertenecientes al Sistema Nacional de Salud es baja, por lo que no se puede considerar representativa del conjunto de los hospitales españoles.

Además, el hecho de que su gestión corresponda fundamentalmente a los servicios regionales de salud o al Insalud ha hecho que se oriente más hacia un análisis centrado en indicadores de gestión que el puramente epidemiológico.

Sin embargo, el CMBD contiene una valiosa información sobre la morbilidad atendida en nuestros centros hospitalarios y constituye un importante complemento de la información sobre mortalidad. Las propuestas actualmente en fase de estu-

dio para constituir un CMBD de la actividad especializada ambulatoria y de Atención Primaria constituyen un paso más hacia el conocimiento de la morbilidad atendida por el sistema sanitario.

2.4. Registros de enfermedades

Los registros de enfermedades de base poblacional son probablemente una de las mejores fuentes para conocer tanto la epidemiología de las enfermedades más prevalentes como para evaluar el éxito de los programas dirigidos a su control.

De entre los diferentes registros de enfermedades (11) –y dejando aparte el Registro de Casos de Sida y el de Tuberculosis, de los que se habla en el apartado dedicado a la vigilancia epidemiológica–, probablemente los más ampliamente implantados sean los registros de cáncer (Tabla 2).

Tabla 2
Registros de cáncer de base poblacional en España

Lugar	Tipo	Año inicio	Población
Albacete	General	1991	342.677
Asturias	General	1978	1.111.130
Canarias	General	1993	1.493.784
Castilla y León	Mama y ginecológico	1995	2.562.976
Gerona	Mama y ginecológico	1980	450.429
Granada	General	1985	783.265
Guipúzcoa	General	1982	689.216
Mallorca	Colo-rectal	1982	585.542
	General	1989	
Murcia	General	1981	1.006.788
Navarra	General	1970	523.563
País Vasco	General	1986	2.136.100
La Rioja	General	1993	263.434
Tarragona	General	1977	523.883
Valencia	Infantil	1983	500.000
Zaragoza	General	1960	824.776

En la actualidad existen en funcionamiento en España 15 registros poblacionales de cáncer, que cubren aproximadamente una cuarta parte de la población, si bien algunos de ellos recogen solo algunas localizaciones concretas o se circunscriben a los cánceres infantiles (como es el caso del Registro de Valencia).

Otros registros de enfermedades de distribución más o menos amplia son los de enfermedades mentales y los de enfermos renales crónicos con tratamiento sustitutivo. Otros registros con menor grado de implantación incluyen los registros de diabetes, de hemopatías o de enfermedades cardiovasculares.

Un papel diferente juegan los registros nacionales existentes para algunas enfermedades de muy baja prevalencia, como la esclerosis múltiple.

En general, los registros de enfermedades son un instrumento útil, cuyo mantenimiento y progreso estará ligado a su coordinación con los sistemas de registro asistenciales.

2.5. Encuestas de salud

La última Encuesta Nacional de Salud publicada es del año 1997, donde no se dispone de resultados desglosados por comunidades autónomas. Corresponde a estas últimas la responsabilidad de obtener resultados sobre la salud general de la población, especialmente sobre la salud percibida, sobre la utilización de los recursos sanitarios en este ámbito, sobre los hábitos de vida, sobre las actividades preventivas y sobre el envejecimiento.

Esta situación ha llevado a diferentes comunidades autónomas y ayuntamientos a desarrollar, en el ámbito de sus competencias, diferentes encuestas de salud, a menudo con criterios y metodologías diferentes. Como consecuencia de lo anterior, en la actualidad no disponemos de información actualizada sobre la salud percibida por la población, sobre la utilización de servicios sanitarios ni sobre los hábitos de vida para las CCAA.

Por estas razones, e independientemente de que las diferentes administraciones autonómicas o locales elaboren sus propias encuestas, se plantea la puesta en marcha de un Plan de Encuestas de Salud con representatividad muestral a nivel autonómico y dentro de las líneas recomendadas por organismos internacionales.

Otras encuestas realizadas de forma esporádica incluyen la realizada en 1996 sobre Consumo de Drogas o la realizada en 1989 sobre Factores de Riesgo Car-

diovascular. Por su parte, el Instituto Nacional de Estadística lleva a cabo otras encuestas como la Encuesta Nacional sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías, la última de las cuales fue realizada en el año 1999 (12), con información similar en ocasiones desagregada por CCAA. Esta última recoge también información sobre salud percibida, aunque en el Avance de Resultados publicado no figura la desagregación por CCAA.

2.6. Estadísticas asistenciales

En nuestro país la información sobre recursos y actividad del sistema sanitario se basa en el Catálogo de Hospitales y la Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado y se centra de forma exclusiva en la atención hospitalaria. Los diferentes Servicios Regionales de Salud y el Insalud disponen de sus propios sistemas de información asistenciales pero no están basados en definiciones y variables homogéneas por lo que la comparación es difícil.

En el ámbito de la salud mental se ha hecho un esfuerzo por homogeneizar un sistema de indicadores, aunque su cobertura real es baja y no ha tenido continuidad.

Otros sistemas que recogen información sobre utilización de servicios incluyen el Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo y el Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías.

2.7. Otras fuentes de información

No existe una publicación regular que recoja información sobre riesgos para la salud, aparte del valioso informe sobre indicadores de salud que publica el Ministerio de Sanidad dentro del proceso de Evaluación del Programa Europeo de Salud para Todos (13, 14, 15). No hay publicaciones periódicas a nivel estatal sobre calidad del aire, aguas o alimentos.

Por otra parte, las publicaciones del INE sobre el Censo de Población y Vivienda y el Movimiento de Población proporcionan valiosa información demográfica y de condiciones de la vivienda. La Encuesta de Presupuestos Familiares proporciona también información sobre gasto sanitario y hábitos de consumo.

La Estadística del Gasto Sanitario Público proporciona información sobre las series agregadas de Gasto Sanitario Público de los últimos años, aunque la información correspondiente a las CCAA del llamado Territorio Insalud es incompleta.

Un apartado de especial importancia es el que se refiere a la salud laboral. La Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, sobre la Vigilancia de la Salud de los trabajadores, en su artículo 22, pone las bases normativas que regulan los sistemas de información en materia de salud laboral. Esta normativa se desarrolla posteriormente en el Reglamento de los Servicios de Prevención, en los que se establece que estos serán responsables de la vigilancia y el control de la salud de los trabajadores.

Desde entonces se han ido sentando las bases para la creación de protocolos de vigilancia frente a distintos agentes. En 1997, el Grupo de Trabajo de Salud Laboral de la Comisión de Salud Pública considera la necesidad de comenzar por aquellos con una base de obligación legal:

- amianto
- plomo
- cloruro de vinilo
- ruido
- radiaciones ionizantes
- pantallas
- cargas
- cancerígenos
- biológicos

Posteriormente, atendiendo a otros criterios como el interés del agente, la factibilidad de protocolizar la actuación y la gravedad y la extensión del riesgo, se plantearon otros como los siguientes:

- plaguicidas
- alteraciones de columna
- alteraciones del miembro superior
- alteraciones neurológicas (SNC)
- alteraciones neurológicas (SNP)
- asma
- otras enfermedades respiratorias (EPOC, bronquitis, fibrosis)

- óxido de etileno
- gases anestésicos
- citostáticos
- piel
- agentes biológicos

Dicha Comisión de Salud Pública acuerda crear también un Sistema de Información Sanitaria en Salud Laboral en su reunión de 17 de diciembre de 1998. Los objetivos de este Sistema de Información pasarían por:

- identificar los registros con recogida sistemática y periódica de información que permitan el conocimiento sobre los riesgos y daños de origen laboral;
- definir la información mínima que los servicios de prevención deben remitir a las autoridades sanitarias.

Quedaremos a la espera de que este Sistema de Información se desarrolle y se implante, permitiendo una valoración adecuada de los riesgos y las consecuencias de los mismos en la salud de los trabajadores.

El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales nos ofrece, entre tanto, algunos datos sobre la incidencia y la repercusión de la accidentabilidad laboral en España y por comunidades autónomas.

3. Análisis de la situación de salud

3.1. Demografía

El análisis de las características demográficas y de la evolución de la población en los últimos años entre las diferentes comunidades autónomas muestra un envejecimiento generalizado de la población, con un perfil claramente diferenciado entre las regiones del centro peninsular (excepto Madrid) y las de la periferia, con un carácter marcadamente regresivo en las primeras.

3.2. Esperanza de vida

Por otro lado, los indicadores de Esperanza de Vida y de Años Potenciales de Vida Perdidos muestran también un gradiente entre el Sur y el Oeste frente al Centro y

Noreste peninsular (Figura 1). La evolución en los últimos 15 años de la Esperanza de Vida señala una ligera disminución de las diferencias entre las comunidades autónomas, que ha pasado de 2,64 años en 1980 (74,24 años en Andalucía frente a 76,88 en Cataluña) a 2,40 años en 1995 (76,90 en Andalucía frente a 79,30 en Castilla y León).

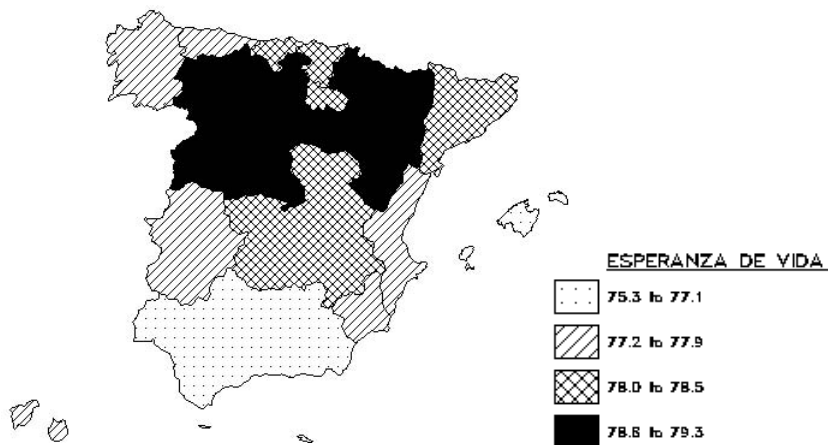
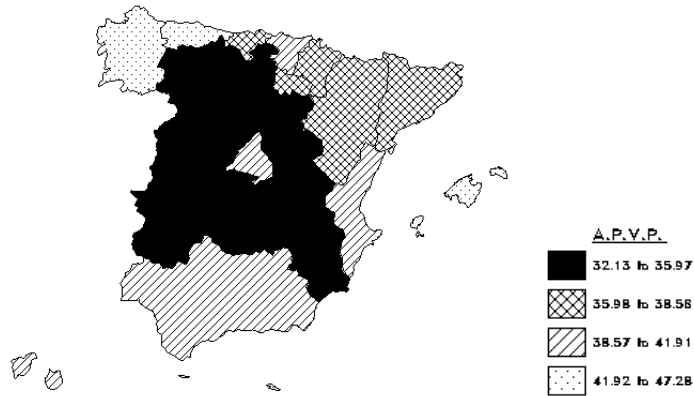


Figura 1
Esperanza de vida al nacimiento por comunidades autónomas. España, 1995

Los datos del análisis del indicador de Esperanza de Vida Libre de Incapacidad estudiados por Gutiérrez-Fisac (16) para el año 1986 muestran unos resultados similares, con los mejores indicadores en Castilla-León, Galicia y Murcia, y los peores en Andalucía y Extremadura.

3.3. Evolución por sexo

El análisis de la evolución por sexos del indicador de Años Potenciales de Vida Perdidos muestra grandes diferencias entre comunidades autónomas (Figura 2) que han reducido más de un 50% este indicador y otras que solo lo han reducido en un 30% (Tabla 3). Estas diferencias se deben en gran parte a la sobremortalidad en el grupo de edad de 25 a 34 años, ligada en parte a la epidemia de sida en los primeros años 90 (Tabla 4).



Tasas ajustadas. Población estándar: España, 1970.

Figura 2

Años potenciales de vida perdidos por muerte antes de los 65 años. España, 1995

Tabla 3

Disminución en años potenciales de vida perdidos por muerte antes de los 65 años. España, 1975-1995

Comunidad autónoma	Varones	Mujeres	Total
Total	35,4%	52,0%	41,8%
Andalucía	35,1%	54,2%	42,5%
Aragón	35,8%	41,7%	37,9%
Asturias	39,2%	46,3%	42,0%
Baleares	18,5%	48,2%	30,8%
Canarias	36,4%	57,0%	44,6%
Cantabria	44,8%	52,7%	47,7%
Castilla-La Mancha	43,5%	58,0%	49,2%
Castilla y León	42,9%	63,8%	51,0%
Cataluña	30,5%	52,0%	38,9%
Comunidad Valenciana	32,3%	45,3%	37,2%
Extremadura	44,4%	59,0%	49,9%
Galicia	40,0%	58,0%	46,9%
Madrid	31,3%	44,5%	36,3%
Murcia	44,0%	60,3%	50,6%
Navarra	44,2%	51,9%	46,8%
País Vasco	40,9%	49,7%	44,2%
La Rioja	43,9%	53,0%	47,5%
Ceuta y Melilla	35,7%	46,0%	39,3%

Tabla 4
Tasas de sida por millón de habitantes, según comunidad autónoma de residencia y año de diagnóstico. España, 1991-2000

CCAA	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Andalucía	67,8	90,3	111,9	153,9	150,9	125,7	98,5	72,5	59,6	29,7
Aragón	85,8	58,9	91,9	138,5	108,3	104,2	84,1	44,2	39,2	33,3
Asturias	70,4	94,5	90,2	131,3	132,8	112,9	54,4	50,9	34,1	43,8
Baleares	146,2	201,1	214,2	260,5	283,9	248,1	197,8	157,4	144,5	100,8
Canarias	56,7	72,8	88,0	112,0	127,8	113,9	86,3	66,7	64,3	32,2
Cantabria	91,0	94,8	104,4	136,7	96,8	119,6	87,4	49,4	30,4	30,4
Cast.-La Mancha	45,8	53,4	46,0	70,3	83,0	79,7	47,6	32,8	30,9	16,3
Castilla y León	53,1	59,5	79,5	99,9	95,0	110,8	70,7	40,5	35,0	36,7
Cataluña	177,3	188,7	190,8	254,7	253,3	214,8	150,1	108,4	87,5	61,1
Com. Valenciana	105,4	106,6	113,6	151,8	130,1	125,7	101,2	78,6	60,4	32,7
Extremadura	32,0	48,9	57,2	83,2	57,8	113,5	75,1	50,0	24,0	5,5
Galicia	90,7	92,2	84,6	117,2	107,5	131,1	94,8	51,5	50,9	31,7
Madrid	232,1	248,7	264,3	354,1	325,0	299,2	208,3	157,9	111,9	71,4
Murcia	62,0	90,9	86,5	113,0	114,1	122,6	81,6	66,5	66,1	39,6
Navarra	94,2	118,8	158,8	169,8	175,1	142,4	83,4	73,7	62,3	35,8
País Vasco	174,1	187,9	198,0	249,1	242,2	209,3	146,5	114,4	89,5	74,1
La Rioja	121,5	118,0	91,6	187,5	180,2	172,8	92,3	88,6	84,9	61,9
Ceuta	73,7	145,8	115,2	142,6	282,7	406,3	291,9	96,6	27,4	13,6
Melilla	17,6	51,7	67,7	150,1	164,2	129,4	111,6	94,3	46,5	30,6
Total	116,4	129,3	139,4	186,7	178,5	164,8	117,6	85,6	68,2	44,2

3.4. Causas de enfermedades

En el análisis por grandes causas de enfermedad se observan patrones diferenciales entre la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, por tumores malignos y por accidentes.

En enfermedades del aparato circulatorio la distribución es similar a la de la mortalidad general, con mayores tasas ajustadas en el Sur y Oeste frente al Centro y Norte peninsular. En el caso de los tumores malignos, por el contrario, la mortalidad es superior en el Norte peninsular. En el caso de la mortalidad por causas externas destaca la sobremortalidad en Asturias y Galicia y las bajas tasas de Madrid.

3.5. Frecuentación hospitalaria

Si analizamos las tasas de frecuentación hospitalaria, se observa un gradiente inverso al que encontramos en Esperanza de Vida, con menores tasas de frecuenta-

ción en el Sur y Oeste peninsular y mayores tasas en el Noreste peninsular y en Baleares (Figura 3).

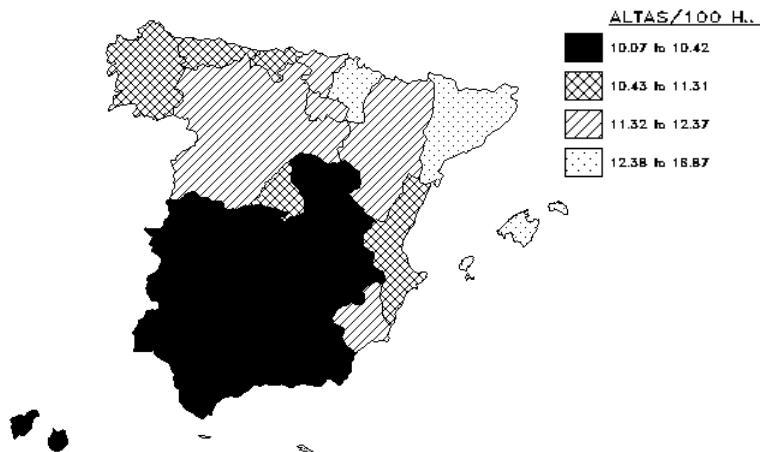


Figura 3
Altas hospitalarias por 100 habitantes.
Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. España, 1997

3.6. Discapacidad severa

El análisis de las tasas de discapacidad severa, tanto en personas mayores de 6 años como en personas ancianas, muestra una distribución similar con mayores tasas de discapacidad en el Sur y Oeste peninsular y menores tasas en el Norte y Este, con las excepciones de Madrid, País Vasco y La Rioja, que muestran las menores tasas de discapacidad (Figuras 4 y 5).

3.7. Inmunización

En lo que se refiere a las enfermedades transmisibles prevenibles mediante inmunización y que son objetivo de erradicación para la Región Europea de la OMS, hay que destacar la situación de Ceuta y Melilla y las altas tasas de incidencia de parotiditis en Canarias (Tablas 5 y 6).

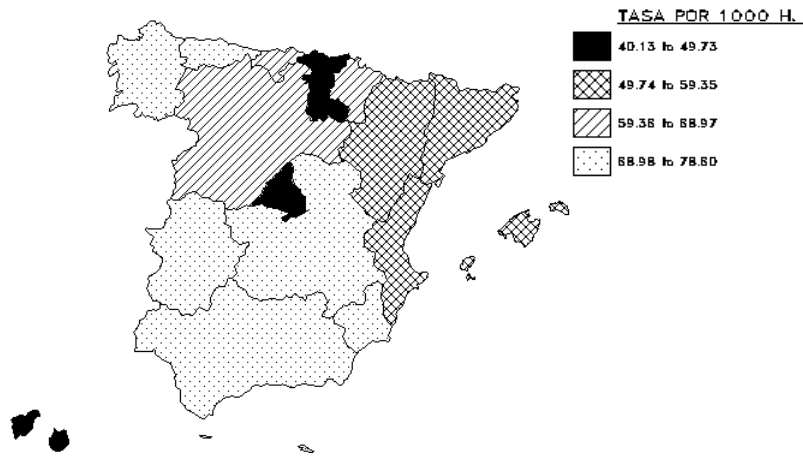


Figura 4
Personas mayores de 6 años con discapacidad severa por comunidades autónomas.
España, 1999

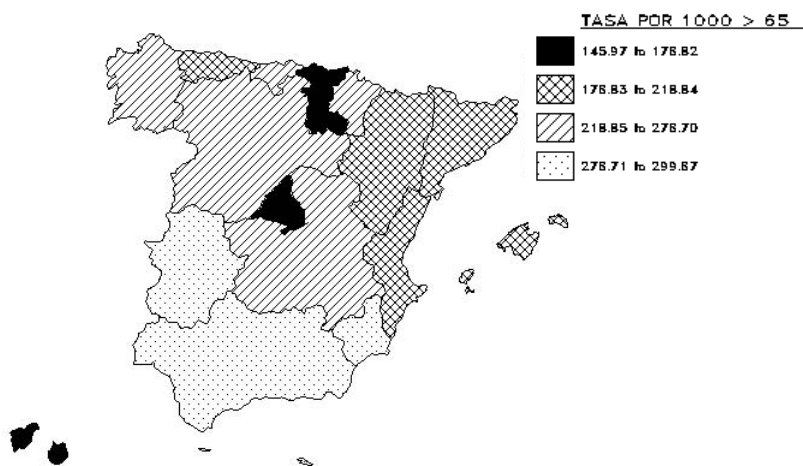


Figura 5
Personas mayores de 65 años con discapacidad severa por comunidades autónomas.
España, 1999

Tabla 5
Tasas de incidencia de sarampión, parotiditis y tétanos por
100.000 habitantes. España, 2000

CCAA	Sarampión	Parotiditis	Tétanos
Andalucía	0,41	28,69	0,11
Aragón	0,09	9,31	0,26
Asturias	0	6,48	0
Baleares	0,27	53,60	0
Canarias	0,62	285,17	0,06
Cantabria	0	4,37	0,19
Castilla-La Mancha	1,22	14,82	0,06
Castilla y León	0,20	11,36	0,04
Cataluña	0,10	0,51	0,08
C. Valenciana	0,15	4,33	0,03
Extremadura	2,76	5,07	0
Galicia	0,15	4,32	0,11
Madrid	0,14	16,16	0,02
Murcia	0,27	5,76	0
Navarra	0	5,27	0
País Vasco	0,20	4,96	0,15
La Rioja	0	0,77	0
Ceuta	12,23	29,89	0
Melilla	12,23	81,01	0
Total estatal	0,37	23,52	0,07

Tabla 6
Tasas de incidencia de tuberculosis. España, 1998-2000

CCAA	2000	1999	1998
Andalucía	15,70	19,59	18,81
Aragón	20,00	21,74	17,78
Asturias	32,40	31,28	34,80
Baleares	20,60	7,97	19,13
Canarias	11,30	8,80	12,45
Cantabria	21,70	30,40	28,88
Castilla-La Mancha	9,13	9,98	10,07
Castilla y León	21,00	21,21	26,60
Cataluña	19,90	19,79	22,51
C. Valenciana	17,10	20,38	21,49
Extremadura	12,20	16,07	20,64
Galicia	40,10	46,08	49,88
Madrid	16,80	15,64	16,69
Murcia	16,90	13,13	13,94
Navarra	15,10	13,21	14,56
País Vasco	29,40	33,09	33,21
La Rioja	11,60	12,74	18,88
Ceuta	53,00	39,69	53,79
Melilla	56,60	114,70	69,14
Total estatal	19,60	21,05	22,67

3.8. Accidentes de trabajo

Las estadísticas de accidentes de trabajo muestran grandes diferencias entre comunidades autónomas: las CCAA con mayores tasas de incidencia de accidentes de trabajo son Murcia, Baleares y Asturias. Además, en las dos primeras se ha producido un incremento de las tasas de incidencia que en Baleares casi alcanza el 30 % (Tabla 7).

Tabla 7
Incidencia acumulada anual de accidentes de trabajo por 1.000 trabajadores.
España, 1989-1998

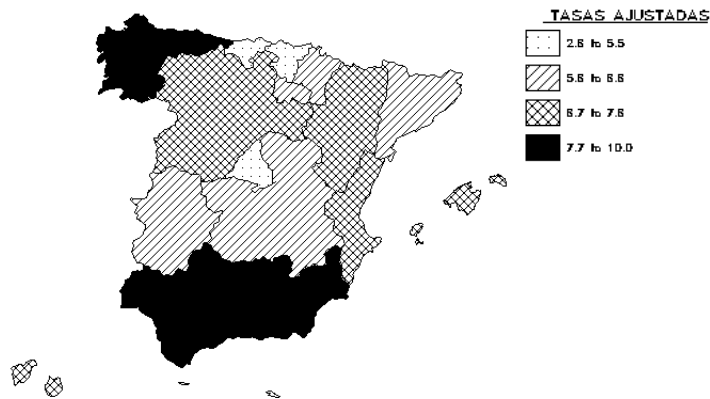
	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Total	66,2	68,6	66,9	61,6	54,6	56,1	60,6	61,9	64,9	68,3
Andalucía	55,5	59,0	59,6	54,1	47,2	48,7	52,0	53,2	55,6	60,6
Aragón	64,2	66,3	61,7	56,1	46,8	49,6	55,7	56,0	59,7	63,2
Asturias	86,2	87,2	90,1	79,5	67,5	70,8	96,2	91,9	91,0	83,5
Baleares	73,5	74,1	71,1	65,7	62,1	65,7	74,2	82,4	85,1	95,5
Canarias	69,9	64,0	60,0	55,8	52,5	54,1	58,6	62,7	66,8	75,0
Cantabria	65,1	66,7	64,9	60,4	54,5	55,9	55,7	54,9	59,3	64,4
Castilla-La Mancha	68,1	71,9	69,8	67,0	58,5	58,8	63,5	65,4	69,5	72,3
Castilla y León	60,4	63,3	62,5	58,9	52,5	53,5	55,4	57,6	59,6	60,0
Cataluña	81,8	83,8	82,0	75,2	65,3	65,3	68,4	67,0	70,4	74,8
Com. Valenciana	79,8	82,7	80,0	72,6	64,9	69,8	76,5	76,8	82,2	88,2
Extremadura	44,1	44,6	44,3	45,0	39,4	39,6	41,0	41,5	45,0	49,8
Galicia	49,4	52,3	50,8	48,3	43,7	44,8	49,5	50,5	52,8	56,4
Madrid	48,8	52,5	50,1	47,2	43,1	43,0	45,8	50,7	52,0	50,2
Murcia	84,9	90,9	86,7	74,7	67,4	74,1	83,2	84,2	91,2	96,3
Navarra	78,3	76,8	79,4	75,1	67,5	68,4	70,7	67,9	71,4	75,8
País Vasco	80,4	82,6	78,8	71,5	64,6	65,9	70,0	71,2	72,2	76,4
La Rioja	61,0	64,4	62,1	55,7	53,0	54,2	59,6	59,9	64,1	68,9
Ceuta	55,1	48,6	48,6	38,8	40,4	49,9	60,5	61,0	59,7	59,5
Melilla	48,0	49,1	44,0	45,7	36,0	50,0	58,7	68,6	72,1	57,4

3.9. Suicidio

La tasa de mortalidad por suicidio, como indicador de salud mental muestra diferencias importantes por CCAA, con las mayores tasas en Asturias y Galicia y las menores en Madrid (Figura 6).

3.10. Salud percibida

Los últimos datos sobre salud percibida comparables por comunidad autónoma proceden de la Encuesta Nacional de Salud del año 1993 y muestran, en general, que los residentes en las comunidades autónomas del Sur y Oeste de España valoran menos su salud que los residentes en la zona Centro, Norte y Este (Tabla 8).



Tasas ajustadas por edad. Población estándar: España, 1970.

Figura 6

Tasas de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes. España, 1995

Tabla 8

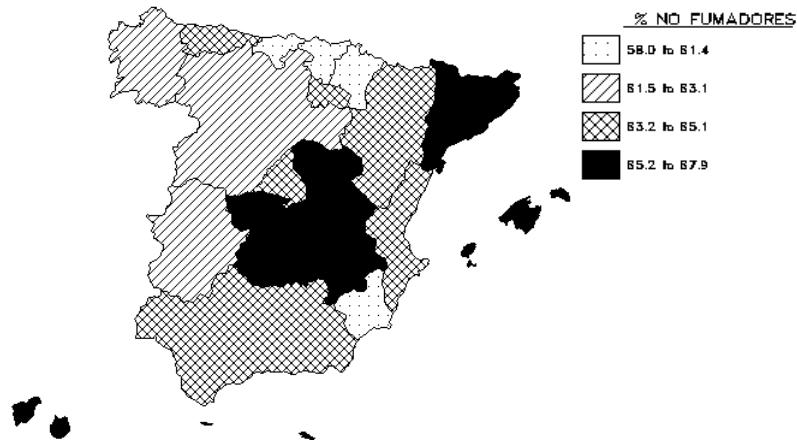
**Autovaloración del estado de salud en población de 16 y más años.
Distribución porcentual por comunidades autónomas. España, 1993**

	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala
Total	10,9	57,6	24,4	6,0	1,1
Andalucía	11,6	53,8	26,3	6,9	1,5
Aragón	9,4	59,7	24,6	5,4	0,9
Asturias	12,9	53,6	26,8	5,9	0,8
Baleares	13,2	55,0	24,3	5,7	1,9
Canarias	6,7	58,1	25,8	7,7	1,7
Cantabria	16,6	55,7	23,4	4,0	0,2
Castilla-La Mancha	8,4	61,6	24,0	4,4	1,7
Castilla y León	11,3	55,2	27,0	5,4	1,0
Cataluña	12,3	61,9	19,3	5,8	0,8
Comunidad Valenciana	13,8	56,7	23,3	5,1	1,1
Extremadura	9,7	55,2	27,8	6,5	0,7
Galicia	6,7	55,9	28,5	7,5	1,5
Madrid	7,8	59,8	25,3	6,0	1,1
Murcia	16,8	52,0	22,3	6,6	1,5
Navarra	10,6	64,3	20,5	4,1	0,4
País Vasco	13,2	58,9	22,7	4,6	0,6
La Rioja	8,4	62,7	20,9	7,5	0,6
Ceuta y Melilla	13,1	50,7	26,6	7,6	2,0

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores de Salud.

3.11. Estilos de vida

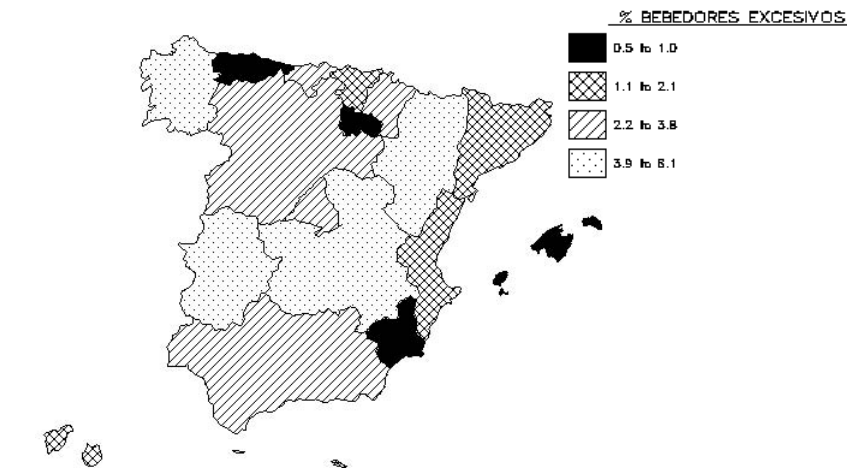
En lo que se refiere a hábitos y estilos de vida, en las Figuras 7, 8 y 9 se presenta la distribución de diferentes estilos de vida entre las CCAA según los datos de la



Tasas ajustadas. Población estándar: España, 1970.

Figura 7

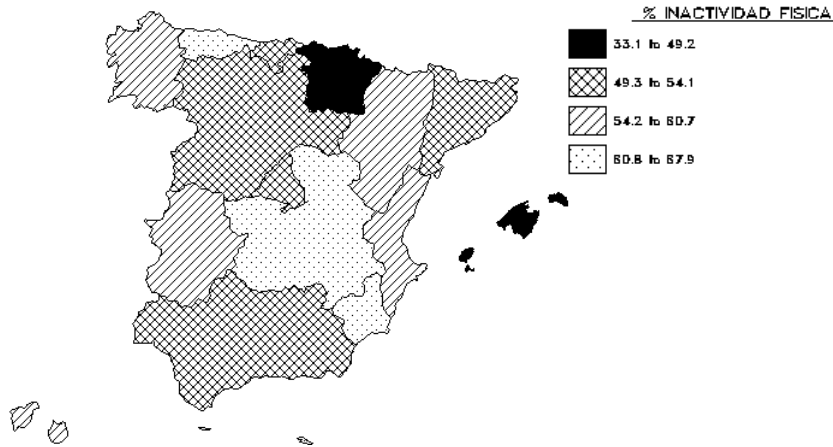
Porcentaje de población de 16 y más años, no fumadora. España, 1993



Tasas ajustadas. Población estándar: España, 1970.

Figura 8

Porcentaje de población de 16 y más años, bebedora excesiva. España, 1993



Tasas ajustadas. Población estándar: España, 1970.

Figura 9
Porcentaje de población de 16 y más años que no realizan actividad física en su tiempo libre. España, 1993

Encuesta Nacional de Salud del año 1993.

Bibliografía

1. Regidor E. Apoyar sistemas de información para la salud. En: Álvarez Dardet C y Peiró S (editores) *La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Informe SESPAS 2000*. Granada: EASP; 2000: 421-428.
2. Decisión 1400/97/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 30 de junio de 1997 por la que se adopta un programa de acción comunitario sobre la vigilancia de la salud en el marco de la acción en el ámbito de la salud pública (1997-2001). *DOCE* nº L 193 de 22/07/1997.
3. Murray C, Frenk J. A WHO framework for health system performance assessment. *Bull World Health Organ* 2000; 78: 717-731.
4. Navarro V. Assessment of the World Health Report 2000. *Lancet* 2000; 356: 1598-1601.
5. Almeida C et al. Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. *Lancet* 2001; 357: 1692-1697.
6. Hurst J, Jee-Hughes M. Performance measurement and performance management. In: *OECD Health Systems*. [citado 2001 Jun 27]. Disponible en URL:

- [http://www.oelis.oecd.org/OLIS/2000DOC.NSF/LINKTO/DEELSA-ELSA-WD\(2000\)8](http://www.oelis.oecd.org/OLIS/2000DOC.NSF/LINKTO/DEELSA-ELSA-WD(2000)8)
7. Canadian Institute for Health Information. *Health Indicators* 2001 [citado 2001 Jul 5]. Disponible en URL: <http://www.cihi.ca/HealthReport2001/toc.shtml>
 8. Dictamen del Comité de las Regiones sobre la Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones sobre la estrategia sanitaria de la Comunidad Europea. *DOCE C* 144 de 16/05/2001
 9. Regidor E. Fuentes de información de mortalidad y morbilidad. *Med Clin (Barc)* 1992; 99: 183-187.
 10. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema Nacional de Salud. *Estadísticos de referencia estatal 1998*. [citado 2001 Jun 27]. Disponible en URL: <http://www.msc.es/cmbd/publicaciones/home.htm>
 11. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). *Directorio de Registros Sanitarios Españoles de Utilidad en Evaluación de Tecnologías Sanitarias*. Madrid: AETS-Instituto de Salud Carlos III, 2000. Informe N° 26.
 12. Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999. Primeros resultados. Datos provisionales*. Madrid, 2000.
 13. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Informe sobre la salud de los españoles. 1998*. Madrid: MSC; 1999.
 14. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL. *Indicadores de Salud. Cuarta evaluación en España del Programa Regional Europeo Salud para todos*. Madrid: MSC; 1999.
 15. EUROSTAT. *Datos clave sobre la salud*. Luxemburgo; 2000.
 16. Gutiérrez-Fisac JL, Gispert R, Solá J. Factors explaining the geographical differences in Disability Free Life Expectancy in Spain. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 451-455.