

APROXIMACIONES
A LA SALUD PUBLICA
ASTURIANA

Dr. JULIO BRUNO BARCENA

INDICE

	<u>Página</u>
INTRODUCCION	
• Pertinencia y suficiencia del estudio	13
• Premisas y propósito	18
CAPITULO I	
• Estado de Salud de la Población y Organización de los Servicios de Salud.	
Consideraciones teóricas	21
• Datos demográficos	26
• Mortalidad	33
– Mortalidad por causas	37
– Análisis de algunas causas de muerte	44
– Análisis de la mortalidad, según evitabilidad	50
• Mortalidad Infantil	54
• Aspectos de la distribución geográfica de la mortalidad	57
• Morbilidad	61
– Morbilidad por E.D.O.	61
– Morbilidad hospitalaria	64
– Morbilidad extra-hospitalaria	75
CAPITULO II	
• Consideraciones acerca de la Red de Servicios. Red Hospitalaria	81
– Capacidad de hospitalización	87
– Algunos indicadores de Gestión Hospitalaria	89
• Red de Atención Primaria	90
– Aspectos de Regionalización	92
– Integralidad de la Atención	93
– El Sistema de Información	94
DISCUSION	95
CONCLUSIONES	99
BIBLIOGRAFIA	101
ANEXOS	

EDITA:

Instituto Nacional de la Salud

Imprenta Firma, s. l. - Mieres (Asturias)

Depósito Legal: AS-36-88

INTRODUCCION

PERTINENCIA Y SUFICIENCIA DEL TEMA:

Para quien conozca nuestro servicio de atención médico-sanitaria, justificar este tema es apenas necesario. El objeto de este estudio, como cualquier otro que se haga hoy, sobre la salud de la población asturiana y sus servicios de atención, supone aportar elementos que contribuyan a disminuir el desconcierto que ha venido presidiendo los aspectos relacionados con la administración de nuestros servicios de salud.

Efectivamente, éste es un campo del conocimiento médico deliberadamente olvidado por nuestro sistema de salud. No podría ser de otro modo si nos atenemos a la finalidad para la que nuestro sistema de atención fue creado y a la función que ha venido cumpliendo hasta la fecha.

Tenemos un sistema producto de la confluencia de dos tipos de administraciones bien distintas. Por una parte, la sanidad clásica representada por nuestra Consejería con sus médicos A.P.D. y Sanidad Nacional. Esta ha sido desde siempre una administración de servicios con escasa cobertura, mal dotados para cumplir los insuficientes objetivos de su quehacer: proporcionar un sistema de prevención epidemiológica clásica, orientado a poco más que actividades de vacunación e higiene medio-ambiental. Sus servicios de atención médica a la población, mal retribuidos en la mayoría de los casos, alternaron la cobertura de la beneficencia municipal con la privatización del servicio de atención curativa.

Por otra parte, el S.O.E., englobado hoy en el INSALUD en su componente asistencial, nacido en el marco del mutualismo, sufragado por las cuotas patronales y obreras, ha ido extendiendo su cobertura progresivamente a lo largo de las últimas décadas. Pasó así, de 1970 a 1984, de cubrir al 77,2% al 95% de la población, respectivamente. La finalidad de su surgimiento y su función excesivamente curativa y reparadora han hecho de él un sistema ineficiente para mejorar los niveles de salud de la población, a pesar de contar con los más sofisticados recursos. Su red de servicios es la base material sobre la que se pretende organizar hoy un Sistema Regional de Salud acorde a las funciones preventivas y de promoción de salud que debe tener nuestra asistencia. (Ley General de Sanidad).

La reducción de la tasa de crecimiento económico a lo largo de los años setenta (del 5 al 2% en España), la modificación de la relación entre población activa y pasiva, fruto del envejecimiento y del aumento del desempleo de nuestra población, la resistencia generalizada al aumento de la fiscalidad y las contribuciones sociales, han venido a poner en crisis los sis-

temas de seguridad social cuyos gastos han estado aumentando de forma alarmante, generando una asistencia cara y de baja calidad.

Así que el costo y la calidad han pasado a ser los dos parámetros básicos entre los que se mueven las soluciones a los Sistemas de Seguridad Social en el ámbito geopolítico que nos movemos. En nuestro caso basta echar una ojeada a la distribución de los gastos para darse cuenta que los correspondientes a hospitalización se aproximan a las tres cuartas partes del total, mientras los correspondientes a atención primaria no alcanzan el 20% (Ley General de Sanidad). No es que nosotros defendamos que la asistencia hospitalaria debe costar menos que la atención no hospitalaria. Dicha afirmación sería insostenible. Es, más bien, que los gastos originados en un excesivo desequilibrio en la distribución de recursos ha llegado a un punto en que parece no traer alguna o pocas mejoras en el nivel de satisfacción de nuestra población y se ha creado un volumen de gastos insostenibles desde el punto de vista económico por su nivel de beneficio concreto y la rentabilidad inmediata que supone la inclusión del capital destinado a salud.

En cuanto a la calidad de la atención, diremos que su déficit se manifiesta a todos los niveles. Por el lado del usuario supone ineficacia creciente de las consultas, insuficiente dedicación al paciente en el marco relativo de exceso de recursos humanos, abuso de medicamentos y pruebas diagnósticas, deficiencias en la asistencia permanente y en las urgencias. Para el profesional médico, burocratización y deshumanización del trabajo, frustración profesional, reducido su papel a mero agente expendedor de recetas (medio extrahospitalario); en fin, inexistencia de formación continuada y reciclaje. Por lo que respecta a la Administración, descoordinación entre los niveles de atención primario y secundario, ausencia de mecanismos de control y evaluación de los servicios y programas, desvío de recursos hacia entidades no públicas y desprestigio de la asistencia a nivel popular en el contexto de una sobreutilización de las especialidades.

Estas son las condiciones en que el enfoque preventivo y de promoción de la salud comunitaria y familiar han surgido como necesidad de nuestros servicios de atención. Si bien la especialidad de medicina familiar y comunitaria fue creada en nuestro país en 1978 (Real Decreto 2.015), podemos citar, al menos, cuatro eventos que han impulsado esta concepción. En primer lugar, la política de «salud para todos en el año 2000», formulada en 1977, vino a poner de manifiesto la necesidad de nuevos enfoques en la atención de salud para mejorar su situación. En segundo, la Conferencia de Alma-Ata (1978) definió las funciones, las características y las actividades a desarrollar mediante la atención primaria y planteó su puesta en marcha como clave de la superación de los problemas de nuestros servicios. En tercer lugar, la Conferencia sobre Atención Primaria, celebrada en Burdeos (1983), declara de fundamental importancia para los países europeos el desarrollo de la atención primaria de salud. Por último, la Conferencia Europea sobre Planificación y Gestión de Salud, celebrada en La Haya (1984), anima a poner en marcha sistemas coherentes y programados de atención primaria.

En nuestro país, la implantación de un sistema de atención primaria no puede desvincularse del proceso general de reforma de la atención de salud de un modo global, cuyo último paso ha sido la aprobación de la Ley de Sanidad. En este proceso, dos posturas se han venido diferenciando. Para una de ellas la solución de un nuevo modelo de atención viene a suponer, prioritariamente, la disminución o estabilización de los costos del sistema, a largo plazo, y el medio para racionalizar los gastos. Otros defienden la reorientación de todo nuestro sistema de salud pública en función del carácter profiláctico que el mismo debe tener y en correspondencia con la naturaleza de las patologías que enfrentan nuestros servicios.

Al menos estas tendencias han animado todo el proceso de remodelación que se desarrolla en nuestros servicios de atención a la salud.

Los que priorizan el problema de los costos abogan por una reestructuración del sistema basada en la mejor gestión económica, disminuyendo los gastos superfluos, combatiendo el fraude y favoreciendo el ahorro. Ello supone estimular los programas cuyo objetivo básico sea reducir los cargos sociales en sus aspectos más gravosos –eficiencia dentro de niveles discutibles de eficacia–. Los que propugnan un modelo nuevo, basado en la satisfacción de necesidades mediante la profilaxis en gran escala, fundamentan su postura en el tipo de patrón epidemiológico que conforma nuestros problemas de salud, a tenor del cual no se pueden esperar resultados –eficacia sin descuido de la eficiencia–, sino priorizando la prevención sistematizada de los problemas más graves, más vulnerables, de mayor incidencia y para los cuales se disponga de medios efectivos y económicamente permisibles. Estos defienden la necesidad de mantener la integridad del sistema como un todo y de planificar las actividades en función de las exigencias de nuestros problemas de salud.

En todo caso, ambas posturas tienen un denominador común; sea con una u otra finalidad reclaman la planificación de las actividades y la urgencia por superar una administración inefectiva, anárquica, carente de un sistema de información propio, movida por la demanda circunstancial y la presión de intereses ajenos al sistema. Es decir, ambas posturas reclaman la necesidad de normalizar y protocolizar la asistencia (calidad); una, poniendo el énfasis en los gastos; la otra, poniéndolo en el tipo de soluciones que exigen las peculiaridades del estado de salud de nuestra población.

Este es el primer aspecto en lo que toca a la pertinencia de este trabajo, intentar acercarse a la realidad de los servicios de atención sanitaria y al estado de salud en que se desenvuelven como premisas de cualquier intento de gestión planificada de salud en la CC. AA. de Asturias.

Que conozcamos, hasta la fecha, no se han hecho estudios de esta índole en nuestra región, si exceptuamos algunos excelentes diagnósticos de salud de zonas concretas –Ventanieles, 1984 y Contrueces, 1985– que sobresalen por su metodología y rigor. A ellos nos referiremos en distintas partes de este trabajo. Estos estudios no fueron iniciativa de la Organización de los Servicios de Salud sino del trabajo voluntario y desinteresado de médicos preocupados por un tema candente en nuestra administración de salud: La necesidad de superar el esquema clásico y obsoleto de atención médica reparadora para dar lugar a una actividad profesional más acorde a la exigencia de velar por la salud de nuestra población, su bienestar físico, psíquico y social.

Este tampoco es un estudio promocionado por nuestras autoridades sanitarias. Nuestro propósito al abordar el tema que proponemos es contribuir al desarrollo de los Servicios de Salud y, por ende, a mejorar la salud de nuestra población. Por ello, las preguntas básicas son: ¿Hasta qué punto es pertinente y suficiente este estudio para dicho propósito?

Ya hemos hablado de la pertinencia del mismo en cuanto a la medida en que responde a las exigencias del desarrollo alcanzado por nuestro sistema sanitario. Por otra parte, el trabajo se justifica, asimismo, cuando obedece a la orientación de la Ley de Sanidad que, en su exposición de motivos, dice: «Las respuestas públicas al reto que en cada momento ha supuesto la atención a los problemas de salud de la colectividad han ido siempre a la zaga de la evolución de las necesidades...» Se está reconociendo con ello el funcionamiento, carente de planificación, de nuestro sistema sanitario hasta la fecha.

Y en el desarrollo posterior, Art. 107, 2.º: *«La investigación es ciencia de la salud, ha de contribuir a la formación de la salud de la población. Esta investigación deberá considerar especialmente la realidad socio-sanitaria, las causas y los mecanismos que la determinan y los medios y modos de intervención preventiva, curativa y la evaluación rigurosa de la eficacia, eficiencia y efectividad de las intervenciones».*

En el marco del Estado de las Autonomías, la Administración asturiana deberá responsabilizarse muy pronto del Servicio Regional de Salud. Aportar elementos que favorezcan el proceso de auto-responsabilización de la planificación y organización de nuestros servicios es otro aspecto de nuestro trabajo. Asturias es una de las CC. AA. que ha visto descender sus indicadores económicos y de nivel de vida con mayor brusquedad en los últimos años. En el campo de los servicios sanitarios nos encontramos, hoy, en clara desventaja en relación a otras CC. AA., principalmente las llamadas históricas; a diferencia de éstas, no disponemos de las transferencias de esta materia que permitan armonizar e integrar las distintas redes en un servicio único y aunque la ley establece indicaciones para la «coordinación», opinamos que la confirmación de dicho servicio único es la condición sine qua non a la atención integral e integrada que deben proporcionar nuestros servicios. En estas circunstancias, responsabilizarse exige dirigir y conocer la realidad sobre la que se va a ejercer la dirección. Contribuir a ese conocimiento ha de suponer el responsabilizarnos cuanto antes de nuestros problemas de salud y de sus soluciones. Así lo expresaba en su presentación del «Diagnóstico de salud de Ventanielles» el Dr. Francisco Ortega, cuando refiriéndose a la necesidad del conocer para la Administración, dice: *«Todo este proceso metodológico debe ser establecido con rigor, de manera que, frente a la improvisación, el empirismo y las actuaciones únicamente individualizadas que caracterizan nuestro actual modelo de abordaje de la sanidad, hagamos otro modelo programado, científico y que atienda a toda la comunidad promoviendo su salud».*

Por otra parte, es necesario hacer algunas consideraciones en relación a la suficiencia del presente estudio. Nuestro trabajo supone valorar, emitir juicios de valor.

En la formulación de dichos juicios hay una carga inevitable de carácter subjetivo. Su incertidumbre será más reducida en la medida que los mismos se limiten a aquellos aspectos para los cuales poseemos una información de la mejor calidad. Nosotros pretendemos que nuestro trabajo se ajuste estrictamente a dicha información. Reconocemos que para el tiempo disponible en la elaboración del mismo, para el nivel de información al que hemos tenido acceso, el trabajo ofrece los elementos que de él se pueden esperar para pronunciarse en lo relativo a finalidad, objetivos, principales actividades de los servicios de salud en Asturias. No queremos decir con ello que sea exhaustivo. En primer lugar, porque sería necesario disponer de datos de mejor calidad que los que nosotros hemos usado y además porque la información a nuestro alcance ha sido escasa.

En cuanto a la calidad de los datos se han manejado las fuentes de máxima integridad, principalmente las proporcionadas por el INE, por el SADEI, por el INSALUD o por la Consejería, validándolas entre sí siempre que fue posible. No obstante, advertimos que la calidad de los registros con que dicha información se ha elaborado cuestiona su fiabilidad en casos como los que atañen a la mortalidad y la morbilidad de la región. Consideramos que estudios más exhaustivos y que eliminen los sesgos de dichos registros debieran ser hechos en el futuro. En nuestro caso hemos trabajado con información de años distintos. Ello pudiera introducir imprecisiones en la interpretación, que no obviamos. Este es el caso del cálculo de la esperanza de vida al nacimiento para el que se utilizó información del año 1979 —último registro de mortalidad por grupos de edad.

En el estudio hemos utilizado la estructura de la población asturiana de 1975 y la estructura de la población española de 1979. Las tablas presentadas en el anexo han sido utilizadas obteniendo la eº máxima para ambos sexos. Creemos que de este modo se eliminan los sesgos del estudio, aunque la magnitud de los índices obtenidos presenten inconvenientes para ser utilizados con otros fines.

En lo que se refiere a los datos demográficos podremos decir otro tanto a la hora de interpretar las estructuras de población y sus pirámides para las Áreas de Salud. Nosotros hemos realizado dicho cálculo a partir de la Reseña Estadística de los Municipios asturianos (1980). Habida cuenta que dichos datos pertenecen a 1975 y han pasado once años, debe inferirse que dichas estructuras hayan variado en su forma.

De hecho, habrá de tenerse en cuenta que las tasas de natalidad en estos años han descendido desde 1975 en 8‰ habitantes y ello puede modificar significativamente las estructuras de población en su base. Ello no afecta a la suficiencia de nuestro trabajo por cuanto nosotros sólo pretendemos poner de manifiesto los rasgos más notables que diferencia las poblaciones de las distintas áreas sanitarias, y no realizar un minucioso trabajo demográfico que correspondería a otras instancias. Por otra parte, las modificaciones ocurridas entre ambas fechas actúan consolidando aún más los aspectos reflejados por nosotros.

Queremos resaltar, sin embargo, que la información de que se dispone en esta materia es, en líneas generales, insuficiente, de baja calidad y con permanencia de notorias contradicciones en las fuentes —como la que aparece entre las tasas de morbilidad en el I.N.E.: Movimientos naturales de la población 1979, publicados en 1983, y la que da nuestra Consejería de Sanidad—. No somos los primeros ni los únicos en hacer esta advertencia; no podemos obviarla por cuanto puede afectar a la suficiencia de nuestro trabajo. Hora es ya de homogenizar y crear, en su caso, los registros de información cuya consistencia y fiabilidad es imprescindible para una buena gestión de nuestros servicios.

Conocer lo más común, lo más frecuente, las respuestas medias ante determinadas medidas y provocadas por determinadas causas es un ejercicio imprescindible, si se quiere estudiar un problema colectivo. Este es nuestro intento al abordar la salud de la población asturiana. No queremos dejar de citar dos errores de los que pretendemos escapar.

A menudo los promedios son utilizados para justificar una situación alcanzada, sea ésta cualitativamente considerada como óptima o como pésima. En el primer caso no se pone de manifiesto cómo se distribuye la situación entre los grupos de personas, entre las minorías o en las zonas marginadas. Se califican como situaciones de salud normales aquellas cuyos promedios óptimos encubren diferencias notables entre distintos grupos sociales o áreas geográficas. El grado de homogeneidad en que se manifiestan los distintos parámetros de salud es un aspecto prioritario y, desde nuestro punto de vista, es importante poner de manifiesto la variabilidad de los distintos indicadores entre grupos de población diversos. En esta actividad se pueden sistematizar las necesidades más perentorias a satisfacer. Es decir, aquellas que sitúan un valor medio real muy por debajo de una media posible.

Hemos intentado evitar este error. Ello no supone que lo hayamos conseguido en todos los casos. A veces, porque no contábamos con los datos precisos sobre la distribución de la población, como en el caso de la distribución urbano-rural, en los indicadores de actividad hospitalaria por servicios o en la escasez de información sobre las actividades extra-hospitalarias. En todos estos casos reconocemos en nuestro trabajo insuficiencias manifiestas. Con la prudencia que imponen esas insuficiencias hacemos nuestras interpretaciones.

En segundo término, intentamos eludir las calificaciones generalizadoras en la medida en que situamos al lector ante conclusiones extraídas del análisis de cortos períodos de tiempo. Este es el caso de la mortalidad en que hemos utilizado los datos correspondientes a 1979. Debe decirse que la mayoría de nuestras conclusiones sobre la mortalidad se refieren a este año y que las inferencias que de ellas se hagan las consideramos susceptibles de comprobación utilizando períodos más largos.

Es notoria, asimismo, la tendencia a atribuir modificaciones en el estado de salud de la población a actividades sanitarias. Nosotros creemos que éste es sólo un aspecto de los que influyen en el nivel de salud y que, con frecuencia, es difícil establecer una relación de única causalidad entre ambos conceptos. Se sabe desde Virchow que dichas modificaciones guardan una estrecha relación con aspectos no directamente sanitarios, como el entorno socioeconómico, la mejora del nivel y calidad de vida, el transporte, la información o la urbanización de una determinada localidad. A la hora de interpretar modificaciones en el estado de salud de la población consideramos factores que juegan un papel tanto o más importante que los puramente médicos en las relaciones de causalidad. En definitiva, nuestro trabajo se orienta a proporcionar algunas indicaciones que la gestión de salud debiera tener en cuenta a la hora de programar la distribución de los recursos. En ocasiones, estas acciones no corresponden solamente al sistema de salud sino que implican al sistema educativo o a los riesgos laborales, por poner un ejemplo.

El conocimiento de la realidad (o la aproximación al mismo) mediante estudios poblacionales, supone la utilización de valores medios que revelen las regularidades de los procesos. De ellos deben extraerse las prioridades, las normas y los protocolos que han de seguir los profesionales para enfrentar los problemas de salud con la máxima efectividad y el mínimo costo; es decir, de un modo planificado. Un último aspecto es el que el profesional debe ponerse en guardia contra el reduccionismo y la práctica monótona a que empuja enfrentarse diariamente con los problemas más comunes. Programar las actividades, sistematizar los protocolos y establecer las metas en relación con la atención de la salud, tiene por objetivo mejorar la salud de la población y no normatizar, en el sentido estrecho y burocratizador, la práctica profesional. El establecimiento de mínimos necesarios nada tiene que ver con la exigencia de una diversificación y profundización del conocimiento, que a buen seguro enriquecerá los programas que se establezcan.

Del mismo modo, informar al profesional de la marcha de los resultados y de los motivos en que se fundamentan las acciones normadas potenciará la efectividad de éstas. Este es un pre-requisito para comprometer a los profesionales defraudados y desorientados hoy, en una actividad colectiva: la salud de la población asturiana.

PREMISAS:

Entre las premisas que sirven de orientación al presente trabajo se encuentra la idea de desarrollo propugnada en Alma-Ata; el desarrollo implica el mejoramiento continuo del nivel de vida y del hábitat de nuestras comunidades. El desarrollo de los servicios de salud debe estar en correspondencia con el desarrollo socioeconómico global. Supone, además, la adecuación de los recursos que se destinan a la salud, a las necesidades siempre crecientes de la población.

El desarrollo requiere la previsión de los cambios en los patrones de enfermar y sus causas. En una etapa en que las enfermedades infecciosas y los episodios agudos constituían el problema prioritario de salud y donde la cobertura de nuestros servicios asistenciales no iba

más allá de proporcionar alivio moral, en la mayoría de los casos, los estudios cuantitativos de la mortalidad podían dar idea de dichos cambios. Entonces, la atención puntual a problemas individuales, basada en la curación de las manifestaciones agudas de la enfermedad, obviando su prevención, podía tener una eficacia constatable. Esta etapa no se corresponde con la realidad actual porque los servicios de salud disponen de recursos para dar una cobertura amplia a la población y se trata de cualificar sus actividades más que de extender los mismos. Por otra parte, la continuidad en la atención al proceso salud-enfermedad como superación de una época en que la Salud Pública se solventaba con campañas esporádicas e incontroladas y la evolución como eje de una visión del proceso salud-enfermedad donde los factores de riesgo se concatenan y se potencian para dar lugar a patologías complejas de larga evolución, ponen el acento en la importancia del estudio de las necesidades de salud de la población y en la redistribución planificada de los recursos para satisfacerlas. Estas son las premisas con que abordamos el presente trabajo y creemos que sirven de guía para dar contenido a los actuales servicios de atención primaria de salud y a la concepción integradora implícita en las expectativas que ha generado la Ley General de Sanidad.

Desde estos puntos de vista, el propósito del presente trabajo es: Contribuir al desarrollo de la atención de la salud y especialmente al de la atención primaria de salud como forma integral e integrada de la prestación de servicios de salud, mediante la consecución de un conjunto de indicaciones que permitan reorientar los servicios de salud en la Comunidad Autónoma de Asturias.

**ELEMENTOS DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACION EN ASTURIAS
E INDICACIONES DE PRIORIDAD A PARTIR DE:**

- **Estado de Salud de la Población y Organización de los Servicios de Salud. Algunas consideraciones teóricas.**
- **Datos demográficos.**
- **Mortalidad.**
- **Morbilidad.**

ESTADO DE SALUD DE LA POBLACION Y ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD. ALGUNAS CONSIDERACIONES TEORICAS DE PARTIDA

Los criterios rectores de las políticas de salud están históricamente condicionados por el nivel de desarrollo alcanzado por las ciencias, por el desarrollo socioeconómico y por el enfoque ideológico del proceso salud-enfermedad. En función de estos factores se han ido diferenciando a lo largo de la historia dos tipos de actividades dentro del proceso de gestión de los servicios de salud. En una etapa primitiva, en que la atención individualizada acaparaba la mayoría de las actividades sanitarias y la cobertura de los servicios públicos de atención a la salud era escasa, la planificación de las actividades de las instituciones de salud pública se limitó al mantenimiento de los recursos materiales disponibles, al modo de emplear el escaso personal técnico y a la delimitación del ámbito de jerarquías dentro de la Administración. Se ha dado en llamar a esta etapa de planificación institucional, para referir el marco de sus actividades limitado por los recursos disponibles. Domina en ella el concepto de eficiencia. Es decir, se trata de lograr los mejores resultados posibles para un nivel de recursos escasos.

Varios factores han contribuido a variar el concepto de planificación. Superado el patrón epidemiológico correspondiente a la etapa preantibiótica y sustituido por un nuevo patrón en que el modo de enfermar predominante exige desarrollar criterios de accesibilidad, coordi-

nación y continuidad en la atención como rasgos de la calidad de la misma. En un momento, por otra parte, en que se ha visto que el crecimiento anárquico de la cantidad de servicios no va acompañado de crecimientos homólogos en la calidad de los resultados y en la mejora de la satisfacción del usuario y que, por el contrario, se ha acompañado de ineficacia y derroche de recursos, ha surgido la necesidad de planificar las actividades en función de los grupos específicos de riesgo que enfrentan el enfermar y el morir.

La planificación funcional se ocupa de la elaboración de planes y programas específicos según grupo de edad, riesgos, aspectos geográficos y otros, para proporcionar efectividad a la atención de la salud. Su objeto es buscar el equilibrio entre las necesidades de cobertura y los recursos a emplear, las necesidades (expresadas o no) de servicios de la población y las actividades a desarrollar y, en fin, entre las necesidades de salud, los resultados esperados y la satisfacción proporcionada.

La influencia de la crisis económica en nuestra sociedad es un eslabón básico en la exigencia de dicha planificación. Al recorte del salario social ha correspondido la reducción relativa de desembolso en salud; a la creciente demanda de planificar la economía, la tendencia a la centralización de la política de salud y sus servicios; a la racionalización del sistema global, en busca de la eficiencia y productividad óptimas, la correspondiente racionalización del sector sanitario. Todo ello ha tenido un considerable peso en el desarrollo del concepto Atención Primaria de Salud como método de abaratar costos o frenar la tendencia al alza insostenible de los mismos. No nos extenderemos más por cuanto no es éste nuestro objeto de estudio; no cabe, sin embargo, olvidarlo puesto que afecta al modo en que la planificación de los servicios se lleva o no adelante en nuestro país y a la implementación real del tipo de programa de salud que ha de desarrollarse.

Consideramos que la situación de salud existente es un reflejo de las necesidades satisfechas y no satisfechas de salud de la población y constituye una expresión del resultado concreto de la gestión social y de salud.

Nuestra finalidad al acercarnos al estado de salud de la población de Asturias es definir los problemas básicos de salud de la comunidad que permitan orientar las actividades que deben enfrentarlos. Desde el punto de vista de la evaluación de la eficacia, el nivel de salud de la población posibilita, hasta cierto punto, calificar determinados servicios, así como la utilización de los recursos disponibles por la salud pública. Somos conscientes de que de los resultados, vistos en términos de estado de salud de la población, no puede inferirse directamente la calidad si no media una relación causal. Nuestro propósito es estudiar la adecuación de los servicios a las necesidades en términos de resultados esperados. Es decir, la pertinencia de los servicios para los propósitos que declara nuestra legislación y la administración sanitaria.

El método pretende determinar las prioridades de salud de la población a partir de la descripción del estado de salud de la misma. Este es el punto de partida para planificar los servicios de atención a la salud de la comunidad: Los indicadores de mortalidad, porque expresan el riesgo de morir y el nivel de supervivencia de la población y, a partir de ellos, puede deducirse cuáles son las vías finales comunes de la vida de los asturianos y, por tanto, a dónde debe dirigirse la atención. Los indicadores de morbilidad, porque permiten determinar el volumen de actividades y el tipo de servicios.

Entendemos por estado de salud de la población al conjunto de fenómenos de reproducción de la población, composición, mortalidad, morbilidad, invalidez y crecimiento, y desarrollo físico y psíquico que conforman en su unidad determinados patrones y estructuras del

proceso salud-enfermedad que resumen y sintetizan, en un momento histórico concreto, el nivel alcanzado en las relaciones del hombre con la naturaleza y con los otros hombres. El estado de salud de la población es el concepto más sintético en que se expresa el grado de bienestar físico, psíquico y social de una comunidad.

Desde el punto de vista metodológico consideramos como nivel de salud de la población el conjunto más fenomenológico del estado de salud de la población que comprende aquellos indicadores negativos de salud; es decir, mortalidad, morbilidad, indicadores demográficos y, en menor medida, por las dificultades que su estudio entraña, aquellos positivos como el crecimiento y desarrollo físico. Fenómenos que expresan el nivel en que se reproduce, enferma, se incapacita y muere la población. Estos fenómenos son en términos estrictos lo que definimos como resultados de salud (18). El nivel de salud incluye, además, los servicios de atención que se prestan a la población y es esencialmente un concepto comparativo.

Superado este primer nivel de abstracción, surge otro conjunto de fenómenos. Entenderemos por determinantes próximos del proceso salud-enfermedad aquellos factores causales del enfermar y el morir que han sido objeto de estudio de la epidemiología clásica, entre los cuales se encuentra: sexo, la edad, la raza y la carga genética, por referirnos a los biológicos y, además, factores climáticos, geográficos y ecológicos, por resumir los del medio natural que configuran el nicho ecológico.

Gravitando sobre este conjunto de fenómenos, el grado de desarrollo de la organización socioeconómica, el modo en que se producen y distribuyen los bienes materiales, el grado alcanzado en el desarrollo de los servicios, la forma en que la población utiliza su tiempo y sus recursos naturales, el nivel de educación como componente básico de la práctica de hábitos y comportamientos saludables, el tipo de relaciones que el ciudadano establece con la sociedad, en fin, todo aquello que ha venido a llamarse nivel de vida de la población, ofrece un número de indicadores, algunos de los cuales sirven de orientación al conocimiento del grado de satisfacción global de la comunidad y atañen también al grado de satisfacción que la población experimenta con los servicios de salud. Entenderemos por patrón o perfil de salud, a la forma concreta en que se manifiestan todos estos fenómenos y procesos y las relaciones entre ellos, y que se corresponden con un tipo concreto de organización social.

Entendemos que el grado de extensión de los servicios y la calidad de la atención que éstos brindan a la población reflejan la finalidad de la organización económico-social y en su seno el modo en que la comunidad participa en la determinación del carácter de los servicios y en el control y ejecución de las actividades.

A lo largo del desarrollo histórico la formulación de las estrategias de atención a la salud se ha ido orientando a conformar elementos para la gestión de sistemas o servicios nacionales de salud y, en su marco, a variar esencialmente el contenido y la operatividad del concepto A.P.S., que requiere como una de sus premisas el carácter comunitario de la atención, de la ejecución de las actividades y de la elaboración de las prioridades básicas a partir de las necesidades de la comunidad. No huelga decir que el «por la comunidad» y «con la comunidad» conforman un sólido pilar en este concepto de A.P.S. y en la utilización y manejo de los servicios públicos de salud. No es objeto de nuestro estudio el grado de democratización de la Administración en nuestro país. En lo que respecta a la gestión de planes y programas de salud «para la comunidad», diremos que implica y tiene su punto de partida en estudios de las necesidades de salud que la comunidad tiene.

Aún es muy joven la reordenación de los servicios de salud en Asturias para conocer sus resultados, pero a buen seguro no sabremos si éstos han variado sustancialmente si no

delimitamos un punto de partida: Las prioridades de salud en función de las cuales programar las actividades y distribuir los recursos.

Las necesidades de salud tienen un importante contenido subjetivo si no se especifica la extensión del concepto.

Necesidades a nivel individual, dependen de una serie de factores entre los que los culturales e ideológicos son fundamentales. Nosotros no nos referiremos a las necesidades más o menos peculiarizadas de cada individuo. Cuando hablamos de necesidades lo hacemos desde el punto de vista poblacional; aquí, el concepto necesidad, aunque con un nivel subjetivo de interpretación, nos ofrece instrumentos analíticos que permiten caracterizarla. El estado de salud de la población es la guía metodológica fundamental para este fin; sirve para determinar los problemas más graves, de mayor incidencia, que causan más daño individual y social, más vulnerables, para los cuales se dispone de los recursos científicos, técnicos y económicos más efectivos. Así delimitamos el concepto de necesidad. Intentamos llegar a su conocimiento a través del estudio del perfil epidemiológico de nuestra sociedad, del tipo de actividades que se realizan para enfrentarlo y del grado en que los recursos son utilizados de forma efectiva a tal fin.

En este proceso de conocimiento, los estudios epidemiológicos ocupan un lugar central. Haremos algunas anotaciones breves sobre los mismos.

Es indiscutible la relación existente entre el modo de enfermar y morir de la población y sus condiciones concretas de vida y trabajo. Desde este punto de vista, nuestro estudio revela aquellas patologías prevalentes en Asturias y sus diferencias con el entorno nacional. Creemos que estas diferencias se corresponden al diferente modo de vida y trabajo y, a partir de ella, opinamos que debe dirigirse la Administración de Salud del pueblo asturiano. De aquí la necesidad de integrar un sistema regional público que enfrente los programas pertinentes. *De aquí, también, que la distribución de los recursos a nivel central deba tener en cuenta las necesidades básicas y peculiares de la población regional y no solamente la satisfacción de un determinado nivel de ahorro del sistema en su conjunto o la proporción de población.*

La vigilancia epidemiológica de las afecciones no transmisibles supone la realización planificada de estudios longitudinales y transversales sobre los grupos de población, sobre el medio de vida y trabajo de los mismos, para conocer la distribución de las enfermedades y sus riesgos y asegurar una programación racional de las actividades.

Las afecciones que caracterizan los problemas básicos de salud en Asturias son susceptibles de afrontarse mediante la captación activa de los grupos de riesgo, la atención continuada al individuo, familia y al medio social; en definitiva, mediante una actividad eminentemente profiláctica. Para ello nada más prioritario que saber qué riesgos específicos enfrentar y, en función de ellos, establecer los recursos materiales, así como el tipo de recurso humano necesario y su cantidad.

Todos los argumentos aportados por la epidemiología deben contribuir a medidas de atención médica activa de los grupos de riesgo; es decir, aquéllos cuya probabilidad de enfermar y morir esté aumentada, sean niños, embarazadas, ancianos o trabajadores expuestos a riesgos industriales.

En este sentido concebimos la epidemiología como la base de la planificación sanitaria, del volumen de recursos y del tipo de la que debe utilizarse para enfrentar las actividades de los programas específicos.

Es sabido que la existencia en la región de un programa de vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles aún está lleno de dificultades. La vigilancia, hasta la fecha, se ha hecho de forma irregular y esporádica mediante declaraciones E.D.O. de dudosa confiabilidad, por el irregular control de las aguas y el medio ambiente, y, cuando más, por el desarrollo de alguna campaña de control sanitario. Al reto de superar estos aspectos se suma la necesidad de establecer un estrecho sistema de vigilancia epidemiológica para las afecciones crónicas o crónico degenerativas y las actuales desviaciones de la salud que constituyen el objeto a abordar por la planificación sanitaria.

Los estudios epidemiológicos aportan los elementos básicos para la priorización de los problemas. Es decir, ellos expresan cuál es la magnitud del problema para la Salud Pública, qué posibilidades de diagnóstico o tratamiento médico precoz tiene, cómo seleccionar los enfermos o los susceptibles y cuáles criterios usar en la evaluación de la efectividad de las acciones.

Sobre la base de una población progresivamente más vieja, que trae consigo un cuadro de morbi-mortalidad cuyo denominador común es el deterioro lento y continuado del organismo humano, y sobre la base, asimismo, de la influencia creciente de los riesgos medio-ambientales y físicos a que somete a la población el desarrollo industrial y científico-técnico, deben preverse las acciones de atención a la salud. Asturias se encuentra en un momento en que siendo alta la proporción de mayores de 65 años, se espera que ésta vaya a crecer bruscamente en los próximos años. Una observación cuidadosa de su estructura poblacional indica la presencia de un gran contingente de población que accederá a la edad de 65 años en los próximos años 90.

Además, Asturias cuenta con riesgos específicos para la salud, derivados de su tipo de industrialización, que debieran ser estudiados convenientemente.

La determinación del volumen de población a atender, según grupos específicos, y el estudio de los riesgos para determinar esos grupos, son los dos pilares sobre los que debe asentarse la planificación racional de las actividades y los recursos humanos y materiales para llevarlas a cabo. No es superfluo decir que si la tasa de incidencia de diabetes mellitus tipo I fuera de 14 por 100.000 habitantes —como ha sido estudiada en los países de nuestro entorno (16)— y la de diabetes tipo II de 133 por 100.000 habitantes, para el año 84 se habrían producido en Asturias 1.524 diabéticos tipo II y 160 diabéticos tipo I, y así sucesivamente para la hipertensión arterial, la isquemia coronaria y otros. Es urgente desde esta perspectiva incentivar un plan de estudios de incidencia y prevalencia para todo este tipo de enfermedades y no solamente para las transmisibles.

Dentro de estos estudios, aquellos encaminados a la medición del riesgo ofrecen la posibilidad de establecer prioridades, evaluar sistemas de referencia, formular políticas, orientar la atención preventiva y fundamentar la educación sanitaria y la planificación en su conjunto. La medición del riesgo es una indicación que permite preparar una respuesta proporcional a un acontecimiento previsto. El riesgo relativo en el grupo estudiado permite conocer el peso del factor de riesgo y establecer prioridades de atención individual, el riesgo atribuible intenta cuantificar el grado de mejora que se obtendría con la eliminación del riesgo y sirve como base a la planificación. El concepto de riesgo no es nuevo aplicado a los individuos, pero supone un paso adelante para la política de gestión *«al expresar cuantitativamente los riesgos que corre la salud de una población y los factores de riesgo asociados, concentra la atención en la necesidad de asistencia preventiva»*, y gradúa la necesidad de atención para grupos más o menos expuestos siguiendo el lema: *«Algo para todos, pero más para los necesitados en proporción a la necesidad»* (9).

Los aspectos anteriormente considerados serán utilizados a lo largo del presente estudio como orientadores del enfoque a aplicar, aunque las limitaciones existentes con la información disponible no permitan, en algunos casos, un tratamiento exhaustivo.

DATOS DEMOGRAFICOS:

La población constituye, en última instancia, el objeto sobre el que recaen las actividades de los servicios de salud. De aquí que las características demográficas en cuanto a contingentes de población por grupos de edad y sexo, profesión, cultura, etc., debe constituir un punto de partida para el análisis del estado de salud de la población. Ello determina que todos los indicadores de la atención médica como actividad se midan a través de la proporción o el volumen de población.

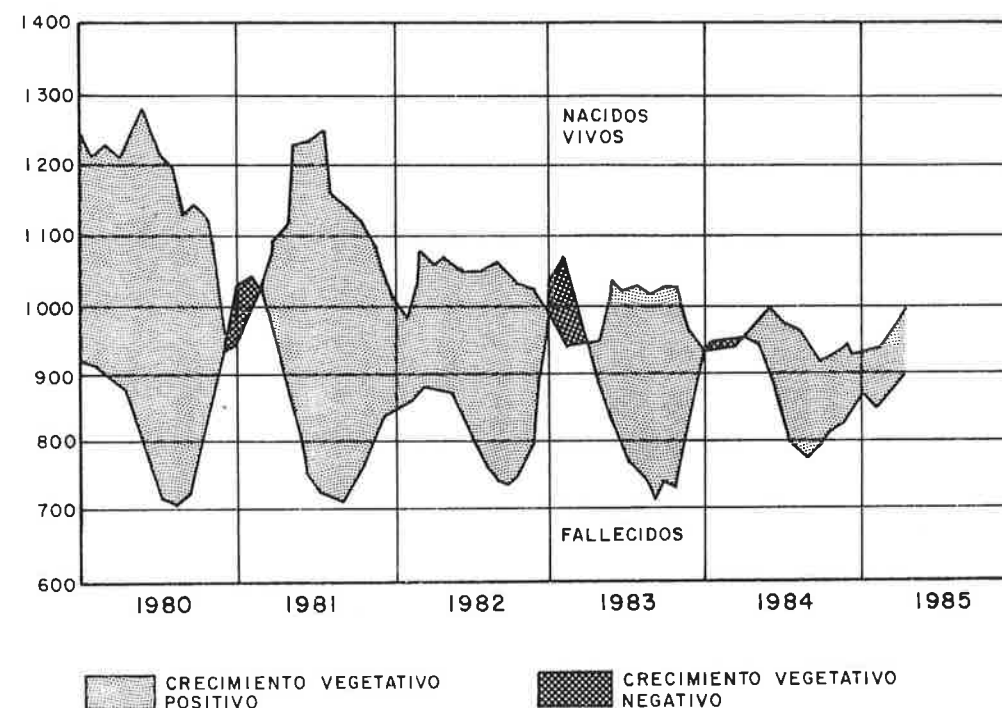
Según Valentei: «Los índices de reproducción de la población sirven de barómetro de su estado sanitario. Un índice más alto de mortalidad, en condiciones de igual composición por edades de los grupos comparados, habla siempre de una situación sanitaria peor, de una elevada mortalidad con conservación de la composición por edades anterior de la población, del empeoramiento de su salud» y «el considerable aumento en la composición de la población de la parte de personas de edad avanzada conduce a cambios en la composición de la morbilidad y las causas de muerte de la población (el aumento del número de enfermedades prolongadas, en particular las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos) y requiere de la ejecución de medidas especiales en el estudio de la fisiología y la patología del organismo viejo, depauperado, de la organización del servicio médico sanitario a los ancianos, así como la intensificación de las medidas de profilaxis y curación de las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos».

Asturias contaba con una población de 1.145.873 habitantes en 1983 y un crecimiento vegetativo en una pronunciada caída en la presente década, y que pasó de 3,4 a 0,84 por mil habitantes de 1981 a 1984. Con una estructura de población de las más envejecidas de la nación (12% de mayores de 65 años), dicho crecimiento vegetativo y un saldo migratorio constantemente negativo en los últimos años, la población asturiana tiende a convertirse en estable, como lo refleja el Gráfico 1.

La baja tasa de natalidad, en constante descenso (de 13,6 a 9,8 por 1.000 habitantes de 1979 a 1984), junto a la elevada mortalidad de los meses invernales, son responsables del decremento de población en estos períodos del año.

El 12% de la población asturiana (aproximadamente 137.000 habitantes) tiene más de 65 años de edad y han superado la edad laboral. De ellos, aproximadamente, la tercera parte son varones y el resto mujeres —no calculamos aquí la población jubilada prematuramente—. El 23% de la población (aproximadamente 263.400 habitantes) tiene menos de 15 años y se encuentra en el grupo de edad susceptible de atención pediátrica. En fin, el 24% de la población (alrededor de 273.000 mujeres) las cuales están entre 15 - 49 años, grupo que caracteriza la edad fértil y sobre el que se concentran las necesidades de atención gineco-obs-trétrica.

GRAFICO 1
MOVIMIENTO NATURAL DE LA POBLACION
CRECIMIENTO VEGETATIVO 1980-1985
Asturias



FUENTE: Coyuntura Regional de Asturias. Consejería de la Presidencia, 1985. Pág. 3

CUADRO I
Porcentajes de población por grandes grupos
y Áreas Sanitarias

A. SALUD	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Regio- nal
Mayores de 65 años	16	13	9	12	10	18	10	9	12
Menores de 15 años	20	23	26	22	24	20	23	22	23
Mujeres en edad fértil	22	22	24	25	25	21	24	25	24

FUENTE: Tabla I.

La misma distribución por áreas sanitarias es variable. La población más joven corresponde a Avilés y Gijón (áreas III y V), la más anciana al área VI (Arriendas) y al área I (Jarrío). En la Tabla II y en los gráficos 3 se ilustran las diferentes estructuras de población por áreas sanitarias. De ellas se desprenden algunos hechos demográficos de interés.

El 67% de la población asturiana reside en las áreas III, IV y V (Avilés, Gijón y Oviedo); las áreas de Avilés y Gijón presentan las estructuras de población más jóvenes de la región, fruto, con toda probabilidad, de la gran inmigración que han soportado estos núcleos industriales en las dos décadas pasadas.

Por el contrario, las áreas I y VI, conformadas por poblaciones básicamente rurales, representan cada una de ellas un escaso porcentaje de la población total (en torno al 6% cada una de ellas) dispersa, en el área geográfica más extensa y de peores comunicaciones. El envejecimiento de su población podría deberse a la emigración masiva de sus poblaciones jóvenes hacia las áreas industriales asturianas y a la Europa Comunitaria.

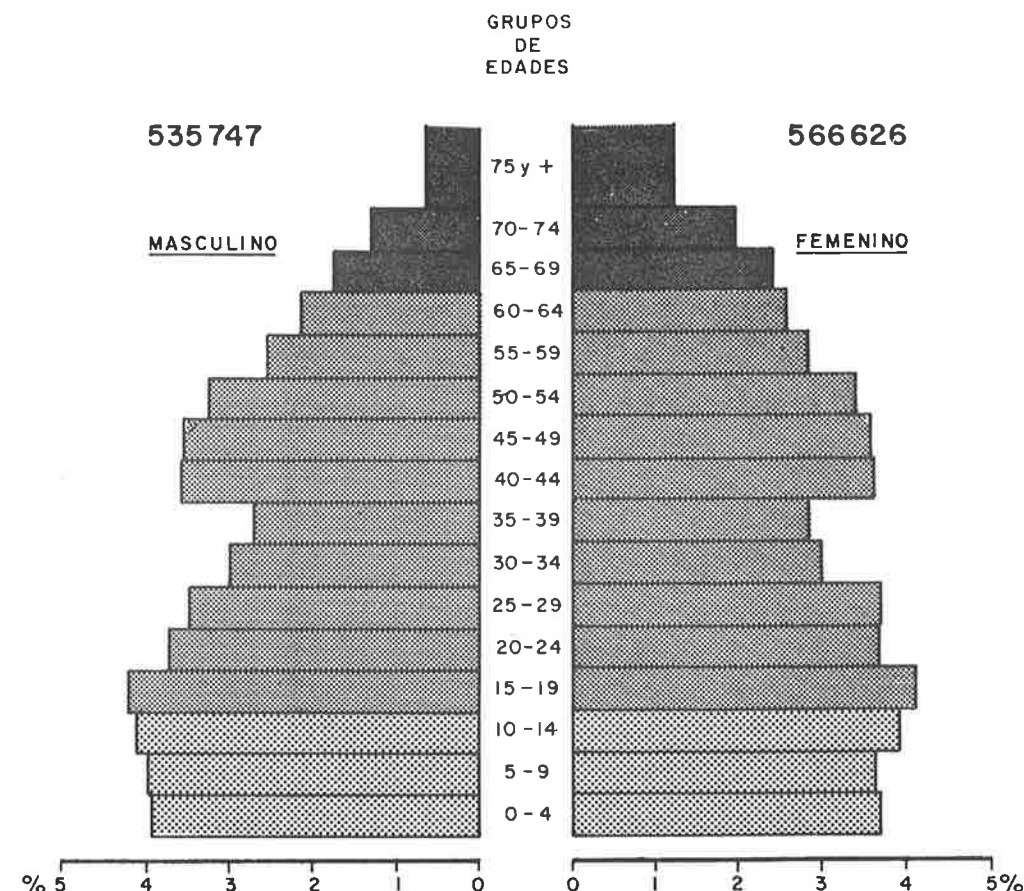
Los relativamente bajos porcentajes de población anciana en las áreas VII y VIII (Mieres y Langreo) creemos que obedecen al fuerte impacto que sobre ellas tuvo la guerra civil y al elevado peso de la sobre-mortalidad masculina —probablemente relacionado con la actividad minera y los riesgos de la misma— en el grupo etario de mayor edad.

Como consecuencia del envejecimiento puede preverse que la población anciana se incrementará notablemente en los próximos años. Según estimaciones, existe un fuerte contingente de población de los grupos de edad adulta que alcanzará el envejecimiento en el próximo quinquenio. Se calcula que en 1990 el nivel de envejecimiento se situará en torno a los índices que rigen para los países del centro y norte de Europa (Comentarios Sociológicos, 1.º Semestre 1985).

El índice de masculinidad para la población asturiana evoluciona según el gráfico 2. Hay que decir, en primer lugar, que dicho gráfico indica problemas en la fuente de datos en las primeras edades, sino no se explicaría el alto porcentaje que alcanza el índice en el grupo de 5 - 9 años en relación al nacional. Entre los 45 y 50 años existe un grupo con índice más

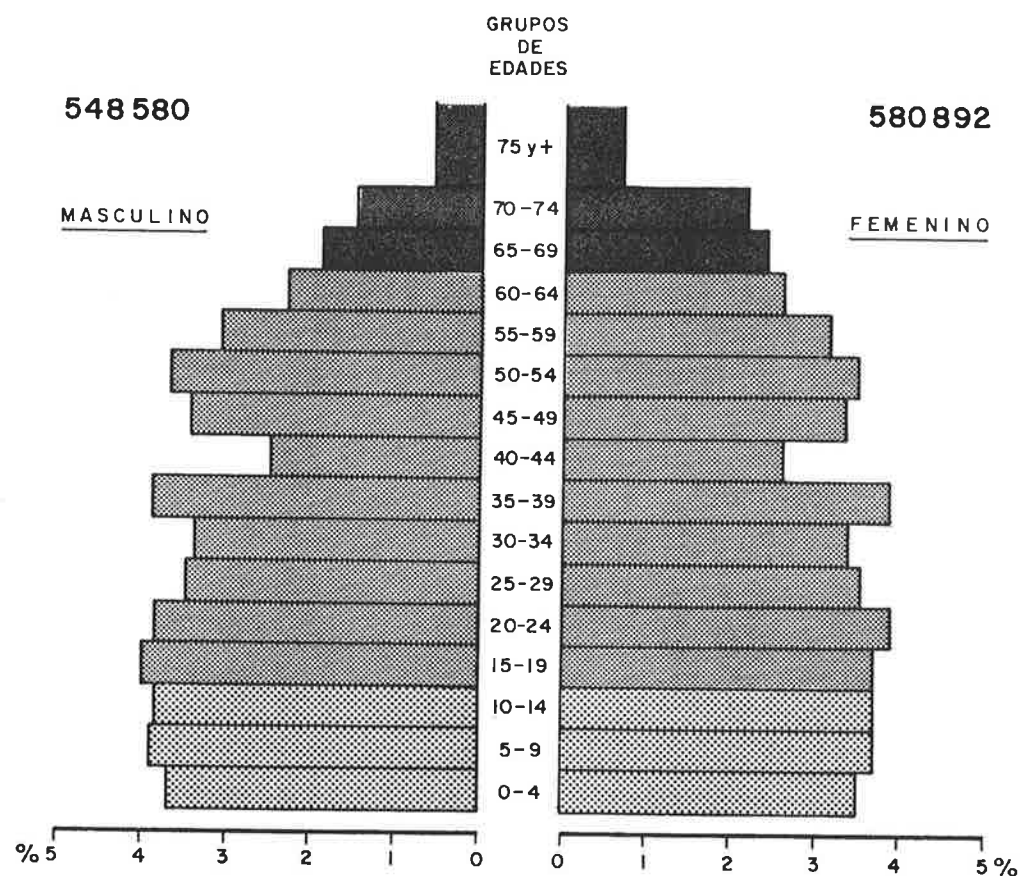
elevado, lo que refleja las inmigraciones de población joven en los años 60. Lo más destacable, la brusca caída del índice por encima de los 50 años, que muestra, a nuestro entender, la desaparición más rápida de la población masculina a partir de dicha edad, a causa de la presencia de una mayor mortalidad.

PIRAMIDE POR EDADES Asturias 1975



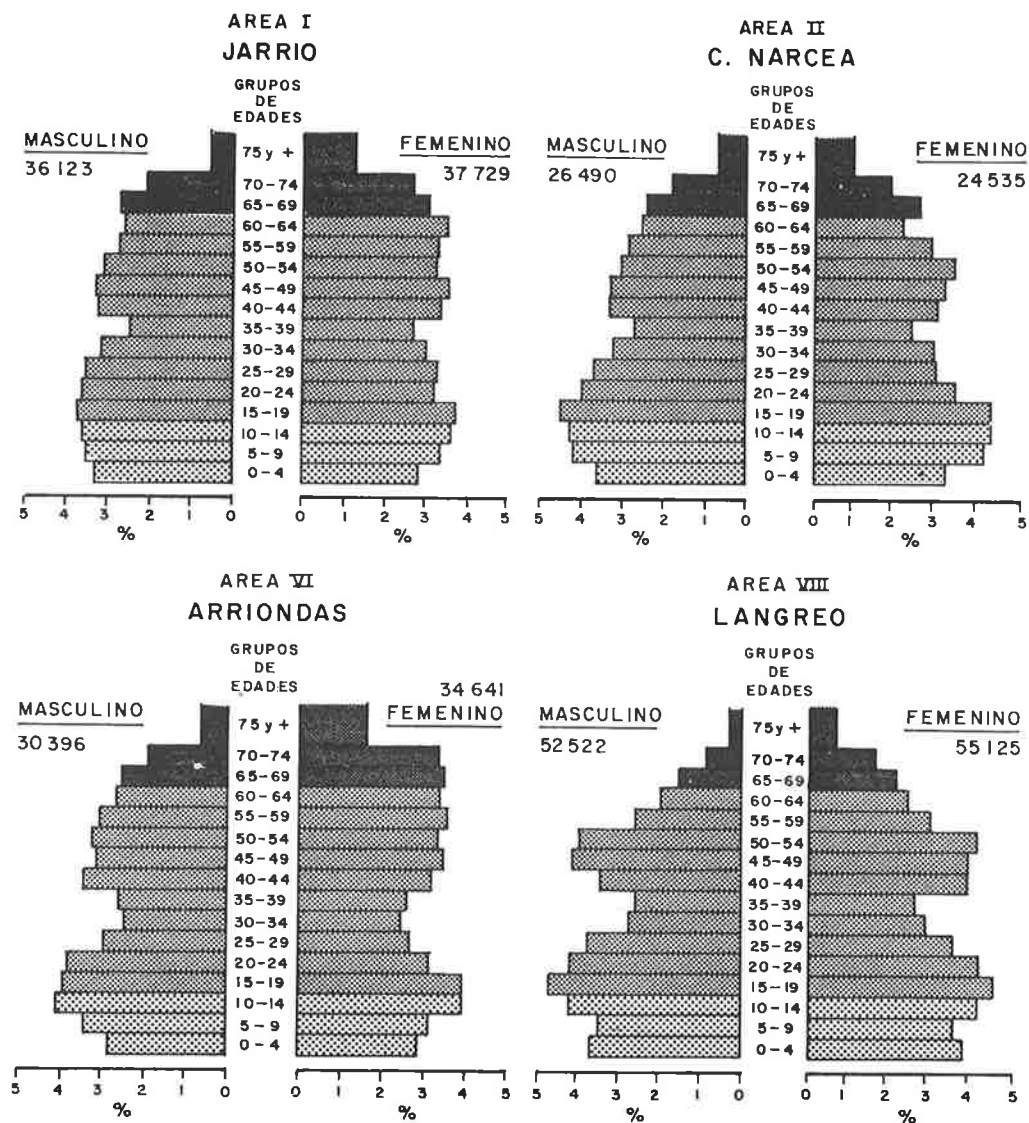
FUENTE: Tabla I

PIRAMIDE POR EDADES Asturias 1981



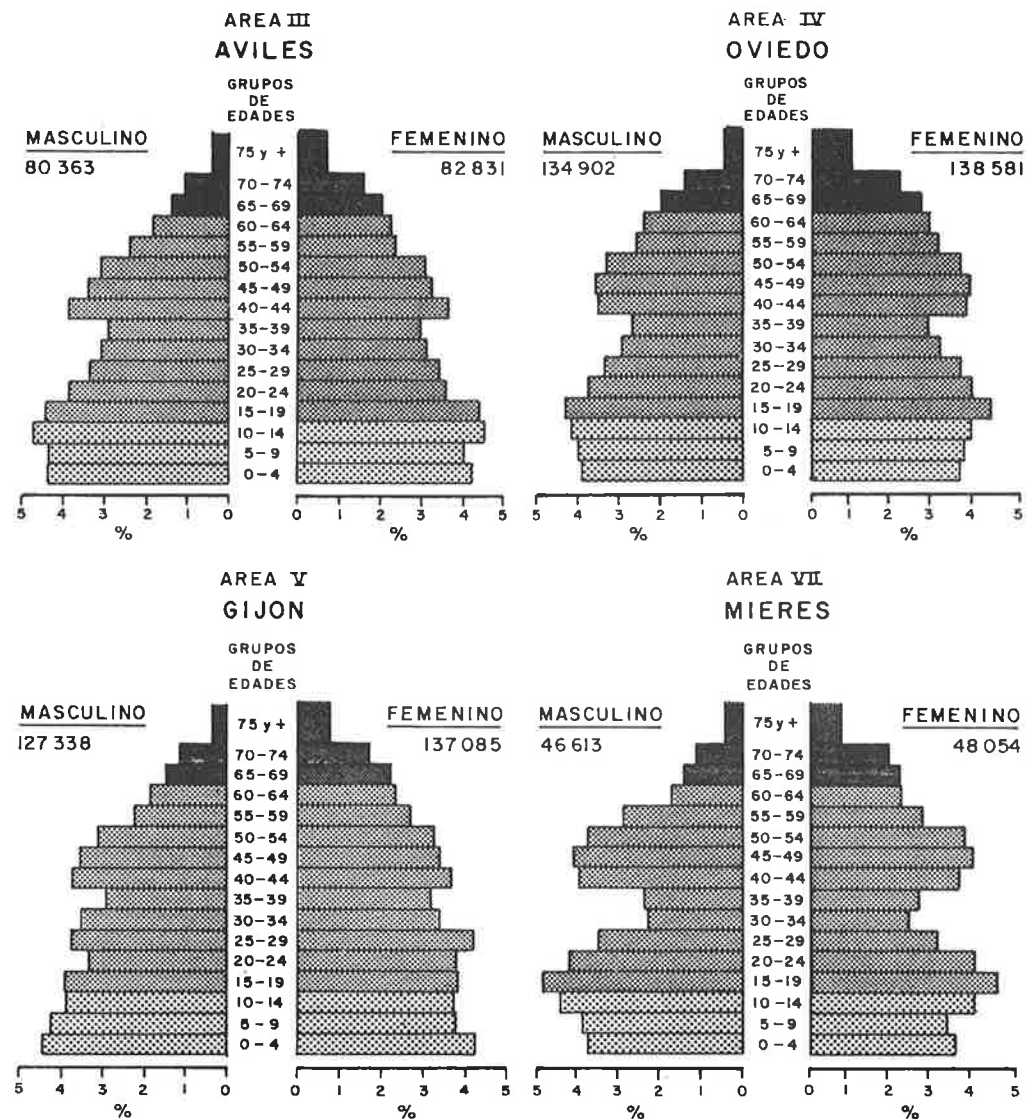
FUENTE: Reseña Estadística de los Municipios Asturias 1982.

SEGUN AREAS DE SALUD Asturias 1975



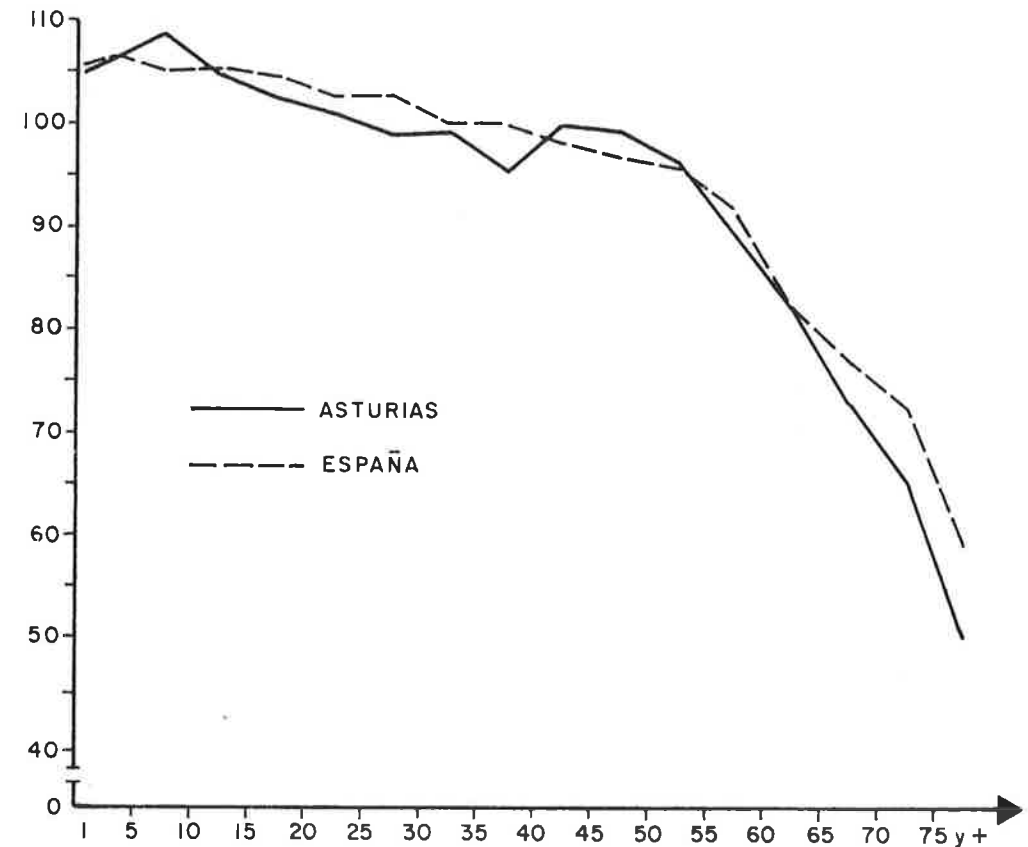
FUENTE: Tabla II

PIRAMIDE POR EDADES SEGUN AREAS DE SALUD Asturias 1975



FUENTE: Tabla II

GRAFICO II INDICE DE MASCULINIDAD POR GRUPOS QUINQUENALES



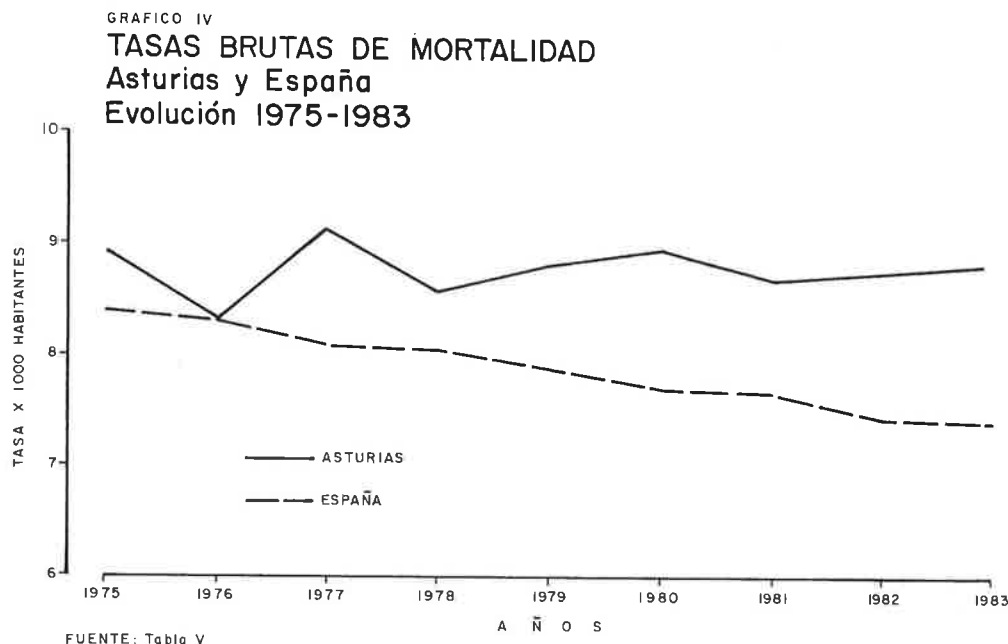
FUENTE: Tabla IV

MORTALIDAD:

La mortalidad no es, en líneas generales, un parámetro mediante el que se pueda caracterizar, de modo absoluto, el nivel de salud de un pueblo. Es, sin embargo, el más importante de los indicadores de que se dispone a este fin. Sirve poco a la hora de valorar el efecto de los servicios de salud sobre la salud de la comunidad. No nos dice de qué enferma la población sino cuál es la vía final común de extinción de la vida y en esto cuentan tanto los servicios de atención como las condiciones económico-sociales y el modo de vida de la población. En una sociedad desarrollada, las tasas crudas de mortalidad informan de un modo muy genérico sobre el volumen de servicios necesarios o sobre la gestión de los mismos. Por el contrario, la mortalidad analizada por causas, por grupos de edad, por su mayor o menor

grado de evitabilidad determina de forma inequívoca cuáles son los problemas de salud más trascendentes y más graves, y contribuye a precisar las prioridades en el campo de la planificación y de la programación de las actividades. Con este enfoque analizaremos, dentro de nuestras posibilidades, la mortalidad en Asturias.

Ha sido reportado en diversas ocasiones que la tasa cruda de mortalidad en Asturias -8,79 por mil habitantes en 1984- supera a la nacional -7,4 en 1983- (Análisis de la situación sanitaria en el Principado de Asturias. Enero 1975. Consejería de Sanidad). En la Tabla V y Gráfico IV se exponen las tasas calculadas para el período 1975-1984 y su comparación con las nacionales. Se observa una tendencia a la divergencia entre ambas curvas con crecimiento de la tasa asturiana y descenso de la nacional.

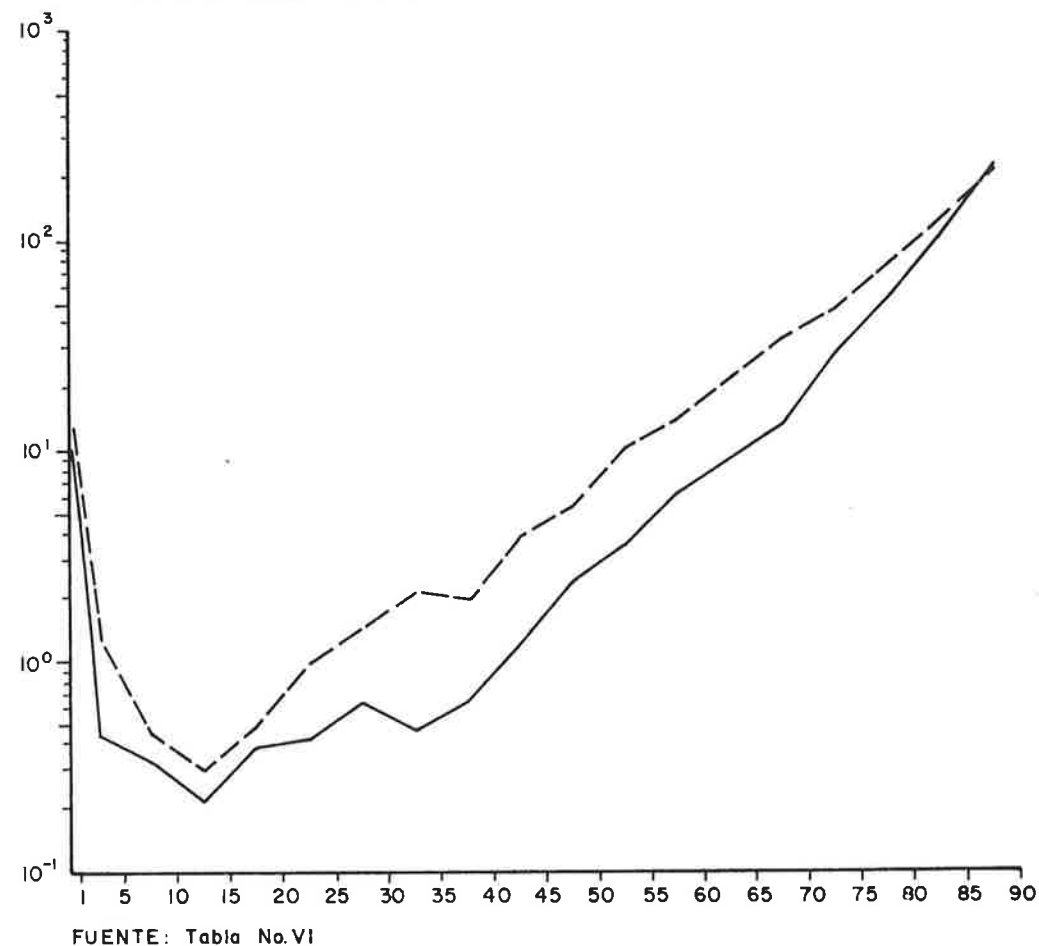


Esta divergencia no puede explicarse solamente como fruto del mayor envejecimiento de la población asturiana. Calculadas las tasas centrales de mortalidad por edades, nosotros obtuvimos una tasa tipificada de 8,61 por 1.000 habitantes en el año 1979 -Tabla I-. Con este resultado afirmamos que el riesgo de morir en Asturias es mayor que el nacional para dicho período y que supone, aplicando el riesgo atribuible $-1,009 \cdot 10^{-6}$ defunciones por habitante-unas 1.136 defunciones al año, que podrían ser evitadas si se tuviese el mismo riesgo de morir que en el resto de España. El riesgo relativo de morir en Asturias es significativamente más alto que el nacional -método de Sheeche Collimon, pág. 253-. Esta diferencia tampoco se explica por el azar; la comparación de ambas mortalidades mediante una prueba de χ^2 indica que la tasa asturiana es significativamente más alta que la nacional $-p < 0,001$.

En las Tablas VI y VII y correspondientes gráficos se observa la distribución de las defunciones por grupos de edad y sexo. Llama la atención el aporte de las edades más productivas a la mortalidad de la región. Este aporte es elevado en el grupo de 30 a 34 años y en

el de 40 a 50. Siendo éste un fenómeno observable en todos los países desarrollados, consideramos que el importante aporte de la mortalidad varonil a dichas edades, que duplica la mortalidad femenina en las mismas, traduce una sobredimensión de este fenómeno -Gráficos V, VI y VII-. A la vista de las tasas de mortalidad por causas, creemos que el mayor peso de la patología traumática laboral y extralaboral, así como las tasas más elevadas por patología cardiovascular y tumoral orienta hacia las causas de dicha sobredimensión.

GRAFICO V
DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD
POR EDADES Y SEXO
Asturias 1979

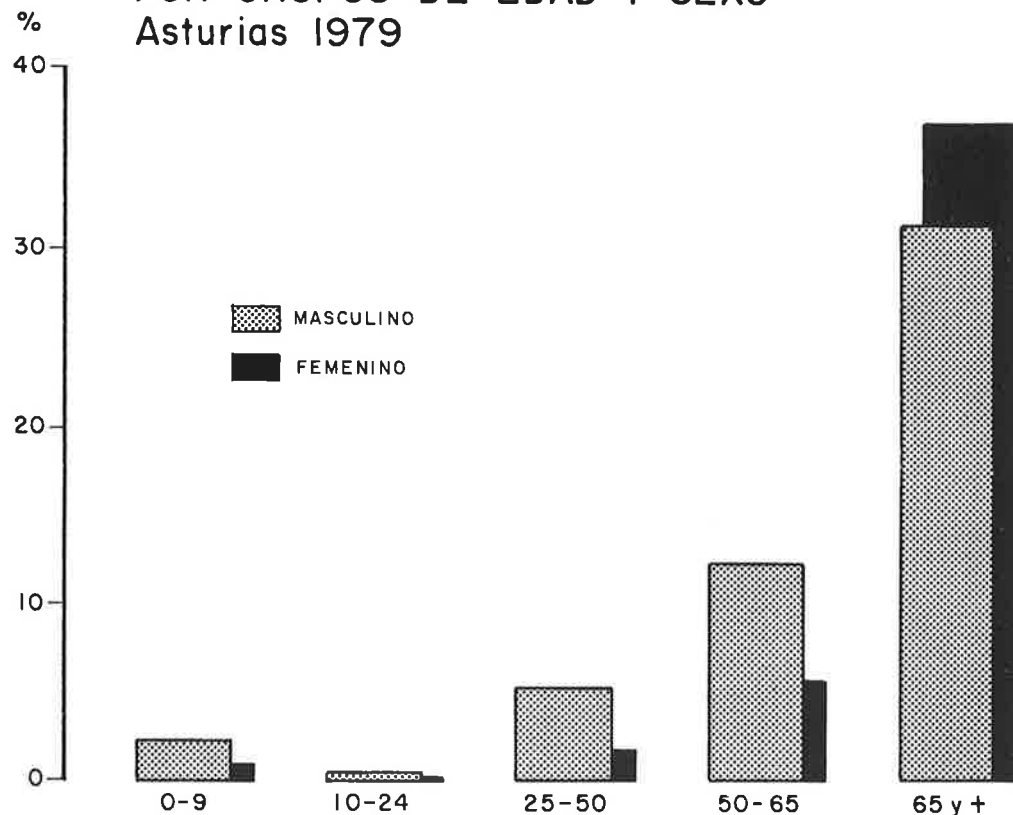


* Representación semilogarítmica

* Tasas centrales según estructura de población española. 1979

GRAFICO VI

DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO Asturias 1979



FUENTE: Tabla VII

El índice de Swaroop -88% de las defunciones son mayores de 50 años- refleja el nivel de desarrollo en que nos movemos. A nosotros, sin embargo, este indicador no nos parece sensible a efectos de comparación con otros territorios desarrollados. Por ello hemos calculado el % de defunciones de mayores de 65 años, que, a nuestro entender, se acerca más a la expectativa de vida del país. Este índice -69,5% de defunciones de mayores de 65 años- se encuentra en consonancia con el de los países europeos. Fluctúa ampliamente si se determina por sexo. Mientras para el sexo masculino es de 60% -escaso para nuestro nivel de vida-, para hembras es del 80%, apuntando a mejores condiciones de mortalidad en ellas.

La esperanza de vida al nacimiento muestra escasas variaciones en el marco de los países europeos. En España es de 74 años, fluctuando entre 72 años para varones y 76 para hembras. Nosotros hemos calculado la esperanza de vida estimando la estructura de población para el año 79 por dos métodos distintos. Creemos que los márgenes de variación entre ambos métodos le asegura confiabilidad al resultado.

La esperanza de vida al nacimiento para dicho año es ligeramente inferior a la nacional -70 años- en los varones. Sin embargo, para las hembras la esperanza de vida es 2 años superior -78 años-. Estos valores son comparables con los de cualquier país desarrollado y siguen en la tónica general de privilegio en que se mueven los indicadores del nivel de mortalidad para España desde hace años. -Téngase en cuenta que en el año 1958 España tenía la misma mortalidad cruda que actualmente (34)-. Por otra parte, la tendencia a la estabilización de la esperanza de vida para varones y al crecimiento de la de las hembras parece ser una tendencia internacional (7). Ello, no obstante, creemos que pequeñas variaciones en la e_0 deben tenerse en cuenta, sobre todo cuando el análisis más profundo de la mortalidad suscribe estas diferencias. En nuestro caso, aunque la media para ambos sexos coincide con la nacional, lo hace sobre un recorrido 4 años mayor. Lamentablemente no conocemos hasta ahora ningún otro cálculo de la esperanza de vida para Asturias y no podemos analizar la evolución de la misma.

Los ocho años que media entre la esperanza de vida para hombres y mujeres creemos que corrobora la existencia en Asturias de factores de riesgo suplementarios a los correspondientes nacionales y que proceden del tipo de actividad productiva, además de factores socio-ambientales que repercuten desfavorablemente sobre la mortalidad de los varones -Tablas I, III, VIII del Anexo-. En nuestra opinión, este suceso ameritaría un estudio diferencial por áreas de salud, a fin de conocer la repercusión que las áreas más industrializadas tienen en el nivel de mortalidad de los varones.

Desde el punto de vista de las actividades de salud, creemos que la captación precoz del adulto de riesgo y la vigilancia de los riesgos industriales, laborales y psicosociales deben tenerse en cuenta en el programa de atención al adulto. La mayor responsabilidad de esta vigilancia y de dicha captación corresponderá lógicamente a nuestras estructuras de atención primaria e implica un cambio de actitud hacia la actividad profesional. El equipo y el profesional de atención primaria debe pasar de la recepción pasiva y la atención a demanda de este tipo de usuario a la adopción de una actitud de búsqueda activa de casos que permita prevenir, al menos, ya que no la enfermedad en todos los casos, sí la muerte de los varones asturianos.

En el Gráfico VII se puede apreciar esto que venimos diciendo. La sobre-mortalidad masculina presenta dos picos elevados que alcanza el 450% para el grupo de edad de 30-35 años, y otro, no tan pronunciado, entre los 50 y 55 años. Pensamos que el primero se nutre de la alta incidencia de patología traumática laboral y accidental. El segundo, creemos que refleja el mayor riesgo de morir del varón maduro en la región por enfermedades del corazón, tumores, cirrosis hepática, suicidio, enfermedades respiratorias y otras.

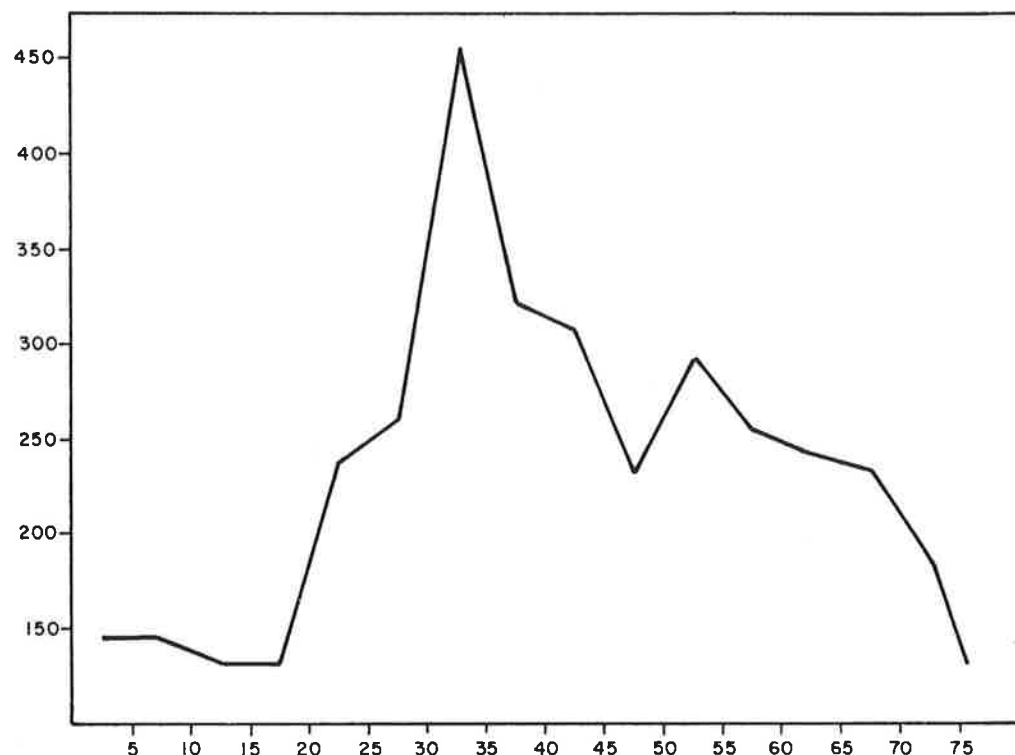
Análisis de la mortalidad según causas

Las causas de muerte siguen en Asturias la misma secuencia que a nivel nacional. A fin de identificar los problemas específicos hemos agrupado las mismas en 17 epígrafes, siguiendo la clasificación B de la C.I.E. 8va. Revisión -Tablas VIII y X.

Para el estudio comparativo, los datos reflejados corresponden al año 1979; no obstante, el error que esto pudiera reflejar, hemos contrastado nuestro estudio con otros realizados en la región (36) y se ha comprobado su concordancia en líneas generales. A pesar de ello, somos conscientes que las inferencias que de él se obtengan han de aplicarse con prudencia y quedan sujetas a comparaciones con períodos más largos.

GRAFICO VII

PORCIENTO DE SOBREMORTALIDAD MASCULINA POR EDADES Asturias 1979



FUENTE: Tabla VI

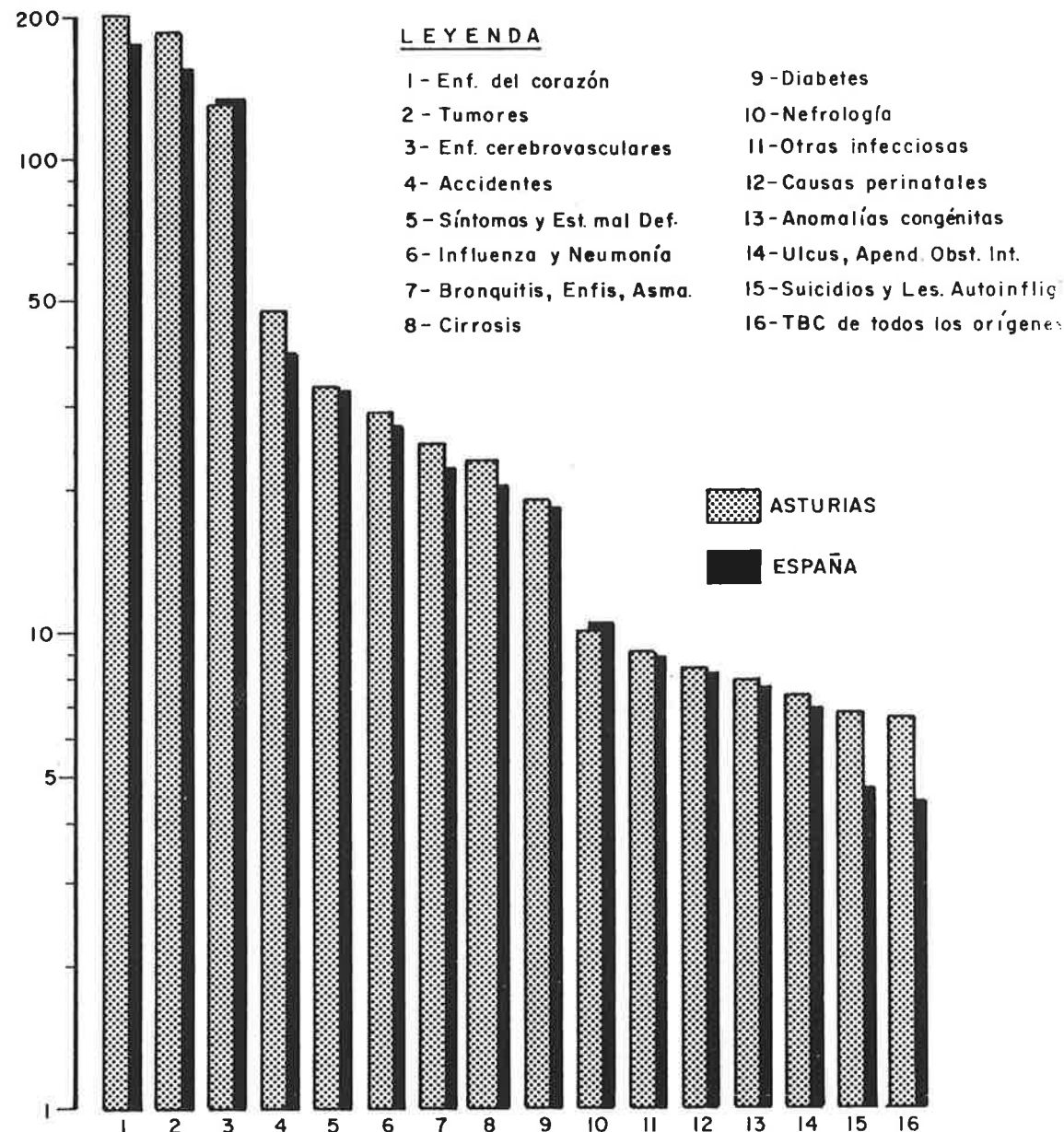
Las cuatro primeras causas de muerte en Asturias son las enfermedades del corazón, los tumores, las enfermedades cerebrovasculares y los accidentes, respectivamente.

En la composición interna de la mortalidad tienen más peso relativo en Asturias las causas tumorales, respiratorias, las congénitas y el suicidio, que a nivel nacional. Sin embargo, tienen menor peso relativo las causas cerebrovasculares, las perinatales y las digestivas de carácter quirúrgico.

El perfil de la mortalidad en Asturias se acentúa si acudimos al estudio comparativo de las tasas específicas a nivel regional y nacional. En primer lugar, el riesgo de morir es superior en Asturias para todas las causas si exceptuamos las enfermedades cerebrovasculares, las causas perinatales y las del grupo quirúrgico -Gráfico VIII y Tabla X.

GRAFICO VIII

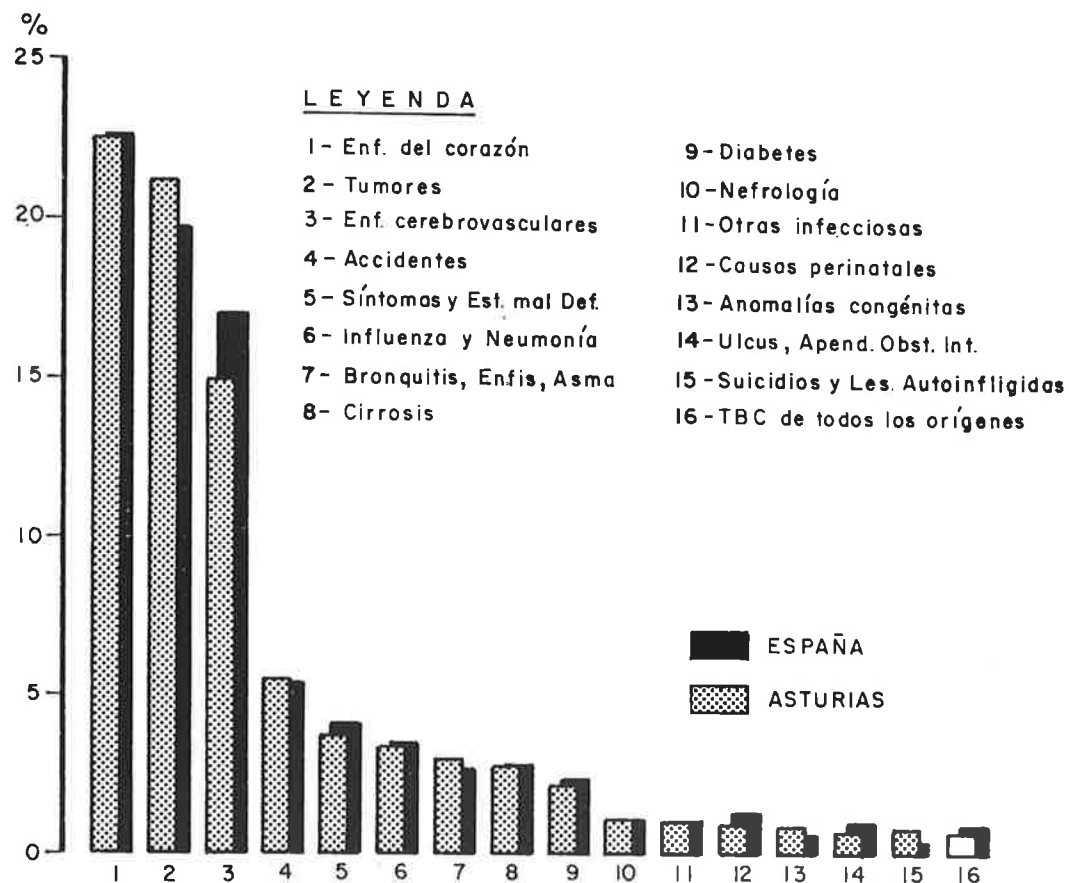
MORTALIDAD POR CAUSAS TASAS POR 100000 HABITANTES



FUENTE: Tabla X

GRAFICO IX

MORTALIDAD PROPORCIONAL Asturias y España 1979



FUENTE: Tabla X

Para eliminar la influencia del azar en la significación de las diferencias de tasas hemos utilizado la prueba de χ^2 . Obtuvimos, de este modo, la relación de causas para el total de la población y para cada sexo, que presentaban un riesgo de muerte significativamente más alto en Asturias que en el resto del Estado.

A fin de poder cuantificar el riesgo, cruzamos la prueba de χ^2 significativa –mayor de 3,84, 6,63 y 10,83 para 95, 99 y 99,9% de confianza, respectivamente– con el cálculo del intervalo de confianza para el riesgo relativo –Tasa de expuestos / Tasa de no expuestos–. Un límite inferior del riesgo relativo mayor de uno se tomó como indicador de que el factor de riesgo está presente – $p < 0,01$.

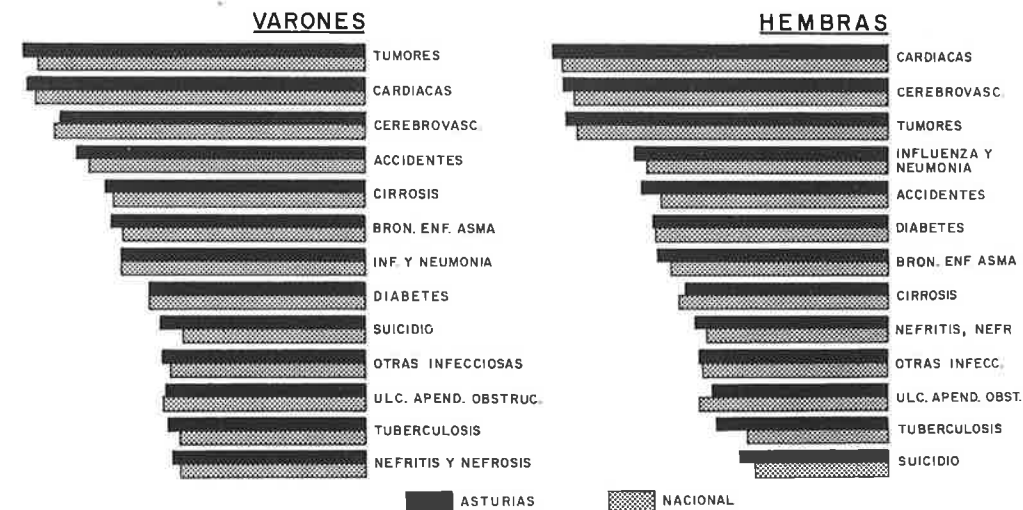
Por último, cuantificamos en las causas en que se daban estos dos pre-requisitos ($\chi^2 > 3,84$ y límite inferior del riesgo relativo > 1) las defunciones declaradas por las mismas causas que son atribuibles al riesgo de morir en Asturias y que no se producirían si tuviésemos el mismo riesgo potencial de muerte que en el resto de España. La cuantificación de las defunciones da una idea fiel de la repercusión del riesgo y, por tanto, de la transcendencia social y económica de la pérdida de vidas. A efectos de la planificación, orienta la distribución de los recursos en aquellas causas en que la actividad de los servicios de salud pueden combatir los diversos factores causales, bien sea mediante la prevención, como en la tuberculosis, bien mediante la captación precoz, como en el caso de las enfermedades del corazón y algunos tumores.

Hasta donde nosotros hemos llegado, el método refleja una situación global de mayor riesgo de morir para la región. El análisis de los factores de riesgo específico para cada causa, aunque haremos algunas apreciaciones, queda pendiente de trabajos posteriores.

Si bien para el conjunto de la población las causas de muerte, por orden de frecuencia, siguen el mismo patrón que a nivel nacional, no ocurre lo mismo cuando se ordenan las tasas de mortalidad específicas por sexos –Gráfico X y Cuadro II.

GRAFICO X

MORTALIDAD POR SEXO Y CAUSAS Asturias y Nacional, 1979



FUENTE: Tabla X

* Representación semilogarítmica. Tasas por 100 000 habitantes

CUADRO II
Trece primeras causas de muerte según sexo
Asturias 1979

VARONES	Tasa x 10 ⁵	HEMBRAS	Tasa x 10 ⁵
1. Tumores	231	1. Cardíacas	189
2. Cardíacas	209	2. Cerebrovasculares	159
3. Cerebrovasculares	102	3. Tumores	146
4. Accidentes	69	4. Influenza y neumonía	32
5. Cirrosis	37	5. Accidentes	27
6. Bronquitis, enfisema y asma	32	6. Diabetes	24
7. Influenza y neumonía	27	7. Bronquitis, enfisema y asma	19
8. Diabetes	14	8. Cirrosis	10
9. Suicidio	11	9. Nefritis y nefrosis	8
10. Otras infecciosas	10	10. Otras infecciosas	7
11. Ulcus, apendicitis y obstruc.	9	11. Ulcus, apendicitis y obstruc.	5
12. Tuberculosis	8	12. Tuberculosis	5
13. Nefritis y nefrosis	8	13. Suicidio	3

FUENTE: I.N.E. Movimientos Naturales de la Población,
Anuario Estadístico, 1983.

En tanto, para las hembras, las 8 primeras causas de muerte coinciden con las nacionales, en los varones el orden de frecuencia se altera para situar a los tumores como primera causa, seguida de las cardíacas, cerebrovasculares y accidentes. Estas secuencias coinciden con la reportada por el trabajo «Diagnóstico de salud de Ventanielles» para la población de aquella zona.

En el Cuadro III se recogen aquellas causas de muerte que presentan una frecuencia significativamente más elevada para Asturias en relación al resto de la Nación.

El riesgo de muerte por enfermedades cardíacas, tumores, accidentes, bronquitis, enfisemas y asma, infecciosas, anomalías congénitas y suicidios es más elevado –p < 0,001– que en el resto de España para el conjunto de la población asturiana.

Las muertes atribuidas a este mayor riesgo –riesgo atribuible– suponen 1.167 para el año –11% de la mortalidad anual.

El riesgo atribuible a las tasas para varones aporta el mayor peso en la elevación del riesgo para tumores, accidentes y suicidios, y, en general, en las cinco causas en que el incremento del riesgo es significativo para los dos sexos.

La cirrosis hepática –5ta. causa de muerte en varones– presenta un riesgo de muerte significativamente más alto sólo en los varones. Igualmente, el aumento de riesgo de suicidio en la región se produce a expensas, exclusivamente, de los suicidios masculinos –82% de las defunciones atribuidas son de varones.

CUADRO III
Causas de muerte según sexo y significación del riesgo.
Casos y controles. Asturias y España 1979

	AMBOS SEXOS				VARONES				HEMBRAS			
	Confianza X ²	Límite inf. del riesgo relat.	Riesgo atribuible x 10 ⁵	Defunc. atribuidas al riesgo	Confianza X ²	Límite inf. del riesgo relat.	Riesgo atribuible x 10 ⁵	Defunc. atribuidas al riesgo	Confianza X ²	Límite inf. del riesgo relat.	Riesgo atribuible x 10 ⁵	Defunc. atribuidas al riesgo
Enferm. del corazón	99,9	1,07	21,8	245	99	1,06	22,9	125	99,9	1,06	20,9	121
Tumores	99,9	1,17	34,1	384	99,9	1,20	49,3	269	99,9	1,08	20,2	117
Accidentes	99,9	1,12	8,9	100	99,9	1,12	13,7	75	95	1,03	4,7	27
Influenza y neumonía									99	1,04	5,9	34
Bronq., enfisema y asma	99,9	1,13	5,6	63	95	1,05	5,8	32	99,9	1,15	5,4	31
Cirrosis					95	1,01	5,2	28				
Otras infecciosas	99,9	1,07	4,0	45								
Anomalías congénitas	99,9	1,38	3,3	37								
Suicidio y les. autoinf.	99,9	1,35	2,9	33	99,9	1,41	5,0	27				
Tuberculosis									99,9	1,63	8,5	14
Otras	99,9	1,16	23,1	260	99,9	1,16	31	170	95	1,01	11,0	64
TOTAL				1.167				726				408

FUENTE: Tablas XI, XII y XIII del Anexo.
No se calcularon las Anomalías congénitas por sexo.

Al sexo femenino le son exclusivos –tomando como medida la significación de Chi²– mayores riesgos de morir por influenza y neumonía y por tuberculosis. Volveremos sobre esto más adelante.

En resumen, los varones aportan el 64% de las defunciones atribuidas al riesgo diferencial de muerte existente en Asturias.

Ya hemos dicho que existe un grupo de causas que presentan tasas más bajas para Asturias que para España. De todas ellas merece mencionar las causas cerebrovasculares, cuya Tasa Regional para varones presenta menor magnitud que la del resto de la nación. Esta diferencia, no explicada por el azar $-p < 0,01-$, sugiere que en Asturias –en relación con la población española– existiría algún factor protector de la muerte por cerebrovasculares en varones. Nosotros creemos que, dada la relación existente entre la muerte por cerebrovasculares y la edad avanzada, las causas de esta diferencia podrían hallarse en varios hechos: la pre-selección que la mortalidad hace entre los varones en edades donde la muerte por cerebrovasculares es menor, la mayor proporción de población urbana o la existencia de una red hospitalaria pública relativamente más amplia que en el resto del Estado. Debe considerarse, no obstante, que los datos de mortalidad por esta causa están fuertemente influenciados por la calidad del certificado de defunción –Lilienfield.

Análisis de algunas causas de muerte

Las enfermedades del corazón representan el 22,6% de todas las causas de muerte. El riesgo de morir por este concepto es más elevado que en el resto del Estado, tanto para varones como para hembras. La tasa para varones –202 x 100.000 habitantes– es superior a la de las hembras –187 x 100.000 habitantes–. En ambos sexos la prueba de Chi² indica que este mayor riesgo para Asturias no se debe al azar.

CUADRO IV
Mortalidad por enfermedades del corazón. Distribución por causa y sexo
Asturias 1979

	VARONES		HEMBRAS		TOTAL	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Fiebre reumática activa	–	–	–	–	–	–
Enfermedad reumática del corazón	50	2	94	4	144	6
Enfermedad hipertensiva	23	1	40	2	63	3
Enfermedad isquémica	713	32	510	23	1.223	55
Otras	362	16	454	20	816	46
TOTAL	1.148	51	1.098	49	2.246	100

FUENTE: I.N.E. Movimientos naturales de la población. II Tomo, 1979.

La distribución por causas más específicas de las defunciones por enfermedades del corazón sigue el patrón clásico, siendo el 55% de causa isquémica –59% a nivel nacional–. Dentro del grupo «otras» –aunque no ha sido reflejado en el Cuadro– figuran las congénitas que suponen el 4,2% del total. Dado el lugar que las causas de muerte respiratorias ocupan en la región, en este grupo el peso de las cardiopatías de origen pulmonar pudiera suponer el grupo de causas mayor.

La cardiopatía sifilítica y la endocarditis suponemos que tengan el menor peso en este grupo –no se reporta ningún caso de muerte por lúes cardiovascular.

En cuanto a la distribución por sexos, la cardiopatía hipertensiva y la reumática crónica producen más muertes en hembras que en varones, y al contrario ocurre con las isquémicas.

Si exceptuamos estas últimas, todas las otras causas de muerte por enfermedades del corazón son consecuencia de procesos anteriores y evitables por evitación del riesgo –prevención primaria– o por evitación de las consecuencias dramáticas –prevención secundaria–. Las reumáticas actuando sobre el acceso inicial y sobre las recurrencias, las de origen pulmonar mediante la prevención de las enfermedades respiratorias y la atención medio-ambiental, la endocarditis previniendo las congénitas y reumáticas y, en fin, las congénitas mejorando la atención y seguimiento del embarazo y evitando las enfermedades virósicas en el curso del mismo. Queremos destacar el papel de la A.P.S. en este sentido, permitiendo el seguimiento y la captación de los enfermos y evitando los riesgos en los sanos.

Un buen programa de atención al riesgo de enfermedad cardíaca y de muerte por esta causa debiera precisar con claridad criterios de remisión y sistemas de referencia de pacientes y establecer con nitidez los equipos de atención a cada nivel. Debiera precisar, según la edad, los hábitos y el sexo la frecuencia de atención individual. Asimismo, generalizar actuaciones en cuanto a: certeza de infarto, sospecha de infarto, certeza de angina y sospecha de angina; debiera establecer normas para la profilaxis de endocarditis bacteriana y de cardiopatía congénita y la existencia de un programa de vigilancia y control de la enfermedad hipertensiva protocolizado.

En muchos países han sido establecidos o están en curso de instaurarse programas de puntaje de los riesgos cardiovasculares que permiten establecer el nivel de riesgo de los individuos y, en función del mismo, el número de consultas y visitas médicas que deben recibir.

Tumores

De cada 100.000 habitantes mueren en Asturias, por cáncer, 20 más que a nivel nacional. En número absoluto de certificaciones de muerte por esta causa, Asturias es la tercera provincia detrás de Madrid y Barcelona en muertes por tumor maligno recto-sigmoides y neoplasias del tejido linfático y hemopoyético. Además, la cuarta en número de óbitos por tumor de tráquea, bronquios y pulmón en varones; la quinta en número de muertes por tumor de estómago, leucemias y tumores benignos o de naturaleza no especificada.

El Cuadro V muestra las tasas para Asturias y Nacional de defunciones por distintas causas tumorales. No se han hecho figurar los tumores de piel que, como causa de muerte, tiene tasas más altas a nivel Nacional; todas las demás presentan mayor frecuencia en Asturias.

Que la muerte por tumor maligno en varones sea la primera causa de muerte en la región –1979– y que ello coincida con el estudio de Ventanielles para el período 1979-1983, nos

CUADRO V

Tasas x 10⁵ de mortalidad Regional y Nacional por tumores malignos
Año 1979

LOCALIZACION	Regional	Nacional
T. tráquea, bronquio y pulmón (Varones)	30,9	20,28
T. estómago	25,31	21,54
T. intestino (excepto recto-sigmoide)	12,34	9,86
T. de mama	10,92	9,08
T. de próstata	7,99	7,93
T. recto-sigmoide	6,48	5,13
T. linfáticos y hematopoyéticos (excepto leucemia)	6,92	4,10
Leucemia	5,77	4,80
T. óseos	2,04	1,64
Otras localizaciones y no especificadas	52,2	48,2

FUENTE: I.N.E. Movimientos naturales de la población. 1983.
Mortalidad por causas según lista A., 8.ª revisión de la CIE.

parece digno de un estudio más profundo que éste, habida cuenta que en la mayoría de los países desarrollados esta tasa es la mitad y hasta la tercera parte de la mortalidad por enfermedades cardíacas (33).

Al situarse la mortalidad por tumor maligno en una posición tan elevada, estamos hablando de dos conceptos: el riesgo y la calidad de la atención que se presta a nivel primario. Este es un capítulo que sólo se logrará disminuir mediante un buen programa de diagnóstico precoz, un plan de educación para la salud y el control estrecho de los riesgos industriales y medio-ambientales. Es evidente que esta tarea no puede quedar en manos de un pequeño grupo de profesionales especializados y del equipamiento técnico sofisticado de un servicio hospitalario. Por el contrario, ha de impregnar todo el tejido de los servicios de atención y debe ser implementada y controlada por la Administración Sanitaria Regional.

Hemos comparado las tasas presentadas con las de Barcelona, Madrid, Vizcaya y persisten las diferencias en la mayoría de los epígrafes expuestos. Asimismo, se han estimado las diferencias aplicando la proporción de población envejecida a nivel Regional y Nacional,

siendo éstas mínimas. Cuestionamos desde estos puntos de vista que el mayor envejecimiento de la población explique las diferencias encontradas y quedaría por precisar hasta qué punto ellas son debidas al tipo de equipamiento industrial y la polución que genera.

Accidentes

En cuanto a la mortalidad por accidente, consta de dos grandes grupos: los accidentes del tránsito y los accidentes de trabajo. En Asturias fallecen 9 personas de cada 100 víctimas de accidente (29)*. La mayor proporción a nivel Nacional, si exceptuamos Cuenca.

La rapidez en recibir atención médica, junto a la prevención del alcoholismo en los conductores, creemos que son los dos factores que más influenciarían la reducción de la mortalidad por accidente de tránsito. Algunas medidas preventivas podrían reducir esta proporción en la región. En primer lugar, la alta mortalidad de los accidentes producidos en las vías rápidas sería susceptible de reducción priorizando la vigilancia y atención en las mismas. En segundo lugar, la proporción de accidentes mortales producidos en zonas alejadas como Cangas del Narcea, Tapia de Casariego o Ribadesella podrá mejorarse con la puesta en marcha de los dos centros hospitalarios en construcción actual.

Los accidentes de trabajo son, con diferencia, el gran grupo de accidentes que más influye en la mortalidad por este concepto —téngase en cuenta que aproximadamente el 30% de los considerados accidentes de trabajo son «in itinere»—. En valores absolutos, Asturias es la provincia que genera más accidentes de trabajo después de Barcelona y Valencia. En cifras relativas a las poblaciones respectivas supera a todas las demás provincias.

El factor que más influencia la mortalidad por accidentes de trabajo es el ramo industrial donde se producen. En esto Asturias se encuentra en franca desventaja respecto a la Nación, dado el predominio del sector metal, el extractivo y la construcción.

CUADRO VI

Accidentes de trabajo. Asturias 1973-1982
Valores absolutos

AÑO	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
N.º de accidentes	39.693	37.464	38.838	29.586	27.090	26.430	25.950	22.492	22.385	21.328

FUENTE: I.N.E. Anuario Estadístico 1983.
Tasa: 34 x 1.000 habitantes entre 15 y 65 años. 1979.

* Consta en la Fuente como «Víctima de accidentes» sin especificar si son los que viajan o los que solicitan atención. I.N.E. Anuario Estadístico 1983.

El nivel en que se encuentra la Seguridad e Higiene en España juega además un importante papel en la producción de accidentes de trabajo.

Según datos nacionales proporcionados por el Comentario Sociológico de 1984 –primer semestre–, el 60% de los trabajadores soporta ruidos de más de 95 db., el 40% se mueven entre humos, polvos y gases nocivos, y el 90% de los trabajadores no reciben información sobre los riesgos laborales para la salud. Además, el 97% de las empresas nacionales no asigna presupuesto para Seguridad e Higiene, y un 89% carecen de servicios médicos de empresa –la ley sólo obliga a empresas con más de 2.000 trabajadores–. El 20% de los obreros no pasa reconocimientos médicos periódicos.

Este panorama exige desarrollar de forma planificada la medicina de empresa y establecer las inspecciones de trabajo –cuya tendencia está en descenso– de las empresas de modo riguroso. Es necesaria, además, la elaboración de un mapa de riesgo laboral que permita orientar las actuaciones asistenciales y que contribuya a justificar el destino de los recursos dedicados a las mismas.

Suicidio

De entre las defunciones de causas violentas, un problema de origen muy distinto son los suicidios. La tasa de mortalidad por suicidio es significativamente –p < 0,001– más elevada para Asturias que para el resto de España. La diferencia está propiciada por la alta mortalidad por suicidio entre varones, no siendo significativa la diferencia para hembras. El porcentaje del riesgo atribuible para varones es 45%; es decir, en relación a la población, se suicidan en Asturias 45% más de varones que en el resto de España.

Teóricamente se plantea por algunos autores que el factor que más influencia la tasa de suicidio es el grado de envejecimiento de la población*. Nosotros pensamos que el envejecimiento no tiene importancia sustancial en la mayor tasa de mortalidad en la Región. Hemos tipificado la tasa de suicidio de Asturias y España con la proporción de población mayor de 65 años, persistiendo las diferencias en el mismo grado de significación estadística.

Factores de mayor influencia y mejor estudiados, que se correlacionan con el suicidio, son la depresión, el alcoholismo y el consumo de fármacos psicótrópos. No disponemos de datos suficientes para confirmar esta correlación en cuanto a la depresión ni al consumo farmacológico en Asturias. El alcoholismo, sin embargo, tiene una presencia importante en la región. Por esta causa requirieron hospitalización, en el año 1983, 531 varones y 50 hembras, además de los 96 ingresados por adición a otras drogas. En cuanto al grupo de envenenamiento y efectos tóxicos por agentes medicinales supuso 314 ingresos en el mismo año.

En correspondencia con los datos nacionales, el 71% de los suicidios son varones; el estado civil predominante es el grupo de casados. No se ha podido conocer cuáles son los móviles principales ni los instrumentos empleados. Es necesario destacar, sin embargo, que el estudio del suicidio por sexo supone la necesidad de profundizar en los métodos empleados, ya que estudios realizados han evidenciado el empleo de métodos más violentos por los varones –ahorcamiento, lanzamiento de alturas elevadas, armas de fuego– que difícilmente propician subregistro, mientras que en las hembras son más frecuentes los envenenamientos y las inmersiones voluntarias que propician la notificación de carácter accidental.

* Bruno R., Lima: «Epidemiología y Psiquiatría», Dpto. de Psiquiatría de la John Hopkins University. EE.UU.

CUADRO VII
Suicidios consumados por sexo y estado civil
Asturias 1981

ESTADO CIVIL	Varones	%	Hembras	%	TOTAL	%
Solteros	26	29,2	8	9	34	39
Casados	35	39	6	6,8	41	46
Viudos	2	0,4	11	12,5	13	15
TOTAL	63	71,6	25	28,4	88	100

FUENTE: I.N.E. Anuario 1982.

Este tema, que necesitaría una mayor profundización, merecería incluirse en el Programa de Atención Mental que la Consejería de Sanidad está llevando a cabo en los últimos años.

Cirrosis hepática

Como causa de muerte en varones es, asimismo, más elevada en Asturias. Con toda seguridad esto guarda relación con el alto consumo de bebidas alcohólicas en la región y, fundamentalmente, en las áreas de producción minera, como ha sido estudiado por el Dr. P. Quirós. Después de Francia, ésta es la tasa más alta de consumo de alcohol por persona mayor de 15 años y supone 16 litros de etanol al 100%, en 1982, por persona (37).

Este grupo, junto al suicidio, califica la calidad de vida en la región, pero además indica el bajo nivel de atención preventiva que se presta a nivel ambulatorio al enfermo alcohólico, cuya larga evolución antes de producirse la muerte pasa por fases clínica y anatomopatológica bien establecidas.

Tuberculosis

De todas las enfermedades de declaración obligatoria, ésta es la segunda causa de muerte después de la neumonía; aún no sabemos qué proporción de tuberculosis se encubre bajo declaraciones de neumonía. En cualquier caso, Asturias es una región endémica en esta afección y, clásicamente, se ha relacionado la alta prevalencia de la enfermedad con su asociación a las enfermedades profesionales de la minería del carbón. No es extraño, entonces, que la frecuencia de la muerte por tuberculosis sea más alta en Asturias que en el resto del país. Esta premisa lógica no puede ser aplicada, sin embargo, al analizar la mortalidad por sexo. Mientras en varones la frecuencia de la muerte por esta causa no es significativa en relación con la nacional y la diferencia pudiera deberse al azar –Chi² = 2,09–, en hembras el riesgo relativo es doble que el nacional y la diferente tasa de muerte por tuberculosis no atribuible al azar –p < 0,001.

Las diferencias obtenidas en cuanto al riesgo más elevado de mortalidad por tuberculosis para las mujeres en Asturias podrían encontrarse, en alguna medida, influidas por una mayor concentración de la mortalidad por esta causa en la población mayor de 65 años, para la cual Asturias posee una proporción mayor en las mujeres que en el resto de España. Criterios más precisos al respecto podrían ofrecerse a partir de las tasas de mortalidad por sexo y edad, sin embargo, las mismas no estuvieron disponibles para este estudio.

Mortalidad por enfermedades de declaración obligatoria

Se han agrupado las causas de muertes por enfermedades de declaración obligatoria -Tabla XIV, Gráfico XI- por el valor que este grupo tiene para calificar la efectividad de las actividades de atención a la salud.

En conjunto las muertes por E.D.O. representan el 5,6% del total de las defunciones -1979-. La tasa global -50 x 100.000 habitantes- es más elevada que el resto de la nación y ello aun prescindiendo de la tuberculosis, la gripe y la neumonía, sobre las cuales ya se ha hablado.

Análisis de la mortalidad según evitabilidad

La clasificación de la mortalidad por el grado de evitabilidad de las causas de muerte es un buen indicador para describir la situación actual en dependencia de acciones correctoras. Nosotros hemos tomado la clasificación realizada para el estudio de los cambios en la mortalidad en Argentina por el Ministerio de Salud de Acción Social: «Algunos factores relacionados con los cambios en la mortalidad», 1974-1975.

La metodología seguida para la clasificación estuvo condicionada a la disponibilidad de datos. Dicha clasificación ha sido elaborada según la C.I.E. 8va. Revisión. Como quiera que se trata de distintas latitudes y enfoques de patrones distintos de mortalidad, hemos hecho algunas modificaciones.

En primer lugar, el grupo de muertes evitables por saneamiento ambiental, que no tiene un peso significativo en la región, ha sido incluido entre las enfermedades evitables por medidas mixtas (como causa de muerte).

En segundo lugar, las muertes por fiebre reumática aguda y enfermedad reumática crónica del corazón, que en la primera clasificación figuran en el grupo I, han sido encajadas en el grupo II: Causas evitables por diagnóstico y tratamiento médico precoz. Asimismo, hemos incluido en este grupo el epígrafe infecciones meningocócicas y meningitis.

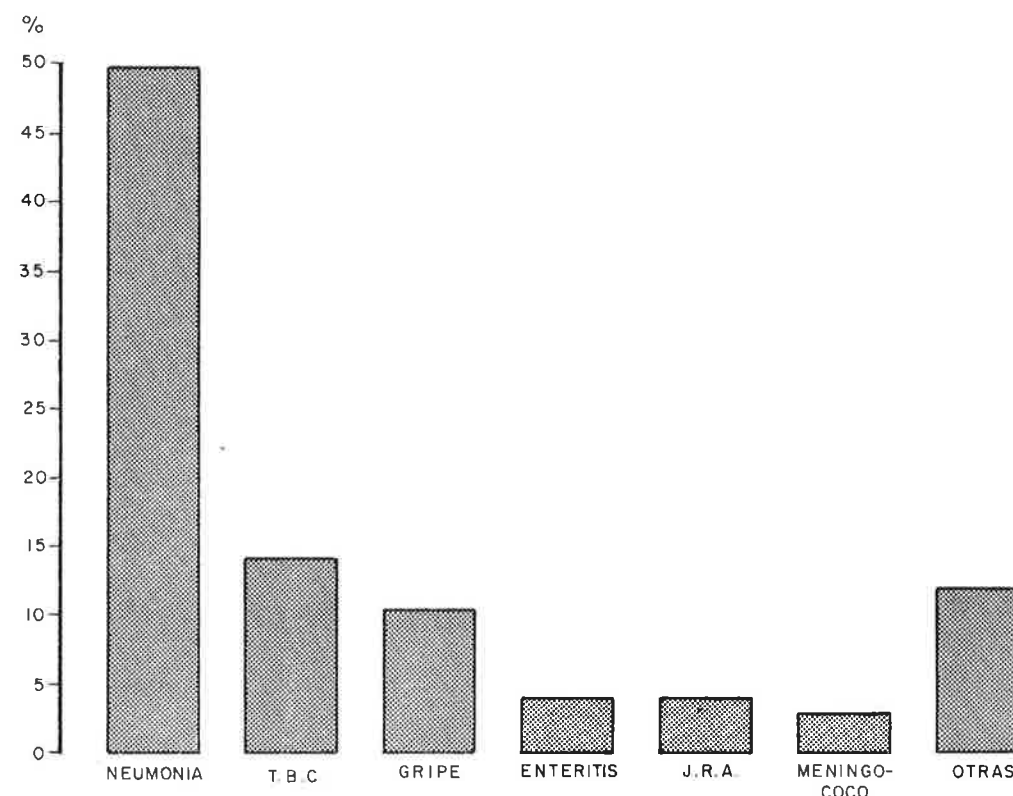
En el grupo III: Defunciones evitables por aplicación de medidas de tipo mixto, hemos considerado el epígrafe bronquitis, enfisema y asma. Además, la diabetes, que no figuraba en la clasificación original, ha sido consignada dentro del grupo de causa de muerte evitable por diagnóstico y tratamiento médico precoz: grupo II.

Por último, en el grupo V hemos incluido las causas de difícil clasificación, entre las que figuran: enfermedades osteomusculares, todas las demás infecciosas y parasitarias, infecciones de la piel y tejidos subcutáneos, avitaminosis y nutricionales, otras enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos, psicosis, neurosis y oligofrenia y trombosis venosa y embolia. En el Anexo figura la clasificación.

La clasificación es discutible por cuanto podría sufrir algunas variaciones según los criterios de inclusión. No obstante, pensamos que puede ser muy útil para una primera apro-

GRAFICO XI

MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA Asturias 1979



FUENTE: Tabla XIV

ximación al grado de evitabilidad de la muerte en Asturias. La previsión de las muertes esperadas, aplicando las tasas actuales a la población de la fecha a observar, y su diferencia con las muertes observadas puede dar una buena idea de la evolución de las causas de muerte según su evitabilidad.

CUADRO VIII
Mortalidad según grado de evitabilidad
Asturias 1979

GRUPOS	Varones	Hembras	TOTAL	%
I.- Muertes evitables por vacunación o tratamiento preventivo	6	3	9	1
II.- Muertes reducibles por diagnóstico o tratamiento precoz	626	647	1.273	13
III.- Muertes reducibles por un conjunto de medidas	741	405	1.146	11
IV.- Muertes difícilmente evitables	3.133	3.096	6.229	63
V.- De difícil clasificación y otras	751	528	1.279	12
TOTAL	5.257	4.679	9.936	100

FUENTE: Movimientos naturales de la población, I.N.E. 1979.
Tabla XV.

Las causas de muerte difícilmente evitables con los conocimientos actuales constituye el primer renglón con un 63% sobre la mortalidad total de la región. Dentro del mismo, las causas cardíacas, 18%; cerebrovasculares, 15%, y el grupo de los tumores, 12%, son los de mayor peso. Siguen en frecuencia las causas reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz -13%- . Dentro de ellas, los tumores de próstata, mama y las enfermedades reumáticas crónicas del corazón tienen el mayor protagonismo. No podemos soslayar que el grupo de infecciones meningocócicas y meningitis tienen un alto número de decesos para lo esperado en la región -39-; suponemos que el año 1979 haya sido epidémico. De no ser así, ameritaría una reflexión más profunda.

Siguen en frecuencia las causas mal definidas. El grupo de causas de muerte reducibles por un conjunto de medidas suponen el 11% de todas. Dentro de ellas, los accidentes de tránsito, seguidos de las neumonías, las cirrosis hepáticas y las bronquitis, enfisema y asma son las causas de mayor frecuencia.

Por último, las causas evitables por vacunación o tratamiento preventivo suponen el 0,9% de todas, y dentro de ellas las sífilis terciarias y el tétanos son las más importantes. Aun suponiendo que éste es un grupo poco importante de las causas de muerte -como corresponde al nivel de desarrollo- durante el año estudiado, se declararon 5 muertes por com-

plicaciones de sífilis, 2 por sarampión y una por tétanos. A la vista de las declaraciones de E.D.O. es preceptivo tener en cuenta estas causas de muerte. En lo que respecta a la sífilis, su declaración está en aumento y, aunque las declaraciones en este momento no dicen mucho sobre su incidencia y prevalencia real, la propia Consejería de Sanidad advierte sobre su presunta extensión en la región (ob. cit.). Es necesario destacar al respecto la necesidad de dos vertientes de acción, una orientada hacia la incidencia de sífilis reciente y la otra, más relacionada con la mortalidad, hacia la prevalencia de sífilis que demandan asistencia en servicios diversos no habitualmente identificados como notificadores de sífilis (Neurología, Psiquiatría, Traumatología, Ortopedia, Oftalmología y otros).

Por lo que al tétanos se refiere, llama la atención la presencia constante del mismo como causa de muerte en la región entre las mujeres mayores de 40 años. Debiera valorarse un programa de vacunación para este grupo de riesgo. Téngase en cuenta que, aunque no disponemos de la mortalidad real, en 1985 fueron declarados 7 casos de tétanos en la región y que desde 1973 las declaraciones vienen aumentando de modo sostenido.

En resumen, podríamos decir que el 25% de las muertes son reducibles en Asturias, por medidas que, fundamentalmente, tienen su origen en un buen diagnóstico precoz o en medidas de tipo mixto. Ello hace pensar en el peso trascendental que sobre esta evitabilidad puede tener un sistema de A.P.S. planificado de acuerdo a la vigilancia y prevención de dichas enfermedades, tanto como a la educación y la promoción de hábitos saludables en la comunidad, con criterios específicos de búsqueda activa de grupos de riesgo.

El método, por otra parte, es de utilidad para calcular las defunciones esperadas según las medidas a tomar en un corto período de tiempo -5 años- y comparar la mortalidad en el período con el pronóstico hecho. Da una idea de la eficacia de las acciones emprendidas y permite orientar los Servicios de Atención.

Para finalizar este capítulo, la baja calidad de las declaraciones de muerte, asunto nacional al que la región no escapa, representa un importante renglón. El epígrafe «Síntomas y estados morbosos mal definidos» ocupa el quinto lugar en la clasificación general de causas hechas por nosotros y, aunque no sobrepasan los niveles de confiabilidad -menos del 5% de todas las causas-, califica la mal utilización del certificado de defunción por parte de los profesionales médicos.

A este respecto, la Consejería de Sanidad ha definido normas concretas para el relleno de los certificados de defunción*.

* H.E.S. n.º 188, correspondiente a la semana del 8 de junio de 1985.

MORTALIDAD INFANTIL:

La tasa de mortalidad infantil en Asturias se caracteriza por su alto índice de fluctuación, su diferente magnitud según la fuente consultada y su escasa confiabilidad. A través de las fuentes que nosotros hemos revisado, intentaremos situar los límites en que ésta se ha movido en los últimos años.

En todas las fuentes consultadas se desprende su incremento respecto a la Nacional -9,6 x 1.000 N.V. 1982- y la tendencia al crecimiento durante los años 70.

CUADRO IX
Evolución de la tasa de Mortalidad Infantil en Asturias
1974 - 1979

AÑO	1974	1975	1976	1977	1978	1979	Global período
Tasa de Mortalidad Infantil	12,18	12,36	11,76	13,10	19,34	15,68	14,07

FUENTE: Consejería de Sanidad, Principado de Asturias.
* Tasa x 1.000 nacidos vivos.

Nosotros hemos calculado la tasa en base a los datos del I.N.E., que arroja una magnitud de 16,02 x 1.000 N.V. -1979-, ligeramente más elevada que la que ofrece la Consejería de Sanidad. Sea cual sea la cifra, solamente es superada por Cantabria y Castilla-León para dicho año.

Hasta el momento, consideramos que el trabajo más riguroso y confiable en este tema es el proporcionado por Angel López Díaz «La Mortalidad Infantil en Asturias 1973-1982». En él se revela una tasa media para el decenio de 17,08 por 1.000 N.V., con tendencia a descender en los dos últimos años estudiados, alcanzando el nivel más bajo en 1982 con 12,2 por 1.000 N.V.

Somos conscientes de la dificultad que los registros y la mala calidad de los certificados de defunción -27% de los cuales son por causas no declaradas o mal declaradas- imponen a la clarificación de la tasa de Mortalidad Infantil en la región.

Esta variabilidad de los datos pone de manifiesto la nesidad de establecer buenos registros para la obtención de datos fiables, imprescindibles a la hora de racionalizar y dotar de recursos los planes y programas de atención materno-infantil. Así lo refleja dicho autor cuando concluye que «Nuestro Sistema de Información no responde a las necesidades de la Planificación».

En todo caso, para los datos de que disponemos, creemos poder sacar algunas conclusiones sobre la Mortalidad Infantil en Asturias.

En primer lugar, la tasa de Mortalidad Infantil de la región se encuentra en correspondencia con el nivel de desarrollo socio-económico y se sitúa en los márgenes que la misma tiene en países desarrollados.

En segundo lugar, Asturias no se encuentra en el nivel privilegiado de Mortalidad Infantil en el que está la nación con respecto a los países europeos. Al igual que ocurre con la mortalidad general, nos encontramos por encima de la media nacional en cuanto a Mortalidad Infantil. En el Cuadro X se ha querido comparar la tasa de Mortalidad Infantil para distintas provincias de similar nivel de desarrollo -1979.

Por áreas sanitarias, la distribución de la Mortalidad Infantil es desigual. Las áreas IV, VII y VIII presentan los mayores índices, siendo en el área IV -la mayor concentración de recursos sanitarios- donde la tasa resulta más alta (ob. cit.). Dicha elevación no puede atribuirse al lugar de la defunción y al mayor número de declaraciones en éste, puesto que el cálculo ha sido hecho según el lugar de residencia materna.

En todo caso, la mayor ocurrencia de muerte, en los menores de 1 año, parece guardar relación con las áreas de mayor concentración urbana, densidad de población elevada y nivel económico medio o bajo. Esta mayor ocurrencia pudiera explicarse por el mayor aporte de los barrios periféricos de los núcleos urbanos a la Mortalidad Infantil y, en especial, los de Oviedo y Langreo -áreas IV y VIII.

En cuanto a la distribución por componentes, la mortalidad neonatal precoz representa el 54%, la neonatal tardía el 15% y la postneonatal el 31%. Datos para el último año disponible -1979- y que revelan una satisfactoria correspondencia con los valores recomendados por los organismos internacionales -60, 10, y 30%, respectivamente, según la O.M.S.-. Es conocido que el primer componente se nutre a expensas de las causas endógenas, la neonatal tardía refleja los traumatismos del parto y los problemas derivados de la atención obstétrica y pediátrica y la postneonatal las causas ambientales y exógenas.

En nuestra opinión dicha correspondencia aunque sitúa a la disposición de los componentes de la Mortalidad Infantil en Asturias dentro de criterios admisibles por la O.M.S., no debe servir de meta, sino de punto de partida para las acciones de salud futuras. A tener en cuenta que los porcentajes recomendados por la O.M.S. lo son para un mundo donde solamente el 3% de las muertes infantiles ocurren en países desarrollados.

En el Cuadro X se exponen los cálculos efectuados para los distintos componentes de la Mortalidad Infantil en 7 provincias de similar desarrollo. No se ha consignado Barcelona ni las provincias catalanas por problemas de información con la mortalidad neonatal precoz -tasa de Mortalidad Infantil 11,25 por 1.000 N.V.

Creemos destacable las tasas más elevadas para Asturias y Vizcaya, provincia de similar actividad productiva y de igual área geográfica. La inversión de la situación, en lo que respecta a la mortalidad fetal tardía, la mortalidad perinatal y el % de aquélla sobre ésta refleja la baja calidad del registro -probablemente en lo que se refiere a declaraciones de muertes fetales-. De otro modo, habría que pensar que la mortalidad neonatal precoz supone el mayor peso dentro de la perinatal. Cualquiera de ambas hipótesis es indicativa de un bajo nivel de seguimiento del embarazo y el parto. Si se toma en cuenta el alto índice de partos no institucionales, obliga a plantearse la vigilancia y actuación sobre este problema.

Obsérvese que la distribución por componentes es sensiblemente igual para todas las provincias. Creemos que ello reafirma nuestro criterio de que éste es un indicador demasiado

grueso, a efectos de orientar, de modo comparativo con otras regiones, los problemas más importantes de la atención materno-infantil en la región.

En el anexo se ha incluido la clasificación por causas de la Mortalidad Infantil según la evitabilidad, grado de prevención y posibilidad de reducción por atención médica o mixta. Dicha clasificación ha sido elaborada por destacados miembros de la OPS-OMS, a petición de la Dirección de Salud Argentina. Creemos que la utilización de la misma posee un excelente carácter operativo para determinar prioridades y planificar las actividades y los recursos de atención en el área materno-infantil.

Nosotros no hemos dispuesto de datos para utilizarla; reproducimos, no obstante, la clasificación en diez grupos de las causas de muerte infantil elaborada por A. L. Díaz (ob. cit.)

1. No declaradas.
2. Mal declaradas.
3. No evitable con los medios y conocimientos actuales.
4. Evitables por mejora del saneamiento.
5. Evitables por mejora en la alimentación.
6. Evitables con mejora en la atención del embarazo, parto y del recién nacido.
7. Evitables por mejor atención pediátrica.
8. Enfermedades respiratorias.
9. Accidentes y violencias.
10. Evitables por prevención de prematuridad.

En el Gráfico se representan dichos grupos y en el Anexo se detallan las causas incluidas en cada grupo. Para una interpretación más profunda remitimos al lector a la obra citada. En lo que a nuestro trabajo concierne, diremos que en más de la cuarta parte de las muertes infantiles no se consigna la causa. Se observa, además, que obviando las causas no prevenibles, las relacionadas con prematuridad y con la mejora de la atención al embarazo, parto y recién nacido, suponen el grupo de causas en aumento relativo para el decenio 73-82.

Por el contrario, la mejor atención pediátrica parece ser responsable del mayor descenso relativo junto a las enfermedades respiratorias y los accidentes; causas, todas ellas, que reflejan la mejoría en la atención al niño en la región.

La prevención de la prematuridad y el mejor seguimiento y control del embarazo son, a nuestro entender, los aspectos a priorizar por los servicios de salud de la región. Creemos que la atención obstétrica durante el embarazo es deficiente y, además, presenta un claro desequilibrio urbano-rural. Mientras en los grandes núcleos urbanos se dispone de obstetras que realizan este seguimiento, a nivel de la mayoría de las comunidades el control del embarazo es realizado sin suficientes garantías, por el médico de cabecera. En esta situación las mujeres más desfavorecidas son las de los pueblos más apartados y, en general, las de los núcleos urbanos en áreas rurales. No queremos con ello descartar el activo papel del médico general o del médico de familia, sino observar la necesidad de homogeneizar las consultas especializadas para todas las mujeres en el marco de un programa ad hoc.

La recta de Bourgeois-Pichat demuestra que el 62% de la Mortalidad Infantil se debe a causas endógenas y el 38% a causas exógenas. De la mortalidad exógena, una quinta parte ocurre en el período neonatal y supone el 10% de la mortalidad neonatal.

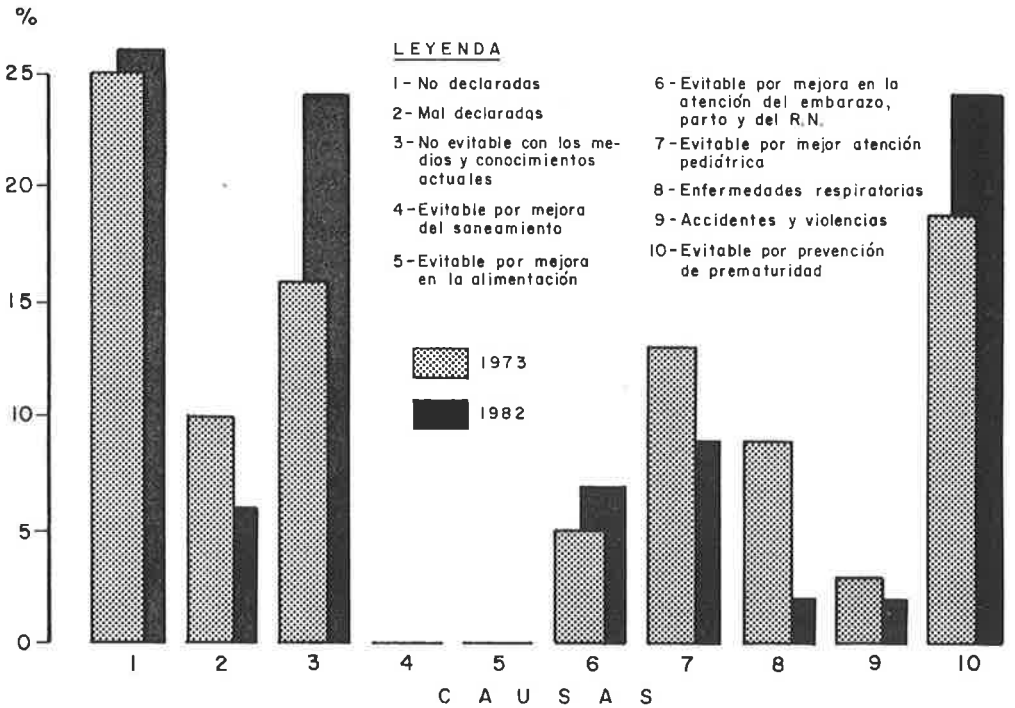
ASPECTOS DE LA DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE LA MORTALIDAD

Para concluir con el estudio de Mortalidad en Asturias diremos que la afectación de la misma, según el tipo de ocupación, la clase social y el área geográfica, precisa una exhaustividad para la cual nuestros datos no son útiles. Diremos solamente que existen importantes diferencias de la mortalidad en cuatro de los municipios más desarrollados de la región.

Las zonas centrales de las cuencas mineras y la capital presentan mayores índices de mortalidad, tanto general como infantil, a pesar de que en ellas existen un alto porcentaje de las camas y los recursos médicos.

Consideramos que los datos de mortalidad en cuanto aportan una medida del riesgo deben ser utilizados en su distribución por grupos de población a efectos de ubicar el dispositivo asistencial en función de dicho riesgo. Del mismo modo, por lo expuesto, creemos que los índices que superan lo común a nivel nacional o internacional deben servir de soporte a la distribución de recursos que ha de enfrentar el Administrador Central.

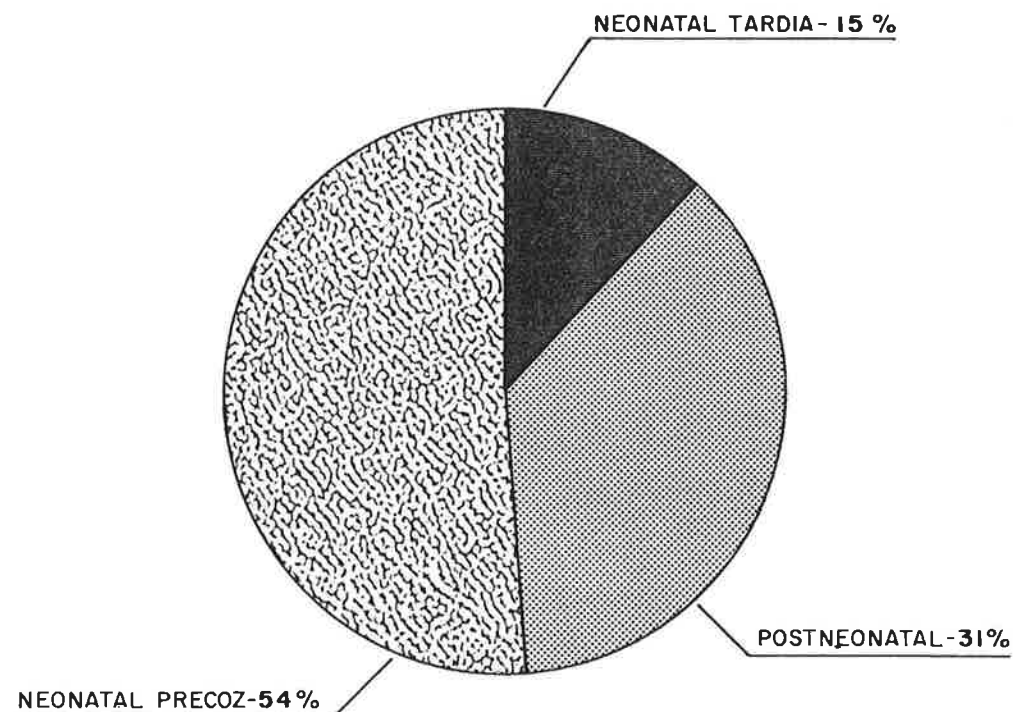
GRAFICO XII
ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD INFANTIL
POR CAUSAS



FUENTE: Tomado de "La mortalidad infantil en Asturias, 1973-1982". Angel López Díaz

GRAFICO XIII

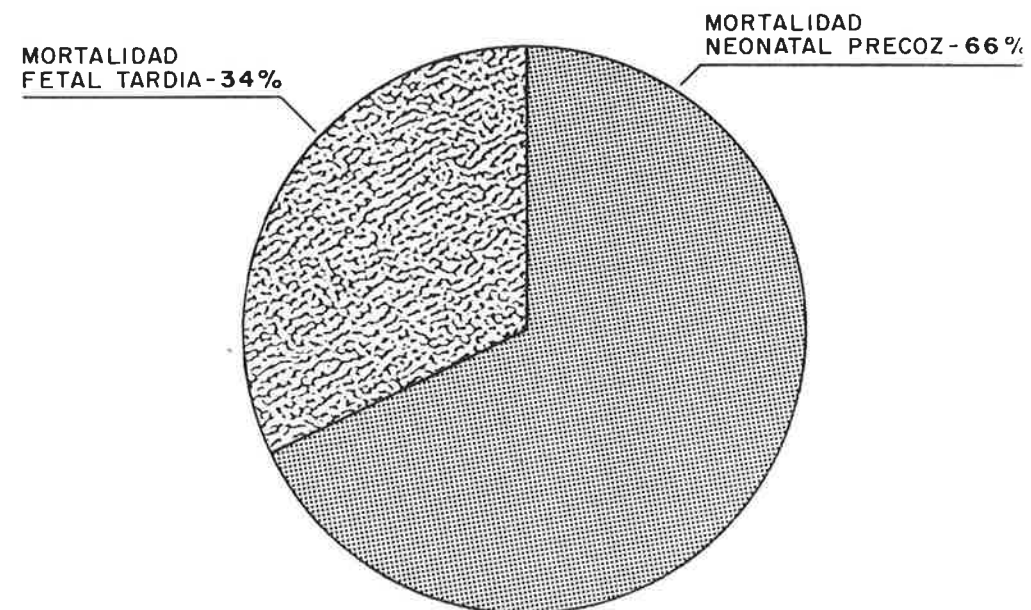
MORTALIDAD INFANTIL POR GRUPOS DE EDAD Asturias 1979



FUENTE: Cuadro X

GRAFICO XIV

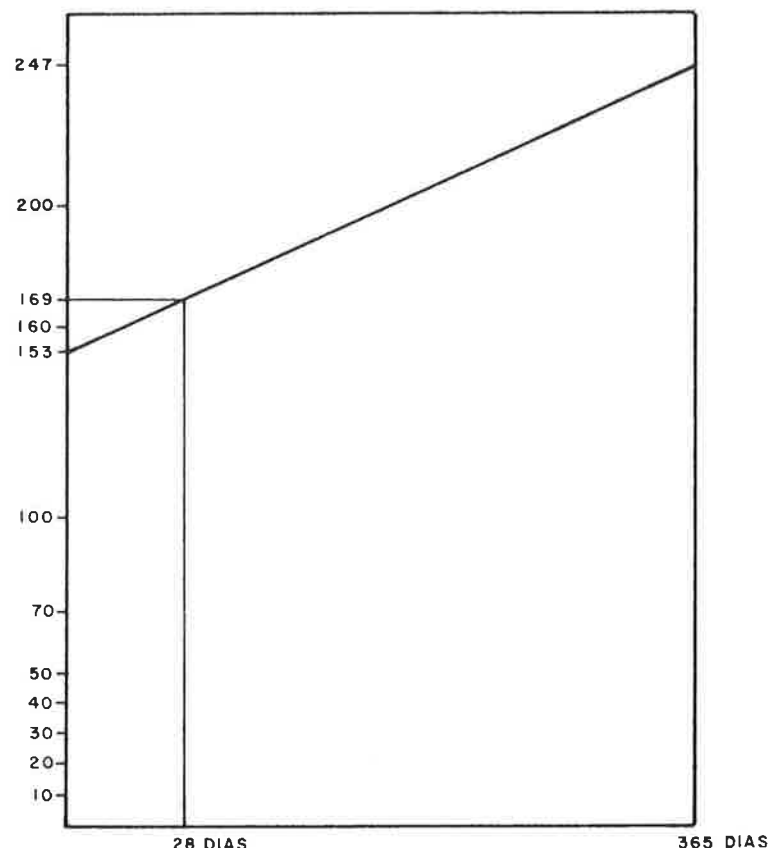
MORTALIDAD PERINATAL POR COMPONENTES Asturias 1979



FUENTE: Cuadro X

GRAFICO XV

RECTA DE BOURGUEOIS-PICHAT MORTALIDAD INFANTIL EXOGENA Y ENDOGENA Asturias 1979



FUENTE: Tabla IV

* MORTALIDAD ENDOGENA 9,94 x 1000 nacidos vivos

* MORTALIDAD EXOGENA 6,11 x 1000 nacidos vivos

CUADRO XI

Tasas brutas de Mortalidad General e Infantil por Municipios 1982

MUNICIPIO	T.B.M. / 1.000 HAB.	T.M.I. / 1.000 N.V.
AVILES	7,00	6,87
GIJON	6,87	8,32
LANGREO	10,24	13,77
OVIEDO	17,34	22,00*

FUENTE: I.N.E. Anuario 1983 y Reseña Estadística de los municipios asturianos, 1980. Elaboración propia.
* Corresponde a 1979.

MORBILIDAD:

Con la limitante que las E.D.O. tienen para caracterizar la morbilidad en un país donde el predominio de la patología crónica, que ellas no recogen, es cada día más evidente; intentaremos abordar mediante éstas la patología infecciosa de la región. Hay, en primer lugar, que cuestionar la confiabilidad de los datos, dada la irregularidad con que históricamente se han hecho estas declaraciones. En los últimos años, a partir de una mejor atención hacia este aspecto, las declaraciones de E.D.O. han ido aumentando; no obstante, creemos que aún queda un largo trecho por recorrer. Efectivamente, 1983 a 1985 (Gráfico XVI), el número de declaraciones ha aumentado sustancialmente y ello refleja, probablemente, las declaraciones que se hacen a través de la red del INSALUD, tanto como la insistencia en este tema de la Consejería de Sanidad en los últimos años. Aun considerando ese aumento de declaraciones, Asturias sigue declarando por debajo del nivel de España, trasunto que se deduce con una visión general del gráfico correspondiente a 1985. No se podría atribuir al azar ni a una menor incidencia la presencia de tasas sistemáticamente más bajas en I.R.A., gripe, enfermedades diarreicas, varicela, neumonía y otras.

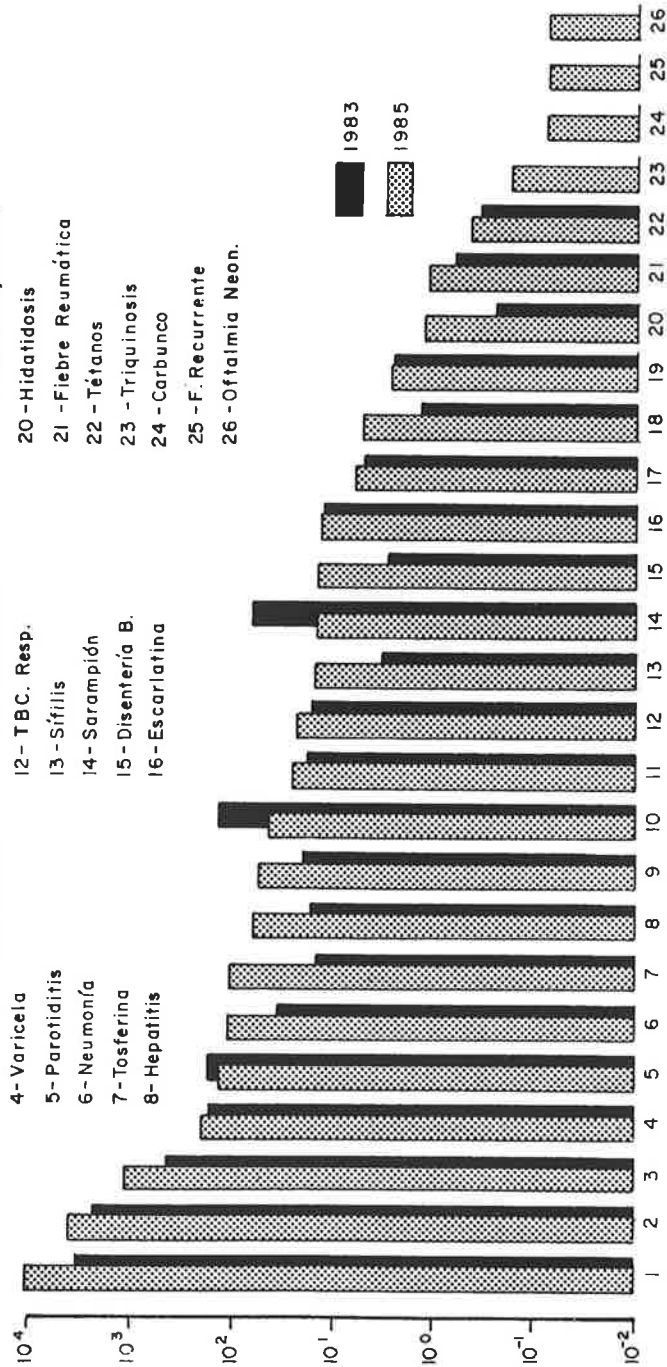
Existen patologías cuya declaración, por la gravedad del proceso o porque las declaraciones suelen reportarse a nivel hospitalario, creemos que tiene mayor precisión y confiabilidad. Esto ocurre con la tuberculosis, endémica en la región, o con la sífilis que presenta tasas más altas que las nacionales; lo mismo puede decirse del tétanos, que ya fue estudiado en la Mortalidad de 1979 y que, en 1984, supuso 10 casos, y 7 en 1985.

Comparando las declaraciones en 1983 y 1985 se observa un aumento generalizado que no podría ser atribuido sino al mayor nivel de declaraciones. Ello se debe a que durante el año 1985 se han puesto en marcha una serie de actividades para ampliar el nivel de declaración, incluyendo ambulatorios, centros de salud, consultorios A.P.D., consultorios privados y hospitales privados y públicos. Un sistema de información permite recoger y procesar debidamente estos datos. Aún es pronto para evaluar la cantidad de médicos que declaran efectivamente, como refiere H.E.S. (39).

ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA Asturias 1983-1985 TASAS POR 100000 HABITANTES

LEYENDA

- | | | |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| 1 - IRA | 9 - Tox. Alimentaria | 17 - Brucelosis |
| 2 - Gripe | 10 - Rubéola | 18 - Inf. Meningocóc. |
| 3 - Enf. Diarreicas Agudas | 11 - Inf. Gonocócica | 19 - F. Tifoidea y Parat. |
| 4 - Varicela | 12 - TBC. Resp. | 20 - Hidatidosis |
| 5 - Parotiditis | 13 - Sífilis | 21 - Fiebre Reumática |
| 6 - Neumonía | 14 - Sarampión | 22 - Tétanos |
| 7 - Tosferina | 15 - Disentería B. | 23 - Triquinosis |
| 8 - Hepatitis | 16 - Escarlatina | 24 - Carbunco |
| | | 25 - F. Recurrente |
| | | 26 - Oftalmia Neon. |



FUENTE: Tabla XV

Existen, por otra parte, importantes deficiencias, como es la ausencia de declaraciones de Neumonía en el H.G.A., el Instituto de Silicosis o el Hospital Monte Naranco*. Otras se refieren a la interpretación sobre la morbilidad real. No puede inferirse, como se hace en H.E.S., que la morbilidad en la región presenta determinada tasa, habida cuenta del bajo nivel de declaración. Se cae, así, en el error de decir que la gonococia es más frecuente en campesinos que en mineros o en prostitutas. En realidad se está hablando de tasas de declaración, y en la mayoría de los epígrafes éstas son más altas en áreas rurales, donde la población es atendida por médicos declaradores, que en áreas urbanas donde la población se atiende por médicos que hasta la fecha no declaraban. Esta es la razón por la que el detalle en las tasas no ofrece criterios comparativos.

Una excepción al aumento de las declaraciones es la importancia y disminución de las tasas de declaración parotiditis, rubeola y sarampión, a nuestro entender, producto de la vacunación masiva con la triple-vírica, que se está llevando a cabo en los últimos 5 años. Esta diferencia es, asimismo, apreciable entre las tasas de Asturias y las nacionales, posiblemente atribuibles a diversos factores entre los que podría señalarse un mejor nivel inmunitario en la región. La rubeola, tal vez por su creciente despistaje en mujeres adultas, es la que peor se ajusta a este criterio, habiendo presentado un pico endémico en 1984.

Entre las declaraciones que más aumentaron en el período se encuentran las de hepatitis, intoxicaciones alimentarias y disentería bacilar. Esta última presenta tasas más altas que las nacionales y la elevada incidencia expresada creemos que apunta hacia el precario control higiénico-sanitario de los alimentos, el agua y las excretas en gran parte de las localidades de la región. En este capítulo debe incluirse también la triquinosis, con tasas más altas que las nacionales, lo que refleja el insuficiente control veterinario que no es ajeno a la dispersión y escasa accesibilidad de la cabaña porcina de cara a su control. Algo similar ocurre con la hidatidosis.

El aumento del nivel endemo-epidémico de las infecciones meningocócicas, tanto más que sus declaraciones, al igual que para el tétanos, sífilis, tuberculosis o triquinosis son bastante confiables por lo ya comentado. Este aumento de las infecciones meningocócicas pudiera estar en relación a la tendencia generalizada que se observa a nivel internacional. Es preceptivo, no obstante, hacer una llamada de atención sobre el modo en que se cumplimenta la quimioprofilaxis de la afección a nivel de los contactos. Se confirma por los estudios de los H.E.S. una onda epidémica de 1978 a 1982. En 1984 se declararon 116 casos y en 1983, 89. Su distribución por sexos es atípica, presentándose en el 60% de las casos en hembras. El serotipo es meningococo tipo B en el 80% de las confirmaciones. Las tasas más altas afectan a los núcleos urbanos industrializados, como Gijón, Oviedo y Langreo; durante el año 1984 se produjeron dos fallecimientos por esta causa.

En lo que se refiere al tétanos, se observa un crecimiento constante de las declaraciones en el período 1975-1984, junto a una disminución progresiva de la letalidad. Durante el período se produjeron 83 casos con 41 fallecimientos (55% de letalidad). La puerta de entrada fueron las inyecciones I.M. o las intervenciones quirúrgicas en susceptibles con el 22% de las casos, lo que revela la baja calidad de la asepsia para dichas intervenciones, y, unido a la procedencia rural de los casos, indica la sistemática de automedicación debida a la escasa cobertura de enfermería en estas zonas y a la insuficiente educación sanitaria a la población. Los costos del tratamiento hospitalario pueden estimarse en 43 millones de pesetas durante el período.

* Se refiere a las fechas del estudio.

La cobertura vacunal indica en esta afección una disminución progresiva a partir de los 14 años de edad (79 y 90% a esta edad).

Resumiendo lo anterior, se puede deducir lo siguiente:

- Que en Asturias el nivel de declaración de E.D.O. es más bajo que el nacional, aunque se observa una tendencia a la mejora.
- Que existen algunas enfermedades infecciosas cuyas tasas de declaración son mayores que las nacionales: tuberculosis, sífilis, meningocócicas, tétanos y triquinosis, y que por la mayor confiabilidad con que se hacen las declaraciones de estas afecciones, pudiera inferirse que su incidencia es más elevada en la región.
- Que del grupo de enfermedades cuya declaración va en aumento, son de destacar las de manifestaciones digestivas: disentería bacilar, hepatitis, así como las intoxicaciones alimentarias.
- Se observa, sin embargo, un descenso en las declaraciones de parotiditis, sarampión y rubeola, debido, con toda probabilidad, a la efectividad de la vacunación triple vírica.
- Que de las enfermedades de transmisión sexual se puede inferir que, a pesar de la insuficiente declaración actual, su presencia entre las E.D.O. está creciendo notablemente. Sin embargo, la baja proporción de gonococia en la mujer en relación al varón, así como la distribución predominante en áreas rurales, dan a entender un nivel pobre de búsqueda activa y de profilaxis de estas afecciones en las zonas de mayor concentración urbana.
- En cuanto a la distribución de E.D.O. en áreas rurales, la brucelosis, la hidatidosis y las enfermedades exantemáticas parecen tener mayor presencia en las zonas rurales que en el resto de Asturias, áreas I, II, IV, según se desprende de la información de las H.E.S., así como del estudio de salud realizado en Tineo en 1983.
- La cobertura vacunal de la población infantil muestra cifras aceptables, aunque no óptimas: 98% para la polio, 92% para D.T., 84% para la triple vírica, 84% para la rubeola en niños, aunque no se puede determinar cuántas dosis se aplicaron efectivamente a niños o a mujeres adultas o a niñas de 11 años, 79% para tétanos en niños de 6 a 14 años, con tendencia a disminuir a medida que avanza la edad; la distribución ha de ser, asimismo, irregular: así, en el caso del examen escolar realizado en Tineo se observan vacunaciones correctas de polio y tétanos en el 72%, 52% y 42%, según se tratara de alumnos de primero, quinto y octavo de E.G.B., respectivamente. En este mismo estudio las vacunaciones de BCG quedaban por debajo del 50% de la población escolar. En todo caso deben cuestionarse estos datos en lo que se refiere a la inmunización efectiva de la población, puesto que hasta la fecha no se han realizado estudios de cobertura con los debidos contrastes serológicos.

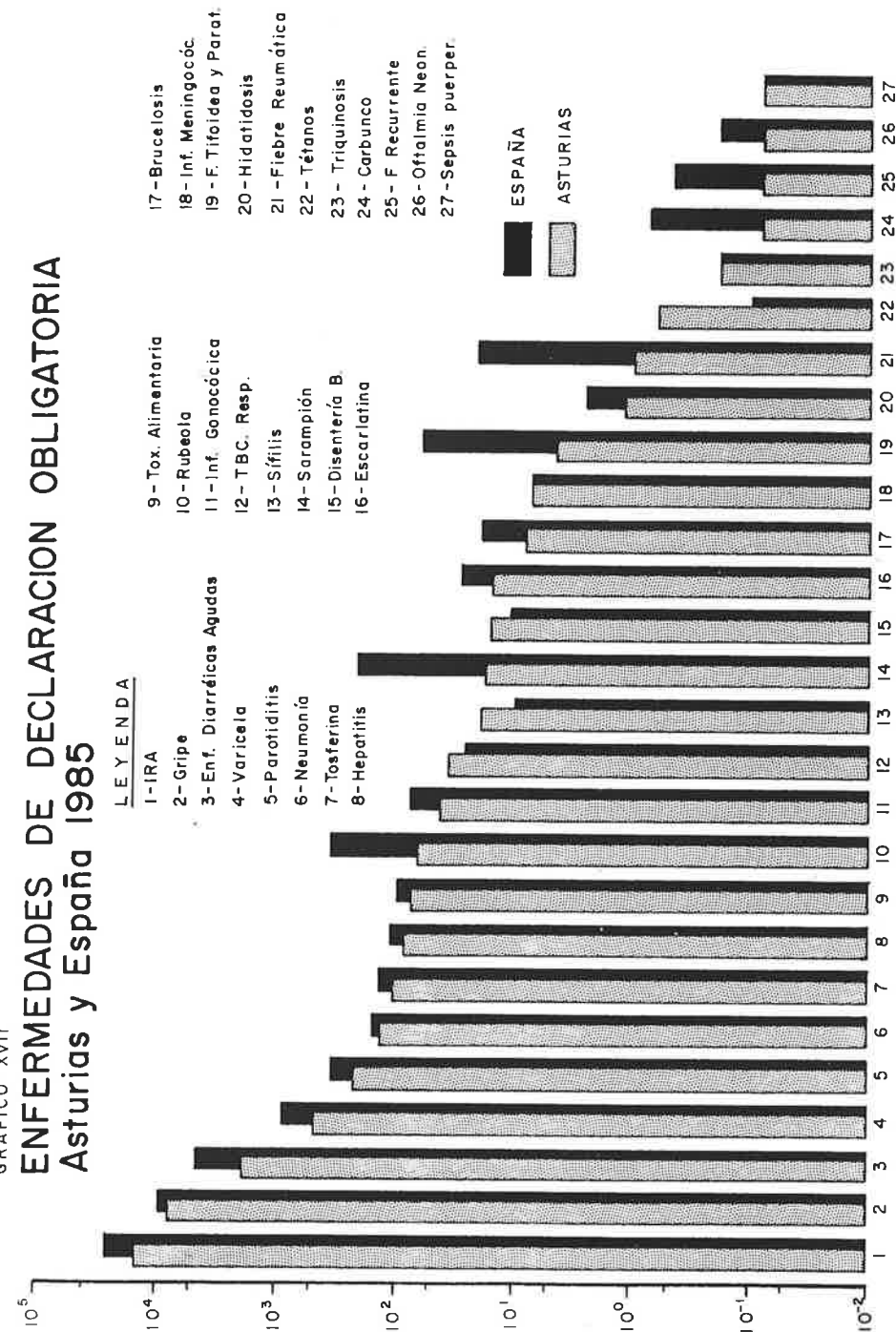
Morbilidad hospitalaria

Las causas de ingreso hospitalario se han recogido en la Tabla XVI y correspondiente gráfico. Hemos querido distribuirlas según sexos, dado el diferente patrón que siguen las causas de ingreso para varones y hembras, influido por la atención al parto y la patología gineco-obstétrica.

La distribución para hembras se relaciona bien con la que se da a nivel nacional y con la realizada en otros estudios. Llama la atención, sin embargo, la presencia elevada de ingresos por tumores, que sitúan a esta causa por delante de las cardiovasculares.

GRAFICO XVII

ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA Asturias y España 1985



FUENTE: Anuario "El País" 1986

La distribución para varones, al igual que ocurría al estudiar la Mortalidad, es atípica. En primer lugar figuran los traumatismos. Luego sigue la patología digestiva. La patología bronco-pulmonar produce más ingresos que la cardiovascular, asunto que creemos derivado de la presencia de los hospitales neumológicos especializados. Le siguen los tumores, la patología osteoarticular y las causas nefrourológicas. Por último, la patología psiquiátrica, las causas infecciosas y las congénitas y perinatales se sitúan por delante de las neurológicas, las endocrinológicas y las dependientes de los órganos de los sentidos.

Tomadas para ambos sexos, la distribución se aproxima más a la habitualmente expuesta para la nación, salvo que la patología digestiva se sitúa por delante de los partos –tégase en cuenta la baja natalidad–. Detrás siguen traumatismos, cardiovasculares, tumores, gineco-obstétrico y bronco-pulmonares.

Las causas mal definidas suponen el 9% de todas y las altas sin indicar diagnóstico el 3,4%. Datos excesivos si se considera que un buen registro no debe sobrepasar el 5% de causas mal definidas.

Del total de ingresos analizados, el 48% son varones y el 52% hembras. La edad media al ingreso entre varones mayores de 15 años es de 50,2 años. En las mujeres este promedio está fuertemente influido por el motivo principal de ingreso: partos y patologías gineco-obs-
tétrica.

Entre los ingresos de varones, el 24% tienen más de 65 años, el 47% tienen entre 45 y 65 años; los ingresos en edad pediátrica suponen el 15% del total –se ajusta al porcentaje de población–. Los gráficos expresan la proporción de ingresos según la edad, así como las tasas de ingresos por habitantes según la edad.

Se observa un importante componente de ingreso en la edad pre-escolar –sobre todo en varones–. A medida que avanza la edad, la tasa de ingreso se eleva, como refleja el gráfico. Esta elevación es más mantenida en varones que en hembras.

Pocas inferencias se pueden hacer de las causas de ingreso, puesto que el volumen de éstas no refleja sino el tipo de instituciones existentes en la región. La relación indica, únicamente, la morbilidad atendida en medio hospitalario y nada nos dice sobre las demandas de atención a otros niveles, ni sobre la morbilidad oculta y no atendida.

Con esta salvedad analizaremos la morbilidad hospitalaria, según algunas causas de 1983, referida a la encuesta de morbilidad del INSALUD del mismo año.

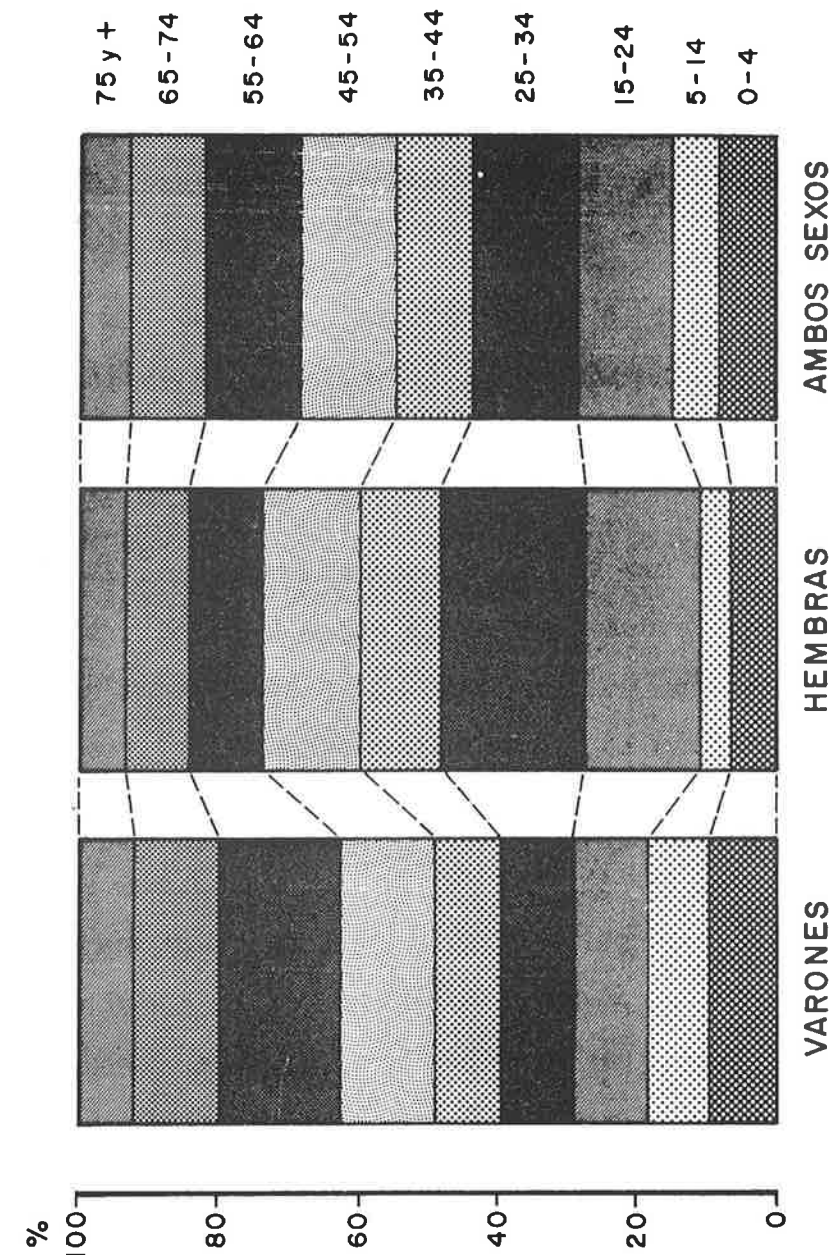
Ingresos según algunas causas

Entre las causas de ingreso por patología digestiva, si prescindimos de las causas quirúrgicas –apendicitis, obstrucción intestinal y coleditiasis–, el mayor grupo viene dado por la cirrosis hepática, hecho que se correlaciona con los aspectos comentados sobre alcoholismo y mortalidad por esta causa en la región.

Partos

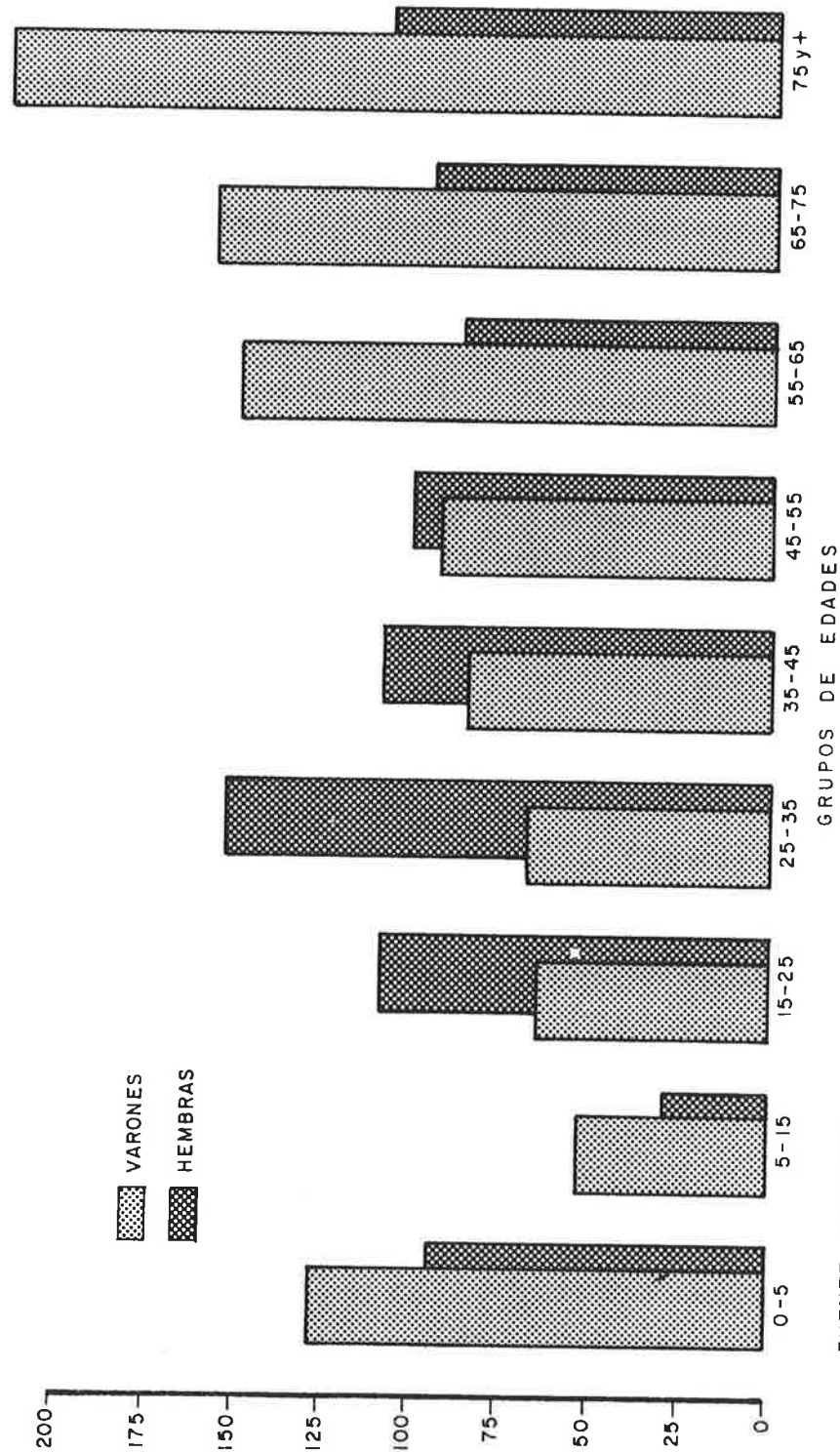
En cuanto a los partos, al igual que para las causas de muerte, disponemos de información poco actualizada y ésta, posiblemente, se aleje de la situación real. Desglosamos aquí los nacimientos según el lugar de ocurrencia y la asistencia sanitaria prestada a los mismos –año 1979.

**DISTRIBUCION PROPORCIONAL
DE INGRESOS HOSPITALARIOS POR EDADES Y SEXO
Asturias 1983**



FUENTE: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, INSALUD 1983.

GRAFICO XVIII
TASAS DE INGRESO HOSPITALARIO POR CIENTO HABITANTES
DISTRIBUCION POR SEXO



FUENTE: Tabla XVII

CUADRO XII
Nacimientos según maduración, tipo y lugar de atención
Asturias 1979

A TERMINO			
	Parto Normal	Parto Distócico	TOTAL
Atendidos en centros sanitarios	10.666	290	10.956
Atendidos en domicilio por personal sanitario	3.725	1	3.726
En domicilio, no atendidos	306	—	306
En otros lugares, asistidos por personal sanitario	9	—	9
TOTAL	14.706	291	14.997
PRETERMINOS			
Atendidos en centros sanitarios	334	43	377
Atendidos en domicilio	12	—	12
TOTAL	346	43	389

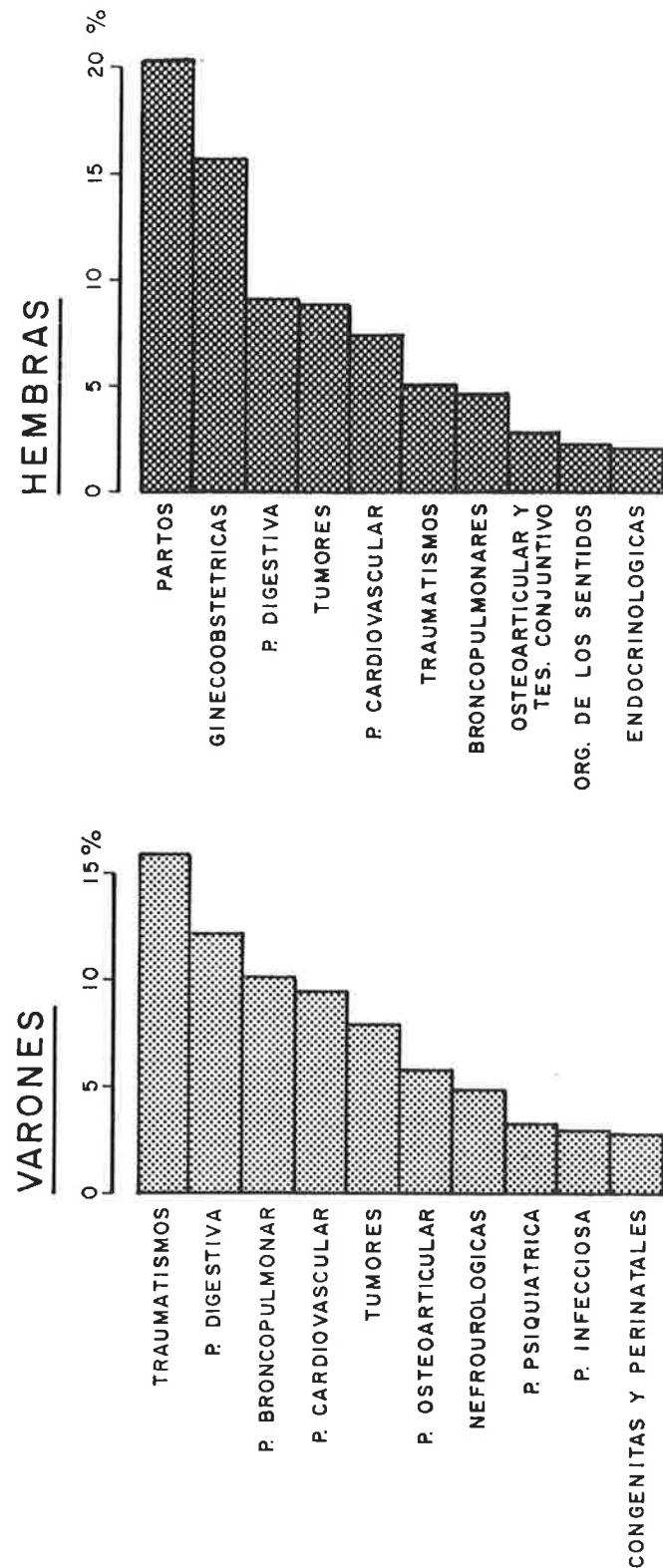
FUENTE: I.N.E. Movimientos naturales de la población. Tomo II. 1983.

Del cuadro se deduce que, para dicho año, el 2,5% de los nacimientos fueron prematuros y el 97,5% partos a término. Según el lugar de ocurrencia del parto, el 26% de todos los nacimientos se produjeron en el domicilio, esto es, la cuarta parte. Por último, el 2% de los nacimientos se produjeron sin ningún tipo de asistencia sanitaria.

No hemos podido saber el origen de la fuente para el I.N.E., pero en todo caso esta proporción resulta excesiva, aun para dicha fecha, en un país donde lo deseable debe ser realizar el 100% de partos institucionales. Nos consta que en las zonas más alejadas de la región siguen produciéndose partos domiciliarios, por imperativo de las difíciles comunicaciones y por costumbres arraigadas en la población rural. No obsta, para que, en el mismo año, 25 de los nacimientos producidos en la capital hayan sido domiciliarios —misma fuente.

Un programa de atención materno-infantil debiera fijar la magnitud del problema y establecer sus prioridades en la captación precoz —menos de 15 semanas— de la embarazada y el seguimiento adecuado de la misma, determinando el momento más oportuno para el ingreso hospitalario.

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE EGRESO HOSPITALARIO DISTRIBUCION PROPORCIONAL Y SEGUN SEXO Asturias 1983



FUENTE: Tabla XVI
Encuesta de morbilidad hospitalaria

Tumores

Ya se ha hablado de los tumores como causa de muerte. Como causa de ingreso hospitalario ocupan también un importante lugar; son la quinta causa en frecuencia de alta hospitalaria en varones, y la tercera –si se suprimen los partos– en mujeres. El 21% de todas las altas con diagnóstico de tumor se deben a tumor benigno –los de úteros suponen la mitad de éstos–. El 30% no se especifica la naturaleza del tumor y en un 46% se trata de tumores malignos. El orden de presentación de frecuencia para estos últimos es como sigue:

CUADRO XIII

Altas por tumor maligno
Asturias 1983

VARONES		HEMBRAS	
Localización	Frecuencia Absoluta	Localización	Frecuencia Absoluta
Tráq. Bron. Pul.	384	Mama	473
Linfomas	208	Cuello uterino	374
Laringe	134	Linfomas	162
Leucemias	121	Estómago	42
Recto y ano	77	Recto y ano	42
Estómago	41	Traq. Bronc. Pul.	15
Esófago	31	Esófago	14
Otros	1.280	Otros	1.114
TOTAL	2.276	TOTAL	2.236

FUENTE: Encuesta de morbilidad hospitalaria. INSALUD. 1983.

* No se incluyen las altas por tumor no especificado, que suponen 2.744.

El orden de frecuencia de los diagnósticos no se corresponde –salvo para el primer rubro– con la frecuencia señalada en la población para cada sexo, ni con la frecuencia según causa de muerte. No conocemos, por otra parte, la distorsión que pudiera suponer el grupo de tumores no especificados en esta secuencia. Hay que tener en cuenta, en los últimos 3 años que se viene recogiendo el registro de tumores en Asturias, por parte de la Consejería, que, de los resultados preliminares, se desprende que el 20% de las defunciones por tumor no ingresan en centros hospitalarios*.

* Informe sobre registro de tumores.
H.E.S. Consejería de Sanidad.

Para varones resulta elevada la proporción de linfomas y tumores hematológicos ingresados y tratados. Probablemente su presencia se relaciona con la utilización de productos industriales, medicamentosos, radiaciones y otros. Queda por estudiar, desde el punto de vista epidemiológico, la verdadera incidencia de tumores en Asturias.

Los tumores de recto –más susceptibles de diagnóstico y tratamiento médico precoz– son más frecuentes, como causa de ingreso, que los de estómago. No se puede deducir de ello la incidencia de ambos en la población.

Los tumores de tráquea, bronquio y pulmón causan ingreso en primer lugar de frecuencia en varones, mientras en hembras ocupan el sexto lugar –25 x 1–. Con toda seguridad, el alto consumo de cigarrillos es el factor más implicado en ellos. Hay que considerar, además, los riesgos de la patología bronco-pulmonar derivados de las actividades productivas: minería y fundición de metales, entre otros.

En hembras, los ingresos por tumor de mamas y cuello uterino supone el 40% de todos –llama la atención la ausencia de casos de carcinoma «in situ»–. El nivel de conocimiento actual ha desarrollado técnicas de diagnóstico y tratamiento médico precoz para ambas localizaciones, con resultados curativos o paliativos variables, de las que se dispone en la región. Existe, además, un programa vertical desarrollado en los centros de planificación familiar, de reciente creación. Este programa, aunque positivo, presenta varias insuficiencias. Queda limitado por su escasa cobertura a la demanda expresada, como demuestra el hecho de las listas de espera con tiempos superiores a 90 días. En segundo lugar, se limita a las zonas urbanas –de mayor desarrollo– olvidando las zonas menos desarrolladas. En tercer término, lejos de basarse en una actitud de búsqueda activa entre los grupos de más riesgo, atiende a demanda. De ahí la necesidad de desarrollar un programa horizontal, integrado en las actividades de la A.P.S. y basado en la búsqueda activa de casos y en la educación de la población.

Lo dicho para los tumores, con mayor incidencia en hembras, y que detraen más recursos, sirve para todo el resto de tumores y, sobre todo, para aquéllos, como el de recto, intestino grueso, laringe, boca y otros, para los cuales existen amplias posibilidades de prevención, diagnóstico precoz o tratamiento curativo o paliativo eficaz. Hay, actualmente, medios técnicos suficientes en la región para ello; hay, además, suficientes recursos humanos si se implementan tales programas horizontales; falta, sin embargo, la integración de las actividades y los recursos encaminados a objetivos precisos, la priorización de grupos de riesgos, la delimitación de las actividades sistemáticas de despistaje a realizar, el desarrollo de un programa de educación sanitaria. En este aspecto, como en otros ya vistos, lo prioritario debe ser la planificación y programación de la atención preventivo-curativa y, en función de ello, la planificación de los recursos. La evitación de consecuencias fatales puede, también, cuantificarse en términos económicos y, dado el volumen que éstas tienen en Asturias, creemos que el ahorro en vidas, actividad productiva y creación de valores, constituye un renglón a tener en cuenta en un plan de esta naturaleza.

Altas por enfermedades infecciosas

Las enfermedades infecciosas figuran en 9no. lugar entre los rubros de alta hospitalaria en varones. No figuran, sin embargo, entre los 10 primeros rubros de mujeres. De todas las causas infecciosas –Cuadro adjunto– la tuberculosis supone el 30% en varones, lo que, además de corroborar nuestro estudio anterior de Mortalidad, da una idea de la magnitud del problema que es, a todas luces, el más importante de los infecciosos en la región.

En hembras, sin embargo, supone apenas el 9% de los ingresos por causas infecciosas. Quizás esto exprese el efecto de la detección de tuberculosis asociada a enfermedades profesionales por los distintos institutos que existen en Asturias.

Cabe señalar que las altas hospitalarias por esta causa, en hembras, son 5 veces menores que las de varones, observando que la mortalidad, aunque más baja, por esta causa, no llega a la mitad. La diferencia podría expresar la mayor complejidad de las tuberculosis en varones, al asentar sobre patologías respiratorias previas, pero no explica que la diferencia en la Mortalidad con el nivel nacional sea paradójicamente significativa en las mujeres –1979– y no en varones. Los casos declarados por E.D.O. en 1985 fueron 440 –Anuario «El País»– y la tasa ha crecido en 10 defunciones por 100.000 habitantes –respecto al 1979.

CUADRO XIV

Altas hospitalarias de infecciosas según diagnóstico Asturias 1983

	Varones	Hembras	TOTAL
Diarreas y otras intestinales	599	505	1.104
Tuberculosis	478	90	568
Sepsis	100	149	249
Hepatitis	20	–	20
Equinococos	10	10	20
Otras	431	241	672
TOTAL	1.637	995	2.632

FUENTE: E. Morbilidad hospitalaria. INSALUD. 1983.

Siguiendo A. Sonis, puede aplicarse aquí que «*resulta evidente que existe un acentuado desnivel entre lo que en el plano científico se sabe sobre tuberculosis y lo que se ha podido hacer para aplicar esos conocimientos. Los factores económico-sociales y administrativos están jugando un papel trascendente, impidiendo cumplir con los objetivos propuestos*».

Los métodos epidemiológicos tienen aquí un papel fundamental. Las bases para planificar y programar las actividades encaminadas al control de la enfermedad deben partir del conocimiento de la magnitud del problema, las características del daño ocasionado, la cuantificación económica de éste y el establecimiento de prioridades.

La magnitud debe ser medida en términos de prevalencia de la infección –proporción de población infectada / total de población– o mejor, de la prevalencia de eliminadores de BK –casos–. Este aspecto exige facilidades para el diagnóstico bacteriológico en todas las Áreas

de Salud y tanto en el medio urbano como rural; exige unificación de criterios sobre las técnicas de recogida, transporte, examen directo y cultivo de las muestras; sería fundamental, además, según recomendaciones internacionales, asegurar la notificación de todos los casos y la determinación de BK —se recomiendan dos, al menos— en todo sintomático respiratorio de más de 15 a 20 días de evolución —O.M.S.—. Actualmente hospitales de la importancia del Hospital de Silicosis y el Hospital General de Asturias no declaran los casos de tuberculosis*.

La cuantificación económica del daño ocasionado debe hacerse teniendo en cuenta los costos del programa de control y el costo social en años de capacidad perdida, según el número de enfermos, llevado a términos de renta per cápita.

En definitiva, un programa para el control de la enfermedad debiera tener como objetivo la interrupción de la cadena de transmisión, mediante la búsqueda activa de casos y la mayor cobertura inmunitaria posible de la población.

Ambos aspectos exigen la integración del programa en los servicios básicos de salud, dado el carácter eminentemente ambulatorio que debe tener el tratamiento para ser eficiente. Las prioridades en la búsqueda activa debieran seguir la misma secuencia que hemos tomado de A. Sonis:

- a) Demanda espontánea de sintomático respiratorio de más de 15 a 21 días.
- b) Control de contactos.
- c) Control de grupos humanos con mayor prevalencia de la infección —instituciones hospitalarias, cárceles, cuarteles, trabajadores de la minería y otros.
- d) Personas de mayor riesgo —mayores de 50 años, personal de servicios de tuberculosis y otros.
- e) Personas con mayor capacidad de diseminar la enfermedad —trabajadores sociales, maestros, trabajadores que prestan servicio directo al público, estudiantes y otros.

En cuanto a la vacunación, se recomienda el programa masivo de vacunación a los menores de 20 años, seguido del tratamiento de los casos y la búsqueda activa continua. La vacunación, que es una práctica desarrollada en la región sistemáticamente, en recién nacidos y, mediante algunas campañas periódicas en los escolares, debe tenerse en cuenta que da protección para 10 años y que se ha de revacunar a partir de dicho período. En este aspecto debiera ponerse especial interés en las mujeres, debido al menor contacto de éstas con las instituciones sociales o laborales captadoras de la vacunación.

Un programa de estas características, basado en la búsqueda, el seguimiento, la supervisión del tratamiento y la información educativa de enfermos y familiares, debe integrarse en toda la red de servicios de salud y recaer, fundamentalmente, sobre los servicios de atención primaria. El dejar el problema en manos de equipos o centros especializados con programas, exclusivamente, verticales, como los existentes hasta la fecha, no es previsible que consiga reducir la magnitud del problema y menos tender hacia la erradicación del mismo. Sin abandonar estos programas verticales creemos que debieran desarrollarse programas ho-

rizontales, priorizando los grupos de personas y las áreas geográficas donde la enfermedad es de mayor trascendencia, e imbricados en las actividades de los centros de atención primaria.

No se comentarán otras enfermedades infecciosas que ya han sido estudiadas en otros capítulos.

La Morbilidad extra-hospitalaria

La Morbilidad estudiada por diagnósticos de consultas ambulatorias es la fuente más voluminosa de información de que dispone el Sistema Sanitario. En 1981 se realizaron en Asturias 4.933×10^3 consultas ambulatorias en el INSALUD, lo que supuso aproximadamente 22 ingresos hospitalarios por cada 1.000 consultas extra-hospitalarias hechas en consultorios del INSALUD.

El volumen y tipo de las consultas ambulatorias se acercan más a la morbilidad real en la medida que exista una mayor cobertura de atención ambulatoria y que ellas expresen la morbilidad sentida por la población. No son fidedignas de la morbilidad real, por cuanto, además, dependen de la cultura sanitaria de la población y de la profundidad con que se abordan en su estudio las diversas etapas prepatogénicas, subclínica y clínica, del proceso salud-enfermedad, en consonancia con los recursos que se utilizan y el nivel de conocimientos adquiridos. Sin embargo, el tipo de consultas ambulatorias establece un parámetro inmediato de necesidad, de máxima utilidad para la gestión de los recursos.

Por otra parte, es necesario aclarar que, dada la existencia de varios modelos de atención médica ambulatoria en Asturias, tanto la frecuencia como el tipo de morbilidad que ellos atienden pudiera variar sustancialmente en función de la utilización que la población hace de cada uno de los modelos.

Manejaremos ahora el estudio hecho a nivel de la periferia de Madrid sobre 35.000 habitantes, repartidos en tres cupos de la Seguridad Social, y los tres estudios efectuados en la región sobre morbilidad extra-hospitalaria. Al tratarse de una población tipo urbano, el estudio realizado en Fuencarral puede aplicarse a cualquier población similar de Asturias, aunque no al conjunto de la misma, dadas las características ocupacionales de urbano-ruralidad y del nivel de servicios existente.

El número de consultas por persona y año fue, en dicho estudio, de 7,37 y 6,39 para hembras y varones, respectivamente. Aplicados dichos índices a la población asturiana —1981— hubiesen supuesto un volumen de 7.775×10^3 consultas extra-hospitalarias, cifra que se aleja ostensiblemente de las realizadas en realidad —4,3 consultas por habitante y año—. Esta diferencia se encuentra influida por la distribución rural de Asturias, con probabilidad. Creemos que el indicador se encuentra bajo en comparación con otros países del entorno europeo y que, aun cuando pudiera revelar una menor accesibilidad de la población rural al Sistema Sanitario, indica, también, que el nivel de demanda de la población sobre los servicios de atención primaria se encuentran aún en expansión y debe suponer el crecimiento del número de consultas proporcionadas por la red primaria de atención.

Para el mismo estudio, el indicador de consultas por grupos de edad sigue la siguiente distribución:

* Se refiere a la fecha de la encuesta analizada.

CUADRO XV

Consultas ambulatorias del INSALUD por grupos de edad
Fuencarral 1981

GRUPOS	N.º de consultas habitantes/año	Consultas teóricas x 10 ³
0 - 14 años	3,90	981
15 - 29 años	4,02	1.017
30 - 44 años	5,16	1.028
45 - 64 años	10,01	2.814
65 años y más	10,53	1.520

FUENTE: Bol. Indic. Sanitario 3 (3) 53-80, Marzo de 1986.
Estudio de Fuencarral, 1985.

En el margen derecho del Cuadro figuran las consultas –en miles– que habría que proporcionar a la población asturiana, según grupos de edad, tomando como base la población regional de 1981.

El mismo indicador tomado por áreas sanitarias daría los resultados expresados en el Cuadro XVI.

La primera estimación que puede hacerse de los datos expresados es que, para proporcionar dicho número de consultas, se necesitarían, en cuanto al grupo de menor edad, un total de uno 100 pediatras trabajando 4 horas diarias a razón de 10 consultas por hora, en atención primaria. Del mismo modo, podrían calcularse los recursos médicos para adultos y para geriatría, que suponen unas necesidades más amplias de las existentes en la actualidad. En lo particular, Asturias no cuenta, aún, con un solo geriatra especializado, siendo, paradójicamente, una de las regiones con mayor proporción de ancianos del Estado.

Para cubrir las consultas dadas efectivamente $-4.933 \times 10^3-$ por los médicos de atención primaria, entre los cuales 452 son médicos generales –A.P.D. y médicos de zona, 1983–, un sencillo cálculo permite suponer que el número de pacientes vistos por hora de consulta es superior a 20.

En base al mismo estudio, los datos obtenidos según el tipo de consulta fueron:

CUADRO XVII

Consultas ambulatorias según tipo
Fuencarral 1981

Primeras consultas	26,2 %
Reconsultas	71,0 %
– Empeoramiento	4,6 %
– Recetas	32,5 %
– Citados	27,8 %
– Documentos	6,1 %
Otras	2,9 %

FUENTE: Bol. Indic. Sanitario 3 (3) 53-80, Marzo de 1986.
Estudio realizado de 1984-1985.

Estos datos reflejan otra característica de la actividad administrativa del médico, que entorpece la asistencia al paciente y despilfarra los recursos médicos cualificados. Es de notar que, tomando como base las consultas proporcionadas en Asturias en 1981 y el empleo de 1 minuto por cada paciente que acude con motivos administrativos, se habrían empleado en esta actividad 12.600 jornadas médicas de 2 horas y media, o lo que es lo mismo, 40 médicos trabajando al año en esta sola actividad a razón de 2 horas y media diarias. Es prioritario estudiar este problema, en un momento en que se multiplican para el facultativo el número de documentos a rellenar, si se quiere optimizar la utilización del recurso humano cualificado. Las medidas de desmasificación mediante el desdoblamiento de consulta no son una solución por cuanto no siempre está dispuesto el usuario a seguirlas, cuando además no existen recursos humanos que garanticen el correcto seguimiento y la interrupción, en su caso, de los tratamientos.

Otras actividades de peso en relación a este aspecto se encuentra en la cantidad y la complejidad de los documentos a cubrir, así como en la existencia de sistemas de información diversos que atender por parte del médico.

El Cuadro XVIII refleja la distribución proporcional de las consultas ambulatorias en cuatro estudios realizados en distintos momentos y por métodos diferentes. De ahí que los datos coincidan poco entre sí. En dichas diferencias existen una serie de situaciones que no permiten establecer una comparación confiable. Más importante hubiera sido disponer de las tasas por número de habitantes que de la proporción de consultas. Sin embargo, en algunos casos no conocemos la población estudiada y en otros no disponemos del número absoluto de consultas.

Según el estudio realizado por la Consejería de Sanidad –actualmente en desarrollo–, las causas de consulta más frecuentes a nivel ambulatorio se resumen como sigue en el Cuadro XIX.

En las tablas del anexo se recogen las enfermedades más frecuentemente atendidas en primeras consultas, reconsultas en el estudio hecho en Madrid y que, ante la inexistencia de un estudio en Asturias, puede ser aplicado a zonas de tipo urbano en la región.

Merece destacar en estos estudios la importancia que cobran las consultas por enfermedades respiratorias en todos ellos.

CUADRO XVIII

Distribución de los motivos de consultas según grupos de enfermedades*
y estudios efectuados

GRUPO	% Fuencarral	% Asturias	% Contrueces	% Ventanielles
Cardiovascular	19,0	15,0	8,7	10,8
Respiratorio	15,8	22,5	31,5	16,4
Músculo-esquelético	11,3	7,6	11,7	13,7
Endocrino	6,3	2,6	6,0	6,2
Digestivo	5,5	5,0	5,7	6,2
Alt. mentales	5,5	3,7	2,0	3,8
S.N.C. y O. Sentidos	4,0	4,4	8,5	15,1
Infecciosos	3,8	1,1	**	1,6
Génito-urinario	3,5	2,1	6,6	—
Piel	3,1	2,3	7,0	4,7
Accidentes	2,3	2,7	1,9	3,6
Tumores	1,2	1,4	**	0,1
Sangre	0,5	**	**	—
Embarazo	0,1	**	**	—
Alts. Congénitas	0,1	0,0	**	—
S.S. mal definidas	9,4	9,9	10	—
Otros	8,6	18,7	—	17,8

Estudio de morbilidad extra-hospitalaria Fuencarral. Estudio de morbilidad extra-hospitalaria Asturias. (Bol. Consejería de Sanidad).
Est. de Contrueces y Ventanielles.

** No consta en la fuente.

* Clas. de la W.O.N.C.A. (ICPPH-2).

Otros problemas de salud

Los exámenes de salud escolar practicados en algunas zonas de la región demuestran la presencia de bocio endémico en extensas áreas rurales, que sobrepasa el 15% de la población examinada en algunos casos –Consejería de Sanidad– (ob. cit.). Este problema parece estar presente, también, en las zonas urbanas por encima del nivel nacional, como demuestra el estudio de salud del Centro de Contrueces.

CUADRO XIX

Motivos de consulta ambulatoria más frecuentes
Asturias 1986

MOTIVO DE LA CONSULTA	%
Prescripciones sin examen	16,22
H.T.A., no complicada	6,27
I.R.A.	5,68
Bronquitis y bronquiolitis aguda	5,29
Amigdalitis aguda y tonsilitis	3,4
Osteoartritis y afines	3,0
Enfermedad cerebrovascular	2,43
Depresión	2,4
Gripe	1,6
Signos y síntomas mal definidos	8,2
TOTAL	54,5

FUENTE: Salud y Comunidad N.º 1. Bol. de la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.

* Datos preliminares.

La presencia de caries dental en los exámenes realizados fluctúa entre el 55 y el 84% de la población infantil. Otros problemas detectados en el estudio llevado a cabo en centros escolares –1984– se refiere a alteraciones visuales no corregidas en 15% de los examinados, alteraciones de la estática y la marcha (Genu valgo) en 54%, así como fimosis, parasitismo intestinal y micosis*.

Hay que destacar, además, la presencia de obesidad por su importancia como factor de riesgo. En una muestra tomada al azar de 103 personas que acudían a una consulta de medicina general en Gijón -Contrueces- (ob. cit.), se encontró que solamente el 48% de varones y el 39% de hembras eran normopeso, el 45% de las mujeres y el 13% de los hombres presentaban obesidad grado III-VI, el resto eran sobrepeso o grados I y II de obesidad.

Consumos de medicamentos

En las cifras proporcionadas por el INSALUD se puede ver el gasto que supone el consumo farmacéutico para el Sistema Público y que alcanzó, en 1984, 5.078.082 miles de pesetas. El consumo de recetas por titular/mes es elevado, fundamentalmente, en las consultas de medicina general -2,03 recetas/titular/mes-, y, dentro de ellas, en las consultas de pensionistas, que suponen 3,04 recetas/titular/mes. Se da la circunstancia que, a pesar de haber disminuido el volumen de recetas -período 1983-84- el gasto por receta siguió elevándose, fundamentalmente, a expensas de la medicación de sostén para ancianos, que resulta más cara en general, así como de mecanismos de renovación y diversificación de productos y precios por parte de la industria farmacéutica, no controlados por el Sistema. En este aspecto, la población asturiana está excesivamente medicalizada y no es previsible que vaya a disminuir sustantivamente el consumo de fármacos y sus posibles yatrogenias, a menos que se afronten con rapidez y eficacia los orígenes del mismo y que, en nuestra opinión, radican tanto en la insuficiencia diagnóstica del médico, como en la inestabilidad laboral del mismo, su falta de identificación con la Administración, así como en la inexistencia del perfil profesional más idóneo para determinar la selección del profesional según su función y, por supuesto, en la educación sanitaria de la población.

Los equipos de Atención Primaria pueden atajar este problema con mayor efectividad, siempre que su función responda a los criterios de promoción de la salud comunitaria y que se fundamenten en una actividad científicamente dirigida en torno a la salud individual y colectiva.

Las medidas de racionalización del uso de medicamentos deben dirigirse, con especial interés, hacia el profesional médico y hacia la población anciana.

CAPITULO II

CONSIDERACIONES ACERCA DE LA RED DE SERVICIOS Y SU ACTIVIDAD:

- Red Hospitalaria.
- Capacidad de hospitalización e indicadores de gestión hospitalaria.
- Red de Atención Primaria.

RED HOSPITALARIA

La red de Servicios de Salud de Asturias está compuesta de instituciones públicas, instituciones privadas de carácter benéfico y centros privados.

Las instituciones hospitalarias de titularidad privada -11- poseen 682 camas y un promedio de 62 camas/Centro; tienen, en su mayoría, carácter exclusivamente quirúrgico -salvo 46 camas psiquiátricas en dos Centros-, y se caracterizan, en líneas generales, por el bajo rendimiento de sus indicadores y la insuficiencia de personal médico y de enfermería, que acude a ellas con la finalidad de realizar intervenciones puntuales. La mayoría de ellas se benefician de los conciertos que establecen con la Red Pública -INSALUD.

Otros 6 Centros -565 camas-, creados como hospitales de caridad, alternan en sus prestaciones la práctica privada, la beneficencia y los conciertos con la Red del INSALUD. Reúnen las mismas características que los privados en cuanto a rendimiento, trabajan con escaso personal médico de plantilla y las labores de enfermería son realizadas por religiosas con frecuencia. Asimismo son Centros de carácter quirúrgico.

Las empresas públicas siderúrgica y minera poseen, además, 325 camas en 3 instituciones de carácter traumatológico.

La red hospitalaria pública -4.791 camas- obedece a tres tipos de titularidad. El INSALUD, con la red más importante, posee 3.151 camas en siete Centros hospitalarios, repartidos en siete Áreas Sanitarias. De ellas 299 son camas nominales, en proceso de construcción.

Por otra parte, la Comunidad Autónoma posee 1.640 camas en tres Centros, situados en Oviedo. De ellas, 534 en el Hospital General de Asturias -46 inutilizadas-, 300 en el Hospital Monte Naranco, y 760 en el Hospital Psiquiátrico.

Hay que añadir a las citadas, 200 camas pertenecientes al Ministerio de la Defensa, inutilizadas en la actualidad y en vías de desaparición.

El 60% de las camas totales radica en Oviedo, el 17% en Gijón, el 7% en Avilés, el 7% en Langreo, núcleos industriales más importantes. El resto se distribuye entre las áreas I, II y VII.

Citando el Análisis de la Situación Sanitaria 1985, hecho por la Consejería de Sanidad: «Puede decirse para Asturias que el sistema de asistencia sanitaria no constituye un sistema sino un conglomerado, en muchos casos caótico, de instituciones que frecuentemente superponen sucesivamente sus servicios a un amplio colectivo de individuos cuyo sistema de protección es teóricamente múltiple».

No obstante, algunas particularidades diferencian a la región del resto del Estado. En primer lugar, el 81% de las camas son públicas, poseen equipamiento adecuado y personal médico y de enfermería cualificado en sus plantillas; lo que demuestra el amplio peso que el sector hospitalario público tiene en Asturias. Frente a éste, el 19% de las camas son privadas, en general no poseen la dotación de camas públicas y su personal de plantilla es escaso y mal remunerado.

CUADRO XX
Camas según titularidad y Areas sanitarias
Asturias 1985

AREAS DE SALUD	Camas Públicas	Camas Privadas	TOTAL CAMAS	% Privado
I.- Jarrio	165	30	195	15
II.- Cangas del Narcea	134	—	134	—
III.- Avilés	345	74	419	17
IV.- Oviedo	3.445	483	3.928	12
V.- Gijón	450	660	1.110	59
VII.- Mieres	277	—	277	—
VIII.- Langreo	500	—	500	—
TOTAL	5.316	1.247	6.563	19

FUENTE: Situación Sanitaria en Asturias, 1985. Consejería de Sanidad.

En segundo lugar, las camas privadas son, en su mayoría, de carácter quirúrgico, asunto que obedece a la rentabilidad inmediata que proporciona este tipo de cama, frecuentemente mal equipada y que obtiene su beneficio en el tratamiento de la patología quirúrgica simple, no absorbida por el mercado público, y en exiguos salarios generados en una escasa relación personal/cama.

Por otra parte, el desarrollo del sector hospitalario público, aunque con una fuerte implantación, carece de integralidad dada su dependencia de titularidades varias de las que, las dos más importantes, son la Red del INSALUD y la gestionada por la Comunidad Autónoma a partir de la promulgación del Estatuto de Autonomía —R.D. 2.874/79 y R.D. 340/82.

Esta desintegración de competencias choca con las expectativas creadas por la Ley General de Sanidad y, lejos de suponer la existencia de un sistema coherente, supone la presencia efectiva de, al menos, dos sistemas administrativos, uno dependiente de la Administración Central, que gestiona los recursos del INSALUD, y otro dependiente de la Administración Autónoma —Consejería de Sanidad—, que gestiona los de la Comunidad Autónoma.

El doble tratamiento que la ley establece para los sistemas regionales con competencias transferidas, donde ya es posible establecer órganos de dirección y de integración de la red hospitalaria, y el que se da a los sistemas regionales sin transferencias en materia de salud —para los cuales indica solamente la necesidad de establecer un órgano de coordinación entre ambas redes— supone el aplazamiento de la necesidad urgente de establecer un solo subsistema rector que posibilite la acción efectiva y solidaria de todo el conjunto de los servicios. Este tratamiento hace peligrar el desarrollo armónico de la red pública en todas las CC.AA. y, en tanto no se establezcan las transferencias en salud, crea una dinámica de desarrollo desigual en la que Asturias parece encontrarse entre las comunidades menos favorecidas.

La falta de integralidad de la Red Hospitalaria Pública se refleja en los indicadores de actividad hospitalaria, tanto como en el costo de dicha actividad. A la vista del cuadro de gestión hospitalaria elaborado en la Consejería de Sanidad pueden hacerse algunas consideraciones.

De la población total ingresada durante el año estudiado —1983— el 60% de los ingresos se hicieron en hospitales del INSALUD y el 7,8% en el Hospital General de Asturias —68.612 y 8.445 ingresos, respectivamente—. Hay que hacer notar que el INSALUD, con el 52% de las camas existentes en la región en ese momento, recibió el 60% de los ingresos, mientras el H.G.A., con el 10% de camas totales de la región, atendía tan sólo el 7,8% de los ingresos. Este hecho apunta al mejor rendimiento y ocupación de las camas del INSALUD, como se verá más tarde. En total, el 68% de los ingresos se realiza en centros públicos —INSALUD y H.G.A.—, que poseen el 63% de las camas.

Tanto la ocupación de la cama, como la estancia media, como el coste/cama/día reflejan un menor rendimiento del H.G.A. en relación a la Red del INSALUD, si exceptuamos el Hospital de Silicosis, cuyo carácter especializado da a éste particularidades especiales. Compárese, asimismo, el incremento del gasto entre los Centros de ambas titularidades —5,24% en el H.G.A. y entre 0 y 2,4% para los Centros del INSALUD. 1983-84.

Estas diferencias se originan en la gestión externa a los Centros, más que en la propia de los mismos, toda vez que el acceso directo y gratuito de la población asegurada —95%— sólo se realiza en los hospitales del INSALUD. El flujo de ingresos hacia otros centros públicos es limitado por el propio INSALUD condicionando su ocupación. En esta situación la productividad se mantiene a fuerza del aumento inmoderado de la estancia media en los dis-

tintos servicios y en el caso del H.G.A. es de 18,5 días en Medicina Interna, 19,2 en Cirugía General, 27 días en Cirugía Vascular, 24 en Traumatología, 24 en Urología. La comparación de este indicador según la forma de pago es elocuente en este sentido. Y otro tanto puede decirse de la actividad policlínica, donde se generan como promedio 12 consultas sucesivas por cada primera, para enfermos asegurados, y sólo 4 cuando se trata de otra forma de pago. (Cuadro XXI bis).

CUADRO XXI

Distribución de la población y de los ingresos hospitalarios en el INSALUD Asturias 1983

	A. I	A. II	A. III	A. IV	A. V	A. VI	A. VII	A. VIII
% de población	6	4,4	15	27	24	5,6	8,4	9
% de ingresos	—	—	14	52	21	—	2	11
% camas	—	—	11	59	17	—	2	11

FUENTE: Memoria 1984. INSALUD. Asturias.

No puede obviarse —por la irracionalidad que supone— la existencia en la capital de un hospital de carácter especializado que no obedece actualmente a la finalidad de su construcción. Decimos esto porque, si bien las enfermedades profesionales de la minería tienen peso en la región, el marcado descenso de la silicosis, junto a las existencias de servicios de neumología en otros hospitales, no hacen operativo mantener una institución especializada, que supone un alto costo con una baja efectividad.

Por otra parte, dado el papel que juegan las Enfermedades Respiratorias en la morbi-mortalidad de la región, cabría aportar soluciones que diesen mayor amplitud de cobertura y rentabilidad —tanto económica como social— a este Centro y que precisase su papel en la interrelación con el resto de la Red Asistencial. En todo caso, un prerequisite para dicho enfoque sería la existencia de una dirección de la Salud Pública con competencias para establecer tales soluciones. Entre tanto dicha dirección única no se establezca, este aspecto parece de interés para el reciente Organo de Coordinación Hospitalaria establecido entre ambas redes.

Otros aspectos de regionalización de la Red Hospitalaria

En lo que respecta a la regionalización del Sistema Hospitalario Público merece hacer algunas consideraciones. Asturias cuenta con 5,4 camas/1.000 habitantes, al mismo nivel de la media nacional, pero estando aún muy lejos de satisfacer las recomendaciones de la O.M.S. para los países europeos —10/1.000 habitantes—. La región precisaría unas 5.000 camas para cumplir dicha indicación, si bien, por lo que atañe al Sistema Público, no es previsible alcanzar dicha norma en un futuro próximo, debido a que la política de inversiones prevista a nivel nacional no contempla la creación de más camas en la región por el momento.

CUADRO XXI bis
Estancia media por Servicios
1986

	Pago total	Seguridad Social	Benéficos	Otros pacientes	TOTAL
Cardiología	9,7	12,4	9,3	9,1	11,7
Cirugía General	12,7	22,7	19,9	14,1	19,2
Cirugía Plástica	13,5	28,8	22,8	14,2	24,1
Cirugía Torácica	20,6	22,1	21,2	9,1	21,7
Cirugía Vascular	19,1	27,3	32,9	15,0	26,9
Dermatología	—	17,6	22,8	—	18,8
Ginecología y Obst.	5,3	15,9	8,4	7,3	9,0
Medicina Interna	14,7	20,3	18,3	16,5	18,5
Nefrología	21,3	13,0	14,4	9,2	13,3
Neurocirugía	21,0	33,9	31,1	25,0	31,8
Neurología	13,9	19,1	18,9	15,1	17,9
Oftalmología	5,9	10,5	10,9	15,0	10,9
Otorrinolaringología	2,6	1,0	1,4	2,1	1,9
Pediatría	8,5	8,7	13,8	6,0	10,8
Quimioterapia	15,1	10,4	18,8	31,6	10,8
Radioterapia	7,0	8,7	23,0	5,8	8,9
Traumatología	18,0	27,5	26,7	19,7	24,3
Urología	19,0	24,4	24,6	17,7	23,4
TOTAL	13,0	17,1	15,7	12,0	16,0
Año 1985	14,9	19,1	17,3	12,4	17,0
% 1986 - 1985	— 12,6	— 10,5	— 9,0	— 3,1	— 6,3

FUENTE: Memoria de Actividades, 1986. Hospital General de Asturias.

En el contexto nacional el índice de camas por 1.000 habitantes se encuentra mucho más elevado en Alava -8,95-, Avila -6,78-, Burgos -8,34-, Gerona -6,88-, Guadalajara -9,57-, Guipúzcoa -6,13-, Madrid -6,12-, Navarra -8,04-, Palencia -12,3-, La Rioja -7,46-, Salamanca -8,2-, Segovia -6,7-, Tarragona -8,02-, Teruel -9,7-, Zaragoza -7,27-, Asturias mantiene el mismo nivel de camas por 1.000 habitantes que Valladolid -5,66-, La Coruña -5,2-, Cádiz -5,89-, Barcelona -5,2- o Huesca -5,62-, entre otras (cifras calculadas en base al Anuario Estadístico I.N.E. 1983, p. 641)*.

No se desprende de estos datos que Asturias sea una región privilegiada en camas hospitalarias, por el contrario, a pesar de las recientes unidades creadas, persiste el déficit de camas en la región.

Dadas las consideraciones apuntadas sobre morbi-mortalidad en Asturias y el carácter de las camas de la región, a saber: 3/4 partes de las camas son quirúrgicas, peor calidad de las camas concertadas sobre las públicas, con ocupaciones más bajas, estadías más elevadas y coste/cama más alto (costes indirectos) en el sistema de concierto que en las camas públicas.

Creemos que, aunque es previsible que la mejora de las acciones de los hospitales públicos y las medidas de racionalización de los recursos en los mismos, mejorará la cobertura real, ello no va a solucionar dicho déficit de camas, cuya tendencia actual es alejarse de las necesidades estudiadas. Hay que tener en cuenta, además, que el envejecimiento de la población asturiana supondrá una demanda suplementaria de camas, no prevista alrededor de los primeros años 90.

Desde el punto de vista de la distribución de las camas por Areas de Salud, el Sistema se caracteriza por la concentración de las mismas en los núcleos industriales del centro de la región y, sobre todo, en el Area IV, donde la existencia de dos hospitales de alto nivel de equipamiento produce duplicidades e ineficiencia de lugar a una inflación artificial de estancias que, en un hipotético sistema armónico, detrae recursos susceptibles de subsanar déficits manifiestos en otras Areas de Salud, como se ha expuesto. Esta centralización ha sido combatida por la Administración del INSALUD en los últimos años; fruto de esta política existen actualmente dos centros hospitalarios en construcción.

Sin embargo, la distribución de las camas hospitalarias por Areas Sanitarias es aún muy desigual. En el Area IV se concentran el 59% de las camas, con un índice de 12,9 camas/1.000 habitantes; en el Area V el 17% de camas -4,13 c./1000 habitantes-. El Area VIII con el 7% de camas da una cobertura de 4,7 c./1.000 habitantes. En el Area VII, con el 4% de camas de la región y un índice de 2,9 c./1.000 habitantes. En construcción se encuentran 165 camas en el Area I que, junto a las existentes, suponen el 2,9% de las camas y 2,8 camas por 1.000 habitantes; asimismo, 134 camas en el Area II que supondrán 2,7 camas por 1.000 habitantes.

En el Area VI no se dispone de ninguna cama de hospitalización, ni es previsible que vayan a crearse a corto plazo.

* En el Anexo se expone la Tabla XVII tomada del I.N.E.

Capacidad de hospitalización

Según la encuesta de morbilidad hospitalaria del INSALUD -1983-, un 9,5% de la población asturiana ingresa en un Centro hospitalario a lo largo del año -no se tiene en cuenta el nivel de reingreso-. Esta proporción es similar a la nacional -9%- y al igual que ella ha crecido en un 1% del año 1980 a 1983, lo que no refleja sino el aumento de la demanda de atención y la mejor utilización del recurso cama -al menos a nivel regional.

La capacidad de hospitalización es escasa, si se compara con las estimaciones para países con buen nivel de desarrollo, que supone que el 16% de la población necesitaría atención hospitalaria al menos una vez al año (17). En el contexto nacional la proporción de población ingresada en Centros hospitalarios es superior en Guipúzcoa -10,3%-, La Rioja -13%-, Sevilla -10,5%-, León -9,8%-, Alava -12,4%-, Burgos -11,6%-. La capacidad de hospitalización es similar a la de Barcelona -9,3%-, Cantabria -9,6%- y Zaragoza. Es, por último, mayor que la de Madrid -7,5%-, Orense -5,9%- y Valencia, entre otras provincias.

Esta distribución apunta al mayor nivel de camas por habitante en algunas zonas del Estado, aunque no dice nada sobre el tipo y la calidad de la cama existente. En algunos casos se trata de la presencia de camas psiquiátricas y antituberculosas dependientes de las antiguas Diputaciones Provinciales; en otros, se trata del mayor peso que tienen las camas privadas en dichas provincias. En todo caso, la proporción de camas según la calidad, funcionalidad y régimen de titularidad puede servir de orientación para formular políticas de reconversión, que pueden dar lugar a camas más funcionales con costos mínimos de puesta en marcha, siempre que exista un detallado estudio de las necesidades y prioridades en este aspecto por parte de la Administración Pública.

En el caso de Asturias, la mayoría de las camas son de titularidad pública y cubren un 70% de los ingresos. Existen razones para pensar, que en el marco de una Administración de Salud Autónoma, sería posible reconvertir aquellas camas públicas o paraestatales, así como algunas de carácter benéfico, superando la baja utilidad actual de las mismas y dándoles mayor funcionalidad a un costo relativamente bajo. Con ello se mejoraría la cobertura escasa en algunas áreas sanitarias.

Nos referimos al Hospital de Jove en Gijón, al de Caridad en Avilés, así como al de Cruz Roja en Gijón, para los que sería fundamental la superación del actual sistema de concertación y la aplicación efectiva del artículo 66 de la Ley de Sanidad.

Una gestión de este género choca contra lo que, en nuestra opinión, constituye el condicionante más importante de la gestión de salud en la región. La inexistencia de una administración única y, por tanto, la falta de integralidad en el Sistema de Dirección de la Salud Pública Asturiana. La capacidad de integración y armonización del Sistema Público está, a su vez, condicionada a la consecución de las transferencias en materia de salud y, por tanto, a la necesidad de una voluntad política meridiana en este sentido. La capacidad de hospitalización de Asturias debe crecer si nos atenemos a dos factores. Por una parte, la tendencia creciente al envejecimiento poblacional, que trae consigo la presencia de complicaciones de las patologías específicas de estas edades, más frecuentes y de mayor utilización del recurso cama.

CUADRO XXII
Camas por 1.000 habitantes y CC.AA.
España 1984

CC.AA.	Indice*	CC.AA.	Indice*
Andalucía	4,8	Extremadura	4,4
Aragón	6,3	Galicia	3,9
Asturias	5,4	La Rioja	6,9
Baleares	5,2	Navarra	7,5
Canarias	5,7	Madrid	5,9
Cantabria	6,3	Murcia	4,5
Castilla-León	6,3	País Vasco	5,9
Castilla-La Mancha	4,6	Valencia	4,4
Cataluña	5,4	TOTAL NACIONAL	5,4

FUENTE: Anuario «El País», 1985. Datos tomados de la Dirección General de Planificación Sanitaria.
* Camas por 1.000 habitantes.

Por otra parte, la mejora en la actividad de la APS debe suponer una descarga de las patologías banales para el hospital. No es previsible que esto vaya a implicar una disminución en la demanda de atención hospitalaria, por cuanto el desarrollo de la atención primaria supondrá una mayor actividad preventiva y ésta traerá consigo la captación más precoz de los enfermos y susceptibles. Para un predominio de morbilidad no transmisible la captación de los enfermos en fase subclínica supone, con frecuencia, la utilización de medios diagnóstico-terapéutico que sólo están al alcance del hospital.

Asturias es una región con cobertura de servicios públicos tanto en lo que se refiere a personal médico como a recursos hospitalarios, similar a la media nacional, aunque con alto desequilibrio intrarregional. Ello no quiere decir que no deba tenderse a lograr los patrones de médicos por habitante –en el Sector Público– y camas por mil habitantes, que recomienda la O.M.S. a nivel europeo y de los cuales Asturias se encuentra a considerable distancia.

Hay que decir que esta cobertura de camas públicas, relativamente satisfactoria para el nivel estatal, trae consigo ventajas económicas nada despreciables. Así, a nivel nacional, el 30% de las camas son privadas y el 70% públicas, mientras que en Asturias son públicas el

80% de las camas. Ya hemos visto el mayor costo de la cama privada –costes indirectos y eficacia dudosa–; desde el punto de vista de la cobertura el INSALUD cubre –a nivel nacional– el 77% de la misma con medios propios, mientras en Asturias esta cifra se aproxima al 90%. Si sumamos a esto que el gasto por cama es menor en Asturias que la media nacional, puede calcularse que el gasto hospitalario es menor en la región, en relación a sus necesidades.

Sin embargo, consideramos un error la tendencia creciente a establecer parámetros de necesidad en función de estudios de demanda atendida, o de volumen poblacional. Creemos que para acercarse a las necesidades deben cobrar mayor protagonismo los estudios epidemiológicos de morbilidad, inexplorados aún para fines de determinación del recurso cama.

No sería justificable la estabilidad de la capacidad de hospitalización pública, sobre todo en servicios que, según las previsiones, serán los más demandados en el futuro. Las camas de Medicina Interna, Cardiología, Neurología, Digestivo, Oncología, es de suponer que demandarán mayor cualificación y crecimiento en los próximos años, dada la tendencia al desarrollo y complejidad de la morbilidad prevalente. Lo mismo puede decirse para servicios como Hematología, Hemodiálisis o Trasplantes Renales, algunos de los cuales llevan estancados sus cupos de atención desde hace varios años y no cubren la demanda regional.

En cuanto a la atención cardiovascular de nivel terciario, debe destacarse el alto grado de dispersión de estos servicios en los Centros hospitalarios de Oviedo, generando duplicidades e infrautilización de recursos humanos. Señalaremos la insuficiencia de la Cardiología Infantil –cuenta con un especialista sin conexión formal a otro servicio–, la inexistencia de unidad de marcapasos y el bajo desarrollo de las técnicas de electrofisiología. En lo que respecta a la Cirugía Cardiovascular no se satisfacen las necesidades ni la demanda regional. El H.G.A., pionero en otro tiempo, realiza actividades y técnicas limitadas, siendo derivados la mayor parte de los enfermos tributarios de Cirugía Cardíaca o Coronaria hacia Centros nacionales.

Si nos referimos a la existencia de plazas para atención al crónico, plazas de Geriátría o aquellas de atención al minusválido, las deficiencias se hacen más notorias, lo que refleja que el Sistema de Salud continúa impregnado por la actividad eminentemente curativa de los servicios asistenciales.

ALGUNOS INDICADORES DE GESTION HOSPITALARIA

De los datos recogidos en el Anexo se deduce la mejora en los indicadores de utilización de la cama del año 1983 a 1984 para hospitales del INSALUD. Ello refleja una mejora en la gestión hospitalaria. Dichos indicadores se acercan a los niveles óptimos en el caso del Hospital Nuestra Señora de Covadonga –el de mayor volumen de camas–; sin embargo, en el caso del resto de los hospitales este nivel dista de ser óptimo y refleja una elevada capacidad de recursos infrautilizados, a pesar de la mejoría. De ellos, el Hospital de San Agustín de Avilés y el Hospital de Silicosis son los que peores ocupaciones presentan. En el caso del Hospital de Avilés, al igual que en el Hospital de Cabueñes, a ello se suma una estancia media baja, hecho que pudiera relacionarse con la alta presión asistencial de estos Centros, así como con el dimensionamiento de las camas pediátricas.

El Hospital de Cabueñes es el que muestra menor índice de utilización de los quirófanos, teniendo, sin embargo, un buen indicador de médicos por cama. En el mismo, además, es en el que más crece el coste por estancia; aunque debe recordarse que en la estructura de

los costos hospitalarios los gastos por concepto de salarios constituyen el componente que mayor aporte hace al costo, lo cual se relaciona directamente con los mejores índices de personal por cama en este hospital.

La Mortalidad Bruta —la neta no se refleja— varía de 3,18 a 3,54, siendo la más alta la correspondiente a Mieres. El % de necropsias —14%— se encuentra a un nivel muy bajo en relación a lo óptimo, siendo el que peor indicador presenta el Hospital de San Agustín de Avilés.

Por otra parte, en 1982, el total de altas distintas a las señaladas o desconocidas fue del 9%, con 3,4% de altas sin especificar diagnóstico. Hemos calculado para todas las provincias un índice de altas en varones por causas desconocidas o distintas a las señaladas, contra ingresos totales —95.462—. Ello nos arroja una cifra de 48,54, que viene a ser la mediana de las 52 provincias calculadas, lo que no está en correspondencia al nivel hospitalario de la región (se entiende que, en este caso, dicho indicador calificaría todos los centros hospitalarios y no solamente los del INSALUD).

En el Cuadro XXIV se presentan las estancias por edades y sexo, así como los días de promedio de estancia por paciente. Se puede observar la elevación de las estancias, determinada por las correspondientes a varones en relación con el mismo cálculo para el nivel nacional y en edades comprendidas entre 35 y 65 años; es decir, la edad más productiva de la vida. Hecho éste que no hemos podido explicar, pero que podría estar en relación al nivel de accidentes y politraumatizados en la región.

RED DE ATENCION PRIMARIA

La Red de Atención Primaria de Asturias se encuentra en proceso de transformación a raíz de la puesta en marcha de los Centros de Salud —Real Decreto 137/84 de Estructuras Básicas de Salud—. En estos momentos la región cuenta con 28 Centros de Salud, que cubren al 40% de la población.

Los Centros han sido emplazados priorizando las zonas de mayor desarrollo, quedando aún sin ninguno de estos Centros el Area VI. Prestan cobertura a una población entre 15 y 26 mil habitantes y están compuestos por equipos de atención en los que hay médicos —5,25 médicos/habitante*—, ATS, auxiliares de clínicas, administrativos y celadores.

Los médicos se reparten entre médicos de familia y pediatras —4 x 10.000 habitantes y 1,25 x 10.000 habitantes, respectivamente—, no habiéndose previsto la incorporación de gineco-obstetras en dichos Centros.

El desarrollo de esta red, teóricamente basado en las concepciones de la estrategia de Atención Primaria de la O.M.S., ha supuesto una evidente mejora sobre la situación pasada. Sin embargo, algunos aspectos referidos al modo en que se aplican los conceptos sobre Atención Primaria de Salud cuestionan la efectividad de dichos Centros para proporcionar la Atención Primaria según dicha concepción.

Por una parte, la lenta instalación de los equipos de Atención Primaria —no existiendo un plan concreto con fecha de finalización, sino que se va desarrollando de modo puntual según los presupuestos anuales—, hace temer que no se llegue a realizar la cobertura total de

la región en un plazo breve. Ello supondría la multiplicación del tipo de red asistencial, quedando parte de la población cubierta por los nuevos equipos y parte por los antiguos médicos de Zona y A.P.D.

Por otra parte, el tipo de profesional requerido para esta actividad no ha variado sustancialmente del que ya se tenía; es decir, un médico con un perfil eminentemente curativo, más acorde a descargar la presión asistencial hospitalaria que a realizar efectivamente actividades de tipo preventivo y de promoción de salud.

La formación del médico de familia, puesta en marcha en 1979, no ha logrado superar el carácter biólogo y tecnólogo del currículum profesional para conseguir una comprensión positiva y científica de la salud, como objetivo fundamental de la estructura sanitaria. En este sentido, no se han desarrollado planes de formación acordes a la función pública que debía representar el nuevo médico en el equipo de A.P.S., olvidándose, en dicha formación, los aspectos de Salud Pública, administrativos y de medicina comunitaria. Puede decirse que el médico de familia ha sido formado como un puzzle de concepciones y conocimientos sustentados en las diversas especialidades clínico-quirúrgicas hospitalarias, olvidando por completo las condiciones que exigiría su perfil ocupacional.

Por otra parte, la necesidad de la Administración de utilizar sus propios recursos ha supuesto el aprovechamiento del médico existente, carente de formación en los aspectos comunitarios y, en muchos casos, movido por la inercia de una actividad de mero «distribuidor de enfermos». Este tipo de profesional, con independencia del currículum personal y de la vía administrativa por la que accedió a dichas plazas, en realidad no ha recibido ninguna formación específica, salvo la adquirida de forma autodidacta mediante su esfuerzo personal. Las condiciones de aislamiento, en especial en el área rural, y las trabas laborales y administrativas han impedido la mejora de sus conocimientos y aptitudes.

Estas consideraciones ponen de relieve que la concepción de los equipos de Atención Primaria existente ha estado basada en la reunión de diversos profesionales, sin haberse previsto su capacitación para la finalidad propuesta y en el curso de un lento desarrollo de formulaciones estatutarias y de derecho laboral realizadas sobre la marcha, que han dificultado, aún más, dicha reunión.

De aquí que sea fundamental formular un programa específico de formación postgraduada del Médico de Atención Primaria, que debiera proporcionarle capacitación en áreas clínicas, en Salud Pública y Comunitaria, así como formación en Ciencias Sociales y de la Conducta y capacidad para la integración y aplicación de dichos conocimientos a la actividad diaria.

Este trabajo de nuevo tipo, sumado al perfeccionamiento continuo de los profesionales y a la modificación de la actual carrera universitaria, son los dos pilares sobre los que debe descansar la adaptación de los actuales médicos al Modelo de Atención Primaria. De otro modo, los actuales profesionales persistirán en su práctica individualizada, respondiendo al perfil para el que realmente fueron formados y no a las exigencias del trabajo en equipo y de responsabilidad comunitaria.

Otro rasgo que hace peligrar la concepción con que se han desarrollado dichos equipos es el referido a la delimitación de funciones y responsabilidades, puesto que no se ha elaborado una materia específica de tipo legislativo y estatutario en este sentido. El exponente más importante de esto ha sido la carencia de una definición clara de las actividades y funciones del coordinador del Equipo de Atención, así como su autoridad representativa y je-

* 5,25 médicos por 10.000 habitantes.

rarquizadora dentro del mismo; hecho éste que atenta contra la verdadera actividad conjunta e integradora del equipo.

Algunos aspectos de Regionalización

Previo al desarrollo de los E.A.P. ha sido conformado el Mapa Sanitario de Asturias que, como se ha expuesto, consta de 8 Areas Sanitarias, sectorizadas en Zonas de Salud. Cada Area Sanitaria delimita una organización espacial, demográfica y administrativa de la Región Sanitaria. Asturias queda configurada en 8 Areas Sanitarias, 63 Zonas de Salud —donde se están constituyendo los E.A.P.—, así como 11 zonas de tratamiento especial, que se han previsto en los lugares más montañosos e inaccesibles de la región y donde el nivel socio-económico y sociosanitario es más bajo.

A cada Area de Salud le corresponderá un Centro hospitalario, aunque hasta la fecha el Area VI no dispone de ninguno. En este sentido, se ha hablado ya del desequilibrio intrarregional de las camas hospitalarias, en cuanto a la distribución de los recursos humanos, el mismo desequilibrio se expone en el Cuadro XXIV —50% de los médicos residen en el Area IV.

Desde el punto de vista funcional, la Regionalización de los Servicios, basada en la estrategia de Atención Primaria, no sólo supone la delimitación geográfica y poblacional del espacio sanitario. Además exige la organización de un sistema de interrelación efectivo entre los distintos niveles de atención. Cabe decir que el decreto de jerarquización de las especialidades médicas ambulatorias —única medida regionalizadora tomada hasta la fecha—, supondrá la vinculación al Sistema Hospitalario de 86 especialistas que prestan actualmente servicio de atención en 6 de los ambulatorios del INSALUD.

Sin embargo, no se han establecido normas para mejorar la interrelación entre E.A.P. y nivel secundario, permaneciendo ambos niveles como subsistemas independientes.

Dado que este es un aspecto de la máxima importancia para materializar los principios de la Atención Continuada Progresiva al ciudadano, cabe suponer que el usuario seguirá haciendo uso de los distintos niveles de atención, del mismo modo que hasta la fecha, mientras no se garantiza la integración del Nivel Primario y Hospitalario.

Un sólido Sistema de Información entre ambos tipos de Institución, basado en la protocolización de relaciones entre especialistas de nivel secundario y equipos de atención primaria, así como en la práctica de interconsultas que posibiliten criterios de revisión y aseguren la formación continuada del E.A.P., contribuiría a solucionar esta situación. Por el contrario, el médico de Atención Primaria se verá abocado a cumplir el mismo rol que ha venido ejerciendo hasta el momento. No puede haber A.P.S. eficaz sin que ésta sea el eslabón principal de todo el Sistema Sanitario y no —como ocurre hasta ahora— que la base del Sistema Sanitario la constituye el nivel hospitalario, siendo los consultorios de Atención Primaria su apéndice.

En cuanto al aspecto geográfico poblacional, una gran extensión de la región y, aproximadamente, el 40% de la población pertenecen a áreas rurales donde la dispersión poblacional y el envejecimiento relativo son característicos. Es, precisamente, éste el grupo de población que más alejado tiene los servicios sanitarios.

La crisis de la Seguridad Social, basada en el continuo crecimiento de la población pasiva, ha generado la necesidad de reducir los costos hospitalarios y, fruto de ello, existe la

tendencia internacional de «Sacar al hospital fuera del hospital» o, lo que es lo mismo, realizar hospitalizaciones en domicilio, favoreciendo la recuperación de los enfermos en el mismo —a veces también la curación— y reduciendo los costos de hospitalizaciones prolongadas.

En aquellos lugares donde escasea el número de camas de observación, de atención a crónicos y de rehabilitación y donde además es predominante el grupo de población de mayores de 65 años, cuyas patologías se caracterizan por la larga evolución y el deterioro progresivo de las funciones vitales, este aspecto cobra la máxima importancia. Claro está que sustituir la hospitalización por el encamamiento domiciliario, garantizando la calidad asistencial, supone la existencia de una sólida interrelación entre nivel primario y nivel secundario de atención. Supone, además, contar a nivel primario con personal profesional preparado para proporcionar atención continuada a los pacientes y, sobre todo, dominio de las actividades de las técnicas de recuperación y rehabilitación del enfermo. Este criterio debería tomarse en cuenta tanto para la formación del personal como para su ubicación según el perfil ocupacional que se espera de él.

Por otra parte, existen 11 zonas de especial consideración en el Mapa Sanitario. Sin embargo, aún no existen criterios para el tratamiento especial de estas zonas.

Integralidad de la atención

Los Centros de Salud han pasado a realizar las actividades higiénico-sanitarias, de inmunización, de salud escolar, así como las propias curativas. En su seno se dan primeras consultas y consultas programadas. Esta actividad supera tanto a la aislada del médico de Zona, como la del médico de A.P.D.

En el presente estudio se han identificado algunas actividades que debían priorizarse, en cuanto a la labor preventiva y de promoción de la salud. Entre ellas, las que se refieren a la prevención de la mortalidad por tumores, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, accidentes, efectos del alcoholismo, suicidio y otros. Se han identificado, además, algunas enfermedades infecciosas que, por sus efectos económicos y sociales o por sus consecuencias fatales, debieran suponer prioridades, como es el caso de las intoxicaciones alimentarias en algunas zonas, la tuberculosis, las E.T.S. y el tétanos, entre otras. A través del estudio se observa la necesidad de dar prioridad al desarrollo de un Programa de Atención al Adulto y Anciano y a la Atención Materno-Infantil, tareas que debieran corresponder a las realizadas por los Equipos de Atención Primaria de Salud.

Aún no existen protocolos, ni normas de actividad desarrolladas para dichos programas y riesgos específicos. Hasta el momento en los Centros de Salud, aunque se han logrado establecer consultas programadas, no se han determinado los procedimientos aplicables al grupo de mayor edad, ni los criterios para detección sistemática de casos que implican situaciones especiales de riesgo.

No podemos decir lo mismo en cuanto a la atención del escolar, para la que se han desarrollado actividades de detección masivas, pero, en general, los actuales equipos de atención primaria no se caracterizan por la búsqueda activa de los signos de alarma, ni de los grupos de población con riesgos especiales, sino que basan su actividad en la demanda sentida de la población.

Por otra parte, el desarrollo de los Centros de Atención Primaria ha sido irregular y desorganizado en tareas de fundamental importancia en el campo de la promoción y la prevención.

A la insuficiencia de seguimiento en el embarazo y, en general, de atención gineco-obs-tétrica en los servicios del INSALUD, se ha respondido con la organización de Centros de Planificación Familiar, por parte de los Ayuntamientos. Asimismo, el intenso trabajo llevado a cabo por algunos profesionales ha supuesto la instauración de Centros de Salud Mental ambulatorios, logrando sacar la patología psiquiátrica del hospital.

En esta Área de Atención existe un fuerte desarrollo en los últimos años, propiciado desde la Dirección Regional de Salud Mental, creada en 1982. Dicho organismo se orienta hacia funciones asistenciales, de programación y formación de recursos humanos definidos, y ha establecido un Plan de desarrollo concreto en el que la descentralización de la atención, la mejora en la accesibilidad, el cambio de contenido de las actividades del Hospital Psiquiá-trico y la tendencia a la integración de la Atención a la Salud Mental en el seno de la Red Asistencial gozan del mayor protagonismo.

Ambos tipos de Centros, que han mejorado sustancialmente la situación de comienzo de la década, no han posibilitado el carácter integrador de la atención, existiendo una falta de relación entre Centros de uno y otro tipo.

En nuestra opinión, la Administración debiera profundizar dicha relación y tender a integrar todos los Centros en verdaderos equipos multidisciplinares, puestos al servicio de la comunidad.

El Sistema de Información

La llegada al INSALUD del actual Equipo de Gestión y el cambio político de 1982 han introducido algunos mecanismos para recoger y procesar la información básica para la Gestión de Salud. Se ha mejorado el Sistema de declaración de E.D.O. y se han establecido algunos datos básicos para control administrativo, como número de pacientes, número de recetas prescritas, gastos/paciente, primeras consultas y reconsultas, número de radiografías practicadas y otros.

Es preciso resaltar que la progresiva ordenación directiva de los Servicios de Salud del INSALUD ha supuesto mejoras evidentes en la gestión de los mismos y que ello, en gran medida, se ha basado en esta información. Sin embargo, toda la información recogida hasta la fecha ha estado dirigida al análisis del proceso administrativo y nada a la evaluación de los resultados, ni al análisis de la calidad de la atención (extra-hospitalaria); tampoco se han hecho estudios de necesidad, ni de morbi-mortalidad, hasta el momento.

En este sentido, la actividad directiva tiene un carácter fundamentalmente organizativo, tratando de tener indicadores que posibiliten el ahorro y la mejor distribución de los gastos.

Se hace necesario establecer indicadores y estándares suficientemente validados, que permitan a la Dirección controlar el proceso de Atención. Para ello es preciso desarrollar una estructura informativa que cumpla con el principio de la unidad entre Dirección e Información y desarrollar funciones de Auditoría Médica.

Es preciso estandarizar las actividades de detección y la frecuencia con que deben ser realizadas, según la patología y el grupo específico de riesgo, si se quiere aumentar la efectividad del Sistema; del mismo modo las actividades diagnósticas y las pruebas específicas; los estándares mínimos y óptimos del número de consultas o del seguimiento de rutina de determinadas enfermedades, tales como diabetes, hipertensión arterial, sífilis, cardiopatías de distinto origen, embarazo -aunque no es enfermedad- y otros. Elementos informativos de

este género configuran, en la actualidad, los llamados sistemas de monitoreo de la calidad de la Atención Médica.

Otros indicadores pueden servir, asimismo, para controlar la calidad del Sistema y el nivel suficiente, insuficiente o excesivo de sus actividades. Entre ellos, las conductas indicativas de defectos en la organización de la atención, las quejas, el cumplimiento o incumplimiento de las actividades propuestas, de los tratamientos, las características de uso de los servicios según la edad, sexo, lugar, para consultas de distinta tipología.

Por último, un sistema de información, acorde a mejorar la calidad asistencial, no debe obviar el nivel de satisfacción de los profesionales que ejecutan la actividad, así como el correcto aprovechamiento de su fondo de tiempo.

En todo caso, este es otro aspecto pendiente de solución en la actualidad, internamente ligado a la duplicidad directiva del Sistema de Salud asturiano y, cuya consecución irá en correspondencia al nivel cualitativo en que se alcancen los cambios propuestos por el nuevo Modelo de Atención en desarrollo. No puede olvidarse que en ello pesa de modo principal la decisión política de llevar adelante dicho modelo.

DISCUSION:

La identificación de la finalidad, objetivos y principales actividades de los Servicios de Salud de la Comunidad Autónoma de Asturias, según las características más relevantes del Estado de Salud de la población asturiana, nos obliga a someter a discusión algunos aspectos encontrados en el presente estudio.

Se destacan, en primer término, algunas peculiaridades del Estado de Salud de la Población, identificados fundamentalmente a partir de algunas características estructurales de la población y de su morbi-mortalidad, que evidencian la existencia de una población demográficamente vieja (12% de 65 y más años), la cual tiende a estabilizarse por su baja natalidad y la estimación de un alto contingente de población que accederá a los grupos de 65 y más en los próximos años. Resultó evidente también la existencia de una mortalidad infantil más elevada que en España, así como una sobre mortalidad masculina, con niveles excesivamente altos para las edades productivas de la vida.

Estas características están íntimamente asociadas a la existencia de riesgos de morir, significativamente más altos en Asturias que en el resto de España, para causas tales como los tumores, enfermedades cardiovasculares, accidentes, enfermedades respiratorias, tuberculosis pulmonar, suicidio y anomalías congénitas en ambos sexos. Se apreció que por sexo resultaban con riesgo significativamente más alto la cirrosis hepática en los varones asturianos que el resto de los varones españoles y la influenza y neumonía con mayor riesgo en las mujeres asturianas que en el resto de las españolas.

Estos elementos se sintetizan en una esperanza de vida para ambos sexos similar a la española (74 años) pero que en su distribución por sexo refleja diferencias importantes, dadas principalmente por encontrarse disminuida la esperanza de vida de los varones asturianos (70 años) en comparación con los varones españoles (72,5 años) y mucho más disminuida aún en comparación con las mujeres (78 años en mujeres asturianas y 76,5 años las mujeres españolas).

Esta situación diferencial respecto a los varones no es sólo cuantitativa sino que se complementa con aspectos cualitativos. Teóricamente es conocido que en los diferenciales de mortalidad por causa en varones de población demográficamente envejecida, la mortalidad

por enfermedades cardiovasculares es más elevada que la mortalidad por otras causas. Encontramos, sin embargo, que en los varones asturianos, la mortalidad por tumores precede a las cardiovasculares. Aunque un hallazgo de esta naturaleza supone estudios analíticos más exhaustivos, cabe al menos preguntarse ¿hasta qué punto las peculiaridades de la actividad productiva en Asturias condicionan esta característica de la mortalidad?

Otro aspecto cualitativo diferencial de la mortalidad masculina asturiana está dado por los niveles de la mortalidad por suicidio, con una tasa tres veces mayor que en las mujeres y significativamente más alto el riesgo de morir por esta causa los varones asturianos que las del resto de España. Aunque no tuvimos acceso a la información de la mortalidad por suicidio en los diferentes grupos de edad, algunos elementos cualitativos complementarios permiten suponer que el adulto joven masculino hace un aporte sustancial a la mortalidad por suicidio; ello se estima a partir del hecho de que el análisis de los suicidios consumados por sexo y estado civil permitió apreciar que mientras en los varones la casi totalidad se concentra en solteros y casados, en las mujeres ocurre a la inversa, concentrándose en primer lugar en viudas, seguido de las casadas.

Los resultados obtenidos sobre la morbilidad están elaborados a partir fundamentalmente de los servicios hospitalarios dispensados y extra-hospitalarios, además de algunos estudios puntuales realizados por los Centros de Salud. Se destaca como aspecto más relevante la correspondencia del patrón de morbilidad encontrado con las características del Estado de Salud inferidos a partir de las peculiaridades demográfico-estructurales de la población y de la mortalidad. Es decir, el predominio de una morbilidad crónica, heredo-degenerativa y otras afecciones no transmisibles en las que se destacan la hipertensión arterial, las afecciones digestivas, las cardiovasculares, tumores, las bronco-pulmonares, los traumatismos, las osteo-articulares, el bocio endémico y los psiquiátricos; se destacan también dentro de este patrón algunas desviaciones de la salud que por su condición de riesgo resultan de interés, como son el sobrepeso, la obesidad, el alcoholismo y el consumo de fármacos.

Es necesario subrayar, sin embargo, que subsisten manifestaciones de morbilidad infecciosa de gran trascendencia sanitaria y social, destacándose entre ellas la tuberculosis pulmonar, las infecciones respiratorias, las enfermedades diarreicas, las toxi-infecciones alimentarias, hepatitis, así como manifestaciones mórbidas indicativas de diferenciales en el estado de salud urbano rural, apreciándose en este último sector la persistencia aún de afecciones tales como brucelosis, hidatidosis, exantemáticas, tétanos y otras.

El estudio de la morbilidad, en particular por tumores, para el cual se dispone de información exhaustiva y de calidad aportada por el registro de cáncer vigente, permitió obtener algunos elementos que corroboran lo señalado sobre la mortalidad por esta causa en los varones asturianos, encontrándose una elevada frecuencia de ingresos hospitalarios en varones por linfomas y leucemias, que superan inclusive a los de estómago, esófago y recto en conjunto.

Los aspectos anteriormente discutidos sobre el estado de salud de la población asturiana hicieron explícita la necesidad de que los Servicios de Salud, en lo que a finalidad, objetivos y principales actividades se refiere, se caractericen ante todo por una integración sistémica de las acciones, en la cual las características orgánicas, estructurales resulten subordinadas a las exigencias funcionales de dichos servicios respecto a las necesidades asistenciales prioritarias para el mejoramiento del Estado de Salud. Ello supone el desarrollo de una estrategia de elevada integralidad en la Atención Médica que con una orientación esencialmente profiláctica incida en el fomento y promoción de la salud, la prevención sobre los grupos de ries-

go, la recuperación precoz y la prevención de incapacidades mediante métodos de vigilancia médica activa, a la cual deben responder las acciones asistenciales de diverso nivel y carácter, ya sea por el momento del fenómeno salud-enfermedad sobre el cual inciden o por la complejidad de las acciones a realizar y los recursos y medios a emplear. Una función de esta magnitud responde a un momento de desarrollo de los Servicios de Salud cualitativamente superior a los anteriores, en los cuales la estrategia asistencial se enmarcaba por los métodos epidemiológicos de acción orientados a vulnerar la cadena epidemiológica de las enfermedades agudas e infecto-contagiosas, en una población demográficamente joven y con una atención prioritariamente curativa, reparadora de la población económicamente activa, asegurada y de su recambio, conjuntamente con el control de las condiciones medio-ambientales (las cuales eran funcionalmente interpretadas como depositarias y vehiculadoras de los agentes de agresión) y con métodos de protección específica sobre los susceptibles.

La etapa actual, por el contrario, supone ante todo que la relativa independencia que se establecía entre el carácter colectivo de las medidas epidemiológicas y el carácter individual de la asistencia curativa, resulte negada y superada para dar origen a una profilaxis intensiva en la que las acciones sobre individuo y grupos respondan a una estrategia única preventivo-curativa-rehabilitadora y en la cual la principal forma de protección supone la modificación del modo de vida de la población para lo cual los métodos de acción de la Salud Pública tiene que caracterizarse por su continuidad, adecuación concreta a las formas particulares de vida de los grupos sociales, en vínculos estables que contemplen la compleja gama de condicionantes de la salud y la enfermedad, cuando se trata, como es el caso de Asturias en la actualidad, de un perfil de morbi-mortalidad de carácter crónico-degenerativo y otras afecciones no transmisibles, en las que los aspectos sociales y psicológicos se equiparan a los biológicos, en cuanto a su importancia epidemiológica y terapéutica.

Según los aspectos anteriormente discutidos, es evidente que los Servicios de Salud actuales de Asturias no responden a la finalidad, objetivos y principales actividades que debían caracterizarlo, según los elementos más relevantes del Estado de Salud identificados en este estudio. Se destacan, en este sentido, la ausencia de una estrategia única integral e integrada que se agudiza por la multiplicidad de redes asistenciales existentes, orientadas unas a acciones epidemiológicas colectivas y otras a acciones terapéuticas, asistenciales a las personas, que se fragmentan, a su vez, por su pertenencia a organismos diferentes, los cuales incorporan objetivos, prioridades y formas de acción no equiparables, agudizado por la ausencia de una regionalización efectiva.

Otro aspecto que consolida esta consideración es la distribución irracional de los recursos, con marcadas desproporciones intrarregionales y utilizados inoportunamente e ineficazmente, toda vez que los servicios se dispensan con un papel pasivo, sin búsqueda activa y, por tanto, es la población con un nivel de demanda la que prioriza la satisfacción de sus necesidades, con un criterio de percepción de las mismas derivado de un patrón de utilización de los servicios adquiridos a partir de experiencias mórbidas cualitativamente diferentes a las actuales y ante las cuales tampoco se han desarrollado acciones educativas para reorientar a la población usuaria. Si bien, en la actualidad y en un pasado reciente, se han tomado algunas medidas tendentes a mejorar la Administración Sanitaria Asturiana, las mismas han estado carentes de la definición precisa de una estrategia de desarrollo de la Salud Pública como Sistema y de su finalidad, por lo cual el alcance de las mismas se ha reducido a un mayor control sobre una actividad que necesariamente debe ser redefinida en su contenido o racionalizada en sus procedimientos formales.

Los aspectos anteriormente discutidos han permitido corroborar que el desarrollo de los Servicios de Salud en Asturias exige ante todo definirlos como un Sistema Organizativo, a partir de su finalidad, y no como simple agregado de redes asistenciales diversas, de la cual concretar los objetivos a alcanzar y las actividades con sus correspondientes recursos para su consecución. Ello supone, además, la implementación de métodos de dirección de la Salud Pública a partir de las variaciones experimentadas por el Estado de Salud de la Población en concordancia con los recursos utilizados y actividades realizadas, para lo cual la concreción de la estrategia Sanitaria en Programas de Salud se convierte en un requisito asencial del desarrollo de la Salud Pública asturiana.

CONCLUSIONES:

PRIMERA.— La organización actual de los Servicios de Salud en Asturias no está en correspondencia con las exigencias del estado de salud de la población, según las características identificadas y que, en resumen, son:

a) La existencia de una población demográficamente vieja —12% de mayores de 65 años—, con tendencia a la estabilización de su crecimiento y al aumento de su grado de envejecimiento en los próximos años.

Además se da la circunstancia de que la población está envejecida en mayor grado en las áreas rurales de poco desarrollo industrial. Áreas I, VI y, en menor grado, el Área II.

b) La Mortalidad Infantil en Asturias es mayor que en España y, en ella, siguen una peor evolución las causas de muerte prevenibles o evitables por seguimiento del embarazo y parto.

c) La existencia de elevados niveles de sobre-mortalidad masculina que afecta a las edades más productivas de la vida, hecho que podría relacionarse con la actividad productiva en la región.

d) En el análisis de las causas de muerte se apreció que Asturias presenta una mortalidad significativamente mayor que el resto de España para causas como tumores, cardiovasculares, accidentes, enfermedades respiratorias, tuberculosis pulmonar, suicidios y anomalías congénitas en ambos sexos.

Hecho el análisis por sexo, resultó, además, que el riesgo es significativamente más elevado para la cirrosis hepática en varones, en relación al resto de los españoles y para influenza y neumonía en mujeres, en relación a las españolas.

e) La esperanza de vida tiene el mismo valor que en España, pero en su distribución por sexo está disminuida en los varones, en relación a los españoles y, mucho más, en relación a las hembras.

f) Esta situación de los varones presenta, asimismo, tasas de mortalidad por tumores más elevadas que lo que cabría esperar, superando a las tasas de mortalidad por cardiovasculares.

g) La Morbilidad predominante en la región, inferida de ingresos hospitalarios y consultas extra-hospitalarias está constituida por enfermedades heredo-degenerativas crónicas con escaso peso de la morbilidad infecciosa.

No obstante, la morbilidad infecciosa presenta rasgos importantes, como son:

- El alto número de infecciones respiratorias agudas y de toxi-infecciones alimentarias.
- El aumento progresivo de declaraciones de hepatitis y enfermedades de transmisión sexual.
- La persistencia y elevación, en los últimos años, de las tasas de incidencia de tuberculosis y tétanos y, en relación a esto, bajos niveles de inmunización, sobre todo en áreas rurales.

h) Otras desviaciones de la salud que suponen riesgos específicos como son la obesidad, el alcoholismo y el consumo de fármacos.

i) Entre las causas de ingreso hospitalario, destaca la presencia de tumores de la sangre y órganos hematopoyéticos, con una frecuencia mayor de la esperada, cuya causa no se ha aclarado.

j) Existen diferenciales de Morbilidad urbano-rurales, entre los que se encuentran la brucelosis, la hidatidosis, la triquinosis, el tétanos y el bocio endémico, así como mayor frecuencia de enfermedades exantemáticas.

Frente a esta situación existe una organización de recursos orientados en lo hospitalario hacia las patologías quirúrgicas, con detrimento de las camas de medicina y con escasez de acciones preventivas y de promoción de salud en el nivel primario de Atención y en el conjunto de servicios.

SEGUNDA.- Los Servicios de Salud de la Región carecen del carácter sistémico que pudiera definirlos como Sistema Regional de Salud, destacándose:

a) La existencia de dos Administraciones Públicas, relativamente independientes para afrontar las necesidades de atención preventiva y curativa.

b) Derivado de esto, la falta de integralidad de las acciones, existiendo una insuficiente regionalización y la necesidad de profundizar los elementos de la Atención Continuada. A lo que se suman marcadas desproporciones en la distribución intra-regional de los recursos.

TERCERA.- En la etapa actual, iniciada desde 1982, existe un proceso de mejora en la Gestión de los Servicios, que se caracteriza por medidas orientadas a la reorganización de los mismos y a la racionalización de los costos, pero que no contempla una estrategia de desarrollo, ni el necesario grado de planificación; destacándose, en particular, la inexistencia de programas de salud orientados a los grupos poblacionales de interés, entre los que un Programa de Atención al varón adulto y al anciano debe ser prioritario. Supone, a su vez, la necesidad de la instauración de una red de A.P.S., bien dotada en recursos y apoyada en una fuerte capacidad de hospitalización, dado el carácter crónico de las patologías y su vinculación a procesos diagnóstico-terapéuticos tecnificados.

Consideramos que existen factores que posibilitan la integración del Sistema, tales como el elevado peso del Sector Público en Asturias y las políticas derivadas de la Ley General de Sanidad.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Etxegaral Maidagan, Esther y Carmona Gutiérrez, Arsenio: *Investigación de Servicios de Salud. Principios Metodológicos y Metódica*.
- (2) Carmona Gutiérrez, Arsenio: *Apuntes del Curso Internacional de Maestría en Salud Pública*. 1985-86. Ciudad de La Habana. I.D.S.
- (3) Carmona Gutiérrez, Arsenio y Escalona Reguera, Mario: *El proceso Investigativo en la Planificación de la Salud. Conceptos y Métodos*, N.º 1, MINSAP. La Habana, 1981.
- (4) Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación Sanitaria: *Guía de Funcionamiento del Equipo de Atención Primaria. Colección Atención Primaria de Salud*, N.º 1. Madrid, mayo, 1985.
- (5) Ministerio de Sanidad y Consumo: *Ley General de Sanidad. Noticias Médicas*, Rev. 1986. Madrid.
- (6) El País. *Anuarios 1985 y 1986*. Ed. El País.
- (7) Federación Española de Cajas de Ahorro: *Estructura Social de España. Comentario Sociológico*. Enero-junio, 1986. Madrid.
- (8) O.M.S.: *Serie «Salud para todos», N.ºs 1, 2, 3, 4 y 6*. Ginebra.
- (9) O.M.S.: *Cuadernos de Salud Pública*, N.º 76. *El concepto de riesgo en la Asistencia Sanitaria*. Ginebra, 1985.
- (10) O.M.S.: *Evaluación de los Centros de Salud Pública. Serie Informes Técnicos*, N.º 48. Ginebra.
- (11) M. Terris: *La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social*. Ed. Siglo XXI. México D.F., 1982.
- (12) J. L. R. Pumar: *Sistema Local de Salud. Propuestas de diseño*. Ed. Díaz Santos, S. A. Madrid, 1984.
- (13) McMahon, Brian y cols.: *Principios y Métodos de Epidemiología*. La Prensa Médica Mexicana, S. A. México.
- (14) Anuario I.E.S.S. *La Seguridad Social y la Crisis Económica*. Instituto de Estudios Laborales y de la Seguridad Social. Madrid, 1984.
- (15) Colimon, Kahl-Martín: *Fundamentos de Epidemiología*. Medellín. Colimon, 1978.
- (16) De Armas Santana, Araceli y Legaz Domenech, J. M.ª: *La Epidemiología y la Elaboración de Programas de las Enfermedades Crónicas. Aspectos Metodológicos*. Tesis de finalización del Curso Internacional en Administración de Salud. I.D.S. La Habana, 1984.
- (17) Zhilinskias, Y. Yu: *Metodología de la Planificación y Financiamiento de Salud Pública Soviética, sus aspectos económicos*. Ciudad de La Habana, 1979.

- (18) Donabedian, Avedis: *La calidad de la atención médica. Definición y Métodos de Evaluación*. La prensa Médica Mexicana, S. A. México D.F., 1984.
- (19) Cochrame, A. L.: *Eficacia y Eficiencia. Reflexiones al azar sobre los Servicios Sanitarios. Serie Salud Pública*. Salvat Editores, S. A. Barcelona, 1985.
- (20) Carrasco, S. L.: *El Método Estadístico en la Investigación Médica*. Editorial Ciencias. 3. Apartado 60.024. Madrid, 1983.
- (21) Koontz y O'Donnell: *Curso de Administración Moderna*. McGraw-Hill. 1972. Colombia.
- (22) Albers Henry, A.: *Principios de Organización y Dirección. Teoría Moderna de la Administración*. Ed. Limusa. México, 1978.
- (23) Banco de Bilbao. *Renta Nacional de España y su distribución provincial*. 1983.
- (24) Consejería de Hacienda y Economía. *Coyuntura Regional de Asturias, primer trimestre, 1985*. Servicio de Publicaciones. Principado de Asturias, 1985.
- (25) Escalona Reguera, M.: *Temas de Administración de Servicios y Programas*. I.D.S. Ciudad de La Habana, 1983.
- (26) López Díaz, A: *La Mortalidad Infantil en Asturias 1973-1982*. Tesis de fin de curso. VIII Curso Internacional de Salud Pública. I.D.S. La Habana, 1985.
- (27) Caja de Ahorros de Asturias. *Datos y cifras de la Economía Asturiana*. 1983.
- (28) Caja de Ahorros de Asturias. *Reseña Estadística de los municipios asturianos*. 1980.
- (29) I.N.E.: *Anuario Estadístico 1982-1983*. Madrid.
- (30) I.N.E.: *Movimientos Naturales de la Población*. Tomo II, 1979. Madrid.
- (31) INSALUD: *Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, 1983*.
- (32) Aldereguía Henriques, Jorge: *Perfeccionamiento de la Dirección Científica de la Salud Pública Cubana. Trabajo de grado*. MINSAP. Ciudad de La Habana, 1985.
- (33) Sonis, Abraam y cols. *Medicina Sanitaria*. Ed. Ateneo. Argentina, 1976. 2 Tomos.
- (34) Pressat, Roland: *El análisis demográfico*. Ed. Revolucionaria. Instituto del Libro. 19 N.º 1.002. Vedado. Habana.
- (35) Valenti D. I.: *La Teoría Marxista-Leninista de la Población*. Ed. Ciencias Sociales. La Habana, 1979.
- (36) INSALUD: *Diagnóstico de Salud de Ventanielles*. Oviedo, 1984.
- (37) Consejería de Sanidad: *Análisis de la situación Sanitaria*. Asturias, 1985.
- (38) Memoria INSALUD. Asturias, 1984.
- (39) H.E.S.: *Resúmenes de 1985*. Consejería de Sanidad. Asturias.

TABLA I
Estructura de población asturiana - Año 1979
Inferida de estructura - Año 1975
Tasa bruta Mortalidad tipificada

EDADES	1975		1979			
	Varones	Hembras	Varones	%	Hembras	%
0 - 4	43.298	40.781	44.215	3,93	41.645	3,50
5 - 9	43.685	40.123	44.610	3,96	40.573	3,64
10 - 14	45.431	43.476	46.393	4,12	44.396	3,94
15 - 19	46.597	45.557	47.583	4,22	46.521	4,13
20 - 24	41.080	40.642	41.950	3,73	41.503	3,69
25 - 29	38.433	38.778	39.247	3,49	39.599	3,52
30 - 34	32.984	33.158	33.683	2,99	33.860	3,00
35 - 39	29.948	31.307	30.582	2,72	31.969	2,84
40 - 44	39.463	39.479	40.299	3,58	40.315	3,58
45 - 49	39.121	39.353	39.949	3,55	40.186	3,57
50 - 54	36.265	37.581	37.033	3,29	38.323	3,41
55 - 59	27.987	31.226	28.579	2,54	31.887	2,83
60 - 64	23.435	28.283	23.931	2,13	28.882	2,56
65 - 69	19.507	26.602	19.920	1,77	27.165	2,41
70 - 74	14.317	21.769	14.619	1,30	22.230	1,97
75 y más	14.196	28.511	14.437	1,29	29.115	2,59
TOTAL	535.747	566.626	547.090		578.569	

FUENTE: Reseña Estadística de los municipios asturianos, 1980 (1 de julio).
 * Población de Asturias 1979: 1.125.562 habitantes.

TABLA II
Estructura de población de Asturias por Areas Sanitarias y sexo
1975

1975

Edades	AREA I				AREA II				AREA III				AREA IV			
	Varones		Hembras		Varones		Hembras		Varones		Hembras		Varones		Hembras	
	%		%		%		%		%		%		%		%	
0 - 4	2.469	3,34	2.030	2,74	1.841	3,60	1.572	3,08	7.124	4,36	6.914	4,23	10.708	3,91	9.825	3,59
5 - 9	2.600	3,52	2.422	3,27	2.114	4,14	2.049	4,01	7.132	4,37	6.644	4,07	10.846	3,96	10.047	3,67
10 - 14	2.684	3,63	2.608	3,53	2.178	4,26	2.125	4,16	7.715	4,72	7.458	4,57	11.439	4,18	10.572	3,86
15 - 19	2.805	3,79	2.673	3,61	2.289	4,48	2.103	4,12	7.254	4,44	7.245	4,43	11.760	4,30	11.877	4,34
20 - 24	2.690	3,64	2.359	3,19	2.043	4,00	1.684	3,30	6.331	3,87	5.840	3,57	10.253	3,74	10.458	3,82
25 - 29	2.636	3,56	2.391	3,23	1.882	3,68	1.460	2,86	5.507	3,37	5.588	3,42	9.255	3,38	9.802	3,58
30 - 34	2.337	3,16	2.190	2,96	1.638	3,21	1.436	2,81	5.021	3,07	5.143	3,15	8.028	2,93	8.518	3,11
35 - 39	1.859	2,51	1.939	2,62	1.405	2,75	1.358	2,66	4.890	2,99	4.867	2,98	7.374	2,69	7.715	2,82
40 - 44	2.430	3,29	2.444	3,30	1.726	3,31	1.475	2,89	6.272	3,84	5.945	3,64	9.619	3,51	10.227	3,73
45 - 49	2.443	3,30	2.178	3,49	1.723	3,37	1.569	3,07	5.561	3,40	5.373	3,29	9.712	3,55	10.445	3,81
50 - 54	2.302	3,11	2.366	3,20	1.558	3,05	1.701	3,33	5.067	3,10	5.027	3,08	9.105	3,32	9.752	3,56
55 - 59	2.018	2,73	2.383	3,22	1.463	2,86	1.424	2,79	3.946	2,41	3.845	2,35	7.083	2,58	8.394	3,06
60 - 64	1.973	2,67	2.579	3,49	1.284	2,51	1.056	2,06	3.044	1,86	3.713	2,27	6.652	2,43	7.805	2,85
65 - 69	2.014	2,72	2.205	2,98	1.244	2,43	1.265	2,47	2.274	1,39	3.296	2,01	5.398	1,97	7.315	2,67
70 - 74	1.558	2,10	1.946	2,63	949	1,85	907	1,77	1.648	1,03	2.610	1,59	3.769	1,37	5.829	2,13
75 y más	1.305	1,76	2.616	3,54	1.153	2,25	1.351	2,64	1.577	0,96	3.323	2,03	3.901	1,42	8.045	2,94
TOTAL	36.123		37.729		26.490		24.535		80.363		82.831		134.902		146.626	

FUENTE: Reseña Estadística de los municipios asturianos. 1980

FUENTE: Reseña Estadística de los municipios asturianos, 1980.

TABLA II (Continuación)
Estructura de población de Asturias por Areas Sanitarias y sexo
1975

Edades	AREA V				AREA VI				AREA VII				AREA VIII			
	Varones	%	Hembras	%	Varones	%	Hembras	%	Varones	%	Hembras	%	Varones	%	Hembras	%
0 - 4	11.837	4,47	11.220	4,24	1.883	2,89	1.886	2,90	3.513	3,71	3.369	3,55	3.923	3,64	3.965	3,68
5 - 9	11.331	4,28	10.002	3,78	2.248	3,45	2.041	3,13	3.655	3,86	3.153	3,33	3.759	3,49	3.763	3,49
10 - 14	10.158	3,84	9.922	3,75	2.636	4,05	2.552	3,92	4.151	4,38	3.844	4,06	4.470	4,15	4.395	4,08
15 - 19	10.338	3,90	10.057	3,80	2.583	3,97	2.562	3,93	4.525	4,77	4.275	4,51	5.043	4,68	4.767	4,42
20 - 24	8.810	3,33	10.053	3,80	2.517	3,87	2.048	3,14	3.968	4,19	3.828	4,04	4.468	4,15	4.372	4,06
25 - 29	9.873	3,73	11.120	4,20	1.931	2,96	1.715	2,63	3.286	3,47	2.955	3,12	4.063	3,77	3.747	3,48
30 - 34	9.267	3,50	8.951	3,38	1.598	2,45	1.607	2,47	2.166	2,28	2.338	2,46	2.929	2,73	2.975	2,76
35 - 39	7.701	2,91	8.428	3,18	1.690	2,59	1.689	2,59	2.244	2,37	2.556	2,69	2.785	2,58	2.755	2,55
40 - 44	9.787	3,70	9.726	3,67	2.230	3,42	2.080	3,19	3.716	3,92	3.486	3,68	3.683	3,42	4.096	3,80
45 - 49	9.392	3,55	9.225	3,48	2.036	3,13	2.253	3,46	3.844	4,06	3.761	3,97	4.410	4,09	4.149	3,85
50 - 54	8.271	3,12	8.612	3,25	2.109	3,24	2.204	3,38	3.566	3,76	3.566	3,76	4.287	3,98	4.353	4,04
55 - 59	5.983	2,26	7.127	2,69	1.977	3,03	2.295	3,52	2.713	2,86	2.612	2,75	2.804	2,60	3.146	2,92
60 - 64	4.965	1,87	6.197	2,34	1.753	2,69	2.211	3,39	1.637	1,72	2.160	2,28	2.127	1,97	2.562	2,38
65 - 69	3.843	1,45	5.880	2,22	1.640	2,52	2.231	3,43	1.387	1,46	2.129	2,24	1.707	1,58	2.281	2,11
70 - 74	3.109	1,17	4.682	1,77	1.241	1,90	2.179	3,35	1.042	1,10	1.853	1,95	1.001	0,92	1.763	1,63
75 y más	2.673	1,01	5.883	2,22	1.324	2,03	3.088	4,74	1.200	1,26	2.169	2,29	1.063	0,98	2.036	1,89
TOTAL	127.338		137.085		31.396		34.641		46.613		48.054		52.522		55.125	

FUENTE: Reseña Estadística de los municipios asturianos, 1980.

TABLA III
Estructura de población de Asturias según estructura española
1979

Edades	POBLACION NACIONAL 1.º de Julio 1979			ESTRUCTURA POBLACIONAL DE ASTURIAS SOBRE CORRECCION 1.125.662 habitantes - 1.º de Julio 1979						
	Varones	%	Hembras	%	Varones	Hembras	V	V	H	H
1 año	314.570	0,8477	299.883	0,8080	9.542,26	9.095,25	140	14,67	107	11,76
1 - 4	1.347.978	3,6326	1.225.484	3,8391	40.891,91	38.691,06	54	1,3205	17	0,4393
5 - 9	1.670.196	4,5009	1.593.124	4,2932	50.566,31	48.328,25	24	0,4746	15	0,3103
10 - 14	1.617.319	4,4662	1.578.354	4,2534	50.275,69	47.880,21	15	0,2983	11	0,2287
15 - 19	1.609.536	4,3374	1.540.870	4,1524	48.825,8	46.743,26	24	0,4915	18	0,3850
20 - 24	1.472.856	3,9691	1.438.862	3,8775	44.679,88	43.648,74	44	0,9847	18	0,4123
25 - 29	1.279.316	3,4475	1.249.098	3,3661	38.808,25	37.891,94	62	1,5975	24	0,6333
30 - 34	1.223.440	3,2969	1.226.134	3,3040	37.112,95	37.192,89	82	2,2034	18	0,4859
35 - 39	1.079.287	2,9085	1.081.300	2,9134	32.740,77	32.795,95	65	1,9852	21	0,6403
40 - 44	1.058.791	2,8532	1.077.263	2,9030	32.118,26	32.678,85	123	3,8295	40	1,2240
45 - 49	1.167.913	3,1473	1.204.562	3,2461	35.428,93	36.541,11	197	5,5604	86	2,3535
50 - 54	1.070.681	2,8853	1.119.780	3,0176	32.479,61	33.968,9	352	10,8375	124	5,6503
55 - 59	921.641	2,4836	1.004.716	2,7075	27.957,7	30.478,12	440	15,7380	196	5,4302
60 - 64	702.087	1,8920	847.115	2,2828	21.298,1	25.697,31	675	22,3024	237	9,2227
65 - 69	613.222	1,6525	796.996	2,1477	18.602,07	24.176,5	634	34,0822	366	15,1386
70 - 74	485.412	1,3081	667.301	1,7982	14.725,18	20.242,2	718	48,7600	600	29,6410
75 - 79	312.598	0,8414	487.830	1,3146	9.482,83	14.798,35	755	79,6175	808	54,6006
80 - 84	145.638	0,3924	256.758	0,6919	4.417,21	7.788,66	576	130,3990	888	114,0119
85 y más	73.644	0,1984	156.171	0,4208	2.233,37	4.737,12	487	218,0561	1.078	127,56
TOTAL	18.206.125		18.901.551		552.287,1	573.374,9				

TABLA DE TASAS CENTRALES DE MORTALIDAD
Tasa General Standardizada
Asturias 1979

Edades	Defunciones		Tasas Mortalidad Específicas		Defunciones esperadas aplicando población tipo española	
	Varones	Hembras	J V	J H	Jº V	Jº H
0 - 4	194	124	4,3876	2,97755	7.294,6	4.690,7
5 - 9	24	15	0,537996	0,36609	898,6	583,2
10 - 14	15	11	0,32332	0,24777	535,9	391,1
15 - 19	24	18	0,504382	0,386922	811,8	596,2
20 - 24	44	18	1,04886	0,433703	1.544,8	624,0
25 - 29	62	24	1,57974	0,60607	2.021,0	757,0
30 - 34	82	18	2,43447	0,531601	2.978,4	651,8
35 - 39	65	21	2,125434	0,65688	2.294,0	710,3
40 - 44	123	40	3,05218	0,99218	3.231,6	1.068,8
45 - 49	197	86	4,931287	2,14005	5.759,3	2.577,8
50 - 54	352	124	9,50504	3,23565	10.176,9	3.623,2
55 - 59	440	196	15,39592	6,146705	14.189,5	6.175,7
60 - 64	475	237	19,8487	8,205802	13.935,5	6.951,3
65 - 69	634	366	31,8273	13,4732	19.517,2	10.738,1
70 - 74	718	600	49,11417	26,9905	23.840,6	18.010,8
75 y más	1.818	2.774	125,4052	95,2773	66.700,5	85.821,9
TOTAL					175.730	143.971

* Tasa Mortalidad. General Tipificada = 8,61‰ habitantes.

TABLA DE MORTALIDAD
Asturias 1979 - Sexo masculino
Esperanza de vida

Edad	N	M (x,n)	Q (x,n)	L (x)	D (x,n)	L (x,n)	T (x) *(x)	P (x,n)
0	1	0,01800	0,01771	100,000	1,771	98,394	Pb: 9.801,352	
1	4	0,00132	0,00526	98,229	517	391,673	6,964,954	0,99574
5	5	0,00047	0,00237	97,712	232	487,979	6,866,560	0,99807
10	5	0,00030	0,00149	97,480	145	487,036	6,474,886	0,99803
15	5	0,00049	0,00245	97,335	239	486,076	5,986,907	0,99632
20	5	0,00098	0,00491	97,096	477	484,286	5,499,871	0,99357
25	5	0,00160	0,00796	96,619	769	481,171	5,013,795	0,99053
30	5	0,00221	0,01099	95,850	1,053	476,615	4,529,509	0,98956
35	5	0,00199	0,00988	94,796	937	471,640	4,048,337	0,98559
40	5	0,00383	0,01898	93,860	1,781	464,845	3,571,722	0,97683
45	5	0,00557	0,02745	92,078	2,527	454,073	3,100,082	0,96002
50	5	0,01086	0,05286	89,551	4,733	435,921	2,635,237	0,93593
55	5	0,01578	0,07590	84,817	6,438	407,993	2,181,165	0,90966
60	5	0,02238	0,10596	78,380	8,305	371,134	1,745,244	0,86963
65	5	0,03423	0,15766	70,074	11,048	322,751	1,337,252	0,81465
70	5	0,04899	0,21822	59,026	12,880	262,930	966,117	0,73158
75	5	0,07980	0,33264	46,146	15,350	192,354	643,366	0,60527
80	5	0,12902	0,48778	30,796	15,022	116,425	380,437	-
85	W	0,22013	1,00000	15,774	15,774	71,658	188,083	-
							P (80, W): 3.809,912	-

F (0): 9.342,501 E-02 F4 (1): 1.599,631.
FUENTE: Tasa específica por edades según estructura española. Tabla VIII.

TABLA DE MORTALIDAD
Asturias 1979 - Sexo masculino
Esperanza de vida

Edad	N	M (x,n)	Q (x,n)	L (x)	D (x,n)	L (x,n)	T (x) *(x)	P (x,n)
0	1	0,01800	0,01771	100,000	1,771	98,394	Pb: 9.801,352	
1	4	0,00132	0,00526	98,229	517	391,673	7,045,512	0,99558
5	5	0,00054	0,00269	97,712	263	487,902	6,947,118	-
10	5	0,00032	0,00162	97,449	157	486,852	6,555,445	0,99785
15	5	0,00050	0,00252	97,292	245	485,845	6,067,543	0,99793
20	5	0,00105	0,00523	97,047	508	483,963	5,580,692	0,99613
25	5	0,00158	0,00787	96,539	760	480,795	5,094,846	0,99345
30	5	0,00244	0,01210	95,779	1,159	475,997	4,610,883	0,99002
35	5	0,00213	0,01058	94,620	1,001	470,597	4,130,088	0,98866
40	5	0,00305	0,01515	93,619	1,419	464,549	3,654,091	0,98715
45	5	0,00494	0,02438	92,200	2,248	455,382	3,183,494	0,98027
50	5	0,00952	0,04650	89,953	4,183	439,306	2,718,946	0,96470
55	5	0,01544	0,07431	85,770	6,374	412,915	2,263,563	0,93993
60	5	0,01991	0,09483	79,396	7,530	378,157	1,824,257	0,91582
65	5	0,03196	0,14798	71,867	10,635	332,746	1,411,341	0,87991
70	5	0,04934	0,21963	61,232	13,448	272,538	1,033,184	0,81906
75	W	0,11167	1,00000	47,784	47,784	427,900	700,438	-
							P (70, W): 6.109,036	-

F (0): 9.342,501 E-02 F4 (1): 1.599,631.
FUENTE: Tasa específica por edades según estructura asturiana poblacional. Tabla VIII.

TABLA DE MORTALIDAD
Asturias 1979 - Sexo femenino
Esperanza de vida

Edad	N	M (x,n)	Q (x,n)	L (x)	D (x,n)	L (x,n)	T (x) *(x)	P (x,n)
0	1	0,01449	0,01431	100.000	1.431	98.702	Pb: 9.850.946	0,99808
1	4	0,00044	0,00176	98.569	173	393.845	77,05	-
5	5	0,00031	0,00155	98.396	153	491.600	77,16	0,99865
10	5	0,00023	0,00115	98.244	113	490.937	73,30	0,99846
15	5	0,00039	0,00192	98.131	189	490.183	68,40	0,99801
20	5	0,00041	0,00206	97.942	202	489.207	63,48	0,99739
25	5	0,00063	0,00316	97.741	309	487.930	58,60	0,99721
30	5	0,00048	0,00242	97.432	235	486.569	53,71	0,99719
35	5	0,00064	0,00320	97.196	311	485.203	48,88	0,99535
40	5	0,00122	0,00610	96.885	591	482.948	43,99	0,99111
45	5	0,00235	0,01170	96.294	1.127	478.653	39,12	0,98512
50	5	0,00365	0,01810	95.167	1.722	471.529	34,35	0,97517
55	5	0,00644	0,03168	93.445	2.961	459.822	29,72	0,96169
60	5	0,00924	0,04515	90.484	4.085	442.207	25,23	0,94119
65	5	0,01518	0,07311	86.399	6.317	416.202	20,97	0,89543
70	5	0,02976	0,13850	80.082	11.092	372.682	16,84	0,81398
75	5	0,05485	0,24118	68.991	16.639	303.356	12,97	0,67226
80	5	0,11342	0,44181	52.352	23.130	203.935	9,66	-
85	W	0,18379	1,00000	29.222	29.222	158.999	6,93	-
						P (80, W): 4.380.936	5,44	-

F (0): 9.291.899 E-02 F4 (1): 1.500.752.
FUENTE: Tasa específica por edades según estructura española. Tabla VIII.

TABLA DE MORTALIDAD
Asturias 1979 - Sexo femenino
Esperanza de vida

Edad	N	M (x,n)	Q (x,n)	L (x)	D (x,n)	L (x,n)	T (x) *(x)	P (x,n)
0	1	0,01449	0,01431	100.000	1.431	98.702	Pb: 9.850.946	0,99794
1	4	0,00044	0,00176	98.569	173	393.845	78,18	-
5	5	0,00037	0,00183	98.396	180	491.532	78,31	0,99848
10	5	0,00024	0,00121	98.216	119	490.784	74,45	0,99843
15	5	0,00039	0,00193	98.097	190	490.012	69,58	0,99795
20	5	0,00043	0,00217	97.908	212	489.008	64,66	0,99740
25	5	0,00061	0,00303	97.696	296	487.738	59,78	0,99716
30	5	0,00053	0,00265	97.400	259	486.353	54,90	0,99703
35	5	0,00066	0,00328	97.141	319	484.910	50,06	0,99589
40	5	0,00099	0,00495	96.823	479	482.915	45,19	0,99221
45	5	0,00214	0,01065	96.343	1.026	479.153	40,33	0,98666
50	5	0,00324	0,01606	95.318	1.531	472.762	35,52	0,97688
55	5	0,00615	0,03030	93.787	2.842	461.830	30,87	0,96479
60	5	0,00822	0,04026	90.945	3.662	445.571	26,34	0,94747
65	5	0,01350	0,06532	87.283	5.701	422.164	22,08	0,90494
70	5	0,02709	0,12688	81.582	10.351	382.033	17,90	-
75	W	0,09392	1,00000	71.231	71.231	758.461	13,98	-
						P (70, W): 6.650.283	10,65	-

F (0): 9.291.899 E-02 F4 (1): 1.500.752.
FUENTE: Tasa específica por edades según estructura asturiana. Tabla VIII.

TABLA IV
Indice de masculinidad
Evolución por edades
Asturias 1979

Edad	ASTURIAS	ESPAÑA
< 1 año	1,049	1,049
1 - 4	1,056	1,056
5 - 9	1,088	1,048
10 - 14	1,045	1,050
15 - 19	1,023	1,044
20 - 24	1,011	1,023
25 - 29	0,991	1,024
30 - 34	0,994	0,997
35 - 39	0,956	0,998
40 - 44	1,000	0,982
45 - 49	0,994	0,969
50 - 54	0,966	0,956
55 - 59	0,896	0,917
60 - 64	0,828	0,828
65 - 69	0,733	0,769
70 - 74	0,657	0,727
75 y más	0,498	0,590

FUENTE: Tablas I y III.

TABLA V
Evolución tasas brutas de Mortalidad
Asturias y España 1975 - 1982

Años	Tasa Asturias	Tasa Nacional
1975	8,92	8,40
1976	8,34	8,32
1977	8,13	8,09
1978	8,57	8,07
1979	8,83	7,85
1980	8,92	7,69
1981	8,68	7,60
1982	8,79	7,44
1983	8,80	-
1984	8,97	-

FUENTE: I.N.E. Anuario Estadístico, 1983. Movimientos Naturales de la Población, 1979. Tomo II.

TABLA VI
Defunciones por grupos de edad
1979

Edad	Varones	Hembras	TOTAL	%
< 24 horas			90	
1 - 6 días			42	
7 - 27 días			37	
28 d - 11 meses			78	
Total 1 año	140	107	247	2,48
1 - 4	54	17	71	0,71
5 - 9	24	15	39	0,39
10 - 14	15	11	26	0,26
15 - 19	24	18	42	0,42
20 - 24	44	18	62	0,62
25 - 29	62	24	86	0,87
30 - 34	82	18	100	1
35 - 39	65	21	86	0,87
40 - 44	123	40	163	1,6
45 - 49	197	86	283	2,8
50 - 54	352	124	476	4,8
55 - 59	440	196	636	6,4
60 - 64	475	237	712	7,2
65 - 69	634	366	1.000	10
70 - 74	718	600	1.318	13
75 - 79	755	808	1.563	16
80 - 84	576	888	1.464	15
85 y más	487	1.078	1.565	5,2 x 3
TOTAL	5.257	4.679	9.936	100

FUENTE: I.N.E. Movimientos Naturales de la Población. Tomo II. 1982.

TABLA VII
Distribución de la Mortalidad por grupos de edad y sexo
Asturias 1979

Edad	Varones	%	Hembras	%	TOTAL	%
0 - 9	218	2,19	139	1,39	357	3,59
10 - 24	83	0,83	47	0,47	130	1,30
25 - 50	529	5,3	189	1,9	718	7,22
50 - 65	1.267	12,75	557	5,6	1.824	18,35
65 y más	3.170	31,90	3.740	37,64	6.910	69,54
TOTAL	5.257	52,97	4.679	47,08	9.936	100

FUENTE: Movimientos naturales de la población, 1979. I.N.E., 1983.

TABLA VIII
Mortalidad. Tasas específicas por edades
Asturias y España 1979

Edad	Según estructura española		Según estructura asturiana inferida de la de 1975	
	Varones	Hembras	Varones	Hembras
TMI *	17,713031	14,306315	17,713031	14,306315
1 - 4	1,3205	0,4393	** 1,32055	0,43937
5 - 9	0,4746	0,3103	0,537996	0,36609
10 - 14	0,2983	0,2297	0,32332	0,24777
15 - 19	0,4915	0,3850	0,504382	0,386922
20 - 24	0,9847	0,4123	1,04886	0,433703
25 - 29	1,5975	0,6333	1,57974	0,60607
30 - 34	2,2094	0,4839	2,43447	0,531601
35 - 39	1,9852	0,6403	2,125434	0,65688
40 - 44	3,8295	1,2240	3,05218	0,99218
45 - 49	5,5604	2,3535	4,931287	2,14005
50 - 54	10,8375	3,6503	8,50504	3,23565
55 - 59	15,7380	6,4308	15,39592	6,146705
60 - 64	22,3024	9,2227	19,8487	8,205802
65 - 69	34,0822	15,1386	31,8273	13,4732
70 - 74	48,7600	29,6410	49,11417	26,9905
75 - 79	79,6175	54,6006	*** 125,4052	95,2773
80 - 84	130,3990	114,0119		
85 y más	218,0561	227,56		

TABLA VIII
Mortalidad según causas y sexo
Asturias 1979

Orden	CAUSAS	VARONES			HEMBRAS		
		Casos	Tasa %/1000	Varones	%	Casos	Tasa %/1000 Hembras
1	Cardíacas	1.148	209,8		11,5	1.098	189,7
2	Tumores	1.264	231,8		12,7	845	146,1
3	Cerebrovasculares	560	102,4		5,6	923	159,5
4	Accidentes	381	69,6		3,8	158	27,3
5	Cirrosis	205	37,5		2	61	10,5
6	Influenza y neumonía	149	27,2		1,5	188	32,5
7	Diabetes	77	14,1		0,8	139	24,0
8	Bronquitis, enfisema, asma	176	32,2		1,7	113	19,5
9	Suicidio y les. aut.	61	11,1		0,6	17	2,9
10	Otras infecciones	58	10,6			44	7,6
11	Úlcus, apend., obst.	52	9,5			32	5,5
12	Tuberculosis	48	8,8			29	5,0
13	Nefritis y nefrosis	45	8,2			49	8,5
14	Maternas	-	-			1	0,2
15	Mal definidas	150	27,4			225	38,9
16	Otras	883	161,4			757	130,8
	TOTAL POBLACION	5.257	96,1			4.679	80,9
		547.090				578.569	

FUENTE: I.N.E. Anuario Estadístico, 1983. Movimientos Naturales de la población, 1979.

TABLA IX
Mortalidad según causas y sexo
Nacional 1979

Orden	CAUSAS	VARONES		HEMBRAS	
		Casos declarados	Tasa %/0000 Varones	Casos declarados	Tasa %/0000 Hembras
1	Cardíacas	34.163	187,6	32.028	169,4
2	Tumores	33.360	183,2	23.901	126,4
3	Cerebrovasculares	21.148	116,2	28.305	149,8
4	Accidentes	10.268	56,4	4.297	22,7
5	Cirrosis	5.906	32,4	2.411	12,7
6	Influenza y neumonía	5.036	27,6	5.059	26,7
7	Diabetes	2.462	13,5	4.472	23,6
8	B.E.A.	4.830	26,5	2.696	14,3
9	Suicidio	1.142	6,27	392	2,1
10	Otras infecciosas	1.551	8,5	1.356	7,17
11	Úlcus, apend. obst.	1.903	10,4	1.399	7,40
12	T.B.C.	1.286	7,1	497	2,60
13	Nefritis y nefrosis	1.276	7	1.235	6,5
14	Maternas	-	-	69	0,3
15	Mal definidas	5.341	29,3	6.818	36
16	Otras	23.901	131,3	22.705	120,1
	TOTAL	153.573		137.640	

FUENTE: I.N.E. Anuario Estadístico, 1983. Movimientos Naturales de la población, 1979.

TABLA X
Mortalidad por causas
Regional y Nacional 1979

Orden	CAUSAS DE MUERTE	ASTURIAS			NACIONAL		
		Casos declarados	Tasa %/0000 habit.	%	Casos declarados	Tasa %/0000 habit.	%
1	Enf. del corazón	2.246	199,5	22,6	66.191	179,0	22,7
2	Tumores	2.109	187,3	21,2	57.261	154,8	19,6
3	Enf. cerebrovasculares	1.483	131,7	15,0	49.413	133,7	17,0
4	Accidentes	539	47,9	5,4	14.565	39,4	5,3
5	Síntomas y est. mal defin.	375	33,3	3,8	12.159	32,9	4,2
6	Influenza y neumonía	337	30,0	3,4	10.095	27,3	3,5
7	Bronquitis, enfisema, asma	289	25,7	2,9	7.526	22,5	2,6
8	Cirrosis	266	23,7	2,7	8.317	20,3	2,8
9	Diabetes	216	19,2	2,2	6.934	18,7	2,4
10	Nefroulogía	113	10,0	1,1	3.120	10,3	1,1
11	Otras infecciosas	102	9,1	1,0	2.907	8,9	1,0
12	Causas perinatales	97	8,6	0,9	3.813	8,4	1,3
13	Anomalías congénitas	90	8,0	0,9	1.771	7,8	0,6
14	Úlcus, apend., obst. int.	84	7,5	0,8	3.302	7,0	1,1
15	Suicidios y les. auto-infligidas	78	7,0	0,8	1.534	4,8	0,5
16	T.B.C. de todos los orígenes	77	6,8	0,7	2.593	4,1	0,9
17	Otras	1.435	127,5	14,6	38.972	105,34	13,4
	TOTAL	9.936		100	291.213		100

FUENTE: I.N.E. Anuario Estadístico, 1983. Movimientos Naturales de la población, 1979.
* Tasa bruta calculada 8,83 % habitantes Regional.

TABLA XI
El riesgo de morir por causas en ambos sexos
España y Asturias 1979

	Enf. del corazón	Tumores	Cerebro-vasculares	Accidentes	Influenza y Neumonía	Bronquitis, Enfis. y Asma	Cirrosis	Diabetes
Tasa/100.000 habit. Asturias	199,527	187,356	131,744	47,882	29,937	25,673	23,630	19,188
Tasa/100.000 habit. Resto de España	177,771	153,276	133,316	38,980	27,119	20,112	22,375	18,670
Tasa/100.000 habit. España	178,375	154,310	133,268	39,250	27,204	20,204	22,414	18,686
Riesgo relativo	1,1227437	1,2223	0,988209	1,2283	1,1	1,2764	1,05611	1,02775
Riesgo atribuible x 100.000 habit.	21,813	34,0798	-1,5719	8,902	2,8188	5,5609	1,2554	0,51826
Riesgo atribuible en la población (España) x 100.000 habit.	0,661705	1,0338	-0,0477	0,2700	0,08550	0,16869	0,03808	0,015721
Riesgo atribuible %	10,93	18,19	-1,19	18,59	9,41	21,66	5,31	2,7
Chi²	29,04	82,06	0,214	21,82	3,24	16,37	0,712	0,13

Proporción de la población expuesta para todas las causas: 0,0303350.
Proporción de la población no expuesta para todas las causas: 0,969664.

FUENTE: Tabla X - Elaboración propia.

* Ha sido calculada por la fórmula
$$\sum \frac{(E - T)^2}{T}$$

TABLA XI (Continuación)
El riesgo de morir por causas en ambos sexos
España y Asturias 1979

	Nefrológicas	Otras infecciosas	Causas Perinatales	Anom. congénitas	Úlcus, Apend. y Obstruc.	Suicidio y Les. auto-inf.	Tuberculosis	Otras
Tasa/100.000 habit. Asturias	10,038	9,061	8,617	7,995	7,462	6,9292	6,84	127,5
Tasa/100.000 habit. Resto de España	8,356	5,016	10,32	4,671	8,943	4,05	6,99	104,3
Tasa/100.000 habit. España	8,408	5,139	10,27	4,772	8,898	4,134	6,98	105,0
Riesgo relativo	1,20122	1,8063	0,8343	1,7114	0,8343	1,7124	0,9782	1,222
Riesgo atribuible x 100.000 habit.	1,6815	4,045	-1,7102	3,323	-1,48	2,882	-0,151	23,15
Riesgo atribuible en la población (España) x 100.000 habit.	0,05101	0,123	-0,0518	0,101	-0,045	0,0874	-0,0046	0,702
Riesgo atribuible %	16,75	44,6	-19,8	41,56	-19,8	41,6	-2,22	18,16
Chi²	3,47	33,97	3,27	24,5	2,86	21,25	0,061	55,5

Proporción de la población expuesta para todas las causas: 0,0303350.
Proporción de la población no expuesta para todas las causas: 0,969664.

FUENTE: Tabla X - Elaboración propia.

* Ha sido calculada por la fórmula
$$\sum \frac{(E - T)^2}{T}$$

TABLA XII
El riesgo de morir por causas. Varones
Asturias y España 1979

	Enf. del corazón	Tumores	Cerebro-vasculares	Accidentes	Influenza y Neumonía	Bronquitis, Enfis. y Asma	Cirrosis	Diabetes
Tasa Asturias x 10 ⁵	209,8	231,0	102,4	69,6	27,2	32,2	37,5	14,1
Tasa Resto de España x 10 ⁵	186,9	181,8	116,6	55,9	27,7	26,3	32,3	13,5
Tasa España x 10 ⁵	187,4	183,2	116,2	56,4	27,7	26,5	32,4	13,5
Riesgo relativo	1,1225	1,271	0,878	1,244	0,984	1,221	1,161	1,042
Riesgo atribuible x 10 ⁵	22,94	49,28	- 14,23	13,65	- 0,44	5,81	5,19	0,57
Riesgo atribuible en la población x 10 ⁵	0,482	1,48	- 0,43	0,41	- 0,013	0,175	0,156	0,0171
Riesgo atribuible %	12,27	33,24	- 13,9	19,6	- 1,6	18,1	13,8	4,04
Chi ²	6,95	70,2	9,37	17,3	0,05	6,54	4,24	0,088

Proporción de la población expuesta para todas las causas en el sexo masculino: 0,03005.
Proporción de la población no expuesta para todas las causas en el sexo masculino: 0,9699.

FUENTE: Tablas VIII y IX.

* Valores aproximados. Los cálculos se han hecho sin aproximación.

TABLA XII (Continuación)
El riesgo de morir por causas. Varones
Asturias y España 1979

	Nefrológicas	Otras infecciosas	Mal definidas	Anom. congénitas	Úlcus, Apend. y Obstruc.	Suicidio y Les. auto-infl.	Tuberculosis	Otras
Tasa Asturias x 10 ⁵	8,2	10,6	27,4	-	9,5	11,1	8,8	161,4
Tasa Resto de España x 10 ⁵	6,9	8,4	29,4	-	10,5	6,1	7,0	130,3
Tasa España x 10 ⁵	7,0	8,5	29,3	-	10,4	6,3	7,1	131,3
Riesgo relativo	1,18	1,254	0,932	-	0,907	1,821	1,2514	1,238
Riesgo atribuible x 10 ⁵	1,25	2,15	- 1,98	-	- 0,97	5,03	1,77	31,05
Riesgo atribuible en la población x 10 ⁵	0,0377	0,0451	- 0,059	-	- 0,029	0,151	0,053	0,933
Riesgo atribuible %	15,25	20,25	- 7,21	-	- 10,27	45,1	20,1	19,23
Chi ²	1,02	2,62	0,77	-	0,58	20,6	2,09	38,8

Proporción de la población expuesta para todas las causas en el sexo masculino: 0,03005.
Proporción de la población no expuesta para todas las causas en el sexo masculino: 0,9699.

FUENTE: Tablas VIII y IX.

* Valores aproximados. Los cálculos se han hecho sin aproximación.

TABLA XIII
El riesgo de morir por causas. Hembras
Asturias y España 1979

	Enf. del corazón	Tumores	Cerebro-vasculares	Accidentes	Influenza y Neumonía	Bronquitis, Enfis. y Asma	Cirrosis	Diabetes
Tasa Asturias x 10 ⁵	189,7	146,1	159,5	27,3	32,5	19,5	10,5	24,0
Tasa Resto de España x 10 ⁵	168,8	125,8	149,4	22,6	22,6	14,1	12,8	23,6
Tasa España x 10 ⁵	169,4	126,4	149,7	22,7	26,8	14,3	12,7	23,7
Riesgo relativo	1,124	1,160	1,06	1,21	1,222	1,385	0,8221	1,016
Riesgo atribuible x 10 ⁵	20,90	20,21	-10,09	4,72	5,91	5,43	-2,28	0,376
Riesgo atribuible en la población x 10 ⁵	0,640	0,618	0,309	0,145	0,181	0,166	-0,698	0,0115
Riesgo atribuible %	11,02	13,84	6,32	17,28	18,19	27,82	-21,6	1,56
Chi ²	14,37	17,99	3,75	5,29	7,10	11,23	2,47	0,019

Proporción de la población expuesta para todas las causas en el sexo femenino: 0,030609.
Proporción de la población no expuesta para todas las causas en el sexo femenino: 0,96939.

FUENTE: Tablas VIII y IX.

TABLA XIII (Continuación)
El riesgo de morir por causas. Hembras
Asturias y España 1979

	Nefrológicas	Otras infecciosas	Mal definidas	Anom. congénitas	Úlcus, Apend. y Obstruc.	Suicidio y Les. auto-infl.	Tuberculosis	Otras
Tasa Asturias x 10 ⁵	8,5	7,6	38,9	-	5,5	2,9	5,0	130,8
Tasa Resto de España x 10 ⁵	6,4	7,1	35,9	-	7,5	2,0	2,5	119,8
Tasa España x 10 ⁵	6,5	7,2	36,1	-	7,4	2,1	2,6	120,1
Riesgo relativo	1,308	1,062	1,081	-	0,741	1,436	1,969	1,092
Riesgo atribuible x 10 ⁵	2,00	0,444	2,907	-	-1,93	0,892	2,458	11,06
Riesgo atribuible en la población x 10 ⁵	0,061	0,013	0,089	-	-0,059	0,0272	0,075	0,338
Riesgo atribuible %	23,6	5,84	7,47	-	-34,8	30,35	49,04	8,45
Chi ²	3,12	0,09	1,23	-	3,08	1,74	11,97	5,62

Proporción de la población expuesta para todas las causas en el sexo femenino: 0,030609.
Proporción de la población no expuesta para todas las causas en el sexo femenino: 0,96939.

FUENTE: Tablas VIII y IX.

TABLA XIV
Mortalidad por E.D.O.
Asturias 1979

CAUSAS DE MUERTE	Varones	Hembras	TOTAL	Tasa por 100.000 habitantes	%
Neumonía	127	151	278	24,70	49,4
Tuberculosis	48	29	77	6,84	14,0
Gripe	22	37	59	5,24	10,5
Enteritis y otras diarreas	12	13	25	2,22	4,2
I.R.A.	12	11	23	2,04	4,2
Meningocócicas	12	7	19	1,70	3
Sífilis del SNC	4	1	5	0,44	0,9
Hep. Infec.	1	1	2	0,17	0,4
Sarampión	1	1	2	0,17	0,4
Encef. vírica	1	1	2	0,17	0,4
F. Paratifoidea y otras salmonelosis	1	-	1	0,08	0,2
Tosferina	1	1	1	0,08	0,2
Hidatidosis	-	1	1	0,08	0,2
Otras Bact. y víricas	37	31	68	6,00	12
TOTAL	279	284	563	50,00	100

FUENTE: I.N.E. Anuario 1983. Movimientos Naturales de la población.
Elaboración propia.

TABLA XV
Enfermedades de declaración obligatoria
Asturias y Nacional 1985

ENFERMEDAD	Casos declarados	Tasa	Casos declarados	Tasa	Diferencias
I.R.A.	10.876.817	27.504,00	176.031	15.548,00	- 11.956,00
Gripe	3.875.501	9.800,00	89.274	7.885,00	- 1.915,00
Inf. diarreicas	1.889.120	4.777,00	22.099	1.951,00	- 2.826,00
Varicela	327.454	828,00	5.385	475,00	- 353,00
Parotiditis	135.669	343,00	2.652	234,00	- 109,00
Neumonía	72.938	184,00	1.911	168,00	- 16,00
Tosferina	60.564	153,00	1.194	105,00	- 48,00
Hepatitis	45.048	113,00	932	82,00	- 31,00
Intox. aliment.	39.584	100,00	860	76,00	- 14,00
Rubeola	144.288	364,00	725	64,00	- 300,00
Inf. gonococia	31.250	79,00	480	42,00	- 37,00
T.B.C. respirat.	10.749	27,00	440	38,00	+ 11,00
Sífilis	3.979	10,00	236	20,00	+ 10,00
Sarampión	80.662	203,00	216	19,00	- 184,00
Disentería B.	4.412	11,00	205	18,00	+ 7,00
Escarlatina	11.376	28,00	201	17,00	- 11,00
Brucelosis	8.138	20,00	85	8,30	- 12,00
Inf. meningocócicas	2.911	7,36	89	7,86	+ 0,50
F. tifoidea y pt.	6.067	15,34	48	4,32	- 11,00
Hidatidosis	993	2,52	14	1,23	- 1,30
F. reumática	8.034	20,32	12	1,05	- 19,00
Tétanos	74	0,19	7	0,62	+ 0,43
Triquinosis	90	0,23	3	0,26	+ 0,03
Carbunco	292	0,74	1	0,08	- 0,04
F. recur. garrap.	186	0,47	1	0,08	- 0,39
Oftalmia neonat.	77	0,19	1	0,08	- 0,11
Sepsis puerperal	34	0,08	1	0,08	-
F. exant. mediter.	911	2,30	-	-	-
F. R. Piojos	-	-	-	-	-
Lepra	49	0,12	-	-	- 0,12

FUENTE: Anuario El País, 1986.
No se consignan otros epígrafes que no tienen presencia Regional.

TABLA XVI
Egresos hospitalarios por causas
Asturias 1983

	Varones	%	Hembras	%
Partos	—	—	11.464	20,3
Traumatismos	8.442	16,1	2.898	5,1
Pat. digestiva	6.508	12,4	5.158	9,1
Cardiovasculares	5.107	9,7	4.263	7,5
Tumores	4.270	8,1	4.977	8,8
Broncopulmonar	5.408	10,3	2.175	4,6
Gineco-obstétrica	—	—	8.875	15,7
Osteoarticulares y tejido conjuntivo	3.124	6,0	1.590	2,8
Nefrourológicas	2.671	5,1	1.021	1,8
Orgs. de los sentidos	1.350	2,6	1.302	2,3
Congénitas y perinatales	1.555	3,0	1.132	2,0
Psiquiátricas	1.827	3,5	960	1,7
Infeciosas	1.637	3,1	995	1,8
Piel y anejos	1.198	2,3	932	1,6
Endocrinas	666	1,3	1.251	2,2
Neurológicas	1.207	2,4	592	1,0
Intoxicaciones	301	0,6	144	0,3
Sin indicar diagnóstico	1.985	3,5	1.731	3,0
Mal definidas y otras	5.238	10,0	4.657	8,2
TOTAL	52.494	100,0	56.517	100,0

FUENTE: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. INSALUD.

TABLA XVII
Camas por 1.000 habitantes por provincias
España 1983

PROVINCIAS	Camas 1.000 habit.	PROVINCIAS	Camas 1.000 habit.
ALAVA	8,95	LERIDA	4,32
ALBACETE	4,14	LUGO	4,0
ALICANTE	3,58	MADRID	6,11
ALMERIA	4,22	MALAGA	5,7
AVILA	6,78	MURCIA	4,67
ASTURIAS	5,4	NAVARRA	8,04
BADAJOS	4,3	ORENSE	3,52
BALEARES	6,46	PALENCIA	12,3
BARCELONA	5,14	LAS PALMAS	4,67
BURGOS	8,34	PONTEVEDRA	3,76
CACERES	4,95	LA RIOJA	7,46
CADIZ	5,89	SALAMANCA	8,2
CASTELLON	4,92	SANTA CRUZ DE TENERIFE	5,14
CIUDAD REAL	4,15	SEGOVIA	6,7
CORDOBA	5,62	SEVILLA	5,11
LA CORUÑA	5,2	SORIA	3,6
CUENCA	2,37	TARRAGONA	8,02
GERONA	6,82	TERUEL	9,7
GRANADA	4,33	TOLEDO	5,2
GUADALAJARA	9,57	VALENCIA	4,8
GUIPUZCOA	6,13	VALLADOLID	5,66
HUELVA	4,5	VIZCAYA	5,02
HUESCA	5,62	ZAMORA	2,4
JAEN	4,49	ZARAGOZA	7,27
LEON	5,29	TOTAL para España	5,4

FUENTE: I.N.E. 1983. Anuario Estadístico. Elaboración propia.

TABLA XVIII
Ingresos hospitalarios por grupos de edad y sexo
Asturias 1983

Edad	VARONES	HEMBRAS
0 - 4	126,6	94,0
5 - 14	52,9	28,9
15 - 24	64,3	108,5
25 - 34	68,1	151,5
35 - 44	84,6	108,1
45 - 54	92,8	100,5
55 - 64	149,4	86,7
65 - 74	169,8	95,6
75 y más	213,9	107,6

FUENTE: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 1983 y población de Asturias 1981. Elaboración propia.
Tasas de ingreso por 1.000 habitantes de la edad.

ANEXO II
Clasificación de la mortalidad según grado de evitabilidad
Asturias 1979

GRUPO IV.- Defunciones difícilmente evitables en la actualidad

Nomenclatura 8va. Revisión C.I.E.	CAUSA DE DEFUNCION	Varones	Hembras	TOTAL
A 46	Tumor maligno de esófago	49	11	60
A 47	Tumor maligno de estómago	166	119	285
A 48	Tumor intestinal, excepto recto	59	80	139
A 50	Tumor maligno de laringe	65	5	70
A 51	Tumor bronquio, tráquea y pulmón	348	34	682
A 52	Tumor maligno del hueso	14	9	23
A 58	Tumor otras localizaciones	306	282	588
A 56	Otros tumores de útero	—	66	66
A 59	Leucemias	41	24	65
A 60	Otros tumores del tejido linfático y otros hemopoyéticos	41	37	78
A 85	Enf. cerebrovasculares	560	923	1.483
A 86	Enf. arterias, arteriolas y vasos capilares	198	308	506
A 79	Otras del S.N.C. y órganos de los sentidos	55	45	100
A 73	Esclerosis múltiple	1	3	4
A 82	Enf. hipertensiva	23	40	63
A 83	Enf. isquémica del corazón	713	510	1.223
A 84	Otras enfermedades cardíacas	362	454	816
A 126	Espina bífida	1	1	2
A 127	Anomalías congénitas del corazón	18	15	33
A 128	Otras congénitas del aparato circulatorio	—	1	1
A 129	Labio leporino	—	—	—
A 130	Otras anomalías congénitas	32	22	54
A 90	Influenza	22	37	59
A 87	Trombosis venosa y embolia	45	50	95
A 88	Otras del aparato circulatorio	14	20	34
	TOTAL	3.133	3.096	6.229

ANEXO II

Clasificación de la mortalidad según grado de evitabilidad Asturias 1979

GRUPO V.- Otras y mal definidas

Nomenclatura 8va. Revisión C.I.E.	CAUSA DE DEFUNCION	Varones	Hembras	TOTAL
A 136	Senilidad	56	159	215
A 137	Estados morbosos mal definidos	96	66	160
	Otras	601	303	904
	TOTAL	751	528	1.279
	TOTAL GLOBAL	5.257	4.679	9.936

ANEXO III

Mortalidad Infantil, según grupos de edad y su evitabilidad a propuesta y agrupamiento de causas, realizado por la Dra. Erika Taucher, consultora de la O.P.S. - O.M.S. y los Dres. Luis Prudent, Omar Althabe y Pedro Zarraqueta. Argentina, julio, 1985. Clasificación realizada por indicación de la Dirección de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social.

Los agrupamientos seleccionados para defunciones neonatales –menores de 28 días– son los siguientes:

- Reducibles por buen control del embarazo.
- Reducibles por buena atención del parto.
- Reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz.
- Otras reducibles.
- Parcialmente reducibles por buen control del embarazo.
- No evitables.
- Desconocidas.
- Otras causas.

Para las defunciones postneonatales –de 28 días a 11 meses– se consideran los siguientes agrupamientos:

- Reducibles por prevención.
- Reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz.
- Otras reducibles.
- Parcialmente reducibles.
- No evitables.
- Desconocidas.
- Otras causas.

En las defunciones neonatales consideradas como parcialmente reducibles se incluyen causas de defunción, que podrían reducirse por acciones relacionadas con el buen control del embarazo, pero en el nivel de conocimiento científico actual no hay evidencia de que, categóricamente, fueran evitables por dichas acciones. Por esta razón se adoptó el criterio de incluirlas en una categoría independiente, denominada parcialmente reducibles por buen control del embarazo.

Defunciones neonatales (menores de 28 días):

- REDUCIBLES POR BUEN CONTROL DEL EMBARAZO:
 - Sífilis congénitas (090).
 - Feto o recién nacido afectado por enfermedad de la madre, no necesariamente relacionada con el embarazo actual (760).
 - Enfermedad hemolítica del feto o recién nacido, debida a isosensibilización (773).
 - Tétanos (037 y 771,3).
 - Subtotal.
- REDUCIBLES POR BUENA ATENCION EN EL PARTO:
 - Feto o recién nacido afectado por complicaciones de la placenta, del cordón umbilical o de las membranas (762).
 - Feto o recién nacido afectado por otras complicaciones del trabajo del parto (763).
 - Trastornos relacionados con la duración prolongada de la gestación y con el peso elevado al nacer (766).
 - Traumatismo al nacimiento (767).
 - Hipoxia intrauterina o asfixia al nacer (768).
 - Infecciones propias del período perinatal, excepto tétanos y septicemia (771 excepto 771,3 y 771,8).
 - Subtotal.
- REDUCIBLES POR DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ:
 - Septicemia del recién nacido (771,8).
 - Enfermedades del Aparato Digestivo (520 a 579).
 - Otras afecciones respiratorias del feto o recién nacido (770).
 - Hemorragia fetal y neonatal (772).
 - Otras formas de ictericia perinatal (774).
 - Trastornos perinatales del aparato digestivo (777).
 - Otras reducibles por diagnóstico y tratamiento médico precoz (680 a 709, 775, 776, 778).
 - Subtotal.
- OTRAS REDUCIBLES:
 - Enfermedades Infecciosas Intestinales y Trastornos Hidrosalinos (001 a 009, 276).
 - Enfermedades del Aparato Respiratorio (460 a 519).
 - Causas externas de traumatismo y envenenamientos (E 800 a E 999).
- PARCIALMENTE REDUCIBLES POR BUEN CONTROL DEL EMBARAZO:
 - Deficiencias de la nutrición (260 a 269).
 - Crecimiento fetal lento y desnutrición fetal (764).
 - Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con otras formas de bajo peso al nacer (765).
 - Síndrome de dificultad respiratoria (769).
 - Subtotal.

• NO EVITABLES:

- Tumores (140 a 239).
- Enfermedades del aparato circulatorio (380 a 459).
- Anomalías congénitas (740 a 759).
- Subtotal.

• DESCONOCIDAS:

- Otras afecciones y las mal definidas que se originan en el período perinatal (779).
- Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos (780 a 796, 799).
- Muerte súbita (798).
- Diagnóstico inconsistente o incongruente.
- Subtotal.

• OTRAS CAUSAS:

- Resto de causas.

Defunciones del período postnatal (28 días a 11 meses)

• REDUCIBLES POR PREVENCION:

- Difteria (032).
- Tosferina (033).
- Sarampión (055).
- Sífilis congénita (090).
- Subtotal.

• REDUCIBLES POR DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ:

- Septicemia (038).
- Infecciones meningocócicas y meningitis bacteriana.
- Enfermedades del Aparato Digestivo (520 a 579).
- Enfermedades del Aparato Génito-Urinario (580 a 629).
- Otras reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz.

• OTRAS REDUCIBLES:

- Enfermedad infecciosa intestinal y hepatitis (001 a 009, 070).
- Trastornos de los líquidos, los electrolitos y del equilibrio acidobásico (276).
- Enfermedades del Aparato Respiratorio (460 a 519).
- Causas externas de traumatismos y envenenamientos (E 800 a E 999).
- Subtotal.

• PARCIALMENTE REDUCIBLES:

- Deficiencias de la nutrición (260 a 269).
- Crecimiento fetal lento y desnutrición fetal (764).
- Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con otras formas de bajo peso al nacer (765).
- Subtotal.

- NO EVITABLES:

- Varicela (052).
- Tumores (140 a 239).
- Enfermedades del Aparato Circulatorio (390 a 459).
- Anomalías congénitas (740 a 759).
- Otras no evitables (254, 225, 258, 259 y 343).
- Subtotal.

- DESCONOCIDAS:

- Otras afecciones y las mal definidas que se originan en el período perinatal (779).
- Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos (780 a 796, 799).
- Muerte súbita (798).
- Diagnósticos inconsistentes o incongruentes.
- Subtotal.

- OTRAS CAUSAS:

- Resto de causas.

El objetivo de este agrupamiento es promover el uso de los datos de mortalidad para orientar las acciones sectoriales en el Area Materno Infantil, en función de determinados riesgos; en el nivel nacional, para la planificación y normatización en dichas áreas y en el nivel local para la programación de actividades y servicios.

Las causas fueron definidas tomando como base la lista detallada de la C.I.E. 9na. Revisión.

En el caso de comparaciones entre áreas geográficas, se recomienda analizar previamente la calidad de la certificación médica de las áreas a comparar; para ello, uno de los indicadores a utilizar podría ser el % de causas mal definidas.

ANEXO IV

Clasificación de las causas de muerte de menores de un año, tomada de Angel López Díaz: «*Estudio de la Mortalidad Infantil en Asturias, 1973-1982*».

Las causas de muerte se agrupan en X rubros, atendiendo a:

I. No declaradas.

II. Mal declaradas, que incluyen:

- C.I.D.
- Hepatitis.
- Cor Pulmonale.
- Parada cardiorrespiratoria.
- Asistolia.
- Insuficiencia renal.
- Toxicosis.
- Embolia.
- Acidosis.
- Colapso.

III. No evitables con los conocimientos y medios actuales, que incluyen:

- Leucemia.
- Muerte súbita del lactante.
- Hidrocefalia.
- Miocarditis del recién nacido.
- Síndrome Down.
- Onfalocele.
- Cardiopatía congénita.
- Fístula esofago-traqueal.
- Meningocele.
- Trasposición de grandes vasos.
- S. polimarformativo.

IV. Evitables por mejora del saneamiento.

V. Evitables por mejora de la alimentación.

- VI. Evitables con mejora de la atención del embarazo, parto y del recién nacido:
- Eritroblastosis.
 - Enfermedades hemorrágicas.
 - Tétanos neonatal.
 - Hemorragia craneal.
 - Neumomediastino.
 - Ileo paralítico.
 - Vueltas del cordón.
 - Anoxia e hipoxia del parto.
 - Insuficiencia placentaria.
 - Derrame cerebral.
 - Abruption placentae.
 - Sufrimiento fetal.
 - Hemorragia pulmonar.
 - Broncoaspiración meconial.
- VII. Evitables por mejor atención pediátrica:
- Sepsis.
 - Meningococemia.
 - Enfermedad hemolítica.
 - Gastroenteritis y malabsorción.
- VIII. Enfermedades respiratorias:
- Bronquitis capilar.
 - Neumonía y Bronco-Neumonía.
 - Asma.
 - Neumonía bilateral.
 - Neumotórax.
- IX. Accidentes y violencias:
- Shock anafiláctico.
 - Asfixia.
 - Broncoaspiración.
 - Hernia operada.
 - Intoxicación.
 - Otros accidentes.
- X. Evitables por prevención de prematuridad:
- Prematuridad.
 - Enfermedad de la membrana hialina.
 - Otras.

CUADRO XXIII
Indicadores de Gestión Hospitalaria
Hospital General de Asturias y Red del INSALUD
Asturias 1983-84

Indicador	Hospital General de Asturias		Hospital Ntra. Sra. Covadonga		Hospital de Silicosis		Hospital de Cabueñes		Hospital de San Agustín		Hospital de Murias		Hospital Valle Nalón	
	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984
N.º camas	534	534		1.356	229	229	450	450	289	289	48	64	280	280
Ingresos	8.484	8.445	28.815	28.815	3.883	3.991	13.750	13.750	9.095	9.587	1.348	2.122	7.462	7.219
Estancias	144.381	144.622	348.892	348.892	50.884	47.763	129.653	122.500	66.362	72.444	13.319	19.639	80.347	75.634
Estanc. media	17,02	17,13	12,11	12,11	13,10	11,93	9,42	8,9	7,29	7,55	9,88	9,25	10,76	10,48
% Ocupación	74,1	74,0	82,00	82,00	60,87	52,55	78,93	78,64	62,91	68,48	57,01	83,84	78,61	80,87
N.º Intervenc.	3.720	3.622	15.890	15.890	-	-	4.980	5.600	2.711	3.311	617	837	2.763	2.766
Int. Quirúrg. día	2,55	2,47	2,63	2,63	-	-	-	-	1,24	2,26	1,69	2,49	1,26	2,45
Médicos/cama	0,24	0,24	0,24	0,24	0,21	0,18	0,27	0,28	0,30	0,31	0,90	0,92	0,34	0,35
ATS D.E./cama	0,53	0,51	0,63	0,63	0,59	0,50	0,74	0,80	0,55	0,54	1,50	1,09	0,62	0,62
Person./cama	2,50	2,40	2,21	2,21	2,07	1,75	2,34	2,35	1,95	1,95	5,37	4,57	2,08	2,11
Total consult.	84.856	86.284	168.528	168.528	15.731	12.065	44.859	52.360	32.124	37.144	12.751	14.390	30.994	31.527
Rel. suces./1. ^{as}	4,99	4,95	3,87	3,87	1,18	1,70	3,70	2,8	6,57	6,86	-	2,56	3,51	6,22
Coste cama/día	15.220	16.017	12.292	12.292	10.078	10.264	16.161	12.308	10.827	11.081	24.216	28.292	11.099	11.701
% Coste person.	77,1	75,6	70,00	70,00	80,31	78,00	76,11	70,72	76,23	76,37	91,52	86,02	79,03	77,52
% Inc. Gas. 84/83	5,24				0,67				0,00		0,09		2,42	

FUENTE: La Situación Sanitaria en Asturias, Consejería de Sanidad, 1985.
* En funcionamiento.

CUADRO XXIII
Distribución de los recursos humanos y físicos por habitantes
en las diferentes Areas Sanitarias

Areas	Médico General	Médico Gral/hab.	ATS	ATS/hab.	Odonólogo	Odonólogo/hab.	Pediatra	Matrona	Veterin. titulares	Farmac. titular	Oficina Farmacia	Consult. (1) Local	Consult. Local/hab.	Pob. Derecho 1982	Extensión Km²	Densidad Km²
I	39	1/1.731,5	26	1/2.597	2	0,29/10.000	7	3	13	10	28	25	1/2.701	67.532	1.607,7	42,0
II	23	1/2.129	10	1/4.897	3	0,61/10.000	3	2	7	4	13	9	1/5.441	48.971	2.149,6	22,8
III	66	1/2.581	72	1/2.365	5	0,29/10.000	16	7	9	7	58	15	1/11.355	170.329	484,9	351,2
IV	122	1/2.515	165	1/1.859	9	0,29/10.000	25	13	17	15	111	39	1/7.867	306.833	2.404,6	127,6
V	104	1/2.753	168	1/1.704	8	0,27/10.000	33	15	8	3	102	13	1/22.024	286.313	520,4	550,1
VI	35	1/1.782,5	15	1/4.159	5	0,80/10.000	3	1	13	7	24	23	1/2.712	62.386	1.926,9	32,4
VII	45	1/2.086	60	1/1.565	4	0,42/10.000	8	5	5	2	34	26	1/3.611	93.887	834,4	112,5
VIII	47	1/2.163	78	1/1.303	3	0,29/10.000	14	6	13	2	37	19	1/5.351	101.673	645,7	157,5

(1) Consultorio local, Centro Rural de Higiene, Ambulatorio con atención primaria, Centros de Salud.

Distribución del número total de consultas efectuadas
por grupos de enfermedades (*)

GRUPO		N.º consultas	%
1. Grupo VII	Cardiovascular	5.144	19,0
2. Grupo VIII	Respiratorio	4.295	15,8
3. Grupo XIII	Músculo esquelético	3.078	11,3
4. Grupo III	Endocrino	1.698	6,3
5. Grupo IX	Digestivo	1.485	5,5
6. Grupo V	Alteraciones Mentales	1.485	5,5
7. Grupo VI	S.N. y Organos de los sentidos	1.075	4,0
8. Grupo I	Infecciosos	1.026	3,8
9. Grupo X	Génito-urinario	941	3,5
10. Grupo XII	Piel	846	3,1
11. Grupo XVII	Accidentes	635	2,3
12. Grupo II	Tumores	316	1,2
13. Grupo IV	Sangre	148	0,5
14. Grupo XI	Embarazo	28	0,1
15. Grupo XIV	Alteraciones congénitas	24	0,1
16. Grupo XVI	Signos y síntomas mal definidos	2.555	9,4
17. Grupo XVIII	Varios	2.351	8,6
TOTAL		27.130	100,0

FUENTE: Estudio de Morbilidad, Fuencarral - Madrid.
* Clasificación de la WONCA (ICPPH 2).

**Distribución de las primeras consultas
por grupos de enfermedades (*)**

GRUPO		N.º consultas	%
1. Grupo VIII	Respiratorio	2.237	31,5
2. Grupo XIII	Músculo esquelético	677	9,5
3. Grupo XII	Piel	384	5,4
4. Grupo VI	S.N. y Organos de los sentidos	382	5,4
5. Grupo VII	Cardiovascular	340	4,8
6. Grupo I	Infecciosas	326	4,6
7. Grupo XVII	Accidentes	321	4,5
8. Grupo IX	Digestivo	320	4,5
9. Grupo X	Génito-urinario	273	3,8
10. Grupo V	Alteraciones Mentales	201	2,8
11. Grupo III	Endocrino	183	2,6
12. Grupo IV	Sangre	33	0,4
13. Grupo II	Tumores	31	0,4
14. Grupo XI	Embarazo	10	0,1
15. Grupo XIV	Alteraciones congénitas	7	0,1
16. Grupo XVI	Signos y síntomas mal definidos	1.041	14,7
17. Grupo XVIII	Varios	332	4,7
TOTAL		7.098	99,8

FUENTE: Estudio de Morbilidad. Fuencarral - Madrid.
* Clasificación de la WONCA (ICPPH 2).

ANEXO III
Estudios de frecuentación del Distrito de Fuencarral, Madrid

ENFERMEDAD	N.º consultas	%
1. Hipertensión aguda	2.804	10,8
2. I.R.A.	2.261	8,8
3. Artrosis	1.402	5,2
4. Enfermedad de la columna	1.245	4,6
5. Neurosis	949	3,5
6. Enfermedad de la piel	846	3,1
7. Cardiopatía isquémica	741	2,7
8. Diabetes	739	2,7
9. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	587	2,2
10. Enfermedad de los ojos	479	1,8
11. Varices	458	1,7
12. Ulcus	404	1,5
13. Asma	279	1,0
14. Infección urinaria	272	1,0
15. Enfermedad de los oídos	253	0,9
16. Migraña	223	0,8
17. Reumatismo no articular	223	0,8
18. Bronquitis aguda	207	0,7
TOTAL	14.900	54,9

FUENTE: Estudio de Morbilidad. Fuencarral - Madrid.

**Patología más frecuente atendida en las primeras consultas
(expresada según número de consultas efectuadas)**

ENFERMEDAD	N.º consultas	%
1. I.R.A.	1.714	24,1
2. Piel	384	5,4
3. Enfermedad de la columna	367	5,2
4. Enfermedad de los ojos	192	2,7
5. Artrosis	171	2,4
6. Enfermedad de los oídos	141	2,0
7. Reumatismo no articular	112	1,6
8. Neurosis	110	1,5
9. Hipertensión aguda	105	1,5
10. Bronquitis aguda	97	1,4
11. Infección urinaria	93	1,3
TOTAL	3.486	49,1

FUENTE: Estudio de Morbilidad. Fuencarral - Madrid.

**Patología más frecuente atendida en las consultas sucesivas
(expresada según número de consultas efectuadas)**

ENFERMEDAD	N.º consultas	%
1. Hipertensión aguda	2.686	14,0
2. Artrosis	1.278	6,6
3. Columna	869	4,5
4. Neurosis	798	4,1
5. Cardiopatía isquémica	728	3,8
6. Diabetes	684	3,5
7. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	556	2,9
8. Insuficiencia renal aguda	516	2,7
9. Piel	458	2,4
10. Ulcus	386	2,0
TOTAL	8.959	46,5

FUENTE: Estudio de Morbilidad. Fuencarral - Madrid.