



**ANÁLISIS DE LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO Y CLASE SOCIAL EN EL
DESEMPEÑO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DE LAS COMUNIDADES
AUTÓNOMAS**

Informe elaborado por:

Anna García-Altés,
Josep Ferrando,
Joan Mendivil,
Carme Borrell

Agència de Salut Pública de Barcelona

Para:

Observatorio de Salud de la Mujer

Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud

Secretaría General de Sanidad

Ministerio de Sanidad y Consumo

INDICE

Resumen ejecutivo	3
Introducción	6
Antecedentes	6
Iniciativas para la medida del desempeño	7
Medida del desempeño en contextos urbanos	16
Objetivos	19
Objetivo general	19
Objetivos específicos	19
Metodología	20
Fuentes de datos	20
Indicadores	21
Construcción de indicadores compuestos	23
Análisis	24
Resultados	26
Población	26
Estructura	29
Mejoras en el estado de salud	31
Acceso equitativo	53
Provisión efectiva de servicios sanitarios apropiados	63
Eficiencia	83
Resultados en salud	86
Discusión	98
Resultados generales	98
Desigualdades de género	102
Desigualdades de clase social	104
Algunas comunidades autónomas que merecen especial atención	104
Limitaciones del estudio	106
Utilidad y aplicaciones de las iniciativas de análisis del desempeño	106
Conclusiones	108
Bibliografía.....	109
Anexo 1. Definición técnica de los indicadores analizados	112
Anexo 2. Tablas de resultados	131

RESUMEN EJECUTIVO

Introducción

El desempeño (*performance*) de los servicios sanitarios puede definirse como el conjunto de actividades y programas llevados a cabo para alcanzar objetivos y metas que han sido establecidos previamente.

En los últimos años, han aumentado las iniciativas y la atención dirigidos a la medida del desempeño de los sistemas sanitarios, con el objetivo final de mejorarlos y dar una mejor atención a la población. Existen iniciativas de este tipo en Australia, Canadá, Reino Unido y Nueva Zelanda, e iniciativas más parciales en Suecia, Francia, Holanda y Estados Unidos.

Las ciudades de Barcelona y Québec están trabajando en una iniciativa de análisis del desempeño de los servicios sanitarios, que ha permitido detectar fortalezas y debilidades de los servicios sanitarios de estas ciudades, así como su efecto en los resultados en salud obtenidos.

El objetivo de la evaluación del desempeño es proporcionar a los gobiernos y poblaciones información adecuada sobre el estado de su sistema sanitario. Idealmente, la información debería ser utilizada para rediseñar los sistemas sanitarios de la manera más efectiva, eficiente y equitativa de tal forma que todos los actores del sistema estuvieran satisfechos (consumidores, profesionales, proveedores, gestores y decisores).

El objetivo de este estudio es analizar el desempeño de los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas, y las desigualdades de género y clase social en este desempeño.

Metodología

Se han escogido los indicadores del NHS en su versión del 2002 para el análisis de las desigualdades en el desempeño de los servicios sanitarios de las comunidades autónomas, a partir de la selección de aquellos que eran aplicables y relevantes y para

los que se disponía de información para su cuantificación, y de la adición de otros indicadores que se consideraron relevantes y más apropiados en el caso del Estado español.

Se trata de un análisis observacional de corte transversal. Cada indicador se ha analizado para cada comunidad autónoma, y según sexo y clase social, cuando esta categorización estaba disponible. Así, se han podido establecer comparaciones de manera agregada por comunidades autónomas, y por sexo y clase social dentro de cada comunidad.

Resultados

Los resultados del análisis muestran diferencias entre comunidades autónomas en su composición demográfica, patrones de mortalidad, incidencia de tuberculosis y sida, prevalencia de consumo de tabaco, realización de ejercicio físico en el tiempo libre y prevalencia de sobrepeso, y en los indicadores de utilización y eficiencia de servicios hospitalarios. Los resultados apuntan también desigualdades de género y clase social en algunos de los indicadores analizados.

En general, ninguna comunidad autónoma está claramente mejor que otra, ya que los resultados de los indicadores son muy variados. A pesar de ello, merecen especial atención Ceuta y Melilla y Canarias, dos comunidades autónomas donde se han detectados peores indicadores de desempeño.

Discusión

El análisis realizado tiene las limitaciones propias del trabajo con grandes bases de datos: la ausencia de datos (*missings*), los errores de codificación y la exhaustividad de la cobertura de los registros son algunas de ellas. Es también destacable la falta de la variable clase social en algunas de las bases de datos y registros analizados. La limitación principal del análisis la constituyen los errores de codificación de variables y falta de casos detectados en el CMBD.

Este estudio es un ejemplo de la utilidad y aplicabilidad de una iniciativa de análisis del desempeño. El análisis ha dado resultados muy interesantes en lo referente al análisis

y la comparación de la estructura demográfica, los estilos de vida, los servicios sanitarios, la práctica clínica, los modelos de gestión y los resultados en salud obtenidos.

Los resultados del análisis han puesto de relieve desigualdades en el desempeño de los servicios sanitarios, tanto entre comunidades autónomas como entre géneros y clases sociales. Esta información puede ser la base para el desarrollo de políticas posteriores dirigidas a la reducción de desigualdades, tanto desde el punto de vista de los servicios sanitarios, como de otras políticas sociales.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

El desempeño (*performance*) de los servicios sanitarios puede definirse como el conjunto de actividades y programas llevados a cabo para alcanzar objetivos y metas que han sido establecidos previamente¹. En otras palabras, en un sistema sanitario, el desempeño tiene una orientación estratégica, forma parte de la estructura del sistema sanitario y le permite la consecución de su misión, en el sentido de alcanzar las metas definidas por la población y el gobierno¹.

En los últimos años, han aumentado las iniciativas y la atención dirigidos a la medida del desempeño de los sistemas sanitarios, con el objetivo final de mejorarlos y dar una mejor atención a la población. Los determinantes de esta tendencia tienen su origen en las características actuales del entorno donde la atención sanitaria tiene lugar, así como en las preocupaciones de los gobiernos y la población². Por un lado, hay imperativos fiscales y de gestión, derivados del aumento del gasto sanitario en todos los países desarrollados. Dos razones que pueden señalarse como causa son el envejecimiento de la población y la rápida innovación y difusión de las tecnologías médicas. Estos factores están presionando a los gobiernos con limitaciones financieras a diseñar nuevas estrategias para contener los costes y mejorar la eficiencia global de sus sistemas sanitarios. Por otro lado, las expectativas del público están aumentando, lo que implica que los usuarios también hacen un escrutinio de su sistema sanitario, quieren saber a dónde va su dinero y por qué, y están esperando que sus gobiernos rindan cuentas del desempeño global del sistema. Finalmente, preocupaciones sobre la seguridad, la calidad y la equidad son cada vez más presentes.

El objetivo de la evaluación del desempeño es proporcionar a los gobiernos y poblaciones información adecuada sobre el estado de su sistema sanitario. Idealmente, la información debería ser utilizada para rediseñar los sistemas sanitarios de la manera más efectiva, eficiente y equitativa de tal forma que todos los actores del sistema estuvieran satisfechos (consumidores, profesionales, proveedores, gestores y decisores).

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha identificado algunas tareas que debe incluir cualquier iniciativa de evaluación del desempeño¹:

- Monitorizar los determinantes de la salud.
- Construir un sustrato de evidencias sobre la relación entre las características de un sistema sanitario y su desempeño, que proporcione herramientas útiles a los decisores para el desarrollo de sistemas efectivos.
- Ayudar a determinar prioridades de intervenciones de promoción de la salud, y contribuir a su diseño y seguimiento.
- Proporcionar análisis y compartir información sobre experiencias con el fin de construir evaluaciones más fiables y efectivas.
- Evaluar el progreso de las metas clave del sistema.

Iniciativas para la medida del desempeño

Informe sobre el Estado de la Población Mundial 2000

El objetivo de este informe fue determinar si un sistema de salud se desempeña tan bien como podría, es decir, si es capaz de alcanzar los tres objetivos intrínsecos definidos para los sistemas de salud de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS): mejorar la salud para todos, dar respuesta adecuada por parte del sistema de salud a las expectativas de la población y equidad del sistema medida a partir de la contribución financiera³.

La OMS propone cinco indicadores para medir este desempeño. El primero de ellos es el nivel de salud, medido a partir de la esperanza de vida ajustada por discapacidad (DALE). De manera breve, los DALE son una medida de la esperanza de vida ajustada para tener en cuenta el tiempo vivido con una discapacidad. Los DALE son una estimación del porcentaje de la población sobreviviendo a cada edad, calculada a partir de la fecha de nacimiento y las tasas de mortalidad; la prevalencia de cada tipo de discapacidad a cada edad; y el peso asignado a cada tipo de discapacidad que puede o no variar con la edad. Los DALE son pues el número de años de buena salud que un recién nacido promedio, en un determinado país, y en un punto determinado del tiempo, puede esperar vivir a lo largo de su vida.

El segundo indicador es la distribución del nivel de salud en la población, medida a partir de un índice basado en la mortalidad infantil, en todos los países que cuentan

con datos completos sobre los nacimientos, y que tiene en cuenta el acceso al sistema sanitario.

La respuesta global del sistema sanitario y su distribución en la población también fue utilizada como un indicador de desempeño, reflejando respeto por las personas y una clara orientación al cliente. El concepto de respeto por las personas incluyó el respeto por la dignidad de la persona, así como confidencialidad y autonomía para participar en decisiones sobre la salud de cada uno. La orientación al cliente estuvo compuesta por atención expedita, calidad de las prestaciones básicas, acceso a redes de apoyo social y posibilidad de elección del proveedor. La medición se basó en una encuesta a 1006 individuos de 125 países, la mitad de ellos del equipo de la OMS. Finalmente, se incluyó un indicador de equidad en la contribución financiera, medido mediante un índice basado en la proporción de gasto en atención sanitaria.

Se asignaron pesos a los cinco indicadores, de nuevo con base en las encuestas de informantes clave. El 50% fue asignado a resultados globales en salud, con un 25% para el nivel de salud y un 15% para su distribución; 12,5% fue asignado al nivel de respuesta global del sistema sanitario y 12,5% a su distribución en la población. Por último, 25% fue asignado al financiamiento equitativo. Las puntuaciones ponderadas fueron utilizadas para crear un único índice compuesto.

Desde el punto de vista metodológico, algunos problemas relacionados con los métodos y los indicadores utilizados pueden destacarse. En particular, el uso de informantes clave para determinar el indicador de nivel de respuesta global del sistema sanitario requiere un manejo muy cuidadoso, ya que el objetivo es obtener un panel representativo de las experiencias de usuarios y cuidadores. En la misma línea, sería restrictivo pensar que la equidad sólo puede ser experimentada y medida mediante su componente monetario. La equidad también podría incluir la equidad de acceso mediante la medición de desigualdades geográficas, económicas, de clase social y de género. También es importante resaltar que todos los datos perdidos de los indicadores fueron inferidos estadísticamente, introduciendo un margen de error en los análisis finales.

Adicionalmente, algunas personas podrían no estar de acuerdo con el abordaje de los DALE y proponer otras medidas de resultado (DALYs, QALYs). No está clara la elección de este método de medida de resultados y si éste debiera ser preferido por encima de otros más tradicionales (morbilidad, mortalidad, prevalencia de diferentes

enfermedades, muertes según edad o grupos socioeconómicos, entre otros) que no agruparían necesariamente toda esta información en un único indicador. Más aún, algunos expertos expresaron su opinión y argumentaron que la OMS no debería combinar los logros de metas individuales sino que simplemente debería reportar los logros de cada objetivo separadamente, ya que los procesos de ponderación y de encuestas están lejos de ser adecuados o universalmente aceptados^{4,5}. La misma OMS reconoció estas críticas y propuso que el índice compuesto podría ser calculado y reportado rutinariamente, dando flexibilidad a aquellos que prefieren centrarse en sus componentes, ya que las evaluaciones individuales también pueden ser dadas por separado. No obstante, el índice compuesto debería permitir comparaciones internacionales importantes.

El informe de la OMS 2000 estimuló un intenso debate interno alrededor del proceso de lanzamiento del informe y sobre su contenido científico, y también tuvo el efecto de animar críticas e iniciativas institucionales. Por ejemplo, la OPS llevó a cabo una serie de reuniones y discusiones que culminaron en un grupo de recomendaciones para la evaluación del desempeño. La principal idea fue que el desempeño de los servicios sanitarios va más allá de la eficiencia (una asunción de base hecha por el informe de la OMS), sino que incluye un grupo de actividades:

- Medición de objetivos alcanzados.
- Medición del sistema sanitario y de los recursos del sistema no relacionados con los servicios sanitarios, pero utilizados para conseguir resultados.
- Estimación de la eficiencia con la que los recursos son utilizados para obtener resultados.
- Evaluación de la forma en que las funciones del sistema influyen sobre los niveles observados de logros y eficiencia.
- Diseño e implementación de políticas para mejorar los logros y la eficiencia.

Mejorar el desempeño del sistema de salud podría convertirse en un concepto más amplio que incluyera este grupo completo de actividades. En opinión de la OPS, el desempeño debería centrarse en la evaluación de las múltiples dimensiones de los sistemas sanitarios, por medio de indicadores de recursos, funciones, resultados y objetivos finales. También y muy importante para la OPS, la evaluación del desempeño debería concatenarse con la toma de decisiones, y no ser visto como un ejercicio académico. La evaluación rutinaria del desempeño de los sistemas de salud necesitaría que los gobiernos nacionales monitorizaran y evaluaran los logros de sus

sistemas de salud, para diagnosticar los determinantes del desempeño observado e identificar políticas y estrategias para mejorarlos¹.

Por otro lado, la OECD también propone algunas modificaciones al marco propuesto por la OMS. Primero, consideran que “acceso” podría ser un componente de “respuesta”, básicamente para permitir que las preguntas sobre equidad en el acceso al cuidado de la salud sean tratadas dentro del marco propuesto. En segundo lugar, sugiere incluir el nivel de gasto en salud como una meta y ser tratado dentro del marco. Finalmente, la OECD no sugiere ningún tipo de ponderación de metas.

Australia

En Australia hay un extenso trabajo llevado a cabo en el campo del *benchmarking* a todos los niveles – sectores local, regional, estatal, nacional, privado y público. Existe una profunda conciencia de la importancia de la medición del desempeño y del valor de las comparaciones dentro del sector salud. El Ministerio de Salud de Australia estableció el *National Health Performance Committee* (NHPC) en agosto de 1999, para continuar el trabajo del *National Health Minister's Benchmarking Group*⁶. Este comité tiene la responsabilidad de desarrollar y mantener un marco para la evaluación del desempeño del sistema sanitario, apoyar el *benchmarking* para la mejora del sistema sanitario y proporcionar información sobre el desempeño del sistema sanitario a nivel nacional. Esta información tiene una relevancia directa para el desarrollo de futuras políticas de salud y la financiación de servicios, así como para guiar las decisiones sobre dónde invertir para conseguir una mejora de la salud y del bienestar de la población australiana a largo plazo.

El NHPC trabaja para promover el uso del *benchmarking* basado en el desempeño nacional y en indicadores que buscan mejorar la calidad del sistema sanitario. Para desarrollar los indicadores de desempeño fue importante establecer los objetivos de los programas y las estrategias de tal forma que los indicadores fueran significativos y relevantes. La participación del gobierno en el sistema sanitario ayuda a proteger y restaurar eficientemente y efectivamente la salud de la comunidad mediante:

- Promoción de la salud.
- Determinando las causas de enfermedad y reduciendo la exposición de la comunidad a estilos de vida negativos y a riesgos ambientales.
- Previendo o detectado enfermedades por medio de la provisión de servicios que puedan mejorar los resultados en salud con costes relativamente bajos.

- Cuidando a la población enferma mediante el uso de servicios de intervención apropiados.
- Proporcionando servicios para el cuidado de la salud adecuados que reconozcan las diferencias culturales de la población.
- Proporcionando acceso equitativo a estos servicios.

El NHPC se centra en el establecimiento de directrices estratégicas para el desarrollo de indicadores de desempeño, y es apoyado por grupos de trabajo que tratan temas o áreas específicas y proporcionan soporte técnico. Los tres objetivos clave del comité son:

- Extender el marco nacional de indicadores de desempeño a otros servicios diferentes de los servicios hospitalarios de agudos, incluyendo el desarrollo de indicadores del desempeño global del sistema de salud, pero también para servicios como salud comunitaria, atención primaria y salud pública.
- Establecer buenos lazos y aprovechar el amplio trabajo llevado a cabo en el desarrollo de indicadores de desempeño en toda la nación.
- Mejorar el tiempo de reporte de la información sobre desempeño.

El NHPC actualmente está desarrollando un marco nacional para la medición del desempeño, con el objetivo de facilitar la transmisión de resultados sobre el desempeño a escala nacional y añade valor al dar información a escala estatal y local, así como para poblaciones específicas o poblaciones en riesgo. Sin embargo, aún hay vacíos significativos y deficiencias en el marco propuesto, con algunas dimensiones de desempeño sin acuerdo o sin indicadores disponibles. El trabajo futuro del NHCP incluirá el desarrollo de una base de datos sobre indicadores relevantes para las dimensiones de desempeño, áreas prioritarias de salud e intervenciones, resultados en salud, determinantes de la salud e infraestructura del sistema de salud.

Canadá

En 1998, cerca de 500 personas – gestores, investigadores, cuidadores, planificadores, grupos por la defensa de la salud y consumidores – fueron reunidas para identificar las necesidades de información en salud. Una de sus prioridades fue la de contar con datos comparables sobre indicadores clave en salud y en servicios sanitarios. En respuesta, el *Canadian Institute for Health Information* (CIHI) y *Statistics Canada* iniciaron un proceso conjunto para identificar los indicadores que deberían ser utilizados para dar información sobre la salud y el sistema sanitario, con el fin de compartir esta información con los canadienses⁷.

El objetivo principal del proyecto de indicadores de salud es apoyar a las regiones sanitarias en la monitorización del progreso, en la mejora y mantenimiento de la salud de la población, y el funcionamiento del sistema sanitario del que son responsables mediante la provisión de información de calidad que pueda ser comparable en relación con:

- La salud global de la población atendida, la forma en la que se compara con otras regiones en la provincia y país, y cómo cambia en el tiempo.
- Los principales determinantes no médicos de salud en la región.
- Los servicios sanitarios recibidos por los residentes de la región.
- Las características de la comunidad o del sistema de salud.

Los indicadores en salud fueron seleccionados como relevantes para la medición de objetivos de salud establecidos, con base en definiciones y métodos estándar (comparables), y disponibles ampliamente, a partir de la diseminación electrónica en el ámbito regional, provincial o nacional. Las consultas continuaron con las autoridades de salud provinciales y regionales para refinar y expandir la lista inicial de indicadores, confirmándolos en una conferencia de consenso. Tras la compilación de la información, las autoridades provinciales y regionales también se involucraron en el proceso de verificación. Este proceso conjunto tuvo como fin asegurar datos relevantes y métodos consistentes.

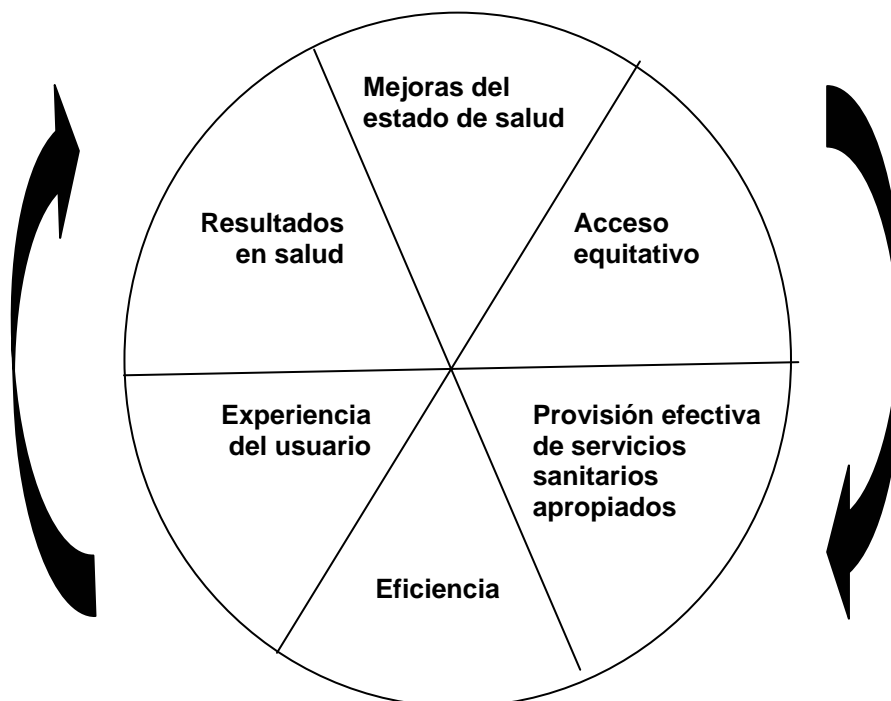
Reino Unido

Existe una larga historia de medición del desempeño en el *National Health Service*, que ha ido evolucionando de acuerdo con los cambios en el gobierno durante los últimos veinte años. En los 80s, las medidas de desempeño llevadas a cabo fueron las de actividad y de coste, eventualmente utilizadas para la gestión local y la monitorización central. Desde el comienzo de los 90s hasta 1997 y con el cambio de gobierno, los indicadores fueron orientados a la medición de la eficiencia, con una atención centrada en la contabilidad pública. Estos *performance indicators* han tenido refinamientos y cambios sucesivos hasta su última versión, la correspondiente a 2002⁸.

Los indicadores del NHS miden el desempeño de los servicios sanitarios en los objetivos que a continuación se mencionan. De forma gráfica, este marco conceptual puede verse en la Figura 1, donde la forma circular muestra la interrelación de los distintos objetivos.

- Mejoras del estado de salud. Refleja el objetivo general de mejorar la salud de la población y reducir las desigualdades en salud.
- Equidad en el acceso. Reconoce que la contribución de los servicios sanitarios ha de empezar por ofrecer un acceso equitativo, con relación a las necesidades, independientemente de cuál sea el lugar de residencia, el grupo socio-económico, la raza, la edad o el sexo.
- Provisión efectiva de servicios sanitarios apropiados. Reconoce que el acceso equitativo lo ha de ser a atención sanitaria que sea efectiva, apropiada y en el momento en que se necesite, y que cumpla los estándares establecidos.
- Eficiencia del sistema. Garantiza que la atención efectiva es provista con el mínimo mal uso de recursos, y que los servicios sanitarios usan los recursos sacando el mayor provecho.
- Experiencia del usuario. Evaluar la manera en que los pacientes y sus cuidadores experimentan y ven la calidad de la atención que reciben y garantizar que los servicios sanitarios sean sensibles a las necesidades individuales.
- Resultados en salud. Evaluar de manera directa la contribución de los servicios sanitarios a la mejora del estado de salud.

Figura 1. Marco conceptual de análisis del desempeño de los servicios sanitarios.



Fuente: adaptado de: National Health Service. The NHS performance assessment framework. London: National Health Service, 1999.

Estos indicadores son actualizados regularmente. El gobierno también está desarrollando indicadores para evaluar el desempeño de los servicios del NHS – agudos, ambulancias, salud mental y atención primaria. El fin último de esta iniciativa es identificar y proporcionar a hospitales y a otros proveedores incentivos e instrumentos de gestión adecuados. Estos indicadores están en línea con las prioridades del gobierno, con relación a los objetivos de desempeño de los hospitales del NHS.

Este abordaje es uno de los más completos hasta la fecha. El marco conceptual contiene todas las áreas del sistema sanitario, con indicadores que reflejan las prioridades del gobierno y las preocupaciones públicas. Este tipo de marco podría aplicarse a otros contextos, como el urbano, adaptando los indicadores seleccionados para que tengan en cuenta preocupaciones concretas.

Nueva Zelanda

Aunque no hay un marco global sobre indicadores de desempeño en salud, una parte importante del desarrollo de políticas en Nueva Zelanda ha sido el desarrollo de indicadores para medir diferentes aspectos del sistema sanitario tales como el acceso a los servicios, desigualdades étnicas y calidad de la atención⁹. En 1996, el Ministerio de Salud entró en un acuerdo anual de apoyo financiero con la *Health Funding Authority* (HFA) para el periodo durante el cual la HFA fue responsable de la compra de servicios sanitarios en Nueva Zelanda. El acuerdo financiero fue el documento de contabilidad clave con el que la HFA sería monitorizada. Este determinó una serie de objetivos clave, de mediciones y reportes para monitorizar el desempeño frente a estos objetivos, y especificó los fondos que deberían estar disponibles para llevarlos a cabo¹⁰. El acuerdo también definió los servicios básicos que la HFA debería proporcionar, incluyendo los términos de acceso y los estándares de seguridad.

Mientras los objetivos del sistema sanitario y del gobierno estuvieron centrados en resultados prioritarios, la mayoría de las mediciones de desempeño para la HFA especificaron procesos y productos que debieron contribuir a estos resultados. Por ejemplo, en 1999/2000 se definieron 12 objetivos que incluyeron acceso, calidad, seguridad, oportunidad, equidad y acceso consistente a escala nacional para servicios electivos y disminución en las desigualdades en el estado de salud a largo plazo.

Las mediciones de desempeño relevantes para estos objetivos incluyeron:

- Mejora de la cobertura del sistema de información para el público.
- Provisión de información a los proveedores.
- Nivel verosímil de acceso a los servicios quirúrgicos.
- Compra de servicios para las áreas de salud prioritarias de los maoríes.

La mayoría de los objetivos de desempeño definidas para la HFA están relacionadas con el proceso más que con los resultados. Sin embargo, tiene en cuenta los datos sobre áreas principales tales como tiempos de espera para cirugía electiva, estado de salud de diferentes grupos socioeconómicos y étnicos y la provisión de servicios. De hecho, la *Performance Management Unit* del Ministerio de Salud ha preparado informes periódicos sobre mortalidad ajustada por riesgo, tasas de readmisión y complicación en hospitales de Nueva Zelanda.

La experiencia de Nueva Zelanda es exitosa. El proceso de acuerdos de contratación formalizado entre el financiador/gobierno y el comprador central parece que ha mejorado la contabilidad y la transparencia en la compra y en la provisión de servicios en Nueva Zelanda, mediante datos de mejor calidad y mediciones de desempeño. Hacer responsables a los compradores de la provisión de productos y procesos con unas guías claras en términos de objetivos de salud o áreas prioritarias ha permitido que los fondos sean administrados hacia áreas ignoradas hasta ahora como la salud Maori, la salud del discapacitado o la atención buco-dental. Sin embargo, es menos claro cuál ha sido el impacto de estos acuerdos en términos de resultados en salud. En particular, no hay ninguna evaluación del desempeño de la HFA comparando el periodo precedente cuando había cuatro autoridades compradoras y los proveedores competían unos con otros.

Otras experiencias

Existen otras experiencias en la evaluación del desempeño que a pesar de ser evaluaciones parciales del sistema de salud, o estar en etapas iniciales de desarrollo, se justifica que sean mencionadas. Las que se presentan a continuación son un ejemplo de la clase de proyectos actualmente en desarrollo y uso. Tal es el caso de la experiencia holandesa de medición y mejora del desempeño de los servicios domiciliarios, que muestra que estas experiencias pueden ser aplicadas exitosamente en áreas específicas como la del cuidado de pacientes crónicos¹¹. Australia tiene varios cuerpos de acreditación como el *Australian Council on Healthcare Standards*, colegios médicos y consorcios de hospitales para desarrollar indicadores apropiados, hacer *benchmarking* y reportar el desempeño⁶. Desde el año 2000, Nueva Zelanda ha

establecido *balance score cards* agrupando información sobre costes, calidad y resultados que son utilizados para comparar el desempeño hospitalario y editar informes trimestralmente¹¹.

Otro ejemplo es el de Estados Unidos, con diferentes experiencias en la evaluación del desempeño, principalmente orientados a garantizar la calidad de los servicios proporcionados por las *Health Maintenance Organizations*¹². Cabe destacar el desarrollo del CAHPS, una encuesta de planes de salud que recoge información sobre acceso, cuidado interpersonal y servicios administrativos desde la perspectiva del usuario y busca facilitar el *benchmarking* en todos los niveles del sistema de salud, desde el pago por servicio hasta los planes de *managed care*¹³. Francia tiene un sistema nacional de acreditación y evaluación¹¹.

Suecia tiene registros nacionales de calidad que han generado grandes cantidades de publicaciones y proporcionado ejemplos de mejora en la calidad y el coste del cuidado hospitalario¹¹. De forma similar, en 1999 una comisión especial fue creada por el gobierno sueco para explorar posibilidades de desarrollo de indicadores globales que describieran el desempeño del sistema de salud y la calidad del cuidado de la salud. La comisión desarrolló un grupo de 60 indicadores clínicos para 14 enfermedades representando una carga significativa de la enfermedad en Suecia. El objetivo final es desarrollar un grupo de indicadores más completo que describiera aspectos sobre respuesta, acceso a los servicios sanitarios y costes de los mismos. Suecia también tiene una parte activa en el desarrollo de un marco común de indicadores de desempeño para los países nórdicos. Esta alianza de países nórdicos resalta la utilidad de compartir información. Al mismo tiempo, la cercanía cultural significa que el ejercicio no es simplemente retórico, sino que puede ayudar a identificar políticas exitosas y cambios organizacionales que podrían ser implementados en otros contextos de características similares.

Medida del desempeño en contextos urbanos

Las grandes ciudades tienen características específicas. Éstas han incorporado la pobreza en los barrios marginales localizados en sus centros y periferia como consecuencia de factores sociales tales como estándares de vida más caros, aumento en las tasas de desempleo, redes sociales débiles y la expansión de la globalización e inmigración. Los problemas de salud existentes en los barrios marginales son una

consecuencia de estas condiciones sociales particulares¹⁴. En las ciudades, la salud pública y los servicios disponibles para el cuidado de la salud deberían afrontar estas problemáticas con políticas y programas específicos. Los contextos urbanos pueden ser un micro ambiente donde se pusieran a prueba los diferentes abordajes para medir el desempeño de los servicios sanitarios, y sería una aplicación mucho más específica, permitiendo la medición de las metas alcanzadas y la efectividad de los programas implementados.

En esta línea, se desarrolló una iniciativa para evaluar el desempeño de los servicios sanitarios en las ciudades de Barcelona y Montreal a raíz de un acuerdo firmado entre los gobiernos de Québec y de Cataluña. Para tal efecto, un grupo multidisciplinario de expertos constituido por diez personas de reconocida trayectoria en las áreas de atención primaria, atención especializada, salud mental, salud pública, políticas y planificación sanitaria, gestión hospitalaria e investigación en servicios sanitarios, llevaron a cabo un análisis de las iniciativas existentes en la evaluación del desempeño de los servicios sanitarios y seleccionaron la del Reino Unido. La razón para la selección de esta iniciativa fue que ésta era la iniciativa más adecuada para Barcelona y Montreal, ya que tiene en cuenta dimensiones generales de salud a la vez que incluye áreas más específicas para la evaluación de los servicios sanitarios de estas ciudades, como por ejemplo VIH/sida, salud de la población inmigrantes, salud comunitaria, tipos específicos de cáncer y desigualdades geográficas, entre otras. Adicionalmente, la mayoría de los indicadores pueden ser obtenidos con los datos epidemiológicos, de actividad y económicos disponibles de forma regular.

A lo largo de tres sesiones, los indicadores construidos bajo la iniciativa del NHS fueron revisados, adaptados y otros nuevos fueron añadidos. Como resultado se obtuvo una lista de 107 indicadores que posteriormente fueron priorizados con base en su importancia, fiabilidad, disponibilidad de información para su cálculo y comparabilidad. Al final, se obtuvo un grupo de 76 indicadores.

Posteriormente, los grupos de trabajo de Montreal y Barcelona consensuaron las características de estos indicadores mediante tres videoconferencias. Discutieron su construcción y la definición técnica de cada uno de ellos. Por último, fueron calculados a partir de la información del periodo 2000-2002. Para comparar las tasas, se estandarizaron a partir de la población mundial estándar 2000-2025. Adicionalmente, se recopiló información para un grupo de indicadores descriptivos relacionados con

información demográfica básica y las principales características de los sistemas de sanitarios de ambas ciudades.

La comparación de Barcelona y Montreal permitió identificar fortalezas y debilidades del funcionamiento del sistema sanitario de ambas ciudades, des de temas relacionados con los recursos obtenidos en cada ciudad, a temas de gestión, pasando por temas de calidad de la atención¹⁵. En la actualidad, se está trabajando en la continuidad del proyecto, siguiendo la recogida prospectiva anual de datos en ambas ciudades, para hacer un seguimiento de la evolución del nivel de desempeño. Esta iniciativa constituye una experiencia pionera en el ámbito internacional.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Analizar el desempeño de los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas, y las desigualdades de género y clase social en este desempeño.

Objetivos específicos

- Medir el desempeño de los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas.
- Medir las desigualdades de género y clase social en el desempeño de los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas.

METODOLOGÍA

Fuentes de datos

De acuerdo con los indicadores escogidos, las fuentes de información para medir las desigualdades en el desempeño de los servicios sanitarios que ha sido necesario consultar son las siguientes (ver Anexo 1 para consultar las fuentes de información de cada uno de los indicadores):

- Datos de población. En los indicadores en los cuales ha sido preciso calcular tasas estandarizadas por edad, se ha utilizado el método directo para su realización, siendo la población española del Censo de Población de 2001 la utilizada como población de referencia. Todos los denominadores poblacionales se han obtenido de los datos del Instituto Nacional de Estadística, para los años correspondientes a cada indicador.
- Encuesta Nacional de Salud 2003. El Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) ha proporcionado la base de datos.
- Registros de mortalidad. El Ministerio de Sanidad y Consumo ha proporcionado la base de datos correspondiente al año 2002 para las causas solicitadas.
- Registros de nacimientos. El Ministerio de Sanidad y Consumo ha proporcionado los cálculos hechos correspondientes a 2003.
- CMBD. El Ministerio de Sanidad y Consumo ha proporcionado la base de datos para los códigos de diagnóstico y procedimientos solicitados para el año 2002.
- Registros de vacunas. El Ministerio de Sanidad y Consumo ha proporcionado los cálculos hechos para el año 2004.
- Registros de sida y tuberculosis. El Ministerio de Sanidad y Consumo ha proporcionado los números totales por comunidad autónoma para hacer los cálculos de tasas correspondientes al año 2004 y 2003, respectivamente.
- Información de la Organización Nacional de Transplantes, proveniente del Ministerio de Sanidad y Consumo. El Ministerio de Sanidad y Consumo ha proporcionado los números totales por comunidad autónoma para hacer los cálculos de tasas correspondientes al año 2004.
- Información sobre ventas de fármacos, proveniente del Ministerio de Sanidad y Consumo. El Ministerio de Sanidad y Consumo ha proporcionado los números totales por comunidad autónoma para hacer los cálculos de tasas para el año 2004.

Indicadores

Por su exhaustividad y aplicabilidad al contexto del Estado español, se escogerán los indicadores del NHS en su versión del 2002 para el análisis de las desigualdades en el desempeño de los servicios sanitarios de las comunidades autónomas. De los indicadores propuestos para la evaluación del NHS (un total de 51) se seleccionaron todos aquellos que eran aplicables y relevantes para la evaluación de los servicios sanitarios de las comunidades autónomas, y para los que se dispone de información para su cuantificación. De modo parecido, se añadieron otros indicadores que se consideraron relevantes y más apropiados en el caso del Estado español (e. j. distintas causas de mortalidad, inclusión de las causas de mortalidad evitable).

Los indicadores analizados se muestran en la Tabla 1. Los indicadores son mayoritariamente epidemiológicos, recogiendo información sobre mortalidad, morbilidad y uso de servicios. En su mayoría, coinciden con los contenidos en la propuesta del NHS. En algunos casos particulares, algunos indicadores se han suprimido por no considerarse relevantes en el contexto epidemiológico del Estado Español, o porque la información para su cumplimentación no se encuentra disponible. En otros casos, se han añadido indicadores, que se han considerado interesantes y adecuados. Finalmente, el MSC no ha proporcionado la información necesaria para algunos de los indicadores seleccionados como son el número de partos por cesárea y el gasto farmacéutico por persona atendida en atención primaria.

Tabla 1. Indicadores de medida del desempeño de los servicios sanitarios.

Mejoras en el estado de salud
Años potenciales de vida perdidos
Población mayor de 64 años con limitaciones para realizar alguna actividad de la vida diaria
Población mayor de 64 años con limitaciones para realizar alguna actividad de la vida diaria según clase social
Estado de salud percibido bueno o muy bueno
Estado de salud percibido bueno o muy bueno según clase social
Estado de salud percibido bueno o muy bueno en mayores de 64 años
Estado de salud percibido bueno o muy bueno en mayores de 64 años según clase social
Mortalidad por cáncer

<p>Mortalidad por enfermedades coronarias</p> <p>Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares</p> <p>Mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio</p> <p>Mortalidad por suicidio</p> <p>Mortalidad por lesiones por accidentes de tráfico</p> <p>Incidencia de embarazos en menores de 18 años</p> <p>Incidencia de sida</p> <p>Incidencia de tuberculosis</p> <p>Prevalencia de consumo de tabaco en mayores de 15 años</p> <p>Prevalencia de consumo de tabaco en mayores de 15 años según clase social</p> <p>Prevalencia de sobrepeso</p> <p>Prevalencia de sobrepeso según clase social</p> <p>Prevalencia de personas que no realizan actividad física en el tiempo libre</p> <p>Prevalencia de personas que no realizan actividad física en el tiempo libre según clase social</p>
<p>Acceso equitativo</p>
<p>Tasa de hospitalización por cirugía de artroplastia de cadera</p> <p>Tasa de hospitalización por cirugía de fractura de fémur</p> <p>Tasa de hospitalización por cirugía de cataratas</p> <p>Tasa de hospitalización por accidente vascular cerebral</p> <p>Tasa de hospitalización por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)</p> <p>Tasa de hospitalización por infarto agudo de miocardio</p> <p>Tasa de hospitalización urgente por cáncer de pulmón</p> <p>Tasa de hospitalización por cirugía de angioplastia coronaria</p> <p>Tasa de hospitalización por bypass aorto-coronario</p> <p>Tasa de hospitalización por cirugía de artroplastia de rodilla</p>
<p>Provisión efectiva de servicios sanitarios apropiados</p>
<p>Cobertura vacunal de las vacunas DTP (difteria, tétanos, tos ferina), antipoliomielítica y frente al haemophilus influenza tipo B, la meningitis meningocócica C y la hepatitis B</p> <p>Cobertura vacunal de la vacuna triple vírica</p> <p>Tasa de hospitalización evitable por diabetes y sus complicaciones vasculares periféricas</p> <p>Tasa de hospitalización evitable por úlcera gástrica y/o duodenal y sus complicaciones hemorrágicas</p> <p>Prescripción de benzodíacepinas</p> <p>Prescripción de antipsicóticos</p>

<p>Prescripción de antibióticos</p> <p>Incidencia de trasplantes de hígado, corazón, pulmón y páncreas</p> <p>Porcentaje de altas de pacientes de más de 65 años hospitalizados por cáncer de pulmón con más de 20 días de estancia</p> <p>Porcentaje de altas de pacientes de 65 años o más hospitalizados por EPOC con más de 20 días de estancia</p> <p>Porcentaje de altas de pacientes de 65 años o más hospitalizados por accidente vascular cerebral con más de 20 días de estancia</p> <p>Porcentaje de altas de pacientes de 65 años o más hospitalizados por fractura de cuello de fémur con más de 20 días de estancia</p> <p>Tasa de hospitalización por reacción aguda a medicamentos</p>
<p>Eficiencia</p>
<p>Estancia media bruta por enfermedades isquémicas del corazón</p> <p>Estancia media bruta por enfermedades cerebrovasculares</p> <p>Prescripción de especialidades farmacéuticas genéricas</p>
<p>Resultados de salud</p>
<p>Tasa de hospitalización en niños por enfermedades del aparato respiratorio del tracto inferior</p> <p>Tasa de hospitalización urgente de agudos en pacientes de más de 75 años por enfermedades isquémicas del corazón</p> <p>Mortalidad intrahospitalaria por cirugía de bypass aorto-coronario</p> <p>Mortalidad intrahospitalaria por cirugía de angioplastia</p> <p>Mortalidad intrahospitalaria por cirugía de fractura de cuello de fémur</p> <p>Mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio</p> <p>Mortalidad intrahospitalaria por accidente vascular cerebral agudo</p> <p>Mortalidad intrahospitalaria por neumonía/EPOC</p> <p>Mortalidad evitable por cirrosis</p> <p>Mortalidad evitable por enfermedades cerebrovasculares</p> <p>Mortalidad evitable por tumores malignos de tráquea, bronquio o pulmón</p> <p>Mortalidad evitable por lesiones por accidentes de vehículos a motor</p>

Construcción de indicadores compuestos

La clasificación de clase social utilizada es la propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología¹⁶. Se trata de una agrupación de ocupaciones codificadas según la

Clasificación Nacional de Ocupaciones de 1994 que se basa en la clasificación de Domingo y Marcos de 1989¹⁷. Las categorías propuestas son las siguientes:

- Clase I: Directivos de la administración y de las empresas (excepto los incluidos en II). Altos funcionarios. Profesionales liberales. Técnicos superiores.
- Clase II: Directivos y propietarios-gerentes del comercio y de los servicios personales. Otros técnicos (no superiores). Artistas y deportistas.
- Clase III: Cuadros y mandos intermedios. Administrativos y funcionarios, en general. Personal de los servicios de protección y seguridad.
- Clase IV: Trabajadores manuales cualificados y semicualificados de la industria, comercio y servicios. Idem del sector privado.
- Clase V: Trabajadores no cualificados.

Para determinar el índice de masa corporal (IMC) se ha utilizado la clasificación propuesta por el comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud¹⁸ y del *Centers for Disease Control*¹⁹, así el IMC se define de la siguiente forma:

- Bajo peso: $<18,5 \text{ kg/m}^2$
- Normopeso: $18,5\text{--}24,9 \text{ kg/m}^2$
- Sobrepeso: $25\text{--}29,9 \text{ kg/m}^2$
- Obesidad: $\geq 30 \text{ kg/m}^2$

Análisis

Se trata de un análisis observacional de corte transversal. El análisis de las desigualdades en el desempeño de los servicios sanitarios de las comunidades autónomas se ha hecho mediante análisis de subgrupos. Cada indicador se ha analizado para cada comunidad autónoma, y según sexo y clase social, cuando esta categorización estaba disponible. Así, se han podido establecer comparaciones de manera agregada por comunidades autónomas, y por sexo y clase social dentro de cada comunidad.

Si bien todas las fuentes de datos recogen información sobre el género de la persona que genera el caso, no todas recogen la clase social. La Encuesta Nacional de Salud y algunos registros recogen información que puede ser utilizada para medir la clase social (nivel socio-económico, nivel de ingresos, nivel de estudios, distrito de residencia, etc.). En consecuencia, si bien la medida de las desigualdades de género se ha realizado para todos los indicadores, la medida de las desigualdades de clase

social se ha realizado para aquellos indicadores para los cuales esta información (o una aproximación válida) ha estado disponible.

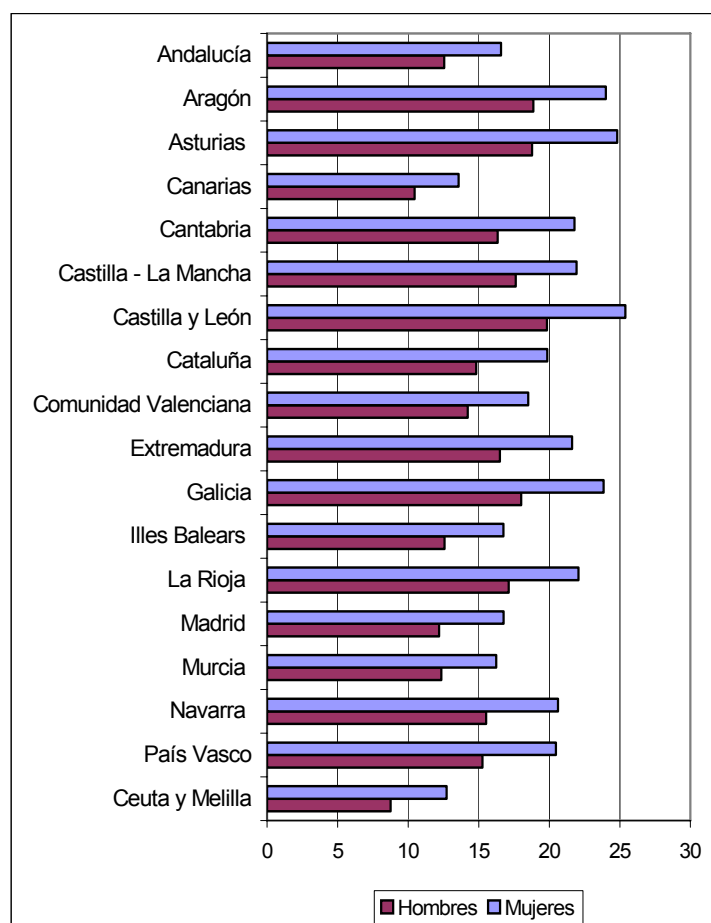
RESULTADOS

Población

Población de 65 años o más

El porcentaje de población de 65 años o más da información sobre el grado de envejecimiento de la población. Las comunidades autónomas con mayor proporción de población de 65 años o más el año 2002 son Castilla y León (19,8% hombres y 25,4% mujeres), Aragón (18,9% hombres y 24,0% mujeres) y Asturias (18,8% hombres y 24,8% mujeres). Las comunidades autónomas con una proporción menor son Ceuta y Melilla (8,7% hombres y 12,7% mujeres) y Canarias (10,4% hombres y 13,6% mujeres). La proporción es mayor en las mujeres que en los hombres en todas las comunidades autónomas.

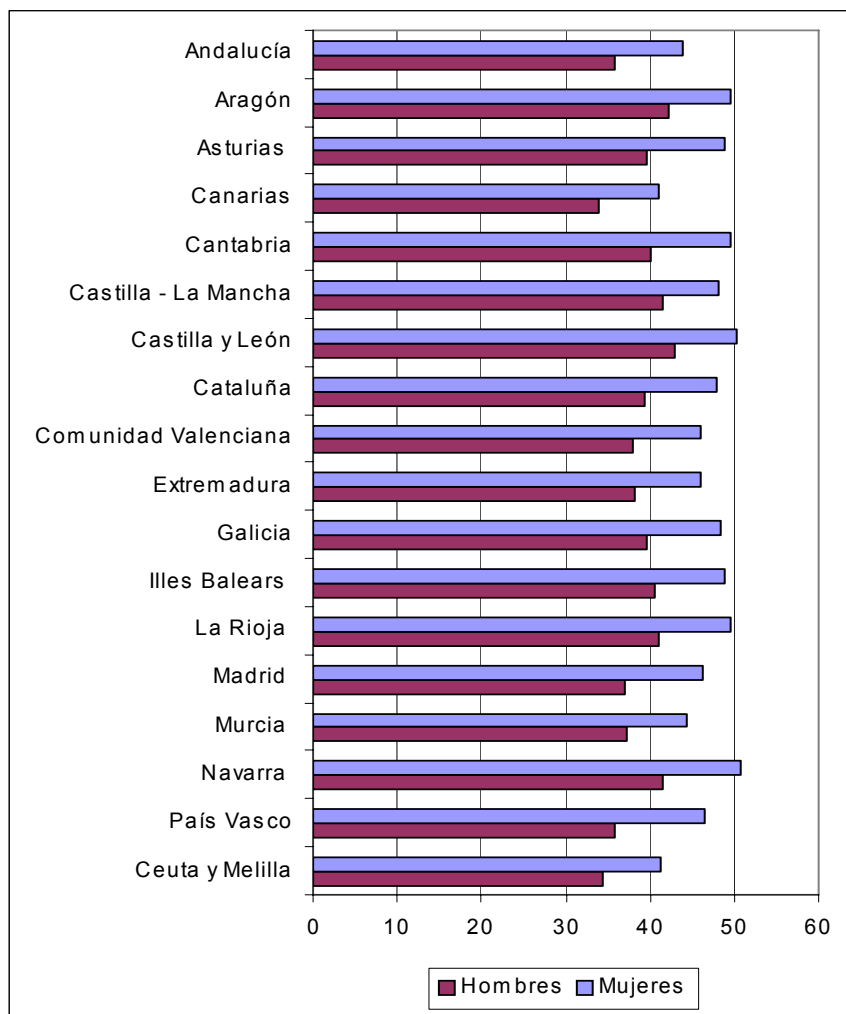
Porcentaje de población de 65 años o más. Comunidades autónomas, 2002.



Índice de sobreenvjecimiento

El índice de sobreenvjecimiento da información sobre la proporción que representa la población de más edad (la población de 75 años o más sobre la población de 65 años o más) y, de nuevo, informa sobre el grado de envejecimiento de la población. La comunidad autónoma con un índice de sobreenvjecimiento mayor el año 2002 es Castilla y León, tanto en los hombres como en las mujeres (42,9 en hombres y 50,2 y en mujeres). Navarra tiene una población envejecida, sobre todo en las mujeres (50,8). Las poblaciones con un índice de sobreenvjecimiento menor son Canarias (33,9 en hombres y 40,9 en mujeres) y Ceuta y Melilla (34,5 en hombres y 41,2 en mujeres). El índice de sobreenvjecimiento es mayor en las mujeres que en los hombres en todas las comunidades autónomas

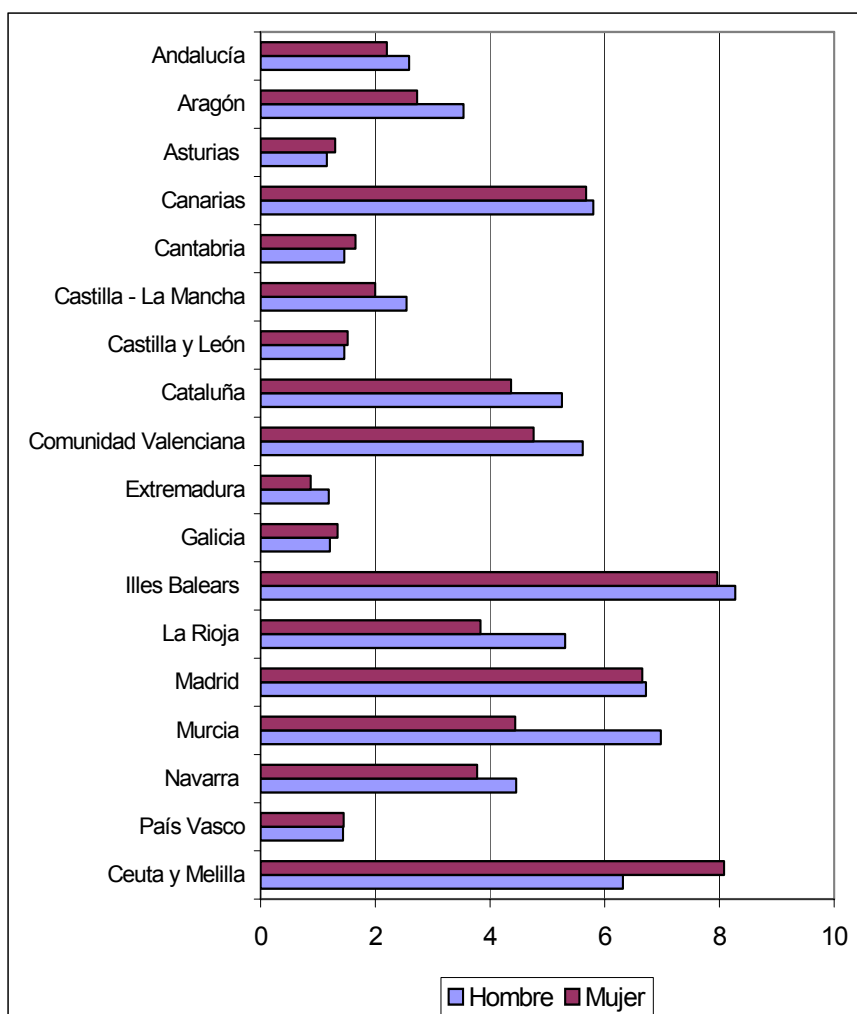
Índice de sobreenvjecimiento. Comunidades autónomas, 2002.



Población de nacionalidad extranjera

El porcentaje de población de nacionalidad extranjera informa sobre el volumen relativo de la población inmigrante en la población de las comunidades autónomas. Las comunidades autónomas con una mayor proporción de población de nacionalidad extranjera son Illes Balears (8,3% en hombres y 7,9% en mujeres) y Ceuta y Melilla (6,3% en hombres y 8,1% en mujeres), seguidas de Madrid (6,7% en hombres y 6,7% en mujeres) y Murcia en hombres (6,7%). Las comunidades con una proporción menor de población de nacionalidad extranjera son Extremadura (1,2% en hombres y 0,9% en mujeres), Asturias, Galicia y País Vasco. El porcentaje de población de nacionalidad extranjera es mayor en hombres que en mujeres.

Porcentaje de población de nacionalidad extranjera. Comunidades autónomas, 2002.

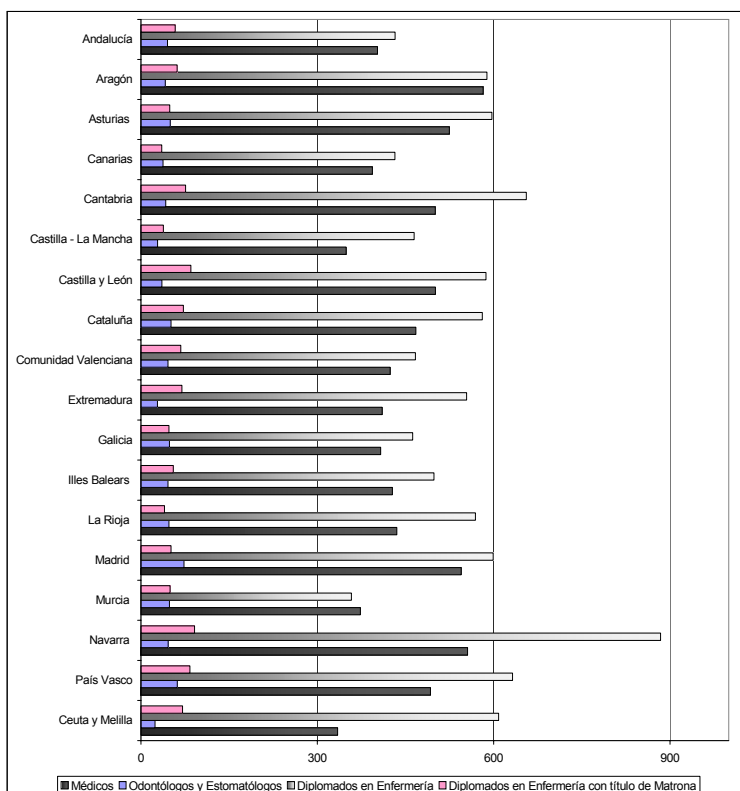


Estructura

Profesionales sanitarios colegiados según tipo de profesional

El número de profesionales sanitarios colegiados informa sobre los recursos humanos disponibles en el sector salud de las comunidades autónomas. Así, puede verse que la distribución de los profesionales sanitarios por comunidades autónomas el año 2004 es desigual. Aragón, Navarra y Madrid son las comunidades con mayor número de médicos por 100.000 habitantes; Ceuta y Melilla y Castilla – La Mancha son las que tienen menos. Por lo que respecta al número de odontólogos y estomatólogos, Madrid y País Vasco tienen un número superior de estos profesionales, mientras que Ceuta y Melilla y Castilla – La Mancha tienen un número inferior. Navarra tiene una dotación de diplomados en enfermería muy superior al resto de las comunidades, seguida de Cantabria y Ceuta y Melilla; Murcia es la comunidad que tienen menos. Finalmente, y con relación a los diplomados en enfermería con título de matrona, Navarra y País Vasco son las comunidades autónomas que más tienen, mientras que Canarias y Castilla – La Mancha son las que tienen menos.

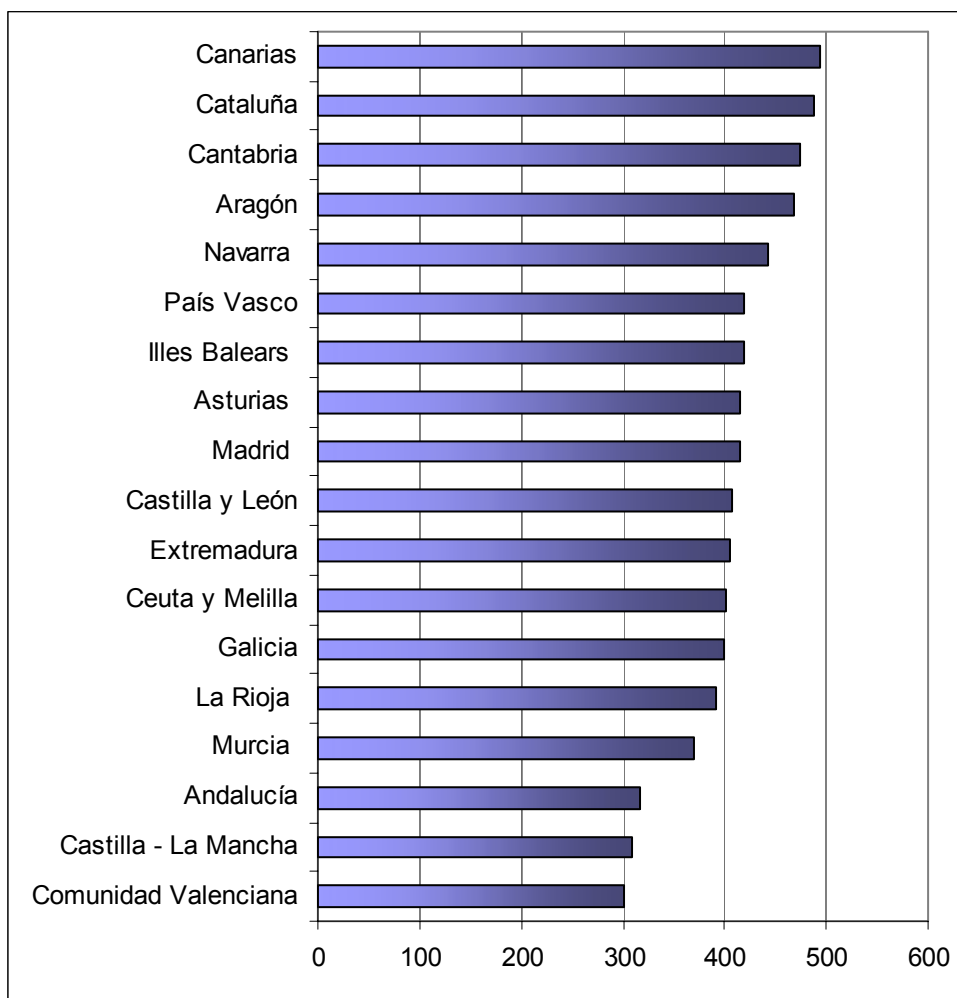
Profesionales sanitarios colegiados por 100.000 habitantes según tipo de profesional. Comunidades autónomas, 2004.



Camas hospitalarias

El número de camas hospitalarias informa sobre la oferta de servicios hospitalarios disponibles en las comunidades autónomas. Canarias y Cataluña son las comunidades autónomas con un número mayor de camas hospitalarias (494,7 y 488,3 por 100.000 habitantes, respectivamente). Las comunidades con menos son Andalucía, Castilla – La Mancha, y la Comunidad Valenciana (316,9, 308,1 y 301,6 por 100.000 habitantes). Cabe decir que este indicador incluye el total de camas hospitalarias disponibles, es decir, en hospitales generales y psiquiátricos, y de titularidad pública, privada benéfica y privada no benéfica.

Camas hospitalarias por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2004.

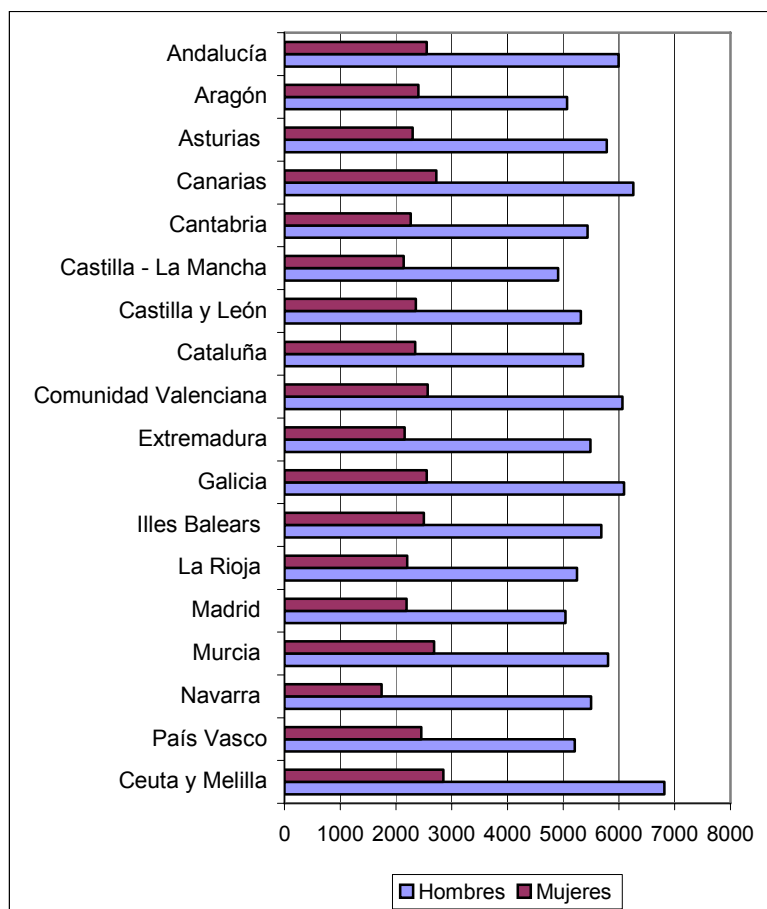


Mejoras del estado de salud

Años potenciales de vida perdidos

La tasa de años potenciales de vida perdidos informa sobre la importancia que tiene la mortalidad prematura. Las comunidades autónomas con una mayor tasa de años potenciales de vida perdidos (APVP) el año 2002 son Ceuta y Melilla (6814,7 por 100.000 habitantes de 1 a 70 años en hombres y 2849,3 por 100.000 habitantes en mujeres) y Canarias (6258,3 por 100.000 habitantes en hombres y 2723,5 por 100.000 habitantes en mujeres). La comunidad autónoma con menor número de APVP es Castilla y León (4910,0 por 100.000 habitantes en hombres y 2136,2 por 100.000 habitantes en mujeres). La tasa de APVP es superior en hombres que en mujeres en todas las comunidades autónomas.

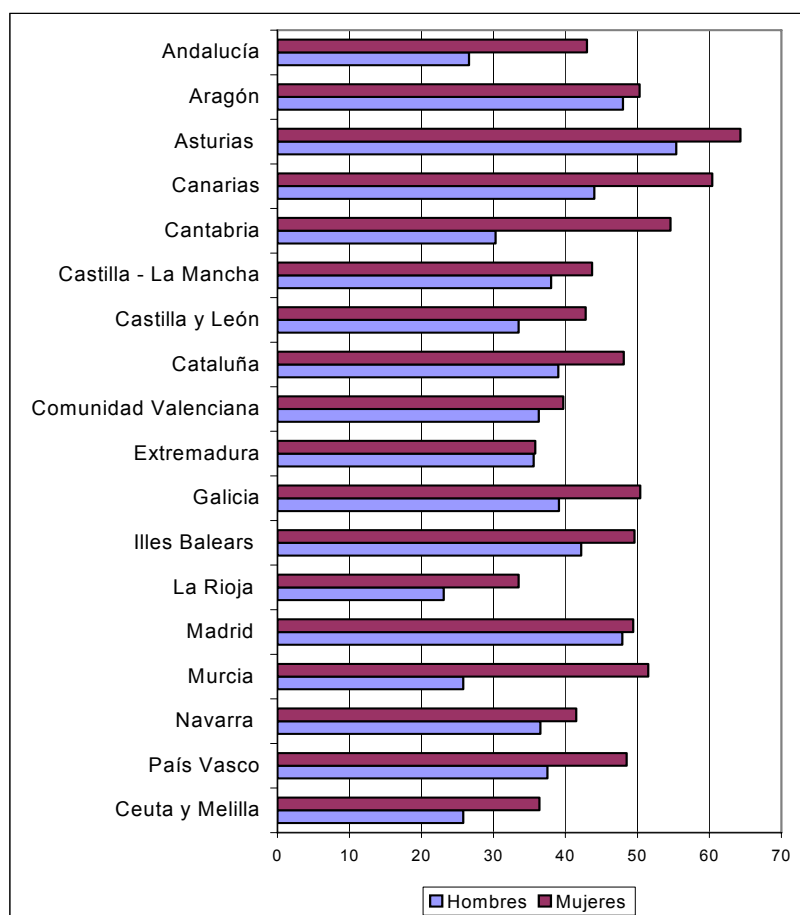
Tasa de años potenciales de vida perdidos por 100.000 habitantes de 1 a 70 años. Comunidades autónomas, 2002.



Población mayor de 64 años con limitaciones para realizar alguna actividad de la vida diaria

El porcentaje de población mayor de 64 años con limitaciones para realizar alguna actividad de la vida diaria proporciona información sobre el grado de discapacidad y dependencia de la población mayor de 64 años. El porcentaje de población mayor de 64 años con limitaciones para realizar alguna actividad de la vida diaria es desigual entre comunidades autónomas y sexo. Las comunidades autónomas con un mayor porcentaje de población mayor con limitaciones el año 2003 son Asturias, Aragón y Madrid en los hombres (55,4%, 48,0% y 47,9%, respectivamente), y Asturias y Canarias en las mujeres (64,3% y 60,4%). Las comunidades con un menor porcentaje de población mayor con limitaciones son La Rioja (23,1%), Ceuta y Melilla (25,8%), Murcia (25,8%) y Andalucía (26,6%) en los hombres, y La Rioja (35,8%), Extremadura (35,8%) y Ceuta y Melilla (36,4%) en las mujeres. Los porcentajes son superiores en las mujeres que en los hombres

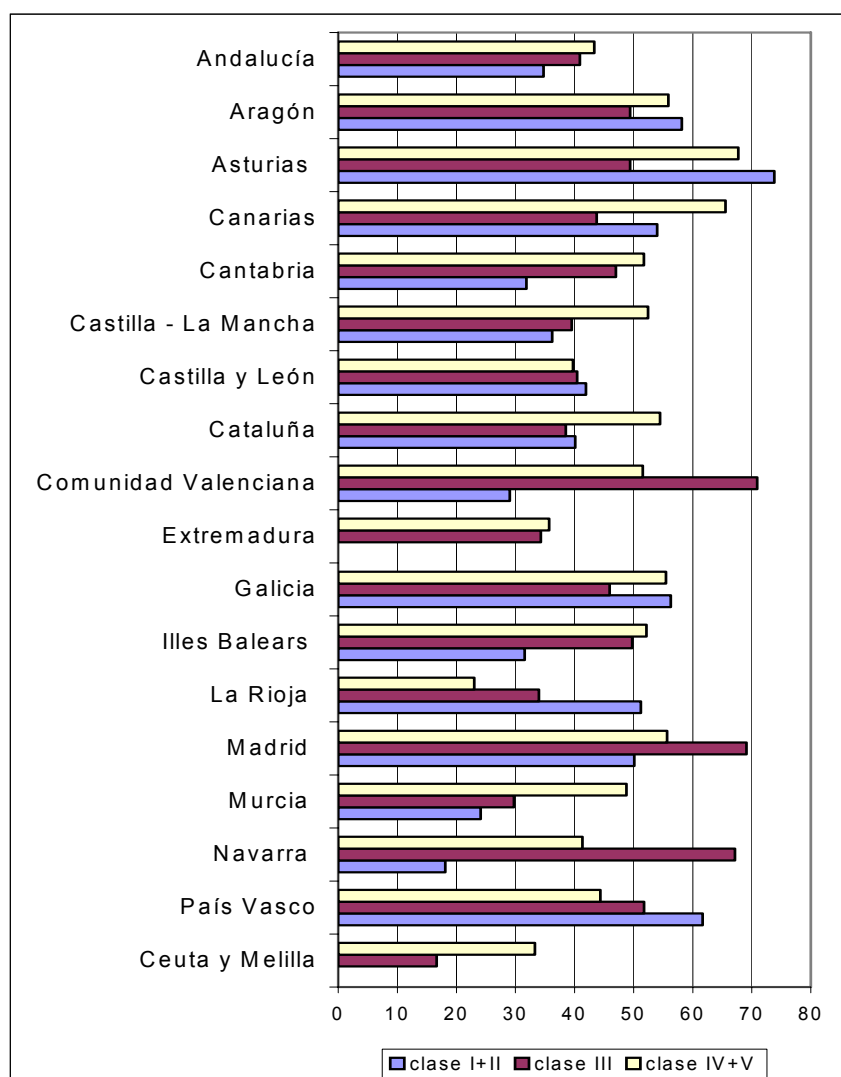
Porcentaje de población mayor de 64 años con limitaciones para realizar alguna actividad de la vida diaria. Comunidades autónomas, 2003.



Población mayor de 64 años con limitaciones para realizar alguna actividad de la vida diaria según clase social

El porcentaje de población mayor de 64 años con limitaciones para realizar alguna actividad de la vida diaria el año 2003 es desigual entre clases sociales. En términos generales, la proporción de personas mayores de 64 años con limitaciones para realizar alguna actividad de la vida diaria es mayor en las clases IV+V (más desfavorecidas) que en las clases I+II (más favorecidas). Destaca Navarra, donde la diferencia entre clases es del 25%. El fenómeno contrario se da en Aragón, Asturias, Castilla y León, Galicia, País Vasco y La Rioja.

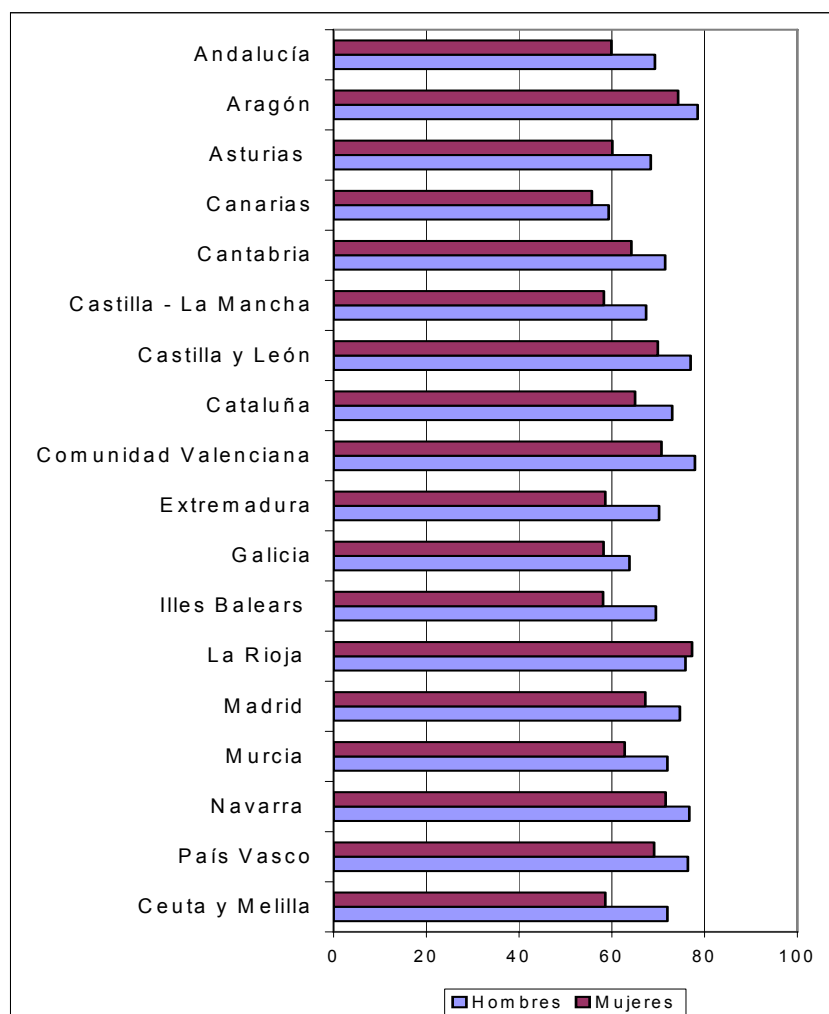
Porcentaje de población mayor de 64 años con limitaciones para realizar alguna actividad de la vida diaria según clase social. Comunidades autónomas, 2003.



Estado de salud percibido bueno o muy bueno

El estado de salud percibido da información sobre como la población percibe su estado de salud. Este indicador se correlaciona muy bien tanto con la esperanza de vida como con la morbilidad de la población. Las comunidades autónomas con una mayor proporción de hombres y mujeres que declaran tener un estado de salud bueno o muy bueno el año 2003 son La Rioja y la Comunidad Valenciana, con porcentajes superiores al 75% en los dos sexos. La comunidad autónoma con una proporción menor es Canarias (59,3% en hombres y 55,7% en mujeres). Excepto en La Rioja, la proporción de la población que declara tener un estado de salud percibido bueno o muy bueno es siempre mayor en los hombres que en las mujeres.

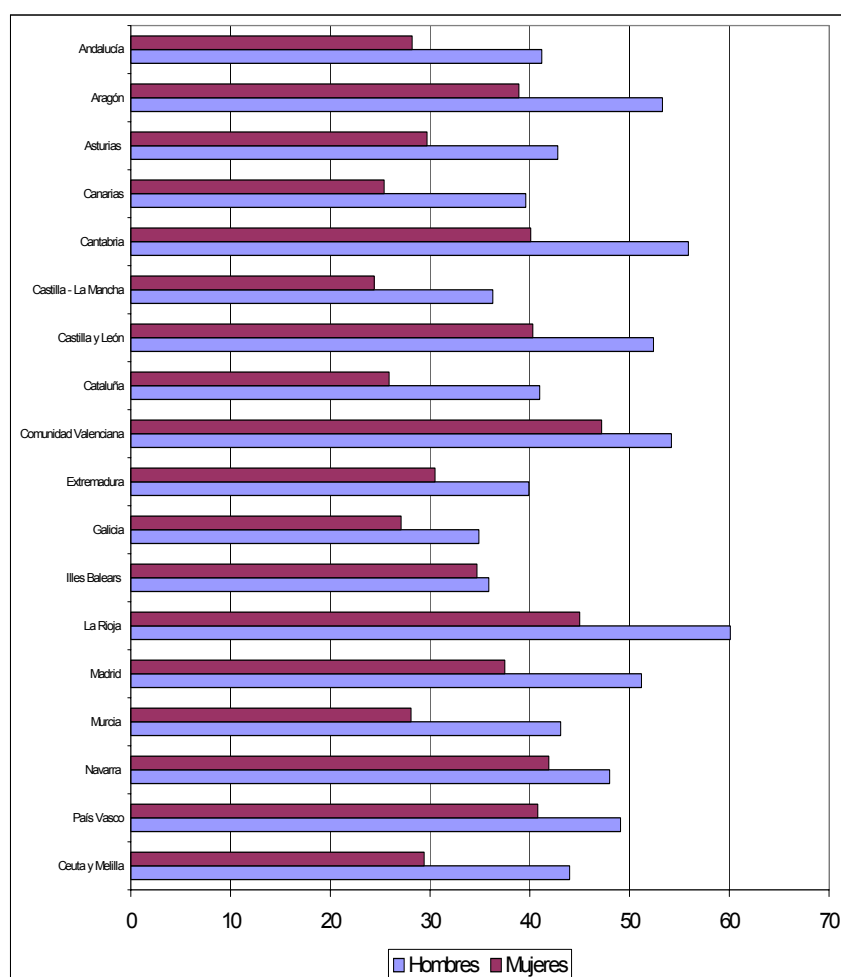
Porcentaje de población con un estado de salud percibido bueno o muy bueno. Comunidades autónomas, 2003.



Estado de salud percibido bueno o muy bueno en mayores de 64 años

La Rioja, Cantabria y la Comunidad Valenciana son las comunidades autónomas donde los hombres mayores de 64 años declaran en mayor proporción tener un estado de salud percibido bueno o muy bueno el año 2003 (60,1%, 55,9% y 54,2%, respectivamente). Las proporciones menores se dan en Galicia, Illes Balears y Castilla – La Mancha (34,9%, 35,9% y 36,3%, respectivamente). Las mujeres mayores de 64 años de la Comunidad Valenciana (47,2%) y La Rioja (45,0%) son las que declaran tener un mejor estado de salud. Las mujeres de Castilla – La Mancha, Canarias y Cataluña son las que declaran menos frecuentemente tener un estado de salud percibido bueno o muy bueno. La proporción de la población que declara tener un estado de salud percibido bueno o muy bueno es siempre mayor en los hombres que en las mujeres.

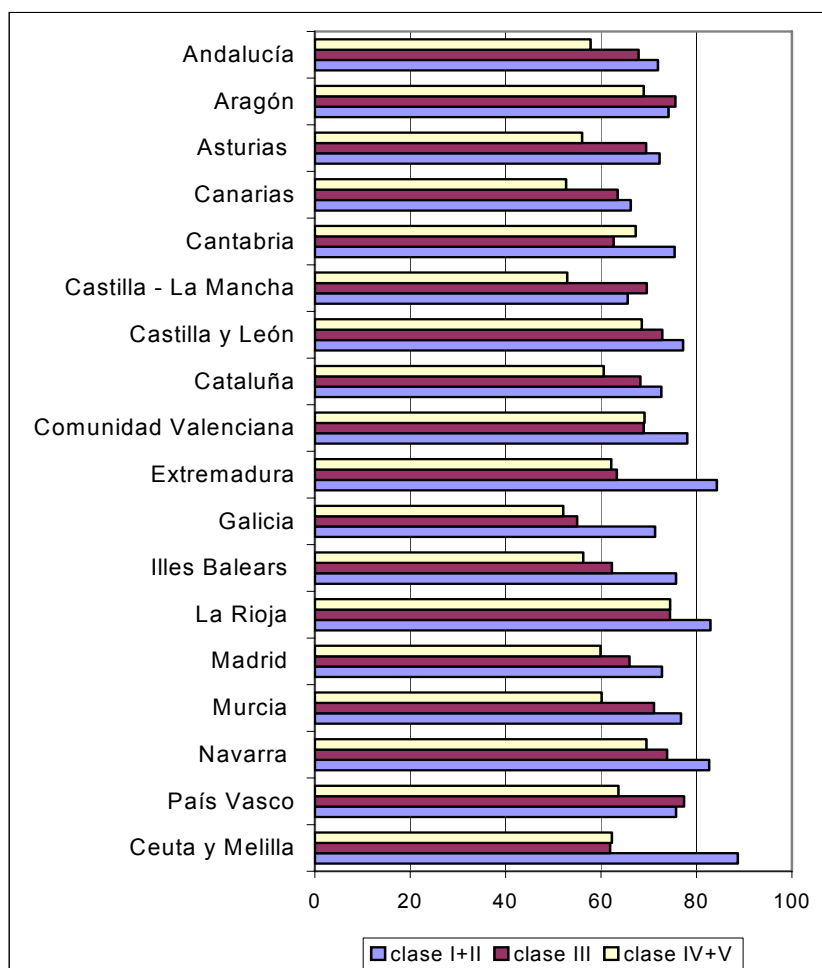
Porcentaje de población con un estado de salud percibido bueno o muy bueno en mayores de 64 años. Comunidades autónomas, 2003.



Estado de salud percibido bueno o muy bueno según clase social

La proporción de la población que declara tener un estado de salud percibido bueno o muy bueno el año 2003 es distinta según clase social en todas las comunidades autónomas. Las mayores diferencias se dan en Ceuta y Melilla, Extremadura y Andalucía, donde la proporción de la población que declara tener un estado de salud percibido bueno o muy bueno es un 20% superior en las clases I+II (más favorecidas) que en las clases IV+V (más desfavorecidas). Esta diferencia se mantiene entre sexos. Las comunidades autónomas con menores diferencias son Cantabria, la Comunidad Valenciana y Castilla y León.

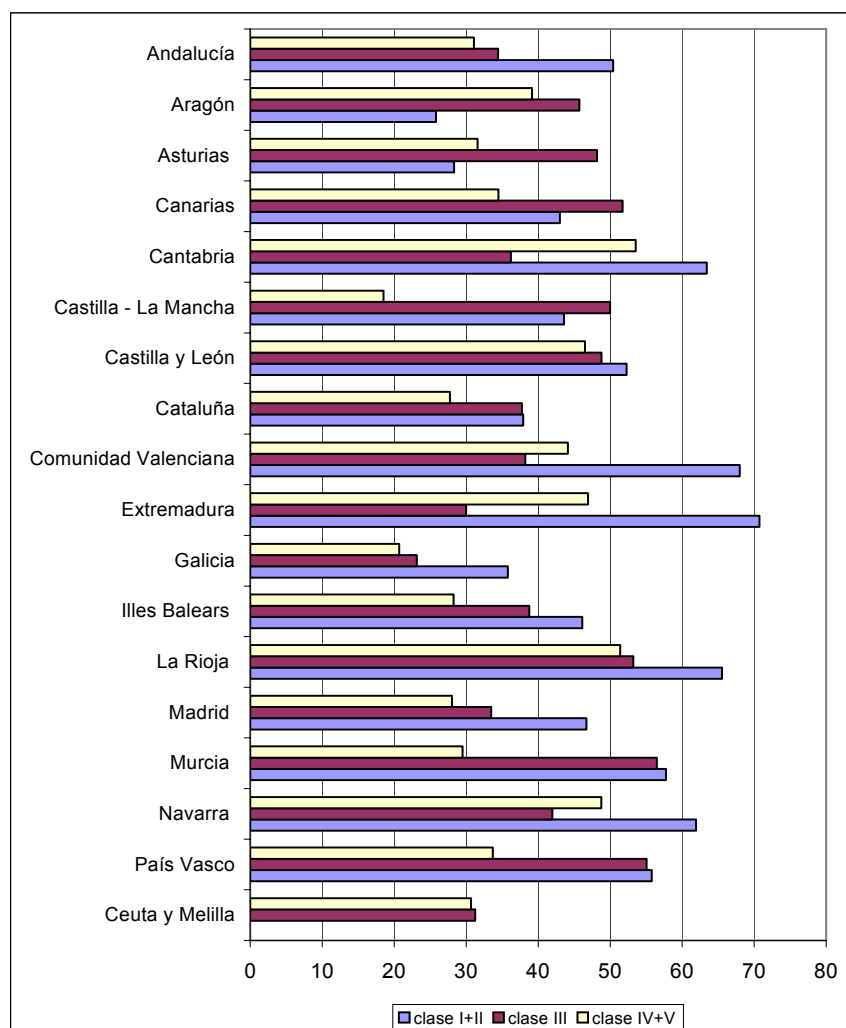
Porcentaje de población con un estado de salud percibido bueno o muy bueno según clase social. Comunidades autónomas, 2003.



Estado de salud percibido bueno o muy bueno en mayores de 64 años según clase social

La proporción de la población mayor de 64 años que declara tener un estado de salud percibido bueno o muy bueno es distinta según clase social el año 2003 en todas las comunidades autónomas. Las mayores diferencias se dan en Extremadura y Castilla – La Mancha, donde la proporción de la población que declara tener un estado de salud percibido bueno o muy bueno es un 25% superior en las clases I+II (más favorecidas) que en la clases IV+V (más desfavorecidas). Esta diferencia se mantiene entre sexos. La comunidad autónoma con menores diferencias es Asturias.

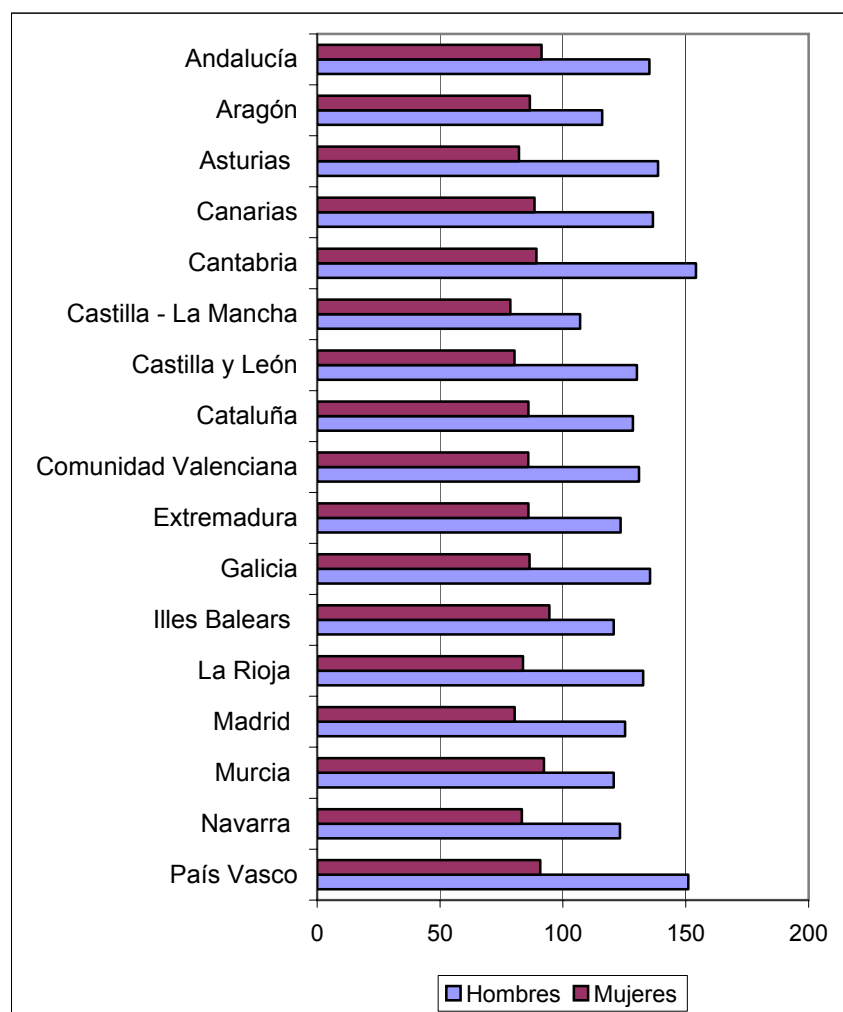
Porcentaje de población con un estado de salud percibido bueno o muy bueno en mayores de 64 años según clase social. Comunidades autónomas, 2003.



Mortalidad por cáncer

Este indicador da información sobre el estado de salud general de la población, ya que es una causa de muerte importante en el Estado español y refleja, mayoritariamente, los estilos de vida de la población. El año 2002, las tasas de mortalidad por cáncer son desiguales entre comunidades autónomas y sexos. Las tasas de mortalidad más altas se dan en Cantabria y País Vasco en hombres (154,17 y 151,05 por 100.000 habitantes menores de 75 años, respectivamente), y en Illes Balears y Murcia en mujeres (94,54 y 92,28 por 100.000 habitantes, respectivamente). Las tasas más bajas se dan en Castilla y León, tanto en hombres como en mujeres (107,04 por 100.000 habitantes en hombres y 78,64 por 100.000 habitantes en mujeres). Las tasas de mortalidad son superiores en hombres que en mujeres en todas las comunidades autónomas.

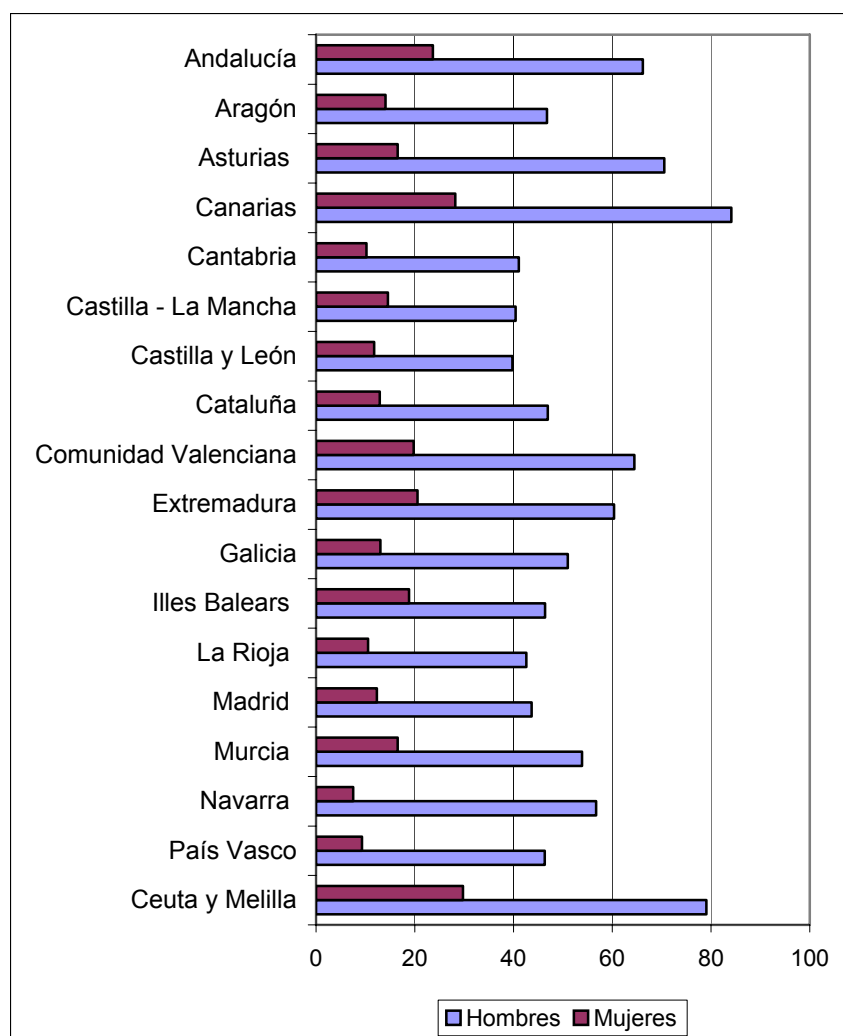
Tasa de mortalidad por cáncer estandarizada por edad por 100.000 habitantes menores de 75 años. Comunidades autónomas, 2002.



Mortalidad por enfermedades coronarias

De nuevo, esta es una causa de muerte importante en el Estado español y refleja los estilos de vida de la población y la efectividad de los servicios sanitarios disponibles. Las tasas de mortalidad por enfermedades coronarias son desiguales entre comunidades autónomas y sexos durante el año 2002. Las tasas de mortalidad más altas se dan en Canarias y Ceuta y Melilla, tanto en hombres (84,1 y 79,1 por 100.000 habitantes menores de 75 años, respectivamente) como en mujeres (28,2 y 29,8 por 100.000 habitantes, respectivamente). Las tasas más bajas se dan en los hombres de Castilla – La Mancha (39,8 por 100.000 habitantes) y las mujeres de Navarra (7,5 por 100.000 habitantes). Las tasas de mortalidad son muy superiores en hombres que en mujeres en todas las comunidades.

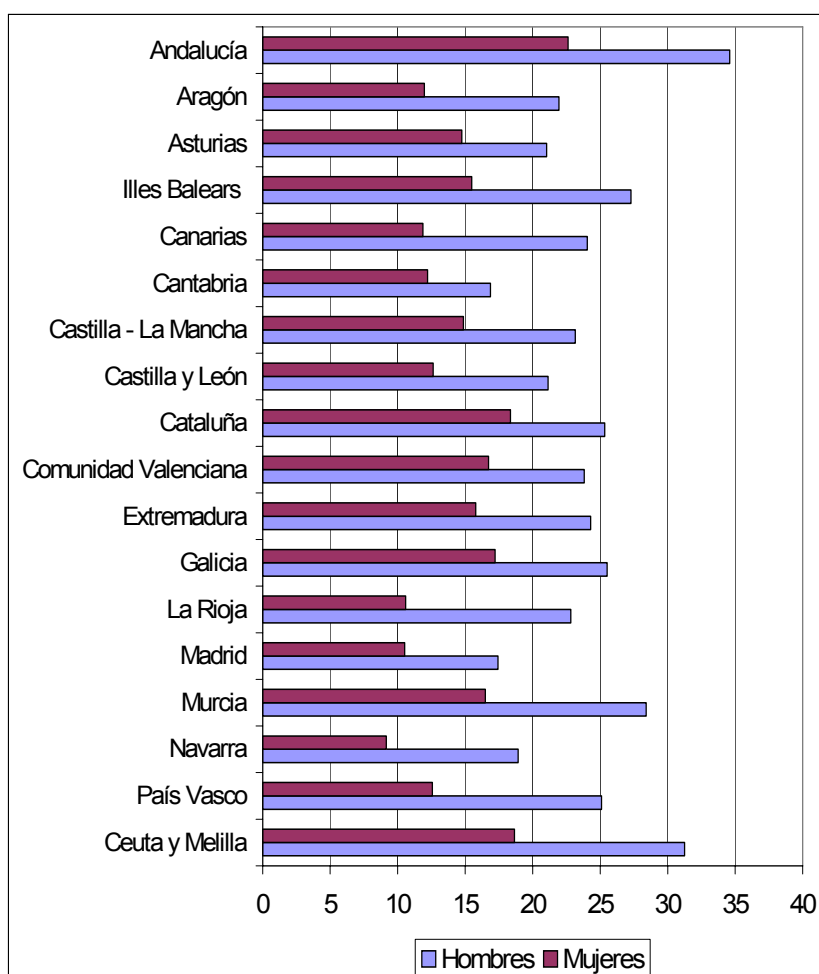
Tasa de mortalidad por enfermedades coronarias estandarizada por edad por 100.000 habitantes menores de 75 años. Comunidades autónomas, 2002.



Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares

Esta también es una causa de muerte importante en el Estado español, especialmente entre la población de más edad, y refleja los estilos de vida de la población y la efectividad de los servicios sanitarios disponibles. La comunidad autónoma con mayores tasas de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares el año 2002 es Andalucía, tanto en los hombres como en las mujeres (34,6 y 22,6 por 100.000 habitantes menores de 75 años, respectivamente). La mortalidad también es alta entre los hombres de Ceuta y Melilla y Murcia (31,2 y 28,4 por 100.000 habitantes, respectivamente) y entre las mujeres de Ceuta y Melilla y la Comunidad Valenciana (18,7 y 18,4 por 100.000 habitantes, respectivamente). Las tasas de mortalidad son siempre superiores en hombres que en mujeres.

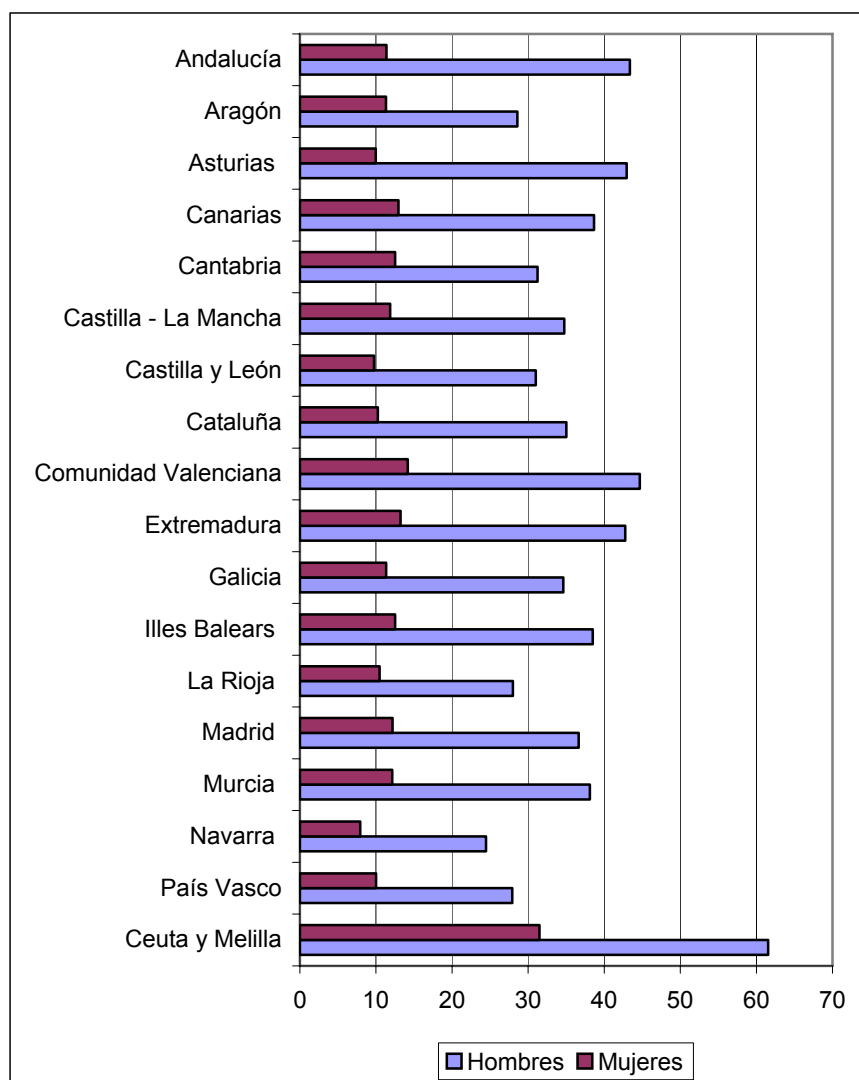
Tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares estandarizada por edad por 100.000 habitantes menores de 75 años. Comunidades autónomas, 2002.



Mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio

Esta también es una causa de muerte importante en el Estado español y refleja los estilos de vida de la población y la efectividad de los servicios sanitarios disponibles. La comunidad autónoma con mayores tasas de mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio el año 2002 es Ceuta y Melilla, tanto en los hombres como en las mujeres (61,5 y 31,5 por 100.000 habitantes menores de 75 años, respectivamente). En el extremo inferior está Navarra, con las tasas de mortalidad más bajas, tanto en los hombres como en la mujeres (24,5 y 7,9 por 100.000 habitantes, respectivamente). De nuevo, las tasas de mortalidad son siempre superiores en hombres que en mujeres.

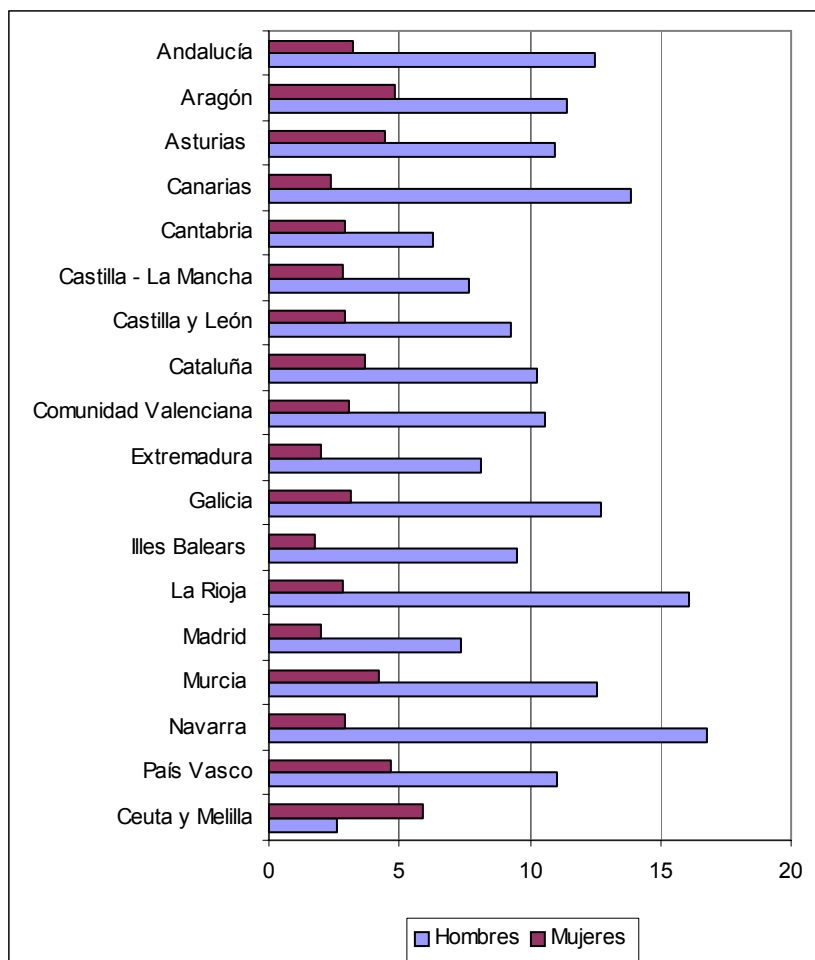
Tasa de mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio estandarizada por edad por 100.000 habitantes menores de 75 años. Comunidades autónomas, 2002.



Mortalidad por suicidio

Esta también es una causa de muerte importante en el Estado español, especialmente entre la población más joven, y es un indicador del estado de salud mental de la población. El año 2002, las tasas de mortalidad por suicidio son desiguales entre comunidades autónomas y sexos. En los hombres, las comunidades autónomas con una mayor tasa de mortalidad por esta causa son Navarra y La Rioja (16,8 y 16,1 por 100.000 habitantes de 15 a 49 años, respectivamente). En el extremo inferior está Ceuta y Melilla (2,6 por 100.000 habitantes) y Cantabria (6,3 por 100.000 habitantes). En las mujeres, las tasas más altas se dan en Ceuta y Melilla, Aragón, País Vasco, Asturias y Murcia (5,9, 4,8, 4,7, 4,4 y 4,2 por 100.000 habitantes, respectivamente). Las tasas más bajas se dan en Illes Balears, Extremadura y Madrid (1,8, 1,9 y 1,9 por 100.000 habitantes, respectivamente). Las tasas de mortalidad son siempre superiores en hombres que en mujeres.

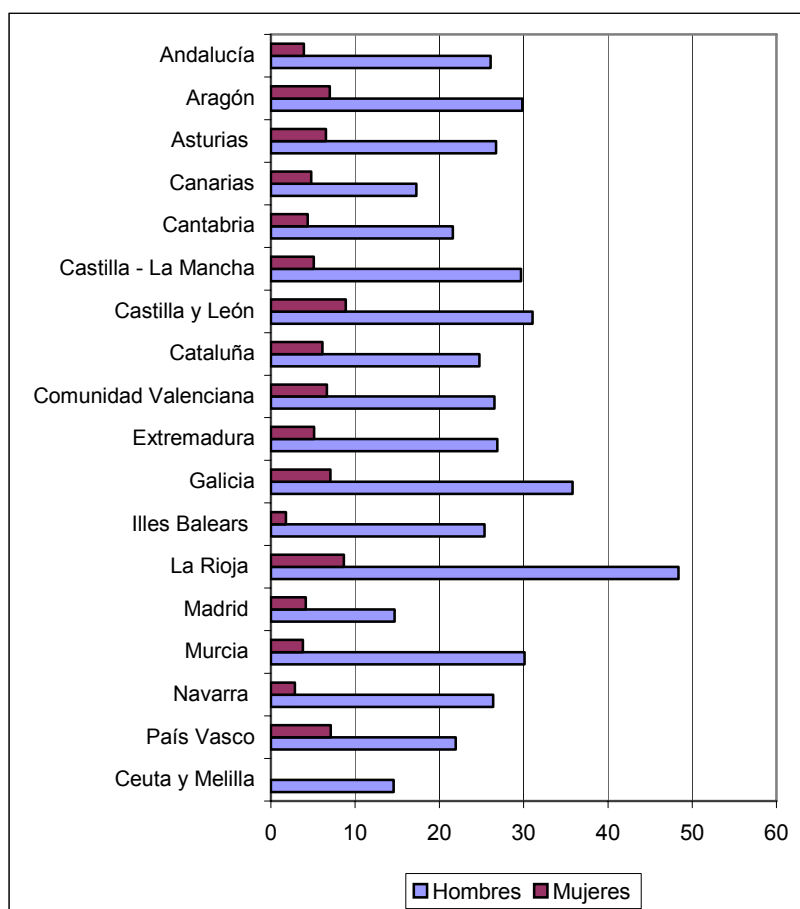
Tasa de mortalidad por suicidio estandarizada por edad por 100.000 habitantes de 15 a 49 años. Comunidades autónomas, 2002.



Mortalidad por lesiones por accidentes de tráfico

Esta también es una causa de muerte importante en el Estado español, especialmente entre la población más joven, y refleja los estilos de vida de la población y la efectividad de las campañas de salud pública que se llevan a cabo. Las tasas de mortalidad por lesiones por accidentes de tráfico en 2002 son desiguales entre comunidades autónomas y sexos. En hombres, la comunidad autónoma con una mayor tasa de mortalidad por esta causa es La Rioja (48,4 por 1000.000 habitantes de 15 a 49 años), muy por encima del resto de comunidades. En mujeres, las tasas más altas se dan en Castilla y León y La Rioja (8,9 y 8,6 por 1000.000 habitantes, respectivamente). En hombres, las tasas más bajas se dan en Ceuta y Melilla y Madrid (14,5 y 14,7 por 1000.000 habitantes, respectivamente). En mujeres, las tasas más bajas se dan en Illes Balears y Navarra (1,8 y 2,8 por 1000.000 habitantes). Cabe recordar que la mortalidad se calcula según la comunidad autónoma de residencia de la persona, y no de la de defunción.

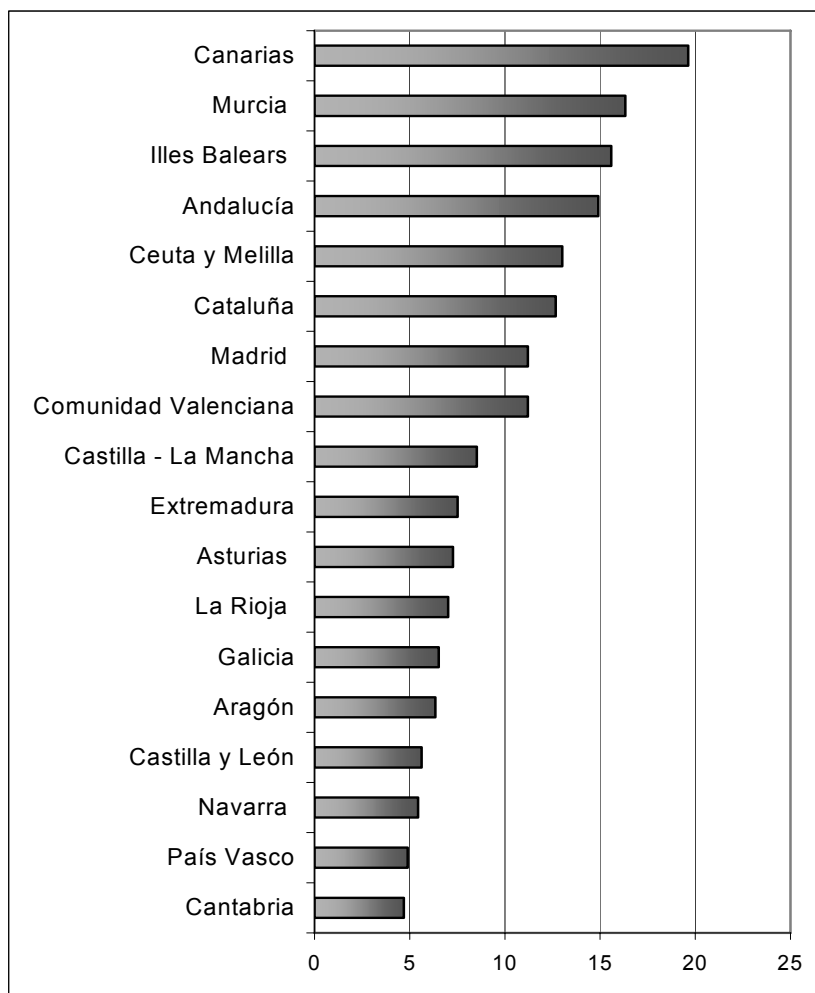
Tasa de mortalidad por accidentes de tráfico estandarizada por edad por 100.000 habitantes de 15 a 49 años. Comunidades autónomas, 2002.



Incidencia de embarazos en menores de 18 años

El número de embarazos en menores de 18 años indica el grado de conocimiento de la población de los métodos anticonceptivos y la efectividad de las campañas preventivas en marcha. El año 2003, la tasa de embarazos en menores de 18 años es desigual entre comunidades autónomas. Los valores más altos se dan en Canarias (19,6 por 1.000 mujeres), Murcia (16,3 por 1.000 mujeres) e Illes Balears (15,6 por 1.000 mujeres). Los valores más bajos corresponden a Cantabria y País Vasco con tasas alrededor de 5 por 1.000 mujeres.

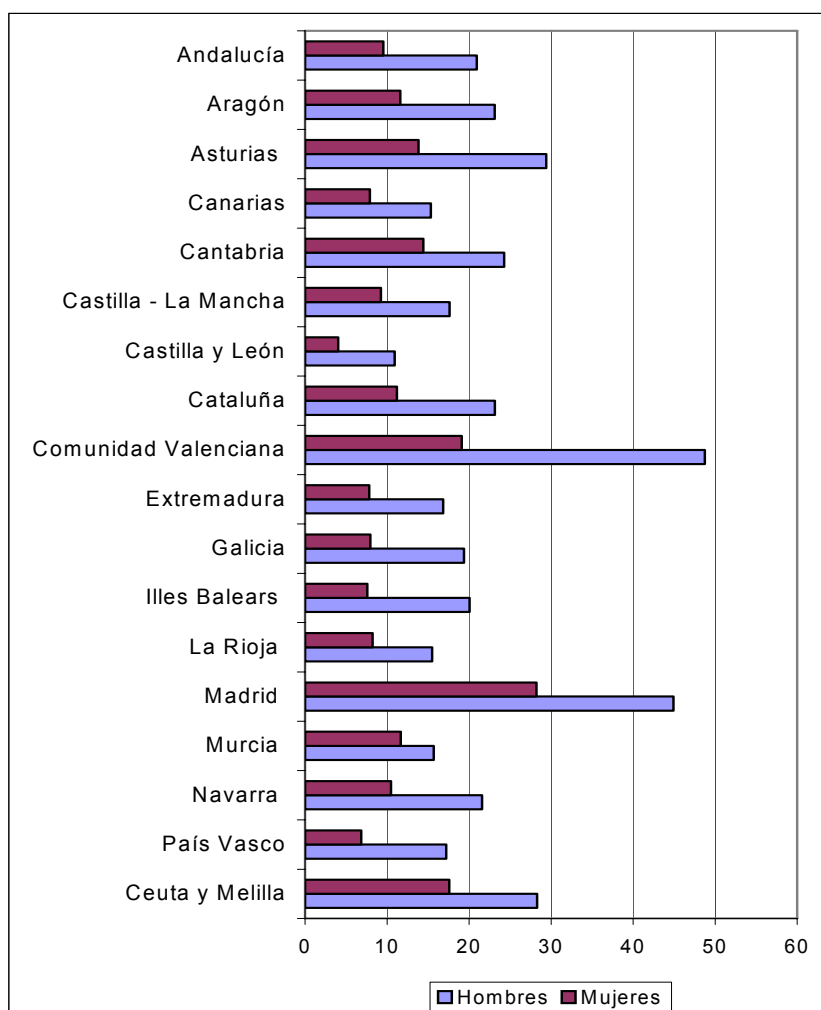
Tasa de incidencia de embarazos en menores de 18 años por 1.000 mujeres de 15 a 17 años. Comunidades autónomas, 2003.



Incidencia de tuberculosis

La incidencia de tuberculosis informa sobre la evolución de esta enfermedad, y la efectividad de políticas preventivas y de tratamiento en funcionamiento. La tasa de incidencia de tuberculosis es desigual entre comunidades autónomas y entre sexos el año 2003. Las tasas más altas corresponden a Ceuta y Melilla (48,7 por 100.000 habitantes en hombres y 19,1 por 100.000 habitantes en mujeres) y Galicia (44,9 en hombres y 28,2 en mujeres), seguidas por el País Vasco (28,3 en hombres y 17,6 en mujeres). Las tasas son superiores en hombres que en mujeres en todas las comunidades autónomas. Los valores más bajos se dan en Castilla-La Mancha (17,6 en hombres y 9,3 en mujeres).

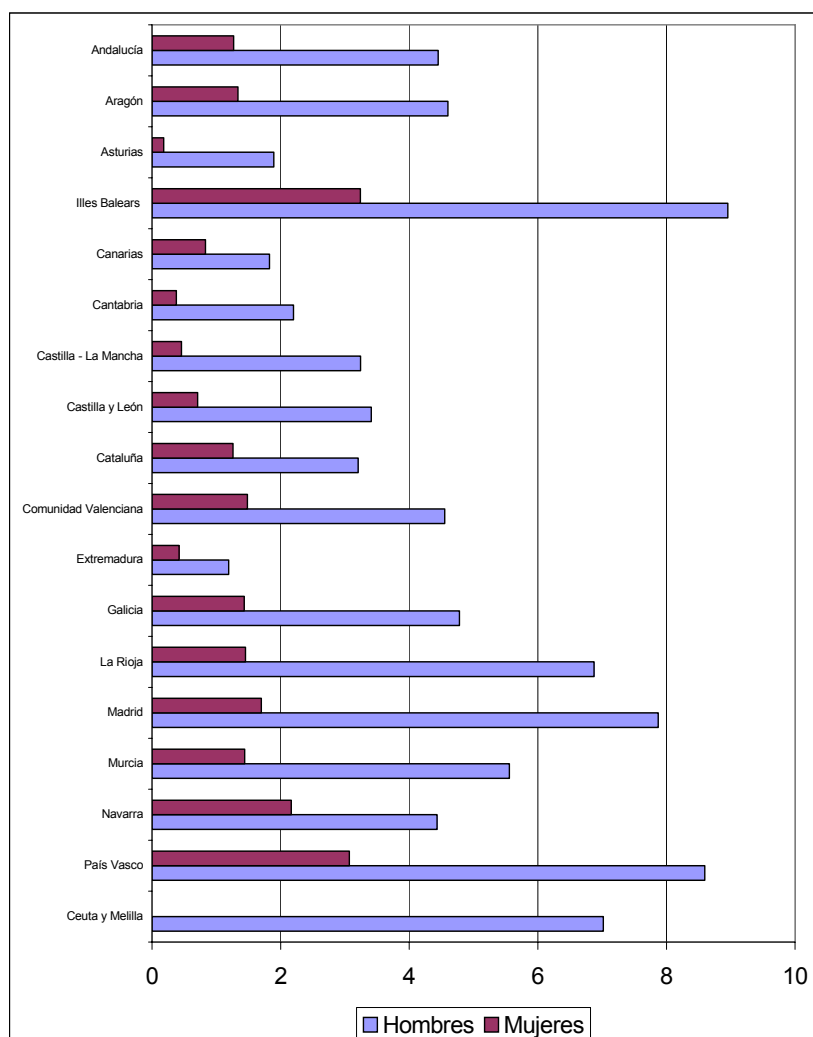
Tasa de incidencia de tuberculosis por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2003.



Incidencia de sida

La incidencia de sida informa sobre la evolución de esta enfermedad, los estilos de vida de la población y la efectividad de políticas preventivas y de tratamiento existentes. La tasa de incidencia de sida también es desigual entre comunidades autónomas y entre sexos el año 2004. Las tasas más altas corresponden a los hombres del País Vasco (8,6 por 100.000 habitantes) y Illes Balears (8,9 por 100.000 habitantes), seguidas de Madrid, Ceuta y Melilla y La Rioja. Entre las mujeres, las tasa más altas también se dan en País Vasco (3,1 por 100.000 habitantes) y Illes Balears (3,2 por 100.000 habitantes). Las comunidades con las tasas de incidencia más bajas son Extremadura, Canarias y Asturias (tasas inferiores a 2 por 100.000 habitantes en hombres y a 1 por 100.000 en mujeres).

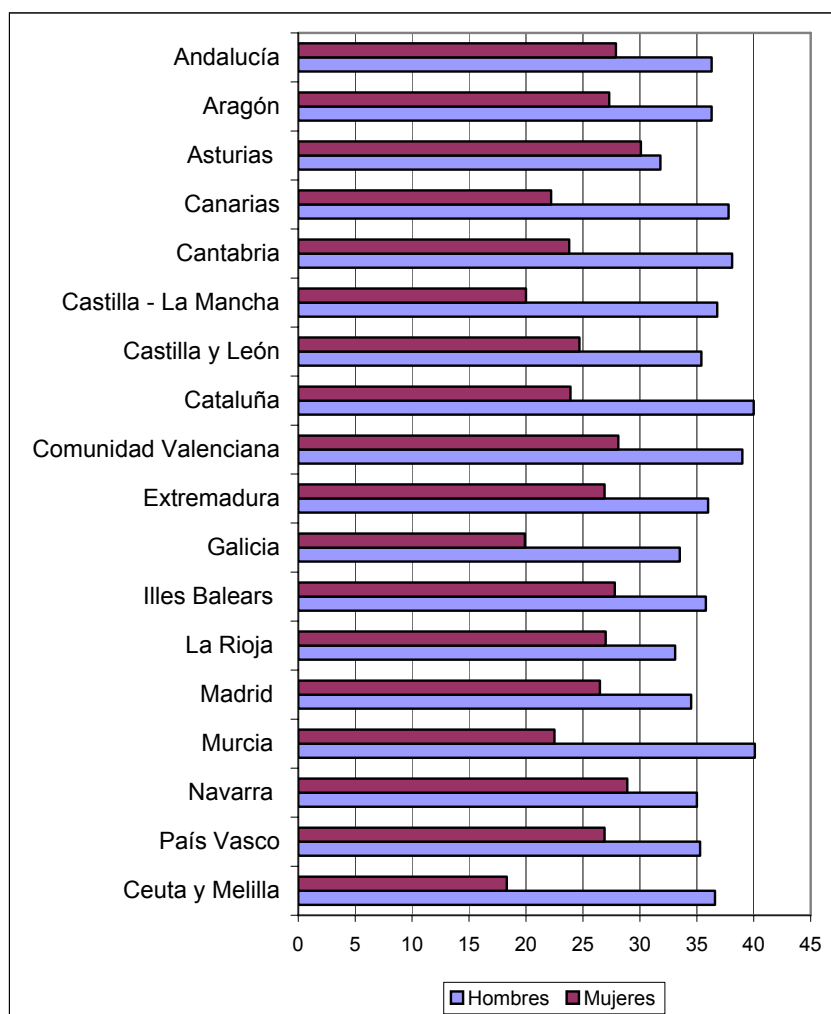
Tasa de incidencia de sida por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2004.



Prevalencia de consumo de tabaco en mayores de 15 años

La prevalencia de consumo de tabaco da información sobre los estilos de vida de la población, la efectividad de políticas preventivas existentes, así como el efecto de la publicidad de tabaco en los medios de comunicación. El año 2003, las comunidades autónomas de Murcia, Cataluña y la Comunidad Valenciana son las que tienen una proporción mayor de hombres que consume tabaco (40,1%, 40,0% y 39,0%, respectivamente). Entre las mujeres, las mayores proporciones se dan en Asturias (30,1%) y Navarra (28,9%). Las comunidades con una proporción menor son Galicia (19,9%) en los hombres y Ceuta y Melilla (18,3%) en las mujeres. La proporción de población que consume tabaco es superior en los hombres que en las mujeres en todas las comunidades.

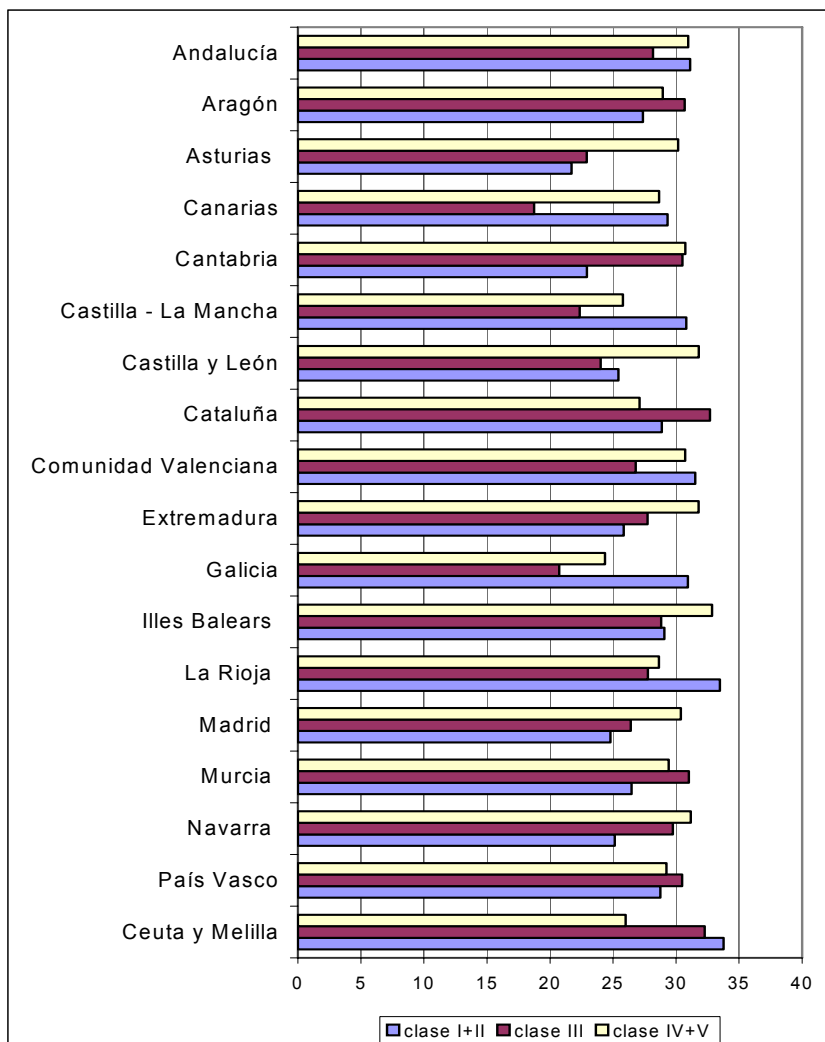
Porcentaje de población igual o mayor a 16 años que consume tabaco. Comunidades autónomas, 2003.



Prevalencia de consumo de tabaco en mayores de 15 años según clase social

La proporción de población que consume tabaco es desigual entre clases sociales en todas las comunidades autónomas el año 2003. La proporción de población que consume tabaco en Asturias y Cantabria es un 10% superior en las clases IV+V (más desfavorecidas) que en las clases I+II (más favorecidas). Las menores diferencias se dan en País Vasco. En Andalucía, Canarias, Castilla - La Mancha, Cataluña, la Comunidad Valenciana, Galicia, La Rioja y Ceuta y Melilla, la proporción de mujeres fumadoras es mayor en las clases favorecidas que en las clases desfavorecidas.

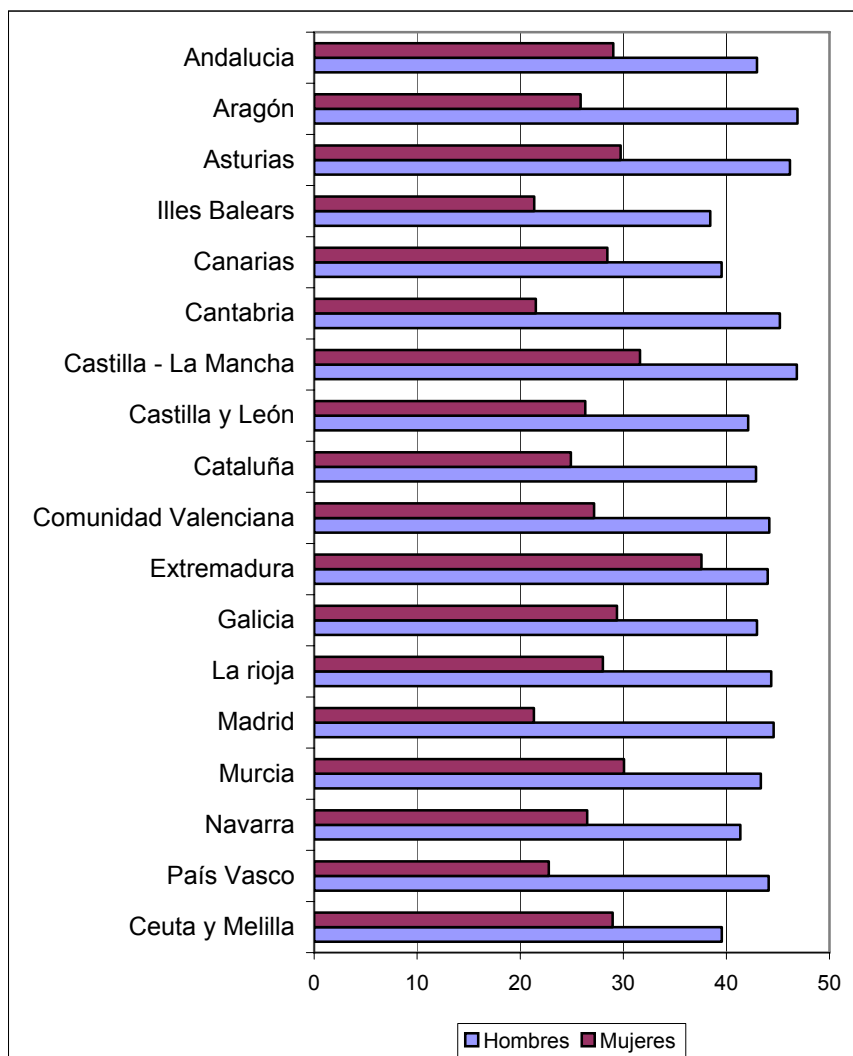
Porcentaje de población igual o mayor a 16 años que consume tabaco según clase social. Comunidades autónomas, 2003.



Prevalencia de sobrepeso

La prevalencia de sobrepeso da información sobre los estilos de vida de la población, la disponibilidad de alimentos saludables en la dieta y la efectividad de políticas preventivas existentes. El 2003, la prevalencia de población con sobrepeso es mayor en hombres que en mujeres en todas las comunidades autónomas. Las comunidades autónomas con una mayor proporción de hombres con sobrepeso son Castilla – La Mancha (46,8%) y Aragón (46,9%). En las mujeres, la mayor proporción se da en Extremadura (37,6%). Los porcentajes más bajos se dan en los hombres de Baleares, Canarias y Ceuta y Melilla, con valores alrededor del 38%, y en las mujeres de Madrid, Baleares y País Vasco, con valores alrededor del 21%.

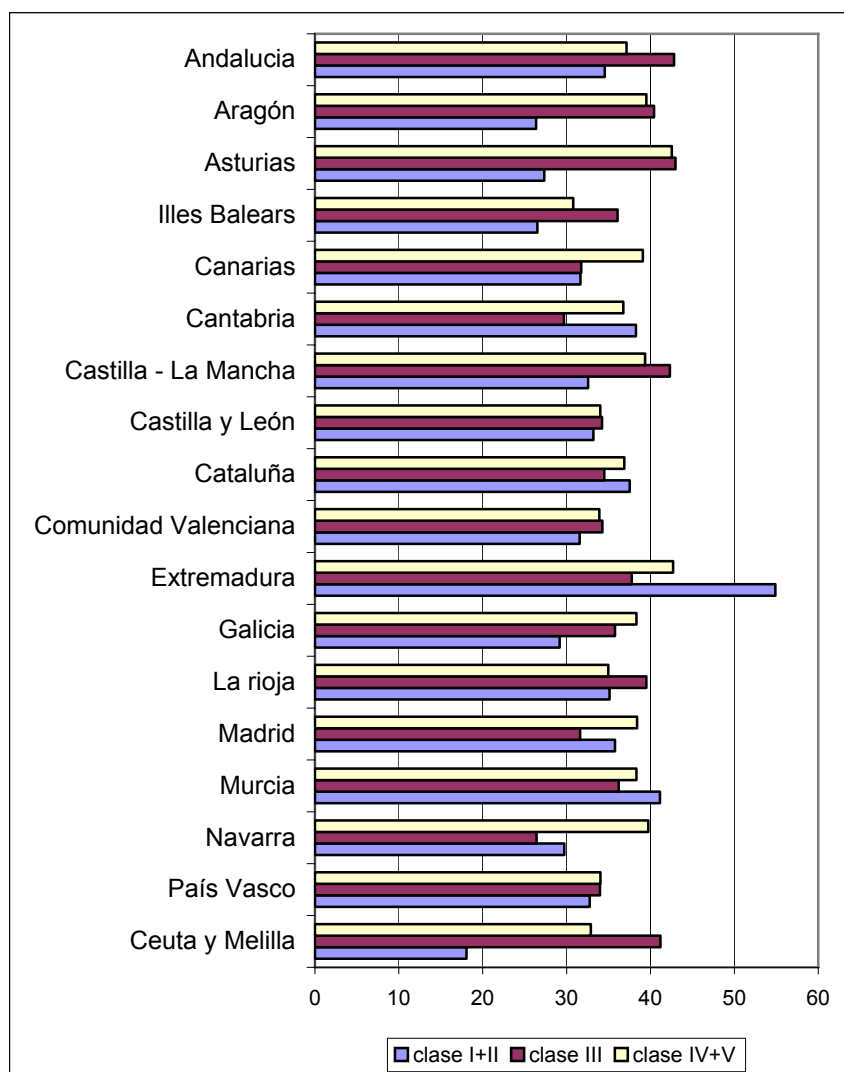
Porcentaje de población con sobrepeso. Comunidades autónomas, 2003.



Prevalencia de sobrepeso según clase social

En términos generales, durante el año 2003 la proporción de población con sobrepeso es mayor en las clases sociales III y IV+V (más desfavorecidas) que en las clases I+II (más favorecidas). Esto se da en todas las comunidades autónomas y los dos sexos, excepto en Cantabria, Cataluña, Extremadura, Murcia y La Rioja, donde la prevalencia de sobrepeso es mayor en la población de las clases I+II.

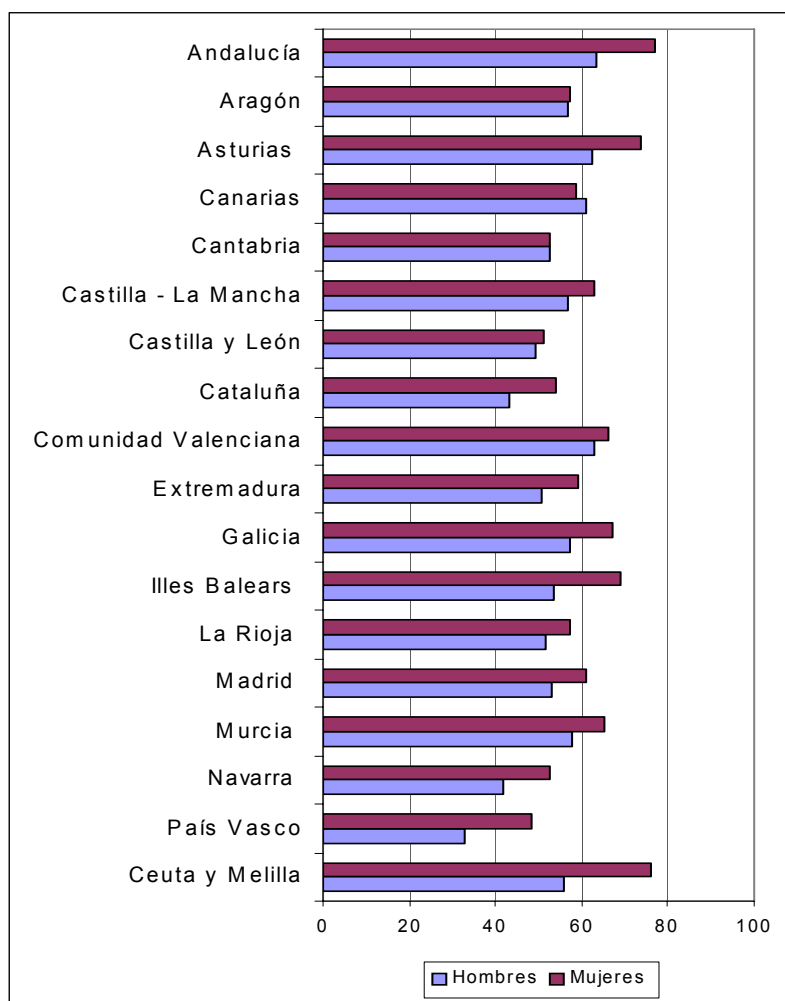
Porcentaje de población con sobrepeso según clase social. Comunidades autónomas, 2003.



Prevalencia de personas que no realizan actividad física en el tiempo libre

El porcentaje de población que no realiza actividad física en el tiempo libre da información sobre los estilos de vida de la población, la disponibilidad de instalaciones deportivas y acceso a ellas, así como la efectividad de políticas preventivas existentes. El año 2003, la comunidad autónoma con una proporción mayor de población que no realiza actividad física en el tiempo libre es Andalucía (63,4% en hombres y 77,2% en mujeres), seguida por la Comunidad Valenciana en hombres (63,1%) y Ceuta y Melilla en las mujeres (76,2%). La comunidad autónoma con una menor proporción de población que no realiza actividad física en el tiempo libre es País Vasco (32,7% en hombres y 48,4% en mujeres). La proporción de población que no realiza actividad física es siempre más alta en hombres que en mujeres, excepto en Canarias y Cantabria.

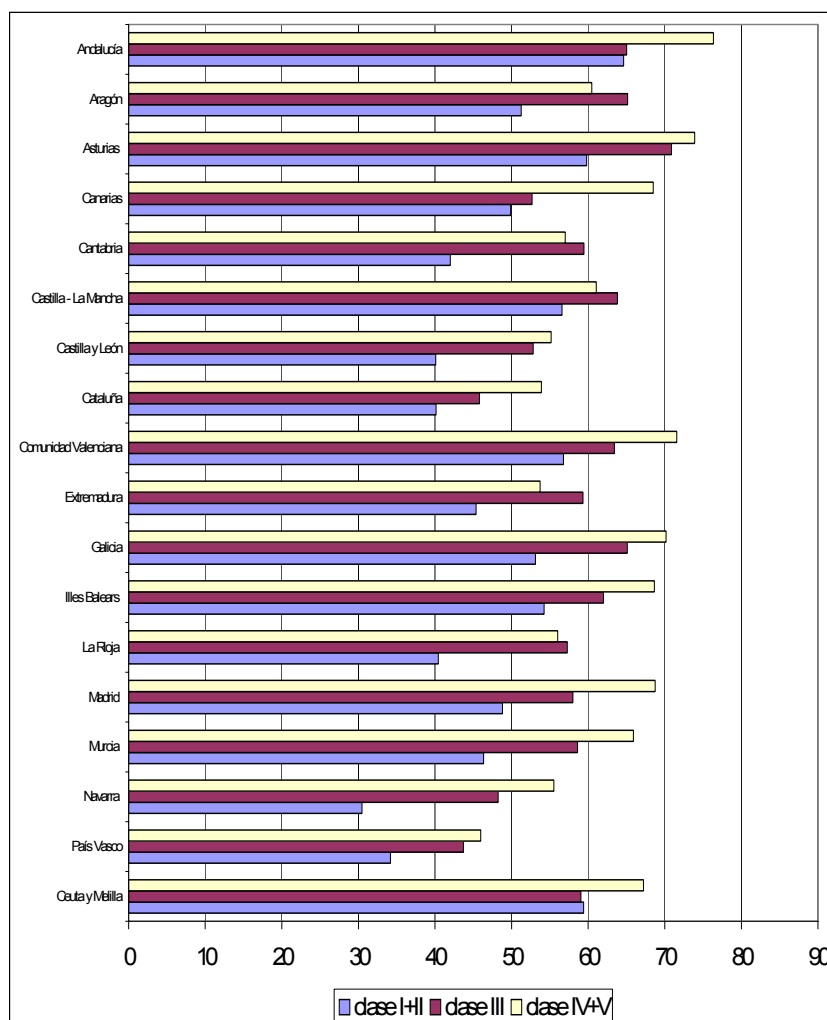
Porcentaje de personas que no realizan actividad física en el tiempo libre. Comunidades autónomas, 2003.



Prevalencia de personas que no realizan actividad física en el tiempo libre según clase social

La proporción de personas que no realizan actividad física en el tiempo libre es desigual según clases sociales el año 2003. Las comunidades autónomas de Galicia, Madrid, Murcia y Navarra tienen una proporción de población que no realiza actividad física un 20% superior en las clases IV+V que en las clases I+II. Estas diferencias se mantienen entre sexos. La diferencia menor entre clases sociales se da en Castilla – La Mancha.

Porcentaje de personas que no realizan actividad física en el tiempo libre según clase social. Comunidades autónomas, 2003.

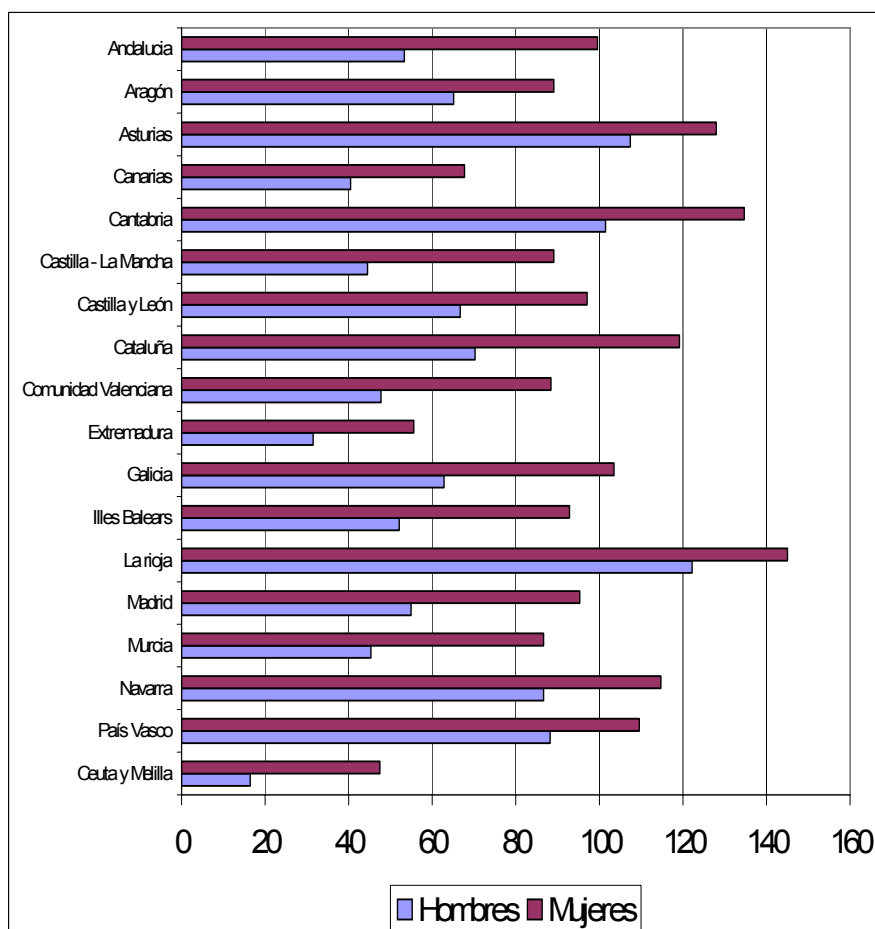


Acceso equitativo

Tasa de hospitalización por cirugía de artroplastia de cadera

La tasa de hospitalización por cirugía de artroplastia de cadera indica el acceso a este procedimiento, influido tanto por las necesidades de la población como por la oferta de servicios sanitarios y la variabilidad en la práctica médica. El año 2002, las tasas de hospitalización por cirugía de artroplastia de cadera son en todas las comunidades autónomas superiores en mujeres que en hombres. Destacan La Rioja, Cantabria y Asturias por las altas tasas de hospitalización en los dos sexos (tasas superiores a 100 por 100.000 habitantes). Cataluña y Navarra tienen una tasa de hospitalización especialmente alta pero sólo en las mujeres (119,1 y 114,7 por 100.000 habitantes, respectivamente). Ceuta y Melilla, Extremadura y Canarias son las comunidades autónomas con tasas de hospitalización más bajas en los dos sexos (tasas alrededor de 50 por 100.000 habitantes).

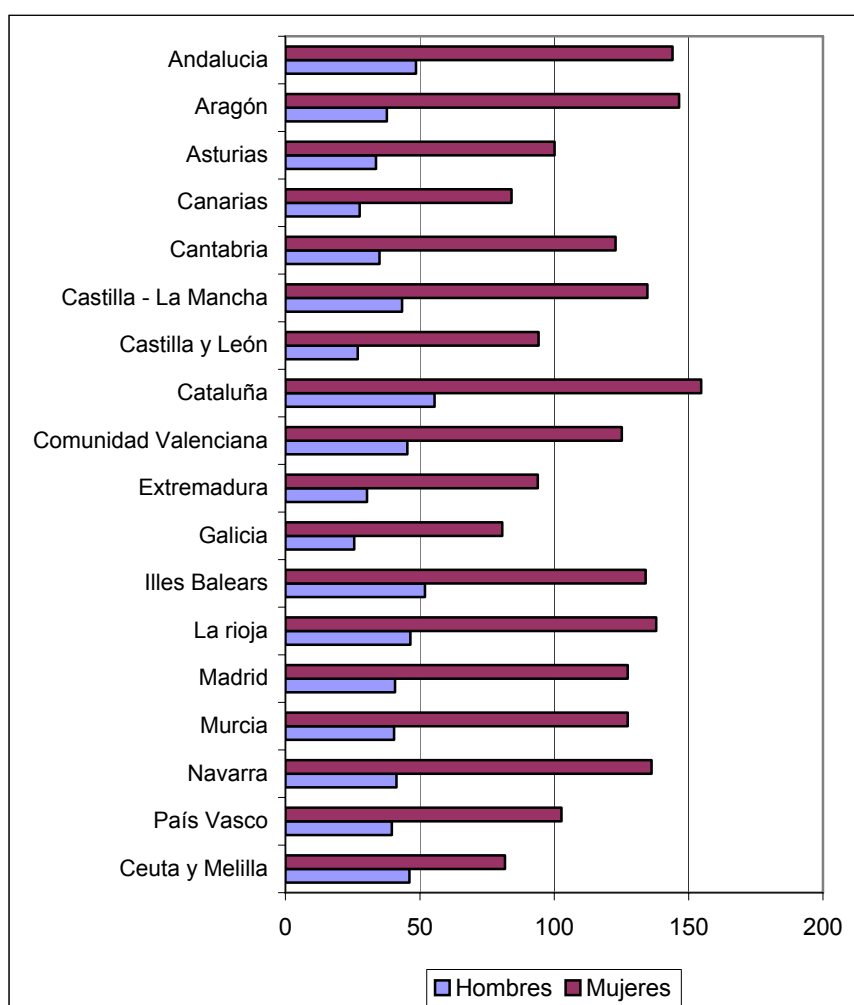
Tasa de hospitalización por cirugía de artroplastia de cadera por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2002.



Tasa de hospitalización por cirugía de fractura de cuello de fémur

La tasa de hospitalización por cirugía de fractura de fémur indica el acceso a este procedimiento, influido tanto por las necesidades de la población como por la oferta de servicios sanitarios y la variabilidad en la práctica médica. Las tasas de hospitalización por cirugía de fractura de fémur son en todas las comunidades autónomas muy superiores en mujeres que en hombres: los valores en las mujeres son entre dos y tres veces los de los hombres. El año 2002, destacan Cataluña (55,4 por 100.000 habitantes en hombres y 154,7 por 100.000 habitantes en mujeres), Aragón, Andalucía, La Rioja y Navarra. Las tasas de hospitalización más bajas en los dos sexos corresponden a Galicia (25,6 por 100.000 habitantes en hombres y 80,7 por 100.000 habitantes en mujeres), Canarias, Ceuta y Melilla, Castilla y León y Extremadura.

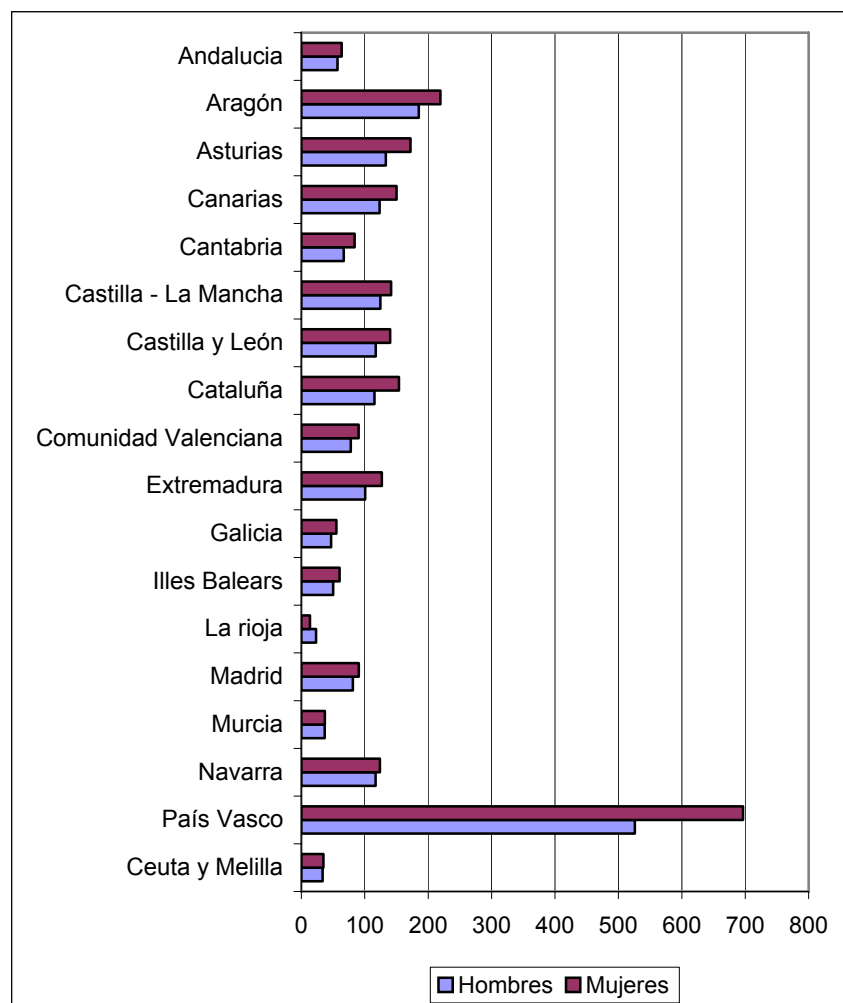
Tasa de hospitalización por cirugía de fractura de cuello de fémur por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2002.



Tasa de hospitalización por cirugía de cataratas

La tasa de hospitalización por cirugía de cataratas indica el acceso a este procedimiento, influido tanto por las necesidades de la población como por la oferta de servicios sanitarios y la variabilidad en la práctica médica. El año 2002, las tasas de hospitalización por cirugía de cataratas son en todas las comunidades autónomas superiores en mujeres que en hombres. Destaca País Vasco, con una tasa de hospitalización de 525,9 por 1.000 habitantes en hombres y de 696,5 por 100.000 habitantes en mujeres, muy superior al del resto de comunidades autónomas. Del resto de comunidades, destacan Asturias y Aragón. En el extremo inferior están La Rioja (23,2 por 1000.000 habitantes en hombres y 13,7 por 100.000 habitantes en mujeres), Murcia, Galicia e Illes Balears.

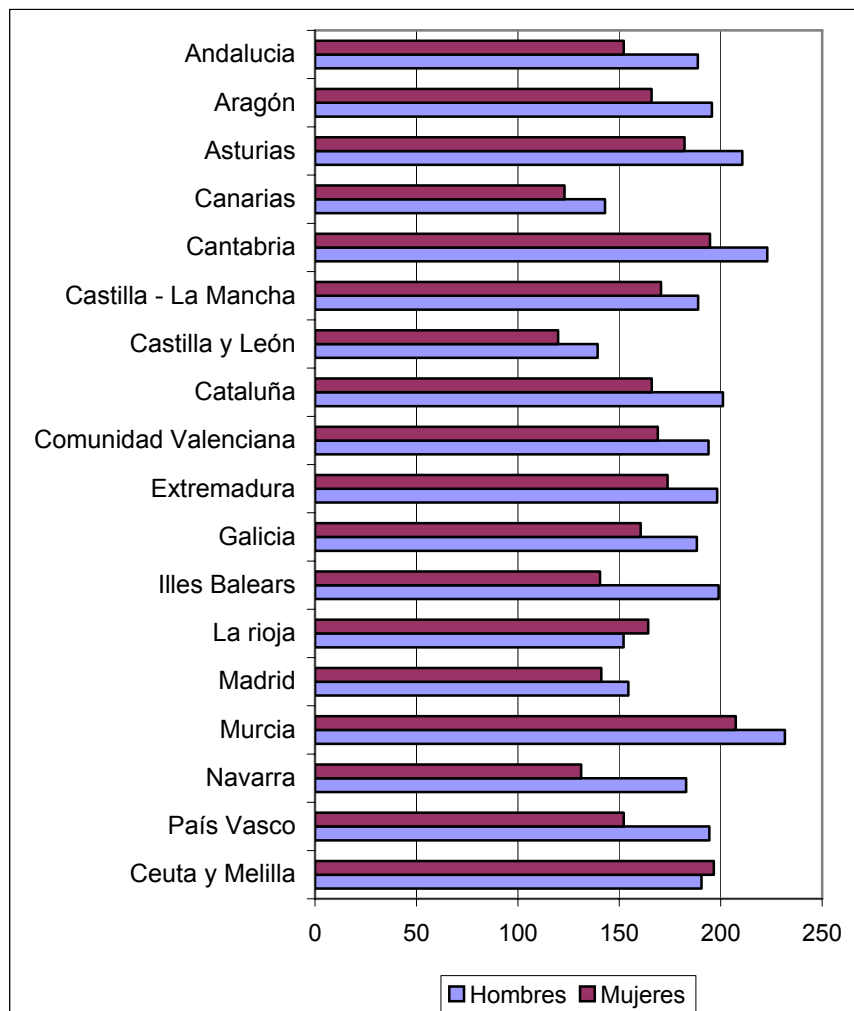
Tasa de hospitalización por cirugía de cataratas por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2002.



Tasa de hospitalización por accidente vascular cerebral

La tasa de hospitalización por accidente vascular cerebral indica el acceso por esta causa, influido tanto por las necesidades de la población como por la oferta de servicios sanitarios y la variabilidad en la práctica médica. El año 2002, las tasas de hospitalización por accidente vascular cerebral son en todas las comunidades autónomas superiores en hombres que en mujeres, excepto en Ceuta y Melilla. Murcia, Cantabria, Illes Balears y Asturias tienen los valores más altos (valores cercanos a los 200 por 100.000 habitantes). Las tasas de hospitalización más bajas corresponden a las comunidades de Castilla y León, Canarias y Madrid.

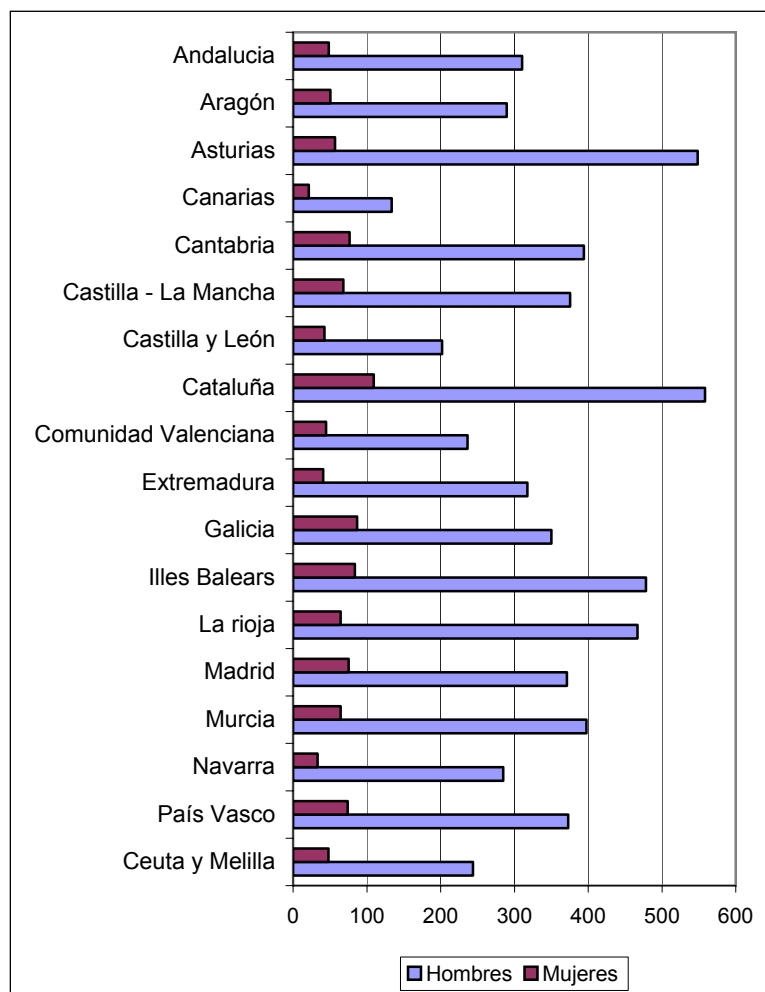
Tasa de hospitalización por accidente vascular cerebral por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2002.



Tasa de hospitalización por EPOC

La tasa de hospitalización por EPOC indica el acceso por esta causa, influido tanto por las necesidades de la población como por la oferta de servicios sanitarios y la variabilidad en la práctica médica. Las tasas de hospitalización por EPOC son en todas las comunidades autónomas superiores en hombres que en mujeres, fenómeno relacionado con la mayor prevalencia de consumo de tabaco en los hombres que en las mujeres del grupo de edad analizado. El año 2002, las tasas de hospitalización son especialmente altas en Cataluña (558,3 por 100.000 habitantes en hombres y 109,2 por 100.000 habitantes en mujeres), Illes Balears, Asturias y La Rioja. En el caso de las mujeres, destaca ligeramente Cataluña, con valores más altos. Canarias tiene las tasas de hospitalización más bajas, tanto en hombres como en mujeres (133,6 y 21,3 por 100.000 habitantes, respectivamente).

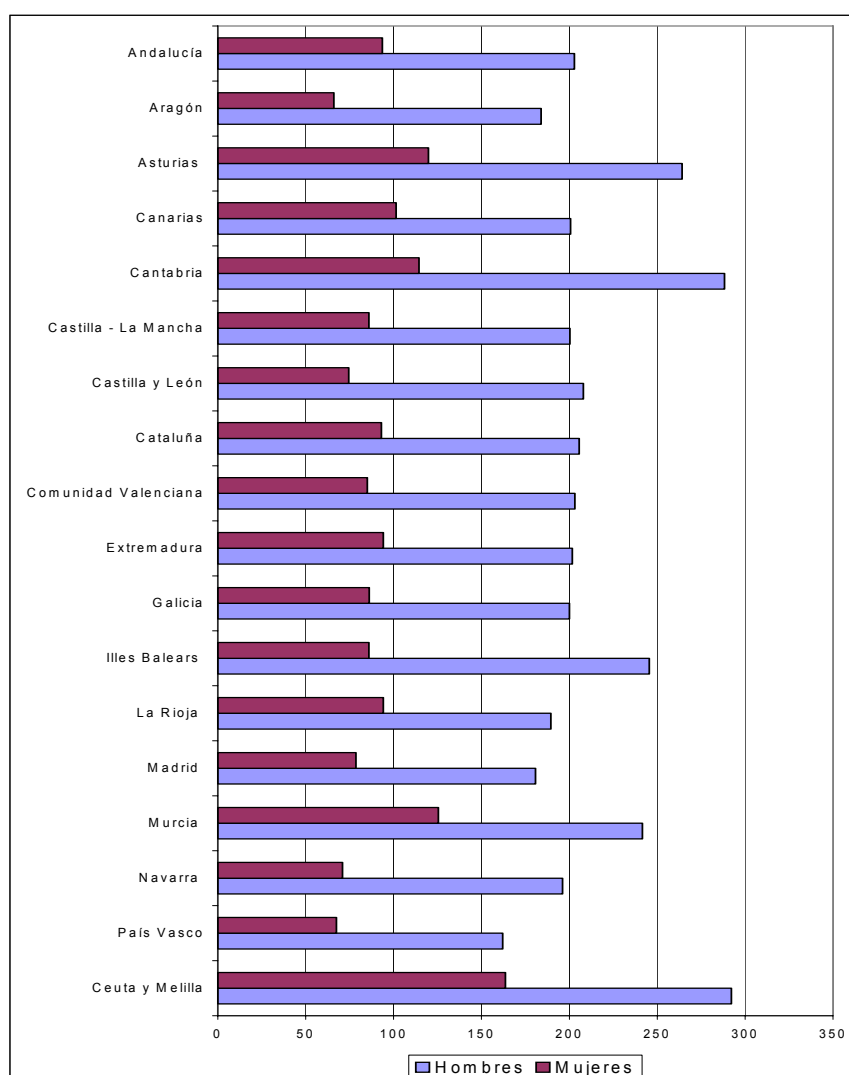
Tasa de hospitalización por EPOC por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2002.



Tasa de hospitalización por infarto agudo de miocardio

La tasa de hospitalización por infarto agudo de miocardio indica el acceso por esta causa, influido tanto por las necesidades de la población como por la oferta de servicios sanitarios y la variabilidad en la práctica médica. Las tasas de hospitalización por infarto agudo de miocardio son en todas las comunidades autónomas superiores en hombres que en mujeres. Las tasas de hospitalización son especialmente altas en los dos sexos en Ceuta y Melilla (292,1 por 100.000 habitantes en hombres y 163,6 por 100.000 habitantes en mujeres), Cantabria y País Vasco el año 2002. Las tasas de hospitalización más bajas se dan en La Rioja (162,0 por 100.000 habitantes) en los hombres y en País Vasco (67,4 por 100.000 habitantes), Navarra y Aragón en las mujeres.

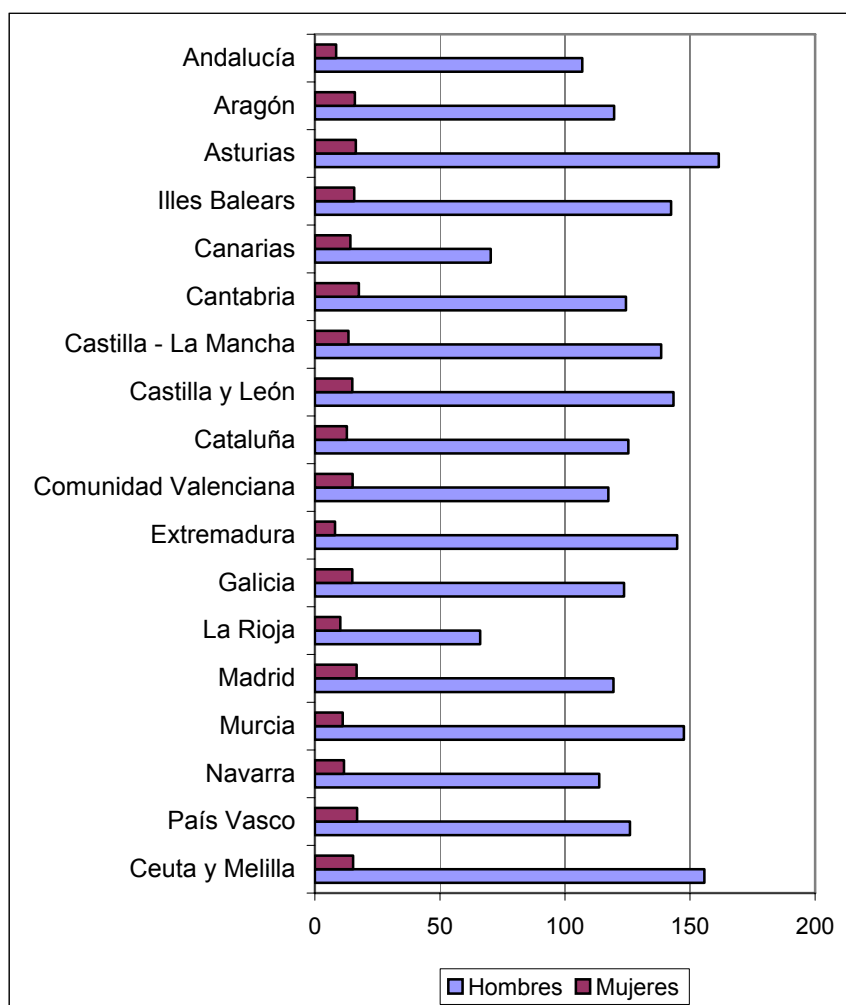
Tasa de hospitalización por infarto agudo de miocardio por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2002.



Tasa de hospitalización urgente por cáncer de pulmón

La tasa de hospitalización urgente por cáncer de pulmón indica el acceso a este procedimiento, influido tanto por las necesidades de la población como por la oferta de servicios sanitarios y la variabilidad en la práctica médica. Las tasas de hospitalización urgente por cáncer de pulmón son superiores en hombres que en mujeres en todas las comunidades autónomas. El año 2002, las tasas de hospitalización más altas corresponden a los hombres de Asturias y Ceuta y Melilla (161,5 y 155,7 por 1.000 habitantes, respectivamente). Las tasas más bajas se dan en La Rioja y Canarias (66,1 y 70,3 por 100.000 habitantes, respectivamente). En las mujeres las tasas más altas se dan Cantabria (17,6 por 100.000 habitantes), seguida por País Vasco, Madrid y Asturias. Las tasas más bajas se dan en Extremadura y Andalucía (8,1 y 8,5 por 100.000 habitantes, respectivamente).

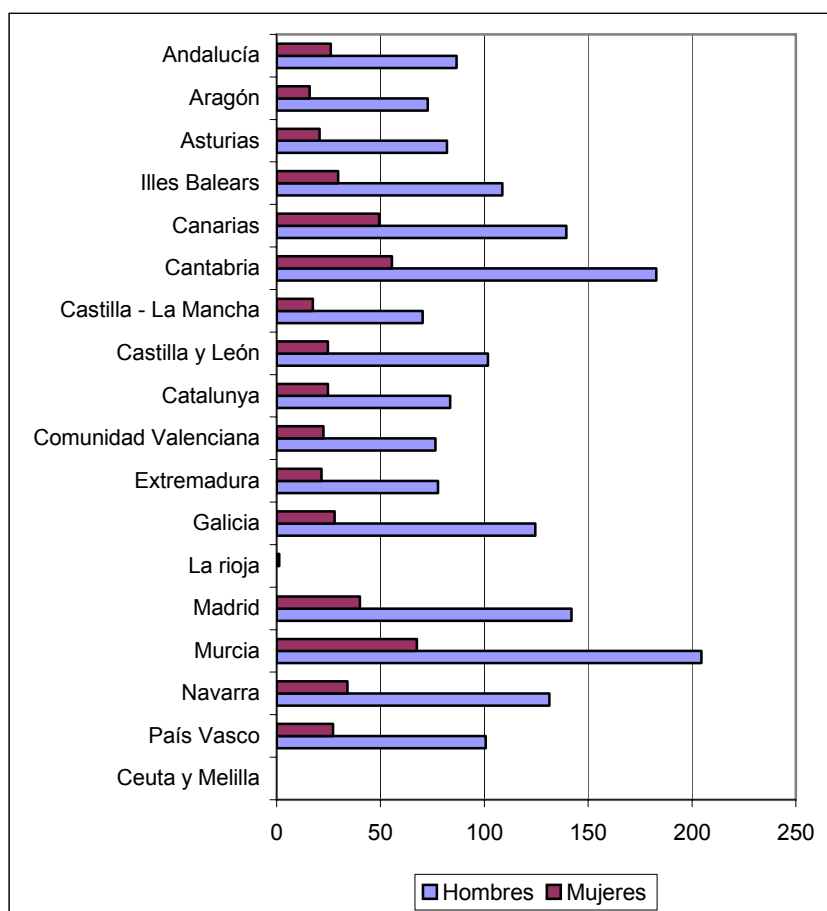
Tasa de hospitalización urgente por cáncer de pulmón por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2002.



Tasa de hospitalización por cirugía de angioplastia coronaria

La tasa de hospitalización por cirugía de angioplastia coronaria indica el acceso a este procedimiento, influido tanto por las necesidades de la población como por la oferta de servicios sanitarios y la variabilidad en la práctica médica. Las tasas de hospitalización por cirugía de angioplastia coronaria son en todas las comunidades autónomas muy superiores en hombres que en mujeres. El año 2002, las tasas de hospitalización son especialmente altas en hombres y mujeres en Murcia (204,57 por 100.000 habitantes en hombres y 67,46 por 1.000 habitantes en mujeres) y Cantabria (182,86 por 100.000 habitantes en hombres y 55,49 por 1.000 habitantes en mujeres). Las tasas de hospitalización más bajas se dan en Castilla-La Mancha (70,29 por 100.000 habitantes en hombres y 17,39 por 100.000 habitantes en mujeres) y Aragón (72,75 por 100.000 habitantes en hombres y 15,95 por 100.000 habitantes en mujeres). La Rioja reporta tan solo tener dos hospitalizaciones por cirugía de angioplastia coronaria y Ceuta y Melilla ninguna.

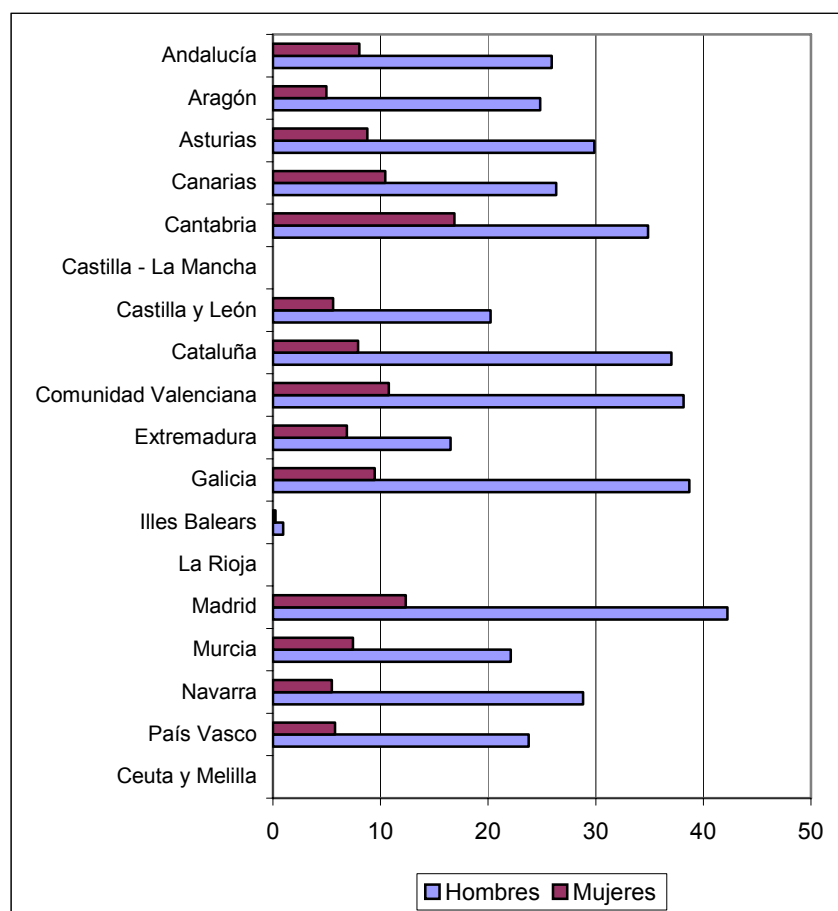
Tasa de hospitalización por cirugía de angioplastia coronaria por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2002.



Tasa de hospitalización por cirugía de bypass aorto-coronario

La tasa de hospitalización por cirugía de bypass aorto-coronario indica el acceso a este procedimiento, influido tanto por las necesidades de la población como por la oferta de servicios sanitarios y la variabilidad en la práctica médica. Las tasas de hospitalización por cirugía de bypass aorto-coronario son en todas las comunidades autónomas muy superiores en hombres que en mujeres. Las tasas de hospitalización son especialmente altas en hombres en Madrid (42,2 por 1.000 habitantes), Galicia, la Comunidad Valenciana y Cataluña, el año 2002. Las tasas de hospitalización más bajas corresponden a Extremadura (16,5 por 100.000 habitantes), Castilla – La Mancha y Murcia. En las mujeres, las tasas de hospitalización más altas se dan en Cantabria (16,8 por 100.000 habitantes), Madrid, Comunidad Valenciana y Canarias; las más bajas corresponden a Aragón (4,9 por 100.000 habitantes). Illes Balears reporta tan solo tener cinco hospitalizaciones por cirugía de bypass aorto-coronario y La Rioja y Ceuta y Melilla ninguna.

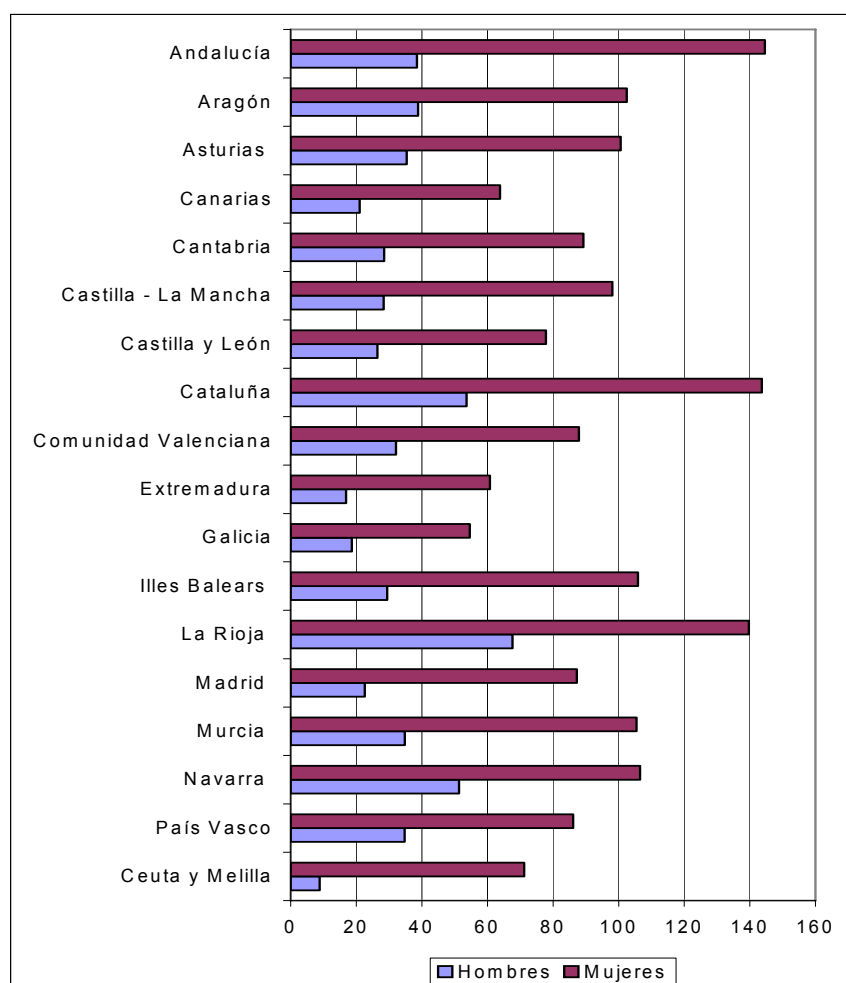
Tasa de hospitalización por cirugía de bypass aorto-coronario por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2002.



Tasa de hospitalización por cirugía de artroplastia de rodilla

La tasa de hospitalización por cirugía de artroplastia indica el acceso a este procedimiento, influido tanto por las necesidades de la población como por la oferta de servicios sanitarios y la variabilidad en la práctica médica. Las tasas de hospitalización por cirugía de artroplastia de rodilla son en todas las comunidades autónomas muy superiores en mujeres que en hombres. El año 2002, las tasas de hospitalización más altas en las mujeres se dan en Andalucía (144,54 por 1.000 habitantes), Cataluña y La Rioja. En los hombres, las tasas de hospitalización más altas se dan en las mismas comunidades y Navarra. Las tasas de hospitalización más bajas corresponden a Galicia (54,56 por 100.000 habitantes) y Extremadura (60,76 por 100.000 habitantes) en las mujeres, y a Ceuta y Melilla (8,79 por 100.000 habitantes), Extremadura y Galicia en los hombres.

Tasa de hospitalización por cirugía de artroplastia de rodilla por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2002.

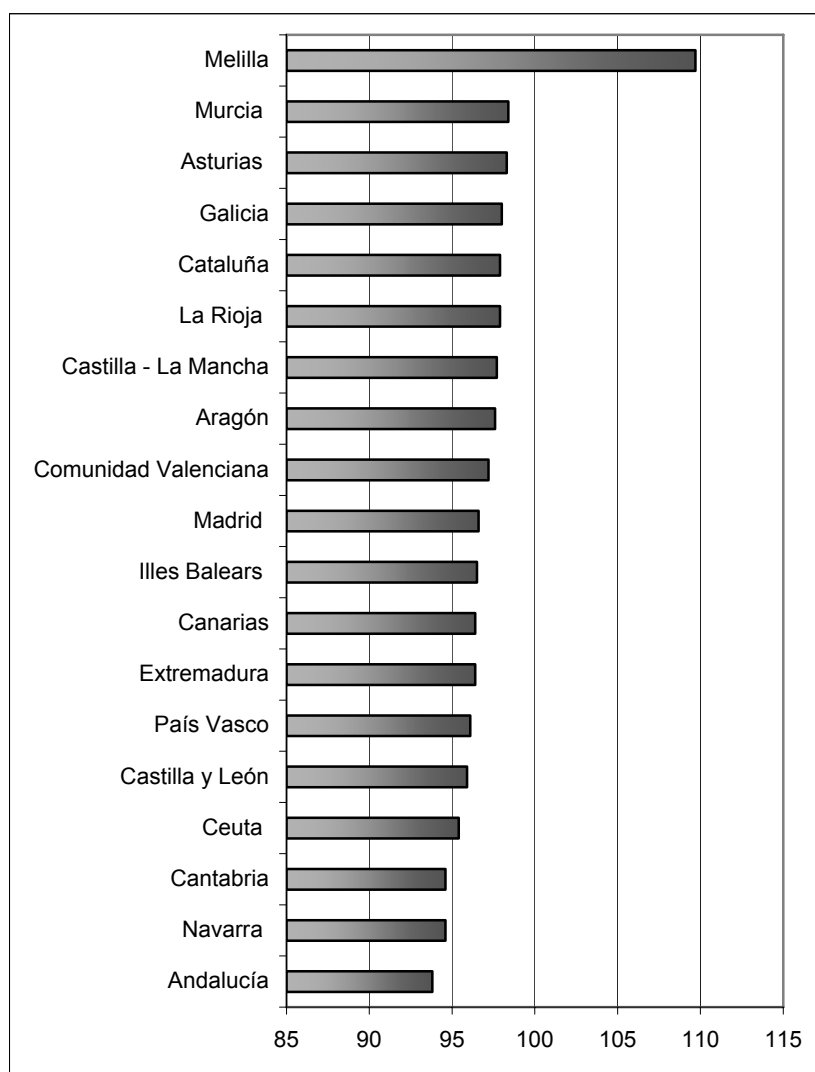


Provisión efectiva de servicios sanitarios apropiados

Cobertura vacunal de la vacuna DTP

La cobertura vacunal es un indicador de la realización de una práctica que se conoce efectiva para la prevención de enfermedades. La cobertura vacunal de la vacuna DTP en niños y niñas menores de un año el año 2004 es muy alta en todas las comunidades autónomas. Los valores más altos se dan en Murcia (98,4%), Asturias (98,3%) y Galicia (98,0%). El valor más bajo se da en Andalucía (93,8%). La cobertura superior al 100% de Melilla se debe a la inclusión en el numerador de sujetos vacunados que no están incluidos en la población objeto.

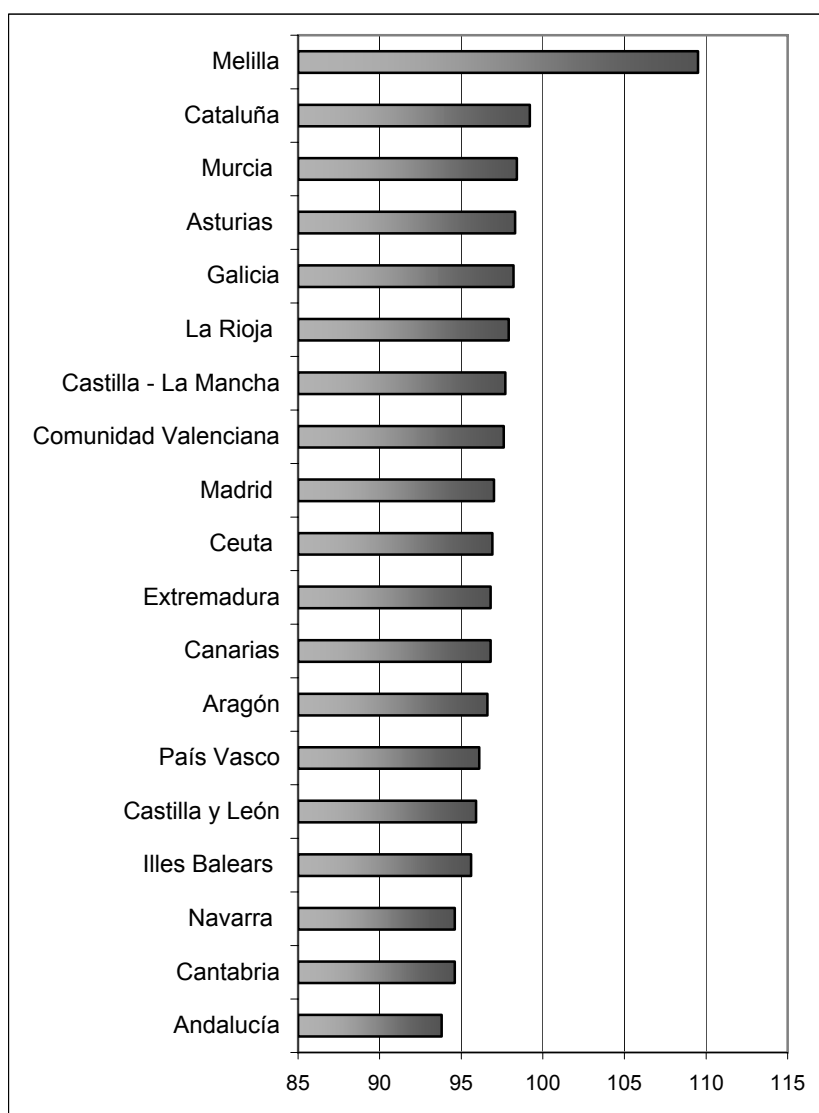
Porcentaje de niños y niñas menores de un año vacunados de la vacuna DTP. Comunidades autónomas, 2004.



Cobertura vacunal de la vacuna antipoliomielítica

El año 2004, la cobertura vacunal de la vacuna antipoliomielítica en niños y niñas menores de un año es muy alta en todas las comunidades autónomas. La cobertura más alta se da en Cataluña (99,2%), seguida de Murcia (98,4%), Asturias (98,3%) y Galicia (98,2%). El valor más bajo se da en Andalucía (93,8%). La cobertura superior al 100% de Melilla se debe a la inclusión en el numerador de sujetos vacunados que no están incluidos en la población objeto.

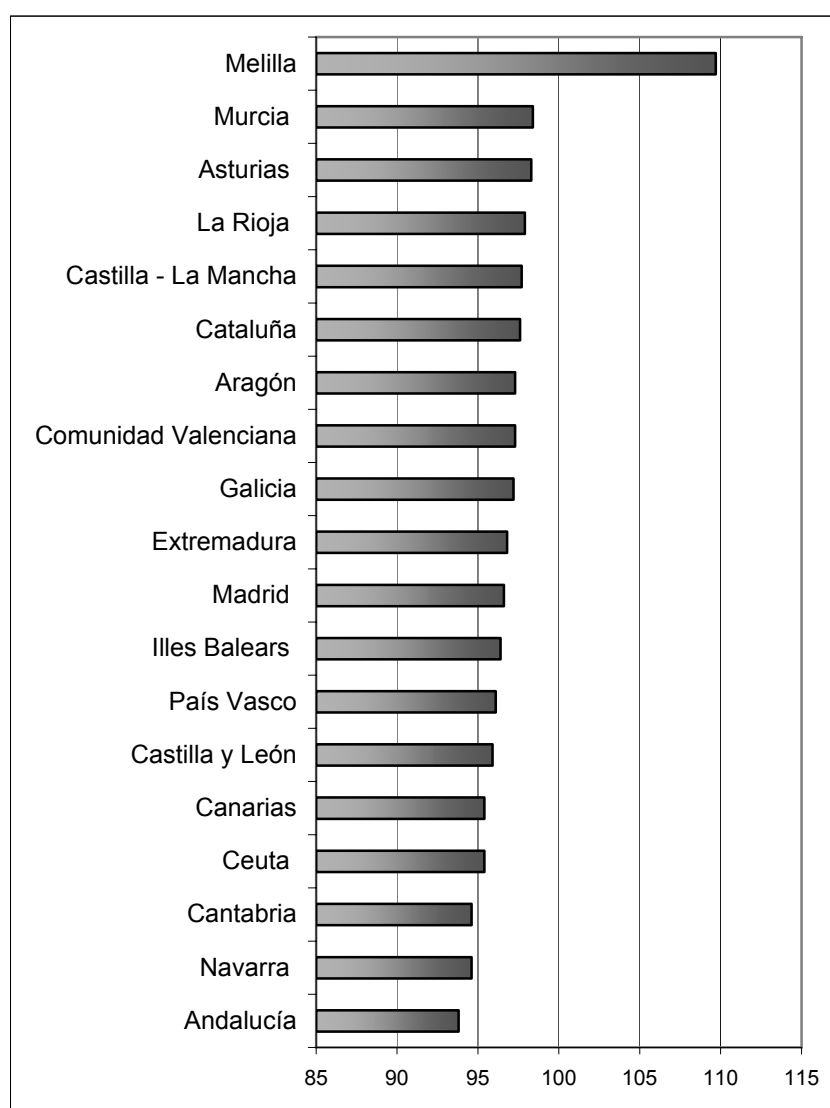
Porcentaje de niños y niñas menores de un año vacunados de la vacuna antipoliomielítica. Comunidades autónomas, 2004.



Cobertura vacunal de la vacuna frente al *Haemophilus influenzae* tipo b

La cobertura vacunal de la vacuna frente al *Haemophilus influenzae* tipo b en niños y niñas menores de un año es muy alta en todas las comunidades autónomas el año 2004. Las coberturas más altas corresponden a Murcia y Asturias (98,4% y 98,3%, respectivamente). El valor más bajo se da en Andalucía (93,8%). La cobertura superior al 100% de Melilla se debe a la inclusión en el numerador de sujetos vacunados que no están incluidos en la población objeto.

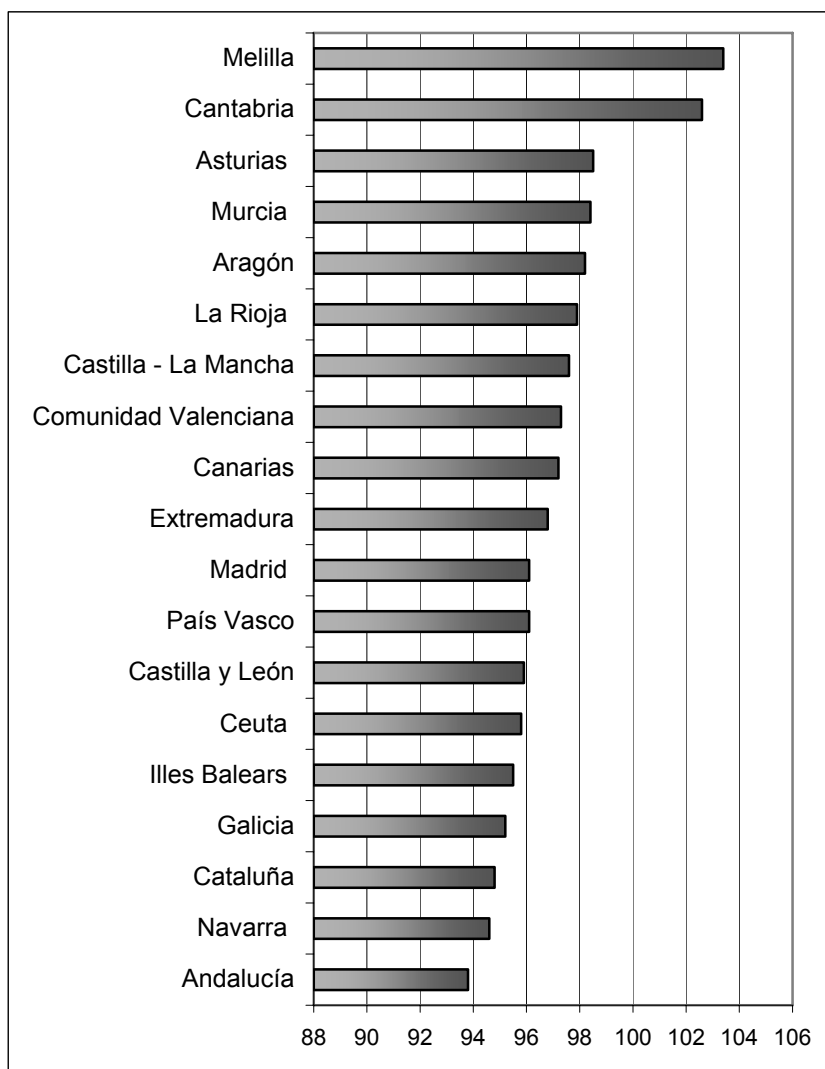
Porcentaje de niños y niñas menores de un año vacunados frente al *Haemophilus influenzae* tipo b. Comunidades autónomas, 2004.



Cobertura vacunal de la vacuna frente a la meningitis meningocócica C

El año 2004, la cobertura vacunal de la vacuna frente a la meningitis meningocócica C en niños y niñas menores de un año es muy alta en todas las comunidades autónomas. Las coberturas más altas corresponden a Asturias, Murcia y Aragón (98,5%, 98,4% y 98,3%, respectivamente). El valor más bajo se da en Andalucía (93,8%). Las coberturas superiores al 100% de Cantabria y Melilla se deben a la inclusión en el numerador de sujetos vacunados que no están incluidos en la población objeto.

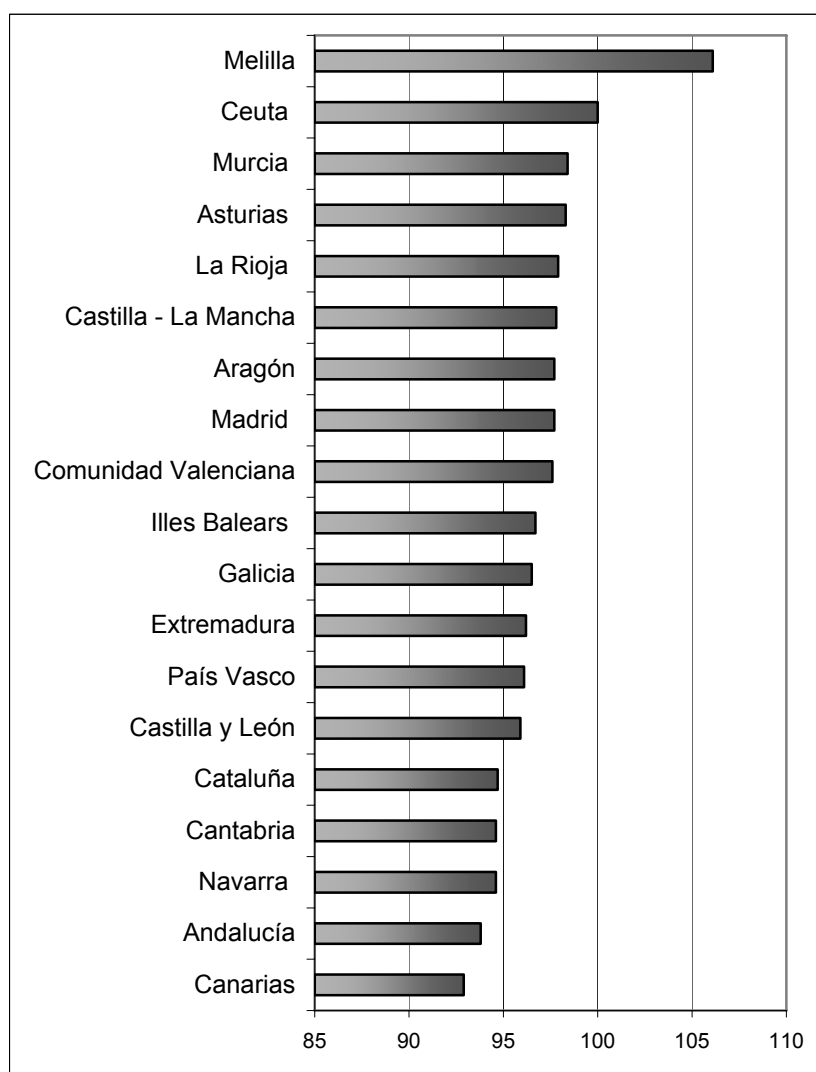
Porcentaje de niños y niñas menores de un año vacunados frente a la meningitis meningocócica C. Comunidades autónomas, 2004.



Cobertura vacunal de la vacuna frente a la hepatitis B

El año 2004, la cobertura vacunal de la vacuna frente a la hepatitis B en niños y niñas menores de un año es muy alta en todas las comunidades autónomas. Las coberturas más altas corresponden a Murcia y Asturias (98,4% y 98,3%, respectivamente). El valor más bajo se da en Andalucía (93,8%). Las coberturas superiores al 100% de Ceuta y Melilla se deben a la inclusión en el numerador de sujetos vacunados que no están incluidos en la población objeto.

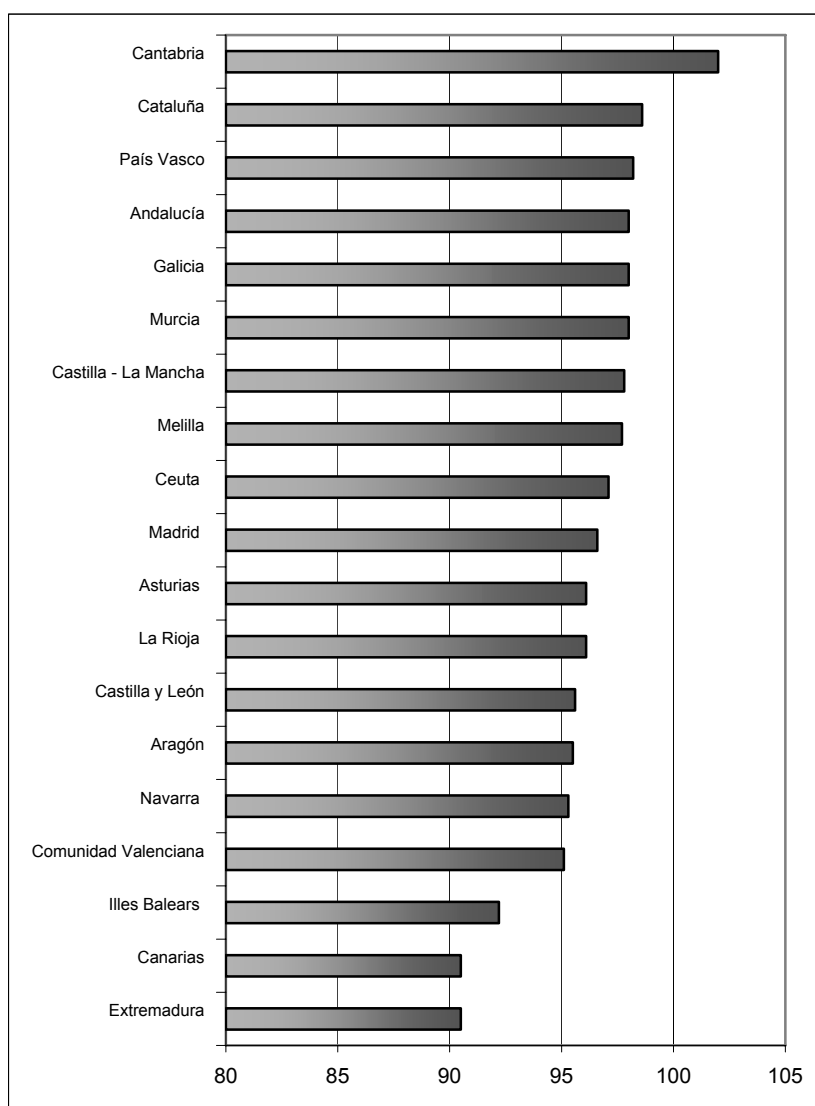
Porcentaje de niños y niñas menores de un año vacunados frente a la hepatitis B. Comunidades autónomas, 2004.



Cobertura vacunal de la vacuna triple vírica

El año 2004, la cobertura vacunal de la vacuna triple vírica de niños y niñas menores de un año es alta en todas las comunidades autónomas. Las coberturas más altas corresponden a Cataluña y País Vasco (98,6% y 98,2%, respectivamente). Los valores más bajos se dan en Canarias y Extremadura (90,5% y 90,5%, respectivamente). La cobertura superior al 100% de Cantabria se debe a la inclusión en el numerador de sujetos vacunados que no están incluidos en la población objeto.

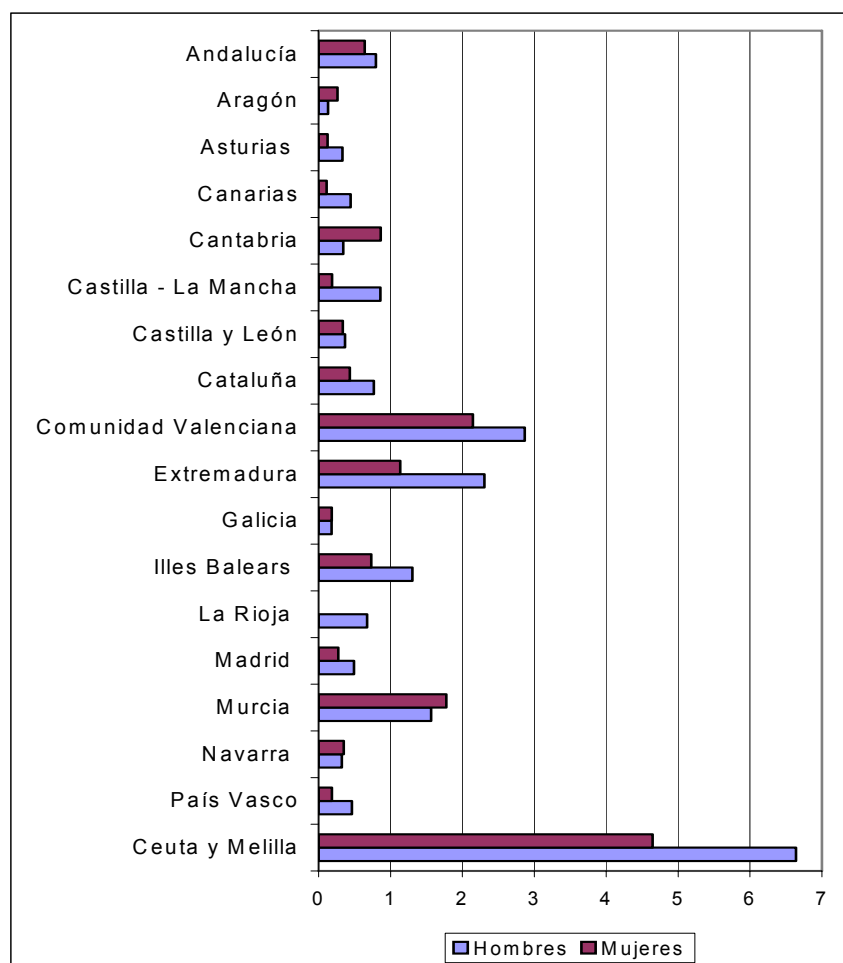
Porcentaje de niños y niñas menores de un año vacunados de la vacuna triple vírica. Comunidades autónomas, 2004.



Tasa de hospitalización evitable por diabetes y sus complicaciones vasculares periféricas

Las tasas de hospitalización evitable indican la hospitalización de población por condiciones que podrían haberse evitado en caso de haberse tratado correctamente en atención primaria o en caso de haber seguido unos estilos de vida saludables. La tasa de hospitalización evitable por diabetes y sus complicaciones vasculares periféricas sigue un patrón muy parecido en hombres y en mujeres. El año 2002, las tasas de hospitalizaciones evitables más altas se dan tanto en hombres como en mujeres en Ceuta y Melilla (6,6 por 100.000 habitantes en hombres y 4,6 por 100.000 habitantes en mujeres) y la Comunidad Valenciana (2,9 por 100.000 habitantes en hombres y 2,1 por 100.000 habitantes en mujeres). Las tasas de hospitalizaciones evitables más bajas en los dos sexos se dan en Galicia (0,2 por 100.000 habitantes en hombres y 0,2 por 100.000 habitantes en mujeres), Asturias y Aragón.

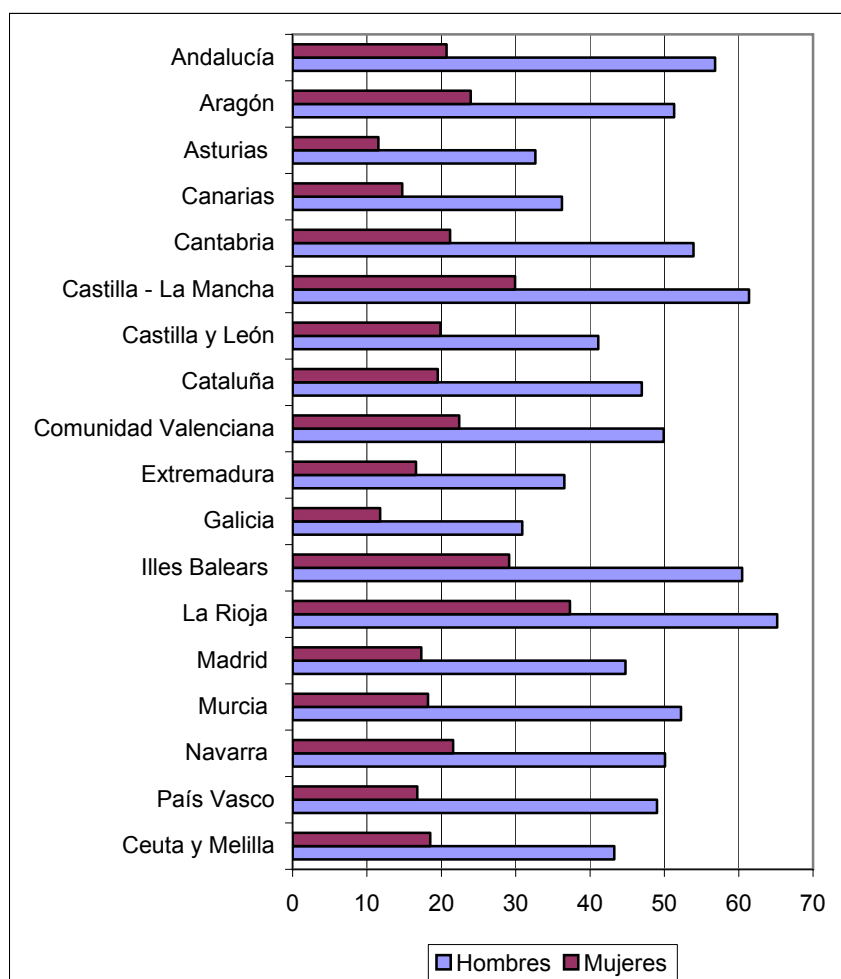
Tasa de hospitalización evitable por diabetes y sus complicaciones vasculares periféricas por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2002.



Tasa de hospitalización evitable por úlcera gástrica y/o duodenal y sus complicaciones hemorrágicas

El año 2002, la tasa de hospitalización evitable por úlcera gástrica y/o duodenal y sus complicaciones hemorrágicas sigue, de nuevo, un patrón muy parecido en hombres y en mujeres. Las tasas de hospitalizaciones evitables más altas se dan tanto en hombres como en mujeres en La Rioja (65,2 por 100.000 habitantes en hombres y 37,3 por 100.000 habitantes en mujeres), Castilla-La Mancha y Illes Balears. Las tasas de hospitalizaciones evitables más bajas en los dos sexos se dan en Galicia (30,9 por 100.000 habitantes en hombres y 11,8 por 100.000 habitantes en mujeres) y Asturias.

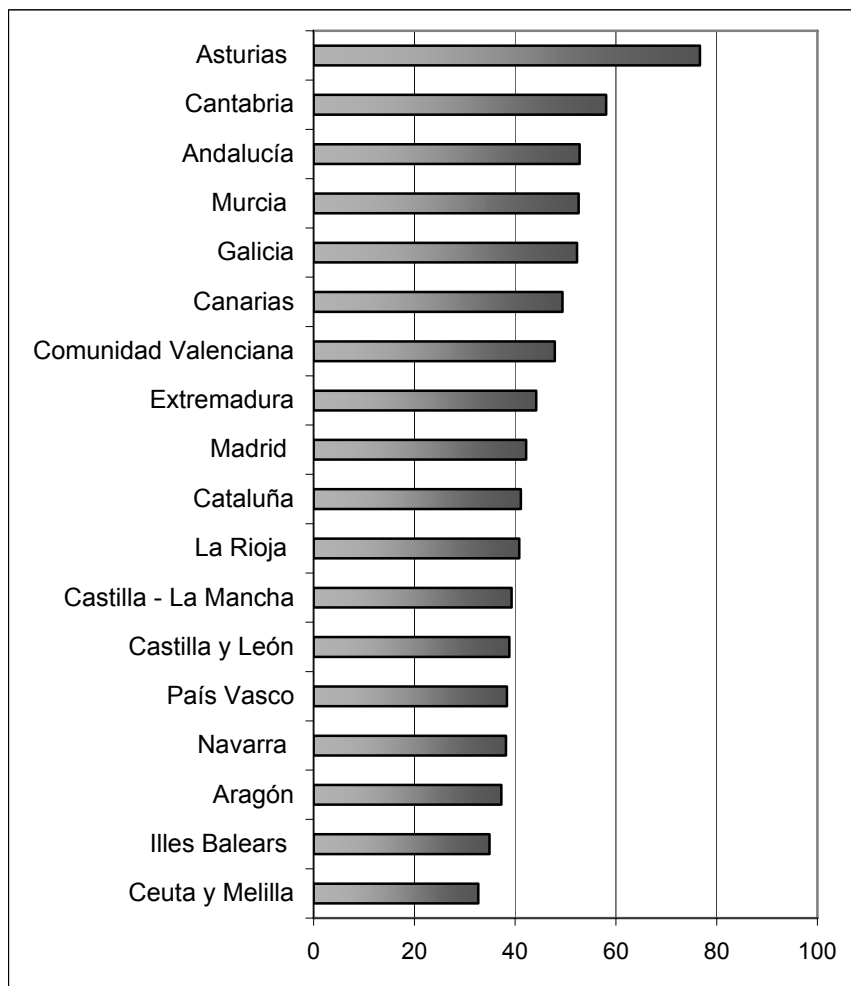
Tasa de hospitalización evitable por úlcera gástrica y/o duodenal y sus complicaciones hemorrágicas por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2002.



Prescripción de benzodiazepinas

La prescripción de benzodiazepinas es un indicador del uso que se hace de este fármaco; altas tasas de prescripción pueden indicar un uso inapropiado. El año 2004, la comunidad autónoma con un mayor número de prescripciones de benzodiazepinas fue Asturias (76,7 envases por 100 habitantes), seguida de Cantabria (58,0 envases por 100 habitantes). La comunidad autónoma con una menor prescripción fue Ceuta y Melilla (32,7 envases por 100 habitantes), seguida de Illes Balears (34,9 envases por 100 habitantes).

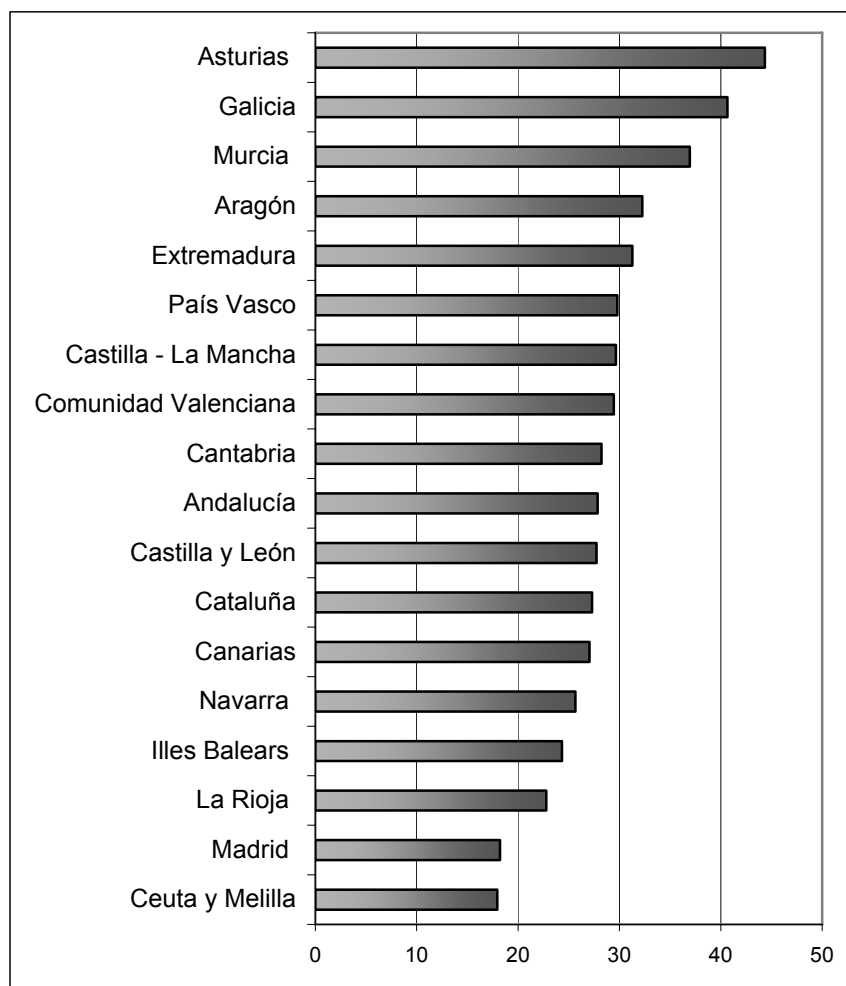
Número de envases de benzodiazepinas prescritos extrahospitalariamente por 100 habitantes. Comunidades autónomas, 2004.



Prescripción de antipsicóticos

La prescripción de antipsicóticos es un indicador del uso que se hace de este fármaco; altas tasas de prescripción pueden indicar un uso inapropiado. El año 2004, la comunidad autónoma con un mayor número de prescripciones de antipsicóticos por 100 habitantes fue Asturias (44,3 envases por 100 habitantes), seguida de Galicia (40,7 envases por 100 habitantes). La comunidad autónoma con una menor prescripción fue Ceuta y Melilla (18,0 envases por 100 habitantes), seguida de Madrid (18,2 envases por 100 habitantes).

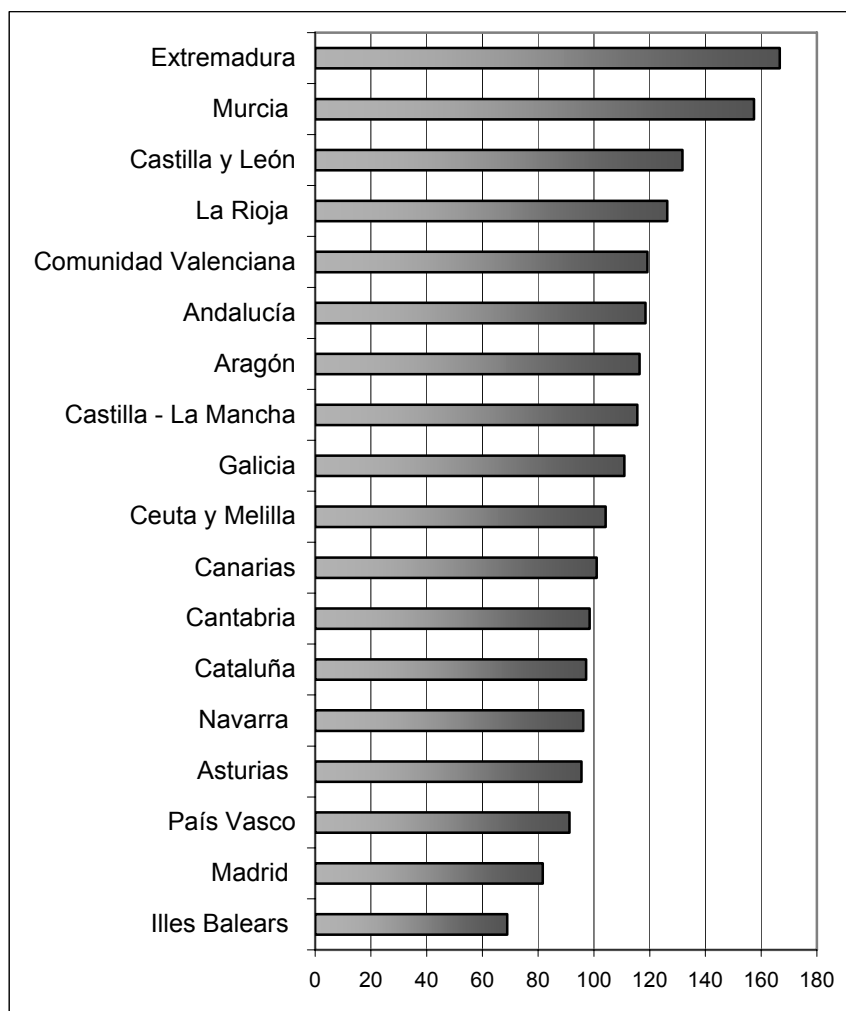
Número de envases de antipsicóticos prescritos extrahospitalariamente por 100 habitantes. Comunidades autónomas, 2004.



Prescripción de antibióticos

La prescripción de antibióticos es un indicador del uso que se hace de este fármaco; altas tasas de prescripción pueden indicar un uso inapropiado. El año 2004, la comunidad autónoma con un mayor número de prescripciones de antibióticos por 100 habitantes fue Extremadura (166,7 envases por 100 habitantes), seguida de Murcia (157,4 envases por 100 habitantes). La comunidad autónoma con una menor prescripción fue Illes Balears (68,9 envases por 100 habitantes), seguida de Madrid (81,7 envases por 100 habitantes).

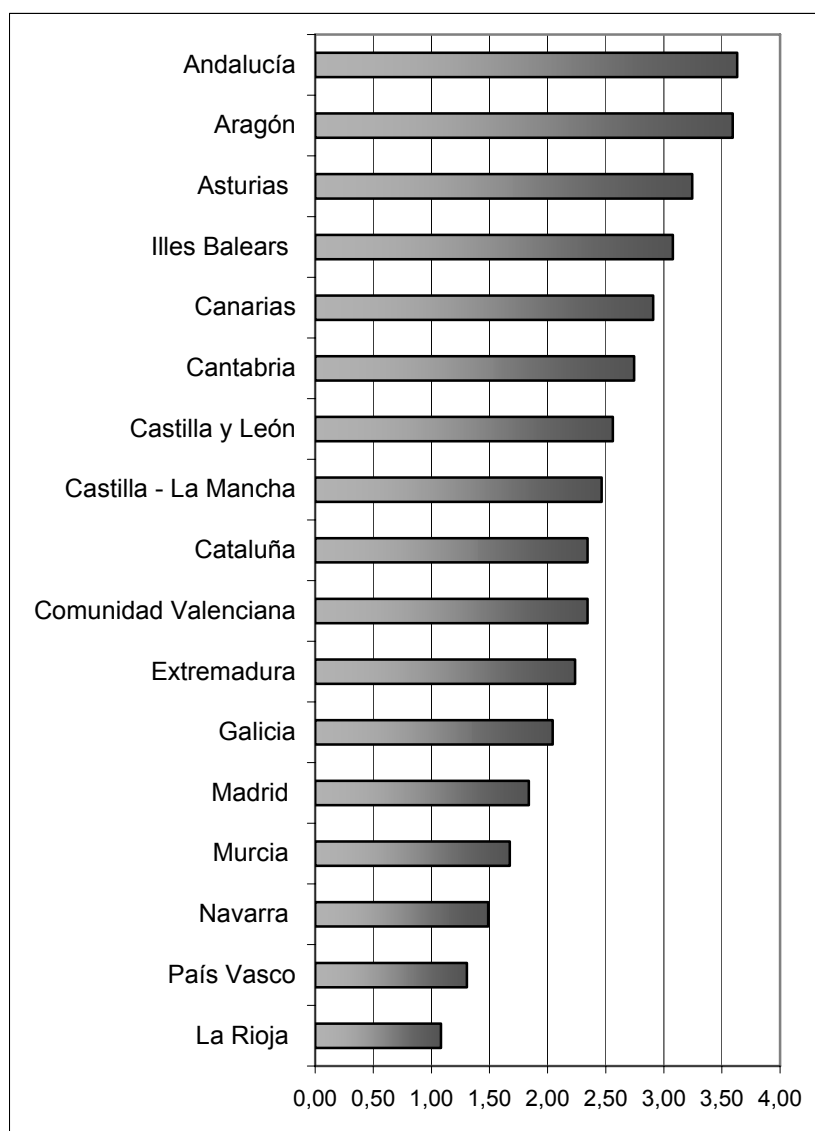
Número de envases de antibióticos prescritos extrahospitalariamente por 100 habitantes. Comunidades autónomas, 2004.



Incidencia de trasplantes de hígado

La tasa de incidencia de trasplantes indica el volumen de pacientes que se han beneficiado de un trasplante y, en el caso de los trasplantes de hígado, la dependencia de los programas de diálisis. La tasa de incidencia (tasa de realización) de trasplantes de hígado es desigual entre comunidades autónomas. Las comunidades con más trasplantes realizados el año 2004 fueron Asturias (3,6 por 100.000 habitantes) y País Vasco (3,6 por 100.000 habitantes). Las comunidades con menos trasplantes realizados fueron Castilla y León (1,1 por 100.000 habitantes), Canarias y Extremadura.

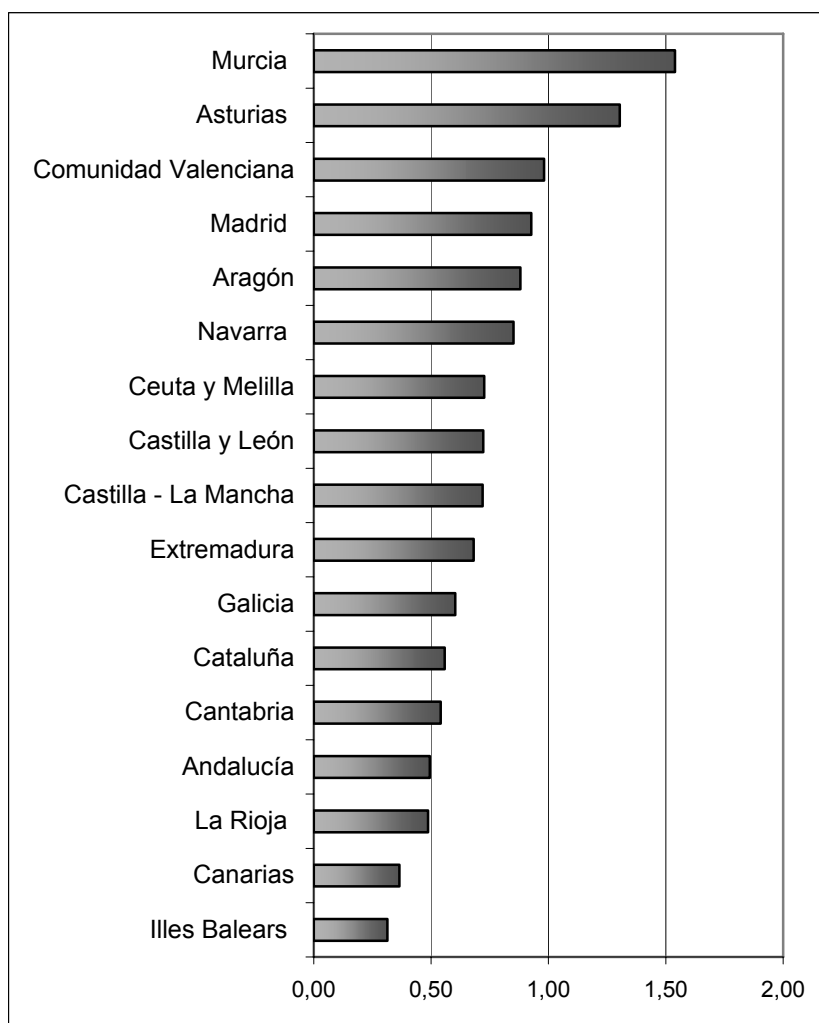
Incidencia de trasplantes de hígado por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2004.



Incidencia de transplantes de corazón

La tasa de incidencia (tasa de realización) de transplantes de corazón es desigual entre comunidades autónomas. Las comunidades con más transplantes realizados por el año 2004 fueron Navarra y Asturias (1,54 y 1,30 por 100.000 habitantes, respectivamente). Las comunidades con menos transplantes realizados fueron Illes Balears y Canarias (0,31 y 0,37 por 100.000 habitantes, respectivamente).

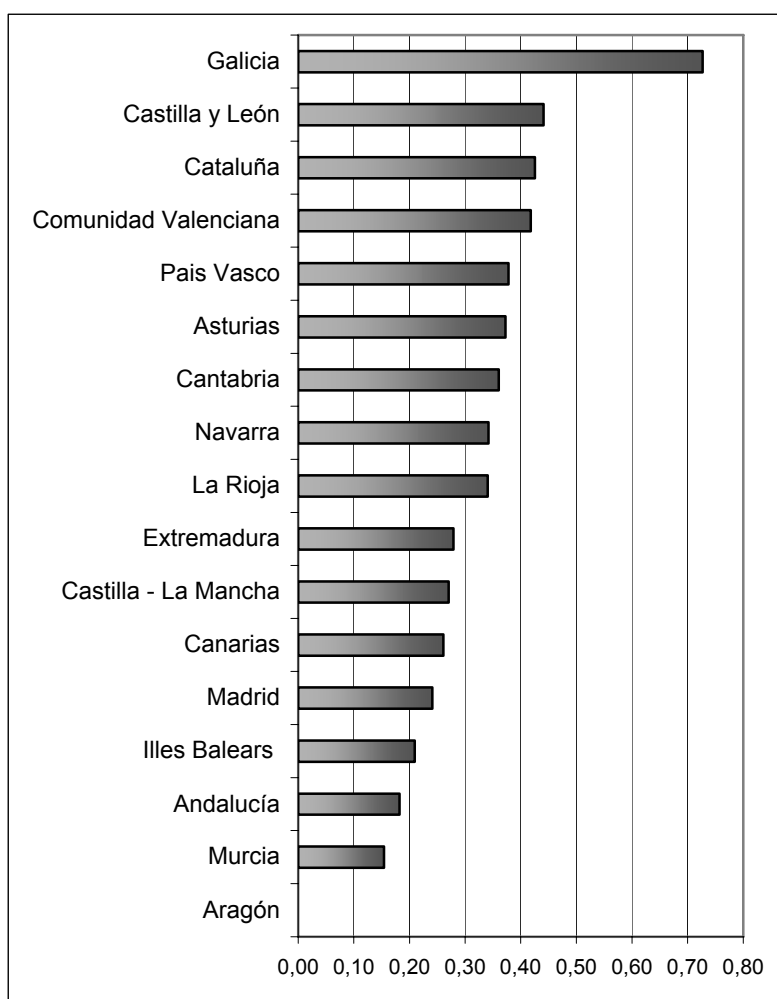
Incidencia de transplantes de corazón por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2004.



Incidencia de trasplantes de pulmón

La tasa de incidencia (tasa de realización) de trasplantes de pulmón es desigual entre comunidades autónomas. La comunidad con más trasplantes realizados por 100.000 habitantes el año 2004 fue Galicia (0,7 por 100.000 habitantes, respectivamente). Las comunidades con menos trasplantes realizados fueron Murcia y Andalucía (0,1 y 0,2 por 100.000 habitantes, respectivamente). Aragón no declara la realización de ningún trasplante de pulmón durante el año 2004.

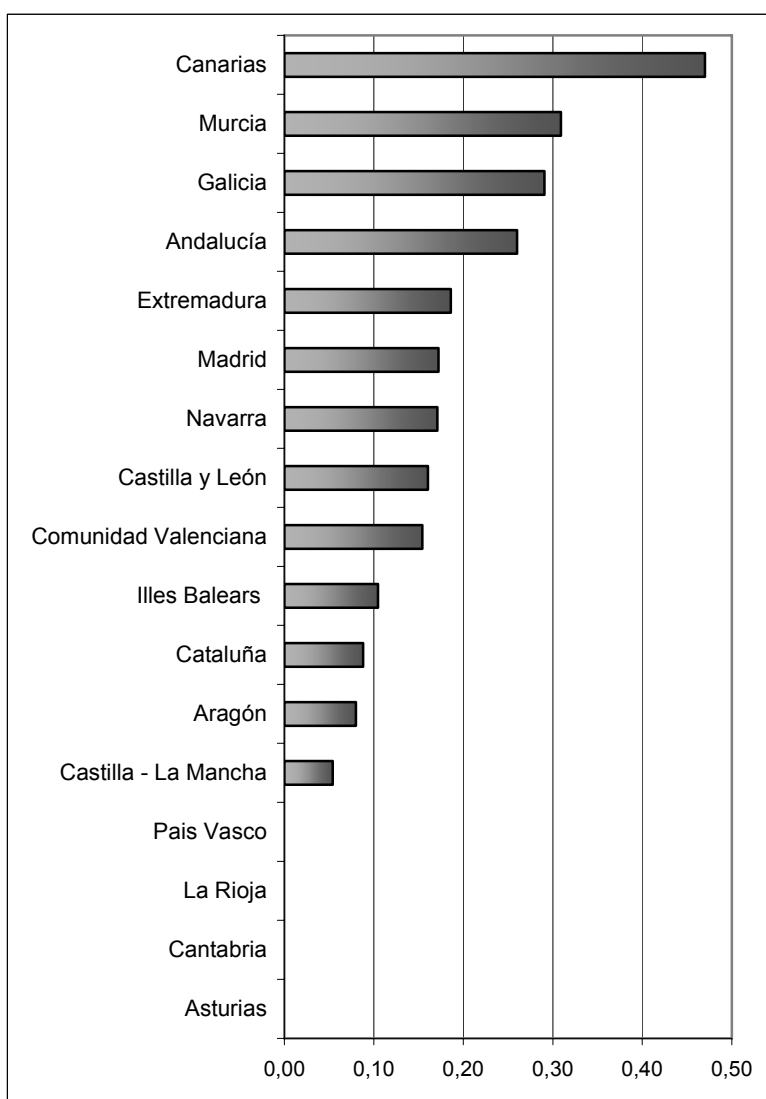
Incidencia de trasplantes de pulmón por 100.000 habitantes. Comunidad autónoma, 2004.



Incidencia de trasplantes de páncreas

La tasa de incidencia (tasa de realización) de trasplantes de pulmón es desigual entre comunidades autónomas. La comunidad con más trasplantes realizados el año 2004 fue Canarias (0,47 por 1.000 habitantes). Las comunidades con menos trasplantes realizados fueron Castilla-La Mancha y Aragón (0,05 y 0,08 por 1.000 habitantes, respectivamente). País Vasco, La Rioja, Cantabria y Asturias no realizan ningún trasplante de páncreas el año 2004.

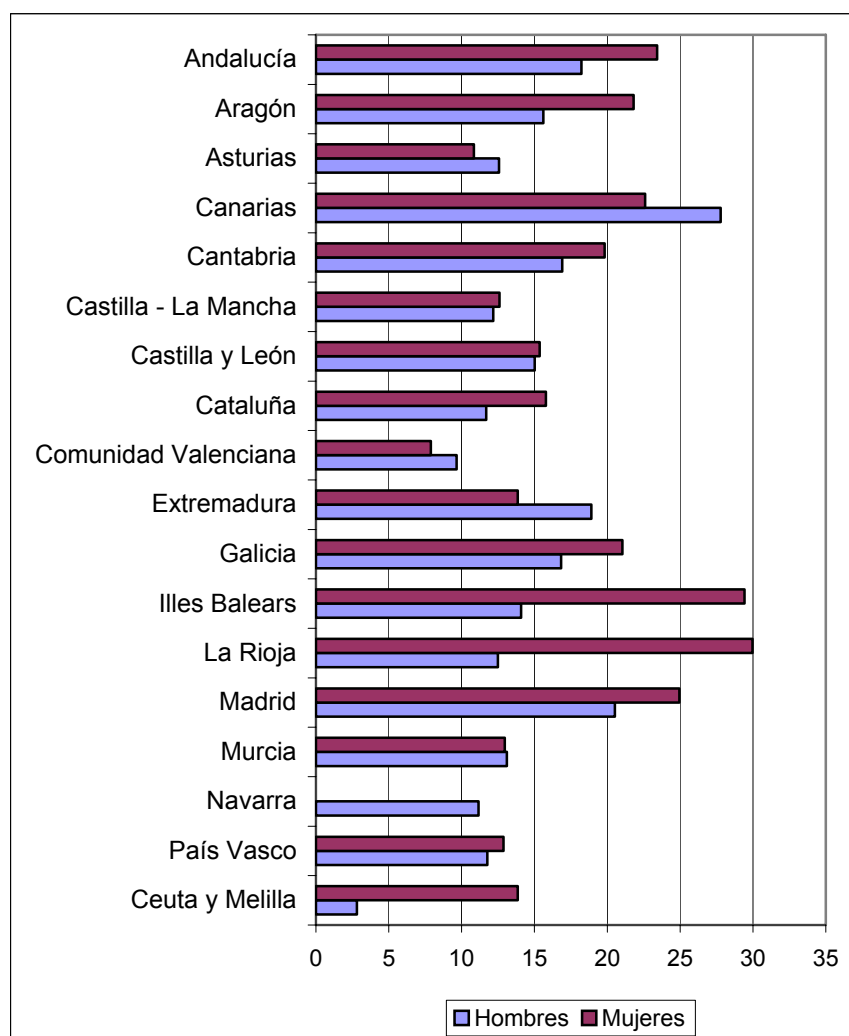
Incidencia de trasplantes de páncreas por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2004.



Porcentaje de altas de pacientes de 65 o más años hospitalizados por cáncer de pulmón con más de 20 días de estancia

El porcentaje de altas de pacientes de 65 o más años hospitalizados con más de 20 días de estancia es un indicador de una falta de apoyo familiar y de servicios de larga estancia para personas mayores. Las comunidades autónomas con un mayor porcentaje de altas de pacientes de 65 o más años hospitalizados por cáncer de pulmón con más de 20 días de estancia el año 2002 son La Rioja, Illes Balears y Madrid en las mujeres (29,9%, 29,4% y 24,9%, respectivamente) y Canarias en los hombres (27,7%). Los porcentajes más bajos corresponden a Ceuta y Melilla - especialmente en hombres- (2,8%), Asturias y la Comunidad Valenciana, estas últimas en los dos sexos.

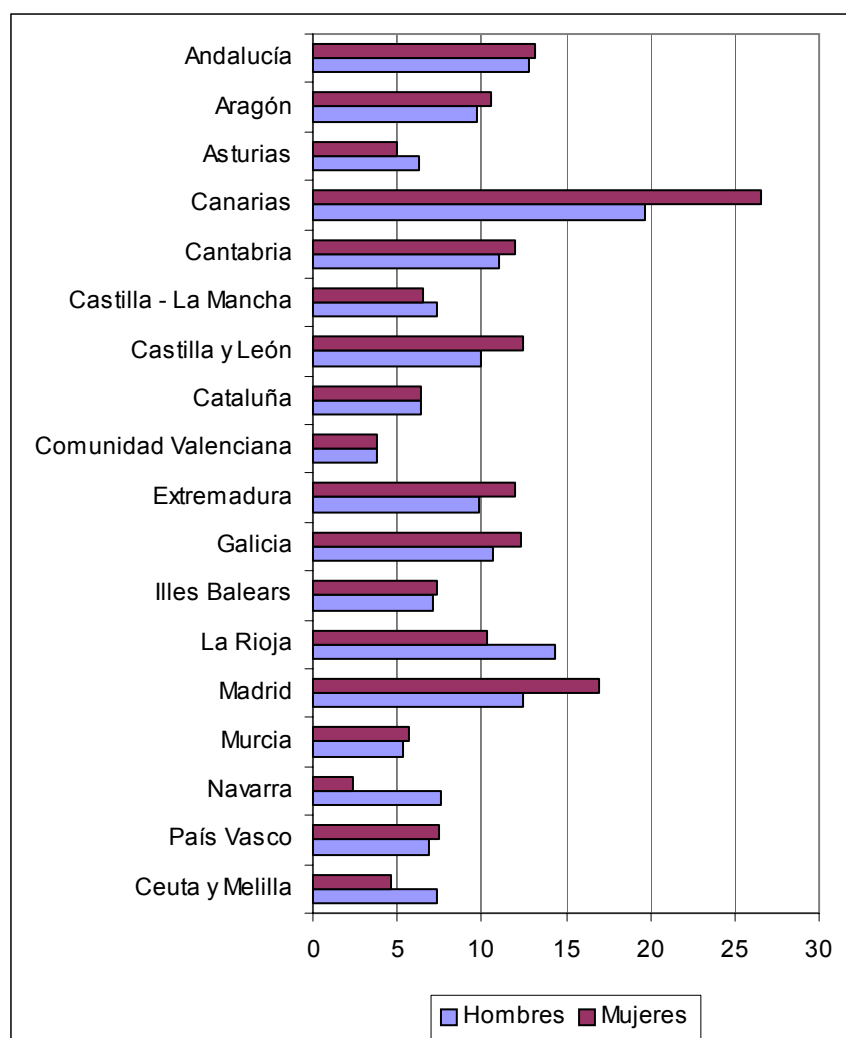
Porcentaje de altas de pacientes de 65 o más años hospitalizados por cáncer de pulmón con más de 20 días de estancia. Comunidades autónomas, 2002.



Porcentaje de pacientes de 65 o más años hospitalizados por EPOC con más de 20 días de estancia

La comunidad autónoma con un mayor porcentaje de pacientes de más de 65 o más años hospitalizados por EPOC con más de 20 días de estancia el año 2002 es Canarias (19,7% en hombres y 26,5% en mujeres), seguida por Madrid, La Rioja y Andalucía. El porcentaje más bajo corresponde a la Comunidad Valenciana (3,8% en hombres y 3,8% en mujeres). Los porcentajes son parecidos en hombres y en mujeres.

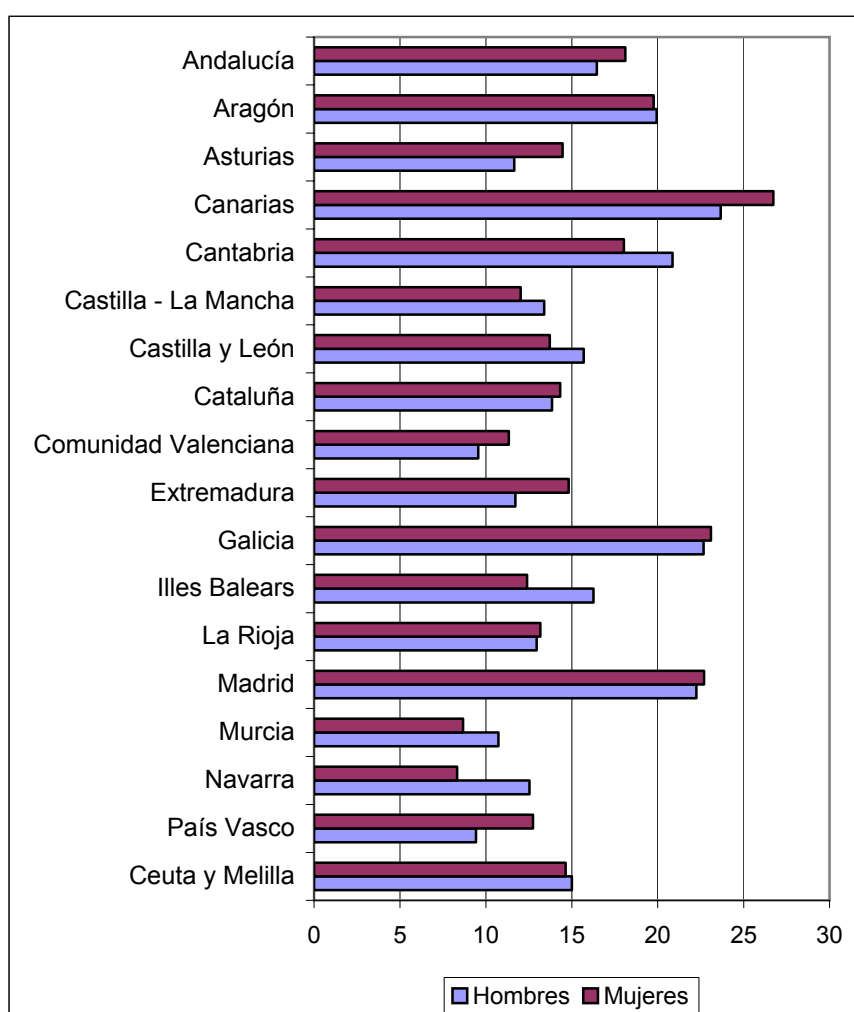
Porcentaje de pacientes de más de 65 o más años hospitalizados por EPOC con más de 20 días de estancia. Comunidades autónomas, 2002.



Porcentaje de pacientes de 65 o más años hospitalizados por accidente vascular cerebral con más de 20 días de estancia

El año 2002, las comunidades autónomas con un mayor porcentaje de pacientes de más de 65 o más años hospitalizados por accidente vascular cerebral con más de 20 días de estancia son Canarias (23,7% en hombres y 26,7% en mujeres), Madrid y Galicia. Los porcentajes más bajos corresponden a Murcia (10,7% en hombres y 8,7% en mujeres) y Navarra. Los porcentajes son parecidos en hombres y en mujeres.

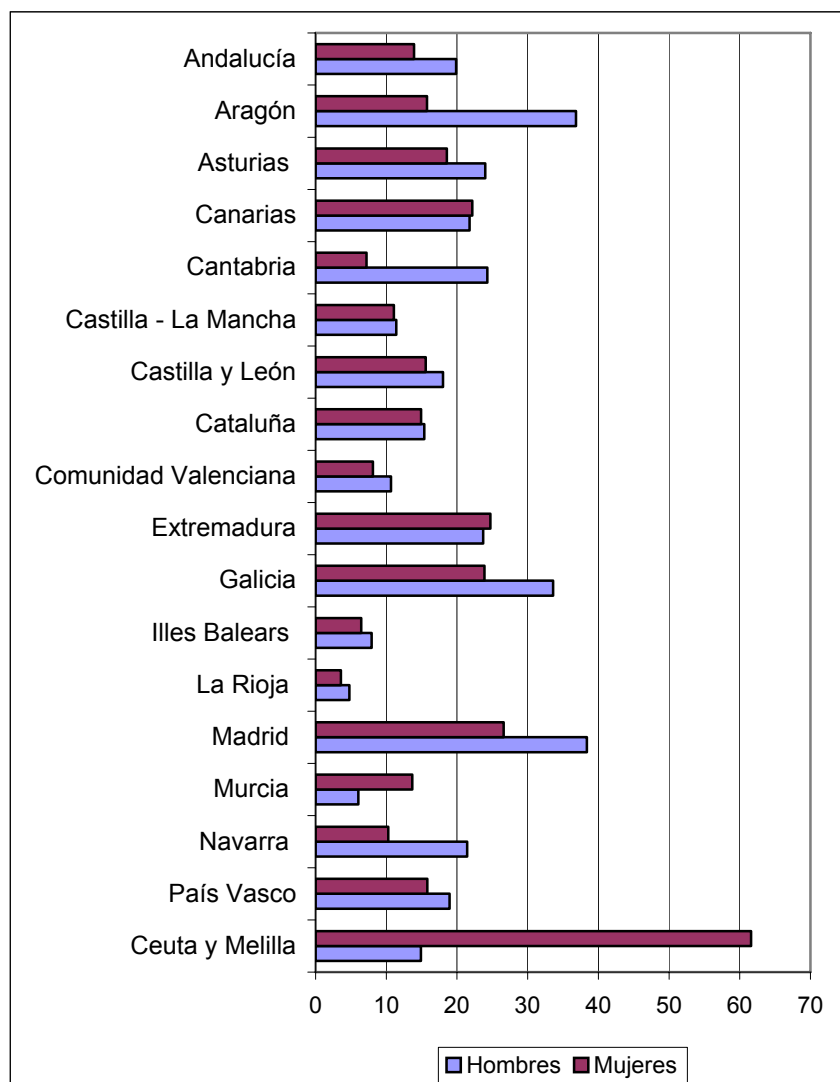
Porcentaje de pacientes de 65 o más años hospitalizados por accidente vascular cerebral con más de 20 días de estancia. Comunidades autónomas, 2002.



Porcentaje de pacientes de 65 o más años hospitalizados por cirugía de fractura de fémur con más de 20 días de estancia

El año 2002, las comunidades autónomas con un mayor porcentaje de pacientes de 65 o más años hospitalizados por cirugía de fractura de fémur con más de 20 días de estancia son Ceuta y Melilla (61,6% en las mujeres), Madrid (en los dos sexos), Galicia (en los dos sexos) y Aragón (36,8% en hombres). Los porcentajes más bajos corresponden a La Rioja (4,8% en hombres y 3,6% en mujeres), Illes Balears y la Comunidad Valenciana, en los dos sexos.

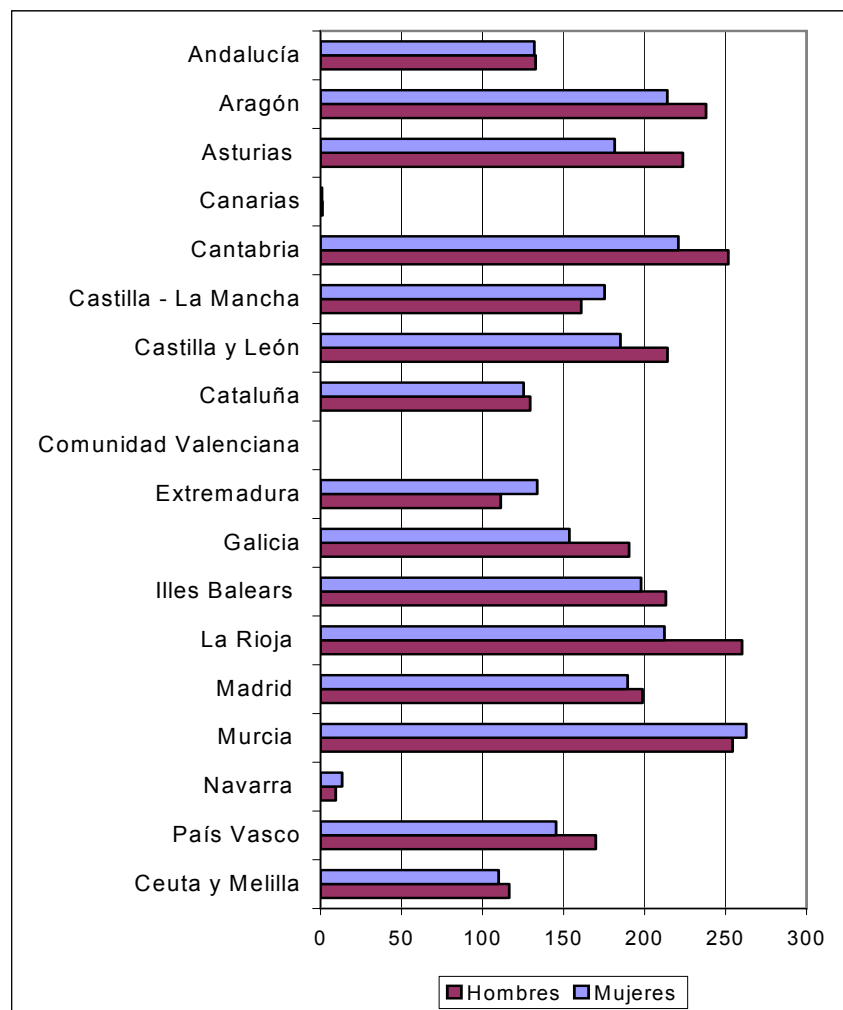
Porcentaje de pacientes de 65 o más años hospitalizados por cirugía de fractura de cuello de fémur con más de 20 días de estancia. Comunidades autónomas, 2002.



Tasa de hospitalización por reacción aguda a medicamentos

Una tasa alta de hospitalización por reacción aguda a medicamentos es un indicador de mala práctica médica. El año 2002, las tasas más altas de hospitalización por reacción aguda a medicamentos corresponden a La Rioja (260,1 por 100.000 habitantes en hombres y 212,3 por 100.000 habitantes en mujeres), Murcia (254,3 por 1.000 habitantes en hombres y 262,7 por 100.000 habitantes en mujeres) y Cantabria (251,7 por 100.000 habitantes en hombres y 220,87 por 100.000 habitantes en mujeres). Las tasas más bajas corresponden a Navarra (9,4 por 100.000 habitantes en hombres y 13,4 por 100.000 habitantes en mujeres). La tasa de Canarias corresponde a 15 casos (1,2 por 100.000 habitantes en hombres y 0,8 por 100.000 habitantes en mujeres) y la de la Comunidad Valenciana a 2 casos (0,1 por 100.000 habitantes en hombres y 0,0 por 100.000 habitantes en mujeres).

Tasa de hospitalización por reacción aguda a medicamentos por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2002.

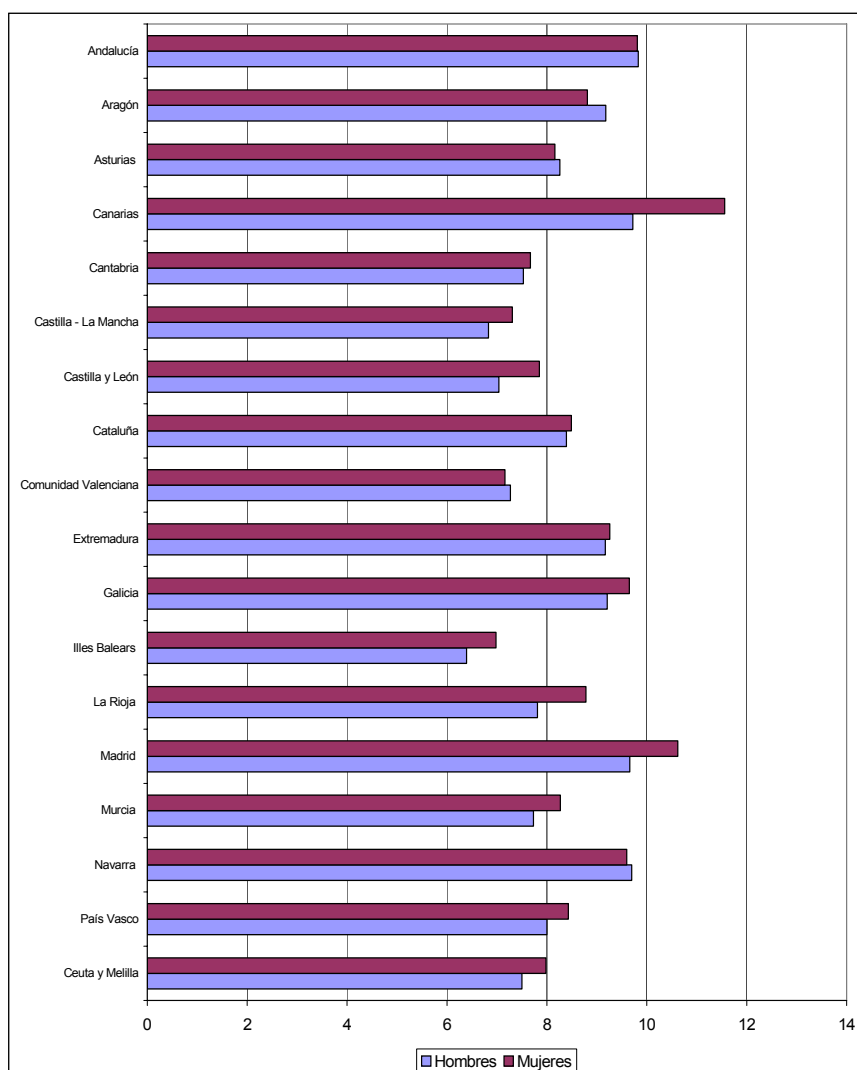


Eficiencia

Estancia media bruta por enfermedades isquémicas del corazón

La estancia media bruta es un indicador de gestión eficiente de los recursos hospitalarios. Las comunidades autónomas con una estancia media bruta superior por enfermedades isquémicas del corazón durante el año 2002 son Canarias (9,7 por 1.000 habitantes en hombres y 11,6 por 1.000 habitantes en mujeres) y Madrid (9,7 por 1.000 habitantes en hombres y 10,6 por 1.000 habitantes en mujeres). La comunidad autónoma con una menor estancia media en ambos sexos fue Illes Balears (6,4 por 1.000 habitantes en hombres y 6,9 por 1.000 habitantes en mujeres).

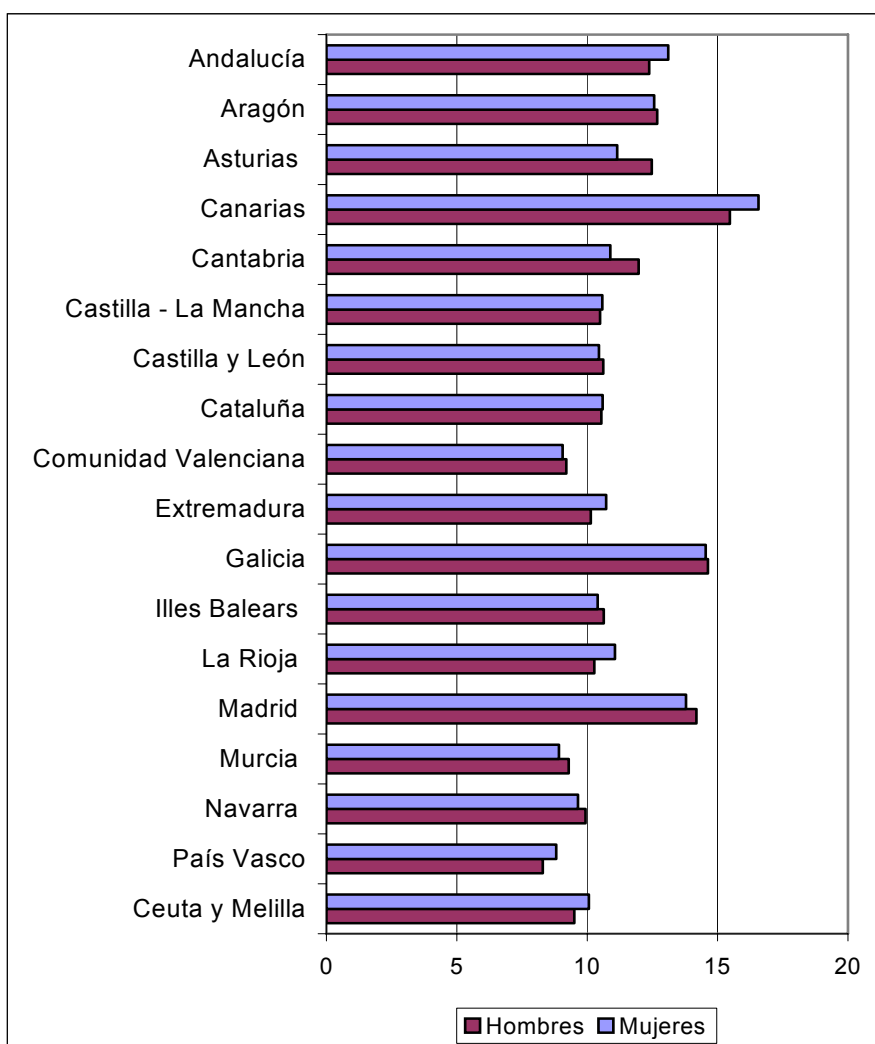
Estancia media bruta en días por enfermedades isquémicas del corazón. Comunidades autónomas, 2002.



Estancia media bruta por enfermedades cerebrovasculares

El año 2002, la comunidad autónoma con una estancia media bruta superior por enfermedades cerebrovasculares en ambos sexos es Canarias (15,5 días en hombres y 16,6 días en mujeres). La comunidad autónoma con una menor estancia media también en ambos sexos fue País Vasco (8,3 días en hombres y 8,8 días en mujeres).

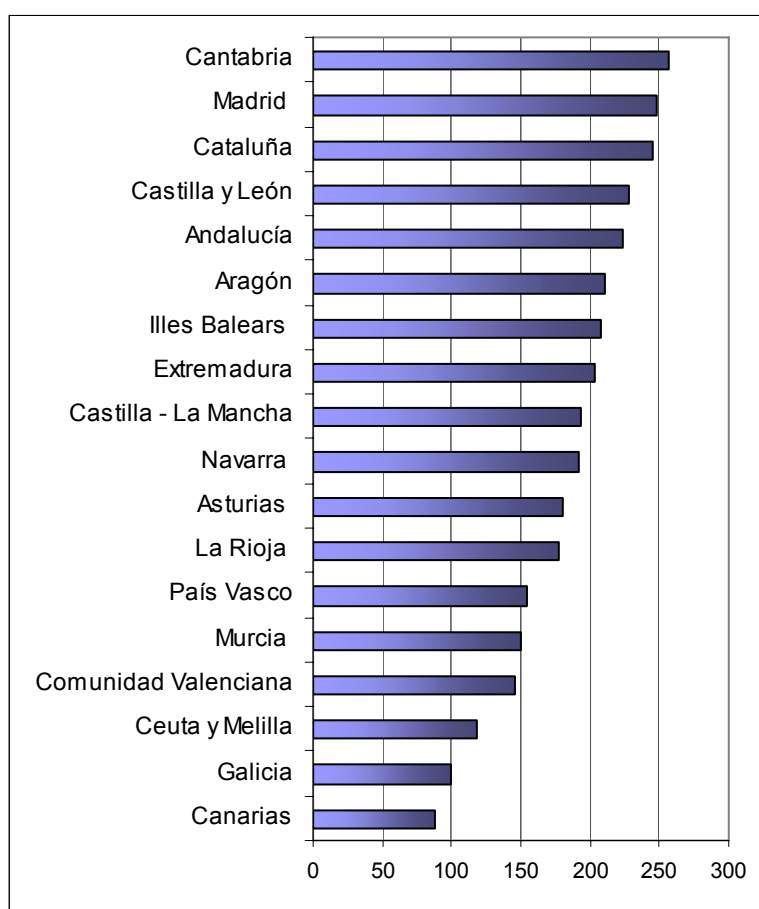
Estancia media bruta en días por enfermedades cerebrovasculares. Comunidades autónomas, 2002.



Prescripción de especialidades farmacéuticas genéricas

La prescripción de especialidades farmacéuticas genéricas en sustitución de las especialidades farmacéuticas con marca comercial indican un uso más eficiente de los recursos dado su menor precio. La comunidad autónoma con una mayor prescripción de especialidades farmacéuticas genéricas el año 2004 es Cantabria (256,5) seguida de Madrid (248,0). Las comunidades con una prescripción menor son Galicia (99,7) y Canarias (88,2).

Número de envases de especialidades farmacéuticas genéricas prescritas por 100 habitantes. Comunidades autónomas, 2004.

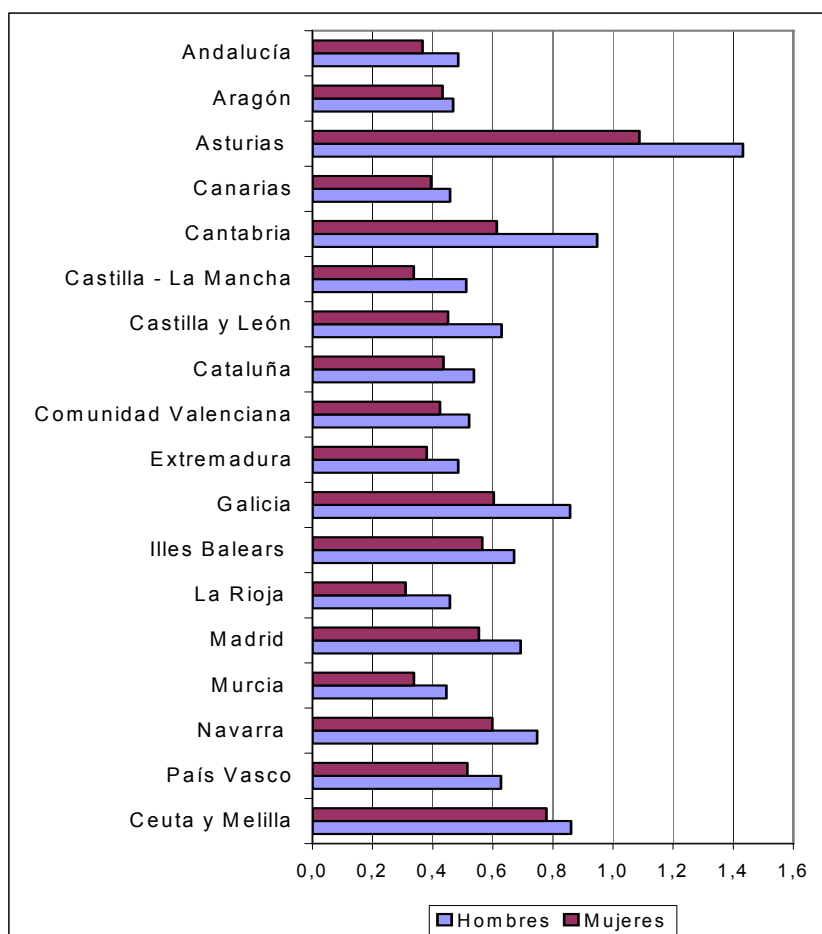


Resultados en salud

Tasa de hospitalización en niños por enfermedades del aparato respiratorio del tracto inferior

La tasa de hospitalización en niños menores de 15 años por enfermedades del aparato respiratorio del tracto inferior es un indicador de condiciones clínicas no tratadas de manera apropiada previamente. La tasa de hospitalización en niños por enfermedades del aparato respiratorio del tracto inferior tienen un comportamiento desigual entre comunidades autónomas, pero parecido entre sexos. El año 2002, los valores más altos se dan en Asturias (1,4 por 100.000 habitantes en niños y 1,1 por 100.000 habitantes en niñas), Ceuta y Melilla, Cantabria y Galicia. El resto de comunidades autónomas tienen valores bastantes parecidos.

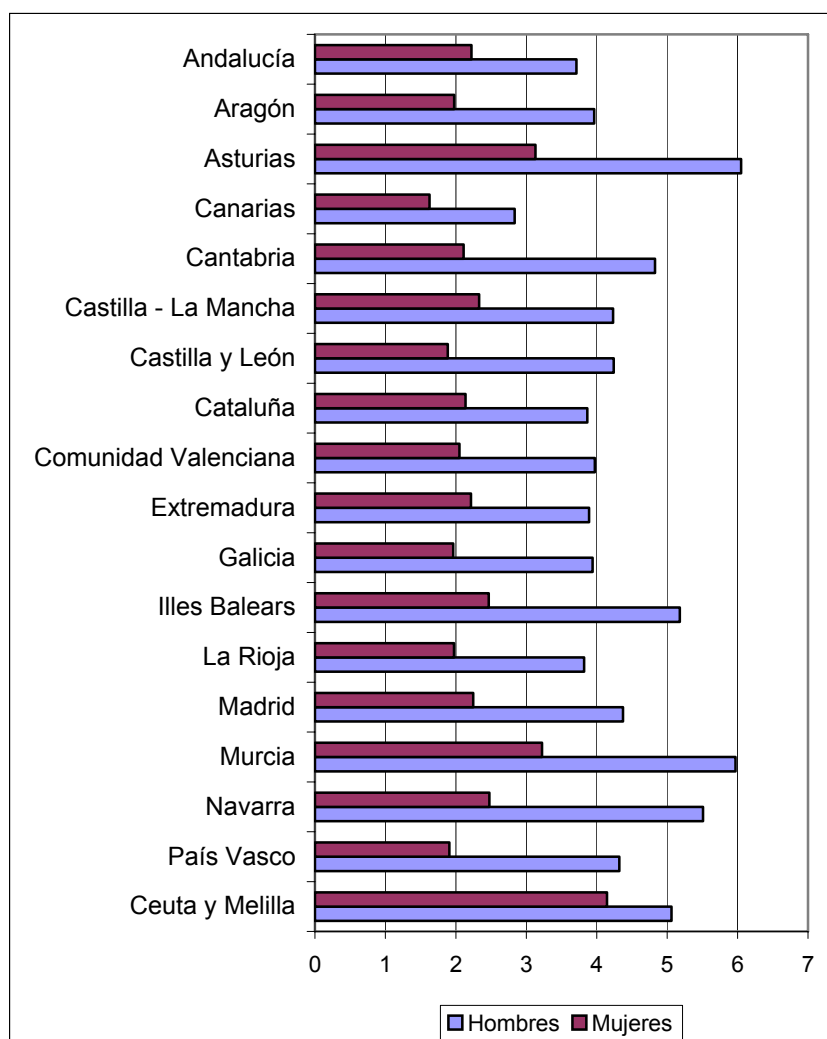
Tasa de hospitalización en niños menores de 15 años por enfermedades del aparato respiratorio del tracto inferior por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2002.



Tasa de hospitalización urgente en pacientes de más de 75 años por enfermedades isquémicas del corazón

La tasa de hospitalización en pacientes de más de 75 años por enfermedades isquémicas del corazón es un indicador de calidad de la atención. El año 2002, los valores más altos de tasas de hospitalización urgente en pacientes de más de 75 años por enfermedades isquémicas del corazón se dan en Ceuta y Melilla, Navarra, Murcia, Illes Balears y Asturias, tanto en hombres como en mujeres (valores alrededor de 5,5 por 100.000 en hombres y 3,0 por 100.000 en mujeres). Las tasas más bajas se dan en Canarias (2,8 por 100.000 en hombres y 1,6 por 1.000 en mujeres).

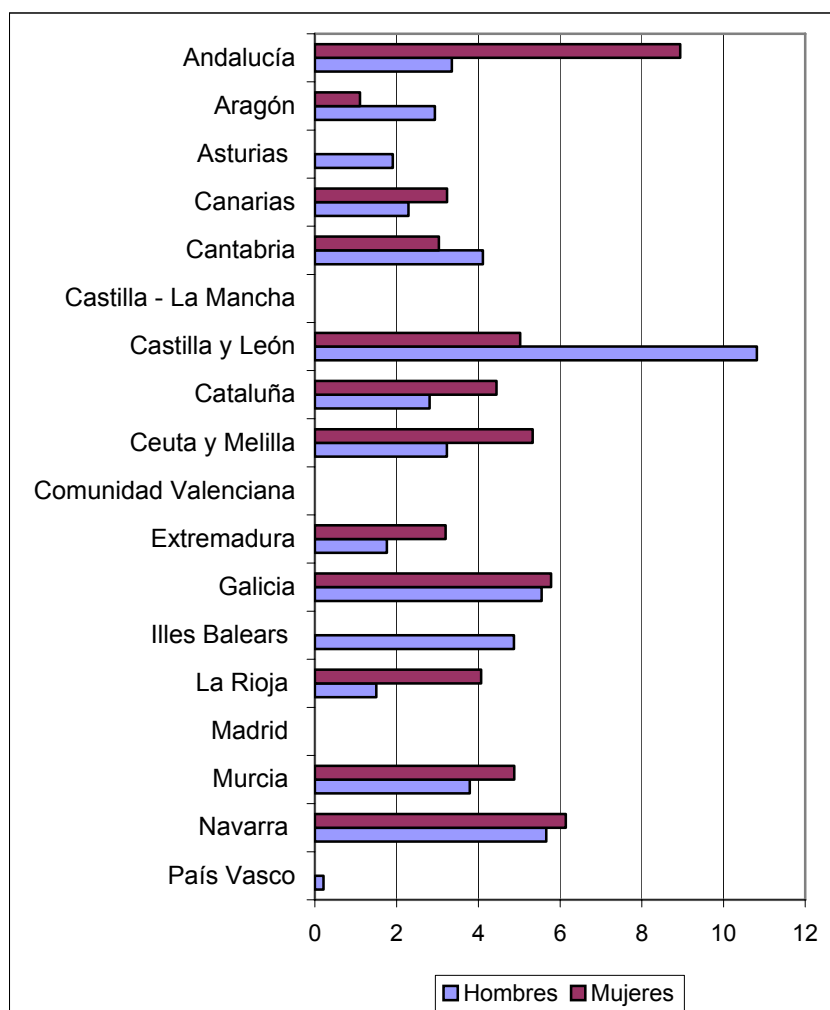
Tasa de hospitalización urgente en pacientes de más de 75 años por enfermedades isquémicas del corazón por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2002.



Mortalidad intrahospitalaria por cirugía de bypass aorto-coronario

El porcentaje de muertes intrahospitalarias por cirugía de byopass aorto-coronario es un indicador de calidad de la atención hospitalaria. El porcentaje de muertes intrahospitalarias por cirugía de byopass aorto-coronario es desigual entre sexos y comunidades autónomas. El año 2002, los porcentajes de muertes intrahospitalarias más altos corresponden a los hombres de Castilla y León (10,8%) y a las mujeres de Andalucía (8,9%), el año 2002. Los porcentajes más bajos se dan en Asturias (0,2% en hombres y 0,0% en mujeres). El porcentaje de Navarra (0,2% en hombres y 0,0% en mujeres) corresponde a un caso, y no hay casos reportados ni en La Rioja ni en Ceuta y Melilla.

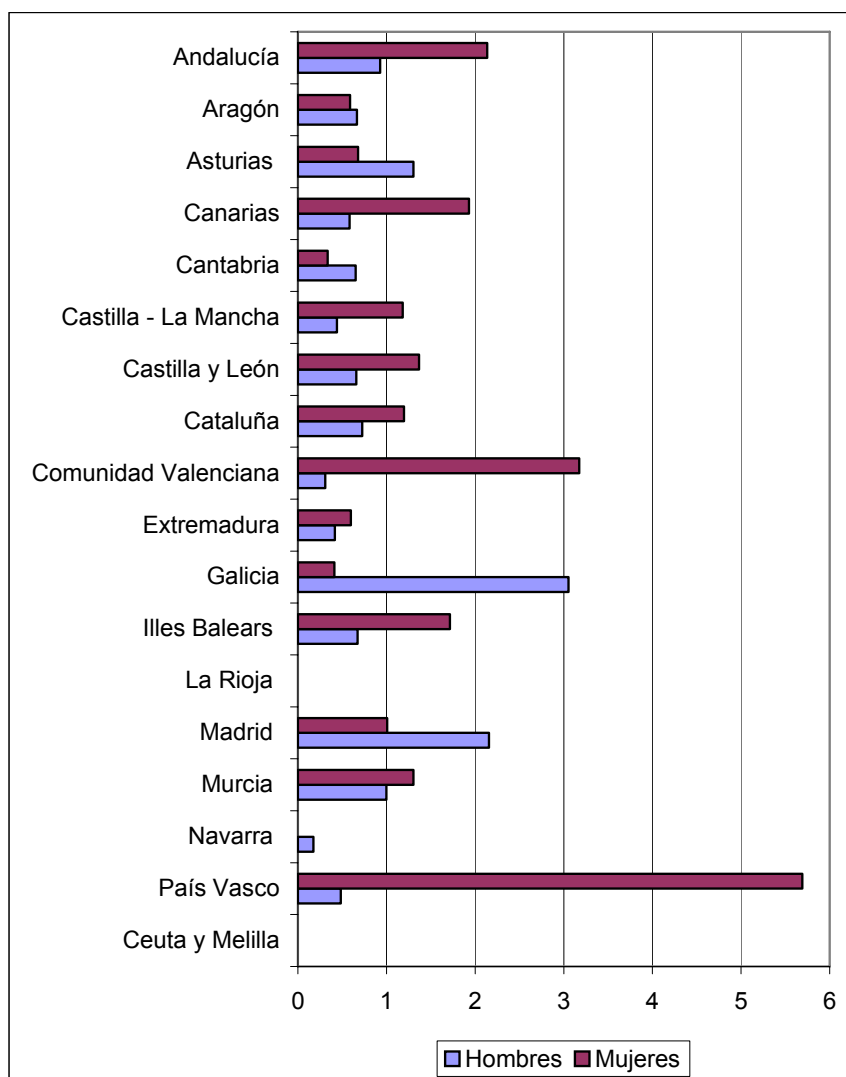
Porcentaje de muertes intrahospitalarias por cirugía de bypass aorto-coronario. Comunidades autónomas, 2002.



Mortalidad intrahospitalaria por cirugía de angioplastia

El porcentaje de muertes intrahospitalarias por ingresos por cirugía de angioplastia es un indicador de calidad de la atención hospitalaria. El porcentaje de muertes intrahospitalarias por cirugía de angioplastia es desigual entre sexos y comunidades autónomas. El año 2002, los porcentajes más altos corresponden a los hombres de Galicia (3,0%) y a las mujeres del País Vasco (5,7%). Los porcentajes más bajos se dan en la Comunidad Valenciana en hombres (0,3%) y Galicia en mujeres (0,4%). El porcentaje de Navarra (0,2% en hombres y 0,0% en mujeres) corresponde a dos casos, y ni La Rioja ni Ceuta y Melilla reportan ningún caso.

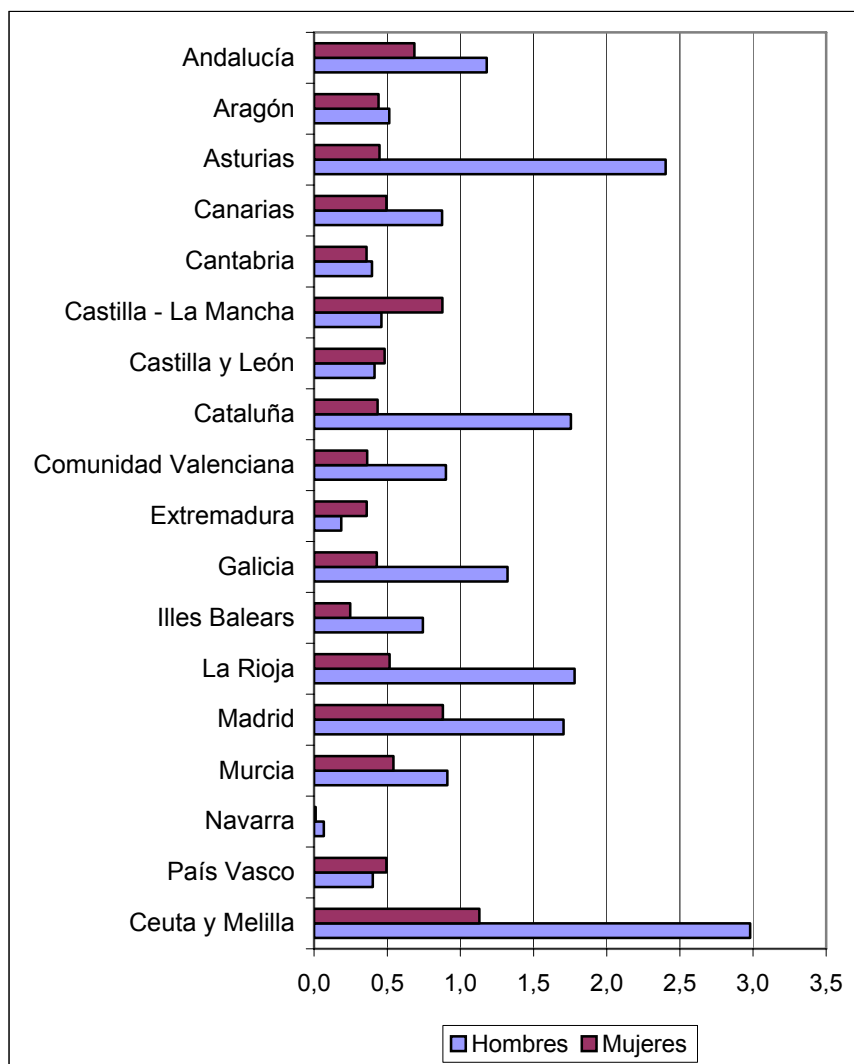
Porcentaje de muertes intrahospitalarias por cirugía de angioplastia. Comunidades autónomas, 2002.



Mortalidad intrahospitalaria por cirugía de fractura cuello de fémur

El porcentaje de muertes intrahospitalarias por cirugía de fractura de cuello de fémur es un indicador de calidad de la atención hospitalaria. El porcentaje de muertes intrahospitalarias por fractura de cuello de fémur es desigual entre sexos y comunidades autónomas. Los porcentajes más altos corresponden a Ceuta y Melilla (2,9% en hombres y 1,1% en mujeres), el año 2002. Los porcentajes más bajos se dan en Extremadura en hombres y en Illes Balears en mujeres (0,2% y 0,2%, respectivamente). La tasa de Navarra (0,1% en hombres y 0,0% en mujeres) corresponde a dos casos.

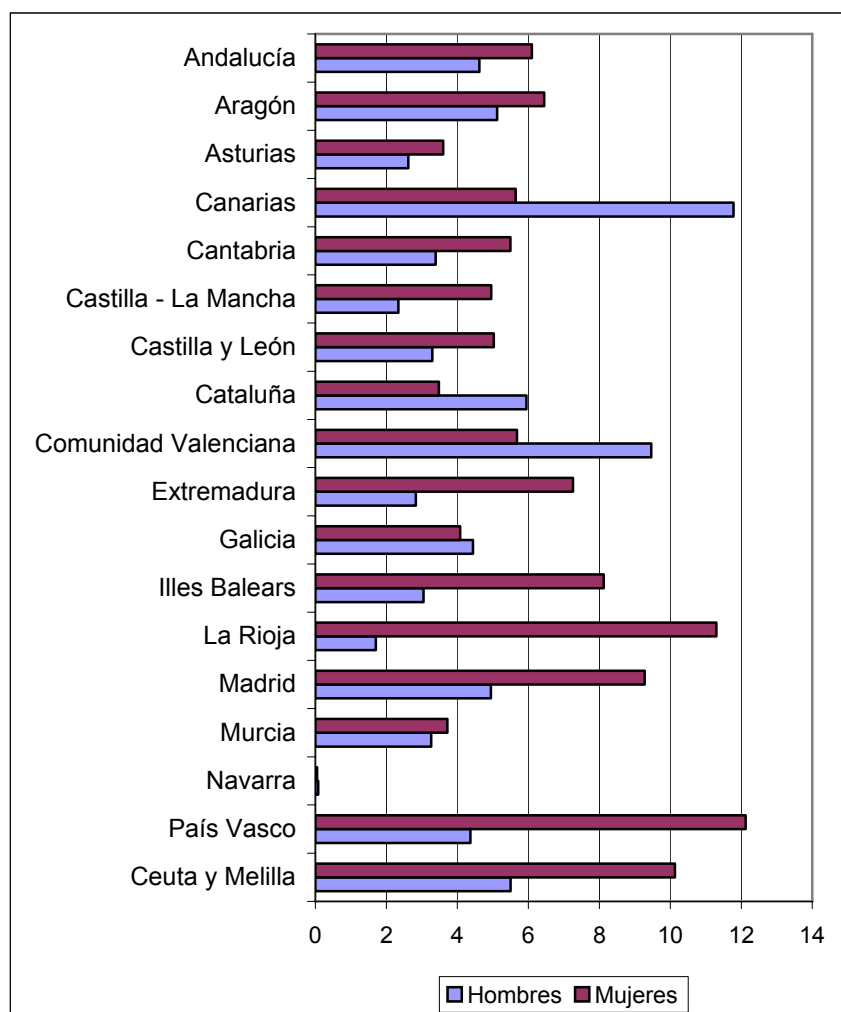
Porcentaje de muertes intrahospitalarias por cirugía de fractura de cuello de fémur. Comunidades autónomas, 2002.



Mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio

El porcentaje de muertes intrahospitalarias por infarto agudo de miocardio es un indicador de calidad de la atención hospitalaria. El porcentaje de muertes intrahospitalarias por infarto agudo de miocardio es desigual entre sexos y comunidades autónomas. El año 2002, los porcentajes más altos corresponden a las mujeres del País Vasco (12,1%), La Rioja y Ceuta y Melilla, y a los hombres de Canarias (11,8%) y la Comunidad Valenciana. Las tasas más bajas se dan en La Rioja en hombres (1,7%) y en Cataluña y Murcia en mujeres (3,5% y 3,7%, respectivamente). La tasa de Navarra (0,1% en hombres y 0,0% en mujeres) corresponde a dos casos.

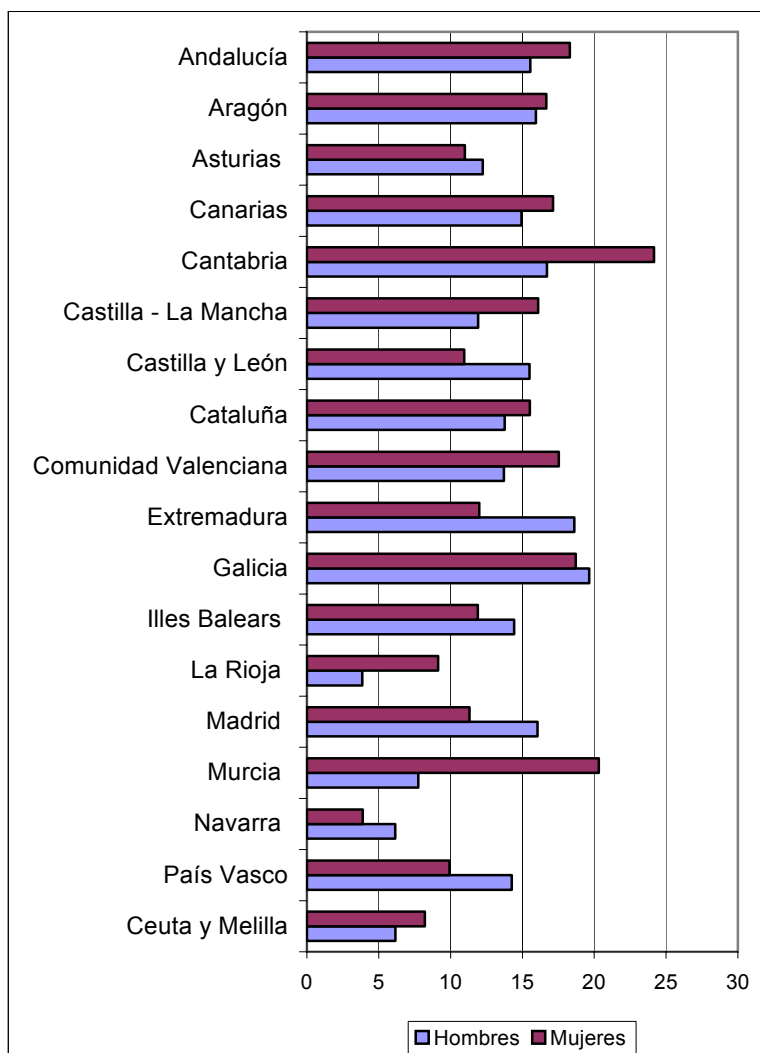
Porcentaje de muertes intrahospitalarias por infarto agudo de miocardio. Comunidades autónomas, 2002.



Mortalidad intrahospitalaria por accidente vascular cerebral agudo

El porcentaje de muertes intrahospitalarias por accidente vascular cerebral agudo es un indicador de calidad de la atención hospitalaria. El porcentaje de muertes intrahospitalarias por accidente vascular cerebral agudo es desigual entre sexos y comunidades autónomas. El año 2002, los porcentajes más altos corresponden a las mujeres de Cantabria y Murcia (24,2% y 20,3%, respectivamente). Los porcentajes más altos en hombres se dan en Galicia y Extremadura (19,6% y 18,6%, respectivamente). Las tasas más bajas corresponden a Navarra, tanto en hombres como en mujeres (6,1% y 3,9%, respectivamente).

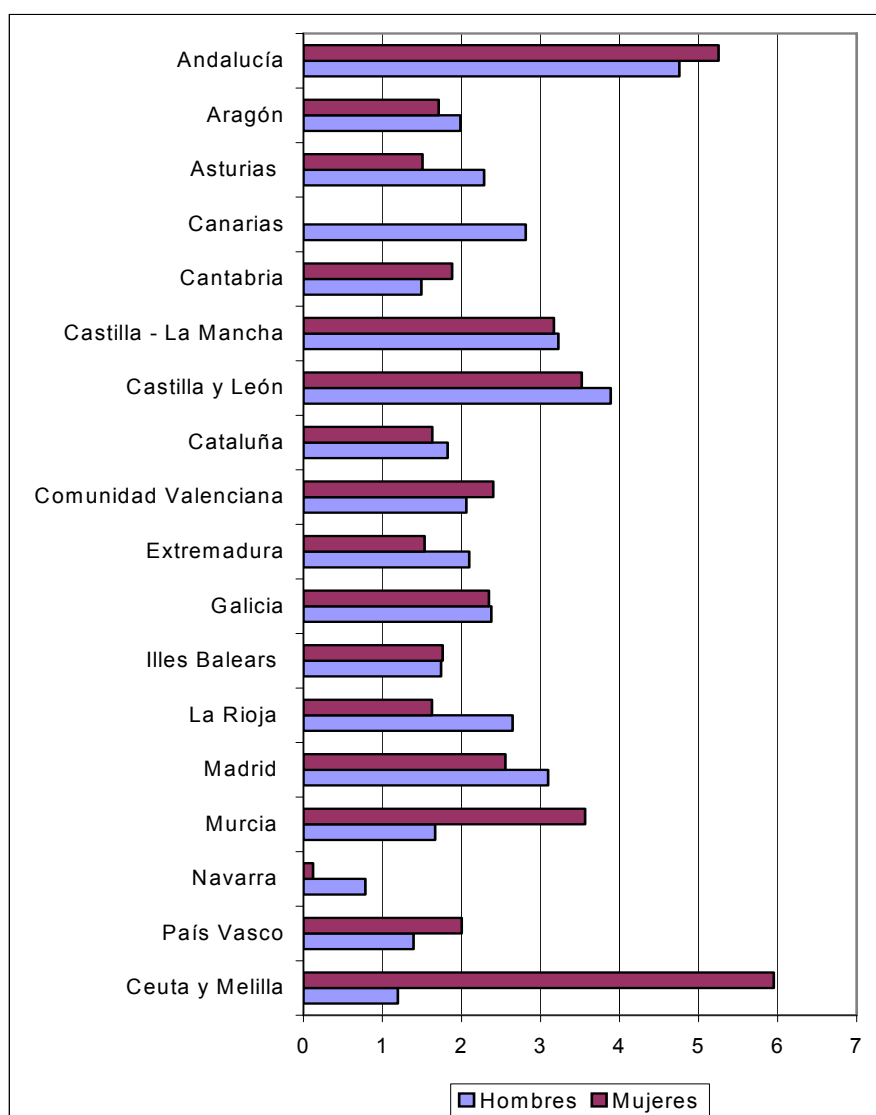
Porcentaje de muertes intrahospitalarias por accidente vascular cerebral agudo. Comunidades autónomas, 2002.



Mortalidad intrahospitalaria por neumonía/EPOC

El porcentaje de muertes intrahospitalarias por neumonía/EPOC es un indicador de calidad de la atención hospitalaria. El porcentaje de muertes intrahospitalarias por neumonía/EPOC es desigual entre sexos y comunidades autónomas. El año 2002, los porcentajes más altos corresponden a las mujeres de Ceuta y Melilla y Andalucía (5,9% y 5,2%, respectivamente). Los porcentajes más altos en los hombres se dan en Andalucía (4,7%). El resto de comunidades tienen porcentajes parecidos. Navarra es la comunidad autónoma con porcentajes más bajos, tanto en hombres como en mujeres (0,5% y 0,8%, respectivamente).

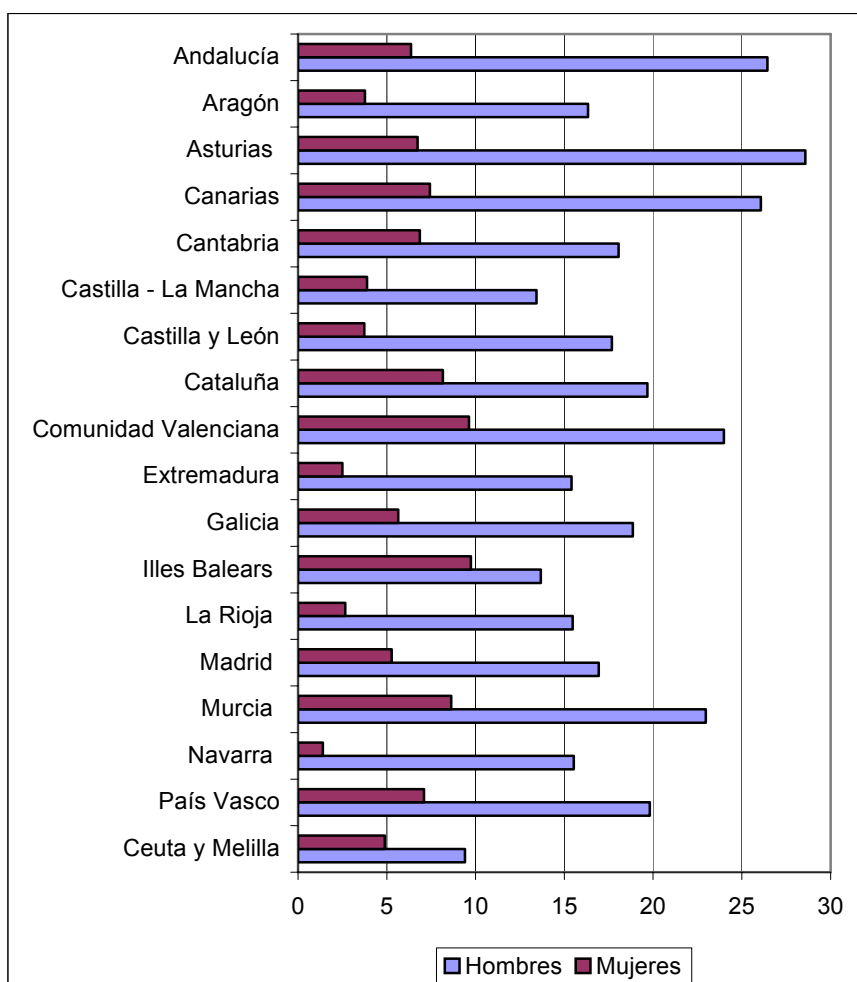
Porcentaje de muertes intrahospitalarias por neumonía/EPOC. Comunidades autónomas, 2002.



Mortalidad evitable por cirrosis

Las causas de mortalidad evitable dan información sobre la importancia de causas de enfermedad que podrían evitarse con programas preventivos y estilos de vida saludables. Las tasas de mortalidad evitable por cirrosis son desiguales entre comunidades autónomas y sexos. Las tasas más altas corresponden a los hombres de Asturias (28,57 por 100.000 habitantes de 15 a 74 años), Andalucía (26,44 por 100.000 habitantes) y Canarias (26,07 por 100.000 habitantes). En mujeres, las tasas más altas se dan en Illes Balears (9,74 por 100.000 habitantes) y la Comunidad Valenciana (9,63 por 100.000 habitantes). En los hombres, las tasas más bajas se dan en Ceuta y Melilla (9,40 por 100.000 habitantes), mientras que en las mujeres se dan en Extremadura (2,50 por 100.000 habitantes) y La Rioja (2,66 por 100.000 habitantes).

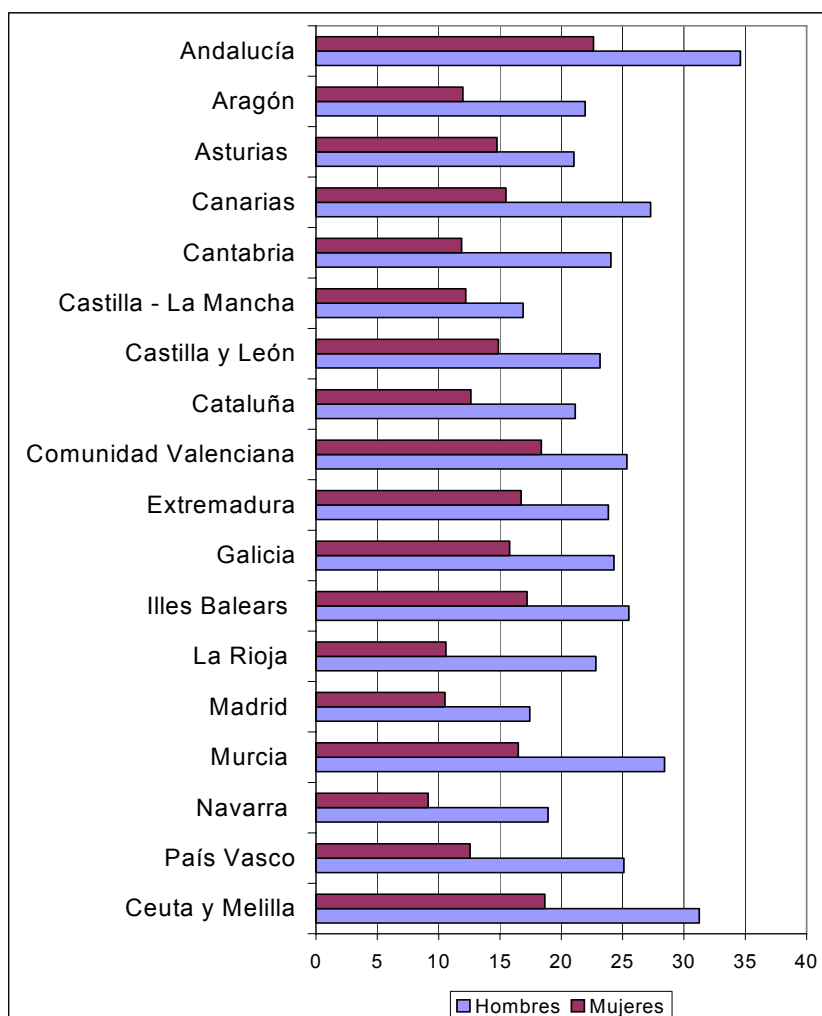
Tasa de mortalidad evitable por cirrosis estandarizada por edad por 100.000 habitantes de 15 a 74 años. Comunidades autónomas, 2002.



Mortalidad evitable por enfermedades cerebrovasculares

Las tasas de mortalidad evitable por enfermedades cerebrovasculares son desiguales entre comunidades autónomas y sexos. El año 2002, las tasas más altas corresponden a los hombres de Andalucía (27,3 por 100.000 habitantes de 35 a 64 años) y Illes Balears (25,7 por 100.000 habitantes). En mujeres, las tasas más altas se dan en Canarias (14,4 por 100.000 habitantes) y Ceuta y Melilla (13,4 por 100.000 habitantes). Tanto en hombres como en mujeres, las tasas más bajas se dan en Navarra (8,2 y 4,8 por 100.000 habitantes, respectivamente).

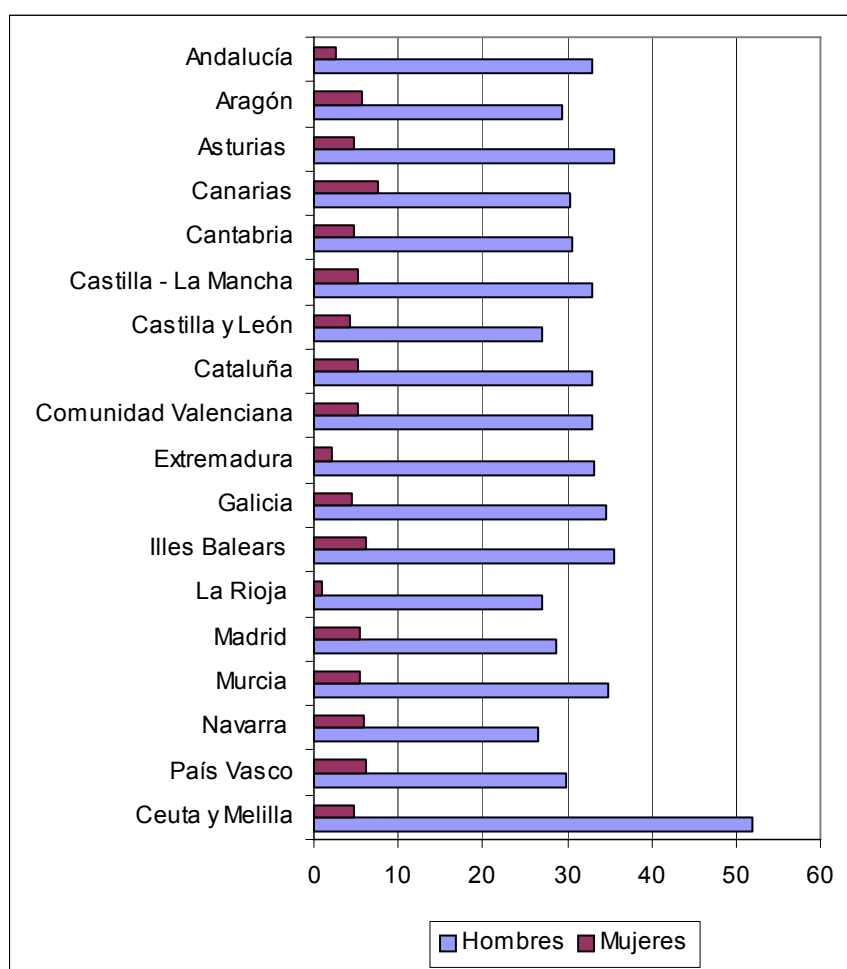
Tasa de mortalidad evitable por enfermedades cerebrovasculares estandarizada por edad por 100.000 habitantes de 35 a 64 años. Comunidades autónomas, 2002.



Mortalidad evitable por tumores malignos de tráquea, bronquio o pulmón

Las tasas de mortalidad evitable por tumores malignos de tráquea, bronquio o pulmón son desiguales entre comunidades autónomas y sexos. Las tasas más altas corresponden a los hombres de Ceuta y Melilla (51,9 por 100.000 habitantes de 5 a 64 años), el año 2002. En mujeres, las tasas más altas se dan en Canarias (7,6 por 100.000 habitantes) e Illes Balears (7,6 y 6,1 por 100.000 habitantes, respectivamente). En hombres, las tasas más bajas se dan en Navarra (26,4 por 100.000 habitantes), Castilla y León (26,9 por 100.000 habitantes) y La Rioja (27,1 por 100.000 habitantes). En mujeres, las tasas más bajas se dan en La Rioja (0,9 por 100.000 habitantes).

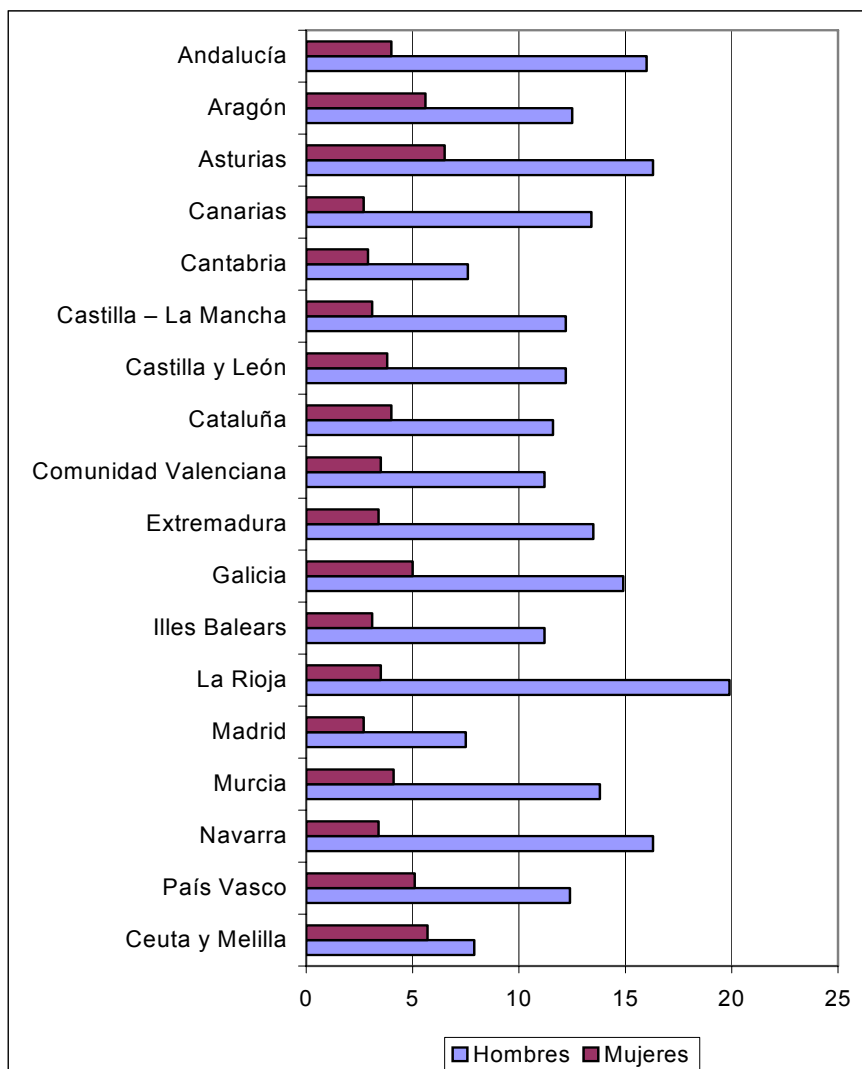
Tasa de mortalidad evitable por tumores malignos de tráquea, bronquio o pulmón estandarizada por edad por 100.000 habitantes de 5 a 64 años. Comunidades autónomas, 2002.



Mortalidad evitable por lesiones por accidentes de vehículos a motor

Las tasas de mortalidad evitable por lesiones por accidentes de vehículos a motor son desiguales entre comunidades autónomas y sexos. Las tasas más altas corresponden a los hombres de La Rioja (19,9 por 100.000 habitantes) y las mujeres de Asturias (6,4 por 100.000 habitantes). Tanto en hombres como en mujeres, las tasas más bajas se dan en Madrid (7,5 y 2,7 por 100.000 habitantes, respectivamente) y Cantabria (7,6 y 2,9 por 100.000 habitantes, respectivamente). En mujeres, la tasa también es baja en Canarias (2,7 por 100.000 habitantes).

Tasa de mortalidad evitable por accidentes de vehículos a motor estandarizada por edad por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2002.



DISCUSIÓN

Resultados generales

Existen diferencias en cuanto a la composición demográfica de las comunidades autónomas. Castilla y León, Aragón y Asturias son las comunidades con un porcentaje más elevado de población de 65 años o más, así como un índice de sobreenvjecimiento (proporción de población de 75 años o más) más elevado. Relacionado con el fenómeno del envejecimiento poblacional, Asturias, Aragón y Madrid son las comunidades autónomas con una mayor proporción de población mayor de 65 años o más con limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria. Los porcentajes anteriormente citados son siempre superiores en mujeres que hombres: hay una mayor proporción de mujeres de edades mayores pero con más limitaciones. Ceuta y Melilla y Canarias son las comunidades autónomas con una población más joven.

La población mayor de 64 años de La Rioja tiene una proporción baja de limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria. De modo parecido, es la comunidad autónoma en la que la proporción de personas de 65 años o más que declara tener un estado de salud percibido bueno o muy bueno es mayor.

Las comunidades autónomas con una mayor proporción de población extranjera son Illes Balears, Ceuta y Melilla, Madrid y Murcia, fenómeno posiblemente relacionado con las mayores oportunidades laborales en estas zonas debido al turismo, el fenómeno de metrópolis y la agricultura, respectivamente. Las comunidades con menos población inmigrante son Extremadura, Galicia, País Vasco y Asturias.

Ceuta y Melilla y Canarias son las comunidades con mayor número de años potenciales de vida perdidos (APVP), indicando la importancia de la mortalidad prematura en estas comunidades. Castilla y León es la comunidad con menor APVP. Canarias es también la comunidad con una menor proporción de población que declara tener un estado de salud bueno o muy bueno.

Los patrones de mortalidad son desiguales entre comunidades autónomas. Las tasas de mortalidad por cáncer más altas en hombres se dan en Cantabria y País Vasco, mientras que en mujeres se dan en Illes Balears y Murcia. La mortalidad por

enfermedades coronarias destaca en Canarias y Ceuta y Melilla, tanto en hombres como en mujeres. La mortalidad por enfermedades cerebrovasculares destaca en Andalucía y Ceuta y Melilla, tanto en hombres como en mujeres, y en Murcia en hombres y la Comunidad Valenciana en mujeres. En las enfermedades del aparato respiratorio destaca Ceuta y Melilla, tanto en hombres como en mujeres. En relación con la mortalidad por causas externas, la mortalidad por suicidio es más alta en los hombres de Navarra y La Rioja, y en las mujeres de Ceuta y Melilla, Aragón, País Vasco y Asturias. La Rioja es la comunidad autónoma con una tasa de mortalidad por lesiones por accidente de tráfico mayor, tanto en hombres como en mujeres, seguida por Galicia en hombres y Castilla y León en mujeres.

Relacionado con el estado de salud, los estilos de vida y las políticas preventivas, se han analizado las desigualdades en los indicadores de embarazos en menores de 18 años, incidencia de tuberculosis y sida. Los embarazos en menores de 18 años se dan más frecuentemente en Canarias, Murcia y Illes Balears. La incidencia de tuberculosis más alta se da en Ceuta y Melilla, Galicia y País Vasco. Las tasas más altas de incidencia de sida corresponden a País Vasco e Illes Balears, seguidas de Madrid, Ceuta y Melilla, y La Rioja.

También relacionados con desigualdades en estilos de vida y susceptible de políticas de prevención están los indicadores de prevalencia de consumo de tabaco, realización de ejercicio físico en el tiempo libre y prevalencia de sobrepeso. Murcia, Cataluña y la Comunidad Valenciana son las comunidades con una mayor proporción de hombres que consumen tabaco y Asturias y Navarra de mujeres. La mayor proporción de sobrepeso se da en Castilla – La Mancha y Aragón en hombres y Extremadura en mujeres. Este hecho no está relacionado con la no realización de actividad física, puesto que las comunidades con un mayor porcentaje de personas que no realizan actividad física en el tiempo libre son Andalucía en los dos sexos, seguida de Ceuta y Melilla en hombres y la Comunidad Valenciana en mujeres.

En cuanto a las desigualdades en el acceso equitativo a los servicios sanitarios, La Rioja, Cantabria y Asturias tienen una alta tasa de hospitalización por cirugía de artroplastia de cadera; Ceuta y Melilla, Extremadura y Canarias son las Comunidades Autónomas con tasas más bajas. En el caso de la cirugía de fractura de cuello de fémur, destacan Cataluña, Aragón, Andalucía, La Rioja y Navarra; las tasas más bajas se dan en Galicia, Canarias, Ceuta y Melilla, Castilla y León y Extremadura. En el caso de las cataratas, destaca País Vasco, seguido de Asturias y Aragón; en el extremo

inferior se sitúan La Rioja, Murcia, Galicia e Illes Balears. Para las hospitalizaciones por accidente vascular cerebral destacan las altas tasas de Murcia, Cantabria y Asturias y las tasas bajas de Canarias y Castilla y León. En el caso de la EPOC, destaca Cataluña, Asturias, Illes Balears y La Rioja, mientras que los valores más bajos se dan en Canarias. En el caso del infarto, los valores más altos se dan en Ceuta y Melilla, Asturias y Cantabria, tanto en hombres como en mujeres; las tasas más bajas se dan en los hombres de La Rioja y las mujeres de País Vasco Navarra y Aragón. Asturias y Ceuta y Melilla tienen las tasas más altas de hospitalización por cáncer de pulmón; las tasas más bajas se dan en La Rioja y Canarias en hombres y Extremadura y Andalucía en mujeres. Murcia y Cantabria tienen las tasas más altas de hospitalización por angioplastia coronaria; las tasas más bajas se dan en Castilla – La Mancha y Aragón, tanto en hombres como en mujeres. Las tasas más altas de bypass aorto-coronario se dan en Madrid en hombres y mujeres, y también son altas en Cantabria en mujeres, y en Galicia, Comunidad Valenciana y Cataluña en hombres; las tasas más bajas se dan en Extremadura, Castilla – La Mancha y Murcia en hombres y en Aragón en mujeres. Las tasas de artroplastia de rodilla más altas se dan en Andalucía, Cataluña y La Rioja; las más bajas se dan en Galicia, Extremadura y Ceuta y Melilla.

Como indicadores de provisión apropiada de servicios efectivos se han analizado las desigualdades en los indicadores de cobertura vacunal, hospitalizaciones evitables y realización de transplantes. Las tasas de cobertura vacunal son muy altas en todas las comunidades autónomas, superiores al 95% en todas las vacunas (DTP, antipoliomielítica, Hib, MMC, hepatitis B). En el caso de la triple vírica, los valores más bajos se dan en Extremadura, Canarias y Illes Balears.

Las tasas más altas de hospitalizaciones evitables por diabetes y sus complicaciones vasculares periféricas se dan en Ceuta y Melilla, la Comunidad Valenciana, Extremadura y Murcia, tanto en hombres como en mujeres. En el caso de las hospitalizaciones evitables por úlcera gástrica y/o duodenal y sus complicaciones hemorrágicas destacan los valores altos de La Rioja, Castilla – La Mancha, y Illes Balears, en ambos sexos.

En el caso de los transplantes también hay desigualdades, posiblemente motivadas en parte por la disponibilidad de la tecnología necesaria para realizarlos y por la distinta incidencia. Canarias y Baleares son las comunidades que menos transplantes de corazón realizan, y realizan pocos transplantes de pulmón. En cambio están entre las

comunidades autónomas que más trasplantes de hígado y de páncreas realizan. La Rioja realiza también muy pocos trasplantes, tan sólo de pulmón.

Relacionado con el envejecimiento y la disponibilidad de recursos alternativos al hospital está el indicador de porcentaje de altas de pacientes de 65 o más años hospitalizados con estancias superiores a 20 días. En el caso del cáncer de pulmón, las estancias superiores a 20 días suceden en las mujeres mayores de La Rioja e Illes Balears y en los hombres de Canarias; en el caso de la EPOC, éstas suceden en Canarias en ambos sexos, los hombres de La Rioja, las mujeres de Madrid, y los hombres y mujeres de Andalucía; en el accidente vascular cerebral, suceden en Canarias, Galicia y Madrid; y, finalmente, en la cirugía de fémur, suceden en las mujeres de Ceuta y Melilla, y los hombres de Madrid, Aragón y Galicia.

Como fenómeno ligado con la práctica médica, las tasas de hospitalización por reacción aguda a medicamentos son altas en Cantabria, Murcia, Aragón y La Rioja, en ambos sexos.

En relación con desigualdades en la eficiencia de los servicios sanitarios, la estancia media bruta por enfermedades isquémicas del corazón es más alta en Canarias, Madrid y Andalucía; las estancias medias más bajas se dan en Illes Balears. En el caso de la estancia media bruta por enfermedades cerebrovasculares, las estancias medias más altas se dan en Canarias, Madrid y Galicia.

En relación con los resultados en salud, se han analizado las desigualdades en las tasas de hospitalización por diversas condiciones y la mortalidad intrahospitalaria. La tasa de hospitalización en niños por enfermedades del aparato respiratorio es más alta en Asturias, seguido por Cantabria, Ceuta y Melilla, y Galicia. La tasa de hospitalización urgente en pacientes con más de 75 años por enfermedades isquémicas del corazón es más alta en Asturias, Ceuta y Melilla y Murcia en ambos sexos.

Las tasas de mortalidad intrahospitalaria en ingresos por bypass aorto-coronario más altas se dan en Castilla y León en hombres y Andalucía en mujeres. Las tasas de mortalidad intrahospitalaria en ingresos por angioplastia son más altas en las mujeres del País Vasco y Galicia y los hombres de la Comunidad Valenciana. Las tasas de mortalidad intrahospitalaria en ingresos por cirugía de fractura de fémur son más altas en los hombres de Ceuta y Melilla y Asturias, y en las mujeres de Ceuta y Melilla y

Madrid. La mortalidad intrahospitalaria más alta se da en las mujeres del País Vasco, La Rioja, Ceuta y Melilla, y Madrid, y los hombres de Canarias. En el caso del accidente vascular cerebral, las tasas de mortalidad intrahospitalaria más altas se dan en Cantabria, Galicia, los hombres de Extremadura y las mujeres de Murcia. Las tasas de mortalidad intrahospitalaria en ingresos por neumonía/EPOC son más altas en los hombres de Ceuta y Melilla, y los hombres y mujeres de Andalucía.

Como último indicador de resultados en salud se han analizado las desigualdades en mortalidad evitable entre comunidades autónomas. En cuanto a la mortalidad evitable por cirrosis las tasas más altas en hombres se dan en Asturias, Andalucía y Canarias. En mujeres se dan en Illes Balears y la Comunidad Valenciana. En enfermedades cerebrovasculares, las tasas más altas corresponden a Andalucía e Illes Balears y en mujeres en Andalucía y Canarias. En el caso de la mortalidad evitable por cáncer de pulmón, las tasas más altas se dan en los hombres de Ceuta y Melilla, Asturias e Illes Balears, y las mujeres de Canarias e Illes Balears. En el caso de los accidentes de vehículos a motor, las tasas más altas corresponden a los hombres de La Rioja y las mujeres de Asturias.

Desigualdades de género

Los resultados apuntan también desigualdades de género en algunos de los indicadores analizados. En los indicadores de descripción de la población puede verse como el porcentaje de población de 65 años o más es siempre mayor en las mujeres que en los hombres, al igual que el índice de sobreenvjecimiento. En el caso de la población de nacionalidad extranjera, como es de esperar, la proporción de hombres es mayor que la de mujeres, ya que es un fenómeno mayoritariamente masculino.

En los indicadores de mortalidad, la tasa de APVP es mayor en hombres que en mujeres. También existen diferencias en las causas de mortalidad: las tasas de mortalidad por cáncer, enfermedades coronarias, enfermedades cerebrovasculares, del aparato respiratorio, suicidio, y lesiones de accidentes de tráfico son superiores en hombres que en mujeres. Algo parecido ocurre con la mortalidad evitable: las tasas de mortalidad evitable por cirrosis, enfermedades cerebrovasculares, tumores malignos de pulmón, y lesiones por accidentes de vehículos a motor son superiores en hombres que en mujeres.

La incidencia de enfermedades como la tuberculosis y el sida son superiores en hombres que en mujeres. La prevalencia de consumo de tabaco en población igual o mayor de 16 años es mayor en hombres que en mujeres, así como la prevalencia de sobrepeso. En cambio, la prevalencia de personas que no realizan actividad física en su tiempo libre es mayor en mujeres que en hombres.

En cuanto al estado de salud y las limitaciones, la proporción de la población mayor de 64 años con limitaciones para realizar alguna actividad de la vida diaria es mayor en mujeres que en hombres. Relacionado con esto, el estado de salud percibido es mejor en los hombres que en las mujeres: una proporción mayor de hombres que de mujeres declara tener un estado de salud bueno o muy bueno, tanto en la población general como en la población de mayores de 64 años. Cabe destacar que el estado de salud percibido es mejor en los hombres que en las mujeres, a pesar de que las tasas de mortalidad, de incidencia de sida y tuberculosis, y de prevalencia de estilos de vida no saludables son superiores en los hombres. En las mujeres, a pesar de que estos valores son menores, el estado de salud percibido es peor.

Los indicadores de hospitalización varían en función de la condición analizada. Por ejemplo, las tasas de hospitalización por cirugía de artroplastia de cadera, fractura de cuello de fémur, cirugía de cataratas y cirugía de artroplastia de rodilla son superiores en mujeres que en hombres. En cambio, las tasas de hospitalización por accidente vascular cerebral, EPOC, infarto agudo de miocardio, cáncer de pulmón, angioplastia coronaria y cirugía de bypass aorto-coronario son mayores en hombres que en mujeres. Las tasas de hospitalizaciones evitables por diabetes y sus complicaciones vasculares periféricas y ulcera gástrica y/o duodenal y sus complicaciones hemorrágicas son también mayores en hombres que en mujeres en todas las comunidades autónomas.

Los indicadores de porcentaje de altas de pacientes de 65 o más años hospitalizados con más de 20 días de estancia, estancia media y mortalidad intrahospitalaria son muy variables entre comunidades autónomas y no siguen un patrón claramente desigual entre géneros.

Desigualdades de clase social

Sólo los indicadores provenientes de la Encuesta Nacional de Salud han podido ser analizados por clase social: población mayor de 64 años con limitaciones para realizar alguna actividad de la vida diaria, estado de salud percibido, prevalencia de consumo de tabaco, prevalencia de sobrepeso y prevalencia de personas que no realizan actividad física en el tiempo libre.

En términos generales, las clases más favorecidas (I+II) tienen una proporción menor de personas mayores de 64 años con limitaciones para realizar alguna actividad de la vida diaria, una proporción mayor de la población que declara tener un estado de salud percibido bueno o muy bueno, una proporción menor de población que consume tabaco, una proporción menor de población con sobrepeso, y una proporción menor de población que no realiza actividad física.

En cambio, las clases más desfavorecidas (IV+V) tienen una proporción mayor de personas mayores de 64 años con limitaciones para realizar alguna actividad de la vida diaria, una proporción menor de la población que declara tener un estado de salud percibido bueno o muy bueno, una proporción mayor de población que consume tabaco, una proporción mayor de población con sobrepeso, y una proporción mayor de población que no realiza actividad física.

A pesar de esto, hay algunas excepciones en algunas comunidades para algunos de los indicadores. En Andalucía, Canarias, Castilla - La Mancha, Cataluña, la Comunidad Valenciana, Galicia, La Rioja y Ceuta y Melilla, la proporción de mujeres fumadoras es mayor en las clases favorecidas que en las clases desfavorecidas. En Cantabria, Cataluña, Extremadura, Murcia y La Rioja la prevalencia de sobrepeso es mayor en la población de las clases más favorecidas.

Algunas comunidades autónomas que merecen especial atención

Tal y como se ha mencionado en los apartados anteriores, los resultados del análisis realizado muestran desigualdades entre comunidades autónomas, entre sexos y entre clases sociales. En general, ninguna comunidad autónoma está claramente mejor que otra, ya que los resultados de los indicadores son muy variados. A pesar de ello,

merecen especial atención Ceuta y Melilla y Canarias, dos comunidades autónomas donde se han detectados peores indicadores de desempeño.

Ceuta y Melilla tiene una mayor tasa de APVP y, relacionado con esto, mayor mortalidad por enfermedades coronarias, cerebrovasculares, EPOC y por lesiones accidentes de tráfico. La tasa de mortalidad evitable por cirrosis es también mayor. Esta también es la comunidad autónoma con más desigualdades de clase social en el estado de salud percibido. Ceuta y Melilla tiene mayor tasa de incidencia de tuberculosis. En cuanto a las tasas de hospitalización, estas son menores por artroplastia de cadera y fractura de cuello de fémur, mientras que son superiores en infarto agudo de miocardio, cáncer de pulmón y hospitalizaciones evitables por diabetes y úlcera gástrica y/o duodenal. La mortalidad intrahospitalaria también es mayor por fractura de cuello de fémur y neumonía/EPOC.

En particular para esta comunidad autónoma, cabe decir que estos resultados más desiguales pueden deberse por una parte, a un artefacto estadístico, puesto que el número total de casos en algunos de los indicadores es pequeño y, por lo tanto, estos pueden ser más inestables. Por otra parte, es probable que la estructura de los servicios sanitarios y los programas existentes sean distintos que en el resto de las comunidades autónomas.

Canarias tiene también un número muy elevado de APVP, una elevada mortalidad por enfermedades coronarias, y alta mortalidad evitable por cirrosis y accidente vascular cerebral. Esta comunidad es la que tiene una mayor proporción de mujeres mayores de 64 años con limitaciones para la realización de actividades de la vida diaria, y la que tiene una menor proporción de población –general y mayor de 64 años- con un estado de salud percibido bueno o muy bueno. Canarias es también la comunidad autónoma con un porcentaje más elevado de pacientes mayores de 64 años con una estancia hospitalaria superior a los 20 días por accidente vascular cerebral, EPOC (en hombres) y cáncer de pulmón (en hombres). Relacionado con esto, es la comunidad autónoma con una estancia media mayor. Finalmente, esta es también la comunidad autónoma con un porcentaje más elevado de embarazos en mujeres menores de 18 años.

Limitaciones del estudio

El análisis realizado tiene las limitaciones propias del trabajo con grandes bases de datos. La ausencia de datos (*missings*), los errores de codificación y la exhaustividad de la cobertura de los registros son algunas de ellas. Por ejemplo, se desconoce la fiabilidad de los datos de cobertura vacunal, puesto que están sujetos a baja notificación y bajo registro, y es posible que haya infradeclaración de casos. Lo mismo puede suceder con los registros de tuberculosis y sida.

Otra limitación del análisis mencionada anteriormente es que sólo los indicadores provenientes de la Encuesta Nacional de Salud han podido ser analizados por clase social. Para el resto de las bases de datos y registros analizados esta variable no está disponible.

Los indicadores derivados de los datos de mortalidad y mortalidad evitable, esperanza de vida, y estructura demográfica son posiblemente los más robustos ya que provienen de registros poblacionales, con muy buena recogida de información (registro de mortalidad y censo).

Ahora bien, la limitación principal del análisis realizado se ha detectado en los indicadores provenientes del CMBD. En particular, los resultados obtenidos en los indicadores de tasas de hospitalización y mortalidad intrahospitalaria no son coincidentes con los resultados de otros estudios publicados al nivel de las comunidades autónomas individuales^{20,21}. Este hecho hace sospechar de la calidad de los datos del CMBD provenientes del Ministerio de Sanidad y Consumo. De hecho, consultas posteriores con investigadores expertos en el análisis de bases de datos hospitalarias, han permitido saber que el CMBD tiene, principalmente, errores de codificación de variables y falta de casos. El origen de estos errores puede que se deba a la ausencia de homogeneidad entre comunidades autónomas en la codificación de las variables, y a la periodicidad con la que las comunidades autónomas envían la información al Ministerio de Sanidad y Consumo.

Utilidad y aplicaciones de las iniciativas de análisis del desempeño

Las iniciativas para evaluar el desempeño de los servicios sanitarios presentadas en este documento son el resultado de una revisión de la literatura mediante un proceso

sistemático y exhaustivo. A pesar de esto, una limitación del presente análisis es la posible omisión de iniciativas ya que en ocasiones, los indicadores y programas son publicados en literatura gris (por ejemplo en forma de archivos gubernamentales), pero nunca llegan a ser publicados en revistas con un proceso de revisión por pares. Este sesgo fue minimizado al revisar literatura de organizaciones internacionales tales como la OMS o la OECD que cuentan con proyectos de evaluación del desempeño, y tienen referencias relacionadas disponibles en sus sitios web.

Para que la evaluación del desempeño de los servicios sanitarios sea fructífera y práctica, se requiere un balance entre la incorporación de todos los posibles factores que podrían ser de interés o relevantes y que podrían afectar los resultados, la habilidad para producir información oportuna sobre ellos así como la habilidad de los gestores para integrar esta información. Los indicadores deben ser adecuados, relevantes para los decisores y planificadores y para la población, así como robustos para la medición y la respuesta a cambios dentro del sistema, de tal forma que puedan ser utilizados para analizar la evolución a lo largo del tiempo. Su integración dentro de un marco definido, permite la exploración de diferentes aspectos del sistema de salud. Asimismo, la información debe ser presentada de manera atractiva e inteligible haciendo que las partes involucradas en el proceso –consumidores, proveedores, gestores y formuladores de políticas- satisfagan sus diferentes necesidades de información.

La estrategia utilizada para mejorar el desempeño, se debe basar en un diagnóstico cuidadoso de las causas subyacentes de los problemas. La estrategia podría variar entre países e incluso dentro del mismo país, y entre objetivos, dependiendo de las características y recursos del sistema, y de los valores profesionales y sociales. Estas estrategias podrían ser centralizadas (Reino Unido) o descentralizadas (Estados Unidos), y podrían depender de una variedad de incentivos y estrategias que pueden tomar diferentes formas. Algunas intervenciones disponibles son la supervisión externa, la promoción del conocimiento/habilidades de los proveedores, ‘empoderamiento’ de los consumidores, incentivos y regulación, en diferentes formas y con diferentes grados de éxito en la consecución de sus objetivos²². La declaración pública de los datos sobre el desempeño podría ser una piedra angular para la mejora, tal y como sucede en el contexto clínico²³.

Conclusiones

El análisis realizado es un ejemplo de la utilidad y aplicabilidad de una iniciativa de análisis del desempeño. Los indicadores analizados, organizados por dimensiones para facilitar el análisis y favorecer la exhaustividad, permiten medir el nivel de desempeño de los servicios sanitarios. Las comunidades autónomas son unidades de análisis válidas, por su homogeneidad en los servicios sanitarios provistos, por sus patrones epidemiológicos, y por tener un número de casos suficiente para hacer comparaciones válidas. El análisis ha dado resultados muy interesantes en lo referente al análisis y la comparación de la estructura demográfica, los estilos de vida, los servicios sanitarios, la práctica clínica, los modelos de gestión y los resultados en salud obtenidos.

Los resultados del análisis han puesto de relieve desigualdades en el desempeño de los servicios sanitarios, tanto entre comunidades autónomas como entre sexos y clases sociales. Esta información puede ser la base para el desarrollo de políticas posteriores dirigidas a la reducción de desigualdades, tanto desde el punto de vista de los servicios sanitarios, como de otras políticas sociales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pan American Health Organization. Health system performance assessment and improvement in the region of the Americas. Washington, DC: PAHO, 2001.
2. Hurst J. Performance measurement and performance management in OECD health systems: An overview of issues and challenges. "Measuring up" Improving health systems performance in OECD countries. OECD health conference on performance measurement and reporting. Ottawa, November 2001.
3. World Health Organization. The World Health Report 2000: Health systems performance. Geneva: World Health Organization, 2000
4. Coyne JS, Hilsenrath P. The World Health Report 2000: Can health care systems be compared using a single measure of performance? Am J Pub Health. 2002;92:30-3.
5. Appleby J, Street A. Health system goals: life, death and... football. J Health Serv Res Policy. 2001;6:220-5.
6. National Health Performance Committee. Fourth national report on health sector performance indicators. A report to the Australian Health Ministers' conference. Sydney: NSW Health Department, 2000.
7. Canadian Institute for Health Information. Health indicators. 2003; Reporte Núm.:Catalogue no. 82-221-XIE, Volume 2003, No. 2.
8. National Health Service. NHS Performance Indicators. National Figures: February 2002. London: National Health Service, 2003.
9. Or Z. Improving the performance of health care systems: from measures to action (a review of experiences in four OECD countries). Paris: OECD, 2002. Labour market and social policy. Occasional papers no. 57.
10. New Zealand Ministry of Health. Health Funding Authority Performance Report. Quarter Four 1999/2000. Wellington: New Zealand Ministry of Health, 2000.

11. Hurst J, Jee-Hugues M. Performance measurement and performance management in OECD Health Systems. Paris: OECD, 2000. Labour Market and Social Policy, Occasional Papers No 47.
12. Feachem RGA, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ*. 2002;324:135-41.
13. Evans DB, Edejer TT, Lauer J, Frenk J, Murray CJ. Measuring quality: from the system to the provider. *Int J Qual Health Care*. 2001;13:439-46.
14. Borrell C, Pasarin MI. Desigualdad en salud y territorio urbano. *Gac Sanit*. 2004;1(18):1-4.
15. García-Altés A, Borrell C, Coté L, Plaza A, Benet J, Guarga A, pel grup d'anàlisi de l'acompliment dels serveis sanitaris. L'acompliment dels serveis sanitaris de les ciutats de Barcelona i Montreal. A: Agència de Salut Pública de Barcelona. La salut a Barcelona 2004. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2005.
16. Grupo de trabajo de la SEE y de la SEMFYC. Una propuesta de medida de la clase social. *Aten Primaria*. 2000;(25):350-63.
17. Domingo A, Marcos J. Propuesta de un indicador de clase social basado en la ocupación. *Gac Sanit*. 1989;(3):320-6.
18. Nutrition and food security [página en internet]. [última actualización 2005 Sept. 1; citado 2005 Dic 14]. Disponible desde: http://www.euro.who.int/nutrition/20030507_1.
19. Centers for Disease Control and Prevention [página en internet]. [última actualización 2004 Dec. 16; citado 2005 Dic 14]. Division of Nutrition and Physical Activity, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. CDC. Disponible desde: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/bmi/bmi-adult.htm>.
20. Grupo VPM-IRYSS. Variaciones en Cirugía Ortopédica y Traumatológica. Fractura de cadera, artroplastia de rodilla y artroplastia de cadera. *VPM Atlas de Variaciones en la Práctica Médica*. 2005;1(1):17-36.

21. Librero J, Peiró S, Bernal-Delgado E, Rivas F, Martínez N, Sotoca R, Ridaó M, Castaño E, por el Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red IRYSS. Variaciones en intervenciones de Cirugía General en el Sistema Nacional de Salud. VPM Atlas de Variaciones en la Práctica Médica. 2005;1(2):63-81.
22. Leatherman S. Applying performance indicators to health system improvement. OECD/Canada Conference. Measuring up: improving health systems performance in OECD countries. Ottawa, November 2001.
23. Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, Brook RH. The public release of performance data. What do we expect to gain? A review of the evidence. JAMA. 2000;283:1866-74

Anexo 1. Definición técnica de los indicadores analizados.

A continuación se describen los indicadores utilizados en este informe. Para cada uno de ellos se describe su definición y construcción, las fuentes de información utilizadas y el año de procedencia de los datos.

INDICADORES DE POBLACIÓN

Estructura de población según género y grupo de edad

Definición: Número de habitantes según género y grupo de edad (0-14, 15-44, 45-66, 65-74, 75 y más).

Construcción del indicador: Recuento del número de habitantes según género y grupo de edad.

Fuente de información: Instituto Nacional de Estadística. Censo 2001.

Años disponibles: 2001.

Población de 65 o más años según género

Definición: Porcentaje de población de 65 años o más sobre el total de población según género.

Construcción del indicador: Numerador: número de habitantes de 65 años o más según género.
Denominador: número de habitantes total según género.

Fuente de información: Instituto Nacional de Estadística. Censo 2001.

Años disponibles: 2001.

Índice de sobrevejecimiento

Definición: Porcentaje de población de 75 años o más sobre el total de personas de 65 años o más según género.

Construcción del indicador: Numerador: número de personas de 75 años o más según género.
Denominador: número de personas de 65 años o más según género.

Fuente de información: Instituto Nacional de Estadística. Censo 2001.

Años disponibles: 2001.

Población de nacionalidad extranjera

Definición:	Porcentaje de población de nacionalidad extranjera sobre la población total.
Construcción del indicador:	Numerador: número de habitantes de nacionalidad extranjera. Denominador: estimaciones de población del año analizado.
Fuente de información:	Instituto Nacional de Estadística. Censo 2001.
Años disponibles:	2001.

INDICADORES DE ESTRUCTURA

Tasa de profesionales sanitarios

Definición:	Tasa de profesionales sanitarios colegiados (médicos, odontólogos y estomatólogos, diplomados en enfermería, diplomados en enfermería con título de matrona).
Construcción del indicador:	Numerador: número de profesionales sanitarios colegiados (médicos, odontólogos y estomatólogos, diplomados en enfermería, diplomados en enfermería con título de matrona). Denominador: estimaciones de población del año analizado.
Fuente de información:	Instituto Nacional de Estadística.
Años disponibles:	2004.

Camas hospitalarias

Definición:	Número de camas hospitalarias por 100.000 habitantes.
Construcción del indicador:	Numerador: número de camas hospitalarias (en hospitales públicos, hospitales privados no benéficos, hospitales privados benéficos, hospitales psiquiátricos). Denominador: estimaciones de población del año analizado.
Fuente de información:	Instituto Nacional de Estadística.
Años disponibles:	2004.

INDICADORES DE MEJORAS DEL ESTADO DE SALUD

Años potenciales de vida perdidos

Definición:	Tasa de años potenciales de vida perdidos por 1000 habitantes.
Construcción del indicador:	Sumatorio de las diferencias de la esperanza de vida de los individuos menos 70.
Fuente de información:	Misterio de Sanidad y Consumo.
Años disponibles:	2002.

Población mayor de 64 años con limitaciones para realizar alguna actividad de la vida diaria

Definición:	Porcentaje de población mayor de 64 años que declaran tener dificultades en una o más actividades de la vida diaria (bañarse, vestirse, ir al lavabo, moverse por la casa, alimentarse, incontinencia) según género y clase social.
Construcción del indicador:	Numerador: número de personas de más de 64 años que declaran tener dificultades en una o más actividades de la vida diaria según género y clase social. Denominador: estimaciones de la población mayor de 64 años del año analizado según género y clase social. Porcentajes estandarizados por edad.
Fuente de información:	Encuesta Nacional de Salud 2003
Años disponibles:	2003

Estado de salud percibido bueno o muy bueno

Definición:	Porcentaje de población de 16 o más años que declaran tener una salud muy buena o buena según género y clase social.
Construcción del indicador:	Numerador: número de personas de 16 o más años que declaran una salud muy buena o buena según género y clase social. Denominador: estimaciones de la población de 16 o más años del año analizado según género y clase social. Porcentajes estandarizados por edad.
Fuente de información:	Encuesta Nacional de Salud 2003.

Años disponibles: 2003.

Estado de salud percibido bueno o muy bueno en mayores de 64 años

Definición: Porcentaje de población mayor de 64 años que declaran tener una salud muy buena o buena según género y clase social.

Construcción del indicador: Numerador: número de personas mayores de 64 años que declaran una salud muy buena o buena según género y clase social.

Denominador: estimaciones de la población mayor de 64 años del año analizado según género y clase social.

Porcentajes estandarizados por edad.

Fuente de información: Encuesta Nacional de Salud 2003.

Años disponibles: 2003.

Mortalidad por cáncer

Definición: Tasa estandarizada de mortalidad por cáncer en población menor de 75 años por 100.000 habitantes.

Construcción del indicador: Numerador: número de muertes por cáncer (ICD-9: 140-239; ICD-10: C00-C97) en menores de 75 años.

Denominador: estimaciones de la población menor de 75 años del año analizado.

Fuente de información: Instituto Nacional de Estadística.

Años disponibles: 2002.

Mortalidad por enfermedades coronarias

Definición: Tasa estandarizada de mortalidad por enfermedades coronarias en población menor de 75 años por 100.000 habitantes.

Construcción del indicador: Numerador: número de muertes por enfermedades coronarias (ICD-9: 410-414; ICD-10: I20-I25) en menores de 75 años.

Denominador: estimaciones de la población menor de 75 años del año analizado.

Fuente de información: Instituto Nacional de Estadística.

Años disponibles: 2002.

Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares

Definición: Tasa estandarizada de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en población menor de 75 años por 100.000 habitantes.

Construcción del indicador: Numerador: número de muertes por enfermedades cerebrovasculares (ICD-9: 430-438; ICD-10: I60-I69) en menores de 75 años.

Denominador: estimaciones de la población menor de 75 años del año analizado.

Fuente de información: Instituto Nacional de Estadística.

Años disponibles: 2002.

Mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio

Definición: Tasa estandarizada de mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio en población menor de 75 años por 100.000 habitantes.

Construcción del indicador: Numerador: número de muertes por enfermedades del aparato respiratorio (ICD-9: 460-519; ICD-10: J00-J99) en menores de 75 años.

Denominador: estimaciones de la población menor de 75 años del año analizado.

Fuente de información: Instituto Nacional de Estadística.

Años disponibles: 2002.

Mortalidad por suicidio

Definición: Tasa estandarizada de mortalidad por suicidio en población de 15 a 49 años por 100.000 habitantes.

Construcción del indicador: Numerador: número de muertes por suicidio (ICD-9: E950-E959; ICD-10: X60-X84) en población de 15 a 49 años.

Denominador: estimaciones de la población de 15 a 49 años del año analizado.

Fuente de información: Instituto Nacional de Estadística.

Años disponibles: 2002.

Mortalidad por lesiones de accidentes de tráfico

Definición: Tasa estandarizada de mortalidad por accidentes de tráfico en población de 15 a 49 años por 100.000 habitantes.

Construcción del indicador: Numerador: número de muertes por accidente de tráfico (ICD-9: E810-829; ICD-10: V01-V79 y V82-V89) en población de 15 a 49 años.

Denominador: estimaciones de la población de 15 a 49 años del año analizado.

Fuente de información: Instituto Nacional de Estadística.

Años disponibles: 2002.

Incidencia de embarazos en menores de 18 años

Definición: Número de embarazos (nacimientos más interrupciones voluntarias del embarazo) en menores de 18 años por 1000 habitantes.

Construcción del indicador: Numerador: número de nacimientos en mujeres menores de 18 años más el número de interrupciones voluntarias del embarazo en dicho grupo de edad.

Denominador: estimaciones de la población femenina de 15 a 17 años del año analizado.

Fuente de información: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad y Consumo.

Años disponibles: 2003.

Incidencia de sida

Definición: Número de nuevos casos de sida, estandarizados por edad y por 100.000 habitantes.

Construcción del indicador: Numerador: número de nuevos casos de sida.

Denominador: estimaciones de la población por el año analizado.

Fuente de información: Registro Nacional de sida. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Años disponibles: 2004.

Incidencia de tuberculosis

Definición:	Número de nuevos casos de tuberculosis, estandarizados por edad y por 100.000 habitantes.
Construcción del indicador:	Numerador: número de nuevos casos de tuberculosis. Denominador: estimaciones de la población por el año analizado.
Fuente de información:	Ministerio de Sanidad y Consumo.
Años disponibles:	2003.

Prevalencia de consumo de tabaco en mayores de 15 años

Definición:	Porcentaje de población de 16 o más años consumidores habituales de tabaco según género y clase social.
Construcción del indicador:	Numerador: número de personas de 16 o más años consumidores habituales de tabaco según género y clase social. Denominador: estimaciones de la población de 16 o más años del año analizado según género y clase social. Porcentajes estandarizados por edad.
Fuente de información:	Encuesta Nacional de Salud 2003.
Años disponibles:	2003.

Prevalencia de sobrepeso

Definición:	Porcentaje de población de 16 o más años con sobrepeso.
Construcción del indicador:	Numerador: número de personas de 16 o más años con sobrepeso según género y clase social. Denominador: estimaciones de la población de 16 o más años del año analizado según género y clase social. Porcentajes estandarizados por edad.
Fuente de información:	Encuesta Nacional de Salud 2003.
Años disponibles:	2003.

Prevalencia de personas que no realizan actividad física en tiempo libre

Definición:	Porcentaje de población de 16 o más años que no realizan actividad física en tiempo libre.
-------------	--

Construcción del indicador: Numerador: número de personas de 16 o más años que no realizan actividad física en tiempo libre según género y clase social.
Denominador: estimaciones de la población de 16 o más años del año analizado según género y clase social.
Porcentajes estandarizados por edad.

Fuente de información: Encuesta Nacional de Salud 2003.

Años disponibles: 2003.

INDICADORES DE ACCESO

Tasa de hospitalización por cirugía de artroplastia de cadera

Definición: Número de altas hospitalarias por la realización de cirugía de artroplastia de cadera, estandarizadas por edad por 100.000 habitantes.

Construcción del indicador: Numerador: número de altas hospitalarias por la realización de cirugía de artroplastia de cadera.
Denominador: población de las comunidades autónomas del año 2002.

Fuente de información: CMBD

Años disponibles: 2002

Tasa de hospitalización por cirugía de fractura de cuello de fémur

Definición: Número de altas hospitalarias por la realización de cirugía de fractura de cuello de fémur, estandarizadas por edad por 100.000 habitantes.

Construcción del indicador: Numerador: número de altas hospitalarias por la realización de cirugía de fractura de cuellos de fémur.
Denominador: población de las comunidades autónomas del año 2002.

Fuente de información: CMBD

Años disponibles: 2002

Tasa de hospitalización por cirugía de cataratas

Definición: Número de altas hospitalarias por la realización de cirugía de cataratas, estandarizadas por edad por 100.000 habitantes.

Construcción del indicador: Numerador: número de altas hospitalarias por la realización de cirugía de cataratas.

Denominador: población de las comunidades autónomas del año 2002.

Fuente de información: CMBD

Años disponibles: 2002

Tasa de hospitalización por accidente vascular cerebral

Definición: Número de altas hospitalarias por la atención de un accidente vascular cerebral, estandarizadas por edad por 100.000 habitantes.

Construcción del indicador: Numerador: número de altas hospitalarias por la atención de un accidente vascular cerebral.

Denominador: población de las comunidades autónomas del año 2002.

Fuente de información: CMBD

Años disponibles: 2002

Tasa de hospitalización por EPOC

Definición: Número de altas hospitalarias por la atención de una EPOC, estandarizadas por edad por 100.000 habitantes.

Construcción del indicador: Numerador: número de altas hospitalarias por la atención de una EPOC.

Denominador: población de las comunidades autónomas del año 2002.

Fuente de información: CMBD

Años disponibles: 2002

Tasa de hospitalización por infarto agudo de miocardio

Definición: Número de altas hospitalarias por la atención de un infarto agudo de miocardio, estandarizadas por edad por 100.000 habitantes.

Construcción del indicador: Numerador: número de altas hospitalarias por la atención de un infarto agudo de miocardio.

Denominador: población de las comunidades autónomas del año 2002.

Fuente de información: CMBD

Años disponibles: 2002

Tasa de hospitalización urgente por cáncer de pulmón

Definición: Número de altas hospitalarias por la atención urgente de un cáncer de pulmón, estandarizadas por edad por 100.000 habitantes.

Construcción del indicador: Numerador: número de altas hospitalarias por la atención urgente de un cáncer de pulmón.

Denominador: población de las comunidades autónomas del año 2002.

Fuente de información: CMBD

Años disponibles: 2002

Tasa de hospitalización por cirugía de angioplastia coronaria

Definición: Número de altas hospitalarias por cirugía de angioplastia coronaria, estandarizadas por edad por 100.000 habitantes.

Construcción del indicador: Numerador: número de altas hospitalarias por cirugía por angioplastia coronaria.

Denominador: población de las comunidades autónomas del año 2002.

Fuente de información: CMBD

Años disponibles: 2002

Tasa de hospitalización por cirugía de bypass aorto-coronario

Definición: Número de altas hospitalarias por cirugía de bypass aorto-coronario, estandarizadas por edad por 100.000 habitantes.

Construcción del indicador: Numerador: número de altas hospitalarias por cirugía de bypass aorto-coronario.

Denominador: población de las comunidades autónomas del año 2002.

Fuente de información: CMBD

Años disponibles: 2002

Tasa de hospitalización por cirugía de artroplastia de rodilla

Definición: Número de altas hospitalarias por cirugía de artroplastia de rodilla, estandarizadas por edad por 100.000 habitantes.

Construcción del indicador: Numerador: número de altas hospitalarias por cirugía de artroplastia de rodilla.

Denominador: población de las comunidades autónomas del año 2002.

Fuente de información: CMBD

Años disponibles: 2002

INDICADORES DE PROVISIÓN EFECTIVA DE SERVICIOS SANITARIOS APROPIADOS

Cobertura vacunal de las vacunas DTP (difteria, tétanos, tos ferina), antipoliomielítica y frente al haemophilus influenza tipo B, la meningitis meningocócica C y la hepatitis B

Definición: Porcentaje de niños menores de 1 año que han recibido las vacunas DTP, antipoliomielítica y frente al haemophilus influenza tipo B, meningitis meningocócica C y hepatitis B.

Construcción del indicador: Numerador: número de niños menores de 1 año que han recibido las vacunas DTP, antipoliomielítica y frente al haemophilus influenza tipo B, meningitis meningocócica C y hepatitis B.

Denominador: estimaciones de la población menor de 1 año del año analizado.

Fuente de información: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Años disponibles: 2004

Cobertura vacunal de la vacuna triple vírica (sarampión, rubéola, parotiditis)

Definición: Porcentaje de niños mayores de 1 año y menores de 2 que han recibido la vacuna triple vírica.

Construcción del indicador: Numerador: número de niños mayores de 1 año y menores de 2 que han recibido la vacuna triple vírica.
Denominador: estimaciones de la población mayor de 1 año y menor de 2 del año analizado.

Fuente de información: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Años disponibles: 2004

Tasa de hospitalización evitable por diabetes y sus complicaciones vasculares periféricas

Definición: Número de altas hospitalarias por la atención de complicaciones vasculares periféricas de la diabetes, estandarizadas por edad por 100.000 habitantes.

Construcción del indicador: Numerador: número de altas hospitalarias por la atención de complicaciones vasculares periféricas de la diabetes.
Denominador: población de las comunidades autónomas del año 2002.

Fuente de información: CMBD

Años disponibles: 2002

Tasa de hospitalización evitable por úlcera gástrica y/o duodenal y sus complicaciones hemorrágicas

Definición: Número de altas hospitalarias por la atención de complicaciones hemorrágicas de las úlceras gástricas y/o duodenales, estandarizadas por edad por 100.000 habitantes.

Construcción del indicador: Numerador: número de altas hospitalarias por la atención de complicaciones hemorrágicas de las úlceras gástricas y/o duodenales.
Denominador: población de las comunidades autónomas del año 2002.

Fuente de información: CMBD

Años disponibles: 2002

Prescripción de benzodiazepinas

Definición: Número de envases de benzodiazepinas prescritos extrahospitalariamente por 100 habitantes.

Construcción del indicador: Numerador: número de envases de benzodiazepinas prescritos extrahospitalariamente.
Denominador: estimaciones de la población del año analizado.

Fuente de información: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Años disponibles: 2004

Prescripción de antipsicóticos

Definición: Número de envases de antipsicóticos prescritos extrahospitalariamente por 100 habitantes.

Construcción del indicador: Numerador: número de envases de antipsicóticos prescritos extrahospitalariamente.
Denominador: estimaciones de la población del año analizado.

Fuente de información: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Años disponibles: 2004

Prescripción de antibióticos

Definición: Número de envases de antibióticos prescritos extrahospitalariamente por 100 habitantes.

Construcción del indicador: Numerador: número de envases de antibióticos prescritos extrahospitalariamente.
Denominador: estimaciones de la población del año analizado.

Fuente de información: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Años disponibles: 2004

Incidencia de trasplantes de hígado, corazón, pulmón y páncreas

Definición: Número de nuevos trasplantes de hígado, corazón, pulmón y páncreas por 100.000 habitantes.

Construcción del indicador: Numerador: número de nuevos trasplantes de hígado, corazón, pulmón y páncreas.
Denominador: estimaciones de la población por el año analizado.

Fuente de información: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Años disponibles: 2004.

Porcentaje de altas de pacientes de 65 o más años hospitalizados por cáncer de pulmón con más de 20 días de estancia hospitalaria

Definición: Número de altas hospitalarias por la atención de cáncer de pulmón en pacientes de 65 o más años con más de 20 días de estancia hospitalaria, estandarizadas por edad por 100.000 habitantes.

Construcción del indicador: Numerador: número de altas hospitalarias por la atención de cáncer de pulmón en pacientes de 65 o más años con más de 20 días de estancia hospitalaria.

Denominador: población de las comunidades autónomas del año 2002.

Fuente de información: CMBD

Años disponibles: 2002

Porcentaje de altas de pacientes de 65 o más años hospitalizados por EPOC con más de 20 días de estancia hospitalaria

Definición: Número de altas hospitalarias por la atención de una EPOC en pacientes de 65 o más años con más de 20 días de estancia hospitalaria, estandarizadas por edad por 100.000 habitantes.

Construcción del indicador: Numerador: número de altas hospitalarias por la atención de una EPOC en pacientes de 65 o más años con más de 20 días de estancia hospitalaria.

Denominador: población de las comunidades autónomas del año 2002.

Fuente de información: CMBD

Años disponibles: 2002

Porcentaje de altas de pacientes de 65 o más años hospitalizados por accidente vascular cerebral con más de 20 días de estancia hospitalaria

Definición: Número de altas hospitalarias por la atención de accidente vascular cerebral en pacientes de 65 o más años con más de 20 días de estancia hospitalaria, estandarizadas por edad por 100.000 habitantes.

Construcción del indicador: Numerador: número de altas hospitalarias por la atención de accidente vascular cerebral en pacientes de 65 o más años con más de 20 días de estancia hospitalaria.

Denominador: población de las comunidades autónomas del año 2002.

Fuente de información: CMBD

Años disponibles: 2002

Porcentaje de altas de pacientes de 65 o más años hospitalizados por cirugía de fractura de cuello de fémur con más de 20 días de estancia hospitalaria

Definición: Número de altas hospitalarias por cirugía de fractura de cuello de fémur en pacientes de 65 o más años con más de 20 días de estancia hospitalaria, estandarizadas por edad por 100.000 habitantes.

Construcción del indicador: Numerador: número de altas hospitalarias por cirugía de fractura de cuello de fémur en pacientes de 65 o más años con más de 20 días de estancia hospitalaria.

Denominador: población de las comunidades autónomas del año 2002.

Fuente de información: CMBD

Años disponibles: 2002

Tasa de hospitalización por reacción aguda a medicamentos

Definición: Número de altas hospitalarias por la atención de reacciones agudas a medicamentos, estandarizadas por edad por 100.000 habitantes.

Construcción del indicador: Numerador: número de altas hospitalarias por la atención de reacciones agudas a medicamentos.

Denominador: población de las comunidades autónomas del año 2002.

Fuente de información: CMBD

Años disponibles: 2002

INDICADORES DE EFICIENCIA

Estancia media bruta por enfermedades isquémicas del corazón

Definición: Estancia media bruta (en días) de las altas hospitalarias por la atención de las enfermedades isquémicas del corazón.

Construcción del indicador: Numerador: días de estancia hospitalaria generados por las enfermedades isquémicas del corazón.

Denominador: número de altas hospitalarias por enfermedades isquémicas del corazón.

Fuente de información: CMBD

Años disponibles: 2002

Estancia media bruta por enfermedades cerebrovasculares

Definición: Estancia media bruta (en días) de las altas hospitalarias por la atención de enfermedades cerebrovasculares.

Construcción del indicador: Numerador: días de estancia hospitalaria generados por las enfermedades cerebrovasculares.

Denominador: número de altas hospitalarias por enfermedades cerebrovasculares.

Fuente de información: CMBD

Años disponibles: 2002

Prescripción de especialidades farmacéuticas genéricas

Definición: Número de envases de especialidades farmacéuticas genéricas prescritas extrahospitalariamente por 100 habitantes

Construcción del indicador: Numerador: número de envases de especialidades farmacéuticas genéricas prescritos extrahospitalariamente.

Denominador: estimaciones de la población del año analizado.

Fuente de información: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Años disponibles: 2004

INDICADORES DE RESULTADOS EN SALUD

Tasa de hospitalización de agudos en niños por enfermedades respiratorias del tracto inferior

Definición: Número de altas hospitalarias por la atención de niños (<15 años) por enfermedades respiratorias del tracto inferior, estandarizadas por edad por 100 habitantes.

Construcción del indicador: Numerador: número de altas hospitalarias por la atención de niños (<15 años) por enfermedades respiratorias del tracto inferior.

Denominador: población de las comunidades autónomas de edad menor de 15 años del año 2002.

Fuente de información: CMBD

Años disponibles: 2002

Tasa de hospitalización urgente en pacientes de más de 75 años por enfermedades isquémicas del corazón

Definición: Número de altas hospitalarias por la atención urgente de pacientes de más de 75 años por enfermedades isquémicas del corazón, estandarizadas por edad por 100 habitantes.

Construcción del indicador: Numerador: número de altas hospitalarias por la atención urgente de pacientes de más de 75 años por enfermedades isquémicas del corazón.

Denominador: población de las comunidades autónomas mayor de 75 años del año 2002.

Fuente de información: CMBD

Años disponibles: 2002

Mortalidad intrahospitalaria por cirugía de bypass aorto-coronario

Definición: Porcentajes de muertes intrahospitalarias por cirugía de bypass aorto-coronario, estandarizados por edad.

Construcción del indicador: Numerador: número de muertes durante la estancia hospitalaria por cirugía por bypass aorto-coronario.

Denominador: número de altas por cirugía por bypass aorto-coronario.

Fuente de información: CMBD

Años disponibles: 2002

Mortalidad intrahospitalaria por cirugía de angioplastia

Definición: Porcentajes de muertes intrahospitalarias por cirugía de angioplastia, estandarizados por edad.

Construcción del indicador: Numerador: número de muertes durante la estancia hospitalaria por cirugía de angioplastia.

Denominador: número de altas por cirugía de angioplastia.

Fuente de información: CMBD

Años disponibles: 2002

Mortalidad intrahospitalaria por cirugía de fractura de cuello de fémur

Definición: Porcentajes de muertes intrahospitalarias por cirugía fractura de cuello de fémur, estandarizados por edad.

Construcción del indicador: Numerador: número de muertes durante la estancia hospitalaria por cirugía de fractura de cuello de fémur.

Denominador: número de altas por cirugía de fractura de cuello de fémur.

Fuente de información: CMBD

Años disponibles: 2002

Mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio (IAM)

Definición: Porcentajes de muertes intrahospitalarias durante l'atención de un infarto agudo de miocardio (IAM), estandarizados por edad.

Construcción del indicador: Numerador: número de muertes intrahospitalarias durante la atención de un infarto agudo de miocardio (IAM).

Denominador: número de altas por infarto agudo de miocardio.

Fuente de información: CMBD

Años disponibles: 2002

Mortalidad intrahospitalaria por accidente vascular cerebral

Definición: Porcentajes de muertes intrahospitalarias por accidente vascular cerebral, estandarizados por edad.

Construcción del indicador: Numerador: número de muertes durante la estancia hospitalaria por accidente vascular cerebral.

Denominador: número de altas por cirugía por accidente vascular cerebral.

Fuente de información: CMBD

Años disponibles: 2002

Mortalidad intrahospitalaria por neumonía/EPOC

Definición:	Porcentajes de muertes intrahospitalarias en ingresos por neumonía/EPOC, estandarizados por edad.
Construcción del indicador:	Numerador: número de muertes durante la estancia hospitalaria por neumonía/EPOC. Denominador: número de altas por neumonía/EPOC.
Fuente de información:	CMBD
Años disponibles:	2002

Mortalidad evitable

Definición:	Tasas estandarizadas de mortalidad por causas de mortalidad evitable por 100.000 habitantes: <ul style="list-style-type: none">- enfermedades cerebrovasculares (ICD-9: 430-438) en personas de 35-64 años- tumores malignos de tráquea, bronquios o pulmón (ICD-9: 162) en personas de 5 a 64 años.- cirrosis y otras enfermedades del hígado (ICD-9: 571) en personas de 15 a 74 años.- accidentes de vehículos a motor (ICD-9: E810-E829) en todas las edades.
Construcción del indicador:	Numerador: número de muertes por cada una de las causas. Denominador: estimaciones de la población según grupo de edad y año analizado.
Fuente de información:	Instituto Nacional de Estadística.
Años disponibles:	2002.

Anexo 2. Tablas de resultados.

POBLACIÓN

Estructura de la población según sexo y grupo de edad. Andalucía, 2001.

	Total población		Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%
0-14	1274160	17,3	655461	18,1	618699	16,6
15-44	3502764	47,6	1773426	49,0	1729338	46,3
45-64	1506664	20,5	738332	20,4	768332	20,6
65-74	639225	8,7	291813	8,1	347412	9,3
>=75	434745	5,9	163034	4,5	271711	7,3
Total	7357558	100	3622066	100	3735492	100

Estructura de la población según sexo y grupo de edad. Aragón, 2001.

	Total población		Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%
0-14	151914	12,6	77798	13,1	74116	12,2
15-44	516148	42,9	266212	44,8	249936	41,0
45-64	277662	23,1	138631	23,3	139031	22,8
65-74	138403	11,5	64744	10,9	73659	12,1
>=75	120088	10,0	47461	8,0	72627	11,9
Total	1204215	100	594846	100	609369	100

Estructura de la población según sexo y grupo de edad. Asturias, 2001.

	Total población		Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%
0-14	108665	10,2	55844	11,0	52821	9,5
15-44	456857	43,0	229197	45,0	227660	41,1
45-64	264441	24,9	128377	25,2	136064	24,6
65-74	128022	12,0	57729	11,3	70293	12,7
>=75	105013	9,9	37848	7,4	67165	12,1
Total	1062998	100	508995	100	554003	100

Estructura de la población según sexo y grupo de edad. Baleares, 2001.

	Total población		Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%
0-14	130730	15,5	66784	16,0	63946	15,1
15-44	400045	47,5	203741	48,8	196304	46,3
45-64	187318	22,3	94321	22,6	92997	21,9
65-74	67646	8,0	31239	7,5	36407	8,6
>=75	55930	6,7	21229	5,1	34701	8,2
Total	841669	100	417314	100	424355	100

Estructura de la población según sexo y grupo de edad. Canarias, 2001.

	Total población		Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%
0-14	279612	16,5	143082	17,0	136530	16,0
15-44	857728	50,6	435566	51,7	422162	49,6
45-64	353486	20,9	176190	20,9	177296	20,8
65-74	126417	7,5	58198	6,9	68219	8,0
>=75	77234	4,6	29930	3,6	47304	5,6
Total	1694477	100	842966	100	851511	100

Estructura de la población según sexo y grupo de edad. Cantabria, 2001.

	Total población		Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%
0-14	65206	12,2	33620	12,9	31586	11,5
15-44	242428	45,3	122524	47,0	119904	43,7
45-64	125114	23,4	61865	23,7	63249	23,0
65-74	55770	10,4	25543	9,8	30227	11,0
>=75	46613	8,7	17034	6,5	29579	10,8
Total	535131	100	260586	100	274545	100

Estructura de la población según sexo y grupo de edad. Castilla y León, 2001.

	Total población		Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%
0-14	293588	12,0	150696	12,5	142892	11,5
15-44	1045530	42,6	534626	44,2	510904	41,0
45-64	560950	22,8	284626	23,5	276324	22,2
65-74	294410	12,0	136926	11,3	157484	12,6
>=75	261996	10,7	103000	8,5	158996	12,8
Total	2456474	100	1209874	100	1246600	100

Estructura de la población según sexo y grupo de edad. Castilla – La Mancha, 2001.

	Total población		Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%
0-14	280997	16,0	144158	16,5	136839	15,5
15-44	778735	44,2	401396	45,9	377339	42,6
45-64	352353	20,0	175698	20,1	176655	20,0
65-74	190869	10,8	90189	10,3	100680	11,4
>=75	157562	9,0	64109	7,3	93453	10,6
Total	1760516	100	875550	100	884966	100

Estructura de la población según sexo y grupo de edad. Cataluña, 2001.

	Total población		Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%
0-14	872833	13,8	448235	14,4	424598	13,1
15-44	2884053	45,5	1468027	47,3	1416026	43,8
45-64	1482941	23,4	729844	23,5	753097	23,3
65-74	614213	9,7	279604	9,0	334609	10,3
>=75	489070	7,7	180821	5,8	308249	9,5
Total	6343110	100	3106531	100	3236579	100

Estructura de la población según sexo y grupo de edad. Comunidad Valenciana, 2001.

	Total población		Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%
0-14	611122	14,7	314191	15,4	296931	14,0
15-44	1932204	46,4	983976	48,1	948228	44,8
45-64	936954	22,5	457829	22,4	479125	22,7
65-74	391649	9,4	180322	8,8	211327	10,0
>=75	290847	7,0	110666	5,4	180181	8,5
Total	4162776	100	2046984	100	2115792	100

Estructura de la población según sexo y grupo de edad. Extremadura, 2001.

	Total población		Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%
0-14	172898	16,3	88809	16,9	84089	15,7
15-44	469874	44,4	241303	46,0	228571	42,8
45-64	213744	20,2	107729	20,5	106015	19,9
65-74	115903	11,0	53582	10,2	62321	11,7
>=75	86084	8,1	32938	6,3	53146	10,0
Total	1058503	100	524361	100	534142	100

Estructura de la población según sexo y grupo de edad. Galicia, 2001.

	Total población		Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%
0-14	319566	11,9	164060	12,7	155506	11,1
15-44	1166145	43,3	583635	45,1	582510	41,6
45-64	642846	23,9	313577	24,2	329269	23,5
65-74	312951	11,6	140626	10,9	172325	12,3
>=75	254372	9,4	92480	7,1	161892	11,6
Total	2695880	100	1294378	100	1401502	100

Estructura de la población según sexo y grupo de edad. Madrid, 2001.

	Total población		Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%
0-14	775070	14,3	397460	15,2	377610	13,4
15-44	2623286	48,4	1309288	50,2	1313998	46,7
45-64	1235542	22,8	585135	22,4	650407	23,1
65-74	453482	8,4	200278	7,7	253204	9,0
>=75	336004	6,2	117585	4,5	218419	7,8
Total	5423384	100	2609746	100	2813638	100

Estructura de la población según sexo y grupo de edad. Murcia, 2001.

	Total población		Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%
0-14	207813	17,4	106735	17,9	101078	16,8
15-44	585912	48,9	302759	50,7	283153	47,2
45-64	232707	19,4	114020	19,1	118687	19,8
65-74	100591	8,4	46341	7,8	54250	9,0
>=75	70623	5,9	27410	4,6	43213	7,2
Total	1197646	100	597265	100	600381	100

Estructura de la población según sexo y grupo de edad. Navarra, 2001.

	Total población		Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%
0-14	76241	13,7	39223	14,2	37018	13,3
15-44	251330	45,2	130053	47,0	121277	43,4
45-64	127750	23,0	64419	23,3	63331	22,7
65-74	53391	9,6	25096	9,1	28295	10,1
>=75	47117	8,5	17838	6,5	29279	10,5
Total	555829	100	276629	100	279200	100

Estructura de la población según sexo y grupo de edad. País Vasco, 2001.

	Total población		Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%
0-14	246804	11,9	126599	12,4	120205	11,3
15-44	944018	45,3	479551	47,1	464467	43,6
45-64	518536	24,9	256428	25,2	262108	24,6
65-74	216036	10,4	99594	9,8	116442	10,9
>=75	157193	7,6	55709	5,5	101484	9,5
Total	2082587	100	1017881	100	1064706	100

Estructura de la población según sexo y grupo de edad. La Rioja, 2001.

	Total población		Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%
0-14	35900	13,0	18292	13,3	17608	12,7
15-44	123593	44,7	63847	46,3	59746	43,0
45-64	62964	22,8	32084	23,3	30880	22,2
65-74	29349	10,6	13898	10,1	15451	11,1
>=75	24896	9,0	9706	7,0	15190	10,9
Total	276702	100	137827	100	138875	100

Estructura de la población según sexo y grupo de edad. Ceuta y Melilla, 2001.

	Total población		Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%
0-14		21,4	15233	22,1	14301	20,8
15-44	68635	49,8	35219	51,0	33416	48,6
45-64	24945	18,1	12588	18,2	12357	18,0
65-74	9106	6,6	3960	5,7	5146	7,5
>=75	5696	4,1	2083	3,0	3613	5,3
Total	137916	100	69083	100	68833	100

Población de 65 años o más. Comunidades autónomas, 2001.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	14,6	12,6	16,6
Aragón	21,5	18,9	24,0
Asturias	21,9	18,8	24,8
Illes Balears	14,7	12,6	16,8
Canarias	12,0	10,5	13,6
Cantabria	19,1	16,3	21,8
Castilla y León	22,7	19,8	25,4
Castilla - La Mancha	19,8	17,6	21,9
Cataluña	17,4	14,8	19,9
Comunidad Valenciana	16,4	14,2	18,5
Extremadura	19,1	16,5	21,6
Galicia	21,0	18,0	23,9
Madrid	14,6	12,2	16,8
Murcia	14,3	12,4	16,2
Navarra	18,1	15,5	20,6
País Vasco	17,9	15,3	20,5
La Rioja	19,6	17,1	22,1
Ceuta y Melilla	10,7	8,8	12,7

Índice de sobreenviejamiento. Comunidades autónomas, 2001.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	40,5	35,8	43,9
Aragón	46,5	42,3	49,7
Asturias	45,1	39,6	48,9
Illes Balears	45,3	40,5	48,8
Canarias	37,9	34,0	41,0
Cantabria	45,5	40,0	49,5
Castilla y León	47,1	42,9	50,2
Castilla - La Mancha	45,2	41,6	48,1
Cataluña	44,3	39,3	48,0
Comunidad Valenciana	42,6	38,0	46,0
Extremadura	42,6	38,1	46,0
Galicia	44,8	39,7	48,4
Madrid	42,6	37,0	46,3
Murcia	41,3	37,2	44,3
Navarra	46,9	41,6	50,9
País Vasco	42,1	35,9	46,6
La Rioja	45,9	41,1	49,6
Ceuta y Melilla	38,5	34,5	41,3

Población de nacionalidad extranjera. Comunidades autónomas, 2001.

	Total población	Hombre	Mujer
Andalucía	2,4	2,6	2,2
Aragón	3,1	3,5	2,7
Asturias	1,2	1,2	1,3
Illes Balears	8,1	8,3	8,0
Canarias	5,7	5,8	5,7
Cantabria	1,6	1,5	1,7
Castilla y León	1,5	1,5	1,5
Castilla - La Mancha	2,3	2,6	2,0
Cataluña	4,8	5,3	4,4
Comunidad Valenciana	5,2	5,6	4,8
Extremadura	1,0	1,2	0,9
Galicia	1,3	1,2	1,3
Madrid	6,7	6,7	6,7
Murcia	5,7	7,0	4,4
Navarra	4,1	4,5	3,8
País Vasco	1,4	1,4	1,5
La Rioja	4,6	5,3	3,8
Ceuta y Melilla	7,2	6,3	8,1

ESTRUCTURA

Profesionales sanitarios colegiados por 100.000 habitantes según tipo de profesional. Comunidades autónomas, 2004.

	Médicos	Odontólogos y Estomatólogos	Diplomados en Enfermería	Diplomados en Enfermería con título de Matrona
Andalucía	402,3	45,1	432,3	58,2
Aragón	582,0	41,2	588,8	61,5
Asturias	524,8	49,7	597,2	49,0
Illes Balears	427,7	46,1	498,5	54,9
Canarias	393,7	37,6	432,0	35,5
Cantabria	500,7	42,2	655,5	75,9
Castilla y León	500,9	35,8	587,0	84,8
Castilla - La Mancha	349,2	28,4	464,7	38,1
Cataluña	467,8	51,3	580,7	72,2
Comunidad Valenciana	423,8	46,0	467,1	67,8
Extremadura	410,3	28,0	553,9	69,9
Galicia	408,0	48,4	462,4	47,6
Madrid	544,9	73,1	599,2	51,2
Murcia	373,4	48,6	358,0	49,6
Navarra	555,6	46,3	883,9	91,2
País Vasco	492,4	62,0	632,1	83,2
La Rioja	435,5	47,7	569,0	40,0
Ceuta y Melilla	334,7	23,9	608,6	70,9
TOTAL	453,4	49,0	525,2	60,8

Camas hospitalarias por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2004.

	Camas hospitalarias
Andalucía	316,9
Aragón	467,6
Asturias	414,7
Canarias	494,7
Cantabria	474,6
Castilla - La Mancha	308,1
Castilla y León	407,4
Cataluña	488,3
Comunidad Valenciana	301,6
Extremadura	405,5
Galicia	399,1
Illes Balears	418,1
La Rioja	391,8
Madrid	414,5
Murcia	369,1
Navarra	443,2
País Vasco	419,5
Ceuta y Melilla	402,1

MEJORAS EN EL ESTADO DE SALUD

Tasa de años potenciales de vida perdidos por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2002.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	4277,5	5996,9	2553,6
Aragón	3760,7	5067,1	2403,1
Asturias	4026,3	5781,5	2300,6
Illes Balears	4120,5	5685,6	2501,4
Canarias	4511,6	6258,4	2723,5
Cantabria	3861,9	5437,9	2265,9
Castilla y León	3550,9	4910,0	2136,2
Castilla - La Mancha	3871,3	5316,1	2355,3
Cataluña	3860,7	5358,8	2343,1
Comunidad Valenciana	4323,1	6061,7	2570,1
Extremadura	3862,0	5491,3	2156,6
Galicia	4308,0	6091,9	2551,4
Madrid	3584,0	5040,1	2190,3
Murcia	4260,2	5806,0	2681,4
Navarra	3668,4	5499,6	1739,0
País Vasco	3840,3	5205,0	2452,6
La Rioja	3773,0	5245,9	2200,2
Ceuta y Melilla	4857,2	6814,7	2849,3

Porcentaje de población mayor de 64 años con limitaciones para realizar alguna actividad de la vida diaria. Comunidades autónomas, 2003.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	35,1	26,6	43,0
Aragón	49,2	48,0	50,3
Asturias	60,1	55,4	64,3
Illes Balears	46,1	42,2	49,6
Canarias	52,3	44,0	60,4
Cantabria	44,3	30,3	54,6
Castilla y León	38,4	33,5	42,8
Castilla – La Mancha	41,0	38,0	43,7
Cataluña	43,6	39,0	48,1
Comunidad Valenciana	38,2	36,3	39,7
Extremadura	35,7	35,6	35,8
Galicia	44,9	39,1	50,4
Madrid	48,7	47,9	49,4
Murcia	39,4	25,8	51,5
Navarra	39,2	36,5	41,5
País Vasco	43,0	37,5	48,5
La Rioja	28,2	23,1	33,5
Ceuta y Melilla	34,3	25,8	36,4

Población mayor de 64 años con limitaciones para realizar alguna actividad de la vida diaria según clase social. Comunidades autónomas, 2003.

	Clase I+II			Clase III			Clase IV+V		
	Total población	Hombres	Mujeres	Total población	Hombres	Mujeres	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	34,8	5,0	61,3	40,9	19,4	51,9	43,4	30,9	55,8
Aragón	58,2	47,6	66,0	49,4	46,1	52,6	55,9	48,8	63,2
Asturias	73,8	58,4	81,4	49,4	27,1	69,5	67,7	56,1	79,0
Illes Balears	31,6	32,4	31,0	49,8	55,5	45,4	52,2	50,6	54,1
Canarias	54,0	45,7	61,8	43,7	15,3	69,8	65,5	53,4	75,6
Cantabria	31,9	0,0	44,7	47,0	20,8	57,0	51,7	41,2	57,4
Castilla y León	41,9	42,3	41,4	40,5	37,4	43,2	39,7	32,3	46,3
Castilla - La Mancha	36,2	33,2	38,0	39,5	25,4	51,7	52,5	57,7	48,4
Cataluña	40,1	17,9	63,0	38,5	32,9	44,0	54,5	51,5	57,3
Comunidad Valenciana	29,1	24,2	34,9	70,9	69,6	72,3	51,6	54,4	48,5
Extremadura	0,0	0,0	0,0	34,3	19,5	46,4	35,7	38,4	32,2
Galicia	56,3	34,4	67,7	45,9	37,6	53,7	55,5	42,4	69,5
Madrid	50,1	47,5	52,8	69,1	77,7	61,2	55,7	59,6	52,1
Murcia	24,1	28,8	20,1	29,7	11,6	62,0	48,8	26,6	60,7
Navarra	18,1	29,0	10,4	67,1	55,6	71,3	41,4	36,6	46,2
País Vasco	61,7	57,3	64,5	51,8	17,2	68,6	44,4	45,5	43,1
La Rioja	51,2	75,0	44,3	34,0	27,9	37,5	23,0	20,2	28,8
Ceuta y Melilla				16,7			33,3	32,0	34,1

Porcentaje de población con un estado de salud percibido bueno o muy bueno. Comunidades autónomas, 2003.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	64,6	69,3	59,9
Aragón	76,4	78,5	74,3
Asturias	64,3	68,4	60,1
Illes Balears	63,8	69,5	58,1
Canarias	57,5	59,3	55,7
Cantabria	67,8	71,5	64,2
Castilla y León	73,5	77,0	69,9
Castilla - La Mancha	62,9	67,4	58,3
Cataluña	69,0	73,0	65,0
Comunidad Valenciana	74,3	77,9	70,7
Extremadura	64,4	70,2	58,6
Galicia	61,0	63,8	58,2
Madrid	71,0	74,7	67,2
Murcia	67,4	72,0	62,8
Navarra	74,1	76,7	71,6
País Vasco	72,7	76,4	69,1
La Rioja	76,6	75,9	77,3
Ceuta y Melilla	65,2	72,0	58,6

Porcentaje de población con un estado de salud percibido bueno o muy bueno en mayores de 64 años. Comunidades autónomas, 2003.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	34,7	41,2	28,2
Aragón	46,1	53,3	38,9
Asturias	36,2	42,8	29,7
Illes Balears	35,3	35,9	34,7
Canarias	32,5	39,6	25,4
Cantabria	47,9	55,9	40,1
Castilla y León	46,3	52,4	40,3
Castilla – La Mancha	30,4	36,3	24,4
Cataluña	33,5	41,0	25,9
Comunidad Valenciana	50,7	54,2	47,2
Extremadura	35,0	39,9	30,5
Galicia	31,0	34,9	27,1
Madrid	44,4	51,2	37,5
Murcia	35,5	43,1	28,1
Navarra	45,0	48,0	41,9
País Vasco	44,9	49,1	40,8
La Rioja	52,1	60,1	45,0
Ceuta y Melilla	33,7	44,0	29,4

Porcentaje de población con un estado de salud percibido bueno o muy bueno según clase social. Comunidades autónomas, 2003.

	Clase I+II			Clase III			Clase IV+V		
	Total población	Hombres	Mujeres	Total población	Hombres	Mujeres	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	71,9	80,9	62,8	67,9	74,7	61,8	57,8	63,0	52,6
Aragón	74,1	79,1	69,3	75,6	78,2	73,0	68,9	70,3	67,6
Asturias	72,2	69,6	74,3	69,4	81,0	58,0	56,0	61,8	50,2
Illes Balears	75,7	77,3	74,2	62,3	65,2	59,5	56,3	61,8	50,7
Canarias	66,2	74,8	58,0	63,5	75,2	52,3	52,7	55,5	50,0
Cantabria	75,4	89,7	61,9	62,6	73,7	53,4	67,3	69,2	65,3
Castilla y León	77,2	77,1	77,3	72,8	76,7	68,9	68,5	73,9	63,2
Castilla – La Mancha	65,6	72,6	59,5	69,6	75,3	64,1	52,9	55,5	50,4
Cataluña	72,6	75,0	70,3	68,2	77,9	58,6	60,6	66,0	55,2
Comunidad Valenciana	78,1	79,0	77,2	68,9	65,8	72,3	69,1	75,2	63,0
Extremadura	84,3	91,5	77,8	63,3	66,0	60,7	62,2	67,2	57,0
Galicia	71,3	76,3	67,1	55,0	57,0	53,0	52,1	54,9	49,2
Madrid	72,8	76,0	69,5	66,0	71,1	60,7	59,9	63,9	56,0
Murcia	76,7	81,1	72,2	71,1	72,7	69,4	60,1	66,9	53,5
Navarra	82,7	84,1	81,4	73,8	81,3	67,1	69,5	69,6	69,3
País Vasco	75,7	82,5	69,1	77,4	84,8	70,9	63,7	63,9	63,4
La Rioja	82,9	81,3	84,3	74,4	73,6	75,3	74,5	72,3	77,1
Ceuta y Melilla	88,7	88,5	89,0	61,9	63,5	60,1	62,3	70,8	54,5

Porcentaje de población con un estado de salud percibido bueno o muy bueno en mayores de 64 años según clase social. Comunidades autónomas, 2003.

	Clase I+II			Clase III			Clase IV+V		
	Total población	Hombres	Mujeres	Total población	Hombres	Mujeres	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	34,8	5,0	61,3	40,9	19,4	51,9	43,4	30,9	55,8
Aragón	58,2	47,6	66,0	49,4	46,1	52,6	55,9	48,8	63,2
Asturias	73,8	58,4	81,4	49,4	27,1	69,5	67,7	56,1	79,0
Illes Balears	31,6	32,4	31,0	49,8	55,5	45,4	52,2	50,6	54,1
Canarias	54,0	45,7	61,8	43,7	15,3	69,8	65,5	53,4	75,6
Cantabria	31,9	0,0	44,7	47,0	20,8	57,0	51,7	41,2	57,4
Castilla y León	41,9	42,3	41,4	40,5	37,4	43,2	39,7	32,3	46,3
Castilla - La Mancha	36,2	33,2	38,0	39,5	25,4	51,7	52,5	57,7	48,4
Cataluña	40,1	17,9	63,0	38,5	32,9	44,0	54,5	51,5	57,3
Comunidad Valenciana	29,1	24,2	34,9	70,9	69,6	72,3	51,6	54,4	48,5
Extremadura	0,0	0,0	0,0	34,3	19,5	46,4	35,7	38,4	32,2
Galicia	56,3	34,4	67,7	45,9	37,6	53,7	55,5	42,4	69,5
Madrid	50,1	47,5	52,8	69,1	77,7	61,2	55,7	59,6	52,1
Murcia	24,1	28,8	20,1	29,7	11,6	62,0	48,8	26,6	60,7
Navarra	18,1	29,0	10,4	67,1	55,6	71,3	41,4	36,6	46,2
País Vasco	61,7	57,3	64,5	51,8	17,2	68,6	44,4	45,5	43,1
La Rioja	51,2	75,0	44,3	34,0	27,9	37,5	23,0	20,2	28,8
Ceuta y Melilla				16,7			33,3	32,0	34,1

Mortalidad por cáncer. Tasa estandarizada por edad por 100.000 habitantes menores de 75 años. Comunidades autónomas, 2002.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	113,2	135,2	91,3
Aragón	101,6	116,0	86,6
Asturias	110,0	138,7	82,2
Baleares	107,9	120,7	94,5
Canarias	112,8	136,7	88,4
Cantabria	121,8	154,2	89,3
Castilla y León	105,8	130,1	80,3
Castilla - La Mancha	93,3	107,0	78,6
Cataluña	107,2	128,5	86,0
Comunidad Valenciana	108,5	131,0	85,9
Extremadura	105,0	123,4	86,0
Galicia	110,5	135,5	86,5
Madrid	102,0	125,3	80,4
Murcia	106,5	120,7	92,3
Navarra	103,9	123,2	83,3
País Vasco	121,2	151,1	90,8
La Rioja	109,2	132,7	83,8
Ceuta y Melilla	100,9	116,1	87,0

Mortalidad por enfermedades coronarias. Tasa estandarizada por edad por 100.000 habitantes menores de 75 años. Comunidades autónomas, 2002.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	66,2	66,2	23,7
Aragón	46,8	46,8	14,1
Asturias	70,5	70,5	16,5
Baleares	46,4	46,4	18,8
Canarias	84,1	84,1	28,2
Cantabria	41,1	41,1	10,2
Castilla y León	39,8	39,8	11,8
Castilla - La Mancha	40,4	40,4	14,6
Cataluña	47,0	47,0	12,9
Comunidad valenciana	64,5	64,5	19,8
Extremadura	60,4	60,4	20,6
Galicia	51,0	51,0	13,0
Madrid	43,7	43,7	12,3
Murcia	53,9	53,9	16,5
Navarra	56,7	56,7	7,5
País Vasco	46,3	46,3	9,3
La Rioja	42,6	42,6	10,5
Ceuta y Melilla	79,1	79,1	29,8

Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares. Tasa estandarizada de mortalidad por 100.000 habitantes menores de 75 años. Comunidades autónomas, 2002.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	28,6	34,6	22,6
Aragón	17,1	21,9	12,0
Asturias	17,8	21,0	14,8
Illes Balears	21,5	25,5	17,2
Canarias	21,4	27,3	15,5
Cantabria	18,0	24,0	11,9
Castilla y León	14,6	16,9	12,2
Castilla – La Mancha	19,1	23,2	14,9
Cataluña	16,9	21,1	12,6
Comunidad Valenciana	21,9	25,3	18,4
Extremadura	20,4	23,8	16,7
Galicia	20,0	24,3	15,8
Madrid	13,8	17,4	10,5
Murcia	22,5	28,4	16,5
Navarra	14,2	18,9	9,2
País Vasco	18,9	25,1	12,6
La Rioja	17,0	22,8	10,6
Ceuta y Melilla	24,7	31,3	18,7

Mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio. Tasa estandarizada por edad por 100.000 habitantes menores de 75 años. Comunidades autónomas, 2002.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	27,3	43,4	11,4
Aragón	20,1	28,6	11,3
Asturias	26,2	43,0	10,0
Illes Balears	25,7	38,5	12,5
Canarias	25,9	38,7	13,0
Cantabria	21,9	31,2	12,5
Castilla y León	20,6	31,0	9,7
Castilla - La Mancha	23,6	34,7	11,9
Cataluña	22,6	35,0	10,3
Comunidad Valenciana	29,5	44,7	14,2
Extremadura	28,2	42,8	13,2
Galicia	22,8	34,6	11,3
Madrid	24,0	36,7	12,2
Murcia	25,2	38,1	12,1
Navarra	16,4	24,5	7,9
País Vasco	19,0	27,9	10,0
La Rioja	19,5	28,0	10,5
Ceuta y Melilla	46,2	61,5	31,5

Mortalidad por suicidio. Tasa estandarizada por edad por 100.000 habitantes de 15 a 49 años. Comunidades autónomas, 2002.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	7,9	12,5	3,2
Aragón	8,2	11,5	4,8
Asturias	7,7	11,0	4,4
Illes Balears	5,7	9,5	1,8
Canarias	8,2	13,9	2,4
Cantabria	4,6	6,3	2,9
Castilla y León	6,2	9,2	2,9
Castilla - La Mancha	5,3	7,7	2,8
Cataluña	7,1	10,3	3,7
Comunidad Valenciana	6,9	10,6	3,1
Extremadura	5,2	8,2	2,0
Galicia	7,9	12,7	3,2
Madrid	4,7	7,4	2,0
Murcia	8,5	12,5	4,2
Navarra	10,1	16,8	2,9
País Vasco	7,9	11,1	4,7
La Rioja	9,7	16,1	2,8
Ceuta y Melilla	4,2	2,6	5,9

Mortalidad por accidentes de tráfico. Tasa estandarizada por edad por 100.000 habitantes de 15 a 49 años. Comunidades autónomas, 2002.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	15,1	26,1	3,9
Aragón	18,7	29,8	7,0
Asturias	16,6	26,7	6,5
Illes Balears	13,7	25,3	1,8
Canarias	11,1	17,3	4,8
Cantabria	13,0	21,6	4,4
Castilla y León	17,7	29,7	5,1
Castilla - La Mancha	20,3	31,1	8,9
Cataluña	15,6	24,7	6,1
Comunidad Valenciana	16,7	26,5	6,7
Extremadura	16,3	26,9	5,1
Galicia	21,4	35,8	7,1
Madrid	9,4	14,7	4,1
Murcia	17,4	30,1	3,8
Navarra	15,0	26,4	2,9
País Vasco	14,6	21,9	7,1
La Rioja	29,1	48,4	8,7
Ceuta y Melilla	7,5	14,5	0,0

Tasa de incidencia de embarazos en menores de 18 años por 1.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2003.

	Incidencia
Andalucía	14,9
Aragón	6,4
Asturias	7,3
Illes Balears	15,6
Canarias	19,6
Cantabria	4,7
Castilla y León	5,6
Castilla - La Mancha	8,5
Cataluña	12,7
Comunidad Valenciana	11,2
Extremadura	7,5
Galicia	6,5
Madrid	11,2
Murcia	16,3
Navarra	5,4
País Vasco	4,9
La Rioja	7,0
Ceuta y Melilla	13,0

Tasa de incidencia de tuberculosis por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2003.

	Población total	Hombres	Mujeres
Andalucía	15,2	20,9	9,6
Aragón	17,4	23,1	11,6
Asturias	21,4	29,4	13,8
Illes Balears	13,9	20,1	7,6
Canarias	11,6	15,3	7,9
Cantabria	19,3	24,3	14,4
Castilla-La Mancha	7,5	10,9	4,0
Castilla y León	13,5	17,6	9,3
Cataluña	17,1	23,1	11,2
Comunidad Valenciana	12,3	16,8	7,8
Extremadura	13,7	19,4	8,0
Galicia	36,4	44,9	28,2
Madrid	15,8	21,6	10,5
Murcia	12,1	17,2	6,9
Navarra	11,9	15,5	8,3
País Vasco	22,8	28,3	17,6
La Rioja	13,7	15,7	11,7
Ceuta y melilla	34,0	48,8	19,1

Incidencia de SIDA por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2004.

	Población total	Hombres	Mujeres
Andalucía	2,8	4,5	1,3
Aragón	3,0	4,6	1,3
Asturias	1,0	1,9	0,2
Illes Balears	6,1	9,0	3,2
Canarias	1,3	1,8	0,8
Cantabria	1,3	2,2	0,4
Castilla-La Mancha	1,9	3,2	0,5
Castilla y León	2,1	3,4	0,7
Cataluña	2,2	3,2	1,3
Comunidad Valenciana	3,0	4,6	1,5
Extremadura	0,8	1,2	0,4
Galicia	3,1	4,8	1,4
Madrid	4,7	7,9	1,7
Murcia	3,5	5,6	1,4
Navarra	3,3	4,4	2,2
País Vasco	5,8	8,6	3,1
La Rioja	4,2	6,9	1,5
Ceuta y Melilla	3,6	7,0	0,0

Porcentaje de población igual o mayor a 16 años que consume tabaco. Comunidades autónomas, 2003.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	32,1	36,3	27,9
Aragón	31,8	36,3	27,3
Asturias	30,9	31,8	30,1
Illes Balears	31,8	35,8	27,8
Canarias	30,0	37,8	22,2
Cantabria	30,9	38,1	23,8
Castilla y León	30,0	35,4	24,7
Castilla – La Mancha	28,4	36,8	20,0
Cataluña	32,0	40,0	23,9
Comunidad Valenciana	33,5	39,0	28,1
Extremadura	31,4	36,0	26,9
Galicia	26,7	33,5	19,9
Madrid	30,5	34,5	26,5
Murcia	31,3	40,1	22,5
Navarra	31,9	35,0	28,9
País Vasco	31,1	35,3	26,9
La Rioja	30,1	33,1	27,0
Ceuta y Melilla	27,4	36,6	18,3

Porcentaje de población igual o mayor a 16 años que consume tabaco según clase social. Comunidades autónomas, 2003.

	Clase I+II			Clase III			Clase IV+V		
	Total población	Hombres	Mujeres	Total población	Hombres	Mujeres	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	31,1	20,7	41,7	28,2	34,2	22,9	31,0	37,8	24,2
Aragón	27,4	26,0	28,8	30,7	34,7	26,8	28,9	34,9	23,1
Asturias	21,7	22,2	21,3	22,9	27,6	18,3	30,2	31,1	29,2
Illes Balears	29,1	30,3	27,9	28,8	32,0	25,7	32,9	41,2	24,5
Canarias	29,3	37,1	21,8	18,7	23,1	14,5	28,7	36,4	21,3
Cantabria	22,9	33,7	12,8	30,5	36,4	25,6	30,7	37,6	23,7
Castilla y León	25,4	28,7	22,2	24,0	29,1	19,0	31,8	39,2	24,4
Castilla – La Mancha	30,8	41,0	21,9	22,4	30,6	14,4	25,8	32,6	19,1
Cataluña	28,9	35,0	22,9	32,7	40,1	25,4	27,1	35,1	19,2
Comunidad Valenciana	31,5	34,7	28,5	26,8	25,6	28,0	30,7	39,1	22,3
Extremadura	25,9	24,8	26,8	27,7	29,4	26,1	31,8	39,2	24,3
Galicia	30,9	44,2	19,7	20,7	20,7	20,8	24,4	32,6	16,0
Madrid	24,8	26,3	23,3	26,4	28,1	24,7	30,4	36,1	24,7
Murcia	26,5	27,5	25,4	31,0	37,1	24,7	29,4	41,1	18,0
Navarra	25,1	27,7	22,8	29,8	37,8	22,5	31,2	33,9	28,5
País Vasco	28,8	30,9	26,7	30,5	36,5	25,3	29,3	34,3	24,1
La Rioja	33,5	22,8	42,7	27,8	32,1	23,4	28,6	32,3	24,2
Ceuta y Melilla	33,8	29,6	40,0	32,3	45,0	17,3	26,0	37,1	16,0

Porcentaje de población con sobrepeso. Comunidades autónomas, 2003.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	36,0	43,0	29,0
Aragón	36,4	46,9	25,9
Asturias	38,0	46,2	29,7
Baleares	29,9	38,4	21,4
Canarias	34,0	39,6	28,5
Cantabria	33,3	45,2	21,5
Castilla y León	34,2	42,1	26,3
Castilla - La Mancha	39,3	46,8	31,6
Cataluña	33,9	42,9	24,9
Comunidad Valenciana	35,7	44,2	27,2
Extremadura	40,8	44,0	37,6
Galicia	36,2	43,0	29,4
Madrid	33,0	44,6	21,3
Murcia	36,7	43,4	30,1
Navarra	33,9	41,4	26,5
País Vasco	33,4	44,1	22,8
La Rioja	36,2	44,4	28,0
Ceuta y Melilla	34,2	39,6	29,0

Porcentaje de población con sobrepeso según clase social. Comunidades autónomas, 2003.

	Clase I+II			Clase III			Clase IV+V		
	Total población	Hombres	Mujeres	Total población	Hombres	Mujeres	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	34,6	42,8	26,1	42,8	49,0	37,4	37,1	45,3	29,0
Aragón	26,4	34,8	18,2	40,4	55,9	25,1	39,5	46,4	32,7
Asturias	27,3	42,0	15,5	43,0	50,7	35,4	42,6	51,6	33,4
Illes Balears	26,5	33,2	19,9	36,1	43,9	28,5	30,8	37,9	23,7
Canarias	31,6	45,0	18,8	31,8	44,3	19,7	39,1	41,2	37,1
Cantabria	38,3	60,0	17,9	29,7	40,2	20,9	36,8	48,2	25,1
Castilla y León	33,2	41,3	25,2	34,2	42,5	26,0	34,0	40,2	27,9
Castilla – La Mancha	32,6	44,8	21,9	42,3	55,2	29,9	39,4	47,5	31,3
Cataluña	37,5	47,6	27,6	34,5	47,0	22,1	36,9	46,9	26,9
Comunidad Valenciana	31,6	40,2	23,4	34,3	43,4	24,7	33,9	41,6	26,2
Extremadura	54,9	54,4	55,3	37,8	44,4	31,4	42,7	44,1	41,3
Galicia	29,2	44,6	16,0	35,8	42,6	29,0	38,3	41,8	34,8
Madrid	35,8	47,6	24,0	31,6	45,4	17,6	38,4	51,5	25,4
Murcia	41,1	56,5	25,2	36,2	43,7	28,4	38,3	44,3	32,5
Navarra	29,7	45,0	15,9	26,4	29,0	24,1	39,7	47,8	31,7
País Vasco	32,8	48,8	17,1	34,0	52,6	17,7	34,0	41,4	26,6
La Rioja	35,1	47,9	24,0	39,5	48,4	30,5	35,0	39,8	29,2
Ceuta y Melilla	18,1	30,1	0,0	41,2	41,3	41,1	32,9	41,7	24,9

Porcentaje de personas que no realizan actividad física en el tiempo libre. Comunidades autónomas, 2003.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	70,3	63,4	77,2
Aragón	57,0	56,7	57,2
Asturias	68,1	62,3	73,9
Illes Balears	61,2	53,6	68,9
Canarias	59,8	60,9	58,6
Cantabria	52,5	52,6	52,4
Castilla y León	50,2	49,3	51,2
Castilla - La Mancha	59,8	56,7	62,9
Cataluña	48,5	43,1	54,0
Comunidad Valenciana	64,6	63,1	66,1
Extremadura	54,8	50,5	59,1
Galicia	62,2	57,5	67,3
Madrid	57,0	53,1	60,8
Murcia	61,4	57,7	65,1
Navarra	47,2	41,7	52,7
País Vasco	40,6	32,7	48,4
La Rioja	54,5	51,8	57,1
Ceuta y Melilla	66,3	55,8	76,2

Porcentaje de personas que no realizan actividad física en el tiempo libre según clase social. Comunidades autónomas, 2003.

	Clase I+II			Clase III			Clase IV+V		
	Total población	Hombres	Mujeres	Total población	Hombres	Mujeres	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	64,6	54,8	74,6	65,0	52,7	75,9	76,4	71,0	81,6
Aragón	51,3	54,4	48,3	65,1	63,9	66,3	60,5	60,4	60,6
Asturias	59,8	46,7	70,5	70,9	67,1	74,6	73,9	69,0	78,9
Illes Balears	54,3	39,0	69,4	62,0	52,4	71,3	68,6	67,3	70,0
Canarias	49,9	52,8	47,1	52,7	46,7	58,5	68,5	71,2	65,9
Cantabria	42,0	48,7	35,7	59,4	48,2	68,8	57,0	57,8	56,2
Castilla y León	40,1	36,9	43,3	52,8	49,8	55,8	55,2	54,3	56,1
Castilla – La Mancha	56,6	41,7	69,6	63,8	54,6	72,7	61,1	63,0	59,1
Cataluña	40,1	26,7	53,4	45,8	40,5	51,1	53,9	46,7	61,0
Comunidad Valenciana	56,8	49,0	64,1	63,4	64,5	62,3	71,6	68,9	74,2
Extremadura	45,4	46,9	44,0	59,3	48,7	69,6	53,7	53,8	53,6
Galicia	53,1	46,9	58,4	65,1	58,0	72,3	70,2	66,2	74,2
Madrid	48,8	38,8	58,9	58,0	56,4	59,7	68,7	66,9	70,5
Murcia	46,4	37,5	55,6	58,6	57,9	59,3	65,9	61,7	70,0
Navarra	30,5	26,9	33,7	48,2	40,4	55,2	55,5	47,9	63,2
País Vasco	34,2	28,4	39,8	43,7	29,5	56,1	46,0	40,0	52,1
La Rioja	40,4	30,4	49,1	57,3	55,0	59,6	56,0	54,9	57,4
Ceuta y Melilla	59,4	64,5	51,7	59,1	48,9	70,9	67,2	54,3	79,0

ACCESO EQUITATIVO

Tasas de hospitalización por cirugía de artroplastia de cadera por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2002

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	97,2	48,5	144,0
Aragón	91,8	37,7	146,5
Asturias	68,2	33,7	100,1
Illes Balears	93,3	51,9	134,0
Canarias	55,7	27,6	84,1
Cantabria	80,4	35,0	122,8
Castilla-La Mancha	88,1	43,3	134,7
Castilla y León	60,2	26,9	94,2
Cataluña	106,4	55,4	154,7
Comunidad Valenciana	85,6	45,3	125,2
Extremadura	62,4	30,3	93,9
Galicia	53,8	25,6	80,7
Madrid	86,2	40,8	127,4
Murcia	84,3	40,4	127,4
Navarra	89,4	41,3	136,2
País Vasco	86,2	40,8	127,4
La Rioja	92,3	46,5	137,9
Ceuta y Melilla	64,8	46,1	81,7

Tasas de hospitalización por cirugía de fractura de cuello de fémur por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2002.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	97,2	48,5	144,0
Aragón	91,8	37,7	146,5
Asturias	68,2	33,7	100,1
Illes Balears	93,3	51,9	134,0
Canarias	55,7	27,6	84,1
Cantabria	80,4	35,0	122,8
Castilla-La Mancha	88,1	43,3	134,7
Castilla y León	60,2	26,9	94,2
Cataluña	106,4	55,4	154,7
Comunidad Valenciana	85,6	45,3	125,2
Extremadura	62,4	30,3	93,9
Galicia	53,8	25,6	80,7
Madrid	86,2	40,8	127,4
Murcia	84,3	40,4	127,4
Navarra	89,4	41,3	136,2
País Vasco	72,6	39,6	102,7
La Rioja	92,3	46,5	137,9
Ceuta y Melilla	64,8	46,1	81,7

**Tasas de hospitalización por cirugía de cataratas por 100.000 habitantes.
Comunidades autónomas, 2002.**

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	60,4	57,2	63,6
Aragón	202,9	185,3	219,4
Asturias	153,0	133,3	172,2
Illes Balears	55,3	50,2	60,4
Canarias	137,2	123,4	150,1
Cantabria	75,7	67,0	84,1
Castilla-La Mancha	133,8	124,7	141,6
Castilla y León	129,2	117,3	140,2
Cataluña	135,1	115,4	154,0
Comunidad Valenciana	84,4	78,1	90,3
Extremadura	114,1	100,6	127,0
Galicia	51,1	47,0	55,2
Madrid	85,8	81,2	90,6
Murcia	37,1	36,9	37,1
Navarra	120,8	117,0	123,9
País Vasco	612,4	526,0	696,5
La Rioja	18,6	23,2	13,7
Ceuta y Melilla	34,2	33,7	34,8

**Tasas de hospitalización por accidente vascular cerebral por 100.000 habitantes.
Comunidades autónomas, 2002.**

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	170,1	188,7	152,2
Aragón	181,7	195,7	165,9
Asturias	195,5	210,6	182,1
Illes Balears	170,3	199,0	140,5
Canarias	133,3	143,0	123,0
Cantabria	208,6	223,0	194,7
Castilla-La Mancha	181,0	188,8	170,6
Castilla y León	130,3	139,3	119,9
Cataluña	183,2	201,1	166,0
Comunidad Valenciana	181,6	194,0	169,0
Extremadura	186,5	198,3	173,8
Galicia	173,7	188,2	160,5
Madrid	146,7	154,5	141,1
Murcia	219,6	231,6	207,4
Navarra	157,8	182,9	131,2
País Vasco	172,5	194,4	152,2
La Rioja	159,2	152,1	164,3
Ceuta y Melilla	193,6	190,5	196,6

Tasas de hospitalización por EPOC por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2002.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	176,9	310,3	48,4
Aragón	172,4	289,4	50,5
Asturias	291,9	548,3	56,7
Illes Balears	281,3	478,3	83,7
Canarias	78,2	133,6	21,3
Cantabria	230,8	394,2	76,5
Castilla-La Mancha	227,6	375,5	68,0
Castilla y León	124,9	201,9	42,5
Cataluña	327,7	558,3	109,2
Comunidad Valenciana	140,1	236,5	44,7
Extremadura	179,3	317,4	40,6
Galicia	213,7	349,9	86,8
Madrid	212,4	371,2	75,3
Murcia	230,3	397,7	64,4
Navarra	159,6	284,7	33,1
País Vasco	216,9	372,9	73,9
La Rioja	270,3	466,8	64,4
Ceuta y Melilla	142,6	243,9	47,9

Tasas de hospitalización por infarto agudo de miocardio. Comunidades autónomas, 2002.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	147,3	202,8	93,6
Aragón	125,8	183,9	66,0
Asturias	189,3	264,2	119,8
Illes Balears	166,0	245,5	85,9
Canarias	151,5	200,7	101,4
Cantabria	199,7	288,3	114,5
Castilla-La Mancha	142,5	208,0	74,5
Castilla y León	144,3	200,3	85,9
Cataluña	148,2	205,6	93,0
Comunidad Valenciana	143,4	203,1	85,1
Extremadura	148,4	201,7	94,1
Galicia	141,2	200,0	86,1
Madrid	126,4	180,7	78,6
Murcia	183,1	241,6	125,5
Navarra	134,3	196,2	71,0
País Vasco	113,6	162,1	67,5
La Rioja	143,3	189,5	94,2
Ceuta y Melilla	226,4	292,2	163,6

Tasas de hospitalización urgente por cáncer de pulmón por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2002.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	56,8	106,9	8,5
Aragón	68,4	119,7	16,0
Asturias	86,3	161,5	16,4
Illes Balears	79,1	142,4	15,8
Canarias	42,5	70,3	14,3
Cantabria	69,9	124,4	17,6
Castilla-La Mancha	77,1	138,4	13,5
Castilla y León	80,0	143,4	15,0
Cataluña	67,9	125,3	12,8
Comunidad Valenciana	65,7	117,3	15,1
Extremadura	76,7	144,9	8,1
Galicia	67,6	123,6	15,0
Madrid	65,0	119,4	16,7
Murcia	78,6	147,5	11,2
Navarra	63,1	113,8	11,7
País Vasco	70,1	126,0	16,9
La Rioja	38,8	66,1	10,2
Ceuta y Melilla	85,0	155,8	15,3

Tasas de hospitalización por cirugía de angioplastia coronaria. Comunidades autónomas, 2002.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	55,8	86,6	26,1
Aragón	44,5	72,8	16,0
Asturias	50,3	82,0	20,6
Illes Balears	69,3	108,7	29,6
Canarias	94,7	139,5	49,3
Cantabria	118,2	182,9	55,5
Castilla-La Mancha	44,1	70,3	17,4
Castilla y León	63,8	101,8	24,7
Cataluña	53,7	83,6	24,7
Comunidad Valenciana	49,1	76,5	22,5
Extremadura	49,8	77,6	21,7
Galicia	74,7	124,5	27,9
Madrid	88,1	142,0	40,0
Murcia	135,2	204,6	67,5
Navarra	83,1	131,3	34,0
País Vasco	63,3	100,6	27,2
La Rioja	0,6	0,0	1,3
Ceuta y Melilla	0,0	0,0	0,0

Tasas de hospitalización por bypass aorto-coronario. Comunidades autónomas, 2002.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	16,8	25,9	8,0
Aragón	15,0	24,8	5,0
Asturias	19,0	29,9	8,8
Illes Balears	0,6	1,0	0,2
Canarias	18,4	26,3	10,4
Cantabria	25,7	34,9	16,9
Castilla-La Mancha	0,0	0,0	0,0
Castilla y León	13,0	20,2	5,6
Cataluña	22,2	37,0	7,9
Comunidad Valenciana	24,3	38,2	10,8
Extremadura	11,7	16,5	6,9
Galicia	23,6	38,7	9,5
Madrid	26,5	42,2	12,3
Murcia	14,7	22,1	7,5
Navarra	17,3	28,8	5,5
País Vasco	14,6	23,8	5,8
La Rioja	0,0	0,0	0,0
Ceuta y Melilla	0,0	0,0	0,0

Tasas de hospitalización por cirugía de artroplastia de rodilla por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2002.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	92,6	38,5	144,5
Aragón	70,6	38,8	102,5
Asturias	69,0	35,3	100,6
Illes Balears	68,0	29,5	105,9
Canarias	42,5	21,0	63,8
Cantabria	59,4	28,5	89,3
Castilla-La Mancha	52,1	26,5	77,8
Castilla y León	63,0	28,3	98,1
Cataluña	99,6	53,6	143,6
Comunidad Valenciana	60,3	32,1	87,9
Extremadura	39,0	16,9	60,8
Galicia	37,1	18,6	54,6
Madrid	56,5	22,6	87,2
Murcia	70,5	34,8	105,4
Navarra	79,0	51,3	106,5
País Vasco	61,0	34,7	86,1
La Rioja	103,4	67,6	139,7
Ceuta y Melilla	41,2	8,8	71,2

PROVISIÓN EFECTIVA DE SERVICIOS APROPIADOS

Porcentaje de niños y niñas menores de un año vacunados de la vacuna DTP.
Comunidades autónomas, 2004.

	Cobertura
Andalucía	93,8
Aragón	97,6
Asturias	98,3
Illes Balears	96,5
Canarias	96,4
Cantabria	94,6
Castilla y León	95,9
Castilla - La Mancha	97,7
Cataluña	97,9
Comunidad Valenciana	97,2
Extremadura	96,4
Galicia	98,0
Madrid	96,6
Murcia	98,4
Navarra	94,6
País Vasco	96,1
La Rioja	97,9
Ceuta	95,4
Melilla	109,7

Porcentaje de niños y niñas menores de un año vacunados de la vacuna antipoliomielítica. Comunidades autónomas, 2004.

	Cobertura
Andalucía	93,8
Aragón	96,6
Asturias	98,3
Illes Balears	95,6
Canarias	96,8
Cantabria	94,6
Castilla y León	95,9
Castilla - La Mancha	97,7
Cataluña	99,2
Comunidad Valenciana	97,6
Extremadura	96,8
Galicia	98,2
Madrid	97
Murcia	98,4
Navarra	94,6
País Vasco	96,1
La Rioja	97,9
Ceuta	96,9
Melilla	109,5

Porcentaje de niños y niñas menores de un año vacunados frente al *Haemophilus influenzae* tipo b. Comunidades autónomas, 2004.

	Cobertura
Andalucía	93,8
Aragón	97,3
Asturias	98,3
Illes Balears	96,4
Canarias	95,4
Cantabria	94,6
Castilla y León	95,9
Castilla - La Mancha	97,7
Cataluña	97,6
Comunidad Valenciana	97,3
Extremadura	96,8
Galicia	97,2
Madrid	96,6
Murcia	98,4
Navarra	94,6
País Vasco	96,1
La Rioja	97,9
Ceuta	95,4
Melilla	109,7

Porcentaje de niños y niñas menores de un año vacunados frente a la meningitis meningocócica C. Comunidades autónomas, 2004.

	Cobertura
Andalucía	93,8
Aragón	98,2
Asturias	98,5
Illes Balears	95,5
Canarias	97,2
Cantabria	102,6
Castilla y León	95,9
Castilla - La Mancha	97,6
Cataluña	94,8
Comunidad Valenciana	97,3
Extremadura	96,8
Galicia	95,2
Madrid	96,1
Murcia	98,4
Navarra	94,6
País Vasco	96,1
La Rioja	97,9
Ceuta	95,8
Melilla	103,4

**Porcentaje de niños y niñas menores de un año vacunados frente a la hepatitis
B. Comunidades autónomas, 2004.**

	Cobertura
Andalucía	93,8
Aragón	97,7
Asturias	98,3
Illes Balears	96,7
Canarias	92,9
Cantabria	94,6
Castilla y León	95,9
Castilla - La Mancha	97,8
Cataluña	94,7
Comunidad Valenciana	97,6
Extremadura	96,2
Galicia	96,5
Madrid	97,7
Murcia	98,4
Navarra	94,6
País Vasco	96,1
La Rioja	97,9
Ceuta	100
Melilla	106,1

**Porcentaje de niños y niñas menores de un año vacunados de la vacuna triple
vímica. Comunidades autónomas, 2004.**

	Cobertura
Andalucía	98,0
Aragón	95,5
Asturias	96,1
Illes Balears	92,2
Canarias	90,5
Cantabria	102
Castilla y León	95,6
Castilla - La Mancha	97,8
Cataluña	98,6
Comunidad Valenciana	95,1
Extremadura	90,5
Galicia	98,0
Madrid	96,6
Murcia	98,0
Navarra	95,3
País Vasco	98,2
La Rioja	96,1
Ceuta	97,1
Melilla	97,7

Tasa de hospitalización evitable por diabetes y sus complicaciones vasculares periféricas por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2002.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	0,7	0,8	0,6
Aragón	0,2	0,1	0,3
Asturias	0,2	0,3	0,1
Illes Balears	1,0	1,3	0,7
Canarias	0,3	0,5	0,1
Cantabria	0,6	0,3	0,9
Castilla-La Mancha	0,4	0,4	0,3
Castilla y León	0,5	0,9	0,2
Cataluña	0,6	0,8	0,4
Comunidad Valenciana	2,5	2,9	2,2
Extremadura	1,7	2,3	1,1
Galicia	0,2	0,2	0,2
Madrid	0,4	0,5	0,3
Murcia	1,7	1,6	1,8
Navarra	0,3	0,3	0,4
País Vasco	0,3	0,5	0,2
La Rioja	0,4	0,7	0,0
Ceuta y Melilla	5,7	6,6	4,6

Tasa de hospitalizaciones evitables por úlcera gástrica y/o duodenal y sus complicaciones hemorrágicas. Comunidades autónomas, 2002.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	38,4	56,8	20,7
Aragón	37,8	51,3	24,0
Asturias	21,7	32,7	11,5
Illes Balears	44,9	60,5	29,1
Canarias	25,5	36,2	14,7
Cantabria	37,1	53,9	21,2
Castilla-La Mancha	46,0	61,4	29,9
Castilla y León	30,7	41,1	19,9
Cataluña	33,0	47,0	19,5
Comunidad Valenciana	36,0	49,9	22,4
Extremadura	26,6	36,5	16,6
Galicia	21,0	30,9	11,8
Madrid	30,2	44,8	17,3
Murcia	35,1	52,2	18,2
Navarra	36,0	50,1	21,6
País Vasco	32,4	49,0	16,8
La Rioja	51,6	65,2	37,3
Ceuta y Melilla	30,9	43,3	18,5

Prescripción extrahospitalaria de benzodiazepinas per cápita. Comunidades autónomas, 2004.

	Envases	Envases / Población
Andalucía	4.056.545	52,8
Aragón	465.666	37,3
Asturias	823.270	76,7
Canarias	945.740	49,4
Cantabria	321.986	58,0
Castilla - La Mancha	979.764	39,3
Castilla y León	718.044	38,8
Cataluña	2.802.690	41,1
Ceuta y Melilla	46.623	32,7
Comunidad Valenciana	2.173.719	47,8
Extremadura	474.937	44,2
Galicia	1.437.928	52,3
Illes Balears	333.354	34,9
La Rioja	119.822	40,8
Madrid	2.448.744	42,2
Murcia	681.035	52,6
Navarra	223.223	38,2
País Vasco	811.928	38,4

Prescripción extrahospitalaria de antipsicóticos per cápita. Comunidades autónomas, 2004.

	Envases	Envases / Población
Andalucía	2.140.582	27,8
Aragón	402.985	32,2
Asturias	476.193	44,3
Canarias	517.956	27,0
Cantabria	156.578	28,2
Castilla - La Mancha	739.479	29,7
Castilla y León	512.805	27,7
Cataluña	1.859.572	27,3
Ceuta y Melilla	25.615	18,0
Comunidad Valenciana	1.338.074	29,5
Extremadura	336.347	31,3
Galicia	1.118.575	40,7
Illes Balears	232.410	24,3
La Rioja	66.887	22,8
Madrid	1.057.328	18,2
Murcia	478.319	36,9
Navarra	150.045	25,7
País Vasco	630.261	29,8

Prescripción extrahospitalaria de antibióticos per cápita. Comunidades autónomas, 2004.

	Envases	Envases / Población
Andalucía	9.110.731	118,5
Aragón	1.454.793	116,4
Asturias	1.025.730	95,5
Canarias	1.934.777	101,0
Cantabria	546.214	98,5
Castilla - La Mancha	2.882.039	115,6
Castilla y León	2.435.723	131,7
Cataluña	6.621.041	97,2
Ceuta y Melilla	148.678	104,2
Comunidad Valenciana	5.417.176	119,2
Extremadura	1.792.112	166,7
Galicia	3.051.724	110,9
Illes Balears	657.825	68,9
La Rioja	370.686	126,3
Madrid	4.741.064	81,7
Murcia	2.038.000	157,4
Navarra	562.328	96,2
País Vasco	1.929.474	91,2

Incidencia de trasplantes de hígado por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2004.

	Tasa incidencia	Nº trasplantes
Andalucía	2,2	172
Aragón	2,6	32
Asturias	3,6	39
Illes Balears	1,7	16
Canarias	1,3	25
Cantabria	2,3	13
Castilla-La Mancha	1,8	34
Castilla y León	1,1	27
Cataluña	2,7	187
Comunidad Valenciana	2,5	112
Extremadura	1,5	16
Galicia	2,9	80
La Rioja	2,0	6
Madrid	2,3	136
Murcia	3,2	42
Navarra	3,1	18
País Vasco	3,6	76

Incidencia de trasplantes de corazón por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2004.

	Tasa incidencia	Nº trasplantes
Andalucía	0,5	38
Aragón	0,9	11
Asturias	1,3	14
Illes Balears	0,3	3
Canarias	0,4	7
Cantabria	0,5	3
Castilla-La Mancha	0,5	9
Castilla y León	0,7	18
Cataluña	0,7	49
Comunidad Valenciana	0,7	33
Extremadura	0,6	6
Galicia	1,0	27
La Rioja	0,7	2
Madrid	0,6	35
Murcia	0,9	12
Navarra	1,5	9
País Vasco	0,9	18

Incidencia de trasplantes de pulmón por 100.000 habitantes. Comunidad autónoma, 2004.

	Tasa incidencia	Nº trasplantes
Andalucía	0,2	14
Aragón	0,0	0
Asturias	0,4	4
Illes Illes Balears	0,2	2
Canarias	0,3	5
Cantabria	0,4	2
Castilla-La Mancha	0,3	5
Castilla y León	0,4	11
Cataluña	0,4	29
Comunidad Valenciana	0,4	19
Extremadura	0,3	3
Galicia	0,7	20
La Rioja	0,3	1
Madrid	0,2	14
Murcia	0,2	2
Navarra	0,3	2
País Vasco	0,4	8

Incidencia de trasplantes de páncreas por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2004.

	Tasa incidencia	Nº trasplantes
Andalucía	0,3	20
Aragón	0,1	1
Asturias	0,0	0
Illes Balears	0,1	1
Canarias	0,5	9
Cantabria	0,0	0
Castilla-La Mancha	0,1	1
Castilla y León	0,2	4
Cataluña	0,1	6
Comunidad Valenciana	0,2	7
Extremadura	0,2	2
Galicia	0,3	8
La Rioja	0,0	0
Madrid	0,2	10
Murcia	0,3	4
Navarra	0,2	1
País Vasco	0,0	0

Porcentaje de altas de pacientes de 65 o más años hospitalizados por cáncer de pulmón con más de 20 días de estancia. Comunidades autónomas, 2002.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	18,4	18,2	23,4
Aragón	16,4	15,6	21,8
Asturias	12,3	12,6	10,9
Illes Balears	14,6	14,1	29,4
Canarias	26,8	27,8	22,6
Cantabria	17,2	16,9	19,8
Castilla-La Mancha	12,0	12,2	12,6
Castilla y León	15,1	15,0	15,4
Cataluña	11,8	11,7	15,8
Comunidad Valenciana	9,2	9,7	7,9
Extremadura	18,2	18,9	13,9
Galicia	17,3	16,8	21,0
Madrid	20,8	20,5	24,9
Murcia	12,9	13,1	13,0
Navarra	10,1	11,2	0,0
País Vasco	12,0	11,8	12,9
La Rioja	13,6	12,5	30,0
Ceuta y Melilla	4,9	2,8	13,9

Porcentaje de pacientes de más de 65 años hospitalizados por EPOC con más de 20 días de estancia. Comunidades autónomas, 2002.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	12,9	12,8	13,2
Aragón	9,9	9,8	10,5
Asturias	6,2	6,3	5,0
Illes Balears	7,1	7,1	7,3
Canarias	20,4	19,7	26,6
Cantabria	11,5	11,0	12,0
Castilla-La Mancha	7,2	7,3	6,5
Castilla y León	10,3	9,9	12,4
Cataluña	6,3	6,4	6,4
Comunidad Valenciana	3,8	3,8	3,8
Extremadura	10,1	9,8	12,0
Galicia	11,0	10,6	12,3
Madrid	13,1	12,4	16,9
Murcia	5,5	5,3	5,6
Navarra	7,1	7,5	2,4
País Vasco	7,0	6,9	7,5
La Rioja	13,9	14,4	10,3
Ceuta y Melilla	6,7	7,4	4,6

Porcentaje de pacientes de más de 65 años hospitalizados por accidente vascular cerebral con más de 20 días de estancia. Comunidades autónomas, 2002.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	17,3	16,5	18,1
Aragón	19,8	19,9	19,8
Asturias	12,8	11,7	14,5
Illes Balears	15,1	16,3	12,4
Canarias	25,2	23,7	26,7
Cantabria	19,5	20,9	18,0
Castilla-La Mancha	12,8	13,4	12,0
Castilla y León	14,9	15,7	13,7
Cataluña	14,0	13,8	14,3
Comunidad Valenciana	10,3	9,6	11,3
Extremadura	13,1	11,7	14,8
Galicia	22,8	22,7	23,1
Madrid	22,5	22,3	22,7
Murcia	9,9	10,7	8,7
Navarra	11,7	12,5	8,3
País Vasco	10,7	9,4	12,7
La Rioja	13,0	13,0	13,2
Ceuta y Melilla	14,3	15,0	14,6

Porcentaje de pacientes de más de 65 años hospitalizados por fractura de cuello fémur con más de 20 días de estancia. Comunidades autónomas, 2002.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	15,3	19,9	13,9
Aragón	20,8	36,8	15,8
Asturias	19,7	24,0	18,6
Illes Balears	7,0	7,9	6,5
Canarias	22,0	21,8	22,2
Cantabria	11,2	24,3	7,2
Castilla-La Mancha	16,4	18,0	15,6
Castilla y León	11,1	11,4	11,1
Cataluña	15,0	15,4	14,9
Comunidad Valenciana	8,7	10,7	8,1
Extremadura	24,4	23,7	24,7
Galicia	26,0	33,6	23,9
Madrid	29,2	38,4	26,6
Murcia	10,5	6,0	13,7
Navarra	12,6	21,4	10,3
País Vasco	16,5	18,9	15,8
La Rioja	3,6	4,8	3,6
Ceuta y Melilla	46,9	14,9	61,6

Tasas de hospitalización por reacción aguda a medicamentos. Comunidades autónomas, 2002.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	132,43	132,80	132,03
Aragón	226,61	237,97	214,03
Asturias	201,51	223,62	181,58
Illes Balears	205,71	213,16	197,88
Canarias	1,01	1,18	0,84
Cantabria	236,03	251,70	220,87
Castilla-La Mancha	200,37	214,16	185,17
Castilla y León	168,69	160,86	175,33
Cataluña	127,35	129,47	125,30
Comunidad Valenciana	0,05	0,09	0,00
Extremadura	122,70	111,26	133,71
Galicia	171,21	190,38	153,55
Madrid	193,25	198,74	189,58
Murcia	258,72	254,29	262,76
Navarra	11,39	9,41	13,36
País Vasco	157,17	169,97	145,42
La Rioja	237,54	260,09	212,30
Ceuta y Melilla	113,14	116,48	109,89

EFICIENCIA

Estancia media bruta por enfermedades isquémicas del corazón. Comunidades autónomas, 2002.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	9,8	9,8	9,8
Aragón	9,1	9,2	8,8
Asturias	8,2	8,3	8,2
Illes Balears	6,6	6,4	7,0
Canarias	10,3	9,7	11,6
Cantabria	7,6	7,5	7,7
Castilla y León	7,3	7,0	7,9
Castilla - La Mancha	6,99	6,8	7,3
Cataluña	8,4	8,4	8,5
Comunidad Valenciana	7,2	7,3	7,2
Extremadura	9,2	9,2	9,3
Galicia	9,3	9,2	9,7
Madrid	10,0	9,7	10,6
Murcia	7,9	7,7	8,3
Navarra	9,7	9,7	9,6
País Vasco	8,1	8,0	8,4
La Rioja	8,1	7,8	8,8
Ceuta y Melilla	7,7	7,5	8,0

Estancia media bruta por enfermedades cerebrovasculares. Comunidades autónomas, 2002.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	12,7	12,4	13,1
Aragón	12,6	12,7	12,6
Asturias	11,9	12,5	11,2
Illes Balears	10,5	10,6	10,4
Canarias	15,9	15,5	16,6
Cantabria	11,4	12,0	10,9
Castilla y León	10,5	10,6	10,5
Castilla - La Mancha	10,5	10,5	10,6
Cataluña	10,6	10,6	10,6
Comunidad Valenciana	9,1	9,2	9,1
Extremadura	10,4	10,1	10,7
Galicia	14,6	14,6	14,6
Madrid	14,0	14,2	13,8
Murcia	9,1	9,3	8,9
Navarra	9,8	9,9	9,7
País Vasco	8,5	8,3	8,8
La Rioja	10,7	10,3	11,1
Ceuta y Melilla	9,8	9,5	10,1

Prescripción extrahospitalaria de especialidades farmacéuticas genéricas per cápita. Comunidades autónomas, 2004.

	Envases	Envases / Población
Andalucía	17.227.157	224,1
Aragón	2.635.413	210,9
Asturias	1.943.168	181,0
Canarias	1.689.804	88,2
Cantabria	1.422.983	256,5
Castilla - La Mancha	4.830.276	193,7
Castilla y León	4.208.251	227,6
Cataluña	16.681.043	244,8
Ceuta y Melilla	168.727,00	118,3
Comunidad Valenciana	6.601.225	145,3
Extremadura	2.183.617	203,1
Galicia	2.744.049	99,7
Illes Balears	1.982.698	207,6
La Rioja	521.240	177,6
Madrid	14.393.899	248,0
Murcia	1.945.581	150,3
Navarra	1.121.897	191,9
País Vasco	3.255.806	153,9

RESULTADOS EN SALUD

Tasa de hospitalización en niños menores de 15 años por enfermedades del aparato respiratorio del tracto inferior por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2002.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	0,4	0,5	0,4
Aragón	0,5	0,5	0,4
Asturias	1,3	1,4	1,1
Illes Balears	0,6	0,7	0,6
Canarias	0,4	0,5	0,4
Cantabria	0,8	1,0	0,6
Castilla-La Mancha	0,5	0,6	0,5
Castilla y León	0,4	0,5	0,3
Cataluña	0,5	0,5	0,4
Comunidad Valenciana	0,5	0,5	0,4
Extremadura	0,4	0,5	0,4
Galicia	0,7	0,9	0,6
Madrid	0,6	0,7	0,6
Murcia	0,4	0,5	0,3
Navarra	0,7	0,8	0,6
País Vasco	0,6	0,6	0,5
La Rioja	0,4	0,5	0,3
Ceuta y Melilla	0,8	0,9	0,8

Tasa de hospitalización urgente en pacientes de más de 75 años por enfermedades isquémicas del corazón. Comunidades autónomas, 2002.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía		3,7	2,2
Aragón	2,8	4,0	2,0
Asturias	4,2	6,1	3,1
Illes Balears	3,5	5,2	2,5
Canarias	2,1	2,8	1,6
Cantabria	3,1	4,8	2,1
Castilla-La Mancha	3,1	4,2	2,3
Castilla y León	2,8	4,2	1,9
Cataluña	2,8	3,9	2,1
Comunidad Valenciana	2,8	4,0	2,1
Extremadura	2,9	3,9	2,2
Galicia	2,7	3,9	2,0
Madrid	3,0	4,4	2,2
Murcia	4,3	6,0	3,2
Navarra	3,6	5,5	2,5
País Vasco	2,8	4,3	1,9
La Rioja	2,7	3,8	2,0
Ceuta y Melilla	4,5	5,1	4,1

Porcentaje de muertes intrahospitalarias por cirugía de bypass aorto-coronario. Comunidades autónomas, 2002.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	4,6	3,4	8,9
Aragón	3,1	2,9	1,1
Asturias	1,5	1,9	0,0
Illes Balears	5,1	4,9	0,0
Canarias	2,7	2,3	3,2
Cantabria	3,7	4,1	3,0
Castilla-La Mancha	0,0	0,0	0,0
Castilla y León	7,5	10,8	5,0
Cataluña	3,5	2,8	4,4
Comunidad Valenciana	2,1	1,8	3,2
Extremadura	6,5	5,6	5,8
Galicia	1,7	1,5	4,1
Madrid	3,9	3,8	4,9
Murcia	7,3	5,7	6,1
Navarra	0,2	0,2	0,0
País Vasco	4,3	3,2	5,3
La Rioja	0,0	0,0	0,0
Ceuta y Melilla	0,0	0,0	0,0

Mortalidad intrahospitalaria en cirugía de angioplastia. Comunidades autónomas, 2002.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	1,3	0,9	2,1
Aragón	0,7	0,7	0,6
Asturias	1,4	1,3	0,7
Illes Balears	1,0	0,7	1,7
Canarias	0,9	0,6	1,9
Cantabria	0,7	0,7	0,3
Castilla-La Mancha	0,8	0,4	1,2
Castilla y León	0,9	0,7	1,4
Cataluña	0,9	0,7	1,2
Comunidad Valenciana	0,7	0,3	3,2
Extremadura	0,5	0,4	0,6
Galicia	2,9	3,1	0,4
Madrid	1,8	2,2	1,0
Murcia	1,3	1,0	1,3
Navarra	0,2	0,2	0,0
País Vasco	5,6	0,5	5,7
La Rioja	0,0	0,0	0,0
Ceuta y Melilla	0,0	0,0	0,0

Porcentaje de muertes intrahospitalarias por cirugía de fractura de cuello de fémur. Comunidades autónomas, 2002.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	0,9	1,2	0,7
Aragón	0,4	0,5	0,4
Asturias	1,8	2,4	0,5
Illes Balears	0,4	0,7	0,3
Canarias	0,6	0,9	0,5
Cantabria	0,3	0,4	0,4
Castilla-La Mancha	0,7	0,5	0,9
Castilla y León	0,4	0,4	0,5
Cataluña	1,1	1,8	0,4
Comunidad Valenciana	0,6	0,9	0,4
Extremadura	0,3	0,2	0,4
Galicia	0,7	1,3	0,4
Madrid	1,3	1,7	0,9
Murcia	0,6	0,9	0,5
Navarra	0,0	0,1	0,0
País Vasco	0,4	0,4	0,5
La Rioja	1,0	1,8	0,5
Ceuta y Melilla	2,2	3,0	1,1

Porcentaje de muertes intrahospitalarias por infarto agudo de miocardio. Comunidades autónomas, 2002.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	5,3	4,6	6,1
Aragón	5,8	5,1	6,5
Asturias	3,0	2,6	3,6
Illes Balears	4,0	3,0	8,1
Canarias	12,2	11,8	5,6
Cantabria	3,8	3,4	5,5
Castilla-La Mancha	3,2	2,3	5,0
Castilla y León	3,9	3,3	5,0
Cataluña	6,3	5,9	3,5
Comunidad Valenciana	9,9	9,5	5,7
Extremadura	3,7	2,8	7,3
Galicia	4,7	4,4	4,1
Madrid	9,8	4,9	9,3
Murcia	3,6	3,3	3,7
Navarra	0,1	0,1	0,1
País Vasco	10,2	4,4	12,1
La Rioja	5,1	1,7	11,3
Ceuta y Melilla	6,1	5,5	10,1

Porcentaje de muertes intrahospitalarias por accidente vascular cerebral agudo. Comunidades autónomas, 2002.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	16,6	15,6	18,3
Aragón	16,5	15,9	16,7
Asturias	9,4	12,2	11,0
Illes Balears	13,4	14,4	11,9
Canarias	15,5	14,9	17,1
Cantabria	26,3	16,7	24,2
Castilla-La Mancha	13,5	11,9	16,1
Castilla y León	13,4	15,5	11,0
Cataluña	14,6	13,8	15,5
Comunidad Valenciana	15,2	13,7	17,5
Extremadura	18,0	18,6	12,0
Galicia	19,7	19,7	18,7
Madrid	14,4	16,1	11,3
Murcia	13,8	7,8	20,3
Navarra	5,6	6,2	3,9
País Vasco	14,8	14,3	9,9
La Rioja	6,1	3,9	9,1
Ceuta y Melilla	8,3	6,2	8,2

Porcentaje de muertes intrahospitalarias por neumonía/EPOC. Comunidades autónomas, 2002.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	5,2	4,8	5,3
Aragón	2,2	2,0	1,7
Asturias	2,4	2,3	1,5
Illes Balears	1,9	1,7	1,8
Canarias	2,6	2,8	0,0
Cantabria	1,7	1,5	1,9
Castilla-La Mancha	3,2	3,2	3,2
Castilla y León	4,0	3,9	3,5
Cataluña	1,9	1,8	1,6
Comunidad Valenciana	2,3	2,1	2,4
Extremadura	2,2	2,1	1,5
Galicia	2,5	2,4	2,4
Madrid	3,1	3,1	2,6
Murcia	2,2	1,7	3,6
Navarra	0,6	0,8	0,1
País Vasco	1,7	1,4	2,0
La Rioja	2,8	2,7	1,6
Ceuta y Melilla	3,1	1,2	6,0

Mortalidad evitable por cirrosis. Tasa estandarizada por edad por 100.000 habitantes de 15 a 74 años. Comunidades autónomas, 2002.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	16,3	26,4	6,4
Aragón	10,1	16,3	3,8
Asturias	17,4	28,6	6,7
Illes Balears	11,8	13,7	9,7
Canarias	16,8	26,1	7,4
Cantabria	12,5	18,1	6,9
Castilla y León	10,8	17,7	3,7
Castilla – La Mancha	8,7	13,4	3,9
Cataluña	13,9	19,7	8,2
Comunidad Valenciana	16,8	24,0	9,6
Extremadura	9,0	15,4	2,5
Galicia	12,1	18,9	5,6
Madrid	10,9	16,9	5,3
Murcia	15,8	23,0	8,6
Navarra	8,6	15,5	1,4
País Vasco	13,5	19,8	7,1
La Rioja	9,3	15,5	2,7
Ceuta y Melilla	7,1	9,4	4,9

Mortalidad evitable por enfermedades cerebrovasculares. Tasa estandarizada por edad por 100.000 habitantes de 35 a 64 años. Comunidades autónomas, 2002.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	19,8	27,3	12,5
Aragón	13,1	18,7	7,3
Asturias	10,7	14,0	7,6
Illes Balears	18,4	25,7	11,0
Canarias	17,4	20,4	14,4
Cantabria	14,0	18,3	9,7
Castilla y León	11,4	14,6	8,1
Castilla – La Mancha	12,0	17,4	6,6
Cataluña	13,4	17,8	9,0
Comunidad Valenciana	15,8	19,3	12,4
Extremadura	16,0	19,8	12,0
Galicia	18,2	24,6	11,9
Madrid	9,8	13,3	6,5
Murcia	14,6	20,4	8,9
Navarra	6,5	8,2	4,8
País Vasco	14,8	19,8	9,8
La Rioja	6,6	5,6	7,8
Ceuta y Melilla	18,6	23,7	13,4

Mortalidad evitable por enfermedades tumores malignos de tráquea, bronquio, pulmón. Tasa estandarizada por edad por 100.000 habitantes de 5 a 64 años. Comunidades autónomas, 2002.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	17,9	33,0	2,7
Aragón	17,8	29,3	5,7
Asturias	20,2	35,7	4,9
Illes Balears	21,4	35,6	6,2
Canarias	19,2	30,3	7,6
Cantabria	17,8	30,6	4,7
Castilla y León	19,6	33,1	5,1
Castilla – La Mancha	15,7	26,9	4,2
Cataluña	19,4	33,0	5,3
Comunidad Valenciana	19,1	33,0	5,2
Extremadura	18,1	33,3	2,2
Galicia	19,5	34,6	4,5
Madrid	16,8	28,6	5,5
Murcia	20,2	34,9	5,5
Navarra	16,6	26,5	6,0
País Vasco	18,2	29,9	6,1
La Rioja	14,6	27,1	0,9
Ceuta y Melilla	28,9	52,0	4,7

Mortalidad evitable por accidentes de vehículos a motor. Tasa estandarizada por edad por 100.000 habitantes. Comunidades autónomas, 2002.

	Total población	Hombres	Mujeres
Andalucía	9,9	16,0	4,0
Aragón	9,1	12,5	5,6
Asturias	11,2	16,3	6,5
Illes Balears	7,1	11,2	3,1
Canarias	8,0	13,4	2,7
Cantabria	5,2	7,6	2,9
Castilla y León	7,7	12,2	3,1
Castilla – La Mancha	8,0	12,2	3,8
Cataluña	7,7	11,6	4,0
Comunidad Valenciana	7,3	11,2	3,5
Extremadura	8,4	13,5	3,4
Galicia	9,7	14,9	5,0
Madrid	5,0	7,5	2,7
Murcia	8,9	13,8	4,1
Navarra	9,9	16,3	3,4
País Vasco	8,7	12,4	5,1
La Rioja	11,8	19,9	3,5
Ceuta y Melilla	6,7	7,9	5,7