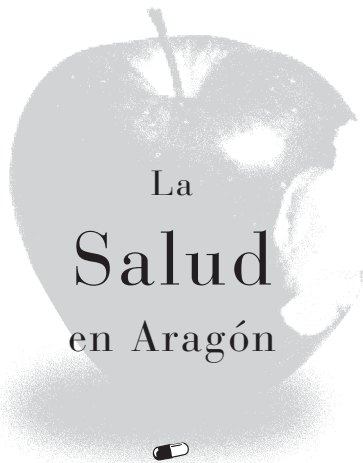


Luis Ignacio Gómez López
María José Rabanaque
Carlos Aibar



La
Salud
en Aragón



Equipo 

Dirección:

Guillermo Fatás y Manuel Silva

Coordinación:

M^a Sancho Menjón

Redacción:

Álvaro Capalvo, M^a Sancho Menjón, Ricardo Centellas
José Francisco Ruiz

Publicación nº 80-82 de la
Caja de Ahorros de la Inmaculada de Aragón

Texto: Luis Ignacio Gómez López, María José Rabanaque, Carlos Aibar

I.S.B.N.: 84-95306-63-8

Depósito Legal: Z. 2649-00

Diseño: VERSUS Estudio Gráfico

Impresión: Edelvives Talleres Gráficos

Certificados ISO 9002



ÍNDICE



¿QUÉ ES LA SALUD?	5
LOS DETERMINANTES DE LA SALUD	13
INDICADORES DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN ARAGONESA	21
Demografía básica de salud	21
Situación del estado de salud	26
Hábitos que influyen en la salud	61
Medio ambiente	77
LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD	83
ATENCIÓN SANITARIA	87
Bibliografía	93

¿QUÉ ES LA SALUD?



La salud es considerada hoy en día uno de los grandes valores individuales y colectivos, al que las sociedades dedican una parte importante de sus recursos, tanto materiales como intelectuales. Pero, por otro lado, existen todavía discrepancias acerca del significado de esta palabra. Por ello, en primer lugar trataremos de aclarar el concepto de salud, según se acepta generalmente en nuestro entorno cultural y social, dado que, por ser un término abstracto, presenta un evidente matiz subjetivo que ha experimentado muchas variaciones.

En las publicaciones, y no sólo en las científicas, pueden encontrarse innumerables definiciones e interpretaciones de la palabra “salud” y todas ellas tienen la misma base: tratar de precisar lo que sería una completa normalidad, ya se considere ésta en su sentido estadístico, o bien como ideal que alcanzar en el funcionamiento de un organismo o de un conjunto de ellos (en este caso, el organismo o la sociedad humanos).

El lenguaje tiene una estructura analógica que permite establecer diferentes niveles de comprensión y de comparación del significado de las palabras. Así, “salud”, en casi todos los idiomas, se relaciona con la idea de estar entero, de no faltar nada, con una plenitud que puede tener acep-

ciones de diversa clase: biológicas, psicológicas, sociales y, también, culturales o incluso morales.

Las primeras consideraciones han llevado a definir la salud de una forma objetiva y mensurable, conforme a procedimientos guiados por el conocimiento científico vigente en cada momento, y las segundas, a representarla como una meta hacia la que se debe tender.

Por otro lado, y de forma meramente informativa, debemos comentar que, en latín, “salud” y “salvación” tienen la misma raíz. Basándose en esta analogía, se ha establecido un *marketing* de la salud, es decir: en ocasiones, la salud “se ofrece”, a través de la propaganda, como una forma de solución para muchos problemas que tienen poco o nada que ver con ella. Este fenómeno contribuye a difundir el “salutismo” o forma de vida que no beneficia en absoluto a la salud en sí misma.

Cualquiera de las definiciones existentes sobre salud puede encuadrarse en uno de los dos siguientes grandes grupos:

- El primero, denominado asintótico o de principio-fin, incluye aquéllas en las que la salud llega a ser una asíntota, un ideal en el horizonte, al que es posible aproximarse pero que nunca puede ser alcanzado.
- El segundo, llamado elástico, comprende aquellas otras en que la salud se concibe como una habilidad

o capacidad del organismo humano para resistir las amenazas del medio, y es descrita como una interacción positiva entre la persona, la comunidad y el ambiente.

Asimismo, hay que tener en cuenta que la salud ha sido analizada y definida desde diferentes perspectivas científicas, principalmente desde la sanitaria y la social. Además, en las últimas décadas se ha observado un cambio conceptual que ha incorporado a estos enfoques otros de tipo ecológico y, en fechas recientes, también económicos.

Como síntesis de lo dicho, a continuación se exponen algunas de las definiciones más aceptadas de salud y se realiza una breve crítica de las mismas para, posteriormente, tratar de explicar lo que, en términos sanitarios, se denominan “determinantes de la salud”.

En 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el preámbulo de su constitución, describió la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad». Este enfoque introdujo elementos innovadores puesto que establecía el concepto, prácticamente por primera vez, en términos positivos y no en negativos. Efectivamente, y al igual que la paz no es sólo la ausencia guerra o la riqueza sólo la inexistencia de pobreza, la salud es algo más que la mera ausencia de enfermedad, que es como hasta entonces se había entendido, precisamente, ese término.

Por otra parte, en esa declaración se alude también a las áreas mental y social como componentes de la salud, hecho de gran trascendencia que dio origen, a partir de aquel momento, a un amplio debate por todo el planeta respecto a la importancia de la salud para el desarrollo económico y social humano.

A pesar de todas estas innovaciones, sin embargo, la definición de la OMS presentaba también algunos inconvenientes, como el de equiparar salud y bienestar, cuestión excesivamente subjetiva: el hecho de sentirse bien está asociado, en efecto, a la salud, pero no puede identificarse con ella, puesto que se trata sólo de una apreciación. Además, se trata de una definición demasiado utópica; se puede decir que es más un deseo que una realidad.

Como declaración de principios, por el contrario, resultó excelente, porque fue tan universalmente difundida que marcó un hito histórico en la búsqueda de una puesta en común, en todos los lenguajes del saber, sobre la salud y su valor para las distintas sociedades.

Hay que acudir a otros autores, como J. M. Last o R. Dubos, para encontrar definiciones no sólo más precisas sino también más operativas, que son las que han hecho posible avanzar para mejorar la salud por caminos muy diversos y no únicamente mediante la lucha contra la enfermedad o su prevención; han logrado, además, que el

problema deje de plantearse en meros términos de atributos anatómicos, fisiológicos o mentales.

Así, de forma breve, se puede decir que salud es «la habilidad de un individuo para funcionar de una manera aceptable para él mismo y para el grupo del que forma parte». O bien, de un modo un poco más extenso, el «estado caracterizado por la integridad anatómica, fisiológica y psicológica, con posibilidad para cumplir personalmente las funciones de importancia en el seno de la familia, del trabajo y de la comunidad; capacidad para enfrentarse al estrés físico, biológico, psicológico y social; sentimiento de bienestar y ausencia de riesgo de enfermedad y, en último término, de fallecimiento a consecuencia de aquella».

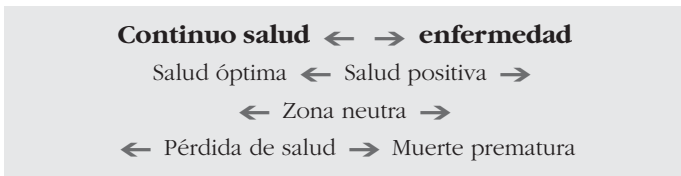
Esta última perspectiva pone de manifiesto no sólo aspectos relativos a un correcto funcionamiento corporal sino también a la capacidad de ejecutar el papel social que corresponde a cada persona; y se afirma que la salud debe servir para que el individuo pueda adaptarse a situaciones especiales, en las que se corre el riesgo de enfermar o de padecer lesiones de diverso tipo.

Todo esto ha contribuido a reafirmar una visión más sociológica que médica de la salud, a considerar como fundamental la relación del individuo con el medio y a configurar tres dimensiones básicas de la misma. Las dos primeras, funcionales, son la integridad anatómica, fisiológica y psicológica, así como la capacidad para superar el estrés.

La tercera, o dimensión subjetiva, hace referencia a la sensación de bienestar. Las tres son mensurables por procedimientos diversos, si bien no con total precisión, y han permitido al sistema socio-sanitario trabajar en pro de la salud.

Estos conceptos de salud son aplicables tanto a las personas como a las sociedades y permiten la representación gráfica de la salud y la enfermedad en forma de un continuo cuyos extremos son, de un lado, el óptimo de salud y, del otro, la muerte prematura, como resultado no deseado de la pérdida de la salud. En este continuo se incluye también una zona neutra central, no bien definida, en la que resulta difícil delimitar ambas situaciones, por lo que se acepta que entre salud y enfermedad no existe una separación neta. De algún modo se puede afirmar que salud y enfermedad pueden concurrir y que determinadas situaciones derivadas de la enfermedad no deben considerarse realmente como una pérdida de la salud sino, simplemente, como un obstáculo para el disfrute de la misma.

Gráfico 1:



Puede ser, por ejemplo, el caso de las discapacidades físicas, o sociales, cuyas consecuencias varían en función de las respuestas que reciba por parte de la sociedad.

Finalmente, hay que señalar que, si bien la OMS no ha modificado su definición de salud, ha adoptado un concepto dinámico de la misma. De esta manera, en la formulación de los objetivos de la estrategia “Salud para todos en el año 2000”, ya no aparece la palabra “completo” y se indica como objetivo básico «que todos los habitantes de todos los países del mundo tengan el nivel de salud suficiente para que puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven».

LOS DETERMINANTES DE LA SALUD



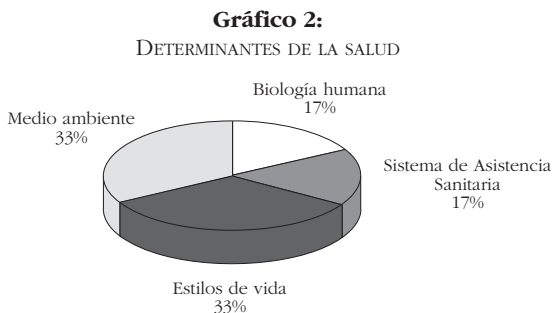
La importante relación existente entre el medio ambiente y la salud llevó a aplicar las teorías ecológicas para analizar el continuo salud \leftrightarrow enfermedad, y los factores que influyen para que éste se desplace en sentido positivo o negativo. Sobre esos factores, que fueron denominados, en conjunto, “determinantes de la salud”, se desarrollaron acciones de intervención tendentes a mejorar la salud individual y colectiva.

En un principio, se señalaron las siguientes variables como las más importantes a la hora de incidir, de un modo u otro, en el mencionado continuo:

- *Socioeconómicas y culturales*: nivel de vida, clase social, trabajo, vivienda, nivel cultural, creencias, tradiciones, costumbres, etc.
- *Geográficas*: clima, comunicaciones, riquezas naturales, etc.
- *Demográficas*: natalidad, mortalidad, fertilidad y fecundidad, migraciones, planificación familiar, etc.
- *Políticas*: legislación, nivel de participación y democracia, etc.

- *Sanitarias*: recursos humanos y materiales, presupuestos, accesibilidad, equidad, etc.

A mediados de la década de 1970, M. Lalonde, ministro de Salud y Asuntos Sociales de Canadá, estableció como marco referencial para la planificación de actividades de la Administración sanitaria de dicho país, a medio y largo plazo, el modelo de Laframboise (gráfico 2), explicativo



mediante un esquema simple de los determinantes de la salud. Así se marcó otro hito histórico para la comprensión del porqué de la salud y de su distribución en las poblaciones humanas; pese a las críticas recibidas, sigue manteniendo en gran parte su validez y ha sido aplicado en muchos países.

Según este autor, pueden distinguirse los siguientes determinantes de la salud, individual y colectiva:

- La *biología humana*, condicionada por la herencia genética, la tendencia irreversible al envejecimiento y su difícil modificación mediante actuaciones sanitarias.
- El *medio ambiente*, que si bien ha sido mejorado notablemente en los países desarrollados en los últimos años, plantea todavía numerosos problemas (residuos industriales, nuevos contaminantes, etc.), además de causar otros trastornos de índole psíquica y social, sólo abordables desde una óptica interdisciplinar.
- El *sistema de atención sanitaria* (prevención, curación y rehabilitación), caracterizado, como han demostrado repetidos estudios epidemiológicos y económicos, por su escasa efectividad para reducir la morbilidad y la mortalidad, así como por su elevado coste (6-12% del producto interior bruto en los países industrializados).
- El *estilo de vida*, también denominado “conjunto de riesgos autocreados”, ocasionados por patrones de conducta insanos y perjudiciales (inactividad física, consumo excesivo de alcohol, descanso insuficiente, consumo de tabaco, etc.), que pueden modificar de forma importante el nivel de salud de los individuos.

El análisis de Laframboise, basado en el estudio de las causas de muerte y enfermedad más frecuentes en Canadá, puso de manifiesto la existencia de algunas contradicciones. Para la mejora del estilo de vida y el entorno, factores

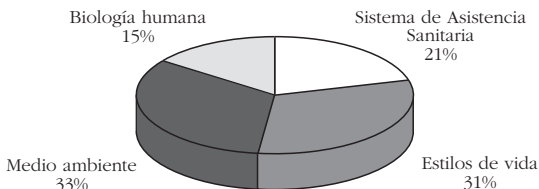
cuya modificación podría repercutir de forma muy importante sobre la salud, se destinaban muy pocos recursos, mientras que el sistema sanitario, que parecía ejercer una influencia menor, consumía la mayor parte de los bienes que se asignaban a la salud.

Eso significaba que los recursos se repartían de forma casi proporcionalmente inversa a los efectos de los determinantes. Así, el sistema de asistencia sanitaria, que era el que menos impacto tenía, concentraba prácticamente el 90% de los mismos, mientras que al medio ambiente y a los esfuerzos encaminados a mejorar el estilo de vida sólo se destinaba alrededor del 3%, y el 7% restante a la biología humana, tanto en lo referente a los problemas derivados del envejecimiento como a la investigación genética, etc.

Los determinantes más fácilmente modificables son el *medio ambiente* y, especialmente, el *estilo de vida*. Hoy en día, hacia ellos se dirige la mayor parte de las actividades

Gráfico 3:

EFFECTO RELATIVO SOBRE LA SALUD PÚBLICA DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD. (CANADÁ 1974)

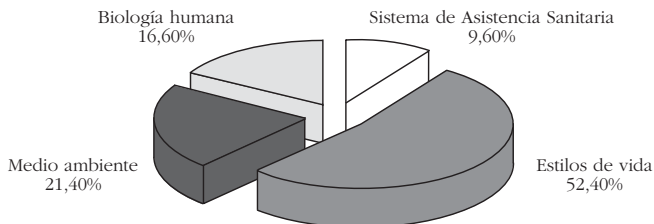


de los programas de promoción y protección de la salud, dado que están en relación con las causas principales de mortalidad en todas las naciones desarrolladas.

Han surgido, no obstante, voces críticas sobre algunos aspectos del que se ha denominado “estudio Lalonde”, que, para el caso de España, corresponderían a los datos del gráfico 4 (año 1989).

Gráfico 4:

EFFECTO RELATIVO DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD SOBRE LOS AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS (ESPAÑA 1989)



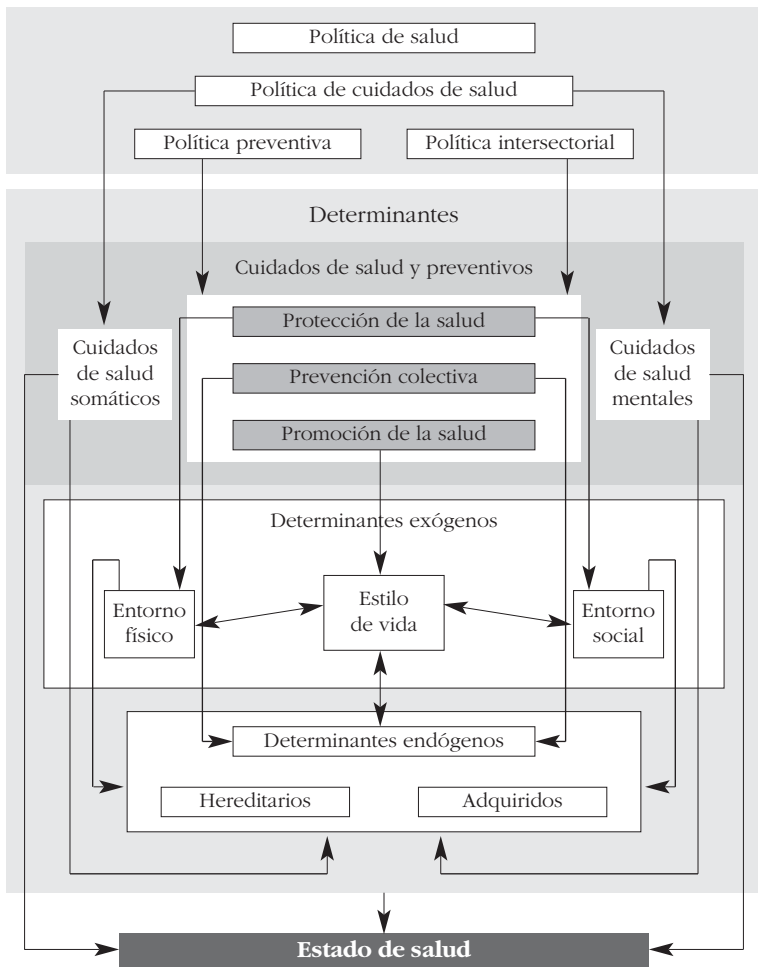
Sobre todo, se cuestiona el escaso valor dado en el mismo al sistema sanitario como determinante de la salud; porque se considera que, por medio de diferentes acciones curativas y preventivas, éste contribuye a disminuir la enfermedad y —como valor añadido a ello— las muertes prematuras, más de lo que estableció en su análisis el citado informe analizando sólo las consecuencias directas de la curación y la prevención. En la actualidad, se admite por

tanto que esa distribución no es totalmente correcta y que la asistencia sanitaria tiene más peso como determinante de la salud.

El Instituto Nacional de Salud Pública y Protección Medioambiental de Holanda, en un informe elaborado por D. Ruwaard y otros autores, que abarcaba el periodo 1950-2010, sobre el estado de la salud pública de ese país y sus perspectivas futuras, utilizó un modelo conceptual en el que se incluyen la política sanitaria y los determinantes. Éstos se definen como factores que tienen un efecto en el estado de salud y se subdividen en endógenos (heredados y adquiridos), exógenos (medio ambiente físico, estilos de vida y ambiente social) y los relacionados con los cuidados preventivos y de atención sanitaria. Como síntesis de lo expuesto, se puede aceptar que la salud es un concepto dinámico que hace referencia a los siguientes elementos:

- Es la adaptación óptima a unas circunstancias dadas o un “óptimo funcionamiento”.
- Existe como un equilibrio dinámico (interacción) entre factores endógenos y ambientales.
- Posee aspectos físicos, psicológicos y sociales.
- Tiene lugar a escala orgánica, funcional y social, como producto de la persona o del conjunto de ellas.
- Combina factores subjetivos y objetivos.

El modelo conceptual del Estado de Salud Pública; elaboración para determinantes y política de salud (Ruwaard *et alii*)



La existencia de unas políticas de salud dirigidas a lograr, en primer lugar, un equitativo acceso a la misma mediante unos servicios adecuadamente financiados y, además, la participación de todos los sectores afectados es el factor clave para que en una sociedad concreta se consiga no sólo la mejora y el fomento de la salud, sino también la satisfacción de los usuarios a quienes van dirigidos los servicios.

Finalmente, la misma OMS ha afirmado que, dado que la definición clásica de salud no permite su medición objetiva, se puede entender ésta, asimismo, como la «reducción de la mortalidad, morbilidad y discapacidad debidas a enfermedad o trastorno detectable, así como un aumento del nivel de salud percibido». Propone, pues, que, a fin de conocer ese nivel de salud, se elaboren estadísticas que utilicen los indicadores de mortalidad (muerte y sus causas), morbilidad (enfermedad y sus causas), discapacidades y valoración subjetiva de la propia salud.

Por todo ello, para aproximarse al conocimiento del estado de salud de una población determinada —en este caso, la aragonesa—, habrá que tener presentes los aspectos diversos que la condicionan, así como cuáles son su situación y su nivel, mediante el análisis de los indicadores correspondientes.

INDICADORES DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN ARAGONESA



DEMOGRAFÍA BÁSICA DE SALUD

En 1996, Aragón tenía 1.187.546 habitantes y se estima que para el año 2001 esta cifra se habrá reducido a 1.173.649, por la tendencia negativa que se observa en su crecimiento.

La Comunidad Autónoma, con una extensión de 47.720,3 km², ha sido desde siempre una región con baja densidad de población. A pesar de que ocupa aproximadamente el 10% del territorio nacional, su número de habitantes no llega en nuestros días al 3% del total del país. Su densidad, por tanto, es una de las más bajas: menos del 25 habitantes por km², frente a los algo más del 77 del conjunto de España.

Tabla 1: DENSIDAD DE POBLACIÓN EN ARAGÓN Y ESPAÑA EN 1996

	Proporción superficie	Porcentaje de población	Densidad de población
Huesca	3,1	0,5	13,2
Teruel	2,9	0,4	9,3
Zaragoza	3,4	2,2	48,8
Aragón	9,4	3,0	24,9
España	100,0	100,0	77,6

Por otro lado, existe una distribución muy desigual de esta población, dado que más de la mitad se asienta en la ciudad de Zaragoza, único municipio con más de 50.000 habitantes.

Tabla 2: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ARAGONESA EN 1996, SEGÚN EL TAMAÑO DE LOS MUNICIPIOS

Nº habitantes	Nº municipios	%	Habitantes	%
0-100	129	17,7	7.740	0,7
101-500	393	53,9	93.204	7,8
501-1.000	93	12,8	65.020	5,5
1.001-5.000	94	12,9	172.394	14,5
5.001-10.000	9	1,2	63.375	5,5
10.001-50.000	10	1,4	182.139	15,3
Más de 50.000	1	0,1	601.674	50,7
Total	729	100,0	1.187.546	100,0

Las tablas 3 y 4 muestran la evolución del crecimiento vegetativo y la distribución por edades de la población aragonesa y, como elemento de comparación, los mismos datos del total de la española.

Tabla 3: CRECIMIENTO VEGETATIVO POR 1.000 HABITANTES

	1980	1985	1990	1995
Total nacional	7,5	3,7	1,8	0,4
Aragón	3,9	0,2	-1,5	-2,6

Tabla 4:

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR EDAD EN EL AÑO
1981 Y SU ESTIMACIÓN PARA EL 2001

	Habitantes		% 0-19 años		% 65-84 años		% 85 y más	
	1981	2001	1981	2001	1981	2001	1981	2001
España	37.683.363	39.989.695	34,4	21,7	10,5	15,3	0,7	1,6
Aragón	1.196.964	1.173.649	29,4	18,9	13,3	19,4	1,5	2,2

Se puede observar que, mientras en España se produce un incremento de la población —aunque cada vez menor—, en Aragón, por el contrario, desde principios de los años ochenta se mantiene una tendencia regresiva en el crecimiento vegetativo y comienza ya a hacerse evidente un saldo poblacional negativo. Cada año disminuye el número de niños y jóvenes y aumenta el de los mayores que, en el caso de los de más edad —ochenta y cinco años o más—, duplica la media nacional.

En las dos últimas décadas, la Comunidad Aragonesa ha perdido más de 20.000 habitantes, lo que equivaldría a la población completa de una de las muchas comarcas de la región que no superan esta cifra. Aún más, la población de 0-25 años ha pasado de ser un 37% del total al 28%; en el conjunto comarcal, las únicas que incrementan su población son La Hoya de Huesca y Zaragoza (tabla 5).

Asimismo, se ha producido un gran incremento de los índices de envejecimiento —proporción de mayores de

sesenta y cuatro años— y de dependencia —menores de catorce y mayores de sesenta y cinco— en relación al grupo compuesto por quienes tienen una edad comprendida entre los quince y sesenta y cuatro años, por lo que la cantidad de pasivos, por así llamarlos, es cada vez más elevada respecto a la de activos.

Finalmente, hay que subrayar que del total de habitantes el 50,7% son mujeres, aunque se trata de un porcentaje que va variando conforme aumenta la edad, dado que la supervivencia femenina es superior a la masculina. Así, en el grupo de 65 a 84 años la proporción de mujeres alcanza el 55,4%, y en el de 85 o más se eleva hasta el 66,7%.

Estas peculiaridades demográficas condicionan la forma en que se deben organizar los servicios de salud y en que conviene distribuir sus presupuestos. Por un lado, es preciso pensar en el tipo de población necesitada de control médico, puesto que en muchos casos se requiere una asistencia integral dirigida a las personas mayores, que cubra tanto los cuidados de salud como los de carácter social. Por otro, la dispersión geográfica y el envejecimiento de la población determinan un encarecimiento del coste de la atención sanitaria, así como una mayor demanda y procesos más complejos y múltiples. Por todo ello es previsible que, en el futuro, en Aragón haya que incrementar las inversiones, si se quiere mantener el principio de equidad.

Tabla 5: COMARCAS Y SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN (1981-1996)

COMARCA	Nº munic.	km ²	Poblac. 1981	Poblac. 1996	Densid. 1996	1996/81 (%)	Envej. 1996*	Depend. 1996**
Cuencas Mineras	33	1.603	14.972	10.994	6,9	-26,6	23,6	62,3
Maestrazgo	12	862	3.340	2.540	2,9	-24,0	30,0	70,1
Calamocha	40	1.920	18.470	14.350	7,5	-22,3	31,4	71,9
Campo de Daroca	35	1.189	8.779	6.923	5,8	-21,1	32,5	70,3
Bajo Martín	9	795	9.665	7.892	9,9	-18,3	30,4	72,9
Campo de Belchite	15	1.114	6.982	5.812	5,2	-16,8	32,3	67,5
Albarracín	23	1.329	5.515	4.644	3,5	-15,8	33,0	77,2
Calatayud	67	2.518	47.355	40.250	16,0	-15,0	29,1	65,9
Monegros	27	2.189	22.406	19.161	8,8	-14,5	25,7	60,3
Gúdar-Javalambre	24	2.364	9.139	7.819	3,3	-14,4	30,7	74,8
Matarraña	14	722	8.108	7.024	9,7	-13,4	31,4	77,8
Campo de Cariñena	14	701	11.362	9.902	14,1	-12,8	26,2	60,5
Caspe	7	1.092	16.084	14.381	13,2	-10,6	26,4	62,5
Ribera Baja del Ebro	10	1.079	9.920	8.953	8,3	-9,7	23,3	57,0
Somontano del Moncayo	16	459	15.671	14.210	31,0	-9,3	25,1	60,9
La Litera	14	739	20.761	18.927	25,6	-8,8	25,1	58,2
Cinco Villas	28	2.901	34.591	31.695	10,9	-8,4	22,2	54,2
Campo de Borja	18	690	15.580	14.303	20,7	-8,2	25,8	62,5
Ribagorza	34	2.460	12.953	11.899	4,8	-8,1	29,3	67,7
Somontano de Barbastro	29	1.167	24.094	22.651	19,4	-6,0	24,0	61,1
Cinca Medio	9	577	22.947	21.839	37,8	-4,8	22,0	56,0
Jalón Medio	17	1.060	22.715	21.630	20,4	-4,8	24,1	58,4
Sobrarbe	19	2.202	7.091	6.806	3,1	-4,0	26,6	61,6
Andorra	6	480	11.565	11.160	23,3	-3,5	18,5	54,6
Aranda	13	561	8.438	8.149	14,5	-3,4	20,2	51,8
Bajo Cinca	11	1.420	22.978	22.383	15,8	-2,6	21,2	56,4
Alto Gállego	8	1.360	12.501	12.184	9,0	-2,5	19,6	49,0
Jacetania	20	1.779	16.948	16.583	9,3	-2,2	22,3	55,7
Teruel	48	2.877	42.923	42.315	14,7	-1,4	22,9	61,0
Bajo Aragón	27	1.858	29.760	29.473	15,9	-1,0	24,0	62,2
Ribera Alta del Ebro	17	416	21.728	21.672	52,1	-0,3	22,6	58,3
Hoya de Huesca	42	2.563	58.240	59.860	23,4	+2,8	21,0	53,2
Zaragoza	23	2.681	603.371	639.162	238,4	+5,9	16,3	43,6
ARAGÓN	729	47.724	1.196.952	1.187.546	24,9	-0,8	20,1	50,7
ESPAÑA	-	-	37.741.460	39.270.313	77,6	+4,1	15,6	46,6

*Grado de envejecimiento: Población de 65 y más años / Población total x 100

**Grado de dependencia: (Pob. <15 años + Pob. 65 y más) / Pob. 15-64 años

Como síntesis, puede decirse que existe, sin lugar a dudas, un problema evidente de envejecimiento en la población aragonesa. La Comunidad ostenta el grado de envejecimiento más alto de España y, según las tendencias actuales, éste se va a mantener a más de cuatro puntos porcentuales por encima del referido al conjunto de la población española, por lo que las actuaciones para paliar o invertir este fenómeno son fundamentales en este determinante de la salud.

SITUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

La ciencia que se encarga de estudiar el estado de la salud en una población determinada es la Epidemiología. Para ello recurre, entre otros, a indicadores referidos al análisis de la mortalidad, el número de muertes y sus causas, así como de la morbilidad, las enfermedades y su frecuencia y distribución. La información obtenida tiene no sólo la utilidad de dar a conocer una situación epidemiológica concreta en una comunidad y un periodo determinados, sino que además sirve para comparar unos lugares con otros y, mediante el establecimiento de las similitudes y las diferencias, trata de explicar cuáles son las causas de su existencia. También tiene aplicación para planificar acciones de salud, preventivas o curativas, en función de las necesidades de la población, de modo que los servicios programados se adapten a éstas.

Gracias a la epidemiología se sabe quiénes y cuántos enferman o están sanos en un tiempo y lugar concretos y el porqué de la salud y de las enfermedades en esa comunidad.

A continuación se detallarán algunos de los datos más relevantes acerca de estos indicadores referidos a Aragón, si bien hay que señalar, a priori, que no todos están completamente actualizados, pues su obtención y elaboración requiere un tiempo. Sin embargo, no por ello poseen menos valor, ya que los cambios en los patrones de salud y enfermedad no se producen, salvo circunstancias especiales, en plazos cortos de tiempo.

Esperanza de vida

El aumento de la esperanza de vida ha sido uno de los grandes éxitos del sistema sanitario, puesto que nunca hasta ahora había existido en el mundo tan elevado número de personas de edad. Sin embargo, esto origina, como ya se ha señalado, nuevos problemas para los que también hay que buscar soluciones.

Aragón tiene uno de los índices más altos de esperanza de vida, tanto para los hombres como para las mujeres, y no sólo en comparación con el resto de las regiones españolas, sino también a escala internacional. Existen muy pocas naciones cuya expectativa de vida sea superior a la aragonesa, si exceptuamos a Japón, con indicadores supe-

Gráfico 5:

ESPERANZA DE VIDA PARA HOMBRES
Y MUJERES (ESPAÑA, 1994)

Andalucía	73.29	80.49
Aragón	75.46	81.89
Asturias	73.14	81.3
Baleares	73.14	80.78
Canarias	73.56	81.12
Cantabria	74.16	82.03
Cast. La Mancha	75.64	81.28
Cast. León	75.94	82.76
Cataluña	75.49	81.81
Com. Valenciana	73.84	80.6
Extremadura	74.43	81.39
Galicia	73.86	81.6
Madrid	74.82	82.86
Murcia	74.17	80.74
Navarra	75.55	82.42
País Vasco	73.84	82.23
La Rioja	75.11	81.74

□ Hombres □ Mujeres

riores; los aragoneses se encuentran entre quienes más años de vida tienen por delante en el mundo, en especial la población femenina, que ofrece una expectativa superior a la media de las demás mujeres de la Unión Europea (países del entorno cuya comparación es más valorable).

Esta elevada esperanza de vida va, además, en aumento. En 1995 era prácticamente de setenta y nueve años para el conjunto de la población aragonesa, cuatro años y medio más que dos décadas antes.

De todas formas, hay que pensar que no sólo es necesario dar años a la vida, sino

también vida a los años. Por lo tanto, es muy importante calibrar la esperanza de vida en buena salud para establecer las necesidades de servicios sanitarios y sociales. En los siguientes gráficos se compara la esperanza de vida en

años y la esperanza de buena salud en las diferentes Comunidades Autónomas españolas y entre Aragón y el conjunto de España.

Por una parte, se advierte que Aragón tiene una esperanza de años de vida en buena salud que está entre las más elevadas de España. Pero la diferencia de ese índice con respecto al de la esperanza de vida, en total, es de más de veinte años: por lo tanto, se hace preciso mejorar la calidad de vida de los más mayores, dado que se trata no sólo de vivir más, sino también de vivir mejor. Existen ya diversas actuaciones preventivas que permiten ir avanzando en ese

objetivo, conforme se va avanzando en edad. Muchas de ellas están asociadas al estilo de vida, como son procurar mantener la actividad física y mental o tratar de desarrollar hábitos saludables, evitando el sedentarismo, el

Gráfico 6:

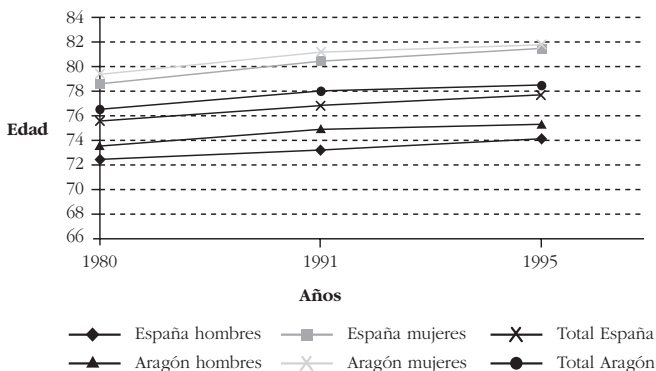
EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA EN AÑOS Y EN AÑOS CON BUENA SALUD

Andalucía	76	50.4
Aragón	78.1	55.7
Asturias	76.3	51.7
Baleares	75.7	53.9
Canarias	76	49
Cantabria	77.6	57.3
Cast. La Mancha	77.8	56.1
Cast. León	78.6	54.7
Cataluña	77.3	57.9
Com. Valenciana	76.3	54.6
Extremadura	76.7	52.1
Galicia	76.6	50.6
Madrid	77.5	53.5
Murcia	76.2	54.2
Navarra	78.1	60.2
País Vasco	77.2	55.6
La Rioja	77.9	56.9

E.V. E.V.B.S.

tabaquismo o una alimentación inadecuada. Pero también ha de prestarse atención a la prevención de las enfermedades degenerativas, cuya incidencia es mayor cuantos más años se alcanzan.

Gráfico 7:
EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA EN ARAGÓN
Y TOTAL DE ESPAÑA



Mortalidad

En 1997 se produjeron en Aragón 12.711 defunciones, de las cuales 2.394 tuvieron lugar en la provincia de Huesca, 1.827 en la de Teruel y 8.490 en la de Zaragoza. Esa cifra equivale a una tasa bruta de mortalidad por cada

mil habitantes del 10,7. En el año anterior, habían fallecido 12.485 residentes en Aragón, lo que supone una tasa bruta del 10,5‰ (un 11,3 en hombres y un 9,7 en mujeres).

En 1995 esa tasa fue, por su parte, del 10,4‰ (un 11,4 entre los hombres y un 9,5 entre las mujeres). El ligero incremento anual, poco significativo, puede explicarse por el mayor peso que cada vez tienen en la población aragonesa las personas de edad. Es manifiesto el mayor índice de mortalidad entre los hombres a partir de 5-14 años, en particular en el grupo de 15-24 años, en el que se alcanza una proporción entre hombres y mujeres de 4 a 1.

La tasa de mortalidad bruta en España, para el mismo momento, fue algo inferior al 8,64‰. La diferencia se explica por el ya comentado alto grado de envejecimiento de la Comunidad aragonesa, muy superior al del conjunto de España. En ninguna de las comarcas de Aragón la edad media de los fallecidos es inferior a 75 años, y en muchas de ellas se llega a los 79. Las tasas de mortalidad de Aragón corresponden a las de una sociedad desarrollada con una población envejecida, y no ponen de manifiesto que existan graves problemas en el conjunto de factores que determinan el impacto mortal. Dado que, salvo en el caso de Zaragoza capital, hay muy pocos habitantes por comarca, las diferencias en el número de muertes, que pueden ser normales de un año a otro, determinan a veces notables variaciones en las tasas, sin que se hayan producido hechos importantes que las condicionen.

Tabla 6:

CAUSAS MÁS FRECUENTES DE DEFUNCIÓN EN ARAGÓN, SEGÚN LA EDAD (1992-1995)

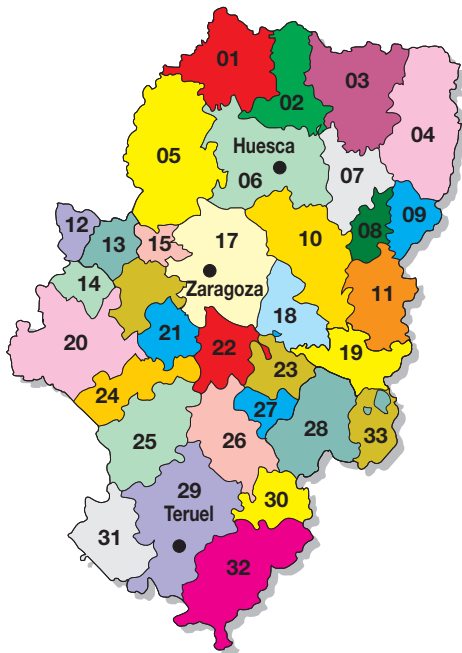
Grupo edad	Hombres	%	Mujeres	%
1-4 años	Anomalías congénitas	16	Anomalías congénitas	32
5-14 años	Accidentes de tráfico	28	Accidentes de tráfico	23
15-24 años	Accidentes de tráfico Suicidios SIDA	44 6 4	Accidentes de tráfico Suicidios Leucemia	38 10 9
25-34 años	SIDA Accidentes de tráfico Sobredosis Suicidios	24 21 9 7	SIDA Accidentes de tráfico Suicidios Enf. cerebrovascular	27 12 5 4
35-44 años	SIDA Accidentes tráfico Cáncer de pulmón Infarto de miocardio	11 10 8 6	Cáncer de mama Cáncer de estómago SIDA Accidentes de tráfico	15 6 6 5
45-54 años	Cáncer de pulmón Infarto de miocardio Cirrosis Enf. cerebrovascular Accidentes de tráfico	12 9 8 6 6	Cáncer de mama Enf. cerebrovascular Cáncer de colon Cáncer de ovario	18 6 5 4
55-64 años	Cáncer de pulmón Infarto de miocardio Cirrosis	13 12 5	Cáncer de mama Infarto de miocardio Enf. cerebrovascular	13 7 5
65-74 años	Cáncer de pulmón Infarto de miocardio Enf. cerebrovascular	11 10 8	Enf. cerebrovascular Infarto de miocardio Cáncer de mama	9 8 6
75-84 años	Enf. cerebrovascular Infarto de miocardio	12 9	Enf. cerebrovascular Insuficiencia cardíaca	16 8
85 años y más	Enf. cerebrovascular Insuficiencia cardíaca	14 10	Enf. cerebrovascular Insuficiencia cardíaca	16 13

Las enfermedades del aparato circulatorio y los tumores son responsables de más de la mitad de las muertes, si bien su proporción es muy distinta en función del sexo. Entre las causas externas, los traumatismos y envenenamientos también presentan grandes diferencias según el sexo: son el cuarto motivo de muerte entre los hombres y el noveno entre las mujeres, debido a que los primeros tienen mayor riesgo de siniestralidad (traumatismos), provocado por los diferentes estilos de vida.

Si se analiza la mortalidad por edades, se comprueba que las causas son similares a las del resto de los países occidentales desarrollados, aunque destacan dos aspectos: la importancia de los accidentes de tráfico como causa de muerte entre los jóvenes y la incidencia del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), causa principal de defunción en el grupo de edad de 25 a 34 años, al igual que ocurre en otras Comunidades españolas. Respecto de esta última enfermedad, el hecho de que se desarrolle tanto en hombres como en mujeres, unido a la existencia de una notable tasa de muertes por sobredosis en los varones, señalan la presencia de un elevado índice de usuarios de drogas por vía parenteral entre las personas afectadas.

En los menores de un año, las enfermedades contraídas en el periodo perinatal y las anomalías congénitas originan más del 80% de las muertes, y en el grupo de 1 a 4 años estas últimas son la principal causa de fallecimiento. En

ARAGÓN 1997:
TASA DE MORTALIDAD
COMARCAL POR 1.000
Y EDAD MEDIA
DE DEFUNCIONES



	TASA MORT*	EDAD MEDIA**		TASA MORT*	EDAD MEDIA**
01 JACETANIA	11,58	75	19 CASPE	14,02	79
02 ALTO GÁLLEGO	6,81	76	20 CALATAYUD	13,53	78
03 SOBRARBE	9,84	78	21 CAMPO DE CARIÑENA	12,52	77
04 RIBAGORZA	12,53	78	22 CAMPO DE BELCHITE	12,73	79
05 CINCO VILLAS	11,20	77	23 BAJO MARTÍN	15,71	78
06 HOYA DE HUESCA	11,78	78	24 CAMPO DE DAROCA	11,71	77
07 SOMONTANO DE BARBASTRO	13,54	79	25 CALAMOCHA	15,33	77
08 CINCA MEDIO	11,31	76	26 CUENCAS MINERAS	11,10	77
09 LA LITERA	13,10	78	27 ANDORRA	8,33	77
10 MONEGROS	11,48	77	28 BAJO ARAGÓN	13,20	79
11 BAJO CINCA	10,63	77	29 TERUEL	12,41	78
12 SOMONTANO DE MONCAYO	11,40	78	30 MAESTRAZGO	12,60	77
13 CAMPO DE BORJA	14,05	78	31 ALBARRACÍN	13,79	79
14 ARANDA	8,96	77	32 GÚDAR-JAVALAMBRE	16,25	79
15 RIBERA ALTA DEL EBRO	12,74	79	33 MATARRAÑA	18,51	79
16 JALÓN MEDIO	12,16	79			
17 ZARAGOZA	9,31	75			
18 RIBERA BAJA DEL EBRO	13,07	76			

*Tasa de mortalidad por 1.000 habitantes

** Edad media de los fallecidos en la comarca

los niños de entre 5 y 14 años, en los que se da la menor tasa de mortalidad, los traumatismos (en su mayoría, accidentes de tráfico) y envenenamientos, junto con los tumores, son los procesos más frecuentes.

Las causas externas (accidentes de tráfico y tren, envenenamientos y caídas accidentales, además de otros accidentes no intencionales, y también los accidentes intencionales: homicidios, suicidios, etc.) suponen más del 50% de todas las muertes en el grupo de 15-24 años, y de los 25 a los 34 concentran prácticamente el 35% de las defunciones. Pero si se desciende a las causas específicas, no a los grupos de causas, el SIDA es, indiscutiblemente, la primera razón de muerte en este último tramo de edad.

En las personas entre los 35 y los 74 años de edad, los tumores ocupan el primer lugar. Por su parte, las dolencias del aparato circulatorio, en particular las cerebrovasculares y el infarto agudo de miocardio, son las causas más frecuentes de fallecimiento en los mayores de 74 años. Las disfunciones del aparato respiratorio aumentan su importancia relativa en estas edades, en las que tienen una especial repercusión patologías como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y las neumonías.

El cáncer de pulmón puede ser considerado como una plaga entre los hombres aragoneses. Esta enfermedad guarda mucha relación con un hábito tan nocivo para la salud como es el tabaquismo. El cáncer de mama es un

problema importante entre las mujeres, lo que pone en evidencia la necesidad de intensificar las actuales campañas preventivas relacionadas con esta patología. En diversos países se ha puesto de manifiesto que los estilos de vida saludables, con una dieta de tipo mediterráneo, la práctica de ejercicio físico moderado, la ausencia del consumo de tabaco y el control del sobrepeso y de la tensión arterial han logrado disminuir la frecuencia de estos procesos. Es necesario, por lo tanto, incrementar las actividades de promoción de la salud entre las poblaciones de adultos para establecer conductas saludables y evitar aquellas más perjudiciales.

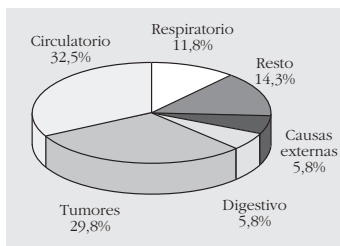
Las causas de mortalidad en Aragón son similares a las del resto del país. En 1994 se produjeron en España 338.242 fallecimientos; de ellos, el 23,3% se debió a enfermedades del corazón y el 12,2% a anomalías cerebrovasculares. El conjunto de las dolencias cardiovasculares es, por consiguiente, la principal causa de muerte, lo mismo que sucede en Aragón, seguida de los cánceres, con un 25,2%, que también son la segunda causa de muerte en la Comunidad. Sin embargo, las enfermedades del corazón, por sí solas, tienen menos peso a este respecto que los tumores, al contrario de lo que ocurre en otros países desarrollados del Norte y centro de Europa, los Estados Unidos de América o Canadá.

Finalmente, destaca la importancia en España de los accidentes no intencionales (3,7%), del SIDA (1,5%) y del

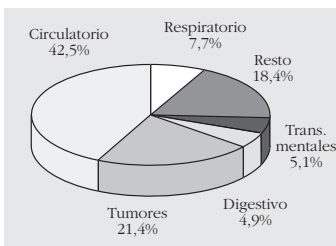
suicidio (0,9%), que también afectan de un modo significativo a Aragón. Por el contrario, las enfermedades infecto-contagiosas, a excepción del SIDA, ya no se encuentran entre las principales causas de muerte. El siguiente gráfico resume las causas de mortalidad, agrupadas por aparatos, salvo los tumores, en hombres y mujeres, tanto en Aragón como en España; como puede apreciarse, son prácticamente las mismas en los dos ámbitos.

Gráfico 8:

ARAGÓN, 1992-1995: MORTALIDAD PROPORCIONAL POR CAUSAS, SEGÚN SEXOS

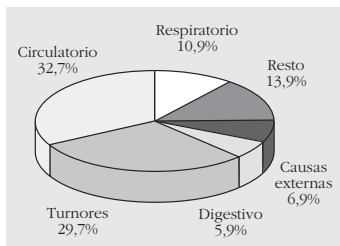


HOMBRES

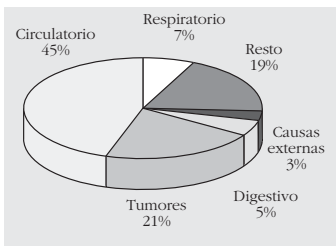


MUJERES

ESPAÑA, 1994: MORTALIDAD PROPORCIONAL POR CAUSAS, SEGÚN SEXOS



HOMBRES



MUJERES

Una vez vistas las causas de muerte y su importancia relativa, a continuación se va a intentar valorar qué dolencias producen más pérdidas de años de vida, puesto que este dato tiene una gran relevancia a la hora de diseñar actuaciones sanitarias que repercutan sobre toda la población.

Años potenciales de vida perdidos

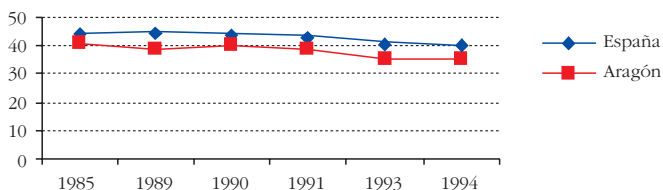
Los años potenciales de vida perdidos (APVP), miden la mortalidad prematura de una población. Si consideramos que en nuestro medio la probabilidad de vivir hasta los 70 años es muy elevada, cualquier persona que muera antes habrá dejado de vivir potencialmente los años que van entre su fallecimiento y los 70; como en los certificados de defunción se indica la edad del fallecido y la causa de su muerte, podremos calcular, para cada grupo de fallecimientos por edad, cuál es la media teórica de años que han dejado de vivir esas personas y qué causas son las que producen mayor número de años potenciales de vida perdidos.

A lo largo del último decenio se ha ido produciendo un descenso cada vez mayor de los años de vida potenciales perdidos en España y Aragón, aunque en esta región ha sido incluso superior al del conjunto del país. Esto demuestra, junto con las más amplias expectativas de años de vida y de años de vida en buena salud, que los aragoneses disfrutaban de una salud algo mejor que la media

nacional, si bien, en realidad, no se puede decir que las disparidades sean significativas y es muy difícil atribuir causas concretas a estas diferencias.

Gráfico 9:

APVP ESPAÑA Y ARAGÓN, TASA AJUSTADA POR 1.000 HABITANTES

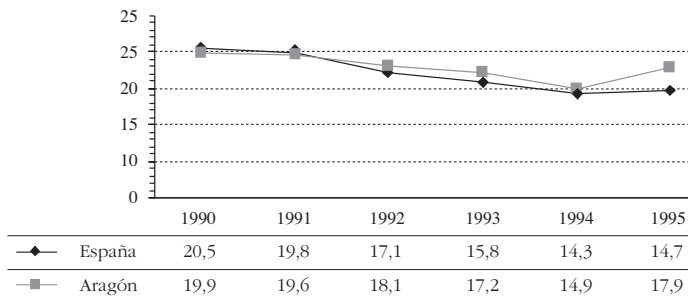


En realidad, tal descenso no es muy acusado, puesto que cada vez es más complicado luchar contra las enfermedades que tienen un impacto mortal y, por tanto, conseguir mejoras de vida espectaculares. Por ejemplo, si se lograra evitar todos los cánceres no aumentaría en mucho más de tres años la media de vida para el conjunto de la población, ni tampoco el incremento concreto de alguna de las principales causas que los producen puede originar fluctuaciones relativas importantes.

Los accidentes de tráfico son uno de los factores que determinan un mayor número de años de vida potenciales perdidos; en Aragón, la proporción de muertes por esta causa es aún más elevada que en el resto de España. De ahí que para modificar positivamente este dato, de tanta

importancia para la salud, serán más efectivas, en muchos casos, las actuaciones dirigidas a cambiar estilos o hábitos de conducción de riesgo, o a extender la educación vial también entre los peatones, así como otras de mejora de la red y modernización de las carreteras, que las tendentes a reformar el sistema sanitario para atender mejor a los accidentados.

Gráfico 10: ACCIDENTES DE TRÁFICO DE VEHÍCULO A MOTOR.
TASA DE MORTALIDAD POR CIENTO MIL HABITANTES



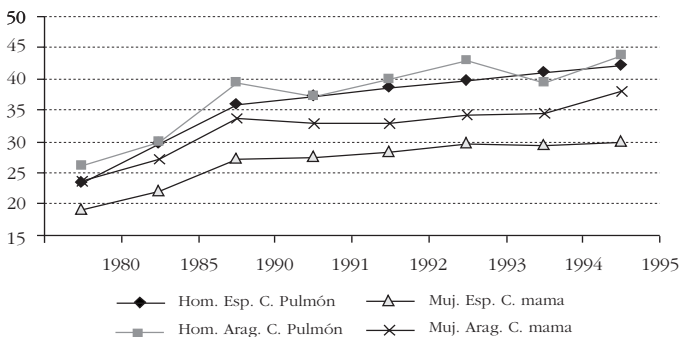
Entre las enfermedades con tendencia creciente pero con posibilidades de prevención, las más importantes respecto del aumento del índice de APVP son el cáncer de mama, en la mujer, y el de pulmón, en el hombre. Ello acrecienta la necesidad de las actuaciones de promoción de la salud, de forma que no sólo se implanten o mejoren actividades preventivas, como el diagnóstico precoz de

cáncer de mama o las campañas contra el tabaquismo, sino también los programas de educación para la salud, encaminados a que la población haga uso de ellos y sea consciente de que cuidar la salud es una responsabilidad de todos y no únicamente del sector sanitario.

Si, además, se tiene en cuenta la trascendencia en Aragón de las enfermedades cardiovasculares y del SIDA como causas de APVP —se hallan entre las primeras causas en el caso de los hombres—, que son asimismo dolencias evitables mediante el cambio de conductas, se reforzará la idea de que tener un estilo de vida saludable es la forma ideal, hoy en día, y junto con la mejora del medio ambiente, de dar años a la vida y, también, vida a los años.

Gráfico 11:

TASA DE MORTALIDAD POR 100.000 HABITANTES EN ESPAÑA Y ARAGÓN:
CÁNCER DE PULMÓN EN EL HOMBRE Y CÁNCER DE MAMA EN LA MUJER



En el año 1996 hubo 3.012 defunciones de residentes en Aragón en el intervalo de edad de 1 a 69 años (24% del total de muertes), lo que supone 40.657 años potenciales de vida perdidos. Las causas que acumularon el mayor número de pérdidas fueron los tumores (33%), los traumatismos y envenenamientos (22%) y las enfermedades del aparato circulatorio (16%). En las mujeres es significativo el alto porcentaje sobre el total que suponen los tumores (40%), dado que los accidentes provocan muchas menos muertes en la población femenina que entre los varones.

Mortalidad infantil

La mortalidad en menores de un año se ha considerado siempre un importante indicador del nivel de salud de una comunidad; por eso, en este epígrafe se hará un breve análisis de la misma. Cuando en 1984 la Región Europea de la OMS se propuso, entre los objetivos de salud para el año 2000, alcanzar una tasa de mortalidad infantil inferior al 20‰, España, y Aragón en particular, ya se hallaban por debajo de esa cifra.

En 1996 fallecieron en la Comunidad Autónoma 51 niños menores de un año, lo que supone un 5,5‰ de los nacidos vivos. Con este índice, Aragón está por debajo de la media nacional y al nivel de los países europeos más avanzados. En los últimos veinticinco años, la tasa se ha reducido a menos de la mitad (40%).

El cuidado de las embarazadas y de los recién nacidos es, en general, un aspecto en el que la población y el sector sanitario han coincidido en sus preocupaciones. De ahí la importancia del éxito obtenido, aunque hay que seguir mejorando en lo posible las medidas de atención a estas poblaciones, puesto que aún se puede reducir algo la mortalidad infantil.

La distribución de esa tasa es la siguiente: la perinatal presenta un total del 5,3‰ y es más elevada en los niños (5,6) que en las niñas (4,9). Este fenómeno se produce igualmente en el resto del periodo que va desde el momento del nacimiento al año de vida. Así, la neonatal es del 4,5‰ en los niños y del 3‰ en las niñas, y la postneonatal, el 2,2 y el 1,5‰, respectivamente. El resultado final es que la mortalidad infantil masculina es del 6,5‰, frente al 4,5‰ de la femenina.

Esta variación se produce de forma natural. El mayor impacto mortal en los hombres que en las mujeres lleva a que desde el primer año de vida exista una mayor proporción de población de sexo femenino respecto del masculino, aunque nazcan más niños que niñas.

Mortalidad evitable

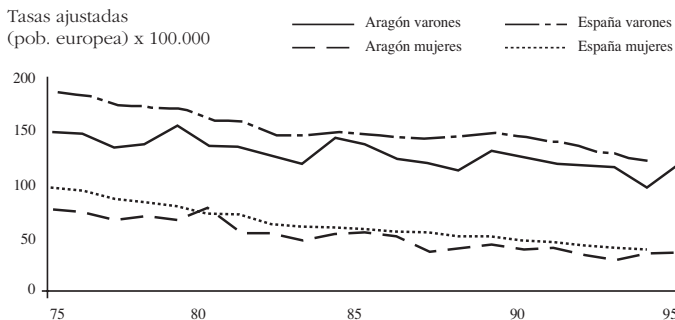
La idea de estudiar la mortalidad evitable (aquella que puede evitarse aplicando medidas sanitarias oportunas)

mente) parte, en el año 1976, de un grupo de trabajo que analizaba el número de enfermedades e incapacidades que se podían prevenir, junto con las correspondientes muertes prematuras, con el objeto de comprobar la calidad de la atención sanitaria.

El Plan de Salud de Aragón, publicado en 1999, señalaba que se había producido una disminución continuada de la mortalidad evitable durante los últimos veinte años, con un descenso de todas las causas, salvo la marcada excepción de los tumores malignos del aparato respiratorio en los hombres, tema ya comentado anteriormente.

Gráfico 12:

MORTALIDAD INNECESARIAMENTE PREMATURA Y SANITARIAMENTE EVITABLE.
ARAGÓN Y ESPAÑA, 1975-1995



Aunque no se haya analizado con profundidad el mencionado descenso, se debe lógicamente, en gran parte, a las mejoras producidas en el sistema de atención de salud, prevención y curación. Por otro lado, las variaciones temporales de las enfermedades en un momento dado pueden hacer que sea difícil establecer una relación directa causa-efecto para una medida de salud determinada, hasta que no se controla el efecto de dichas variaciones en la aparición del proceso que se trate y sus consecuencias.

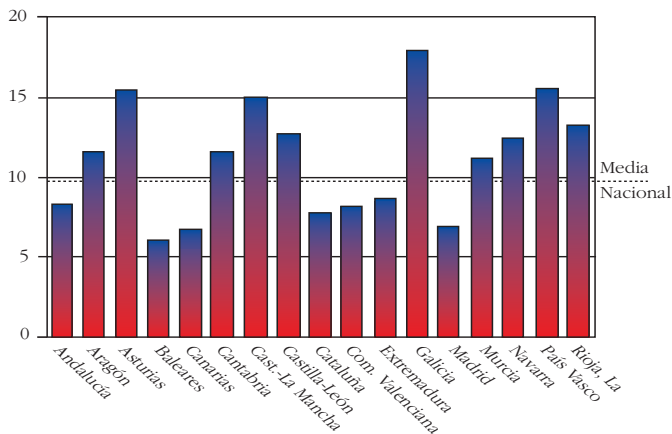
A escala nacional, está contrastado que se han incrementado los efectos nocivos de los medicamentos como causa de APVP. En Aragón existe un centro de fármaco-vigilancia que en el año 1997 registró 383 notificaciones, realizadas por médicos o farmacéuticos, de efectos adversos de los medicamentos, originados por su consumo. De ellas, el 95% tuvo unas consecuencias leves y sólo un caso (0,2%) tuvo un resultado de muerte. En 1998, el número de declaraciones fue de 303 y, en 1999, de 290; en ambos años las reacciones graves no exceden el 4% y el porcentaje de fallecimientos es inferior al 1%.

Dado que el centro de fármaco-vigilancia de Aragón es uno de los que obtienen mejores tasas de notificación dentro del sistema español, podemos decir que estos datos son relevantes y señalan que el consumo de medicamentos debe hacerse siempre bajo prescripción facultativa y de una forma controlada.

1998, un 3,9% más que en el año anterior, representan una cifra muy elevada, una realidad preocupante.

Pero el índice de mortalidad por accidente de trabajo se calcula en relación con el número de trabajadores (la población en riesgo) y no con el total de habitantes; con esas cifras, Aragón, con una tasa de 11,2 accidentes mortales por cada cien mil trabajadores, estaba en el año 1998 por encima del 9,8 que arrojaba la media nacional, por lo que los trabajadores de la Comunidad Autónoma tienen una mayor siniestralidad laboral con consecuencias graves que el conjunto de los del Estado.

Gráfico 13: ÍNDICE DE ACCIDENTES MORTALES
POR CIENTO MIL TRABAJADORES, POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS



Los accidentes de trabajo, por lo tanto, no deben escapar a su consideración como grave problema de salud y, menos, cuando su frecuencia es ascendente en la Comunidad Autónoma desde 1993. Muchos de ellos, además, son evitables mediante la aplicación de normas y técnicas de seguridad en el trabajo, que deben ser respetadas y seguidas por todos los implicados en la prevención de la siniestralidad, en cualquier nivel del sector de producción.

Morbilidad hospitalaria y enfermedades de declaración obligatoria

Para conocer las causas de enfermedad hay que recurrir a diversas fuentes de información porque, salvo para determinados casos, como son las enfermedades infecciosas de declaración obligatoria (EDO) o el cáncer, no existen en Aragón registros específicos sobre este tema.

Sí hay datos acerca de los procesos que causan ingresos en los hospitales referidos al ámbito español, desglosados por provincias. De un lado, el Instituto Nacional de Estadística (INE) edita la “Encuesta de Morbilidad Hospitalaria” —la última es de 1996— y, de otro, el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) hace público el “Conjunto Mínimo Básico de Datos” de todos los pacientes dados de alta hospitalaria (aquellos que han ingresado en el centro y, mediante informe médico explicativo de la causa, finalizan su estancia en el hospital), en el que se ofrecen

estadísticas de las causas que motivan ingresos en los centros del propio INSALUD. Se presentarán, pues, datos de la primera de estas fuentes, pues su detalle por provincias permite conocer en qué nivel se sitúa la morbilidad hospitalaria entre los residentes en Aragón.

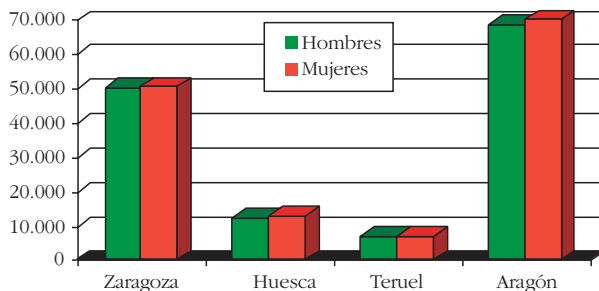
En el año 1996 se produjeron 4.405.719 altas de pacientes en España, lo que supone una tasa por habitante del 110,55‰. De esas altas, 138.485 eran de residentes en Aragón; la tasa por habitante alcanzó, por tanto, el 116,61‰.

Esta mayor frecuentación hospitalaria puede ser debida a dos factores, que suelen determinar una multiplicación de los ingresos: uno, el mayor envejecimiento de la población, y otro, su mayor dispersión geográfica. Indudablemente, podrían pesar otros condicionantes, como la complejidad del conjunto de patologías atendidas, pero, según los datos de que se dispone, no parece que haya grandes diferencias en ese sentido entre los hospitales de Aragón y los del resto de España.

El Gráfico 14 ilustra cómo se distribuyen los ingresos en hospitales por provincias y por sexos. Las diferencias entre hombres y mujeres no se deben a que estas últimas sean hospitalizadas en más ocasiones, sino a que la población femenina es más numerosa, sobre todo según se avanza en edad. Se analizan, a continuación, las causas que provocan los ingresos, agrupadas de forma parecida a la que se ha presentado para el caso de la mortalidad. La

Gráfico 14:

PACIENTES DADOS DE ALTA POR SEXO Y PROVINCIA DE RESIDENCIA

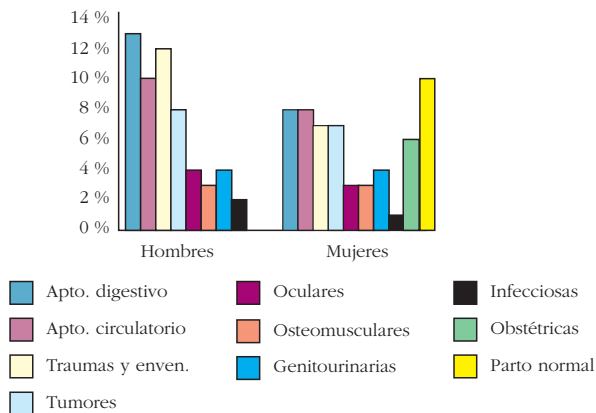


morbilidad hospitalaria es exponente de las enfermedades que necesitan una atención más compleja y, por lo tanto, también de las más graves, en general; a este respecto, hay que exceptuar los partos, que en España se atienden casi exclusivamente en los hospitales, a diferencia de otros países de la UE, como Holanda, donde la mayoría de las mujeres da a luz en el propio domicilio.

Excluido este último caso, el motivo más habitual de alta hospitalaria para ambos sexos es el de las enfermedades relacionadas con el aparato digestivo, que incluyen causas diversas (infecciosas, tumorales y otras varias). La distribución de causas guarda relación con las diferencias de género para los problemas de salud, no sólo por las patologías condicionadas por él, sino también por la distinta expo-

Gráfico 15:

ARAGÓN, 1996. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE HOSPITALIZACIÓN



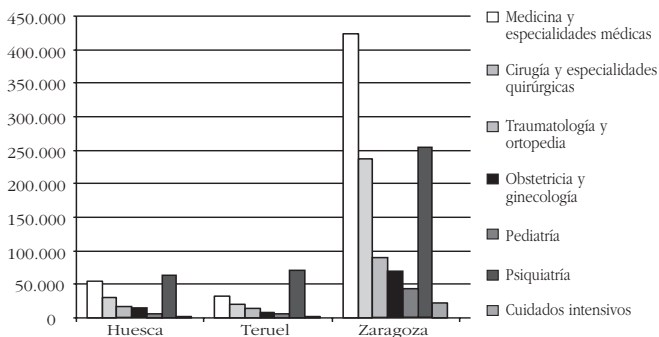
sición a determinados riesgos y sus consecuencias. Así, por ejemplo, los traumatismos son más abundantes en los hombres que en las mujeres, ya que los varones, en todas las edades, sufren más accidentes. Hay etapas, como la infancia o la adolescencia, en que las diferencias son realmente notorias y otras en que éstas aumentan como resultado del desigual riesgo laboral.

Es importante reseñar que entre las causas de alta de ingreso hospitalario más comunes no aparecen las enfermedades mentales. Su importancia sólo se aprecia cuando, en lugar de utilizar como indicador las características del

alta, empleamos las de la permanencia del paciente en el centro, analizando, por tanto, las estancias por servicio asistencial en que se ha permanecido ingresado.

Si se valora este último índice, puede apreciarse que el número de estancias en unidades de psiquiatría ocupa el primer lugar. Sin embargo, como en su mayoría (56.315, esto es, el 90%) se originan en unidades de larga estancia, sólo constan como motivo de alta o ingreso en el año en que se producen, característica muy propia de las enfermedades mentales, que se identifican por su cronicidad. Las altas correspondientes al tipo unidad de agudos (pacientes mentales que requieren tratamiento por corto periodo de

Gráfico 16:
ARAGÓN. NÚMERO DE ESTANCIAS POR SERVICIO ASISTENCIAL Y PROVINCIA



tiempo) fueron 6.357, lo que supone el 10% de los casos; son, pues, algo inferiores a las que se producen en las unidades pediátricas, por lo que es evidente que no se encuentran entre las que mayor número de ingresos motivan en la región, pero sí entre las que mayor atención continuada van a necesitar.

El Gobierno de Aragón publica todos los años un informe sobre la situación de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO; BOA nº 2, de 8 de enero de 1997). En el último análisis, correspondiente a 1998, se presentan como más relevantes los siguientes aspectos: las cinco EDO más declaradas, o de mayor incidencia, fueron las causadas por gripe, procesos diarreicos, varicela, toxoinfecciones alimentarias y tuberculosis respiratoria, seguidas, con muchos menos casos, por la brucelosis, la hepatitis A, la rubeola, la parotiditis (paperas) y otras hepatitis.

Un importante hito sanitario es el hecho de que la poliomielitis (parálisis infantil) pueda considerarse prácticamente erradicada en Aragón, al igual que ocurre en el resto de España.

Otros procesos susceptibles de control mediante vacunas se encuentran también en franco retroceso. Sólo es destacable que en ese año, en la provincia de Huesca, se declarasen 21 casos de sarampión y 70 de rubeola, mientras que en el conjunto de la Comunidad los totales fueron 24 y 83, respectivamente. La parotiditis, por su

parte, con 79 casos (6,6 por cada 100.000 habitantes), presentaba un descenso del 76,2% respecto del año anterior.

La incidencia de la meningitis también fue menor: se conocieron 36 casos, 15 menos que en 1997. Hay que tener en cuenta que existen diversos tipos de enfermedades meningocócicas y para una de ellas, la denominada tipo B, corriente en Aragón, no hay vacuna, por lo que siempre es de esperar que alguien la pueda padecer.

La frecuencia de enfermedades de tipo diarreico es todavía relativamente alta, sobre todo las que provoca el consumo de alimentos en mal estado. La población debe, por lo tanto, mentalizarse acerca de la importancia que, en este sentido, tienen las buenas prácticas de higiene en la preparación y conservación de los alimentos. La varicela es una enfermedad para la que todavía no se vacuna y en el caso de la gripe, la vacuna no se recomienda más que para determinados grupos de riesgo. Ambas, por consiguiente, afectan a un considerable número de personas, sobre todo por su alta contagiosidad, en especial la gripe.

Un comentario aparte merece la tuberculosis. En primer lugar, porque sigue siendo un problema de salud en España, con unas tasas elevadas con respecto a otros países de su entorno. Aragón, con 17,6 casos cada cien mil habitantes, se sitúa por debajo de la media nacional, que alcanza los 22,6. Aun así, hay que considerar alta la repercusión de esta enfermedad en la Comunidad, puesto que, además,

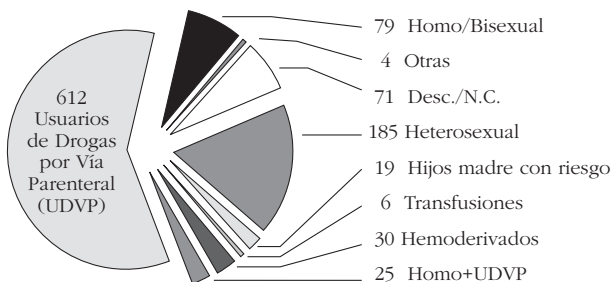
se sabe que existe una infradeclaración en la tuberculosis respiratoria, esto es, casos que no se declaran, bien porque los pacientes no acuden oportunamente a recibir tratamiento, bien porque, pese a hacerlo, el médico que los atiende no declara el proceso, aunque lo trate. Un estudio realizado por el Departamento de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Zaragoza refleja que entre los años 1992 y 1995 hubo una tasa media de 48 casos por cada cien mil habitantes, frente a la de 30 oficialmente consignada. Es importante que se intensifiquen los esfuerzos para que aumenten las notificaciones, por la importancia que tiene este hecho para el control de la enfermedad.

Respecto al SIDA, el panorama, en cambio, es más halagüeño, ya que desde 1995, tanto en Aragón como en el resto de España se ha producido un descenso del número de casos. Ello se debe, en buena medida, a la mejora en el tratamiento de la enfermedad, por lo que es necesario mantener todas las actuaciones relacionadas con la prevención, pues la posibilidad de transmisión sigue existiendo. Se estima que la prevalencia (número de casos nuevos y antiguos en el momento actual) del VIH, el virus causante del SIDA, en la población aragonesa es del 0,3%. Hay que insistir, por tanto, en la difusión de todas las normas que se conocen para evitar su propagación.

Según un informe recientemente elaborado por el Servicio Aragonés de Salud, la segunda vía de transmisión del

Gráfico 17:

ARAGÓN: CASOS DE SIDA POR CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN A 31-12-99



SIDA es la de las relaciones entre heterosexuales. Por esa razón, conviene redoblar los esfuerzos para que los jóvenes mantengan conductas sexuales saludables y conozcan cómo se utilizan los preservativos.

Las zoonosis (enfermedades de los animales que se transmiten al hombre) merecen una consideración especial, puesto que Aragón ha sido tradicionalmente zona endémica de alguna de ellas. Aunque la brucelosis (fiebres de Malta) está mucho menos extendida que hace unos años, la tasa declarada en 1998, 9,2 casos por cada 100.000 habitantes, se encuentra entre las más altas de España —el año anterior había sido la más elevada—. Gracias a los esfuerzos realizados para tratar de controlar esta enfermedad en el ganado, se está observando la disminución de su incidencia en las personas, en las tres provincias aragonesas.

Muchos de los casos que se conocen, no obstante, tienen un origen laboral y, por lo tanto, son considerados como enfermedad profesional, esto es, la originada como consecuencia de un determinado trabajo.

En el año 1998 hubo un brote de triquinosis, con 52 afectados, por consumo de carne de jabalí. La costumbre, aún vigente, de ingerir este tipo de caza sin la correspondiente inspección veterinaria indica que la población todavía no es consciente, en muchas ocasiones, de la importancia de los controles sanitarios de los alimentos para garantizar su salud; sólo hay que atender, para comprobarlo, a la relativa frecuencia con que se producen las toxoinfecciones alimentarias de origen doméstico.

La hidatidosis (enfermedad producida por la larva de una tenia intestinal del perro) continúa presente en Aragón, aunque cada vez con menor incidencia. Se sigue detectando que hay propietarios de perros que no realizan la correspondiente desparasitación de estos animales y que se mantiene el hábito de alimentarlos con despojos de ganado. Si se quiere erradicar el quiste hidatídico, la población, en general, deberá cooperar más con la Administración.

Discapacidades e incapacidad temporal

Como ya se ha señalado, la población aragonesa se caracteriza por su elevado grado de envejecimiento. Es

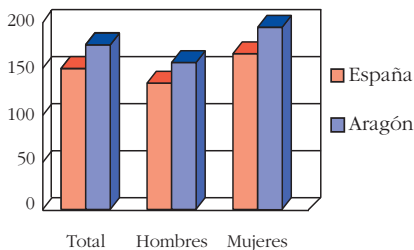
importante conocer la frecuencia de discapacidades en la región, pues este dato ilustrará las necesidades de atención especial a las personas de más edad, que es el grupo de población más afectado por ese tipo de problemas.

Desgraciadamente, sobre esta cuestión los datos disponibles son muy antiguos: se remontan a 1986, año en el que se realizó la última encuesta. Aun así, sirven para plantear una aproximación válida a la realidad de este problema, considerando que, como está comprobado, su incidencia tiende a aumentar a medida que envejece la población.

En el siguiente gráfico se ofrecen las tasas de discapacidad permanente tanto para el conjunto nacional como para Aragón (separadas por sexos, en ambos casos); además de la distinción por sexo (se da una mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres), están asociadas a otros facto-

Gráfico 18:

POBLACIÓN CON ALGUNA DISCAPACIDAD PERMANENTE SEGÚN SEXO.
ESPAÑA Y ARAGÓN 1996. TASA POR MIL HABITANTES



res, como los de carácter social. Así, por ejemplo, la tasa de discapacidad permanente es prácticamente el doble entre los analfabetos que en el total de la población.

En España se realiza periódicamente una Encuesta Nacional de Salud. En la del año 1993, la información recogida se desglosó por Comunidades Autónomas, mientras que en la última, de 1997, sólo se presentan datos globales. Tanto una como otra han sido utilizadas aquí para extraer algunas conclusiones relacionadas con las tasas de incapacidad temporal, pues aunque ampliando un tanto el margen de error, las cifras correspondientes al ámbito estatal pueden ser extrapolables a cada región.

No existen diferencias significativas, en cuanto a los índices relativos a la restricción de actividad, entre Aragón y en el conjunto del país: en ambos casos se encuentra en

Gráfico 19:

RESTRICCIÓN DE LA ACTIVIDAD POR MÁS DE 10 DÍAS
EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

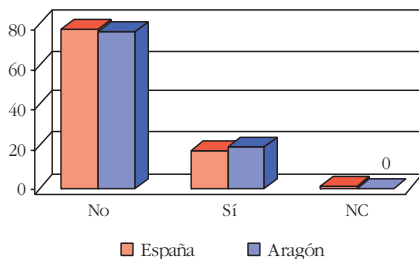


Gráfico 20:

PROPORCIÓN DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE ENFERMEDADES CRÓNICAS.
ESPAÑA Y ARAGÓN, 1993

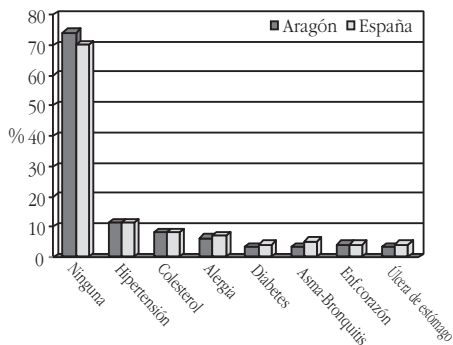
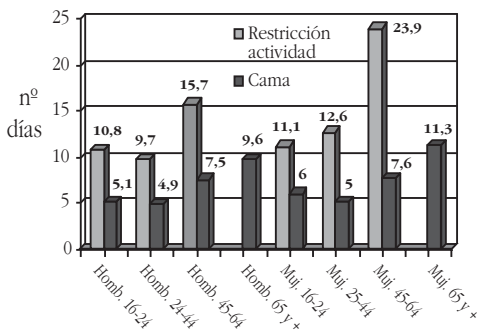


Gráfico 21:

España, 1997. DÍAS DE CAMA Y DE RESTRICCIÓN DE LA ACTIVIDAD PRINCIPAL



torno a los veinte días, es decir, que la merma media en la actividad normal es de veinte días al año. El porcentaje de personas con enfermedades de tipo crónico es parecido también en ambos casos, aunque la proporción de los que están libres de ellas es ligeramente superior en Aragón. La morbilidad, por tanto, es similar en territorio aragonés y en el resto de España.

Es importante observar cómo, a medida que aumenta la edad, aumentan también las tasas de restricción de la actividad principal y de días de permanencia en cama al año. Esto confirma, una vez más, lo dicho ya en reiteradas ocasiones: una población envejecida va a tener mayor necesidad de atención socio-sanitaria que otra más joven, puesto que el impacto de las discapacidades y de la morbilidad severa es superior en ella.

HÁBITOS QUE INFLUYEN EN LA SALUD

El consumo de tabaco

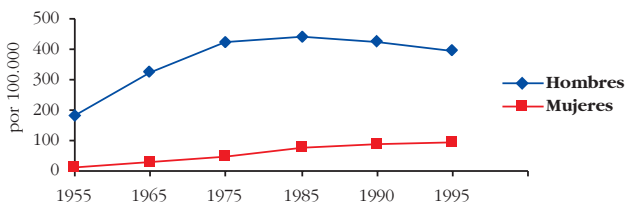
El consumo de tabaco es uno de los mayores problemas para la salud, no sólo porque constituye una de las causas más destacadas de enfermedad y muerte en Europa sino porque, además, supone unos elevados costes económicos, derivados de los gastos de atención, y también sociales, de los cuales los más importantes se relacionan con el elevado número de víctimas y de la repercusión de su enfermedad y muerte sobre sus familias.

El tabaquismo no es sólo un hábito, sino una dependencia, tanto física como psíquica, generada por la nicotina, una droga con similares efectos que otras. La costumbre de fumar se encuentra ligada a las enfermedades mortales más frecuentes y es la principal causa aislada de mortalidad prematura y evitable. Además, se han demostrado los efectos perjudiciales que el tabaco tiene sobre los llamados «fumadores pasivos». El respeto al hábito de fumar no debe prevalecer sobre el de la salud de quienes no quieren hacerlo.

El gráfico siguiente ilustra cómo ha evolucionado la mortalidad por el tabaquismo —en general, por fumar cigarrillos— en los Estados miembros de la Unión Europea. Se observa un acusado aumento de la incidencia en las mujeres, cuyos índices, aun siendo menores por haberse incorporado más tarde la población femenina a la dependencia, se incrementan progresivamente. En los hombres se aprecia, por el contrario, un descenso, en especial en

Gráfico 22:

MORTALIDAD ATRIBUIBLE A TABAQUISMO. UNIÓN EUROPEA, 1955-1995

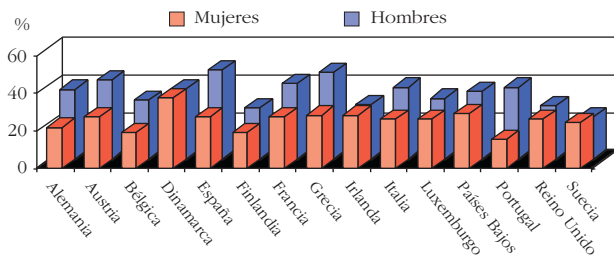


aquellos países donde más se ha controlado el problema, entre los que no se encuentra España.

Tal como señala el gráfico 23, en 1996 España tenía una de las más altas prevalencias de tabaquismo (frecuencia de personas que fuman) de la UE en mayores de 15 años. Esto significa que los enfermos y muertos como consecuencia de este hábito irán apareciendo con el tiempo, y que quienes empezaron antes a contener el consumo, antes se irán librando de las consecuencias del mismo. También es preocupante ver que en algunos países donde ha descendido el porcentaje de fumadores entre los hombres, ha crecido entre las mujeres, grupo de población sobre el que se deben incrementar los esfuerzos para, así, evitar que se sumen nuevas víctimas.

Si se analiza la evolución del consumo de cigarrillos en España a partir de los años sesenta, se llega a la conclusión

Gráfico 23:
PROPORCIÓN DE FUMADORES. UE, 1996

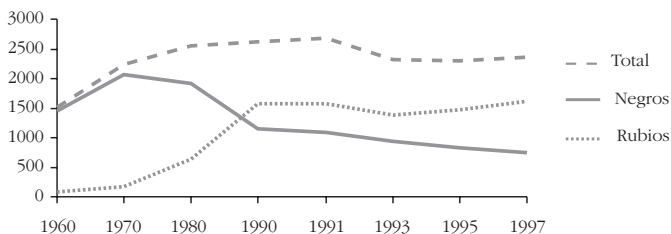


de que el uso y las consecuencias son como vasos comunicantes, ya que, a mayor consumo de tabaco, más complicaciones; y porque donde se detectan muchas consecuencias del tabaquismo, hay una población fumadora en exceso.

Hasta los años noventa, hay un claro incremento del consumo de tabaco en el país. La tendencia a disminuir que se inició entonces, sin embargo, parece no mantenerse durante mucho tiempo, al producirse un aumento del número medio de cigarrillos rubios consumidos, sobre todo entre las mujeres. El porcentaje de fumadoras ha pasado del 23% a finales de los ochenta al 27% en 1997. En relación al tabaquismo, la población española se reparte, más o menos, de la siguiente manera: fumadores, 36%; exfumadores, 15% y no fumadores, 49%. Hay que tener presente, además, el incremento de fumadores entre las mujeres jóvenes.

Gráfico 24:

NÚMERO MEDIO DE CIGARRILLOS POR HABITANTE Y AÑO. ESPAÑA, 1960-97



Los datos aportados hasta ahora eran referidos al conjunto de España porque las diferencias entre regiones no son significativas. De todas formas, según la información disponible, en Aragón el porcentaje de fumadores sería algo inferior a la media nacional: se halla alrededor de un 34%.

Los estudios más recientes, del año 1996, proceden de una encuesta patrocinada por el Gobierno de Aragón y realizada por la Cátedra de Bioestadística de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza. Está basada en información recogida entre la población urbana joven, entre 15 y 24 años, y los resultados obtenidos no parece que sean esperanzadores, sino más bien lo contrario.

Tampoco son muy positivas las conclusiones de la Encuesta Nacional de Salud respecto a la población femenina. De 1987 a 1997, la tasa de mujeres de entre 25 y 44 años que entran en la categoría de grandes fumadoras ha pasado del 9,8 al 15,2%. Además, la población que más fuma es la de mayor nivel de estudios, puesto que dicha tasa para las que no tienen formación es del 4,1%, mientras que para quienes la tienen es del 12,5%.

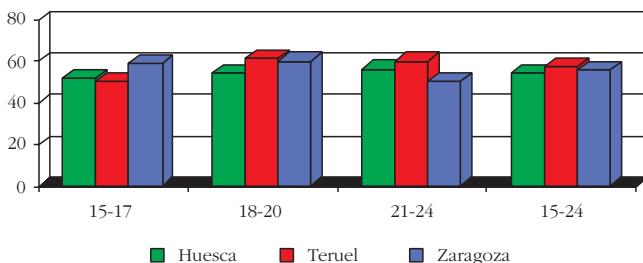
Los datos de esa encuesta también ponen de manifiesto que, en general, se fuma más en el ámbito urbano que en el rural. Esta observación sirve para matizar los resultados de la realizada en Aragón, que se llevó a cabo en las tres capitales de provincia. En ella se comprobó que fumaba un

54,9% de los jóvenes de 15 a 24 años, mientras que la media nacional, en 1997, era sólo del 39,7% para una población de edad similar (16-24 años). A nivel estatal, es el grupo de 25-44 años el que arroja la proporción más alta, el 52,3%; cifra que, sin embargo, sigue estando por debajo del porcentaje de jóvenes aragoneses fumadores. En las ciudades de Huesca, Teruel y Zaragoza no ha fumado nunca un 33,4% de los jóvenes, y dejó de hacerlo el 11,7%. Como se ve, la edad de inicio es temprana y la proporción de fumadores sólo muestra una clara tendencia decreciente, en edades más avanzadas, en la ciudad de Zaragoza.

En el trabajo elaborado por la cátedra de Bioestadística se comprueba, asimismo, que las chicas jóvenes fuman más que los chicos: un 56,7% frente a un 53,1. Sin embar-

Gráfico 25:

ARAGÓN. PROPORCIÓN DE FUMADORES POR CAPITAL DE PROVINCIA Y GRUPO DE EDAD, 1996



go, esta relación se invierte en el grupo de edad superior, de 21 a 24 años, en el que un 51,7% de las mujeres consumen tabaco, frente a un 55,5% de los hombres.

Podrían ofrecerse más datos al respecto, pero los anteriores bastan para demostrar que el tabaquismo constituye un serio problema de salud, en particular entre los jóvenes, y que, por desgracia, los índices en Aragón parecen ser algo superiores a la media española.

Sería importante que la lucha contra el tabaquismo se abordase de forma integral y con la trascendencia que la cuestión tiene, sin someter a discusión un hecho que está comprobado; y debe hacerse con el respeto que merecen quienes tienen esta dependencia pero, sobre todo, con el que también hay que tener hacia quienes no la tienen y, todavía más, hacia quienes pueden llegar a adquirirla si la sociedad no se concienta de que está frente a una de las amenazas más graves para la salud, junto con los accidentes de tráfico. Muy a menudo se olvida que el tabaco produce muchas más muertes que otras drogas de, por así decirlo, peor reputación.

Consumo de alcohol

España es un país productor de alcohol y Aragón, aunque no es una de las Comunidades con mayor volumen en este terreno, también lo produce. Paralelamente, tiene

lugar la socialización de las bebidas alcohólicas como algo normal. Se convierten así en una “droga lícita” y se establece un consumo más o menos permisivo, sin meditar en las consecuencias que origina la tolerancia total a las mismas.

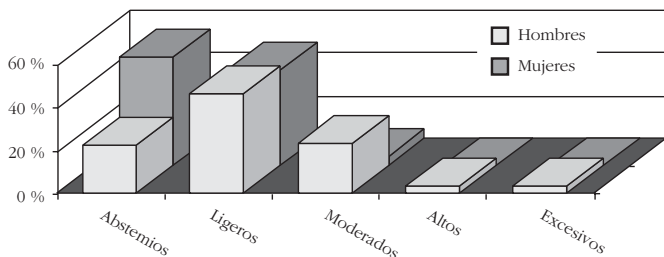
De las 5.584 muertes ocurridas en 1994 por accidentes de tráfico en España, 2.234 (el 40%) se debieron al alcohol, que también fue el responsable del 42% de los fallecimientos por pancreatitis aguda; se halla, además, relacionado con el 46% de los homicidios. Se ha calculado que en 1990 hubo 194.468 años de vida potenciales perdidos por el alcohol, mientras que diez años antes habían sido 164.534. Estos datos revelan que nos hallamos frente a un grave problema cuyas repercusiones siguen siendo evidentes.

Sólo el 37,1% de la población española se declara abstinencia. El consumo de alcohol por parte de los hombres es muy superior al de las mujeres, así como el abuso, ingesta excesiva o intemperada. En cambio, el uso moderado es similar en ambos sexos. El 45% de los españoles bebe con cierta frecuencia puesto que, como ya se ha dicho, es un hábito totalmente socializado.

Está claramente demostrado que, aunque se fumen sólo unos pocos cigarrillos, éstos son perjudiciales para la salud. Sin embargo, no existen evidencias tan rotundas en el caso del alcohol, en especial si se atiende a “patrones tradicionales”, es decir, vino en las comidas y sin exceder de una cantidad similar a un vaso.

Gráfico 26:

ESPAÑA, 1997. CONSUMO DE ALCOHOL (MAYORES DE 16 AÑOS)

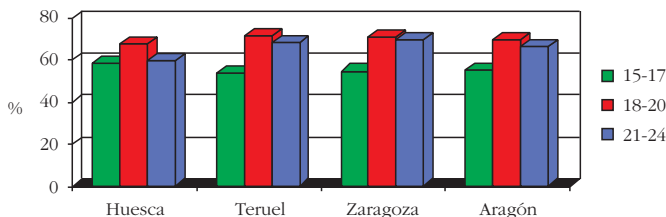


No obstante, cantidades muy bajas de alcohol pueden afectar de forma muy diversa, según las personas. Así, para hacer frente a determinados problemas asociados a su consumo, como conducir o trabajar bajo sus efectos, se deben mantener unas normas todo lo restrictivas que sea posible. Lo mismo ocurre cuando se toman medicamentos o durante el embarazo.

La permisividad social ha conducido a que el consumo de alcohol se haya convertido en un importante problema de salud entre los jóvenes. En el año 1996, el Plan Nacional sobre drogas puso de manifiesto que el alcohol era la sustancia psicoactiva más utilizada por la población de 14 a 18 años. El 81,7% había tomado alcohol durante el año anterior y un 66% en el último mes. No había, además, diferencias significativas entre chicos y chicas en la frecuencia de consumo, aunque los primeros hacían ingestas más eleva-

das. A los 18 años, el 84,4% toma una media de 75 centímetros cúbicos de alcohol puro en un día del fin de semana, un 41% se ha embriagado alguna vez y un 21% lo ha hecho en el mes anterior.

Gráfico 27:
PROPORCIÓN DE JÓVENES DE 15-24 AÑOS QUE CONSUMEN ALCOHOL EN DÍA FESTIVO, POR CIUDAD (1996)

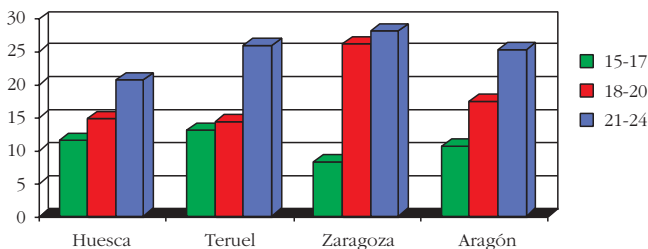


El consumo de alcohol en los días festivos, por lo tanto, es algo habitual: aproximadamente un 60% de los jóvenes bebe en esas fechas, y ligeramente más, el grupo de 18 a 20 años. Es alarmante, asimismo, la proporción de los de 15-17 años que lo hace. El hábito de ingerir alcohol durante los fines de semana determina un aumento del riesgo de consecuencias indeseables como el etilismo agudo (las borracheras) y los accidentes de tráfico. Este hecho, que se repite en los países de nuestro entorno, está dando lugar a que se procure restringir la venta de alcohol a los menores de 18 años, pues en edades tempranas los efectos son más

perjudiciales, además de que el peligro de desembocar en una dependencia es mayor cuantos más años se bebe.

Gráfico 28:

ARAGÓN, 1996. PORCENTAJE DE JÓVENES QUE CONSUMEN ALCOHOL EN LA SEMANA, EN LAS CAPITALES DE PROVINCIA



El alcohol es también un problema entre la juventud aragonesa: el 86% de los que fueron encuestados manifestó haberlo probado, una proporción algo más alta que la española, si bien hay que tener presente que el estudio está hecho en capitales de provincia. En Aragón, un 27,5% de los hombres bebe en exceso, porcentaje que entre las mujeres se reduce al 8,6.

En síntesis, todos los datos de la encuesta realizada en la Comunidad en 1996, como los de la hecha a nivel nacional un año después, ponen de manifiesto que la ingestión de bebidas alcohólicas debe considerarse un importante problema de salud y que, de continuar la tendencia actual, en la que se percibe un aumento del consumo entre las jóve-

nes, se van a incrementar los problemas en el futuro, al igual que ocurre con el tabaco. En Aragón se ha comprobado, pues, la existencia de un problema relacionado con las dependencias llamadas «legales» (alcoholismo y tabaquismo), con edades de inicio en el consumo cada vez más tempranas, y con patrones de uso perjudiciales entre los jóvenes.

Otras drogas

En los últimos años, se han llevado a cabo diversas investigaciones promovidas por el Gobierno de Aragón y, en concreto, por el Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, con la finalidad de averiguar la situación, la evolución y las tendencias del consumo de drogas en la Comunidad. Esos trabajos, más otros análisis realizados, han revelado entre otros aspectos, y según señala el Plan de Salud de Aragón de 1999, los datos que se exponen a continuación. Uno de ellos es que cada vez son menos las personas dependientes de la heroína, pues cada vez se incorporan menos consumidores a este tipo de droga, aunque se mantiene el hábito de su uso por vía parental, es decir, inyectada, que sigue siendo el predominante.

No se debe, por tanto, bajar la guardia en la actualización de los programas de prevención, reducción del consumo y empleo alternativo de la metadona. Asimismo, es imprescindible evitar el intercambio de jeringuillas usadas

y prestar una particular atención a los grupos de población de mayor vulnerabilidad, como son los que padecen situaciones de exclusión social.

Los informes antes citados también señalan que se advierte un incremento en la utilización del cannabis y de sus derivados, marihuana y *chocolate*, consumidos habitualmente por dos de cada diez jóvenes. Por otro lado, cada vez están más extendidas las llamadas drogas de síntesis, sobre todo en relación con el empleo del tiempo libre o con los lugares de ocio; un 5,5% de la juventud aragonesa reconoce emplearlas de forma habitual y un 11,2%, haberlo hecho alguna vez.

Al mismo tiempo, está aumentando el fenómeno del policonsumo, es decir, el consumo de drogas estimulantes de síntesis y cocaína, o bien tabaco y alcohol junto con derivados del cannabis. Y también existe quien mezcla fármacos hipnóticos y tranquilizantes con alcohol.

No hay datos contrastados sobre la incidencia de la co-



Plan de Salud de Aragón

caína, aunque el número de decomisos que se producen indica que crece su uso. Un 9,6% de los jóvenes reconoce haberla probado y el 1,2% afirma esnifarla casi todos los días.

No cabe minusvalorar los problemas que genera todo este tipo de dependencias, muy en particular las nuevas drogas de síntesis. Además, como ocurre con el alcoholismo, la desestructuración familiar y los conflictos legales agravan, desde el punto de vista social, estas adicciones.

Actividad física y alimentación

El sedentarismo, esto es, la inactividad física, es un claro factor de riesgo para una de las causas principales de morbilidad y mortalidad: las enfermedades cardiovasculares. Pero, además, favorece otras dolencias frecuentes en los países industrializados, como la hipertensión, la diabetes, la obesidad o la osteoporosis.

La Encuesta Nacional de Salud calibró su incidencia, tanto en los periodos de tiempo libre como en el trabajo, en los años 1993 y 1997. Aunque sólo se elaboró una información desglosada por Comunidades Autónomas en los estudios de 1993, los datos de 1997 se pueden hacer extensivos a Aragón, ya que ha sido prácticamente insignificante el cambio producido entre una encuesta y otra y también mínimas las diferencias entre el conjunto del Estado español y la Comunidad aragonesa.

Gráfico 29:

ESPAÑA, 1997. GRADO PORCENTUAL DE ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TRABAJO Y EL TIEMPO LIBRE

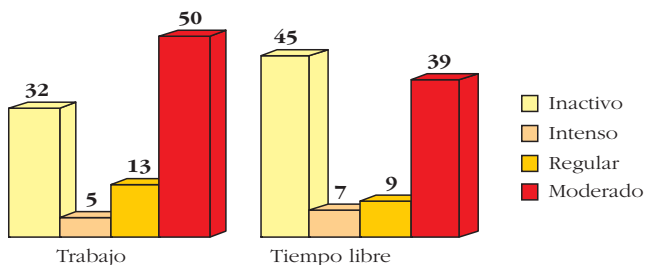
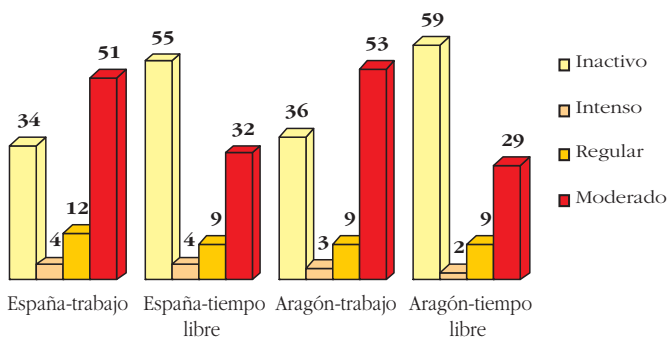


Gráfico 30:

ESPAÑA Y ARAGÓN, 1993. GRADO PORCENTUAL DE ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TRABAJO Y EL TIEMPO LIBRE



La evidencia indica que la inactividad física es un factor de riesgo importante en Aragón y que deben buscarse diferentes estrategias para variar esa conducta, que, a su vez, mejorarían el empleo del ocio y potenciarían entre los jóvenes hábitos menos nocivos para su bienestar físico.

La alimentación es otro determinante básico para la salud, pero en Aragón no se ha realizado todavía un estudio alimentario, por lo que no se conocen datos detallados sobre esta cuestión. De acuerdo con la información disponible, se puede establecer que existe una tendencia a la sobrealimentación, ya que las encuestas de salud escolar señalan que un 10% de los adolescentes aragoneses tiene problemas de obesidad, una cifra manifiestamente elevada.

También es revelador el hecho de que, aunque se mantiene un patrón de dieta mediterráneo, está aumentando paulatinamente el consumo de proteínas y grasas, al tiempo que descende el de hidratos de carbono. Como consecuencia, la energía se obtiene cada vez más a partir de las grasas que de estos últimos, lo que es dietéticamente incorrecto.

Para conocer la realidad de los hábitos alimentarios y de su incidencia sobre la salud sería preciso realizar un análisis detallado, que aportase todo tipo de información sobre la alimentación: cantidad, calidad y comportamientos. Así, se podrían plantear programas dirigidos a solucionar los problemas que se detectasen.

MEDIO AMBIENTE

Estrechamente relacionados con el medio ambiente se encuentran diversos aspectos físicos, biológicos y sociales que afectan a la salud. Como es lógico, no es posible evaluar la incidencia de todos y cada uno de ellos en una revisión como ésta, de modo que se ha optado por el análisis de dos variables fundamentales: la calidad del agua y la del aire.

Contaminación atmosférica

Los efectos que puede provocar una baja calidad del aire sobre el organismo son múltiples y de muy diversa consideración, aunque difíciles de valorar, y más aún en lo que se refiere a los problemas derivados de la acumulación de la contaminación en el espacio o en el tiempo.

En el mapa de la página siguiente se observa cómo se distribuyen los puntos de vigilancia de los niveles de contaminación en la Comunidad aragonesa (redes de inmisión de contaminación atmosférica). Los Ayuntamientos tienen elevadas competencias en este ámbito, y a ellas hay que sumar las de otras Administraciones públicas.

De 1992 a 1998 no se han detectado riesgos serios para la salud a causa de la contaminación atmosférica. Sin embargo, sería recomendable prestar atención a algunas cuestiones como, por ejemplo, la presencia de plomo en el

ARAGÓN, 1998: LOCALIZACIÓN DE REDES REGIONALES
DE CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA



organismo humano. Varios estudios han detectado una preocupante repercusión de este problema en las ciudades (por lo que podría darse, sobre todo, en Zaragoza), puesto que al daño procedente de la combustión de carburantes —en descenso— se une el que provoca la existencia de tuberías fabricadas con ese material.

Además, algunos umbrales de tolerancia empleados se encuentran en revisión porque no se tiene seguridad respecto a sus límites.



Interior de un laboratorio médico de investigación (Foto: DGA)

Contaminación hídrica

El agua es fundamental para la salud, tanto por lo que se refiere a su disponibilidad, cantidad y distribución como en lo que afecta a su calidad y sus características (las naturales y las que posee después de su depuración); finalmente, es muy importante también tener la seguridad de que llega en condiciones adecuadas a todos los puntos de la red.

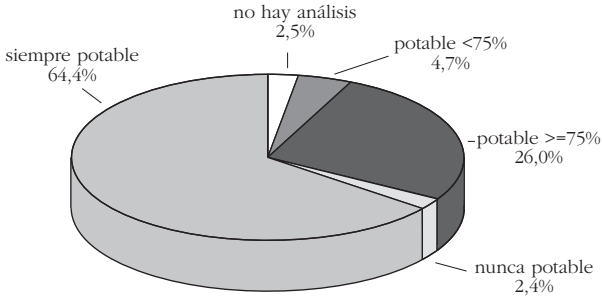
Por otro lado, las aguas residuales originan graves problemas de contaminación del medio; su acumulación en las aguas naturales supone una adición de contaminantes cuyas repercusiones ecológicas pueden ser de gran magnitud.

En Aragón, el 97,2% de la población dispone de un correcto sistema de abastecimiento de aguas, y únicamente un 0,3% de las viviendas carece de agua corriente, mientras que la media en España es ligeramente superior (0,7%). Se puede asegurar, por tanto, que la situación de la Comunidad Autónoma en este terreno es relativamente buena.

Sin embargo, en lo que hace referencia a la calidad del agua suministrada, el panorama no es tan positivo. Hay aún un porcentaje elevado de residentes en Aragón que reciben un agua cuya potabilidad no está siempre asegurada: en 1996, sólo lo estuvo para la que recibía el 64,4% de los aragoneses.

Gráfico 31:

CALIDAD DEL AGUA EN ARAGÓN. PROPORCIÓN DE HABITANTES SEGÚN POTABILIDAD Y SU REGULARIDAD (1996)



La principal fuente de contaminación fue, además, de origen bacteriano, que es la de más fácil corrección mediante la cloración correspondiente. A este respecto, hay que subrayar que más de un 2% de los habitantes de Aragón todavía está siendo abastecido con un agua que no tiene la necesaria desinfección.

De todo ello se concluye que el suministro de los aragoneses está garantizado, en general, pero que persisten todavía problemas relacionados con la calidad del agua de boca, en especial de origen microbiológico.

LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD



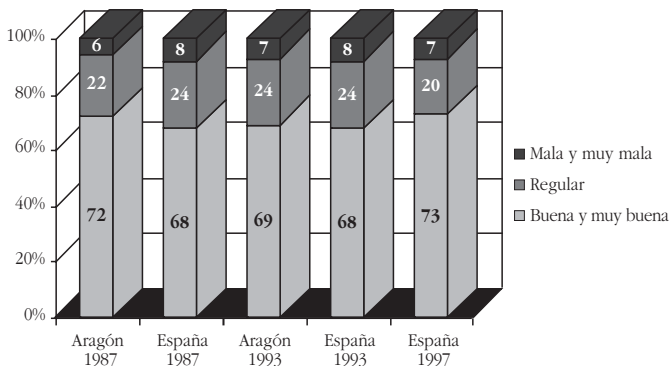
La salud presenta componentes objetivos pero también subjetivos. Por ello, es importante establecer cuál es la percepción que los habitantes de una comunidad tienen sobre ella, con el fin de obtener una visión completa de la situación en un momento y lugar determinados.

Por otra parte, la medición clásica del estado de salud refleja fundamentalmente aspectos negativos: pérdida de la misma, enfermedad o muerte. Desde el año 1987, la Encuesta Nacional de Salud recoge la percepción que tienen los españoles sobre este aspecto en relación con otros factores, bien de tipo personal, como la edad y el sexo, bien de tipo social, como el nivel de estudios. No obstante, los datos sólo estaban detallados por Comunidades Autónomas en las encuestas de 1987 y 1993, mientras que en la de 1997 aparecen referidos al conjunto del Estado.

Esta última encuesta, realizada entre personas mayores de 16 años, no ofrece variaciones significativas en relación con las anteriores, sobre todo en lo que atañe a los elementos negativos, ni tampoco entre Aragón y el conjunto de España en los años de que se dispone de información. Realmente, el pequeño matiz diferencial se ajusta a las pequeñas variaciones del estado de salud.

Gráfico 32:

PERCEPCIÓN POR NIVELES DEL ESTADO DE SALUD



Las diferentes percepciones ponen de manifiesto no tanto las desigualdades geográficas en relación con los estados de salud, que las hay (si bien Aragón no es de las Comunidades más desfavorecidas en ese sentido), sino las desigualdades sociales. Así, por ejemplo, la población que cuenta con un mayor nivel de formación —y, por lo tanto, con mayores posibilidades económicas, en general— percibe la salud de una forma más positiva que aquélla que lo tiene inferior.

Un 85% de las personas con estudios de mayor nivel opina que su salud es buena o muy buena, cifra que contrasta con el 38% que afirma lo mismo entre quienes no

tienen ningún tipo de estudios. Las variables económicas y de clase social son un importante factor determinante en el estado de salud, que empeora, en casi todos los aspectos, en aquéllos más desfavorecidos y, además, desde edades muy precoces. De hecho, el impacto de la mortalidad es superior y más temprano entre las personas de clases sociales más bajas, sobre todo cuando se recurre a la educación como criterio de diferenciación.

Como es lógico, a medida que la gente envejece empeora su percepción acerca de su nivel de salud. Así, el 18% de quienes tienen 65 años o más consideran que su salud es mala o muy mala, mientras que sólo cree lo mismo el 2% del grupo de población comprendido entre los de 16 y los 24 años.

En general, los aragoneses y aragonesas tienen una percepción de su estado de salud que se ajusta al nivel medido por indicadores tradicionales. Este fenómeno está condicionado por variables de la salud en sí misma y por otros determinantes; así, Aragón, con una tasa de desempleo inferior a la media nacional, tiene unos niveles de salud algo superiores, porque en realidad, como se dijo al comienzo, la salud es el resultado de una gran cantidad de elementos interrelacionados.

ATENCIÓN SANITARIA

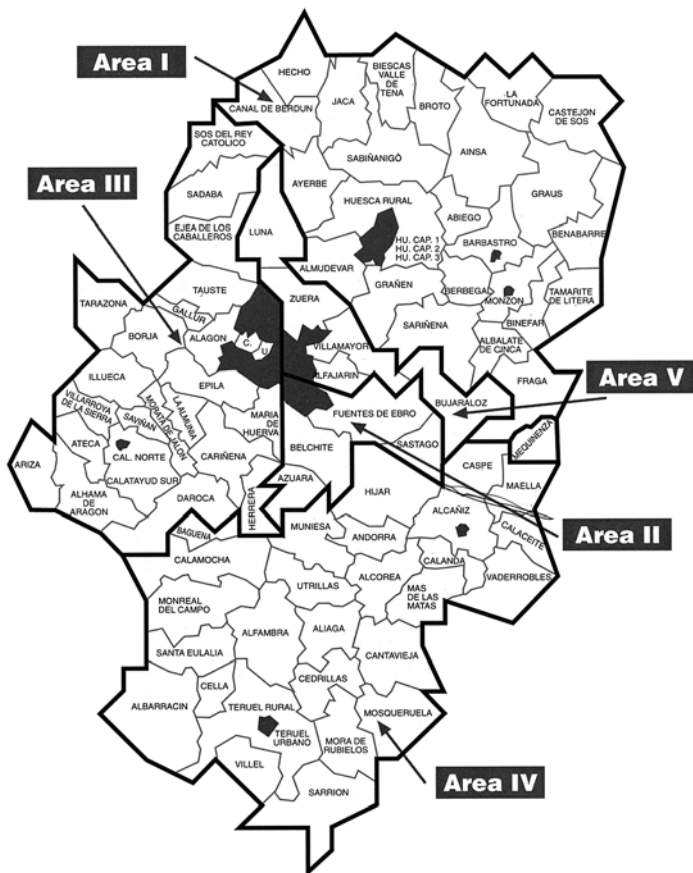


La atención sanitaria está organizada en la Comunidad Autónoma aragonesa conforme a lo que se denomina un “mapa sanitario”, cuyo objetivo es conseguir la distribución adecuada de los recursos de acuerdo con criterios geográficos y demográficos. De este modo, se intenta evitar que se produzcan desigualdades entre los habitantes del territorio en lo que se refiere al acceso a los servicios de salud.

Así, Aragón se divide en cinco «Áreas de Salud» que tienen como servicio de referencia fundamental los hospitales y sus ambulatorios, encargados de prestar una atención especializada. Estas áreas están subdivididas, a su vez, en 121 «Zonas de Salud», articuladas en torno a los centros de salud, donde el paciente recibe una atención primaria.

El Área 1, que abarca la provincia de Huesca y engloba tres zonas de salud urbanas y 25 rurales, está subdividida en dos sectores: uno tutelado por el Hospital «San Jorge» de Huesca y el otro, por el Comarcal de Barbastro.

El Área 2 comprende la mayor parte de la ciudad de Zaragoza y algunas localidades de la provincia y se subdivide en 4 zonas rurales y 17 urbanas, adscritas al Hospital «Miguel Servet», en la propia capital.





Mapa sanitario de Aragón en Zaragoza capital

El Área 3 es la más grande de la provincia zaragozana y abarca 7 zonas de salud urbanas y 25 rurales. Se vertebró en torno al Hospital Comarcal de Calatayud y al Clínico «Lozano Blesa» de Zaragoza.

El Área 4 incluye la provincia de Teruel y una pequeña parte de la de Zaragoza. Comprende una zona urbana y 27 rurales y tiene como referencia el Hospital «Obispo Polanco» de Teruel y el Comarcal de Alcañiz.



Hospital «Royo Villanova» (Foto: DGA)



Helicóptero medicalizado de urgencias y emergencias (Foto: DGA)

Finalmente, el Área 5, la de más reciente creación, se sitúa en la margen izquierda del Ebro, tanto en el área que afecta a Zaragoza capital como en la provincia. Están adscritas a ella 6 zonas rurales y otras tantas urbanas, que dependen del Hospital «Royo Villanova».

Dado que la Comunidad Autónoma de Aragón no ha recibido todavía todas las transferencias en materia de sanidad, la política en este terreno depende aún en gran parte

del Gobierno central y no del autonómico. Este hecho repercute negativamente en algunos aspectos de la organización y de la gestión, pues el Gobierno de Aragón no puede intervenir en muchas de las actividades que determinan la calidad final de los cuidados sanitarios. Aragón se alinea, de este modo, con las Comunidades incluidas en el denominado, en términos coloquiales, “Territorio INSA-LUD”: Cantabria, La Rioja, Baleares, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Madrid, Murcia, Asturias y Extremadura.

El Servicio Aragonés de Salud (SAS), organismo autonómico integrado en la Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo del Gobierno de Aragón, tiene a su cargo, entre otras, las competencias de Salud Pública, que sí están transferidas. Al SAS corresponde, por tanto, el desarrollo de las acciones preventivas, de protección y promoción de la salud, que ejecuta a través de sus servicios centrales, situados en la ciudad de Zaragoza, y provinciales, localizados en las tres capitales de provincia aragonesas.

BIBLIOGRAFÍA



DUBOS, R.: «Mirage of health», en *Health and disease. A reader*, Open University Press, Londres, 1995.

GOBIERNO DE ARAGÓN: *Movimiento natural de la población de Aragón, año 1997*, Gobierno de Aragón, Instituto Aragonés de Estadística, Zaragoza, 1999.

—*Plan de Salud de Aragón*, Gobierno de Aragón, Zaragoza, 1999.

LALONDE, M.: *A new perspective on the health of Canadians*, Department of National Health and Welfare, Ottawa, 1974.

LAMATA COTANDA, F.: «Una perspectiva de la política sanitaria 20 años después del informe Lalonde», en *Gaceta Sanitaria*, nº 8, 1994, pp. 189-194.

LAST, J. M.: *Diccionario de epidemiología*, Salvat, Barcelona, 1989.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: *Encuesta nacional de salud de España. Año 1997*, Madrid, 1999.

—*Indicadores de salud. Cuarta evaluación en España del Programa regional europeo "Salud para todos"*, Madrid, 1999.

—*Informe sobre la salud de los españoles. 1998*, Madrid, 1999.

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES: *Estadística de accidentes de trabajo. Año 1998*, Madrid, 1999.

MORRIS, J. N.: *The uses of epidemiology*, Churchill Livingstone, Edimburgo, 1975.

PIÉDROLA GIL, G.: «La salud y sus determinantes», en *Medicina Preventiva y Salud Pública*, Masson-Salvat, Barcelona, 1991.

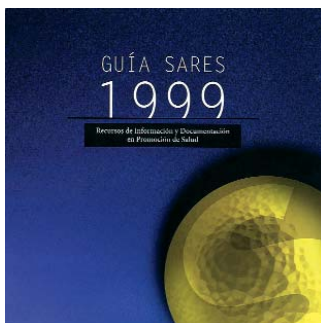
PINEAULT, R. y DAVELUY, C.: *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias*, Ed. Masson, Barcelona, 1987.

OMS (OFICINA REGIONAL EUROPEA) Y MINISTERIO DE SANIDAD: *Salud para todos en el siglo XXI*, Madrid, 1999.

RUWAARD, D., KRAMERS, P. G. N., VAN DEN BERG JETHS, A. y ACHTERBERG, P. W.: «Public Health Status and Forecasts. The health status of the dutch population over the period 1950-2010», en *National Institute of Public Health and Environmental Protection*, La Haya, 1994, pp. 25-26.

SAN MARTÍN, H.: *Salud pública y medicina preventiva*, Ed. Masson, Barcelona, 1989.

WYLIE, C. M.: *The definition and measurement of health and disease*, Public Health Reports, 1970.





51. **La flora de Aragón** • Pedro Montserrat
52. **El Carnaval en Aragón** • Equipo de Redacción CAI100
53. **Arqueología industrial en Aragón** • J. Laborda, P. Biel y J. Jiménez
54. **Los godos en Aragón** • M^a Victoria Escribano Paño
55. **Santiago Ramón y Cajal** • Santiago Ramón y Cajal Junquera
56. **El arte rupestre en Aragón** • M^a Pilar Utrilla Miranda
57. **Los ferrocarriles en Aragón** • Santiago Parra de Mas
58. **La Semana Santa en Aragón** • Equipo de Redacción CAI100
59. **San Jorge** • Equipo de Redacción CAI100
60. **Los Sitios. Zaragoza en la Guerra de la Independencia (1808-1809)** • Herminio Lafoz
61. **Los compositores aragoneses** • José Ignacio Palacios
62. **Los primeros cristianos en Aragón** • Francisco Beltrán
63. **El Estatuto de Autonomía de Aragón** • José Bermejo Vera
64. **El Rey de Aragón** • Domingo Buesa Conde
65. **Las catedrales en Aragón** • Equipo de Redacción CAI100
66. **La Diputación del Reino de Aragón** • José Antonio Armillas
67. **Miguel Servet. Sabio, hereje, mártir** • Ángel Alcalá
68. **Los juegos tradicionales en Aragón** • José Luis Acín Fanlo
69. **La Campana de Huesca** • Carlos Laliena
70. **El sistema financiero en Aragón** • Área de Planificación y Estudios - CAI
71. **Miguel de Molinos** • Jorge Ayala
72. **El sistema productivo en Aragón** • Departamento de Economía - CREA
73. **El Justicia de Aragón** • Luis González Antón

74. **Roldán en Zaragoza** • Carlos Alvar
75. **La ganadería aragonesa y sus productos de calidad** • Isidro Sierra
76. **La fauna de Aragón** • César Pedrocchi Renault
77. **Opel España** • Antonio Aznar y M^a Teresa Aparicio
78. **La Feria de Muestras de Zaragoza** • Javier Rico Gambarte
79. **La jota aragonesa** • Javier Barreiro
80. **Los humedales en Aragón** • Jorge Abad y José Luis Burrel
81. **Los iberos en Aragón** • Francisco Burillo
82. **La salud en Aragón** • Luis I. Gómez, M. J. Rabanaque, C. Aibar



83. **Félix de Azara** • María-Dolores Albiac Blanco
84. **Las iglesias de Serrablo** • Equipo de Redacción CAI100
85. **La nieve en Aragón** • Salvador Domingo
86. **El aceite de oliva en Aragón** • Ángel Bonilla y Miguel Lorente
87. **El cuento oriental en Aragón** • M^a Jesús Lacarra
88. **Los Fueros de Aragón** • Jesús Delgado y M^a Carmen Bayod
89. **Aragón y los Fondos Europeos** • Elías Maza
90. **Las lenguas de Aragón** • M^a A. Martín Zorraquino y José M^a Enguita
91. **Cómo Teruel fue ciudad** • Equipo de Redacción CAI100
92. **Benjamín Jarnés** • José-Carlos Mainer
93. **José de Calasanz** • Asunción Urgel
94. **La imprenta en Aragón** • Miguel Ángel Pallarés
95. **La energía. Usos y aplicaciones en Aragón** • Departamento de Economía - CREA