



**DESIGUALDADES DE MORTALIDAD
EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS
ENTRE 1981 Y 2002**

Informe elaborado por:

Gloria Pérez
Eva Cirera
Maica Rodríguez
Carme Borrell

*Agencia de Salud Pública de Barcelona
Barcelona, abril 2006*

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

Índice General

ÍNDICE DE FIGURAS	7
ÍNDICE DE MAPAS.....	12
RESUMEN EJECUTIVO.....	17
INTRODUCCIÓN	23
DESIGUALDADES EN SALUD.....	23
DESIGUALDADES EN MORTALIDAD EN ESPAÑA	23
LA MORTALIDAD EN ESPAÑA.....	24
LA MORTALIDAD EVITABLE.....	24
OBJETIVOS	25
MÉTODOS	25
DISEÑO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO	25
FUENTES DE INFORMACIÓN	26
<i>Mortalidad</i>	26
<i>Población</i>	28
VARIABLES DEL ESTUDIO.....	28
INDICADORES DE MORTALIDAD	28
ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y PRESENTACIÓN GRÁFICA	29
RESULTADOS	31
MORTALIDAD GLOBAL.....	31
Distribución según CCAA y sexo en los años 2000-2002.....	31
Evolución entre los años 1981 y 2002 según CCAA y sexo	33
MORTALIDAD POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS.....	34
Distribución según CCAA y sexo en 2000-2002	34
Evolución entre los años 1981 y 2002 según CCAA y sexo	36
<i>Sida y VIH</i>	37
Distribución según CCAA y sexo en 2000-2002	38
Evolución entre los años 1981 y 2002 según CCAA y sexo	39
MORTALIDAD POR TUMORES	40
Distribución según CCAA y sexo en 2000-2002	41
Evolución entre los años 1981 y 2002 según CCAA y sexo	42
<i>Cáncer de estómago (Tumor maligno de estómago)</i>	43
Distribución según CCAA y sexo en 2000-2002	44
Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo	45
<i>Cáncer de colon y recto (Tumor maligno de colon y recto)</i>	46
Distribución según CCAA y sexo en 2000-2002	47
Evolución entre 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo.....	48
<i>Cáncer de Pulmón (Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón)</i>	49
Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002	50
Evolución entre 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo.....	51
<i>Cáncer de mama (Tumor maligno de la mama)</i>	52
Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2002	53
Evolución entre 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo.....	54

<i>Cáncer de próstata (Tumor maligno de la próstata)</i>	55
Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002	55
Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo	56
ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	57
Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002	57
Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo	59
ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	60
Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002	60
Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo	62
<i>Diabetes Mellitus</i>	63
Distribución según CCAA y sexo.....	64
Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo	65
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO.....	66
Distribución según CCAA y sexo.....	67
Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo	68
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	69
Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002	70
Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo	71
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES (O DEL SISTEMA CIRCULATORIO).....	72
Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002	73
Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo	74
<i>Enfermedad Isquémica del Corazón</i>	75
Distribución según CCAA y sexo.....	76
Evolución entre los años 1.981 y 2.002.....	77
<i>Mortalidad por enfermedad de la circulación pulmonar</i>	78
Distribución según CCAA y sexo.....	79
Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo	80
<i>Enfermedades Cerebro-vasculares</i>	81
Distribución anual media según CCAA y sexo en 1.999 – 2.002	82
Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo	83
ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	84
Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002	85
Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo	86
<i>Bronquitis, enfisema y asma</i>	87
Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002	88
ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO.....	91
<i>Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado</i>	93
Distribución según CCAA y sexo en 1.999-2.001	94
Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo	95
ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO	96
Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002	96
Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo	98
ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEO-MUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	99
Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002	99
Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo	101
MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO.....	102

Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002	102
Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo	104
MORTALIDAD POR EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.....	105
Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002	105
MORTALIDAD POR AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL.....	107
Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002	107
Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo	109
MALFORMACIONES CONGÉNITAS.....	110
Distribución según CCAA y sexo el 2.000-2.002.....	110
Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo	113
SÍNTOMAS, SIGNOS Y OTROS HALLAZGOS ANORMALES.....	113
Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002	114
Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo	116
CAUSAS EXTERNAS DE MORTALIDAD.....	116
Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002	117
Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo	119
<i>Lesiones por accidentes de tráfico</i>	119
Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002	120
Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo	122
<i>Sobredosis por drogas</i>	123
Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002	123
Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo	125
<i>Suicidio y lesiones autoinflingidas</i>	126
Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002	126
Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo	128
CAUSAS DE MUERTE EVITABLES	129
Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002	129
Evolución entre 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo.....	131
<i>Cáncer de pulmón evitable</i>	132
Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002	132
Evolución entre 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo.....	133
<i>Cáncer de mama evitable</i>	134
Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002	134
Evolución entre 1.981 y 2.001 según CCAA y sexo.....	135
<i>Enfermedad isquémica del corazón evitable</i>	136
Distribución según CCAA y sexo en 1.999 – 2.001.....	136
Evolución entre 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo.....	138
<i>Enfermedad cerebrovascular evitable</i>	139
Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002	139
Evolución entre 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo.....	140
<i>Enfermedad respiratoria aguda, neumonía y influenza evitable</i>	141
Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002	141
Evolución entre 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo.....	143
CONCLUSIONES.....	145
La mortalidad global	145

La mortalidad por causas de muerte evitables.....	145
Tendencia de las principales causas de muerte	145
Diferencias entre hombres y mujeres por causas de muerte	146
<i>Por CCAA</i>	147
Andalucía.....	147
Aragón	148
Asturias.....	149
Islas Baleares	149
Islas Canarias.....	150
Cantabria	151
Castilla – la Mancha	152
Castilla y León.....	152
Cataluña	153
La Comunidad Valenciana	154
Extremadura	154
Galicia.....	155
Navarra.....	157
El País Vasco	158
La Rioja	158
Ceuta y Melilla	159
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	160
ANEXO 1 DE TABLAS	167
ANEXO 2. CALIDAD DE LOS DATOS DE MORTALIDAD	207

Índice de Figuras

Figura 1. Distribución de la mortalidad global, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	32
Figura 2. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad en la mortalidad global por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.	33
Figura 3. Distribución de la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	35
Figura 4. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por enfermedades infecciosas y parasitarias por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.	37
Figura 5. Distribución de la mortalidad por sida y VIH, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	38
Figura 6. Evolución anual media entre 1981 y 2001 de la mortalidad estandarizada por edad y por sida y VIH por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.	40
Figura 7. Distribución de la mortalidad por tumores, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	41
Figura 8. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por tumores por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.	43
Figura 9. Distribución de la mortalidad por tumor maligno de estómago, en hombres y mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	44
Figura 10. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por tumor maligno de estómago por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.	46
Figura 11. Distribución de la mortalidad por tumor maligno de colon y recto, en hombres y mujeres, en las CCAA el año 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	47
Figura 12. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por tumor maligno de colon y recto por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.	49
Figura 13. Distribución de la mortalidad por tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	50
Figura 14. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.	52
Figura 15. Distribución de la mortalidad por tumor maligno de la mama, en mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	53
Figura 16. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por tumor maligno de la mama por 100.000 habitantes en mujeres, en las CCAA.	55
Figura 17. Distribución de la mortalidad por tumor maligno de la próstata, en hombres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	56

Figura 18. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por tumor maligno de la próstata por 100.000 habitantes en hombres, en las CCAA.	57
Figura 19. Distribución de la mortalidad por enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos, en hombres y mujeres, en las CCAA el año 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	58
Figura 20. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.	60
Figura 21. Distribución de la mortalidad por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	61
Figura 22. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.	62
Figura 23. Distribución de la mortalidad por diabetes mellitus, en hombres y mujeres, en las CCAA el año 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	64
Figura 24. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por diabetes mellitus por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.	66
Figura 25. Distribución de la mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento, en hombres y mujeres, en las CCAA en los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	67
Figura 26. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por trastornos mentales y del comportamiento por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.	69
Figura 27. Distribución de la mortalidad por enfermedades del sistema nervioso, en hombres y mujeres, en las CCAA de los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	70
Figura 28. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por enfermedades del sistema nervioso por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.	72
Figura 29. Distribución de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, en hombres y mujeres, en las CCAA, los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	73
Figura 30. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por enfermedades del sistema circulatorio por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.	75
Figura 31. Distribución de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	76
Figura 32. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por enfermedad isquémica del corazón por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.	78

Figura 33. Distribución de la mortalidad por enfermedades de la circulación pulmonar, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	79
Figura 34. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por enfermedades de la circulación pulmonar por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.	81
Figura 35. Distribución de la mortalidad por enfermedades cerebro-vasculares, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	82
Figura 36. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por enfermedades cerebro-vasculares por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.	84
Figura 37. Distribución de la mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	85
Figura 38. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por enfermedades del sistema respiratorio por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.	87
Figura 39. Distribución de la mortalidad por bronquitis, enfisema y asma, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	88
Figura 40. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por bronquitis, enfisema y asma por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.	90
Figura 41. Distribución de la mortalidad por enfermedades del sistema digestivo, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	91
Figura 42. Evolución anual media entre 1981 y 2001 de la mortalidad estandarizada por edad y por enfermedades del sistema digestivo por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.	93
Figura 43. Distribución de la mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002 Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	94
Figura 44. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.	96
Figura 45. Distribución de la mortalidad por enfermedades de la piel y tejido subcutáneo, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	97
Figura 46. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por enfermedades de la piel y tejido subcutáneo por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.	99
Figura 47. Distribución de la mortalidad por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	100

Figura 48. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.	101
Figura 49. Distribución de la mortalidad por enfermedades del sistema genitourinario, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	102
Figura 50. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por enfermedades del sistema genitourinario por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.	104
Figura 51. Distribución de la mortalidad por embarazo, parto y puerperio, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 mujeres.	106
Figura 52. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por embarazo, parto y puerperio por 100.000 habitantes en mujeres, en las CCAA.	107
Figura 53. Distribución de la mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	108
Figura 54. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por afecciones originadas en el periodo perinatal por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.	110
Figura 55. Distribución de la mortalidad por malformaciones congénitas, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	111
Figura 56. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por malformaciones congénitas por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.	113
Figura 57. Distribución de la mortalidad por síntomas, signos y otros hallagos anormales, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes. TEM	114
Figura 58. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por síntomas, signos y otros hallazgos anormales por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.	116
Figura 59. Distribución de la mortalidad por causas externas, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes	117
Figura 60. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por causas externas de mortalidad por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.	119
Figura 61. Distribución de la mortalidad por lesiones por accidentes de tráfico, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	121
Figura 62. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por accidentes de tráfico por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.	122

Figura 63. Distribución de la mortalidad por sobredosis a drogas, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	124
Figura 64. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por sobredosis por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.	125
Figura 65. Distribución de la mortalidad por suicidio, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	127
Figura 66. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por suicidio por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.	128
Figura 67. Distribución de la mortalidad por causas evitables evitables, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	130
Figura 68. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por causas evitables evitables por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.	131
Figura 69. Distribución de la mortalidad por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón evitable, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	132
Figura 70. Evolución anual media entre 1981 y 2001 de la mortalidad estandarizada por edad y por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón evitable por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.	134
Figura 71. Distribución de la mortalidad por tumor maligno la mama evitables en mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	134
Figura 72. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por tumor maligno de la mama evitable por 100.000 habitantes en mujeres, en las CCAA.	136
Figura 73. Distribución de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón evitable en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	137
Figura 74. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por enfermedad isquémica del corazón evitable por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.	138
Figura 75. Distribución de la mortalidad por enfermedad cerebrovascular evitable en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	139
Figura 76. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por enfermedad cerebro-vascular evitable por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.	141
Figura 77. Distribución de la mortalidad por enfermedad respiratoria aguda, neumonía e influenza evitable en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	141
Figura 78. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por enfermedad respiratoria aguda, neumonía y influenza evitable por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.	144

Índice de mapas

Mapa 1: Distribución por quintiles, de la mortalidad global en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.....	32
Mapa 2: Distribución por quintiles, de la mortalidad global en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.....	33
Mapa 3: Distribución por quintiles, de la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.....	35
Mapa 4: Distribución por quintiles, de la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.....	36
Mapa 5: Distribución por quintiles, de la mortalidad por sida y VIH en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.....	39
Mapa 6: Distribución por quintiles, de la mortalidad por sida y VIH en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.....	39
Mapa 7: Distribución por quintiles de la mortalidad por tumores en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.....	42
Mapa 8: Distribución por quintiles de la mortalidad por tumores en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.....	42
Mapa 9: Distribución por quintiles de la mortalidad por tumor maligno de estómago en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.....	45
Mapa 10: Distribución por quintiles de la mortalidad por tumor maligno de estómago en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.....	45
Mapa 11: Distribución por quintiles de la mortalidad por tumor maligno de colon y recto en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.....	48
Mapa 12: Distribución por quintiles de la mortalidad por tumor maligno de colon y recto en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.....	48
Mapa 13: Distribución por quintiles de la mortalidad por tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.....	51
Mapa 14: Distribución por quintiles de la mortalidad por tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.....	51
Mapa 15: Distribución por quintiles de la mortalidad por tumor maligno de la mama en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.....	54
Mapa 16: Distribución por quintiles de la mortalidad por tumor maligno de la próstata en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.....	56

Mapa 17: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	59
Mapa 18: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	59
Mapa 19: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	61
Mapa 20: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	62
Mapa 21: Distribución por quintiles de la mortalidad por diabetes mellitus en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y 100.000 habitantes.	65
Mapa 22: Distribución por quintiles de la mortalidad por diabetes mellitus en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y 100.000 habitantes.	65
Mapa 23: Distribución por quintiles de la mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	68
Mapa 24: Distribución por quintiles de la mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	68
Mapa 25: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedades del sistema nervioso en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	71
Mapa 26: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedades del sistema nervioso en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	71
Mapa 27: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	74
Mapa 28: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	74
Mapa 29: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	77
Mapa 30: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	77
Mapa 31: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedades de la circulación pulmonar en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	80
Mapa 32: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedades de la circulación pulmonar en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	80

Mapa 33: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedades cerebro-vasculares en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	83
Mapa 34: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedades cerebro-vasculares en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	83
Mapa 35: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	86
Mapa 36: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	86
Mapa 37: Distribución por quintiles de la mortalidad por bronquitis, enfisema y asma en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	89
Mapa 38: Distribución por quintiles de la mortalidad por bronquitis, enfisema y asma en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	90
Mapa 39: Distribución por quintiles de la mortalidad enfermedades del sistema digestivo en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	92
Mapa 40: Distribución por quintiles de la mortalidad enfermedades del sistema digestivo en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	92
Mapa 41: Distribución por quintiles de la mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	95
Mapa 42: Distribución por quintiles de la mortalidad cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	95
Mapa 43: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedades de la piel y tejido subcutáneo en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	98
Mapa 44: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedades de la piel y tejido subcutáneo en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	98
Mapa 45: Distribución por quintiles de la mortalidad enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	100
Mapa 46: Distribución por quintiles de la mortalidad enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	101
Mapa 47: Distribución por quintiles de la mortalidad enfermedades del sistema genitourinario en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	103

Mapa 48: Distribución por quintiles de la mortalidad enfermedades del sistema genitourinario en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	104
Mapa 49: Distribución por quintiles de la mortalidad embarazo, parto y puerperio en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 mujeres.....	106
Mapa 50: Distribución por quintiles de la mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	109
Mapa 51: Distribución por quintiles de la mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	109
Mapa 52: Distribución por quintiles de la mortalidad por malformaciones congénitas en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	112
Mapa 53: Distribución por quintiles de la mortalidad por malformaciones congénitas en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	112
Mapa 54: Distribución por quintiles de la mortalidad por síntomas, signos y otros hallazgos anormales en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	115
Mapa 55: Distribución por quintiles de la mortalidad por síntomas, signos y otros hallazgos anormales en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	115
Mapa 49: Distribución por quintiles de la mortalidad por causas externas en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	118
Mapa 57: Distribución por quintiles de la mortalidad por causas externas en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.....	118
Mapa 58: Distribución por quintiles de la mortalidad por lesiones por accidentes de tráfico en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y 100.000 por habitantes.	121
Mapa 50: Distribución por quintiles de la mortalidad por lesiones por accidentes de tráfico en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	122
Mapa 60: Distribución por quintiles de la mortalidad por sobredosis a drogas en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	124
Mapa 62: Distribución por quintiles de la mortalidad por suicidio y lesiones auto-infligidas en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	127
Mapa 63 : Distribución por quintiles de la mortalidad por suicidio y lesiones auto-infligidas en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	127
Mapa 64: Distribución por quintiles de la mortalidad por causas evitables en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	130
Mapa 65: Distribución por quintiles de la mortalidad por causas evitables en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	131

Mapa 66: Distribución por quintiles de la mortalidad por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón evitable en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	133
Mapa 67: Distribución por quintiles de la mortalidad por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón evitable en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	133
Mapa 68: Distribución por quintiles de la mortalidad por tumor maligno de la mama evitable en mujeres en las CCAA 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	135
Mapa 69: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón evitable en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	137
Mapa 70: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón evitable en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	138
Mapa 71: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedad cerebro-vascular evitable en hombres en las CCAA 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	140
Mapa 72: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedad cerebro-vascular evitable en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	140
Mapa 73: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedad respiratoria aguda, neumonía e influenza evitable en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	142
Mapa 74: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedad respiratoria aguda, neumonía e influenza evitable en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.	143

RESUMEN EJECUTIVO

La desigualdad en salud hace referencia a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, género, territorio o etnia, lo cual implica una peor salud por parte de los colectivos menos favorecidos.

En España se ha podido demostrar la existencia de desigualdades en salud que causan un exceso de mortalidad, así como la asociación de la mortalidad a los peores indicadores sociales y económicos. Por otro lado, la mortalidad es el indicador de carencia de salud más fácil de medir, registrar y analizar y el que permite hacer comparaciones entre regiones.

Objetivos

El objetivo general de este informe es mostrar las desigualdades en mortalidad por Comunidades Autónomas (CCAA) de España tanto en hombres como en mujeres. Los objetivos específicos son describir las principales causas de muerte y de las causas de muerte evitables por CCAA y por sexo entre los años 2000 y 2002 y mostrar la evolución de las principales causas de muerte y de las causas de muerte evitables por sexo y por CCAA entre 1981 y 2002.

Métodos

Se trata de un estudio ecológico que analiza las desigualdades de mortalidad por CCAA en los años 2000 - 2002 y las tendencias de la mortalidad en las CCAA en el periodo 1981 – 2002. La población de estudio es la población de residentes en el estado Español según los censos y padrones municipales de 1981, 1986, 1991, 1996 y 2001 según el año estudiado. Esta población se divide según la CCAA de residencia en 17 comunidades y las dos ciudades autónomas: Ceuta y Melilla.

Los datos individuales de mortalidad de los años 1981-2002 se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Se analizan los grandes grupos de causas y dentro de estos grupos las principales causas específicas por CCAA y según sexo y grupos de edad. Para cada defunción se recoge la causa básica de muerte codificada según la CIE 9 hasta 1999 y la CIE 10 en los tres últimos años (2000-2002), el sexo, la edad y el lugar de residencia.

Para describir la mortalidad según las causas de muerte por sexo, año y CCAA se ha calculado la Tasa Bruta de Mortalidad (TA), la Tasa Estandarizada de Mortalidad por edad (TEM) y la Tasa de Años Potenciales de Vida Perdidos estandarizada por edad (TAPVP).

Estas tasas se calculan año a año para todo el periodo de estudio (1981 – 2002) en el análisis de las tendencias y se utiliza como población de referencia la de 1991. Para el trienio 2000 a 2002 las tasas se calculan conjuntamente en la descripción de la distribución transversal de las tasas.

Para cada una de las causas de muerte estudiadas se presentan de forma gráfica las TEM además de la distribución geográfica (mapas de quintiles) por CCAA según sexo para el trienio 2000-2002. Finalmente se describe la evolución anual media de las TEM de las causas de muerte estudiadas por CCAA y por sexo del periodo 1981-2002.

Resultados

La mortalidad global

En los años 2000 - 2002, las CCAA que presentan una mayor mortalidad son Ceuta y Melilla, las Islas Canarias y Andalucía en ambos sexos y las CCAA que muestran una menor mortalidad en los hombres son la Rioja, Castilla-León y Castilla-la Mancha y en las mujeres La Rioja, Castilla-León, y Navarra. La mortalidad global es superior en los hombres. Sin embargo, en los años 1981 - 2002 se observa una disminución de la mortalidad global en hombres y mujeres y esta disminución se da en todas las CCAA.

La mortalidad por causas de muerte evitables

En el trienio 2000-2002, las CCAA que muestran una mayor mortalidad en los hombres son Asturias, Ceuta y Melilla y las Islas Canarias y en las mujeres la Comunidad Valenciana, Murcia, Ceuta y Melilla y las Islas Canarias. En cambio las CCAA que presentan una menor mortalidad en los hombres son la Comunidad de Madrid, Cantabria y Castilla-la Mancha y en las mujeres la Comunidad de Madrid, Cantabria y la Rioja. En los años 2000-2002 la mortalidad por causas de muerte evitables es mayor en los hombres que en las mujeres.

En los años 1981 - 2002 la mortalidad por causas de muerte evitables muestra un descenso en todas las CCAA y en ambos sexos.

Tendencias de las principales causas de muerte

En los años 1981-2002 la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias y en concreto por VIH-sida aumenta hasta 1996 y a partir de este momento disminuye en la mayoría de las CCAA.

La mortalidad por tumores aumenta en los hombres de todas las CCAA y en las mujeres de las CCAA de Galicia, la Comunidad de Madrid y Ceuta y Melilla. Cabe destacar que la mortalidad por cáncer de estómago desciende en todas las CCAA y en ambos sexos y el cáncer de colon y recto aumenta en todas las CCAA y también en ambos sexos. El cáncer de pulmón aumenta en los hombres de todas las CCAA además de las mujeres de la Comunidad de Madrid y el País Vasco. El cáncer de mama aumenta en todas las CCAA excepto Navarra y el cáncer de próstata aumenta en todas las CCAA excepto en Andalucía, Cataluña, el País Vasco y Extremadura.

La mortalidad por diabetes mellitus disminuye en todas las CCAA excepto en los hombres de Ceuta y Melilla y Castilla- la Mancha, Asturias y Castilla y León. También la mortalidad por enfermedades cardiovasculares disminuye en todas las CCAA excepto la producida por enfermedad de la circulación pulmonar en Ceuta y Melilla. Mientras que la mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio y en concreto por bronquitis enfisema y asma aumentan en los hombres de todas las CCAA excepto de Cantabria.

La mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento y por enfermedades del sistema nervioso aumentan en todas las CCAA y en ambos sexos y en cambio la mortalidad por lesiones por accidentes de tráfico disminuyen en todas las CCAA excepto en las Islas Baleares y en Extremadura.

Diferencias por sexo

En los años 2000-2002 los indicadores que muestran una mortalidad superior en los hombres son: la mortalidad global, la mortalidad por causas de muerte evitables, la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias, la mortalidad por VIH-sida, la mortalidad por tumores, la mortalidad por cáncer de estómago, la mortalidad por cáncer de colon y recto, la mortalidad por cáncer de pulmón, la mortalidad evitable por cáncer de pulmón, la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón, la mortalidad evitable por enfermedad isquémica cardiaca, la mortalidad evitable por enfermedad cerebro-vascular, la mortalidad por

enfermedad del sistema respiratorio, la mortalidad por bronquitis, enfisema y asma, la mortalidad evitable por bronquitis, enfisema y asma, la mortalidad por enfermedades del aparato digestivo, la mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, la mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal, la mortalidad por malformaciones congénitas, la mortalidad por causas externas, la mortalidad por lesiones por accidentes de tráfico, la mortalidad por sobredosis a drogas, la mortalidad por suicidios y lesiones autoinfligidas.

En los años 2000-2002 los indicadores que muestran una mortalidad similar en los hombres y las mujeres son: la mortalidad por enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, la mortalidad por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, la mortalidad por diabetes mellitus, la mortalidad por enfermedades del sistema nervioso, la mortalidad por enfermedad de la circulación pulmonar, la mortalidad por enfermedad cerebro-vascular, la mortalidad por síntomas y signos y otros hallazgos anormales.

En los años 2000-2002 los indicadores que muestran una mortalidad mayor en las mujeres que en los hombres son: la mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento, la mortalidad por enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo, la mortalidad por enfermedades del sistema osteo-muscular y del tejido conjuntivo, la mortalidad por enfermedades del sistema genitourinario.

Diferencias por CCAA

Ceuta y Melilla, Andalucía y las Islas Canarias son las CCAA que con mayor frecuencia están entre las CCAA que presentan una mayor mortalidad global. Además estas CCAA son las que presentan una mayor mortalidad por VIH-sida y por las principales causas de muerte. En el otro extremo se sitúan la Comunidad de Madrid, Castilla-la Mancha, Castilla y León y la Rioja que son las CCAA que con mayor frecuencia están entre las que presentan una menor mortalidad global, por causas de muerte evitables y por las primeras causas de muerte.

Las Islas Baleares, Asturias, la Comunidad Valenciana, Murcia y Galicia se encuentran entre las CCAA con una mortalidad intermedia y para algunas causas de muerte están entre las CCAA con mayor mortalidad como el cáncer de pulmón en los hombres de Asturias o como las enfermedades de la circulación pulmonar en los hombres y mujeres de las Islas Baleares.

Otras CCAA como Cataluña, el País Vasco y Navarra tienen también una mortalidad intermedia aunque se encuentran entre las CCAA que muestran una mayor mortalidad por tumores (colon y recto, mama y pulmón) y por mortalidad originada por el envejecimiento de la población del tipo trastornos mentales y del comportamiento y enfermedades del sistema nervioso.

Conclusiones

Tendencia de la mortalidad entre los años 1981 y 2002

En los años 1981-2002 se observa una disminución de la mortalidad global y de la mortalidad por causas evitables. En cuanto a la mortalidad originada por los tumores aumenta en los hombres y ligeramente en las mujeres de algunas CCAA. El comportamiento de los tumores específicos es dispar: la mortalidad por cáncer de estómago disminuye, la mortalidad por cáncer de colon y recto, de pulmón, de mama y de próstata aumentan en la mayoría de las CCAA.

Entre los años 1981 y 2002, la mortalidad por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (diabetes mellitus), la mortalidad por enfermedades cardiovasculares entre las que se encuentra la enfermedad isquémica del corazón (sobre todo en hombres), la enfermedad de la circulación pulmonar, la enfermedad cerebro-vascular disminuyen en la mayoría de las CCAA.

Otras causas de muerte que también disminuyen entre los años 1981 y 2002 en la mayoría de las CCAA son la mortalidad por enfermedad del sistema respiratorio, la mortalidad por enfermedades del aparato digestivo y en concreto la mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado y la mortalidad por causas externas y de estas la mortalidad por lesiones por accidentes de tráfico

Entre los años 1981-2002 se observa un aumento de la mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento y de la mortalidad por enfermedades del sistema nervioso (sobre todo en mujeres) en todas las CCAA.

Entre los años 1981-2002 se observa evoluciones diferentes según el sexo de forma que la mortalidad por tumores en las mujeres disminuye ligeramente en la mayoría de las CCAA y en cambio aumenta en los hombres de todas las CCAA. Igualmente, la mortalidad por

bronquitis enfisema y asma aumenta en los hombres y desciende ligeramente en las mujeres.

Diferencias entre hombres y mujeres por causas de muerte

La mortalidad en los hombres siempre es superior a la de las mujeres excepto en la mortalidad por diabetes mellitus, por trastornos mentales y del comportamiento y por enfermedades del sistema nervioso donde la mortalidad de las mujeres es ligeramente superior a la de los hombres en la mayoría de las CCAA.

En algunas causas de muerte como el cáncer de pulmón y la bronquitis, enfisema y asma así como las lesiones por accidentes de tráfico la mortalidad es muy superior en los hombres respecto a las mujeres.

Diferencias por CCAA

Las CCAA que mayor número de veces se encuentran entre las que presentan una mayor mortalidad en las principales causas de muerte son Ceuta y Melilla, las Islas Canarias y Andalucía en los hombres y en las mujeres. Además estas tres CCAA presentan la mayor mortalidad global y por causas de muerte evitables.

Las CCAA que mayor número de veces se encuentran entre las CCAA que presentan una menor mortalidad en las principales causas de muerte son Castilla-la Mancha, Castilla y León, la Rioja y la Comunidad de Madrid.

El resto de CCAA presentan una mortalidad global intermedia y varía su posición dependiendo de la causa de muerte.

Desigualdades en salud

La desigualdad en salud hace referencia a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, género, territorio o etnia, lo cual determina una peor salud por parte de los colectivos menos favorecidos (Whitehead, 1992).

En el Estado Español ha aumentado el conocimiento de las desigualdades socioeconómicas en la salud debido a la existencia de algunos grupos que han investigado sobre el tema y que han publicado diversos libros, informes y artículos científicos (Borrell y Pasarín, 1999) (Regidor y cols., 1995).

Un papel destacado en el estudio de las desigualdades en salud lo tienen los informes específicos que recientemente se han publicado en nuestro país. El informe monográfico de la Sociedad Española de Salud Pública (SESPAS) de 2004 (Borrell, García-Calvente y Martí-Boscá, 2004) y los dos informes de las desigualdades en salud en Cataluña (Borrell y Benach, 2003) (Borrell y Benach, 2005) hasta el momento son la información más exhaustiva que existe sobre las desigualdades en salud en una Comunidad Autónoma.

Desigualdades en mortalidad en España

El estudio de las desigualdades sociales en mortalidad se inicia en España a partir de la década de los 80 aunque es a partir de la década de los noventa cuando empiezan a aparecer el mayor número de publicaciones. En 1996 se presentaron las conclusiones de los dos años de trabajo de la comisión para el estudio de las desigualdades en España publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (Navarro y Benach, 1996). En este informe se analizaba la distribución de la mortalidad en áreas pequeñas construidas a partir de los municipios o una agregación de los mismos. En España, y a pesar de la falta de información sobre el nivel socioeconómico en las fuentes de datos habituales como es la mortalidad se pudo demostrar sobretodo a nivel ecológico la existencia de desigualdades en salud que causan un exceso de mortalidad, así como la asociación de la mortalidad con los peores indicadores sociales y económicos (Regidor y cols., 1995; Borrell y cols., 1999; Benach

y cols., 2001). En este último trabajo los autores muestran la existencia de un patrón geográfico de desigualdad en mortalidad y la asociación del mismo con indicadores sociales.

Estos trabajos han servido para generar evidencia sobre la magnitud del problema y los posibles beneficios que pueden derivarse de su estudio (Borrell y Pasarín, 1999).

La mortalidad en España

La mortalidad es el indicador de carencia de salud más fácil de medir, registrar y analizar y el que permite hacer comparaciones entre regiones. Como ya se ha indicado, la mortalidad es una fuente de información relevante para analizar las desigualdades sociales en salud. En nuestro país los datos de mortalidad y las causas de muerte son de buena calidad (Benavides y cols., 1989) y permiten realizar la comparación entre territorios.

Sin embargo, los estudios que se pueden realizar son de tipo ecológico debido a la carencia de información de calidad sobre la ocupación del difunto (Regidor y cols., 1996) o a la imposibilidad en muchos casos de conectar el registro de mortalidad con otras fuentes de información. Solo en algunos casos se dispone de estudios de base individual (Borrell y cols., 1997, 1999, 2003). Aún así, la mayor parte de estudios realizados sobre desigualdades en mortalidad en España son estudios ecológicos. Estos estudios tienen ciertas ventajas que merece la pena poner de relevancia. En primer lugar, tienen en cuenta factores contextuales que no pueden ser analizados en los estudios individuales y sobretodo son una alternativa a los estudios individuales cuando no se dispone de datos individuales de nivel socioeconómico. Además son estudios más baratos y útiles en planificación de prioridades en salud pública.

La mortalidad evitable

En el año 1976 Rutstein (Rutstein y cols., 1976) introdujo el concepto de muertes innecesarias, evitables o prevenibles y/o con diagnóstico y tratamiento de eficacia probada. La mortalidad evitable se propuso como un indicador centinela de la calidad asistencial y de la prevención primaria y secundaria. Uno de los problemas más importante que plantea este indicador es la comparabilidad entre las listas de causas de muerte que se incluyen como evitables (Nolte y Mckee, 2004). Aún así, en nuestro país, como en otros del mismo entorno económico, la mortalidad por causas evitables ha mostrado un descenso más rápido que por el resto de causas de muerte, lo cual según algunos autores podría estar relacionado

con la mejora de los servicios sanitarios (Albert y col. 1996). Otros autores encuentran que las desigualdades en la mortalidad evitable estaría más relacionada con factores socioeconómicos que con la provisión de servicios sanitarios (Mackenbach y col. 1990).

Recientemente se ha podido consensuar una lista de causas de muerte evitables en nuestro país que pretende homogeneizar los problemas derivados de la multitud de listas y actualizar la lista teniendo en cuenta el aumento de la esperanza de vida y de los cambios socio sanitarios de nuestro país.

OBJETIVOS

El objetivo general de este informe es mostrar las desigualdades en mortalidad por sexo y CCAA de España.

Los objetivos específicos son:

1. Describir las principales causas de muerte y las causas de muerte evitables por sexo y por CCAA en los años los años 2000 y 2002.
2. Describir las desigualdades en mortalidad de las principales causas de muerte y las causas de muerte evitables por sexo y por CCAA entre los años 2000 y 2002.
3. Mostrar la evolución de las principales causas de muerte y de las causas de muerte evitables por sexo y por CCAA en los años 1981-2002.

MÉTODOS

Diseño y población de estudio

Se trata de un estudio ecológico que analiza las desigualdades de mortalidad por CCAA en los años 2000-2002 y las tendencias de la mortalidad en el periodo 1981 – 2002. La población de estudio es la población de residentes en el estado Español según los censos de habitantes y los padrones de población de 1981, 1986, 1991, 1996 y 2001 según el año estudiado. Esta población se divide según la CCAA de residencia en 17 comunidades autónomas y las dos ciudades autónomas: Ceuta y Melilla.

Fuentes de información

Mortalidad

Los datos individuales de mortalidad en los años 1981-2002 proceden de las estadísticas vitales del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Las causas de muerte se declaran de forma individual en el Boletín Estadístico de Defunción (BED) y estas se codifican utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (Organización Panamericana de Salud, 1995).

Las causas de muerte seleccionadas se presentan en el cuadro 1. Corresponden a los grandes grupos de causas de muerte y dentro de éstos a las causas específicas más relevantes.

En el año 1999 se produjo el cambio de la CIE pasando de la novena a la décima revisión. Este cambio afecta a los datos de mortalidad de los cuatro últimos años de la serie que se analiza. Para limitar los problemas de comparabilidad entre las dos revisiones se han utilizado las equivalencias de los grandes grupos de causas de muerte (Ruiz y cols., 2002). Las equivalencias de las listas de las causas específicas de muerte se han modificado tras un primer análisis de la comparabilidad entre la CIE-9 y la 10 de forma que en la CIE-10, se excluye el código F01.1 (demencia vascular multiinfártica) del grupo de los trastornos mentales y de comportamiento y los códigos G45-G46 (isquemia cerebral) del grupo de las enfermedades del sistema nervioso para incluirlos en el de las enfermedades cerebrovasculares. A partir de esta modificación, quedan representadas en ambas revisiones y son comparables. Otro cambio realizado es en el sida ya que durante el periodo de estudio se han utilizado diferentes códigos para su descripción y su uso no ha sido homogéneo en todas las CCAA, para el cálculo de los indicadores se han tenido en cuenta todos ellos.

Comentario: Página: 23
HI AFEGEIXO ELS CODIS???

En el informe se utiliza la nomenclatura de la CIE y el nombre de las enfermedades que habitualmente utiliza en las publicaciones científicas (cuadro 1). La lista de causas de muerte evitables que se han analizado en este informe se describe en el cuadro 2.

Cuadro 1. Agrupaciones de causas de muerte y las equivalencias de los códigos entre la CIE 9 y la CIE 10.

GRUPO DE CAUSA DE MUERTE	CÓDIGOS CIE 9	CÓDIGOS CIE 10
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	001-139	A00-B99
Sida + VIH ⁽¹⁾	279.5, 042, 795.8	B20-B24, R75
TUMORES	140-239	C00-D48
Tumor maligno del estómago (cáncer de estómago)	151	C16
Tumor maligno del colon y recto (cáncer de colon y recto)	153, 154	C18, C20
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón (cáncer de pulmón)	162	C33-C34
Tumor maligno de la mama (cáncer de mama)	174	C50
Tumor maligno de la próstata (cáncer de próstata)	185	C61
ENFERMEDADES. ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	240-279	E00-E90
Diabetes mellitus	250	E10-E14
ENFERMEDAD SANGRE Y DE ÓRG. HEMATOPOYÉTICOS	280-289	D50-D89
TRASTORNOS. MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	290-319	F00-F99 excluido. F01.1
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	320-389	G00-G44,G47,G50-G99,H00-H95
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	390-459	I00-I99
Enfermedad isquémica del corazón	410-414	I20-I25
Enfermedad de la circulación pulmonar	415-429	I26-I28 I30-I52
Enfermedad cerebro-vascular	430-438	I60-I69,G45-G46,F01.1
ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	460-519	J00-J99
Bronquitis, enfisema y asma	490-493	J40-J46 excluye J45
ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	520-579	K00-K93
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	571	K73-K74
ENFERMEDAD DEL SISTEMA GENITOURINARIO	580-629	N00-N99
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	630-676	O00-O99
ENFERMEDAD DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO	680-709	L00-L99
ENFERMEDAD DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	710-739	M00-M99
MALFORMACIONES CONGÉNITAS	740-759	Q00-Q99
AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	760-779	P00-P96, A33
SÍNTOMAS, SIGNOS Y OTROS HALLAZGOS ANORMALES	780-799	R00-R99
CAUSAS EXTERNAS DE MORTALIDAD	E800-E999	V01-Y89
Accidentes de tráfico	E800-E829	V01-V89, Y85.9
Sobredosis por drogas	E885.9	X44
Suicidios y auto lesiones	E950-959	X60-X84, Y87.0

(1) Para todo el periodo de estudio se han tenido en cuenta los códigos 279.1, 279.3, 279.5, 279.6, 279.8, 795.8 y 042

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Cuadro 2. Agrupaciones de causas de muerte evitables y las equivalencias de los códigos entre la CIE-9 y de la CIE-10.

CAUSAS DE MUERTE EVITABLE	GRUPOS DE EDAD	CÓDIGOS CIE 9	CÓDIGOS CIE 10
T. M.. de tráquea, bronquios y pulmón	0-64	162	C33,C34
T. M. de la mama	0-64	174	C50
Enfermedad Isquémica del corazón	35-64	410-414	I20-25
Enfermedades cerebrovasculares	0-64	430-438	I60-69,G45-G46*, F01.1
Enfermedad respiratoria aguda, Neumonía e Influenza	0-64	460-466, 480-486, 487	J00-J06,J20-J22, J10-J11, J12-J18

Fuente: Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya

Población

Los datos de población agregados por CCAA y según sexo y grupos de edad (0, 1-4, 4-15, 15-24, 25-34, 34-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75-84, >84) se han obtenido de los censos de población y padrones de habitantes de los años 1981, 1986, 1991, 1996 y 2001 del INE. Para los años inter censales se ha estimado la población según sexo y los mismos grupos de edad utilizando el método de proyección de la curva geométrica (Shryock y Siegel, 1976)

La población de referencia para las estandarizaciones es la de 1991.

Variables del estudio

Para cada defunción se recoge la causa básica de muerte, codificada según la CIE 9 o la CIE 10 el sexo, la edad y Comunidad Autónoma (CCAA).

Indicadores de mortalidad

Para describir la mortalidad según las causas de muerte por sexo, año y CCAA se ha calculado la Tasa Bruta de Mortalidad (TA), la Tasa Estandarizada de Mortalidad (TEM) y la Tasa de Años Potenciales de Vida Perdidos (TAPVP).

Tasa Bruta de Mortalidad (TA): es el número de muertes anuales por 100.000 habitantes. Se ha calculado para la mortalidad global y por causas de muerte específicas y evitables.

Tasa Estandarizada de Mortalidad (TEM): Indicador que permite controlar el efecto de la edad. Se ha calculado mediante el método directo y utilizando como población de referencia la población de 1991 de todo el Estado Español correspondiente a la mitad del periodo de estudio y conjunta para ambos sexos lo cual permite las comparaciones entre sexos. Se ha calculado para la mortalidad global y por causas de muerte específicas y evitables.

Tasa de Años Potenciales de Vida Perdidos (TAPVP) estandarizada por edad: indicador de la mortalidad prematura que permite detectar las causas que producen una disminución de la esperanza de vida. Para obtener la mortalidad prematura entre 1 y 70 años de edad y siguiendo las formulas de Romeder y McWhinnie (1978) se calcula la tasa de APVP que proporciona el total de años perdidos en tasa por 1.000 habitantes de 1 a 70 años.

Estas tasas se calculan año a año para todo el periodo de estudio en el análisis de las tendencias (1981-2002) y para el trienio 2000 a 2002 conjuntamente en la descripción de la distribución geográfica de las tasas.

Análisis estadístico y presentación gráfica

Se utiliza el diagrama de barras para la representación gráfica de las TEM de cada una de las causas de muerte según sexo y CCAA en el trienio 2000-2002. En el diagrama de barras las CCAA siempre se ordenan de la misma manera: por orden alfabético dejando las ciudades de Ceuta y Melilla al final.

Los mapas de quintiles muestran la distribución geográfica de las TEM de cada causa de muerte según sexo y CCAA y en el trienio 2000-2002.

Para el total del periodo de estudio (1981-2002) se ha analizado la evolución anual media de las TEM por causa de muerte según sexo y CCAA. Para ello se han ajustado modelos de regresión lineal donde la variable independiente es el año de calendario y la variable dependiente es la TEM. La β describe el cambio anual de la TEM y el cambio global se obtendrá multiplicándola por el número de años analizados.

En el anexo se presentan las tablas de las TA, las TEM y las TAPVP según sexo y CCAA en el periodo 2000-2002.

En el caso de la mortalidad por enfermedades infecciosas y por sida y VIH se han estimado dos rectas de regresión, una para el periodo 1981-1996 y la otra para el periodo 1997-2002 ya que en estudios anteriores (Rodríguez y cols., 2004) se observa un cambio de tendencia en el año 1996.

RESULTADOS

Mortalidad Global

La tasa de mortalidad en España ha descendido considerablemente a lo largo del siglo XX, con el consiguiente aumento de la proporción de personas que llegan a la vejez en cada una de las sucesivas generaciones. La reducción de la mortalidad se ha producido en todas las edades y ello se traduce en una mejora de la esperanza de vida.

Según el INE, en el año 2002 en España se produjeron 368.618 defunciones (193.269 en hombres y 175.349 en mujeres). La tasa de mortalidad correspondiente es 892,2 por 100.000 habitantes (953,7 por 100.000 hombres y 833,09 por 100.000 mujeres) (INE, 2005). Estas cifras sitúan España entre los países con los niveles más bajos de mortalidad de entre los países de la región Europea y en el mismo grupo que Inglaterra, Islandia, Suecia, Noruega, Holanda, Austria y Grecia (World Health Organization Regional Office for Europe., 2005)

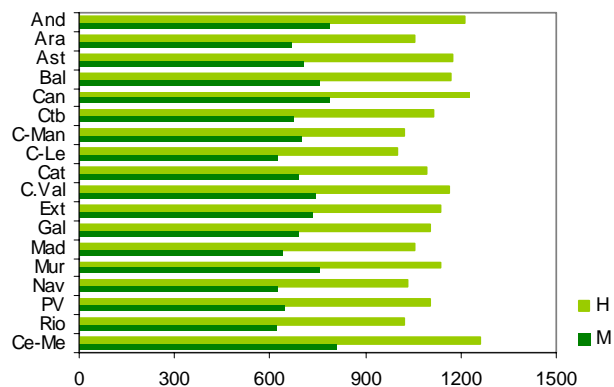
Distribución según CCAA y sexo en los años 2000-2002

En los años el 2000 y 2002 la CCAA que presenta unas tasas brutas de mortalidad más altas es Asturias, donde murieron 1.241 de cada 100.000 hombres y 1.070 de cada 100.000 mujeres. En el otro extremo encontramos las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, con 693 hombres y 605 mujeres de cada 100.000 (Anexo 1: tabla 1).

Una vez controlado el efecto de la edad la CCAA que presenta una tasa de mortalidad más elevada son Ceuta y Melilla (1.263 por 100.000 hombres y 810 por 100.000 mujeres).

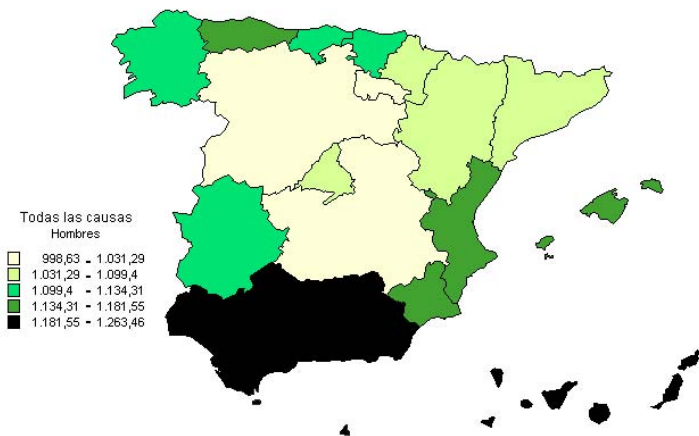
La figura 1 muestra las tasas estandarizadas de mortalidad en los hombres y las mujeres y según la CCAA. La mortalidad es los hombres es siempre y en todas las CCAA superior a la de las mujeres.

Figura 1. Distribución de la mortalidad global, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Las CCAA con tasas más altas de mortalidad estandarizadas por edad (TEM) tanto en los hombres como en las mujeres son Ceuta y Melilla, las Islas Canarias, y Andalucía (mapa 1 y 2) mientras que las CCAA del centro de la península presentan las tasas más bajas del país tanto en los hombres como en las mujeres.

Mapa 1: Distribución por quintiles, de la mortalidad global en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



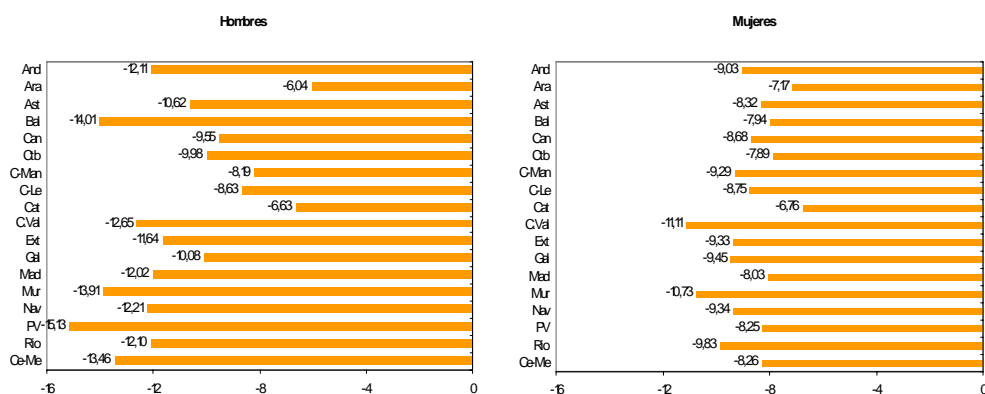
Mapa 2: Distribución por quintiles, de la mortalidad global en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Evolución entre los años 1981 y 2002 según CCAA y sexo

La figura 2 muestra la variación anual media de las tasas de mortalidad en cada una de las CCAA según sexo. En todas las comunidades se ha producido un descenso importante, más marcado en comunidades como el País Vasco y las Islas Baleares en los hombres y la Comunidad Valenciana y Murcia en las mujeres. Mientras que tanto en los hombres como en las mujeres de Aragón y Cataluña el descenso anual medio de la mortalidad en estas dos décadas ha sido el menor.

Figura 2. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad en la mortalidad global por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.



Mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias

Uno de los hechos más relevantes que se ha producido en los países desarrollados durante el siglo XX es la reducción de la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias. En España el cambio de la tendencia se sitúa en los años 50 y parece ser el resultado de las mejoras en las infraestructuras sanitarias, generalización del uso de vacunas y antibióticos, en el saneamiento ambiental y en la alimentación. Sin embargo, este cambio de patrón en las causas de muerte incluye la aparición de nuevos problemas de salud relacionados con las condiciones de trabajo, el masivo desarrollo urbano a partir de los años sesenta y los cambios en los estilos de vida. (Robles González y cols., 1996). Por otro lado, la aparición del sida en los años 80 modifica el patrón de descenso de la mortalidad por enfermedades infecciosas (Pinner y cols., 1996).

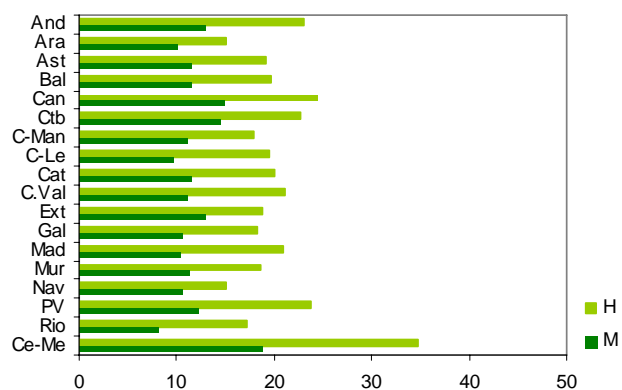
La tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias en España en el año 2002 es de 19,1 por 100.000 habitantes en los hombres y de 13,6 por 100.000 habitantes en las mujeres (INE, 2005). La mortalidad por causas infecciosas y parasitarias sitúan España entre los países con una mayor mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias de los países que forman la región Europea como Portugal, Rumania y Lituania (World Health Organization Regional Office for Europe, 2005).

Distribución según CCAA y sexo en 2000-2002

Las mayores tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias se observan en Ceuta y Melilla (26 de cada 100.000 hombres y 15 de cada 100.000 mujeres) y en Cantabria (22 de cada 100.000 hombres y 19 de cada 100.000 mujeres), mientras las tasas más bajas se observan en Navarra (14 de cada 100.000 hombres) y en las mujeres de la Rioja, la Comunidad de Madrid y Murcia (10 de cada 100.000 mujeres) (Anexo 1: tabla 2).

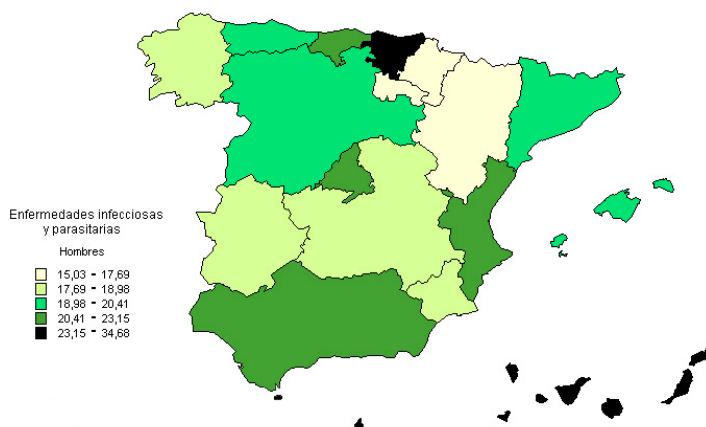
Una vez controlado el efecto de la edad se continúa observando que las tasas de mortalidad más altas son las de Ceuta y Melilla tanto en hombres como en mujeres mientras que las tasas menores se observan en Navarra y Aragón en el caso de los hombres y en la Rioja en el de las mujeres (figura 3).

Figura 3. Distribución de la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.

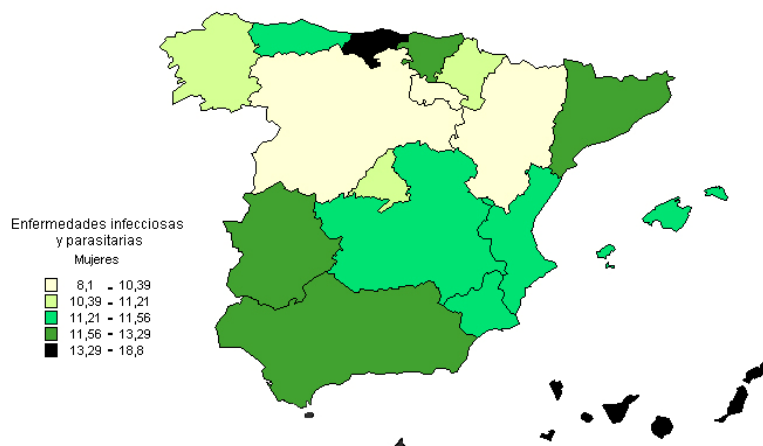


Los mapas 3 y 4 muestran la distribución geográfica de la tasa de mortalidad estandarizada por edad para hombres y mujeres en función de su magnitud. Como ya se apreciaba en el gráfico anterior las tasas más altas se encuentran en Ceuta y Melilla, las Islas Canarias y el País Vasco en los hombres y Ceuta y Melilla, las Islas Canarias y Cantabria en las mujeres.

Mapa 3: Distribución por quintiles, de la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



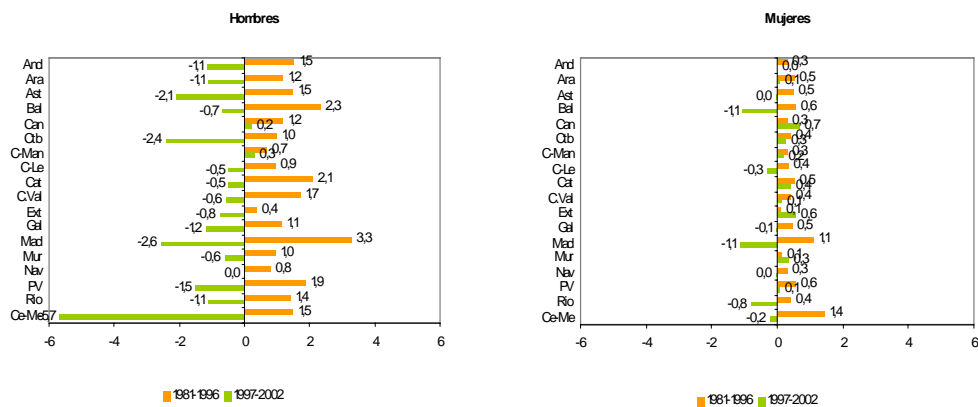
Mapa 4: Distribución por quintiles, de la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Evolución entre los años 1981 y 2002 según CCAA y sexo

A lo largo de los últimos 20 años la mortalidad por enfermedades infecciosas ha mostrado cambios importantes debido principalmente a la irrupción del sida y otras patologías asociadas a esta enfermedad. En la figura 4 se muestra la evolución media en dos periodos: 1981-1996 y 1997-2002. La Comunidad de Madrid es donde se observa una variación más marcada de la tendencia, con un incremento anual medio de 3,3 hombres y 1,1 mujeres en el periodo 81-96 y un descenso anual medio de 2,6 hombres y 1,1 mujeres a partir de 1.997. En Castilla- la Mancha y Cantabria son las únicas CCAA donde se observa un incremento anual medio de la mortalidad en los hombres en el periodo 1997-2001. En las mujeres, las CCAA donde no se produce el incremento anual medio de la mortalidad por infecciosas y parasitarias en el periodo son: la Comunidad de Madrid, las Islas Baleares, Castilla y León, la Rioja y Ceuta y Melilla.

Figura 4. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por enfermedades infecciosas y parasitarias por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.



Sida y VIH

En los años ochenta la aparición del sida modificó la evolución de las enfermedades infecciosas observándose de nuevo un aumento de la mortalidad por enfermedades infecciosas. La mortalidad por sida pasa a ser la primera causa de muerte entre los adultos jóvenes (Montellà y cols., 1997). Esta tendencia se mantiene hasta 1995-1996 ya que con la incorporación de los antiretrovirales de alta eficacia aumenta la supervivencia de los enfermos de sida y se reduce la mortalidad, situación en la que estamos actualmente.

La mortalidad por sida y VIH se concentra en las grandes urbes, ya que los usuarios de drogas por vía parenteral es uno de los colectivos en los que existe una mayor mortalidad por sida (Antunes y cols., 2005).

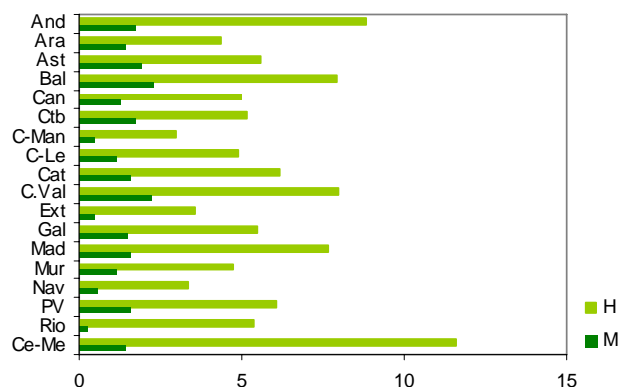
La mortalidad por sida en España en el año 2002 fue de 6,5 por 100.000 hombres y 1,4 por 100.000 mujeres (INE, 2005). A pesar de ser una tasa baja, España está entre los países de la región Europea con mayor mortalidad por sida tanto en los hombres como en las

mujeres juntamente con Portugal, Rumania y Ucrania (World Health Organization Regional Office for Europe, 2005).

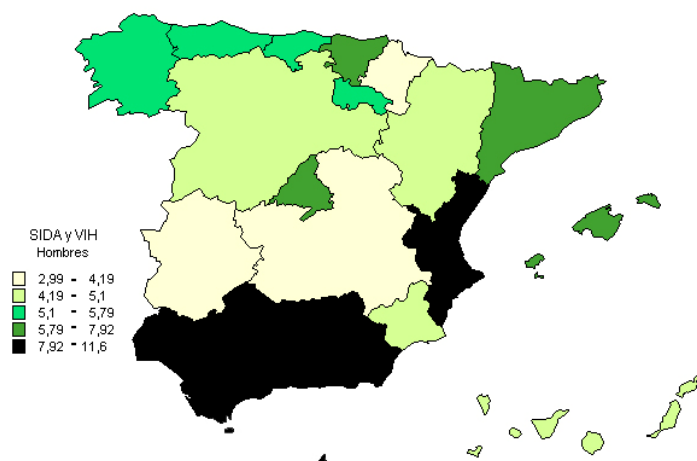
Distribución según CCAA y sexo en 2000-2002

En los años 2000-2002 murieron a causa del sida o de VIH 11 de cada 100.000 hombres y 1 de cada 100.000 mujeres de Ceuta y Melilla y 8 de cada 100.000 y 1 de cada 100.000 mujeres en Andalucía. Entre las CCAA con menor mortalidad se encuentran Castilla-La Mancha, Extremadura y Navarra. (Anexo 1: tabla 3). La figura 5 muestra como las tasas estandarizadas por edad continúan siendo mayores en los hombres de Ceuta y Melilla y de Andalucía y en las mujeres de las Islas Baleares y de la Comunidad Valenciana. En los mapas 5 y 6 se confirman los resultados anteriores y en los hombres se observan unas tasas mayores en las CCAA del sur del país mientras que en las mujeres no existe un patrón claro.

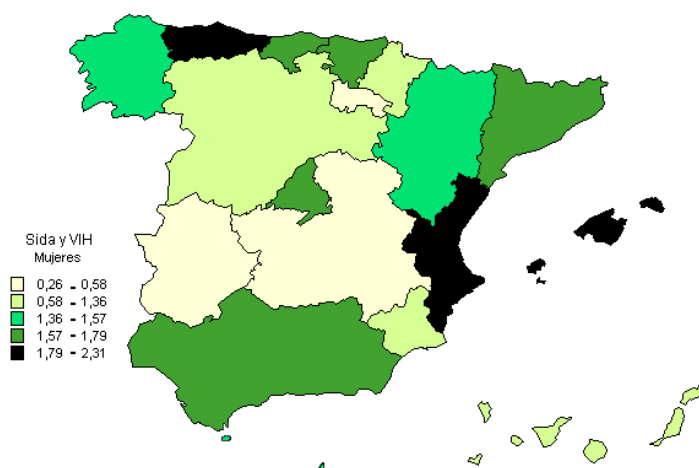
Figura 5. Distribución de la mortalidad por sida y VIH, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Mapa 5: Distribución por quintiles, de la mortalidad por sida y VIH en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Mapa 6: Distribución por quintiles, de la mortalidad por sida y VIH en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.

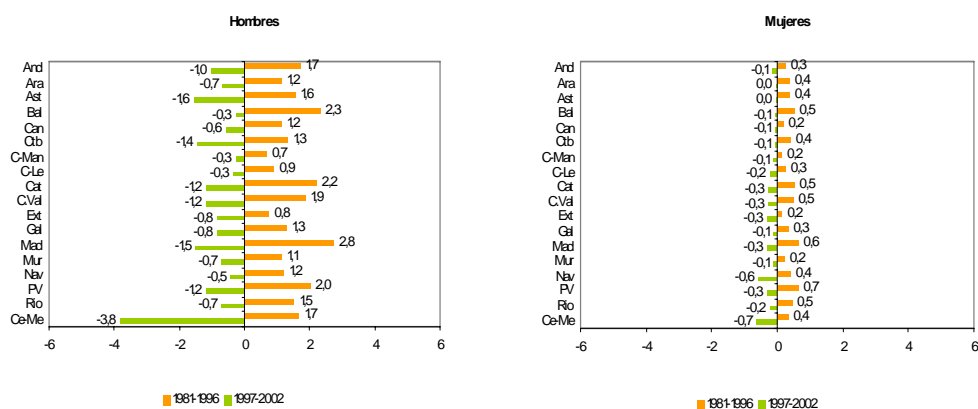


Evolución entre los años 1981 y 2002 según CCAA y sexo

El patrón es similar al de la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias mostrando como en buena parte son es el sida y el VIH las que determinan el comportamiento global de la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias.

Para el análisis de la evolución se utilizan dos periodos: 1981-1996 y 1997-2002. Como ya ocurría en el gran grupo de las enfermedades infecciosas y parasitarias, es la Comunidad de Madrid la que presenta cambios mas importantes en ambos periodos, pasando a un aumento inicial medio de 2,8 hombres y 0,6 mujeres a un descenso medio de 1,5 hombres y 0,3 mujeres durante el segundo periodo (figura 6). Sin embargo es en Ceuta y Melilla donde se ha producido un mayor descenso anual medio en el segundo periodo tanto en los hombres en las mujeres.

Figura 6. Evolución anual media entre 1981 y 2001 de la mortalidad estandarizada por edad y por sida y VIH por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.



Mortalidad por tumores

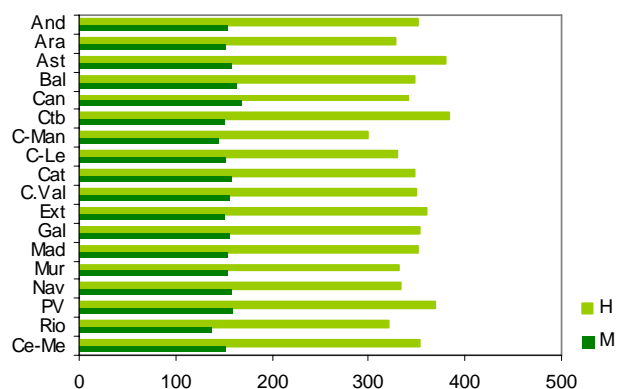
La mortalidad por tumores malignos mostró una estabilización hasta 1998 (Fernández y cols., 2001) y más recientemente un descenso (Gonzalez y cols., 2005), Sin embargo, continúa siendo responsable del 27,1% de la mortalidad en España y se mantiene como la segunda causa de muerte. Entre los hombres la mortalidad por tumores es la primera causa de muerte hasta los 80 años de edad y en las mujeres hasta los 70 años.

En el año 2002 murieron 301 hombres y 174 mujeres de 100.000 (INE, 2005). En comparación con los países de la región europea, España se encuentra entre los que presentan las tasas de mortalidad más altas en los hombres como Holanda y Lituania. En cambio en las mujeres se encuentra entre los países que presentan las tasas más bajas como Grecia (World Health Organization Regional Office for Europe, 2005)

Distribución según CCAA y sexo en 2000-2002

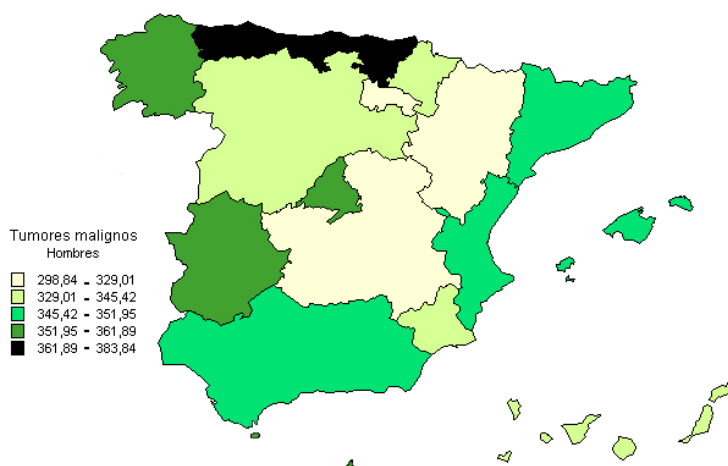
Los tumores, junto con las enfermedades circulatorias, son las causas que generan las tasas más altas de mortalidad. Así, por ejemplo, en Asturias murieron a consecuencia de los tumores 409 de cada 100.000 hombres y 220 de cada 100.000 mujeres (Anexo 1: tabla 4). Una vez eliminado el efecto de la edad, las tasas de mortalidad son similares en la mayoría de comunidades siempre mayores en los hombres que en las mujeres (figura 7)

Figura 7. Distribución de la mortalidad por tumores, en hombres y mujeres , en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.

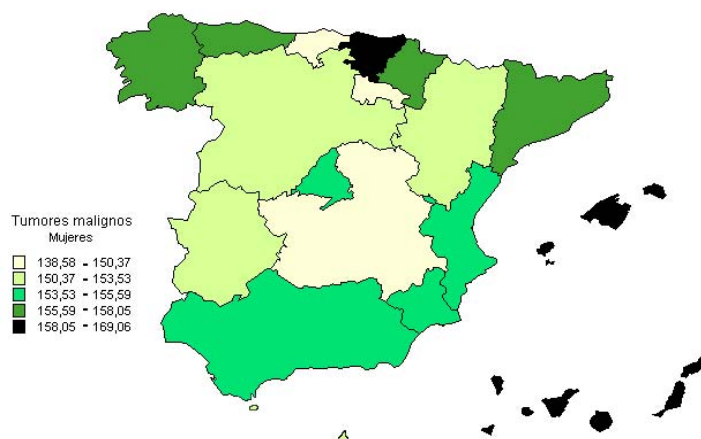


En los mapas siguientes (7 y 8) se observa la distribución geográfica de las tasas con más detalle. En los hombres las tasas de mortalidad son mayores en Asturias, Cantabria y País Vasco. En las mujeres las tasas más altas son las de Navarra, Islas Baleares e Islas Canarias. En ambos sexos las tasas inferiores se observan en las CCAA del centro de España.

Mapa 7: Distribución por quintiles de la mortalidad por tumores en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Mapa 8: Distribución por quintiles de la mortalidad por tumores en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.

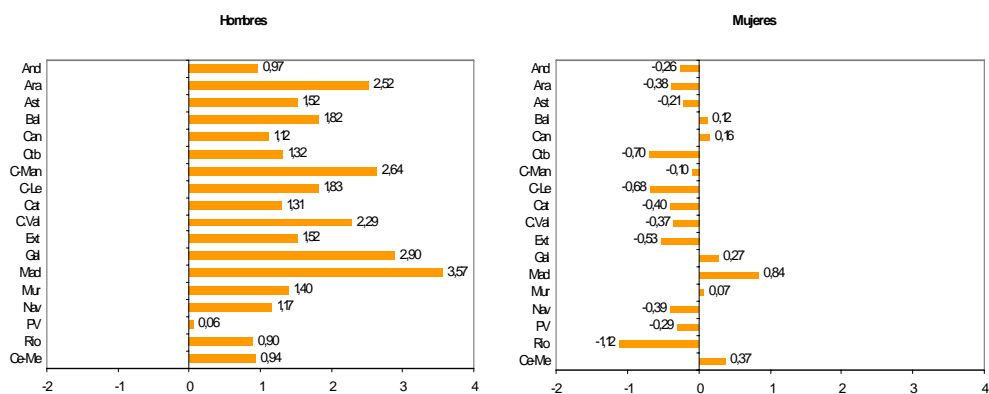


Evolución entre los años 1981 y 2002 según CCAA y sexo

En las últimas dos décadas la tendencia es estable tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, al tener en cuenta la evolución anual media, en los hombres se observa un aumento generalizado en todas las CCAA, especialmente en la Comunidad de Madrid y de Galicia (figura 8). En las mujeres la tendencia muestra como en la mayoría de las CCAA se

produce un descenso en la evolución anual media. Sin embargo, en la Comunidad de Madrid, se observa un incremento anual medio superior al del resto de las CCAA (figura 8).

Figura 8. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por tumores por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA



En el gran grupo de tumores se analizan a continuación el tumor maligno de estómago, de colon y recto, de pulmón en ambos sexos, el de mama en mujeres y el de próstata en hombres.

Cáncer de estómago (Tumor maligno de estómago)

Las tasas de mortalidad por cáncer de estomago han seguido una evolución descendente en España (Fernández y cols., 2001) como en otros países desarrollados. Este descenso de la mortalidad por cáncer de estómago puede relacionarse con las mejoras dietéticas incluyendo las relacionadas con la conservación de los alimentos (Franceschi y cols., 1994).

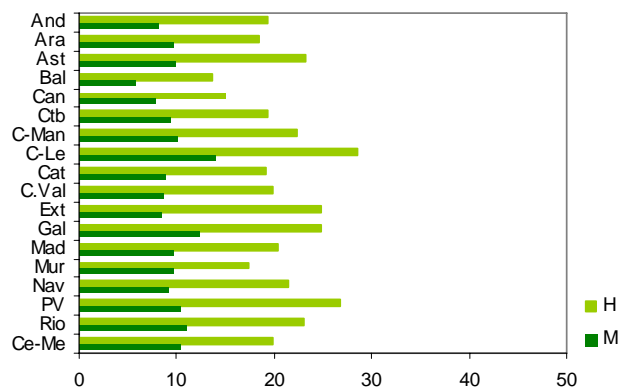
En comparación con los países de la región Europea, España se sitúa entre los países con las tasas de mortalidad más bajas en los hombres y en las mujeres como Irlanda, Austria, Grecia, Polonia y Chequia (World Health Organization Regional Office for Europe, 2005) de forma que en el año 2002 murieron por esta causa 17 hombres y 10 mujeres de cada 100.000 (INE, 2005).

Distribución según CCAA y sexo en 2000-2002

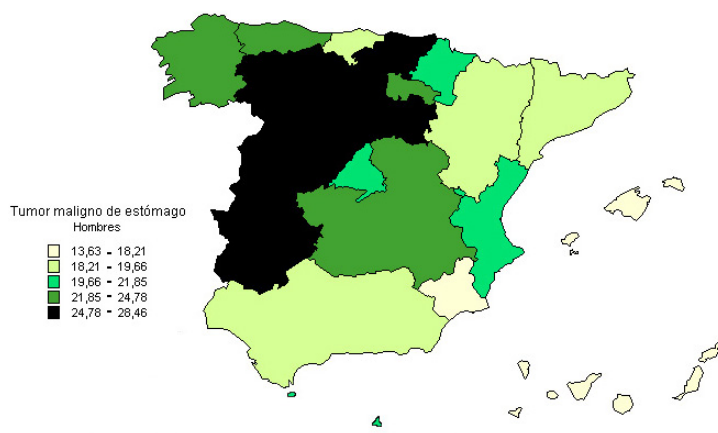
Las tasas de mortalidad por cáncer de estómago más altas se encuentran en Castilla y León donde se produjeron 32 muertes por esta enfermedad de cada 100.000 hombres y 20 de cada 100.000 mujeres (Anexo 1: Tabla 5). Esta CA continúa manteniendo las tasas más altas en relación al resto de CCAA cuando se ajustan los datos por edad (figura 9) y cuando se calcula la tasa de muerte prematura (Anexo 1: Tabla 5).

Las CCAA que presentan tasas de mortalidad más altas por cáncer de estómago son las del norte y oeste de la península: Castilla-León, el País Vasco y Extremadura en las mujeres las CCAA con mayor mortalidad son Castilla y León, Galicia y la Rioja (mapas 9 y 10).

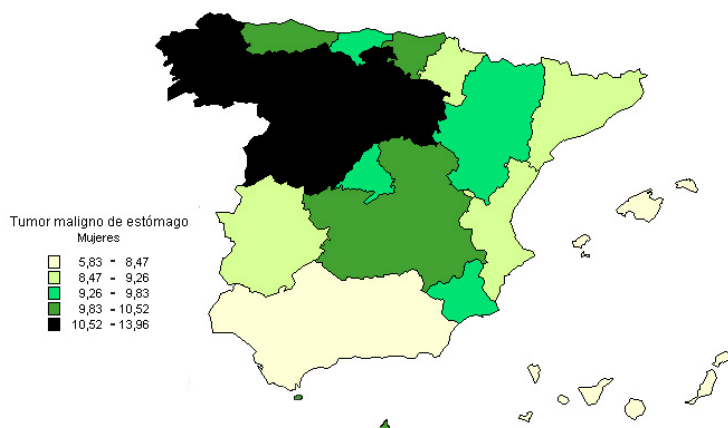
Figura 9. Distribución de la mortalidad por tumor maligno de estómago, en hombres y mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Mapa 9: Distribución por quintiles de la mortalidad por tumor maligno de estómago en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Mapa 10: Distribución por quintiles de la mortalidad por tumor maligno de estómago en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.

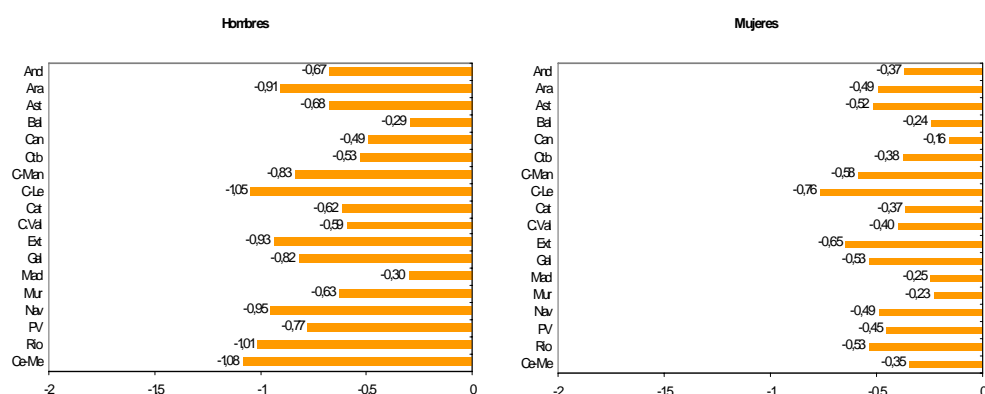


Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo

En los últimos veinte años las tasas de mortalidad por cáncer de estómago se han reducido considerablemente en todas las CCAA si bien esta disminución es más notoria en Castilla y León, comunidad que presenta aún así, las tasas más altas en el último trienio (figura 10).

Comentario: Pàgina: 46
es una passada!! SI LA REGRESSIÓ ENS POGUÉS SERVIR PER FER ESTIMACIONS GAIREBÉ QUE PODRIEM DIR QUE EL MODEL DE LES DONES DELS ÚLTIMS 20 ANYS SERIA SIMILAR AL DELS HOMES DELS PROPERS 20...¿ ? dit d'una altra manera...anem 20 anys endavant pel que fa a mortalitat??

Figura 10. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por tumor maligno de estómago por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.



Cáncer de colon y recto (Tumor maligno de colon y recto)

El cáncer de colon y recto es el más frecuente de los cánceres no relacionados con el tabaco en ambos sexos. En nuestro país es la segunda causa de muerte por cáncer tanto en hombres como en mujeres.

El cáncer de colon y recto se ha relacionado con factores dietéticos como el bajo consumo de vegetales y el gran consumo grasas de origen animal, con la inactividad física, con el exceso de peso y con el excesivo consumo de alcohol (American Institute of Cancer Research, 1997). En España murieron en el año 2002 por cáncer de colon 25 hombres y por cáncer de recto 9 hombres de cada 100.000. En cambio las mujeres muertas por estos tumores fueron respectivamente 19 y 6 por 100.000 (INE, 2005).

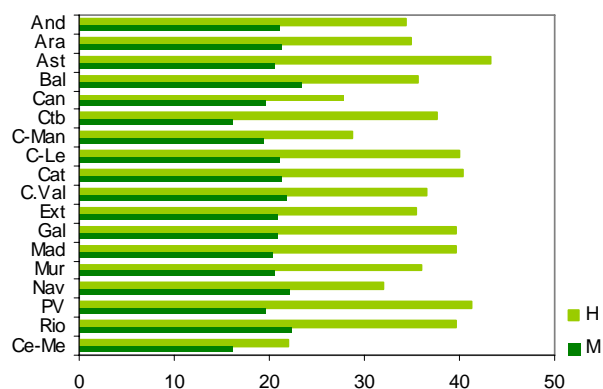
En relación a los países de la región Europea, España está situada entre los países con tasas de mortalidad por cáncer de colon y recto intermedias como Inglaterra, Austria, Suecia y Holanda tanto en hombres como en mujeres (World Health Organization Regional Office for Europe, 2005). Resultados recientes muestran como en el año 2001 se inicia una tendencia decreciente en ambos sexos (Fernández y cols., 2005).

Distribución según CCAA y sexo en 2000-2002

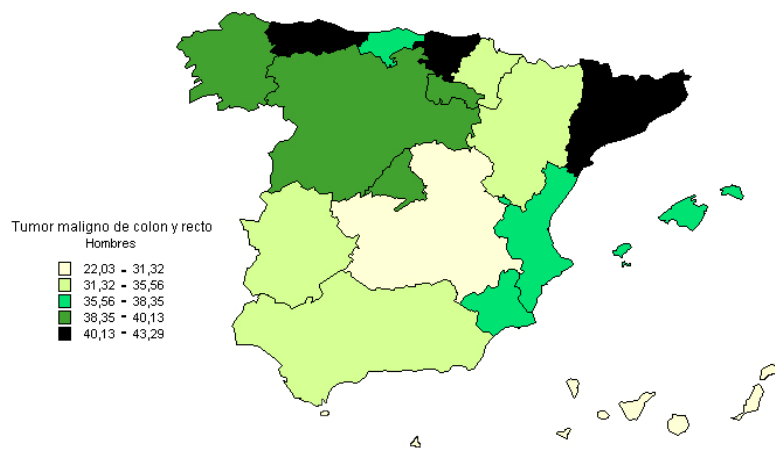
El cáncer de colon y recto causó la muerte a 46 de cada 100.000 hombres en Asturias, 45 de cada 100.000 en Castilla y León y 41 de cada 100.000 en Galicia (Anexo 1: Tabla 6). En las mujeres las tasas más altas se observaron también Castilla y León (31 de cada 100.000) y Asturias, Galicia y Aragón (29 de cada 100.000).

La figura 11 muestra las tasas una vez ajustado el efecto de la edad. En todos los casos se observan unas tasas superiores en los hombres, especialmente en las CCAA de Asturias, País Vasco, Castilla y León y Cataluña (mapa 11). En las mujeres las tasas más altas se observan en las Islas Baleares, Navarra y la Rioja (mapa 12).

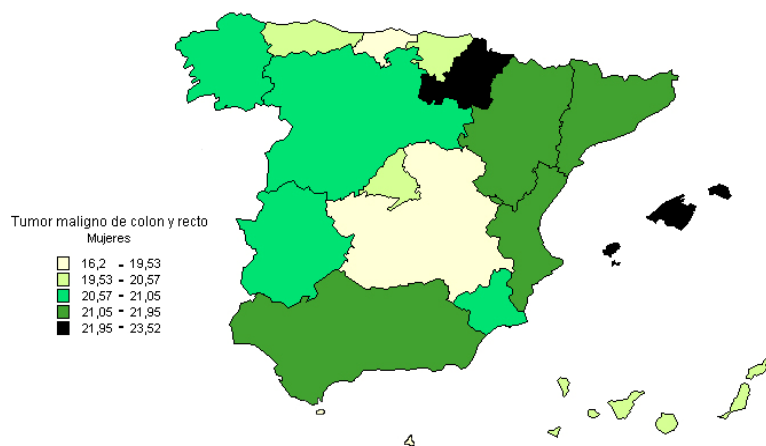
Figura 11. Distribución de la mortalidad por tumor maligno de colon y recto, en hombres y mujeres, en las CCAA el año 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Mapa 11: Distribución por quintiles de la mortalidad por tumor maligno de colon y recto en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



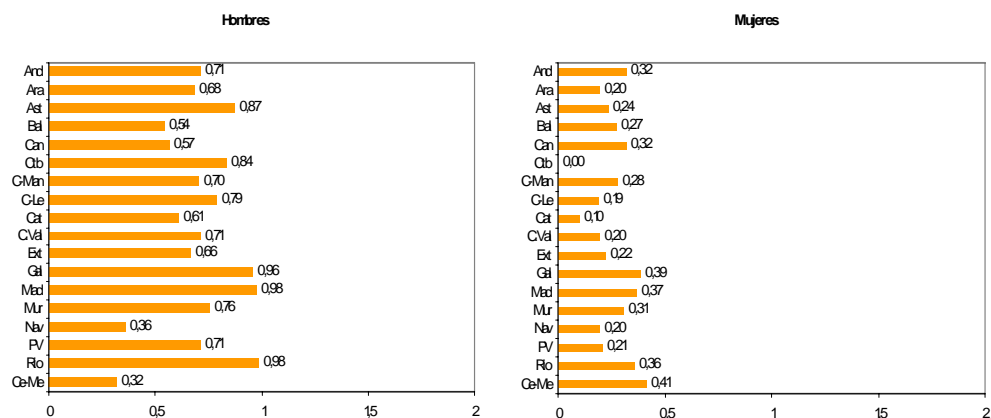
Mapa 12: Distribución por quintiles de la mortalidad por tumor maligno de colon y recto en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Evolución entre 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo

Entre 1981 y 2002 la mortalidad por cáncer de colon y recto ha aumentado tanto en hombres como en mujeres siendo el crecimiento anual medio en las mujeres menor que en los hombres con la excepción de Ceuta y Melilla (figura 12).

Figura 12. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por tumor maligno de colon y recto por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.



Cáncer de Pulmón (Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón)

El cáncer de pulmón es la primera causa de muerte por cáncer en los hombres. La mortalidad ha ido creciendo progresivamente como consecuencia del incremento en el consumo de tabaco. Sin embargo, cuando se ha analizado la tendencia teniendo en cuenta las cohortes de nacimiento parece que entre los más jóvenes la mortalidad muestra una ligera tendencia decreciente, lo cual podría sugerir una evolución más favorable de la mortalidad por esta causa entre los hombres en el futuro más inmediato. En las mujeres la mortalidad por este tumor maligno es inferior a la de los hombres. Sin embargo, la mortalidad atribuible al tabaco en las mujeres tiende a aumentar de forma progresiva lo que se ha relacionado con el aumento de la exposición al tabaco en los años ochenta (Franco y cols., 2001).

En España en el año 2002 murieron 79 hombres y 10 mujeres de cada 100.000 (INE, 2005). En relación con la región Europea, la mortalidad por cáncer de pulmón en los hombres sitúa a España entre los países con una mortalidad intermedia (tercer quintil) como

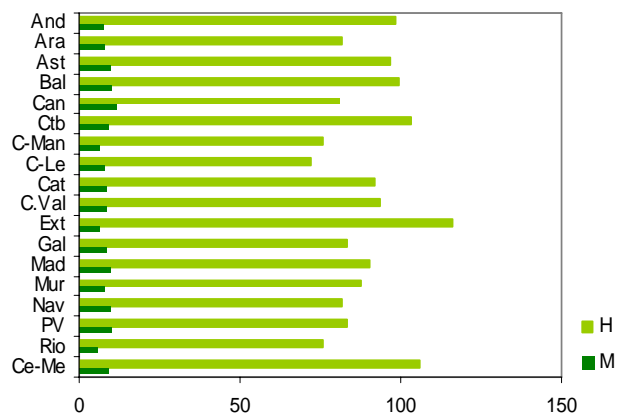
Rumania y Ucrania, mientras que la mortalidad entre las mujeres sitúa España entre los mismos países es decir, los que tienen una menor mortalidad de la región Europea (World Health Organization Regional Office for Europe, 2005).

Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002

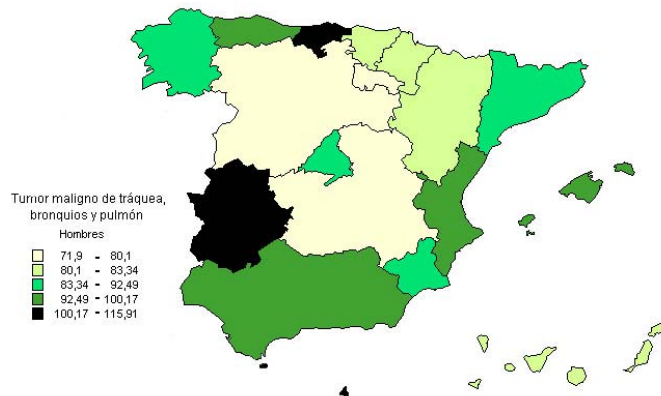
Las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón son claramente superiores en los hombres. En las mujeres, las CCAA donde la mortalidad por esta causa es mayor son Asturias (12 de cada 100.000 mujeres), País Vasco y Cantabria (11 de cada 100.000 mujeres respectivamente). En los hombres, las CCAA con mayor mortalidad son Extremadura (109 por cada 100.000 hombres) y Asturias (105 de cada 100.000 hombres) (Anexo 1: Tabla 7).

Una vez controlado el efecto de la edad, las CCAA que presentan una mayor tasa de mortalidad en los hombres continúan siendo Extremadura y Cantabria además de Ceuta y Melilla (mapa 13) y en las mujeres Navarra, las Islas Baleares y las Islas Canarias (mapa 14).

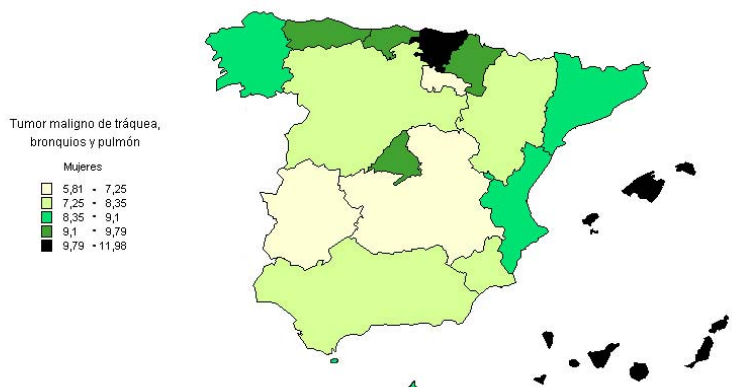
Figura 13. Distribución de la mortalidad por tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Mapa 13: Distribución por quintiles de la mortalidad por tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Mapa 14: Distribución por quintiles de la mortalidad por tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.

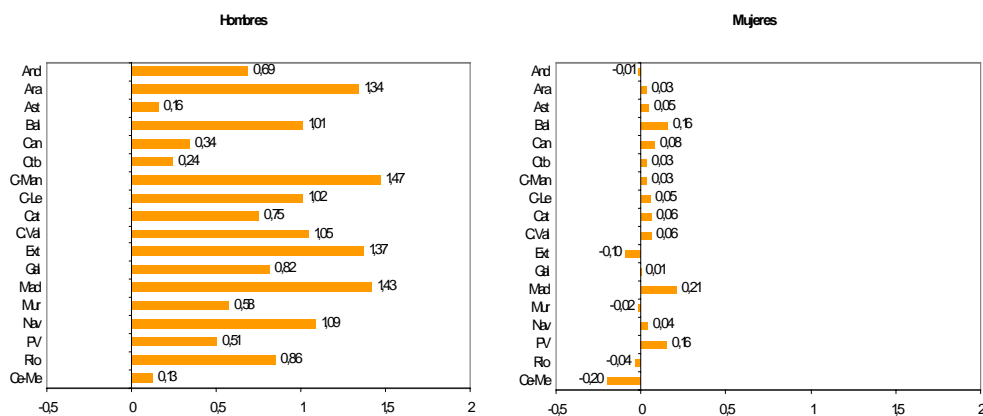


Evolución entre 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo

Las CCAA muestran una tendencia media anual creciente tanto en los hombres como en las mujeres. Las CCAA donde parece mostrar un mayor crecimiento de la media anual de mortalidad en los hombres son Castilla-La Mancha, la Comunidad de Madrid, Extremadura

y Aragón. En las mujeres el mayor crecimiento se observa en la Comunidad de Madrid, el País Vasco, y las Islas Baleares (figura 14).

Figura 14. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.



Cáncer de mama (Tumor maligno de la mama)

La mortalidad por cáncer de mama muestra una tendencia decreciente en los países Europeos, incluso en aquellos donde no existe programas de cribado. Este descenso de la mortalidad por cáncer de mama sugiere que los determinantes de la tendencia de mortalidad puede incluir tanto la detección temprana como la mejora en las terapias asociadas (Botha y cols., 2003) .

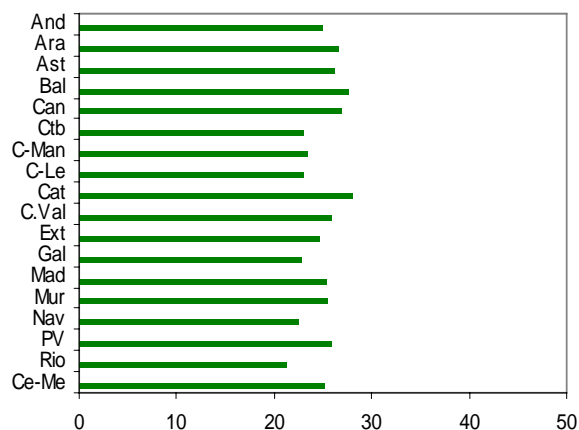
En España, el cáncer de mama es la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres ya que en el año 2002 murieron 27 mujeres de cada 100.000 (INE, 2005). Sin embargo, y en comparación con los países de la región Europea, estas cifras sitúan España entre los que tienen una menor mortalidad como Finlandia (World Health Organization Regional Office for Europe, 2005).

Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2002

En los años 2000 y 2.002 murieron a causa del cáncer de mama 35 mujeres de cada 100.000 mujeres en Asturias, 34 en Aragón y 31 en Cataluña (Anexo 1: Tabla 8). Una vez ajustadas por la edad se observa como las tasas están todas por debajo de 30 por 100.000 mujeres y no existen grandes diferencias entre CCAA (figura 15).

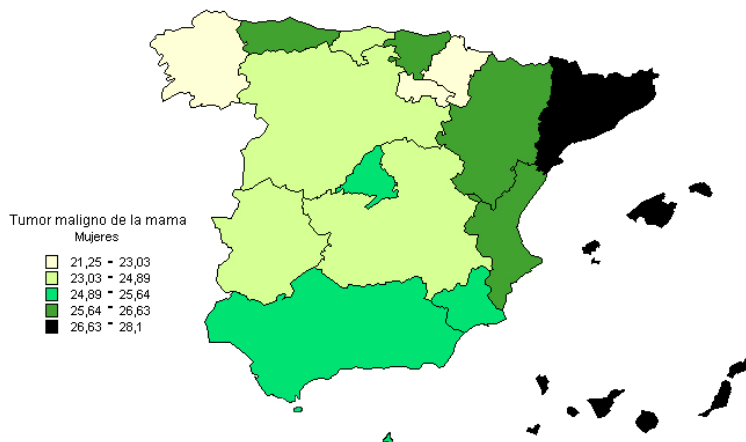
Figura 15. Distribución de la mortalidad por tumor maligno de la mama, en mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.

Comentario: Página: 55
igual que el cancer de pulmó
en dones també



Con la excepción de las Islas Canarias, son las CCAA del norte y del este del país las que presentan las tasas de mortalidad más altas y de entre estas destacan Cataluña y las Islas Baleares (mapa 15).

Mapa 15: Distribución por quintiles de la mortalidad por tumor maligno de la mama en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.

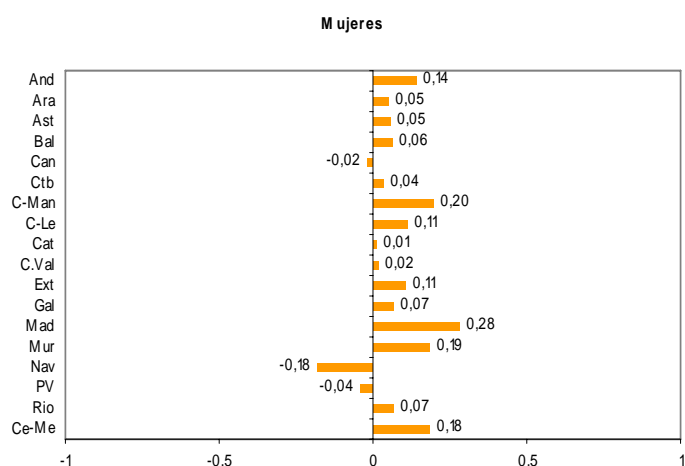


Evolución entre 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo

La mortalidad por cáncer de mama muestra un crecimiento medio anual muy bajo y similar en todas las CCAA con la excepción de la Comunidad de Madrid, Castilla la Mancha y Murcia que son las CCAA con un mayor crecimiento de las tasas de mortalidad. En las CCAA de Navarra y el País Vasco la tendencia media anual es ligeramente decreciente (figura 16).

Comentario: Pàgina: 56
qualsevol que ho veigi et pot dir que al ajustar-ho a una recta se't compensa tot, mentre que en moltes ccaa primer hi ha un augment i despres baixa...verd-Aragó, marró es Catalunya.

Figura 16. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por tumor maligno de la mama por 100.000 habitantes en mujeres, en las CCAA.



Cáncer de próstata (Tumor maligno de la próstata)

La mortalidad por cáncer de próstata ha mostrado reducciones significativas en diversos países entre los cuales está España. En algunos estudios se ha hipotetizado sobre el efecto combinado sobre la tendencia de la mortalidad de la detección precoz mediante la utilización del antígeno prostático específico (PSA) y la mejora del tratamiento en estadios tempranos de la enfermedad (Baade y cols., 2004) .

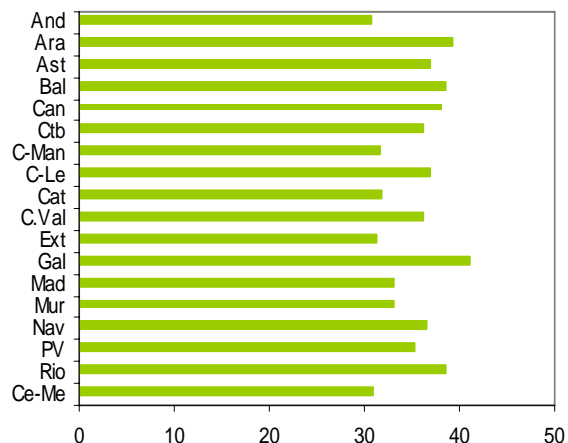
La tasa de mortalidad por cáncer de próstata fue la causa de muerte de 28 hombres de cada 100.000 en el año 2002 (INE, 2005), lo cual sitúa a nuestro país entre los que tienen una tasa de mortalidad intermedia entre los países de la región Europea como Polonia, Eslovaquia y Hungría (World Health Organization Regional Office for Europe, 2005).

Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002

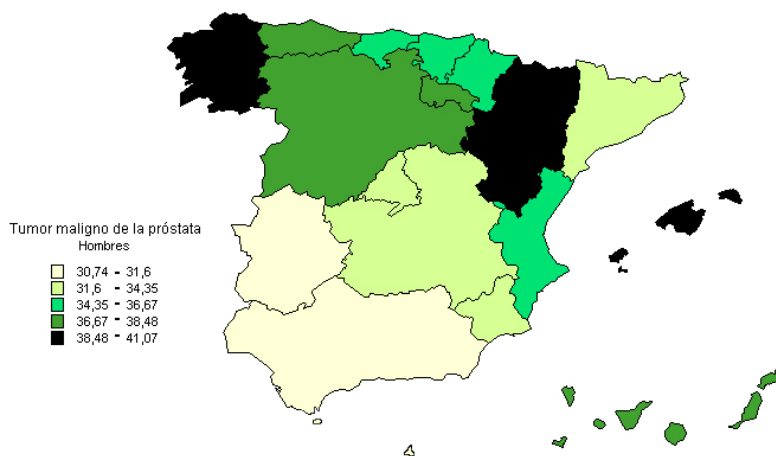
El cáncer de próstata causó la muerte a más de 40 de cada 100.000 hombres en las CCAA de Aragón (42,7 por 100.000 hombres.), Castilla y León (42,4 por cada 100.000 hombres) y Galicia (41,1 por cada 100.000 hombres) (Anexo 1: Tabla 9). Una vez estandarizadas por

edad, las tasas de mortalidad más altas se continúan observando en Galicia y Aragón además de las Islas Baleares (figura 17) y en general en las CCAA situadas en el norte del país (mapa 16).

Figura 17. Distribución de la mortalidad por tumor maligno de la próstata, en hombres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



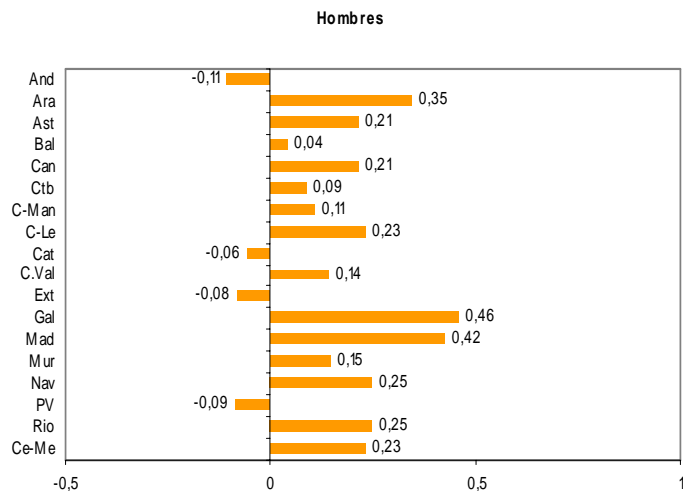
Mapa 16: Distribución por quintiles de la mortalidad por tumor maligno de la próstata en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo

La figura 18 muestra la evolución anual media. El valor de los coeficientes confirma el ligero incremento en todas las CCAA con la excepción del País Vasco, Extremadura, Andalucía y Cataluña que muestran tendencias negativas.

Figura 18. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por tumor maligno de la próstata por 100.000 habitantes en hombres, en las CCAA.



Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos

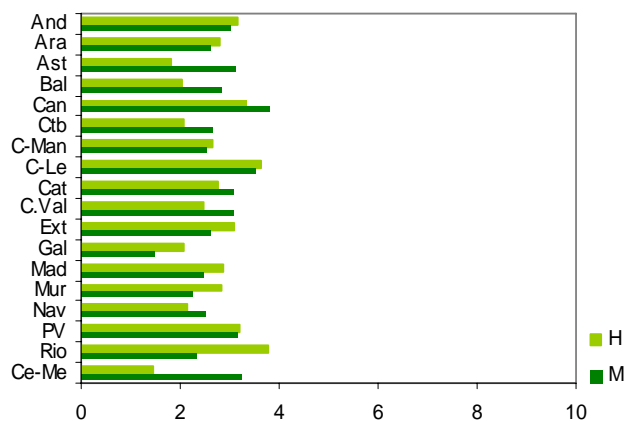
En este capítulo se incluye la mortalidad por enfermedades como las anemias carenciales y las relacionadas con anomalías genéticas de la sangre y de los órganos hematopoyéticos.

En España las tasas de mortalidad por esta causa son bajas (2,3 de cada 100.000 hombres y 3,3 de cada 100.000 mujeres) en el año 2002 (INE, 2005). Aún así, España está entre los países de la región Europea que presentan una mayor mortalidad por enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos, tanto en hombres como en mujeres como Grecia, Irlanda, Noruega y Holanda (World Health Organization Regional Office for Europe, 2005).

Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002

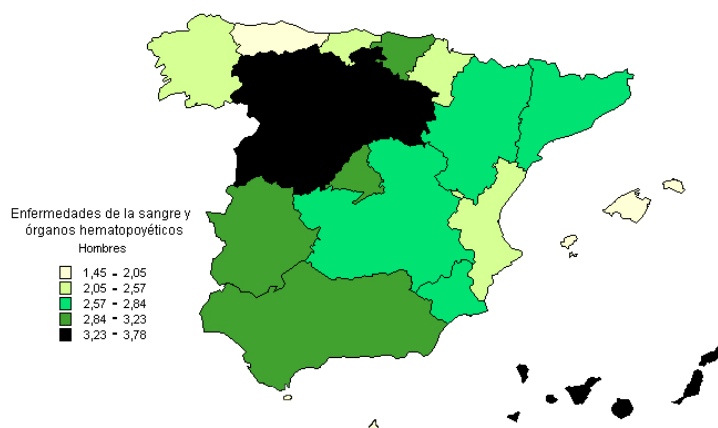
Las enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos causan la muerte a 3 ó 4 de cada 100.000 habitantes en Castilla y León, Aragón y la Rioja en hombres y 4 ó 5 de cada 100.000 habitantes en Castilla y León y Asturias en las mujeres. A diferencia de las causas anteriores, en este caso las tasas de mortalidad de las mujeres superan a las de los hombres en muchas CCAA (Anexo 1: Tabla 10). Una vez ajustado el efecto de la edad, las tasas de mortalidad en ambos sexos son similares, exceptuando Ceuta y Melilla (figura 19).

Figura 19. Distribución de la mortalidad por enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos, en hombres y mujeres, en las CCAA el año 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.

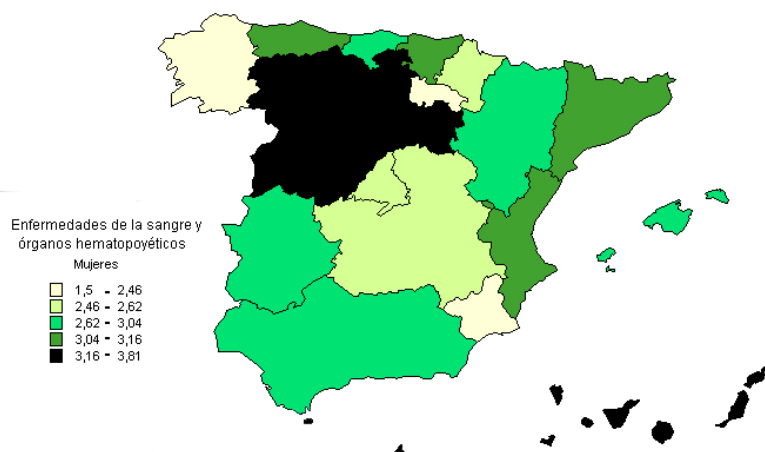


Las diferencias entre CCAA se aprecian en los mapas 17 y 18. Tanto en los hombres como en las mujeres las tasas más elevadas se encuentran en Castilla-León y las Islas Canarias. En las tasas de mortalidad femeninas se añade además Ceuta y Melilla.

Mapa 17: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



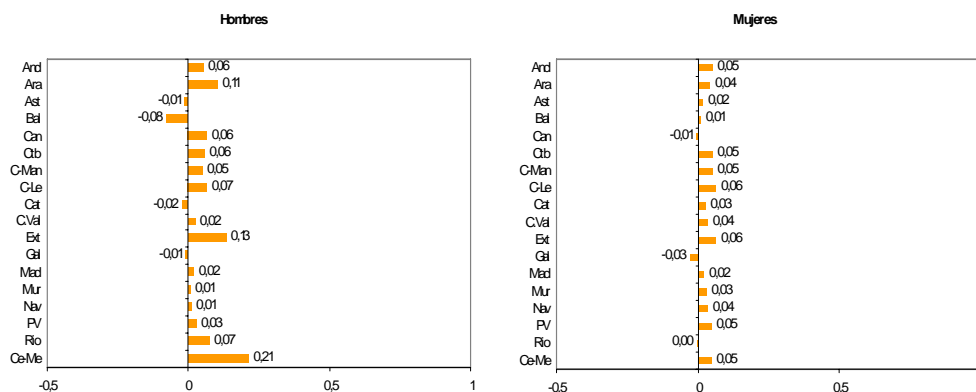
Mapa 18: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo

La estimación de la variación anual media muestra una situación estable con tendencia al crecimiento en las dos últimas décadas (figura 20).

Figura 20. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.



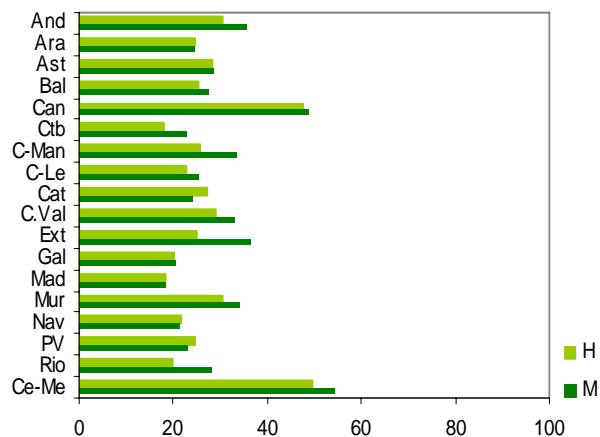
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Dentro de las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas se incluye la diabetes mellitus que es la primera causa de muerte dentro de este gran grupo de causas en España. La tasa de mortalidad por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas en el año 2002 fue de 21,9 de cada 100.000 hombres y de 33,9 de cada 100.000 mujeres (INE, 2005) cifras que sitúan a España entre los países con una mayor mortalidad tanto en hombres como en mujeres de la región Europea como Austria, Suiza, Holanda y Suecia (World Health Organization Regional Office for Europe, 2005).

Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002

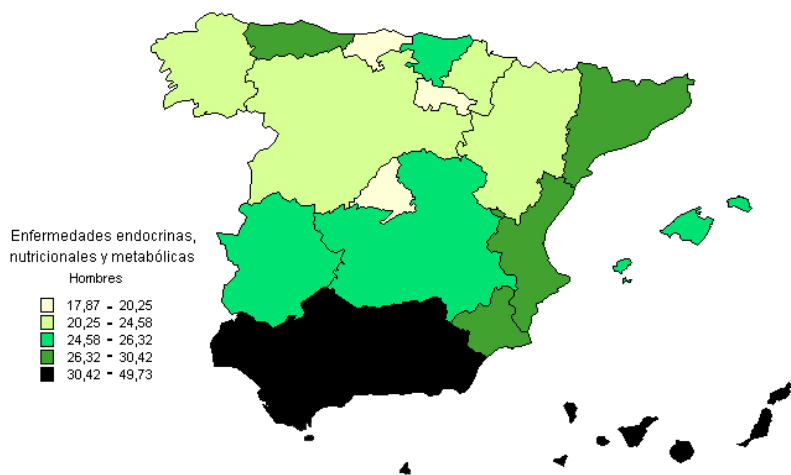
Las tasas de mortalidad en casi todas las CCAA son superiores en las mujeres. Las tasas más altas se observan, en los hombres de Asturias y las Islas Canarias, dónde mueren por este motivo 29 hombres de 100.000. En las mujeres, las tasas más altas se observan en Extremadura (47 por 100.000), Castilla-La Mancha y Asturias (45 por 100.000 respectivamente) (Anexo 1:Tabla 11). Una vez estandarizadas por edad, las mayores tasas se observan en las Islas Canarias y en Ceuta y Melilla tanto en hombres como en mujeres (figura 21).

Figura 21. Distribución de la mortalidad por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.

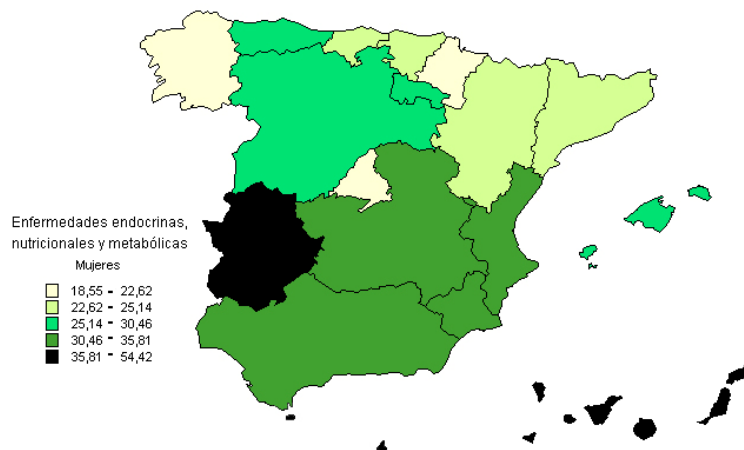


Los mapas 19 y 20 muestran claramente como en ambos sexos las tasas son superiores en las CCAA del sur del país y entre las cuales destaca las Islas Canarias, Ceuta y Melilla y Andalucía en los hombres y las Islas Canarias, Ceuta y Melilla y Extremadura en las mujeres.

Mapa 19: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



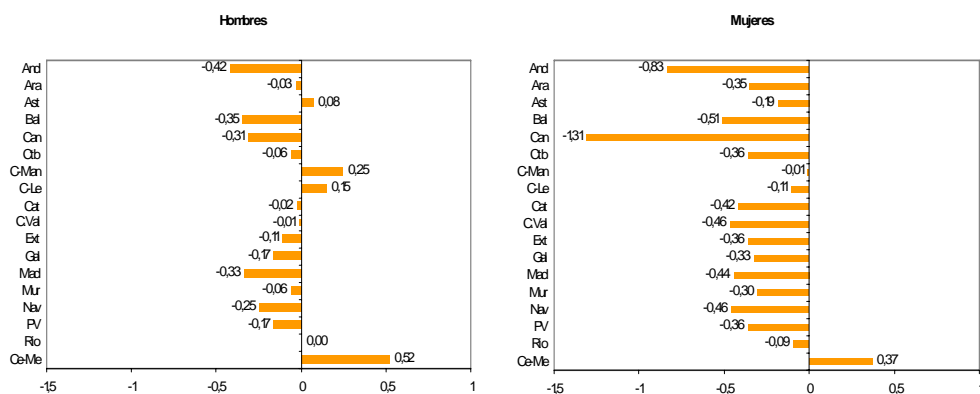
Mapa 20: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo

La variación anual media muestra una tendencia decreciente de la mortalidad por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas en ambos sexos y en las dos últimas décadas (figura 22). Solo Ceuta y Melilla muestran una tendencia creciente y diferente del resto de las CCAA tanto en hombres como en mujeres. Otras CCAA como Castilla-La Mancha, Castilla-León y Asturias muestran también tendencias crecientes en los hombres pero inferiores a las de Ceuta y Melilla.

Figura 22. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.



Diabetes Mellitus

En el gran grupo de las causas de muerte debidas a las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas se presentan los resultados de la mortalidad debida a la diabetes mellitus.

La prevalencia de diabetes obtenida de las encuestas de salud realizadas en España en los años 1993 y 2001 muestra el aumento de la prevalencia en los mayores de 16 años pasando de un 4,4% a un 5,3% en el total del Estado español (Rodríguez y cols, 2003).

La diabetes mellitus es la causa de muerte de 18 hombres y de 28 mujeres por 100.000 en el año 2002 en España (INE, 2005). En relación a los países de la región Europea, España presenta una mortalidad que la sitúa entre los países con una mortalidad intermedia como Noruega, Suecia, Polonia e Irlanda tanto en los hombres como en las mujeres (World Health Organization Regional Office for Europe, 2005).

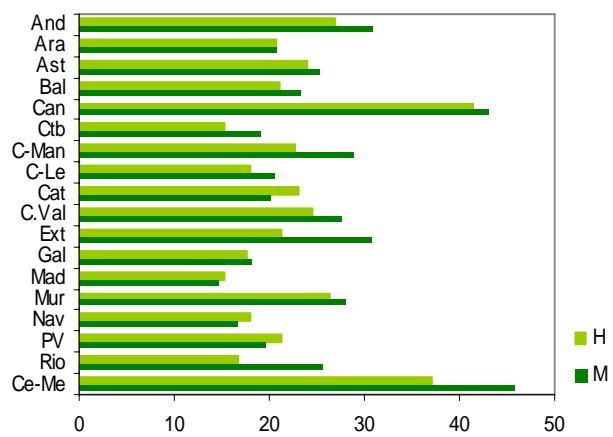
La muerte entre personas afectadas de diabetes mellitus se puede producir por diferentes causas como la enfermedad cardio-pulmonar, la enfermedad cerebro-vascular, la enfermedad de las arterias y la enfermedad renal (neuropatía). Este fenómeno se refleja en la certificación de la mortalidad por diabetes de forma que en el 71% de las muertes relacionadas con la diabetes esta no aparece como causa originaria de la muerte y por tanto se infraestima la mortalidad de esta enfermedad. (Morgan y cols., 2000) (Tseng CH, 2004)

Distribución según CCAA y sexo

De forma muy similar a los resultados obtenidos para el gran grupo, las tasas de mortalidad por diabetes también son superiores en las mujeres. En ambos sexos las CCAA donde se produce unas tasas mayores de mortalidad son Asturias y Canarias (25 por cada 100.000 hombres) y entre las mujeres Extremadura, Asturias y Castilla-La Mancha (40 por cada 100.000 mujeres).

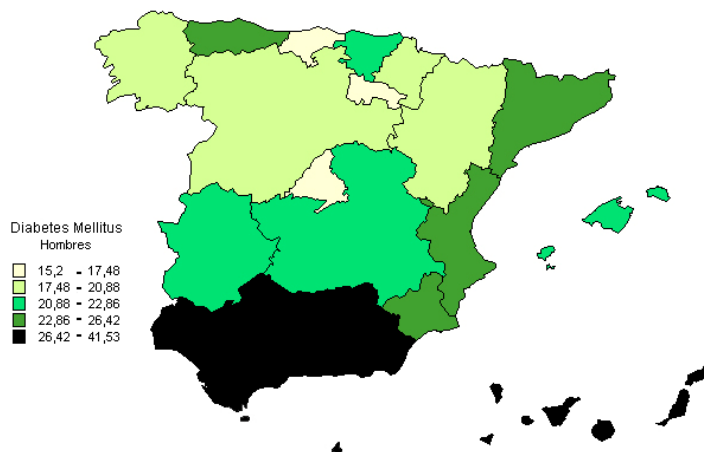
Una vez controlado el efecto de la edad las CCAA con mayor mortalidad son Islas Canarias y Ceuta y Melilla tanto en los hombres como en las mujeres (figura 23).

Figura 23. Distribución de la mortalidad por diabetes mellitus, en hombres y mujeres, en las CCAA el año 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.

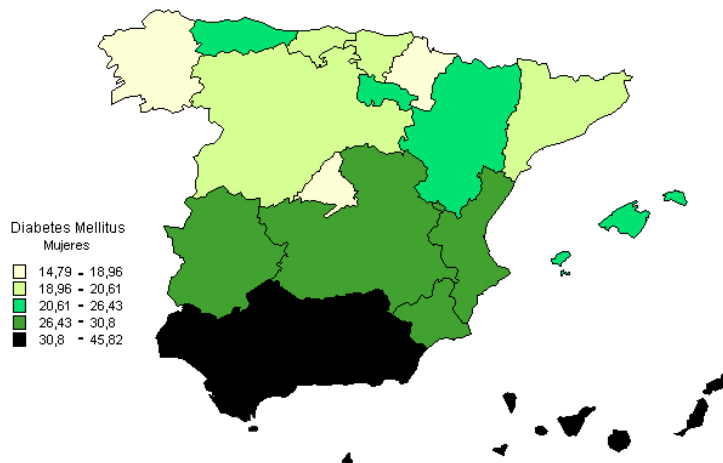


Los mapas 21 y 22 muestran muy pocas variaciones respecto a los anteriores figuras, lo que indica que la distribución geográfica y la magnitud de la mortalidad acontecida por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas viene básicamente explicada por el comportamiento de la diabetes, de forma que la mortalidad más alta por diabetes mellitus se produce en las CCAA del sur de España en los hombres y en las mujeres.

Mapa 21: Distribución por quintiles de la mortalidad por diabetes mellitus en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y 100.000 habitantes.



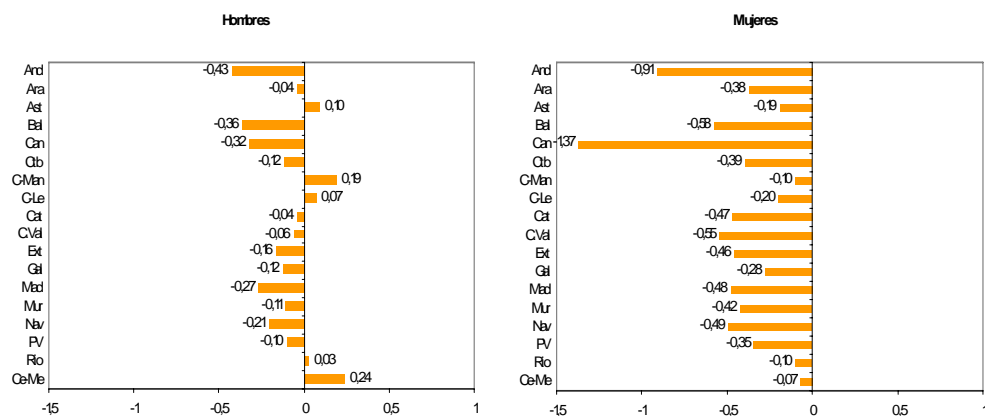
Mapa 22: Distribución por quintiles de la mortalidad por diabetes mellitus en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y 100.000 habitantes.



Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo

Las CCAA con tasas superiores como las Islas Canarias y Andalucía muestran un descenso mayor, con lo cual la variabilidad entre las diferentes comunidades tiende a disminuir (figura 24). En las mujeres se ha produce un descenso en todas la CCAA mientras que en los hombres la evolución es estable en la mayoría con un ligero ascenso en Ceuta y Melilla.

Figura 24. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por diabetes mellitus por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.



Trastornos mentales y del comportamiento

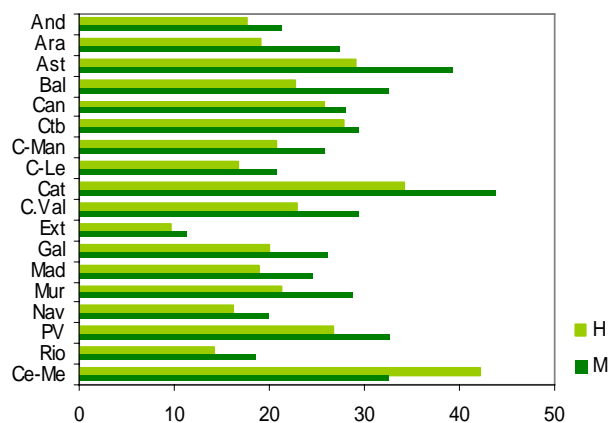
La mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento y de las demencias senil y presenil ha mostrado un incremento importante en España que se ha relacionado con el envejecimiento de la población pero también con un efecto cohorte en los nacidos antes de 1925 (Puig y cols., 2002). Esta misma tendencia también se ha observado en otros países del mismo entorno económico (Kirby y cols., 1998).

En España murieron por trastornos mentales y del comportamiento 19 hombres y 37 mujeres de cada 100.000 en el año 2002 (INE, 2005). En relación con los países de la región Europea, España muestra una elevada mortalidad que la sitúa entre los países con mayor mortalidad por esta causa tanto en hombres como en mujeres como Irlanda, Holanda, Inglaterra y los países nórdicos (World Health Organization Regional Office for Europe, 2005).

Distribución según CCAA y sexo

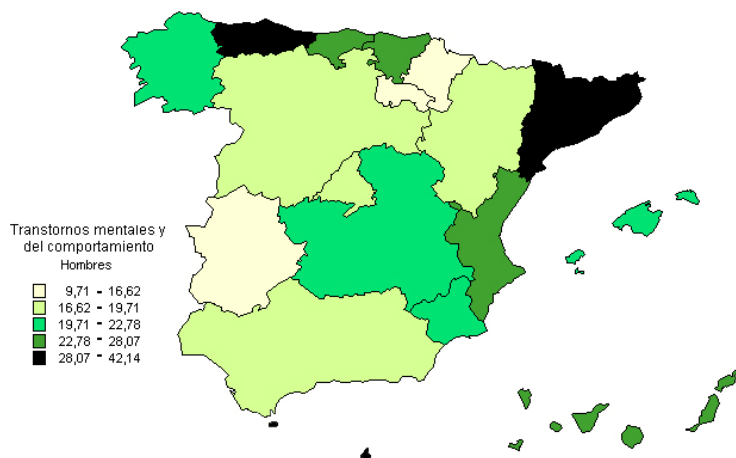
Las tasa de mortalidad de los trastornos mentales y del comportamiento son mayores en las mujeres. Los trastornos mentales implican la muerte a 29 de cada 100.000 hombres y 63 de cada 100.000 mujeres en Asturias. A esta CCAA le sigue Cataluña con 28 fallecidos por cada 100.000 hombres y 56 fallecidas por cada 100.000 mujeres. Cuando se ajustaron por la edad, las tasas de mortalidad continuaron siendo más altas en los hombres y las mujeres de Cataluña, en los hombres en Ceuta y Melilla y en las de las mujeres de Asturias (Anexo 1. Tabla 13). Cabe destacar que en Ceuta y Melilla es la única CCAA donde los hombres tiene una tasa de mortalidad mayor que las mujeres (figura 25).

Figura 25. Distribución de la mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento, en hombres y mujeres, en las CCAA en los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.

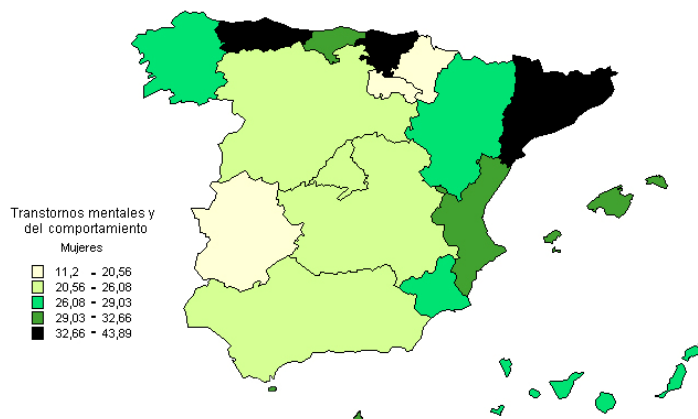


Los mapas 23 y 24 muestran la distribución geográfica de estas tasas. En los hombres las tasas más altas se observan en Cataluña, Asturias y Cantabria mientras que en las mujeres se observan también en Cataluña y Asturias además del País Vasco.

Mapa 23: Distribución por quintiles de la mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



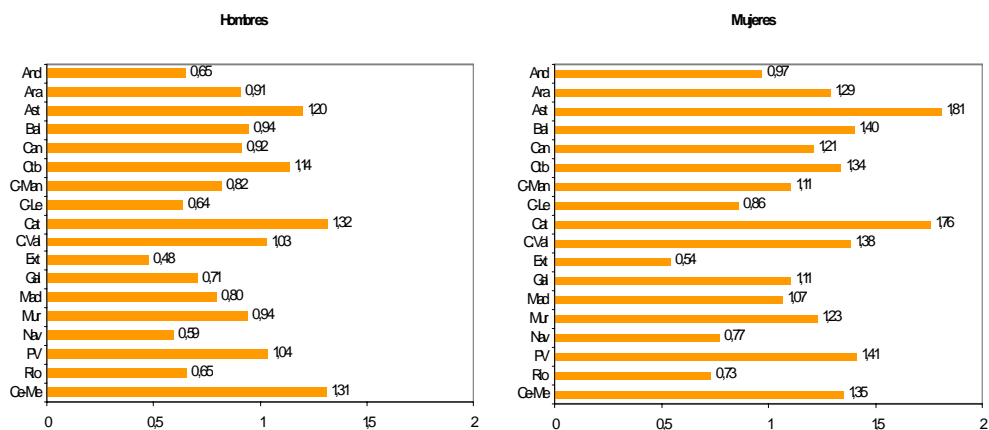
Mapa 24: Distribución por quintiles de la mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo

En todas la CCAA se ha producido un crecimiento de la mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento en estas dos últimas décadas. Sin embargo, son las mujeres las que han mostrado un mayor crecimiento de la mortalidad por esta causa de muerte en todas las CCAA.

Figura 26. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por trastornos mentales y del comportamiento por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.



Enfermedades del sistema nervioso

Dentro de este grupo de enfermedades se encuentra la enfermedad de Alzheimer. En la última década, la muerte por enfermedad de Alzheimer ha pasado a ser una de las diez primeras causas de muerte en las personas mayores y en los países desarrollados, si bien las tasas de mortalidad pueden variar según la fuente de información utilizada de forma que las tasas obtenidas a partir de los certificados de defunción parecen infraestimar la magnitud de la mortalidad por esta enfermedad. (Foley y cols., 2003)

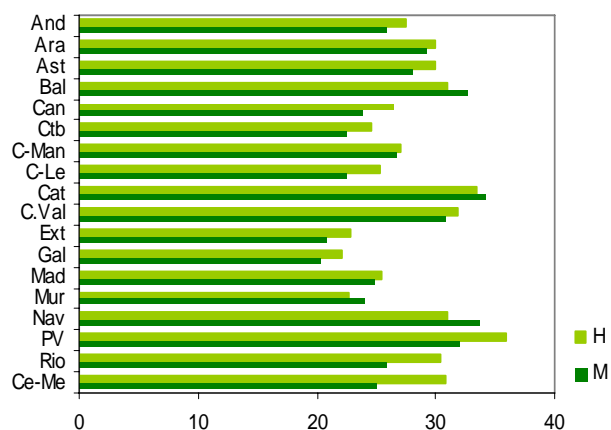
En el año 2002, en España murieron 25 hombres y 35 mujeres de cada 100.000 (INE, 2005). España presenta unas tasas mortalidad por enfermedades del sistema nervioso que la sitúan entre los países de la región Europea con mayor mortalidad por esta causa de muerte tanto en hombres como en mujeres como Inglaterra, Suiza, Austria, Finlandia, Islandia (World Health Organization Regional Office for Europe, 2005).

Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002

Las enfermedades del sistema nervioso causan la muerte a 32 hombres y 44 mujeres de cada 100.000 en Aragón con cifras similares en Asturias, País Vasco y la Rioja en los hombres y Asturias, Cataluña y Navarra en las mujeres (Anexo 1. Tabla 14). Una vez eliminado el efecto de la edad, la mortalidad más alta se produce en las Islas Baleares, Cataluña, Navarra y País Vasco en hombres y mujeres.

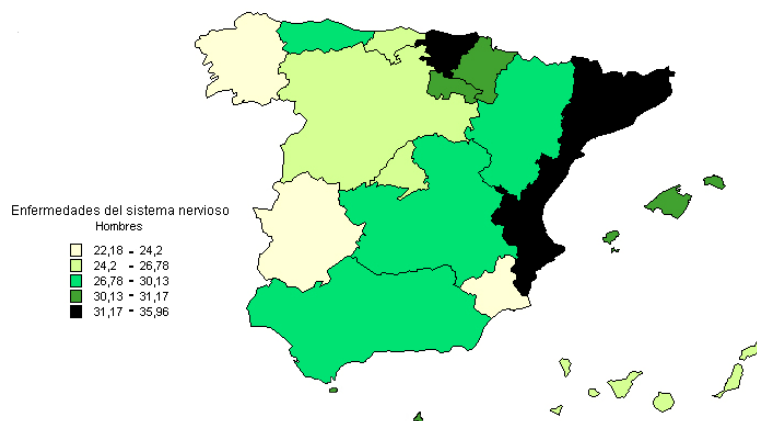
En la figura 27 se muestra las tasas estandarizadas por edad. Destaca la mayor mortalidad entre los hombres excepto en las Islas Baleares, Cataluña, Navarra y Murcia.

Figura 27. Distribución de la mortalidad por enfermedades del sistema nervioso, en hombres y mujeres, en las CCAA de los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.

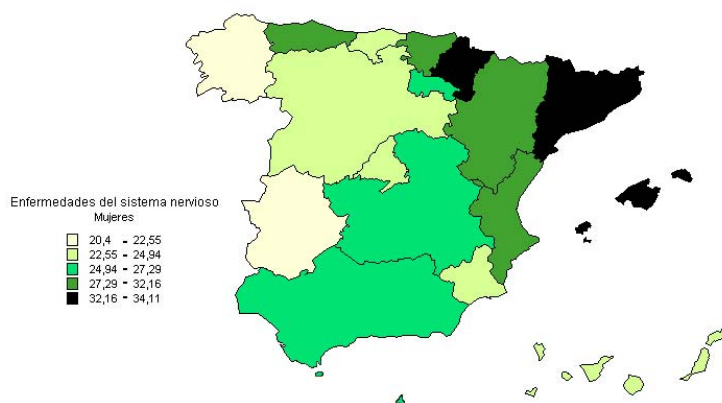


La distribución geográfica se aprecia más claramente en los mapas 25 y 26. En ambos casos se observa un patrón geográfico de forma que la mayor mortalidad se sitúa en las CCAA del noreste, como Cataluña, las Islas Baleares, el País Vasco, Navarra, Aragón y la Comunidad Valenciana tanto en hombres como en mujeres.

Mapa 25: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedades del sistema nervioso en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Mapa 26: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedades del sistema nervioso en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo

Como en el caso de los trastornos mentales, también en la mortalidad por enfermedades del sistema nervioso se observa un aumento importante de las tasas de mortalidad durante los últimos 20 años tanto en hombres como en mujeres (figura 28).

Figura 28. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por enfermedades del sistema nervioso por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.



Enfermedades cardiovasculares (o del sistema circulatorio)

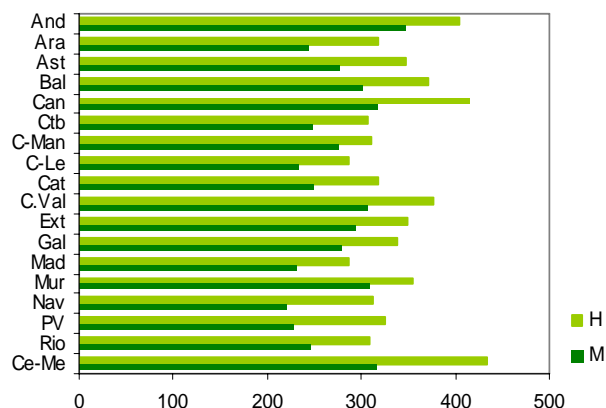
En España desde finales de los años setenta se observa un descenso sostenido de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y en concreto la disminución de la mortalidad por la enfermedad cerebro-vascular y por la cardiopatía isquémica. El descenso de la mortalidad cardiovascular se ha relacionado con los avances médicos y tecnológicos en el diagnóstico y el tratamiento de estas enfermedades así como con la prevención primaria y secundaria de los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular como la hipertensión arterial (Brotons y cols., 1993) (Villar Alvarez y cols., 1998)

Las enfermedades del sistema circulatorio causaron 281 muertes en los hombres y 326 en las mujeres de cada 100.000 en España en el año 2002 (INE,2005) y este grupo de enfermedades son la segunda causa de muerte en los hombres y la primera en las mujeres. Sin embargo, y en relación a los países de la región Europea, España está situada en el primer quintil tanto en los hombres como en las mujeres, lo que implica que España se sitúa entre los países que tienen una menor mortalidad de los que conforman la región Europea como Suiza, Holanda, Suecia, Finlandia e Islandia (World Health Organization Regional Office for Europe, 2005).

Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002

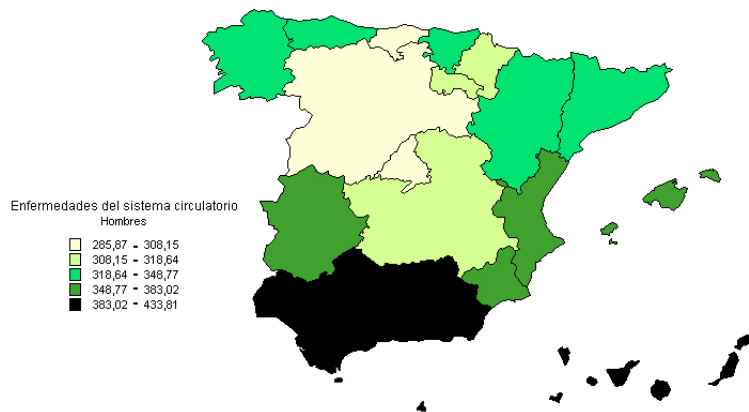
Las enfermedades del sistema circulatorio causaron la muerte a 367 de cada 100.000 hombres en Asturias y a 341 hombres de cada 100.000 en Galicia. En Asturias también produjeron 436 muertes de cada 100.000 mujeres y 421 de cada 100.000 mujeres de Galicia (Anexo 1. Tabla 15). Las tasas brutas de mortalidad son superiores en las mujeres en todas las CCAA. Sin embargo, cuando se ajusta por edad, la tasa estandarizada muestra que las tasas son superiores en los hombres respecto a las mujeres. En los hombres las tasas más altas se encuentran en Ceuta y Melilla, las Islas Canarias y Andalucía y en las mujeres en Andalucía, las Islas Canarias y Ceuta y Melilla (figura 29).

Figura 29. Distribución de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, en hombres y mujeres, en las CCAA, los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.

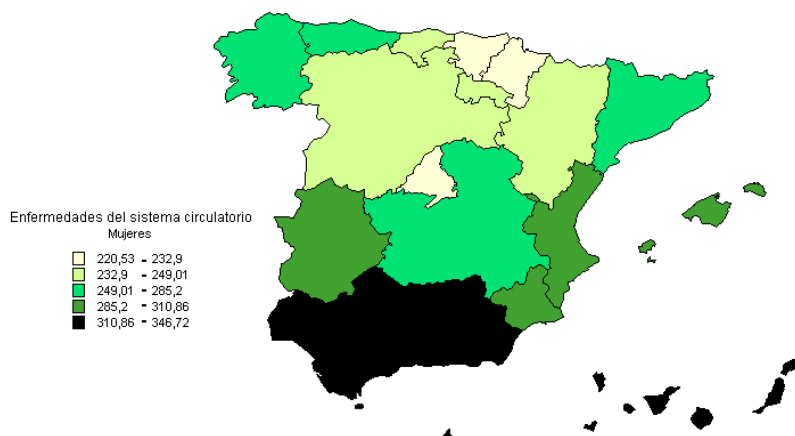


Los mapas 27 y 28 muestran la misma distribución geográfica de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Tanto en los hombres como en las mujeres las CCAA del sur presentaron las mayores tasas de mortalidad.

Mapa 27: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



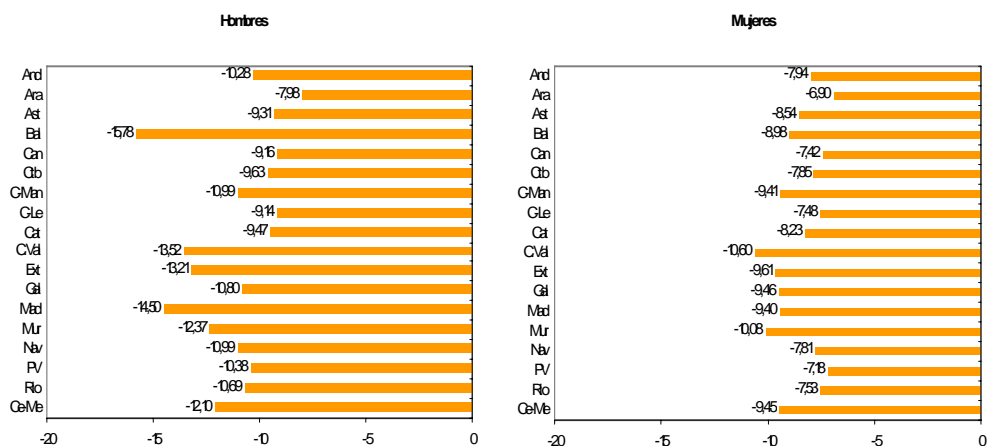
Mapa 28: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo

En las dos últimas décadas se observa un gran descenso de la mortalidad cardiovascular en todas las CCAA y tanto en hombres como en mujeres siendo éste descenso superior en los hombres (figura 30).

Figura 30. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por enfermedades del sistema circulatorio por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.



De las enfermedades cardio-vasculares que se presentan los resultados a continuación son: la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad de la circulación pulmonar y las enfermedades cerebro-vasculares.

Enfermedad Isquémica del Corazón

Dentro del grupo de la enfermedad isquémica del corazón se incluye el infarto agudo del miocardio. España es un país con una baja incidencia y mortalidad por cardiopatía isquémica aunque con una clara variabilidad geográfica de ambos indicadores. (Pérez y cols., 1998) (Marrugat y cols., 2004). Sin embargo, en diversos estudios se ha mostrado como en España existe una alta prevalencia de los factores de riesgo relacionados con esta enfermedad coexistiendo con la baja incidencia y mortalidad, hecho que podría estar relacionado con factores dietéticos protectores incluidos en nuestra dieta (Covas y cols., 2001) (Aguilera y cols., 2003) si bien aún no ha podido establecerse la relación causal.

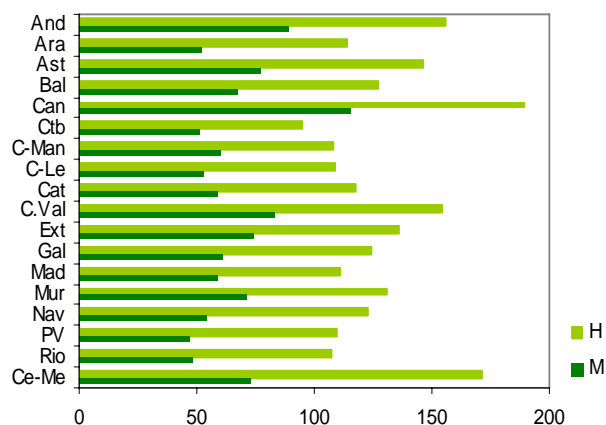
La cardiopatía isquémica originó 108 muertes en los hombres y 80 en las mujeres de cada 100.000 en el año 2002 (INE,2005). En relación a la mortalidad que se produce por esta causa en el resto de países de la región Europea, España se sitúa entre los países con una

menor mortalidad tanto en hombres como en mujeres como Portugal, Suiza, Grecia, Eslovenia y Holanda (World Health Organization Regional Office for Europe, 2005).

Distribución según CCAA y sexo

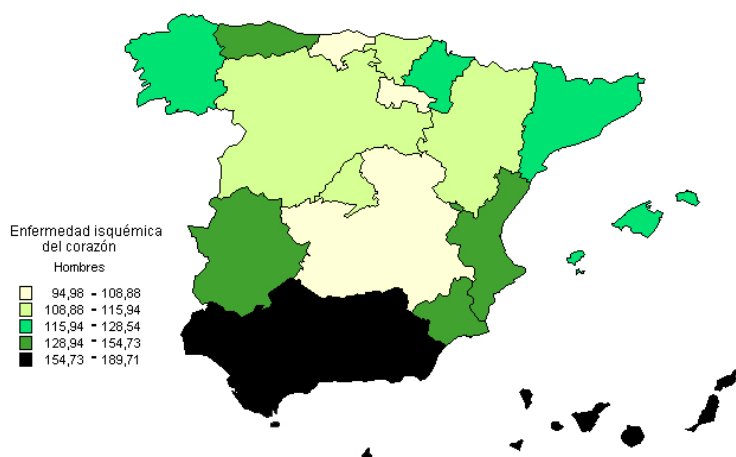
La enfermedad isquémica del corazón causó la muerte a 155 hombres de cada 100.000 y 120 mujeres de cada 100.000 en Asturias (Anexo 1. Tabla 16). La enfermedad isquémica es la que produce mayor mortalidad entre los hombres. Una vez ajustado el efecto de la edad, las tasas más altas se observan en las Islas Canarias, en Ceuta y Melilla y en Andalucía en los hombres y en las Islas Canarias, Andalucía y la Comunidad Valenciana en las mujeres (figura 31).

Figura 31. Distribución de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.

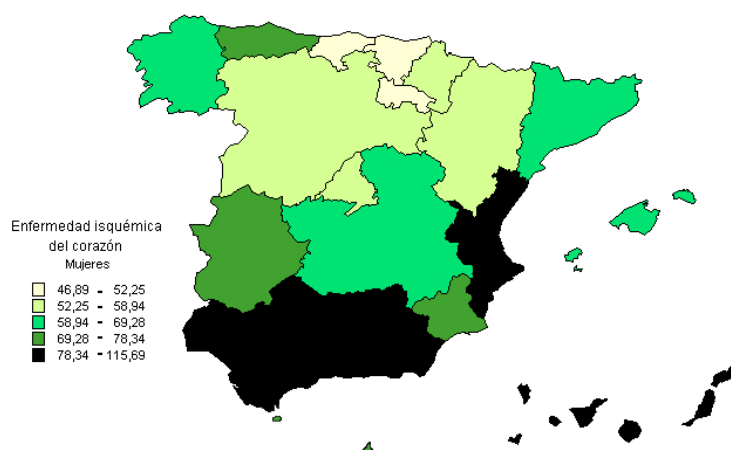


Los mapas 29 y 30 muestran la distribución geográfica de esta causa. Tanto en hombres como en mujeres, muestran un mismo patrón geográfico de forma que las tasas de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón más altas se encuentran en las CCAA del sur del país.

Mapa 29: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Mapa 30: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.

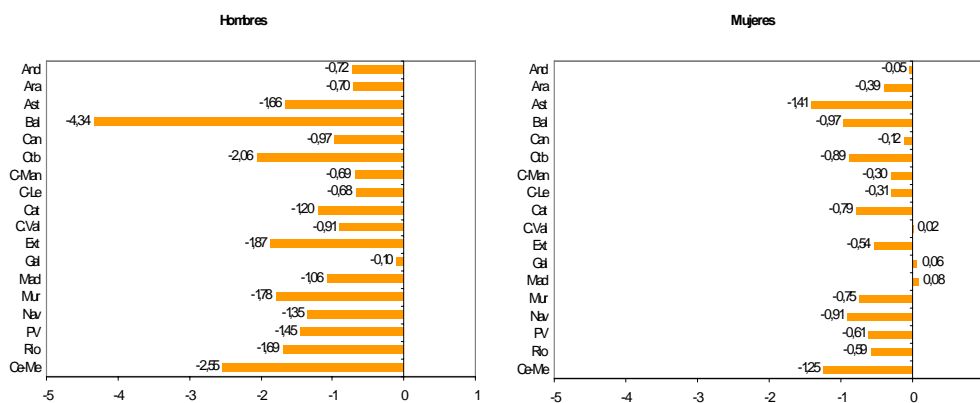


Evolución entre los años 1.981 y 2.002

La mortalidad por enfermedad isquémica del corazón muestra ligeros descensos en todo el periodo de estudio. La figura 32 muestra la evolución anual media de la tasa estandarizada de mortalidad. Las Islas Baleares es la CCAA que muestra el mayor descenso en las tasas

de mortalidad en los hombres. La mortalidad por cardiopatía isquémica muestra un menor descenso en las mujeres.

Figura 32. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por enfermedad isquémica del corazón por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.



Mortalidad por enfermedad de la circulación pulmonar

En este grupo de causas de muerte se incluye la insuficiencia cardiaca. En España, la insuficiencia cardiaca es la tercera causa de muerte de origen cardiovascular siguiendo a la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebro-vascular. La insuficiencia cardiaca es una enfermedad progresiva y mortal incluso cuando se realiza un tratamiento adecuado de forma que tiene una menor supervivencia a los cinco años que algunos tipos de cánceres. (Rodríguez-Artalejo y cols., 2004).

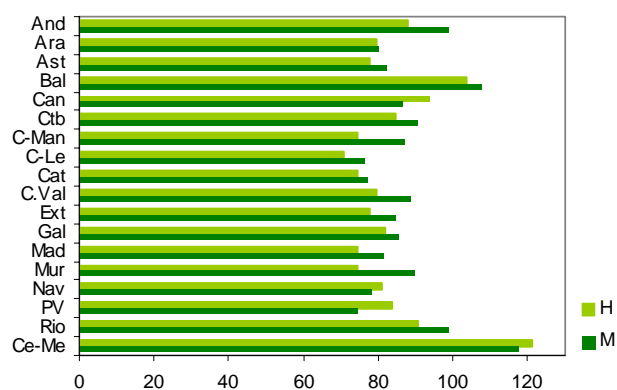
En el año 2002 murieron 65,8 hombres y 102,1 mujeres de cada 100.000 (INE, 2005) por enfermedad de la circulación pulmonar. Estas tasas sitúan España en el tercer quintil tanto en hombres como en mujeres de los países de la región Europea, es decir, entre los países que presentan una mortalidad intermedia como Noruega, Hungría, Portugal y Suecia (World Health Organization Regional Office for Europe, 2005).

Distribución según CCAA y sexo

La enfermedad de la circulación pulmonar causa más muertes en las mujeres que en los hombres en todas las CCAA. En la Rioja se produjeron 88 muertes de cada 100.000 hombres y 141 de cada 100.000 mujeres por enfermedad de la circulación pulmonar (Anexo 1. Tabla 17).

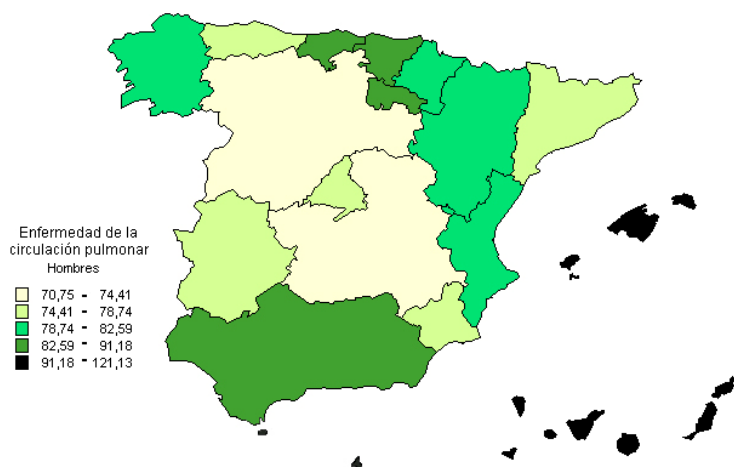
Una vez controlado el efecto de la edad, las tasas se igualan entre hombres y mujeres y entre CCAA. Aún así, las tasas de mortalidad son mayores en Ceuta y Melilla, en las Islas Baleares y en las Islas Canarias en los hombres y en Andalucía, la Rioja y las Islas Baleares en las mujeres (figura 33).

Figura 33. Distribución de la mortalidad por enfermedades de la circulación pulmonar, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.

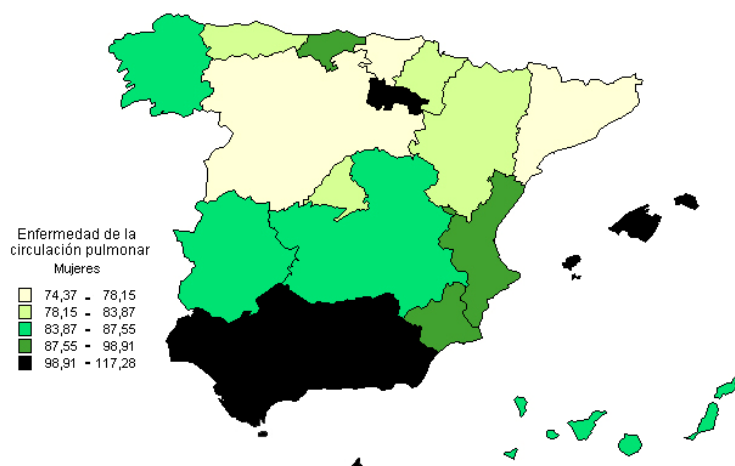


En el caso de los hombres las tasas menores se observan en el centro de la península (mapa 31), mientras que en las mujeres las mas bajas se encuentran en las CCAA del norte del país (mapa 32). Cabe destacar que las CCAA con las tasas más altas en los hombres son las Islas Baleares, las Islas Canarias y Ceuta y Melilla. En las mujeres Andalucía, las Islas Baleares, la Rioja y Ceuta y Melilla.

Mapa 31: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedades de la circulación pulmonar en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Mapa 32: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedades de la circulación pulmonar en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.

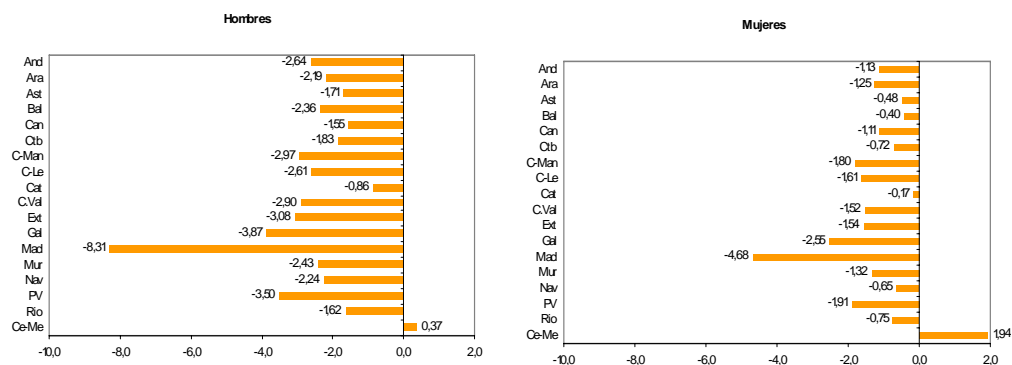


Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo

En las dos últimas décadas se observa un descenso de la mortalidad por enfermedad de la circulación pulmonar en todas las CCAA. La comunidad autónoma con un descenso medio

mayor es la de Madrid mientras que en la única CCAA donde las tasas aumentan es en Ceuta y Melilla (figura 34).

Figura 34. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por enfermedades de la circulación pulmonar por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.



Enfermedades Cerebro-vasculares

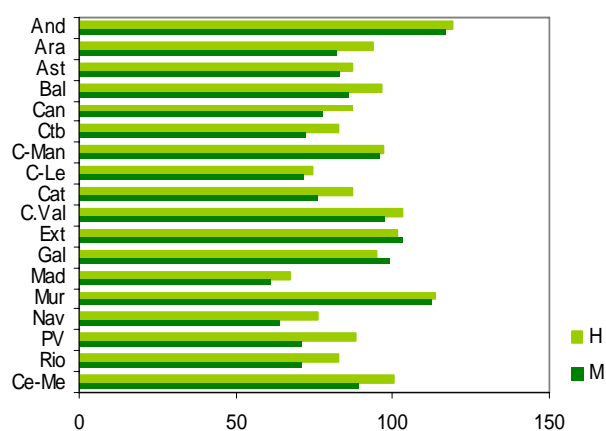
Aunque la mortalidad por enfermedad cerebro-vascular en España se ha visto considerablemente reducida en los últimos veinte años, en todos los grupos de edad y sexo, en el año 2002 fue la segunda causa de muerte en los hombres (73 hombres de cada 100.000) por delante del infarto agudo de miocardio y la primera en las mujeres (100 por cada 100.000 habitantes) (INE,2005). Sin embargo, España se encuentra entre los países que tienen una mortalidad más baja tanto para hombres como para mujeres de los países de la región Europea como Holanda, Suiza, Irlanda, Islandia y los países nórdicos (World Health Organization Regional Office for Europe, 2005).

La mortalidad por enfermedad cerebro-vascular refleja la capacidad para detectar y controlar la hipertensión arterial así como otros factores como el consumo de tabaco, la dieta y el consumo de alcohol. En cuanto a la evolución de la mortalidad por enfermedad cerebro-vascular existe mucha variabilidad entre países de forma que en algunos la mortalidad decrece y en otros está aumentando (Sarti y cols., 2000).

Distribución anual media según CCAA y sexo en 1.999 – 2.002

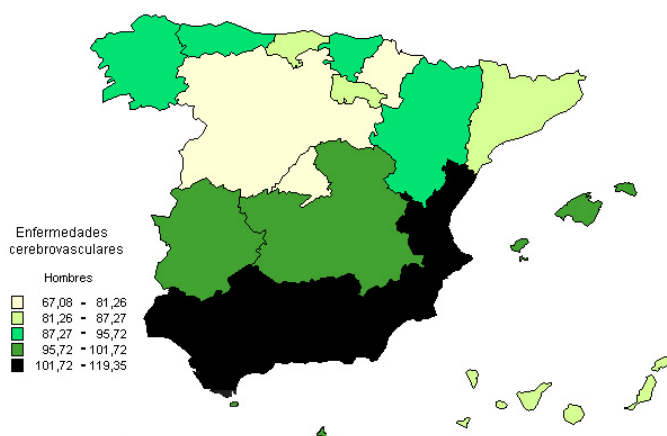
También en la enfermedad cerebro-vascular las mujeres presentan una mayor mortalidad que los hombres de forma que en Galicia se produjeron 149 muertes por cada 1000.000 mujeres y en Aragón 101,8 por cada 100.000 hombres (Anexo 1. Tabla 18). En cambio cuando se controla el efecto de la edad, las tasas estandarizadas son similares para ambos sexos (figura 35) y éstas son sólo superiores en las mujeres de Extremadura y Galicia. La tasas más altas tanto en hombres como en mujeres se encuentran en Andalucía y Murcia.

Figura 35. Distribución de la mortalidad por enfermedades cerebro-vasculares, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Los mapas siguientes (mapas 33 y 34) indican unas tasas superiores en las CCAA del sur del país para ambos sexos destacando sobretodo la mortalidad de los hombres de Andalucía, Murcia y la Comunidad Valenciana y de las mujeres de Andalucía, Murcia y Extremadura.

Mapa 33: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedades cerebro-vasculares en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Mapa 34: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedades cerebro-vasculares en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



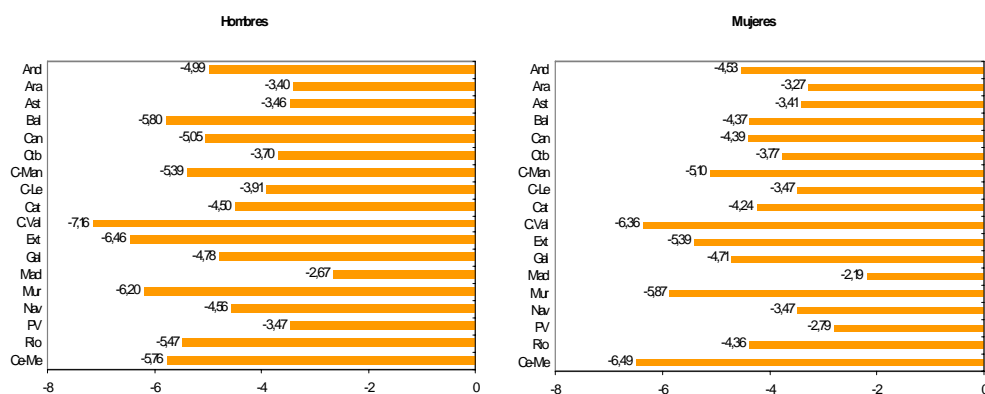
Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo

Entre los años 1981 y 2002 la evolución de la mortalidad por enfermedades cerebro-vasculares muestra una tendencia claramente a la baja en ambos sexos. Entre las CCAA que muestran un descenso más marcado se encuentran Murcia y la Comunidad Valenciana

Comentario: Página: 92
FIXAR-SE AMB MADRID...

(figura 36) que aún siguen siendo las CCAA con tasas más altas en los hombres y la Comunidad Valenciana y Ceuta y Melilla en las mujeres.

Figura 36. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por enfermedades cerebro-vasculares por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.



Enfermedades del sistema respiratorio

En este grupo de causas de muerte se incluye la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma. Los factores asociados a la mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio y en concreto al asma y a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica son el tabaco, la exposición ocupacional y la contaminación atmosférica.

En el año 2002 se produjeron 121 muertes por cada 100.000 hombres y 80 por cada 1000.000 mujeres por enfermedades del sistema respiratorio (INE, 2005). La tasa de mortalidad de los hombres sitúa a España entre los países con mayor mortalidad por esta causa como Holanda, Inglaterra, Rumania y Eslovenia. Las tasas de mortalidad de las mujeres sitúan España entre los países con una mortalidad intermedia como Finlandia e Islandia (World Health Organization Regional Office for Europe, 2005).

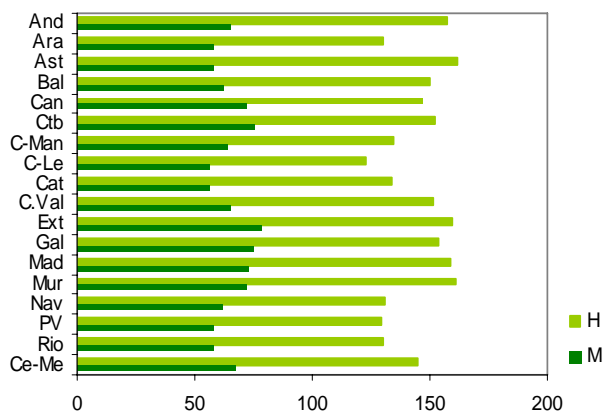
Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002

Las tasas de mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio más altas se observaron en Asturias y Galicia en el caso de los hombres (168 y 153 por 100.000 respectivamente) y en las mujeres de Galicia y Cantabria (113 y 106 por 100.000 respectivamente) (Anexo 1. Tabla 19).

Una vez ajustado el efecto de la edad, se observa que en el caso de los hombres las tasas superiores son Asturias (161 de cada 100.000 hombres), Murcia (160 de cada 100.000 hombres) y Extremadura (159 de cada 100.000 hombres). En las mujeres, Extremadura, Cantabria y Galicia son las CCAA con las tasas mayores (figura 37).

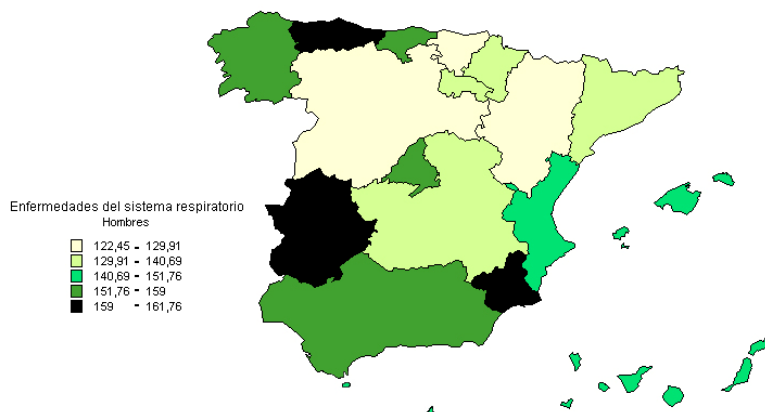
Los hombres presentan unas tasas de mortalidad mayores en todas las CCAA.

Figura 37. Distribución de la mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.

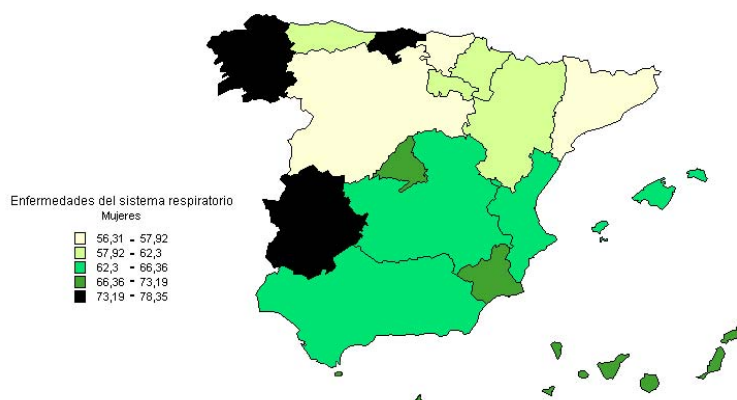


En el último trienio las tasas de mortalidad por esta enfermedad presentaron las mayores tasas en los hombres de Extremadura, Murcia y Asturias (mapa 35) y en las mujeres de Extremadura, Galicia y Cantabria (mapa 36).

Mapa 35: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Mapa 36: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.

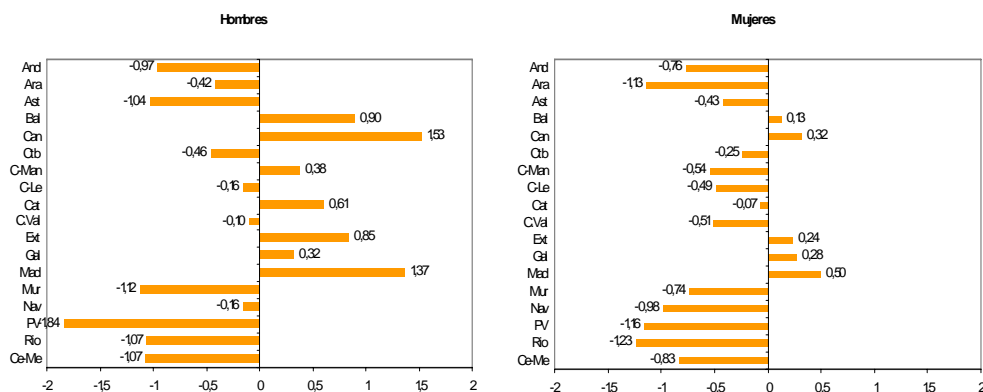


Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo

Durante todo el periodo de estudio las tasas en los hombres han sido siempre superiores a las de las mujeres. La evolución anual media del periodo varía entre CCAA. En algunas CCAA, como las Islas Canarias y la Comunidad de Madrid la tendencia es al crecimiento, mientras que en otras, como el País Vasco es al descenso en los hombres (figura 38).

Tendencias similares se observan entre las mujeres pero con estimaciones inferiores a la de los hombres.

Figura 38. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por enfermedades del sistema respiratorio por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.



Dentro del grupo de las enfermedades respiratorias se muestra la mortalidad por bronquitis, enfisema y asma.

Bronquitis, enfisema y asma

La mortalidad por bronquitis, enfisema y asma mantiene una relación con la exposición al humo del tabaco (Banegas y cols., 2005), la contaminación atmosférica (Tobias Garcés y cols., 1998) y con la inhalación de gases por exposición ocupacional (Trupin y cols., 2003).

De todos estos factores el consumo de tabaco es el factor más asociado a la mortalidad por enfisema y bronquitis. En España, la mortalidad atribuible al tabaco ha ido aumentando progresivamente tanto en hombres como en mujeres. Aunque recientemente se ha descrito una reducción en los casos de muerte atribuibles al tabaco, la incorporación de las generaciones jóvenes y de las mujeres al hábito tabáquico no hace prever que esta tendencia pueda revertir fácilmente (Banegas y cols., 2005).

El asma, en cambio es una enfermedad con un mejor pronóstico que el enfisema y la bronquitis (García-Aymerich y cols., 1999).

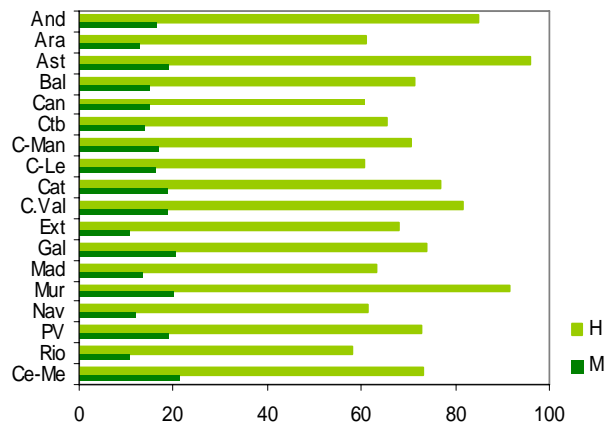
En el año 2002, 60 hombres y 17 mujeres de cada 100.000 murieron por bronquitis y enfisema y 1 hombre y 3 mujeres de cada 100.000 por asma (INE, 2005). En relación con los países de la región Europea, la mortalidad por bronquitis y enfisema en los hombres sitúa España entre los que tienen una mortalidad intermedia como Irlanda, Inglaterra y Hungría. En cambio, la mortalidad por asma sitúa España entre los que tienen una menor mortalidad como Portugal, Inglaterra e Irlanda. En las mujeres, la mortalidad por bronquitis, enfisema y asma sitúa España entre los países con menor mortalidad como Portugal y Grecia y en cambio la mortalidad por asma es intermedia y similar a la de países como Inglaterra, Noruega e Irlanda (World Health Organization Regional Office for Europe, 2005).

Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002

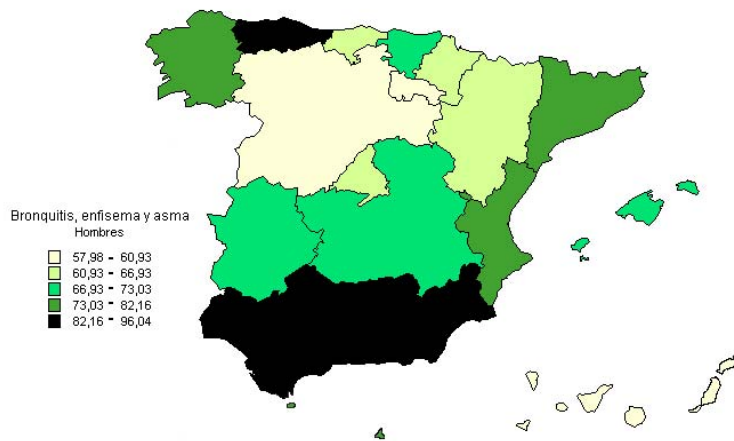
En el trienio la mortalidad por enfisema, bronquitis y asma es superior en los hombres que en las mujeres. La comunidad con unas tasas brutas mayores es Asturias (100 de cada 100.000 hombres y 30 de cada 100.000 mujeres) seguida de Galicia (73 por cada 100.000 hombres y 31 de cada 100.000 mujeres) (Anexo 1. Tabla 20).

Una vez eliminado el efecto de la edad, las tasas más altas continúan siendo las de Asturias, seguidas de Murcia y Andalucía en los hombres y Galicia, Murcia y Ceuta y Melilla en las mujeres (figura 39), resultados que también corroboran los mapas 37 y 38.

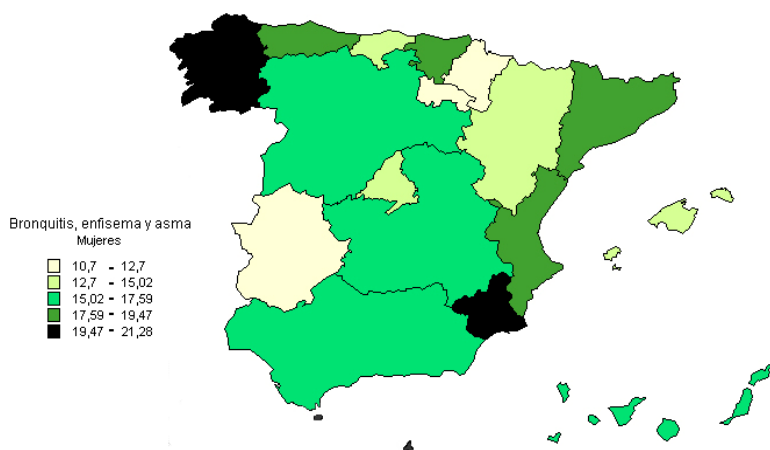
Figura 39. Distribución de la mortalidad por bronquitis, enfisema y asma, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Mapa 37: Distribución por quintiles de la mortalidad por bronquitis, enfisema y asma en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Mapa 38: Distribución por quintiles de la mortalidad por bronquitis, enfisema y asma en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.

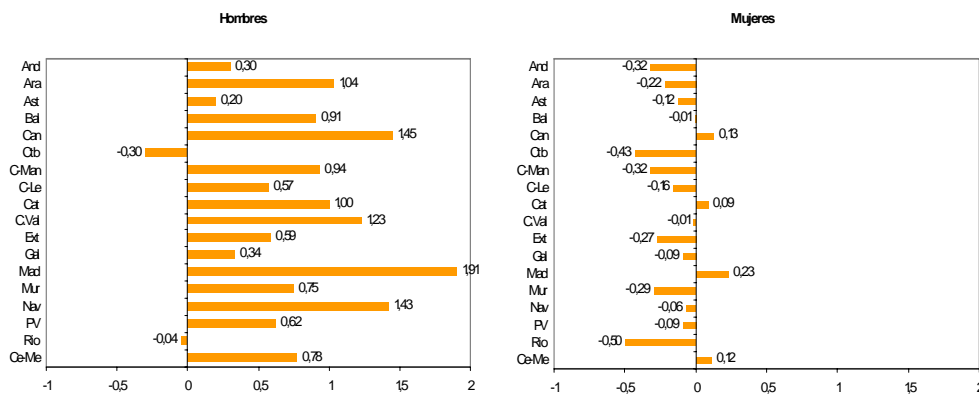


Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo

Comentario: Página: 100
Pendent fer de nou amb els valors correctes.

Durante el periodo de estudio, la mortalidad por bronquitis, enfisema y asma muestra un ascenso en los hombres excepto en Cantabria mientras que en las mujeres se produce un ligero descenso excepto en las CCAA de las Islas Canarias, Cataluña, la Comunidad de Madrid y Ceuta y Melilla (figura 40).

Figura 40. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por bronquitis, enfisema y asma por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.



Enfermedades del sistema digestivo

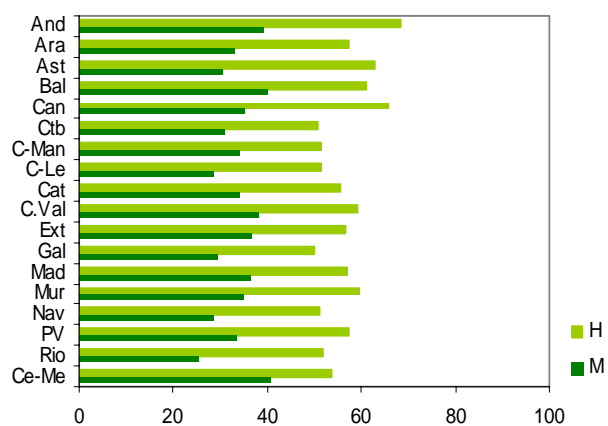
La mortalidad por enfermedades del sistema digestivo provocó 50 muertes en los hombres y 41 en las mujeres en España en el año 2002 (INE, 2005). En relación a los países de la región Europea, la tasa de mortalidad por este grupo de causa sitúa entre los que presentan una mortalidad baja como Inglaterra Holanda, Portugal, Austria y Finlandia(World Health Organization Regional Office for Europe, 2005).

Distribución según CCAA y sexo en 2.000 – 2.002

Las enfermedades del sistema digestivo causaron la muerte a 67de cada 100.000 hombres y a 46 de cada 100.000 mujeres en el Asturias. Esta CCAA es la que presenta las tasas de mortalidad más altas juntamente con Aragón y Castilla-León en los hombres y Aragón y Extremadura en las mujeres (Anexo 1, Tabla 21).

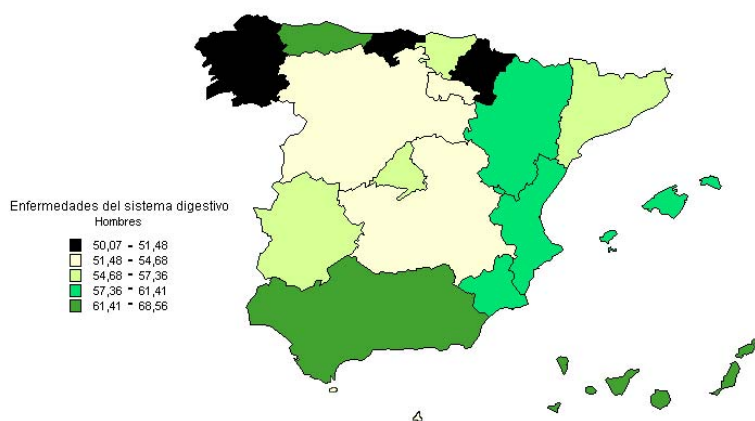
Una vez ajustadas las tasas por la edad, las tasas más altas pasan a ser las de Andalucía y las Islas Canarias en los hombres y las Islas Baleares y Ceuta y Melilla en las mujeres (figura 41).

Figura 41. Distribución de la mortalidad por enfermedades del sistema digestivo, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.

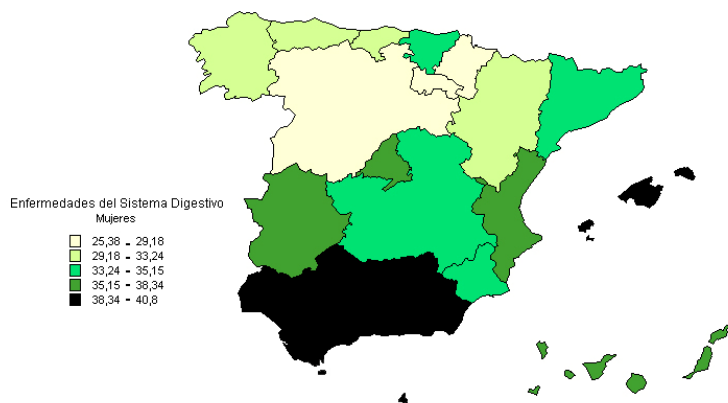


Los mapas 39 y 40 indican que la mortalidad por enfermedades del sistema digestivo es mayor en las CCAA situadas al norte del país (Galicia, Cantabria, Navarra) en los hombres y las CCAA situadas en el sur y en el este en las mujeres como Andalucía, las Islas Baleares y Ceuta y Melilla.

Mapa 39: Distribución por quintiles de la mortalidad enfermedades del sistema digestivo en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



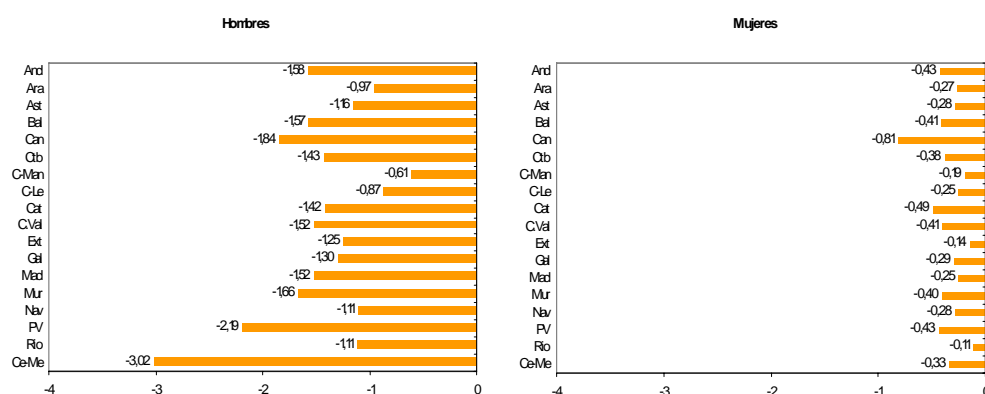
Mapa 40: Distribución por quintiles de la mortalidad enfermedades del sistema digestivo en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo

En los últimos 20 años la mortalidad por enfermedades del sistema digestivo ha ido en descenso especialmente en los hombres. En el caso de los hombres, las CCAA de Ceuta y Melilla y el País Vasco son las que han reducido más las tasas de mortalidad. En las mujeres el descenso ha sido menor que en los hombres en todas las CCAA (figura 42).

Figura 42. Evolución anual media entre 1981 y 2001 de la mortalidad estandarizada por edad y por enfermedades del sistema digestivo por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.



Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado

La cirrosis hepática es la primera causa de muerte atribuible al consumo de alcohol. La mortalidad por esta causa muestra una ligera tendencia decreciente en los hombres (Jane y cols., 2003). Sin embargo, en estudios recientes se ha observado un ligero incremento de la mortalidad por esta enfermedad en adultos jóvenes que se ha podido relacionar con la hepatitis C y B (Ribes y cols., 2004).

La cirrosis provocó 20 muertes por cada 100.000 hombres y 8 muertes de cada 100.000 mujeres (INE, 2005). Tanto los hombres como las mujeres se sitúan en el segundo quintil en relación con el resto de países de la región Europea, es decir entre los que presentan una mortalidad intermedia como Inglaterra, Finlandia, Suiza, Irlanda y Polonia (World Health Organization Regional Office for Europe, 2005).

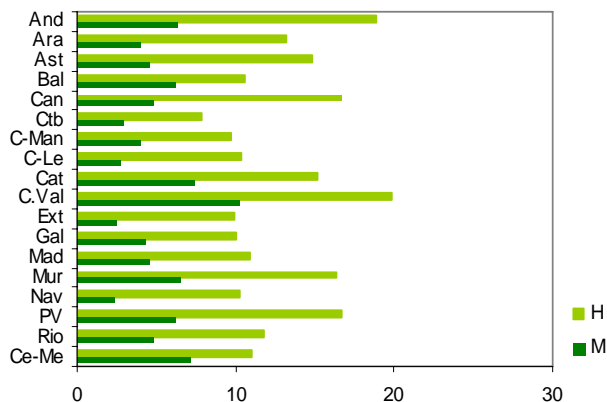
Distribución según CCAA y sexo en 1.999-2.001

En la Comunidad Valenciana, Asturias y el País Vasco murieron a consecuencia de la cirrosis hepática alrededor de 17 hombres de cada 100.000 hombres. En las mujeres las tasas más altas se encuentran en la Comunidad Valenciana, Cataluña y el País Vasco (11 , 8 y 7 de cada 100.000 mujeres respectivamente) (Anexo 1. Tabla 22).

Las tasas estandarizadas por edad muestran diferencias de magnitud importantes entre las CCAA y entre sexos ya que los hombres siempre muestran tasas de mortalidad superiores a las mujeres. Las CCAA con mayores tasas estandarizadas en los hombres son: la Comunidad Valenciana, Andalucía y País Vasco, mientras que en las mujeres son la Comunidad Valenciana, Cataluña y Ceuta y Melilla (figura 43).

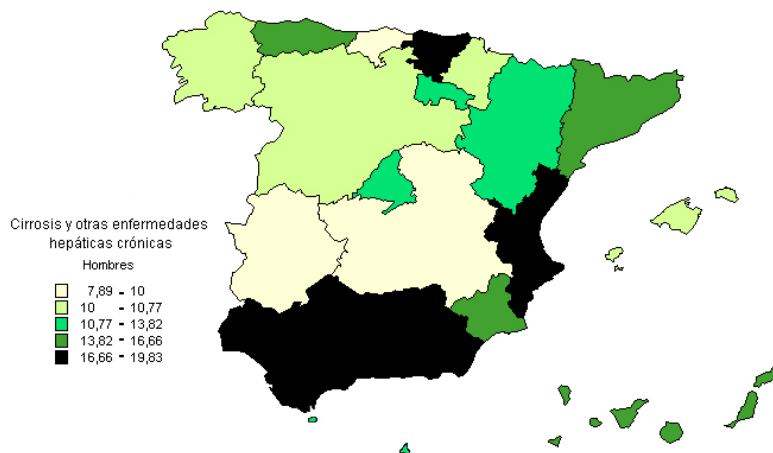
Los mapas 41 y 42 muestran unas tasas de mortalidad superiores en Asturias, el País Vasco, la Comunidad Valenciana y Andalucía aunque las CCAA del este del país también se encuentran entre las que tienen tasa elevadas de mortalidad en el caso de los hombres. En las mujeres las tasas más altas se encuentran también al este del país, en Cataluña, la Comunidad Valenciana y Ceuta y Melilla.

Figura 43. Distribución de la mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002 Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.

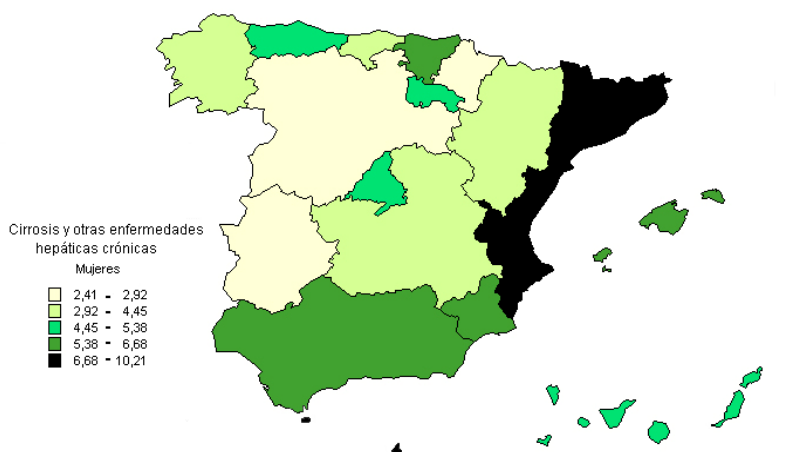


Mapa 41: Distribución por quintiles de la mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.

Comentario: Página: 106
ISABEL: graduació colors incorrecte.



Mapa 42: Distribución por quintiles de la mortalidad cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.

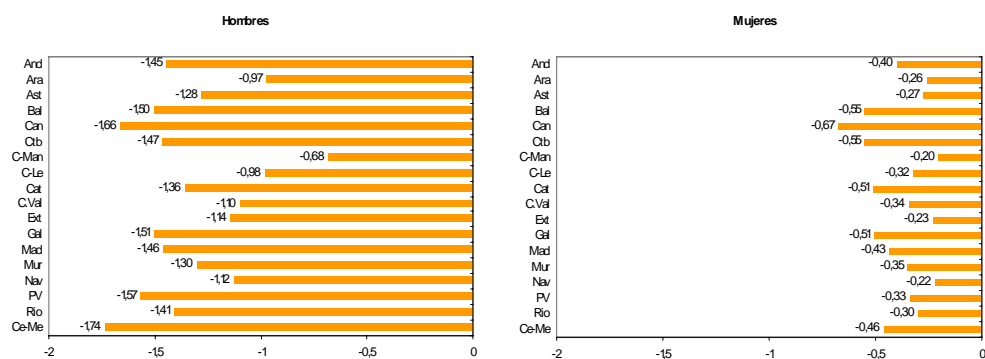


Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo

En los últimos años, la mortalidad a causa de la cirrosis y de otras enfermedades crónicas del hígado se ha reducido considerablemente tanto en hombres como en mujeres. En la

figura 44 se observa como el descenso medio anual en los hombres es más pronunciado que en las mujeres si bien en éstos se partía de tasas más elevadas.

Figura 44. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.



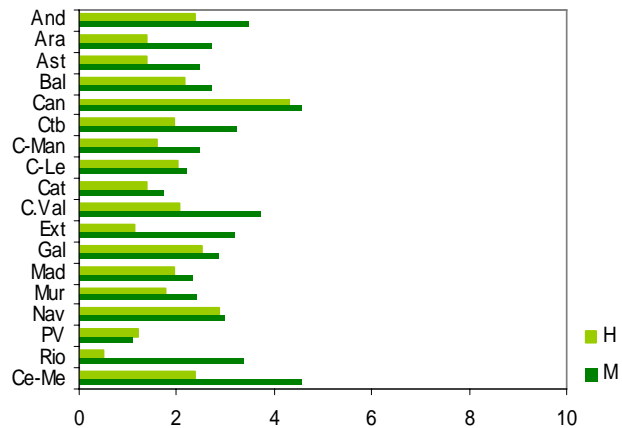
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Las enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo produjeron 2 muertes de cada 100.000 hombres y 3 muertes de cada 100.000 mujeres en el año 2002 en España (INE, 2005). La mortalidad por enfermedades de la piel en los hombres y en las mujeres sitúa España entre los que tienen una mayor mortalidad en relación a los países de la región Europea como Portugal, Inglaterra, Irlanda, Holanda e Islandia (World Health Organization Regional Office for Europe, 2005).

Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002

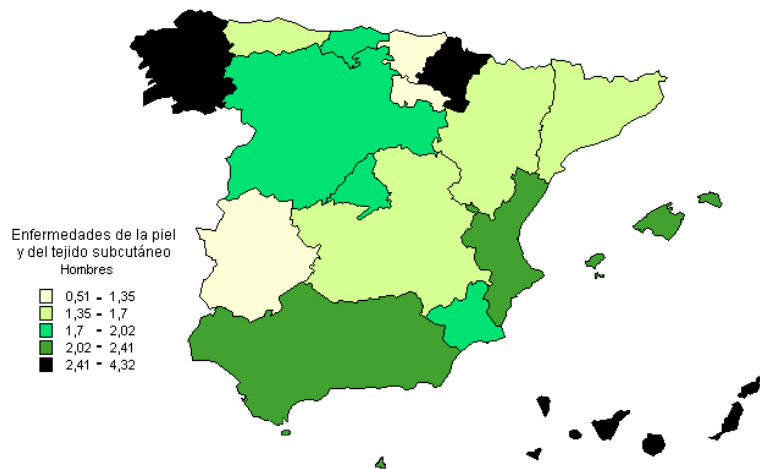
Estas enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo causan un número muy bajo de muertes. La mortalidad en los hombres varía por CCAA entre 1 y 2 muertes y en las mujeres llega a ser de 4 por cada 100.000 en la Rioja, Cantabria y Galicia (Anexo 1. Tabla 23) Una vez estandarizadas por la edad, las tasas más altas se encuentran en las Islas Canarias (4 hombres y 4 mujeres de cada 100.000) y Ceuta y Melilla en las mujeres (figura 45).

Figura 45. Distribución de la mortalidad por enfermedades de la piel y tejido subcutáneo, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.

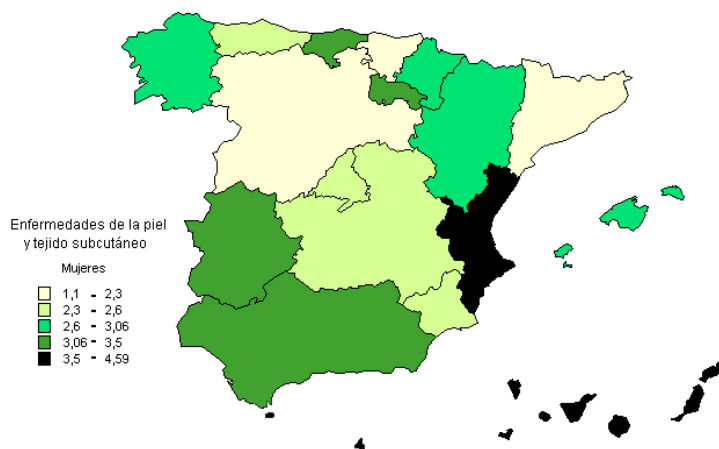


Los mapas 43 y 44 muestran la distribución geográfica de la mortalidad por esta causa. Las CCAA de Galicia, Navarra y las Islas Canarias en los hombres mientras que en las mujeres son la Comunidad Valenciana, las Islas Canarias y Ceuta y Melilla

Mapa 43: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedades de la piel y tejido subcutáneo en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



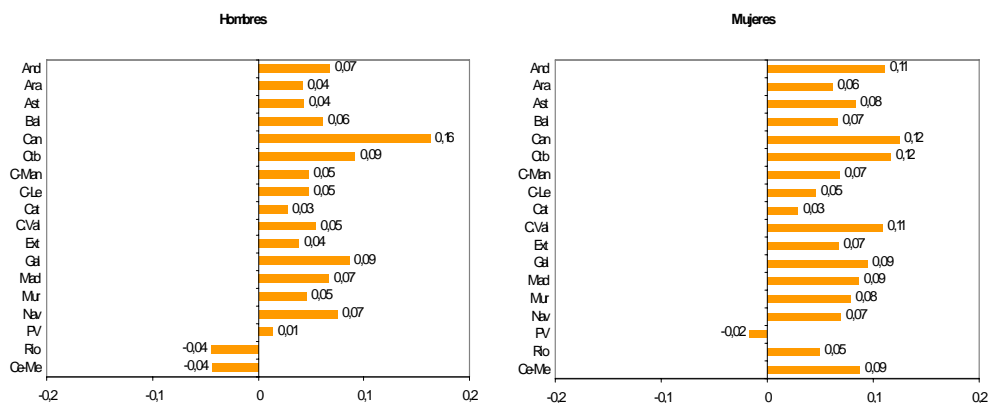
Mapa 44: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedades de la piel y tejido subcutáneo en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo

En las dos décadas estudiadas se observa una ligera tendencia a aumentar en todas las CCAA como muestra la figura 46 excepto en la Rioja y Ceuta y Melilla en los hombres que desciende ligeramente.

Figura 46. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por enfermedades de la piel y tejido subcutáneo por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.



Enfermedades del sistema osteo-muscular y del tejido conjuntivo

La mortalidad por enfermedades del sistema osteo-muscular y del tejido conjuntivo fueron 5 hombres y 11 mujeres por cada 100.000 respectivamente en el año 2002 (INE, 2005). La mortalidad por esta causa sitúa a España entre los países que presentan una mayor mortalidad en relación con los países de la región Europea como Suiza, Inglaterra, Irlanda, Holanda, Noruega y Finlandia (World Health Organization Regional Office for Europe, 2005).

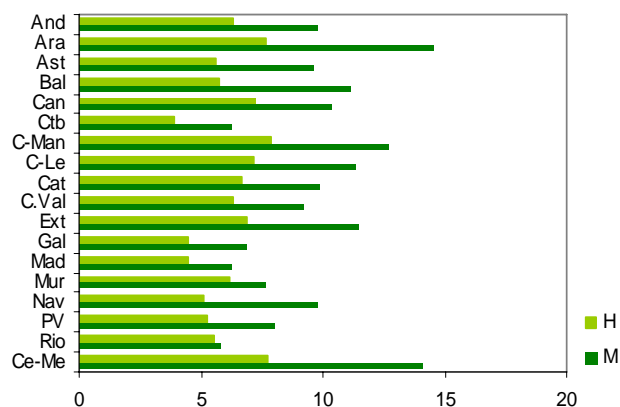
Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002

Las tasas de mortalidad por enfermedades del sistema osteo-muscular y del tejido conjuntivo causan más muertes en las mujeres que en los hombres. Mientras que en Aragón morían por esta causa 8 de cada 100.000 hombres en la misma CCAA morían 22 de cada 100.000 mujeres (Anexo 1. Tabla 24). Cuando se ajusta por edad, las tasas estandarizadas resultantes muestran como esta misma CCAA además de Castilla-la

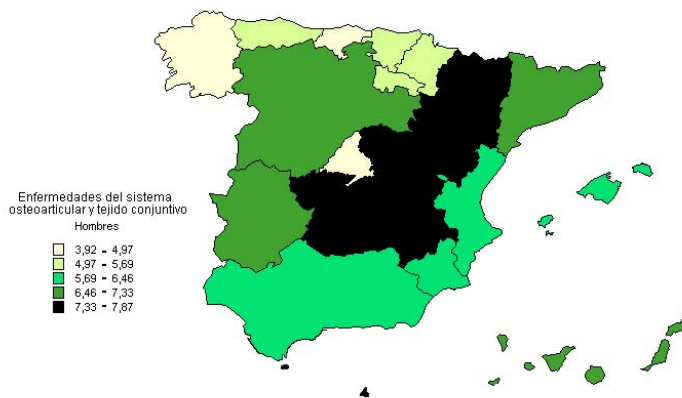
Mancha y Ceuta y Melilla las que presentan las mayores tasas estandarizadas tanto en hombres como en mujeres (figura 47).

Las tasas estandarizadas siempre fueron mayores en las mujeres y las más altas se observan en las CCAA del centro de España y sobretodo en Aragón y Castilla-La Mancha y Extremadura tanto en hombres como en mujeres (mapas 45 y 46).

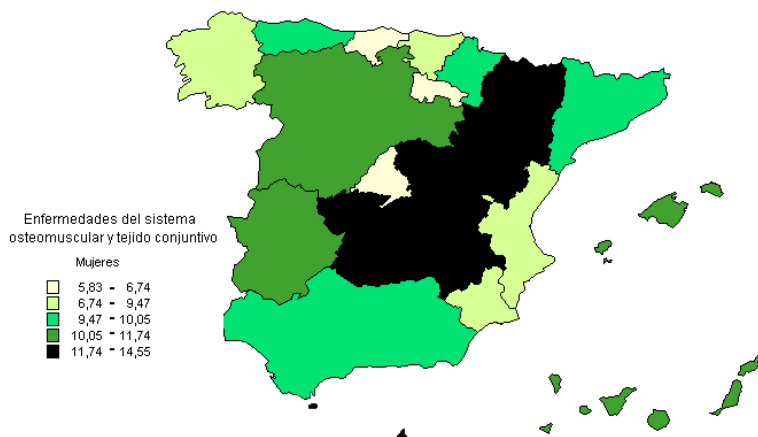
Figura 47. Distribución de la mortalidad por enfermedades del sistema osteo-muscular y del tejido conjuntivo, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Mapa 45: Distribución por quintiles de la mortalidad enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



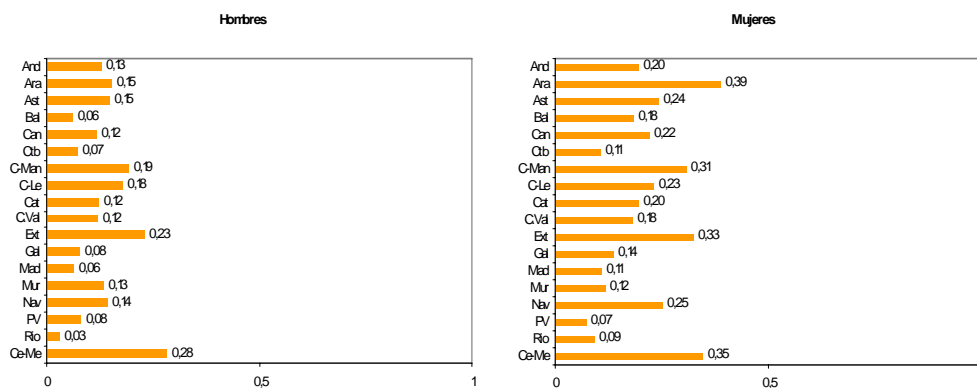
Mapa 46: Distribución por quintiles de la mortalidad enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo

La evolución anual media de la mortalidad por esta causa muestra una leve tendencia al aumento en todas las CCAA (figura 48).

Figura 48. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.



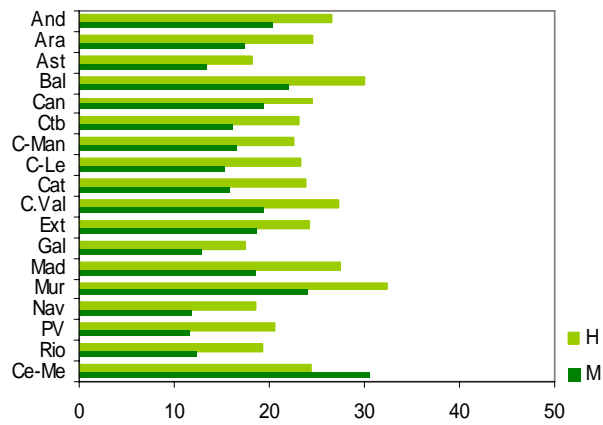
Mortalidad por enfermedades del sistema genitourinario

De entre las enfermedades del sistema genitourinario, las enfermedades del riñón y del uréter son las que producen una mayor mortalidad. En el año 2002, murieron en España por enfermedades del sistema genitourinario 20 hombres y 20 mujeres de cada 100.000 (INE, 2005). Cuando se compara la mortalidad en España del año 2002 con la que se produce en el resto de los países de la región Europea, los hombres y las mujeres se situaron entre los que tenían una mayor mortalidad como Portugal, Irlanda, Chequia y Eslovaquia (World Health Organization Regional Office for Europe, 2005).

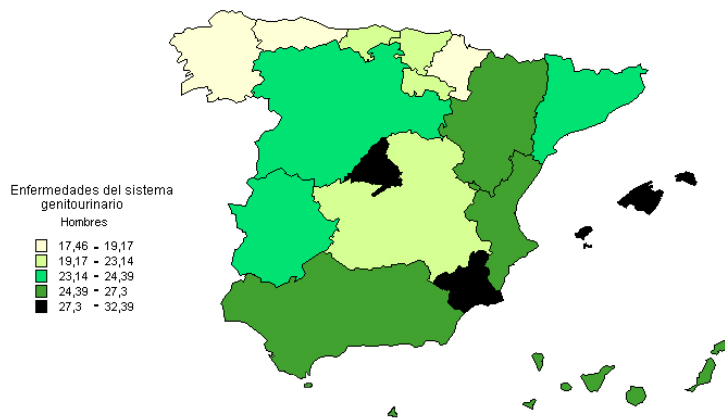
Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002

Las enfermedades del sistema genitourinario causaron la muerte a 26 hombres y 26 mujeres de cada 100.000 en Aragón y 26 hombres y 25 mujeres de cada 100.000 en Castilla y León. (Anexo 1. Tabla 25). Una vez ajustada por la edad, Murcia, las Islas Baleares y la Comunidad de Madrid en los hombres y Ceuta y Melilla, las Islas Baleares y Murcia en las mujeres son las CCAA que presentan las tasas de mortalidad más altas (Figura 49 y mapas 47 y 48). Los hombres tienen unas tasas de mortalidad superiores a las mujeres en todas las CCAA.

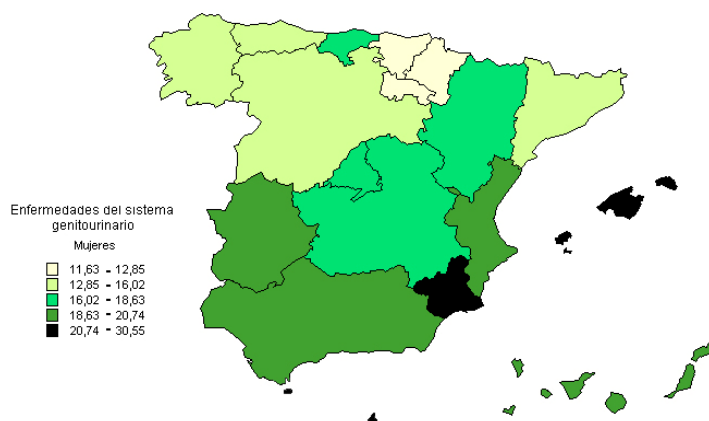
Figura 49. Distribución de la mortalidad por enfermedades del sistema genitourinario, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Mapa 47: Distribución por quintiles de la mortalidad enfermedades del sistema genitourinario en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



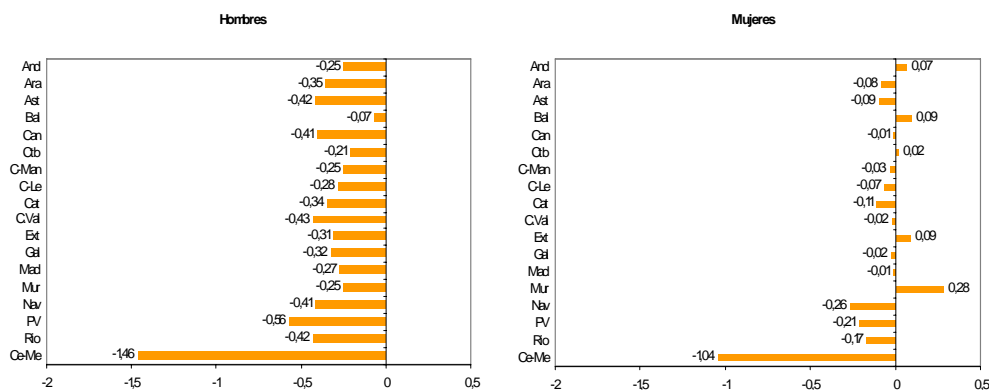
Mapa 48: Distribución por quintiles de la mortalidad enfermedades del sistema genitourinario en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo

La figura 50 muestra la variación anual media de las tasas estandarizadas por enfermedades del sistema genitourinario en las dos últimas décadas. En el caso de los hombres se nota un leve descenso, mientras que en las mujeres el descenso aún es menor. Cabe destacar el descenso de la mortalidad media anual en Ceuta y Melilla tanto en hombres como en mujeres.

Figura 50. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por enfermedades del sistema genitourinario por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.



Mortalidad por embarazo, parto y puerperio

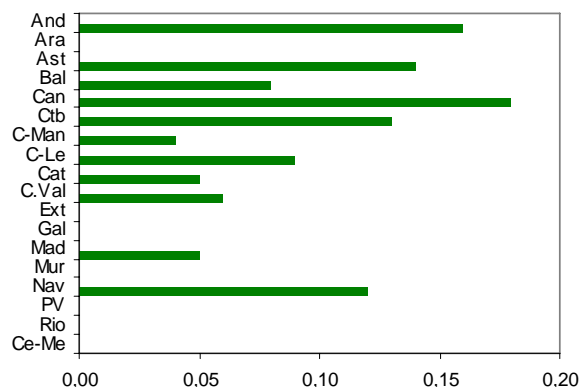
En este grupo se incluyen las causas de muerte que se especifican como maternas. Sin embargo, en nuestro país no es posible conocer si la muerte se relacionó con el embarazo desconocemos la mortalidad materna real ya que muchos casos que quedan clasificados en otras causas de muerte.

La mortalidad materna por causas indirectas fue de 0,07 por 100.000 mujeres en el año 2002 (INE, 2005). La mortalidad por esta causa sitúa España entre la mayoría de los países de la región Europea con una mortalidad materna baja (World Health Organization Regional Office for Europe, 2005).

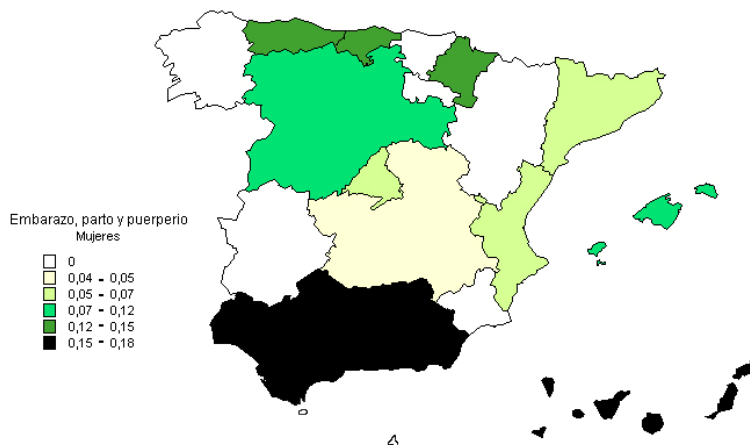
Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002

La mortalidad por embarazo, parto y puerperio muestra unas tasas muy bajas y por tanto están sometidas a las fluctuaciones de los números bajos. En algunas CCAA no ha habido defunciones por esta causa en los últimos tres años. Sin embargo, las CCAA con unas tasas más altas son Andalucía y las Islas Canarias (Anexo 1. Tabla 26, Figura 51 y mapa 49).

Figura 51. Distribución de la mortalidad por embarazo, parto y puerperio, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 mujeres.



Mapa 49: Distribución por quintiles de la mortalidad embarazo, parto y puerperio en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 mujeres.

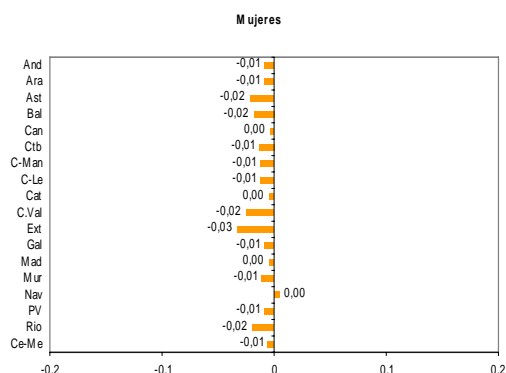


Comentario: Página: 120
Pendent fer de nou amb els
valors correctes.

Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo

Las tasas para todo el periodo de estudio son muy bajas y la evolución anual media es muy pequeña debido a la magnitud de las propias tasas (Figura 52).

Figura 52. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por embarazo, parto y puerperio por 100.000 habitantes en mujeres, en las CCAA.



Mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal

La mortalidad causada en el periodo perinatal es un buen indicador de la calidad de los servicios asistenciales del embarazo y del periodo alrededor del parto. La mortalidad por afecciones perinatales muestra una tendencia decreciente, si bien en los últimos años esta tendencia parece estabilizarse. Aún así, es la segunda causa de muerte en el primer año de vida.

En el año 2002 en España la mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal originaron 2,6 muertes en los hombres y 1,8 muertes en las mujeres (INE, 2005). La mortalidad por afecciones ocurridas en el periodo perinatal sitúa España entre los países de la región Europea que muestran una mortalidad baja como los países nórdicos, Grecia, Irlanda y Suiza (World Health Organization Regional Office for Europe, 2005).

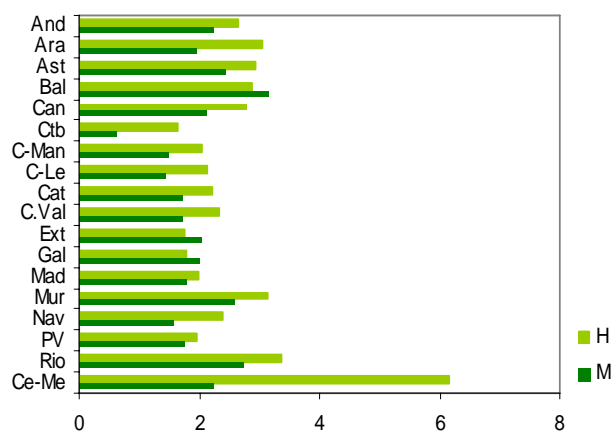
Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002

En el trienio 2000-2002 las tasas más alta de mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal se produjeron en las CCAA de Ceuta y Melilla, Murcia, Andalucía, las Islas Baleares, la Rioja y las Islas Canarias (Anexo 1. Tabla 27). Es destacable la mortalidad originada en el periodo perinatal en Ceuta y Melilla donde se produjeron 9 muertes de cada

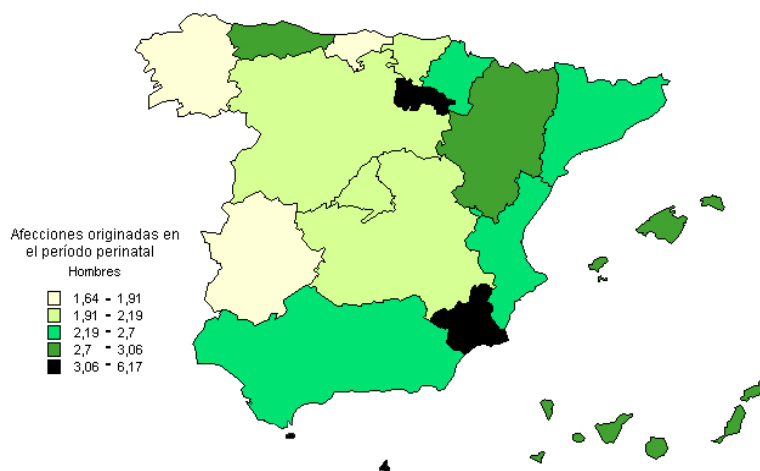
100.000 hombres muy por encima del resto de CCAA. Cuando las tasas de mortalidad se ajustaron por la edad, Ceuta y Melilla continúa mostrando la mayor mortalidad (figura 53).

Tanto en hombres como en mujeres las tasas mayores se encuentran en Murcia y la Rioja. Se añade a esto la mortalidad de los hombres de Ceuta y Melilla y de las mujeres de las Islas Baleares (mapas 50 y 51).

Figura 53. Distribución de la mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.

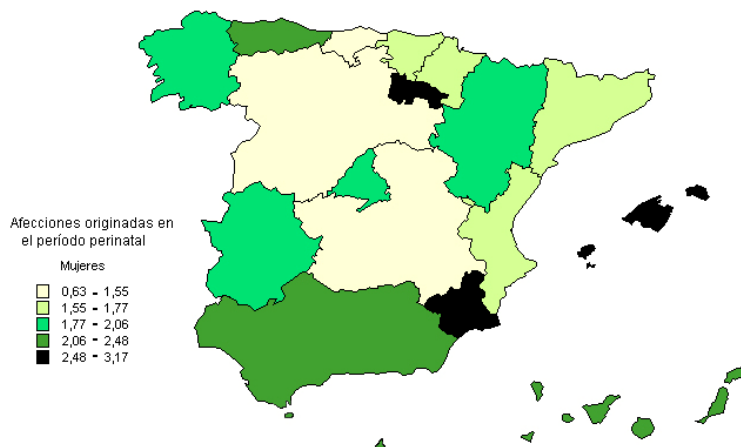


Mapa 50: Distribución por quintiles de la mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Mapa 51: Distribución por quintiles de la mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.

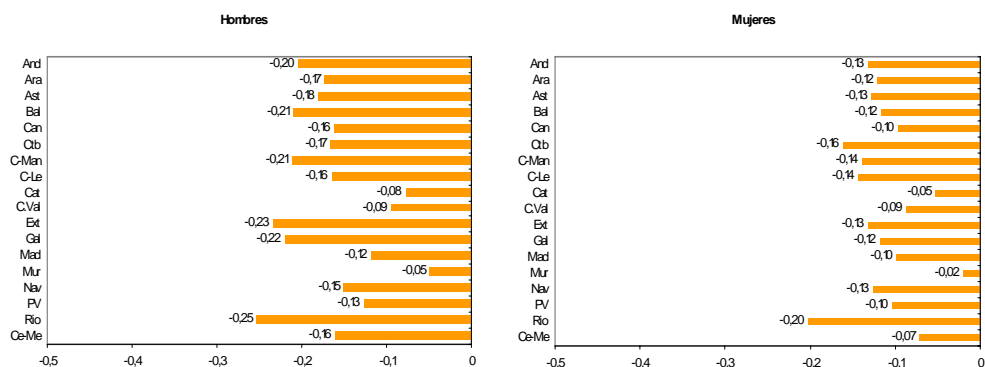
Comentario: Página: 124
Els quintils no son correctes.



Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo

La mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal muestra una tendencia decreciente media anual en los últimos 20 años en todas las CCAA aunque este descenso es mayor entre los hombres (figura 54).

Figura 54. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por afecciones originadas en el periodo perinatal por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.



Malformaciones congénitas

Las malformaciones congénitas son la primera causa de muerte en el primer año de vida. Sin embargo, la mortalidad por esta causa ha descendido debido en gran parte a la realización del diagnóstico prenatal seguido de la interrupción voluntaria del embarazo de las gestaciones afectadas disminuyendo el número de nacimientos con malformaciones congénitas.

Las malformaciones congénitas originaron 2,5 muertes masculinas por cada 100.000 habitantes y 2,3 muertes femeninas por cada 100.000 (INE, 2005). La mortalidad por malformaciones congénitas sitúa España entre los países que presentan una mortalidad intermedia tanto masculina como femenina de los países de la región Europea como Portugal, Inglaterra, los países nórdicos y Austria (World Health Organization Regional Office for Europe, 2005).

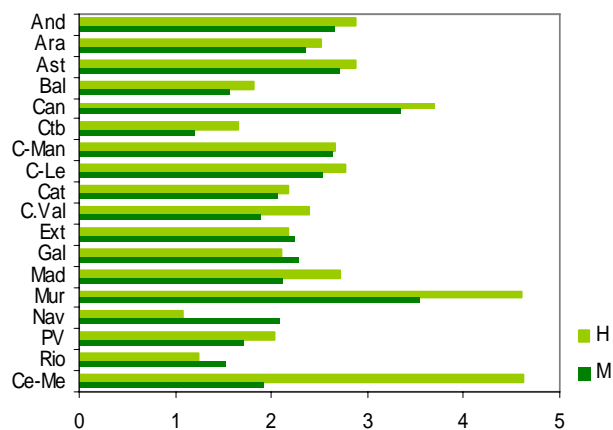
Distribución según CCAA y sexo el 2.000-2.002

Las malformaciones congénitas causaron la muerte a 6,7 de cada 100.000 hombres y 2,9 de cada 100.000 mujeres en Ceuta y Melilla. A esta CCAA le sigue Murcia donde se

produjeron 5 de cada 100.000 muertes en hombres y 4 de cada 100.000 muertes en mujeres. Las CCAA que presentaron tasas brutas superiores a las globales del país fueron las Islas Canarias y Andalucía (Anexo 1, Tabla 28).

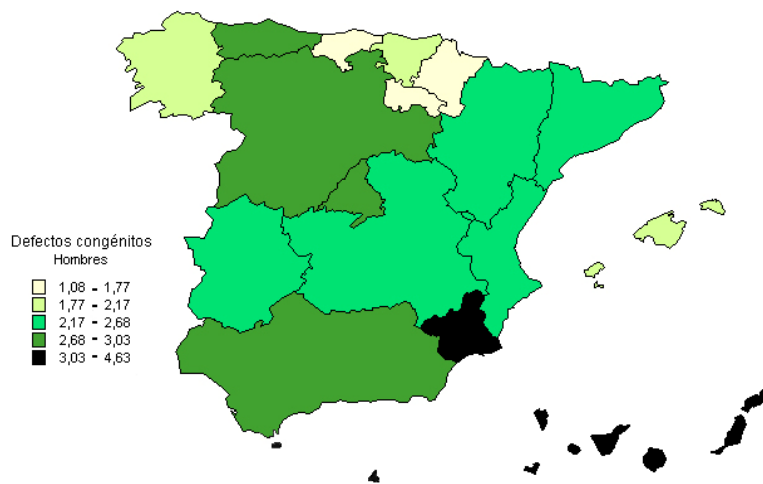
Una vez estandarizadas por la edad, las tasas más altas se encuentran igualmente en Ceuta y Melilla, Murcia, las Islas Canarias y Andalucía tanto en hombres como en mujeres (figura 55).

Figura 55. Distribución de la mortalidad por malformaciones congénitas, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.

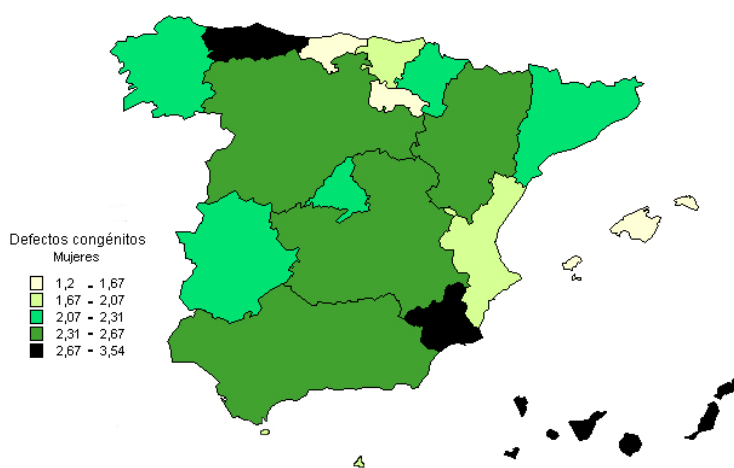


Los mapas 52 y 53 muestran como las tasas más altas se encuentran en las CCAA descritas anteriormente además de Asturias, Castilla-León y la Comunidad de Madrid en los hombres y Asturias, Castilla-León, Castilla la Mancha y Aragón en las mujeres.

Mapa 52: Distribución por quintiles de la mortalidad por malformaciones congénitas en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Mapa 53: Distribución por quintiles de la mortalidad por malformaciones congénitas en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.

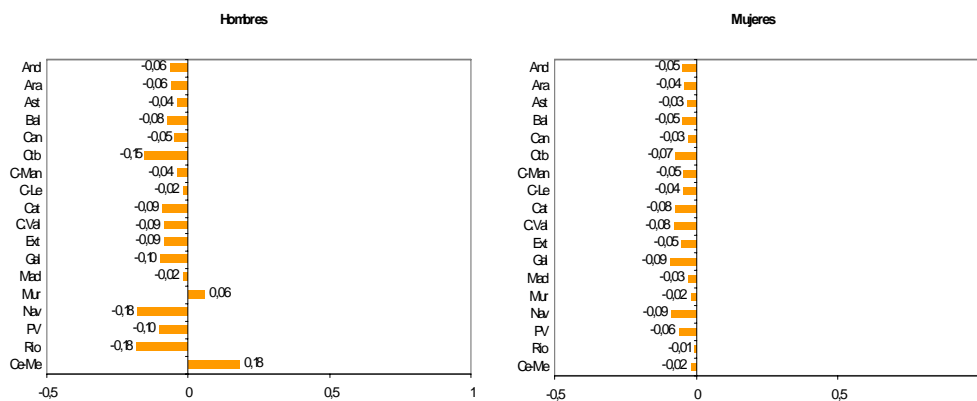


Comentario: Página: 128
Idem anterior

Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo

Las tasas estandarizadas por edad y para todo el periodo estudiado muestran una dispersión importante debido a que se trata de tasas muy bajas. En la figura 56 muestra una disminución anual media muy pequeña en ambos sexos por lo que se considera una tasa estable en las dos últimas décadas.

Figura 56. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por malformaciones congénitas por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.



Síntomas, signos y otros hallazgos anormales

La mortalidad asignada a este grupo de causas es un buen indicador de la calidad de las estadísticas de mortalidad. Según un reciente estudio realizado por la OMS, España presenta un 11% de muertes con códigos inespecíficos lo cual hace que esté incluida entre los países con una calidad media según los métodos utilizados por la OMS. (Mathers y cols., 2005).

Dentro de este grupo de causas se encuentran síntomas y signos tan diversos como el paro cardíaco, la senilidad, la muerte súbita del lactante siendo el paro cardíaco el que presenta una mayor tasa de mortalidad dentro del grupo.

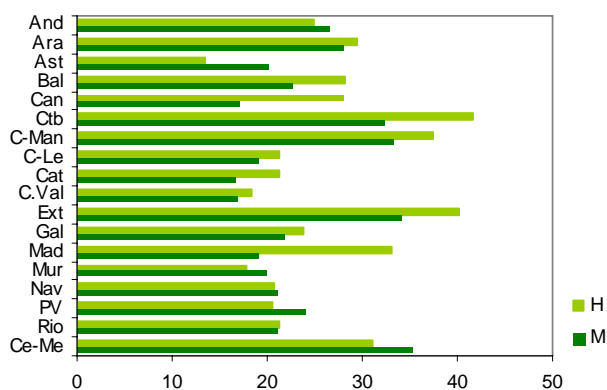
La mortalidad por síntomas, signos y otros hallazgos anormales se consignó como causa de muerte de 21 hombres y 27 mujeres de cada 100.000 respectivamente (INE, 2005). La mortalidad de hombres y mujeres sitúa a España entre los países de la región Europea presentan una mortalidad baja como Inglaterra, Irlanda, los países nórdicos, Austria y Suiza (World Health Organization Regional Office for Europe, 2005).

Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002

Durante el periodo 2000-2002 las CCAA que presentaron tasas de mortalidad brutas superiores a 30 por cada 100.000 hombres fueron Aragón, Cantabria, Castilla la Mancha, Extremadura. Sin embargo, muchas otras CCAA sobrepasaban la tasa nacional como las Islas Baleares, Castilla-León, Galicia y la Comunidad de Madrid.

En las mujeres las CCAA que superaron la tasa de 40 por 100.000 fueron Castilla la Mancha, Cantabria, Extremadura y Aragón aunque en algunas más se superó la tasa nacional de 27 por cada 100.000 mujeres: Asturias, Castilla-León, Galicia, País Vasco y la Rioja (Anexo 1. Tabla 29). Una vez estandarizadas por edad las tasas más altas continúan observándose en las mismas CCAA (figura 57).

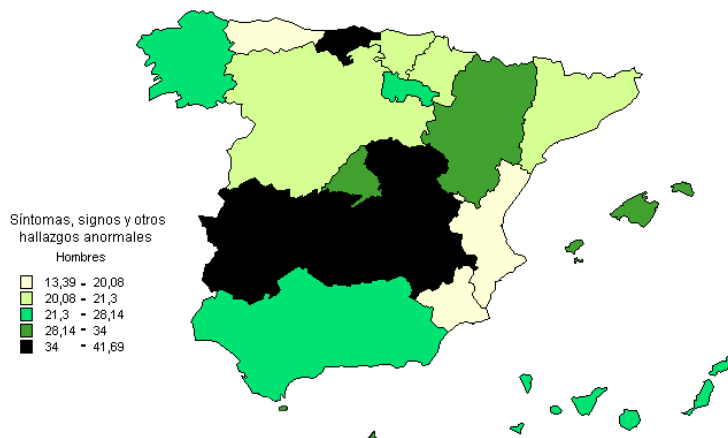
Figura 57. Distribución de la mortalidad por síntomas, signos y otros hallazgos anormales, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



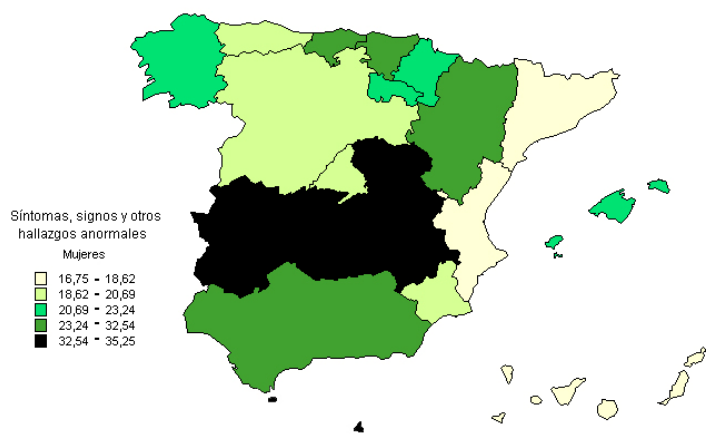
La mortalidad por síntomas, signos y otros hallazgos anormales presenta una tasa superior de los hombres de las CCAA del centro del país además de Cantabria y Aragón. En las

mujeres, las CCAA con mayores tasas son Cantabria, Castilla- La Mancha, Extremadura y Ceuta y Melilla. Estos resultados se ven reflejados también en los mapas 54 y 55.

Mapa 54: Distribución por quintiles de la mortalidad por síntomas, signos y otros hallazgos anormales en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



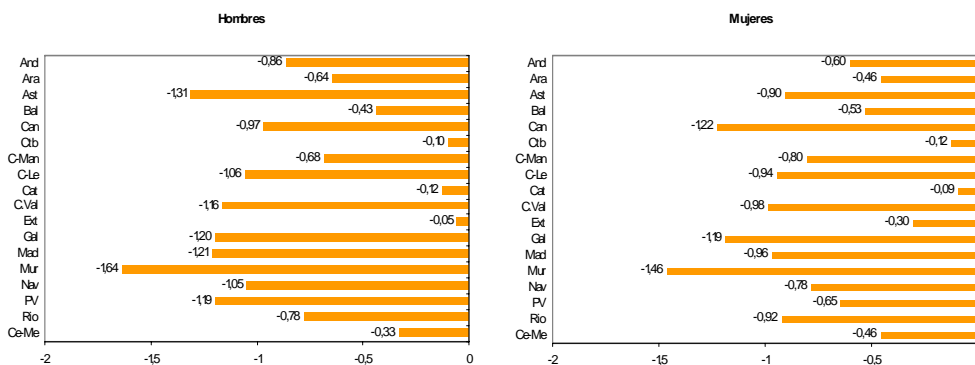
Mapa 55: Distribución por quintiles de la mortalidad por síntomas, signos y otros hallazgos anormales en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo

La mortalidad por síntomas, signos y otros hallazgos mal definidos ha disminuido durante todo el periodo de estudio. La disminución anual media en los hombres ha sido ligeramente mayor que en las mujeres en muchas CCAA (figura 58).

Figura 58. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por síntomas, signos y otros hallazgos anormales por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.



Comentario: Página: 134
es pot dir que com a indicador de la qualitat de la informació indica que han millorat molt algunes comunitats?? Pero ha de ser respecte elles mateixes perque per poder comparar hauriem de veure com codificaven el 81...p.ex. Catalunya es molt petit, es que ho fem molt malament o que ja d'entrada ho feiem bé???

Causas externas de mortalidad

Las causas externas de mortalidad son aquellas que se producen en circunstancias violentas, accidentales y/o súbitas y que requieren la intervención medico-legal para establecer la causa de muerte. La declaración de las causas de muerte externas se realiza por procedimientos y circuitos diferentes al resto de las causas de muerte lo cual puede determinar la calidad en la declaración de la causa de muerte. Algunos estudios cuestionan la validez de las estadísticas de las causas externas de muerte en el sentido que existe una falta de exactitud de las causas externas (Barés y cols., 2000) y otros estudios muestran la infradeclaración y el impacto en las estadísticas por causas externas (Brugal y cols., 1999).

La mortalidad por causas externas produjo defunciones en 56 de cada 100.000 hombres y 21 defunciones de cada 100.000 mujeres (INE, 2005). En relación con el resto de países que componen la región Europea, España se sitúa entre los países (Portugal, Grecia,

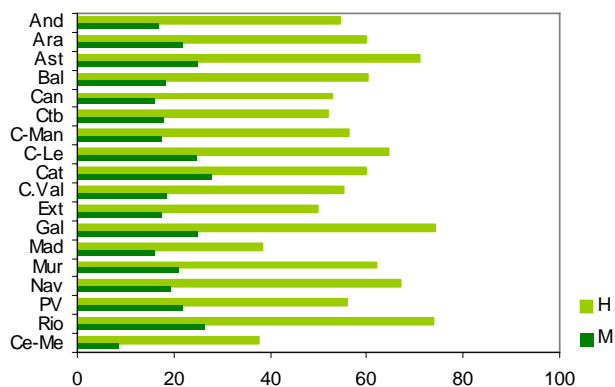
Inglaterra, Suiza, Irlanda y Austria) que presentan un mortalidad más baja por causas externas tanto en hombres como en mujeres (World Health Organization Regional Office for Europe, 2005).

Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002

Las CCAA con unas tasas mas altas de mortalidad debido a causas externas son Asturias, Galicia y la Rioja con mas de 70 muertes de cada 100.000 hombres. En las mujeres son las mismas CCAA las que presentan las tasas brutas de mortalidad más altas. Sin embargo en las mujeres se producen unas 25 muertes de cada 100.000 mujeres (Anexo 1. Tabla 30).

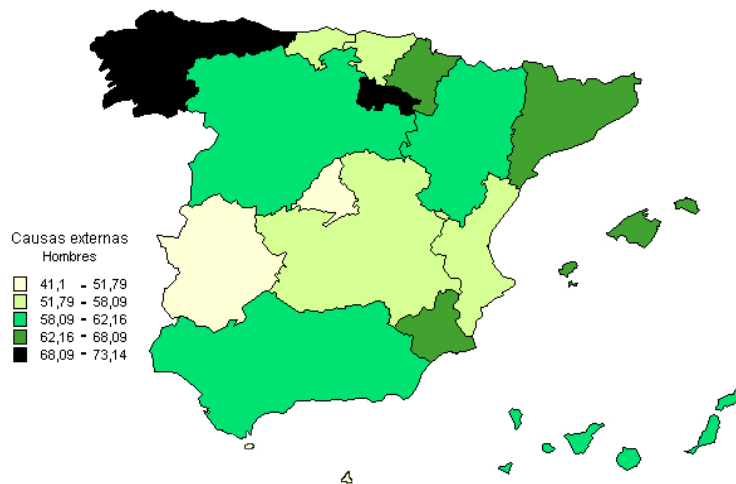
Al ajustar por la edad (figura 59) se puede observar como las causas externas continúan causando más defunciones entre los hombres que entre las mujeres y que existe una gran variabilidad entre CCAA de forma que las CCAA con mayor mortalidad entre los hombres son la Rioja, Galicia y Asturias y en las mujeres Cataluña, Galicia y Asturias.

Figura 59. Distribución de la mortalidad por causas externas, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes

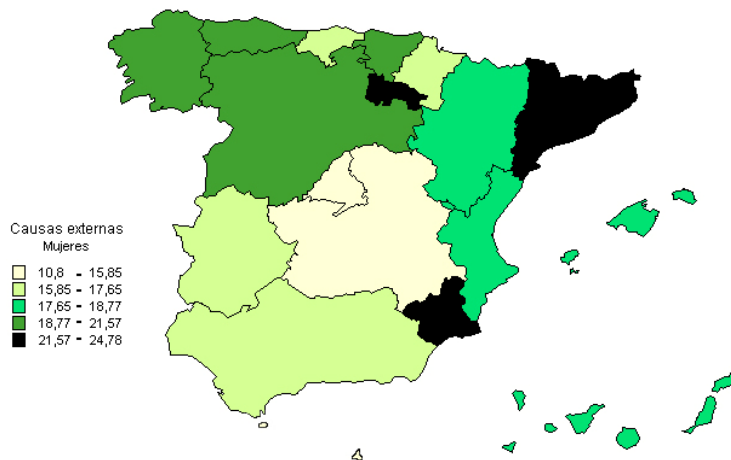


En los mapas 56 y 57 se observa como las mayores tasas estandarizadas en los hombres son las de Galicia, Asturias y la Rioja mientras que en las mujeres las de Cataluña, Murcia y la Rioja.

Mapa 41: Distribución por quintiles de la mortalidad por causas externas en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



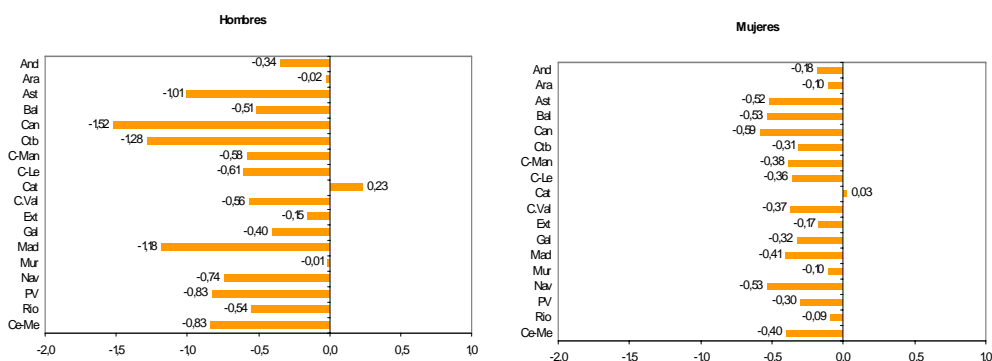
Mapa 57: Distribución por quintiles de la mortalidad por causas externas en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo

Todas las CCAA muestran un descenso de las tasas de mortalidad en las dos últimas décadas. Sin embargo, en Cataluña muestra una evolución anual media con una tendencia diferente al resto de CCAA ya que aumenta ligeramente la mortalidad por causas externas (Figura 60).

Figura 60. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por causas externas de mortalidad por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.



Dentro de las causas externas de mortalidad se presentan las lesiones por los accidentes de tráfico, la sobredosis y los suicidios.

Comentario: Página: 139
no poden ser de vehículos de motor porque incluyen bicis

Lesiones por accidentes de tráfico

Las lesiones por accidentes de tráfico son la causa más importante de muerte en el grupo de las causas externas de muerte. En España, la mortalidad por lesiones por accidentes de tráfico muestra una tendencia decreciente en la primera mitad de la década de los noventa aumentando a partir de entonces donde vuelve a situarse como primera causa de muerte prematura por la disminución de la mortalidad por sida a partir de 1996-1997 (Centro Nacional de Epidemiología, 2001).

La mortalidad por accidentes de tráfico está asociada al alcohol la soñolencia, el exceso de velocidad, (Revuelta Muñoz y cols., 2002) (Lardelli-Claret y cols., 2003).

Las lesiones por accidente de tráfico produjeron 20 fallecimientos por cada 100.000 hombres y 6 fallecimientos por cada 100.000 (INE, 2005). En relación con los países de la Región Europea, España se sitúa entre los países con una mortalidad intermedia como Polonia, Grecia, Rumania y Hungría (World Health Organization Regional Office for Europe, 2005).

Uno de los principales problemas de esta causa de muerte es la posible subnotificación como ya se mencionó en el apartado de las causas externas de muerte. Es por ello por lo que antes de descartar la mortalidad por lesiones por accidente de tráfico como un problema de salud en una CCAA que presente una tasa de mortalidad baja sea necesario establecer la exactitud de las estadísticas de mortalidad por esta causa.

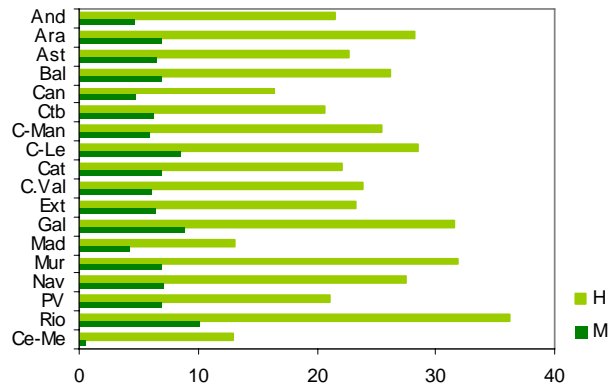
Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002

Los accidentes de tráfico causaron la muerte a 36 de cada 100.000 hombres y 11 de cada 100.000 mujeres en la Rioja. El resto de CCAA que mostraron la tasa bruta de mortalidad alta en los hombres fueron Murcia, Galicia Castilla y León. En las mujeres fueron Galicia, y Castilla y León. Cabe destacar la mortalidad baja de la Comunidad de Madrid, las Islas Canarias y Ceuta y Melilla (Anexo 1. Tabla 31) que en el caso de Ceuta y Melilla podría tratarse de la mortalidad asociada a ser una ciudad, pero falta por establecer si es el mismo fenómeno el que explica la mortalidad de las otras dos CCAA.

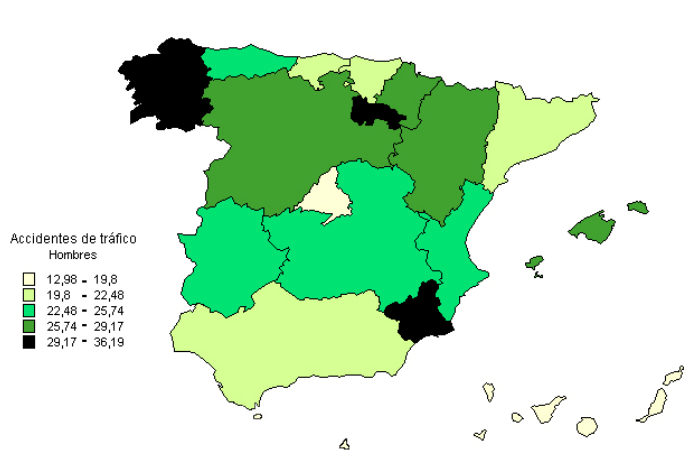
La figura 61 muestra las tasas estandarizadas por edad, mucho más elevadas en hombres que en mujeres. Las tasas más altas se continúan observando en las mismas CCAA en las que la tasa bruta de mortalidad era alta: la Rioja, Galicia, Murcia, Castilla y León y Aragón. Estas mismas CCAA son las que también aparecen con la mortalidad más alta en los mapas 58 y 59. Cabe destacar que en las mujeres son las CCAA del norte del país las que presentan mayor mortalidad mientras que en los hombres no existe un patrón claro.

Los hombres siempre presentan una mayor mortalidad que las mujeres en todas las CCAA.

Figura 61. Distribución de la mortalidad por lesiones por accidentes de tráfico, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.

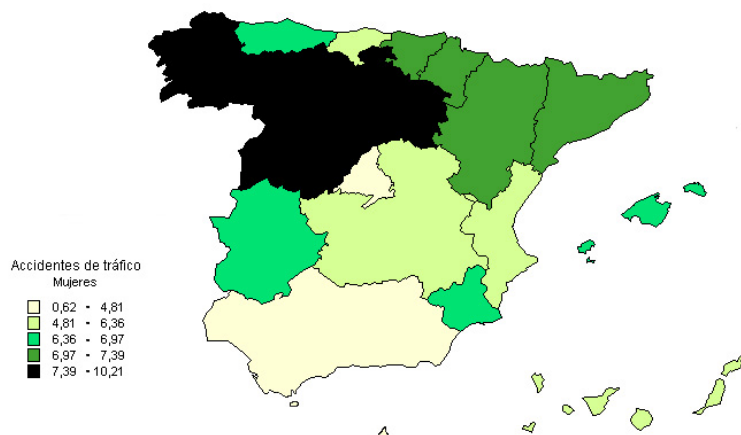


Mapa 58: Distribución por quintiles de la mortalidad por lesiones por accidentes de tráfico en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y 100.000 por habitantes.



Comentario: Página: 140
pendent de fer amb les dades
noves.

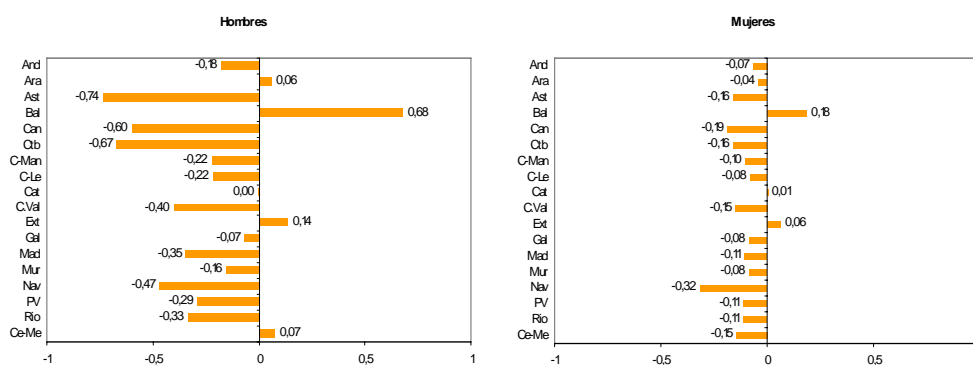
Mapa 42: Distribución por quintiles de la mortalidad por lesiones por accidentes de tráfico en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo

Tanto en los hombres como en las mujeres y en la mayoría de las CCAA se aprecia un descenso más o menos marcado de la mortalidad por esta causa con la excepción de las Islas Baleares donde si se observa un crecimiento en las dos décadas (figura 62).

Figura 62. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por accidentes de tráfico por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.



Sobredosis por drogas

El uso de drogas ilegales es una de las principales causas de muerte entre los jóvenes en España y la sobredosis es la primera causa de muerte entre los consumidores de drogas. La mortalidad causada por la sobredosis aumentó en España a lo largo de los años ochenta siendo una de las principales causas de muerte entre los jóvenes. Sin embargo, esta tendencia se ha visto modificada progresivamente en la década de los noventa Brugal y cols., 1995, 2004).

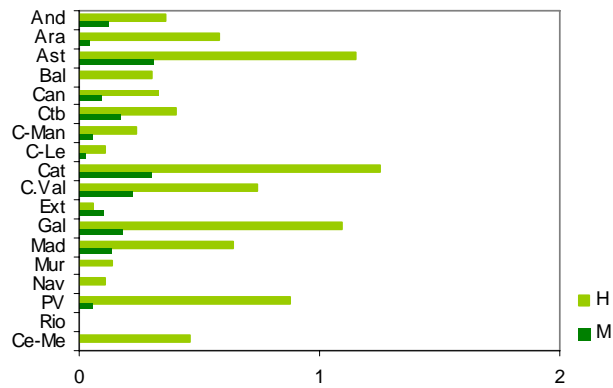
En España en el año 2002 se produjeron 2 muertos por cada 100.000 hombres y 0,4 muertos por cada 100.000 mujeres. En relación a los países de la región Europea, España se sitúa en los países que tienen una mortalidad más baja (World Health Organization Regional Office for Europe, 2005).

Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002

Las tasas de mortalidad por sobredosis por drogas son alrededor de 1 de cada 100.000 hombres en Cataluña, Galicia y Asturias. En el caso de las mujeres la tasa más alta la encontramos en Cataluña, la Comunidad Valenciana, Cantabria y Asturias (Anexo 1. Tabla 32).

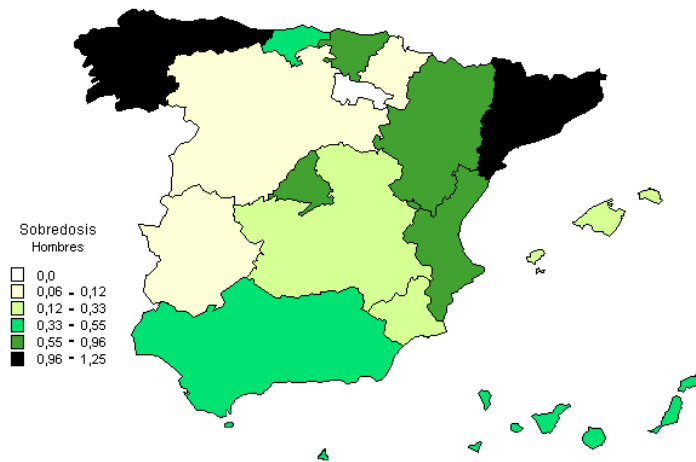
Una vez ajustado por el efecto de la edad, la variación entre las tasas brutas y las estandarizadas es mínima y las CCAA con más defunciones continúan siendo las mismas (figura 63).

Figura 63. Distribución de la mortalidad por sobredosis a drogas, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.

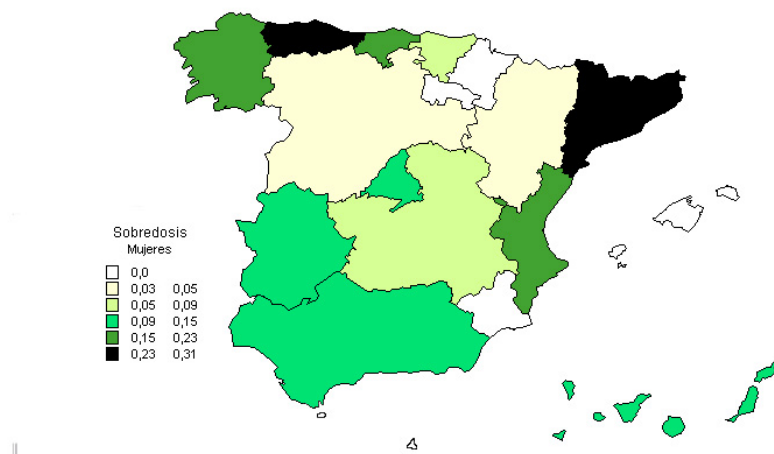


Los mapas 60 y 61 indican que las tasas más altas se encuentran en los dos extremos norte del estado.

Mapa 60: Distribución por quintiles de la mortalidad por sobredosis a drogas en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



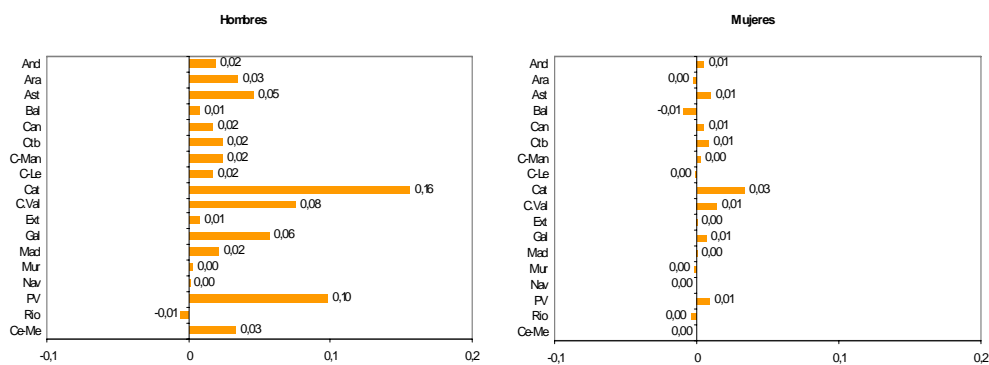
Mapa 61: Distribución por quintiles de la mortalidad por sobredosis a drogas en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo

La variación anual media por sobredosis por drogas es muy pequeña, consecuente con el hecho de que las tasas también son muy bajas. Solamente destacar el mayor crecimiento de la mortalidad en Cataluña en los hombres y mujeres y en los hombres del País Vasco (figura 64).

Figura 64. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por sobredosis por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.



Suicidio y lesiones autoinflingidas

El suicidio es una causa de muerte que aparece ya en muchos países como la tercera causa de muerte de los jóvenes. En España y hasta el año 1995 la mortalidad por suicidio mostró un importante crecimiento y a partir de entonces y hasta 1998 parece que la tendencia se ha estabilizado (Regidor y cols., 2002)

En España en el año 2002 murieron a causa del suicidio 12 muertes de cada 100.000 hombres y 4 de cada 100.000 mujeres (INE, 2005). En relación a los países de la región Europea, España se sitúa entre los países con la mortalidad más baja como Grecia, Portugal, Inglaterra e Irlanda (World Health Organization Regional Office for Europe, 2005).

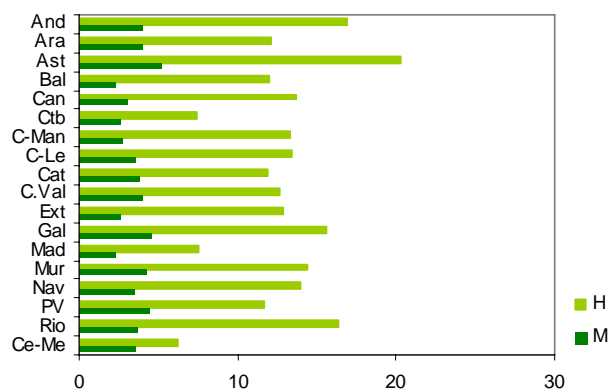
Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002

Asturias y Galicia son las CCAA con las tasas de mortalidad más altas tanto en hombres como en mujeres de forma que en Asturias se suicidaron 21 de cada 100.000 hombres y 6 de cada 100.000 mujeres y en Galicia 16 de cada 100.000 hombres y 5 de cada 100.000 mujeres. Las tasas menores se observan en Ceuta y Melilla (5 de cada 100.000 hombres y 3 de cada 100.000 mujeres) (Anexo 1. Tabla 33).

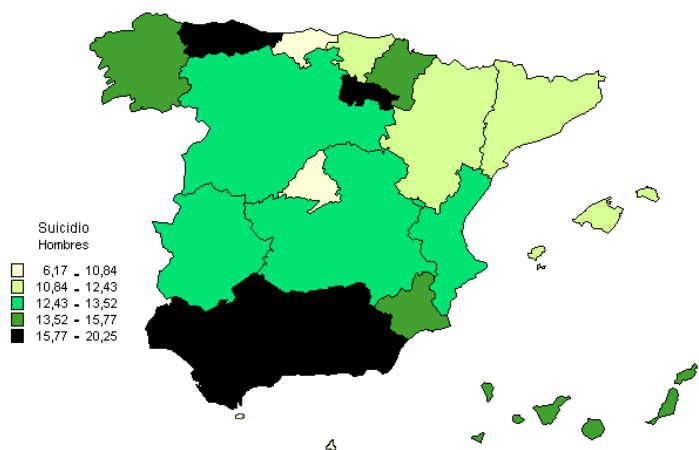
La figura 65 muestra las tasas estandarizadas por edad para ambos sexos. Como se aprecia, las tasas en los hombres son muy superiores a las de las mujeres. Las CCAA que presentan una mayor mortalidad por suicidio son Asturias, Andalucía, la Rioja y Galicia en los hombres y en las mujeres Asturias, Galicia y el País Vasco.

Los mapas 62 y 63 muestran resultados similares a la figura 65 de forma que las CCAA con la mayor mortalidad son Asturias, Andalucía, la Rioja en los hombres y Asturias, Galicia y el País Vasco.

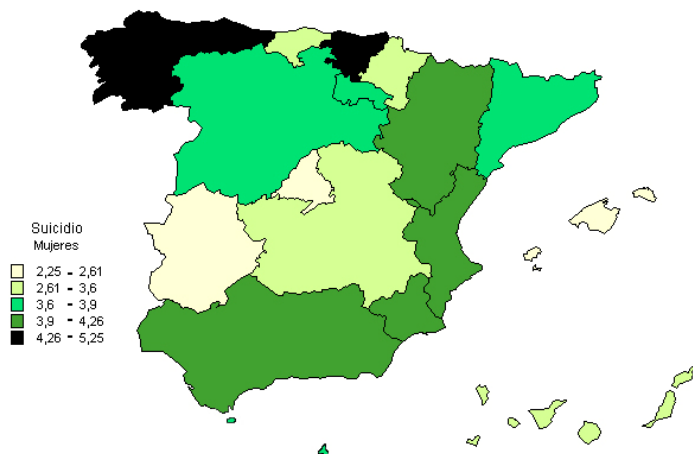
Figura 65. Distribución de la mortalidad por suicidio, en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Mapa 62: Distribución por quintiles de la mortalidad por suicidio y lesiones auto-infligidas en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



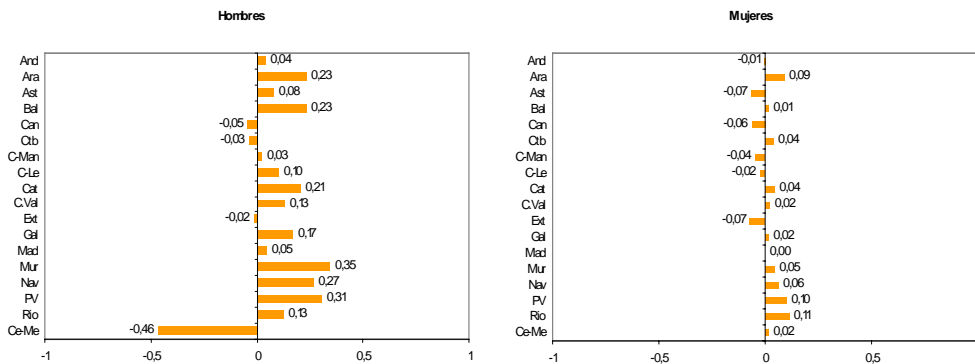
Mapa 63 : Distribución por quintiles de la mortalidad por suicidio y lesiones auto-infligidas en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Evolución entre los años 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo

La evolución anual media se muestra en la figura 66. En el caso de los hombres en algunas CCAA se observa un aumento ligero de la mortalidad por suicidio excepto en Ceuta y Melilla donde se observa un mayor descenso medio de la mortalidad. En las mujeres la mortalidad es estable en las dos décadas.

Figura 66. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por suicidio por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.



Causas de muerte evitables

La utilización de la tasa de mortalidad evitable calculada para el conjunto de las causas de muerte así consideradas no es un indicador habitual. De hecho sólo tenemos conocimiento que se haya utilizado en otro estudio (Nolte y cols., 2004). Según estos autores la tasa de mortalidad por causas de muerte evitables estandarizada según la población Europea ha disminuido tanto en hombres como en mujeres en todos los países de Europa incluido España.

En los hombres ha pasado de 592 de cada 100.000 muertes evitables de los hombres de menos 75 años en 1980 a 475 en 1998. En las mujeres la mortalidad evitable ha pasado de 301 por cada 100.000 mujeres menores de 75 años en 1980 a 197 en 1998. Esta evolución sitúa a las mujeres de España entre las que tienen la tasa más baja de mortalidad evitable de los países de la Región Europea y a los hombres de España entre los que tienen en el una menor tasa de mortalidad evitable como Holanda, Reino Unido e Italia en el año 1998.

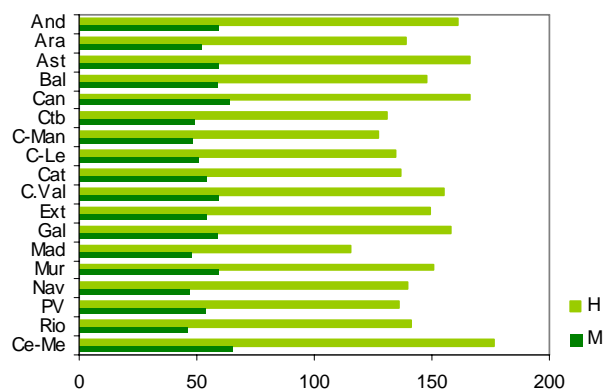
Uno de las limitaciones de este indicador es la comparabilidad de las listas de causas de muerte ya que dependiendo que causas se incluyan varía el resultado.

Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002

Las CCAA con una tasa de mortalidad evitable más alta en los tres años de estudio fueron Asturias y Galicia seguidas por la Comunidad Valenciana y las Islas Canarias tanto en los hombres como en las mujeres (Anexo 1. Tabla 34).

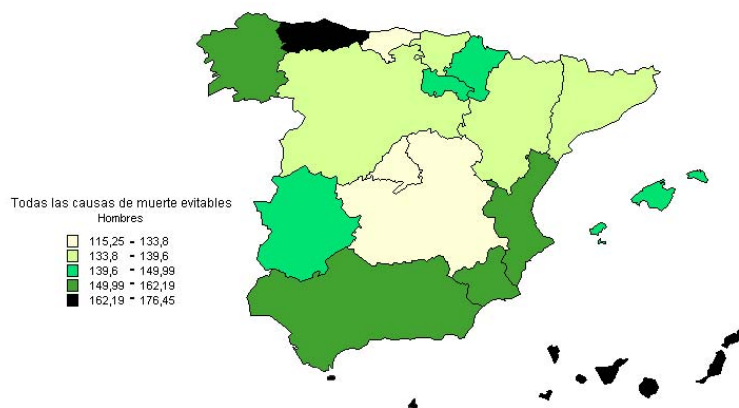
Una vez ajustado por el efecto de la edad, las tasas más altas tanto en los hombres como en las mujeres se encuentran en Ceuta y Melilla, en las Islas Canarias y en Asturias (figura 67). La tasa de mortalidad en los hombres es siempre superior a la de las mujeres en todas las CCAA.

Figura 67. Distribución de la mortalidad por causas evitables en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.

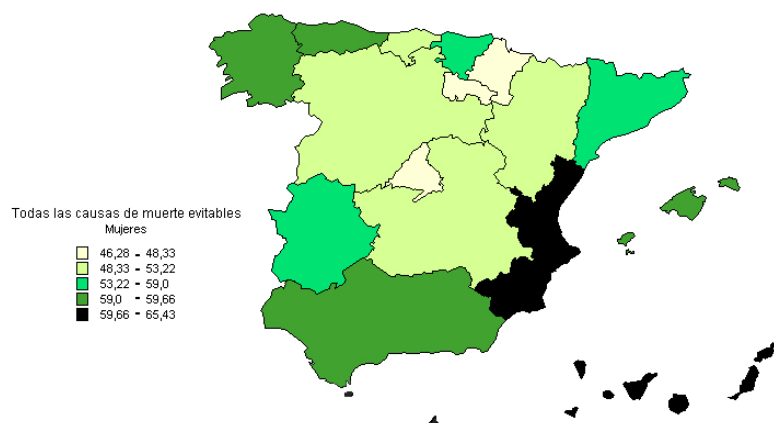


En los mapas 64 y 65 se aprecia como las tasas estandarizadas en Asturias, Ceuta y Melilla y las Islas Canarias en los hombres y la Comunidad Valenciana, Murcia Ceuta y Melilla y las Islas Canarias en las mujeres. La mortalidad evitable parece mostrar un patrón noroeste sudeste tanto en los hombres como en la mujeres.

Mapa 64: Distribución por quintiles de la mortalidad por causas evitables en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



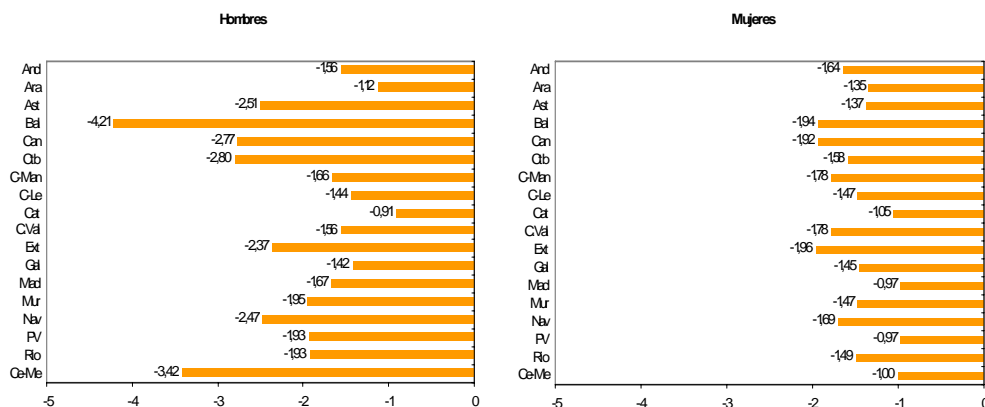
Mapa 65: Distribución por quintiles de la mortalidad por causas evitables en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Evolución entre 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo

En las dos últimas décadas la mortalidad evitables muestra una evolución descendente tanto en los hombres como en las mujeres y este descenso es mayor en los hombres de las Islas Baleares y de Ceuta y Melilla (figura 68).

Figura 68. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por causas evitables por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.



A continuación se presentan los resultados de las principales causas de muerte evitable

Cáncer de pulmón evitable

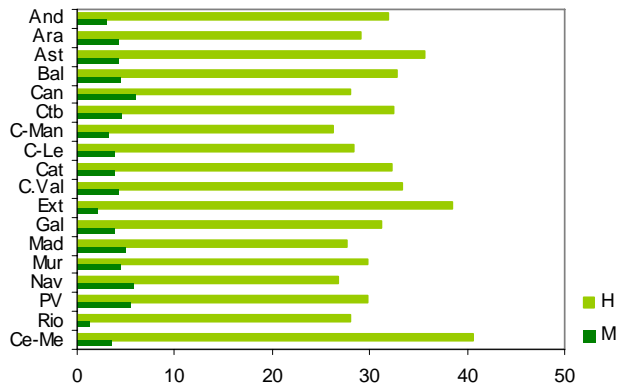
Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002

El cáncer pulmón evitable causó la muerte a 40 de cada 100.000 hombres menores de 65 años en Asturias y 35 de cada 100.000 en Extremadura y Galicia siendo éstas las CCAA con las tasas más altas. En las mujeres las tasas más altas se encuentran en el País Vasco y Navarra respectivamente (Anexo 1. Tabla 35).

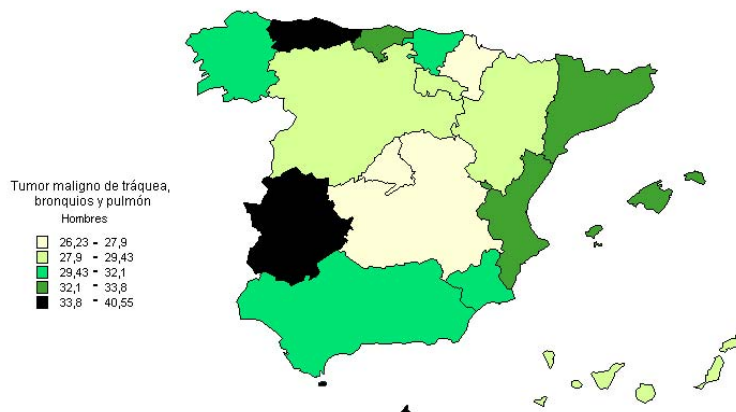
Una vez ajustada por la edad las tasas más elevadas se observan en Ceuta y Melilla, Extremadura y Asturias en el caso de los hombres y en las Islas Canarias, País Vasco y Navarra en las mujeres (figura 69). En los hombres las tasas de mortalidad fueron superiores a las de las mujeres.

Los mapas 66 y 67 muestran que son las mismas CCAA que en la figura 69 las que presentan una mayor mortalidad. Mientras que en los hombres no aparece un patrón de mortalidad en las mujeres parece que esta se concentran las CCAA del noreste del país.

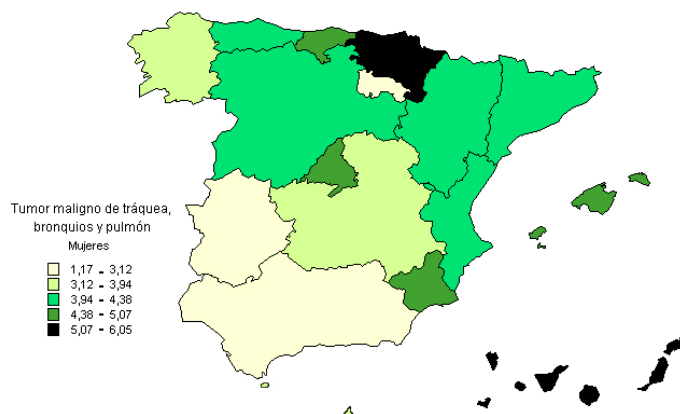
Figura 69. Distribución de la mortalidad por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón evitable en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Mapa 66: Distribución por quintiles de la mortalidad por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón evitable en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



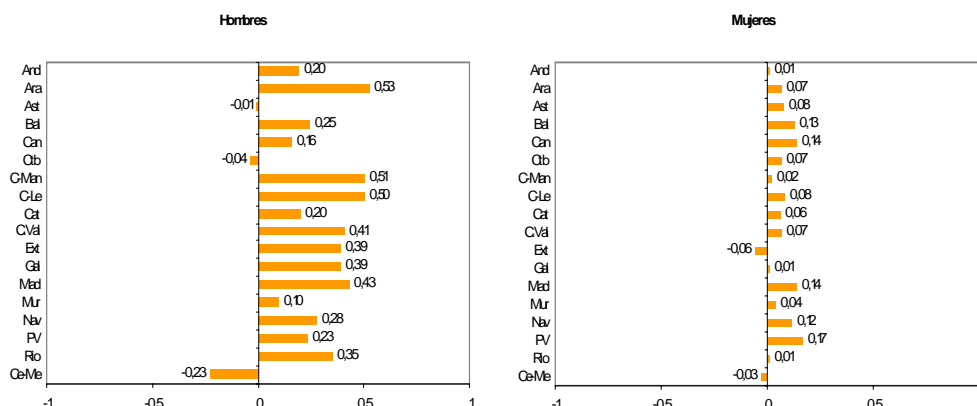
Mapa 67: Distribución por quintiles de la mortalidad por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón evitable en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Evolución entre 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo

A lo largo de todo el periodo, las tasas en los hombres han superado ampliamente a las de las mujeres. En cuanto a la evolución media, las tasas han aumentado en los hombres y en las mujeres el aumento ha sido muy ligero en la mayoría de las CCAA (figura 70).

Figura 70. Evolución anual media entre 1981 y 2001 de la mortalidad estandarizada por edad y por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón evitable por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.



Cáncer de mama evitable

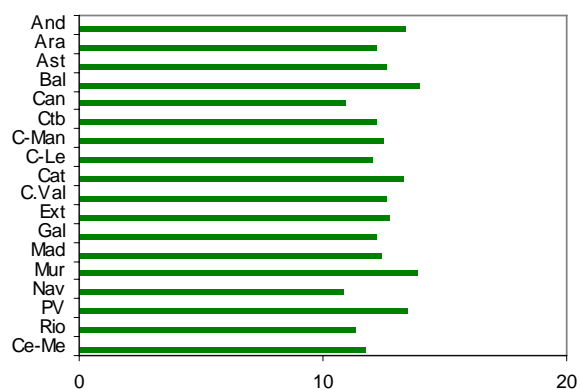
Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002

Las tasas más elevadas de mortalidad por cáncer de mama en mujeres menores de 65 años las encontramos en Cataluña y Asturias (14 por cada 100.000 respectivamente) y en Galicia, Aragón y Cantabria, Castilla y León y las Islas Baleares (13 por cada 100.000 respectivamente) (Anexo 1. Tabla 36).

Una vez ajustado el efecto de la edad las CCAA que presentan las tasas mayores son Andalucía, las Islas Baleares, Cataluña, Murcia, y País Vasco (figura 71).

En el mapa 68 se muestra como las CCAA del Sur y del Mediterráneo son las que presentan unas tasas de mortalidad mayores.

Figura 71. Distribución de la mortalidad por tumor maligno la mama evitable en mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



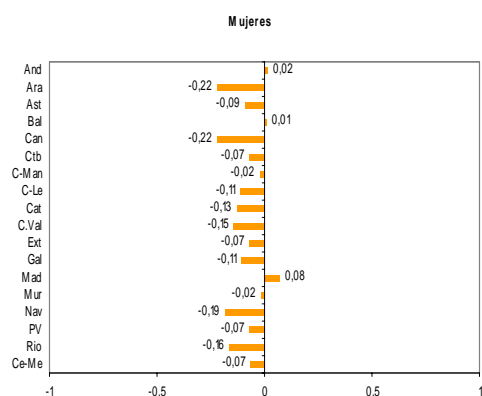
Mapa 68: Distribución por quintiles de la mortalidad por tumor maligno de la mama evitable en mujeres en las CCAA 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Evolución entre 1.981 y 2.001 según CCAA y sexo

La figura 72 muestra la evolución anual media de la tasa de mortalidad, que en la mayoría de las CCAA es negativa o muy cercana a 0, lo que indica cierta estabilidad en el periodo estudiado.

Figura 72. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por tumor maligno de la mama evitable por 100.000 habitantes en mujeres, en las CCAA.



Enfermedad isquémica del corazón evitable

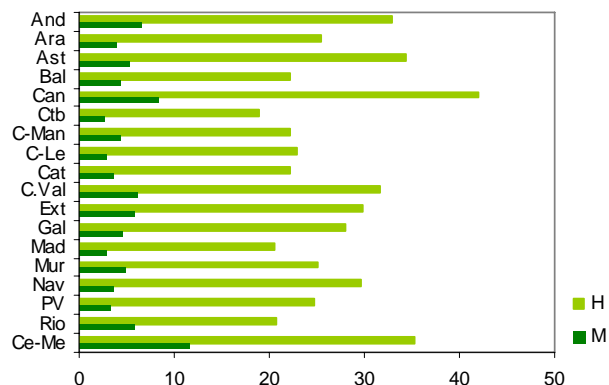
Distribución según CCAA y sexo en 1.999 – 2.001

Las tasas más elevadas por enfermedad isquémica del corazón evitable en hombres entre 35 y 64 años se encuentran en Asturias (38 de cada 100.000 hombres entre los 35 y 64 años) y en las Islas Canarias (36 de cada 100.000 hombres entre los 35 y 64 años). Entre las mujeres las tasas más altas se encuentran en Ceuta y Melilla y las Islas Canarias (Anexo 1. Tabla 37).

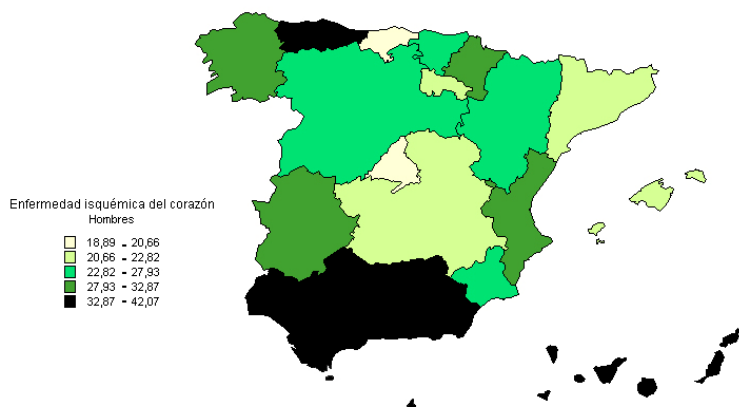
Una vez ajustadas las tasas por edad continúan siendo las Islas Canarias, Ceuta y Melilla y Asturias las CCAA con las mayores tasas en los hombres. En las mujeres las tasas más elevadas se encuentran en las CCAA de Ceuta y Melilla y las Islas Canarias (figura 73). En los mapas 69 y 70 se muestra la distribución de la mortalidad evitable por enfermedad isquémica. Los hombres no muestran un patrón de distribución mientras que en las mujeres parece que son las CCAA del sur las que presentan un mayor mortalidad.

En los hombres las tasas fueron superiores a las mujeres.

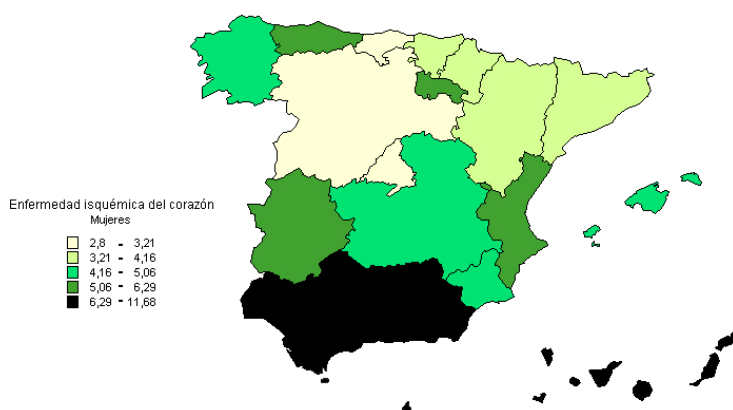
Figura 73. Distribución de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón evitable en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Mapa 69: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón evitable en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Mapa 70: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón evitable en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.

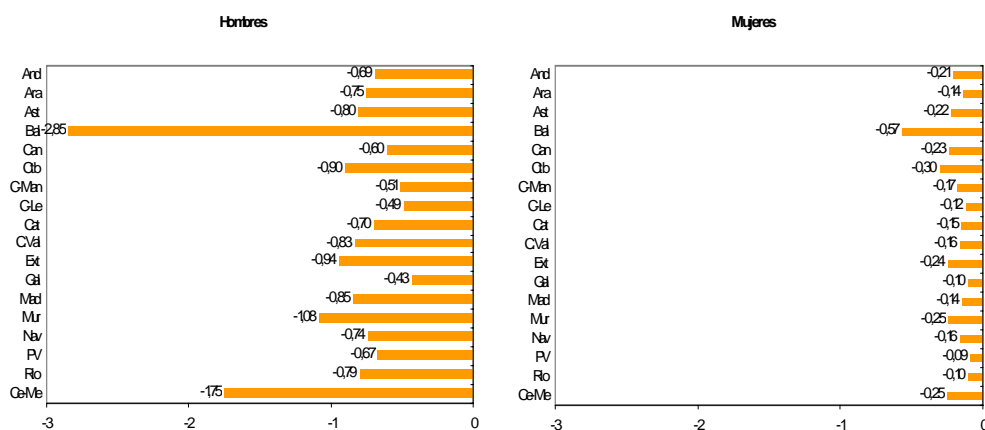


Comentario: Página: 161
pendent de fer.

Evolución entre 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo

Todas las CCAA muestran una disminución anual media de la mortalidad evitable por cardiopatía isquémica evitable, siendo las Islas Baleares la CCAA que disminuye más. Entre las mujeres la disminución es menor y tiende a ser estable en el periodo (figura 74).

Figura 74. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por enfermedad isquémica del corazón evitable por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.



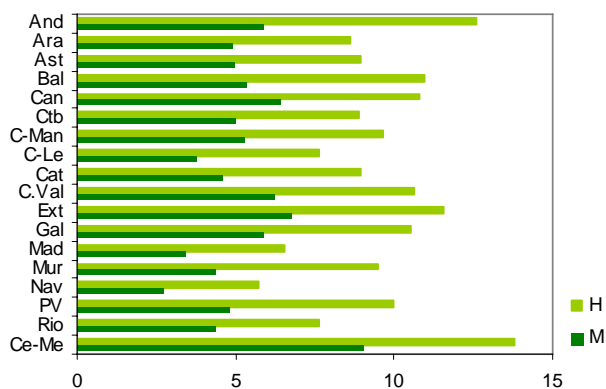
Enfermedad cerebro-vascular evitable

Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002

La enfermedad cerebro-vascular evitable causó la muerte a 11 de cada 100.000 hombres menores de 65 años en Galicia y Andalucía. En las mujeres las tasas son ligeramente inferiores encontrándose las más elevadas en Ceuta y Melilla (7 de cada 100.000 mujeres menores de 65 años) (Anexo 1. Tabla 38).

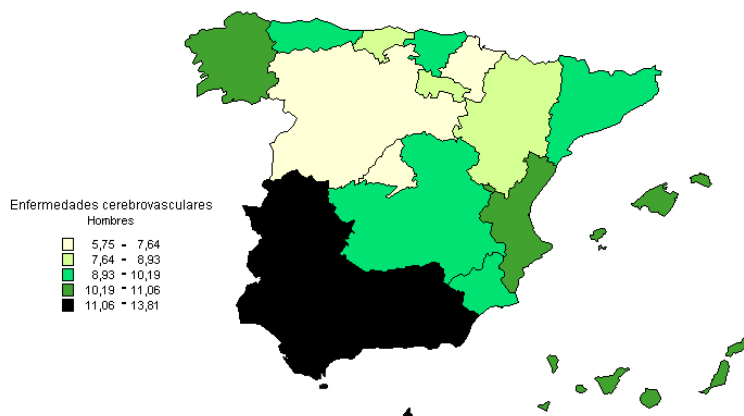
Una vez ajustado el efecto de la edad las tasas más altas se continúan encontrando en las CCAA de Andalucía y Ceuta y Melilla y en las mujeres de Ceuta y Melilla y Extremadura (figura 75). En los hombres la tasa de mortalidad por esta causa fue superior a la de las mujeres.

Figura 75. Distribución de la mortalidad por enfermedad cerebro-vascular evitable en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.

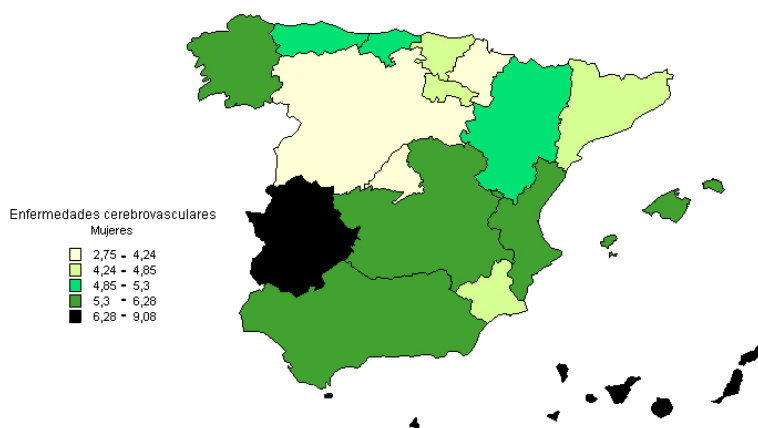


Los mapas 71 y 72 muestran como las tasas de mortalidad evitable por enfermedad cerebro-vascular son más elevadas en las CCAA del sur del país (Andalucía y Extremadura) tanto en hombres como en mujeres.

Mapa 71: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedad cerebro-vascular evitable en hombres en las CCAA 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



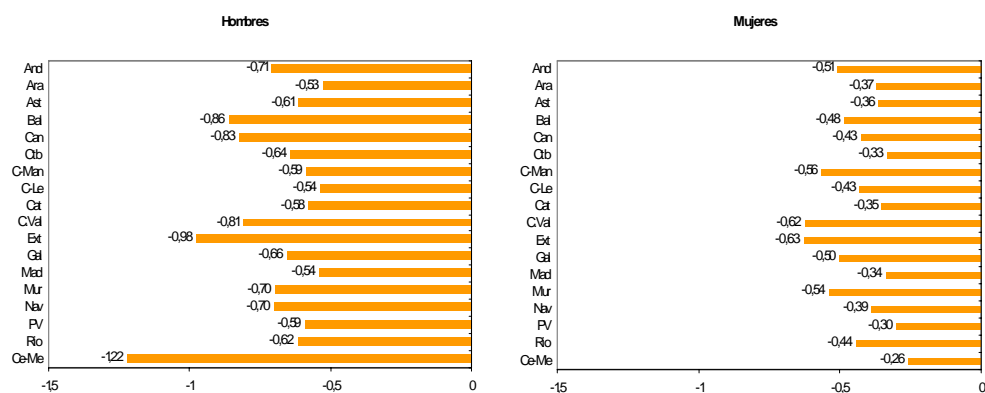
Mapa 72: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedad cerebro-vascular evitable en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Evolución entre 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo

En todas las CCAA la mortalidad evitable por enfermedad cerebro-vascular muestra un descenso anual tanto en hombres como en mujeres. Entre las CCAA que muestran un descenso mayor encontramos las de Ceuta y Melilla y Extremadura en los hombres mientras que en las mujeres los descensos son más similares entre CCAA (figura 76).

Figura 76. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por enfermedad cerebro-vascular evitable por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.

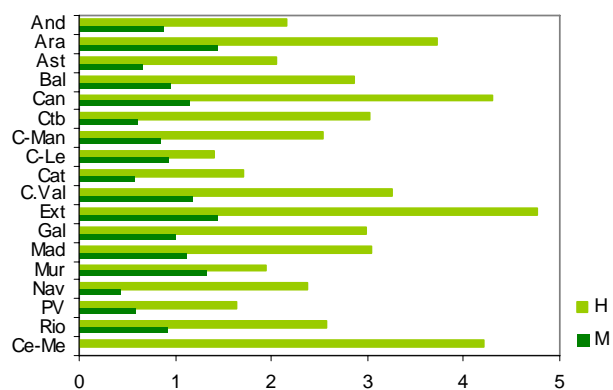


Enfermedad respiratoria aguda, neumonía y influenza evitable

Distribución según CCAA y sexo en 2.000-2.002

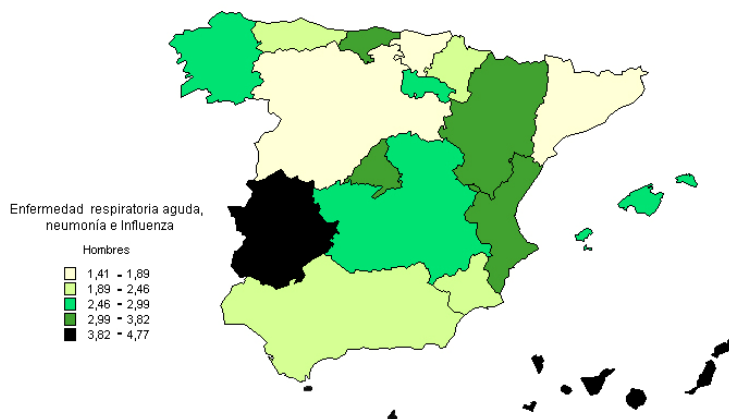
La mortalidad evitable por enfermedad respiratoria aguda, neumonía e influenza evitable causó 4 muertes por cada 100.000 hombres menores de 65 años y 1 muerte por cada 100.000 mujeres menores de 65 años en Extremadura (Anexo 1. Tabla 39). Una vez ajustadas las tasas por la edad las tasas muestran una gran variabilidad por CCAA por el bajo número de casos. Sin embargo, Extremadura, Ceuta y Melilla y las Islas Canarias mostraron las tasas más elevadas en los hombres y Extremadura y Aragón en las mujeres (figura 77). En los hombres la mortalidad fue superior a la de las mujeres.

Figura 77. Distribución de la mortalidad por enfermedad respiratoria aguda, neumonía e influenza evitable en hombres y mujeres, en las CCAA los años 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Los mapas 73 y 74 muestran como las tasas mas altas se encuentran en los hombres de Extremadura, Ceuta y Melilla y las Islas Canarias y en las mujeres Murcia, Aragón y Extremadura.

Mapa 73: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedad respiratoria aguda, neumonía e influenza evitable en hombres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



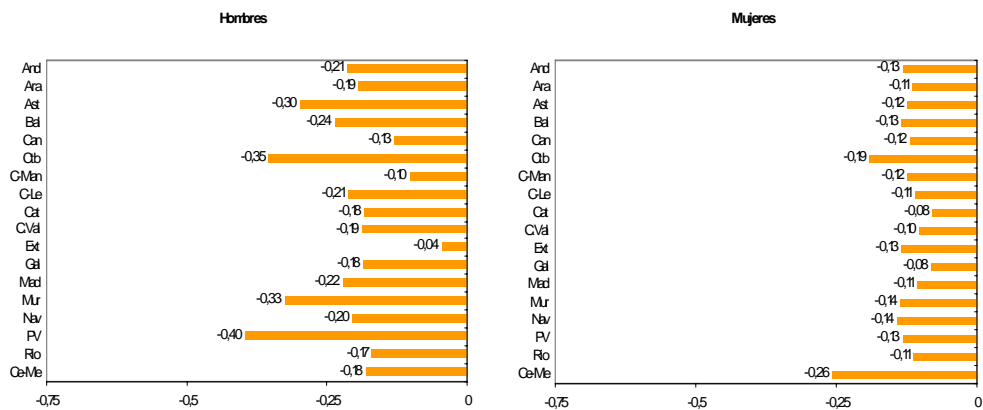
Mapa 74: Distribución por quintiles de la mortalidad por enfermedad respiratoria aguda, neumonía e influenza evitable en mujeres en las CCAA, 2000-2002. Tasas estandarizadas por edad y por 100.000 habitantes.



Evolución entre 1.981 y 2.002 según CCAA y sexo

La mortalidad evitable por enfermedad aguda, neumonía e influenza ha disminuido a lo largo del periodo en todas las CCAA si bien el descenso anual medio es muy ligero en todas ellas y en ambos sexos (figura 78).

Figura 78. Evolución anual media entre 1981 y 2002 de la mortalidad estandarizada por edad y por enfermedad respiratoria aguda, neumonía y influenza evitable por 100.000 habitantes en hombres y mujeres, en las CCAA.



CONCLUSIONES

La mortalidad global

En los años 2000 a 2002, las CCAA que presentan una mayor mortalidad son Ceuta y Melilla, las Islas Canarias y Andalucía en ambos sexos y las CCAA que muestran una menor mortalidad en los hombres son la Rioja, Castilla-León y Castilla-la Mancha y en las mujeres La Rioja, Castilla-León, y Navarra. La mortalidad global es superior en los hombres. Sin embargo, entre 1981 y 2002 se observa una disminución de la mortalidad global en hombres y mujeres y esta disminución se da en todas las CCAA.

La mortalidad por causas de muerte evitables

En el trienio 2000-2002, las CCAA que muestran una mayor mortalidad en los hombres son Asturias, Ceuta y Melilla y las Islas Canarias y en las mujeres la Comunidad Valenciana, Murcia, Ceuta y Melilla y las Islas Canarias. En cambio las CCAA que presentan una menor mortalidad en los hombres son la Comunidad de Madrid, Cantabria y Castilla-la Mancha y en las mujeres la Comunidad de Madrid, Cantabria y la Rioja. En los años 2000-2002 la mortalidad por causas de muerte evitables es mayor en los hombres que en las mujeres.

Entre en los años 1981 - 2002 la mortalidad por causas de muerte evitables muestra un descenso en todas las CCAA y en ambos sexos.

Tendencia de las principales causas de muerte

En el trienio 2000-2002 las principales causas de muerte son los tumores y las enfermedades cardiovasculares en los hombres y las enfermedades cardiovasculares y en segundo lugar los tumores en las mujeres.

Entre 1981 y 2002 la mortalidad general y por causas evitables y la mortalidad por enfermedades cardiovasculares (enfermedad isquémica cardiaca, enfermedad de la circulación pulmonar y enfermedad cerebro-vascular) disminuye en todas las CCAA

mientras que la mortalidad por tumores aumenta en los hombres en todas las CCAA debido principalmente a la mortalidad por cáncer de colon y recto y por cáncer de pulmón.

La mortalidad por tumores en las mujeres varía por CCAA ya que en algunas (las Islas Canarias, las Islas Baleares, Cataluña y la Comunidad de Madrid) se observa un ligero aumento. En las mujeres también aumenta la mortalidad por cáncer de colon y recto en todas las CCAA y en la mayoría ya se observa un ligero incremento de la mortalidad por cáncer de pulmón y de mama.

Otra de las causas de muerte que muestran una tendencia creciente es la mortalidad por bronquitis, enfisema y asma en los hombres que como el cáncer de pulmón son enfermedades relacionadas con la exposición al humo de tabaco.

Una de las principales causas de muerte es el VIH-sida. Entre 1981 y 2002 se ha observado un incremento en todas las CCAA hasta 1996 y posteriormente un descenso hasta el 2002 debido a la introducción de los tratamientos antiretrovirales en ambos y sexos y en todas las CCAA, esto ha llevado a que la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias también presenten una disminución de la mortalidad.

La mortalidad por lesiones por accidentes de tráfico muestra un descenso en la mayoría de las CCAA entre 1981 y 2002 y esto contribuye al descenso de la mortalidad por causas externas.

La mortalidad producida por los trastornos mentales donde se incluye la demencia senil y pre-senil y la mortalidad por enfermedades del sistema nervioso donde se incluye la enfermedad de Alzheimer muestran un crecimiento importante en ambos sexos y en todas las CCAA entre 1981 y 2002. Estas dos enfermedades se han relacionado con el envejecimiento de la población.

Diferencias entre hombres y mujeres por causas de muerte

La mortalidad en los hombres siempre es superior a la de las mujeres excepto en la mortalidad por las diabetes mellitus, por los trastornos mentales y del comportamiento y por enfermedades del sistema nervioso donde la mortalidad de las mujeres es ligeramente superior a la de los hombres en la mayoría de las CCAA.

En algunas causas de muerte como el cáncer de pulmón y la bronquitis, enfisema y asma así como las lesiones por accidentes de tráfico, la mortalidad es muy superior en los hombres respecto a las mujeres.

Diferencias por CCAA

Andalucía

En los años 2000-2002, Andalucía es una de las CCAA con mayor mortalidad global, por causas de muerte evitables y por VIH-sida si bien entre 1981-2002 se produce una disminución en todas ellas.

Andalucía presenta una mortalidad intermedia tanto en hombres como en mujeres en los años 2000-2002. La mortalidad por tumores aumenta en los hombres y disminuye en las mujeres los años 1981 - 2002. Cabe destacar el descenso de la mortalidad por cáncer de estómago y el aumento del de colon y recto en ambos sexos y el aumento en los hombres de la mortalidad por cáncer de pulmón y de mama en las mujeres de forma similar al resto de CCAA.

En cuanto a las enfermedades crónicas en los años 2000-2002 esta CCAA es una de las que presentan una mayor mortalidad por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, en concreto por diabetes mellitus y por enfermedades cardiovasculares en hombres y mujeres. Destaca la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón y por enfermedades cerebro-vasculares en hombres y en mujeres y por enfermedades de la circulación pulmonar en mujeres. Entre 1981 y 2002 se observa un descenso de la mortalidad por diabetes mellitus y por las enfermedades cardiovasculares en hombres y mujeres debido a la disminución de la mortalidad por enfermedad isquémica cardíaca, enfermedad de la circulación pulmonar y enfermedad cerebro-vascular.

En los años 2000-2002 Andalucía se encuentra entre las CCAA con mayor mortalidad por enfermedades respiratorias (bronquitis, enfisema y asma) en los hombres y esta causa de muerte muestra una tendencia creciente en los hombres.

También es un de las CCAA con mayor mortalidad por enfermedades del sistema digestivo globales en las mujeres y por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado en los hombres en los años 2000-2002. Sin embargo, es destacable el descenso de la mortalidad por estas causas.

Andalucía es una de las CCAA que presenta mayor mortalidad por suicidio y lesiones auto-infligidas en los hombres y a lo largo de las dos décadas muestra un ligero descenso. En cuanto a la mortalidad debida a los trastornos mentales y a la de enfermedades del sistema nervioso se observa una tendencia al crecimiento en hombres y mujeres entre 1981 y 2002 partiendo de una mortalidad baja.

Aragón

En los años 2000-2002, la mortalidad global y la mortalidad por causas evitables es baja en Aragón. Además se observa un descenso de la mortalidad global, la mortalidad por causas evitables y la mortalidad por VIH-sida entre los años 1981 - 2002 que afecta a ambos sexos.

En cuanto a la mortalidad por tumores cabe destacar que es baja. Sin embargo, es una de las CCAA con mayor mortalidad por cáncer de próstata en los años 2000-2002. La mortalidad por tumores muestra un aumento en los hombres y una disminución en las mujeres entre 1981 y 2002. La evolución de las causas específicas es que el cáncer de estomago disminuye y el de colon y recto aumentan en ambos sexos, el de pulmón y próstata aumentan en los hombres y el de mama aumenta en las mujeres como se produce en la mayoría de las CCAA.

Aragón presenta una mortalidad intermedia por diabetes mellitus y por enfermedades cardiovasculares en hombres y mujeres respectivamente en los años 2000-2002 y con una tendencia al descenso de estas causas de muerte.

En relación a los trastornos mentales y del comportamiento y las enfermedades del sistema nervioso se observa una tendencia al crecimiento en hombres y mujeres entre 1981 y 2002 partiendo de la mortalidad que sitúa Aragón entre las CCAA con una mortalidad intermedia por estas causas de muerte similar a la del resto de CCAA.

En relación al resto de causas de muerte cabe destacar que Aragón es una de las CCAA que presenta mayor mortalidad evitable por enfermedad respiratoria aguda, neumonía e influenza en las mujeres aunque con tendencia a disminuir en las dos últimas décadas.

Asturias

En el trienio 2000-2002 Asturias es una de la CCAA con una mayor mortalidad por causas evitables en los hombres y mayor mortalidad por VIH-sida en las mujeres. Sin embargo, en las dos décadas analizadas se observa una tendencia decreciente en ambas causas de muerte así como en la mortalidad global aunque similar a la del resto de las CCAA.

También es una de las CCAA que presenta una mayor mortalidad por tumores en los hombres debida al aumento en la mortalidad por cáncer de colon y recto y a la mortalidad evitable por cáncer de pulmón. En las mujeres, la mortalidad global por tumores disminuye aunque se observa un aumento de la mortalidad por cáncer de colon y recto y ligeramente del de pulmón y del de mama.

En los años 2000-2002, Asturias es una de las CCAA que presenta una mayor mortalidad evitable por enfermedad isquémica del corazón en los hombres. Sin embargo, entre 1981 y 2002, la mortalidad por las enfermedades cardio-vasculares muestran un gran descenso en esta CCAA.

En el mismo trienio, esta CCAA presenta una mayor mortalidad y por enfermedades respiratorias y en concreto por bronquitis, enfisema y asma en los hombres con una tendencia decreciente en los dos últimas décadas. Otras causas de muerte en las que Asturias es una de las CCAA con mayor mortalidad son: los trastornos mentales y del comportamiento en ambos sexos con un fuerte crecimiento entre 1981 y 2002.

Otras causas de muerte con una gran mortalidad son las causas externas en los hombres, la sobredosis a drogas y el suicidio y lesiones auto-infligidas en ambos sexos. En todas ellas la tendencia es creciente excepto en las lesiones por causas externas.

Islas Baleares

En el trienio 2000-2002 la mortalidad global y la mortalidad por causas evitables sitúa a las Islas Baleares entre las CCAA con mortalidad baja tanto en hombres como en mujeres. La causas de muerte que producen una mayor mortalidad son el VIH-sida, los tumores, las enfermedades del sistema nervioso, las enfermedades del sistema digestivo y las afecciones originadas en el periodo perinatal en todas estas causas en las mujeres.

También presenta una mayor mortalidad por enfermedades de la circulación pulmonar y por enfermedades del sistema genitourinario en ambos sexos.

Que las islas Baleares sea una de las CCAA con mayor mortalidad por tumores en las mujeres se debe a que se produce una mayor mortalidad por cáncer de colon y recto, cáncer de pulmón y cáncer de mama y a la mortalidad evitable por cáncer de mama. En los hombres esta CCAA también presenta una mayor mortalidad en cáncer de próstata.

La tendencia entre 1981 y 2002 muestra una reducción de la mortalidad por VIH-sida. En las enfermedades crónicas se observa un descenso de la mortalidad por diabetes mellitus, y de las enfermedades cardiovasculares en especial la enfermedad isquémica cardiaca en los hombres y las enfermedades cerebro-vasculares en ambos sexos. Sin embargo, se produce un aumento de la mortalidad por tumores en ambos sexos, así como un aumento por cáncer de colon y recto, de pulmón y de mama en las mujeres y de próstata en los hombres y un aumento en la mortalidad por bronquitis enfisema y asma en los hombres.

En relación a los trastornos mentales y del comportamiento y de las enfermedades del sistema nervioso se produce un aumento similar al producido en todas las CCAA.

Las mortalidad por lesiones por accidentes de tráfico muestran una tendencia creciente en los hombres y decreciente en las mujeres

Islas Canarias

En el trienio 2000-2002 las Islas Canarias es una de las CCAA con una mayor mortalidad global y por causas de muerte evitables y por enfermedades infecciosas en ambos sexos. También presentan una mayor mortalidad por tumores en las mujeres debida a la mortalidad por cáncer de pulmón y cáncer de mama y a la mortalidad evitable por cáncer de mama.

Como en el resto de CCAA la mortalidad global y la de causas evitables disminuye entre 1981 y 2002. En cambio las enfermedades infecciosas y parasitarias (excluyendo el VIH-sida) y los tumores aumentan en hombres y ligeramente en mujeres a lo largo de las dos décadas y en concreto el cáncer de colon y recto y el de pulmón en ambos sexos y el próstata en los hombres.

En cuanto a las enfermedades cardiovasculares, las Islas Canarias es una de las CCAA con mayor mortalidad por estas enfermedades y sobretodo por enfermedad isquémica del corazón tanto en hombres como en mujeres y por enfermedades de la circulación pulmonar en los hombres. Sin embargo, entre 1981 y 2002 la mortalidad cardiovascular y las causas específicas mencionadas han disminuido en ambos sexos.

En relación a otras enfermedades crónicas cabe destacar que en los años 2000-2002 las Islas Canarias es una de las CCAA con mayor mortalidad por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas y en concreto por diabetes mellitus en ambos sexos aunque se observa una reducción de la mortalidad en las dos últimas décadas.

La mortalidad producida por trastornos mentales y del comportamiento y de las enfermedades del sistema nervios se ha comportado como en el resto de las CCAA, aumentando a lo largo de las dos décadas.

Cantabria

En el trienio 2000-2002 Cantabria muestra una mortalidad global y por mortalidad evitable baja en ambos sexos y con una tendencia a disminuir en las dos últimas décadas. Sin embargo, Cantabria muestra una mayor mortalidad en relación al resto de CCAA por enfermedades infecciosas en las mujeres y esta muestra un tendencia creciente entre 1981 y 2002.

En relación a la mortalidad por tumores Cantabria se sitúa entre las CCAA con una mayor mortalidad en los hombres debido sobretodo al aumento del cáncer de colon y recto. La mortalidad por diabetes mellitus y por enfermedades cardiovasculares así como la mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento y las mortalidad de las enfermedades del sistema nervioso disminuyeron a lo largo de las dos décadas.

En los años 2000-2002, Cantabria es una de las CCAA con mayor mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio en las mujeres. Sin embargo, entre los años 1981 - 2002 se observa un descenso de la mortalidad por esta causa.

Por otro lado, Cantabria es una de las CCAA con mayor mortalidad por síntomas, signos y otros hallazgos anormales en los hombres y con menor descenso en la mortalidad por

estas causas en las dos últimas décadas, lo cual indica problemas de declaración de las causas de muerte en esta CCAA.

Castilla – la Mancha

En el trienio 2000-2002 Castilla – la Mancha es una de la CCAA con una mortalidad global y por causas evitables más baja en los hombres e intermedia en las mujeres. Entre 1981 y 2002 la mortalidad por estas causas se reducen de forma similar al resto de CCAA.

La mortalidad por tumores se encuentra entre las más bajas aunque con tendencia a aumentar en los hombres y las mujeres debido a la contribución de la mortalidad por cáncer de colon y recto, de pulmón y de próstata.

En cuanto al resto de enfermedades crónicas cabe destacar la tendencia a crecer de la mortalidad por diabetes mellitus en los hombres y la alta mortalidad por esta causa en Castilla –la Mancha. La enfermedades cardiovasculares disminuyen a lo largo de las dos últimas décadas y los trastornos mentales y del comportamiento y las enfermedades del sistema nervioso tienden a aumentar como en el resto de CCAA.

Las enfermedades respiratorias y en concreto la mortalidad por bronquitis, enfisema y asma sitúa a Castilla –la Mancha entre las CCAA con una mortalidad intermedia, pero lo más destacable es el aumento en los hombres de la mortalidad por esta causa.

Por otro lado, Castilla – la Mancha es una de las CCAA con mayor mortalidad por síntomas, signos y otros hallazgos anormales en ambos sexos, lo cual indica problemas de declaración de las causas de muerte en esta CCAA. Sin embargo, entre 1981 y 2002 se observa un descenso de la mortalidad por síntomas, signos y otros hallazgos anormales .

Castilla y León

En el trienio 2000-2002 Castilla y León se sitúa entre las CCAA con una menor mortalidad global y por causas de muerte evitable tanto en hombres como en mujeres. Al mismo tiempo muestra una tendencia decreciente de la mortalidad por ambas causas de muerte entre 1981 y 2002.

Aunque la mortalidad por tumores es baja destaca la mortalidad por cáncer de estómago ya que Castilla y León se sitúa entre las CCAA con mayor mortalidad. Sin embargo, esta causa de muerte disminuye entre los años 1981 - 2002. Además, la mortalidad por tumores muestra un tendencia creciente en los hombres debido a la mortalidad por cáncer de colon y recto en hombres y mujeres y por cáncer de pulmón en los hombres. En cambio la mortalidad por enfermedades cardiovasculares baja en esta CCAA y en los años 1981 – 2002.

En cambio la mortalidad por trastornos mentales y por enfermedades del sistema nervioso es baja pero con tendencia creciente a lo largo de las dos últimas décadas al igual que en todas las CCAA.

En el trienio 2000-2002, Castilla y León es una de las CCAA con mayor mortalidad por lesiones por accidentes de tráfico en las mujeres y con un ligero descenso en las dos últimas décadas.

Cataluña

En el trienio 2000-2002 Cataluña es una de las CCAA con una menor mortalidad global y por causas de muerte evitables y como el resto de CCAA muestra un descenso en las mismas entre 1981 y 2002 en ambos sexos. En cambio, es una de la CCAA con una mortalidad alta en VIH-sida y en cáncer de colon y recto en los hombres y en cáncer de mama en las mujeres. Sin embargo en los años 1981 - 2002 la mortalidad por cáncer de colon y recto y por cáncer de pulmón en los hombres es la que mas ha aumentado.

En cambio, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares es baja y se reduce en ambos sexos en las últimas décadas al contrario que la mortalidad por trastornos mentales y por enfermedades del sistema nervioso que aumenta en Cataluña y pasa a ser una de las CCAA que presenta una mayor mortalidad y que muestra una tendencia creciente entre 1981 y 2002.

Otras enfermedades crónicas que producen una mayor mortalidad en Cataluña son la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado en las mujeres aunque muestran una tendencia decreciente en las dos últimas décadas. También cabe destacar la mayor mortalidad por causas externas en las mujeres y por sobredosis a drogas en hombres y mujeres.

La Comunidad Valenciana

En el trienio 2000-2002 la Comunidad Valenciana es una de las CCAA con una mortalidad global alta en los hombres y las mujeres y con una mortalidad por causas evitables alta en hombres y entre las que la tienen mayor en las mujeres. Esta CCAA también se sitúa entre las CCAA con una mayor mortalidad por VIH-sida.

La mortalidad por tumores es baja pero con una tendencia creciente en los hombres lo cual se debe al incremento de la mortalidad por cáncer de colon y recto, de pulmón y de próstata en los hombres. En cambio, tanto la diabetes mellitus como las enfermedades cardiovasculares, aún presentando tasas de mortalidad elevadas, muestran una tendencia decreciente entre 1981 y 2002.

Otras causas de muerte que muestran una mayor mortalidad en esta CCAA son la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado tanto en hombres como en mujeres y las enfermedades del sistema nervioso en los hombres. La cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado presentan una tendencia decreciente y las enfermedades del sistema nervioso, en cambio, aumentan en las dos última décadas.

Extremadura

En el trienio 2000-2002 Extremadura presenta una mortalidad global y por causas de muerte evitables que la sitúan en una posición intermedia. Sin embargo, y como el resto de las CCAA, presenta un tendencia decreciente de la mortalidad a lo largo de las dos décadas.

La mortalidad por tumores en Extremadura presenta una tendencia a crecer en los hombres entre 1981 y 2002. Esta CCAA se encuentra entre las que tienen una mayor mortalidad por cáncer de estomago y cáncer de pulmón en los hombres siendo una de las CCAA donde más ha crecido la mortalidad por estas causas entre 1981 y 2002.

Extremadura también se sitúa entre las CCAA con mayor mortalidad por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas y por enfermedades cerebro-vasculares en las mujeres. Sin embargo tanto la mortalidad por enfermedad endocrinas como la mortalidad de

origen cardiovascular presentan un descenso a lo largo de las dos últimas décadas. Otras causas de muerte relevantes son las enfermedades del sistema respiratorio tanto en hombres como en mujeres y que además muestran un crecimiento entre 1981 y 2002.

Por otro lado Extremadura es una de las CCAA con mayor mortalidad por síntomas, signos y otros hallazgos anormales en hombres y en mujeres pero con tendencia a disminuir en las últimas dos décadas.

Galicia

En el trienio 2000-2002 Galicia se sitúa entre las CCAA con una mortalidad global intermedia y una mortalidad por causas de muerte evitables alta, aunque como en el resto de las CCAA se observa una tendencia decreciente a lo largo de las dos últimas décadas.

Galicia es una de las CCAA que tiene una mortalidad alta por tumores y que además presenta un aumento en las últimas dos décadas en ambos sexos. Es una de las CCAA con una mayor mortalidad por cáncer de estómago en mujeres y por cáncer de próstata en los hombres. En cuanto a la tendencia, el cáncer de estómago decrece y el de próstata aumenta en los años 1981 - 2002.

La diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares muestran tasas de mortalidad intermedias en relación al resto de CCAA y todas muestran tendencias decrecientes excepto la enfermedad isquémica cardíaca en los hombres que disminuyen ligeramente a lo largo de las dos décadas.

Galicia es una de las CCAA con una mayor mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio y en concreto por bronquitis, enfisema y asma en las mujeres. Estas causas de muerte disminuyen ligeramente a lo largo de las dos décadas.

En los años 2000-2002 Galicia es una de las CCAA con mayor mortalidad por enfermedades del sistema digestivo en los hombres pero con tendencia a disminuir. También es una de las CCAA con mayor mortalidad por causas externas en los hombres, lesiones por accidentes de tráfico en hombres y en mujeres, por sobredosis a drogas en hombres y por suicidio y lesiones auto-infligidas en mujeres. Mientras que la mortalidad por causas externas y por lesiones por accidentes de tráfico disminuye a lo largo de las dos

décadas, la mortalidad por sobredosis a drogas, por suicidio y lesiones auto-infligidas aumenta en el mismo periodo de tiempo.

La Comunidad de Madrid

En el trienio 2000-2002 la Comunidad de Madrid es una de la CCAA con una mortalidad global y mortalidad por causas evitables más baja (primer y segundo quintil) en ambos sexos y con tendencias decrecientes entre 1981 y 2002.

En relación a los tumores la Comunidad de Madrid muestra una mortalidad intermedia pero en cambio es la CCAA donde se produce un mayor crecimiento de la mortalidad por tumores a lo largo de las dos últimas décadas tanto en hombres como en mujeres. La Comunidad de Madrid es una de las CCAA donde disminuye menos la mortalidad por cáncer de estómago, y donde aumenta más la mortalidad por cáncer de colon y recto, de pulmón y de próstata en los hombres y de mama en las mujeres.

La mortalidad por diabetes mellitus y la mortalidad por enfermedades cardiovasculares son bajas en relación al resto de CCAA y también presentan ligeras reducciones.

La Comunidad de Madrid es una de las que presentan una mortalidad más baja por enfermedades del aparato respiratorio. Sin embargo, es la que presenta un mayor crecimiento en la mortalidad por bronquitis, enfisema y asma en los hombres a lo largo de las dos décadas.

Cabe destacar la baja mortalidad por lesiones por accidentes de tráfico en esta CCAA y similar a la de Ceuta y Melilla. Al no ser la Comunidad de Madrid totalmente urbana sería recomendable establecer la exactitud de las estadísticas de mortalidad por lesiones por accidentes de tráfico en esta CCAA.

Murcia

En el trienio 2000-2002 Murcia se encuentra entre las CCAA con una alta mortalidad global y por causas evitables en ambos sexos aunque de forma similar a las otras CCAA muestra un tendencia decreciente de la mortalidad entre 1981 y 2002.

En Murcia los tumores muestran una mortalidad intermedia con una tendencia a crecer en los hombres. La mortalidad por tumores aumenta por el aumento de la mortalidad por cáncer de colon y recto, pulmón y próstata.

En cuanto a las enfermedades cardiovasculares presentan un mortalidad intermedia con tendencia al descenso a lo largo de las dos décadas excepto la mortalidad por enfermedades cerebro-vasculares en hombres y mujeres ya que Murcia es una de las CCAA con mayor mortalidad por esta causa. También presenta una mayor mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio en los hombres y en concreto por bronquitis, enfisema y asma en hombres con tendencia a disminuir entre 1981 y 2002.

Por otro lado Murcia es una de las CCAA con mayor mortalidad por causas externas en las mujeres y por lesiones por accidentes de tráfico en los hombres y en ambas causas de muerte se observa una disminución a lo largo de las dos décadas.

Navarra

En el trienio 2000-2002 Navarra está entre las CCAA con una baja mortalidad global y por causas de muerte evitables y la tendencia es similar a la del resto de CCAA, es decir decreciente entre 1981 y 2002.

La mortalidad por tumores es baja, sin embargo se observa un tendencia creciente sobretodo en los hombres. Navarra es una de la CCAA con una mayor mortalidad por cáncer de colon y recto en las mujeres aunque en ambos sexos muestra un tendencia creciente. También crece la mortalidad por cáncer de pulmón en ambos sexos y de próstata en los hombres.

La mortalidad por diabetes mellitus y por enfermedades cardiovasculares son intermedias en los hombres y bajas en las mujeres y en ambos sexos muestran una tendencia a disminuir entre 1981 y 2002. En cambio, Navarra es una de las CCAA con mayor mortalidad por enfermedades del sistema nervioso y con tendencia a crecer en las últimas décadas y con mayor mortalidad por enfermedades del sistema digestivo y en concreto por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado y con tendencia a disminuir.

Otra causa de muerte relevante es la producida por suicidio y lesiones auto-infligidas en las mujeres con una ligera tendencia a aumentar a lo largo de las dos últimas décadas.

El País Vasco

En el trienio 2000-2002 el País Vasco muestra una mortalidad global y por causas evitables intermedia en relación al resto de CCAA y con tendencia a disminuir como el resto de las CCAA. En cambio, es una de la CCAA con una mayor mortalidad por enfermedades infecciosas en los hombres aunque con tendencia a disminuir entre 1981 y 2002.

En cuanto a la mortalidad por tumores es una de las CCAA con mayor mortalidad en los hombres y las mujeres y en concreto el cáncer de estomago y de colon y recto en los hombres y el cáncer de pulmón en las mujeres. La mortalidad por tumores es estable en los hombres y ligeramente descendente en las mujeres. Sin embargo, la mortalidad por cáncer de colon y recto y cáncer de pulmón aumentan en ambos sexos a lo largo de las dos décadas. Por otro lado, la mortalidad por diabetes mellitus y por enfermedades cardiovasculares es baja y disminuye entre 1981 y 2002.

El País Vasco es una de las CCAA con mayor mortalidad por trastornos mentales en las mujeres y por enfermedades del sistema nervioso en los hombres y con tendencia a aumentar en los último años.

La mortalidad por sobredosis a drogas es alta en los hombres y muestra una tendencia creciente en los hombres y en las mujeres.

La Rioja

En el trienio 2000-2002 la Rioja es una de las CCAA con la mortalidad global y por causas evitables baja y con una tendencia a disminuir a lo largo de las dos últimas décadas.

La mortalidad por tumores globales es baja en esta CCAA aunque aumenta en los hombres y disminuye en las mujeres entre 1981 y 2002. El aumento se debe fundamentalmente a la mortalidad por cáncer de colon y recto.

La Rioja es una de las CCAA con mayor mortalidad por enfermedades de la circulación pulmonar en las mujeres aunque la mortalidad por enfermedades cardiovasculares es baja y muestra una tendencia decreciente entre 1981 y 2002.

En los años 2000-2002 la Rioja es una de las CCAA con mayor mortalidad por causas externas y dentro de estas, la mortalidad por lesiones por accidentes de tráfico en los hombres y en las mujeres y el suicidio y lesiones auto-infligidas en los hombres. Entre 1981 y 2002 se observa tendencia a disminuir de la mortalidad por lesiones por accidentes de tráfico y a aumentar la mortalidad por suicidio y lesiones auto-infligidas.

Ceuta y Melilla

En el trienio 2000-2002 Ceuta y Melilla es una de la CCAA con una mayor mortalidad global y mayor mortalidad por causas evitables, con una mayor mortalidad por enfermedades infecciosas en hombres y en mujeres y por sida-VIH en hombres. Sin embargo, muestra un descenso en la mortalidad por estas causas entre 1981 y 2002.

La mortalidad por tumores es baja en Ceuta y Melilla pero con tendencia a crecer tanto en hombres como en mujeres de forma que el cáncer de colon y recto crece en ambos sexos, el de próstata en los hombres y el de mama en las mujeres. En cambio el cáncer de pulmón crece ligeramente a lo largo de las dos décadas.

Ceuta y Melilla es una de las CCAA con una mayor mortalidad por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas y en concreto por diabetes mellitus en hombres que además muestra una tendencia a crecer. También es una de las CCAA con mayor mortalidad por enfermedades del cardiovasculares en los hombres y en las mujeres y en concreto por enfermedad isquémica del corazón en hombres que muestra una tendencia a disminuir y por enfermedades de la circulación pulmonar en ambos sexos que a lo largo de las dos décadas presenta una tendencia creciente.

Es una de las CCAA con mayor mortalidad por enfermedades del sistema digestivo y en concreto por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado en las mujeres y por trastornos mentales en los hombres. La primera disminuye a lo largo de las dos décadas y la segunda aumenta. Otras causa de muerte con mayor mortalidad en esta CCAA son los síntomas, signos y otros hallazgos anormales en las mujeres. Sin embargo, disminuye entre 1981 y 2002.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilera CM, Mesa MD, Ramirez-Tortosa MC, Quiles JL, Gil A. Virgin olive and fish oils enhance the hepatic antioxidant defence system in atherosclerotic rabbits. Clin Nutr. 2003;22(4):379-84

Albert X, Bayo A, Alfonso JL, Cortina P, Corella D. The effectiveness of health systems in influencing avoidable mortality: a study in Valencia, Spain, 1975-90. J Epidemiol Community Health. 1996;50(3):320-5.

Antunes JL, Waldman EA, Borrell C. Is it possible to reduce AIDS deaths without reinforcing socioeconomic inequalities in health? Int J Epidemiol. 2005;34(3):586-92. Epub 2005 Feb 28.)

American Institute of Cancer Research.. Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective. Washington: American Institute for Cancer Research ;1997).

Baade PD, Coory MD, Aitken JF. International trends in prostate-cancer mortality: the decrease is continuing and spreading. Cancer Causes Control. 2004 Apr;15(3):237-41.

Banegas JR, Diez Ganan L, Gonzalez Enriquez J, Villar Alvarez F, Rodriguez-Artalejo F. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. Med Clin (Barc). 2005 May 28;124(20):769-71.

Barés MA, Pérez G, Rosell J, Molina P. Exactitud de las estadísticas de mortalidad por causas externas y naturales con intervención médico-legal en Cataluña, 1996. Gac Sanit. 2000 Sep-Oct;14(5):356-62.

Benach J, Yasui Y, Borrell C, Saez M, Pasarín MI (2001). Material deprivation and leading causes of death: evidence from a nation-wide small-area study. J Epidem Community Health 55:239-245.

Benavides FG, Bolumar F, Peris R.. Quality of death certificates in Valencia, Spain Am J Public Health. 1989 Oct;79(10):1352-4

Borrell C, Plasencia A, Pasarin I, Ortun V. Widening social inequalities in mortality: the case of Barcelona, a southern European city. *J Epidemiol Community Health*. 1997 Dec;51(6):659-67.

Borrell C, Pasarin MI. The study of social inequalities in health in Spain: where are we?. *J Epidemiol Community Health*. 1999;53(7):388-9.

Borrell C, Regidor E, Arias LC, Navarro P, Puigpinos R, Dominguez V, Plasencia A. Inequalities in mortality according to educational level in two large Southern European cities. *Int J Epidemiol*. 1999 Feb;28(1):58-63.

Borrell C, Cirera E, Ricart M, Pasarin MI, Salvador J. Social inequalities in perinatal mortality in a Southern European city. *Eur J Epidemiol*. 2003;18(1):5-13.

Borrell C, Benach J (coord.). *Les desigualtats en salut a Catalunya. CAPS i Fundació Jaume Bofill*. Barcelona: Editorial Mediterrània, 2003.

Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscà JV (eds.). Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gac Sanit*. 2004;18(Supl.1):96-101.

Borrell C, Benach J (coords.). *L'evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterrània, 2005.

Botha JL, Bray F, Sankila R, Parkin DM. Breast cancer incidence and mortality trends in 16 European countries. *Eur J Cancer*. 2003 Aug;39(12):1718-29.

Brotos C, Rue M, Rivero E, Perez G. Tendencias de la mortlaidad por enfermedad cardiovascular en Cataluña, 1975-1992. *Med Clin (Barc)*. 1993 Nov 13;101(16):604-8

Brugal MT, Villalbi JR, Torralba L, Valverde JL, Tortosa MT. La epidemiología de la reacción adversa aguda a drogas en Barcelona en 1983-1992: un análisis de mortalidad. *Med Clin (Barc)*. 1995 Oct 14;105(12):441-5).

Brugal MT, Barrio G, Regidor E, Mestres M, Cayla JA, de la Fuente L. Discrepancias en el número de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas registradas en España. *Gac Sanit.* 1999 Mar-Apr;13(2):82-7.

Brugal MT, Barrio G, Royuela L, Bravo MJ, de la Fuente L, Regidor E. Estimación de la mortalidad atribuible al consumo de drogas ilegales en España. *Med Clin (Barc).* 2004; 123(20):775-7).

Centro Nacional de Epidemiología. Mortalidad en España en 1998. Evolución de la década 1989-1998. *Boletín Epidemiológico de España.* 2001;23:241-8.

Covas MI, Fito M, Marrugat J, Miro E, Farre M, de la Torre R, Gimeno E, Lopez-Sabater MC, Lamuela-Raventos R, de la Torre-Boronat MC. Coronary disease protective factors: antioxidant effect of olive oil. *Therapie.* 2001 Sep-Oct;56(5):607-11)

Fernández E, Gonzalez JR, Borrás JM, Sánchez V, Moreno V, Peris M. Evolución de la mortalidad por cáncer en Cataluña, 1975-1998. *Med Clin (Barc).* 2001;116:605-9.

Fernández y cols., 2005) E, La Vecchia C, Gonzalez JR, Lucchini F, Negri E, Levi F. Converging patterns of colorectal cancer mortality in Europe. *Eur J Cancer.* 2005;41:430-7.

Foley DJ, Brock DB, Lanska DJ. Trends in dementia mortality from two National Mortality Followback Surveys. *Neurology.* 2003 Feb 25;60(4):709-11.

Franceschi S, Levi F, La Vecchia C. Epidemiology of gastric cancer in Europe. *Eur J Cancer Prev.* 1994;3(Suppl):5-10.

Franco y cols., 2001) J, Pérez-Hoyos S, Plaza P. Changes in lung-cancer mortality trends in Spain. *Int J Cancer.* 2001; 97(1):102 – 105.

Garcia-Aymerich J, Sunyer J, Domingo-Salvany A, Mcfarlane D, Montella N, Pérez G, Antó JM. Differences in mortality between patients attending the emergency room services for asthma and chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med.* 1999 Nov;93(11):822-6.

Gonzalez JR, Moreno V, Fernández E, Izquierdo A, Borrás JM, Gispert R y el grupo de investigación sobre el impacto de cáncer en Cataluña. Probabilidad de desarrollar y morir por cáncer en Cataluña en el período 1998-2001. *Med Clin (Barc).* 2005;124(11):411-4).

Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte 2002. [accedido Junio 2005]. URL:<http://www.ines.es/inebase>.

Jané M, Borrell C, Nebot M, Pasarin MI. Impacto del consumo de tabaco y alcohol en la mortalidad de la población de Barcelona, España, 1983-1998. *Gac Sanit*. 2003 Mar-Apr;17(2):108-15.

Kirby L, Lehmann P, Majeed A. Dementia in people aged 65 years and older: a growing problem?. *Popul Trends*. 1998 Summer;(92):23-8

Lardelli-Claret P, Luna-Del-Castillo J de D, Jimenez-Moleon JJ, Rueda-Dominguez T, Garcia-Martin M, Femia-Marzo P, Bueno-Cavanillas A. Association of main driver-dependent risk factors with the risk of causing a vehicle collision in Spain, 1990-1999. *Ann Epidemiol*. 2003 Aug;13(7):509-17.

Mackenbach JP, Bouvier-Colle MH, Jouglu E. "Avoidable" mortality and health services: a review of aggregate data studies. *J Epidemiol Community Health*. 1990 Jun;44(2):106-11.

Marrugat J, Elosua R, Aldasoro E, Tormo MJ, Vanaclocha H, Segura A, Fiol M, Moreno-Iribas C, Perez G, Arteagoitia JM, Cirera L, Cabades A, Vega G, Ayestaran JI, Garcia V, Hurtado-de-Saracho I, Garcia J, Zurriaga O, Muniz J, Sala J; Investigacion Busqueda Especifica y Registro de; Isquemia Coronaria Aguda Investigators. Regional variability in population acute myocardial infarction cumulative incidence and mortality rates in Spain 1997 and 1998. *Eur J Epidemiol*. 2004;19(9):831-9.

Mathers CD, Fat DM, Inoue M, Rao C, López AD. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. *Bull World Health Organ*. 2005 Mar;83(3):171-7.

Montella N, Borrell C, Brugal MT, Plasencia A. [Tendencias de mortlaidad en los jóvenes de la ciudad de Barcelona, 1983-1993. *Med Clin (Barc)*. 1997 Feb 22;108(7):241-7.

Morgan CL, Currie CJ, Peters JR. Relationship between diabetes and mortality: a population study using record linkage. *Diabetes Care*. 2000 Aug;23(8):1103-7).

Navarro V, Benach J y la Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades sociales en salud en España (1996). Las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y The School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University (EEUU).

Nolte E, McKee M. Does healthcare save lives? Avoidable mortality revisited. London: The Nuffield Trust, 2004

Organización Panamericana de Salud (OPS). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión. Washington: OPS, 1995.

Organización Panamericana de Salud (OPS). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión. Washington: OPS, 1995.

Pinner RW, Teutsch SM, Simonsen L, Klug LA, Graber JM, Clarke MJ, Berkelman RL. Trends in infectious diseases mortality in the United States. JAMA. 1996 Jan 17;275(3):189-93.

Pérez G, Pena A, Sala J, Roset P, Masia R, Marrugat J. Acute myocardial infarction case fatality, incidence and mortality rates in a population registry in Gerona, Spain, 1990-1992. Int J Epidemiol. 1998 Aug;27(4):599-604.

Puig X, Gispert R, Puigdefabregas A, Perez G, Mompart A, Domenec J. Mortalidad debido a demencias en Cataluña, España: un problema de salud emergente. Med Clin (Barc). 2002 Apr 6;118(12):455-9.

Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Rodríguez C. Increased socioeconomic differences in mortality in eight spanish provinces. Soc Sci Med. 1995;41:801-7.

Regidor E, de Mateo S, Gutierrez-Fisac JL, Rodriguez C. Diferencias socioeconómicas en ocho provincias de España. Med Clin (Barc). 1996;106(8):285-9.

Regidor E, Gutierrez-Fisac J, Calle ME, Otero A. Patrón de mortalidad en España , 1998. Med Clin (Barc). 2002;118:13-5

Revuelta Munoz E, Godoy Garcia P, Farreny Blasi M. Evolución de la mortalidad atribuible al consumo de alcohol en Cataluña, 1988-1997. *Aten Primaria*. 2002;30(2):112-8

Ribes J, Cleries R, Borrás J, Galceran J, Bosch FX. Time trends in incidence and mortality for chronic liver disease and liver cancer in the interval 1980-1997 in Catalonia, Spain. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2004 Sep;16(9):865-72.

Robles González E, Benavides FG, Bernabeu Mestre J. La transición sanitaria en España, 1900 –1990. *Rev Esp Salud Publica* 1996;70:221-33).

Rodríguez-Artalejo F, Banegas Banegas JR, Guallar-Castillon P. Epidemiología del fallo cardiaco. *Rev Esp Cardiol*. 2004 Feb;57(2):163-70.

Rodríguez M, Borrell C, Pérez G. Informe anual del Sistema Nacional de Salud. Anexo VII. Indicadores de salud. URL: <http://www.msc.es/Diseno/sns/SistemaNacionalSalud.htm> [accedido octubre 2005].

Romeder JM, McWhinnie JR. Le développement des années potentielles de vie perdues comme indicateur de mortalité prématurée. *Rev Epidem Santé Publique* 1978;25:97-115.

Ruiz M, Cirera Suárez LI, Pérez G, Borrell C, Audica C, Moreno C, Torcida I, Martos D. Grupo COMPARA. Comparabilidad entre la novena y la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades aplicada a la codificación de la causa de muerte en España. *Gac Sanit* 2002;16(6):526-532.

Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG 3rd, Fishman AP, Perrin EB. Measuring the quality of medical care. A clinical method. *N Engl J Med*. 1976 Mar 11;294(11):582-8.

Sarti C, Rastenyte D, Cepaitis Z, Tuomilehto J. International trends in mortality from stroke, 1968 to 1994. *Stroke*. 2000 Jul;31(7):1588-601.

Shryock HS, Siegel JS. The methods and materials of demography. Academic Press, Inc. New York; 1976.

Tobias Garces A, Sunyer Deu J, Castellsagué Piqué J, Saez Zafra M, Anto Boque JM. Impacto de la polución del aire en la mortlaidad y en las urgencias por enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma en Barcelona. *Gac Sanit*. 1998 Sep-Oct;12(5):223-30).

Trupin L, Earnest G, San Pedro M, Balmes JR, Eisner MD, Yelin E, Katz PP, Blanc PD. The occupational burden of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J*. 2003;22:462-69.

Tseng CH. Mortality and causes of death in a national sample of diabetic patients in Taiwan. *Diabetes Care*. 2004 Jul;27(7):1605-9.

Villar Alvarez F, Banegas Banegas JR, Rodriguez Artalejo F, del Rey Calero J. Mortalidad cardio-vascular en España y sus Comunidades Autónomas, 1975-1992. *Med Clin (Barc)*. 1998 Mar 14;110(9):321-7.

Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*. 1992;22:429-45.

World Health Organization Regional Office for Europe. Mortality indicators by 67 causes of death Updated: Juny 2005 <http://data.euro.who.int/hfamdb/>.

ANEXO 1 DE TABLAS

Tabla 1. Mortalidad global. 2000-2002.

	TA		TEM		TAPVP	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	881,62	769,80	1209,65	787,79	5966,34	2532,33
Aragón	1135,42	986,81	1052,95	667,17	5190,63	2316,94
Asturias	1241,60	1070,03	1174,53	706,77	6004,01	2345,17
Baleares	899,08	800,27	1165,93	756,28	5831,78	2484,16
Canarias	783,58	626,53	1227,32	788,40	6412,47	2827,35
Cantabria	1049,81	908,53	1114,33	672,48	5671,24	2228,79
Castilla la Mancha	1016,88	936,91	1021,82	703,42	4882,39	2136,41
Castilla León	1127,39	974,92	998,63	624,46	5230,31	2214,83
Cataluña	950,58	840,77	1093,52	688,37	5457,00	2304,12
C. Valenciana	962,47	830,89	1161,47	745,07	5825,07	2488,82
Extremadura	1038,79	930,28	1133,44	731,45	5651,01	2322,67
Galicia	1123,19	996,45	1104,21	689,63	6084,08	2508,62
Madrid	766,03	659,92	1053,19	641,23	4985,30	2173,85
Murcia	821,13	726,04	1135,63	753,30	5892,86	2512,32
Navarra	948,32	819,84	1033,66	623,67	4987,30	1942,83
País Vasco	961,21	801,63	1103,32	649,45	5387,65	2313,52
Rioja	1006,82	849,92	1020,88	620,31	5346,59	1965,74
Ceuta y Melilla	693,37	605,33	1263,46	810,44	6363,69	2750,39

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

TAPVP: Tasas de años potenciales de vida perdidos ajustadas por edad por 100.000 hab.

**Tabla 2. Mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias.
2000-2002.**

	TA		TEM		TAPVP	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	19,58	12,65	23,01	12,97	364,07	114,70
Aragón	15,86	13,73	15,03	10,07	201,88	100,52
Asturias	19,97	15,70	19,13	11,54	227,11	117,17
Baleares	17,41	11,70	19,64	11,47	290,85	106,63
Canarias	17,52	12,21	24,44	14,87	240,91	96,08
Cantabria	21,75	18,82	22,65	14,57	249,66	116,30
Castilla la Mancha	17,70	14,39	17,84	11,21	158,00	74,28
Castilla León	21,24	14,36	19,42	9,72	229,88	69,63
Cataluña	18,52	13,52	20,07	11,59	253,39	94,57
C. Valenciana	19,00	12,15	21,08	11,22	305,09	110,19
Extremadura	17,61	15,73	18,76	12,90	215,75	82,85
Galicia	18,41	14,48	18,29	10,72	243,68	81,88
Madrid	17,93	10,70	20,92	10,47	298,35	100,50
Murcia	15,12	10,94	18,53	11,27	238,07	88,09
Navarra	14,46	13,49	15,13	10,58	177,09	58,27
País Vasco	21,84	14,56	23,73	12,24	270,25	99,86
Rioja	17,17	10,80	17,13	8,10	198,93	42,54
Ceuta y Melilla	26,54	15,01	34,68	18,80	539,22	150,04

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

TAPVP: Tasas de años potenciales de vida perdidos ajustadas por edad por 100.000 hab.

Tabla 3. Mortalidad por sida y VIH. 2000-2002.

	TA		TEM		TAPVP	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	8,76	1,73	8,82	1,77	264,01	57,34
Aragón	4,43	1,31	4,36	1,43	128,33	50,06
Asturias	5,76	1,81	5,59	1,91	157,65	62,56
Baleares	8,23	2,36	7,91	2,31	224,56	80,49
Canarias	5,14	1,33	5,01	1,26	130,15	40,39
Cantabria	5,37	1,70	5,16	1,75	146,93	57,22
Castilla la Mancha	2,93	,45	2,99	,50	85,15	16,69
Castilla León	4,85	1,04	4,87	1,16	146,66	39,55
Cataluña	6,33	1,54	6,17	1,58	168,94	50,99
C. Valenciana	8,08	2,16	7,96	2,21	228,15	72,96
Extremadura	3,50	,44	3,54	,48	106,90	14,27
Galicia	5,33	1,40	5,48	1,51	165,87	45,78
Madrid	7,98	1,62	7,64	1,57	214,09	49,96
Murcia	4,63	1,11	4,73	1,15	131,33	31,94
Navarra	3,49	,60	3,34	,61	93,87	18,25
País Vasco	6,52	1,60	6,09	1,57	177,71	48,59
Rioja	5,56	,24	5,36	,26	144,38	10,44
Ceuta y Melilla	11,58	1,45	11,60	1,43	331,70	47,84

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

TAPVP: Tasas de años potenciales de vida perdidos ajustadas por edad por 100.000 hab.

Tabla 4. Mortalidad por tumores. 2000-2002.

	TA		TEM		TAPVP	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	265,07	149,32	351,87	154,40	1732,50	958,99
Aragón	355,78	207,37	328,36	152,73	1542,18	915,26
Asturias	409,89	220,58	380,48	157,43	1881,10	887,79
Baleares	274,13	165,11	347,79	162,60	1664,05	941,44
Canarias	225,32	139,87	342,26	169,06	1668,23	985,77
Cantabria	367,89	187,34	383,84	149,66	1887,17	934,38
Castilla la Mancha	297,53	177,41	298,84	144,45	1401,42	848,16
Castilla León	372,46	215,33	329,18	151,89	1632,36	908,25
Cataluña	310,01	183,55	347,54	157,80	1715,29	910,67
C. Valenciana	297,19	168,31	349,26	155,35	1724,54	930,57
Extremadura	335,96	179,91	360,29	150,55	1805,94	878,41
Galicia	367,77	209,16	353,93	155,96	1845,02	947,61
Madrid	263,59	156,14	352,07	153,82	1574,52	886,26
Murcia	244,17	145,85	332,43	153,91	1635,29	945,15
Navarra	310,64	190,78	333,98	157,77	1649,18	883,20
País Vasco	337,60	189,10	368,32	159,09	1887,85	1033,53
Rioja	320,21	175,46	321,00	138,58	1612,09	752,38
Ceuta y Melilla	196,86	118,16	352,27	153,11	1637,00	960,34

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

TAPVP: Tasas de años potenciales de vida perdidos ajustadas por edad por 100.000 hab.

Tabla 5. Mortalidad por tumor maligno de estómago. 2000-2002.

	TA		TEM		TAPVP	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	14,47	7,97	19,30	8,23	91,19	43,01
Aragón	19,95	13,73	18,40	9,73	86,56	40,19
Asturias	25,08	14,80	23,23	10,00	102,16	34,78
Baleares	10,94	6,05	13,63	5,83	77,88	25,69
Canarias	9,93	6,30	15,15	7,75	69,44	37,18
Cantabria	18,55	12,02	19,24	9,34	72,38	42,58
Castilla la Mancha	22,23	12,69	22,37	10,12	104,50	52,00
Castilla León	32,26	20,62	28,46	13,96	135,26	59,78
Cataluña	17,08	10,42	19,17	8,82	92,24	38,41
C. Valenciana	16,90	9,37	19,90	8,62	94,64	43,96
Extremadura	23,14	10,48	24,89	8,54	123,94	37,41
Galicia	25,88	17,20	24,76	12,37	123,88	51,60
Madrid	15,30	9,83	20,46	9,67	89,82	41,01
Murcia	12,67	9,27	17,45	9,73	72,14	46,54
Navarra	20,00	11,58	21,51	9,14	95,66	30,05
País Vasco	24,43	12,59	26,73	10,43	120,94	46,88
Rioja	22,73	14,16	23,01	10,92	83,85	48,09
Ceuta y Melilla	11,58	7,75	19,90	10,41	112,03	33,13

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

TAPVP: Tasas de años potenciales de vida perdidos ajustadas por edad por 100.000 hab.

Tabla 6. Mortalidad por tumor maligno de colon y recto. 2000-2002.

	TA		TEM		TAPVP	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	25,21	20,43	34,40	21,08	130,10	88,32
Aragón	37,99	29,98	34,92	21,21	112,98	85,97
Asturias	46,43	29,60	43,29	20,49	147,27	73,22
Baleares	27,56	23,96	35,66	23,52	139,30	100,93
Canarias	17,44	15,93	27,86	19,56	97,60	88,53
Cantabria	35,56	21,61	37,56	16,23	132,74	51,52
Castilla la Mancha	28,71	24,78	28,75	19,45	105,07	77,31
Castilla León	45,68	31,31	40,07	21,03	139,61	82,05
Cataluña	35,46	25,23	40,39	21,35	152,06	94,19
C. Valenciana	30,42	24,07	36,54	21,89	129,96	81,72
Extremadura	32,67	25,59	35,43	20,94	125,50	80,35
Galicia	40,95	29,04	39,67	20,91	148,74	84,91
Madrid	28,48	20,64	39,55	20,30	122,10	78,10
Murcia	25,56	19,65	35,96	20,63	120,27	70,54
Navarra	29,52	27,34	31,97	22,22	131,54	97,40
País Vasco	36,64	23,79	41,22	19,62	152,77	78,97
Rioja	39,42	28,80	39,67	22,30	174,73	106,80
Ceuta y Melilla	12,55	12,11	22,03	16,20	134,71	48,61

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

TAPVP: Tasas de años potenciales de vida perdidos ajustadas por edad por 100.000 hab.

Tabla 7. Mortalidad por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón. 2000-2002.

	TA		TEM		TAPVP	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	75,97	7,15	98,54	7,42	504,51	52,55
Aragón	88,48	10,17	81,57	8,04	459,08	69,67
Asturias	105,50	12,88	96,86	9,62	554,43	74,35
Baleares	80,04	10,13	99,45	10,05	536,99	78,13
Canarias	55,80	10,33	81,12	11,98	433,74	112,39
Cantabria	99,78	11,29	103,05	9,39	532,79	80,15
Castilla la Mancha	75,50	7,61	76,04	6,59	403,31	54,05
Castilla León	80,86	10,75	71,90	8,16	444,26	65,91
Cataluña	83,69	9,99	91,88	8,85	508,94	69,28
C. Valenciana	81,49	9,41	93,41	8,81	517,85	72,30
Extremadura	109,78	7,80	115,91	6,56	611,06	39,15
Galicia	87,87	10,96	83,39	8,47	488,19	64,40
Madrid	69,61	9,88	90,13	9,73	445,93	83,07
Murcia	65,74	7,66	87,78	8,17	466,22	73,32
Navarra	77,12	10,86	81,90	9,66	467,92	96,33
País Vasco	78,63	11,77	83,27	10,11	485,15	94,21
Rioja	76,42	7,44	75,93	5,81	415,02	28,33
Ceuta y Melilla	63,21	6,78	105,90	8,91	614,91	58,05

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

TAPVP: Tasas de años potenciales de vida perdidos ajustadas por edad por 100.000 hab.

Tabla 8. Mortalidad por tumor maligno de mama. 2000-2002.

	TA	TEM	TAPVP
Andalucía	24,00	25,04	226,01
Aragón	34,19	26,55	215,26
Asturias	35,08	26,24	210,34
Baleares	27,89	27,68	222,62
Canarias	22,67	26,96	185,97
Cantabria	27,08	23,07	204,55
Castilla la Mancha	26,55	23,37	213,80
Castilla León	29,97	23,08	202,49
Cataluña	31,79	28,10	224,58
C. Valenciana	27,66	25,97	215,92
Extremadura	27,90	24,67	209,74
Galicia	28,95	22,90	200,31
Madrid	25,65	25,27	205,52
Murcia	23,93	25,53	247,86
Navarra	26,15	22,45	169,16
País Vasco	29,99	25,81	237,03
Rioja	24,96	21,25	195,00
Ceuta y Melilla	19,85	25,12	226,05

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

TAPVP: Tasas de años potenciales de vida perdidos ajustadas por edad por 100.000 hab.

Tabla 9. Mortalidad por tumor maligno de próstata. 2000-2002.

	TA	TEM	TAPVP
Andalucía	20,48	30,74	35,90
Aragón	42,70	39,31	35,19
Asturias	38,64	36,89	46,14
Baleares	27,64	38,57	36,15
Canarias	21,47	38,22	54,89
Cantabria	33,00	36,11	44,88
Castilla la Mancha	31,75	31,68	38,00
Castilla León	42,40	36,82	37,60
Cataluña	26,30	31,78	35,09
C. Valenciana	28,24	36,10	43,22
Extremadura	27,97	31,28	40,69
Galicia	41,10	41,07	42,43
Madrid	21,80	33,02	36,91
Murcia	22,16	33,08	40,72
Navarra	32,78	36,58	39,44
País Vasco	28,95	35,20	45,98
Rioja	37,49	38,46	44,15
Ceuta y Melilla	14,48	30,88	38,31

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

TAPVP: Tasas de años potenciales de vida perdidos ajustadas por edad por 100.000 hab.

Tabla 10. Mortalidad por enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos. 2000-2002.

	TA		TEM		TAPVP	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	2,30	2,96	3,16	3,02	20,78	14,11
Aragón	3,03	3,88	2,80	2,62	12,46	7,86
Asturias	1,90	4,75	1,83	3,13	8,03	15,07
Baleares	1,60	3,06	2,02	2,85	14,96	7,65
Canarias	2,25	3,09	3,33	3,81	26,58	26,31
Cantabria	1,92	3,52	2,06	2,65	10,80	16,28
Castilla la Mancha	2,63	3,50	2,64	2,54	12,29	5,62
Castilla León	4,13	5,35	3,64	3,51	16,30	18,50
Cataluña	2,35	3,79	2,75	3,08	14,00	11,44
C. Valenciana	2,04	3,48	2,48	3,10	14,25	9,78
Extremadura	2,86	3,31	3,10	2,63	21,79	13,25
Galicia	2,06	2,16	2,07	1,50	20,81	5,39
Madrid	2,11	2,57	2,87	2,49	20,91	11,44
Murcia	2,06	2,22	2,83	2,27	17,47	7,46
Navarra	1,93	3,34	2,15	2,50	4,38	8,17
País Vasco	2,65	3,85	3,21	3,15	12,69	14,69
Rioja	3,63	3,12	3,78	2,34	12,53	15,81
Ceuta y Melilla	,97	2,42	1,45	3,24	12,77	15,12

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

TAPVP: Tasas de años potenciales de vida perdidos ajustadas por edad por 100.000 hab.

Tabla 11. Mortalidad por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. 2000-2002.

	TA		TEM		TAPVP	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	21,36	34,90	30,48	35,69	92,31	70,86
Aragón	26,51	37,25	24,45	24,71	70,50	45,59
Asturias	29,60	44,83	28,13	28,66	90,53	34,23
Baleares	19,17	29,22	25,37	27,57	95,22	43,93
Canarias	28,75	38,48	47,62	49,03	158,42	104,80
Cantabria	16,50	31,32	17,87	22,91	41,34	36,31
Castilla la Mancha	25,58	45,69	25,67	33,57	73,92	52,17
Castilla León	26,04	41,45	22,86	25,44	80,61	34,29
Cataluña	23,17	29,88	27,31	24,27	79,07	53,90
C. Valenciana	23,47	37,21	29,10	33,16	80,73	50,12
Extremadura	22,50	46,93	24,85	36,32	90,08	51,40
Galicia	20,63	30,23	20,40	20,52	73,12	45,70
Madrid	12,49	19,13	18,20	18,55	46,65	26,23
Murcia	21,49	32,76	30,41	34,01	108,82	74,17
Navarra	19,76	28,53	21,85	21,49	61,96	37,13
País Vasco	20,57	28,87	24,67	23,03	62,35	34,92
Rioja	19,35	39,60	19,68	28,36	70,08	40,90
Ceuta y Melilla	24,61	41,16	49,73	54,42	121,09	238,92

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

TAPVP: Tasas de años potenciales de vida perdidos ajustadas por edad por 100.000 hab.

Tabla 12. Mortalidad por diabetes mellitus. 2000-2002.

	TA		TEM		TAPVP	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	18,66	30,27	26,93	30,96	59,97	39,81
Aragón	22,47	31,40	20,69	20,69	43,78	29,99
Asturias	25,34	39,71	24,01	25,31	57,97	23,98
Baleares	15,58	24,82	21,01	23,34	49,12	20,03
Canarias	24,87	33,74	41,53	43,18	113,54	71,46
Cantabria	14,07	26,35	15,27	19,17	26,33	21,79
Castilla la Mancha	22,69	39,66	22,75	28,95	48,59	29,12
Castilla León	20,64	33,85	18,03	20,50	42,57	16,12
Cataluña	19,42	25,03	23,04	20,20	44,57	27,32
C. Valenciana	19,62	31,19	24,58	27,71	49,60	26,57
Extremadura	19,26	40,00	21,29	30,76	60,31	36,43
Galicia	17,90	26,99	17,67	18,15	42,14	24,77
Madrid	10,32	15,26	15,20	14,79	27,79	11,83
Murcia	18,25	26,93	26,30	27,97	61,81	44,66
Navarra	16,27	22,33	17,97	16,75	48,48	21,65
País Vasco	17,52	24,80	21,31	19,70	37,10	19,00
Rioja	16,45	35,76	16,75	25,59	32,72	34,28
Ceuta y Melilla	17,85	33,90	37,15	45,82	57,34	126,23

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

TAPVP: Tasas de años potenciales de vida perdidos ajustadas por edad por 100.000 hab.

**Tabla 13. Mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento.
2000-2002.**

	TA		TEM		TAPVP	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	11,71	20,94	17,62	21,34	39,63	11,95
Aragón	20,73	43,71	19,17	27,53	12,04	10,89
Asturias	29,80	63,72	29,03	39,36	35,54	8,19
Baleares	16,13	35,82	22,70	32,63	28,18	5,33
Canarias	14,04	21,33	25,73	28,02	46,18	18,82
Cantabria	25,20	42,62	27,83	29,47	39,12	3,18
Castilla la Mancha	20,56	36,39	20,72	25,82	36,67	6,05
Castilla León	19,15	35,06	16,74	20,73	28,29	11,91
Cataluña	27,83	56,04	34,23	43,89	53,46	14,12
C. Valenciana	17,55	33,65	22,92	29,39	34,56	6,17
Extremadura	8,58	14,98	9,71	11,20	30,60	,00
Galicia	19,75	40,22	20,07	26,26	48,65	24,76
Madrid	12,13	25,59	18,95	24,50	19,26	8,20
Murcia	13,84	27,98	21,26	28,80	22,24	10,87
Navarra	14,22	27,94	16,16	19,91	13,47	,99
País Vasco	20,66	41,92	26,79	32,78	27,10	10,94
Rioja	13,79	26,88	14,20	18,50	43,80	3,57
Ceuta y Melilla	19,30	23,24	42,14	32,46	70,13	5,04

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

TAPVP: Tasas de años potenciales de vida perdidos ajustadas por edad por 100.000 hab.

**Tabla 14. Mortalidad por enfermedades del sistema nervioso.
2000-2002.**

	TA		TEM		TAPVP	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	19,88	25,29	27,51	25,82	156,13	89,14
Aragón	32,39	44,31	30,00	29,26	112,90	65,63
Asturias	31,17	43,56	29,94	28,13	131,22	51,16
Baleares	23,00	35,03	31,00	32,80	113,76	96,68
Canarias	17,24	19,14	26,41	23,88	193,40	120,87
Cantabria	22,90	30,35	24,54	22,56	185,37	96,69
Castilla la Mancha	27,03	35,37	27,04	26,74	141,83	104,37
Castilla León	28,68	35,00	25,38	22,55	128,90	92,13
Cataluña	28,21	42,15	33,43	34,11	119,14	76,97
C. Valenciana	25,65	34,47	31,87	30,77	126,02	87,67
Extremadura	20,85	26,65	22,88	20,86	131,51	57,55
Galicia	22,33	29,21	22,18	20,40	134,22	87,50
Madrid	17,87	25,70	25,47	24,91	111,19	77,98
Murcia	16,02	23,15	22,64	24,03	102,64	84,45
Navarra	28,08	45,49	30,91	33,72	127,46	67,80
País Vasco	29,87	39,67	35,96	32,01	127,05	88,05
Rioja	29,75	35,76	30,34	25,82	97,11	47,08
Ceuta y Melilla	16,89	18,40	30,83	24,97	177,87	61,83

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

TAPVP: Tasas de años potenciales de vida perdidos ajustadas por edad por 100.000 hab.

Tabla 15. Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio. 2000-2002.

	TA		TEM		TAPVP	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	282,39	339,40	404,64	346,72	1125,54	408,82
Aragón	345,41	375,09	318,65	243,57	835,07	277,44
Asturias	366,93	436,34	348,06	277,91	1085,43	362,81
Baleares	275,33	324,34	371,69	301,50	925,76	311,24
Canarias	249,24	245,60	414,77	317,34	1288,27	444,35
Cantabria	284,10	347,24	306,59	248,09	805,22	285,86
Castilla la Mancha	309,94	378,92	311,23	276,03	826,75	298,29
Castilla León	327,03	383,23	286,48	233,34	778,91	247,46
Cataluña	270,41	312,35	318,64	249,63	857,23	284,55
C. Valenciana	304,99	347,14	377,62	307,26	1092,27	405,11
Extremadura	317,21	383,79	349,85	294,03	1051,62	357,55
Galicia	341,84	421,05	338,31	279,32	977,22	315,08
Madrid	198,73	239,23	285,87	231,14	754,85	253,87
Murcia	244,95	299,03	354,01	309,62	935,73	302,50
Navarra	282,81	301,10	312,57	220,53	808,49	197,43
País Vasco	274,07	287,81	325,20	227,99	906,56	254,49
Rioja	302,55	348,27	308,54	245,48	828,76	299,27
Ceuta y Melilla	218,10	230,03	433,81	315,82	1116,81	462,92

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

TAPVP: Tasas de años potenciales de vida perdidos ajustadas por edad por 100.000 hab.

**Tabla 16. Mortalidad por enfermedad isquémica del corazón.
2000-2002.**

	TA		TEM		TAPVP	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	112,50	87,19	156,01	89,21	561,64	128,45
Aragón	123,23	79,59	113,62	52,50	436,49	72,68
Asturias	155,67	120,28	146,16	77,21	591,84	119,31
Baleares	96,01	72,42	127,11	67,93	386,59	86,88
Canarias	118,43	89,84	189,71	115,69	698,94	157,88
Cantabria	89,16	71,15	94,98	51,25	328,66	61,57
Castilla la Mancha	107,70	81,36	108,04	60,22	387,97	81,97
Castilla León	124,15	86,53	109,10	53,10	392,01	60,86
Cataluña	101,52	73,40	117,50	59,12	383,92	71,45
C. Valenciana	127,54	93,24	154,41	82,87	545,05	120,81
Extremadura	125,30	95,61	136,23	74,00	510,47	102,75
Galicia	127,45	90,71	124,44	60,76	475,55	81,52
Madrid	79,56	60,59	111,27	58,69	356,96	59,95
Murcia	92,64	68,62	130,70	71,31	442,94	95,01
Navarra	113,15	73,30	123,04	54,29	491,02	64,47
País Vasco	95,69	58,86	109,34	46,89	426,53	59,60
Rioja	105,93	67,69	107,11	48,78	365,44	108,46
Ceuta y Melilla	89,75	53,75	171,02	73,12	527,05	154,22

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

TAPVP: Tasas de años potenciales de vida perdidos ajustadas por edad por 100.000 hab.

**Tabla 17. Mortalidad por enfermedad de la circulación pulmonar.
2000-2002.**

	TA		TEM		TAPVP	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	60,05	96,97	87,74	98,95	230,19	103,20
Aragón	86,07	124,72	79,48	80,26	157,12	81,87
Asturias	81,07	130,26	77,65	82,52	226,17	100,68
Baleares	76,44	116,73	103,64	107,79	265,73	87,63
Canarias	54,89	66,59	93,74	86,64	274,75	101,19
Cantabria	78,03	126,88	84,69	90,53	208,16	94,14
Castilla la Mancha	73,78	120,34	74,26	86,82	194,38	71,75
Castilla León	80,78	126,24	70,75	76,34	177,36	78,04
Cataluña	62,86	97,21	74,41	77,36	226,67	86,42
C. Valenciana	63,74	100,39	79,79	88,65	250,80	113,52
Extremadura	69,61	111,39	77,51	84,78	220,49	86,21
Galicia	81,84	129,74	81,79	85,61	220,12	88,41
Madrid	50,75	84,54	74,41	81,48	188,14	83,81
Murcia	51,40	86,83	74,43	89,76	223,92	85,36
Navarra	72,42	107,81	81,00	78,35	151,55	52,35
País Vasco	69,43	94,20	83,80	74,37	219,43	77,77
Rioja	88,03	141,85	90,55	98,91	211,09	84,36
Ceuta y Melilla	57,90	84,75	121,13	117,28	231,43	106,30

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

TAPVP: Tasas de años potenciales de vida perdidos ajustadas por edad por 100.000 hab.

**Tabla 18. Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares.
2000-2002.**

	TA		TEM		TAPVP	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	81,18	114,40	119,35	116,80	235,77	120,81
Aragón	101,82	126,63	93,95	82,14	166,66	96,68
Asturias	91,49	131,29	87,39	83,52	174,87	101,98
Baleares	70,69	92,45	96,66	86,22	207,46	106,62
Canarias	50,02	60,36	87,11	77,87	202,25	127,49
Cantabria	75,85	101,50	82,53	72,38	188,61	86,63
Castilla la Mancha	96,82	131,94	97,13	95,91	175,95	103,96
Castilla León	85,33	118,48	74,49	71,94	140,78	70,87
Cataluña	72,49	95,14	86,91	75,98	159,82	91,73
C. Valenciana	81,36	110,41	103,19	97,66	199,66	130,60
Extremadura	90,84	134,98	101,36	103,25	216,38	130,05
Galicia	95,21	149,63	95,10	99,23	194,86	115,04
Madrid	45,27	63,19	67,08	61,00	127,81	70,79
Murcia	76,35	108,65	113,64	112,35	177,72	82,66
Navarra	68,20	87,39	76,20	64,05	114,24	62,83
País Vasco	72,83	89,79	88,01	71,18	186,22	88,83
Rioja	80,78	101,29	82,59	71,33	168,41	82,51
Ceuta y Melilla	50,18	65,38	100,45	89,45	274,45	150,77

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

TAPVP: Tasas de años potenciales de vida perdidos ajustadas por edad por 100.000 hab.

**Tabla 19. Mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio.
2000-2002.**

	TA		TEM		TAPVP	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	106,22	64,37	157,05	65,70	278,84	85,11
Aragón	140,71	90,09	129,85	58,45	221,92	75,95
Asturias	168,89	91,70	161,76	57,93	247,42	54,55
Baleares	108,95	67,16	149,64	62,65	285,47	99,93
Canarias	83,44	55,86	147,36	72,00	376,54	139,61
Cantabria	139,05	106,24	152,16	75,66	333,19	86,21
Castilla la Mancha	134,43	87,95	134,67	64,09	225,07	80,69
Castilla León	140,51	92,63	122,45	56,31	196,01	78,01
Cataluña	111,55	70,83	133,99	56,64	267,83	77,01
C. Valenciana	119,15	73,81	151,50	65,34	297,94	94,59
Extremadura	142,52	102,28	159,49	78,35	337,23	119,28
Galicia	153,46	113,57	153,88	75,25	291,15	98,56
Madrid	105,85	75,36	158,88	72,68	268,86	95,18
Murcia	108,27	69,96	160,82	72,31	285,02	98,33
Navarra	116,64	85,12	131,09	61,79	163,98	47,80
País Vasco	104,24	73,20	129,67	57,91	179,26	70,81
Rioja	125,76	83,05	129,93	58,00	176,09	50,32
Ceuta y Melilla	72,86	49,88	144,71	67,36	420,53	172,12

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

TAPVP: Tasas de años potenciales de vida perdidos ajustadas por edad por 100.000 hab.

Tabla 20. Mortalidad por bronquitis, enfisema y asma. 2000-2002.

	TA		TEM		TAPVP	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	57,62	16,17	84,83	16,52	131,91	24,36
Aragón	66,24	19,69	60,97	12,86	76,09	12,04
Asturias	100,39	30,08	96,04	19,25	120,03	18,67
Baleares	51,36	15,95	71,40	14,90	86,03	19,20
Canarias	33,53	11,82	60,81	15,10	92,65	32,08
Cantabria	59,74	19,79	65,40	14,09	70,08	9,05
Castilla la Mancha	70,62	23,05	70,56	16,88	95,77	19,69
Castilla León	69,59	26,66	60,54	16,24	73,64	20,26
Cataluña	63,63	23,63	76,74	18,92	98,04	20,54
C. Valenciana	63,77	21,06	81,50	18,66	99,80	19,42
Extremadura	60,90	13,85	67,96	10,70	110,46	16,84
Galicia	73,73	31,23	73,76	20,70	93,29	20,56
Madrid	41,75	13,87	63,16	13,43	68,06	13,81
Murcia	61,34	19,65	91,45	20,39	115,05	29,02
Navarra	54,59	16,36	61,35	12,06	55,19	11,51
País Vasco	58,75	23,79	72,88	18,95	84,33	26,58
Rioja	56,11	15,12	57,98	10,78	78,52	7,18
Ceuta y Melilla	35,22	15,98	73,26	21,28	146,66	63,12

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

TAPVP: Tasas de años potenciales de vida perdidos ajustadas por edad por 100.000 hab.

**Tabla 21. Mortalidad por enfermedades del sistema digestivo.
2000-2002.**

	TA		TEM		TAPVP	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	51,52	38,44	68,56	39,42	371,95	101,25
Aragón	62,03	49,29	57,51	33,01	282,21	89,15
Asturias	67,65	46,15	62,74	30,40	394,24	84,56
Baleares	48,17	42,02	61,08	40,25	309,50	125,70
Canarias	44,33	28,30	65,90	35,44	388,49	127,60
Cantabria	48,99	41,52	50,89	30,97	298,79	123,82
Castilla la Mancha	51,17	45,61	51,58	34,18	225,38	87,93
Castilla León	58,13	45,14	51,63	28,70	284,34	85,02
Cataluña	49,08	41,61	55,37	34,31	308,22	109,57
C. Valenciana	50,37	42,17	59,23	38,08	339,10	121,54
Extremadura	52,13	46,68	56,77	36,63	258,92	96,54
Galicia	51,50	41,48	50,07	29,30	320,92	116,02
Madrid	42,23	37,52	56,99	36,48	270,09	91,85
Murcia	44,26	33,48	59,47	34,97	368,03	108,18
Navarra	47,11	38,20	51,08	28,69	230,86	66,00
País Vasco	51,25	41,29	57,26	33,40	295,16	99,82
Rioja	51,51	34,80	51,81	25,38	263,63	57,05
Ceuta y Melilla	29,92	30,02	53,65	40,80	307,24	96,04

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

TAPVP: Tasas de años potenciales de vida perdidos ajustadas por edad por 100.000 hab.

Tabla 22. Mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. 2000-2002.

	TA		TEM		TAPVP	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	15,39	6,17	18,83	6,38	153,35	33,25
Aragón	14,18	5,42	13,18	4,09	120,70	30,40
Asturias	16,44	6,02	14,80	4,53	137,88	34,39
Baleares	8,87	6,05	10,56	6,19	83,48	31,79
Canarias	12,69	4,11	16,65	4,85	137,72	34,02
Cantabria	7,93	3,52	7,89	2,96	69,22	28,96
Castilla la Mancha	9,63	4,93	9,74	4,08	76,81	27,89
Castilla León	11,49	3,58	10,33	2,77	82,75	24,72
Cataluña	14,11	8,53	15,12	7,45	125,41	42,20
C. Valenciana	17,72	11,03	19,83	10,21	156,84	50,73
Extremadura	9,34	3,12	9,90	2,55	72,03	11,97
Galicia	10,61	5,45	10,03	4,35	94,56	38,58
Madrid	9,11	4,61	10,91	4,58	92,82	25,75
Murcia	13,06	6,16	16,33	6,55	148,29	35,30
Navarra	9,76	2,87	10,28	2,41	76,02	16,50
País Vasco	16,31	7,36	16,73	6,24	126,71	40,04
Rioja	12,09	6,00	11,82	4,78	122,06	18,49
Ceuta y Melilla	6,76	5,33	10,98	7,21	75,88	29,12

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

TAPVP: Tasas de años potenciales de vida perdidos ajustadas por edad por 100.000 hab.

Tabla 23. Mortalidad por enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo. 2000-2002.

	TA		TEM		TAPVP	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	1,56	3,39	2,39	3,46	2,92	3,18
Aragón	1,51	4,32	1,40	2,73	,54	,76
Asturias	1,44	3,97	1,39	2,48	3,05	2,27
Baleares	1,52	2,91	2,17	2,74	,00	6,16
Canarias	2,25	3,48	4,32	4,56	3,77	3,19
Cantabria	1,79	4,49	1,94	3,24	6,32	1,24
Castilla la Mancha	1,56	3,47	1,58	2,48	1,16	1,16
Castilla León	2,31	3,66	2,01	2,21	2,95	2,49
Cataluña	1,16	2,17	1,39	1,75	3,14	3,11
C. Valenciana	1,58	4,25	2,05	3,74	2,54	3,00
Extremadura	1,02	4,18	1,15	3,20	4,21	7,24
Galicia	2,47	4,47	2,51	2,89	4,22	,31
Madrid	1,29	2,42	1,96	2,33	3,04	2,13
Murcia	1,23	2,33	1,79	2,41	3,09	1,73
Navarra	2,53	4,18	2,86	2,98	2,25	,00
País Vasco	,95	1,41	1,21	1,10	1,21	,23
Rioja	,48	4,80	,51	3,37	,00	2,39
Ceuta y Melilla	,97	3,39	2,37	4,59	,00	11,11

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

TAPVP: Tasas de años potenciales de vida perdidos ajustadas por edad por 100.000 hab.

Tabla 24. Mortalidad por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. 2000-2002.

	TA		TEM		TAPVP	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	4,21	9,60	6,33	9,80	13,17	22,61
Aragón	8,29	22,65	7,66	14,55	4,37	20,17
Asturias	5,70	15,34	5,57	9,65	12,38	12,22
Baleares	4,15	12,10	5,77	11,10	8,54	4,63
Canarias	4,03	8,06	7,25	10,39	16,81	20,57
Cantabria	3,58	8,86	3,92	6,26	3,16	3,64
Castilla la Mancha	7,80	17,59	7,87	12,72	11,50	16,27
Castilla León	8,18	18,69	7,15	11,38	14,74	15,18
Cataluña	5,43	12,32	6,66	9,83	8,61	12,83
C. Valenciana	4,84	10,41	6,33	9,21	10,86	14,28
Extremadura	6,04	15,10	6,86	11,50	7,75	15,42
Galicia	4,38	10,16	4,44	6,87	7,97	21,50
Madrid	2,95	6,52	4,50	6,26	7,62	7,42
Murcia	4,02	7,38	6,19	7,64	9,81	14,99
Navarra	4,58	13,37	5,09	9,82	12,47	16,70
País Vasco	4,16	10,02	5,24	7,99	9,15	17,35
Rioja	5,32	8,40	5,54	5,83	1,92	4,79
Ceuta y Melilla	3,38	10,17	7,74	14,10	6,34	20,17

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

TAPVP: Tasas de años potenciales de vida perdidos ajustadas por edad por 100.000 hab.

**Tabla 25. Mortalidad por enfermedades del sistema genitourinario.
2000-2002.**

	TA		TEM		TAPVP	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	17,96	19,95	26,51	20,41	49,96	32,31
Aragón	26,51	26,31	24,47	17,48	38,48	41,17
Asturias	18,93	21,12	18,17	13,54	43,57	20,13
Baleares	21,33	23,57	29,96	22,09	31,41	25,40
Canarias	13,41	15,11	24,48	19,41	38,33	33,15
Cantabria	21,23	22,22	23,05	16,21	42,03	29,84
Castilla la Mancha	22,46	22,60	22,50	16,55	35,15	18,97
Castilla León	26,61	24,92	23,20	15,19	32,35	19,92
Cataluña	19,73	19,69	23,88	15,75	34,21	16,37
C. Valenciana	21,22	22,04	27,28	19,51	40,36	26,80
Extremadura	21,49	24,03	24,14	18,66	47,55	32,19
Galicia	17,41	19,27	17,46	12,96	24,93	26,90
Madrid	18,10	19,24	27,40	18,61	39,10	20,01
Murcia	21,82	23,26	32,39	24,09	52,85	30,55
Navarra	16,63	15,64	18,52	11,85	30,45	15,80
País Vasco	16,73	14,59	20,63	11,63	30,22	17,45
Rioja	18,62	17,76	19,34	12,45	39,36	10,18
Ceuta y Melilla	11,58	22,28	24,34	30,55	50,91	50,31

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

TAPVP: Tasas de años potenciales de vida perdidos ajustadas por edad por 100.000 hab.

Tabla 26. Mortalidad por embarazo, parto y puerperio. 2000-2002.

	TA	TEM	TAPVP
Andalucía	,16	,16	6,01
Aragón	,00	,00	,00
Asturias	,12	,14	5,65
Baleares	,08	,08	3,03
Canarias	,20	,18	6,91
Cantabria	,12	,13	6,48
Castilla la Mancha	,04	,04	2,02
Castilla León	,08	,09	3,37
Cataluña	,05	,05	2,27
C. Valenciana	,06	,06	2,43
Extremadura	,00	,00	,00
Galicia	,00	,00	,00
Madrid	,05	,05	1,70
Murcia	,00	,00	,00
Navarra	,12	,12	4,98
País Vasco	,00	,00	,00
Rioja	,00	,00	,00
Ceuta y Melilla	,00	,00	,00

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

TAPVP: Tasas de años potenciales de vida perdidos ajustadas por edad por 100.000 hab.

Tabla 27. Mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal. 2000-2002.

	TA		TEM		TAPVP	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	3,15	2,46	2,64	2,24	175,12	150,77
Aragón	2,75	1,64	3,04	1,97	206,63	133,92
Asturias	2,10	1,50	2,93	2,46	199,09	167,21
Baleares	3,27	3,38	2,88	3,17	195,74	213,11
Canarias	3,28	2,35	2,80	2,12	188,17	142,63
Cantabria	1,41	,49	1,64	,63	111,84	42,99
Castilla la Mancha	2,17	1,51	2,03	1,49	136,05	101,54
Castilla León	1,71	1,07	2,14	1,45	142,81	98,13
Cataluña	2,36	1,66	2,23	1,72	149,49	116,57
C. Valenciana	2,46	1,69	2,32	1,73	157,69	117,29
Extremadura	1,84	2,00	1,75	2,03	119,07	137,92
Galicia	1,42	1,40	1,77	2,01	120,46	136,88
Madrid	2,20	1,73	1,99	1,78	134,93	120,51
Murcia	3,91	3,05	3,15	2,59	209,73	170,75
Navarra	2,53	1,55	2,40	1,57	163,39	106,84
País Vasco	1,77	1,44	1,95	1,76	130,64	119,87
Rioja	3,14	2,40	3,38	2,74	229,87	186,40
Ceuta y Melilla	9,65	3,39	6,17	2,24	419,31	152,57

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

TAPVP: Tasas de años potenciales de vida perdidos ajustadas por edad por 100.000 hab.

Tabla 28. Mortalidad por malformaciones congénitas. 2000-2002.

	TA		TEM		TAPVP	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	3,27	2,84	2,87	2,66	161,94	146,82
Aragón	2,35	2,19	2,51	2,36	134,52	128,62
Asturias	2,36	2,35	2,87	2,71	155,37	123,93
Baleares	2,00	1,65	1,81	1,57	106,70	93,95
Canarias	3,84	3,41	3,70	3,34	165,09	145,67
Cantabria	1,54	1,21	1,65	1,20	84,46	32,32
Castilla la Mancha	2,74	2,71	2,66	2,65	121,95	120,78
Castilla León	2,48	2,25	2,77	2,54	136,75	130,59
Cataluña	2,21	2,08	2,18	2,07	102,54	88,43
C. Valenciana	2,44	1,87	2,39	1,89	117,38	91,05
Extremadura	2,22	2,25	2,17	2,25	105,39	116,25
Galicia	1,83	1,83	2,10	2,29	116,40	128,76
Madrid	2,80	2,10	2,71	2,13	139,11	105,49
Murcia	5,30	4,00	4,60	3,54	250,11	197,40
Navarra	1,08	2,03	1,08	2,08	47,70	100,78
País Vasco	1,90	1,57	2,03	1,70	91,95	83,29
Rioja	1,21	1,68	1,24	1,52	64,56	55,92
Ceuta y Melilla	6,76	2,91	4,63	1,92	284,06	130,78

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

TAPVP: Tasas de años potenciales de vida perdidos ajustadas por edad por 100.000 hab.

Tabla 29. Mortalidad por síntomas, signos y otros hallazgos anormales. 2000-2002.

	TA		TEM		TAPVP	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	16,79	26,08	24,96	26,56	68,84	28,76
Aragón	31,55	42,89	29,42	27,96	156,57	96,68
Asturias	13,69	32,43	13,39	20,18	34,15	26,13
Baleares	22,37	24,51	28,25	22,73	206,22	47,13
Canarias	21,35	13,74	28,07	17,05	337,75	101,06
Cantabria	39,78	44,19	41,69	32,37	328,72	127,59
Castilla la Mancha	37,16	45,99	37,51	33,26	225,85	63,87
Castilla León	23,89	31,61	21,22	19,02	119,90	37,21
Cataluña	18,57	20,87	21,29	16,75	151,84	53,56
C. Valenciana	15,05	19,08	18,36	16,88	126,63	50,36
Extremadura	36,17	44,87	40,13	34,26	268,29	73,05
Galicia	23,82	32,49	23,85	21,78	154,79	60,87
Madrid	27,21	19,77	33,13	19,15	383,96	117,96
Murcia	12,61	19,43	17,86	19,95	111,88	38,90
Navarra	18,44	29,61	20,79	21,10	35,83	25,59
País Vasco	16,93	30,43	20,51	24,01	85,85	32,00
Rioja	20,56	30,48	21,31	21,04	67,08	35,04
Ceuta y Melilla	17,37	26,15	31,11	35,25	200,71	129,20

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

TAPVP: Tasas de años potenciales de vida perdidos ajustadas por edad por 100.000 hab.

Tabla 30. Mortalidad por causas externas. 2000-2002.

	TA		TEM		TAPVP	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	54,56	16,95	59,94	17,32	1312,24	286,76
Aragón	59,96	21,88	58,57	18,03	1357,95	307,33
Asturias	70,99	25,15	68,53	20,62	1455,78	369,85
Baleares	60,39	18,38	63,97	18,26	1552,54	352,22
Canarias	53,22	16,28	58,72	17,87	1275,50	309,96
Cantabria	52,06	17,97	51,87	15,89	1244,05	285,65
Castilla la Mancha	56,23	17,59	57,25	15,46	1249,10	254,24
Castilla León	64,55	24,63	62,10	20,11	1405,21	362,73
Cataluña	59,73	27,80	62,25	24,78	1339,25	377,58
C. Valenciana	55,25	18,81	57,37	18,14	1354,34	367,73
Extremadura	49,71	17,54	51,47	16,05	1155,32	283,76
Galicia	74,06	25,23	72,83	21,54	1700,53	410,91
Madrid	38,43	15,96	41,10	15,71	912,73	246,78
Murcia	61,95	21,04	67,09	21,73	1542,08	338,78
Navarra	66,88	19,22	67,98	17,09	1458,36	305,35
País Vasco	55,93	21,76	56,80	19,54	1270,34	336,23
Rioja	73,76	26,64	73,14	22,81	1640,80	362,10
Ceuta y Melilla	37,64	8,72	43,85	10,80	999,70	93,87

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

TAPVP: Tasas de años potenciales de vida perdidos ajustadas por edad por 100.000 hab.

Tabla 31. Mortalidad por accidentes de tráfico. 2000-2002.

	TA		TEM		TAPVP	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	20,91	4,64	21,46	4,69	606,88	126,67
Aragón	28,47	7,71	28,18	7,03	767,98	167,04
Asturias	23,18	7,16	22,71	6,60	630,30	170,19
Baleares	25,16	6,83	26,13	6,91	747,96	188,90
Canarias	15,98	4,70	16,40	4,84	464,12	128,49
Cantabria	20,85	6,68	20,65	6,23	643,18	151,93
Castilla la Mancha	25,01	6,10	25,49	5,91	689,90	147,71
Castilla León	29,01	9,33	28,56	8,59	793,35	219,33
Cataluña	21,94	7,24	22,15	7,05	644,57	186,88
C. Valenciana	23,45	6,16	23,84	6,09	651,51	167,23
Extremadura	22,76	6,55	23,32	6,46	621,77	169,49
Galicia	32,14	9,54	31,63	8,85	899,84	234,32
Madrid	12,98	4,23	13,03	4,23	361,52	111,86
Murcia	30,86	6,83	31,92	6,95	861,58	186,26
Navarra	26,99	7,64	27,45	7,10	628,52	162,06
País Vasco	21,06	7,29	21,06	7,00	597,94	182,90
Rioja	36,52	11,04	36,19	10,21	1029,93	233,93
Ceuta y Melilla	11,58	,48	12,98	,62	312,65	,00

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

TAPVP: Tasas de años potenciales de vida perdidos ajustadas por edad por 100.000 hab.

Tabla 32. Mortalidad por sobredosis. 2000-2002.

	TA		TEM		TAPVP	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	,35	,12	,36	,12	10,65	3,23
Aragón	,56	,05	,58	,04	22,18	,00
Asturias	1,11	,30	1,15	,31	41,49	11,04
Baleares	,32	,00	,30	,00	11,41	,00
Canarias	,32	,08	,33	,09	8,16	,43
Cantabria	,38	,24	,40	,17	8,89	,00
Castilla la Mancha	,23	,08	,24	,06	5,87	,00
Castilla León	,11	,03	,11	,03	3,86	,56
Cataluña	1,29	,30	1,25	,30	44,55	9,42
C. Valenciana	,75	,22	,74	,22	24,47	6,09
Extremadura	,06	,12	,06	,10	1,86	,43
Galicia	1,06	,17	1,09	,18	38,11	5,94
Madrid	,68	,14	,64	,14	20,38	3,38
Murcia	,11	,00	,14	,00	2,00	,00
Navarra	,12	,00	,11	,00	2,26	,00
País Vasco	,92	,06	,88	,06	31,94	1,83
Rioja	,00	,00	,00	,00	,00	,00
Ceuta y Melilla	,48	,00	,46	,00	13,70	,00

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

TAPVP: Tasas de años potenciales de vida perdidos ajustadas por edad por 100.000 hab.

**Tabla 33. Mortalidad por suicidio y lesiones autoinflingidas.
2000-2002.**

	TA		TEM		TAPVP	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	14,70	3,86	16,93	4,01	287,06	71,04
Aragón	12,61	4,43	12,15	3,99	222,43	79,93
Asturias	21,28	6,14	20,25	5,25	317,49	98,17
Baleares	10,86	2,28	11,98	2,33	201,58	43,85
Canarias	12,61	2,86	13,73	3,06	296,02	53,52
Cantabria	7,29	2,79	7,40	2,63	112,59	55,05
Castilla la Mancha	13,06	2,98	13,26	2,72	219,23	42,91
Castilla León	14,19	4,12	13,39	3,65	245,85	69,08
Cataluña	11,45	4,05	11,87	3,84	220,08	78,67
C. Valenciana	11,90	4,13	12,62	4,03	247,00	78,45
Extremadura	12,33	2,68	12,88	2,57	233,75	44,88
Galicia	15,99	5,28	15,62	4,57	295,63	73,67
Madrid	7,01	2,27	7,49	2,25	157,67	40,98
Murcia	12,78	4,00	14,44	4,21	273,40	65,21
Navarra	13,86	3,70	13,98	3,54	293,32	82,30
País Vasco	11,59	4,88	11,68	4,49	232,92	86,00
Rioja	16,45	4,08	16,39	3,71	247,53	48,03
Ceuta y Melilla	5,31	2,91	6,17	3,64	140,56	44,21

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

TAPVP: Tasas de años potenciales de vida perdidos ajustadas por edad por 100.000 hab.

Tabla 34. Mortalidad global evitable. 2000-2002.

	TA		TEM	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	147,36	56,58	161,17	59,27
Aragón	144,62	55,35	139,19	51,99
Asturias	179,64	65,46	166,28	59,55
Baleares	144,26	58,41	147,91	59,02
Canarias	152,00	60,33	166,30	64,04
Cantabria	132,72	51,54	130,60	49,11
Castilla la Mancha	119,70	47,72	126,91	48,54
Castilla León	141,04	54,26	134,60	51,00
Cataluña	138,52	56,71	136,74	54,36
C. Valenciana	152,94	60,99	155,28	59,66
Extremadura	140,61	53,26	149,29	54,42
Galicia	166,15	63,71	158,01	59,00
Madrid	112,13	48,46	115,25	47,52
Murcia	135,81	56,01	151,06	59,67
Navarra	141,92	48,73	139,88	46,79
País Vasco	144,18	58,77	135,73	54,04
Rioja	144,16	47,74	141,21	46,28
Ceuta y Melilla	148,05	56,04	176,45	65,43

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

Tabla 35. Mortalidad por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón evitable. 2000-2002.

	TA		TEM	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	27,78	2,83	32,00	3,04
Aragón	30,94	4,61	29,03	4,19
Asturias	40,23	5,04	35,62	4,31
Baleares	31,15	4,44	32,76	4,52
Canarias	24,11	5,62	27,94	6,05
Cantabria	32,72	4,97	32,44	4,60
Castilla la Mancha	23,89	3,04	26,23	3,14
Castilla León	30,76	4,34	28,36	3,95
Cataluña	32,85	4,19	32,25	3,94
C. Valenciana	32,52	4,41	33,35	4,28
Extremadura	35,40	1,99	38,50	2,07
Galicia	34,14	4,37	31,14	3,88
Madrid	26,21	5,14	27,74	4,99
Murcia	24,13	4,04	29,70	4,49
Navarra	27,24	6,17	26,77	5,83
País Vasco	32,69	6,10	29,86	5,42
Rioja	28,89	1,23	27,97	1,17
Ceuta y Melilla	30,67	2,77	40,55	3,62

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

Tabla 36. Mortalidad por tumor maligno de mama evitable. 2000-2002.

	TA	TEM
Andalucía	12,48	13,40
Aragón	13,39	12,19
Asturias	14,88	12,63
Baleares	13,68	13,95
Canarias	10,01	10,91
Cantabria	13,04	12,18
Castilla la Mancha	12,06	12,45
Castilla León	13,26	12,06
Cataluña	14,20	13,34
C. Valenciana	13,03	12,64
Extremadura	12,34	12,74
Galicia	13,74	12,20
Madrid	12,77	12,42
Murcia	12,59	13,92
Navarra	11,43	10,85
País Vasco	15,23	13,51
Rioja	12,01	11,36
Ceuta y Melilla	9,99	11,78

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

Tabla 37. Mortalidad por cardiopatía isquémica del corazón evitable. 2000-2002.

	TA		TEM	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	28,78	6,16	32,87	6,60
Aragón	27,00	4,46	25,37	3,99
Asturias	38,38	6,24	34,37	5,35
Baleares	21,20	4,15	22,26	4,28
Canarias	36,56	7,56	42,07	8,37
Cantabria	19,27	2,95	18,89	2,80
Castilla la Mancha	20,47	4,34	22,26	4,43
Castilla León	24,67	3,26	22,82	2,94
Cataluña	22,51	3,80	22,11	3,56
C. Valenciana	30,96	6,48	31,72	6,22
Extremadura	27,64	5,65	29,89	5,77
Galicia	30,40	5,18	27,93	4,48
Madrid	19,50	2,92	20,54	2,85
Murcia	20,69	4,37	25,06	4,87
Navarra	30,10	3,76	29,59	3,57
País Vasco	27,05	3,74	24,76	3,28
Rioja	21,30	6,16	20,66	5,83
Ceuta y Melilla	25,91	8,88	35,36	11,68

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

Tabla 38. Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares evitable. 2000-2002.

	TA		TEM	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	11,06	5,53	12,61	5,90
Aragón	9,12	5,40	8,60	4,89
Asturias	9,92	5,76	8,94	4,98
Baleares	10,51	5,19	10,94	5,32
Canarias	9,49	5,98	10,80	6,46
Cantabria	9,02	5,28	8,88	5,01
Castilla la Mancha	8,83	5,21	9,63	5,30
Castilla León	8,21	4,23	7,63	3,79
Cataluña	9,08	4,87	8,93	4,60
C. Valenciana	10,40	6,44	10,63	6,24
Extremadura	10,73	6,61	11,54	6,79
Galicia	11,40	6,65	10,52	5,88
Madrid	6,25	3,50	6,55	3,42
Murcia	7,77	3,91	9,47	4,36
Navarra	5,85	2,86	5,75	2,75
País Vasco	10,82	5,43	9,98	4,80
Rioja	7,88	4,62	7,65	4,37
Ceuta y Melilla	10,58	7,21	13,81	9,08

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

Tabla 39. Mortalidad por enfermedad respiratoria aguda, neumonía e influenza evitable. 2000-2002.

	TA		TEM	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	1,95	,85	2,16	,88
Aragón	3,94	1,51	3,73	1,43
Asturias	2,34	,72	2,05	,66
Baleares	2,74	,94	2,86	,96
Canarias	3,84	1,09	4,29	1,16
Cantabria	3,06	,62	3,02	,62
Castilla la Mancha	2,36	,82	2,53	,84
Castilla León	1,51	1,00	1,41	,94
Cataluña	1,73	,60	1,70	,58
C. Valenciana	3,21	1,22	3,26	1,19
Extremadura	4,49	1,35	4,77	1,43
Galicia	3,20	1,12	2,98	1,00
Madrid	2,92	1,14	3,04	1,12
Murcia	1,78	1,26	1,94	1,33
Navarra	2,42	,45	2,37	,44
País Vasco	1,74	,63	1,64	,59
Rioja	2,63	,92	2,57	,91
Ceuta y Melilla	3,17	,00	4,21	,00

TA: Tasas crudas por 100.000 hab.

TEM: Tasas estandarizadas por edad por 100.000 hab.

ANEXO 2. CALIDAD DE LOS DATOS DE MORTALIDAD

La disponibilidad de los datos de mortalidad y la existencia de series históricas hacen de la mortalidad un buen indicador para la valoración de los resultados en salud. Sin embargo, los datos de mortalidad, no están exentos de problemas de calidad, como consecuencia de la posibilidad de mala clasificación que puede afectar a determinadas causas de muerte como las lesiones por accidentes de tráfico y la sobredosis por drogas y de infradeclaración como la mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal y la mortalidad del embarazo, parto y puerperio. Este hecho merece ser tenido en cuenta en la interpretación de los resultados.

La mortalidad por síntomas, signos y otros hallazgos anormales incluye síntomas y signos tan diversos como el paro cardíaco, la senilidad, la muerte súbita del lactante siendo el paro cardíaco el que presenta una mayor tasa de mortalidad dentro de este grupo de causas grupo. La mortalidad por síntomas, signos y otros hallazgos anormales es un buen indicador de la calidad de las estadísticas de mortalidad. En este sentido, las CCAA que presentan un mayor mortalidad por este grupo de causa de muerte son Cantabria, Extremadura, Castilla-la Mancha, Ceuta y Melilla en ambos sexos y la Comunidad de Madrid en los hombres. En cambio las CCAA con una menor mortalidad son Asturias, la Comunidad Valenciana, Murcia y Cataluña.