

# **PROBLEMAS DE SALUD EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS. INDICADORES DE RESULTADOS**

**Febrero 2000**

**Informe para la elaboración del  
Libro Blanco de los Servicios Sanitarios en Asturias**

**Servicio de Información Sanitaria y Vigilancia en Salud Pública**

**Autor: Mario Margolles Martins, Jefe del Servicio**

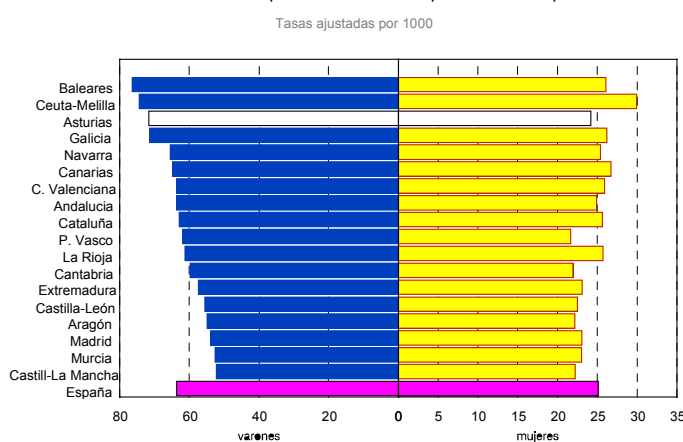
Este informe trata de presentar los principales indicadores de salud, para elaborar un documento de trabajo que permita analizar cuáles son los problemas de salud más relevantes a los que se enfrenta Asturias actualmente. Por tanto, el objetivo final del análisis es el de implantar o intensificar acciones encaminadas a una mejora de los niveles de salud en Asturias.

## LA MORTALIDAD PREMATURA, UN DESAFÍO A MEJORAR

### Los hombres viven menos que las mujeres

Para describir la situación se ha elegido la distribución de APVP en las diversas comunidades autónomas o los países de la Unión Europea. En ambos casos existe una diferencia notable entre ambos sexos, con mayor pérdida en los varones frente a las mujeres.

Grafica 1. Tasas de años potenciales de vida perdidos en España. 1996

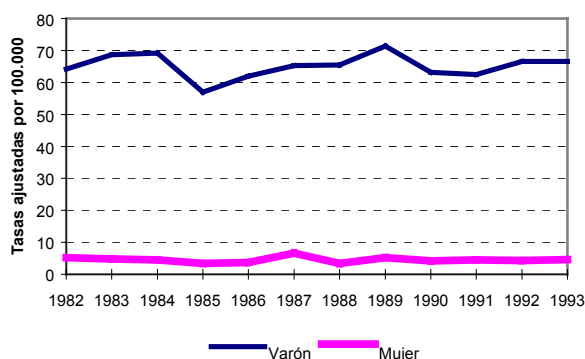


IPSOG

Fuente: Estadísticas del Movimiento Natural de la Población. INE 1996

Entre las causas responsables de esta situación se encuentran las que producen una muerte prematura, reduciendo notablemente los años a vivir. Así el cáncer de pulmón, con tendencia a estabilizarse, pero con altas tasas de incidencia y mortalidad, conociéndose el principal factor de riesgo y la fracción atribuible del mismo como causa del problema, el tabaco.

Gráfica 2. Incidencia de cáncer de pulmón. Tendencia de tasas estandarizadas anuales (/100.000) por sexo. Asturias 1982-1993.



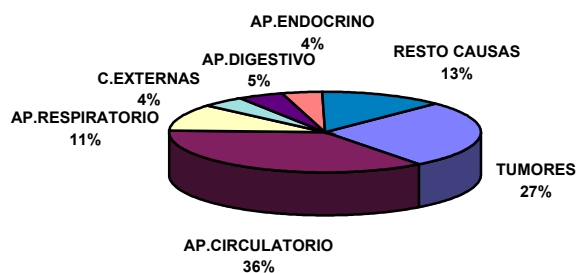
Fuente: Registro de Tumores del Principado de Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

Entre las causas a destacar que producen mortalidad en personas jóvenes se incluye también el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), aunque las estadísticas muestran una estabilización en las tasas de incidencia de la infección en torno a 1992.

Las estadísticas de mortalidad por accidentes de tráfico muestran un descenso desde el inicio de los años 90.

La patología isquémica cardíaca y los accidentes cerebrovasculares contribuyen también a esta mortalidad prematura, aunque su importancia cuantitativa es mucho mayor en edades avanzadas. No obstante aunque el número de años perdidos por persona es escaso, la magnitud de la mortalidad, especialmente en la mujer donde las muertes por enfermedades del aparato circulatorio acumulan más del 42% de los fallecimientos.

**Gráfica 3. Primeras causas de muerte por grandes grupos de enfermedades para ambos sexos. Asturias 1998**

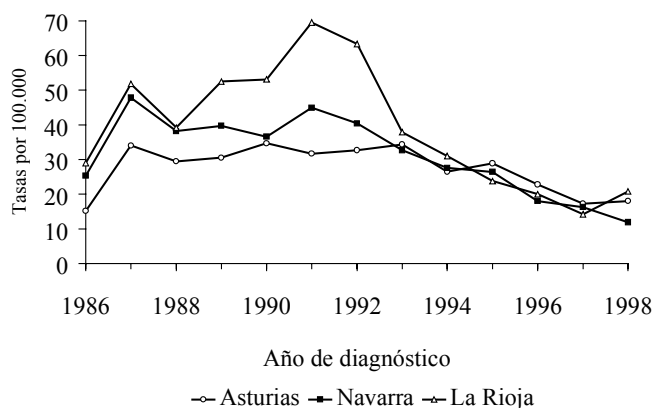


Otros procesos a destacar como responsables de la mortalidad prematura sería el suicidio, con tendencia creciente en ambos sexos, y especialmente en el varón, las enfermedades hepáticas crónicas y la cirrosis, así como el cáncer de mama en las mujeres.

La evolución de las causas de muerte que actualmente se encuentran en regresión, como las muertes por accidente de tráfico, es posible que se mantenga e incluso incremente esta tendencia como resultado de diversas áreas de intervención, aun a pesar del incremento del número de vehículos y del número de kilómetros recorridos. Las medidas legislativas introducidas destinadas a aumentar la seguridad vial, como la reducción de la tasa de alcoholemia autorizada, la mejora de las condiciones de nuestra red de infraestructuras y las políticas educativas en materia de formación vial en nuestros centros escolares hacen optimista esta previsión.

En la lucha contra el SIDA, la instauración de nuevas modalidades de tratamiento, está reduciendo notablemente el número de muertes de estos pacientes, de tal suerte que se está considerando prácticamente como una enfermedad crónica; si bien, la rápida aparición de resistencias a los nuevos tratamientos, pueden modificar estas expectativas. Igualmente, las estadísticas demuestran un cambio en el patrón de conducta de los toxicómanos, que han modificado las vías de administración de drogas, especialmente la heroína. Actualmente sólo el 29% de los toxicómanos admitidos a tratamiento por primera vez se administran por vía intravenosa esta droga. Por otro lado las políticas crecientes en la distribución de Sanikits suponen un complemento preventivo de notable importancia. Todo ello, ha contribuido a la tendencia decreciente en el número de VIH positivo, tanto en nuestra comunidad como en otras de nuestro entorno cercano (Navarra, La Rioja) de las que conocemos las incidencias de seropositivos.

**Gráfica 4. Nuevos diagnósticos de infección por VIH**



Fuente: Sección Vigilancia Epidemiológica

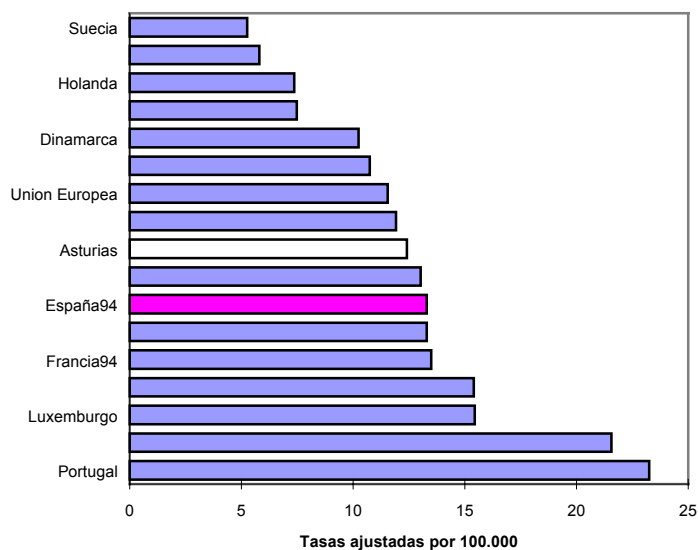
La evolución a largo plazo de una disminución esperada del consumo de tabaco y alcohol y la mejora de la dieta (los dos últimos en grado menos predecible) serían factores importantes en la reducción de la mortalidad prematura.

**Los accidentes de tráfico son menos mortales**

La mortalidad por accidentes de tráfico ha disminuido en Asturias y España desde el inicio de los años 80, con ligero aumento al principio de los años 90. No obstante, mejora en el año 1995 siendo próximos a los de la Unión Europea. Sin embargo, la magnitud en cifras absolutas de este proceso puede mostrar oscilaciones notables en años naturales diferentes.

Existen problemas de comparabilidad, debido por un lado, a los diferentes criterios empleados en la inclusión, y por otro, al hecho de que los datos de que se disponen no son simultáneos para todos los países.

**Gráfica 5. Mortalidad por accidentes de tráfico en la Unión Europea.1995**

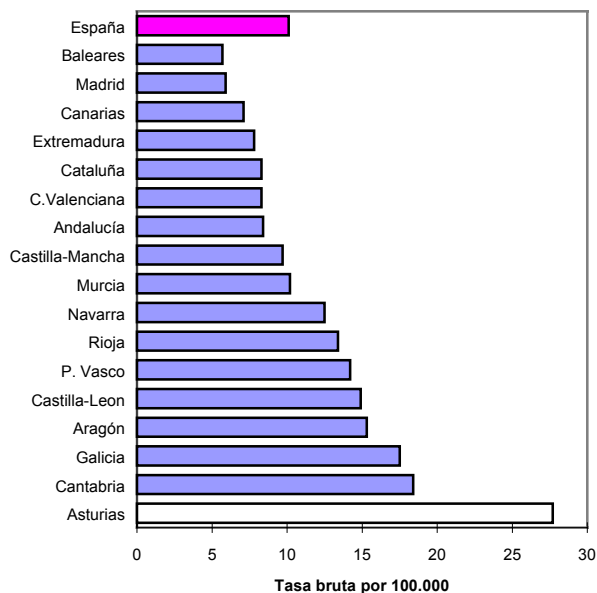


La reducción sería factible, teniendo en cuenta las medidas puestas en marcha respecto a los accidentes de tráfico, que se enumeraron en el apartado anterior de las muertes prematuras totales.

## **Trabajar es peligroso para la salud**

Los accidentes laborales sitúan a Asturias a la cabeza de la mortalidad por esta causa, muy por encima de la media nacional y del conjunto de la Unión Europea. Hasta 1997 la tendencia de la mortalidad para el conjunto de España ha descendido, en tanto que para Asturias muestra oscilaciones constantes que impiden apreciar modificaciones en su tendencia.

**Gráfica 6. Mortalidad por accidentes de trabajo en España. 1995**



Fuente: Agencia de Salud Laboral. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

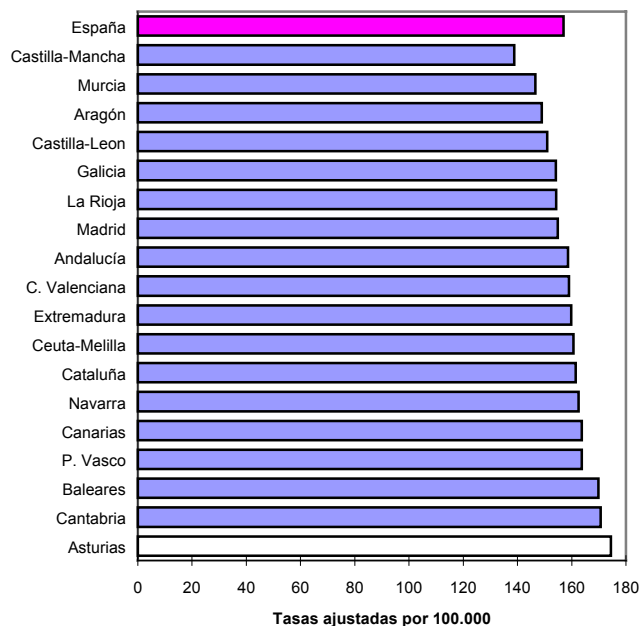
La siniestralidad en nuestra región, parece estar en relación con un mayor número de horas trabajadas respecto a la media nacional y otro factor sería la minería responsable del 50% de los fallecidos. Por tanto, si los accidentes están ligados a la actividad productiva del carbón, deberíamos intervenir en algunos factores que condicionan dicha actividad, como son la relación contractual de los trabajadores y su experiencia laboral. Es interesante resaltar, que si desapareciera este tipo de actividad de nuestra región, nos situaríamos alrededor de la media española.

## **Los tumores siguen aumentando entre la población**

La mortalidad por tumores en Asturias es un problema de primera magnitud. Dentro de España, los hombres y mujeres asturianas tienen mayor mortalidad por procesos neoplásicos. Los varones son los que más mueren por cáncer en el conjunto de la Unión Europea, muy por encima de cualquier otro país. En el caso de las mujeres, su mortalidad es superior a la media nacional y discretamente por debajo de la media de la Unión Europea. Esto hace que globalmente Asturias, se ubique en la peor posición, si se la compara con los países de la Unión Europea.

La tendencia de la mortalidad por cáncer en ambos sexos, en nuestro medio, se ha mantenido en ascenso. Aunque la incidencia también ha crecido, es inferior a la observada en distintos registros de cáncer de Europa, lo que supone aún un posible margen de intervención en la reducción del problema. El hombre asturiano se ve especialmente afectado por el cáncer de pulmón, cuantitativamente el más importante, con evolución estable, en tanto que en la mujer el cáncer de mama supone la primera causa de muerte. Se observa un patrón ascendente por cáncer de vejiga en el varón y colo-rectal en ambos sexos.

**Gráfica 7. Mortalidad por tumores en España. 1995**



Fuente: Defunciones según la Causa de Muerte 1995. Estadística del Movimiento Natural de la Población.INE

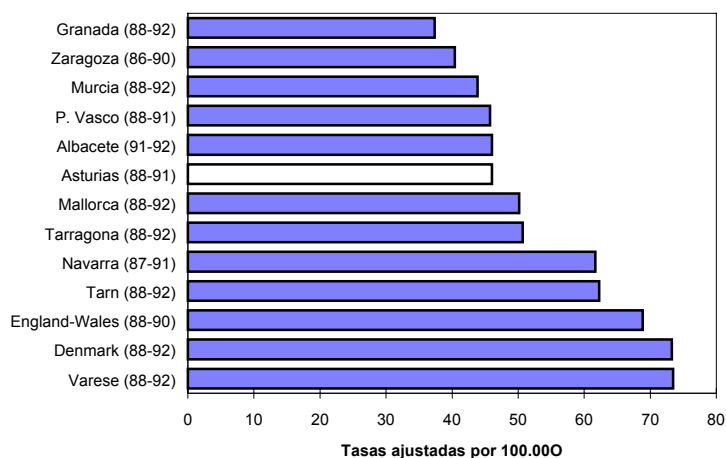
### El cáncer de mama el mayor peligro para las mujeres

El cáncer de mama permanece estable en términos de mortalidad en nuestro medio. Con relación a nuestro país y a Europa, nos encontramos en una situación por debajo de las respectivas medias.

La magnitud del problema, medida en términos de incidencia conocida a través de registros de cáncer de base poblacional, nos encontramos en situación intermedia, con relación a los países con mayores tasas de incidencia. El crecimiento sostenido de la incidencia en nuestra región sigue un patrón relacionado con el desarrollo económico, a semejanza de los países más avanzados. Parece que la estabilización en la mortalidad, con incremento de la incidencia, estaría en relación con mejoras en los procesos de detección precoz y la instauración de terapéuticas adecuadas.

Los progresos en la lucha contra el cáncer de mama a medio plazo, cinco o diez años, están relacionados fundamentalmente con la prevención secundaria, específicamente con el desarrollo de programas de cribado de base poblacional en aquellos colectivos que más se pueden beneficiar de esta actuación.

**Gráfica 8. Incidencia de cáncer de mama. Tasas ajustadas media anual por 100.000. Europa.**



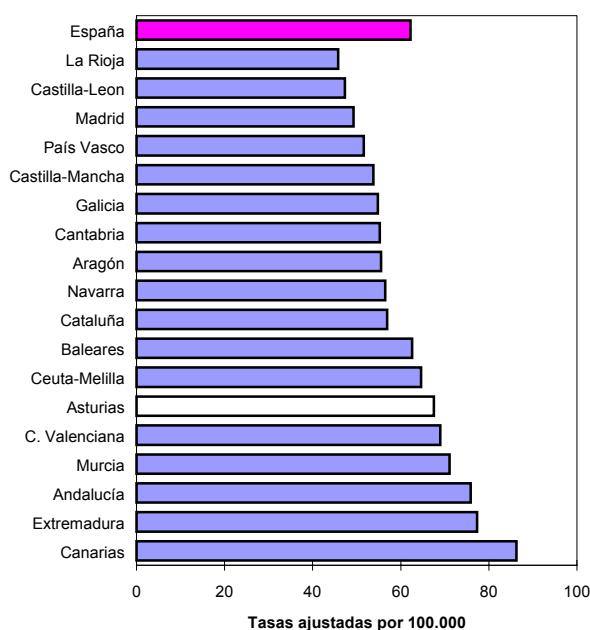
Fuente: Cancer Incidence in Five Continents Vol. VII. IARC Scientific Publications No. 143

## La cardiopatía isquémica disminuye entre la población

Asturias presenta una tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica en el promedio nacional, ocupando el sexto lugar a nivel nacional. Respecto a Europa, se situaría como la segunda tasa más baja detrás de Francia. Resultando esperanzador, la evolución temporal de las muertes en nuestra región desde 1980, ya que se mantiene una reducción constante desde entonces, que para el conjunto del periodo es del 15%. Siendo las últimas tasas disponibles inferiores a la casuística del primer año de la serie comentada en 1980. No obstante, es una tendencia que se ha apreciado también en España y en los países desarrollados desde 1960.

La mayor parte de las muertes notificadas por enfermedades del aparato circulatorio corresponden a mujeres generalmente de edad muy avanzada, siendo esta diferencia entre sexos más marcada antes de los 65 años, a expensas sobre todo de la cardiopatía isquémica.

**Gráfica 9. Mortalidad por Cardiopatía Isquémica. Tasas ajustadas por 100.000. España 1995**



Fuente: Defunciones según la Causa de Muerte 1995. Estadística del Movimiento Natural de la Población.INE

## Seguir reduciendo la mortalidad infantil un reto difícil

La mortalidad infantil en Asturias es una de las más bajas de España, semejante a la media de los países de la Unión Europea. Las estadísticas de este epígrafe se basa en cifras absolutas pequeñas, lo cual supone una amenaza para la estabilidad de las tasas que se calculan, pudiendo presentarse oscilaciones en años consecutivos.

En estas condiciones lo importante es valorar la tendencia de este proceso, que ha mostrado una disminución sostenida desde principios de los años 90. Las circunstancias que han podido actuar sobre la evolución de la mortalidad infantil están ligadas básicamente a una mejora en la prestación de la asistencia sanitaria a las embarazadas y de las circunstancias concurrentes con el parto y el neonato. A estos resultados también han contribuido, el diagnóstico prenatal de diversas malformaciones congénitas, los programas de detección de defectos del tubo neural y diagnóstico prenatal del síndrome de Down.

**Tabla 1. Evolución de las tasas de mortalidad infantil desde 1991-1998. Asturias- España**

	Tasas de Mortalidad Infantil por 1.000 nacidos vivos							
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Asturias	7,8	4,4	6,2	6,4	6,3	6,2	5,2	3,9
España	7,2	7,1	6,7	6,1	5,8	5,2		

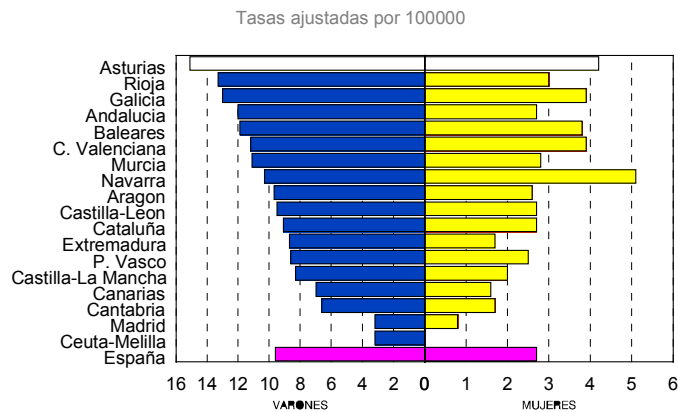
Fuente: Estadísticas del Movimiento Natural de la Población. INE. Registro de Mortalidad. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

### **El incremento continuado de la mortalidad por suicidio en ambos sexos, nos acerca a la Unión Europea**

El suicidio es un problema de salud importante en nuestro medio. Con relación a los países de nuestro entorno, nuestra situación es relativamente buena. No obstante, estas tasas nos colocan en nuestro país en la peor situación.

Básicamente es un problema de salud para los varones con un ratio varón/mujer en torno a 3. Su tendencia temporal es de crecimiento constante, en ambos sexos, acortando las distancias existentes con los países europeos.

Grafico 10. Mortalidad por suicidio en España. 1993



IPSOG



# ES MEJOR PREVENIR LOS PROBLEMAS DE SALUD

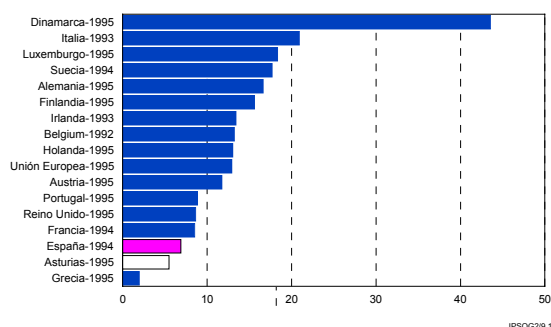
## ¿Qué sucede con la morbilidad por asma en Asturias?

No se dispone actualmente de datos que permitan establecer comparaciones fiables de la situación. Las fuentes de información disponibles respecto a la morbilidad, es la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, que proporciona la información agregada con los ingresos por Bronquitis Crónica y Enfisema, que aporta probablemente la mayor parte de los casos.

Los datos que se presentan hacen referencia a la mortalidad por este conjunto de enfermedades, que aunque no es un buen indicador sí presenta la magnitud del problema, con sus limitaciones en los resultados más desfavorables de la enfermedad, como es el fallecimiento.

La mortalidad en Asturias proporciona peores resultados para las mujeres en el contexto nacional. Sin embargo, nuestras tasas de mortalidad serían bajas comparadas con los países de la Unión Europea. Según la información disponible en nuestra comunidad a través de la Encuesta de Salud Respiratoria efectuada en Oviedo, se aprecia una prevalencia de 9,4% en la muestra estudiada.

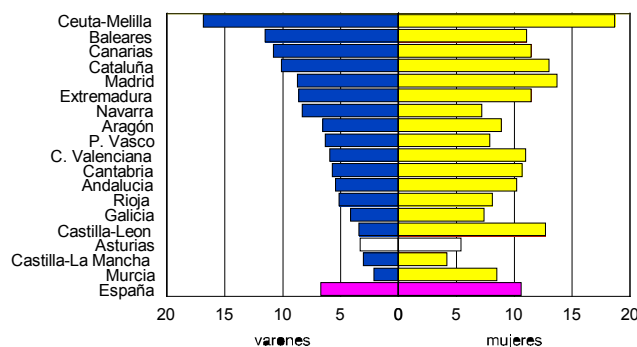
Grafica 11. Mortalidad por Bronquitis/Asma/Enfisema en la Unión Europea. 1995  
Tasa ajustada por 100000



## Que la enfermedad no limite tu actividad

La información disponible procede de la Encuesta Nacional de Salud, que recoge datos sobre limitación de actividades principales, de tiempo libre y permanencia en cama por enfermedad durante distintos periodos de tiempo. Tanto en 1987 como en 1993, la situación era favorable para los asturianos respecto a otras comunidades y a la media española, para todas las situaciones investigadas respecto a las 2 semanas previas. La encuesta de 1995 y 1997, se realizaron con una muestra muy pequeña y no permite analizar los datos por comunidad autónoma de forma válida.

Grafico 12. Años de restricción de actividad por enfermedad en España. 1992



IPSOG

**Aumentamos la**

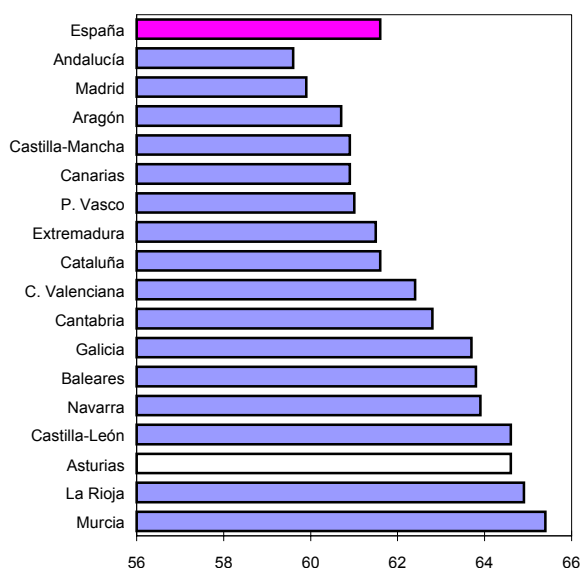
**esperanza de vida**

### **libre de incapacidad**

Asturias se ubica en una buena posición respecto a la media española tanto en varones como en mujeres. Sin embargo, hay que ser cautos en la interpretación de los datos por diversos motivos: los últimos datos de que disponemos para cada país están en un rango muy amplio (desde 1970 a 1990), además la metodología seguida para el cálculo en el resto de los países no es idéntica.

Con la información disponible la situación de Asturias es igual a la observada para las restricciones por incapacidad, con mejores resultados para las mujeres que para los varones.

**Gráfica 13. Esperanza de vida libre de incapacidad en España. 1992**



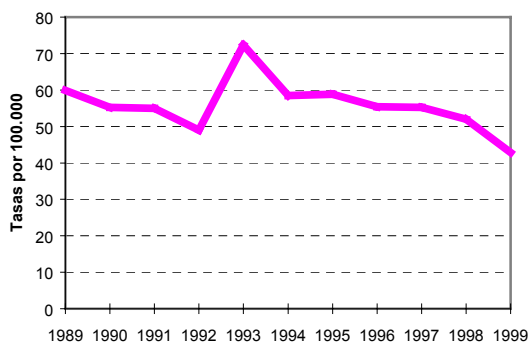
### **La evolución de la incidencia de tuberculosis es esperanzadora**

La tuberculosis ha sido siempre un verdadero problema de Salud Pública en Asturias. En el contexto nacional somos de las comunidades con mayor número de casos, al igual que en la Unión Europea. Sin embargo, la evolución cronológica resulta esperanzadora, ya que desde el año 1992 están disminuyendo una media de 40 casos anuales en nuestra comunidad.

La implantación del programa para el control de la tuberculosis en Asturias, así como la puesta en marcha de un proyecto de investigación multicéntrico de tuberculosis (PMIT) a nivel nacional, hacen preveer que mejore la situación en un futuro próximo.

La tuberculosis es un claro ejemplo de la posibilidad de controlar un problema de salud pública, con programas de prevención y diagnóstico precoz, ya que la cumplimentación de tratamientos correctamente instaurados durante el tiempo necesario permite un control clínico de la enfermedad.

**Gráfica 14. Evolución de la tasa de incidencia de tuberculosis en Asturias. Desde 1989-1999.**

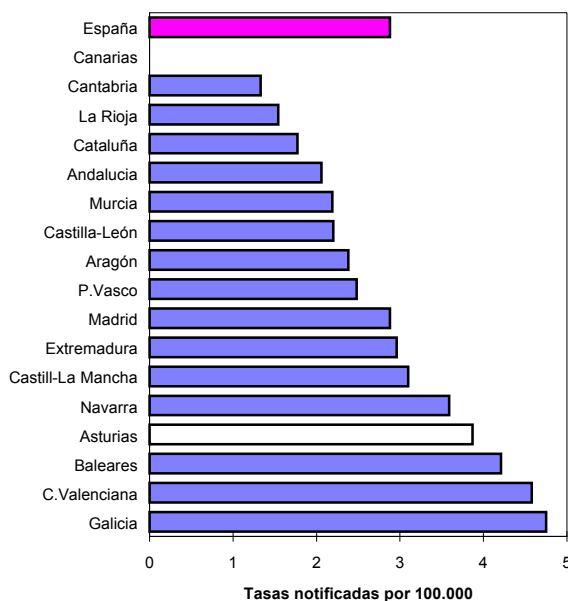


Fuente: Programa de tuberculosis. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

**La inmunización frente al virus de la hepatitis B, la mejor solución para disminuir los portadores.**

La inexistencia de encuestas seroepidemiológicas no permite conocer la magnitud del problema en nuestro medio, y por tanto solo es posible efectuar estimaciones indirectas de la prevalencia de portadores en la población general. España con relación a la Unión Europea presenta, junto con Luxemburgo las tasas de incidencia de hepatitis B más altas por cien mil habitantes. Para el año 1998, Asturias tiene una de las tasas más altas de incidencia de hepatitis B, comparándola con el resto de las comunidades autónomas, si exceptuamos a Ceuta y Melilla que poseen unas tasas muy superiores al resto de España.

**Gráfica 15. Tasas notificadas por 100.000 habitantes, de hepatitis B, por comunidad autónoma. España 1998**



Fuente: Servidor de Internet del Centro Nacional de Epidemiología

La existencia de una vacuna altamente eficaz, que en Asturias viene aplicándose en la población adolescente desde 1994 y en colectivos de alto riesgo desde 1989, es el instrumento de control de la transmisión de la infección más útil. Su aplicación en adolescentes y grupos de riesgo, así como su inclusión en el calendario de vacunaciones para recién nacidos, son los mecanismos de lucha contra la enfermedad que están siendo empleados en Asturias.

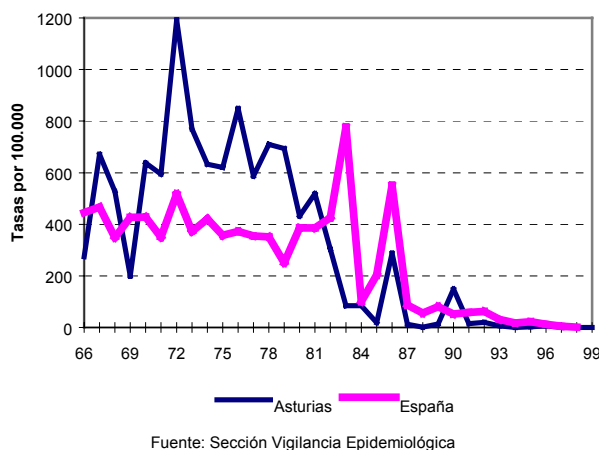
**El sarampión puede eliminarse**

La situación del sarampión en nuestro medio es buena, como resultado de una política correcta de vacunación para una enfermedad inmunoprevenible. En el conjunto de España, tenemos una de las tasas más bajas en la declaración de las EDO de 1998. No obstante, lo importante en la lucha contra el sarampión es la evolución de las series cronológicas, dada la característica de presentación en brotes de la enfermedad.

Creemos más útil valorar las coberturas vacunales frente al virus del sarampión y su mantenimiento en el tiempo. La introducción en el año 1981 de la vacunación triple vírica, supuso un cambio radical en la situación del sarampión en España.

Con una política de vacunación masiva, se podría llegar a eliminar en nuestra comunidad autónoma.

**Gráfica 16. Evolución de la Incidencia de Sarampión (E.D.O.. Tasas x 100.000 Habitantes. 1966-1999**



Fuente: Sección Vigilancia Epidemiológica

### **Eliminar casos autóctonos de tétanos neonatal, rubéola congénita y sífilis congénita**

En Asturias no se conocen casos actualmente de las tres patologías. El último caso notificado de tétanos neonatal ocurrió en 1982 y un caso de rubéola congénita en 1996 en un recién nacido de una minoría étnica, cuya madre no había querido vacunarse. La presencia de estos casos es también excepcional en Europa.

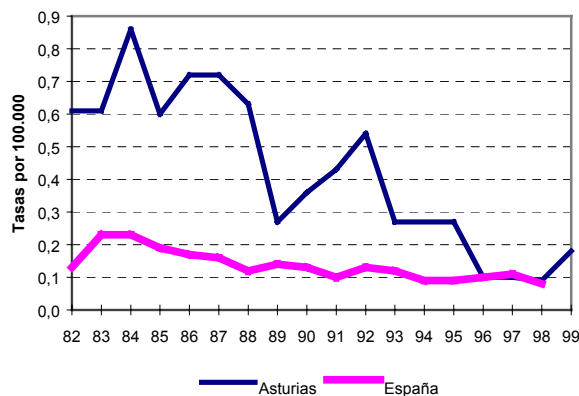
### **El tétanos debería desaparecer de nuestra comunidad**

Los datos disponibles sitúan a Asturias entre las Comunidades Autónomas con mayor número de casos de tétanos. Con relación a la Unión Europea, también somos de las más altas. La mayoría de los casos corresponden a personas que no se han beneficiado de las campañas de vacunación sistemática, principalmente mujeres en edades medias y en la tercera edad. El desarrollo sectorial de vacunación en niños, embarazadas, el servicio militar y el medio laboral, ha reducido el número de personas sin inmunidad frente a la toxina. Se desconoce, de todos modos, los refuerzos vacunales que se hayan podido aplicar entre los vacunados destinados a reforzar la memoria inmunológica.

El consumo de drogas por vía parenteral, ha constituido un nuevo grupo de personas a riesgo, y explica la presencia de casos en personas jóvenes, supuestamente inmunizadas, pero con gran deterioro orgánico que afecta a su sistema inmunológico.

La existencia en Asturias de un registro específico de casos de tétanos supone un conocimiento más exacto de la dimensión del problema y a su vez la detección de más casos. Con las coberturas de vacunación actuales, en el año 2000 cabría tener inmunizados a los asturianos menores de 30 años, a partir de los programas infantiles desarrollados en la escuela desde el año 1985.

**Gráfica 17. Evolución de la Incidencia de Tétanos (E.D.O.). Tasas x 100.000 Habitantes Asturias-España. 1982-1999**

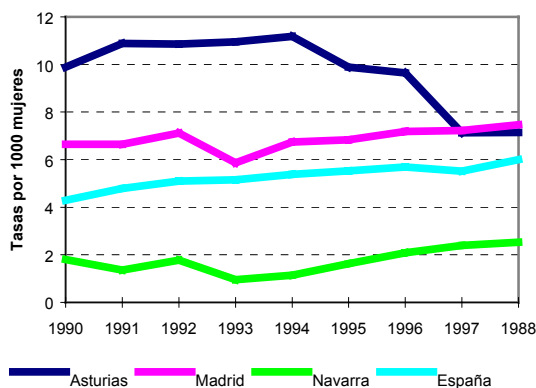


Fuente: Sección Vigilancia Epidemiológica

### **La maternidad debe ser deseada**

Asturias según las estadísticas oficiales del Sistema de Información de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), nos sitúa en los primeros lugares después de Baleares, Cataluña y Madrid. Sin embargo, la distancia que nos separaba del resto de las comunidades ha mostrado una tendencia a reducirse. Además, es importante reseñar que la tasa de IVE es creciente en todas las comunidades autónomas excepto en Asturias y la Comunidad Valenciana que tiene una tendencia decreciente desde 1994, estabilizándose en el último año.

**Gráfica 18. Interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Tasas por 1.000 mujeres entre 15-44 años según comunidad autónoma de residencia. 1998**



Fuente: Sistema de Información de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), Ministerio de Sanidad y Consumo 1998

Las chicas menores de 20 años, presentan mayor razón abortos/embarazos, con una tendencia temporal creciente, alcanzando esta razón el 40%.

En principio parece que la demanda social es resuelta en la propia región, aunque esta actividad se restringe exclusivamente a la práctica clínica privada. El desarrollo de programas de Educación para la Salud, en materia sexual en jóvenes, incluyendo la contracepción se estiman como necesarios.

### **Mejora el diagnóstico prenatal de deficiencias congénitas durante el embarazo**

Es la primera causa de mortalidad perinatal en países desarrollados y su magnitud permite efectuar estimaciones sobre distintos indicadores de salud, como es la mortalidad infantil, así como la capacidad del Sistema de Salud de detectar y tratar adecuadamente estos casos.

Asturias dispone de un registro de Defectos Congénitos desde el año 1990. Como todo sistema de información es una pieza básica en la toma de decisiones administrativas y el establecimiento de programas destinados a actuar sobre colectivos concretos, como puede ser la mejora de la atención durante la gestación.

El conocimiento actual nos permite esperar el mantenimiento del descenso en la prevalencia de defectos congénitos, con disminuciones del 30% en el síndrome de Down, o del 53% en el resto de las cromosopatías.

### **Reducir las complicaciones derivadas del consumo de drogas ilícitas**

No existe información precisa disponible, que permita construir indicadores que midan los diferentes objetivos en materia de toxicomanías. A partir de las estadísticas disponibles se utilizan los episodios atendidos en urgencias, que en 1997 fueron un total de 1.933 episodios de urgencia por reacción aguda a sustancias psicoactivas procedentes de 43 hospitales de 10 Comunidades, habiéndose limitado la recogida de información a una semana de cada mes seleccionada aleatoriamente, según la Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas, 1997. El Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT), del Plan Nacional sobre Drogas, reconoce que hasta 1995 este indicador recogía todas las urgencias directa o indirectamente relacionadas con el consumo de opiáceos o

cocaína durante el año completo y que hay algunos problemas de inestabilidad de la cobertura, por lo que los datos no son comparables con los de los años anteriores. En 1997 las sustancias mencionadas con mayor frecuencia en los episodios de urgencia fueron la heroína 52,6%, seguida de la cocaína 30%, los opiáceos distintos de la heroína 26,2% y los hipnóticos o sedantes 21,6%. Se observaron diferencias importantes según Comunidad Autónoma, en cuanto a la droga mencionada en los episodios de urgencia. Por ejemplo, la proporción de menciones de cocaína fue muy elevada en Castilla-León 51,9% y muy baja en Asturias 12,5%. Los varones constituyeron la mayor parte de las personas atendidas con urgencia por reacción aguda a sustancias psicoactivas 79,2%.

**Tabla 2. Características generales de los episodios de urgencia directamente relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, según la sustancia mencionada (Frecuencias absolutas, media y porcentajes). España 1997**

	Heroína	Otros opiáceos	Cocaína	Anfetamina	MDMA y der.	Hipnosedantes	Cánnabis	Otras
Nº de episodios	961	479	548	60	49	395	134	66
Edad media (años)	27,8	28,6	27,8	24,0	23,9	29,5	25,3	23,9
Sexo (%)								
Varones	83,5	81,8	80,1	78,3	79,6	65,0	83,6	74,2
Mujeres	16,5	18,2	19,9	21,7	20,4	35,0	16,4	25,8
Diagnóstico (%)								
Sobredosis	27,7	28,0	34,2	47,4	35,4	70,2	33,1	56,9
S. abstinencia	51,6	54,0	34,3	8,8	10,4	20,2	13,1	7,7
R. orgánica aguda no infec.	14,9	13,6	17,3	10,5	31,3	2,8	23,1	13,8
R. psicopatológica aguda	5,8	4,4	14,2	33,3	22,9	6,7	30,8	21,5
Condición legal (%)								
Detenido	34,8	28,8	31,8	18,3	40,8	35,9	24,6	25,8
No detenido	65,2	71,2	68,2	81,7	59,2	64,1	75,4	74,2
Resolución urgencia (%)								
Alta médica	82,9	79,4	82,3	82,8	83,7	77,2	79,4	75,4
Alta voluntaria	6,9	10,2	6,0	3,4	6,1	7,4	6,1	3,1
Ingreso hospitalario	5,9	6,0	7,0	6,9	8,2	11,5	7,6	16,9
Muerte en urgencias	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Traslado a otro centro	4,3	4,3	4,7	6,9	2,0	3,8	6,9	4,6

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas 1997. Plan Nacional sobre Drogas.

Respecto a la mortalidad por intoxicación aguda tras consumo de opiáceos, este indicador pone de manifiesto, dos aspectos diferentes: por un lado, la droga tanto en su aspecto de pureza, como en la recaída de los toxicómanos, después de períodos de abstinencia. El segundo aspecto, está relacionado con la reducción de la incidencia de determinadas enfermedades infecciosas; unas prevenibles por la vacunación como la hepatitis B y Delta y otras relacionadas con el uso de agujas estériles o la práctica de sexo seguro.

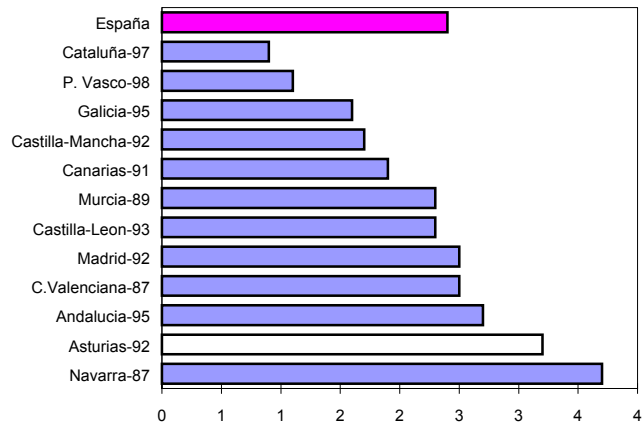
Este indicador incluye únicamente los fallecidos por reacción aguda tras el consumo de opiáceos o cocaína, como causa directa del fallecimiento. Se descartan las muertes indirectas relacionadas con el consumo de opiáceos, es decir VIH, endocarditis, hepatitis B, etc.

### **Mejora la higiene dental en los niños**

Nuestra situación es mala tanto en el conjunto de España como en Europa. En los últimos años las Administraciones Central del Estado y Autonómica han desarrollado, al menos en Asturias un programa de crecimiento sostenido de salud bucodental en población escolar, con revisiones sistemáticas, aplicación de sellados y de flúor con fines preventivos.

El cambio cuantitativo del índice CAOD en España, pasando de 4,2 en 1985 a 2,3 en 1994, puede ser considerado importante. En Asturias este índice era en 1998 de 3,2.

### **Gráfica 20. Índice CAOD a los 12 años en España. 1998**



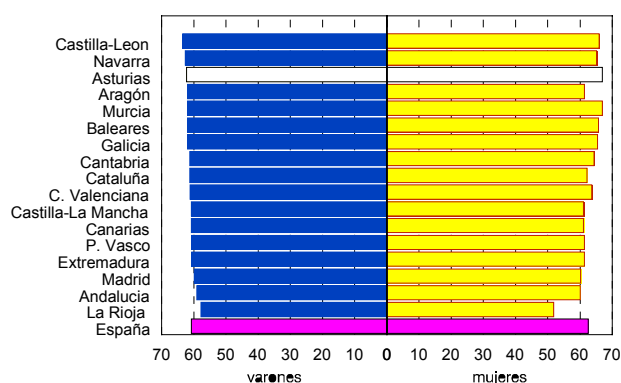
## LAS DESIGUALDADES EN SALUD, UN PROBLEMA DE EQUIDAD

### Los varones deben conseguir una esperanza de vida libre de incapacidad semejante a la de las mujeres

En Asturias las mujeres vivían en 1995 una media de 81,1 años frente a los 73,1 de los varones. Esta diferencia se acorta, cuando el indicador a utilizar es la esperanza de vida libre de incapacidad, siendo 66,9 años para la mujer y 62,3 años en los varones.

Nuestra situación respecto a España, para ambos sexos es buena, por encima de la media nacional. Aunque este indicador en varones tiene un mayor margen de incremento, la tendencia en los últimos años parece estancarse e incluso descender ligeramente.

Gráfica 20. Años de esperanza de vida libre de incapacidad en España. 1993



### La diferencia en prematura entre Áreas Sanitarias debería desaparecer.

mortalidad

El rango de APVP es muy amplio 30,7 en el área I, frente a 47,3 en el área VII. Por la evolución de los APVP en los cinco últimos años parece difícil reducir las diferencias. La diferencia podría tender a aumentar en un contexto de disminución general de los APVP, basado en una reducción de la mencionada pérdida en las áreas centrales frente a las áreas periféricas, especialmente el área VII.

Tabla 3. Tasa de años potenciales de vida perdidos por Área Sanitaria. Asturias 1995

1995	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
APVP								
Tasas por 1.000	30,7	35,0	40,7	39,9	44,0	42,7	47,3	40,8

Fuente: Registro de Mortalidad. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Principado de Asturias

### Reducir la diferencia en mortalidad infantil entre las Áreas Sanitarias, mejorando las más desfavorables

Las tasas de mortalidad infantil entre áreas presentan dificultades de comparación, básicamente por el tamaño de algunas de ellas, con pequeños numeradores y denominadores, produciéndose variaciones en las tasas, ante pequeñas oscilaciones.

Tabla 4. Mortalidad en menores de 1 año. Distribución por Areas de Salud en Asturias. 1995

1995	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Asturias
T. Mortalidad Perinatal	3,1	-	13	10,6	1,2	-	16,5	6,3	7,8
T. Mortalidad Postneonatal	3,1	-	0,9	2,9	0,6	-	-	2,1	1,5
T. Mortalidad Infantil	6,2	-	10,3	7,8	1,8	3,6	11,9	6,3	6,3

Fuente: Registro de Mortalidad. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Principado de Asturias



El descenso más favorable se podría conseguir en la mortalidad postneonatal, donde se acumulan los fallecimientos por enfermedades infecciosas y carencias nutricionales. La reducción que podría obtenerse en este indicador de salud infantil afectaría básicamente a las Areas I, IV y VIII, que en las estadísticas de mortalidad ofrecen tasas de mortalidad infantil en la media regional, excepto el área IV que está por encima de la media.

La reducción de la mortalidad infantil a partir de la mortalidad perinatal tendría por objetivo la disminución del riesgo congénito y sería en parte debido a los logros en la medicina perinatólogica. La mortalidad perinatal como componente de la mortalidad infantil es en estos momentos difícil de reducir, estando actualmente en los valores de la media para el conjunto de España (7,2 por mil)



## CONDICIONES ASOCIADAS CON MAYOR MORBIMORTALIDAD

### *La proporción de consumidores habituales de tabaco en la población general, debería disminuir*

Según la Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas en 1997, un 68,5 % de los españoles entre 15 y 65 años ha probado en alguna ocasión el tabaco, situándose la media de edad del primer contacto con esta sustancia en los 16,6 años para el conjunto de la población.

**Tabla 5. Consumo de tabaco en población de 15-65 años de edad (%). España 1997**

CONSUMO DE TABACO (%)	
Ha probado alguna vez	68,5
Ha consumido en el último año	45,0
Ha consumido en el último mes	40,7
Consumidor diario	32,9

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas, 1997

### *Los jóvenes se inician antes en el hábito de fumar*

Con independencia de la importancia de la prevalencia del consumo de tabaco en el conjunto de la sociedad, es importante conocer ésta en las generaciones jóvenes, como indicador de comportamiento y de las actitudes de los jóvenes frente al tabaco.

Las actuales generaciones de jóvenes se inician antes en el hábito de fumar. Así, un 26,2% de los menores de 19 años ha probado el tabaco antes de los 14 años. También se constata que las mujeres de 15-18 años de edad empiezan a fumar antes que los varones de la misma edad (el 31,4% de las mujeres frente al 23,1% de los varones), fenómeno contrario al observado en generaciones anteriores. El consumo de tabaco global en jóvenes menores de 30 años es el siguiente: fuma el 47,2 %, el 31,3% no ha fumado nunca y el 21,6 % pertenece al grupo de exfumadores. No existen diferencias en función del sexo, siendo muy similares los porcentajes en los grupos considerados, en Asturias según la Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas, de 1997.

**Tabla 6. Consumo de tabaco y sexo en Asturias, en población menor de 30 años**

%	FUMADORES	EXFUMADORES	NO FUMADORES
Global	47,2	21,6	31,3
Mujeres jóvenes	46,9	22,0	31,1
Varones jóvenes	47,4	21,1	31,4

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas, 1997

Otro dato a considerar es que aumenta el consumo con la edad, produciéndose el mayor incremento en el cambio de grupo de edad de 15-19 años a 20-24 años.

### *La proporción de consumidores habituales de alcohol, disminuye*

En el Informe del Observatorio Español sobre Drogas (OED) que recogía los resultados de la Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas de 1997, destacan una serie de procesos y tendencias básicas que deberán ser tenidas en cuenta a la hora de diseñar estrategias preventivas y asistenciales, que se enumeran a continuación:

- \* La expansión del consumo de alcohol entre los adolescentes y jóvenes españoles desde el inicio de los años noventa.
- \* La mayor penetración social del uso del alcohol se compatibiliza con una reducción de los consumos habituales de un 1,7%. Son mas las personas que consumen alcohol, pero lo hacen de forma menos problemática.
- \* Persisten los patrones de consumo de alcohol, los adultos de forma regular a lo largo de la semana y los jóvenes los fines de semana.

- \* Existe un alto índice de continuidad en el consumo de alcohol, como pone de manifiesto el hecho de que cerca de un 75% de quienes bebieron el último mes lo hayan hecho también la última semana.
- \* Se registra una importante incorporación de mujeres jóvenes al consumo de alcohol.
- \* Existe una actitud mayoritariamente tolerante frente al consumo de alcohol, como evidencia el hecho de que el 53,3% de los ciudadanos encuestados considere que tomarse 5 ó 6 copas en el fin de semana no supone ningún problema.

**Tabla 7. Evolución de las prevalencias del consumo de alcohol. 1995-1997**

%	Encuesta Domiciliaria		Evolución
	1995	1997	
Último año	68,1	77,7	9,4
Último mes	53,0	60,7	7,7
Todos los días	14,6	12,9	-1,7

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas 1995 y 1997

### **Se necesitan estrategias útiles, para evitar el inicio en el consumo de alcohol entre los jóvenes**

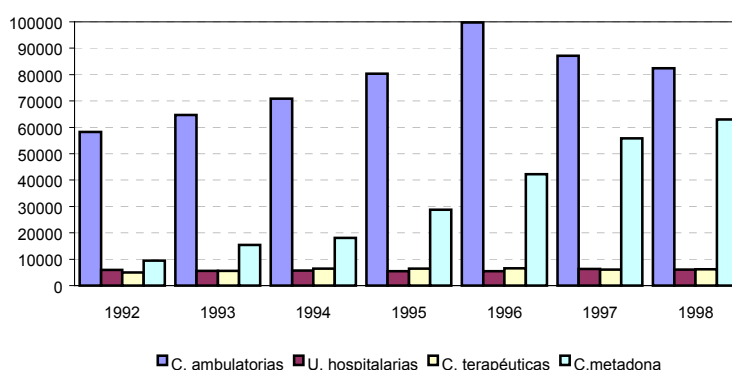
Según la Encuesta de Población Escolar realizada en Gijón en 1996, probó el alcohol un 88% de los jóvenes entre 13 y 18 años, aumentando el consumo con la edad, siendo la edad de comienzo los 13 y 14 años y entre los 16 y 18 años donde se adoptan las decisiones que van a tener un carácter más duradero con respecto al consumo de alcohol.

Estos consumos se hacen en las tardes y noches del fin de semana, en un contexto muy asociado al ocio y tiempo libre y sin grandes diferencias por sexo.

### **Aumentan las personas en la rehabilitación de toxicomanías por drogas ilícitas**

En cuanto a elementos a resaltar con referencia a los usuarios atendidos en los recursos específicos del Plan Nacional sobre Drogas, cabe mencionar que la mayoría de estos, 82.361, han sido atendidos en los centros ambulatorios. No obstante, la tendencia que comenzó a manifestarse en 1997 a la disminución de dicho número de pacientes ha continuado. Por el contrario, los centros de metadona han experimentado un importante desarrollo, siendo las cifras de usuarios crecientes desde su creación en 1992, ya que han pasado de 9.470 personas a 63.030 en 1998.

**Gráfica 22. Evolución del número de usuarios atendidos en centros de metadona, centros ambulatorios, unidades de desintoxicación hospitalaria y comunidades terapéuticas. España, 1992-1998.**



Fuente: Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1998

### **Los recién nacidos en Asturias tienen suficiente peso**

En el concepto de recién nacido de bajo peso se incluyen los niños con peso al nacimiento inferior a 2500 gramos, y viene a representar un indicador de la duración de la gestación, así como de los

problemas vinculados al desarrollo fetal, principalmente. Estos niños estarían a riesgo de mayor morbilidad y mortalidad, sobre la que pueden actuar factores socioeconómicos.

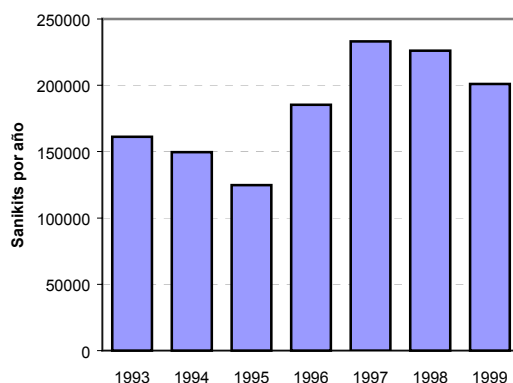
En 1995 Asturias tenía un porcentaje superior a la media nacional y europea, de niños con peso al nacimiento superior a 2500 gramos; aunque el rango de los valores es tan estrecho, que no permite extraer conclusiones relevantes.

### ***Disminuyendo riesgos***

En nuestro medio la política de incremento de preservativos tiene por finalidad la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados, especialmente entre los jóvenes y adolescentes.

La información sobre dispensación de preservativos se conoce únicamente la derivada de determinados programas públicos de prevención como el Plan Nacional de Lucha contra el SIDA y los programas de intercambio de Jeringuillas. Los datos relativos a 1996 muestran que en España en el marco de la lucha contra el SIDA se distribuyeron 2,6 millones de preservativos entre las distintas Comunidades Autónomas. Por otro lado, los programas de intercambio de jeringuillas distribuyeron en el mismo año 1,6 millones de unidades, no pudiendo precisarse la forma de presentación, aunque probablemente la mayoría lo fueron en la forma de Sanikits. En Asturias también se conoce el número de Sanikits repartidos, dentro del programa del SIDA, la mayoría corresponden a venta en farmacias y el resto se repartió de forma gratuita dentro del programa de intercambio de jeringuillas.

**Gráfica 23. Evolución del consumo de Sanikits en Asturias. 1992-1999**



Fuente: Programa del SIDA. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

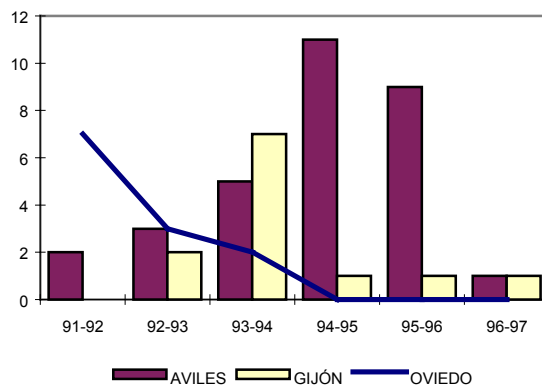
### ***Mejora la calidad del aire que respiramos en Asturias.***

En Asturias disponemos desde 1986 una Red de Vigilancia del Aire y Prevención de la Contaminación Atmosférica cuyas mediciones mostraron que el 11,1 % de las estaciones rebasaban el valor límite de partículas desde 1989 a 1991.

En España se desarrolló entre 1993 y 1996, en las ciudades españolas más importantes, un estudio destinado a evaluar la posible relación entre contaminación y mortalidad, en un Estudio Epidemiológico Multicéntrico sobre los efectos agudos de la contaminación urbana (EMECAM), y que ha permitido apreciar algunas asociaciones entre mortalidad total y algunos contaminantes como el NO<sub>2</sub>.

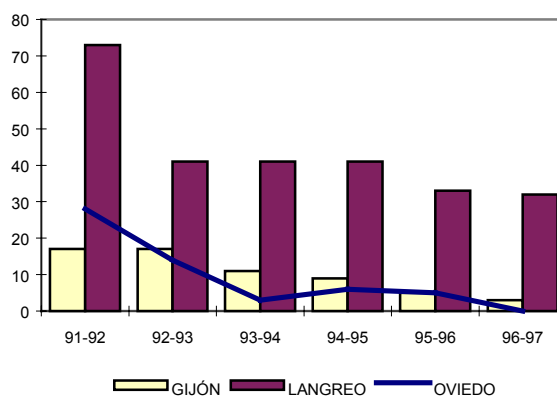
No obstante, del estudio de la serie de los contaminantes, se ha podido observar que en promedio, los niveles de contaminantes globalmente son bajos. En Asturias, este estudio se llevó a cabo en las ciudades de Oviedo y Gijón, reproduciéndose la distribución de los contaminantes en ambas ciudades, aunque unos con predominio en Oviedo y otros en Gijón.

**Gráfica 24. Volumen de emisión de contaminantes. Promedio por estación de días en que superaron los valores guía diarios de dióxido de azufre (SO<sub>2</sub> 150µg/m<sup>3</sup>N). Municipios con Red de control de Calidad del Aire. Asturias**



Fuente: Servicio de Gestión Ambiental y AACC. Consejería de Fomento

**Gráfica 25. Volumen de emisión de contaminantes. Promedio por estación de días en que superaron los valores guía diarios de partículas en suspensión (PSUS 150µg/m³N). Municipios con Red de control de Calidad del Aire. Asturias**



Fuente: Servicio de Gestión Ambiental y AACC. Consejería de Fomento

**Comer fuera de casa debería ser mas seguro.**

La fiabilidad de estas estadísticas siempre ha sido objeto de controversia, limitando las comparaciones tanto nacionales como internacionales. En el conjunto nacional la situación sería mala, siendo una de las comunidades con mayor número de intoxicaciones alimentarias.

Los sistemas de declaración para las intoxicaciones alimentarias son irregulares, clasificándose muchos de estos procesos bajo el epígrafe de *Otros Procesos Diarreicos*, en ocasiones por la dificultad de efectuar las determinaciones analíticas correspondientes y la levedad de estos procesos en la mayoría de los casos, que tienden a la autorresolución espontánea en breve plazo. También podrían valorarse los brotes declarados, aunque en general adolece de la misma falta de sensibilidad que las toxiinfecciones alimentarias.