

Ángel Castro-Vázquez, Irene Espinosa-Gutiérrez, Patricia Rodríguez-Contreras, Pablo Santos-Iglesias
Relación entre el estado de salud percibido e indicadores de salud en la población española
International Journal of Clinical and Health Psychology, vol. 7, núm. 3, 2007, pp. 883-898,
Asociación Española de Psicología Conductual
España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33770320>

**International Journal of
Clinical and Health
Psychology**

*International Journal of Clinical and Health
Psychology,*

ISSN (Versión impresa): 1697-2600

jcsierra@ugr.es

Asociación Española de Psicología Conductual
España

¿Cómo citar?

Fascículo completo

Más información del artículo

Página de la revista

www.redalyc.org

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Relación entre el estado de salud percibido e indicadores de salud en la población española

Ángel Castro-Vázquez, Irene Espinosa-Gutiérrez, Patricia Rodríguez-Contreras y Pablo Santos-Iglesias¹ (*Universidad de Granada, España*)

(Recibido 10 de mayo 2006 / Received May 10, 2006)

(Aceptado 13 de septiembre 2006 / Accepted September 13, 2006)

RESUMEN. Debido al creciente interés acerca de los factores relacionados con la percepción que las personas tienen de su estado de salud, este estudio *ex post facto* analiza la relación entre dicha autopercepción de salud y distintos indicadores que puedan incidir sobre ella. Se analizó la relación entre la valoración que la población española realiza de su salud a través de la Encuesta Nacional de Salud, realizada sobre una muestra de 41.923 sujetos de todo el territorio nacional, e indicadores relativos a la mortalidad agrupada por causas, morbilidad hospitalaria, accidentalidad laboral y consumo de medicamentos. Los resultados del análisis de regresión muestran que ninguno de los indicadores es significativo a la hora de predecir la percepción de salud de las personas. Por tanto, es posible que esta relación esté mediada por otro tipo de variables como características de personalidad o aspectos sociodemográficos, lo que hace que el estado de salud percibido no sea un buen indicador para asignar políticas sanitarias.

PALABRAS CLAVE. Salud autopercebida. Indicadores de salud. Encuesta Nacional de Salud. Estudio *ex post facto*.

ABSTRACT. As the interest on the factors related to the perception of health is growing, the present *ex post facto* study analyzes the relationship between the self-perception of health and different indicators which can influence it. The relationship between the

¹ Correspondencia: Universidad de Granada. Facultad de Psicología. Campus Universitario de la Cartuja s/n. CP. 18011. Granada (España). E-mail: psantos@ugr.es

self-assessment of health of the Spanish population by means of the National Health Survey answered by the sample of 41,923 subjects from the whole country and the indicators of the mortality sorted by causes, hospital morbidity, labour accidents and the intake of medicines, was analyzed. The results of the regression analysis show that none of the indicators is significant in prediction of the perception of health of the individuals. Thus, it is possible that this relationship is mediated by different type of variables as personality characteristics or sociodemographic aspects, this means that self-perceived health status is not an appropriate indicator in order to establish health policies.

KEYWORDS. Self-rated health. Health indicators. National Health Survey. *Ex post facto* study.

RESUMO. Devido ao crescente interesse acerca dos factores relacionados com a percepção que as pessoas têm do seu estado de saúde, este estudo *ex post facto* analisa a relação entre esta autopercepção de saúde e distintos indicadores que podem incidir sobre ela. Analisou-se a relação entre a avaliação que a população espanhola realiza da sua saúde através da Entrevista Nacional de Saúde, realizada sobre uma amostra de 41.923 sujeitos de todo o território nacional, e indicadores relativos à mortalidade agrupada por causas, morbilidade hospitalar, acidentalidade laboral e consumo de medicamentos. Os resultados da análise de regressão mostram que nenhum dos indicadores é significativo na hora de prever a percepção de saúde das pessoas. Portanto, é possível que esta relação esteja mediada por outro tipo de variáveis como características de personalidade ou aspectos sociodemográficos, o que faz com que o estado de saúde percebido não seja um bom indicador para estabelecer políticas de saúde.

PALAVRAS CHAVE. Estudo *ex post facto*. Saúde autopercebida. Indicadores de saúde. Entrevista Nacional de Saúde.

Introducción

La salud está considerada como uno de los principales bienes que poseen las personas y, por tanto, los distintos estados y gobiernos destinan un número cada vez mayor de recursos a mejorar la asistencia sanitaria de sus ciudadanos. Por esa misma razón, existe un gran número de estudios que analizan el estado de salud de las personas desde diversos puntos de vista, para dar una idea del funcionamiento de los sistemas sanitarios y de la valoración de la salud que hacen los individuos.

Dentro de este interés destaca el número creciente de estudios que analizan el estado de salud autopercebido como variable clave para analizar otros fenómenos y procesos, o bien para compararlo con otros indicadores de salud. No hay ningún estudio de este tipo publicado en castellano que analice la situación a nivel nacional en España, pero sí se pueden encontrar multitud de estudios que se basan en la opinión de las personas acerca de su propio estado de salud, utilizando metodologías muy diversas, como el cuestionario EQ-5D (McPherson, Myers, Taylor, McNaughton y Weatherall, 2004) o escalas visuales subjetivas. Así, en resumen, podemos decir que cada vez se

da una mayor importancia a la valoración que los individuos hacen sobre su estado de salud, y se entiende como un buen predictor del estado de salud real.

Esas metodologías que se acaban de citar sirven para establecer escalas según el estado de salud autopercebido de las personas, que en muchos de esos estudios se han intentado relacionar con otras variables, como la personalidad (Goodwin y Engstrom, 2002), pues se cree que las características mentales podrían contribuir a dar una información previa entre la autopercepción de la salud y los resultados objetivos de ella. También se ha relacionado con variables sociodemográficas (Navarro y Biedma, 2005), señalando que existen diferencias en la percepción del estado de salud en función del sexo, pues las mujeres lo perciben peor que los hombres; y con el área de formación académica, donde los estudiantes de Enfermería presentan valores más elevados en la percepción general de salud que los estudiantes de cursos no relacionados con la salud (Soares de Matos y de Sousa-Albuquerque, 2006).

Independientemente del grupo al que se pertenezca, se cree que la autopercepción de la salud es un buen indicador del estado real de las personas. Debido a ello, esta variable se ha utilizado en muchos estudios para analizar la mortalidad (Chipperfield, 1993; Idler y Benyamini, 1997), pues se considera que en las personas ancianas es necesario hacer un control de su propia percepción, ya que se han encontrado tendencias a la sobreestimación o a la subestimación del estado de salud real. Por eso, se han realizado estudios en este campo, analizando las congruencias e incongruencias entre las autopercepciones y la realidad (Chipperfield, 1993) y realizando una recopilación de estudios de estas características para resaltar que la autoevaluación de la salud es un predictor independiente de la mortalidad, separados de otros tipos de indicadores en personas ancianas.

Una de las ramas más interesantes de estudios relacionados con la autopercepción de la salud –y la que va a servir de base a este estudio– es la que la relaciona con indicadores objetivos de salud, ya sea extraídos de las opiniones de profesionales de la Medicina y la Psiquiatría (Menec, Chipperfield y Perry, 1999; Schneider *et al.*, 2004) o bien a través de datos acerca del uso del sistema sanitario (García-Altés, Pinilla y Peiró, 2005). En estos estudios se intenta relacionar ambas mediciones para demostrar que la autopercepción de la salud se relaciona más con la personalidad, tal y como afirman Goodwin y Engstrom (2002), que con los indicadores objetivos, aunque no queda bien claro. Igualmente se valora la capacidad para evaluar lo más realmente posible (sentido de coherencia, congruencia) el estado de salud, pues así facilitará la atención y, con ella, un mejor tratamiento y enfrentamiento de los riesgos sanitarios, lo que provocaría un mayor bienestar en las personas.

Como se puede ver, nos movemos en un contexto muy amplio, caracterizado por una gran cantidad de estudios, que tratan cuestiones distintas, pero que están algo inconclusas, sobre todo en España, pues no se ha publicado ninguna investigación que relacione el estado de salud percibido con datos objetivos de salud a nivel nacional, lo que podría dar una información muy útil sobre qué idea tienen los españoles, en general y por regiones, acerca de su salud y si ésta se corresponde con la realidad. No sólo sería un conocimiento útil por su divulgación científica, sino que tendría efectos muy positivos a la hora de determinar políticas sanitarias en la asignación de recursos según las

regiones del país, todo ello orientado a una mejora del estado de salud real. Asimismo, creemos que los efectos de una investigación de este tipo no sólo debieran circunscribirse al ámbito español, sino que sus efectos podrían aplicarse a otras realidades sociales y nacionales.

Por todo lo expuesto, se puede decir que el objetivo fundamental de esta investigación es analizar si existe una relación entre la autopercepción del estado de salud de los españoles por comunidades autónomas y el estado de salud real concebido a través de una serie de indicadores obtenidos de estadísticas reales, que hacen referencia a las causas de mortalidad, la morbilidad hospitalaria, accidentalidad laboral y el consumo de medicamentos. La idea última es comprobar si dichos indicadores influyen en el estado de salud autopercebido por los españoles.

Método

Materiales

Base de datos del Instituto Nacional de Estadística.

- Datos de defunciones según causa de muerte del año 2003 (Instituto Nacional de Estadística, 2005a).
- Datos de la encuesta de morbilidad hospitalaria del año 2003 (Instituto nacional de Estadística, 2005b).
- Encuesta Nacional de Salud del año 2003 (Instituto Nacional de Estadística, 2005c).

Base de datos del Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Datos de accidentes de trabajo con baja del trabajador, número de accidentados e índice de frecuencia por comunidad autónoma del año 2000 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000a).
- Datos de consumo de medicamentos del año 2000 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000b).

Procedimiento

El presente trabajo, que puede clasificarse como un estudio *ex post facto* de tipo retrospectivo simple (Montero y León, 2005) y que ha sido redactado siguiendo las normas de Ramos-Álvarez, Valdés-Conroy y Catena (2006), pretende analizar la relación existente entre el estado de salud percibido por los individuos y diversos indicadores acerca de la salud real de las personas. Para ello se necesita, en primer lugar, obtener un índice de la percepción de salud, para lo que se acude a la Encuesta Nacional de Salud publicada por el Instituto Nacional de Estadística (2005c), que se llevó a cabo sobre una muestra de 41.923 personas de todo el territorio español. A partir de la tabla que reflejaba el estado de salud y accidentalidad por comunidades autónomas se obtuvo una clasificación que mostraba el porcentaje de sujetos de cada comunidad, así como el total, que había respondido a cada uno de los cinco valores que componían la escala tipo Likert en función de cómo valoraban actualmente su estado de salud, *Muy Bueno*, *Bueno*, *Regular*, *Malo* o *Muy Malo*, de manera que sería posible calcular la puntuación

media en dicha escala para cada una de las comunidades autónomas a través de la siguiente fórmula: $(5MB + 4B + 3R + 2M + MM)/100$. Esta fórmula obedece al cálculo de una media ponderada, pues cabe reseñar la necesidad de, por un lado, establecer la puntuación media de las personas residentes en cada comunidad autónoma en función de los valores escalares y, por otro lado, considerar que no todos los niveles de la escala pueden tener el mismo valor, razón por la que se requiere de su ponderación. Así, a los niveles escalares debiera asignarse un valor de ponderación, ya que de designarse algún nivel con valor cero (*e. g.*, $4MB + 3B + 2R + M + 0MM / 100$) se perderían los datos de ese nivel de la escala y, en consecuencia, la información proporcionada por tales sujetos.

Por ende, mediante la aplicación de la fórmula mencionada anteriormente se determinó la puntuación media de cada comunidad autónoma obtenida en la escala tipo Likert comprendida entre 5 (*muy bueno*) y 1 (*muy malo*), permitiendo establecer la posición del estado de salud percibido por cada comunidad española en ese continuo, de tal forma que a mayor puntuación, mayor es la valoración que se efectúa del mismo. Los resultados de la aplicación de esta fórmula se encuentran en la Tabla 1.

TABLA 1. Indicador del estado de salud percibida por comunidades autónomas.

<i>Comunidades autónomas</i>	<i>Indicador de salud percibida</i>
Navarra	3,85
País Vasco	3,82
Madrid	3,82
La Rioja	3,82
Cataluña	3,80
Murcia	3,79
Ceuta y Melilla	3,78
Comunidad Valenciana	3,77
Baleares	3,77
Aragón	3,76
Cantabria	3,75
Castilla y León	3,74
Andalucía	3,73
Castilla La Mancha	3,69
Extremadura	3,67
Canarias	3,65
Asturias	3,58
Galicia	3,57

Una vez calculado el indicador de salud percibida era necesario seleccionar aquellos que servirían como indicadores de la salud real. Para ello se consultaron las bases de datos del Instituto Nacional de Estadística 2005a, 2005b, donde se obtuvieron datos

relativos a mortalidad según la causa de muerte y morbilidad hospitalaria, ambas agrupadas en 17 categorías en base a la CIE-9MC (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996) y a la base del MSC (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000a, 2000b) para los datos de accidentalidad laboral y consumo de medicamentos, divididos en 13 categorías en función del sistema orgánico sobre el que actúan (los datos relativos a mortalidad, morbilidad hospitalaria, consumo de medicamentos y accidentalidad laboral se pueden consultar en los Anexos 1, 2, 3 y 4, respectivamente). De los datos de mortalidad se excluyeron aquellos referentes a las causas externas de mortalidad debido a que no se considera que fueran explicativos del estado de salud percibido, con lo que se redujo a 16 categorías. Además se realizó una reducción del número de categorías en mortalidad, morbilidad y consumo de medicamentos a través de un análisis de componentes principales, puesto que el número de categorías era demasiado elevado en relación al número de sujetos ($n = 18$), para poder introducirlas como predictoras en el análisis de regresión, obteniendo finalmente un factor común para cada una de estas variables, de los que se obtendría posteriormente la puntuación factorial que se utilizaría.

Resultados

El análisis de los datos se puede dividir en dos fases, la primera dedicada a la reducción de variables a través de un análisis de componentes principales, y la segunda en la que se realiza el análisis de regresión múltiple para comprobar qué variables pueden ser tomadas como predictoras sobre el estado de salud percibido. Ambas fases se realizaron con SPSS 13.0.1.

Se computó el estado de salud percibido para las distintas comunidades autónomas en función de la fórmula presentada anteriormente, para disponer así de la medida de la variable criterio ($M = 3,75$; $DT = 0,08$).

El análisis de componentes principales sobre la mortalidad extrae un único factor común que explica el 90,01% de la varianza, del mismo modo sucede para la morbilidad hospitalaria (97,54%) y para el consumo de medicamentos (97,64%). Al obtener un sólo factor en las tres categorías la solución final no pudo ser rotada. A partir de esos factores comunes se obtuvieron las puntuaciones factoriales de los sujetos, que posteriormente servirían para realizar el análisis de las correlaciones entre los predictores y la variable criterio, cuyos resultados se muestran en la Tabla 2. Como se puede observar, no existe correlación significativa entre el estado de salud percibido y los diferentes indicadores de salud utilizados en el estudio, lo que serviría como indicador de los posibles resultados del análisis de regresión.

TABLA 2. Correlaciones entre el estado de salud percibido y los indicadores de salud.

	<i>Accidentes de trabajo</i>	<i>Mortalidad</i>	<i>Morbilidad hospitalaria</i>	<i>Consumo de Medicamentos</i>
Estado de salud percibido	0,17	0,02	0,09	0,03

Después de realizar el análisis de las correlaciones, se procede a realizar el análisis de regresión múltiple por etapas paso a paso. Los resultados demuestran, como apuntaban las correlaciones, que ninguna de las variables que se tomaban como posibles predictoras entró a formar parte del modelo.

Discusión

En este trabajo se ha intentado establecer la relación entre la autopercepción de salud que realizan las personas y su estado de salud real, pues de demostrar su existencia podrían existir muchas consecuencias útiles sobre todo a la hora de determinar las políticas sanitarias a llevar a cabo.

Lo cierto es que se ha podido demostrar, con los resultados obtenidos mediante el análisis de regresión, que ninguno de los factores utilizados como variables independientes (mortalidad, morbilidad hospitalaria, accidentalidad laboral y consumo de medicamentos) es significativo para explicar el estado de salud percibido de los españoles. Así no se puede decir que exista relación entre ellos, por lo que no es lo mismo la valoración objetiva que se obtiene consultando una serie de indicadores médicos y objetivos que la valoración subjetiva que hacen las personas acerca de su salud. Se puede concluir, por tanto, que el estado de salud de las personas no determina cómo se sienten, lo que nos permite lanzar una pregunta al aire: ¿cuándo la gente dice que está sana, lo está realmente? Esto sólo se podrá contestar en posteriores investigaciones con indicadores subjetivos más precisos que el utilizado en la Encuesta Nacional de Salud acerca de cómo se sienten las personas.

Los resultados obtenidos van en la misma dirección que otros estudios realizados anteriormente, que no encuentran relación entre diagnósticos objetivos y autopercepción (García-Altés *et al.*, 2005). Otros no encuentran congruencia entre salud autopercebida y problemas reales de salud (Chipperfield, 1993) e incluso critican la poca coherencia que poseen las personas a la hora de evaluar su estado de salud (Schneider *et al.*, 2004). A pesar de estos resultados, otros estudios han encontrado que sí existe relación entre la salud autopercebida e indicadores del estado de salud medidos objetivamente, tales como la discapacidad física (Lee y Shinkai, 2003) o el rendimiento funcional y la actividad física y social (Leinonen, Heikkinen y Jylhä, 2002). No obstante este trabajo fue llevado a cabo con una muestra inicial de 382 sujetos, personas mayores de 75 años, de los cuales sólo finalizaron el seguimiento a los 10 años 202 sujetos, por lo que la capacidad de generalizar los resultados es menor, tanto por el tamaño de la muestra

como por las características de ésta. En cambio nuestra investigación partía de una muestra mucho más amplia y que abarcaba todos los rangos de edad a lo largo de todo el territorio nacional.

Al afirmar que no existe relación entre el estado de salud autopercebido y el estado de salud real, podemos suponer que la relación entre ambos esté mediada por otras variables, como puede ser el caso de la personalidad (Goodwin y Engstrom, 2002) o de aspectos sociodemográficos (Navarro y Biedma, 2005), como la edad, el sexo, estado civil o el nivel de estudios. Esto implica que no sea muy acertada la utilización del estado de salud percibido –como el utilizado en la Encuesta Nacional de Salud– como base para la estimación del capital salud (García-Altés *et al.*, 2005) ni para la asignación de políticas sanitarias, ya que parece no ser un indicador muy claro de la salud de las personas.

Por tanto, y como se decía antes, parece necesaria la realización de otras investigaciones similares, una vez que se encuentren indicadores subjetivos más precisos para evaluar la salud, y que analicen su relación con la salud real a través de otras variables mediadoras (véase personalidad, variables demográficas, etc.)

Referencias

- Chipperfield, J.G. (1993). Incongruence between health perceptions and health problems. Implication for survival among seniors. *Journal of Aging and Health*, 5, 475-496.
- García-Altés, A., Pinilla, J. y Peiró, S. (2005). Aproximación a los pesos de calidad de vida de los “años de vida ajustados por calidad” mediante el estado de salud percibido. *Papeles de Trabajo*, 20, 1-35.
- Goodwin, R. y Engstrom, G. (2002). Personality and the perception of health in the general population. *Psychological Medicine*, 32, 325-332.
- Idler, E. y Benyamini, Y. (1997). Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21-37.
- Instituto Nacional de Estadística (2005a). Defunciones según la causa de muerte (año 2003). Recuperado el 17 de enero de 2006 de <http://www.ine.es/inebase>.
- Instituto Nacional de Estadística. (2005b). Encuesta de morbilidad hospitalaria (año 2003). Recuperado el 17 de enero de 2006 de <http://www.ine.es/inebase>.
- Instituto Nacional de Estadística. (2005c). Encuesta Nacional de Salud (año 2003). Recuperado el 17 de enero de 2006 de <http://www.ine.es/inebase>.
- Lee, Y. y Shinkai, S. (2003). A comparison of correlates of self-rated health and functional disability of older persons in the Far East: Japan and Korea. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 37, 63-76.
- Leinonen, R., Heikkinen, E. y Jylhä, M. (2002). Changes in health, functional performance and activity predict changes in self-rated health: A 10-year follow-up study in older people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 35, 79-92.
- McPherson, K., Myers, J., Taylor, W.J., McNaughton, H.K. y Weatherall, M. (2004). Self-Valuation and Societal Valuations of Health State Differ With Disease Severity in Chronic and Disabling Conditions. *Medical Care*, 42, 1143-1151.
- Menec, V.H., Chipperfield, J.G. y Perry, R.P. (1999). Self-perceptions of health: A prospective analysis of mortality, control and health. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 54B, 85-93.

- Ministerio de Sanidad y Consumo (1996). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª revisión: Modificación clínica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2000a). Accidentes de trabajo con baja del trabajador. Número de accidentados e índice de frecuencia por Comunidad Autónoma. Recuperado el 19 de enero de 2006 de <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/generales.htm>.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2000b). Consumo de medicamentos. Recuperado el 19 de enero de 2006 de <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/generales.htm>.
- Montero, I y León, O. G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Navarro, L. y Biedma, L. (2005, septiembre). *La Valoración del Estado de Salud de los Andaluces*. Comunicación presentada al IX Congreso de Metodología de las Ciencias Sociales y de la Salud. Granada, España.
- Ramos-Alvarez, M. M., Valdés-Conroy, B., and Catena, A. (2006). Criteria of the peer-review process for publication of experimental and quasi-experimental research in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 773-787.
- Schneider, G., Driesch, G., Kruse, A., Wachter, M., Nehen, H.G. y Heuft, G. (2004). What influences self-perception of health in the elderly? The role of objective health condition, subjective well-being and sense of coherence. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 39, 227-237.
- Soares de Matos, A.P. y de Sousa-Albuquerque, C.M. (2006). Estilo de vida, percepção de saúde e estado de saúde em estudantes universitários portugueses: influência da área de formação. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 647-663.

ANEXO 1. Mortalidad agrupada por causas (número de fallecidos).

Comunidad autónoma	Enfermedades infecciosas y parasitarias	Tumores	Enfermedades y de los órganos hemotopoyéticos y trastornos que afectan a los mecanismos de la inmunidad	Enfermedades de la sangre	Enfermedades endocrinas, metabólicas y nutricionales	Trastornos mentales y del comportamiento	Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	Enfermedades del sistema circulatorio
Andalucía	1.213	15.525	152	2.186	1.430	1.998	24.485	
Aragón	208	3.484	46	412	514	588	4.461	
Asturias	208	3.402	32	369	574	491	4.399	
Baleares	120	1.890	20	235	272	301	2.615	
Canarias	297	3.264	40	644	368	418	4.229	
Cantabria	100	1.446	19	141	187	199	1.737	
Castilla y León	495	7.512	118	899	784	990	8.814	
Castilla-La Mancha	334	4.300	62	657	506	628	6.066	
Cataluña	1.225	15.938	257	1.981	3.515	2.995	18.883	
Comunidad Valenciana	775	10.053	132	1.324	1.353	1.768	14.347	
Extremadura	200	2.931	31	385	241	324	3.908	
Galicia	508	7.910	67	725	848	875	10.434	
Madrid	863	11.673	119	959	1.166	1.488	12.289	
Murcia	162	2.364	28	335	276	368	3.298	
Navarra	91	1.382	11	177	150	241	1.691	
País Vasco	385	5.549	88	559	783	927	5.896	
La Rioja	41	741	6	87	84	146	898	
Ceuta y Melilla	28	239	7	46	6	39	326	

Continúa

ANEXO 1. Mortalidad agrupada por causas (número de fallecidos). (*Continuación*).

Enfermedades del sistema respiratorio	Enfermedades del sistema digestivo	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	Enfermedades de sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	Enfermedades del sistema genitourinario	Embarazo, parto y puerperio	Afecciones originadas en el periodo perinatal	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio
6.926	3.638	149	549	1.554	8	211	229	1.691
1.561	729	42	202	374	0	23	29	524
1.437	598	33	107	265	2	27	33	251
742	369	24	81	173	0	23	19	190
1.001	643	45	120	275	1	49	61	305
670	250	27	39	122	0	7	6	255
3.082	1.270	90	317	650	0	30	57	817
2.209	835	52	245	402	0	25	28	744
6.347	2.970	115	608	1.406	3	129	124	1.510
4.215	2.045	104	334	967	2	80	102	884
1.310	571	26	138	257	1	22	20	470
3.923	1.288	124	239	540	0	39	61	829
5.907	2.294	99	277	1.109	1	124	131	1.455
1.183	483	20	80	322	1	34	55	184
667	252	20	49	117	0	8	13	120
2.065	1.040	30	145	406	0	34	39	556
304	138	12	18	65	0	8	5	46
95	50	4	4	19	1	8	5	44

ANEXO 2. Morbilidad hospitalaria (número de enfermos)

Comunidad autónoma	Enfermedades infecciosas y parasitarias	Tumores	Enfermedades endocrinas, de la nutrición y metabólicas y trastornos de la inmunidad	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	Trastornos mentales	Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades del aparato respiratorio
Andalucía	13.640	57.891	12.624	5.510	14.464	25.716	87.981	61.943
Aragón	2.484	12.874	2.633	1.745	3.473	8.281	19.633	14.110
Asturias	2.228	11.696	1.973	897	3.578	4.614	20.763	15.892
Baleares	1.741	6.935	2.074	839	3.439	4.656	14.239	14.615
Canarias	2.268	12.521	3.501	1.074	4.229	5.305	23.787	14.108
Cantabria	770	3732	860	382	992	1.773	7.657	5.859
Castilla y León	5.124	26.639	4.917	2.805	7.538	13.808	39.886	30.557
Castilla-La Mancha	3.004	14.705	2.685	1.596	4.039	8.170	25.014	20.550
Cataluña	12.861	65.300	14.198	6.489	23.370	29.605	101.067	85.020
Comunidad Valenciana	10.290	40.364	8.789	3.640	10.095	16.726	60.390	49.404
Extremadura	1.816	9.258	1.674	999	3.232	5.123	15.190	12.155
Galicia	5.593	26.693	4.553	2.827	7.038	9.586	41.235	35.407
Madrid	10.322	51.264	10.238	5.057	15.075	18.323	68.849	56.383
Murcia	2.147	9.674	2.537	1.344	3.392	3.765	16.701	13.286
Navarra	1.216	5.934	1.166	663	1.699	2.696	7.790	6.436
País Vasco	3.690	21.594	3.423	2.131	7.938	7.514	34.119	25.087
La Rioja	499	2.882	564	426	429	986	4.450	2.991
Ceuta y Melilla	331	909	230	151	296	440	1.806	1.267

Continúa

ANEXO 2. Morbilidad hospitalaria (número de enfermos). (*Continuación*).

Comunidad autónoma	Enfermedades del									
	Enfermedades del aparato digestivo	Enfermedades del genitourinario	Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	Enfermedades de sistema osteo-articular y tejido conectivo	Anomalías congénitas	Enfermedades Con origen en el periodo perinatal	Síntomas, signos y estados mal definidos	Lesiones y envenenamientos	
Andalucía	85.221	42.490	120.750	7.656	40.478	7.249	11.510	42.514	58.616	
Aragón	17.283	9.343	15.116	1.629	9.831	1.008	1.765	8.384	12.638	
Asturias	13.106	7.959	9.917	1.293	7.456	827	1.364	7.437	9.488	
Baleares	15.712	7.099	13.374	1.277	10.714	959	1.148	11.894	11.467	
Canarias	19.539	9.079	26.671	2.695	11.067	2.016	3.244	9.469	16.876	
Cantabria	6.168	3.156	5.379	786	3.780	456	486	2.584	4.961	
Castilla y León	3.6192	18.423	26.017	2.807	18.277	2.191	3.845	16.590	24.485	
Castilla-La Mancha	22.638	10.492	23.884	1.848	10.492	1876	3.209	8.581	14.583	
Cataluña	89.008	51.338	85.143	9.187	56.395	7.088	13.160	45.770	69.370	
Comunidad Valenciana	56.337	27.790	62.057	4.448	29.071	4.781	6.349	25.514	37.927	
Extremadura	14.526	7.532	14.410	1.175	5.210	990	1.960	5.862	8.361	
Galicia	33.912	17.834	29.467	4.157	17.651	2.288	3.408	14.226	27.531	
Madrid	66.024	31.632	82.352	5.429	34.519	5.667	9.180	21.288	39.992	
Murcia	16.010	9.754	26.368	1.677	6.465	1.173	2.447	7.589	9.673	
Navarra	7.668	2.950	7.661	656	5.590	469	525	3.152	5.679	
País Vasco	28.763	12.595	23.199	2.801	18.831	1.545	1.854	11.980	19.581	
La Rioja	3.414	1.890	3.954	169	2.002	253	468	1.751	2.391	
Ceuta y Melilla	1.601	767	3.297	144	464	155	360	808	977	

ANEXO 3. Consumo de medicamentos (número de unidades vendidas).

Comunidad autónoma	GRUPO I (Aparato digestivo y metabolismo)	GRUPO II (Sangre y órganos hematopoyéticos)	GRUPO III (Aparato cardiovascular)	GRUPO IV (Dermatológicos)	GRUPO V (Genitourinarios y hormonas sexuales)	GRUPO VI (Preparados hormonales sistémicos)
Andalucía	15.217.695	6.094.116	18.697.191	3.547.085	3.194.543	1.648.321
Aragón	2.391.261	1.186.540	3.575.835	480.885	692.642	340.925
Asturias	1.951.165	978.639	2.940.388	474.466	519.098	310.692
Baleares	1.225.549	549.808	1.680.563	308.065	331.713	148.062
Canarias	3.387.684	1.547.707	4.013.668	694.702	713.766	347.789
Cantabria	860.332	470.692	1.304.608	250.566	289.092	108.899
Castilla-La Mancha	3.970.635	1.658.408	4.885.998	795.452	773.493	457.898
Castilla y León	4.601.991	2.199.728	6.224.047	999.383	1.166.048	594.122
Cataluña	12.554.759	6.442.334	17.726.313	2.833.138	3.224.991	1.606.259
Comunidad Valenciana	9.651.290	4.634.453	13.346.233	2.289.308	2.366.124	1.017.351
Extremadura	2.276.922	1.044.729	2.901.099	481.095	507.781	313.385
Galicia	4.661.316	2.928.416	7.172.727	1.432.454	1.425.524	744.281
Madrid	8.854.359	4.365.286	10.546.119	1.690.219	2.232.642	1.126.494
Murcia	2.435.087	1.079.100	3.026.859	563.856	570.210	297.370
Navarra	965.102	500.455	1.313.913	197.150	295.127	132.645
País Vasco	3.427.288	1.999.088	4.708.781	907.191	1.153.804	496.695
La Rioja	494.514	285.925	669.226	114.805	144.519	71.554
Ceuta y Melilla	191.836	69.648	184.609	47.280	39.089	22.896

Continuación

ANEXO 3. Consumo de medicamentos (número de unidades vendidas). (*Continuación*).

<i>Comunidad autónoma</i>	<i>GRUPO VII (Antiinfecciosos via general)</i>	<i>GRUPO VIII (Antineoplásicos)</i>	<i>GRUPO IX (Sistema nervioso central)</i>	<i>GRUPO X (Antiparasitarios)</i>	<i>GRUPO XI (Aparato respiratorio)</i>	<i>GRUPO XII (Órganos de los sentidos)</i>	<i>GRUPO XIII (Varios)</i>
Andalucía	9.016.670	320.799	25.595.207	94.204	12.033.090	3.353.145	538.979
Aragón	1.404.121	81.284	4.059.466	11.405	1.626.317	770.249	100.378
Asturias	1.083.158	72.138	4.242.950	13.071	1.724.851	513.835	82.588
Baleares	665.565	41.090	2.676.571	8.188	907.410	335.468	58.130
Canarias	1.864.798	93.113	5.556.237	21.153	1.824.439	574.001	138.027
Cantabria	564.625	34.723	1.873.171	9.140	752.735	309.905	41.475
Castilla-La Mancha	2.436.889	115.775	6.503.649	22.924	3.056.478	783.018	124.859
Castilla y León	2.949.077	181.741	8.126.875	26.094	3.236.288	1.015.792	179.110
Cataluña	6.698.497	414.554	23.237.652	54.379	9.367.885	3.779.008	568.206
Comunidad Valenciana	5.222.559	277.926	16.685.962	61.228	7.053.327	2.474.099	445.176
Extremadura	1.750.246	65.248	3.876.576	14.223	1.824.439	564.482	80.143
Galicia	2.936.025	181.798	9.512.380	45.204	4.059.710	1.402.428	250.924
Madrid	4.758.397	300.792	15.013.729	79.521	5.697.464	1.967.139	338.157
Murcia	1.764.872	65.194	3.911.671	18.229	1.871.253	552.152	88.424
Navarra	610.770	32.260	1.905.055	7.148	730.616	264.017	49.491
País Vasco	2.072.783	107.664	6.548.127	24.394	2.625.595	1.013.907	155.602
La Rioja	357.205	16.118	896.680	2.285	346.367	200.258	18.921
Ceuta y Melilla	57.079	1.860	149.667	591	86.802	24.960	2.954

ANEXO 4. Accidentalidad laboral (número de accidentes).

<i>Comunidad Autónoma</i>	<i>Número de accidentados</i>
Andalucía	149.181
Aragón	25.026
Asturias	24.193
Baleares	32.535
Canarias	48.869
Cantabria	11.215
Castilla-La Mancha	37.147
Castilla y León	44.135
Cataluña	197.177
Comunidad Valenciana	126.627
Extremadura	15.723
Galicia	46.924
Madrid	132.311
Murcia	34.734
Navarra	15.577
País Vasco	55.627
La Rioja	6.684
Ceuta y Melilla	1.604