



DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA Y EVOLUCIÓN TEMPORAL DE LA MORTALIDAD EVITABLE EN LAS ISLAS CANARIAS (ESPAÑA). 1981-2005.

Mercedes Gil Muñoz. Socióloga

Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de la Salud.

Pedro L. Lorenzo Ruano

Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de la Salud.

Mercedes de los A. Rodríguez Rodríguez

Geógrafa.
EULEN. Las Palmas

RESUMEN

El indicador mortalidad evitable (ME) pretende detectar la efectividad de la atención que prestan los servicios sanitarios. Analizar la evolución temporal y la distribución geográfica de la ME en las Islas Canarias (España) en el periodo 1981-2005. Estudio observacional, descriptivo, transversal y ecológico. Las unidades de análisis son las siete Áreas de Salud. Los periodos estudiados fueron: 1981-90, 1991-98 y 1999-2005. Las causas estudiadas fueron las seleccionadas por el Grupo de Consenso de España, agrupadas en las susceptibles de intervención por los servicios de asistencia sanitaria (ISAS) y por políticas sanitarias intersectoriales (IPSI). Se analiza la ME a través de los indicadores mortalidad evitable proporcional, las Tasas de mortalidad estandarizada por edad (método directo) (TME) y las Razones comparativas de mortalidad (RCM) y las Razones de Mortalidad Estandarizadas por edad (RME). Los resultados se representan gráficamente mediante diagramas y mapas. La ME desciende con el paso del tiempo. Casi una de cada cuatro defunciones son evitables. Las causas ISAS son las responsables de seis de cada diez ME. Las causas que más contribuyen a la ME son la Isquémica del corazón, las Cerebrovasculares y el Cáncer de mama, entre las causas ISAS; y el Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón, Resto de causas externas y Accidentes de tráfico entre las IPSI. Son las responsables de tres de cada cuatro ME. Comparando con el primer período, en el último se observa infamortalidad en el conjunto de la ME y en las debida a causas ISAS e IPSI; este comportamiento es diferente en el caso de La Palma, La Gomera y El Hierro, donde el riesgo de morir por causas IPSI se ha incrementado en el último período. La distribución geográfica refleja un mayor número de defunciones esperadas en las Islas Orientales, con la excepción de Fuerteventura, donde se producen menos defunciones por causas ISAS.

PALABRAS CLAVES: Mortalidad evitable. Causas de muerte. Indicadores de calidad.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.-

El indicador mortalidad evitable pretende detectar el desempeño de los servicios sanitarios a partir de la práctica real y de la atención que prestan efectivamente estos servicios. Comporta que las listas utilizadas deban adaptarse a la realidad sanitaria de cada país.

La utilización de la mortalidad por causas específicas como método para monitorizar la calidad asistencial se inició hacia la mitad del siglo XX, cuando se pusieron en marcha diversas encuestas sobre mortalidad materna. Posteriormente, un grupo de clínicos, el Working Group on Preventable and Manageable Diseases, publicó una lista de enfermedades que denominaron «eventos centinela de la salud», pues suponían que su presencia era una señal de alerta para el

seguimiento de la atención médica. El concepto evoluciona en estudios posteriores a «evento evitable» y autores de diferentes países investigan la posibilidad de utilizar la mortalidad evitable como indicador para monitorizar el proceso y los resultados de la atención sanitaria.

En España, se introdujo este indicador proponiéndose la denominación de Mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable (MIPSE). Actualmente, se trata de uno de los indicadores más investigados y utilizados como fuente de información para la planificación sanitaria, para evaluar la calidad asistencial hospitalaria y como modulador de la asignación de recursos sanitarios.

Además, este indicador se ha incorporado a algunos planes estratégicos y de salud y los datos se publican de forma sistemática junto con otros indicadores de mortalidad.

La lista de causas de mortalidad evitable actualmente aceptada en España ha sido propuesta tras un proceso de consenso entre médicos asistenciales, elaboradores y usuarios de indicadores sanitarios, basado en las publicaciones sobre el tema y las aportaciones de los expertos participantes. De ésta forma, se han definido 34 causas de mortalidad evitable, así como el tipo de intervenciones que podrían evitar la muerte: por los servicios sanitarios y por políticas sanitarias intersectoriales.

El archipiélago canario, situado geográficamente en el Océano Atlántico al oeste del continente africano, está formado por siete islas y varios islotes y ocupa una superficie total de 7.447 ². Constituye una de las diecisiete comunidades autónomas del Estado español y representa de las regiones ultraperiféricas de la Unión Europea. (Figura1). Se estructura en dos provincias, Santa Cruz de Tenerife (abarca las cuatro islas más occidentales: Tenerife, La Palma, La Gomera y El Hierro) y Las Palmas (comprende las tres islas más orientales (Gran Canaria, Fuerteventura y Lanzarote). Las islas más extensas son Tenerife y Fuerteventura y las más pobladas Tenerife y Gran Canaria (suponen más del 80 % de la población del archipiélago).

El objetivo general del estudio es analizar la evolución temporal de la mortalidad evitable en las Islas Canarias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal y ecológico. Las unidades de análisis son las siete Áreas de Salud, que se corresponden territorialmente con cada una de las Islas Canarias.

Como sujetos del estudio se incluyen todas las defunciones de residentes en Canarias registradas entre los años 1981 y 2005, ambos inclusive.

Se analizan tres períodos: 1981-1990, 1991-1998 y 1999-2005.

Las variables utilizadas para el análisis de la mortalidad son la causa básica de defunción, el Área Sanitaria y el período de estudio.

Se estudian la mortalidad evitable en general y también las dos agrupaciones de causas: las susceptibles de intervención por los servicios de asistencia sanitaria (ISAS) y las susceptibles de intervención por políticas sanitarias intersectoriales (IPSI). Las causas seleccionadas son las que aparecen en la lista elaborada por consenso en España, compuesta por 34 causas (ver Anexo).

Como indicadores de mortalidad se obtienen los siguientes:

- Para estudiar la importancia relativa se utilizan la mortalidad evitable proporcional.
- Para estudiar la evolución temporal se utilizan las Tasas de mortalidad estandarizada por edad (TME) (método directo). Igualmente, se calculan las Razones comparativas de las Tasas de los períodos 1991-98 y 1999-05, respecto a 1981-90, estableciéndose los intervalos de confianza para observar las diferencias significativas. Como poblaciones estándar se utilizan las correspondientes a 1981 de cada uno de los territorios estudiados.

• Para estudiar las diferencias geográficas entre las diferentes Áreas Sanitarias se utilizan las Razones de Mortalidad Estandarizadas por edad (RME) en los tres períodos del estudio, estableciéndose los intervalos de confianza para observar las diferencias significativas. Como defunciones estándar se utilizaron los de Canarias correspondientes a cada uno de los tres períodos estudiados.

Los datos de mortalidad se obtuvieron a partir de los ficheros individualizados de defunciones por causas de muerte del INE correspondientes a Canarias y al período comprendido entre los años 1981 y 2005, ambos inclusive. Y los de población a partir de los Censos de Población y Viviendas de 1981, 1991 y 2001 (INE), para los períodos 1981-90, 1991-98 y 1999-2005, respectivamente.

Todos estos indicadores se representan mediante gráficos y mapas con la ayuda de un Sistemas de Información geográfica utilizando para ello las bases georreferenciadas de Canarias 1:250000 en formato digital

RESULTADOS.-

El 24,4% de las defunciones registradas en las Islas Canarias durante los 25 años del estudio son evitables, disminuyendo este porcentaje con el paso del tiempo. ([Figura 2](#))

Seis de cada diez de estas defunciones evitables (DE) se deben a causas susceptibles de intervención por los servicios de asistencia sanitaria (ISAS), disminuyendo su importancia relativa a lo largo del tiempo en favor del otro grupo de causas evitables, las susceptibles de intervención por políticas sanitarias intersectoriales (IPSI). ([Figura 3](#) y [Figura 4](#))

Entre las causas ISAS destacan la Enf. isquémica del corazón y las Enf. cerebrovasculares, siguiendo una evolución ascendente la primera y descendente la segunda.

Entre las causas IPSI destacan el Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón, Resto de causas externas y los Accidentes de tráfico, evolucionando de forma ascendente la primera y descendente las otras dos.

Comparando con el primer período del estudio, 1981-90, y destacando únicamente las diferencias estadísticamente significativas, se observa inframortalidad (ambos períodos) para el conjunto de la mortalidad evitable (ME) y para las causas ISAS; y sobremortalidad (ambos períodos) para las IPSI.

ÁREAS SANITARIA ([Figuras 5](#), [Figura 6](#), [Figura 7](#), [Figura 8](#), [Figura 9](#), [Figura 10](#))

I.- LANZAROTE.-

Del total de las defunciones evitables (DE) registradas en las Islas Canarias en el período 1981-2005, Lanzarote contribuye con el 4,9%.

El 30,3% de las 11.238 defunciones registradas en la Isla de Lanzarote durante el mismo período son evitables, disminuyendo este porcentaje con el paso del tiempo.

Algo más de la mitad de estas DE se deben a causas susceptibles de intervención por los servicios de asistencia sanitaria (ISAS), disminuyendo su importancia relativa a lo largo del tiempo a favor del otro grupo de causas evitables, las susceptibles de intervención por políticas sanitarias intersectoriales (IPSI).

Entre las causas ISAS destacan la Enf. isquémica del corazón (26,4%) y las Enf. cerebrovasculares (10,7%), evolucionando de forma ascendente la primera y descendente la segunda.

Entre las causas IPSI destacan Resto de causas externas (15,9%), el Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (12,2%) y los Accidentes de tráfico (10,3%), evolucionando de forma descendente, excepto el Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón.

Comparando con el primer período, 1981-90, y destacando únicamente las diferencias estadísticamente significativas, se observa sobremortalidad (1991-98) e infamortalidad (1999-05) para la ME en su conjunto y para las causas; e infamortalidad en las IPSI (ambos períodos).

En relación al conjunto de las Islas Canarias, Lanzarote presenta sobremortalidad estadísticamente significativa de la ME en su conjunto (1991-98 y 1999-05) y de las IPSI (los tres períodos).

II.- FUERTEVENTURA.-

Del total de las defunciones evitables (DE) registradas en Islas Canarias en el período 1981-2005, Fuerteventura contribuye con el 2,5%.

El 32,4% de las 5.348 defunciones registradas en la Isla de Fuerteventura durante el mismo período son evitables, aumentando este porcentaje con el paso del tiempo.

Algo más de la mitad de estas DE son debidas a causas susceptibles de intervención por políticas sanitarias intersectoriales (IPSI), aumentando su importancia relativa a lo largo del tiempo en detrimento del otro grupo de causas evitables, las susceptibles de intervención por los servicios de asistencia sanitaria (ISAS).

Entre las causas ISAS destacan la Enf. isquémica del corazón (20,8%) y las Enf. cerebrovasculares (8,2%), siguiendo una evolución ascendente la primera y descendente la segunda.

Entre las causas IPSI destacan los Accidentes de tráfico (18,5%), Resto de causas externas (18,2%) y el Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (10,6%), evolucionando de forma descendente, excepto el Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón que asciende.

Comparando con el primer período, 1981-90, y destacando únicamente las diferencias estadísticamente significativas, se observa infamortalidad (ambos períodos) para el conjunto de la ME y para las causas ISAS e IPSI.

En relación al conjunto de las Islas Canarias, Fuerteventura presenta sobremortalidad estadísticamente significativa de la ME en su conjunto y de las IPSI (1999-05).

III.- GRAN CANARIA.-

Del total de las defunciones evitables (DE) registradas en las Islas Canarias en el período 1981-2005, Gran Canaria contribuye con el 46,2%.

El 25,7% de las 126.116 defunciones registradas en la Isla de Gran Canaria durante el mismo período son evitables, disminuyendo este porcentaje con el paso del tiempo.

Algo más de seis de cada 10 muertes evitables son debidas a causas susceptibles de intervención por los servicios de asistencia sanitaria (ISAS), disminuyendo ligeramente su importancia relativa a lo largo del tiempo a favor del otro grupo de causas evitables, las susceptibles de intervención por políticas sanitarias intersectoriales (IPSI).

Entre las causas ISAS destacan la Enf. isquémica del corazón (27,6%) y las Enf. cerebrovasculares (12,5%), siguiendo una evolución ascendente la primera y descendente la segunda.

Entre las causas IPSI destacan el Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (12,3%), Resto de causas externas (9,8%), los Accidentes de tráfico (7,2%) y el Suicidio (5,2%), evolucionando todas ellas de forma ascendente, excepto los Accidentes de tráfico.

Comparando con el primer período, 1981-90, y destacando únicamente las diferencias estadísticamente significativas, se observa inframortalidad (ambos períodos) para el conjunto de la ME y las causas ISAS, y sobremortalidad (1991-98) para las IPSI.

En relación al conjunto de las Islas Canarias, Gran Canaria presenta sobremortalidad estadísticamente significativa de la ME en su conjunto y de las ISAS (1981-90 y 1991-98); y de las IPSI (1991-98).

IV.- TENERIFE.-

Del total de las defunciones evitables (DE) registradas en las Islas Canarias en el período 1981-2005, Tenerife contribuye con el 40,4%.

El 23,2% de las 122.316 defunciones registradas en la Isla de Tenerife durante el mismo período son evitables, disminuyendo este porcentaje con el paso del tiempo.

Seis de cada diez muertes evitables son debidas a causas susceptibles de intervención por los servicios de asistencia sanitaria (ISAS), disminuyendo ligeramente su importancia relativa a lo largo del tiempo a favor del otro grupo de causas evitables, las susceptibles de intervención por políticas sanitarias intersectoriales (IPSI).

Entre las causas ISAS destacan la Enf. isquémica del corazón (26,4%) y las Enf. cerebrovasculares (13,6%), siguiendo una evolución ascendente la primera y descendente la segunda.

Entre las causas IPSI destacan el Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (13,6%), Resto de causas externas (12,2%) y los Accidentes de tráfico (5,5%), evolucionando de forma ascendente la primera y descendente las otras dos.

Comparando con el primer período, 1981-90, y destacando únicamente las diferencias estadísticamente significativas, se observa inframortalidad (ambos períodos) para el conjunto de la mortalidad evitable y para las causas ISAS E IPSI.

En relación al conjunto de las Islas Canarias, Tenerife presenta inframortalidad estadísticamente significativa de la ME en su conjunto (1991-98 y 1999-05).

V.- LA GOMERA.-

Del total de las defunciones evitables (DE) registradas en las Islas Canarias en el período 1981-2005, La Gomera contribuye con el 1,1%.

El 19,9% de las 3.951 defunciones registradas en la Isla de La Gomera durante el mismo período son evitables, disminuyendo este porcentaje con el paso del tiempo.

Casi seis de cada diez DE son debidas a causas susceptibles de intervención por los servicios de asistencia sanitaria (ISAS), disminuyendo su importancia relativa a lo largo del tiempo en favor del otro grupo de causas evitables, las causas susceptibles de intervención por políticas sanitarias intersectoriales (IPSI).

Entre las causas ISAS destacan la Enf. isquémica del corazón (19,9%), las Enf. cerebrovasculares (16,0%) y la Neumonía, IRA e Influenza (4,3%), siguiendo todas ellas una evolución descendente.

Entre las causas IPSI destacan Resto de causas externas (17,6%), el Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (12,6%), los Accidentes de tráfico (4,5%) y la Enf. alcohólica del hígado (4,4%), evolucionando todas ellas de forma ascendente, excepto los Accidentes de tráfico.

Comparando con el primer período, 1981-90, y destacando únicamente las diferencias estadísticamente significativas, se observa inframortalidad (ambos períodos) para el conjunto de la ME y de las causas ISAS; y sobremortalidad (ambos períodos) para las IPSI.

En relación al conjunto de las Islas Canarias, La Gomera presenta *inframortalidad* estadísticamente significativa de la ME en su conjunto, y en las ISAS, (1999-05).

VI.- LA PALMA.-

Del total de las defunciones evitables (DE) registradas en las Islas Canarias en el período 1981-2005, La Palma contribuye con el 4,5%.

El 18,7% de las 17.349 defunciones ocurridas en la Isla de La Palma durante el mismo período son evitables, disminuyendo este porcentaje con el paso del tiempo.

Casi seis de cada diez de estas DE son debidas a causas susceptibles de intervención por los servicios de asistencia sanitaria (ISAS), disminuyendo su importancia relativa a lo largo del tiempo a favor del otro grupo de causas evitables, las causas susceptibles de intervención por políticas sanitarias intersectoriales (IPSI).

Entre las causas ISAS destacan la Enf. isquémica del corazón (23,8%) y las Enf. cerebrovasculares (15,7%), evolucionando ambas de forma descendente.

Entre las causas IPSI destacan Resto de causas externas (12,6%), el Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (12,6%), Suicidio (6,7%) y los Accidentes de tráfico (6,0%), evolucionando todas ellas de forma ascendente.

Comparando con el primer período, 1981-90, y destacando únicamente las diferencias estadísticamente significativas, se observa *inframortalidad* (ambos períodos) para el conjunto de la ME, y para las causas ISAS, y *sobremortalidad* (ambos períodos) para las causas IPSI.

En relación al conjunto de las Islas Canarias, La Palma presenta *inframortalidad* estadísticamente significativa de la ME en su conjunto y de las ISAS (los tres períodos) y de las IPSI (1981-90 y 1991-98).

VII.- EL HIERRO.-

Del total de las defunciones evitables (DE) registradas en las Islas Canarias en el período 1981-2005, El Hierro contribuye con el 0,5%.

El 18,3% de las 1860 defunciones registradas en la Isla de El Hierro durante el mismo período son evitables, aumentando ligeramente este porcentaje con el paso del tiempo.

Algo más de la mitad de estas DE son debidas a causas susceptibles de intervención por los servicios de asistencia sanitaria (ISAS), disminuyendo ligeramente su importancia relativa a lo largo del tiempo en favor del otro grupo de causas evitables, las causas susceptibles de intervención por políticas sanitarias intersectoriales (IPSI).

Entre las causas ISAS destacan la Enf. isquémica del corazón (21,8%) y las Enf. cerebrovasculares (13,0%), siguiendo una evolución ascendente la primera y descendente la segunda.

Entre las causas IPSI destacan Resto de causas externas (21,0%), el Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (11,6%) y los Accidentes de tráfico (7,1%), evolucionando las dos primeras de forma ascendente y descendente los Accidentes de tráfico.

Comparando con el primer período, 1981-90, y destacando únicamente las diferencias estadísticamente significativas, se observa *sobremortalidad* de la ME en su conjunto (1999-05).

En relación al conjunto de las Islas Canarias, El Hierro presenta *inframortalidad* estadísticamente significativa de la ME en su conjunto y en las causas ISAS.

CONCLUSIONES.-

- 1.- En las Islas Canarias, durante el período 1981-2005 la mortalidad general, al igual que la evitable, ha descendido, aunque este descenso es más acusado en la segunda. Como excepciones, en El Hierro no desciende la mortalidad evitable, y en Gran Canaria el descenso es ligeramente mayor en la mortalidad general.
- 2.- Casi una de cada cuatro son evitables, aunque la importancia relativa de las mismas ha ido disminuyendo con el transcurso del tiempo. En los hombres, este porcentaje es algo mayor, y menor en las mujeres. Más del 85% de estas DE evitables se registran en las dos Islas Capitalinas.
- 3.- El 67.4% de las defunciones evitables (DE) afectan a los hombres.
- 4.- Las causas susceptibles de intervención por los servicios de asistencia sanitaria (ISAS) son las responsables de seis de cada diez DE, mientras que los AVPP evitables se reparten de forma equitativa entre los dos grandes grupos de causas evitables.
- 5.- La importancia relativa de las DE por causas ISAS disminuye a lo largo del tiempo a favor de las ocasionadas por las causas susceptibles de intervención por políticas sanitarias intersectoriales (IPSI).
- 6.- Las tres causas que más contribuyen a la ME son la Enf. isquémica del corazón, las Enf. cerebrovasculares y el Cáncer de mama, entre las causas ISAS; y el Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón, Resto de causas externas y Accidentes de tráfico entre las IPSI. Todas ellas son responsables de tres de cada cuatro defunciones evitables.
- 7.- De los tres períodos estudiados, el intermedio (1991-98) es el que presenta mayor riesgo de morir por causas evitables.
- 8.- Comparando con el primer período del estudio, en el último se observa inframortalidad en el conjunto de la ME y en las debida a causas ISAS e IPSI. Este comportamiento es diferente en el caso de La Palma, La Gomera y El Hierro, donde el riesgo de morir por causas IPSI se ha incrementado en el último período.
- 9.- En relación al conjunto de las Islas Canarias, la distribución geográfica refleja, en general, un mayor número de defunciones esperadas y a edades más jóvenes en las Islas Orientales, con la excepción de Fuerteventura, donde se producen menos defunciones por causas ISAS y a edades más tardías. Las Islas Occidentales presentan menos defunciones de las esperadas y a edades más tardías, tanto en el conjunto de la ME como en las debidas a causas ISAS; por el contrario, en las defunciones por causas IPSI, el comportamiento no es tan homogéneo: en Tenerife y El Hierro las defunciones son inferiores a las esperadas pero se producen a edades más jóvenes, La Gomera presenta más defunciones y a edades más jóvenes y La Palma menos defunciones y a edades más tardías. Estas variaciones no son en algunos casos estadísticamente significativas.

BIBLIOGRAFÍA.-

- Albert X, Bayo A, Alfonso JL, Cortina P, Chana P, Sáiz C. Distribución geográfica de la mortalidad evitable en la Comunidad Valenciana (1975-1990). *Med Clin (Barc.)*. 1996; 106:571-7.
- Barés MA, Gispert R, Puig X, Puigdefábregas A, Treserras R. Distribución geográfica y evolución temporal de la mortalidad evitable en Cataluña (1986-2001). *Gac. Sanit.* 2005; 19:307-15.
- Cirera LL, Rodríguez M, Olalla C, Navarro C. Estadísticas agregadas de la mortalidad evitable de la Región de Murcia en 1996-1999. Murcia: Consejería de Sanidad y Consejería de Economía, Industria e Innovación: 2003.
- Gispert R, Barés MA, Puigdefábregas A, Grupo para el Consenso en la Mortalidad Evitable. La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España. *Gac Sanit.* 2006; 20:184-93
- Gispert R, Barés MA, Freitas A, Torné M, Puigdefábregas A, Alberquilla A, et al. Medida del resultado de las intervenciones sanitarias en España: una aproximación mediante el análisis

temporal y espacial de la mortalidad evitable entre 1996-2001. Rev Esp Salud Pública. 2006; 80:139-55.

Holland WW. European Community atlas of avoidable death. Brussels: Oxford University Press; 1991.

Lorenzo P, Gil M, Rodríguez M. La mortalidad evitable en Canarias. 1981-2005. Canarias: Consejería de Sanidad; 2009.

Martínez-Beneyto MA, López-Quílez A, Amador A, Melchor I, Botella P, Abellán C, et al. Atlas de Mortalidad de la Comunidad Valenciana 1991-2000. Valencia: Generalitat Valenciana, Consellería de Sanitat; 2005.

Nolasco A, Orts R, Pérez-Hoyos S., García-Benavides F, Godoy C, Librero J. Análisis geográfico de la mortalidad en la Comunidad Valenciana (1981-1984). Valencia: Consellería de Sanitat i Consum; 1992.

Ortún V, Gispert R. Explotación de la mortalidad prematura como guía de política sanitaria e indicador de calidad asistencial. Med Clin. (Barc). 1988; 90:399-403.

Vergara M, Benach J, Martínez JM, Buxó M, Yutaka Y. La mortalidad evitable y no evitable: distribución geográfica en áreas pequeñas de España. Gac Sanit.2009; 23:16-22.

Figura 1: Situación geográfica de Archipiélago Canario.

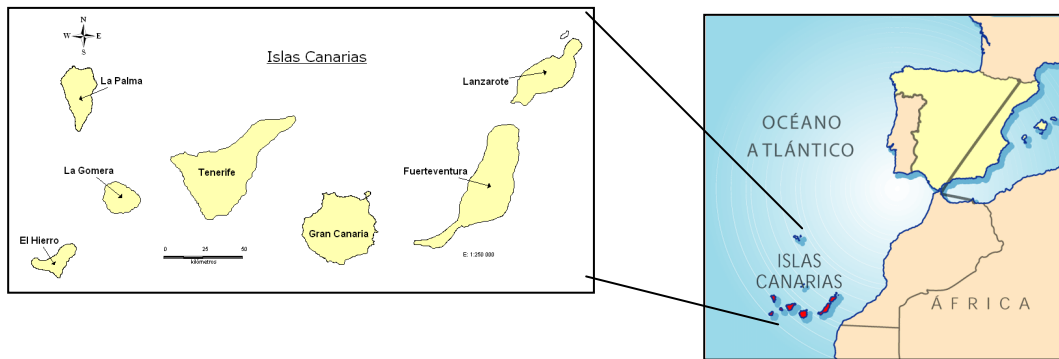


Figura 2: Evolución temporal de la Mortalidad Evitable (ME). Islas Canarias. 1981-2005.

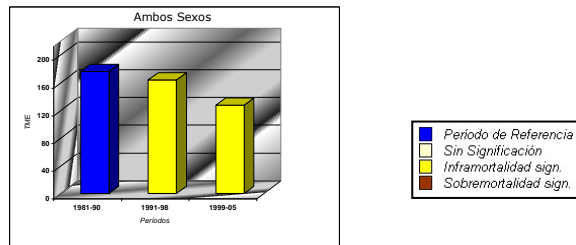
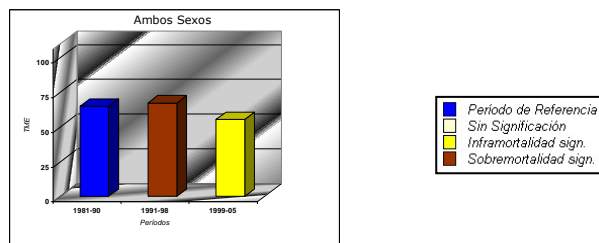


Figura 3: Evolución temporal de la ME por causas susceptibles de intervención por los servicios de asistencia sanitaria (ISAS). Islas Canarias. 1981-2005.



Figura 4: Evolución temporal de la ME por causas susceptibles de intervención por políticas sanitarias intersectoriales (IPSI). Islas Canarias. 1981-2005.



TME: Tasa de mortalidad estandarizada x 100 mil hab.

Fuente : INE-ISTAC. Elaboración propia.

Figura 5: Evolución temporal de la Mortalidad Evitable (ME). Ambos sexos. Áreas sanitarias de Canarias. 1981-2005.

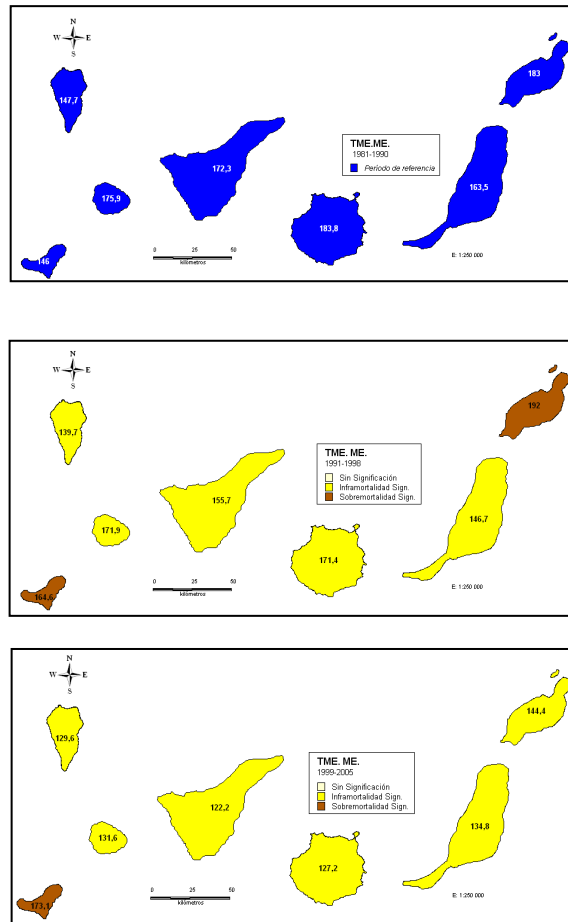


Figura 6: Evolución temporal de la ME por causas susceptibles de intervención por los servicios de asistencia sanitaria (ISAS). Ambos sexos. Áreas sanitarias de Canarias. 1981-2005.

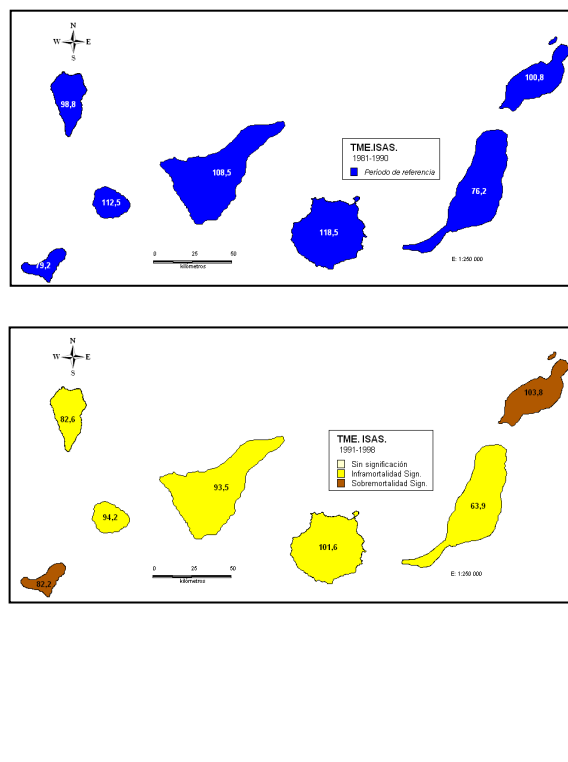


Figura 7: Evolución temporal de la ME por causas susceptibles de intervención por políticas sanitarias intersectoriales(IPSÍ). Ambos Sexos. Áreas sanitarias de Canarias. 1981-2005.

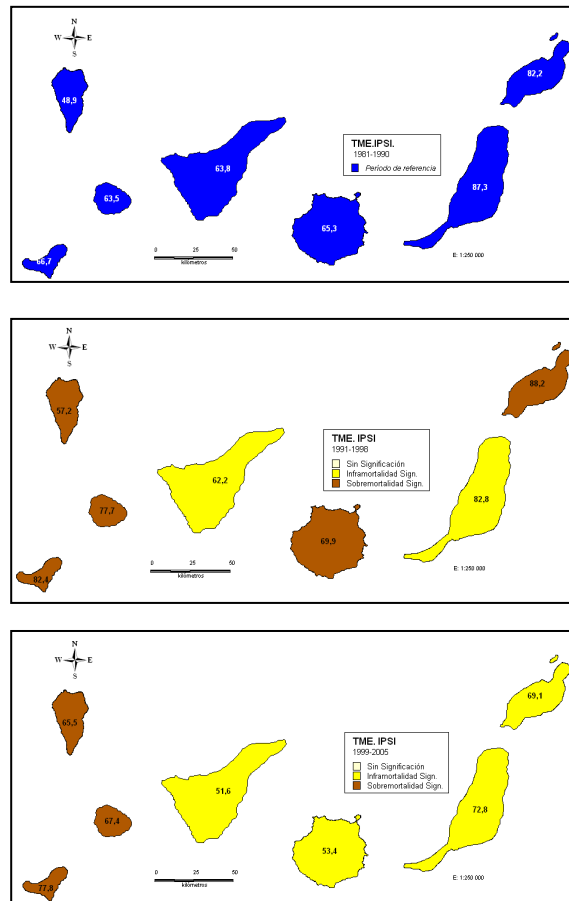
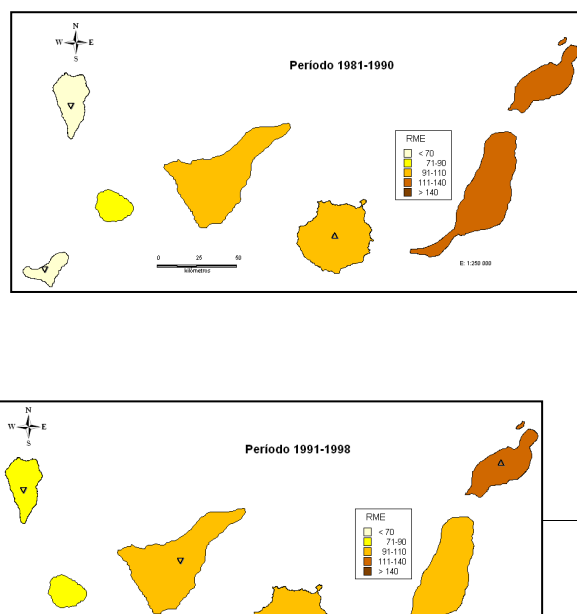


Figura 8: Distribución geográfica de la Mortalidad Evitable (ME). Ambos sexos. Áreas sanitarias de Canarias. 1981-2005.



Significación RME
 ▲ Mortalidad superior
 ▼ Mortalidad Inferior

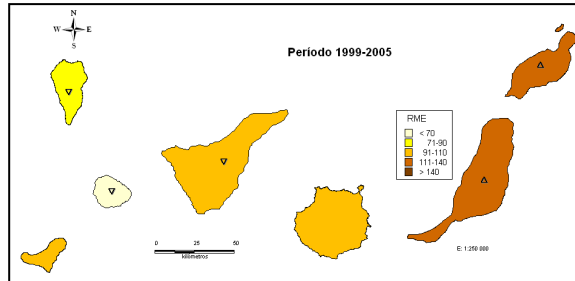
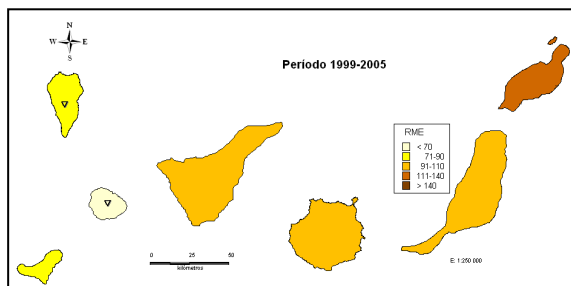
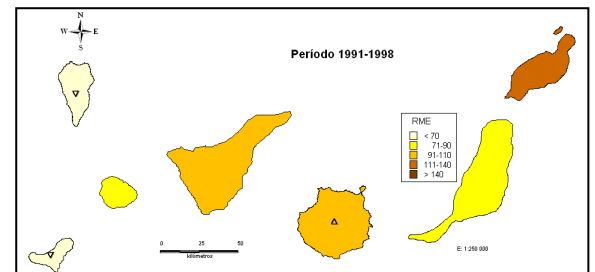
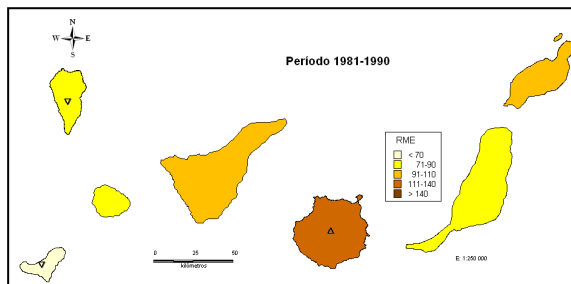
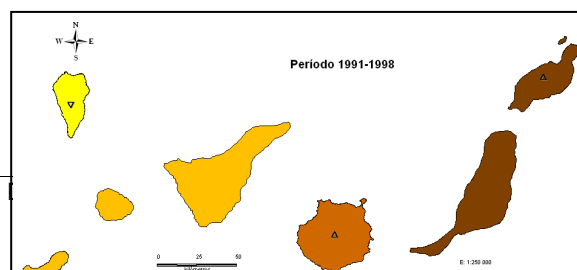
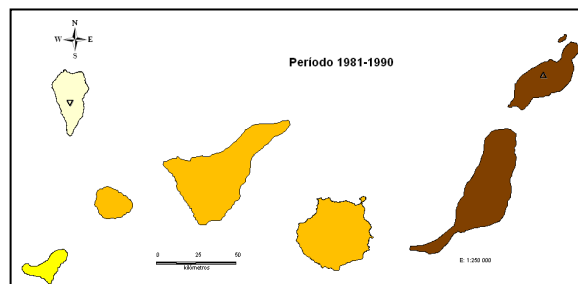


Figura 9: Distribución geográfica de la de la ME por causas susceptibles de intervención por los servicios de asistencia sanitaria (ISAS). Ambos sexos. Áreas sanitarias de Canarias. 1981-2005.

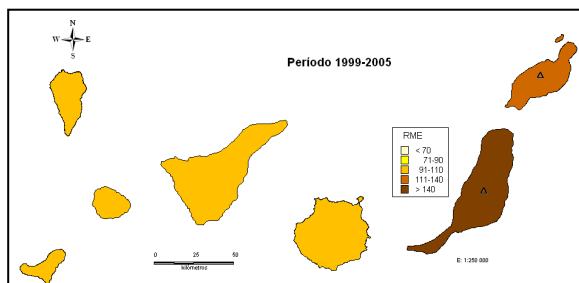


Significación RME
 ▲ Mortalidad superior
 ▼ Mortalidad Inferior

Figura 10: Distribución geográfica de la de la ME por causas susceptibles de intervención por políticas sanitarias intersectoriales (IPSI). Ambos Sexos. Áreas sanitarias de Canarias. 1981-2005.



Significación RME
 ▲ Mortalidad superior
 ▼ Mortalidad Inferior



ME: Tasa de mortalidad estandarizada x 100 mil hab.

Fuente : INE-ISTAC. Elaboración propia.

ANEXO

Lista de causas de mortalidad evitable

<u>Causa</u>	<u>Edad</u>	<u>Códigos CIE-9</u>	<u>Códigos CIE-10</u>
a) Causas suscep. de intervenc. por los servicios de asistencia sanitaria:			
Tuberculosis (incluye secuelas)	0-74	010-018, 137	A15-A19, B90
Cáncer de útero	15-74	179-180, 182	C53-C55
Enf. Hodgkin	0-74	201	C81
Enf. reumática Crónica del Corazón	0-74	393-398	I05-I09
Neumonía, IRA, Influenza	0-74	480-486, 460-466, 487	A48.1, J12-J18 ((exc. J18.2), J00-J06 (exc. J02.0, J03.0), J20-J22, J10-J11
Asma	5-49	493	J45-J46
Enf apéndice	0-74	540-543	K35-K38
Hernia abdominal	0-74	550-553	K40-K46
Colelitiasis/Colecistitis	0-74	574-575	K80-K82
Hipertensión	0-74	401-405	I10-I15
Enf. Cerebrovasculares	0-74	430-438	I60-I69, G45, F01.1
Mortalidad materna complicaciones del embarazo, parto y puerperio)	Todas las edades	630-676	O00-O99, A34
Enf. perinatal	Todas las edades	760-779	P00-96, A33
Cáncer de mama femenino	0-74	174	C50
Enf. Isquémica del corazón	35-74	410-414	I20-I25
Úlceras pépticas	0-74	531-534	K25-K28
Enf. vacunables	0-74	032-033, 037, 055-056, 072, 045, 070.0-070.3	A35-A37, A49.2, B05-B06, B26, B15-B16, A80, B16, B17.0, B18.0-B18.1
Anemias carenciales	0-74	280-281	D50-D53
Cáncer piel (melanoma y no melanoma)	0-74	172-173	C43-C44, C46.0, C46.9
Cáncer testículos	0-74	186	C62
Leucemia		204-208	C91-C95
Enf. tiroides	0-74	240-246	E00-E07
Diabetes mellitus		250	E10-E14
Hiperplasia benigna de próstata	0-74	600	N40
Anomalías Congénitas Cardiovasculares	0-74	745-746	Q20-Q28, I51.0
Incidentes adversos ocurridos durante la atenc. médica y quirúrgica	Todas las edades	E870-E879	Y60-Y84
b) Causas suscep. de intervenc. por políticas sanitarias intersectoriales:			
Cáncer tráquea, bronquios y pulmón	0-74	162	C33-C34
Enf. alcohólica hígado	15-74	571.0-571.3	K70.0-K70.4, K70.9
SIDA e infección VIH	Todas las edades	279.5-279.6, 042, 795.8,	B20-B24, R75
Accidentes de tránsito con vehículos a motor	Todas las edades	E810-E825	V02-V04, V09 (exc. V09.1 y V09.9), V12-V14, V19.0-V19.2, V19.4-V19.6, V20-V79, V80.3-V80.5, V81.0-V81.1, V82.0-V82.1, V83-V88 (exc. V88.9), V89 (exc. 89.1)
Suicidio	Todas las edades	E950-E959	X60-X84, Y87.0
Homicidio	Todas las edades	E960-E969	X85-Y09, Y87.1
Resto causas externas	Todas las edades	E800-E807, E826-E849, E850-E858, E860-E869, E880-E949, E970-E999	V01, V05-V06, V09.1, V09.9, V10-V11, V15-V18, V19.3, V19.8-V19.9, V80.0-V80.2, V80.6-V80.9, V81.2-V82.9, V88.9, V89.1, V90-V99, W00-W99, X00-X49, X50-X59, Y10-Y59, Y85-Y86, Y87.2, Y88-Y89, F10.0