

Población, salud y bienestar

Ana OLIVERA POLL

Universidad Autónoma de Madrid

1. El bienestar

Las necesidades y deseos de la población se sitúan en umbrales diferentes a lo largo del tiempo y el espacio. El concepto de bienestar es ambiguo y en los primeros estudios se asimiló nivel de bienestar a nivel económico, pero aunque existe correlación entre ambos, el crecimiento económico no siempre conlleva mejora en el bienestar, sino que a veces incrementa las desigualdades, como sucede en la actual situación de globalización. Por otra parte las encuestas sociológicas muestran que lo esencial para producir felicidad son, en orden decreciente, los siguientes elementos: salud, amor, libertad, dinero y seguridad. Pero múltiples estudios ponen de manifiesto que carencia económica va asociada a policarencias (carencias culturales, de salud, de empleo, de equipamiento digno en vivienda y barrio e incluso a veces a carencia de tranquilidad).

Para identificar niveles de bienestar humano, como una condición variable en el espacio, se ha intentado desglosar los componentes del bienestar, seleccionando los indicadores socioterritoriales que mejor pudieran reflejar la situación y la distribución espacial. Los indicadores globales de bienestar tradicionales eran económicos: se basaban en el consumo de bienes y servicios y el proceso productivo (PIB/habitante, Renta Nacional disponible por habitante), reflejaban lo que algunos autores han llamado «la salud económica». Luego se utilizaron los psicológicos o perceptivos, como la autovaloración del grado de felicidad o satisfacción. Más tarde, en los años 60, se centraron en la cali-

dad de vida, basados en indicadores sociales, incluyendo la salud física e incluso la mental.

Como señaló Smith (1980, págs. 69-76) la felicidad depende del nivel de satisfacción de tres tipos de necesidades: tener (economía, vivienda), amar (compañía, solidaridad, pertenencia e identidad) y ser (autorealización, trabajo, cultura, salud), por lo que los indicadores de bienestar deberían incluir variables que hagan referencia a calidad de la vida material, física (estado de salud), mental e incluso espiritual (paz, participación, armonía familiar), pues el estado de bienestar es un estado somático, educativo y social.

La mayoría de los estudios incluyen indicadores de:

- satisfacción residencial
- salud (esperanza de vida, mortalidad y morbilidad, recursos sanitarios disponibles)
- situación económica
- estado social (paz social, delincuencia, malos tratos, accesibilidad y seguridad en el empleo, protección social, participación)
- cultura (fracaso escolar, escolarización de 16 a 24 años, nivel de instrucción).

1.1. El nivel de bienestar en España

Existen indicadores internacionales que son variables agregadas, como el Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo y el Índice Internacional de Sufrimiento Humano (ISH) elaborado por Population Crisis Committee (Population Action, 1992) cuyo cálculo incluye 10 medidas de bienestar humano: esperanza de vida, suministro calórico diario, disponibilidad de agua potable, inmunización infantil, acceso a enseñanza secundaria, PNB per cápita, tasa de inflación, tecnología de las comunicaciones, libertad política y derechos civiles. España en 1992 estaba en el grupo de los países de Desarrollo Humano elevado, ocupaba el lugar vigésimo tercero mundial, con un IDH de 0,916, y los valores más elevados correspondían a Canadá, 0,982 y Japón, 0,981. En cuanto al Índice de Sufrimiento Humano en 1992 la posición es aún mejor, ocupando el lugar decimotercero de un total de 141 países, dentro del Área de Sufrimiento Humano Mínimo, selecto club al que pertenecen sólo 24 países y el 15 % de la población mundial. España tiene un índice 11, mejor que la situación de Reino Unido con índice 16 o Portugal con 25; las mejores posiciones correspondían a Dinamarca y Países Bajos y las peores a Mozambique y Somalia.

En un contexto internacional el nivel de bienestar de la población española es muy elevado, se disfruta de una situación privilegiada, teniendo en cuenta que el 8% de la población mundial viven en condiciones de sufrimiento humano extremo y otro 65 % se encuentra en nivel de sufrimiento humano alto.

La autopercepción del bienestar, medida por el indicador grado de felicidad es bastante positiva, según la Encuesta de Salud del CIRES de Febrero de 1994, ya que el 11,3 % de la población se declaraba muy feliz, el 74,7 bastante, el 12,1 poco y sólo el 1,6 nada feliz. En cuanto al grado de satisfacción sólo el 17 % se situaba por debajo del valor medio de aceptable. Pero el índice de bienestar personal varía en relación con el bienestar económico, ya que el bienestar personal bajo solamente significaba el 15 % cuando el bienestar económico era muy alto, y llegaba al 37 % en el nivel económico bajo.

1.2. Factores del malestar

A pesar de los magníficos resultados ofrecidos por las encuestas y la buena posición internacional, algunos hechos sociales y económicos son factores de peso en el malestar de la población española, entre ellos:

A. El elevado nivel de paro, especialmente juvenil, en un país con más de 3,5 millones de parados, lo que significa una tasa de paro del 22,7 % en el primer trimestre de 1995, según la E.P.A. En el último trimestre de 1994 la tasa de paro de 20 a 24 años ascendía al 42 %, y se mantenía muy elevada para el grupo 25-29 años, superando el 31%.

B. Aumento en la franja de precariedad del empleo, con lo que conlleva de subempleo, subsalarios y subprotección social. En una sociedad excluyente «la precarización es la antesala de la exclusión» (Gaviria, M.; Laparra, M.; Aguilar, M., 1995, págs. 152-156). Los efectos intimidantes y disciplinarios impuestos por el desempleo (abuso de horarios, evitación de hijos por miedo a no renovación de contrato, etc.), crean una mayor disponibilidad social de la fuerza de trabajo.

C. El mantenimiento del nivel de pobreza, que ha variado poco desde 1980. Hoy la población bajo el umbral de pobreza está en torno al 18 %. En cifras absolutas son aproximadamente 7 millones de personas según la Encuesta de Presupuestos Familiares de 1990-91 los que están situados por debajo del 50% del gasto medio equivalente. Uno de cada 4 hogares encabezados por mujeres es pobre. En cambio, sí se ha producido un claro descenso en la población con pobreza severa (menos del 25% del ingreso medio), por la generalización del sistema de pensiones, salario social y subsidios de paro.

D. La mejoría en el equilibrio de la distribución geográfica de la renta durante los años ochenta parece no mantenerse en la actual década, ya que se produce una acentuación de las diferencias regionales, según el último Informe Económico BBV (1993). Además es más desigual la distribución de la renta dentro de las comunidades económicamente menos favorecidas (INE, Panorámica, 1994, págs. 413-415).

E. El envejecimiento de la población, ya que lógicamente el bienestar depende de la propia estructura poblacional. La vejez conlleva a nivel individual pérdida de salud, pérdida de nivel económico, aumento de la soledad (26% de los mayores de 70 años viven solos, según la Encuesta Sociodemográfica de 1991),

etc. y a nivel social aumento en el gasto farmacéutico, sanitario y del sistema de pensiones. Genera gastos sociales que tienen que competir con las prestaciones restantes (desempleo, maternidad, accidentalidad laboral, enfermedad). De todas las prestaciones sociales el mayor gasto corresponde en España a la función vejez, el segundo a la función enfermedad y el tercero a la función desempleo.

F. El gasto en protección social, expresado en porcentaje del PIB, está por debajo de la media europea. En 1990 en España significaba el 17,8%, mientras que en 1989 la media europea era 24,8, y en Países Bajos y Dinamarca superaban el 29. Sólo Grecia y Portugal estaban en peor situación. (EUROSTAT, 1992, pág.147).

Pero aún así, justo es reconocer que la generalización de las pensiones y la sanidad pública, así como la cobertura del desempleo han alcanzado niveles más elevados que nunca. En la actual crisis del Estado de bienestar, por la que el Estado social se va transformando en Estado mínimo neoliberal, los augurios no son propicios al ascenso en las prestaciones sociales, sino que muchas de ellas tienden a ser convertidas en bienes de consumo privado (Alonso, L.E. 1995, págs. 41-62).

G. Imposibilidad de independizarse del hogar paterno, debido principalmente al paro y carestía de la vivienda.

H. Bajo nivel de asociacionismo e integración social

I. Escasa identidad con el lugar, tras fuertes migraciones interiores y desplazamientos cotidianos a lugar de trabajo y estudio.

J. Existencia de áreas de claro fracaso escolar y con escasa tasa de escolarización 16-24.

K. Terrorismo, agresividad de tribus urbanas e inseguridad (delitos contra personas y propiedad).

L. La doble jornada laboral del ama de casa que trabaja además fuera del hogar, debido a la escasa colaboración masculina en las labores domésticas (CIRES, 1995, págs. 157-158).

La crisis del Estado de Bienestar, keynesiano o fordista en los setenta, la postcrisis de los ochenta y la tendencia al Estado mercantilizador puede agravar la situación, por el abandono de políticas de pleno empleo, por la imposibilidad de seguir manteniendo «economías subvencionadas» en algunas áreas y por la consolidación de lo global.

1.3. La salud como componente del bienestar

La Organización Mundial de la Salud definió salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social. La salud es una variable del bienestar ligada a factores no sólo endógenos, sino sociales, medioambientales, de sistema sanitario y de pautas de comportamiento.

Los indicadores sociales de bienestar incluyen siempre variables sobre salud, tanto los realizados por organizaciones internacionales como los estudios cien-

tíficos. La esperanza de vida al nacer, la mortalidad y morbilidad específicas por causas, los años potenciales de vida perdidos, los recursos sanitarios disponibles, etc... fueron variables frecuentes en los análisis de la Geografía del Bienestar y de la Geografía Social.

La Geografía de la Población, tras una época especialmente centrada en aspectos espaciales de la fecundidad, presenta a finales de los ochenta y principios de los noventa un interés manifiesto por tres grandes temáticas: a) situación de la población en el nuevo orden mundial, b) migraciones interiores en países desarrollados y c) diferencias en la distribución espacial de la mortalidad específica por causas (especialmente el SIDA), sus variaciones temporales, la mortalidad infantil y los atlas médicos (Findlay, A.M., 1991, págs. 68-69 y 1993, págs. 75-77).

Es preciso analizar desde el punto de vista geográfico las variables de salud, para profundizar en el conocimiento del movimiento natural (de qué se muere, cuándo, dónde más, quiénes), de la estructura (niveles de salud y de discapacidad de los habitantes de los distintos ámbitos), de la difusión de enfermedades infecciosas, de la población ocupada en el sector sanitario y de la demanda teórica de servicios, para los estudios de ordenación territorial. El avance en los estudios de variables de salud permitirá comprender mejor el efecto de los hechos demográficos en el espacio y el efecto del espacio en la salud. Pero también es necesario avanzar en el establecimiento de indicadores regionales de salud que permitan comparaciones espaciales a nivel internacional, provincial e incluso infralocal. Y ni la Epidemiología ni la Geografía Médica tienen la exclusiva en este campo de estudio, la Geografía de la Población puede y debe realizar aportaciones, como ya han señalado Curson (1986, págs. 93-101) y Reques (1993, págs. 303-305).

Entre los geógrafos españoles son aún escasos los estudios sobre indicadores de salud, salvo los que hacen referencia a mortalidad (Olivera, A.; Ruiz de Casas, J.A., 1993b, págs. 59-67).

2. Indicadores de salud en España

La situación española corresponde al inicio de la cuarta fase en el modelo de la Transición Epidemiológica de Omram (Picheral, H., 1989, págs. 129-151), en la que la incidencia de las enfermedades contagiosas es mínima y la mortalidad por dicha causa es muy baja, mientras la mortalidad por enfermedades crónicas y degenerativas es la más importante, y comienza a descender el peso relativo de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares a consecuencia de la prevención, a la vez que aumentan las sociopatías (droga, suicidio, enfermedades sociales, enfermedad mental...). Pero no todas las comunidades han alcanzado el mismo nivel, ni han seguido los mismos ritmos temporales en alcanzarlo.

El nivel de salud es elevado, la esperanza de vida al nacer es de las más altas del mundo, la mortalidad infantil, perinatal y general y las tasas de mortalidad

por causa estandarizadas presentan los valores más bajos. Además no existe mortalidad catastrófica por causas naturales o sociales. Posiblemente tenga la mejor salud de su historia. Pero hay indicios de que puede haber cambios a peor, por el proceso de envejecimiento, por la tendencia ascendente de las sociopatías (drogas), el aumento del SIDA y de la tuberculosis, y porque los hábitos o estilos de vida en relación con salud no son lo suficientemente buenos (Fernández-Mayoralas, G. et al, 1994, págs. 455-479).

En 1990 la práctica regular de deporte alcanzaba un porcentaje de 40 para la media de los ciudadanos de la Unión Europea, en cambio en España era sólo 29. Ha descendido la población fumadora desde 1989 a 1993 en 7 puntos para los varones, pero en el caso de las mujeres ha crecido en 2 puntos. Ha descendido el consumo de alcohol, pero casi la mitad de las mujeres de 18 a 24 años son consumidoras de alcohol y tabaco (ENS 87 y 93). Otra conducta dañina para la salud es la escasez de horas dormidas, un 42% de la población de 16 y más años duerme siete o menos horas, siendo aún mayor el porcentaje en las ciudades de más de 400.000 habitantes, 48%; posiblemente es uno de los países con menos horas de sueño del mundo.

La modificación en la alimentación también puede influir en el empeoramiento, el debilitamiento relativo de la dieta mediterránea y el seguimiento de pautas anglosajonas, tanto en el tipo de alimentos como en los ritmos y formas de comer. Comparando la Encuesta Básica de Presupuestos Familiares de 1964 y 1991 se puede comprobar la acusada caída en el consumo de pan, legumbres, patatas, pasta y arroz (alimentos ricos en hidratos de carbono), y el descenso en el consumo de aceite de oliva, a la vez que se produjo un aumento en el consumo de carnes, especialmente de cerdo y pollo (con alto valor en grasas saturadas) (S.E.S.P.A.S., 1993, págs. 146-152).

Como señala Jesús de Miguel «es un misterio la razón de buena salud de la población en España». Algunos apuntan que quizás se deba a la calidad de vida, a la cultura mediterránea y no sólo la dieta, o a la combinación de formas de vida residuales de fases anteriores de menor desarrollo con los beneficios del desarrollo avanzado en otras cosas. Los expertos son pesimistas respecto al futuro, el nivel de salud empeorará, en parte porque la coincidencia de desarrollo/subdesarrollo ya no se dará en la Europa mediterránea. También se ha señalado el papel de la familia, y especialmente el de la mujer, como recurso no institucionalizado, como cuidadora de hijos y ancianos, función que va pasando a ser institucionalizada paralelamente a la masiva incorporación de la mujer al trabajo.¹ (FOESSA, 1994, págs. 1.060-1.062)

2.1. Nivel de salud percibida

La valoración del estado de salud percibida, según la Encuesta Nacional de Salud de 1993, es bastante positiva: 14 de cada 100 consideran que su salud es muy buena, 59 que buena, 21 regular, 5 mala y sólo 1 muy mala. Parecida situación refleja la Encuesta de Salud del CIRES de Febrero de 1994. Pero el

porcentaje de los que la valoran como muy buena es inferior al de otros países, como Estados Unidos, Reino Unido o Australia. Varía según género, edad y clase social. Las mujeres se quejan de peor salud, pero se hospitalizan menos y fallecen menos. La edad lógicamente hace variar la valoración, siendo peor en los mayores de 74 años (Cuadro 1).

Cuadro 1
Valoración del estado de salud percibida. %
Variaciones según sexo y edad

	Total	Varones 16 y +	Mujeres 16 y +	Total 18-24	Total 74 y +
Muy bueno	14	13	9	18	4
Bueno	59	61	54	67	35
Regular	21	21	28	13	40
Malo	5	5	7	2	17
Muy malo	1	1	1	0	3

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud. 1993

El nivel de salud varía mucho según la clase social subjetiva, pues se auto-definían como enfermos o un poco enfermos sólo el 6,5% de la clase social alta mientras que en la pobre alcanzaba el 54% (De Miguel, J., 1994, págs. 975-979) (Fig. 1). Las variaciones espaciales son fuertes, por lo que puede ser utilizado como un indicador sensible en la determinación de desigualdades regionales en salud (Cuadro 2)

Cuadro 2
Morbilidad percibida. Valoración del estado de salud.
Variaciones espaciales. % Población 16 y +

	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
España	11	57	24	6	1
Cataluña	12	62	19	6	1
Canarias	7	58	26	8	2

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud. 1993

2.2. Esperanza de vida al nacer, esperanza de vida libre de incapacidad

En 1990 la esperanza de vida al nacer era de 76,94 años, para los varones 73,40 y 80,49 para las mujeres. La cifra femenina sólomente era superada por Japón y Suiza. Se ha producido un aumento de la sobremortalidad masculina, ya que la diferencia entre la esperanza de vida al nacer de ambos sexos era 1,85 años en 1900 y ahora es 7,09.

La esperanza de vida a los 65 años era 15,53 para los varones y 19,17 para las mujeres, es decir quedaba aproximadamente 1/4 de la vida por vivir.

El indicador EVLI, esperanza de vida libre de incapacidad, expresa el promedio del número de años libres de incapacidad que aún restan por vivir. En 1986 el EVLI al nacer era 61,7 años. La expectativa de incapacidad, que es el promedio del número de años que se espera sean vividos en incapacidad, era de 14,8 años al nacer (Cuadro 3). Según aumente la esperanza de vida la expectativa de incapacidad puede llegar a ser mayor, aunque ésta es susceptible de ser reducida con prevención y pautas de comportamiento favorecedoras de salud. Se ha conseguido dar más años a la vida, ahora es preciso dar más vida a los años, mejorar el estado de enfermedad y de discapacidad de la tercera edad.

Cuadro 3
Esperanza de Vida (EV), Esperanza de Vida Libre de Incapacidad (EVLI)
y Expectativa de Incapacidad (I) al nacer. España 1986

	EV	EVLI	I
Total	76,4	61,4	14,8
Varones	73,2	60,8	12,4
Mujeres	79,6	62,6	17,1

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores de Salud. 1993

2.3. La mortalidad

La tasa bruta de mortalidad tuvo su mínimo en 1980, con 7,71‰, ascendió hasta 8,65‰ en 1991 y si se suponen constantes las actuales tasas específicas por edad y causas y se aplican a las proyecciones de EUROSTAT, para el 2010 se alcanzará una tasa del 11,1‰, cifra similar a las que presentan actualmente Alemania, Dinamarca o Reino Unido.² Si se corrige la tasa de mortalidad mediante estandarización, anulando el efecto del envejecimiento, se evidencia la menor incidencia de la muerte ahora que en décadas anteriores (OMS, 1993, págs. D-529 y ss).

El índice de Swaroop, que expresa la proporción de muertes de más de 50 años y es uno de los indicadores que suelen usarse para determinar nivel de vida, ha aumentado de 88 en 1980 a 90 en 1991, acercándose algo más al ideal índice 100, que se alcanzaría en el hipotético caso de que nadie muriera antes de los 50 años. Las desigualdades espaciales en el índice de Swaroop son notables, destacando por su bajo nivel por ejemplo Las Palmas y Cádiz.

La mortalidad infantil, 7‰ en 1992, y la perinatal han descendido a valores mínimos, difíciles de rebajar. Si se compara la mortalidad por edad de 1976 y 1991 se aprecia que son menores las tasas específicas de 0 a 14 y de 40 y más años, en cambio han crecido las tasas de mortalidad de los grupos intermedios 15 a 39, especialmente el grupo de varones de 20-29 años, debido a acciden-

tes de tráfico, droga y SIDA. Aunque la causa principal del crecimiento de la TBM es el envejecimiento, también influye el comportamiento de la mortalidad de adultos jóvenes.

Las cifras absolutas de fallecidos se incrementan, y como la natalidad es muy restringida, el Índice Vital (nacidos vivos por 100 defunciones) en 1991 fue el menor del siglo, 117,3, si se exceptúa la guerra civil, pues en 1939 el índice bajó a 89. El máximo correspondió a 1964, con 258.

Las diferencias regionales en mortalidad siguen existiendo. Se midieron mediante la media de las tasas estandarizadas de 1989 a 1991 para evitar el efecto edad y la variabilidad interanual. Las tasas estandarizadas de mortalidad más elevadas son las de Ceuta-Melilla, Murcia, Comunidad Valenciana, Andalucía, Baleares y Canarias (Fig. 2).

2.3.1. Las causas de muerte

La mortalidad proporcional o patrón de mortalidad ha variado en los últimos años. Desciende el peso relativo de la mortalidad por enfermedades infecciosas, aparato respiratorio, anomalías congénitas y afecciones del período perinatal, y sobre todo por enfermedades del aparato circulatorio, mientras que crece la proporción de muertes por tumores, glándulas endocrinas, trastorno mental y causas externas (accidentalidad, suicidio, etc...) (Cuadro 4). A pesar del descenso de las muertes por aparato circulatorio, sigue siendo ésta la causa de muerte más importante, como en el resto de los países desarrollados, es responsable de 407 de cada mil muertes, y en segundo lugar los tumores, causantes de 241 de cada mil.

Cuadro 4
Evolución del patrón de mortalidad. 1976-1991
(Mortalidad proporcional/1.000 fallecidos)

	1976	1991
I. Enfermedades Infecciosas	19	12
II. Tumores	179	241
III. Endocrinas y Metabólicas	25	39
IV. Enfermedades de Sangre	2	4
V. Trastornos Mentales	3	19
VI. Enfermedades del Sistema Nervioso	12	15
VII. Enfermedades Aparato Circulatorio	448	407
VIII. Enfermedades Aparato Respiratorio	106	93
IX. Enfermedades Aparato Digestivo	56	56
X. Enfermedades Aparato Genito-Urinario	19	21
XI. Embarazo y Parto	0	0
XII. Enfermedades de la Piel	1	1

	1976	1991
XIII. Enfermedades Sistema Osteomuscular	2	9
XIV. Anomalías Congénitas	10	4
XV. Afecciones Perinatales	17	4
XVI. Síntomas Mal Definidos	45	21
XVII. Causa Externa, Traumatismo	50	55

Fuente: I.N.E., Defunciones según la causa de muerte, 1976 y 1991.

Las tasas de mortalidad por causa en 1991 reflejan el incipiente retroceso de la mortalidad por aparato circulatorio, aunque la tasa es aún muy elevada, 352 por cien mil habitantes. La específica por causa tumoral ha sufrido un fuerte incremento, pues llega a 208 (Cuadro 5). Crecen también, aunque en menor medida, las tasas por enfermedades endocrinas, trastornos mentales, aparatos respiratorio y digestivo, y por accidentes. Si se analiza la evolución de las tasas ajustadas por diagnósticos más precisos puede observarse un aumento de las muertes por cáncer, especialmente por tumores malignos de pulmón, cuello de útero y mama y los accidentes de tráfico, a la vez que se produjo un descenso de la mortalidad por cardiovasculares y cerebrovasculares (Ministerio Sanidad. 1993b, págs. 106-144). El crecimiento del cáncer de pulmón ha sido paralelo al incremento en el consumo de tabaco en gramos per cápita y día.

Cuadro 5
Tasas de mortalidad según causas. 100.000 habitantes
1980 y 1991

	1980	1991
Todas las causas	771	865
I. Enfermedades Infecciosas	10	10
II. Tumores	156	208
III. Endocrinas y Metabólicas	21	33
IV. Enfermedades de Sangre	2	3
V. Trastornos mentales	2	17
VI. Enfermedades del Sistema Nervioso	9	13
VII. Enfermedades Aparato Circulatorio	353	352
VIII. Enfermedades Aparato Respiratorio	71	81
IX. Enfermedades Aparato Digestivo	46	48
X. Enfermedades Aparato Genito-Urinario	14	18
XI. Embarazo y parto	0	0
XII. Enfermedades de la Piel	0	1
XIII. Enfermedades Sistema Osteomuscular	1	7

	1980	1991
XIV. Anomalías Congénitas	6	4
XV. Afecciones perinatales	8	3
XVI. Síntomas Mal Definidos	27	18
XVII. Causa Externa, Traumatismos	41	47

Fuente: I.N.E., Defunciones según la causa de muerte, 1980 y 1991.

En relación a los países de la OCDE, las cifras de mortalidad general y esperanza de vida sitúan a España en lugares medios para los hombres, mientras en el caso de las mujeres los valores se encuentran entre los muy positivos. España presenta tasas de mortalidad más elevadas en edades jóvenes, especialmente en varones, en cambio a partir de los 34 años para las mujeres y 54 para los hombres tiene tasas inferiores a la media europea.

En 1990 la posición relativa de España en el contexto de los 15 países europeos presentaba los rasgos siguientes (Martínez de Aragón, M.V., 1994a, págs. 61-64; 1994b, págs. 81-90):

- Baja mortalidad en cardiovasculares (14ª posición en Hombres y 11ª en Mujeres)

- Muy reducida mortalidad por isquemia cardíaca (14ª europea), sólo mejorada por Francia.

- Posición media alta en cerebrovasculares (6ª europea)

- Una de las menores tasas de la OCDE de mortalidad de mujeres por tumores malignos, junto con tasas medias-bajas en hombres. Presentaba la tasa mínima de cáncer de pulmón en mujeres, y media-baja en hombres. En cambio las tasas por cáncer de estómago eran elevadas, ocupando el 5º lugar en el *ranking* europeo.

- Alta mortalidad relativa en enfermedades respiratorias (3ª posición H y 7ª M) y por cirrosis (4ª H y 6ª M)

- Altas tasas por accidente de tráfico (3ª H y 4ª M). Con especial incidencia en varones jóvenes.

- Presenta tasas muy bajas en mortalidad por suicidio. Las mínimas se dan en Grecia y las máximas en Austria y Dinamarca

- Alta mortalidad relativa por enfermedades infecciosas; aunque es muy escasa, ocupa la segunda posición en Europa.

La incidencia del suicidio en una población puede ser indicativo de su nivel de malestar, aunque los máximos valores se manifiesten en los países más avanzados y con múltiples indicadores socioeconómicos positivos. Si bien para las comparaciones espaciales habría que tener en cuenta el valor antropológico del suicidio, muy diferente en cada cultura, para las comparaciones temporales puede ser un indicador sensible, que refleja cambios en alguna disfunción social. El número de suicidios siempre es reducido, pero son pequeñas cifras para grandes dramas. En España ha aumentado la tasa de suicidio del 4,4 por cada cien mil habitantes en 1980 al 7,5 en 1991. Este indicador de posible infelicidad

es especialmente fuerte en los varones (11,2 H y 3,9 M). La distribución espacial de las tasas de suicidio es muy desigual, en Lugo llega a 16, a 15 en Asturias, a 14 en Teruel y Soria, siendo en cambio muy pequeñas en Santa Cruz de Tenerife o Badajoz.

Pero más preocupante es la situación si se analiza por grupos de edad, ya que se evidencia un aumento del suicidio infantil y juvenil (10 a 19 años) y del suicidio de viejos. Por ejemplo en el grupo de 65-69 años subió de 9,1 a 15,1, y en el grupo 85 y más años se elevó de 13,9 a 25,7 por cada cien mil habitantes, casi duplicándose en una sola década. En 1991 el 36% de los suicidas españoles eran mayores de 65 años. Dolor, soledad y otros factores, cómo la imposibilidad de eutanasia activa o pasiva pueden conducir a este final. La eutanasia es una cuestión muy controvertida, pero en la Encuesta de Salud de 1994 (CIRES) el 63% de los encuestados ya se declaraban a favor de que el médico debe ayudar a morir, frente al 28% que pensaban que su deber era conservar la vida. (Figura 3)

2.3.2. Mortalidad prematura y evitable

Un indicador bastante común es el APVP (años potenciales de vida perdidos). Expresa el número de años de vida perdidos por muertes ocurridas antes de los 70 años, es decir por muertes prematuras. Es muy sensible a las mejoras en la prevención y en los hábitos en relación con salud. Durante las últimas tres décadas ha ido disminuyendo la tasa por cien mil habitantes, desde 109 a 44,8 (según tasas ajustadas a 1970) (Ministerio Sanidad, Indicadores, 1991, págs. 129-130 y 1993, págs. 85-87), como ha sucedido en el resto de los países desarrollados. En 1991 el número total de años perdidos fue 1.729.056, lo que significa una tasa de 49,29 por mil habitantes. Las mayores pérdidas se produjeron por tumores (28% del total), causas externas (27%) y aparato circulatorio (18%) (INE. Defunciones, 1991, pág. 283). En el período 1989 a 1991 la distribución de APVP por comunidades autónomas era muy desigual, y las que presentaban peores cifras eran Ceuta-Melilla y Baleares.

La mortalidad evitable es un indicador de calidad de los servicios médicos. Se refiere a la mortalidad prematura en la que la responsabilidad principal se debe a deficiencias en el sistema sanitario. Se suele medir la mortalidad por apendicitis, hernia y obstrucción intestinal y efectos adversos de agentes terapéuticos. En los tres casos las tasas por cien mil habitantes tuvieron un claro descenso. Si se comparan tasas ajustadas a 1970, las tasas por apendicitis pasaron de 0,59 a 0,15 desde 1975 a 1989, las de hernia fueron de 5,29 a 2,53 y las de efecto adverso de medicamentos descendieron en el mismo período de 1,46 a 0,12. Luego es clara la mejoría en el nivel asistencial (Indicadores 93, p. 257). Otra forma posible de medir la calidad asistencial es la tasa de infección por herida quirúrgica, también llamada tasa de infección nosocomial; en 1990 la tasa nacional fue del 6%, pero en Baleares llegó al 12,4 (Indicadores 1993, p. 260).

2.4 La morbilidad

Con las fuentes disponibles en la actualidad pueden ser cuantificados varios tipos de morbilidades: la morbilidad crónica diagnosticada, la morbilidad hospitalaria, las enfermedades de declaración obligatoria y el SIDA.³

2.4.1. Morbilidad crónica y accidentalidad

Según la Encuesta Nacional de Salud de 1993, el 30 por ciento de la población de 16 y más años padecía enfermedades crónicas diagnosticadas, el 21% tenía una sola, el 6% dos y el 3% restante sufría tres o más. La de mayor importancia era la hipertensión, que afectaba al 11% de la población, seguida del colesterol, con 8% y la alergia, 7%. Los porcentajes más elevados de colesterol correspondían a Asturias, Canarias y Murcia y el máximo de hipertensión era la cifra de Murcia. En cuanto al último problema crónico padecido, el más común era el reumatismo y dolor de espalda, que afectaba al 19% de los encuestados, seguido de las jaquecas o migrañas, 15% y de los problemas de dientes y encías, que dañaban al 8% (CIRES. 1994).

Otro aspecto importante que puede conocerse mediante encuesta es la accidentalidad. Según la ENS del 93 en los últimos doce meses habían sufrido algún tipo de accidente el 8% de la población. Curiosamente el lugar de mayor accidentalidad de los menores de 16 años no era la peligrosa calle, sino que el 32% habían sufrido el accidente en el colegio y el 28% en el domicilio. En el caso de los adultos el lugar más peligroso era también la casa y en segunda posición la carretera.

2.4.2. Morbilidad hospitalaria

La morbilidad hospitalaria ha experimentado un fuerte incremento. En 1980 las altas hospitalarias fueron 3.275.386, y en 1991 ascendieron a 3.787.837, lo que supone un aumento superior al medio millón. La tasas de morbilidad hospitalaria por cien mil habitantes pasaron en esta década de 8.761 a 9.706, a pesar del descenso de ingresos por parto. La causa de este crecimiento es múltiple; por una parte y como factor fundamental se debería al envejecimiento, pero también a la mayor demanda de hospitalización que conlleva la mejora en el nivel de vida. Curiosamente las mayores tasas de morbilidad hospitalaria no se dan en las comunidades de peor nivel de salud o más viejas, sino en las de mayor nivel socioeconómico, en aquellas regiones donde el número de camas hospitalarias por 10.000 habitantes es más elevado, lo que hace pensar en un tipo de demanda fuertemente marcado por la oferta (Figura 4).

El patrón de morbilidad muestra que la mayor proporción de altas hospitalarias se siguen debiendo a hechos relacionados con la maternidad (135 de cada mil ingresos) y que la causa de enfermedad que provoca más hospitalización son las dolencias del aparato digestivo. Las mayores cifras absolutas corresponden a aparato digestivo, circulatorio, respiratorio y tumor maligno. A pesar de lo denostadas que puedan estar las cifras absolutas, arrinconadas por sofisticados índices complejos, en Geodemografía de la salud son de gran utilidad

para determinar necesidades de servicio y modificaciones. Por ejemplo en 1991 se dieron de alta hospitalaria 99.779 enfermos más que en 1980 por tumores malignos, 117.293 más por aparato circulatorio, y en cambio se produjeron 157.993 altas menos por parto normal. La planificación de recursos, tanto de camas, como prestaciones o personal sanitario precisa conocer este tipo de informaciones con la mayor desagregación espacial posible.

La morbilidad hospitalaria masculina es mucho mayor que la femenina, pues la tasa de varones de 9.414 por cien mil, y la de las mujeres se queda en 7.409, una vez descontado el ingreso por obstetricia y parto normal (si se incluyen estas causas la mujer alcanza la tasa de 9.988). Las mujeres se hospitalizan menos, a pesar del predominio del grupo femenino en la tercera edad. El patrón de morbilidad presenta amplias diferencias por sexo (Figura 5).

Por otra parte las letalidades de las enfermedades son muy distintas; de aparato digestivo se enferma mucho, pero se muere poco. De tumores malignos ingresan aproximadamente la mitad que por digestivo pero fallecen 5 veces más que por dicha causa (Figura 6).

Las tasas de morbilidad hospitalaria por causas han crecido en la última década, excepto las de enfermedades infecciosas, dependencia del alcohol y congénitas. La más elevada es la de digestivo, 982 por cien mil, prácticamente la misma que en 1980. La tasa de aparato circulatorio partía de 542 dicho año, y llegó a alcanzar 820 en 1991, y la tasa por tumor maligno, actualmente de 442, ha duplicado la cifra en 11 años. La morbilidad mental también se ha acentuado, especialmente en las psicosis y adicción a drogas, en cambio se han estabilizado los trastornos neuróticos y desciende el síndrome de dependencia del alcohol. Según los datos del Plan Nacional sobre Drogas, los drogodependientes atendidos en centros ambulatorios en 1993 eran 59.958, lo que suponía una tasa nacional de 154 por cien mil habitantes, pero Ceuta llegaba a 399 y Canarias a 337 (Anuario Salud, 1995, págs. 90-91).

Es posible descender al nivel provincial para diagnósticos muy concretos, lo que permite calcular la prevalencia o incidencia de las enfermedades que se quieran estudiar; por ejemplo, la tasa de morbilidad por infarto agudo de miocardio presentaba en el período 89-91 los mayores valores en Cuenca (140 por cien mil habitantes), Salamanca y Baleares.

2.4.3. Las enfermedades de declaración obligatoria

Las EDO han tenido una tendencia descendente, más acusada en las enfermedades bacterianas que en las víricas. Hasta hace 10 años se mantenían tasas de infecciosas mucho más elevadas que las europeas; actualmente siguen siendo superiores aunque se han acortado las diferencias. Las enfermedades vacunables presentan un descenso claro (sarampión, rubeola, parotiditis y tosferina), y no se han vuelto a dar casos de difteria desde 1986 y de polio desde 1989, pues la cobertura de vacunación es del 97%. Un indicador que resume la calidad de los servicios sanitarios en el tema de enfermedades infecciosas es la tasa de incidencia conjunta de enfermedades erradicables (sarampión, tétanos, polio

y difteria), que en España es 62,9 por cien mil habitantes, pero en algunas comunidades autónomas como Castilla-León llega a 202 y en Ceuta a 143 (Ministerio Sanidad, Servicios de Salud, 1993, págs. 31-217). En cambio aumentan las enfermedades de transmisión hídrica, especialmente desde 1987, siendo el agente causal la hepatitis A, disentería bacilar y fiebres tifo-paratíficas. Santa Cruz de Tenerife presenta una de las tasas de incidencia de disentería más elevadas y sólo Canarias encierra el 28% de los casos nacionales de esta patología. En el caso de las fiebres tifo-paratíficas existe una clara correlación con la carencia de infraestructuras, es decir indicadores de saneamiento bajos (Ministerio Sanidad. Informe Epidemiológico, 1993a, págs. 13-19).

La toxiinfección alimentaria es muy superior a la media europea; aumentó mucho de 1982 al 1987, fecha en que se inicia el descenso, pero en 1993 todavía se dieron 28.446 casos. Las enfermedades de transmisión sexual también experimentan un claro descenso.

Resumiendo la situación, de 1988 a 1993 la evolución ha seguido las siguientes tendencias:

En descenso

- fiebres tifoideas y paratifoideas
- disentería bacilar
- toxiinfección alimentaria
- sarampión, rubeola, varicela, escarlatina
- tosferina, parotiditis
- fiebre exantemática, sífilis e infección gonocócica

Descendieron pero se estabilizan desde 1991

- brucelosis
- hidatidosis
- lepra
- leishmaniasis
- leptospirosis
- tétanos

En ascenso otros procesos diarreicos

- infección respiratoria aguda (IRA)
- neumonía
- tuberculosis
- paludismo (casos importados)

Se está iniciando un preocupante resurgir de la tuberculosis, que pasa de tasas de incidencia 220 por millón en 1988 a 242 en 1993, cifra sólo superada en Europa por Rusia y Portugal. El crecimiento de dicha enfermedad es debido en parte al SIDA, pero no únicamente, sino también al relajamiento en el control. Según los expertos hay un claro subregistro en el caso de la tuberculosis, que es mucho mayor de lo declarado. La tasa de tuberculosis se ha considerado siempre un nítido indicador social, por lo que es muy aconsejable su uso para la determinación de diferencias espaciales en niveles de salud. Las máximas tasas de incidencia por tuberculosis respiratoria se dieron en 1993 en

Ceuta y Melilla, 721, Asturias, 439 y La Rioja, 436. Recientes estudios demuestran que la incidencia de esta patología alcanza cifras muy elevadas en ciudades como Barcelona, Vigo y Santiago. De los 9.474 casos declarados de tuberculosis respiratoria en 1993, 2.310 pertenecían a Cataluña, lo que suponía el 24% del total nacional, y 1.521 a Andalucía.

El último caso de paludismo autóctono se detectó en 1962 y en 1964 se obtuvo la calificación oficial de erradicación. Desde entonces todos los casos han sido importados. Se observa una tendencia creciente, y en 1993 se registraron 200 casos, 84 de ellos en Cataluña, 36 en Canarias y 26 en Madrid. La mayoría se deben a contagio en países africanos, especialmente de Guinea Ecuatorial.⁴ (Figura 7).

En general la peor situación por enfermedades infecciosas se produce en Ceuta y Melilla, con tasas que duplican, triplican o a veces quintuplican la media nacional, como en el caso de la hepatitis.

2.4.4. *El SIDA*

La infección tuvo un comienzo relativamente tardío en España, pero la incidencia aumentó más rápidamente que en los demás países europeos, superándose desde 1991 los 4.000 casos nuevos anuales. Desde 1994 se aprecia un ligero descenso en la tasa de incidencia. Actualmente España ocupa el segundo puesto de la Unión Europea y el décimo a nivel mundial en cuanto a número de casos acumulados, y el primer lugar de la Unión Europea en casos por millón de habitantes. Irlanda, «protegida de Dios», presenta una de las tasas más bajas (Cuadros 6 y 7)

A finales de 1994 los casos de sida acumulados eran 29.520, y las estimaciones de casos acumulados a julio de 1995 ya alcanzaban los 30.000 y aproximadamente 150.000 infectados por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). A nivel estatal el número de casos acumulados por millón de habitantes era superior a 706, siendo las comunidades autónomas con mayores tasas de incidencia acumulada Madrid, Cataluña, País Vasco y Baleares, mientras que las menores se localizaban en Castilla-León, Castilla-La Mancha y Extremadura. Las diferencias espaciales en incidencia acumulada eran muy acentuadas a nivel provincial, Madrid, Barcelona y Guipúzcoa presentaban las mayores tasas de incidencia acumulada 1981-1994, con 1.420, 1.214 y 1.104 casos por millón respectivamente. Aproximadamente el 50% de los casos diagnosticados residían en las provincias de Madrid y Barcelona.

Cuadro 6
Evolución del SIDA en España

Año diagnóstico	Casos
1981	1
1982	4
1983	14
1984	51
1985	169
1986	478
1987	1.045
1988	2.185
1989	3.027
1990	3.701
1991	4.300
1992	4.694
1993	4.898
1994	4.657
Desconocido	296
Casos acumulados	29.520

Fuente: Anuario de la salud, la medicina y la sanidad 1995

Cuadro 7
Casos acumulados de SIDA en algunos países europeos 1993

País	Casos acumulados	Tasa /millón hb.
Francia	31.344	529
España	25.775	659
Italia	23.147	400
Alemania	11.497	142
Reino Unido	9.439	163
Países Bajos	3.147	203
Dinamarca	1.468	283
Irlanda	408	113

Fuente: Anuario de la salud, la medicina y la sanidad. 1995

La tendencia en las tasas de incidencia de sida es también distinta por comunidades autónomas, pues mientras en Cataluña se produjo una inflexión en 1992, o una estabilización en la Comunidad Valenciana, en Madrid y País Vasco continúa el crecimiento (Castilla, J. 1994, pág. 192) (Figura 8).

La transmisión de la infección se había producido en el 64% de los casos por utilización de droga por vía parental, el 14% por prácticas homo/bisexuales y el 9% por prácticas heterosexuales.

2.4.5. Salud laboral

Para conocer la morbilidad de un territorio también habría que tener en cuenta las características y diferencias espaciales en accidentalidad laboral y enfermedades profesionales. En la Primera Encuesta Europea sobre el Medio Ambiente de Trabajo realizada en 1991-92, se observa que en España los porcentajes de trabajadores que perciben exposición a diversos factores de riesgo ocupacionales son mayores que en la Comunidad Europea (tanto en ruido, sustancias tóxicas, manejo de cargas pesadas, trabajo repetitivo, etc.). España quedaba incluida en el grupo de países que presentaba peores condiciones de trabajo, junto a Grecia y Portugal. (S.E.S.P.A.S., 1993, págs. 159-166).

El número de accidentes de trabajo se ha ido incrementando anualmente desde 1984 a 1990, descendiendo ligeramente desde ese año. En 1993 los accidentes laborales fueron 998.746 y las enfermedades profesionales 5.489. La tasa de accidentalidad laboral era 55 por mil ocupados en 1984 y 83 en 1993, quizás ha influido el peso creciente de la contratación temporal y ocasional, la inexperiencia en los contratos en prácticas, el aumento de contratación de trabajadores extranjeros que proceden de actividades distintas a las que realizan o el cansancio en desplazamientos cada vez más largos entre residencia y lugar de trabajo.⁵ Las tasas de enfermedad laboral se han duplicado, desde 0,26 por mil ocupados en 1984 a 0,50 en 1993, tasa de dos a diez veces inferior a la mayoría de países de la OCDE, lo que hace suponer un elevado subregistro, que posiblemente se subsanará tras la aprobación y puesta en práctica de la Ley de Salud Laboral.

2.5. La discapacidad

Por efecto de enfermedad, accidentes o proceso degenerativo de la edad se producen deficiencias o anomalías en un órgano o su función. Como consecuencia de ello aparecen limitaciones o discapacidades. En España las personas que sufrían alguna discapacidad, según la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías de 1986, eran 2.804.837, lo que significaba una tasa de 14.979 personas con discapacidad cada cien mil habitantes para la totalidad de la población, pero el problema se intensificaba en los grupos de edad avanzada, siendo la tasa de 80 a 84 años superior a 63.000 y alcanzaba 83.000 en los de 85 y más años. Las mayores tasas de discapacidad de personas de más de 6 años se daban en Madrid, Andalucía y Castilla-La Mancha.

Aproximadamente una tercera parte son discapacidades del aparato locomotor. Las barreras arquitectónicas y urbanísticas dificultan o imposibilitan la movi-

lidad de las personas con discapacidad, y éste es un problema en aumento, debido al envejecimiento poblacional. Para muchas personas con discapacidad las barreras convierten la casa en una prisión, provoca sedentarismo y éste incrementa el riesgo de enfermedad y malestar (Olivera, A., Abellán, A., 1994, págs. 82-91).

Hay actividades de la vida cotidiana, de autocuidado, labores domésticas y movilidad, que personas mayores de 65 no institucionalizadas no pueden hacer de ninguna manera o sólo pueden hacerlo si cuentan con ayuda. Por ejemplo, según datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1993, sin ayuda pueden ducharse o bañarse el 83%, limpiar la casa el 75,5%, coger el autobús el 78% y subir 10 escalones el 81%. Para el porcentaje restante son actividades inviables. La necesidad de ayuda domiciliaria o de institucionalización será cada vez mayor.

3. Los recursos sanitarios

Los indicadores de servicios de salud pueden referirse a dotaciones (camas, quirófanos o salas de hemodinámica), a personal sanitario, a técnicas de diagnóstico y prestaciones o a calidad asistencial. Entre las metas planteadas por la OMS en el programa Salud para Todos en el 2000 está el igualar los indicadores de servicios de salud y tender a igualar los indicadores de salud mediante la prevención.

La cantidad y calidad de los servicios de salud son factores del nivel de salud de una población, aunque no siempre la correlación entre ambos hechos sea evidente.

3.1. Dotación hospitalaria

La dotación de camas hospitalarias en funcionamiento es mucho menor que la de otros países de nuestro contexto, tanto las generales como las geriátricas de larga estancia o las psiquiátricas.⁶ Si la situación ya era negativa a principio de los ochenta, la pérdida de 14.741 camas desde 1984 a 1991 la agravó,⁷ pues se redujo la oferta a la vez que aumentó el número de altas hospitalarias en 297.493 enfermos. La disminución de camas ha afectado especialmente a Madrid, que perdió 3.143, a Sevilla y a Asturias. En contraposición estaría el caso de Cataluña, donde creció el número de camas, especialmente en Barcelona, que aumentó 769, Alicante, donde se vio incrementado en 892, o Pontevedra, con 717 nuevas camas (Cuadro 8) (Figura 9).

Cuadro 8
Personal sanitario e indicadores de servicios de salud 1984-1991*

	1984	1991
Camas en func./100.000 hab.	460	423
Camas en func./100.000 hab. >65 años	*3.665	3.062
Camas psiquiátricas en func./100.000 hab.	89	60
Camas geriátricas y crónicas en func./100.000 hab.>65	*84	180

	1984	1991
Quirófanos/100.000 hab.	8	8
Médicos	121.362	153.306
Médicos/100.000 hab.	317	394
Odontólogos	4.682	11.249
Odontólogos/100.000 hab.	12	29
A.T.S. y enfermeros	142.542	161.285
A.T.S. y enfermeros/100.000 hab.	372	415
Fisioterapeutas	2.962	2.720
Fisioterapeutas/100.000 hab.	8	7
Relación A.T.S. y Enf./Médico	1,17	1,05

* Sólo incluye personal sanitario colegiado. Las cifras relacionadas con mayores de 65 años son del año 1986.
Fuente: I.N.E., Estadísticas de Establecimientos Sanitarios
I.N.E., Anuario Estadístico

Las camas totales en funcionamiento por cada 100.000 habitantes eran 460 en 1984 y en 1991 sólo 421. Desglosadas por tipos puede apreciarse que el número de camas psiquiátricas había descendido de 90 a 60 por 100.000 habitantes en el mismo período; en cambio aumentó el número de camas geriátricas y crónicas, que eran muy escasas y aún hoy siguen siendo insuficientes. En 1991 el total de camas hospitalarias en funcionamiento era 164.451.⁸ (Figura 10)

Las listas de espera, otro indicador de la calidad de servicio hospitalario, son cada vez mayores en 1988 la lista de espera para ingresos era de 181.358, de ellos 152.678 para cirugía, y en 1990 ya eran 242.739 y 209.339 respectivamente, más 320.813 para consultas externas. En 1991 ya no se publicó la cifra en la Estadística de Establecimientos Sanitarios, donde tradicionalmente se consignaba. La huelga en la sanidad pública en 1995 habrá empeorado una situación que ya era bastante negativa.

Las desigualdades espaciales en oferta de camas por 100.000 habitantes son muy acentuadas, y las comunidades con peores tasas son Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Andalucía, Murcia y Extremadura y las mejores cifras corresponden a Navarra, que también posee la mayor proporción de quirófanos en relación con la población, 11 por cada cien mil habitantes, frente a los 5 de Castilla-La Mancha o Extremadura.

3.2. Recursos humanos

Del personal sanitario no sólo hay que conocer sus cifras absolutas y relativas con respecto a la población, y su distribución espacial, sino que es necesario conocer la proporción entre los distintos tipos, ya que puede reflejar disfunciones. En 1983 los médicos colegiados eran 115.251 y en 1993 ascendieron a 159.291, lo que equivale a 408 médicos cada cien mil habitantes, una de las

tasas más elevadas del mundo. Sin embargo el número de odontólogos, A.T.S. y diplomados en enfermería es insuficiente y aún más grave es la carencia de fisioterapeutas. Los profesionales colegiados eran en 1993:

– A.T.S. y diplomados en enfermería 167.894, 430 por 100.000 habitantes.

– Odontólogos 12.247, algo más del 31 por 100.000 habitantes.

– Fisioterapeutas 2.426 (menos incluso de los que había en 1983), lo que supone una cifra de 6 cada 100.000 habitantes, a pesar de su doble función curativa y preventiva.

– Cirujanos en establecimientos sanitarios (dato de 1991) 18.897, que representan 48 cada 100.000 habitantes.

La proporción de enfermeras por médico es excesivamente baja, 1, cuando en muchos países desarrollados está próxima a 3. La carencia de enfermeras ha hecho necesario promover inmigraciones específicas de esta especialidad desde América Latina. Por otra parte la escasez de fisioterapeutas y la presión de demanda provocada por la accidentalidad de tráfico y envejecimiento hacen que ambas sean profesiones con empleo garantizado.

En cuanto a la relación médicos, enfermeros y fisioterapeutas cada 100 camas las diferencias según dependencia del centro son espectaculares:

– Los médicos/100 camas son 41 en el Sistema Nacional de Salud, 11 en los centros privados y 5 en los de la Iglesia.

– Los A.T.S. y diplomados en enfermería 83, 20 y 11 respectivamente.

– Hay 2,56 fisioterapeutas por cada 100 camas en el Sistema Nacional, 0,8 en los privados y sólo 0,5 en los establecimientos sanitarios de la Iglesia.

Las desigualdades en indicadores de personal sanitario son francamente intensas. Los mejores niveles son alcanzados por Navarra, Cataluña y País Vasco y los peores son los de Andalucía, Canarias, Galicia y Murcia.

Dos encuestas aportan datos sobre la población que acude a curanderos o naturistas. Según la Encuesta FOESSA 5 (De Miguel, J. ,1994, págs. 995-998) sólo el 0,4 consultan asiduamente a este tipo de personal médico alternativo, si bien en algunas comunidades la costumbre está más arraigada, como en Cantabria y Asturias, que alcanzan el 2 y 1,5%. A la pregunta «¿ha acudido Vd. alguna vez al curandero?» respondieron positivamente el 14,8% de los encuestados en la Encuesta de Salud del CIRES de 1994.

3.3. Otros indicadores sanitarios

La frecuencia en la utilización de técnicas de diagnóstico y las prestaciones es otro indicador de servicios de salud. Aunque el elevado uso de modernas técnicas de diagnóstico o el mayor número de médicos disponibles no es garantía de mejor servicio, pues influyen también otros factores como la gestión, productividad, motivación, etc. es evidente que favorecen el éxito en la labor curativa.

Las diferencias a favor del sector público se encuentran también si analizamos las técnicas de diagnóstico empleadas por cada 100 pacientes:

– Se realizan 8,8 tomografías axiales computerizadas (TAC) en el Sistema Nacional de Salud, mientras que en los centros privados sólo se aplica a 4 y en los de la Iglesia a 0,8.

– La situación es similar en cuanto a citologías y gammagrafías.

La población no conoce estos datos detalladamente, pero la sabiduría popular aconseja optar por las urgencias del Sistema Nacional de Salud cuando se presenta un caso verdaderamente grave.

Las cifras más abultadas de TAC por 100.000 habitantes correspondían en 1991 a Navarra, Álava, Guipúzcoa, Zaragoza y Madrid.

Otro indicador de servicios de salud, que a su vez es un barómetro de la solidaridad ciudadana, es la tasa anual de donantes de órganos por millón de habitantes. España tiene la tasa más alta del mundo, 25, lo que quiere decir que en caso de necesitar un trasplante hay muchas más oportunidades que en otros países; por ejemplo triplicamos los valores de Italia y Grecia. En 1994 Canarias ofrecía la mayor tasa de donación, 42,4, en Cataluña la cifra también era elevada, 32,6; sin embargo en Castilla-La Mancha era sólo 7 (Anuario Salud, 1995, págs.138-143).

En dicho año las donaciones permitieron realizar en España más de 1.600 trasplantes renales, 614 hepáticos y 292 cardíacos, entre otros.

Para conocer en profundidad el estado de bienestar en relación con el funcionamiento del sistema sanitario, es necesario analizar qué oferta existe de cuidados paliativos para los enfermos terminales, porque el último eslabón de la cadena vital del bienestar es el bienmorir. Las camas de cuidados paliativos son muy escasas y con una distribución espacial muy desigual. Además la dispensa de estupefacientes a terminales con procesos muy dolorosos es mucho menor que en otros países desarrollados, e incluso el consumo de analgésicos narcóticos bajó de 837.000 unidades en 1988 a 652.000 en 1992. El derecho a morir sin sufrimientos no está aún reconocido suficientemente, y posiblemente la situación sea más grave en áreas rurales.⁹

4. Desplazamientos por motivo de salud y servicios de salud a desplazados

La carencia de equipamiento específico o de determinadas dotaciones hospitalarias, sumada a la atracción que supone el prestigio de la medicina de algunas ciudades, provoca desviaciones de ingresos hospitalarios hacia otras provincias y comunidades autónomas.¹⁰

El número de personas que fueron dadas de alta en establecimientos sanitarios fuera de su propia comunidad autónoma de residencia fue 129.858 en 1991, en torno al 3% del total. La movilidad por motivo de salud es mucho más elevada a nivel interprovincial. Madrid recibió el mayor contingente de hospitalizados procedentes de otra comunidad, 41.858, que se sumó a la propia demanda local¹¹; una cuarta parte procedían de Castilla-La Mancha y tam-

bién eran numerosos los llegados de Castilla-León y Extremadura. El segundo gran foco de atracción es Cataluña, que atiende a 18.483 enfermos de fuera de su comunidad, la mayoría en establecimientos sanitarios de Barcelona, y sus flujos proceden mayoritariamente de la Comunidad Valenciana, Aragón y Baleares. El tercer punto receptivo es Navarra, que acoge a 9.242 externos a su comunidad (Cuadro 9)

Cuadro 9
Enfermos hospitalizados. Desplazamientos. 1991

	Hospitalizados no residentes en esa C.A.	%	Residentes que se hospitalizan en otras C.A.	%	Extranjeros	Extranjeros por mil hospitalizados
Total nacional	129.858	13	129.858	3	6.385	2
Andalucía	5.890	1	10.894	2	339	1
Aragón	6.851	5	5.502	4	134	1
Asturias	639	1	3.368	3	0	0
Baleares	4.610	5	2.688	3	3.102	34
Canarias	850	1	2.498	2	360	3
Cantabria	3.564	7	2.170	5	22	0
Castilla-León	8.574	4	16.462	7	113	0
Castilla-La Mancha	4.268	3	17.883	13	79	1
Cataluña	18.483	3	7.410	1	1.081	2
C. Valenciana	6.064	2	11.539	3	264	1
Extremadura	1.626	2	7.916	9	22	0
Galicia	3.391	1	6.426	3	127	1
Madrid	41.858	9	10.666	2	168	0
Murcia	5.404	5	4.087	4	41	0
Navarra	9.242	14	2.153	4	56	1
País Vasco	5.231	2	7.340	3	69	0
Rioja, La	1.432	5	3.317	12	4	0
Ceuta	1.658	18	589	7	193	21
Melilla	243	4	566	9	213	36

Fuente: I.N.E., Encuesta de Morbilidad Hospitalaria

En el caso de los desplazados para recibir atención en el sector público, los costes y la presión de demanda han hecho pensar en compensaciones económicas entre comunidades, en línea con la mercantilización generalizada de todo tipo de trasvases, hecho que sólo sería justo en igualdad de nivel de servicios en todas las comunidades, tanto en aspectos cuantitativos como cualitativos.

Los enfermos que reciben mayor proporción de servicios hospitalarios fuera de su propia comunidad son los residentes en Castilla-La Mancha, La Rioja y Extremadura, y la menor los de Cataluña.

Mención aparte merecen los enfermos hospitalizados que tienen su residencia en el extranjero. En un país que recibe más de 63 millones de visitantes anuales este dato es la punta del iceberg de lo que realmente es la demanda sanitaria de la población flotante. La proporción de turistas que sufren problemas de salud tan graves como para tener que ser hospitalizados es mínima, otra cosa es la demanda de servicios ambulatorios, consulta, etc. que pueda tener dicha población, estacional en muchas áreas (lo que genera cumbres puntuales de demanda) y con un marcado envejecimiento en espacios de turismo de tercera edad. El total de enfermos dados de alta que eran residentes en el extranjero fue 6.385 en 1991, y la mitad de ellos se hospitalizaron en Baleares, donde representaban el 34 por mil del total de hospitalizados en dicha comunidad. Melilla ocupa el primer lugar en proporción de hospitalizados extranjeros, pues cumple una función de «oasis sanitario», ante la carencia de dotaciones en un radio muy amplio. Este hecho sucede también en Ceuta, pero en menor medida (Cuadro 9).

Los inmigrantes procedentes del Tercer Mundo generan también demandas específicas que tendrán que ser atendidas, a veces con servicios médicos no habituales en el sistema sanitario español, como algunas secciones de la medicina tropical. Desde posiciones xenófobas se ve la inmigración solamente como un factor de riesgo para la salud, olvidando sus necesidades de atención sanitaria.

5. Diferencias espaciales de indicadores de salud y servicios de salud en España

«Hubo una época en que los geógrafos aceptaban el mundo más o menos como lo encontraban... están persiguiendo actualmente un papel mucho más activo en la promoción del bienestar humano» (Smith, D.M., 1980, pág. 21). Colaborar en este objetivo precisa la realización de estudios de bienestar de salud, no sólo descriptivos, sino que incluyan valoración y prescripción.

5.1. Indicadores seleccionados.

Para la detección de diferencias en bienestar de salud, tanto entre países o regiones como entre localidades, es necesario generar indicadores que reflejen el malestar y las carencias más relevantes. Conocer la «privación relativa» es la fase previa al establecimiento de cualquier diagnóstico y prescripción que intente subsanar desajustes en «justicia socioterritorial». Si bien estos términos pueden sonar a nostalgia, resumen el cometido del Programa «Salud Para Todos en el año 2000» de la Organización Mundial de la Salud, que señala como

meta a corto plazo conseguir indicadores de servicios de salud homogéneos para toda la población y tender a igualar los indicadores de salud.

El bienestar de salud varía en función de dos componentes: el estado de salud de la población y la situación de los servicios de salud. No existen indicadores globales que determinen los niveles de salud y de recursos sanitarios de forma conjunta y posibiliten comparaciones espaciales y temporales. Tradicionalmente se han utilizado indicadores simples de salud, de forma aislada (como la tasa de mortalidad, la esperanza de vida al nacer, etc.) o bien indicadores simples de recursos sanitarios (por ejemplo número de habitantes por cama hospitalaria).

En este análisis se utiliza el Indicador de Bienestar de Salud (IBS), un agregado de 38 indicadores simples, 28 de ellos referidos a estado de salud y 10 a dotación y uso de recursos sanitarios. Se seleccionaron algunos indicadores que describían mejor el estado de las enfermedades infecciosas y crónicas y sociales, la mortalidad prematura y el grado de prevención. Son todos ellos indicadores reconocidos internacionalmente y de uso frecuente, que permiten obtener un resultado indicativo, si bien será necesario en trabajos posteriores seleccionar qué indicadores son más o menos idóneos, sopesar sus valores relativos e intentar obtener un indicador sintético (Figura 11).

Los indicadores seleccionados para el cálculo del IBS son:

A) Indicadores de salud

1. Tasas de Morbilidad de Enfermedades de Declaración Obligatoria (Tifus, Disentería, Tuberculosis Respiratoria, Sífilis, Infección Gonocócica). 1993.

Número de indicadores 6

2. Tasa acumulada de casos de SIDA. 1981-1994.

Número de indicadores 1

3. Tasa de incidencia conjunta de enfermedades erradicables (Sarampión, Tétanos, Poliomieltis, Difteria). 1991.

Número de indicadores 1

4. Tasas estandarizadas de mortalidad (Total, Tumores, Aparato Circulatorio). Media 1989-1991.

Número de indicadores 3

5. Esperanza de vida al nacer (Varones). 1990.

Número de indicadores 1

6. Tasas estandarizadas de Años Potenciales de Vida Perdidos (Total, Tumores, Aparato Circulatorio, Aparato Digestivo, Causas externas de traumatismo). Media 1989-1991.

Número de indicadores 5

7. Tasas de mortalidad social y suicidio (Tuberculosis, Suicidio y Dependencia del Alcohol). 1991.

Número de indicadores 3

8. Tasas de morbilidad social (Adicción a drogas, Síndrome de Dependencia del Alcohol, Enfermedad Mental). 1991.

Número de indicadores 3

9. Porcentaje de población según salud percibida (Población que declara tener mala salud, enfermedades crónicas, alergia, hipertensión, colesterol). 1993.

Número de indicadores 5

NÚMERO TOTAL DE INDICADORES DE SALUD 28

B) Indicadores de Servicios de Salud

1. Tasas de dotación hospitalaria (Total de camas, Camas Geriátricas de Larga Estancia, Quirófanos, Salas de Hemodinámica). 1991.

Número de indicadores 4

2. Tasas de recursos humanos (Médicos, Cirujanos, Odontólogos, Fisioterapeutas, A.T.S.). 1993

Número de indicadores 5

3. Tasa de utilización de técnicas de diagnóstico (seleccionó T.A.C. por millón de habitantes)

Número de indicadores 1

NÚMERO TOTAL DE INDICADORES DE SERVICIOS DE SALUD 10

TOTAL DE INDICADORES 38

Se compararon las 17 comunidades autónomas, Ceuta y Melilla, mediante el Indicador de Bienestar de Salud, midiendo para cada una de ellas la cantidad de indicadores que presentaban valores que mejoraban la media nacional, es decir indicadores de mortalidad y morbilidad con cifras inferiores a la media, e indicadores de servicios de salud y de esperanza de vida que superaban dicho valor.

5.2. Desigualdades regionales.

Los niveles de estado de salud y recursos sanitarios eran muy dispares a principio de los noventa, a pesar de que en la década de los ochenta se redujeron las disparidades en la incidencia de enfermedades infecciosas y en la dotación de recursos materiales y personales (Cuadro 10)

Cuadro 10
Cantidad de indicadores de salud y de servicios de salud mejores que la media Indicador de Bienestar de Salud (IBS)*

CC.AA.	Indicadores de salud	Indicadores Servicios salud	IBS
Andalucía	9	10	9
Aragón	19	8	27
Asturias	7	6	13
Baleares	8	6	14
Canarias	6	4	10
Cantabria	22	5	27
Castilla-León	19	3	22
Castilla-La Mancha	21	0	21

CC.AA.	Indicadores de salud	Indicadores Servicios salud	IBS
Cataluña	16	9	25
C. Valenciana	14	2	16
Extremadura	19	0	19
Galicia	11	1	12
Madrid	18	9	27
Murcia	16	3	19
Navarra	25	9	34
País Vasco	16	10	26
Rioja, La	21	2	23
Ceuta y Melilla	3	3	6

* Datos de principio de los noventa.

No siempre existía una clara correlación entre estado de salud y nivel de recursos sanitarios, pudiendo establecerse varios tipos de situaciones relativas:

a) Comunidades con buenos niveles de salud y de servicios de salud, como el caso de Navarra.

b) Comunidades con buen nivel de salud, pero insuficiente nivel de servicios, como Castilla-La Mancha, Cantabria o Extremadura.

c) Comunidades con nivel de salud deficiente, pero con nivel de servicios medio, como Asturias o Baleares

d) Comunidades con nivel de salud y de servicios muy deficientes. A este tipo pertenecían Ceuta-Melilla, Canarias y Andalucía.

La comunidad autónoma con mayor cantidad de indicadores con valores mejores que la media era Navarra, que presentaba una posición privilegiada, pues de 38 indicadores analizados, tenía 34 mejores que la media nacional. Las peores posiciones correspondían a Ceuta-Melilla, Canarias y Andalucía (Olivera, A.; Ruiz de Casas, J.A., 1993b, pág. 59) (Fig. 12). En el apartado de salud percibida de la Encuesta FOESSA V (Miguel, J.de, 1994, pág. 979) también Navarra destacaba en el primer lugar, ya que el 83% de los encuestados de esta comunidad se autodefinían como totalmente sanos o sanos, mientras que en Canarias no superaban el 60% y en Andalucía el 63%. En la Encuesta Nacional de Salud la situación era similar, pues los navarros declaraban las menores cifras de salud mala y muy mala.

En posteriores trabajos será necesario descender a ámbitos espaciales menores y a diagnósticos más detallados. Muchos son los temas de salud que se abordarán desde la Geografía de la Población en un futuro próximo, destacando entre ellos los indicadores de bienestar de salud a meso y microescala, diversos aspectos de la ciudad saludable, y desde los estudios de movimiento natural nuevos temas de salud reproductiva.

Notas

- ¹ Sobre el papel de la mujer como recurso no institucionalizado ya hizo una llamada de atención M. Turshen (1978). «Women and health. Lessons from the People's Republic of China». *Antipode*, 10. Es un tema muy delicado, porque los beneficios innegables que produce la «mujer cuidadora» sobre la salud de la familia, unidos al grave problema de paro, pueden ser aprovechados para crear una peligrosa corriente de opinión a favor de la vuelta de la mujer al hogar, liberando así puestos de trabajo y cumpliendo una labor asistencial mucho más barata que la realizada por residencias de ancianos y guarderías.
- ² Salvo que la «fuerza de la mortalidad» a los 85, 90 y 95 años se suavice, y se prolongue la esperanza de vida en las edades avanzadas, de forma muy acelerada. El paradigma de reducción de las tasas de mortalidad en la tercera edad ha sido planteado por diversos autores, como Vaupel, J.W.; Lundström, H. (1994). «The future of mortality at older ages in developed countries». En: *The future population of the world. What can we assume today?* IIASA-EARTHSCAN. Londres. págs. 295-315.
- ³ En la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria de 1991 ya no se reflejan separadamente los nuevos casos, por lo que se rompen series que permitían analizar incidencia y prevalencia. La publicación de 1991 incluía además importantes errores en las tablas nacionales 8 y 12, en la provincial 19 y en la referida a la población de 1991. En 1995 el I.N.E. ha subsanado los errores con la publicación de correcciones.
- ⁴ Aproximadamente la mitad de los afectados de paludismo son extranjeros. Los españoles se habían desplazado al lugar de contagio por turismo, negocio o por ser tripulaciones marítimas. *Boletín Epidemiológico*, 1994, Vol.1, nº 13.
- ⁵ Por ejemplo, cada vez el mayor el número de trabajadores de la construcción que se desplazan en movimientos pendulares a Madrid, desde distancias superiores a 120 km, especialmente desde provincias de Castilla-La Mancha. Madrugar en exceso, recorrer diariamente 240 km, muchas veces por carreteras de acceso saturadas y desarrollar la actividad cotidiana en un andamio, son factores de riesgo de accidentes «in itinere» y en la obra.
- ⁶ En 1991, de las 22.728 camas psiquiátricas de larga estancia en funcionamiento, 11.075 eran no públicas (Cruz Roja, Iglesia, Beneficencia, Privado); de ellas 7.771 pertenecían a la Iglesia. Del total de camas geriátricas de larga estancia, que eran 9.684, eran no públicas 5.948 y de éstas 3.278 eran privadas. La fuerte demanda de camas de larga estancia y la insuficiente oferta pública está convirtiendo al sector en un negocio muy rentable.
- ⁷ De las 14.741 camas que se han perdido, 9.685 eran públicas y 5.056 no públicas.
- ⁸ 78.332 pertenecían al Sistema Nacional de Salud, 32.869 dependían de otros centros públicos y 53.250 eran no públicas. El 30% de los enfermos dados de alta fueron atendidos en centros no públicos, 59% en hospitales del Sistema Nacional de Salud y el resto en otros públicos. Es fundamental conocer la distribución espacial de las camas hospitalarias según dependencia de los centros y coste de la asistencia, para determinar la accesibilidad no sólo geográfica sino social o real.
- ⁹ En 1991, 3 de cada 4 fallecidos por tumores malignos murió fuera del hospital. El acceso a la morfina es mucho más difícil fuera del ámbito hospitalario.
- ¹⁰ Si bien algunos ingresados en distinta provincia de la que residen se pudieron ver afectados por accidente o enfermedad mientras realizaban turismo, trabajo o visitas familiares fuera de su domicilio habitual, la gran mayoría se desplazó directamente con la finalidad de recibir asistencia hospitalaria.
- ¹¹ Según la Encuesta de Frecuentación Hospitalaria de la Comunidad de Madrid, en 1991 el 50% de los pacientes de cirugía cardiovascular, el 27% de los de cirugía torácica y el 26% de neurocirugía, eran residentes fuera de la Comunidad de Madrid.

Bibliografía

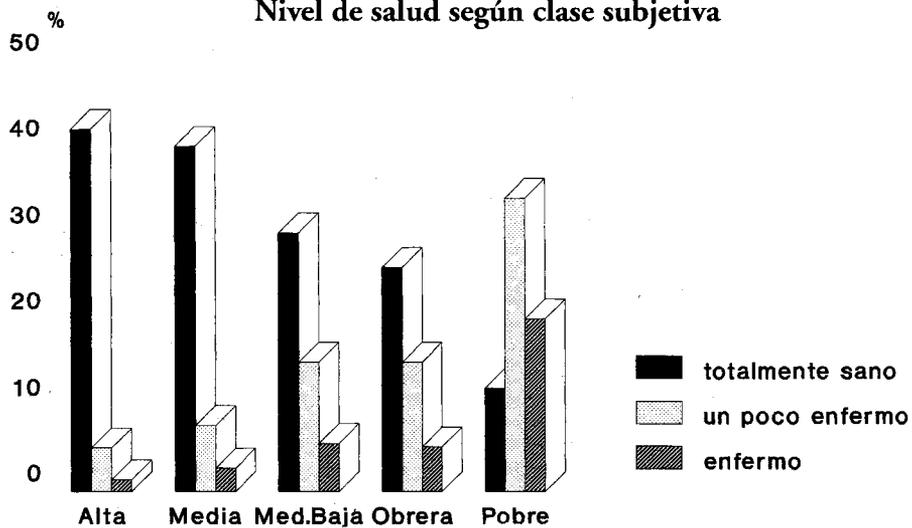
- ALONSO, L.E. (1995). Necesidades, desigualdad y democracia: la polémica sobre la gobernabilidad del Estado del bienestar keynesiano. En: ÁLVAREZ URÍA, F. et al. *Desigualdad y pobreza hoy*. Madrid, TALASA, págs. 41-72.
- ANUARIO DE LA SALUD, LA MEDICINA Y LA SANIDAD (1995). Madrid. El País. 304 págs.

- ARACIL, E.(1993). El análisis demográfico en la planificación de recursos sanitarios. En: *Inmigración extranjera y planificación demográfica en España*. IV Jornadas de la Población Española. Dpto. de Geografía Universidad de La Laguna- A.G.E., págs. 427-437.
- BAILLY, A.S.(1981). *La Géographie du bien-être*. Paris. PUF. 236 págs.
- CASTILLA, J. et al. (1994). Vigilancia epidemiológica del SIDA en España. Situación a 31 de Diciembre de 1994. *Bol. Epidemiológico* Vol. 2, nº 10, págs. 189-193.
- CIRES (1995). *La realidad social en España 1993-94*. Bilbao Bizkaia, Fundación BBV, Caja de Madrid, 1.042 págs. y 4 disquettes.
- CIRES (1994). Salud. Encuesta de Febrero.
- CURSON, P. (1986). Geography, epidemiology and human health. En: CLARKE, J.I. *Geography and population*. Oxford. Pergamon Press, págs. 93-101.
- DAVIES, J.K.; KELLY, M.P. (Ed.) (1993). *Healthy cities*. London. Routledge. 188 págs.
- EUROSTAT (1992) *Estadísticas básicas de la Comunidad*. Bruselas. 336 págs.
- FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G. et al. (1993). Desigualdades en salud y envejecimiento demográfico. *Anales de Geografía Universidad Complutense*, 13, págs. 139-154.
- FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G. et al. (1994). Envejecimiento y estilos de vida saludables en España. *Estudios Geográficos*. LV, nº 216, págs. 455-479.
- FINDLAY, A.M. (1991) Population Geography. *Progress in Human Geography*, 15,1, págs. 64-72.
- FINDLAY, A.M. (1993) Population Geography: disorder, death and future directions. *Progress in Human Geography*, 17,1, págs. 73-83
- GAVIRÍA, M.; LAPARRA, M.; AGUILAR, M. (1995). Aproximación teórica al concepto de exclusión. En: ÁLVAREZ URÍA, F., op.cit., págs.133-200
- GIL CALVO, E. (1994). Salud y cuidados personales. En: CAMPO, S. del (Ed.). *Tendencias sociales en España (1960-1990)*. Bilbao, 2ª ed., Vol.III, págs. 115-132.
- GONZÁLEZ, B.(1994). El sistema sanitario. En: CAMPO, S. del (Ed.). *Tendencias sociales en España (1960-1990)*. Bilbao. 2ª ed., Vol. II, págs 141-163.
- HANSLUWKA, H.E. (1985). Measuring the health of populations, indicators and interpretations. *Soc. Sci. Med.* Vol 20, nº 12, págs. 1207-1224.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (1981). *Medida del bienestar social*. (Traducción OCDE). Madrid, 318 págs.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (1987). *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías 1986*. Madrid, 2 Vol, 805 págs.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (1991). *Indicadores sociales*. Madrid, 365 págs.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (1994a). *Panorámica social de España*. Madrid, 841 págs.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (1994b). *Defunciones según la causa de muerte 1991*. Madrid, Tomo I.

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (1994c). *Encuesta de morbilidad hospitalaria 1991*. Madrid, 286 págs.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (1994d). *Estadística de Indicadores Hospitalarios 1991*. Madrid, 209 págs.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (1994e). *Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 1991*. Madrid, 193 págs.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (1995). *Anuario Estadístico 1994*. Madrid, 890 págs.
- MARTÍNEZ DE ARAGÓN, M.V. et al (1994a). La mortalidad en España en 1990 y su situación en relación a los países de la OCDE. I. *Bol. Epidemiológico*, Vol 2, nº 4, págs 61-64
- MARTÍNEZ DE ARAGÓN, M.V. et al (1994b). La mortalidad en España en 1990 y su situación en relación a los países de la OCDE. II. *Bol. Epidemiológico*, Vol 2, nº 5, págs. 81-90.
- MIGUEL, J.M. de (1990). La sanidad en España. En: GINER, S.(dir) *España: sociedad y política*. Madrid. Espasa Calpe, págs. 471-507.
- MIGUEL, J.M. de (1994) Salud y sanidad. En: FOESSA. *V Informe Sociológico sobre la situación social en España*. I. págs. 823-1106
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1993a). Informe Epidemiológico 1992. *Bol. Epidemiológico*, Vol.1, Suplemento 1. 144 págs.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1993b). *Indicadores de salud*. Madrid, 305 págs. y 1 disquette.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1994). *Sistema Nacional de Salud*. Servicios de Salud. Indicadores. Junio 1993. 263 págs.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1995). *Encuesta Nacional de Salud de España 1993*. Madrid, 84 págs. y 1 disquette.
- MOOTZ, M.(1986) Health Indicators. *Soc. Sci. Med.* Vol 22, nº2, págs. 255-263.
- NOSSIKOV, A. et al.(1990) Using regional indicators: the experience of Europe. *Wld hlth statist. quart*, 43, págs. 25-30.
- OLIVERA, A. (1993a). *Geografía de la salud*. Madrid. Ed. Síntesis, 160 págs.
- OLIVERA, A.; RUIZ DE CASAS, J.A. (1993b). La morbilidad en Canarias. En: *Inmigración extranjera*, op.cit., págs. 59-68.
- OLIVERA, A. (1993c). Cambios demográficos derivados de la evolución socio-económica española. En: *Nuevos procesos territoriales*. XIII Congreso Nacional de Geografía. Universidad de Sevilla. págs. 425-447.
- OLIVERA, A.; ABELLÁN, A. (1994). Les obstacles physiques de la cité: la brutalité de l'espace construit. *Gérontologie et Société*, Paris, 69, págs. 82-91.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1993). *World Health Statistics*. Annual. Ginebra
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1981). *Development of indicators for monitoring progress towards health for all in the year 2000*. Ginebra, 91 págs.

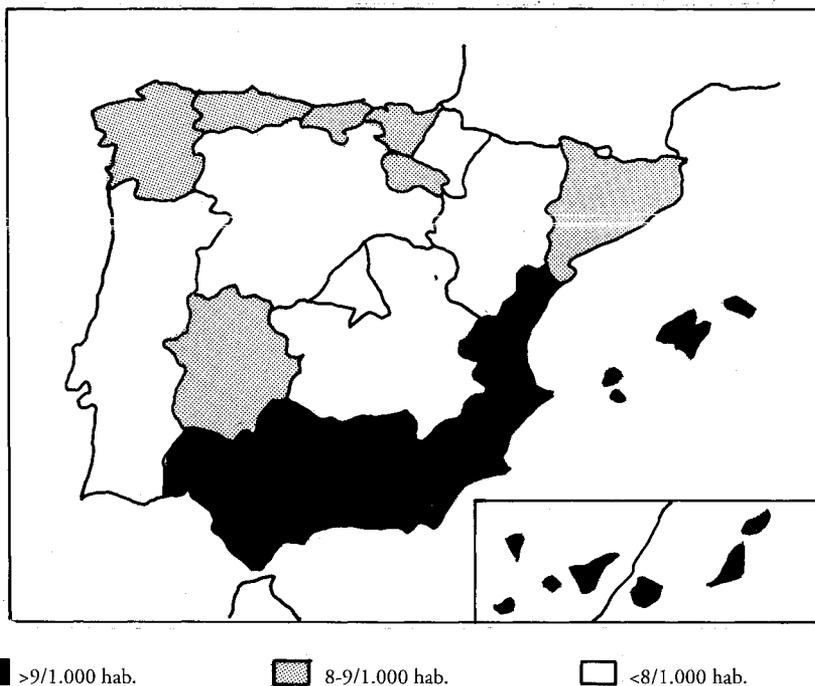
- PICHERAL, H.(1989). Géographie de la transition épidémiologique. *Ann.de Géographie*, 546, págs 129-151.
- POPULATION ACTION INTERNATIONAL (1992). *Índice Internacional de Sufrimiento Humano*. Washington.
- REQUES, P. (1993). Análisis geo-demográfico y salud pública. El estudio de la población en el diagnóstico de salud de la comunidad: objetivos, limitaciones y propuestas. En: *Inmigración Extranjera*, op. cit. págs. 301-308.
- ROJO, F.; FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G. (1992). Condiciones sociosanitarias de las personas de edad en España. En: ABELLÁN,A (Ed.). *Una España que envejece*. Universidad Hispanoamericana Santa María de la Rábida. págs. 97-123.
- S.E.S.P.A.S. (1993). *Informe SESPAS 1993: la salud y el sistema sanitario en España*. Barcelona. SG Editores, 233 págs.
- SMITH, D.M. (1980) *Geografía Humana*. Barcelona. Oikos-Tau, 1980, 586 págs.
- SMITH, S.J. (1989). Social Geography: social policy and the restructuring of welfare. *Progress in Human Geography*. Vol. 3, nº1, págs. 118-128.
- SPAGNOLO DE LA TORRE, E.; COSTA GALOBART, J. (1991). Barcelona: el Proyecto Ciudades Saludables. Un marco para los sistemas locales de salud. Madrid. *Ciudad y Territorio*, 3, págs. 181-188.
- VILLALBÍ, J.R. et al (1991). El Proyecto Internacional de Ciudades Saludables. Una oportunidad para desarrollar estrategias de acción para el fomento de la salud en España. Barcelona. *Anthropos*.118/119, págs.113-118.

Figura 1
Nivel de salud según clase subjetiva



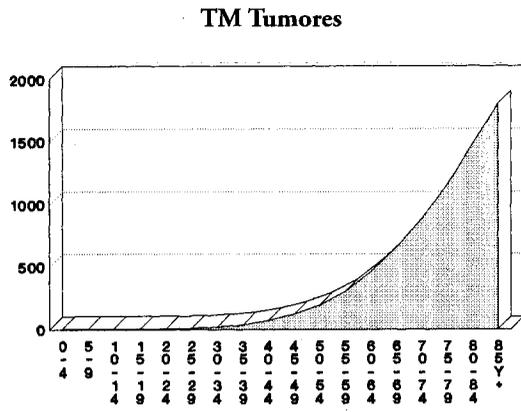
Fuente: Miguel, J. de, FOESSA. 1993. Población mayor de edad

Figura 2
Tasas estandarizadas de mortalidad. Media 1989-91

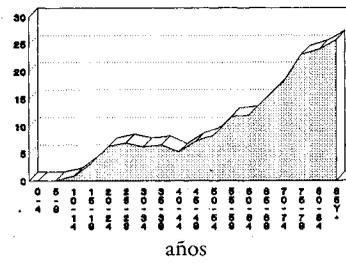


Fuente: INE. Defunciones según causa.

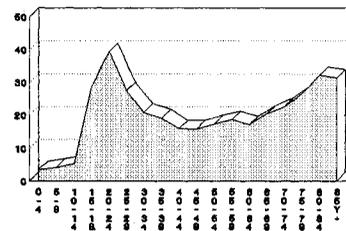
Figura 3
Total muertes grupos de edad
(por 100.000 hab.)



TM Suicidio y Autolesión

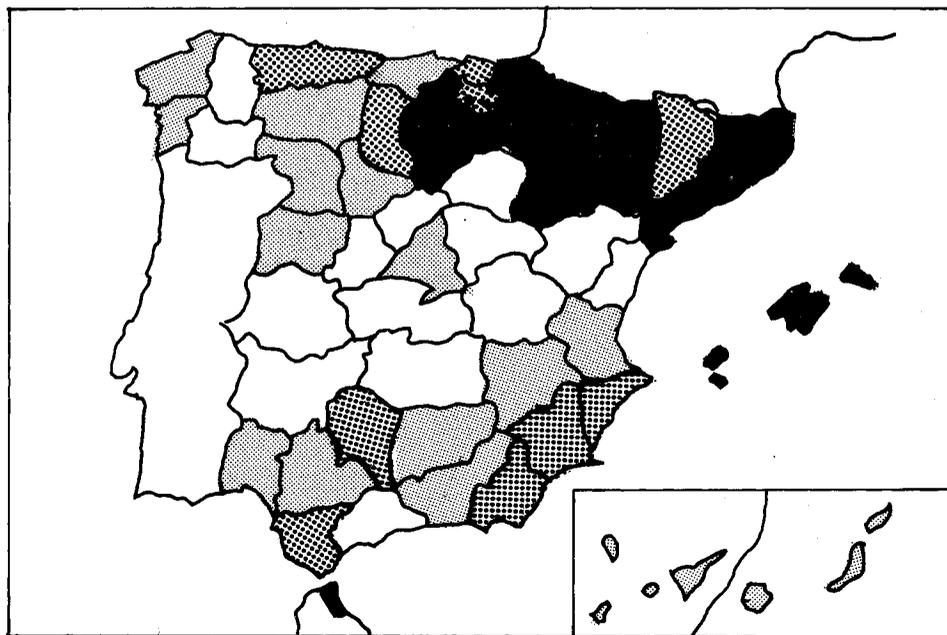


TM Suicidio y Autolesión



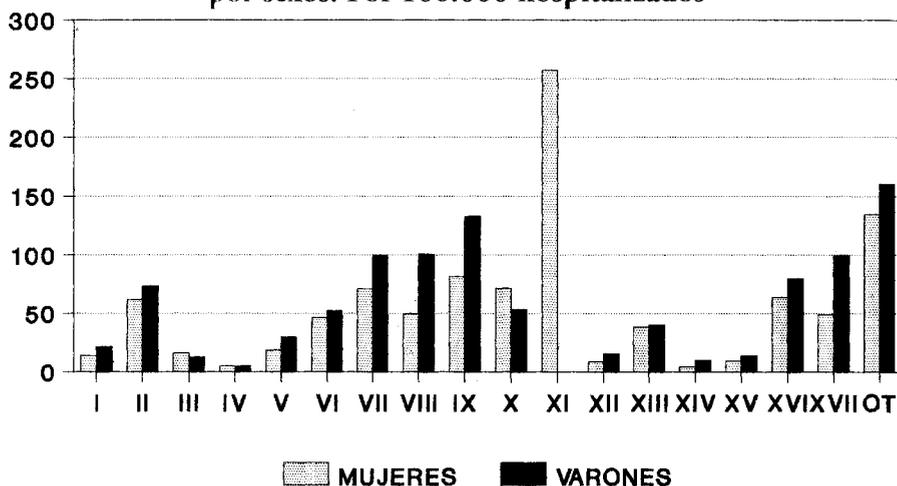
Fuente: INE, Defunciones según causa.

Figura 4
Tasa de morbilidad hospitalaria 1989-91/100.000 hab.



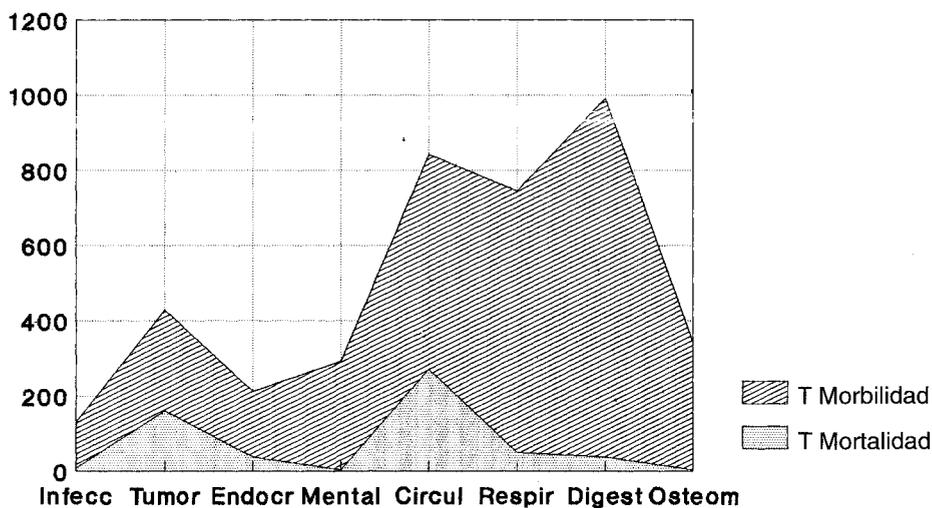
<8.500
 8.500-9.500
 9.500-10.500
 >10.500

Figura 5
Patrón morbilidad 1991
por sexos. Por 100.000 hospitalizados



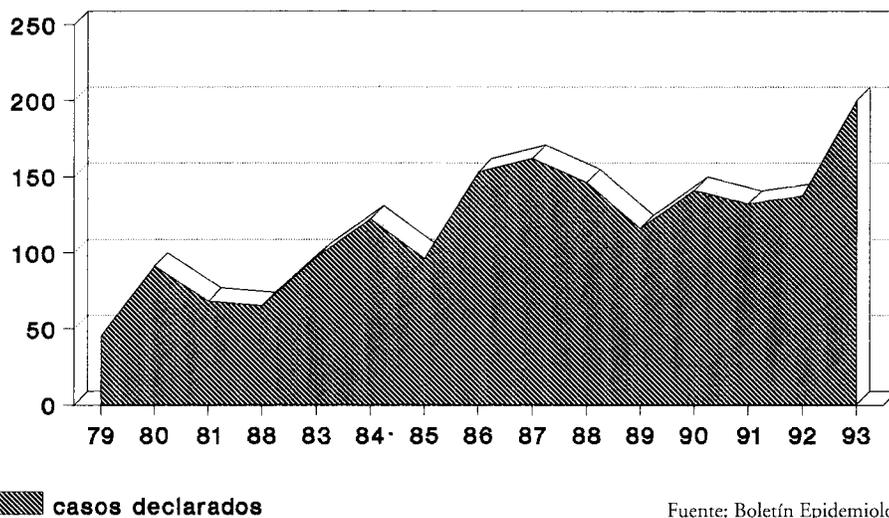
Fuente: Encuesta morbilidad Hosp. 91
 Nota: para significado de grupos de causa ver cuadro IV

Figura 6
Mortalidad/Morbilidad hospitalaria
Canarias 1988



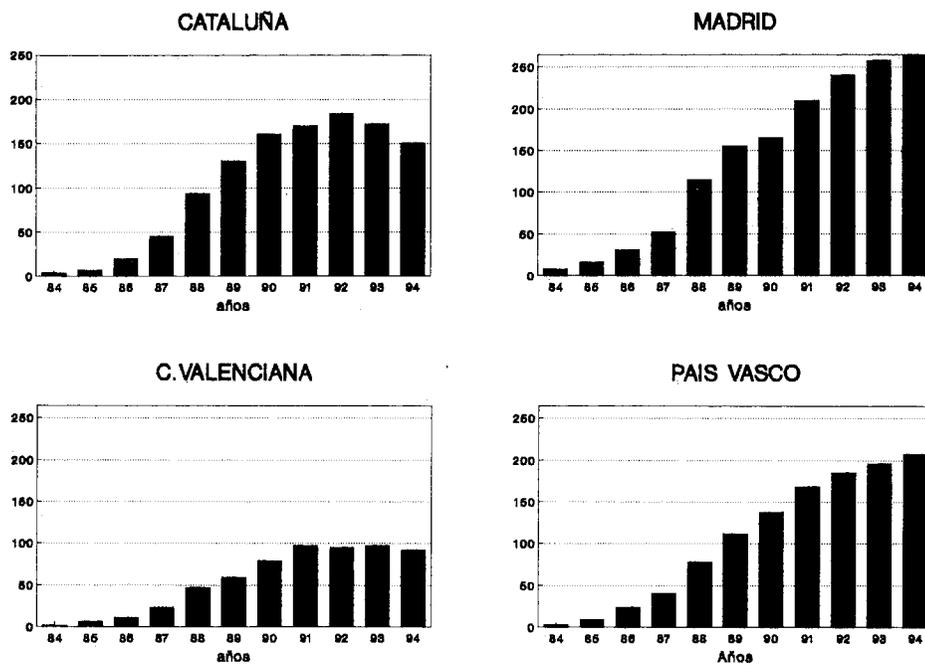
TM y T morbilidad/100.000 hab.
 INE, Defunciones causas de muerte
 INE, Encuesta de morbilidad hospitalaria

Figura 7
Casos de paludismo, España 1979-1993



Fuente: Boletín Epidemiológico

Figura 8
Tasa de incidencia de SIDA. 1985-1994 (31 dic.)
(por millón de hab.)



Fuente: Castilla, J. 1994.

Figura 9
Camas func. Dependencia. 1991

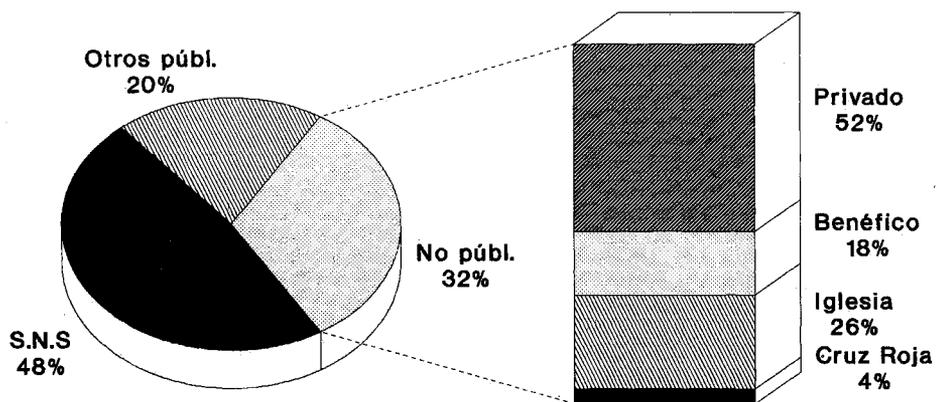
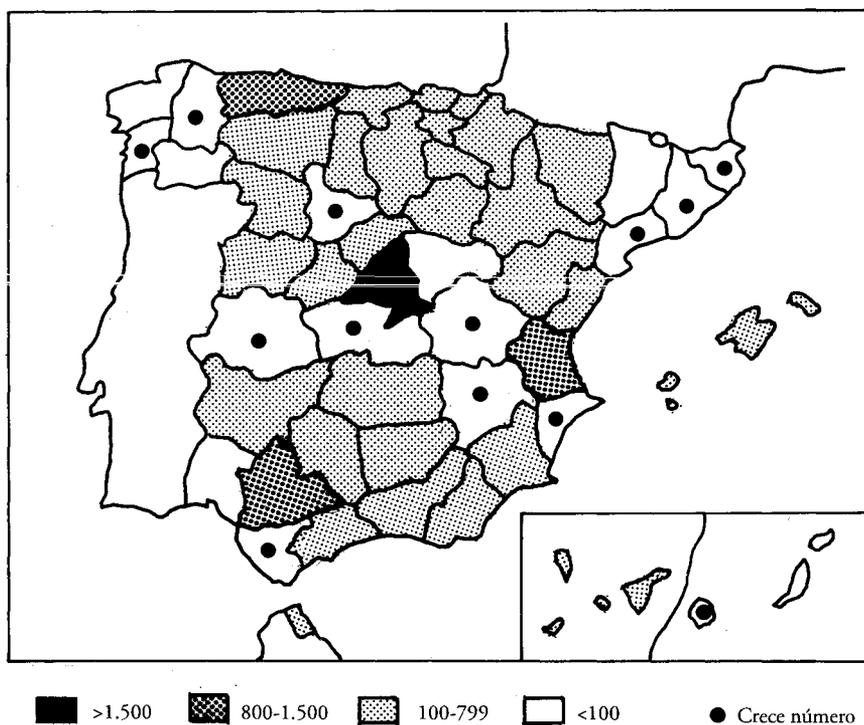


Figura 10
Pérdida de camas hospitalarias en funcionamiento*
De 1984 a 1991



* Incluyen incubadoras fijas, aprox. 2.900 en ambos años
Fuente: INE, Establecimientos Sanitarios.