

**Tendencias regionales  
de las causas de muerte en Murcia,  
1975-2002.**

**Efecto de la edad, el periodo de muerte  
y la cohorte de nacimiento**

**mor-  
tali-  
dad**

**Edita:**

Servicio de Epidemiología (Department of Epidemiology)  
Dirección General de Salud Pública (Murcia Public Health Authority)  
Consejería de Sanidad (Murcia Regional Health Council)  
Ronda de Levante, 11, 1ª planta  
E30008-Murcia, España  
Tel. (+34) 968 362039; Fax. (+34) 968 366656  
<http://www.murciasalud.es/>

**Cita recomendada:**

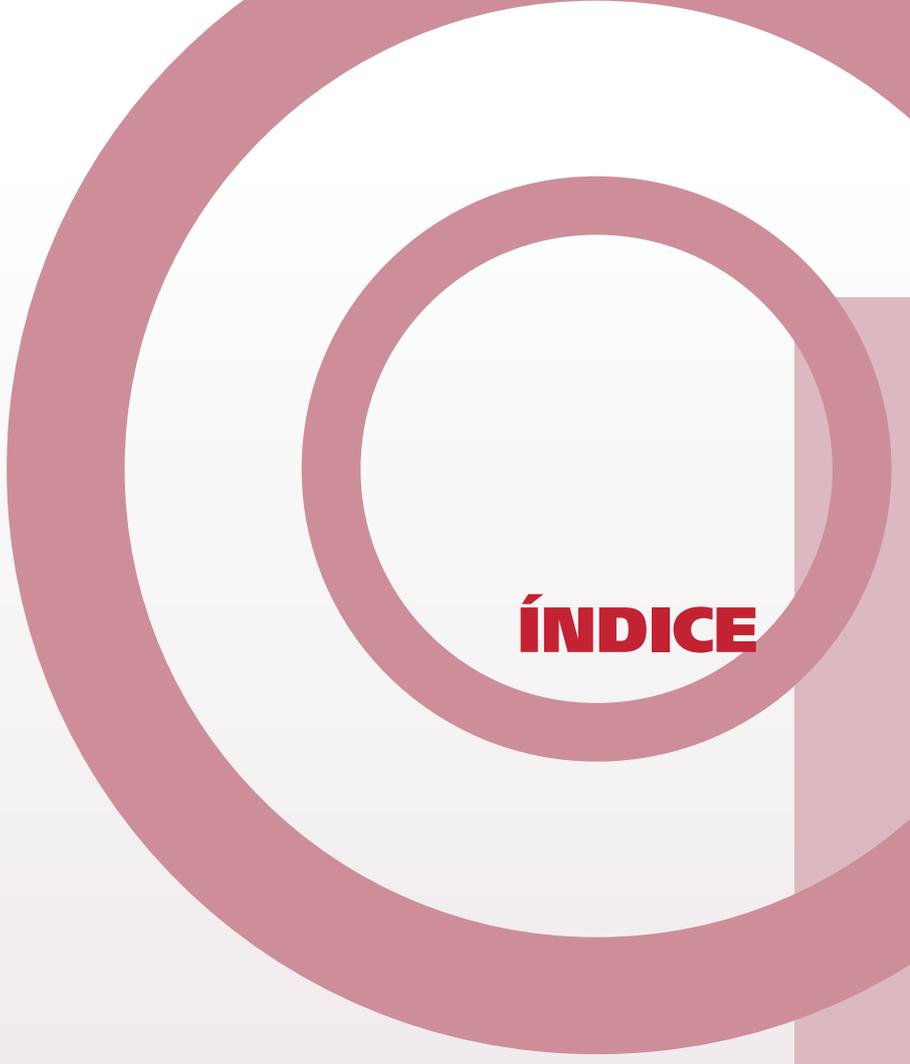
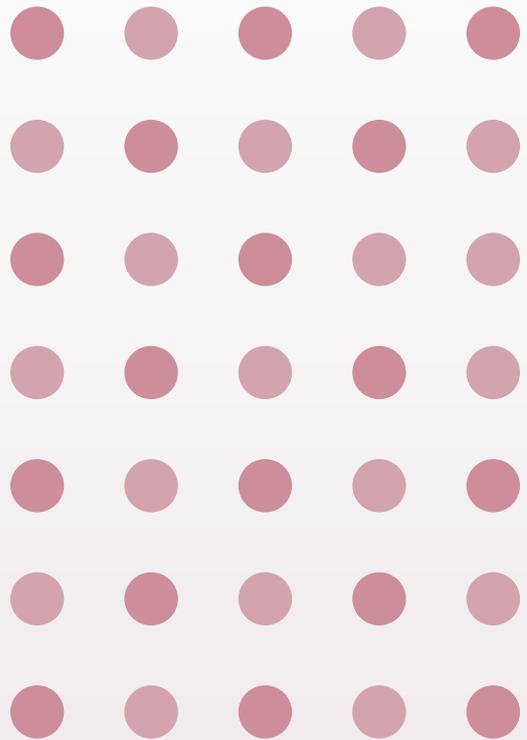
Lluís Cirera Suárez, Miguel Rodríguez Barranco, Mª Dolores Chirlaque López, Mª José Tormo Díaz, Ana García Fulgueiras, Carmen Navarro Sánchez et al. Tendencias regionales de las causas de muerte en Murcia, 1975-2002. Efecto de la edad, el periodo de muerte y la cohorte de nacimiento. Murcia: Consejería de Sanidad. Serie informes n° 38; 2005. [www.murciasalud.es](http://www.murciasalud.es)

Reciclado 100% sin cloro

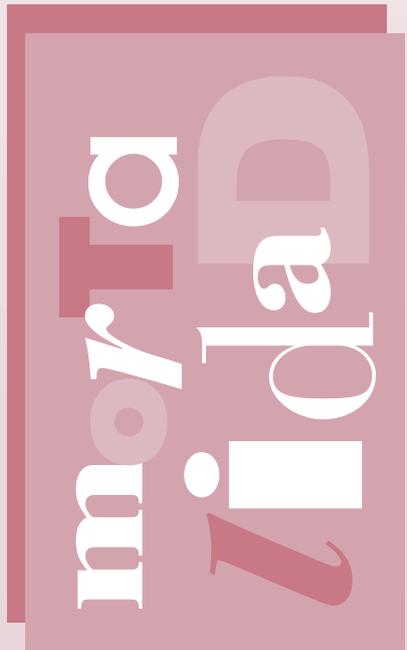
Fotocomposición e impresión: Compobell, S.L. Murcia

ISBN: 84-95393-64-6

Depósito Legal: MU-25-2006



# ÍNDICE





	Página
AGRADECIMIENTOS .....	9
RESUMEN .....	13
SUMMARY .....	15
INTRODUCCIÓN .....	19
MATERIAL Y MÉTODOS .....	23
Población .....	23
Defunciones .....	23
Clasificación Internacional de Enfermedades .....	23
Lista Reducida de Causas – Correspondencia entre CIE – Razones de Comparabilidad .....	23
Indicadores .....	24
Análisis estadístico .....	24
Presentación gráfica de las causas no analizadas .....	25
Presentación de las causas analizadas .....	25
RESULTADOS .....	29
Tuberculosis .....	29
Infección meningocócica .....	32
Hepatitis víricas .....	34
SIDA .....	36
Cáncer de labio, cavidad bucal y faringe .....	37
Cáncer de esófago .....	39
Cáncer de estómago .....	41
Cánceres de colon, recto y ano .....	44
Cáncer de páncreas .....	50
Cáncer de laringe .....	53
Cáncer de pulmón .....	56
Melanoma cutáneo .....	59
Cáncer de mama .....	61
Cánceres de útero .....	64
Cáncer de próstata .....	66
Cáncer de vejiga .....	68
Linfomas .....	70
Leucemias .....	73
Diabetes mellitus .....	75
Demencia pre/senil y Enfermedad de Alzheimer .....	78
Enfermedad isquémica del corazón .....	80
Enfermedad cerebrovascular .....	83
Gripe .....	86
Neumonía .....	89
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica .....	92
Asma .....	95

Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado .....	97
Accidentes de tráfico de vehículos a motor .....	100
Envenenamiento accidental .....	103
Suicidio .....	104
Homicidio .....	107
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>109</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>119</b>
ANEXO 1. Estimaciones intercensales cuatrianuales del INE para la provincia de Murcia por edad y sexo .....	121
ANEXO 2. Correspondencia y razones de comparabilidad entre CIE-10/9 y CIE8/9 .....	122
ANEXO 3. Causas que incluyen los códigos CIE-10 seleccionados .....	123
ANEXO 4. Codificación de las defunciones de SIDA en España .....	126
ANEXO 5. Población Estándar europea y mundial .....	128
<b>TABLAS .....</b>	<b>129</b>
TABLA 1. Defunciones de residentes murcianos fallecidos en España, por causa, periodo, grupo de edad y sexo, 1975-2002 .....	131
Tuberculosis y efectos tardíos .....	131
Tuberculosis respiratoria .....	132
Otras tuberculosis y secuelas .....	133
Infecciones meningocócicas .....	134
Hepatitis víricas .....	135
SIDA .....	136
Cáncer de labio, cavidad bucal y faringe .....	137
Cáncer de esófago .....	138
Cáncer de estómago .....	139
Cáncer de colon .....	140
Cáncer de recto, rectosigma y ano .....	141
Cáncer de páncreas .....	142
Cáncer de laringe .....	143
Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón .....	144
Melanoma cutáneo .....	145
Cáncer de mama .....	146
Cánceres de útero .....	147
Cáncer de próstata .....	147
Cáncer de vejiga .....	148
Linfomas .....	149
Leucemias .....	150
Diabetes mellitus .....	151
Demencia pre/senil - Enfermedad Alzheimer .....	152
Enfermedad isquémica del corazón .....	153
Enfermedad cerebrovascular .....	154
Gripe .....	155
Neumonía .....	156
EPOC (sin asma) .....	157

Asma .....	158
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado .....	159
Accidentes de tráfico de vehículos a motor .....	160
Envenenamiento accidental .....	161
Suicidio .....	162
Homicidio .....	163

TABLA 2. Tasas específicas, Tasas ajustadas por edad a la población estándar europea y mundial, Tasas ajustadas truncadas de 0-74 años por causa, periodo y sexo. Región de Murcia, 1975-2002 .....

164	
Tuberculosis y efectos tardíos .....	164
Tuberculosis respiratoria .....	165
Otras tuberculosis y secuelas .....	166
Infecciones meningocócicas .....	167
Hepatitis víricas .....	168
SIDA .....	169
Cáncer de labio, cavidad bucal y faringe .....	170
Cáncer de esófago .....	171
Cáncer de estómago .....	172
Cáncer de colon .....	173
Cáncer de recto, rectosigma y ano .....	174
Cáncer de páncreas .....	175
Cáncer de laringe .....	176
Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón .....	177
Melanoma cutáneo .....	178
Cáncer de mama .....	179
Cánceres de útero .....	180
Cáncer de próstata .....	180
Cáncer de vejiga .....	181
Linfomas .....	182
Leucemias .....	183
Diabetes mellitus .....	184
Demencia pre/senil - Enfermedad Alzheimer .....	185
Enfermedad isquémica del corazón .....	186
Enfermedad cerebrovascular .....	187
Gripe .....	188
Neumonía .....	189
EPOC (sin asma) .....	190
Asma .....	191
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado .....	192
Accidentes de tráfico de vehículos a motor .....	193
Envenenamiento accidental .....	194
Suicidio .....	195
Homicidio .....	196

TABLA 3. Tasas ajustadas truncadas de 0-34, 35-64 y  $\geq 65$  años ajustadas a la población estándar europea. Región de Murcia, 1975-2002 .....

197	
Tuberculosis y efectos tardíos .....	197

Tuberculosis respiratoria .....	197
Otras tuberculosis y secuelas .....	197
Infecciones meningocócicas .....	197
Hepatitis víricas .....	198
SIDA .....	198
Cáncer de labio, cavidad bucal y faringe .....	198
Cáncer de esófago .....	198
Cáncer de estómago .....	199
Cáncer de colon .....	199
Cáncer de recto, rectosigma y ano .....	199
Cáncer de páncreas .....	199
Cáncer de laringe .....	200
Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón .....	200
Melanoma cutáneo .....	200
Cáncer de mama .....	200
Cánceres de útero .....	201
Cáncer de próstata .....	201
Cáncer de vejiga .....	201
Linfomas .....	201
Leucemias .....	202
Diabetes mellitus .....	202
Demencia pre/senil - Enfermedad Alzheimer .....	202
Enfermedad isquémica del corazón .....	202
Enfermedad cerebrovascular .....	203
Gripe .....	203
Neumonía .....	203
EPOC (sin asma) .....	203
Asma .....	204
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado .....	204
Accidentes de tráfico de vehículos a motor .....	204
Envenenamiento accidental .....	204
Suicidio .....	205
Homicidio .....	205

TABLA 4. Tendencia relativa anual de la mortalidad según causa y sexo, ajustada por edad y periodo. Región de Murcia, 1975-2002 .....	206
---	-----

TABLA 5. Tendencia relativa anual (%), sexo y edad de las causas de muerte con análisis edad-periodo-cohorte. Región de Murcia, 1975-2002 .....	207
---	-----

## AGRADECIMIENTOS

A Olalla Cruz Mata en nombre del Centro Regional de Estadística de Murcia.

A Jesús Carrillo Prieto, asesor médico de Estadísticas Sanitarias del Instituto Nacional de Estadística.

A Paulino González Diego por la cesión de su tesis doctoral.

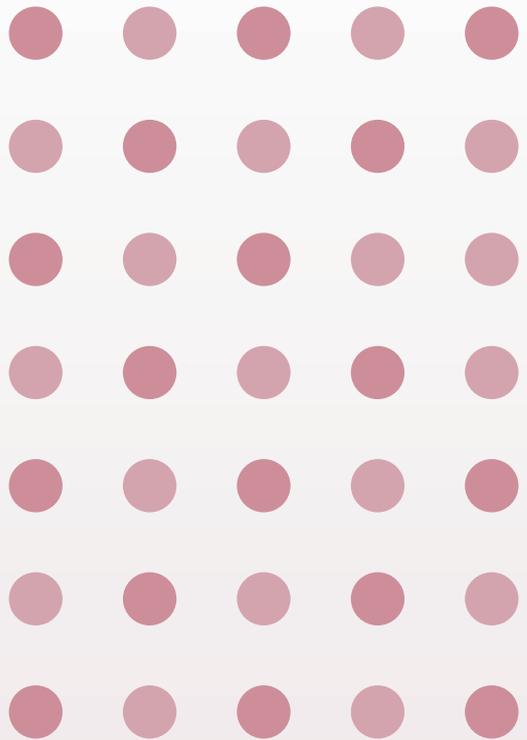
A Consuelo Martínez López y Emilia Madrigal de Torres del registro de mortalidad de Murcia por su ayuda en la elaboración del Anexo 2 y en las consultas sobre las revisiones de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

A M<sup>a</sup> Dolores Chirlaque López por las revisiones de los comentarios de los tipos de cáncer.

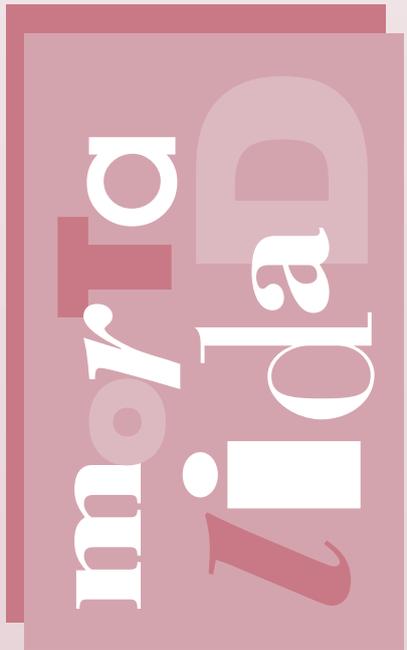
A Mariola Navarro Balibrea por las gestiones de edición de esta monografía.

El presente trabajo es fruto de la colaboración propiciada por la Red de Centros de Investigación en Epidemiología y Salud Pública (RECSP) de las Redes Temáticas de Investigación Cooperativa, y ha contado con financiación parcial (Red de Centros C03/09) del Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España.





# RESUMEN / SUMMARY





## RESUMEN

### **Tendencias regionales de causas de muerte en Murcia, 1975-2002. Efecto de la edad, el periodo de muerte y la cohorte de nacimiento.**

El análisis edad, periodo y cohorte nos permite complementar la información sobre tendencias temporales de mortalidad. El disponer de un largo periodo y de una técnica estadística más exacta, nos permite aclarar algunas dudas regionales, como saber si la tendencia por isquemia cardiaca se mantiene estable.

Con este informe pretendemos describir las tendencias de distintas causas de muerte según la edad al morir, el año de nacimiento y de defunción, y el sexo del fallecido.

Agrupamos la edad en quinquenios, los años de defunción en cuatrienios y seleccionamos determinadas causas de muerte por su relevancia sanitaria, junto con la disponibilidad de expertos para su comentario. El análisis edad-periodo-cohorte lo realizamos con una aplicación estadística del programa R elaborada por G. López-Abente y M. Pollán (Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer del Centro Nacional de Epidemiología, 2004). El resultado de la tendencia anual ajustada lo expresamos en porcentaje.

Desciende de forma importante la tendencia ajustada de la mortalidad en ambos sexos por

neumonías (-7,1% anual), asma (-5,2%), tuberculosis (-5,1%), suicidio -2,4%) y por accidentes de tráfico (-1,2%). En el hombre desciende de forma marcada la enfermedad cerebrovascular (-4,4%), el cáncer de estómago (-3,6%), la cirrosis hepática (-2,5%), el cáncer de laringe (-1,6%), la diabetes mellitus (-1,1%) y la enfermedad isquémica cardiaca (-1,0%). En la mujer disminuye significativamente la mortalidad por enfermedad cerebrovascular (-4,0%), los cánceres del útero (-2,8%), la diabetes (-2,6%), cirrosis hepática (-2,2%) y enfermedad isquémica cardiaca (-0,5%).

Aumenta la tendencia en ambos sexos en demencias (9,0% anual), linfomas (3,9%) y leucemias (1,1%). En los hombres se incrementa la mortalidad por el cáncer de colon (3,9%), EPOC (3,2%), cáncer de páncreas (1,8%), de la cavidad oral (1,7%), de pulmón (1,3%) y vejiga (1,2%). Mientras que en las mujeres la tendencia es positiva en EPOC (4,1%), cáncer de colon (1,7%), de recto-sigma-ano (1,5%) y de mama (1,1%).

Permanece estable la tendencia por cáncer de esófago, recto-sigma-ano y cáncer de próstata en hombres. Y en el cáncer de páncreas y de pulmón en las mujeres.

El sucesivo conocimiento de la prevalencia, incidencia y supervivencia poblacional de las entidades presentadas, aportará más y mejor información para explicar las funciones de mortalidad descritas en esta monografía.



## SUMMARY

### **Regional trends in causes of death in Murcia, 1975-2002. Effect of age, death period and birth cohort.**

The age-period-cohort analysis enables us to complement information on temporary trends in mortality. Having a long period and a more accurate statistical technique enables us to clarify certain doubts on a regional basis such as whether the trend for cardiac ischaemia remains stable.

The aim of this report is to report the trends in different causes of death according to age at death, year of birth and death, and sex of the deceased.

We divide age into five-year periods and year of death into four-year periods and select specific causes of death for their relevance to health, together with the availability of experts for their comments. The age-period-cohort analysis is done with statistical application of the R program produced by G. López-Abente and M. Pollán (Cancer and Environmental Epidemiology Area, National Center for Epidemiology, 2004). The result of the adjusted annual trend is expressed as a percentage.

The adjusted trend in mortality drops considerably in both sexes for pneumonia (−7.1% yearly),

asthma (−5.2%), tuberculosis (−5.1%), suicide (−2.4%) and road accidents (−1.2%). In men there is a notable decrease in cerebrovascular disease (−4.4%), stomach cancer (−3.6%), hepatic cirrhosis (−2.5%), laryngeal cancer (−1.6%), diabetes mellitus (−1.1%) and cardiac ischaemic disease (−1.0%). In women a significant decrease is noted in mortality from cerebrovascular disease (−4.0%), uterine cancer (−2.8%), diabetes (−2.6%), hepatic cirrhosis (−2.2%) and cardiac ischaemic disease (−0.5%).

There is an increased trend in both sexes for dementia (9.0% yearly), lymphomas (3.9%) and leukaemia (1.1%). In men there is an increase in mortality from colonic cancer (3.9%), COPD (3.2%), pancreatic cancer (1.8%), and oral (1.7%), lung (1.3%) and bladder cancer (1.2%), whereas in woman the trend is positive for COPD (4.1%), colonic cancer (1.7%), rectosigmoidal-anal cancer (1.5%) and breast cancer (1.1%).

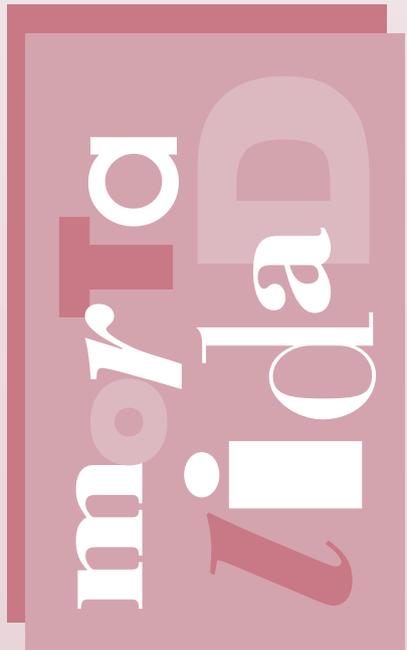
The trend for oesophageal, rectosigmoidal-anal and prostate cancer remains stable in men, as does the trend for pancreatic and lung cancer in woman.

Further knowledge of the prevalence, incidence and populational survival of the entities presented will give greater and better information for explaining the functions of mortality reported in this paper.





# INTRODUCCIÓN





## INTRODUCCIÓN

Este trabajo que presentamos se enmarca en la continuación de los estudios territoriales según el método de análisis estadístico que pretende ajustar simultáneamente por la edad al morir, el año de la defunción y el año de la cohorte de nacimiento de la persona fallecida. De entrada queremos advertir al lector que la metodología es común a las publicaciones de Gonzalo López-Abente y su equipo, con aportaciones propias en su aplicación al estudio de las tendencias de mortalidad por causas de los habitantes de la Comunidad de Murcia.

El estudio clásico de la evolución de la incidencia y mortalidad mediante el cálculo de indicadores sumarios como las tasas ajustadas por edad y sexo, si bien tiene la ventaja de la simplicidad, sufre de limitaciones significativas; importantes detalles de las tendencias pueden perderse ya que la tasa ajustada es una media ponderada que se desplaza hacia los grupos de mayor edad, reflejando principalmente el patrón de evolución de estos grupos<sup>1,2</sup>. Las tasas ajustadas por edad en general describen la incidencia y mortalidad de los viejos, ignorando implícitamente los efectos en los grupos de edad más jóvenes. Si lo que queremos es identificar el patrón de cambio futuro debemos prestar más atención a estos grupos de edad. En consecuencia, las tasas específicas por grupos de edad deben ser un componente central del estudio. El efecto cohorte es un factor importante para comprender las tendencias de muchas enfermedades, no siendo aconsejable el uso de métodos que lo ignoren sistemáticamente<sup>3</sup>.

Una aproximación inicial al análisis de las tendencias temporales que permite identificar la información contenida en los datos de incidencia y mortalidad es una adecuada exploración visual mediante técnicas gráficas, que en algunas ocasiones ayuda a identificar relaciones no evidentes con técnicas más formales. Existen diferentes modelos gráficos para el análisis de las tasas<sup>4,5</sup>, algunos ya clásicos, como los gráficos que muestran la evolución de las tasas específicas por cohortes de nacimiento<sup>4</sup>.

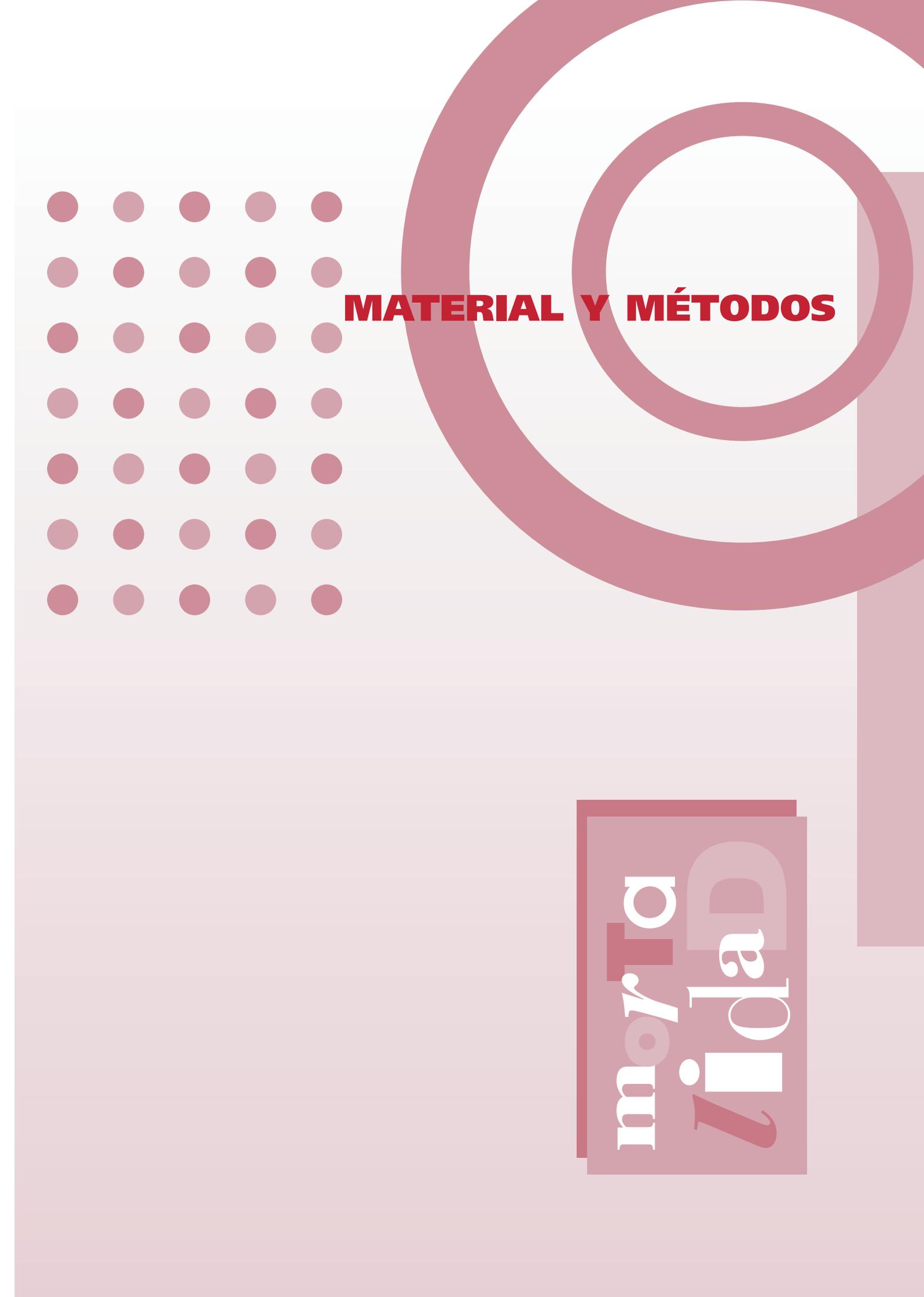
La edad tiene un papel fundamental en la etiología de la mayoría de las enfermedades. El efecto de la edad representa el cambio en las tasas asociado a la edad cronológica. Este efecto siempre es relevante. La edad está fuertemente asociada a la aparición de enfermedades crónicas, así como a las exposiciones que son factores causales de las mismas.

La variabilidad asociada al periodo de incidencia o defunción está relacionada fundamentalmente con factores determinantes de la incidencia o mortalidad que afectan a grupos etarios simultáneamente. El efecto periodo o efecto calendario representa las variaciones observadas en las tasas debidas a factores que se localizan en un momento específico en el tiempo o a lo largo de un periodo de tiempo y que influyen de forma simultánea a todos los grupos de edad de una población o a una parte significativa de la misma. Así, cuando se introducen nuevas técnicas diagnósticas o se producen cambios en los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades podemos encontrar incrementos ficticios en las tasas que afectan a todos los grupos de edad. Alternativamente, un suceso como la exposición a las radiaciones ionizantes provocada por la explosión de la bomba de Hiroshima conlleva un incremento real de las tasas de tumores que afecta igualmente a todos los grupos de edad. Existen, además, elementos que afectan a la mortalidad por cáncer en un corto periodo de tiempo y a todos los grupos de edad; es el caso de las mejoras terapéuticas que conllevan un aumento de la supervivencia en algunos tumores. Estos fenómenos, que se manifiestan como alteraciones en las tendencias asociadas al año de diagnóstico o fallecimiento evidencian el interés del análisis del efecto periodo<sup>3,6</sup>.

El efecto cohorte se asocia a factores que afectan a una generación y provoca cambios en las tasas de magnitud diferente en sucesivos grupos de edad y en sucesivos periodos. Una cohorte es cualquier grupo humano definido por haber experimentado cierto acontecimiento en un mismo periodo de tiempo. Un caso específico de cohorte es la de nacimientos, es decir, la que constituyen las personas nacidas durante un mismo intervalo de tiempo (generalmente un año). A este tipo de

cohorte se la llama, en demografía, generación. La cohorte de nacimiento, clasifica a los individuos de acuerdo con la generación a la que pertenecen. La cohorte de nacimiento es una visión de la interacción de la edad y el periodo.

Objetivo: describir la tendencia en el ámbito regional de distintas causas de muerte según edad, generación y periodo de defunción de 1975 a 2002.



# MATERIAL Y MÉTODOS

morTa  
vida



## MATERIAL Y MÉTODOS

Autores: Lluís Cirera Suárez y Miguel Rodríguez Barranco

### Población

Hemos utilizado las estimaciones intercensales anuales por grupos de edad y sexo de la población a 1 de julio del Instituto Nacional de Estadística (INE)<sup>7</sup> para la región de Murcia por cuatrienios (anexo 1). Se han escogido siete periodos: 1975-1978, 1979-1982, 1983-1986, 1987-1990, 1991-1994, 1995-1998, y 1999-2002.

### Defunciones

Los datos primarios provienen de la cesión agregada del Centro Regional de Estadística de Murcia (CREM) con fines estadísticos, de los residentes murcianos fallecidos en España (tabla 1). Cuando procede se han aplicado los coeficientes de comparabilidad para obtener el número de casos corregido según el periodo de vigencia de la correspondiente revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

### Clasificación Internacional de Enfermedades

En mortalidad se aplica en España la CIE-8 hasta el año 1979, la CIE-9 de 1980 a 1998, y la CIE-10 desde 1999<sup>8</sup>. Esto quiere decir que existen cambios de revisión en el segundo año del segundo periodo y el segundo año del último periodo.

### Lista Reducida de Causas - Correspondencia entre CIE – Razones de Comparabilidad

Partiendo de la lista de causas seleccionadas del INE<sup>9</sup> y las variantes de Murcia<sup>10</sup> en CIE-10<sup>11</sup> y en CIE-8<sup>12</sup>, buscamos la existencia de correspondencias de los códigos con la CIE-9<sup>13</sup>, incluyendo las entidades de mayor magnitud, relevancia y validez<sup>14,15</sup> (anexo 2). Entre las causas de la lista hemos agrupado los cánceres del útero por mejorar su validez; a los linfomas, la enfermedad de Hodgkin y no Hodgkin, y a los trastornos orgánicos senil y presenil y el Alzheimer, en la rúbrica Demencia pre/senil - Enfermedad Alzheimer. Excluimos de la lista a las insuficiencias cardíaca y

respiratoria, por ser en nuestro ámbito entidades inespecíficas, e incluso mal definidas en la CIE-9. No hemos incorporado el infarto agudo de miocardio (IAM) y sí la enfermedad isquémica del corazón (EIC) por la infradeclaración en la certificación médica del IAM, y por ser más sensible la EIC para la detección del IAM. Hemos preferido incluir el envenenamiento accidental y no la rúbrica más acotada de envenenamiento accidental por psicofármacos y drogas de abuso, porque el análisis se reduciría a los códigos CIE-9, E850.0 (envenenamiento accidental por opiáceos y narcóticos análogos) y E850.8 (envenenamiento accidental por otros analgésicos, antipiréticos o anti-reumáticos) y quizá con la ampliación a E855.2 (anestésicos locales, que incluye a la cocaína), y también por el escaso número de fallecimientos debidos a estas entidades.

### Razones de Comparabilidad

Las razones de comparabilidad utilizadas provienen del Estudio español COMPARA<sup>16</sup> entre CIE-10/9, de los informes oficiales de los EE.UU. para el cambio de CIE-8/9<sup>17</sup> y de CIE-10/9 para el desglose de la tuberculosis<sup>18</sup>. En cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado usamos la razón obtenida en la lista reducida INE<sup>16</sup>. En linfomas calculamos la razón de comparabilidad con los datos COMPARA. En EPOC (sin asma) aplicamos la razón de enfisema por ser mayor que la de bronquitis y causa originaria de EPOC. A la vez que mencionamos que la razón de comparabilidad CIE-8/9 puede sobrepresentar (algo) al cáncer de vejiga al englobar en CIE-8 al código 189 a otros órganos urinarios y los no especificados. Y en los accidentes de tráfico al englobar tanto a las víctimas de los accidentes de vehículos a motor, sean o no de tráfico. Tampoco ajustamos por los coeficientes de comparabilidad en aquellas rúbricas en los que los límites del intervalo de confianza no fuesen estadísticamente significativos (de signo positivo a negativo o viceversa) de la CIE-8/9, e incluimos todos los coeficientes de la CIE-10/9. Además hay que tener presente que el coeficiente de comparación CIE-8/9 para tuberculosis y sus efectos tardíos, no incluye los efectos tardíos. En el anexo 3 se enumeran los literales de la CIE-10 de las patologías incluidas en las causas de muerte seleccionadas. Además se añade en el

anexo 4 los prolegómenos de la introducción en la codificación del SIDA en España.

Los epígrafes se citan en singular en tanto que concepto de causa de muerte. En algunos literales se ha reducido la longitud de la denominación de la CIE, intentando mantener su comprensión; así cáncer por neoplasia maligna, o cáncer de pulmón por cáncer de tráquea, bronquios y pulmón; y en el caso de SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) y EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), utilizamos siglas por ser de uso y aceptación médica.

## Indicadores

*Recuento de casos por causa para cada periodo calendario, grupo de edad y sexo (tabla 1).*

$$\text{Casos}_{\text{causa\_específica}} = d_i$$

*Tasas específicas por causa para cada periodo calendario, grupo de edad y sexo (tabla 2).*

$$\text{Tasa}_{\text{específica}} = \frac{d_i}{p_i} \cdot 10^5$$

*Tasas ajustadas por edad a la población estándar europea y mundial (tabla 2).*

Utilizamos el método directo de ajuste por edad según la distribución de los grupos de edad de la población estándar europea y mundial (anexo 3)<sup>19,20</sup>.

$$\text{Tasa}_{\text{ajustada}} = \sum_{i=1}^k \frac{d_i}{p_i} w_{ei} \cdot 10^5$$

*Tasas ajustadas truncadas de 0-34, 35-64, ≥ 65 años ajustadas a la población estándar europea (tabla 3).*

$$\text{Tasa}_{\text{ajustada\_truncada}} = \sum_{i=1}^k \frac{d_i}{p_i} w_{ei} \cdot 10^5$$

*Tasa acumulada de 0-74 años por causa, periodo calendario y sexo (tabla 2).*

*Se interpreta como una aproximación al riesgo acumulado de morir por una causa hasta el límite*

*de edad escogido, o como una tasa ajustada por el método directo a una población del mismo número de defunciones en cada grupo de edad<sup>21</sup>.*

$$\text{Tasa}_{\text{acumulada}} = r_i \cdot \sum_{i=1}^k \frac{d_i}{p_i} \cdot 10^2$$

Donde:

k = nº de grupos de edad.

d<sub>i</sub> = defunciones observadas en el grupo de edad i de la población a estudio.

P<sub>i</sub> = población en el grupo de edad i de la población a estudio.

w<sub>ei</sub> = razón entre la población en el grupo de edad i y el total de la población estándar.

r<sub>i</sub> = amplitud del grupo de edad i.

## Análisis estadístico

Los análisis se han realizado mediante la biblioteca de funciones "apc"

para el paquete estadístico R<sup>22</sup>. Estas funciones han sido proporcionadas por el Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer del Centro Nacional de Epidemiología (G. López-Abente y M. Pollán, 2004) y son las utilizadas en la publicación en la que se basa este trabajo<sup>23</sup> con ligeras modificaciones.

En las representaciones gráficas de los efectos cohorte y periodo representamos las soluciones de Osmond-Gardner (línea azul) y Decarli (línea roja), y en forma de sombra, el espacio determinado entre las dos líneas. Los valores extremos de los efectos cohorte (la cohorte más vieja y la más joven) están estimados con una celda de la matriz, y que pueden corresponder a pocos casos (tabla 1). Por tanto, los cambios bruscos en los extremos de los efectos cohorte no deben ser tenidos en consideración. Cuando la función de Decarli y La Vecchia es opuesta a la solución de Osmond y Gardner no la representamos gráfica-

mente (p. ej. en el cáncer de mama en mujeres de 45 y más años, o en la Demencia-Alzheimer).

### **Presentación gráfica de las causas no analizadas**

Cuando al agrupar la suma de las defunciones en hombres y mujeres no se cumplen los criterios de análisis estadístico, se presentan las gráficas por sexo de las tasas ajustadas a la población europea estándar por 100.000 habitantes. El rango de ordenadas varía según el sexo y el grupo de causas. Así, y en general, las tasas estándar van de 0,0 a 80 en hombres y mujeres, con las excepciones del cáncer, con una amplitud de 0 a 80 para el sexo masculino y de 0 a 30 para el femenino, de las enfermedades infecciosas que van de 0,0 a 30 en ambos sexos y en las enfermedades cardiovasculares, con el límite superior en 180 en ambos sexos.

### **Presentación de las causas analizadas**

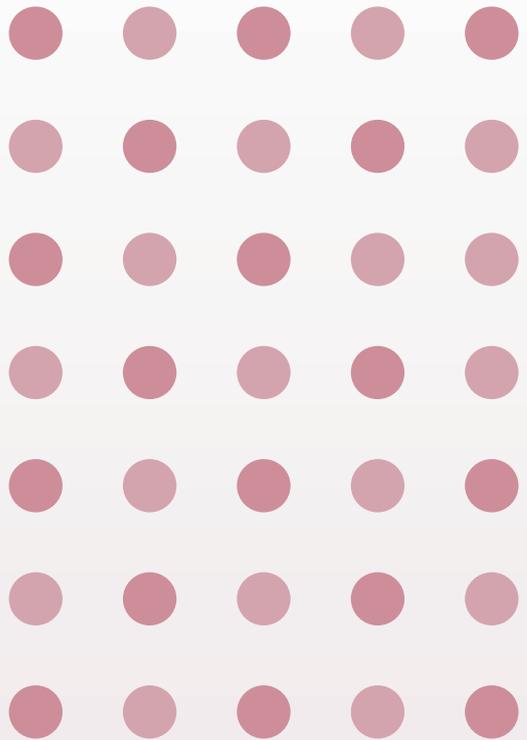
Para cada causa seleccionada y sexo se presentan una tabla y cinco gráficos. La tabla corresponde a las deviancias (lejanías) de los modelos, junto con el cambio neto obtenido de un modelo que contiene los grupos de edad seleccionados. En el primero de los gráficos se muestran las tasas ajustadas a la población europea estándar por sexo y periodo calendario con el mismo criterio de representación gráfica que en las causas no analizadas estadísticamente. En el segundo gráfico, se representan las tasas específicas por edad frente al año central de nacimiento de la generación a que pertenecen, uniendo con una línea las tasas correspondientes a un mismo grupo de edad, en la que en su extremo derecho se especifica el gru-

po de edad. La percepción por este método difiere de la aproximación clásica de las tasas ajustadas. El tercer gráfico corresponde al efecto edad, representado en escala logarítmica y puede ser interpretado en términos de tasa por 1.000.000 de personas-año. La estimación está ajustada por los efectos periodo y cohorte. El cuarto gráfico presenta dos partes referidas a años calendario. La de la izquierda corresponde al efecto cohorte y la de la derecha al año de defunción que llamamos efecto periodo. Ambos efectos están promediados a la unidad y se representan utilizando una escala semilogarítmica. Estos efectos pueden ser interpretados como Riesgos Relativos tomando como referencia la media ponderada de todos los efectos cohorte o periodo.

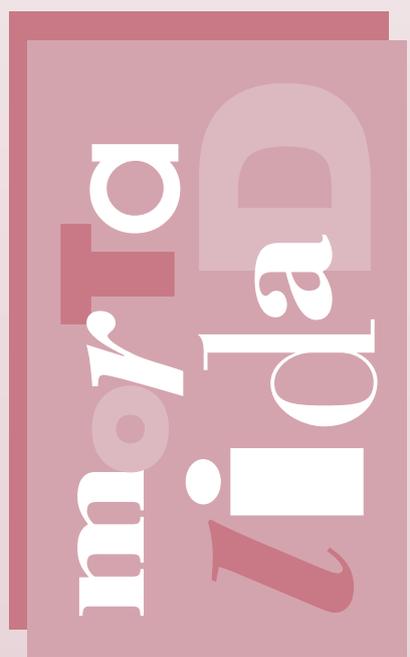
Con cada causa de muerte se incluye en la versión definitiva, un comentario de resultados sobre la interpretación de las tendencias y con aportaciones para su discusión de factores de riesgo, incidencia, supervivencia, y su comparación con España.

Además presentamos al final de la monografía, las tablas de los indicadores y de la tendencia relativa anual por causa y sexo (tabla 4). Se calcula con todos los grupos de edad por lo que el resultado difiere del cambio neto y se obtiene el Riesgo Relativo y su intervalo de confianza al 95% a partir del coeficiente del periodo y su error estándar, ambos corregidos al cambio en un año. Además incluimos una tabla resumen de las tendencias anuales de las causas analizadas según el método edad-periodo-cohorte, indicando sexo y rango de los grupos de edad seleccionados (tabla 5).





# RESULTADOS





## RESULTADOS

### TUBERCULOSIS

Autores: Fernando Galvañ Olivares y Carmen Santiuste de Pablos

En este apartado, bajo el epígrafe Tuberculosis y efector tardíos se incluye la mortalidad por tuberculosis respiratoria, por tuberculosis en otras localizaciones y las defunciones atribuidas a efectos tardíos de tuberculosis.

En la evolución de la mortalidad por tuberculosis en Murcia desde 1975 hasta 2002 se observa un descenso importante a lo largo de todo el periodo (excepto en el intervalo 1987-90) tanto en hombres como en mujeres. Esta disminución global se corresponde sobre todo con una reducción en el número de muertes por tuberculosis respiratoria, mientras que el número de defunciones debidas a tuberculosis extrarrespiratoria se mantiene prácticamente estable.

Durante todo el periodo de estudio la mortalidad global fue mayor en hombres que en mujeres. Si consideramos sólo los casos debidos a tuberculosis respiratoria, la mortalidad masculina fue el triple de la femenina hasta el año 1995, a partir de este año la mortalidad en hombres es el doble que en mujeres. La mortalidad por tuberculosis extrarrespiratoria ha sido similar para ambos sexos a lo largo de todo el periodo de estudio.

Esta evolución de la mortalidad por tuberculosis respiratoria y extrarrespiratoria coincide con la descrita en España por el Centro Nacional de Epidemiología para el mismo periodo<sup>24</sup>.

Las tasas de incidencia por 100.000 habitantes para la tuberculosis respiratoria calculadas con los datos procedentes del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria muestran en España un aumento hasta el año 1986 (35,60 casos por 100.000 hab.), seguido de un descenso hasta 1991 en que el número de casos vuelve a aumentar y se mantiene alrededor del 22-24 por 100.000 hasta el año 1996 en que se inicia una disminución paulatina que se mantiene hasta el 2002<sup>24,25,26,27</sup>. Durante todo el periodo se mantiene constante un mayor porcentaje de casos de tuberculosis

respiratoria en hombres (67%) que en mujeres (33%)<sup>24,27</sup>, lo que explicaría en gran parte la mayor mortalidad por tuberculosis respiratoria en hombres mencionada anteriormente.

Las tasas de incidencia en Murcia para tuberculosis respiratoria son inferiores a la media nacional durante todo el periodo, aunque muestran también un ascenso hasta el año 1986 en que la tasa se estabiliza en torno a 20 casos por 100.000 habitantes<sup>25</sup>, observándose un descenso paulatino a partir de 1997<sup>26</sup>.

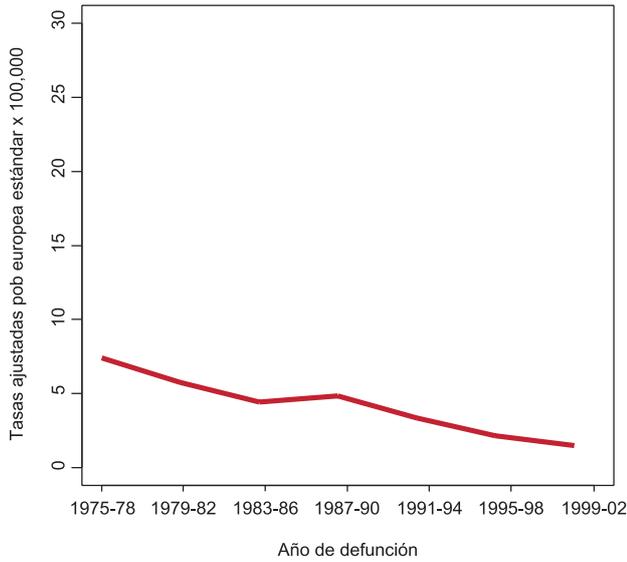
Al valorar la incidencia por tuberculosis basándose exclusivamente en los casos del sistema EDO hay que tener en cuenta que, como en otras enfermedades diagnosticadas en un elevado porcentaje en atención especializada y cuya notificación obligatoria no es urgente, la incidencia observada se considera infraestimada por la subnotificación de algunos hospitales. Así, el Proyecto Multicéntrico de Investigación sobre Tuberculosis (PMIT) que se llevó a cabo entre 1996 y 1997 reveló una tasa de incidencia de 38,50 por 100.000 hab. para España y de 29,00 para Murcia<sup>28</sup>.

La tendencia relativa anual de la mortalidad ajustada por edad y periodo (tabla 4) confirma lo que se apreciaba al ver los datos absolutos: un descenso anual significativo de la mortalidad por tuberculosis (-5,9% en hombres y -5,2% en mujeres), más acusado si consideramos sólo la mortalidad por tuberculosis respiratoria (-7,1% en hombres y -7,5% en mujeres), mientras que para tuberculosis en otras localizaciones el porcentaje de cambio es muy inferior y no es estadísticamente significativo.

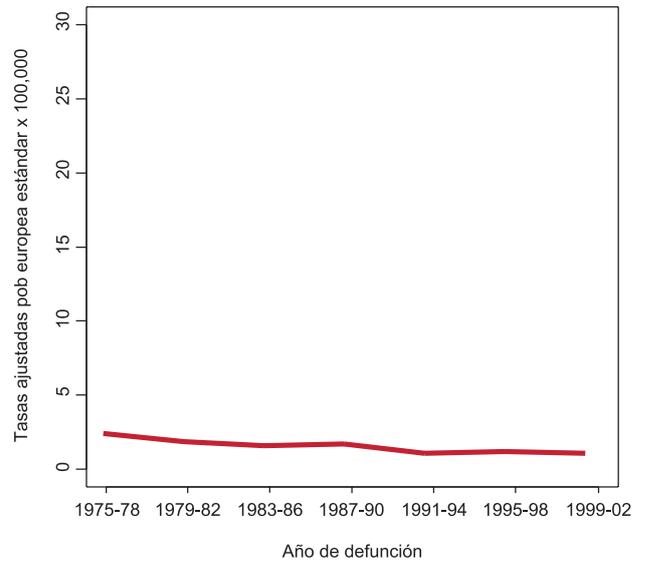
Al estudiar la mortalidad por tuberculosis y grupos de edad se observa que las tasas más elevadas aparecen a partir de los 65 años. El pequeño número de casos hace que sólo se haya podido realizar el análisis mediante los modelos edad-período-cohorte para el total de tuberculosis y sumando ambos sexos.

El efecto edad en ambos sexos para el grupo de 65-80 años muestra un aumento exponencial de la mortalidad con la edad. No se aprecia un efecto periodo claro y el efecto cohorte presenta ma-

### Tuberculosis - efectos tardíos. Hombres

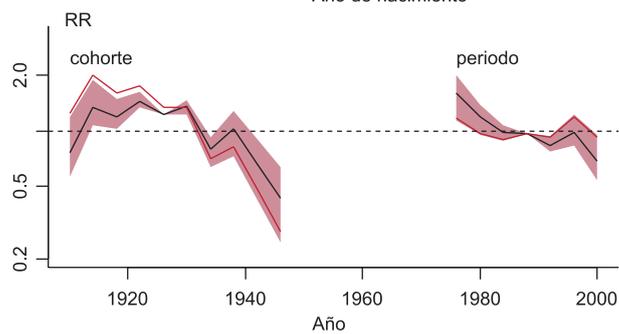
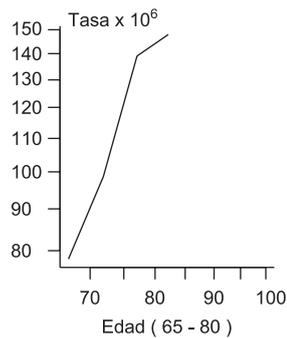
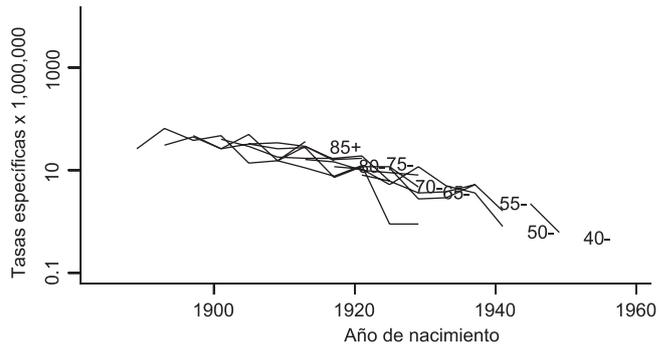


### Tuberculosis - efectos tardíos. Mujeres



### Tuberculosis - efectos tardíos. Ambos sexos

Modelo	GL	Deviance
edad	24	82.7
edad+drift	23	29.3
edad + per	18	25.9
edad + coh	15	17.3
edad + per + coh	10	13.8
cambio neto	-5.062 % por año	



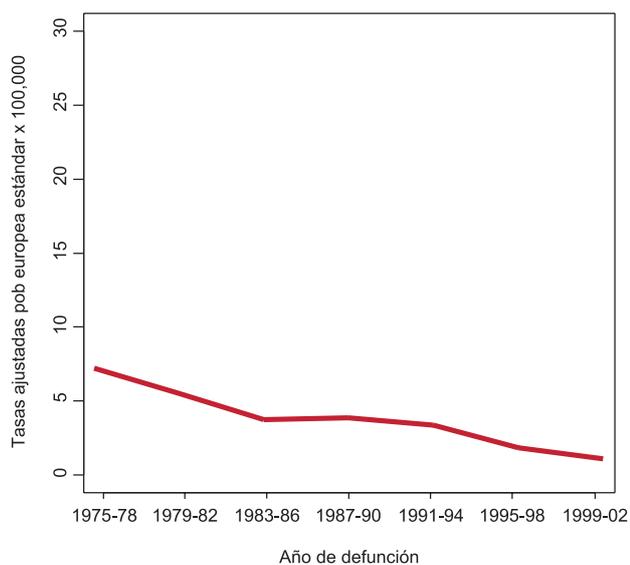
yor riesgo de muerte en las generaciones de 1910 a 1930.

La tendencia global ajustada muestra un descenso en la mortalidad del 5,1% para ambos sexos. Este descenso de la mortalidad puede ser atribuido a varios factores, entre ellos la mejora de

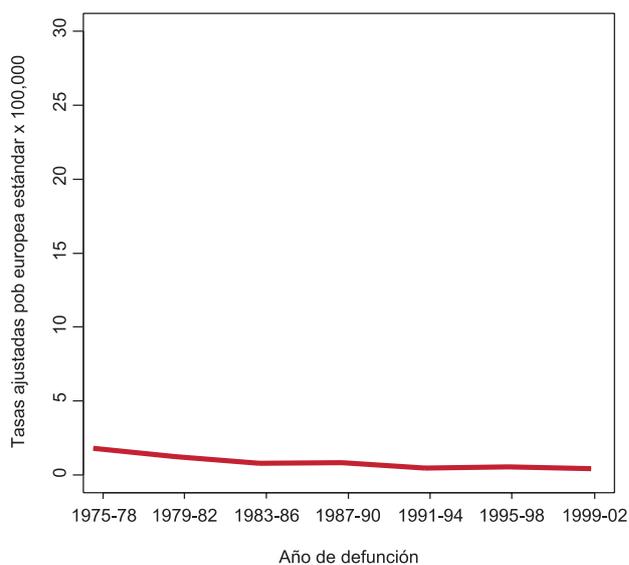
los tratamientos, la disminución en el número de casos y, en parte, a los esfuerzos realizados a través de los Programas de Prevención y Control de la Tuberculosis.

El riesgo de padecer tuberculosis depende en gran parte del estado inmunitario del individuo,

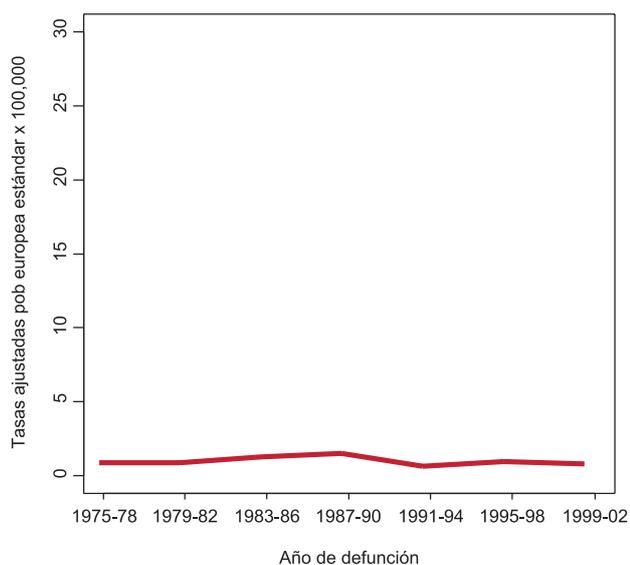
### Tuberculosis respiratoria. Hombres



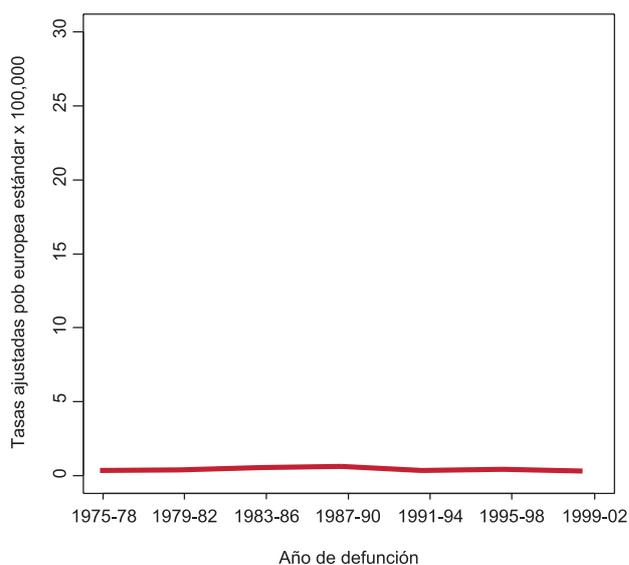
### Tuberculosis respiratoria. Mujeres



### Otras tuberculosis y secuelas. Hombres



### Otras tuberculosis y secuelas. Mujeres



por lo que no podemos dejar de mencionar a las personas infectadas por el VIH, que se considera el principal factor de riesgo para desarrollar esta enfermedad. Al igual que con la tuberculosis, España ocupa el segundo lugar en tasas de incidencia de SIDA dentro de la Europa Occidental, detrás de Portugal<sup>24</sup>. El impacto de la aparición del SIDA modificando la tendencia decreciente y el aumento de la mortalidad en grupos más jóvenes

descritos a nivel nacional<sup>29,30</sup> no se ha podido apreciar en nuestra serie. Por último, es importante mencionar el incremento de casos de tuberculosis en población inmigrante en nuestra región durante los últimos años, llegando a constituir el 36,7% de los casos diagnosticados en el año 2002, aunque al tratarse de población joven, en edad productiva, ha tenido poco impacto en las tasas de mortalidad específica por tuberculosis.

## INFECCIÓN MENINGOCÓCICA

Autoras: Visitación García Ortúzar y Ana García Fulgueiras

La Infección Meningocócica incluye principalmente la Enfermedad Meningocócica (EM), una causa poco frecuente de muerte, siendo responsable en la Región de Murcia de 1 a 5 defunciones al año, en los últimos 10 años<sup>31</sup>. En el año 2002 se registraron tres fallecimientos, todos hombres, por esta causa<sup>31</sup>. Las tasas anuales ajustadas por edad a la población europea estándar fueron de 0,31 fallecidos por cada 100.000 hombres y 0,15 fallecidas por 100.000 mujeres para el periodo 1999-2002, cifras similares a las descritas para España en la temporada 01-02, de 0,33 casos por 100.000 habitantes<sup>32</sup>.

Esta enfermedad bacteriana está producida por *Neisseria Meningitidis*, diplococo Gram negativo, y cursa fundamentalmente como meningitis y/o sepsis. De los casos declarados a la red regional de vigilancia epidemiológica en la temporada 2001-02, el 48% cursaron con meningitis, 45% con sepsis y 7% con ambas. Se transmite por contacto directo con las secreciones nasofaríngeas de portadores sanos o de enfermos. La EM tiene en la actualidad un pronóstico más favorable que hace unas décadas, sobre todo con la instauración precoz de tratamiento antibiótico adecuado, pero puede presentar un curso fulminante, por lo que crea una importante alarma social ya que afecta más a niños y jóvenes y presenta una letalidad considerable (letalidad media de 8,4% en la Región de 1995 a 2002).

La tendencia secular de incidencia de EM en España se ha caracterizado por presentar ciclos epidémicos multianuales con reducción progresiva de los periodos interepidémicos. En 1977 se inició una importante onda epidémica en España que tuvo su acmé en 1979 con 17,60 casos por 100.000 habitantes, incidencia aún mayor en la Región de Murcia donde se alcanzó un máximo de 33,50 casos por 100.000 habitantes, predominando el meningococo del serogrupo B al igual que en la siguiente década, los años 80. Tanto en la Región, donde la incidencia anual ha sido superior a la incidencia media de España en todo el periodo hasta el año 2000 (ver gráfica), como en España, se observa una disminución progresiva de la in-

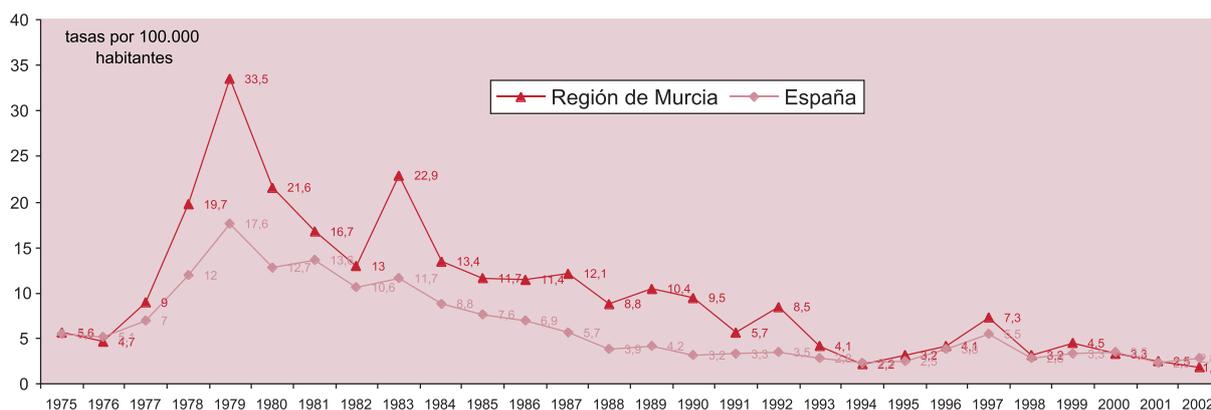
cidencia con algunas oscilaciones hasta alcanzar un mínimo en 1994 (2,20 casos por 100.000 habitantes). Posteriormente se registra un aumento gradual hasta 1997 (7,30 casos por 100.000 habitantes) coincidiendo con un aumento de circulación de meningococo de serogrupo C, que llega a ser el serogrupo predominante en 1997, principalmente la cepa C:2b:P1.2,5, con letalidad algo superior a la del serogrupo B<sup>33</sup>. En otoño de 1997 se realizó una campaña de vacunación con vacuna polisacárida frente a meningococo C dirigida a toda la población de la Región entre 18 meses y 20 años de edad. A partir de la temporada 97-98 se observa una disminución importante de la incidencia de EM por serogrupo C. En la temporada 2000-01, al comercializarse la vacuna conjugada frente a meningococo C, se incluyó esta vacuna en calendario vacunal, administrándose además a todos los menores de 6 años. En la temporada 2003-2004 se extendió la vacunación con esta vacuna conjugada a todos los menores de 20 años.

En el periodo estudiado 1975-2002, de forma global, la mortalidad por Infección Meningocócica en la Región presenta un descenso anual relativo ajustado por edad y periodo de 8,8% en mujeres y 7,3% en hombres, similar al observado en España para el periodo 1982-1996 (9,6% y 9,8% respectivamente)<sup>29</sup>. Este descenso de la mortalidad fue grande a partir del cuatrienio 83-86 hasta mediados de los 90, reflejando el descenso de la incidencia desde 1980 hasta 1994-95, para después estabilizarse en mujeres y aumentar ligeramente en hombres. Por motivos estadísticos no se ha elaborado el modelo edad-periodo-cohorte. Analizando las tasas específicas y ajustadas por edad, se observa una gran disminución de la mortalidad con la edad, constatándose que este descenso de mortalidad en el periodo se produjo principalmente a expensas de los menores de 5 años, grupo de edad en el que se registraba el mayor porcentaje de muertes hasta mediados de los años 90, al igual que en España<sup>29</sup>. La mortalidad en la Región de 1975 a 2002 en menores de 5 años presentó cifras máximas de 11,68 fallecidos por 100.000 niños en el cuatrienio 1979-82 y de 10,38 por 100.000 niñas en 1975-78, similares a las registradas para ese grupo de edad en España en el quinquenio 1977-81<sup>29</sup>. La mortalidad regional en menores de 5 años disminuyó hasta 0,80 muertes por 100.000 en 1995-98.

En hombres, el descenso de mortalidad por Infección Meningocócica se inicia en el periodo 83-86, con un mínimo de 0,11 muertes por 100.000 en el cuatrienio 91-94. En el cuatrienio 95-98, coincidiendo con el pico epidémico de la temporada 96-97, se registró en la Región un aumento de mortalidad en varones de 5 a 14 años, ascendiendo la tasa global a 0,20 por 100.000. En 1999-02 la tasa global fue 0,31 por 100.000 por el aumento registrado en varones de 0-4 y 10-14 años. En mujeres, el descenso de muertes por Infección Meningocócica se inicia en el periodo 79-82 pasando de una tasa global ajustada por edad de 1,24 muertes por 100.000 en el cuatrienio 75-78 a 0,14 y 0,15 muertes por 100.000 en los periodos 95-98 y 99-02 respectivamente.

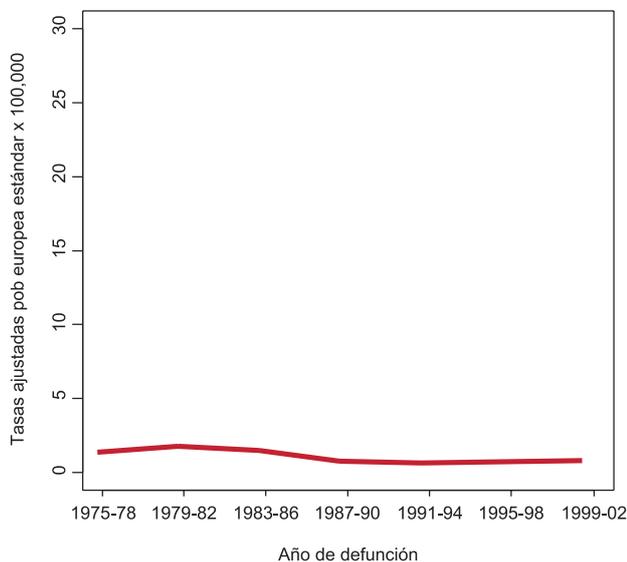
Hay que señalar que al comparar los datos del Registro de Mortalidad con los casos de EM notificados a la red regional de vigilancia epidemiológica con resultado de fallecimiento, para los cuatrienios 95-98 y 99-02, se constata que existe en el Registro de mortalidad un subregistro de fallecimientos por esta causa del 53%(7 versus 15) y 31%(9 versus 13) respectivamente. Por tanto, es importante considerar la posible existencia de un subregistro en la mortalidad por esta causa en todo el periodo estudiado, que podría sesgar los análisis de la mortalidad según edad y sexo, especialmente en los periodos de menor mortalidad, así como la necesidad de una mejora de la certificación de mortalidad por esta causa.

### Incidencia anual de Enfermedad Meningocócica Región de Murcia y España. 1975-2002

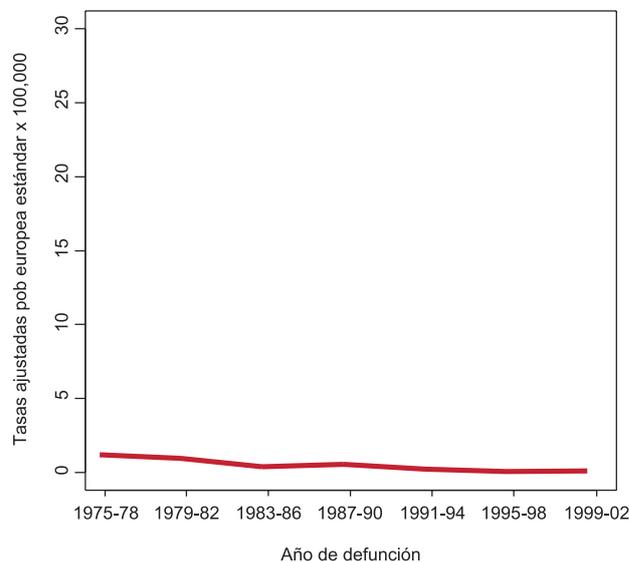


Fuentes: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Murcia  
Boletín Epidemiológica Semanal. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid

#### Infecciones meningocócicas. Hombres



#### Infecciones meningocócicas. Mujeres



## HEPATITIS VÍRICAS

Autora: M<sup>a</sup> Isabel Espín Ríos

A efectos de mortalidad los distintos tipos de hepatitis se encuentran agrupados en el epígrafe "hepatitis víricas" e incluyen las hepatitis A, B y C que son las de mayor incidencia en nuestro medio. La hepatitis Delta, que suele presentarse como coinfección del virus B, en cuyo caso en el curso de la infección es más fulminante y la tendencia a la cronicidad es similar a la del tipo B.

La infección por el virus de la hepatitis A nunca evoluciona a la cronicidad y su letalidad en los casos notificados es del 0,6%, de ahí que su contribución a la mortalidad por hepatitis víricas sea escasa.

La hepatitis B puede dar lugar a un cuadro agudo o a una infección persistente (portador crónico) que en ocasiones evoluciona a hepatitis crónica, cirrosis o carcinoma hepatocelular.

Según distintos estudios entre el 60-80% de los infectados por el virus de la hepatitis C evolucionan a la cronicidad y de éstos hasta un 20% de casos a cirrosis. Se ha encontrado relación entre la aparición de carcinoma hepatocelular y la presencia de anticuerpos frente al virus de la hepatitis C<sup>34</sup>.

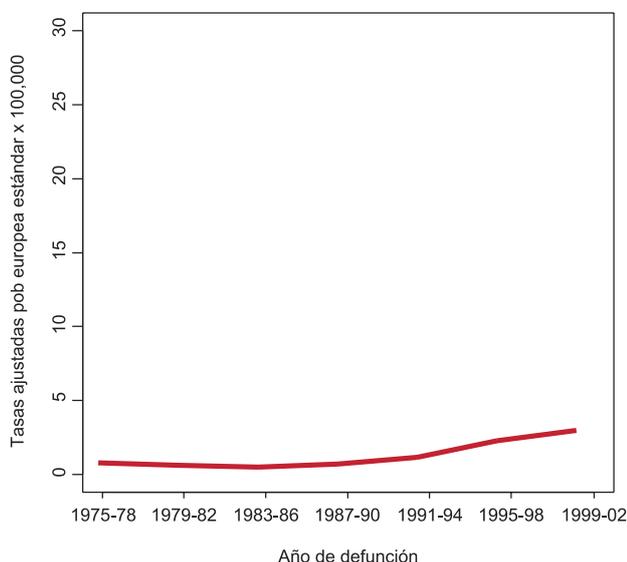
Para valorar las tasas de mortalidad es necesario tener en cuenta la distribución de la enfermedad. En un estudio realizado en la población española se observa que la prevalencia de marcadores serológicos de la hepatitis B y C se incrementa conforme aumenta la edad<sup>35</sup>. Por otra parte, datos obtenidos en una muestra representativa de la población de 18 a 65 años de edad de la Región de Murcia ofrecen una prevalencia de marcadores del 0,9%, pero es algo más alta que en países del norte de Europa en donde sólo del 0,2% al 0,5% de la población presenta infección crónica del virus<sup>36</sup>.

La tasa de mortalidad por hepatitis víricas durante los últimos años publicados en la Región se encuentra entre el 1,7 y el 1,9 por 100.000 habitantes<sup>10</sup>.

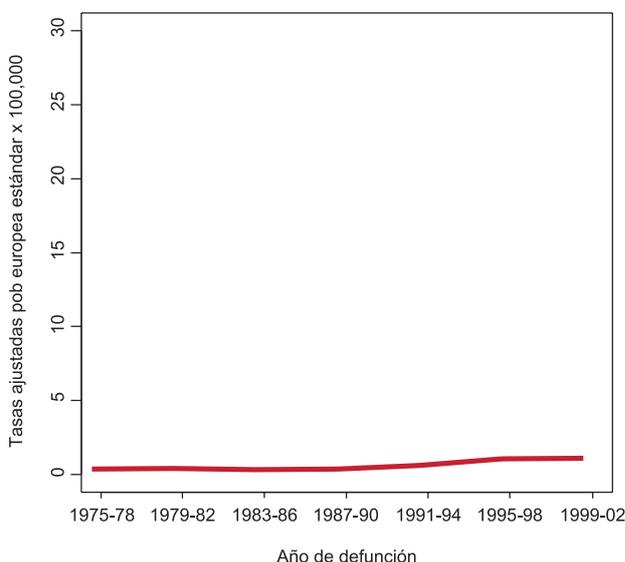
En las tablas presentadas sobre mortalidad por hepatitis víricas ajustadas a la población europea estándar, se observa un incremento del número de casos con la edad, algo mayor en hombres que en mujeres, así como un incremento de defunciones en los últimos períodos de tiempo registrados.

Al contemplarse el término "hepatitis víricas" de manera genérica y no desglosado en los distintos tipos de hepatitis clínicamente diagnosticables es muy difícil interpretar a qué puede ser debido el incremento de casos.

### Hepatitis víricas. Hombres



### Hepatitis víricas. Mujeres



El incremento de marcadores serológicos de hepatitis B y C conforme aumenta la edad y la evolución crónica de estas infecciones podrían explicar el aumento de mortalidad a partir de la tercera y cuarta década de la vida.

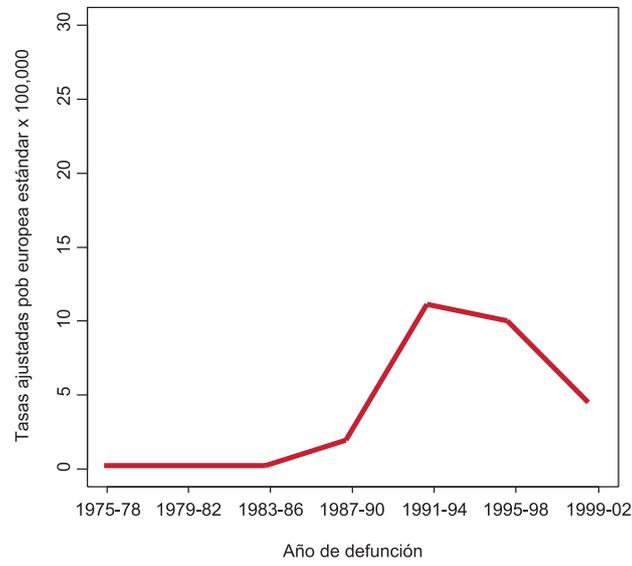
En los periodos 1975-1978 al 1999-2000 se observa un ligero incremento de mortalidad a final de la década de los 80 y en la de los 90, algo más

marcado en los hombres que en las mujeres. Algunas de las causas a las que podría deberse este incremento sería la mejor calidad de los registros de mortalidad durante los últimos años.

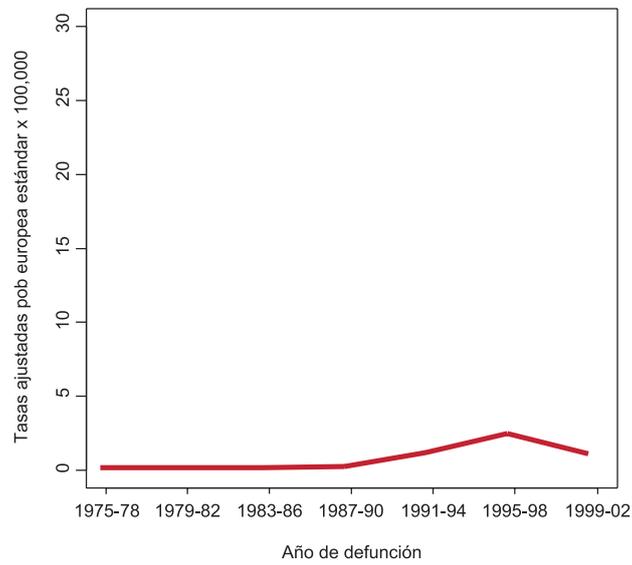
Por el contrario, los datos sobre mortalidad podrían estar infraestimados debido a que parte de las muertes registradas como cáncer hepático y cirrosis podrían ser debidas a hepatitis B y C.

# SIDA

## SIDA. Hombres



## SIDA. Mujeres



## **CÁNCER DE LABIO, CAVIDAD BUCAL Y FARINGE**

Autora: M<sup>a</sup> Dolores Chirlaque López

Los principales factores directamente relacionados con el riesgo de padecer cáncer oral (boca y faringe) son el consumo de tabaco y alcohol, observándose interacción, debido a que fumar y beber multiplica el riesgo de cada uno de ellos por separado. Como factor protector se ha descrito el consumo de fruta y verdura fresca. En el cáncer de labio se ha establecido una relación directa con la exposición solar y los productos del tabaco<sup>37</sup>.

El cáncer de labio, cavidad bucal y faringe ha causado 62 fallecimientos en 2002 en la Región de Murcia, con tasas de mortalidad para hombres de 8,11 por 100.000 y mujeres de 1,96<sup>10</sup>. En el periodo 1993-1996 se han diagnosticado 644 casos incidentes de cáncer de labio, cavidad oral y faringe, y han fallecido 201 individuos, obteniendo una razón mortalidad / incidencia del 31,2%<sup>38</sup>.

El cáncer de labio, lengua y boca presentan tasas de incidencia en hombres entre 4 y 10 por 100.000, mientras que en mujeres las tasas se sitúan alrededor del 1 por 100.000, siendo casi todos estos tumores carcinomas de células escamosas. La edad media al diagnóstico es de 65 años (desviación estándar +/-11) en hombres y 76 (+/-14) en mujeres para el cáncer de labio.

En la Región de Murcia las tasas de mortalidad por grupos edad superan los 5 casos por 100.000 en hombres a partir de los 50 años de edad, y en mujeres se supera en las mayores de 65 años, alcanzando las tasas más elevadas en ambos géneros en el grupo de 85 y más años. En el estudio sobre tendencias de la mortalidad en España 1952-1996<sup>23</sup>, en concordancia con los datos de

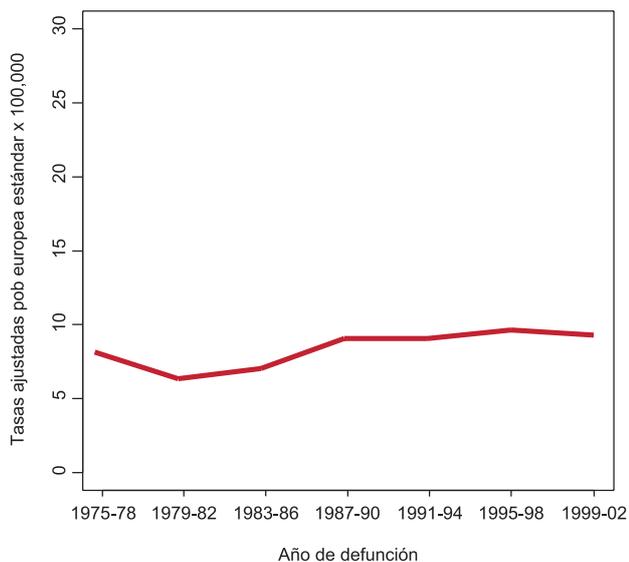
Murcia, se observa un incremento de las tasas para cáncer de labio a partir de los 50 años de edad en hombres y de los 70 en mujeres.

El efecto periodo de la mortalidad por tumores malignos de labio, boca y faringe muestra un patrón ligeramente diferente en hombres y mujeres, así, mientras que en hombres se observa un cambio ascendente en las tasas desde finales de los 70 hasta el 2002, en las mujeres se aprecia una ligera tendencia al ascenso desde finales de los 80, algo más pronunciada en el último periodo, 1999-2002. El porcentaje de incremento anual del riesgo en hombres del periodo de estudio es del 1,4%, estadísticamente significativo, mientras que en mujeres, este porcentaje de cambio anual en el riesgo no es significativo (RR 1,01 IC 0,99-1,03).

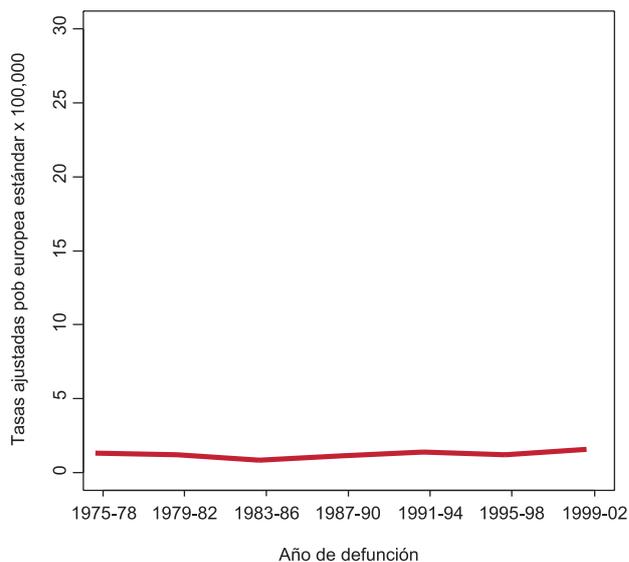
Existen importantes diferencias en la supervivencia para cáncer de labio, cavidad bucal y faringe en España. Así, según datos del estudio EUROCARE<sup>39</sup>, el cáncer de labio en hombres presenta una supervivencia relativa a los 5 años del 99,2%, con valores del 45% para el de cavidad oral y 29% el cáncer de orofaringe.

En las cohortes de hombres murcianos nacidos desde 1900 hasta 1930 se observa un efecto cohorte de disminución del riesgo, sin embargo, a partir de los nacidos en 1930 esta tendencia se invierte, observándose un suave efecto cohorte con incremento del riesgo en cohortes sucesivas. En el conjunto de España se observa también un punto de inflexión del efecto cohorte algo anterior al observado en la Región de Murcia, debido a que el efecto descendente cambia a ascendente a partir de los nacidos en 1920, más marcado para cáncer de cavidad bucal y faringe, y en menor medida por el cáncer de labio.

### Cáncer labio-cavidad bucal-faringe. Hombres

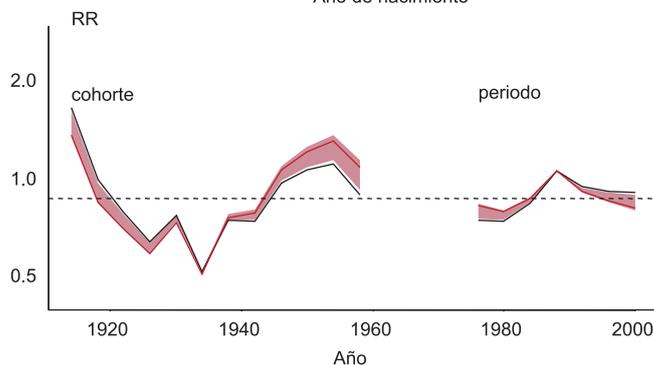
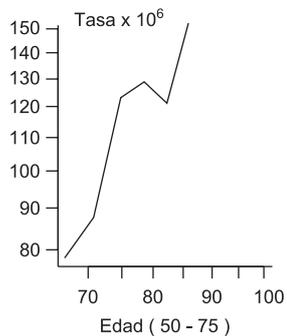
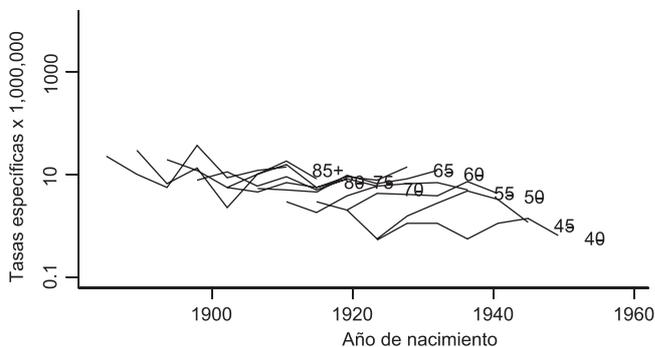


### Cáncer labio-cavidad bucal-faringe. Mujeres



### Cáncer labio-cavidad bucal-faringe. Hombres

Modelo	GL	Deviance
edad	36	68.6
edad+drift	35	55.4
edad + per	30	51.6
edad + coh	25	27.5
edad + per + coh	20	22.7
cambio neto	1.7141 % por año	



## CÁNCER DE ESÓFAGO

Autor: Jaime Jesús Pérez Martín

El cáncer de esófago tiene como principales factores de riesgo el consumo de tabaco, alcohol (ambos factores actúan de forma sinérgica), el uso de bebidas calientes (mate y te), alimentos con contenidos en nitrosaminas y los déficits nutricionales (ausencia de frutas y vegetales en la dieta, así como carotenos y Vitamina C)<sup>29,40</sup>. El consumo regional de tabaco durante el periodo 1992-2002 ha descendido en hombres a 40,6%, pero se mantiene estable en mujeres (33,6%). A pesar de este descenso la prevalencia sigue siendo alta un 37,1%<sup>41</sup>. Entre la población escolar de 11 a 16 años también se observa un descenso en el periodo 1997-2002, aunque la prevalencia de fumadores habituales es de 12,4%<sup>42</sup>.

En la Región de Murcia, el alcohol es la sustancia más consumida entre los adultos<sup>43</sup>, con una prevalencia mayor que la media nacional (1999)<sup>44</sup>. En 2000 el alcohol se presenta como la sustancia de mayor consumo entre los escolares, con un 76,3% de prevalencia de consumo en el último mes<sup>45</sup>.

En relación con las defunciones en España en el año 2000, Murcia presenta una mayor tasa específica en mujeres 0,94 por cien mil, pero menor tasa específica en hombres 4,91<sup>46</sup>. La tendencia global anual en España para el periodo 1982-96 es de un aumento anual de un 1,53% en hombres observándose un aumento inferior en Murcia de 0,7% (periodo 1975-2002), mientras que en las mujeres el descenso anual nacional es de un -1,5%<sup>29</sup>.

En Murcia, la incidencia ajustada por edad (a la población europea estándar) por 100.000 habitantes de cáncer de esófago en el periodo 1993-96 es en ambos sexos inferior a la estimación de la media nacional en 1998: 6,46 frente a 8,13 en hombres y 0,65 versus 0,77 en mujeres. La incidencia es la cuarta mayor entre los tumores del tracto digestivo tras las de colon, recto y estómago<sup>38,47</sup>.

En España durante el periodo 1990-94, la supervivencia relativa ajustada por edad en hombres a los cinco años es del 12,6% y en mujeres del 23,2%. Estas cifras se corresponden con un 8,5%

y un 10,5% respectivamente en la UE según el estudio EURO CARE-3. La supervivencia española es la más alta tanto en hombres como en mujeres de la UE<sup>39</sup>.

El factor de mayor peso sobre la mortalidad es la edad, al que le sigue en hombres su combinación con la cohorte, más que con el periodo.

El efecto periodo en los hombres presenta un ascenso inicial entre 1975-82, con un ligero descenso posterior y un aumento hasta las tasas mayores que se presentan durante el periodo 1991-94, momento desde el que se inicia un descenso. En las mujeres se observa una tendencia descendente con unas tasas específicas muy bajas.

El efecto edad observa un aumento de forma constante y exponencial entre los 50-75 años excepto por una estabilización que se produce entre los 65-69 años.

El efecto cohorte en los hombres presenta una disminución del riesgo entre los nacidos en la primera década del pasado siglo, una curva quebrada entre 1910-40, momento desde el cual se observa en hombres una tendencia ascendente para los nacidos entre 1940-60.

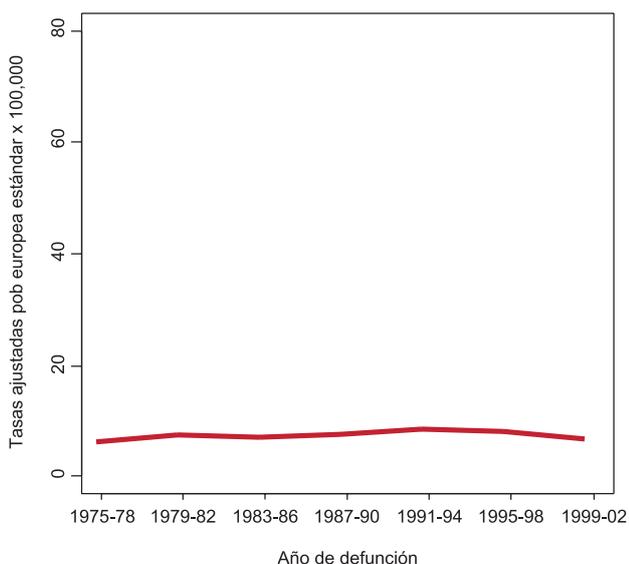
La resultante ajustada para toda edad y periodo, es un descenso significativo anual de la mortalidad en mujeres de un 2,2% y un aumento muy pequeño y no significativo de la mortalidad en varones de un 1,0%.

El efecto cohorte que presenta este cáncer en varones puede deberse a la incorporación a partir de las generaciones nacidas en los 40 y 50 de una mayor prevalencia de hábitos tóxicos como el tabaco que viene a sumarse al tradicional consumo de alcohol. Sin embargo los nacidos con posterioridad a los años 50 no se han incorporado todavía a las edades donde la incidencia de cáncer de esófago es mayor, hacer algo para prevenir hábitos tóxicos en estas cohortes puede ser de gran importancia para disminuir la incidencia y mortalidad en el medio plazo. La disminución de la mortalidad en el último periodo se puede deber en parte al descenso del consumo de tabaco observado durante la pasada década.

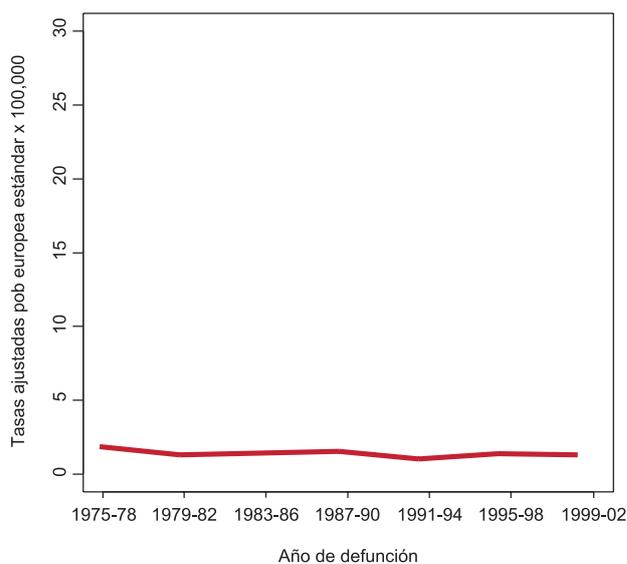
La baja incidencia que presenta este tumor en mujeres se explica por el bajo consumo de alcohol y tabaco en este grupo hasta hace pocos años, sin embargo el aumento de dicho consumo hace pensar en un aumento paulatino de la inciden-

cia y mortalidad en los próximos años. La gran mortalidad que presenta este tumor hace que las medidas de prevención sean especialmente importantes.

### Cáncer de esófago. Hombres

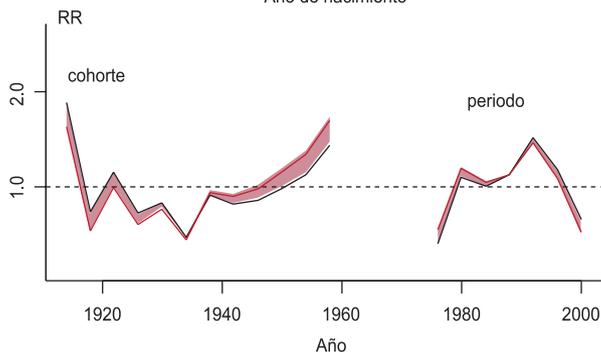
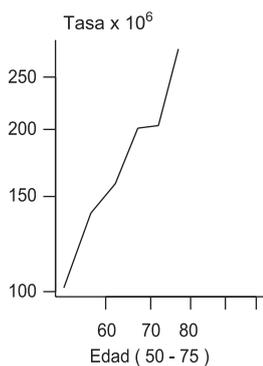
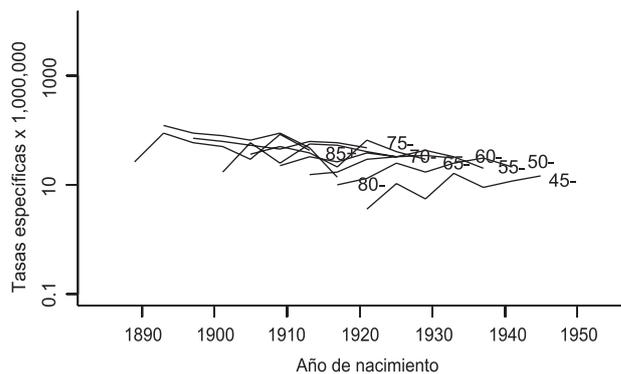


### Cáncer de esófago. Mujeres



### Cáncer de esófago. Hombres

Modelo	GL	Deviance
edad	36	46.5
edad+drift	35	44.9
edad + per	30	28.9
edad + coh	25	38.7
edad + per + coh	20	17.8
cambio neto	0.703 % por año	



## CÁNCER DE ESTÓMAGO

Autor: Jaime Jesús Pérez Martín

El cáncer de estómago tiene como principales factores de riesgo: el tipo de dieta (baja en frutas y vegetales, uso de salazones, carnes y pescados preparados a la barbacoa), infecciones por *Helicobacter pylori*, exposiciones laborales y tabaco entre otros. Estos factores de riesgo tienen una gran relación con el nivel socioeconómico de la población, observándose que a medida que aumenta este nivel, disminuye la exposición a los factores de causa alimenticia (el uso de medios de conservación de los alimentos como el frigorífico disminuye el uso de salazones y permite el consumo de frutas y vegetales frescos todo el año), con este aumento del nivel socioeconómico se observa igualmente una disminución de la infección por *Helicobacter*. Este fenómeno lo podemos observar desde la década de los 70 en nuestro medio<sup>29,48</sup>.

En Murcia el consumo regional de tabaco ha descendido en hombres (40,6%) pero se mantiene en mujeres (33,6%) durante el periodo 1992-2002. A pesar de este descenso la prevalencia sigue siendo alta, de un 37,1%<sup>41</sup>.

Con relación a las defunciones en España en el año 2000, Murcia presenta una menor tasa específica en hombres (13,48) y una tasa específica similar en mujeres 7,05<sup>46</sup>. La tendencia global anual en España para el periodo 1952-96 es de un descenso anual de un 2,4% en hombres observándose un descenso mayor en Murcia de 3,6% (periodo 1975-2002), mientras que en las mujeres el descenso anual nacional es de un 3,3% frente al regional algo inferior de 3,0%<sup>29</sup>.

En Murcia, la incidencia de cáncer de estómago en hombres en el periodo 1983-96 presenta unas tasas ajustadas por 100.000 habitantes año en claro descenso,  $RR=0,96$  (IC al 95% 0,95-0,97)<sup>49</sup>. En el periodo 1993-96, la incidencia ajustada por edad (a la población mundial estándar) por 100.000 habitantes, ocupa el 10º lugar en hombres (lo que es la segunda incidencia más baja del país) y el 6º en mujeres, con unas tasas de 12,70 y 6,40 respectivamente frente a unas tasas de 23 y 10 en España en 1998<sup>47</sup>. La incidencia es la tercera mayor entre

los tumores del tracto digestivo tras las de colon y recto. Las tasas regionales son claramente inferiores a las que se registran en Japón, regiones de Italia y otras regiones españolas, pero superiores a las observadas en Francia o EEUU<sup>38</sup>.

En España durante el periodo 1990-94, la supervivencia relativa ajustada por edad en hombres a los cinco años es del 26,8% y en mujeres del 30,4%. Estas cifras se corresponden con un 20% y un 25,4% respectivamente en la UE según el estudio EURO CARE-3. La supervivencia española es la 2ª más alta tanto en hombres como en mujeres de la UE. El aumento de supervivencia observado en el cáncer de estómago se atribuye parcialmente a un descenso de la mortalidad postoperatoria<sup>39</sup>.

El factor de mayor peso sobre la mortalidad es la edad, al que le sigue tanto en hombres como en mujeres su combinación con el periodo, más que con la cohorte.

El efecto periodo en los hombres presenta un paulatino descenso a lo largo de todo el periodo de estudio (1975-2002). En las mujeres se presenta la misma tendencia con un ligero aumento en el periodo final (1999-2002).

El efecto edad es similar tanto para hombres como para mujeres, con un aumento de forma constante y exponencial entre los 40-75 años en los hombres y entre los 50-80 en las mujeres.

El efecto cohorte presenta una tendencia descendente tanto para hombres como para mujeres a lo largo de todo el periodo de estudio, si bien entre las mujeres se observa una tendencia ascendente entre las nacidas en la primera década del siglo pasado, con una disminución posterior. En ambos sexos las generaciones con menor riesgo son aquellas nacidas a partir de la década de los 50.

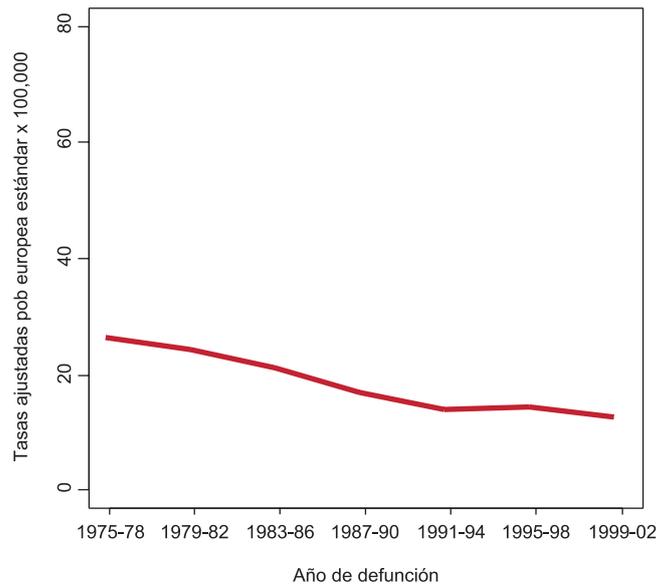
La resultante de la ajustada para toda edad y periodo es un descenso estadísticamente significativo de la mortalidad en ambos sexos, siendo en hombres de un -3,1% anual algo mayor que el descenso observado en mujeres -2,9%.

El efecto periodo que se observa en este tipo de cáncer coincide con el desarrollo social y eco-

nómico iniciado en Murcia y España en las décadas de los 60-70. Este desarrollo ha permitido disminuir la presencia de los factores de riesgo ligados al nivel socioeconómico y por lo tanto a una disminución de la incidencia y mortalidad en

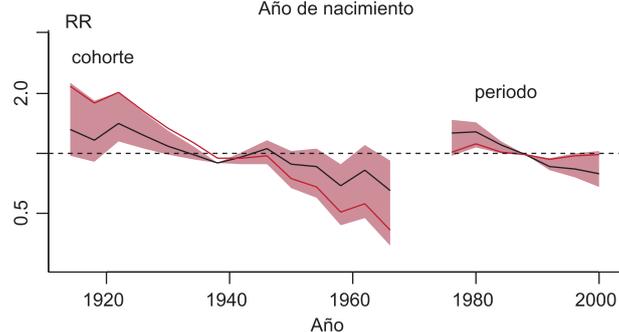
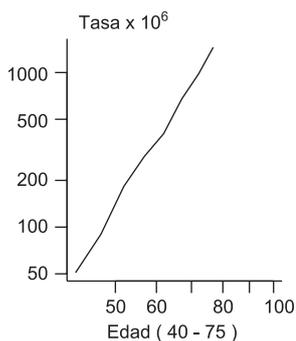
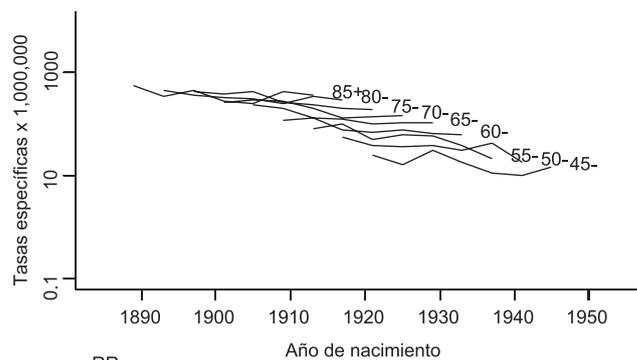
décadas posteriores. Así mismo, un aumento de la supervivencia descrito en el EURO-CARE-3 por la mejora de las técnicas terapéuticas han podido contribuir igualmente al aumento de la supervivencia y la disminución de la mortalidad.

### Cáncer de estómago. Hombres

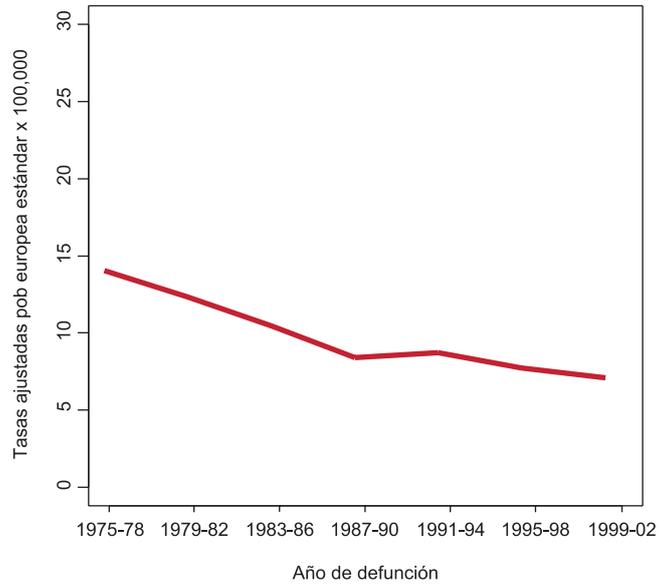


### Cáncer de estómago. Hombres

Modelo	GL	Deviance
edad	48	202.1
edad+drift	47	53.0
edad + per	42	48.4
edad + coh	35	37.0
edad + per + coh	30	34.2
cambio neto		-3.603 % por año

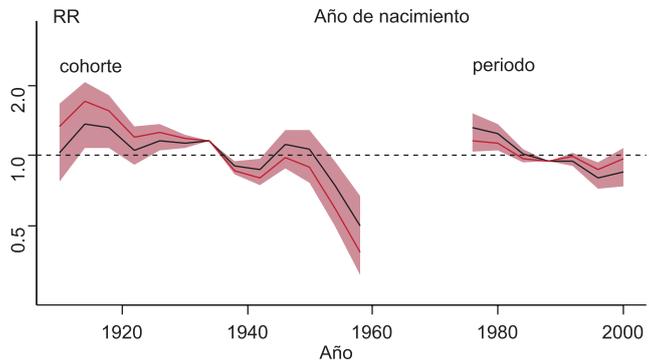
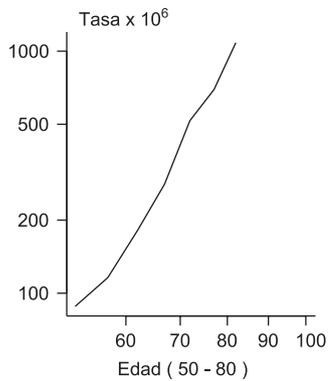
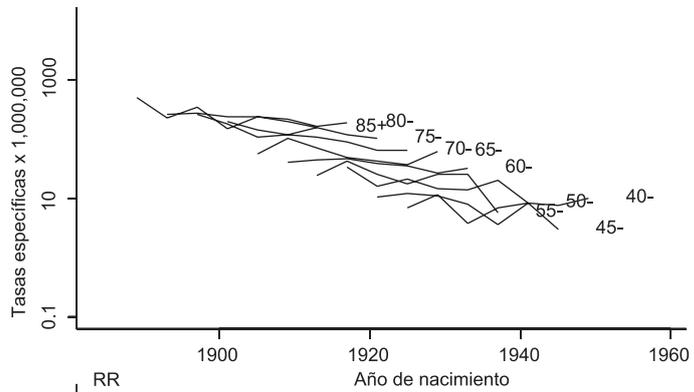


## Cáncer de estómago. Mujeres



## Cáncer de estómago. Mujeres

Modelo	GL	Deviance
edad	42	127.8
edad+drift	41	55.0
edad + per	36	50.6
edad + coh	30	39.6
edad + per + coh	25	36.0
cambio neto	-3.009 % por año	



## CÁNCERES DE COLON, RECTO Y ANO

Autores: Lluís Cirera Suárez y Elena Rosique Román

Aunque ha sido bien establecido un componente genético<sup>50</sup>, se acepta que la dieta es el componente más importante del riesgo de cáncer de intestino grueso. Existen evidencias de asociación positiva con el consumo de carnes<sup>51</sup> y una reducción del riesgo con un elevado consumo de fibra<sup>52</sup>, frutas y vegetales<sup>53</sup>. Un bajo nivel de actividad física se ha relacionado con un incremento en el riesgo de cáncer de colon<sup>54</sup>. En la Comunidad de Murcia, una de cada dos personas no realizaría ningún tipo de actividad física, mientras que una de cada tres realiza al menos dos horas semanales de actividad física intensa<sup>55</sup>.

### Cáncer de colon

La mortalidad por cáncer colo-rectal en España es sustancialmente menor que la del norte de Europa; constituyendo en los hombres, la tercera causa de mortalidad por cáncer, después de pulmón y próstata, mientras que en mujeres es la segunda causa de mortalidad por cáncer después de la mama<sup>56</sup>.

En Murcia, el cáncer de colon representa la séptima causa de mortalidad regional en hombres, y la tercera en tumores, con 127 defunciones y una tasa bruta de 21,32 por cien mil hombres; mientras que es la décima causa de muertes en mujeres y la segunda de tumores, con 83 defunciones y una tasa del 13,96 por cien mil. En ambos sexos, representa la novena causa de muerte, y la segunda por cáncer, con 210 defunciones, y una tasa bruta de 17,64<sup>57</sup>.

Al igual que en EEUU y otros países europeos, el cáncer colo-rectal en Murcia<sup>58</sup> es el segundo tumor incidente regional más frecuente en mujeres con un 16,1%, después del cáncer de mama que representa el 27%, de los tumores malignos que se diagnostican en mujeres. En hombres, el tercer tumor más frecuente en incidencia es el colo-rectal, representa el 18% del total de tumores malignos masculinos, siendo el cáncer de pulmón el más frecuente, seguido del de vejiga urinaria<sup>38</sup>.

Comparando las cifras de incidencia de cáncer de colon y recto en el periodo que abarca desde 1983-84 a 1994-96, se aprecia un notable incremento de las tasas de incidencia ajustadas por edad, con aumentos anuales del 5% en hombres y del 3% en mujeres. La tasa de 25,90 por 100.000 habitantes del periodo 1983-1984 de cáncer colo-rectal en hombres se ha incrementado hasta 49,40 por cien mil habitantes en el periodo 1994-1996, lo que representa un incremento casi del 50% (47,6%). En mujeres también se observa un aumento de tasas en el periodo 1983-1996, cambiando de un 23,40 por cien mil, en el primer periodo a un 35,6% en el periodo más reciente<sup>49</sup>.

En la población europea masculina se objetiva una supervivencia para cáncer de colon a los 5 años del diagnóstico del 49,2% y femenina del 50,0% (años 1990-94), siendo ligeramente mayor a la del recto. Sin embargo, en España la supervivencia de la neoplasia maligna de colon es algo más elevada, del 55,0% en hombres y de un 55,8% en mujeres. En cáncer de recto, los parámetros son un poco menores, dando un 50,0% para hombres y un 52,5% en mujeres españolas<sup>39</sup>.

Al comparar los efectos cohorte y periodo entre sí, comprobamos que en los hombres el efecto periodo-edad es algo mayor, mientras que en las mujeres lo es el efecto cohorte-edad.

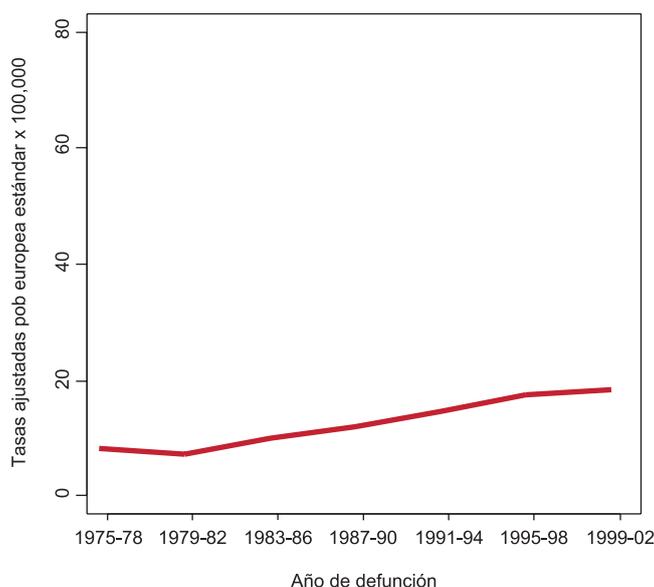
La gráfica de las tasas según el año de defunción se dibuja en los hombres con un continuado aumento a lo largo de los periodos anuales, para descender mínimamente en el último tramo. En las mujeres, con tasas algo menores, se observa en los primeros cinco periodos tasas similares, para decrecer en los dos finales. El efecto periodo expresa mayor riesgo a partir de la mitad del periodo (años 90) en ambos sexos.

En general, el efecto cohorte aumenta en los hombres a lo largo de las generaciones y grupos de edad estudiados. En las mujeres el efecto del aumento de la mortalidad de las sucesivas generaciones no está claro, al presentar menos riesgo las cohortes iniciales y alguna de las últimas.

El cambio neto anual del cáncer de colon es importante, con un 3,9% de aumento anual en hombres de 55 a 84 años de edad y del 1,7% por año en mujeres de 60 a 84 años de edad. Sin restricciones en los grupos de edad, el cambio neto anual es también de una magnitud importante (3,9%) en los hombres y del 1,8% en las

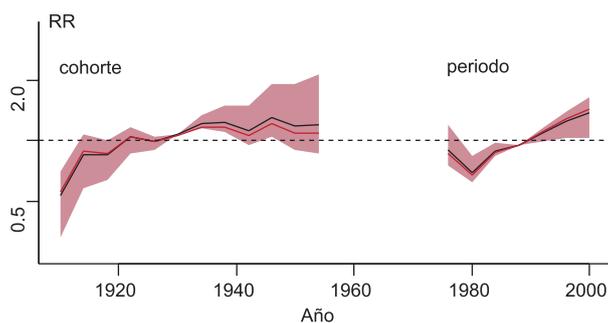
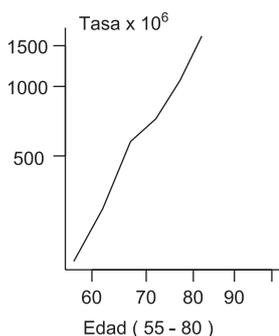
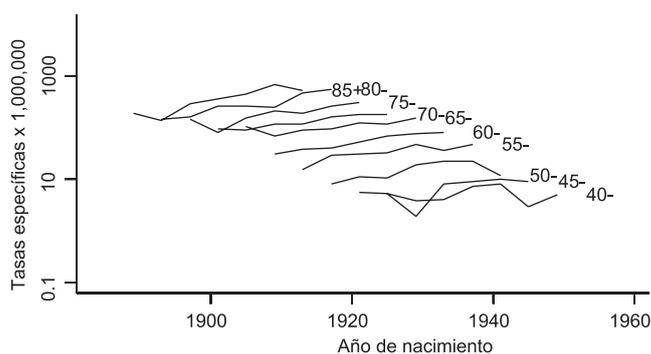
mujeres. Mientras que el cambio neto anual en España para el conjunto del cáncer colorrectal y un periodo similar (1952-1996) es del 2,2% en hombres y del 0,8% en las mujeres, expresando riesgo de muerte las generaciones desde 1920 en ambos sexos<sup>29</sup>.

### Cáncer de colon. Hombres

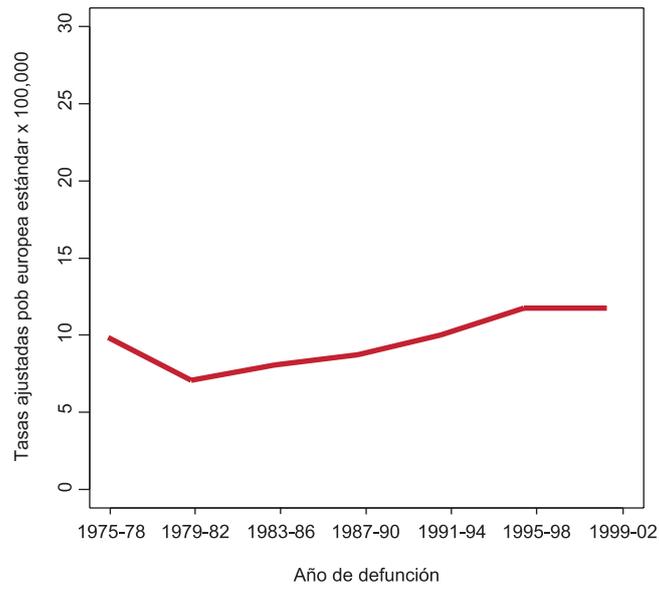


### Cáncer de colon. Hombres

Modelo	GL	Deviance
edad	36	150.6
edad+drift	35	30.0
edad + per	30	26.0
edad + coh	25	24.4
edad + per + coh	20	18.2
cambio neto		3.878 % por año

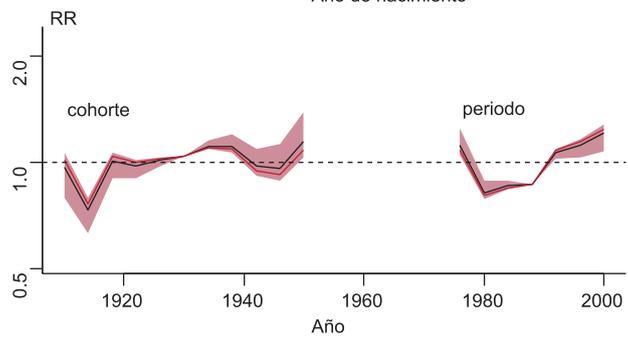
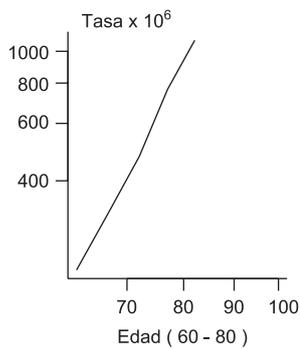
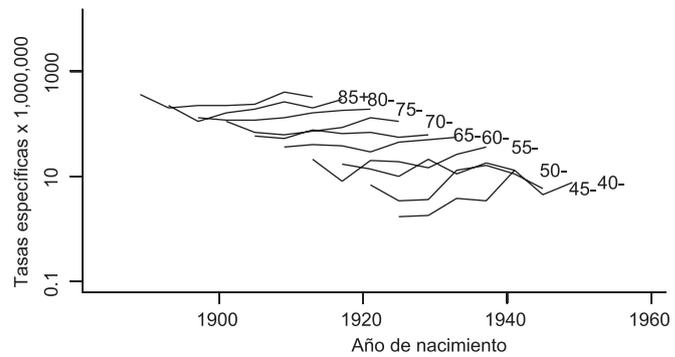


## Cáncer de colon. Mujeres



## Cáncer de colon. Mujeres

Modelo	GL	Deviance
edad	30	56.5
edad+drift	29	35.4
edad + per	24	24.3
edad + coh	20	28.4
edad + per + coh	15	17.9
cambio neto		1.711 % por año



### Cáncer de recto, rectosigma y ano

La resultante de la evolución temporal de las tasas ajustadas a la población europea estándar es descendente en los hombres, con un ligero repunte en el periodo 1995-98. Las mujeres presentan menor tasa, variando muy poco las tasas ajustadas a la población europea de 3,62 por 100.00 hab. a 3,50 a lo largo del periodo y con un aumento en el tramo central.

Al describir las gráficas de la mortalidad según la edad, se observa aumento exponencial mayor a medida que aumenta la edad, con mayores tasas en hombres que en mujeres, pero de menor magnitud que en el cáncer de colon en ambos sexos.

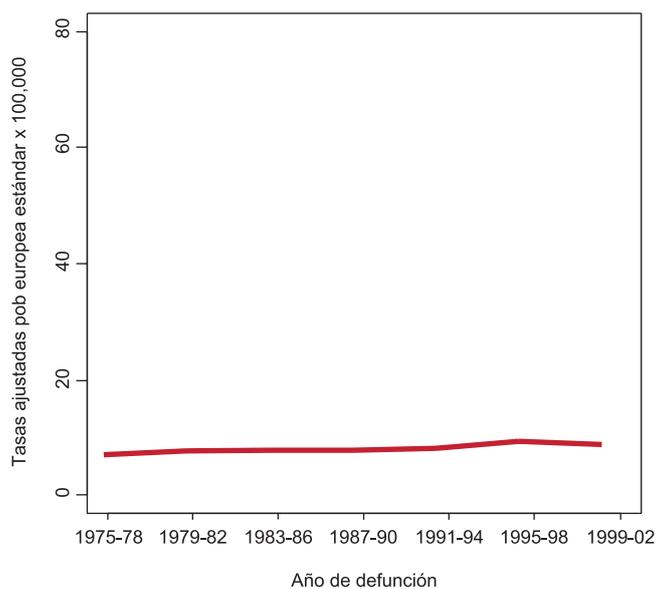
En el efecto periodo los hombres fallecidos en los años extremos obtendrían un riesgo de muerte por encima del promedio. Mientras que en las mujeres el mayor riesgo se ubicaría en los años de la mitad del periodo hasta el final.

Un mayor efecto cohorte se manifestaría en los hombres en las generaciones alrededor de los años 20 a los 40 y en las mujeres en las generaciones posteriores a 1920.

El cambio neto de este estudio es de 0,9% por año en hombres de 60-84 años de edad y mayor, de 1,5% por año en mujeres de 65 a 84 años de edad. Si incluimos todos los grupos de edad la tendencia anual es significativamente ascendente en los hombres (1,2%) y no varía significativamente en las mujeres (0,2%).

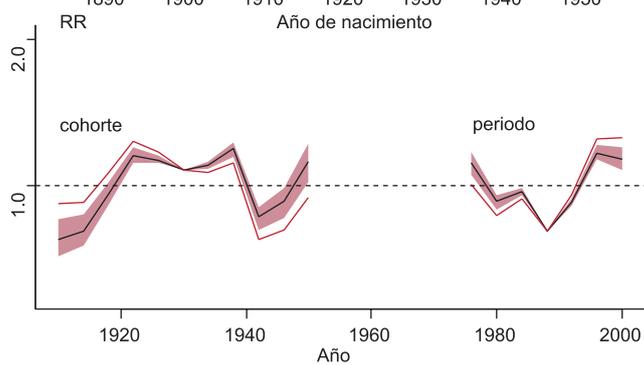
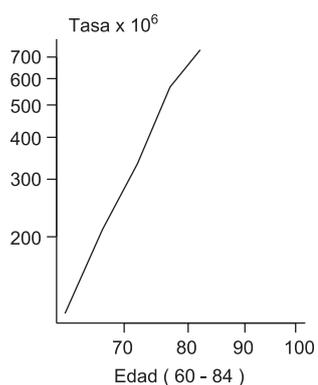
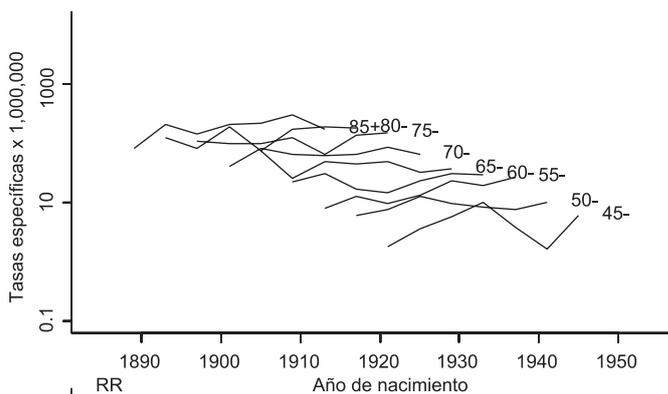
Como resumen, se puede destacar que el cáncer de colon y recto representa un importante problema de salud, con una incidencia y mortalidad creciente en ambos sexos. Varios de los principales factores de riesgo son evitables: obesidad, sedentarismo, dieta inadecuada..., y presentan una prevalencia elevada en nuestra región o tendencias preocupantes, como la dieta en adolescentes, por lo que urge potenciar las medidas de prevención primaria y diagnóstico precoz en el control de esta enfermedad<sup>59</sup>.

### Cáncer de recto-sigma-ano. Hombres

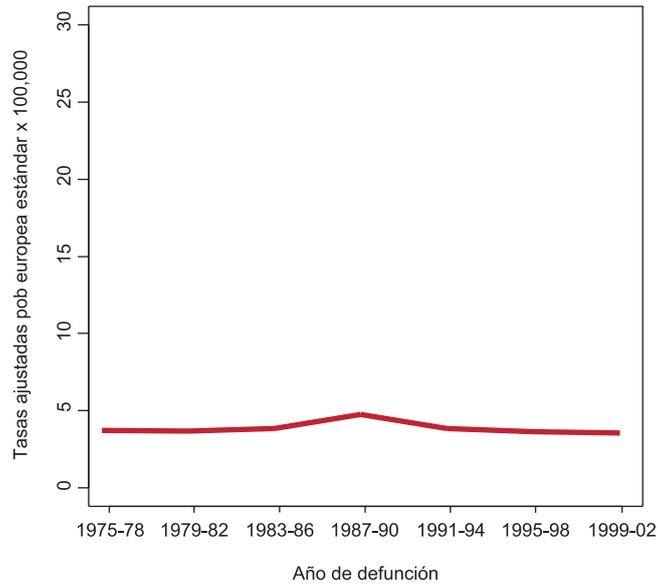


### Cáncer de recto-sigma-ano. Hombres

Modelo	GL	Deviance
edad	30	40.8
edad+drift	29	38.2
edad + per	24	34.5
edad + coh	20	33.9
edad + per + coh	15	27.5
cambio neto	0.852 % por año	

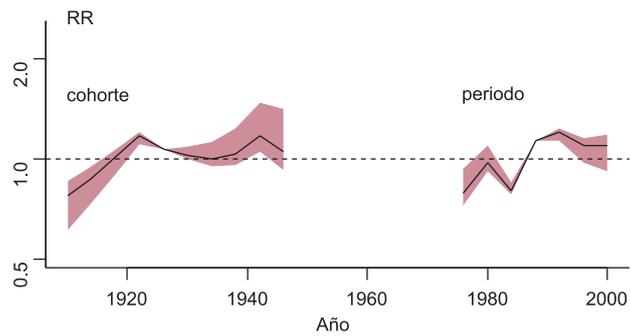
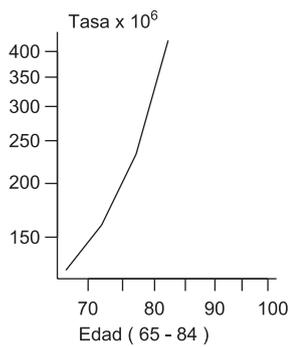
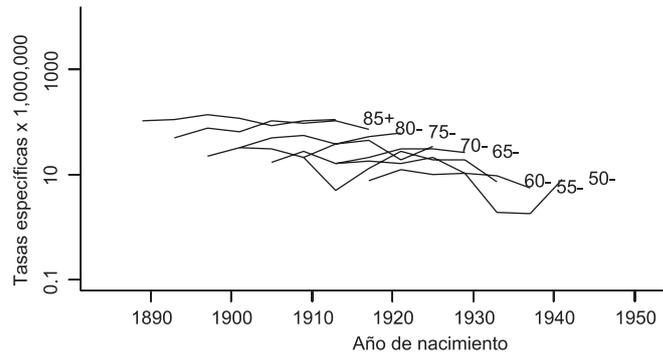


### Cáncer de recto-sigma-ano. Mujeres



### Cáncer de recto-sigma-ano. Mujeres

Modelo	GL	Deviance
edad	24	23.6
edad+drift	23	18.3
edad + per	18	14.1
edad + coh	15	15.4
edad + per + coh	10	12.3
cambio neto	1.531 % por año	



## CÁNCER DE PÁNCREAS

Autora: M<sup>a</sup> Dolores Chirlaque López

Los factores que aumentan el riesgo de padecer cáncer de páncreas no son bien conocidos, aunque entre ellos cabe destacar el consumo de tabaco y en menor medida el alcohol. Los factores dietéticos han sido ampliamente estudiados hasta la actualidad, debido a que los alimentos tienen un importante papel en la función fisiológica del páncreas, no habiendo obtenido resultados concluyentes hasta la fecha<sup>60</sup>.

El cáncer de páncreas es un tumor poco frecuente, tanto en incidencia como en mortalidad, con tasas de incidencia en hombres y mujeres similar (7,70 y 6,40 por 100.000 respectivamente) y tasas de mortalidad también similar para ambos géneros (7,90 en hombres y 8,80 en mujeres)<sup>10,38</sup>. Su importancia radica en su evolución rápidamente fatal, con una de las supervivencias más bajas para los tumores malignos ya que a los 5 años del diagnóstico sobreviven el 5,1% de los hombres y el 6,3% de las mujeres<sup>39</sup> y con una ratio mortalidad / incidencia de las más elevadas en ambos géneros. En hombres, en el periodo 1993-1996 se han diagnosticado 164 casos de cáncer de páncreas y han fallecido 154 personas por este tumor, con una razón mortalidad / incidencia del 94%, indicando que, aunque el número de defunciones no es muy elevado, se aproxima al número de casos diagnosticados.

El factor predictor más consistente y conocido de incidencia de cáncer de páncreas es la edad. En las primeras décadas de la vida este cáncer es extremadamente infrecuente siendo a partir de los 45 años en hombres y 55 en mujeres cuando se superan tasas de incidencia y mortalidad de 5 por 100.000. Aunque en las mujeres los casos incidentes y las defunciones aparecen una década después que en los hombres, las tasas, tanto

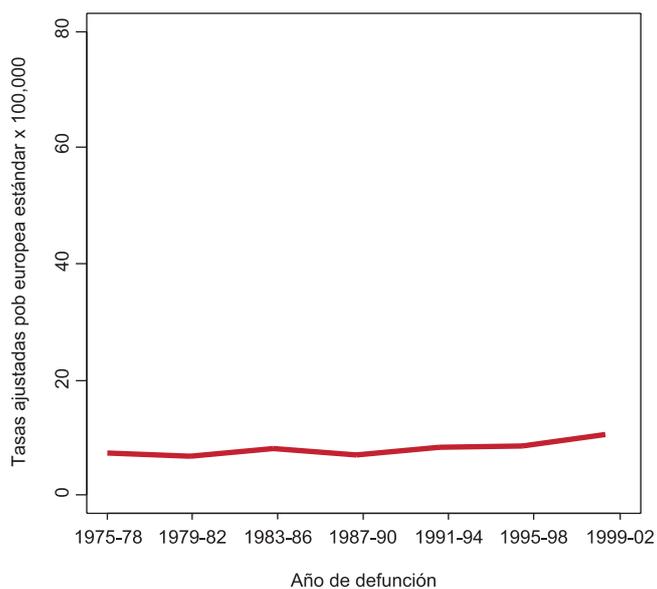
de incidencia como de mortalidad, experimentan globalmente un incremento conforme observamos los grupos de edad, presentando finalmente las tasas más elevadas los grupos de mayor edad. La edad media al diagnóstico, aún siendo elevada en ambos sexos, es algo mayor en las mujeres (72 años desviación estándar 10) que en los hombres (68 desviación estándar 12)<sup>38</sup>.

Otro factor que subraya la importancia de este tumor es el incremento de incidencia y mortalidad en las últimas décadas, con un efecto periodo parecido en ambos sexos, como se constata por el hecho de que las tasas de mortalidad para el periodo 1975-2002 en la Región de Murcia han experimentado un ascenso significativo del 1,8% anual en hombres y 0,9% en mujeres en los grupos de edad analizados, cambio apreciado en el mismo sentido en los datos de incidencia para Murcia, observándose en hombres una elevación del 3% anual (intervalo de confianza al 95%, 1%-5%)<sup>49</sup>, y similar a la mortalidad para el conjunto de España en el periodo 1952-1996 con un incremento anual del 3,4% en hombres y 2,7% en mujeres, ambos significativos<sup>23</sup>.

El efecto cohorte observado en la mortalidad por cáncer de páncreas se constata al observar que están a riesgo las cohortes de nacidos en los años 1920 en ambos géneros, aunque en hombres se observa una estabilización del efecto cohorte en los nacidos en la década de los 30, no observando esta disminución de la pendiente de ascenso en las mujeres; esta leve divergencia puede estar influida por la diferente exposición a factores de riesgo en ambos géneros, sobre todo en generaciones nacidas después de los años treinta.

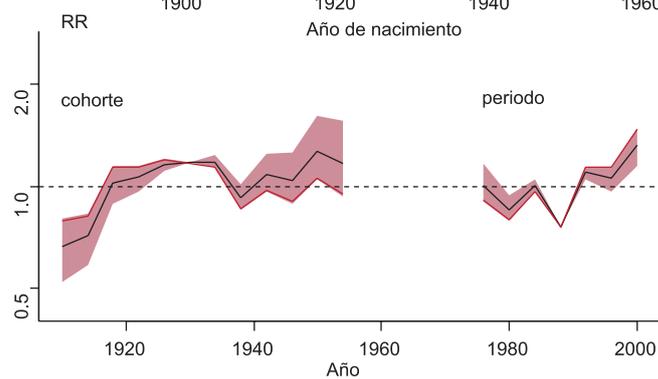
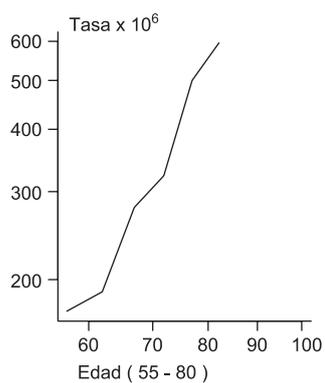
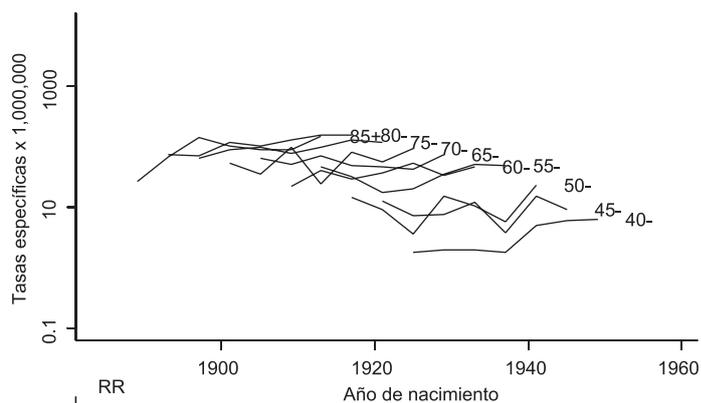
En el análisis realizado para el conjunto de España, los componentes del efecto edad, periodo y cohorte de nacimiento muestran una tendencia muy parecida en ambos sexos<sup>23</sup>.

## Cáncer de páncreas. Hombres

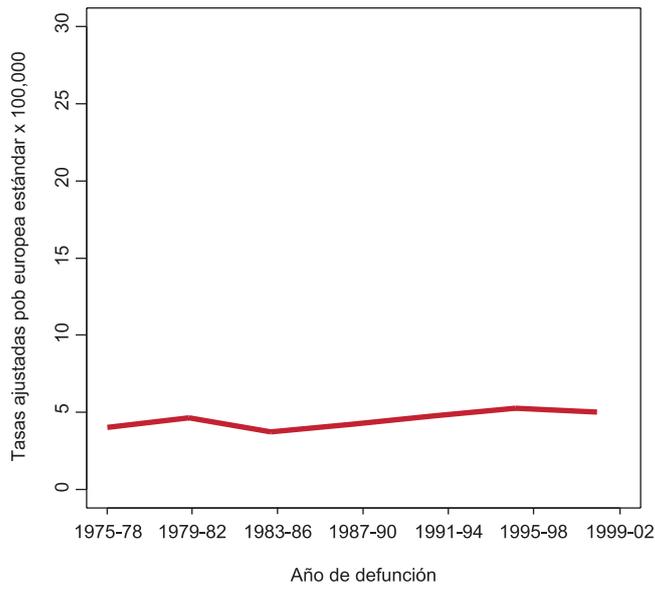


## Cáncer de páncreas. Hombres

Modelo	GL	Deviance
edad	36	64.2
edad+drift	35	50.0
edad + per	30	40.7
edad + coh	25	42.2
edad + per + coh	20	31.4
cambio neto	1.795 % por año	

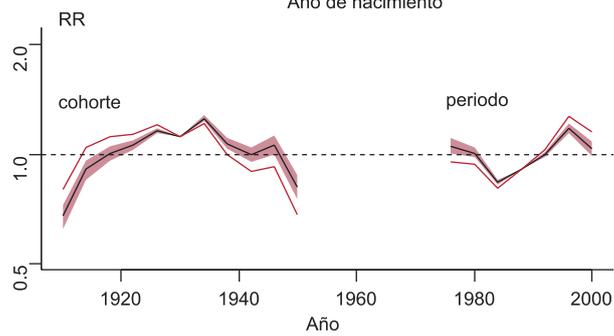
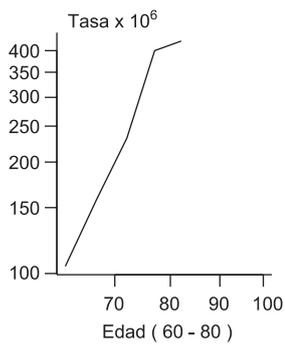
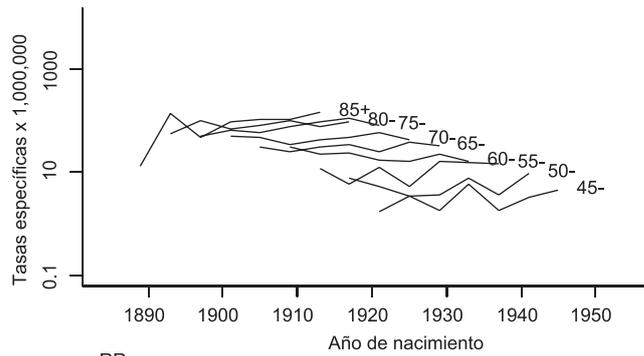


## Cáncer de páncreas. Mujeres



## Cáncer de páncreas. Mujeres

Modelo	GL	Deviance
edad	30	21.7
edad+drift	29	19.1
edad + per	24	15.3
edad + coh	20	14.5
edad + per + coh	15	10.2
cambio neto	0.87 % por año	



## CÁNCER DE LARINGE

Autores: Lluís Cirera Suárez y M<sup>a</sup> Mercedes López Cascales

Los principales factores de riesgo para enfermar de cáncer de laringe son el consumo de tabaco y de alcohol. Ambos evitables. El consumo regional de tabaco del año 1992 al 2002, ha descendido en hombres, cambiado de un 54,4% a un 40,6%, y se ha incrementado ligeramente en mujeres que han variado de un 31,3% a un 33,6%<sup>61,62</sup>. El descenso de la prevalencia se observa en el grupo de edad más joven (20-29 años) tanto en hombres como en mujeres, aunque en éstas aumenta en el grupo de mayor edad. Con todo la prevalencia total sigue alta en el año 2002 (34,5%). En la población escolar (11-16 años) también se refleja el fenómeno del descenso, al preguntar si habían tenido "contacto con el tabaco alguna vez" (cursos 1997-98 frente al 2001-02) del 32,1% al 26,2%, se mantiene un porcentaje importante de escolares fumadores habituales en la Región de Murcia (12,4 %), fumando más las chicas que los chicos (68,9% frente a 31,1%)<sup>42</sup>.

En Murcia, el alcohol es la sustancia más consumida en adultos<sup>43</sup> y con una prevalencia mayor a la media española para todos los tipos de consumo en el año 1999<sup>44</sup>, excepto para el consumo diario. La encuesta regional escolar de consumo de drogas del año 2000 señala que el alcohol es la sustancia que presenta un mayor consumo entre escolares. Un 76,3% lo ha consumido en el último mes y casi el 80% lo ha probado alguna vez. La edad media de la primera ingesta es 13,6 años y la de comienzo de consumo semanal de bebidas alcohólicas es 14,8 años<sup>45</sup>.

En relación a las defunciones por cáncer de laringe en España en el año 2000, Murcia presenta mayor tasa específica tanto para hombres como para mujeres<sup>46</sup>. Comprobamos que la tendencia relativa anual en España para el periodo 1982-96 es a disminuir, siendo más evidente en las mujeres (-5,2% anual) que en los hombres (-1,1% anual).

En Murcia analizando la incidencia de cáncer de laringe en hombres en el periodo 1983-96 se observa que las tasas ajustadas por 100.000 habitan-

tes año se mantienen estables (RR=0,99, intervalo de confianza al 95%, 0,98-1,01)<sup>49</sup>. Al estudiar la incidencia ajustada por edad (a la población mundial estándar) por 100.000 hab. en el periodo 1993-96, se observa que Murcia ocupa, respecto a España, el 4º puesto en hombres y el 6º en mujeres, con unas tasas de 14,9 y 0,4 respectivamente<sup>38</sup>. La tasa de incidencia de Murcia ajustada a la población mundial (1993-96), en hombres supera algo a la tasa de España (1996) y ampliamente a las tasas de la UE y EEUU. En mujeres, Murcia presenta una tasa superior a la de España e inferior a las observadas en la UE y EEUU.

La supervivencia relativa ajustada por edad en hombres a los cinco años es del 66,5% y del 80,0% en las mujeres de España para el periodo 1990-94, según la investigación de la UE, EUROCORE-3. El mismo pronóstico de supervivencia es, en promedio para la UE, del 60,7% en los hombres y del 59,4% en las mujeres, sin que haya variado en anteriores EUROCORE<sup>39</sup>.

Entre los efectos edad, periodo o cohorte sobre la mortalidad, el factor de más peso es la edad, después su combinación con la cohorte, más que la edad-periodo.

Observando el efecto periodo en los hombres de la Región de Murcia existe un tramo de suave incremento en las tasas de mortalidad por neoplasia maligna de laringe hasta los años 1991-1994, para pasar luego a disminuir. En las mujeres la tendencia sería ligeramente descendente, con tasas específicas bastante bajas y observamos que dos periodos (1979-82 y 1983-86) contienen el 61% de los casos de 1975-2002.

El efecto edad en la mortalidad por cáncer de laringe en los hombres murcianos de 45 a 80 años, aumenta de forma exponencial, con algunos quiebros en la curva, hasta aproximadamente los 75-79 años, donde se observa una inflexión con tendencia al descenso.

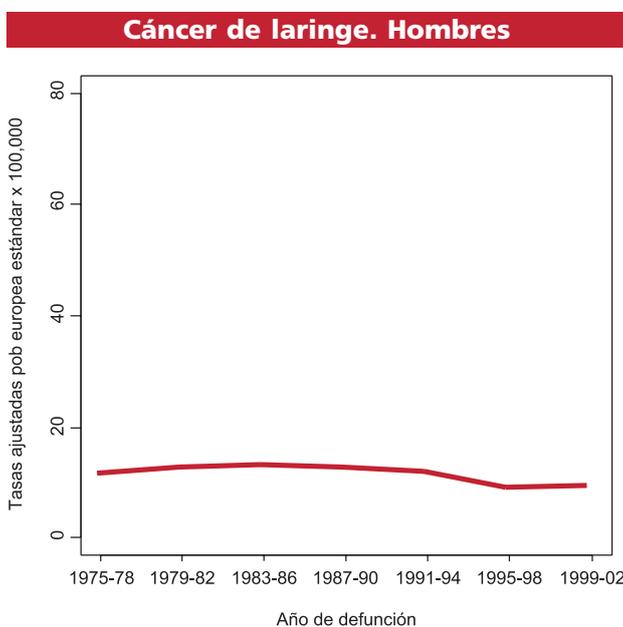
Los hombres presentan efecto cohorte con un riesgo aumentado, pero con tendencia descendente, que remonta en las últimas generaciones, comprobándose que en general, los grupos de personas más ancianas presentan más riesgo de

morir por esta causa que las cohortes más jóvenes, excepto las más jóvenes. Siendo las generaciones nacidas en la posguerra, entre 1940-50, las que presentan menor riesgo.

La resultante de la tendencia global ajustada a lo largo del periodo 1975-2002 es un significativo descenso de la mortalidad en los hombres (-1,5% anual), que es mucho más acusada en las mujeres (-6,5% anual). El cambio porcentual anual en los hombres de 45-84 años es de -1,65%. Que si los comparamos con los resultados nacionales vemos que son del 0,2% y -3,4% anual en hombres y mujeres respectivamente, de 40-84 años. Predo-

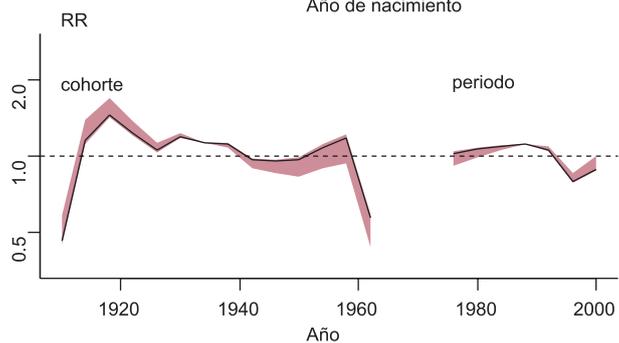
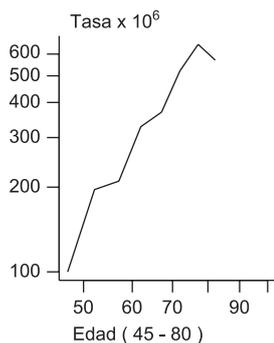
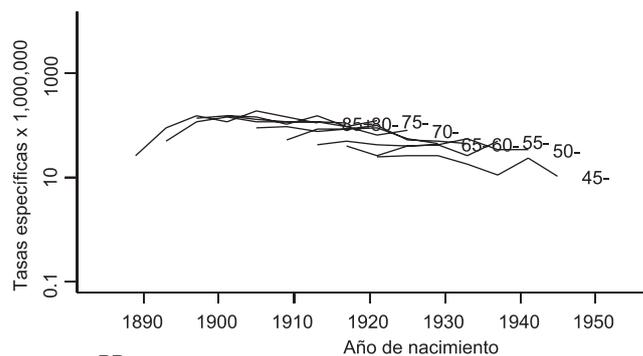
minando en España el efecto cohorte sobre el efecto periodo de muerte<sup>29</sup>.

Este descenso de la mortalidad posiblemente sea debido a la adopción de conductas más saludables, así como al incremento de la capacidad diagnóstica y terapéutica. Sin embargo, al tratarse de un tumor cuyo mayor riesgo se atribuye al tabaco, las mujeres presentan una baja incidencia todavía; no obstante, el aumento en la prevalencia de fumadoras entre las mujeres adultas, hace prever un potencial aumento de la incidencia de estos tumores y subsecuentemente de la mortalidad si no mejora la supervivencia.

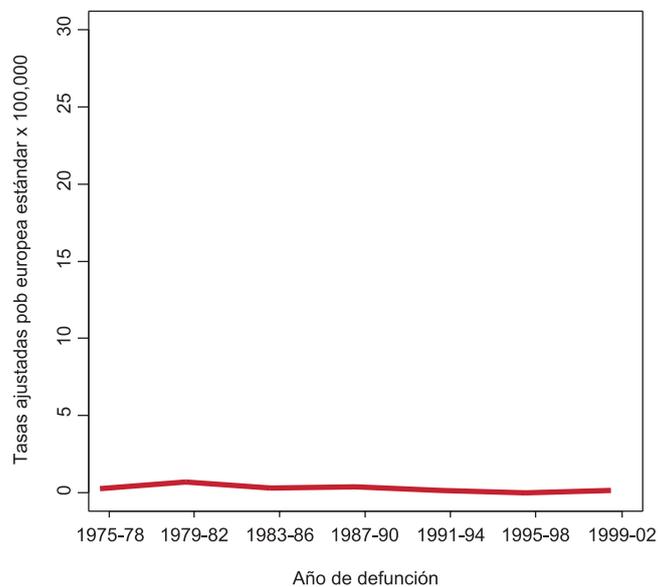


## Cáncer de laringe. Hombres

Modelo	GL	Deviance
edad	48	78.8
edad+drift	47	58.8
edad + per	42	49.8
edad + coh	35	43.8
edad + per + coh	30	35.1
cambio neto		-1.603 % por año



## Cáncer de laringe. Mujeres



## CÁNCER DE PULMÓN

Autor: Lluís Cirera Suárez

El cáncer de pulmón (tráqueo-bronco-pulmonar) es la tercera causa de muerte regional en hombres (8,8%) y la primera entre las neoplasias, con 381 defunciones anuales y una tasa ajustada a la población mundial estándar de 48,82 por cien mil hombres en el año 2002. En las mujeres es la 20ª causa de muerte (1,6%) y la 3ª entre las neoplasias, tras el cáncer de mama y de colon, con 49 fallecimientos y una tasa ajustada a la misma población de 4,94 por cien mil mujeres<sup>10</sup>. A la vez que la incidencia para el cáncer de pulmón en hombres de la Región de Murcia es de 49,60 (tasa ajustada a la población mundial estándar)<sup>38</sup>. Es de destacar la proximidad de las tasas de incidencia y mortalidad (la razón mortalidad incidencia se aproxima a 1) debido a la baja supervivencia.

En España y en los hombres, se observa un fuerte aumento de la mortalidad en todos los grupos de edad, excepto en los grupos menores de 30 años con tendencia a la estabilización o disminución. El efecto cohorte se traduce en un aumento de todas las generaciones sucesivas hasta 1947, en la que cambia de sentido por el fenómeno de las edades jóvenes. En las mujeres las tasas específicas y el efecto cohorte son radicalmente distintos, observándose un aumento paulatino del riesgo hasta la generación de 1917 y un descenso posterior hasta 1940, dónde empieza a aumentar, expresando la mortalidad la incorporación del tabaquismo. Siendo el cambio neto anual de 3,6% en hombres (25-80 años) y de 0,34% en mujeres (30-80 años)<sup>29</sup>.

El consumo murciano de tabaco del año 1992 al 2002, ha descendido en hombres hasta el 40,6% y aumenta en mujeres 2,3 puntos hasta el 33,6%. El descenso de la prevalencia se observa en el grupo más joven (20-29 años) tanto en hombres como en mujeres, aunque en éstas aumenta en el grupo de mayor edad. La prevalencia sigue siendo alta (34,5%)<sup>62</sup>. En escolares (11-16 años) también se refleja el fenómeno del descenso en los que han tenido "contacto con el tabaco alguna vez", en los cursos 1997-98 frente al 2001-02 (32,1% frente 26,2%); manteniéndose en un porcentaje regional importante de escolares fumadores ha-

bituales (12,4 %), fumando más las chicas que los chicos (68,9% frente a 31,1%)<sup>42</sup>.

La supervivencia del cáncer de pulmón en España a los 5 años es del 12,4% (IC al 95% 11,6%-13,2%) y un punto porcentual menor que en el mejor país europeo, siendo el promedio en Europa significativamente algo menor (9,7%, IC 95% 9,3%-10,0%) que el español<sup>39</sup>. Estas cifras muestran que es una de las supervivencias más bajas, siendo sólo inferiores el cáncer de hígado, páncreas y esófago.

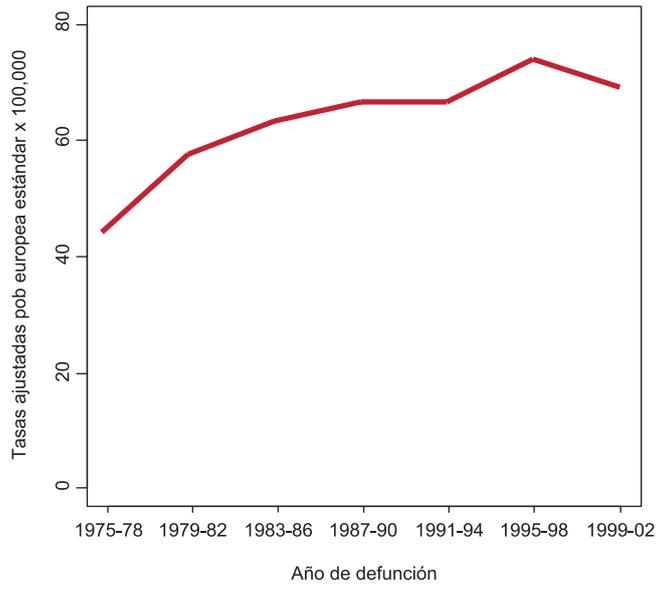
Las tasas ajustadas de periodo en la mortalidad regional masculina por cáncer de pulmón presentan un incremento mayor en los primeros años del estudio y un pico en 1995-1998. En la femenina las tasas ajustadas son del orden de la décima parte y muy similares en los periodos inicial y final.

En los hombres el efecto periodo es de mayor importancia que el de cohorte tras ajustar por la edad de fallecimiento, mientras que en las mujeres el efecto periodo es algo más importante. El efecto de la edad, manifiesta un perfil exponencial en ambos sexos, en hombres esta elevación se aprecia a partir de los 40 años de edad, mientras que en las mujeres se observa en las mayores de 50.

En las tasas específicas por edad y año de nacimiento de los hombres se observa una tendencia a aumentar, mientras que en las mujeres el patrón es más bien de estancamiento. Las generaciones de la posguerra civil tienen en los hombres un mayor riesgo de muerte y aunque en algún tramo posterior desaparece para el total de los hombres, persiste al final en las cohortes más jóvenes. El efecto periodo se observa en los hombres a mediados de los años 80 y en las mujeres tiene presenta forma de 'W'.

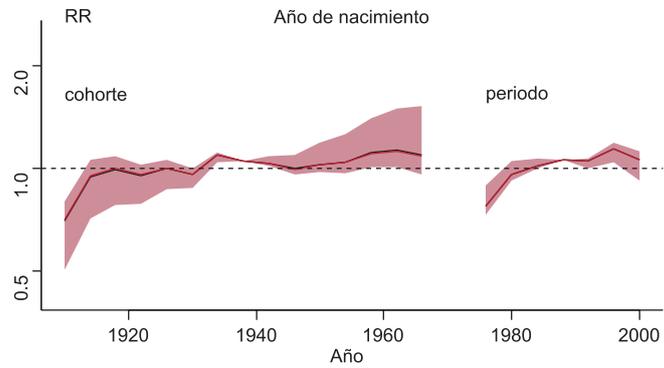
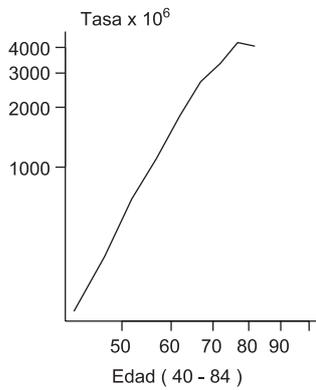
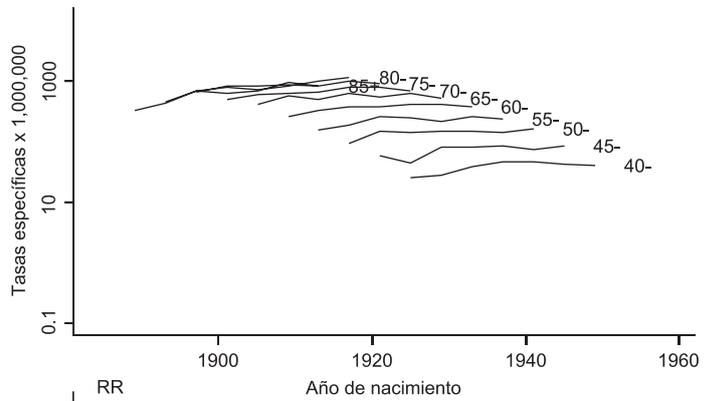
La tendencia global regional es a mayor mortalidad en los hombres (1,3% de 40-84 años y del 1,4% en todas las edades). Mientras que la mortalidad se mantiene (-0,5% no significativo, de 50-80 años y de -0,1% no significativo, para todas las edades) en las mujeres a lo largo de los 28 años estudiados.

### Cáncer de pulmón. Hombres

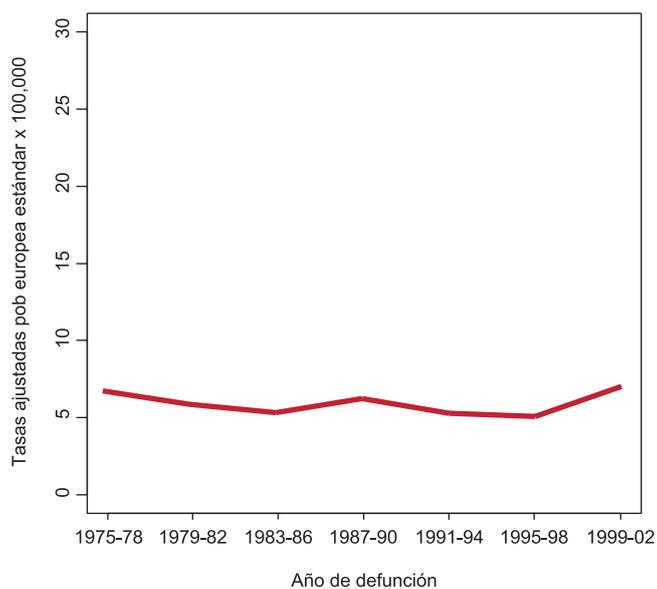


### Cáncer de pulmón. Hombres

Modelo	GL	Deviance
edad	54	160.3
edad+drift	53	84.3
edad + per	48	48.8
edad + coh	40	60.4
edad + per + coh	35	34.8
cambio neto	1.298 % por año	

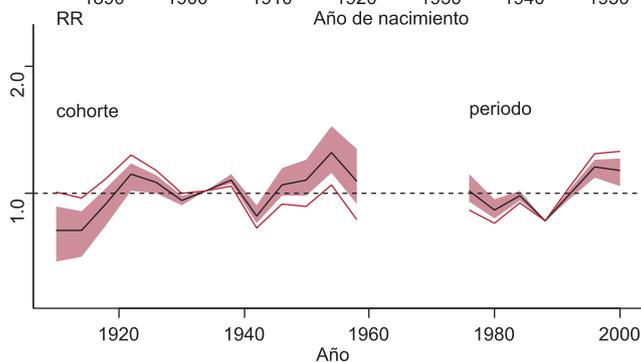
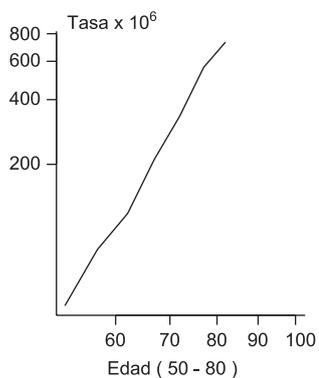
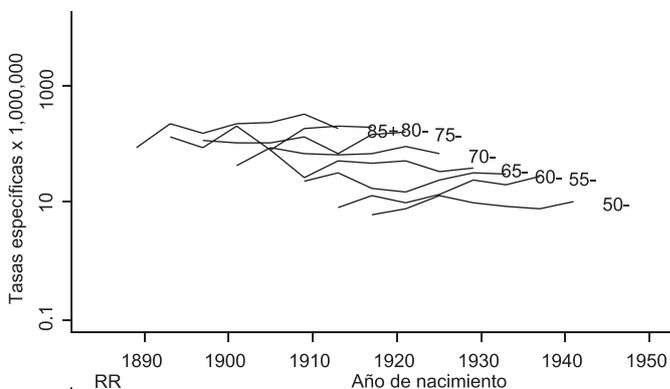


## Cáncer de pulmón. Mujeres



## Cáncer de pulmón. Mujeres

Modelo	GL	Deviance
edad	42	50.9
edad+drift	41	45.5
edad + per	36	42.8
edad + coh	30	41.8
edad + per + coh	25	38.5
cambio neto	1.139 % por año	



## MELANOMA CUTÁNEO

Autora: M<sup>a</sup> Dolores Chirlaque López

El melanoma cutáneo es un tumor maligno que se origina a partir de los melanocitos de la epidermis, se localiza en la superficie cutánea y se han descrito cuatro formas básicas, el melanoma de extensión superficial, léntigo maligno, melanoma lentiginoso acral y melanoma nodular. Entre los diversos factores de riesgo descritos, destacan la exposición solar intensa y sensibilidad de la piel<sup>63</sup>. Supone una causa poco frecuente de muerte, con tasas de mortalidad para la Región de Murcia ajustadas a la población mundial estándar de 1,60 y 0,80 por 100.000 para hombres y mujeres respectivamente en el periodo 1999-2002, debido principalmente a su relativa baja incidencia, con tasas en la Región de Murcia para mujeres de 7,40 casos por 100.000 y hombres de 5,10<sup>38</sup>, y elevada supervivencia, mayor del 90% al primer año del diagnóstico y alrededor del 80% a los 5 años<sup>39</sup>.

De todos los tumores malignos diagnosticados en la población murciana, el 2% son melanomas cutáneos. Estos tumores afectan principalmente a personas adultas jóvenes, con una media de edad al diagnóstico de 57 años en hombres y algo superior (59 años) en mujeres de la Región de Murcia, en la que se diagnostican una media de 68 casos por año, correspondiendo un 40% a hombres y un 60% a mujeres. La razón mortalidad / incidencia en el periodo 1993-1996 es de 27 y 19 para hombres y mujeres respectivamente, con 270 casos diagnosticados y 59 fallecidos en el periodo 1993-1996<sup>38</sup>.

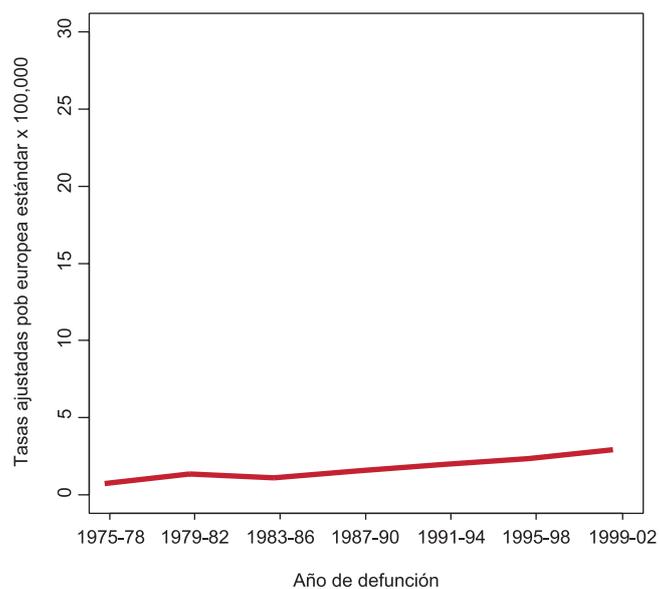
A diferencia de los tumores malignos más frecuentes en los que empieza a observarse una elevación de tasas de mortalidad en individuos de edad avanzada (próstata, colon, etc.), las tasas por grupo de edad del melanoma cutáneo comienzan

su ascenso a partir del grupo de 25-29 años, con tasas entre 1-9 casos por 100.000 en hombres y mujeres, y un ascenso algo más pronunciado a partir de los 70 años en hombres y 80 en mujeres. Para el conjunto de España en el periodo 1952-1986 también se observa un ascenso de las tasas de mortalidad por grupos de edad, aunque no tan pronunciado como para otros tumores<sup>23</sup>.

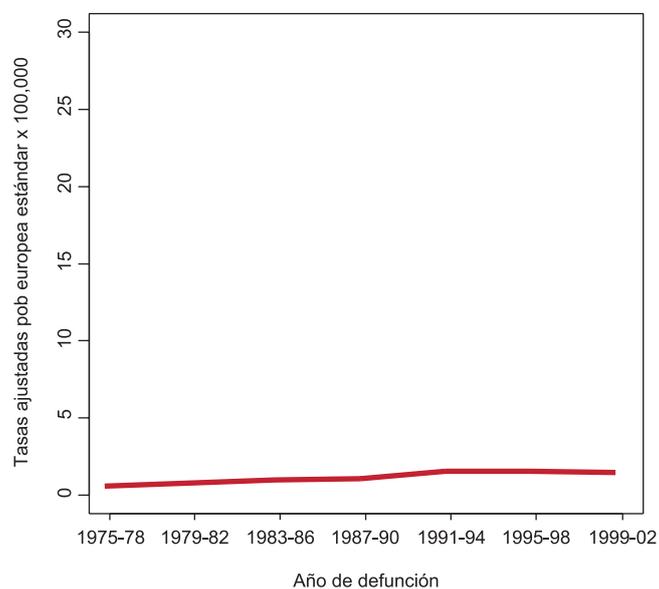
El efecto periodo de la mortalidad por melanoma cutáneo muestra un aumento sostenido y gradual a lo largo de los casi 30 años analizados, con mayor pendiente a partir de 1985 en los hombres y ligeramente menor en las mujeres en todo el periodo. La tendencia relativa anual es positiva y elevada en relación a otros tumores, con un incremento anual del 5,2% en hombres y un 4,3% en mujeres, ambos incrementos significativos. Del mismo modo, la incidencia de melanoma en la Región de Murcia ha sufrido incrementos relativos muy notables a lo largo del periodo 1983-1996, si bien partiendo de tasas de incidencia iniciales bajas, con un incremento relativo anual en mujeres del 10% (IC 95%, 5-15%)<sup>49</sup>. En España se observa una evolución ascendente de las tasas de mortalidad por este tumor desde 1975 a 1995, tanto en hombres como en mujeres, con tasas de mortalidad superiores en el sexo masculino en todo el periodo. En diversos países en los que disponen de datos de incidencia y mortalidad por melanoma se observa que la incidencia está aumentando más que la mortalidad y la tasa de incremento es similar en ambos sexos.

Estudios de tendencia temporal indican que el incremento de la mortalidad se puede explicar principalmente por el efecto periodo, aunque en hombres el efecto cohorte es también significativo, es decir, el riesgo de melanoma se incrementa de generación en generación, según datos sobre el análisis de la mortalidad para el conjunto de España<sup>23</sup>.

### Melanoma cutáneo. Hombres



### Melanoma cutáneo. Mujeres



## CÁNCER DE MAMA

Autores: Lluís Cirera Suárez y Trinidad Martínez Martínez

La importancia del cáncer de mama como problema de salud pública radica, no sólo en sus elevadas tasas de incidencia y mortalidad, sino también en el incremento paulatino experimentado en las últimas décadas. De este modo, la tendencia temporal de la mortalidad por cáncer de mama femenino en España está sufriendo un incremento promedio del 2,5% anual, (IC 95% 2,4%-2,6%), siendo la primera causa de muerte entre las mujeres con una tasa de 24,56 por cien mil, lo que representa el 3,3% del total de la mortalidad femenina del año 2002 en la Región de Murcia<sup>10</sup>.

En el contexto murciano el cáncer de mama es la primera causa de incidencia neoplásica en la mujer, con una tasa cruda de 67,25 por cien mil mujeres y representa el 26,6% de todos los tumores incidentes femeninos del periodo (1993-1996)<sup>38</sup>.

La tendencia regional de la incidencia del cáncer de mama femenino es a aumentar un 1,03% anual de forma significativa (IC 95% 1,02% a 1,04%) durante los años 1983 a 1996<sup>49</sup>.

La supervivencia relativa a los cinco años en Europa y España de 1990-1994 obtenida del proyecto Eurocare-3 para el cáncer de mama es ligeramente superior en España 78,0% (76,90-79,10) frente al 76,1% (IC 75,60-76,60) de la europea<sup>39</sup>.

El efecto edad representado en gráfica en escala logarítmica nos muestra que las tasas aumentan de forma exponencial conforme avanza la edad de la mujer, siendo más pronunciada la pendiente de ascenso antes de los 50 años de edad.

Entre los efectos edad-periodo y edad-cohorte, tiene un mayor componente el efecto periodo de defunción.

El riesgo en el efecto cohorte de nacimiento se manifiesta alrededor del año de nacimiento de 1935 hasta 1955, estando por debajo del promedio, prácticamente, el resto de las generaciones. Sin embargo las inflexiones finales de la curva, no permiten asegurar que las generaciones más jóvenes no presenten dicho efecto.

En el efecto periodo se observa que desde el año 1975 a 1998 las tasas de mortalidad ajustadas a la población europea estándar aumentan, para luego descender en el periodo 1999-2002.

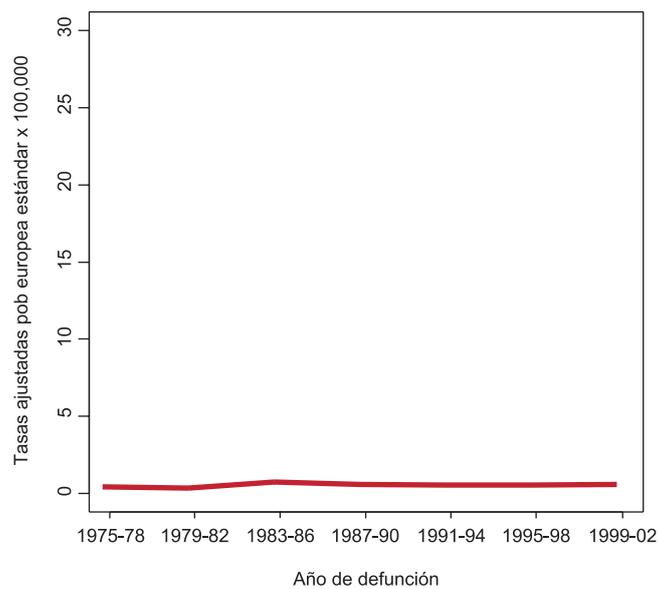
Siendo el cambio neto anual del 1,1% anual para las edades analizadas (de 30 a 84 años) y para todas las edades es del 1,2% anual.

La mortalidad por cáncer de mama en mujeres mayores de 45 años presenta una evolución de periodo idéntica al de todas las edades, con una gráfica de la mortalidad por edad con curva exponencial muy parecida, al igual que en el efecto cohorte en las generaciones coincidentes en los análisis.

El análisis edad-periodo-cohorte da en España un aumento algo mayor (2,5% anual en todas las edades y 2,6% en mayores de 45 años). Con incrementos de riesgo en los últimos años y generaciones<sup>29</sup>.

El descenso regional de la mortalidad observado en el último tramo del periodo escogido, puede ser debido tanto al cambio de clasificación de las causa de muerte a partir del año 1999, como a mejoras en el diagnóstico y tratamiento, que se evidencian en la buena supervivencia. En este sentido y dado el tiempo transcurrido de actuación, parece prematuro que el programa regional de detección precoz del cáncer de mama<sup>64,55</sup> manifieste sus resultados en la mortalidad. Es más plausible que esta disminución pueda ser debida en parte al cambio de clasificación (razón CIE-10/9 del -1,6%).

### Cáncer de mama. Hombres

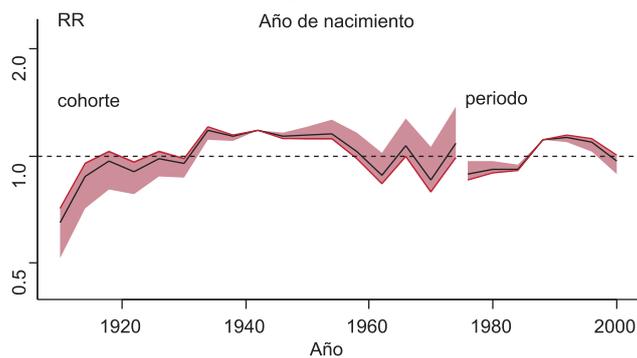
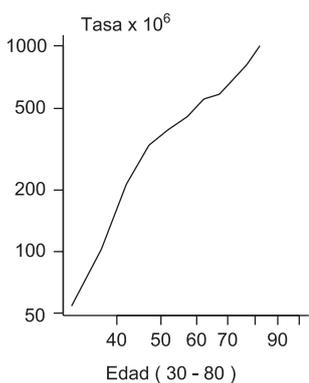
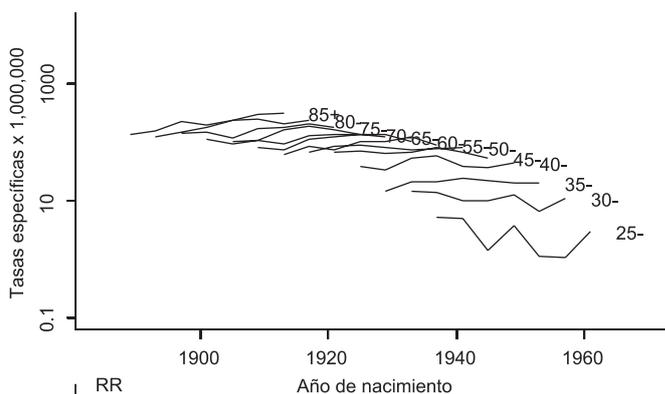


### Cáncer de mama. Mujeres



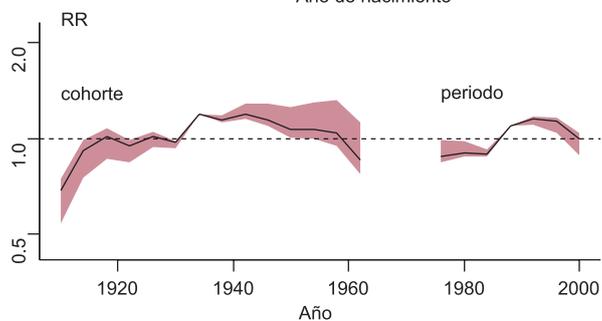
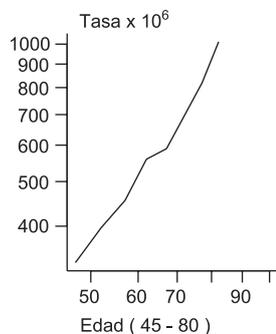
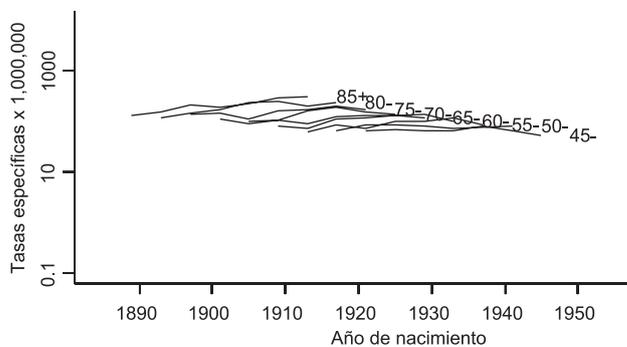
## Cáncer de mama. Mujeres

Modelo	GL	Deviance
edad	66	92.8
edad+drift	65	72.8
edad + per	60	50.2
edad + coh	50	45.7
edad + per + coh	45	28.2
cambio neto	1.047 % por año	



## Cáncer de mama. Mujeres 45+

Modelo	GL	Deviance
edad	48	81.9
edad+drift	47	57.0
edad + per	42	35.3
edad + coh	35	35.0
edad + per + coh	30	18.9
cambio neto	1.241 % por año	



## CÁNCERES DE ÚTERO

Autora: M<sup>a</sup> Dolores Chirlaque López

En este apartado se analizan conjuntamente el cáncer de cuerpo y cervix uterino, aunque epidemiológicamente son diferentes y presentan factores de riesgo no comunes, debido a la elevada proporción de casos codificados en mortalidad como cáncer de útero, parte no especificada. Es un tumor que afecta a mujeres en edades no muy avanzadas de la vida, con una media de 55 años (desviación estándar 15) para el cáncer de cervix y 64 años (desviación estándar 11) para el de cuerpo. Teniendo en cuenta el tipo histológico, los cánceres de cuerpo uterino son principalmente adenocarcinomas (84,4%), mientras que la morfología tisular más frecuente en el cervix es el carcinoma de células escamosas (75,3%) y tan solo el 13,4% son adenocarcinomas<sup>38</sup>.

Uno de cada diez tumores malignos que se diagnostican en la mujer en la Región de Murcia es un cáncer de útero, incluyendo cuerpo y cervix, sin embargo, del total de defunciones en las mujeres menos del 1% corresponden a cáncer de útero, denotando una incidencia elevada para cuerpo y cervix uterino (17,41 y 8,84 por 100.000 respectivamente) y una moderada mortalidad (7,20 por 100.000), siendo el séptimo tumor más frecuente entre las causas de mortalidad por neoplasias en mujeres<sup>10</sup>. La razón mortalidad / incidencia en cáncer de cuerpo uterino (17,4%) es más baja que en cervix (41,5%), datos concordantes con la elevada supervivencia, que es un reflejo de la diferencia existente entre incidencia y mortalidad. Los valores observados de supervivencia relativa en España a los 5 años del diagnóstico son del 75,4% en cáncer de cuerpo uterino y del 68,7% en cervix<sup>39</sup>.

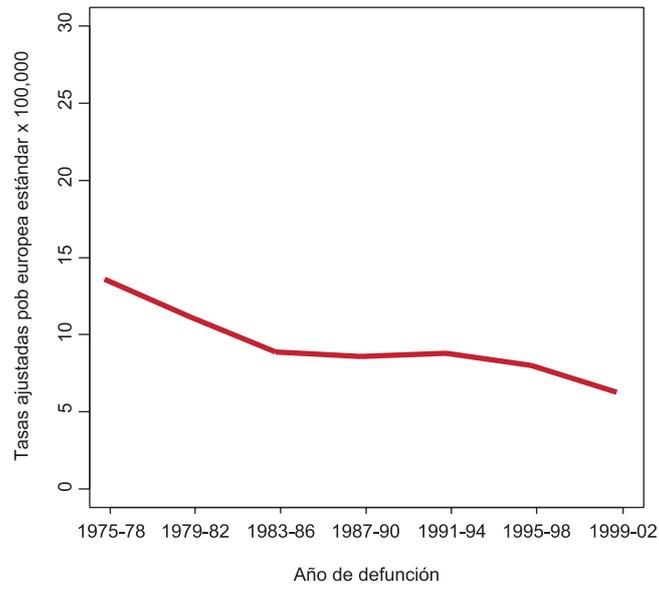
Las tasas de mortalidad del cáncer de útero por grupos de edad inician su ascenso a partir de los 35 años, con un aumento más pronunciado entre 55 y 60 años y a partir de 70, alcanzando la máxima mortalidad en los mayores de 74 años.

Estas variaciones en la mortalidad reflejan en parte la diferente afectación por grupos de edad del cáncer de cervix y endometrio, como muestran los datos de incidencia en la Región de Murcia, debido a que las tasas de incidencia de cáncer de cervix inician su ascenso a los 30 años de edad, con un pico de elevada incidencia en el grupo de 45-49 años, en tanto que el cáncer de cuerpo uterino muestra un ascenso a partir del grupo de 40-44, ascenso continuado hasta alcanzar la máxima incidencia en el grupo de 75-79 años.

La mayoría de tumores malignos han sufrido ascensos en sus tasas de incidencia en las últimas décadas, excepto el cáncer de estómago y cervix uterino, que presentan una tendencia al descenso<sup>49</sup>. Las tasas de mortalidad por neoplasias también muestran un ascenso o estabilización en las últimas décadas para la mayoría de los tumores, aunque el cáncer de útero presenta una disminución significativa en sus tasas de mortalidad durante el periodo 1975-2002, con una disminución anual media del 2,7%, sin diferenciar cuerpo o cuello. Sin embargo, la tendencia en la incidencia de cáncer de cuerpo y cuello uterino es diferente, disminuyendo el cáncer de cervix un 2% anual de forma no significativa y aumentando el de cuerpo un 2% anual significativamente. En España, el efecto periodo sobre la disminución del riesgo de morir por cáncer de útero se observa con un decremento del 1,6% anual de forma significativa en el periodo 1952-1996<sup>23</sup>, algo inferior al porcentaje de descenso observado en Murcia.

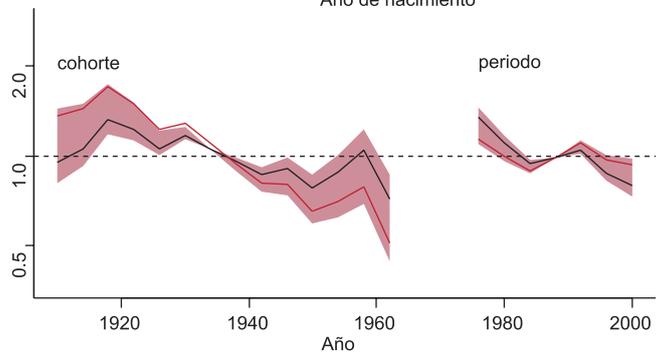
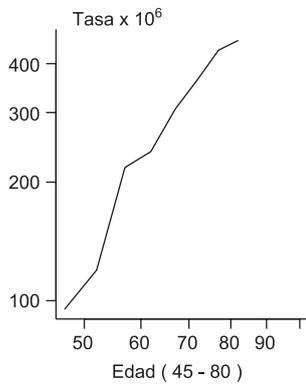
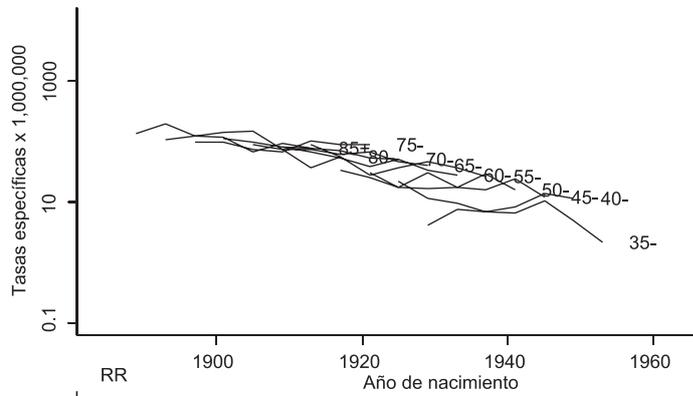
En el análisis de la mortalidad de cáncer de útero por cohortes de nacimiento se evidencia un efecto claramente descendente a medida que se van observando las sucesivas cohortes de nacimiento, con un descenso continuo y mantenido desde las mujeres nacidas a principios del siglo XX hasta las nacidas en la década de los cincuenta. El claro efecto cohorte descendente también se aprecia en el análisis realizado para el conjunto de España<sup>23</sup> en las cohortes de mujeres nacidas desde 1910 hasta 1950.

## Cánceres de útero. Mujeres



## Cánceres de útero. Mujeres

Modelo	GL	Deviance
edad	48	113.0
edad+drift	47	56.0
edad + per	42	50.6
edad + coh	35	48.9
edad + per + coh	30	42.2
cambio neto	-2.801	% por año



## CÁNCER DE PRÓSTATA

Autora: M<sup>a</sup> Dolores Chirlaque López

El cáncer de próstata supone el 3% del total de causas de muerte en hombres, según datos de las estadísticas de mortalidad de la Región de Murcia en el año 2002, con 134 casos y una tasa ajustada a la población mundial estándar de 12 por 100.000 hombres<sup>65</sup>, presentando la segunda tasa más elevada de mortalidad por tumores en hombres, tras el cáncer de pulmón. La razón mortalidad/incidencia en el periodo 1993-1996 es de 53,30, por haber sido diagnosticados 878 casos de tumores incidentes y fallecido 468 individuos.

Uno de cada diez tumores que se diagnostican en hombres es una neoplasia maligna de próstata, con el 11% del total de tumores, sólo superado en frecuencia por el cáncer de pulmón y vejiga urinaria, con una tasa de incidencia anual ajustada a la población mundial estándar de 27 por 100.000 hombres<sup>38</sup>. Una característica de este tumor es que presenta la mayor media de edad al diagnóstico (74 años, desviación estándar 9) de todos los tipos de tumores. Morfológicamente, la mayoría son adenocarcinomas, observándose en la Región de Murcia un 60% de adenocarcinomas y un 39% de sin especificar.

Las tasas de mortalidad por grupos edad empiezan a incrementarse ligeramente a partir de los 50 años de edad, experimentando un incremento vertiginoso conforme van aumentando los grupos quinquenales de edad, llegando a alcanzar en los mayores de 85 años tasas alrededor de las 600 defunciones por 100.000 hombres. Por tanto, el cáncer de próstata es uno de los tumores que presenta el efecto edad más marcado, duplicándose las tasas de mortalidad en los sucesivos grupos de edad, hecho que también se constata para el conjunto de España<sup>23</sup>.

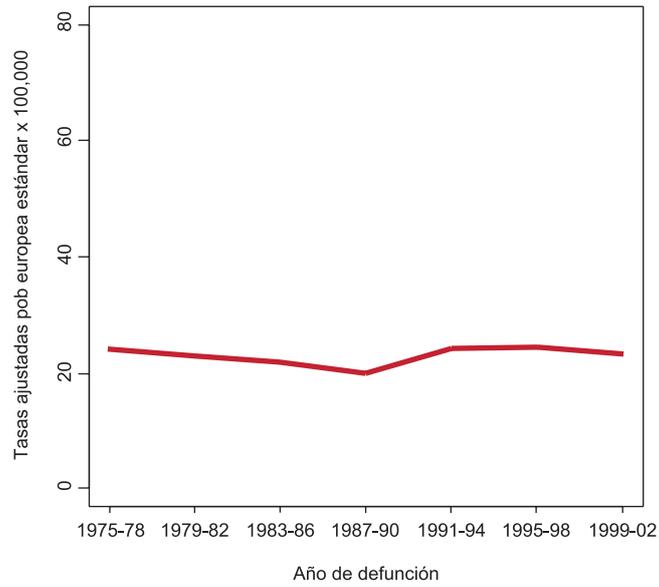
El efecto periodo de la mortalidad por tumores malignos de próstata muestra una discreta disminución desde 1975 hasta 1987-90, invirtiéndose

esta tendencia descendente en el periodo 1991-1994, iniciando un ascenso que en periodos posteriores se estabiliza. Globalmente no se observa un patrón homogéneo claro de aumento o disminución a lo largo de los casi 30 años analizados, lo que queda patente al no presentar la tendencia relativa anual ni ascenso ni disminución significativa. El efecto periodo observado está influido en gran medida por el grupo de mayor edad (80 y más años), ya que de 65 a 79 años disminuye la mortalidad a lo largo del periodo; en contraposición, en los de 80 y más años aumenta. Para el conjunto de España en el periodo 1952-1996 se observa un tenue, pero significativo incremento neto anual del 1,1%, que disminuye al 0,9% en el periodo 1982-1996, no mostrando un patrón diferente al observado en la Región de Murcia en un periodo posterior.

Sin embargo, el cáncer de próstata muestra un incremento elevado en incidencia en el periodo 1983-1996, con un incremento relativo anual del 7% (IC 95% 3-11)<sup>49</sup>, lo que denota que la estabilización de la mortalidad puede ser debido, en parte, a un mejor pronóstico de la enfermedad. En el estudio Eurocare sobre supervivencia de cáncer en Europa, encuentran para España una supervivencia relativa del cáncer de próstata del 86% para el primer año, y del 66% a los 5 años<sup>39</sup>.

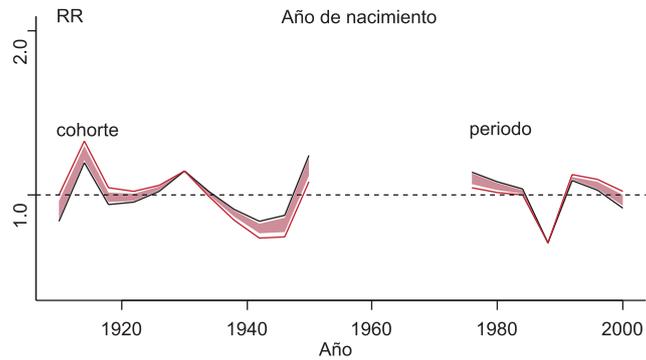
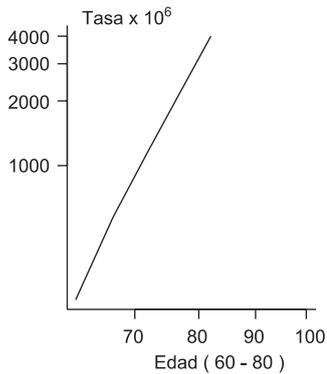
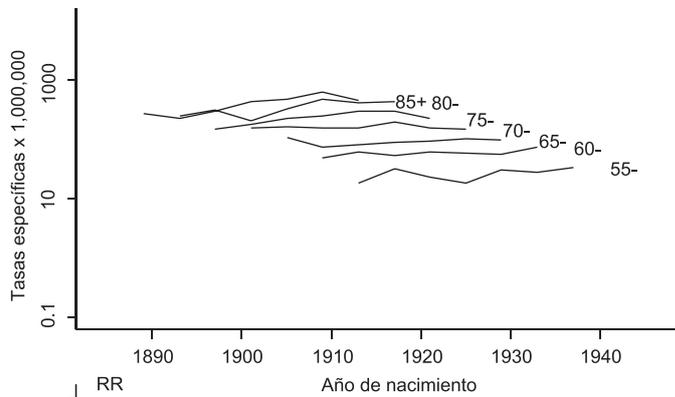
El incremento continuo del riesgo de muerte que se observa en el efecto cohorte hasta los nacidos en 1930 no se relaciona con un aumento en el efecto periodo. En los que nacieron después de 1930, el efecto cohorte muestra una disminución del riesgo, lo que significa que las cohortes que nacieron más tarde tienen menos riesgo de morir por cáncer de próstata. El efecto cohorte observado es similar al descrito para el conjunto de España aunque el punto de inflexión es algo posterior para Murcia, ya que en España cambia la tendencia al aumento en las cohortes que nacieron después de 1910, y en Murcia en las que nacieron a partir de 1930.

## Cáncer de próstata. Hombres



## Cáncer de próstata. Hombres

Modelo	GL	Deviance
edad	30	50.3
edad+drift	29	46.2
edad + per	24	31.5
edad + coh	20	34.7
edad + per + coh	15	21.8
cambio neto		-0.553 % por año



## CÁNCER DE VEJIGA

Autora: M<sup>a</sup> Dolores Chirlaque López

El cáncer de vejiga, cuyos principales factores de riesgo son la ocupación y el consumo de tabaco, es un tumor de elevada incidencia en hombres que presentan tasas de 47,61 por 100.000, y poco frecuente en mujeres con tasas de 7,06 por 100.000 en la Región de Murcia<sup>38</sup>. En hombres es el segundo tumor más frecuente y supone el 12,8% del total de tumores malignos, mientras que en mujeres representa el 2,8% del total de tumores invasivos. El 89% de los tumores de vejiga son carcinomas de células transicionales. La edad media al diagnóstico es elevada, con 68 años (desviación estándar 11) en hombres y 70 (desviación estándar 13) en mujeres.

La neoplasia maligna de vejiga ha ocasionado 107 defunciones en el año 2002 en la Región de Murcia representando el 1,1% de las defunciones totales y observándose en los hombres tasas de mortalidad 5 veces más elevada (14,44 por 100.000) que en mujeres (2,95)<sup>10</sup>, de hecho, en hombres supone el 1,8% de las defunciones totales y en mujeres el 0,4%. La razón mortalidad / incidencia es más baja para hombres que para mujeres, con ratios de 28,60 y 36,80 respectivamente.

La neoplasia maligna de vejiga es un tumor de elevada incidencia en hombres, pero baja mortalidad, con una supervivencia elevada (75,4% a los 5 años en hombres)<sup>39</sup>, por tanto, los cambios en la mortalidad no son un buen indicador de la incidencia, si no más bien de las mejoras en el diagnóstico, pues cada vez se diagnostica en estadios más iniciales de la enfermedad, y mejoras en el tratamiento.

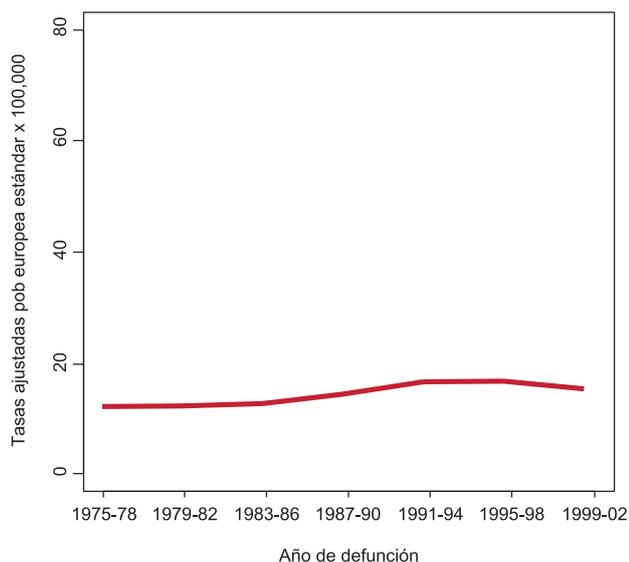
Las tasas de mortalidad por grupos edad en la Región de Murcia experimentan un incremento continuo y sostenido a partir del grupo de 50-54

años, superando los 9 casos por 100.000 hombres a partir de los 50 años de edad, y en mujeres se supera en las mayores de 70 años, alcanzando tasas mayores de 200 defunciones por 100.000 hombres en los hombres de 80 y más años. Este incremento continuo con la edad se observa tanto en mortalidad para el conjunto de España<sup>23</sup> como en incidencia para la Región de Murcia<sup>38</sup>.

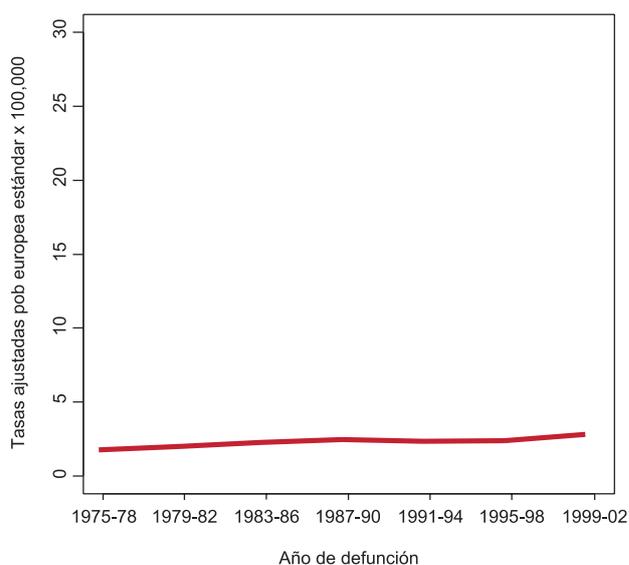
En relación al efecto periodo de la mortalidad por cáncer de vejiga se observa en ambos sexos una tendencia ascendente de las tasas a lo largo del periodo 1975-2002. Analizando el riesgo de morir por cáncer de vejiga se observa un cambio neto anual significativo del 1,3% y 1,8%, para hombres y mujeres respectivamente. La incidencia de cáncer de vejiga en la Región de Murcia en hombres también presenta una tendencia relativa anual ascendente del 2% significativa en el periodo 1986-1996<sup>49</sup>. Concluimos que tanto la incidencia como la mortalidad por cáncer de vejiga están aumentando en la Región de Murcia a lo largo de las últimas dos décadas. Los datos presentados se hallan en concordancia con el conjunto de España<sup>23</sup>, donde se ha apreciado un cambio neto anual de la mortalidad cercano al 2% en el periodo 1952-96.

El modelo regional utilizado identifica un efecto cohorte en hombres con un incremento de riesgo relativo hasta la cohorte de 1920, un efecto elevado mantenido hasta la cohorte de 1930-1940, y un descenso a partir de esta última cohorte de nacimiento, siendo la evolución de las cohortes posteriores poco valorable. Sin embargo, en el análisis de tendencias de mortalidad en España para el periodo 1952-1996 se observa en hombres un efecto cohorte con incremento en el riesgo hasta 1920, un intervalo hasta la cohorte de 1940 con menor pendiente y un incremento más acusado hasta 1955.

## Cáncer de vejiga. Hombres

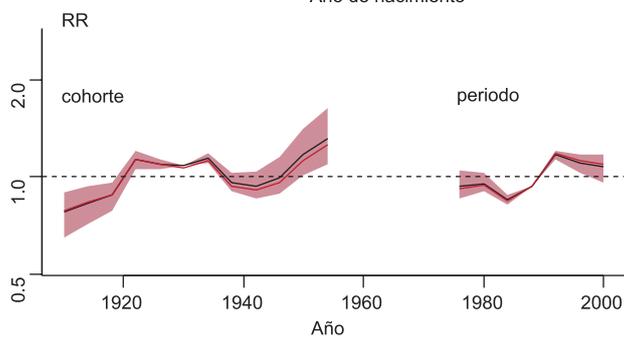
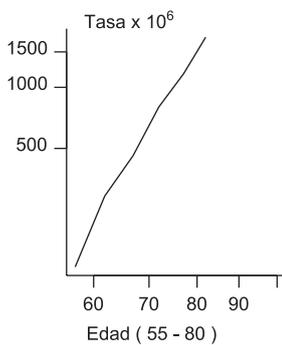
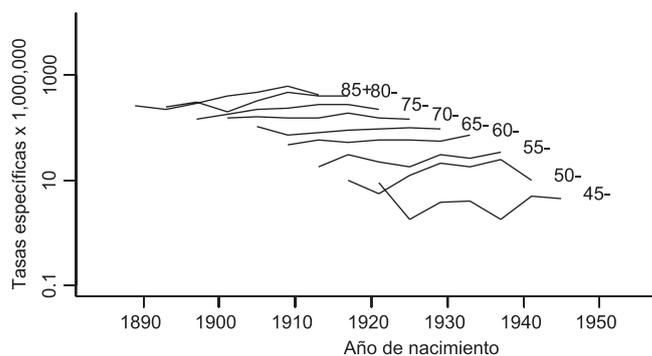


## Cáncer de vejiga. Mujeres



## Cáncer de vejiga. Hombres

Modelo	GL	Deviance
edad	36	43.9
edad+drift	35	32.3
edad + per	30	25.2
edad + coh	25	19.5
edad + per + coh	20	11.9
cambio neto	1.153 % por año	



## LINFOMAS

Autora: Diana Gavrila Chervase

Los linfomas se clasifican según sus características histológicas, clínicas y epidemiológicas en dos grandes grupos: linfomas de Hodgkin (LH), menos frecuentes, y linfomas no Hodgkin (LNH), que representan la mayoría de los linfomas. El LH presenta una curva de incidencia bimodal, con un primer pico entre los 20 y los 30 años y un segundo pico en las edades más avanzadas, mientras que los LNH suelen afectar a personas de edad más avanzada que en el caso del LH. La etiología de los linfomas sigue desconocida en gran medida, aunque se han realizado algunos avances últimamente. El virus de Epstein-Barr se ha asociado con un tercio de los casos diagnosticados de LH y se piensa que esta asociación es causal<sup>66</sup>. Otros factores implicados en la etiología de los LH son la exposición ocupacional a compuestos químicos, en particular solventes orgánicos y clorofenoles, los estados de inmunodeficiencia, incluyendo ciertas inmunodeficiencias primarias y la infección por el VIH1. Entre los factores de riesgo de LNH, se han considerado la aparición de SIDA, la mayor supervivencia de los pacientes trasplantados, la prevalencia del virus de Epstein-Barr y otras circunstancias que cursan con inmunosupresión, la exposición a plaguicidas<sup>67</sup> y la radiación ultravioleta<sup>68</sup>.

En la Región de Murcia el LH configura el 17% de los linfomas, frente al 83% de los LNH. En los años 1993-1996 las tasas de incidencia de LNH y LH ajustadas a la población europea estándar fueron de 12,10 y 2,70 por 100.000 para los hombres y de 7,90 y 1,40 por 100.000 para las mujeres. En cuanto a frecuencia relativa, los LH no se encuentran entre las diez localizaciones más frecuentes de la región, mientras que los LNH con el 3% de todas las neoplasias, ocupan el noveno lugar tanto en hombres como en mujeres<sup>38</sup>.

En 2002 a nivel regional, las tasas de mortalidad por LH ajustadas a la población estándar europea fueron de 0,39 por 100.000 habitantes en los dos sexos analizados juntos, mientras que la mortalidad por LNH presentó valores 10 veces mayores, con tasas de 3,79 por 100.000<sup>10</sup>.

Entre los periodos 1975-1978 y 1999-2002, las tasas de mortalidad por linfomas ajustadas a la población estándar europea han aumentado en la Región de Murcia de 3,64 a 5,45 por 100.000 en hombres y de 1,86 a 3,80 por 100.000 en mujeres. Con un incremento anual del 3,87% para los dos sexos, los linfomas representan una de las causas de mortalidad que más han aumentado en la región. Este aumento es más evidente en los mayores de 65 años y en menor medida en el grupo de 35-64 años, mientras que en el grupo de edad de menores de 35 años las tasas se mantienen relativamente estables a lo largo del tiempo. Estas diferencias según edad reflejan las tendencias opuestas de los dos grandes grupos: la tendencia decreciente de la mortalidad por LH, que tiene una mayor representación entre los más jóvenes y el gran aumento de mortalidad por los LNH, sobre todo en las edades más avanzadas.

Tanto el efecto cohorte como el efecto periodo deben interpretarse con cautela por el pequeño número de casos. El riesgo ligado al año de nacimiento aumenta hasta los nacidos en los años 30 y a partir de ese momento se estabiliza y desciende ligeramente en los nacidos a finales de los años 50. El efecto periodo muestra un aumento continuo de la mortalidad desde 1980 y parece estabilizarse en el último cuatrienio. Este patrón de tendencia va en paralelo con el incremento dramático en la incidencia de los LNH que se ha observado en el mundo desarrollado en las últimas décadas. Las mejoras en el diagnóstico y la aparición de linfomas relacionados con SIDA explican sólo una pequeña proporción de ese aumento<sup>69</sup>. Sin embargo, a partir de 1990, en algunos países nórdicos y en los EEUU se observa una detención en el incremento de la incidencia, posiblemente en relación con algunas medidas preventivas como la prohibición de algunos plaguicidas implicados en la etiología de los LNH<sup>70</sup> y el descenso de la incidencia de SIDA<sup>71</sup>. Esta detención del aumento de la incidencia se observa también en la Región de Murcia, sobre todo en el grupo de edad de 35-64 años, en el cual la tendencia relativa anual del periodo 1983-1996 fue de 1,07 (IC 95% 1,04-1,10) en hombres y 1,03 (IC 95% 1,00-1,07) en mujeres, mientras que en los últimos seis años de ese periodo se observa una inversión de la tendencia con 0,97 (IC95%

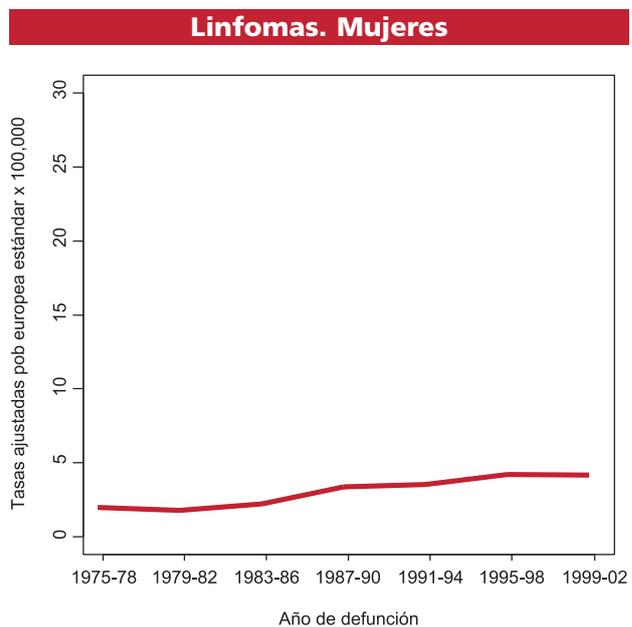
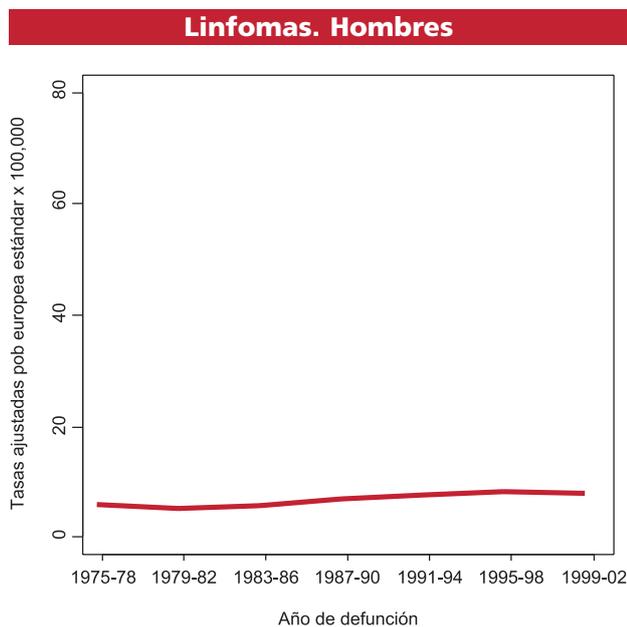
0,87-1,07) y 0,95 (IC95% 0,84-1,09), en hombres y mujeres respectivamente<sup>49</sup>.

A nivel nacional de 1982 a 1996, los dos grandes grupos de linfomas presentaron tendencias opuestas en cuanto a mortalidad. Los LH presentaron un descenso significativo de la mortalidad para todas las edades con una tendencia relativa anual 0,97 (IC95% 0,96-0,98) en hombres y 0,98 (IC95% 0,97-0,99) en mujeres, mientras que los LNH se situaron entre las localizaciones tumorales que han presentado un mayor ascenso de la mortalidad con una tendencia relativa anual de 1,05 (IC95% 1,04-1,05) y 1,06 (IC95% 1,06-1,07) en hombres y mujeres respectivamente<sup>29</sup>.

En la Región de Murcia las tasas de mortalidad tanto por LH como por LNH ajustadas a la población estándar europea se situaron por debajo del promedio de España en el periodo 1978-1992,

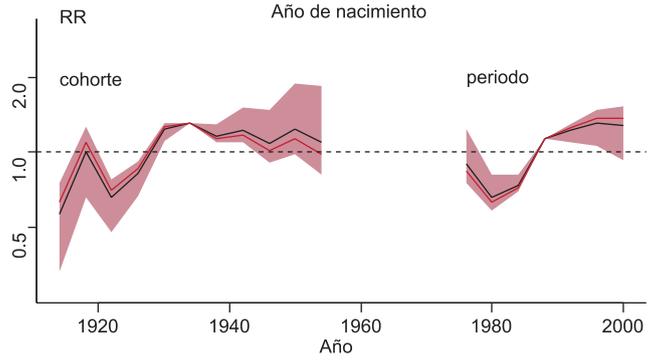
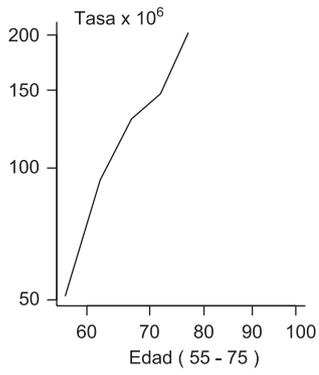
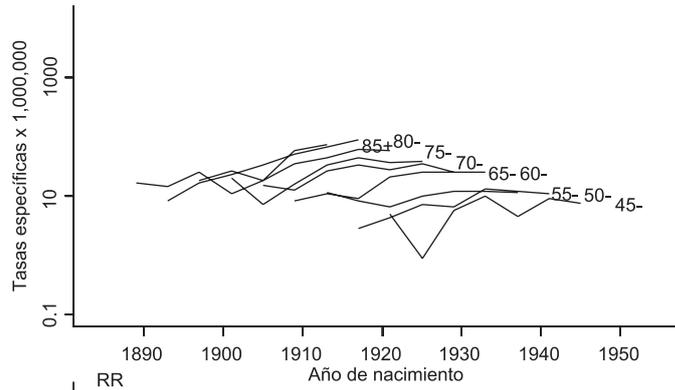
con una razón de tasas de 0,75 en hombres y 0,86 en mujeres en el primer caso y 0,91 y 0,87, respectivamente en el segundo, aunque solo la tasa de LH difiere significativamente de la media española<sup>72</sup>.

Debido a los avances terapéuticos, la supervivencia de los pacientes diagnosticados con linfomas ha aumentado sobre todo en los grupos de edad más jóvenes. En España la supervivencia es mayor que la media europea en los LNH, mientras que en el LH es inferior, tanto en hombres como en mujeres. La supervivencia relativa ajustada por edad a los cinco años del diagnóstico es del 72,8% (IC 95%: 67,5-78,5%) para hombres y 76,1% (IC 95% 70,3-82,5%) para mujeres en el LH y del 52,9% (IC 95% 49,1-57,1%) y 55,0% (IC 95% 51,5-58,7%) para hombres y mujeres, respectivamente en los LNH<sup>39</sup>.



## Linfomas. Ambos sexos

Modelo	GL	Deviance
edad	30	87.2
edad+drift	29	35.3
edad + per	24	21.8
edad + coh	20	18.9
edad + per + coh	15	10.5
cambio neto	3.867 % por año	



## LEUCEMIAS

Autora: Diana Gavrila Chervase

Las leucemias representan menos del 5% de las neoplasias en la mayoría de los países, pero agrupan una gran variedad de subtipos distintos de punto de vista clínico y biológico: leucemias mieloides (44%), linfoides (44%) y otras no especificadas (12%). Dentro de las diferenciadas, la leucemia mieloide aguda es el subtipo más común. La leucemia linfoblástica aguda es la más frecuente de las neoplasias infantiles, mientras que las leucemias crónicas aparecen excepcionalmente en menores de 20 años. Entre los factores de riesgo implicados en la aparición de las leucemias se han citado las radiaciones ionizantes, la exposición ocupacional a benceno, pesticidas, el tabaquismo, las infecciones virales, los factores genéticos<sup>73</sup>.

En la Región de Murcia en el periodo 1993-1996 la incidencia anual de leucemias fue del 10 por 100.000 habitantes aproximadamente, algo mayor en hombres que en mujeres. Aunque para todos los grupos de edad, las leucemias no se encuentran entre las 10 primeras localizaciones en cuanto a frecuencia relativa, en niños son el grupo más común de neoplasias, representando el 31% y el 44% de todos los tumores infantiles, en niños y niñas, respectivamente<sup>38</sup>.

En el periodo 1975-2002 las tasas de mortalidad por leucemias ajustadas a la población estándar europea se sitúan alrededor del 7 y 4 por 100.000 en hombres y mujeres respectivamente, presentando una variación mínima a lo largo del periodo de estudio. El cambio neto anual en ambos sexos fue de 1,05% para los grupos de edad analizados de 55-84 años, mientras que para todos los grupos de edad la tendencia relativa anual de la mortalidad por leucemias se mantiene estable, con 0,58% en hombres y 0,26% en mujeres, pero no significativas estadísticamente. Las tasas específicas por edad muestran, sin embargo que esta aparente estabilidad, oculta evoluciones opuestas en los distintos grupos de edad. Mientras que en menores de 70 años, las tasas de mortalidad se mantienen estables o descienden, sobre todo en hombres jóvenes a partir del año 1995, en los grupos etarios más ancianos

la tasa crece claramente, llegando a pasar en el grupo de hombres mayores de 85 años, de 26,73 a 99,15 por 100.000 habitantes. Este cambio es coherente con el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población. Con pocas excepciones, la magnitud de las tasas específicas por edad es superior en hombres a lo largo de todos los periodos.

En el análisis de los componentes de la tendencia se detectan irregularidades debidas a las fluctuaciones propias de eventos raros. El riesgo de morir por leucemia ligado al año de nacimiento en la Región de Murcia asciende hasta las generaciones de principios de siglo y se estabiliza posteriormente, con un descenso suave hasta las generaciones de los años 40. El último incremento del riesgo es debido a la tendencia en los últimos años de los grupos de edad más jóvenes que presentan tasas de mortalidad bajas e inestables. El efecto período muestra al inicio del estudio una tendencia positiva, con una mayor pendiente al principio, influida por el aumento de la incidencia y posiblemente por mejoras en el diagnóstico y/o certificación de estas enfermedades, seguida de una estabilización y tendencia descendente en el último periodo, evidenciando el impacto de los avances terapéuticos.

A nivel nacional, en el periodo 1952-1996, la mortalidad por leucemias ha aumentado un promedio de 1,7% anual en hombres, estabilizándose en los tres últimos quinquenios. El incremento ha sido de menor magnitud en las mujeres (1,4% anual), en las que, además, las tasas se estabilizan ya a finales de la década de los 70<sup>29</sup>.

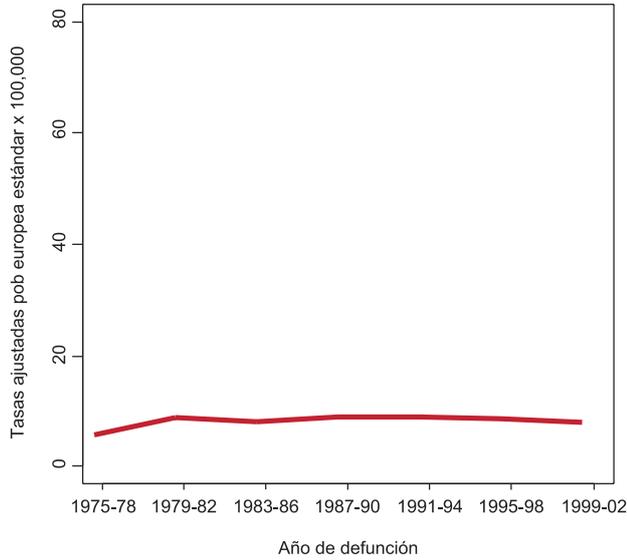
La razón de tasas ajustadas de mortalidad de la Región de Murcia con el promedio de España es de 1,04 en hombres y 1,02 mujeres, sin diferencias significativas con la media nacional, según datos del Instituto de Salud Carlos III<sup>72</sup>.

Debido a los avances terapéuticos, la supervivencia de los pacientes diagnosticados con leucemias ha aumentado en toda Europa. En España la supervivencia es mayor que la media europea en cada tipo histológico, tanto en hombres como en mujeres. La supervivencia relativa ajustada por edad a los cinco años del diagnóstico es del 47%

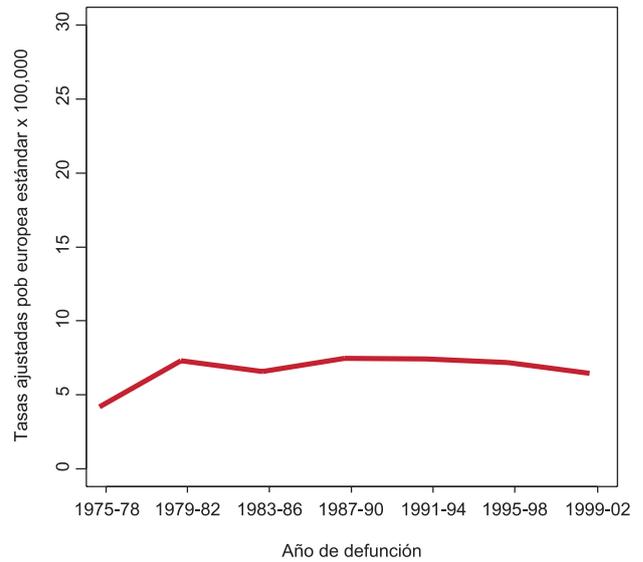
y 44%, en hombres y mujeres respectivamente. Sin embargo el pronóstico varía con la histología, con una supervivencia del 32% y 48% en las leucemias linfoblásticas agudas, el 82% y 75%

en las linfáticas crónicas, el 14% y 16% en las leucemias mieloides agudas y el 35% y 48% en las leucemias mieloides crónicas, respectivamente para hombres y mujeres<sup>39</sup>.

### Leucemias. Hombres

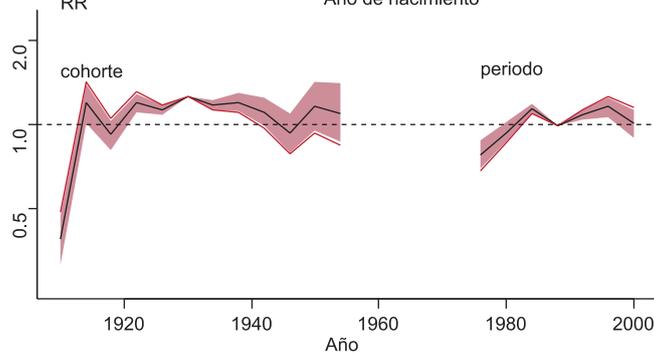
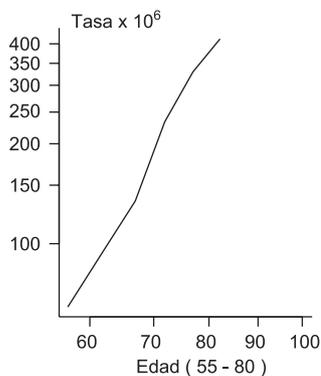
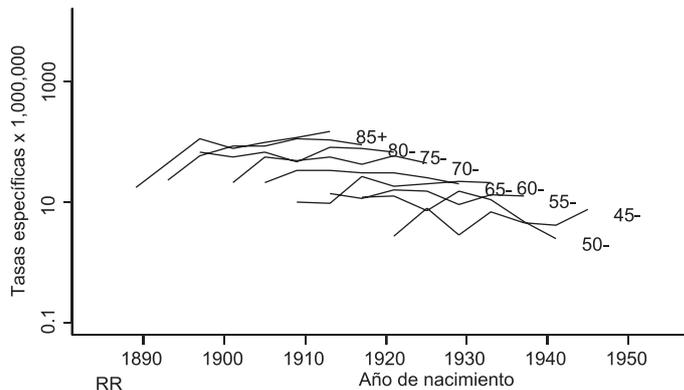


### Leucemias. Mujeres



### Leucemias. Ambos sexos

Modelo	GL	Deviance
edad	36	59.3
edad+drift	35	52.6
edad + per	30	38.1
edad + coh	25	31.4
edad + per + coh	20	24.3
cambio neto	1.04 9 % por año	



## DIABETES MELLITUS

Autores: Jesús Cerezo Valverde y M<sup>a</sup> José Tormo Díaz

Prevalencia y mortalidad por diabetes mellitus. La diabetes mellitus (DM) engloba un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por una elevación crónica de la concentración de glucosa en sangre. Esta hiperglucemia crónica se asocia con la aparición de complicaciones a largo plazo, destacando entre otras las enfermedades cardiovasculares. De entre los diversos trastornos metabólicos que incluye la diabetes, la denominada tipo 2 (DM2) es de especial relevancia por representar entre el 90-95% de todos los casos de diabetes y por tener una alta prevalencia a escala mundial, padeciéndola entre el 2 y el 8 % de la población<sup>74</sup>. Es prevenible mediante un estilo de vida saludable, evitando el exceso de peso, el sedentarismo y patrones dietéticos inapropiados<sup>75</sup>.

La Región de Murcia presentó una prevalencia de DM en la población mayor de 19 años del 11% en el 2002 (12,7% en hombres y 9,6% en mujeres) y superando el 29% en mayores de 69 años<sup>76</sup>. Además, según estadísticas regionales la DM representa la quinta causa específica de muerte en mujeres y la décima en hombres<sup>10</sup>.

Prevalencia y tendencias 1992-2002 de obesidad. La obesidad es el principal factor de riesgo para la diabetes tipo 2 (DM2). Efectivamente, si uno de cada 10 adultos de la Región de Murcia presentan diabetes, fundamentalmente DM2, es esperable que exista una elevada prevalencia poblacional de obesidad. Y esto se cumple exactamente ya que la prevalencia de obesidad es de las más elevadas descritas en la literatura científica<sup>77</sup>. Siguiendo con los datos de las dos sucesivas encuestas llevadas a cabo entre 1992 y 2002<sup>62</sup> sabemos que la prevalencia de alteraciones del peso [Índice de Masa Corporal (IMC)  $\geq 25$ ] se mantiene estable a lo largo de la década con una afectación de casi 2 de cada 3 (60%) personas adultas y similar en ambos sexos. La obesidad (IMC $\geq 30$ ) también se mantiene estable afectando a uno de cada 5 adultos (20%). Sin embargo, en esta última las tendencias son diferentes según sexos. Así, en los hombres ha aumentado la prevalencia (17% en 1992 y 21% en 2002) y en las mujeres ha

disminuido (24% en 1992 y 18% en 2002) ambos alcanzando la significación estadística. Estos datos y su consecuencia en términos de morbi-mortalidad por diabetes pueden explicar no tanto las tendencias actuales, fruto de un pasado del que no se tienen datos, como del futuro.

Análisis de edad periodo cohorte. Al ser una enfermedad asociada al envejecimiento de la población el mayor número de defunciones y las mayores tasas de mortalidad por DM se centran en los grupos de mayor edad, existiendo un crecimiento exponencial con la misma.

Las gráficas muestran un ambiguo efecto edad periodo en hombres, con disminuciones en la mortalidad alrededor de 1980 y luego en el 2000 mientras existe un pico de mortalidad en los años 90. En las mujeres, sin embargo, el riesgo de muerte desciende a lo largo de todo el periodo aunque en los últimos años se observa una tendencia a la estabilización.

El efecto edad cohorte es, sin embargo, más potente en ambos sexos con un mayor riesgo de muerte por DM en mujeres nacidas en torno a 1925, en hombres algunos años después y con una tendencia claramente descendente en las generaciones posteriores. No obstante, existe una interrupción llamativa de ésta, en hombres nacidos en torno a 1950. Estos datos concuerdan con los observados para la población española<sup>29</sup>.

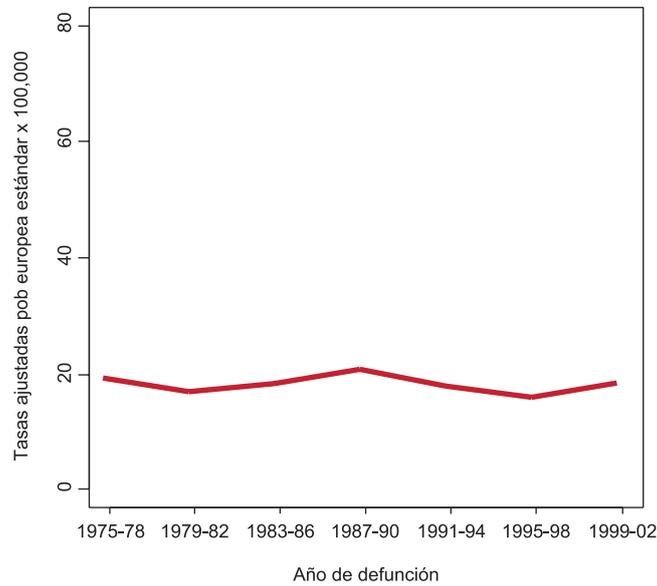
A partir del modelo de regresión obtenido se ha estimado un descenso en las tasas específicas de mortalidad del -1,07% en hombres y del -2,6 % en mujeres, teniendo en cuenta la edad, el periodo y la cohorte. En cuanto a la tendencia relativa anual para todo el periodo se ha estimado un descenso en el riesgo de morir por DM del -0,5% en hombres, sin alcanzar la significación estadística, y del -1,5%, significativo, en mujeres.

A partir de los efectos periodo y cohorte se puede interpretar una mejora en la calidad asistencial en las personas con diabetes, sin embargo, ésta se plasma de forma desigual según el sexo considerado, afectando de forma más positiva al género femenino. Por tanto, se podría concluir que, en la Región de Murcia, la alta prevalencia de DM

junto con otros factores de riesgo cardiovascular asociados, especialmente entre la población masculina, podrían contrarrestar el efecto bene-

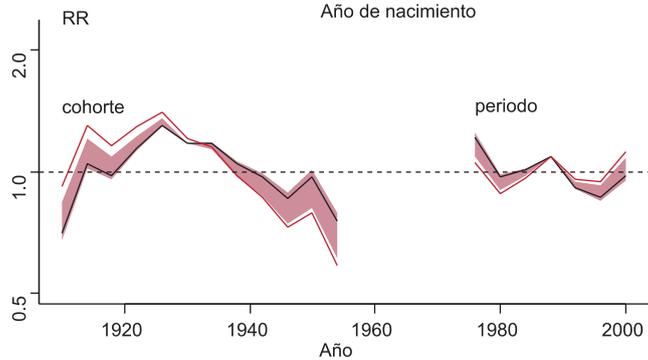
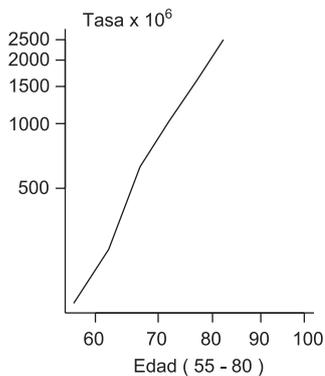
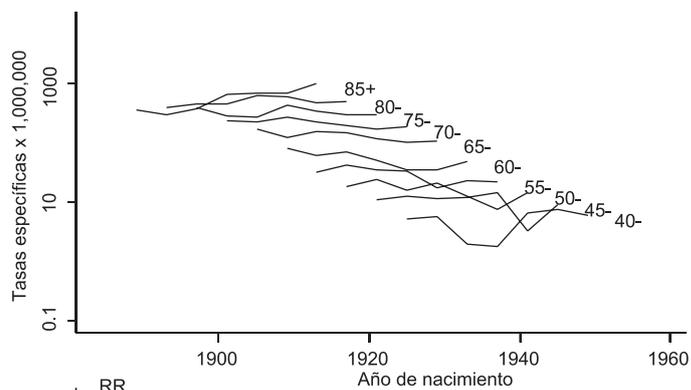
ficioso implícito en la mejora asistencial y la tendencia negativa registrada en la mortalidad por diabetes.

### Diabetes mellitus. Hombres

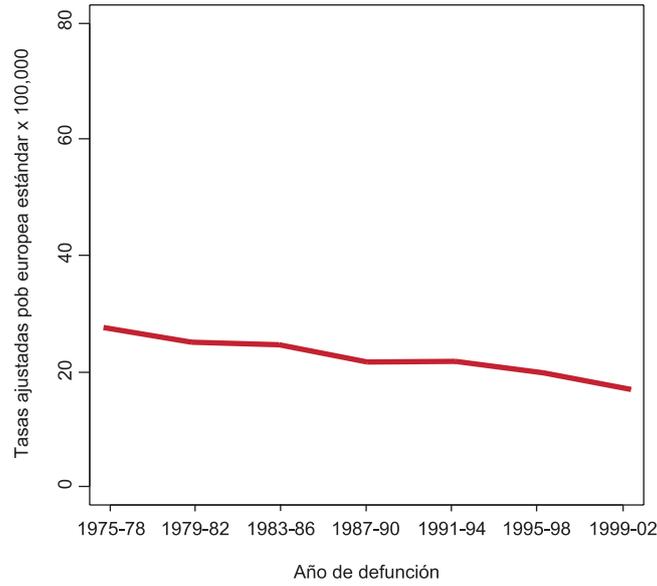


### Diabetes mellitus. Hombres

Modelo	GL	Deviance
edad	36	59.5
edad+drift	35	46.4
edad + per	30	35.1
edad + coh	25	23.5
edad + per + coh	20	13.2
cambio neto	-1.068 % por año	

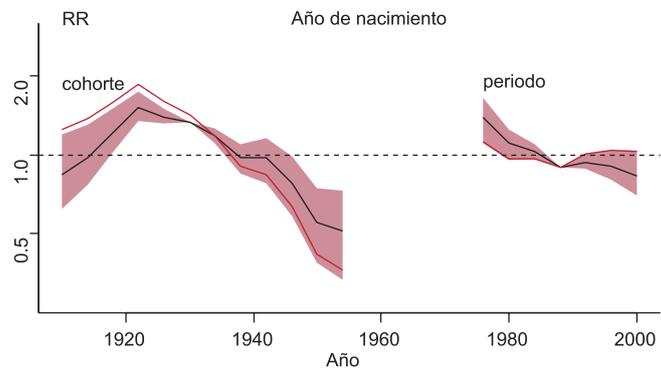
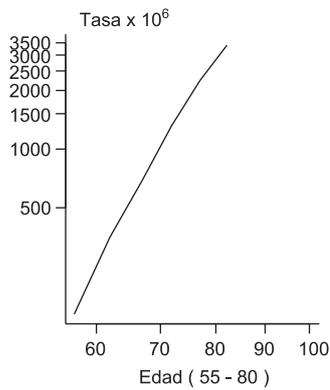
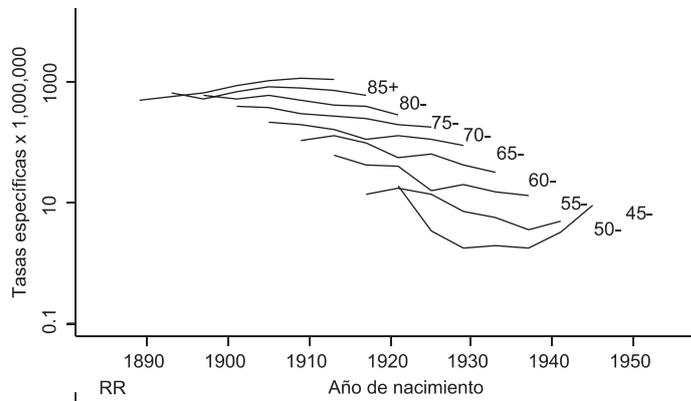


## Diabetes mellitus. Mujeres



## Diabetes mellitus. Mujeres

Modelo	GL	Deviance
edad	36	251.0
edad+drift	35	117.5
edad + per	30	108.8
edad + coh	25	41.3
edad + per + coh	20	29.6
cambio neto		-2.561 % por año



## DEMENCIA PRE/SENI Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Autores: Diana Gavriła Chervase y M<sup>a</sup> José Tormo Díaz

Mortalidad por demencias en la Región de Murcia. En 2002 la mortalidad por demencias (trastornos mentales orgánicos senil y presenil) en la Región de Murcia fue de 21 por 100.000 personas de ambos sexos. Sin embargo, las tasas son muy diferentes en hombres y en mujeres siendo aproximadamente el doble en estas últimas (29 por 100.000 en mujeres y 13 por 100.000 en hombres) debido sobre todo a la mayor longevidad de éstas (tasas ajustadas por edad población mundial 10 y 9,40 por 100.000 en hombres y mujeres respectivamente)<sup>10</sup>.

Prevalencia de deterioro cognitivo leve y demencias. Las enfermedades degenerativas cerebrales son la causa más frecuente de demencia, destacando la enfermedad de Alzheimer, que supone el 50% de todas las demencias, según distintas series clínicas hospitalarias, y el 70-80% del total de los casos en las series anatomopatológicas.

La prevalencia de demencias se concentra en los mayores de 60 años, aumenta exponencialmente con la edad, es algo mayor en el sexo masculino hasta la edad de 75 años y posteriormente es superior en las mujeres<sup>78</sup>. Datos recientes y todavía provisionales de una encuesta sobre deterioro cognitivo y demencias en la Región de Murcia durante 2004 indican que la prevalencia de deterioro cognitivo leve está alrededor del 4% y de demencias del 6%. De estas últimas casi todas son tipo Alzheimer (prevalencia 5%, incluye Alzheimer puro y Alzheimer más alteraciones vasculares) y sólo un 1% sería demencia vascular<sup>79</sup>.

La etiología de las demencias se conoce de forma muy incompleta. Se consideran factores de riesgo la historia familiar de demencia, la presencia de casos de Síndrome de Down en la historia familiar y el fenotipo Apo-E4. Como posibles factores de protección se han señalado las drogas antiinflamatorias, la terapia con estrógenos y un nivel alto de educación<sup>80</sup>.

Análisis edad-periodo-cohorte. En la Región de Murcia, entre los periodos 1975-1978 y 1999-2002 las tasas ajustadas de mortalidad por demencias han registrado un incremento muy importante de 2,40 a 21,30 por 100.000 en hombres y de 2,80 a 25,10 por 100.000 en mujeres. En el periodo 1975-2002, la tendencia relativa anual de todos los grupos de edad en la Región de Murcia fue del 9,7% en hombres y del 10,2% en mujeres situándose, sin embargo, por debajo de la tendencia nacional del periodo 1982-1996 que fue del 15% y 16% en hombres y mujeres, respectivamente<sup>29</sup>.

Las tasas específicas de mortalidad por demencia aumentan de manera muy importante con la edad en ambos sexos. Mientras que en los menores de 75 años las tasas presentan valores similares en hombres y mujeres, a partir de esa edad son en general mayores en las mujeres.

El efecto asociado a la cohorte de nacimiento es de incremento de riesgo hasta los nacidos en 1920, seguido de una estabilización posterior y un ligero descenso en la última cohorte. Sin embargo, el efecto del periodo de defunción es ligeramente mayor y muestra un descenso inicial seguido de una inversión de la tendencia con un ascenso brusco a partir de 1980, coincidiendo con la introducción de la CIE-9. Esta tendencia ascendente se suaviza en el último periodo que coincide con los años de codificación según la CIE-10. La tendencia temporal creciente de la mortalidad por demencias se puede atribuir parcialmente al mejor reconocimiento y certificación de la enfermedad, aunque sigue infradiagnosticada, ya que sólo tres de cada 10 casos de demencia se detectan por los servicios sanitarios en nuestro medio<sup>81</sup>.

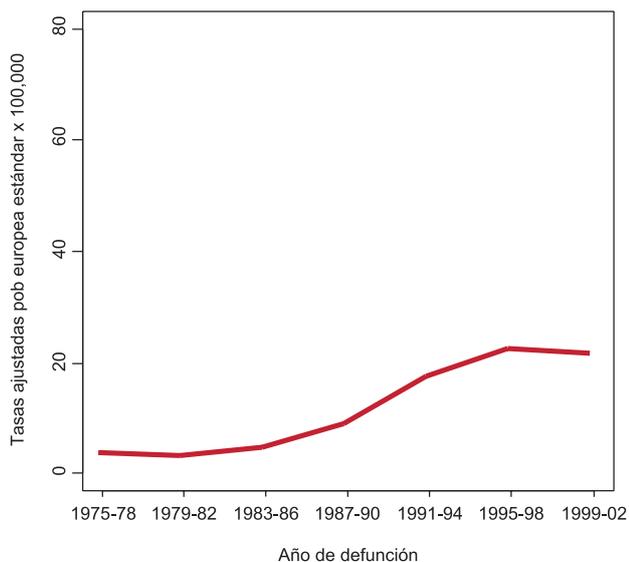
Las tendencias de mortalidad por demencias en la Región de Murcia son similares a las encontradas en otros estudios de mortalidad realizados a nivel nacional y en Cataluña. Sin embargo, esta visión desde la mortalidad contrasta con estudios de incidencia de demencia y enfermedad de Alzheimer en EEUU, donde no se perciben tendencias temporales ni efectos de la cohorte de nacimiento<sup>82</sup>.

Para valorar el impacto de las demencias en la salud pública hay que tener en cuenta que las personas con demencia utilizan los servicios más

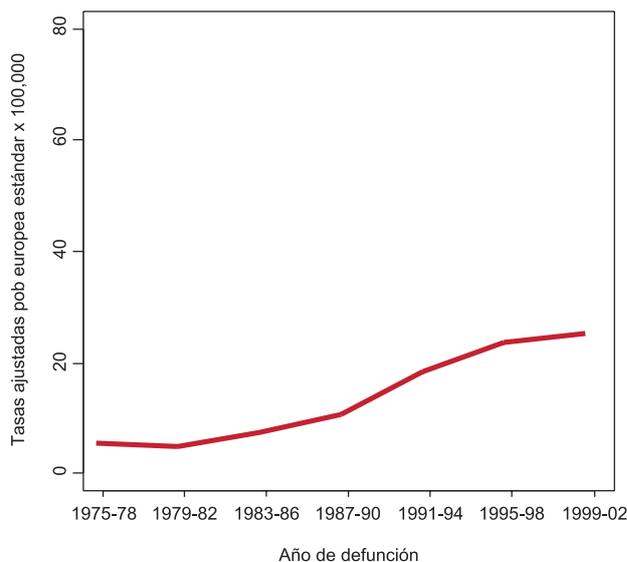
costosos, consultas a domicilio y hospitales y hacen escaso uso de los servicios preventivos y de rehabilitación. Según la Organización Mundial de la Salud, en los países occidentales los trastornos neuropsiquiátricos suponen la cuarta causa de años de vida perdidos en situación de discapacidad, por detrás de las enfermedades cardiovas-

culares o el cáncer y en una posición muy similar a la de los accidentes<sup>83</sup>. La tendencia creciente en la mortalidad por demencias debería suponer una llamada de atención sobre un problema de salud emergente y servir de base para prever las necesidades en recursos asistenciales, a escala poblacional, para los años venideros<sup>84</sup>.

### Demencia-Alzheimer. Hombres

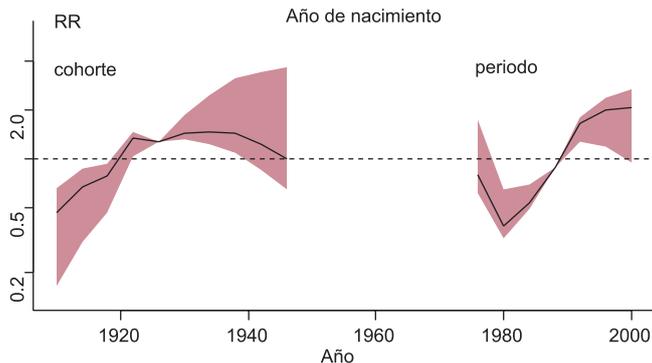
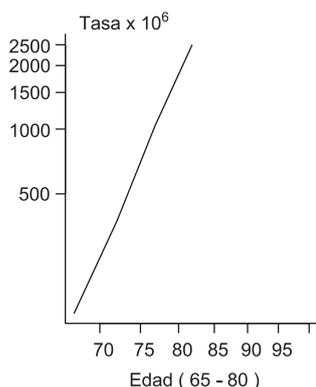
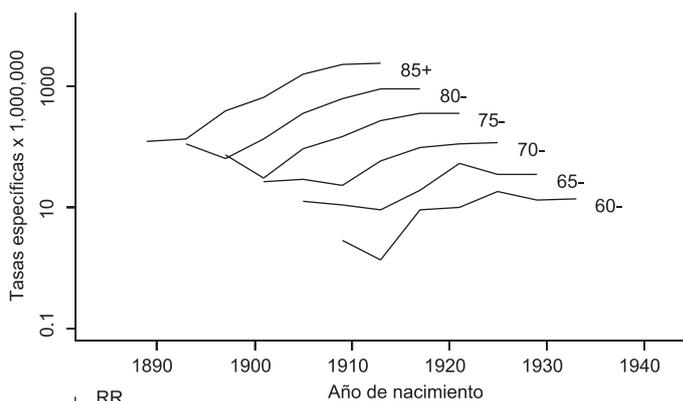


### Demencia-Alzheimer. Mujeres



### Demencia-Alzheimer. Ambos sexos

Modelo	GL	Deviance
edad	24	997.3
edad+drift	23	155.3
edad + per	18	41.9
edad + coh	15	72.1
edad + per + coh	10	13.6
cambio neto	9.026 % por año	



## ENFERMEDAD ISQUÉMICA DEL CORAZÓN

Autora: María José Tormo Díaz

Mortalidad por enfermedad isquémica del corazón. En 2002, para ambos sexos, las enfermedades isquémicas del corazón supusieron una de cada 10 muertes, con una tasa ajustada (pob. mundial estándar) de 36,80 defunciones por cada cien mil habitantes. En los hombres, además, fueron la mayor causa de mortalidad específica (tasa ajustada de 53,60) y en las mujeres la segunda (tasa ajustada de 22,60)<sup>10</sup>.

Comparativamente con las demás CC.AA. la Región de Murcia se mantiene entre las de mortalidad más elevada<sup>85</sup>, con una tendencia anual media ligeramente descendente durante el periodo 1975-1992 que no alcanza la significación en mujeres<sup>86</sup>.

Incidencia y letalidad por infarto agudo de miocardio. Durante el periodo 1997-98 la incidencia de IAM fue de 273,90 por 100.000 hombres de 25 a 74 años y 3 veces menor (85,90) en las mujeres, significativamente superior a la media del total de las comunidades participantes en el estudio IBERICA<sup>87</sup>. La letalidad fue, en cambio, similar a la media de las CC.AA. donde uno de cada tres hombres y casi la mitad de las mujeres fallecieron como consecuencia del episodio agudo<sup>88</sup>.

En conclusión, la Región de Murcia es un área de alta morbi-mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en el contexto español aunque, comparativamente con otras áreas mundiales, España y Murcia presentan una moderada afectación por éste tipo de enfermedad.

Prevalencia y tendencias 1992-2002 de factores de riesgo cardiovascular. Gran parte de los episodios de enfermedades isquémicas del corazón pueden ser atribuibles a la frecuente distribución de factores de riesgo coronarios. La Región de Murcia cuenta con datos sobre prevalencia de estos a través de dos encuestas realizadas con 10 años de diferencia, 1992 y 2002<sup>62</sup>. En 2002 los factores de riesgo más importantes y frecuentes fueron: la inactividad deportiva (70%), el sobrepeso y la obesidad (60%), colesterol sérico elevado (51%),

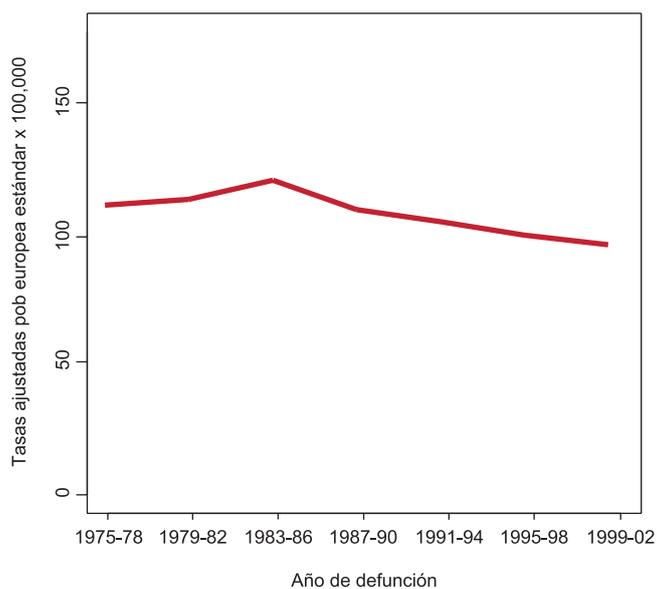
el consumo de tabaco (37%), la hipertensión arterial (24%), la diabetes (10%) y el HDL colesterol sérico reducido (10%). Las tendencias durante los diez años monitorizados han sido variables. Se ha reducido el consumo de tabaco y la hipertensión arterial así como se ha experimentado un aumento en la actividad física deportiva. Sin embargo, el sobrepeso y la obesidad se mantienen a unos niveles muy elevados y el HDL colesterol sérico ha empeorado.

Respecto a la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y el síndrome metabólico no se cuenta con datos históricos pero si recientes (2002) e indican que más de una de cada 10 personas adultas (11%) presentan DM (Glicemia basal  $\geq 126$  mg/dl)<sup>76</sup> y que una de cada 5 personas adultas presenta el síndrome metabólico<sup>89</sup>, complejo de alteraciones metabólicas altamente asociadas con el riesgo de cardiopatía isquémica y accidentes vasculares. Estos datos recientes no sirven para evaluar los patrones encontrados pero sí para los futuros.

La mortalidad por cardiopatía isquémica presenta un incremento exponencial con la edad. En los hombres se evidencia un ligero repunte aumento en 1983-1986 para luego ir disminuyendo. El descenso también se observa en las mujeres. Sin embargo el modelo expresa un mayor efecto edad-cohorte, con una elevación del riesgo de muerte en las personas nacidas algo antes de 1920, y hasta 1950, con un posterior descenso del riesgo. El cambio neto en el periodo analizado ha sido un descenso anual medio en las tasas de mortalidad de casi un -1% año en los hombres (de 40-80 años) y la mitad en mujeres (50-80 años). Para todas las edades el cambio anual es más similar entre sexos (alrededor del -0,7%/año). Los resultados son consistentes con otros análisis edad-periodo-cohorte llevados a cabo en España en los que el descenso significativo del 1% en hombres, pero no en mujeres en el periodo 1982-1996<sup>86,29</sup>.

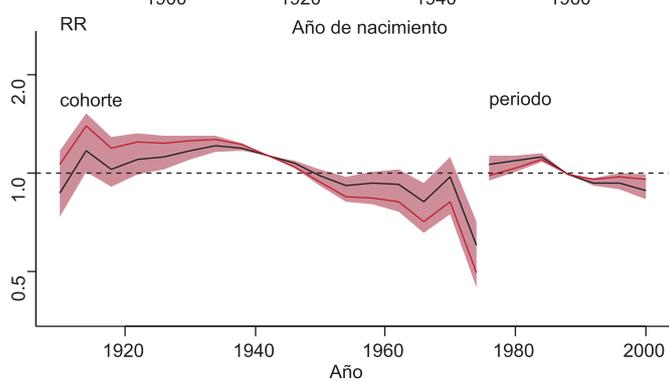
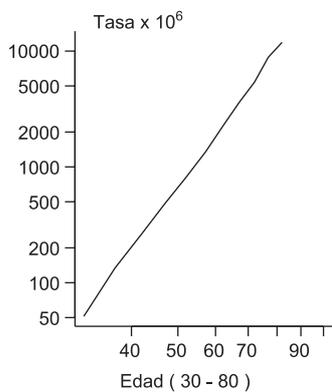
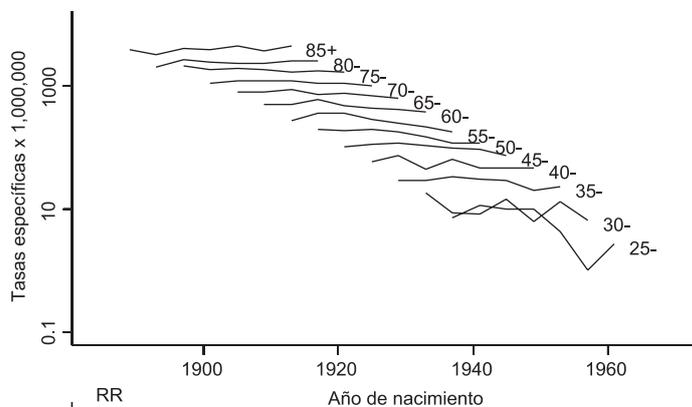
Los cambios observados pueden deberse a la mayor prevalencia de factores de riesgo coronario y a la mejora en la atención médica del paciente infartado aunque la letalidad sigue siendo elevada en la actualidad.

## Enfermedad isquémica del corazón. Hombres

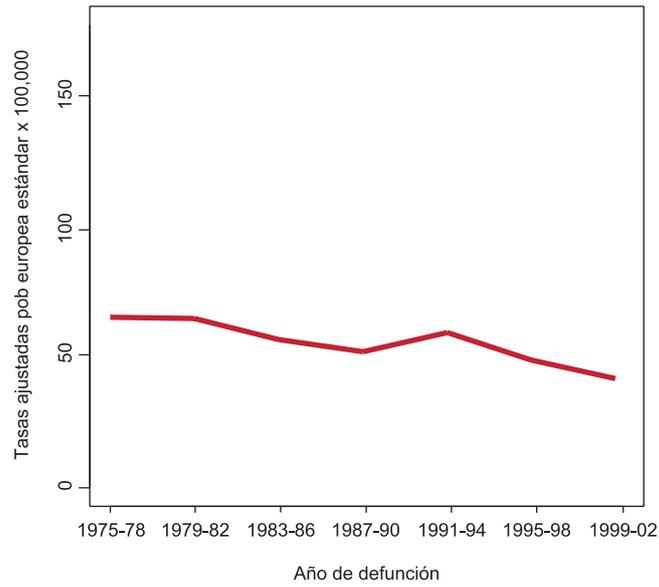


## Enfermedad isquémica del corazón. Hombres

Modelo	GL	Deviance
edad	66	189.5
edad+drift	65	118.7
edad + per	60	94.4
edad + coh	50	54.2
edad + per + coh	45	38.4
cambio neto	-0.966 % por año	

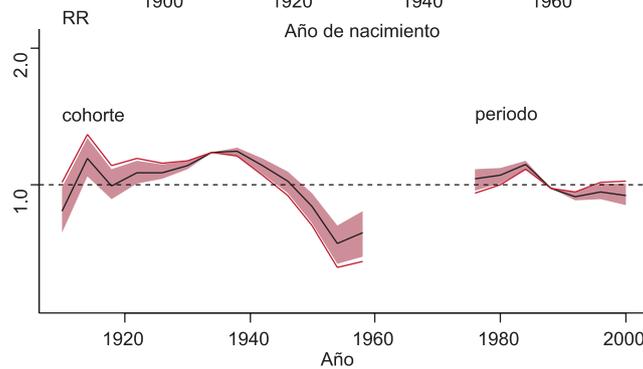
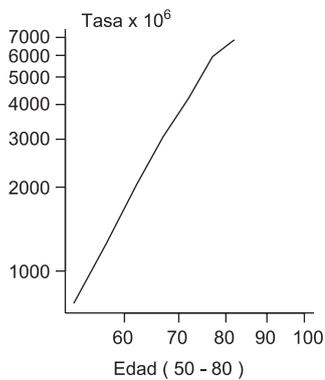
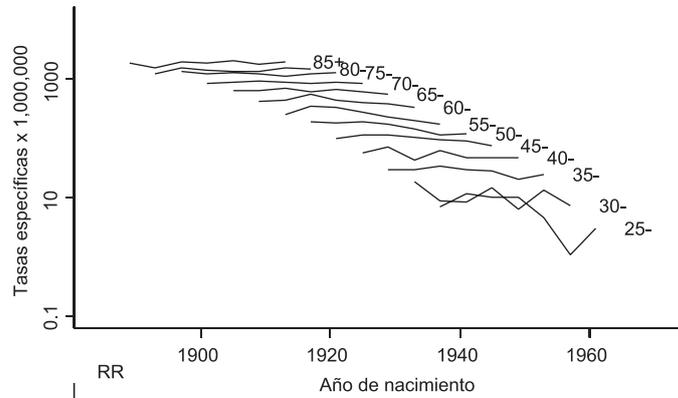


## Enfermedad isquémica del corazón. Mujeres



## Enfermedad isquémica del corazón. Mujeres

Modelo	GL	Deviance
edad	42	134.5
edad+drift	41	114.3
edad + per	36	96.3
edad + coh	30	31.3
edad + per + coh	25	17.2
cambio neto	-0.534 % por año	



## ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

Autora: María José Tormo Díaz

Mortalidad por enfermedad cerebrovascular. En 2002 y ambos sexos, las enfermedades cerebrovasculares supusieron un poco más de una de cada 10 muertes (11,3%), con una tasa ajustada (pob. mundial estándar) de 36,50 defunciones por cada cien mil habitantes. En las mujeres, además, fueron la mayor causa de mortalidad específica (tasa ajustada de 32,40) y en los hombres la tercera (tasa ajustada de 40,80) después del cáncer de tráquea, bronquios y pulmón<sup>10</sup>.

Comparativamente con las demás CC.AA. la Región de Murcia se sitúa en tercera posición de entre las de mortalidad más elevada<sup>85</sup>, con una tendencia anual media descendente (-2,6%) de forma significativa durante el periodo 1975-1992 aunque por debajo de la media española (-3,8%)<sup>86</sup>.

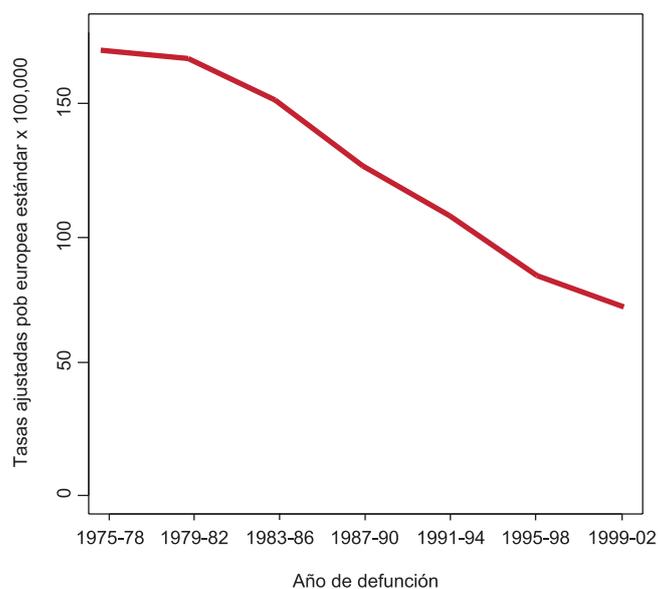
Prevalencia y tendencia 1992-2002 de la hipertensión arterial en la Región de Murcia. Uno de los principales factores de riesgo cerebrovascular es la hipertensión arterial (HTA), especialmente la ignorada, y la conocida y tratada pero mal controlada. La Región de Murcia cuenta con datos sobre prevalencia de HTA a través de dos encuestas realizadas con 10 años de diferencia, 1992 y 2002<sup>62</sup>. Ambos sexos presentaron una prevalencia combinada del 28% en 1992 mientras que en 2002 descendió 4 puntos (24%) siendo estadísticamente significativo. Sin embargo, separadamente por sexos el comportamiento ha sido diferente con mayor prevalencia y estabilización de la prevalencia a lo largo de la década en el caso de los hombres (32,3% en 1992 y 31,3% en 2002) y con un pronunciado y significativo descenso en las mujeres (23,7% en 1992 y 17% en 2002). Otros factores de riesgo cerebrovascular como son la

hipercolesterolemia, la obesidad y la inactividad física han tenido comportamientos diferentes. La hipercolesterolemia ha aumentado significativamente en ambos sexos a lo largo de la década, la obesidad en hombres también (al contrario que en mujeres donde ha descendido). Por el contrario se ha reducido la inactividad deportiva de forma significativa en ambos sexos.

La mortalidad por enfermedad cerebrovascular presenta un incremento exponencial con la edad. En ambos sexos se evidencia un descenso en las defunciones, que se estabiliza a partir de la década de los años 90, compatible con un efecto edad-periodo. Sin embargo, el modelo expresa un mayor efecto edad-cohorte, con una elevación de la mortalidad en las personas nacidas antes de 1920, un posterior descenso —más brusco en el caso de las mujeres— y una estabilización en las cohortes nacidas a partir de 1950. El cambio neto en el periodo analizado ha sido un descenso anual medio en las tasas de mortalidad de un -4,4% año en los hombres y un poco menos (-4,0%) en las mujeres. Para todas las edades el cambio anual es más similar entre sexos (-3,7%/año). Los resultados son similares a otros análisis llevados a cabo en España<sup>86,29,90,91</sup> en periodos de observación más amplios.

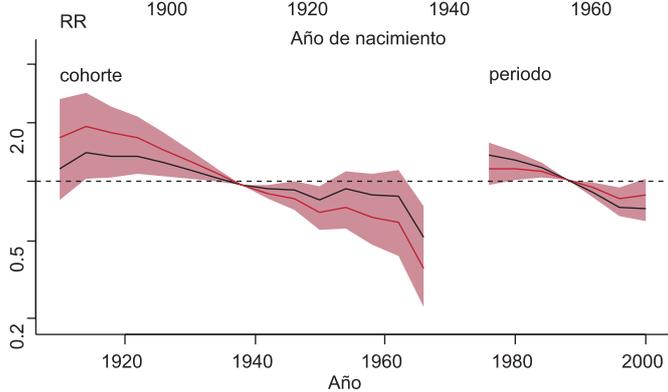
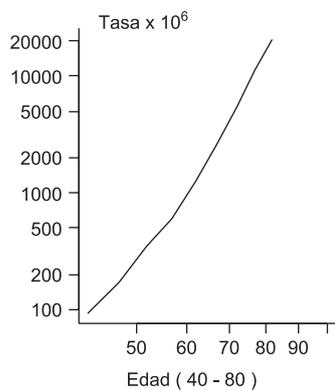
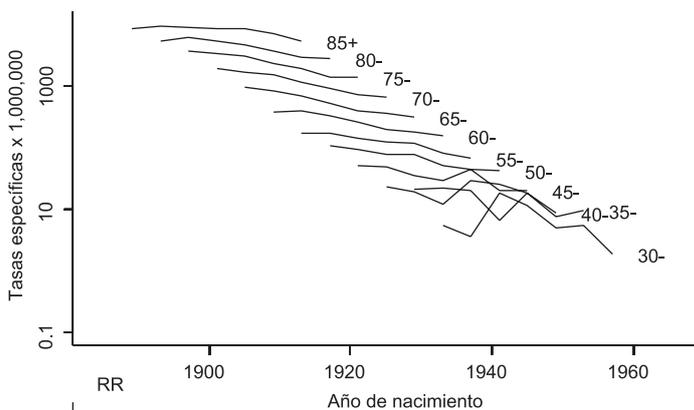
Aunque no puede descartarse una reducción en la incidencia de ACV como factor explicativo de estos cambios, en ausencia de pruebas de que esto sea cierto, las variaciones observadas pueden estar influidas por cambios asistenciales y cambios en los estilos de vida. Entre los primeros es posible que se haya reducido la letalidad por ACV y entre los segundos, que la mayor prevalencia actual de sedentarismo y obesidad fuertemente asociados a la HTA y a los ACV hayan sido contrarrestados con las mejoras recientes en la detección y control de la HTA y el tratamiento de los ACV.

## Enfermedad cerebrovascular. Hombres

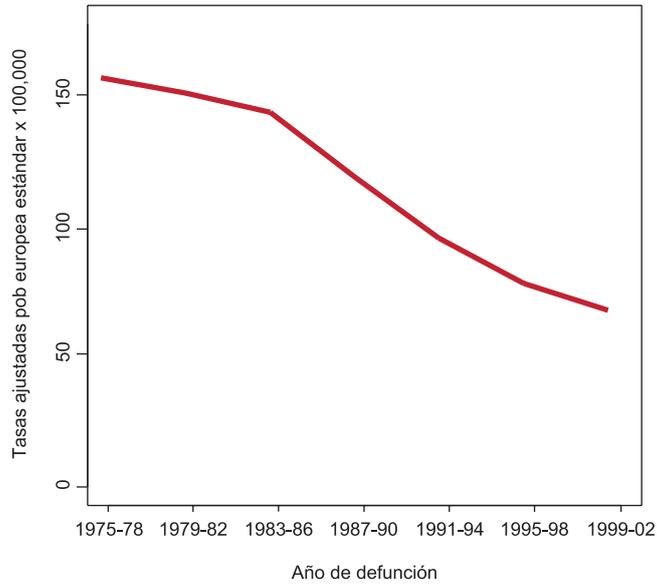


## Enfermedad cerebrovascular. Hombres

Modelo	GL	Deviance
edad	54	1442.7
edad+drift	53	111.4
edad + per	48	68.4
edad + coh	40	47.9
edad + per + coh	35	32.2
cambio neto		-4.348 % por año

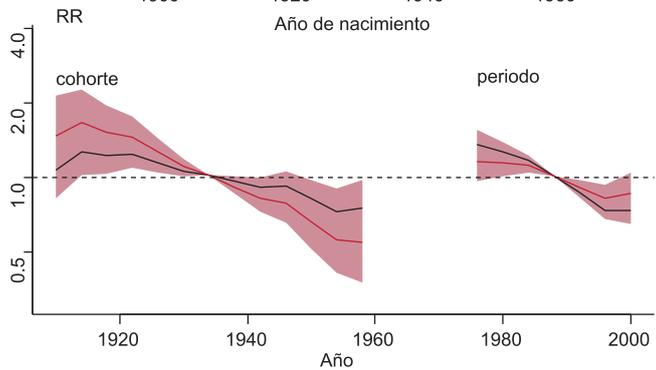
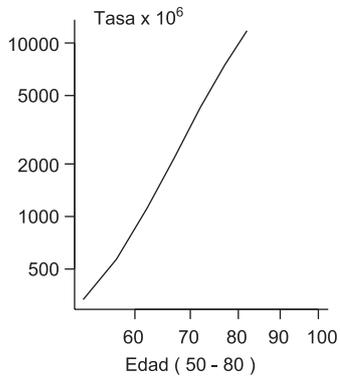
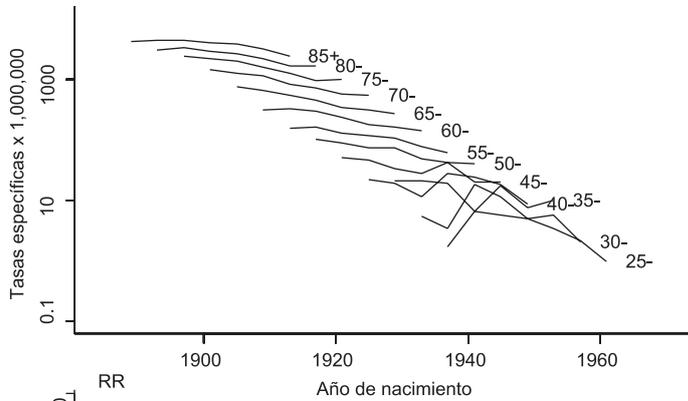


## Enfermedad cerebrovascular. Mujeres



## Enfermedad cerebrovascular. Mujeres

Modelo	GL	Deviance
edad	42	1169.8
edad+drift	41	74.1
edad + per	38	38.1
edad + coh	30	29.8
edad + per + coh	25	14.6
cambio neto		-3.989 % por año



## GRUPE

Autoras: Rocío García Pina y Ana García Fulgueiras

La gripe es una enfermedad infecciosa aguda de las vías respiratorias causada por un ortomixovirus, cuya principal característica es su elevada capacidad de transmisión de una persona a otra. Se presenta generalmente durante los meses de frío y de una forma epidémica, existiendo una mayor circulación viral e incidencia de la enfermedad para el hemisferio norte en los meses de noviembre a marzo. La importancia de la gripe viene determinada por la rapidez con la que se propagan las epidemias, por la morbilidad extensa y por la gravedad de sus complicaciones, en particular de la neumonía causada por el propio virus (poco frecuente) o bien por sobreinfecciones bacterianas.

Las rúbricas recogidas en este apartado hacen referencia a las manifestaciones respiratorias de la enfermedad (incluida la neumonía por virus de la gripe) y a otras manifestaciones no respiratorias. Además, la gripe puede elevar la mortalidad por neumonía.

Los virus de la gripe se clasifican en dos grupos (A y B). En éstos se producen de forma constante cambios menores en los genes, que codifican los antígenos de superficie (hemaglutinina [H] y neuraminidasa [N]) que dan lugar a epidemias y brotes regionales frecuentes y obligan a la reformulación anual de la vacuna contra la gripe. A intervalos irregulares se producen recombinaciones impredecibles entre genes de los virus del grupo A humanos, aviáreos o porcinos que dan lugar a subtipos totalmente nuevos frente a los cuales la población no tiene inmunidad y que son los causantes de las pandemias. En los periodos de pandemia entre el 20 y el 50% de la población puede quedar afectada<sup>92</sup>, y las formas graves de la enfermedad pueden presentarse en grupos diferentes a los habituales de riesgo.

La primera pandemia del siglo XX ocurrió en 1918 (gripe española), causada por virus de la gripe A(H1N1). Fue la más severa y produjo de 20 a 40 millones de muertes en el mundo, con tasas de ataque y mortalidad más altas en los adultos

de 20 a 50 años. Desde entonces, ocurrieron tres pandemias más: la "gripe asiática" en 1957, debida al virus tipo A(H2N2), y la "gripe de Hong Kong" en 1968 debida al tipo A(H3N2) afectaron todos los grupos de edad, pero de forma más severa a las personas mayores de 65 años o con algún factor de riesgo. La "gripe rusa", debida al tipo A(H1N1), se produjo en 1977 y tuvo menor extensión que las anteriores, ya que el virus causal pareció representar la reaparición de una forma del virus H1N1 visto por última vez durante las epidemias en 1950<sup>93</sup>. Desde entonces hasta la actualidad no se han descrito nuevas epidemias mundiales, existiendo cocirculación de los virus de la gripe A (H3N2), A(H1N1) y B, frente a los que la mayoría de la población ha sido probablemente infectada en el curso de los últimos años.

La incidencia de gripe en Murcia históricamente ha seguido una evolución similar a la de España (ver gráfica), con varios picos que coinciden con las variaciones antigénicas de los virus de la gripe A, siendo los más importantes el de 1957, cuando aparece el subtipo antigénico A (H2N2), el de 1968 con la circulación del subtipo A(H3N2) y en los años 70 con la cocirculación de los virus A(H3N2) y A(H1N1). Las mayores tasas de mortalidad en Murcia se presentan en el periodo 1975-1978, con una media de 13 defunciones anuales por 100.000 habitantes ajustados a la población europea estándar. En España, entre 1952 y 1976 hay una relativa estabilidad que se ve ligeramente alterada en el periodo 1972-76 (incremento del 13% respecto al periodo anterior)<sup>29</sup>.

En la década de los 80, la tendencia de la mortalidad en España y en Murcia es descendente, situándose la tasa anual en ambos casos por debajo de 10 defunciones/100.000 habitantes. Paradójicamente la incidencia de la gripe parece presentar un ciclo multianual de elevada incidencia. La diferencia entre incidencia y mortalidad probablemente está muy influenciada por las mejoras en la cobertura de la declaración de enfermedades al sistema de vigilancia<sup>94</sup> y en la certificación de la causa de muerte (que hacía que antes de los años 80 la mortalidad por gripe estuviera sobreestimada)<sup>95</sup>, más que a cambios antigénicos o a una mayor susceptibilidad de la población. A partir de los años 90 se observa una cierta esta-

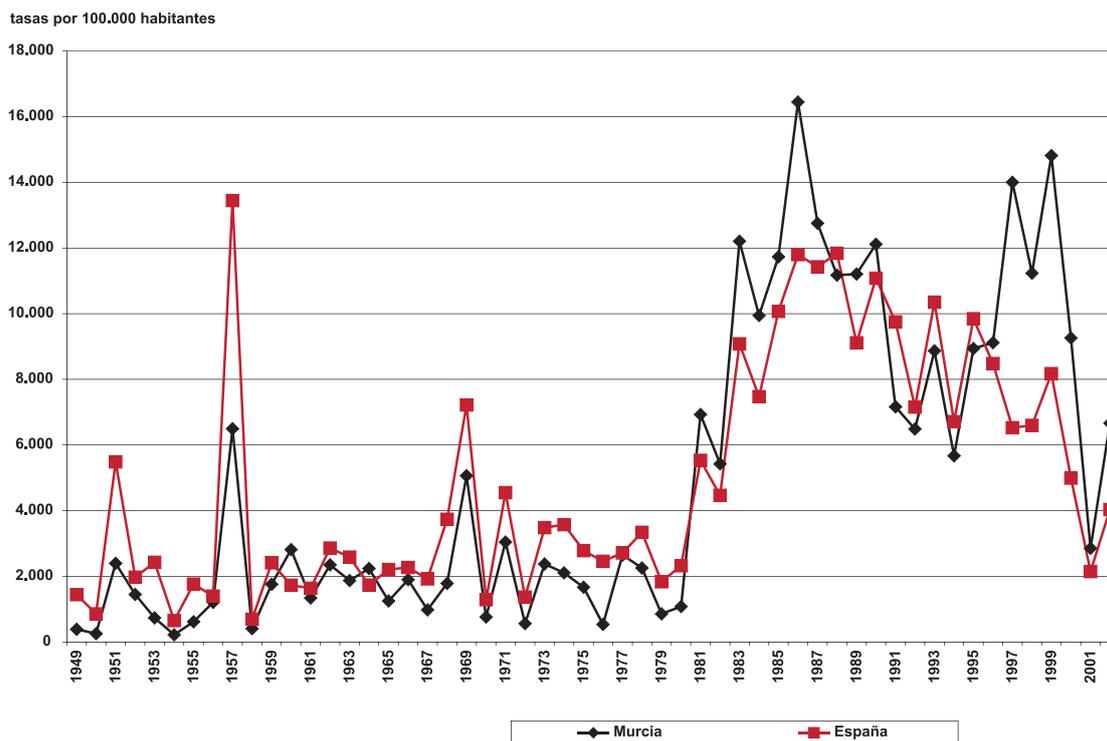
bilización de la mortalidad por gripe en España y Murcia, con tasas medias anuales en torno a una defunción/100.000 habitantes.

Desde el año 1975 al 2002 la mortalidad por gripe en Murcia ha sufrido un descenso medio anual alrededor del 11% en ambos sexos, independientemente del efecto del periodo y la edad. Existe a lo largo de estos años una sobremortalidad masculina, que se hace más evidente en los periodos 1991-1994 (+82%) y 1999-2002 (+63%). Por motivos estadísticos no se pudo elaborar el análisis de edad-periodo-cohorte. Sin embargo, la evolución de las tasas estandarizadas de mortalidad evidencia la importancia del efecto del periodo sobre la mortalidad, dado el carácter epidémico de la gripe.

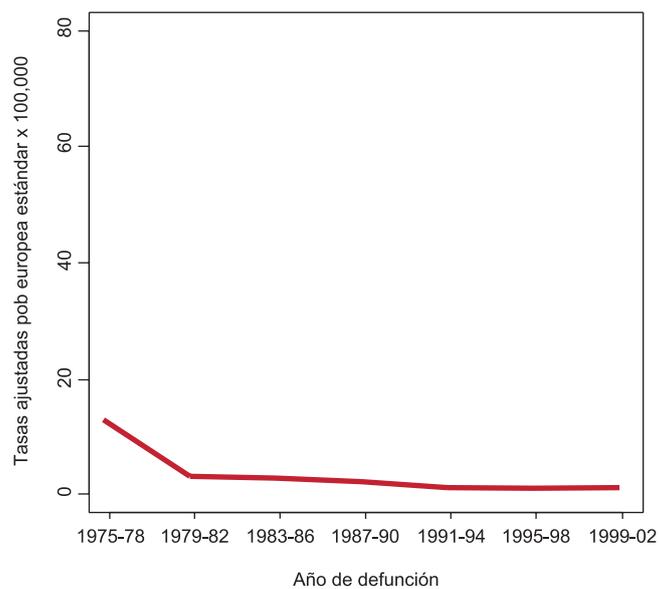
Así mismo, globalmente se observa en ambos sexos un crecimiento exponencial de las tasas con la edad, que comienza a incrementarse a partir del grupo de 65 años. Las personas mayores de 80 años presentan tasas en torno a las 10 defunciones/100.000 habitantes en todos los periodos estudiados, siendo el grupo que presenta la mor-

talidad más alta hasta el año 2002. En cambio, durante el periodo 1975-1978 se observa también afectación de grupos de edad más jóvenes (sobre todo los niños de 0 a 4 años), probablemente debido al resurgimiento del subtipo de virus H1N1 en 1977, que presentó las mayores tasas de ataque en niños de edad escolar y jóvenes<sup>93</sup>. Los grupos de edad que presentan mayor descenso en la mortalidad por gripe son el de 0 a 4 años, con tasas medias anuales estables a partir de 1978, y por debajo de una defunción/100.000 habitantes. La mortalidad en los grupos de edad de 65 años y mayores ha ido descendiendo globalmente, siendo dicho descenso más acusado en los grupos de edad de 80 años y mayores. Desde el año 1991 se realiza en Murcia vacunación contra la gripe en grupos de riesgo, entre ellos las personas mayores de 65 años. Las coberturas han ido incrementándose paulatinamente en este grupo de riesgo, situándose a partir del año 2000 en torno al 60%. Las mejoras de las coberturas vacunales y en la asistencia sanitaria son factores que pueden haber influido de forma importante en el descenso de la mortalidad por gripe registrado a lo largo de los años.

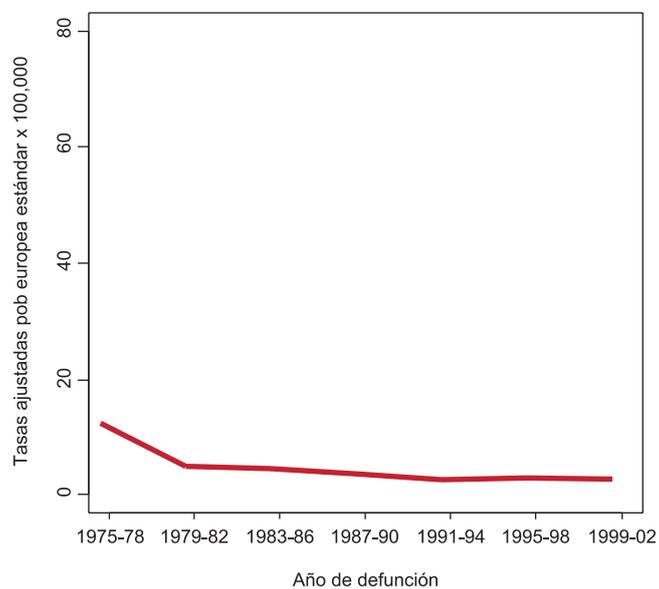
### Evolución de la Gripe. Tasas crudas. España y Murcia



### Gripe. Hombres



### Gripe. Mujeres



## NEUMONÍA

Autoras: Ana García Fulgueiras y Rocío García Pina

La neumonía es una de las causas más importantes de mortalidad por patología infecciosa. En el año 2002 fue la causa más frecuente de muerte por patología infecciosa en la Región de Murcia, causando el fallecimiento de 180 personas, 94 hombres y 86 mujeres. Teniendo en cuenta las tasas ajustadas por edad para el periodo 99-02, la mortalidad anual en este periodo fue de 19,20 fallecidos por esta causa por cada 100.000 hombres y 9,80 por cada 100.000 mujeres. Estas cifras son muy similares a las descritas para España en el periodo 92-96 (tasas ajustadas anuales de 17,90 y 9,40 casos por 100.000 habitantes respectivamente)<sup>29</sup>.

Las rúbricas recogidas en este epígrafe hacen referencia exclusivamente a las neumonías debidas a agentes infecciosos (mayoritariamente bacterias, incluyendo *L. pneumophila* y virus), excluyendo las asociadas a gripe, las neumonías definitorias de SIDA y algunas neumonías por virus especificados, hongos y otros parásitos.

Las neumonías de origen infeccioso pueden ser producidas por bacterias virus, hongos y otros gérmenes. En España destacan como agentes causales *S.pneumoniae*, *L.pneumophila*, *C.burnetii* y *Mycoplasma pneumoniae*, entre las bacterias, y el virus de la gripe entre los virus, según los datos de neumonías declaradas al sistema de información microbiológica en el periodo 92-96. La mortalidad atribuible a este virus se incluye en otro capítulo del informe. En todo caso este sistema de información microbiológica presenta diversas limitaciones, y aunque se corresponde bastante con la etiología de neumonías extrahospitalarias, *S.pneumoniae*, *M.pneumoniae* y *H.influenzae* parecen tener más relevancia que la observada en esta serie<sup>96,97</sup>. Hay que destacar, sin embargo, que en las estadísticas de mortalidad un alto porcentaje de los fallecimientos por neumonía de origen infeccioso se registran como debidos a etiología no especificada. Así, un 98% de las muertes registradas en esta rúbrica en el año 2002 en la Región de Murcia se encuentran clasificadas como neumonías debidas a organismos no especificados. En

este apartado se incluyen probablemente tanto neumonías causadas por organismos no identificados, como neumonías causadas por patógenos conocidos pero no especificados en el certificado de defunción. Por ello, es necesaria una mejor cumplimentación del certificado de defunción de los fallecimientos por neumonías para aumentar el conocimiento epidemiológico de la mortalidad por esta patología.

La mortalidad regional por neumonía en el periodo 1975-2002 ha descendido anualmente un 7,1% teniendo en cuenta sólo la población de 55-84 años de ambos sexos. Al considerar la población de todas las edades, se observa un descenso anual relativo ajustado por edad y periodo del 5,6% en hombres y 6,4% en mujeres, casi idéntico al descenso anual observado en España en el periodo 1952-1996<sup>29</sup>. La tasa estandarizada por edad desciende hasta 1995-98 y luego vuelve a aumentar, con una mortalidad en el cuatrienio 99-02 igual que en el periodo 91-94 en mujeres y algo superior en hombres. Esta evolución hasta 1998, similar a la observada en la mortalidad para el conjunto del Estado hasta 1996, podría explicarse al igual que para España, por la mayor disponibilidad de antibióticos y las mejoras en el tratamiento médico, en la nutrición y en las condiciones de vida desde 1975.

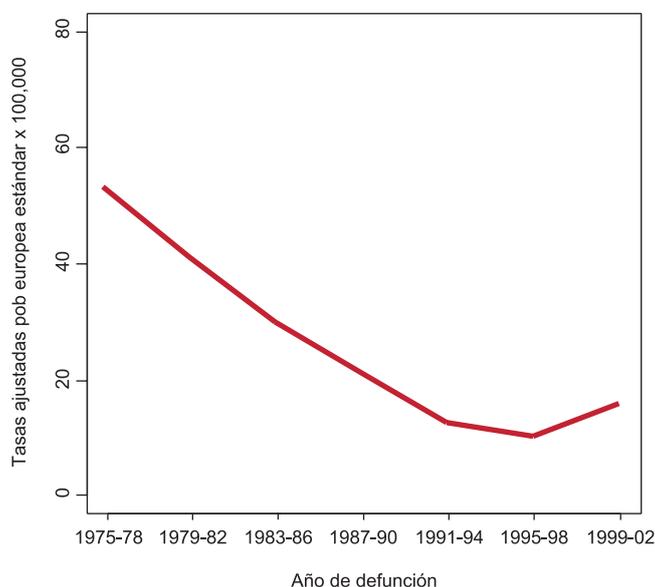
Las tasas específicas por edad, a lo largo de todo el periodo, son altas en los menores de 5 años, descienden mucho hasta los 35-40 años y luego vuelven a aumentar, observándose un aumento exponencial a partir de los 60 años aproximadamente. En el periodo 87-90 se observa un aumento de la tasa en los hombres de 25 a 34 años y en 1991-94 se vuelve a producir un aumento en los hombres de 30-34 años. No se observa un aumento paralelo en las mujeres. Estos cambios podrían deberse, al igual que en España<sup>29</sup>, al SIDA, ya que estos pacientes presentan también neumonías no clasificadas como neumonías definitorias de SIDA, no incluyéndose estas últimas en este capítulo.

El análisis del efecto de la edad, ajustado por cohorte y periodo, sólo realizado a partir de los 55 años por requerimientos del modelo, muestra un aumento exponencial del riesgo con la

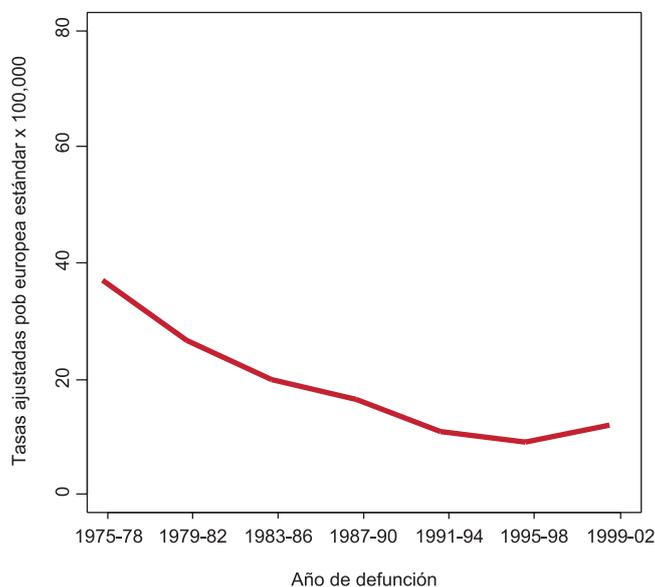
edad en las personas mayores. Es sabido que estas personas tienen mayor riesgo por presentar más patologías asociadas y mayor deterioro de los mecanismos de defensa del pulmón. El efecto del periodo sobre la mortalidad por neumonía muestra que el riesgo disminuye hasta mediados de los 90, estabilizándose posteriormente, con un aumento moderado en el último cuatrienio (99-02). El efecto de la cohorte de nacimiento muestra un riesgo decreciente hasta las cohortes nacidas en los años 50. El modelo estadístico no permite el análisis del efecto cohorte para los nacidos a partir de esa fecha.

La alteración del equilibrio de la flora normal (tabaquismo, bronquitis crónica) o el aumento exagerado del contenido bacteriano (sepsis bucal, gingivitis) facilitan la selección de posibles patógenos. Igualmente, situaciones clínicas como diabetes, alcoholismo, insuficiencia renal, tratamiento antibiótico y malnutrición constituyen factores de riesgo de neumonía por bacilos aerobios gramnegativos. Por otro lado, la inmunosupresión, el ingreso hospitalario (especialmente en UCI), la anestesia y cirugía son factores que promueven la rápida colonización de la orofaringe por otros gérmenes potencialmente patógenos<sup>97</sup>.

### Neumonía. Hombres

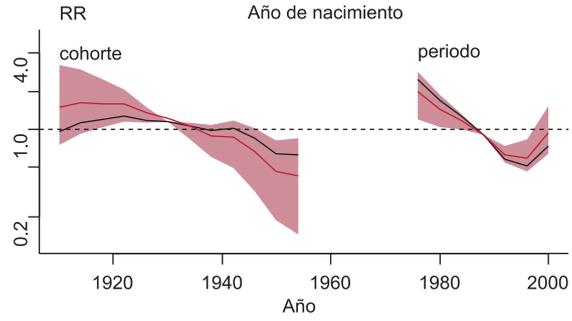
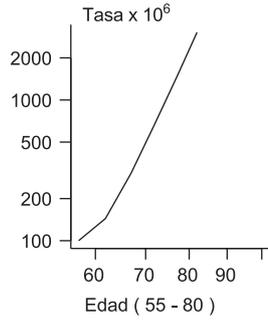
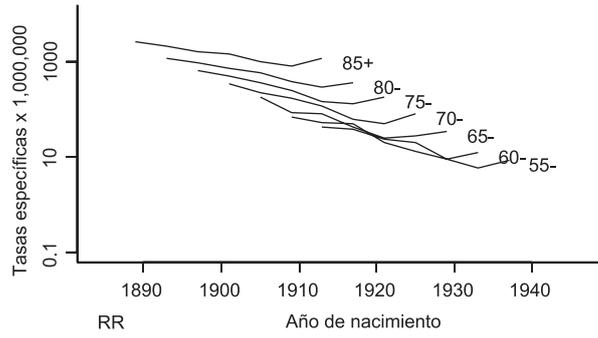


### Neumonía. Mujeres



## Neumonía. Ambos sexos

Modelo	GL	Deviance
edad	36	1189.2
edad+drift	35	138.3
edad + per	30	43.6
edad + coh	25	125.5
edad + per + coh	20	20.9
cambio neto		-7.135 % por año



## **ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA**

Autor: Lluís Cirera Suárez

La rúbrica enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) contiene la mortalidad por bronquitis, enfisema, bronquiectasia y otras obstrucciones crónicas de las vías respiratorias, y excluye el asma. La terminología del grupo de enfermedades respiratorias EPOC ha cambiado en la CIE-10, pasando a denominarse enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores.

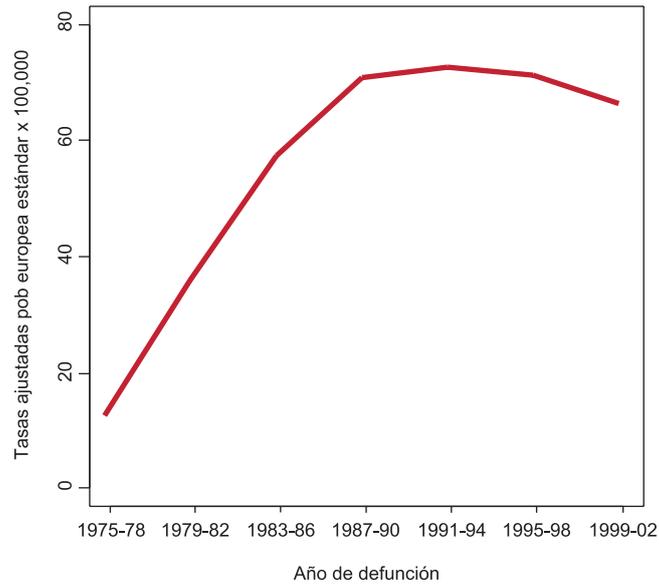
Observamos en las tasas regionales ajustadas que la tendencia temporal aumentan en los primeros periodos hasta alcanzar el máximo en 1991-94 los hombres y en 1987-90 las mujeres. Siendo las tasas ajustadas masculinas 3 veces superiores a las femeninas. Las tendencias por cohortes de nacimiento y grupos de edad presentan en ambos sexos un primer tramo ascendente, para posteriormente estabilizarse.

El efecto periodo en la mortalidad regional en ambos sexos se manifiesta a partir de los años 90, mientras que existe efecto cohorte en ambos sexos desde los nacidos en los años 20 y se mantiene en las sucesivas generaciones, a excepción de los hombres que podría no existir alrededor de los años 50. Entre ambos efectos es más importante el efecto periodo que el de cohorte en ambos sexos.

La mortalidad regional ajustada por edad-periodo-cohorte aumenta un 3,2% anual en los hombres (edades de 60-84 años), y el mismo análisis en las mujeres da un incremento del 4,1% anual (edades de 70-80 años). Sin restricciones por edad, el resultado sería del 3,5% y del 1,2% anual en hombres y mujeres, respectivamente.

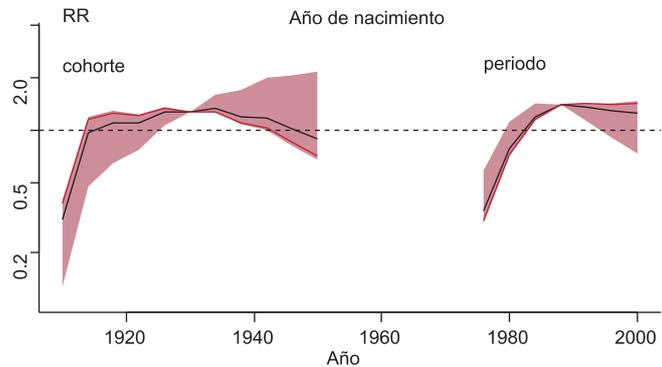
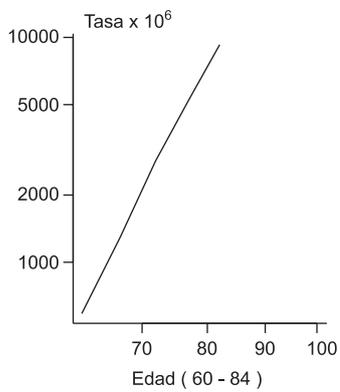
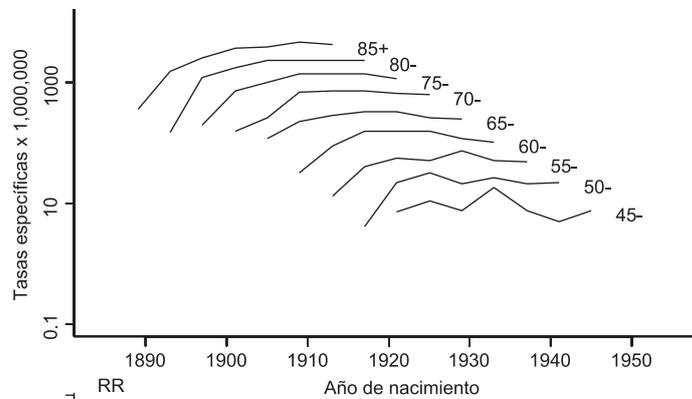
Para comparar con España está disponible la agrupación de la bronquitis crónica y la no especificada, por un lado, y el enfisema por otro. La tendencia ajustada por edad-periodo-cohorte en las dos agrupaciones y en ambos sexos muestra de 1952-1996 una significativa bajada anual en los grupos de edad analizados<sup>29</sup>.

### EPOC (sin asma). Hombres

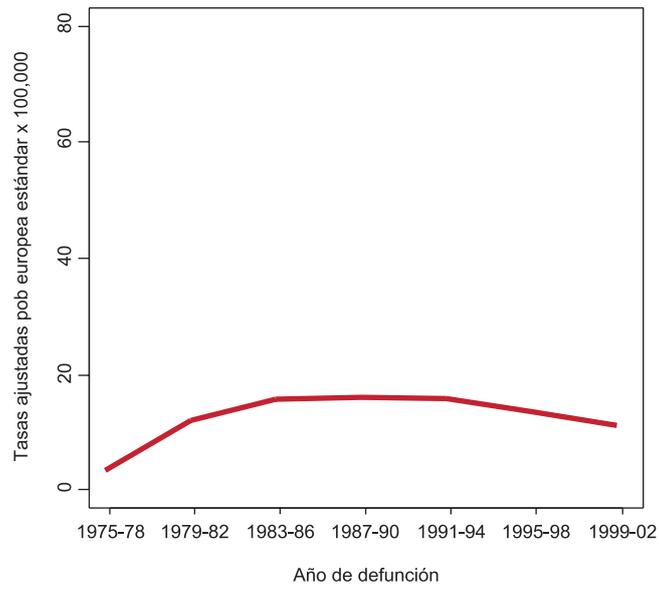


### EPOC (sin asma). Hombres

Modelo	GL	Deviance
edad	30	764.3
edad+drift	29	474.5
edad + per	24	77.0
edad + coh	20	192.8
edad + per + coh	15	26.8
cambio neto	3.158 % por año	

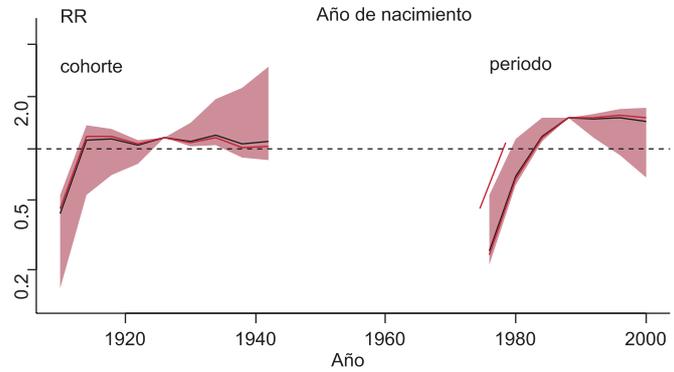
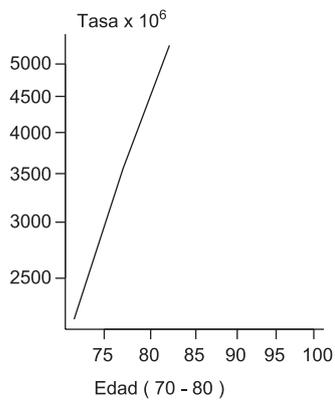
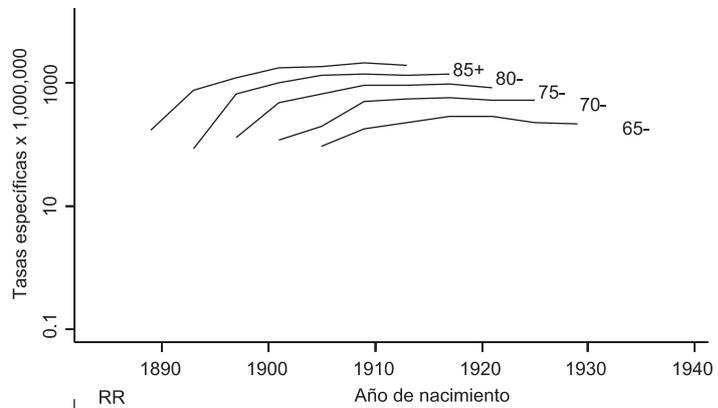


### EPOC (sin asma). Mujeres



### EPOC (sin asma). Mujeres

Modelo	GL	Deviance
edad	18	722.2
edad+drift	17	344.5
edad + per	12	30.9
edad + coh	10	128.0
edad + per + coh	5	11.4
cambio neto		4.085 % por año



## ASMA

Autor: Lluís Cirera Suárez

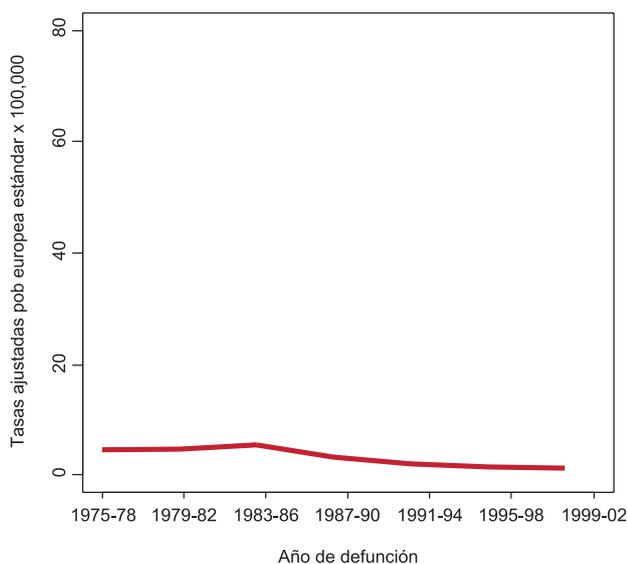
La tendencia temporal de las tasas ajustadas a la población europea presenta un incremento hasta 1983-86 en hombres y hasta 1979-82 en mujeres, para luego descender, a excepción del sexo femenino que repunta algo en el último tramo. Siempre en ambos sexos con tasas de baja magnitud. Las tasas masculinas son aproximadamente el doble que las de sus congéneres.

No se diferencia un patrón en las cohortes por grupos de edad y sexo. La tendencia periodo no es concluyente, mientras que en el efecto cohorte están a riesgo los nacidos hasta los años 30. Entre

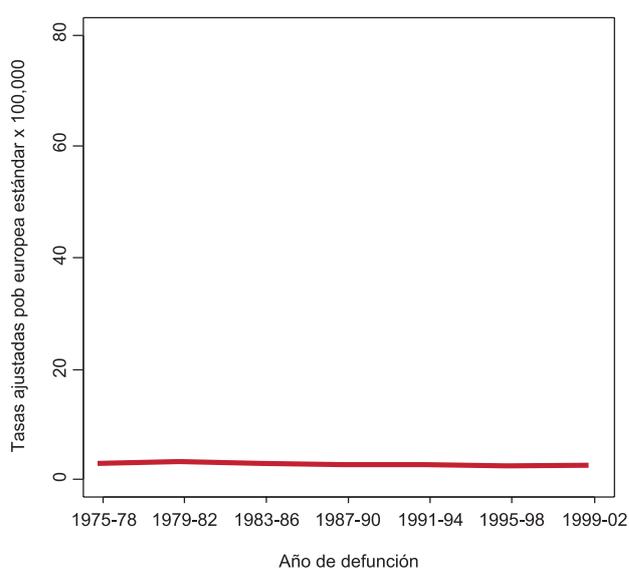
ambos efectos predomina la cohorte sobre el periodo. Los análisis edad-periodo-cohorte de ambos sexos combinados registran un descenso importante (-5,2% anual del grupo de 65-84 años). Descenso que podría ser debido a la mortalidad del hombre, al no obtener tendencia la mujer, en los análisis (no tan exactos) edad-periodo sin la edad.

Al comparar las tendencias regionales con las nacionales en periodos coincidentes (España, 1982-96)<sup>23</sup>, el análisis edad-periodo-cohorte evidencia parecidas, con un -5,9% en hombres y -4,3% en mujeres, usando, prácticamente, todas las edades (0-84 años).

### Asma. Hombres

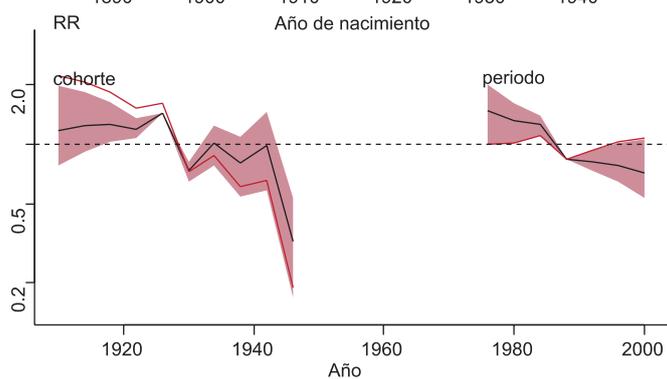
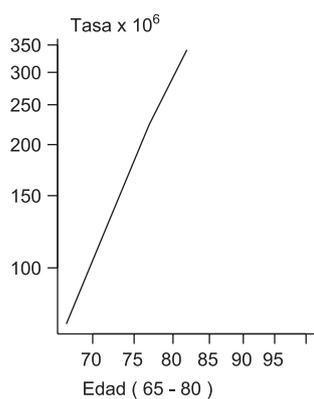
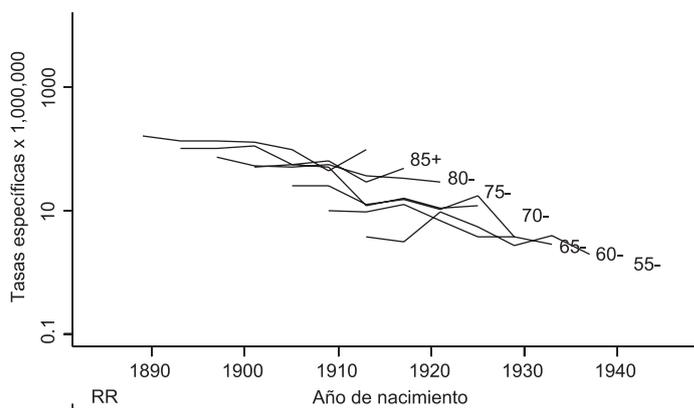


### Asma. Mujeres



## Asma. Ambos sexos

Modelo	GL	Deviance
edad	24	122.0
edad+drift	23	38.1
edad + per	18	34.7
edad + coh	15	21.5
edad + per + coh	10	18.6
cambio neto		-5.239 % por año



## **CIRROSIS Y OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL HÍGADO**

Autor: Juan Francisco Correa Rodríguez

Esta enfermedad ha sufrido en la región un descenso superior al 2% anual en ambos sexos en el periodo de estudio. En España la tendencia también es decreciente habiendo disminuido un 3% anual.

En la Región de Murcia en el periodo 1999-2002 esta enfermedad causó 702 muertes siendo el 2,5% de todas las causas mientras que en España en 1999 hubo 6.313 muertes, siendo el 2% de todas las defunciones<sup>29</sup>.

La razón de tasas regionales ajustadas para el último periodo 1999-2002 hombre/mujer es de casi 4 veces.

La mortalidad por cirrosis hepática en hombres tuvo el valor máximo en el periodo 1979-1982 con una tasa de 41,60 por 100.000, siendo el grupo más afectado el de 80-84 años (180,30 por 100.000). A partir de ese periodo hay un descenso progresivo, llegando en el periodo 1999-2002 a 23,30 por 100.000. El porcentaje de tasa acumulada a lo largo del periodo ha disminuido de forma importante desde el 3,2% del periodo 1979-1982 hasta el 2,0% en el periodo 1999-2002.

En las mujeres se observa el mismo fenómeno que en los hombres pero magnificado, disminuyendo la tasa ajustada a la población europea estándar del 14,43 en el periodo 1975-1978 al 6,4% en el periodo 1999-2002. Este descenso es progresivo y constante a lo largo del periodo de estudio. Igual fenómeno se observa en las tasas acumuladas en el periodo de estudio.

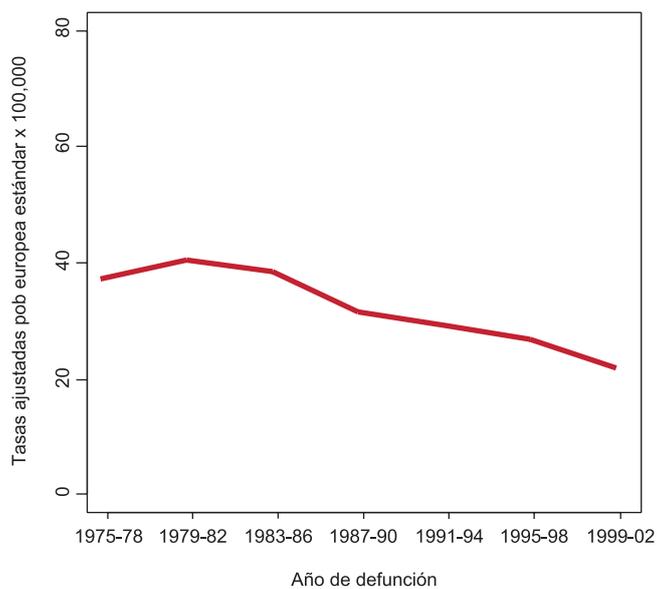
El efecto periodo de la mortalidad por cirrosis hepática muestra un discreto ascenso hasta 1979-1982, invirtiéndose esta tendencia en el resto del periodo 1980-2002, llegando a descender las tasas ajustadas a la población europea estándar hasta 26,60 por 100.000 en el periodo 1999-2002.

En el análisis de la mortalidad por cohortes de nacimiento se evidencia un efecto descendente a medida que se van observando las sucesivas cohortes de nacimiento, tanto en hombres como en mujeres.

Globalmente se observa un patrón homogéneo claro de descenso a lo largo de los últimos 24 años analizados, lo que queda patente al presentar la tendencia relativa anual existiendo una disminución de la mortalidad por cirrosis estadísticamente significativa (-2,5%). En las mujeres la evolución se produce en el mismo sentido durante todo el periodo de estudio (-2,2%). En España los resultados del análisis edad-periodo-cohortes indican aumentos del 0,4% en hombres y disminuciones del -1,0% anuales en mujeres (20-80 años).

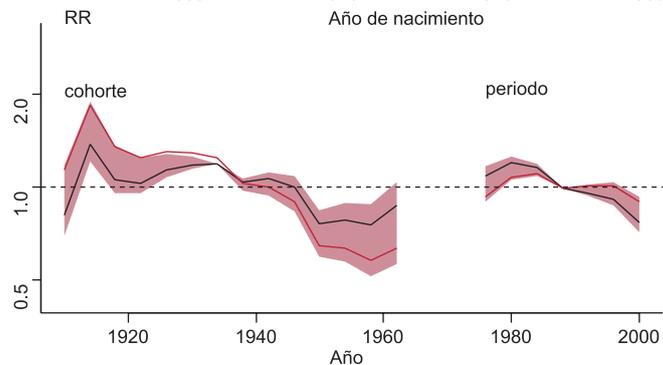
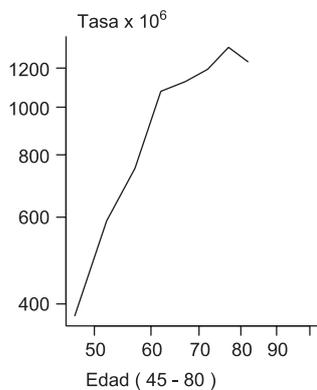
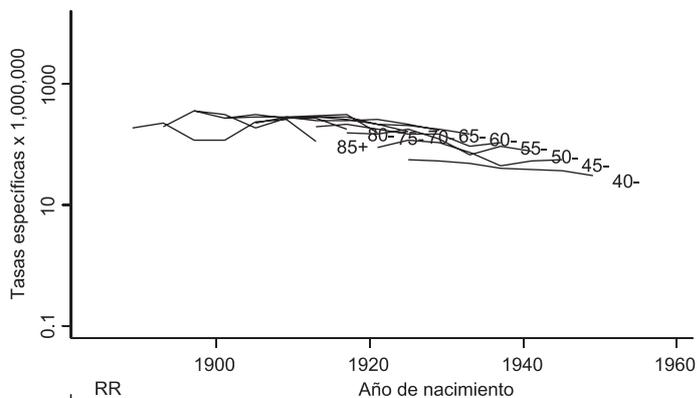
Los factores de riesgo más importantes y conocidos para la cirrosis son el abuso crónico del alcohol (en personas de 45 a 65 años), las hepatitis víricas B, C y otras formas de hepatitis crónicas. Otros factores etiológicos son: infecciones, toxinas, alteración de la respuesta inmune, obstrucción biliar y alteraciones vasculares. Los factores que probablemente condicionan la tendencia en España son el consumo de bebidas alcohólicas (que explicaría la mayor mortalidad en hombres) y las hepatitis víricas crónicas, cuya frecuencia podría disminuir debido a la vacunación frente a la hepatitis B.

## Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Hombres

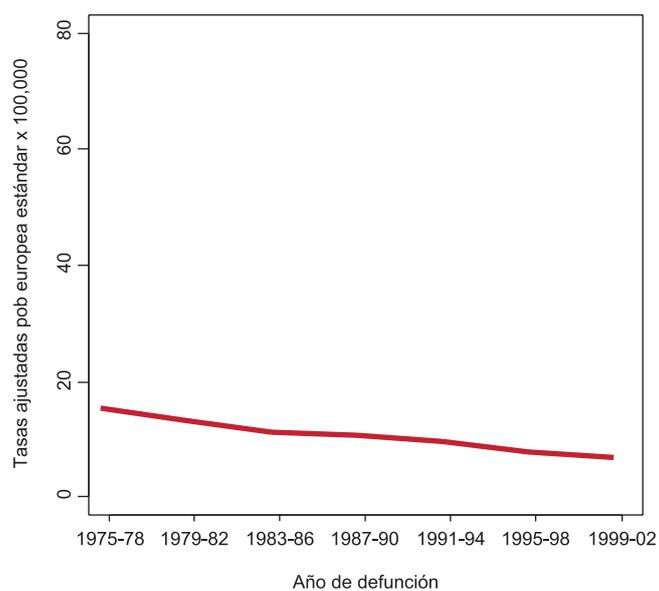


## Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Hombres

Modelo	GL	Deviance
edad	48	226.9
edad+drift	47	89.6
edad + per	42	66.6
edad + coh	35	48.2
edad + per + coh	30	35.0
cambio neto		-2.499 % por año

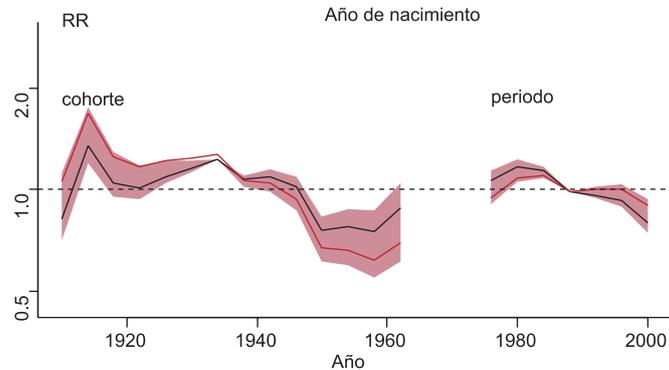
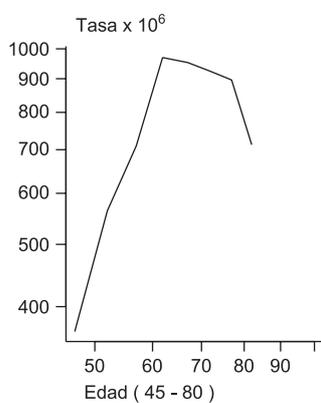
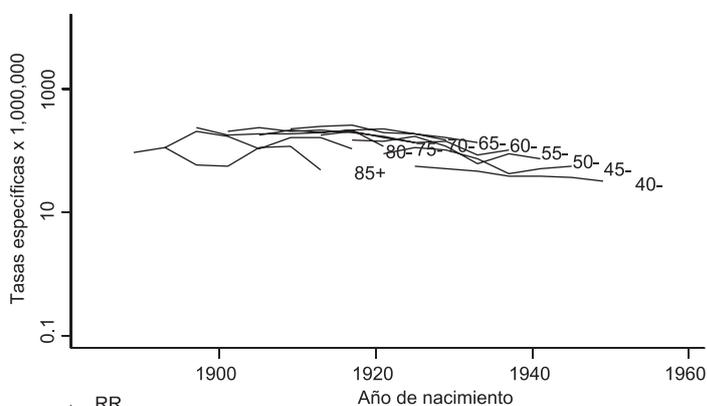


## Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Mujeres



## Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Mujeres

Modelo	GL	Deviance
edad	48	202.7
edad+drift	47	99.0
edad + per	42	77.0
edad + coh	35	48.0
edad + per + coh	30	36.3
cambio neto		-2.167 % por año



## ACCIDENTES DE TRÁFICO DE VEHÍCULOS A MOTOR

Autor: Daniel Antonio Fenoll Brotons

Los accidentes de tráfico de vehículos a motor producen un gran impacto en nuestra sociedad, no sólo por su elevada morbi-mortalidad, sino también por las consecuencias socioeconómicas (se calculan pérdidas anuales en España en torno a 12.000 millones de €) y secuelas físicas que generan 500 lesiones medulares graves por año en España; en el año 2002 representaron el 2% (192) de las defunciones totales de residentes en la Región de Murcia; al comparar por grupos de edad vemos que son la primera causa de muerte entre los 10 y 34 años, ocasionando una gran mortalidad prematura, al llegar a originar el 14,7% de los APVP, con una media de 34 APVP por defunción; por sexos la razón de las tasas de mortalidad, ajustadas a la población europea estándar, es 5,37 veces superior en hombres<sup>10</sup>.

En España estas cifras son similares, así en el año 2001 los accidentes de tráfico originaron el 2,2% de las defunciones y el 10,8% de los APVP<sup>98</sup>.

Al analizar las tasas ajustadas en la totalidad del período, vemos una tendencia decreciente, estadísticamente significativa, siendo el porcentaje de cambio anual del -1,18 en hombres y del -1,38 en mujeres; sólo en el período 1987-1990 se observa un incremento acusado de las tasas en ambos sexos, época que se corresponde con la cifra más alta de defunciones en España que fue en el año 1989, tras éste cenit las cifras descienden coincidiendo con la nueva Ley de Seguridad Vial de 1989 y el Reglamento que la desarrolló, así como con mejoras en las carreteras, un aumento de las sanciones y una mayor concienciación ciudadana<sup>99</sup>. En los gráficos y tablas de las tasas específicas por edad según año de defunción se advierte una tendencia decreciente a lo largo del período de estudio, menos evidente en las mujeres debido a las oscilaciones propias de los pocos casos representados.

Los datos anteriores concuerdan con las conclusiones del estudio de la evolución de la mortalidad en España en el período 1952-1996, ya que si bien los autores estiman una tendencia relativa

anual creciente del 2%, en el período 1982-1996 describen una decreciente del -1% aproximadamente<sup>29</sup>. Estos decrementos observados, fundamentalmente en los años noventa, ya se vieron en los años setenta en la mayoría de países de Europa Occidental, ya que el retraso en el desarrollo económico en nuestro territorio, motivó que el mayor crecimiento del parque de vehículos se produjera en los años setenta y ochenta con el consecuente aumento en la exposición y la mortalidad, siendo posterior la fase de control de los factores relacionados con el vehículo y el medio ambiente, con la disminución consiguiente de la mortalidad<sup>100</sup>.

Al estimar el efecto edad ajustado por el período y la cohorte, apreciamos una tasa próxima a 50 por 100.000 habitantes en los primeros años de vida, a partir de los 10-14 años inicia un brusco aumento hasta llegar a una tasa cercana a 300 en el grupo de edad de 20-24 años, disminuyendo en los siguientes tramos de edad, para volver a incrementarse a partir de los 50 años; estas observaciones nos deberían llevar a adoptar políticas específicas, centrando nuestros esfuerzos en los jóvenes sobre todo en aquellos factores que tienen una mayor repercusión en los accidentes en estas edades: disminuir el consumo de alcohol y otras drogas, la velocidad excesiva, el uso del móvil conduciendo o aumentar el uso del casco y el cinturón de seguridad<sup>101</sup>.

En las cohortes nacidas en las primeras décadas del siglo XX se advierte una tendencia decreciente en las tasas específicas por edad, comenzando una inflexión en la tendencia a partir de las cohortes nacidas en los años 50.

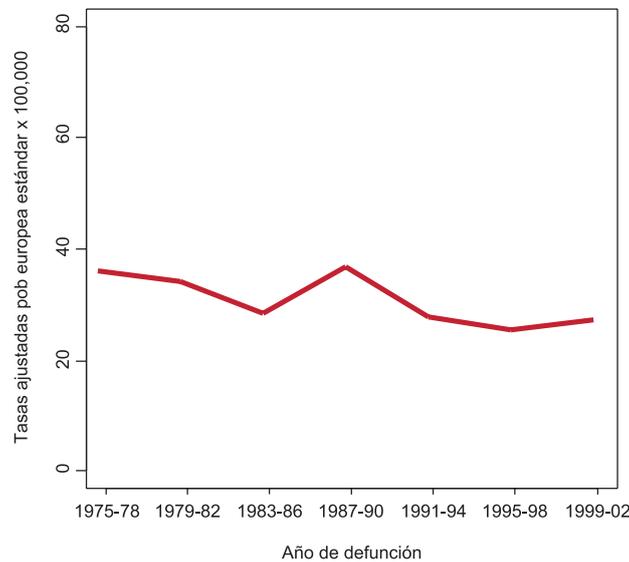
El cambio neto resultante del modelo es -1,1% por año, muy similar al porcentaje de cambio anual, teniendo una mayor influencia los efectos edad y período.

Si bien se observa una disminución de la mortalidad, no es menos cierto que todavía tenemos tasas muy superiores a las de los países de nuestro entorno; así las tasas ajustadas a la población estándar europea, del conjunto de los 15 países de la Unión Europea, eran en 1999 de 17,40 por 100.000 habitantes en hombres y de 5,40 en mu-

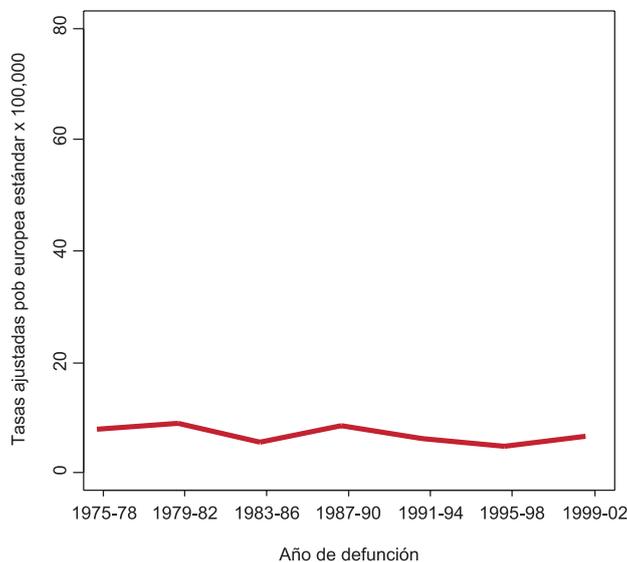
jeros, siendo en España de 23,30 y 6,60 respectivamente; en este contexto, la Región de Murcia ha presentado históricamente tasas superiores a las del conjunto del Estado, así para el período 1978-1992 las tasas ajustadas en España eran de 25,51 por 100.000 habitantes en hombres y 7,31 en mujeres, siendo en la Región de Murcia de 32,89 y 7,46 respectivamente<sup>72</sup>, por lo que se debe tratar de acelerar esta tendencia de disminución de las muertes por accidentes de tráfico, no sólo con medidas legislativas, de mejora de carreteras, de medidas de seguridad en vehículos, de rapi-

dez en la atención médica en el lugar del accidente y coercitivas, sino implicándose más desde el ámbito sanitario con acciones de prevención y de modificación de conductas aprovechando las oportunidades en atención primaria y urgencias, intervenciones que se han demostrado efectivas<sup>102</sup>; asimismo sería deseable la implantación de acciones de carácter intersectorial, como las que promueve la Carta Europea de Seguridad Vial, cuyo objetivo es reducir un 50% el número de víctimas mortales en el 2010.

### Accidentes de tráfico. Hombres

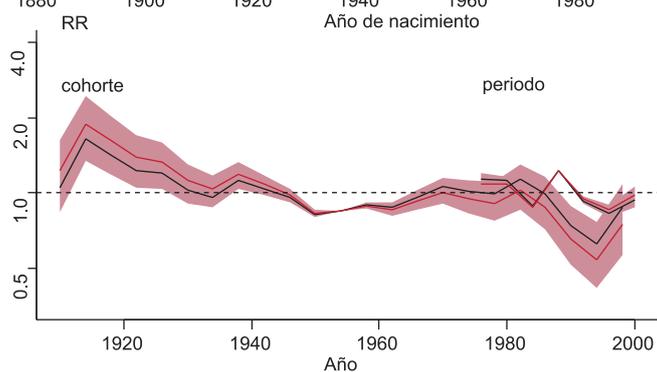
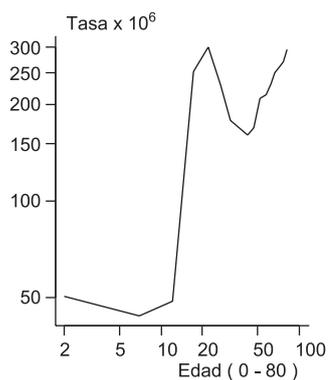
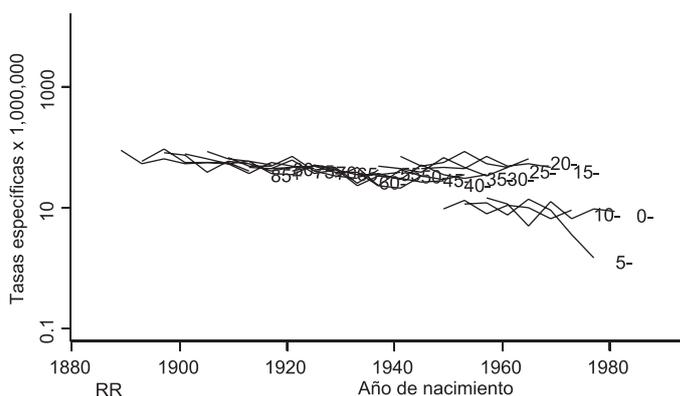


### Accidentes de tráfico. Mujeres



## Accidentes de tráfico. Ambos sexos

Modelo	GL	Deviance
edad	102	269.8
edad+drift	101	227.3
edad + per	96	160.0
edad + coh	80	172.1
edad + per + coh	75	106.8
cambio neto	-1.146 % por año	



## ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL

Autor: Juan Francisco Correa Rodríguez

El envenenamiento accidental consta de dos grupos de causas: envenenamiento accidental por drogas, medicamentos y otros productos biológicos y envenenamiento accidental por otras sustancias sólidas y líquidas, gases y vapores.

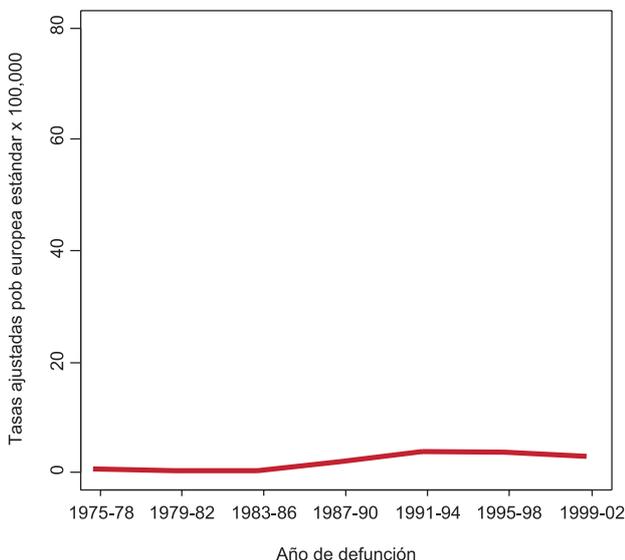
Se observan tres etapas a lo largo del periodo de estudio en los hombres, en la primera hay estabilidad en las tasas de mortalidad ajustada por población europea que se extiende desde el año 1975 hasta 1986, (tasas ajustadas a la población europea estándar 0,47 por 100.000) seguida de ésta hay una fase de incremento de la mortalidad por esta causa que se observa desde 1987 hasta 1994 (hay un aumento de la mortalidad en los grupos de 20 a 34 años, sobre todo los de 25-29) para a continuación entrar en la tercera etapa, en la cual la tasa se mantiene estable y cuya

duración se extiende desde 1994 hasta el 2002. El análisis de tendencia relativa anual regional ajustada por edad y periodo es creciente, y estadísticamente significativa para el periodo (7,0% IC 95%, 5,3%-8,8%).

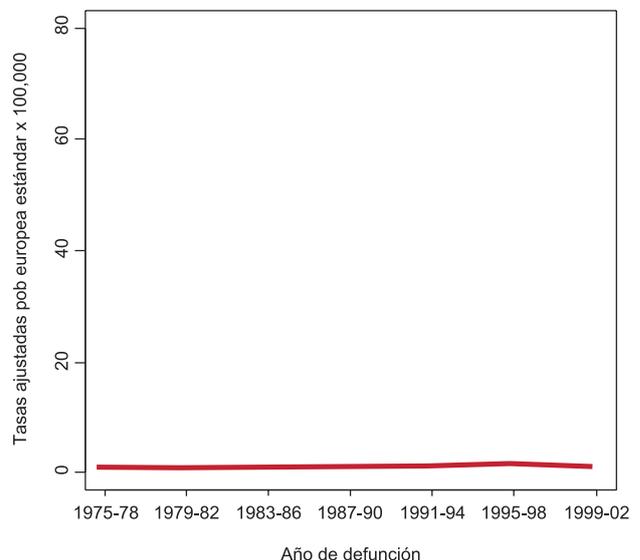
En España la mortalidad ajustada por edad-periodo-cohorte desde 1952 a 1996 ha aumentado, observándose un cambio del 4,3% anual.

La mortalidad por envenenamiento accidental en mujeres tiene un patrón similar al de los hombres pero con casos y tasas bastante menores, así las tasas se incrementan de periodo en periodo de forma progresiva, siendo las del periodo 1995-1998, de mayor mortalidad (0,92 por 100.000) descendiendo en el último periodo. La tendencia relativa anual ajustada por edad y periodo es también creciente y estadísticamente significativa para el periodo (4,5%, IC 95% 1,4%-7,6%). En España el incremento es del 0,8% anual.

### Envenenamiento accidental. Hombres



### Envenenamiento accidental. Mujeres



## SUICIDIO

Autor: Fernando Navarro Mateu

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el suicidio como “el resultado de un acto deliberadamente emprendido y ejecutado por una persona con pleno conocimiento o previsión de su desenlace fatal” y lo considera un importantísimo problema de salud pública.

La tasa de suicidio en el mundo, según los datos proporcionados por la OMS en el año 2001<sup>103</sup>, era de 15,10 por 100.000 habitantes en 1996 (24,00 por 100.000 para la población masculina y de 6,80 por 100.000 para la femenina). La proporción por sexos se mantiene constante en casi todo el mundo, con una tasa de suicidio mayor entre los hombres y una proporción acumulada de 3,5 a 1. Sin embargo, a pesar de que existen grandes variaciones geográficas internacionales en las tasas de suicidio, éste es considerado por la OMS como una de las principales causas de muerte entre los adultos jóvenes y es una de las tres causas principales de muerte en la población de 15 a 34 años en ambos sexos. Las cifras disponibles sobre los intentos de suicidio sugieren que puede ser hasta 20 veces superior al número de suicidios consumados.

El impacto psicológico y social de un suicidio en una familia es enorme y supone una pérdida masiva de personas jóvenes en los años productivos de su vida. La carga del suicidio estimada en Años de Vida Ajustada por Discapacidad ha sido estimada en 1,8% del total de discapacidades en el mundo para el año 1998. Esta cifra es similar a las discapacidades producidas por guerras y homicidios y aproximadamente el doble de la producida por la diabetes.

En la Unión Europea se observa un gradiente norte-sur en la mortalidad por suicidio con las tasas más altas en los países nórdicos y las más bajas en los países mediterráneos. España se mantiene por debajo de la media de la UE en las tasas de mortalidad por suicidio, con cifras similares a las de Italia y Gran Bretaña. Por debajo sólo están las correspondientes a Portugal y Grecia. Las tasas de suicidio tienen dos picos importantes que incluyen a los jóvenes (15-35 años) y a los ancianos (mayores de 75 años)<sup>104</sup>.

Diversos estudios sugieren una prevalencia global de 80-100% de trastornos mentales en los casos de suicidio consumado. Se estima que el riesgo a lo largo de la vida de suicidio en personas con trastornos afectivos, principalmente depresión, es de 6-15%, de un 7-15% en alcoholismo y de un 4-10% en esquizofrenia<sup>104</sup>. Cerca de un 25% de los suicidas han contactado con un servicio de Salud Mental en el año previo a su suicidio y, de estos casos, un 16% estaban hospitalizados y un 24% habían sido dados de alta en los 3 meses anteriores<sup>105</sup>. Entre los factores frecuentemente asociados en estas situaciones se encuentran la no adherencia a los tratamientos y la pérdida de contacto con los servicios sanitarios.

Al menos un 1% de los pacientes atendidos en hospitales generales de Gran Bretaña por una tentativa de suicidio, lo repiten con éxito en el año siguiente y entre un 3-5% en los 5-10 años siguientes. Este riesgo es unas 100 veces superior al de la población general. Casi la mitad de las personas que se suicidan tienen una historia previa de tentativas de suicidio previas, 20-25% de las cuales han realizado un intento previo en el año anterior a su suicidio<sup>106</sup>. En otras palabras, los antecedentes de tentativas de suicidio previas aumentan considerablemente el riesgo de suicidio.

Las cifras oficiales sobre el suicidio están sujetas a importantes fuentes de errores, de forma que las estadísticas oficiales probablemente infraestiman las tasas reales de suicidio, pudiendo representar sólo la mitad o las dos terceras partes de todos los suicidios reales<sup>107</sup>. En ocasiones es difícil determinar si una muerte está causada por un suicidio o por un accidente o por un homicidio y su asignación a una u otra causa de muerte depende de decisiones judiciales que dependen de numerosos factores que difieren entre los diferentes países (actitudes y diferentes significados culturales en las diferentes culturas, diferencias en los procedimientos de codificación de las muertes...). Por otro lado, existe una tendencia a ocultar el suicidio por parte de los familiares del suicida. Esta situación complica enormemente las comparaciones internacionales de las tasas de suicidio. A pesar de todo y asumiendo esta infraestimación de las cifras oficiales, su estudio permite una aproxi-

mación a su magnitud y a la observación de sus tendencias temporales.

En el período 1975-2002, se observa que la tendencia general en las tasas de suicidio es de crecimiento con una tendencia relativa anual que experimenta un aumento de 2,3% por año para ambos sexos. Este aumento es mayor que el observado en España<sup>29</sup>.

En las tasas de suicidio ajustadas a la población europea estándar por período calendario entre los hombres se observa un mantenimiento de la tendencia descendente hasta finales del año 1986, iniciándose un incremento que alcanza su pico máximo en el período 1995-98 para iniciar un ligero descenso en el período siguiente (1999-2002). Entre las mujeres, las tasas de suicidio ajustadas a la población europea estándar por período calendario experimenta un mucho más leve con un pico máximo de 3,71 en el período 1995-1998. El porcentaje de cambio anual (tabla 4) es superior en los hombres que en las mujeres (2,8 % y 1,3 %, respectivamente).

Respecto al efecto de la edad se observa en la gráfica un incremento exponencial de las tasas de suicidio por 10<sup>6</sup> personas-año conforme aumenta la edad, tanto en los hombres como en las mujeres (tabla 3), donde se observa que, para ambos sexos y para cada período analizado, existe un gradiente ascendente de las tasas ajustadas a la población europea en las tres agrupaciones de edad, siendo el grupo de  $\geq 65$  años el que presenta unas tasas más altas. La única excepción a este gradiente se corresponde al período 1975-78 en las mujeres, donde la tasa más elevada la presentan las mujeres entre 35 y 64 años. En general, se observa una sobremortalidad masculina para todos los períodos y en todas las edades que supera a la mortalidad femenina en un rango aproximado de 2 a 6 veces, según periodos y agrupaciones de edad.

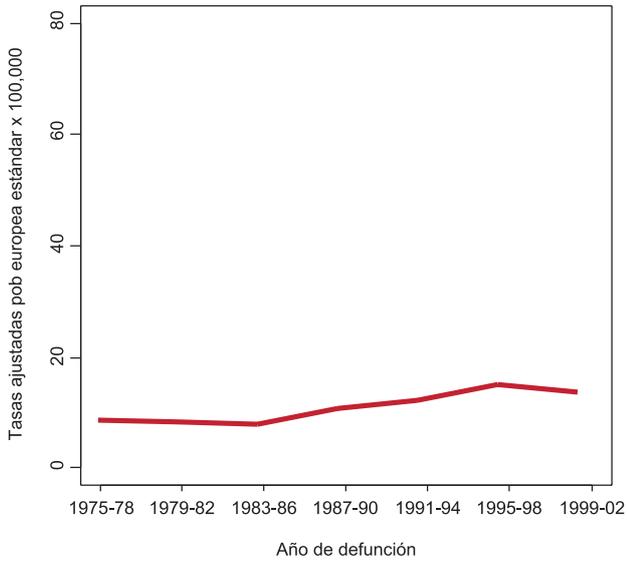
En ambos sexos (3º gráfico), se detecta un efecto periodo a partir de los años 90. También se detecta efecto cohorte entre los nacidos a partir de los años 60 y que alcanza su máximo entre los nacidos a finales de los 70. En el ámbito nacional<sup>29</sup>, el

marcado efecto cohorte se presenta en la misma década, e igualmente llega a su máximo en los nacidos en 1970. El efecto periodo se presenta alrededor del mismo tramo.

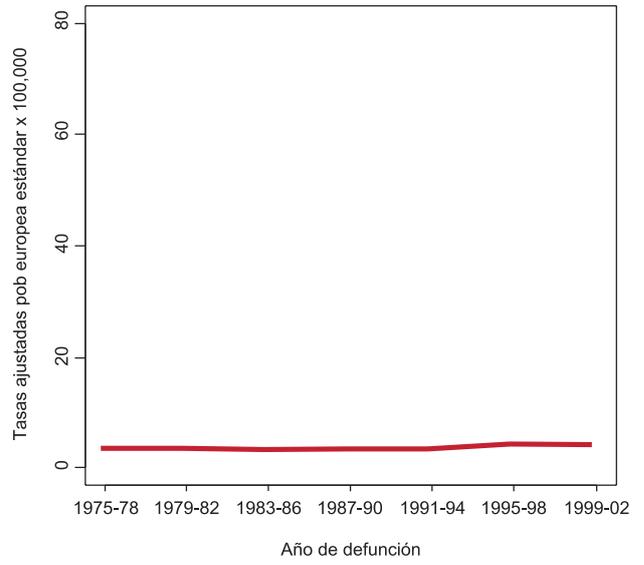
Aunque se han estudiado numerosos factores de riesgo asociados al suicidio, ninguno de ellos puede ser considerado como causal por sí mismo. El suicidio es el trágico punto final producto de una situación compleja, resultado de la interacción de una serie de diversos y variados factores (la salud física y mental del suicida, factores socioeconómicos, familiares, genéticos y culturales). La combinación de factores precipitantes (reagudización de situaciones de estrés vital en el período previo al suicidio, disponibilidad de medios para suicidarse —armas, venenos, medicación...—, tratamiento informativo del suicidio por parte de los medios de comunicación, ...) con diversos factores predisponentes (situaciones de crisis personal, económica, familiar y/o social) aumenta la probabilidad de que una determinada persona cometa un suicidio. Por otro lado, se conoce muy poco sobre aquellos factores considerados como protectores contra el suicidio (habilidades sociales y de resolución de problemas, redes sociales, ...) y sobre las posibilidades de intervención sobre ellos<sup>108</sup>.

Como señala la OMS, es urgente “la necesidad de establecer una vigilancia epidemiológica y las investigaciones adecuadas a nivel local para conocer mejor este importantísimo problema de salud pública”. Esta necesidad imperiosa es tanto más acuciante cuanto que, a pesar de las limitadas posibilidades de prevención del suicidio individual<sup>109</sup>, diversos estudios sugieren diversas estrategias terapéuticas en la prevención de las conductas suicidas en diversos colectivos<sup>104,110,111,112</sup> y, en los últimos años, se han plasmado en la elaboración de diversos programas de prevención del suicidio<sup>113,114</sup>. La enorme complejidad del problema exige un abordaje multidisciplinar y desde diferentes ámbitos de influencia, con una implicación de diversos estamentos sociales (políticos, profesionales de la salud, sectores económicos y culturales, responsables de los medios de comunicación, ...).

### Suicidio. Hombres

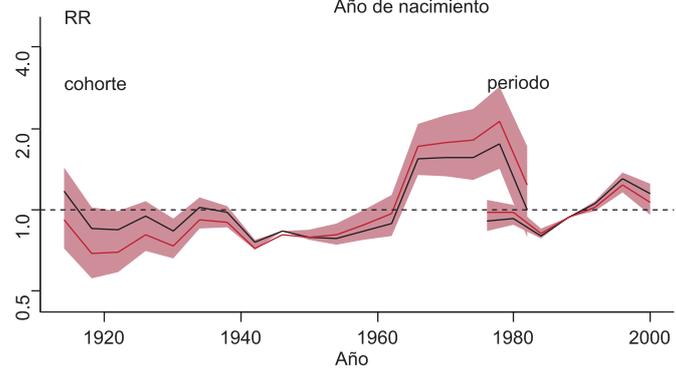
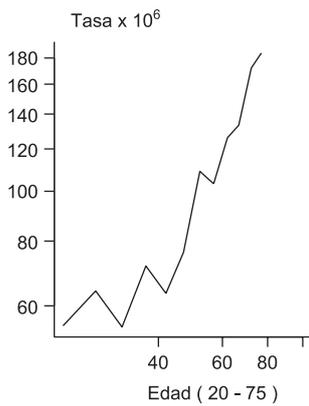
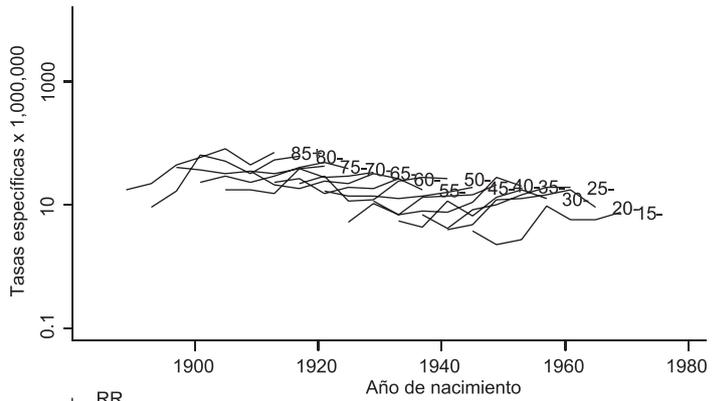


### Suicidio. Mujeres



### Suicidio. Ambos sexos

Modelo	GL	Deviance
edad	72	180.8
edad+drift	71	125.9
edad + per	66	107.1
edad + coh	55	65.5
edad + per + coh	50	51.3
cambio neto	2.345 % por año	



## HOMICIDIO

Autor: Rafael Bañón González

De las diferentes causas de muerte que se recogen con fines estadísticos, la correspondiente al homicidio implica un esfuerzo añadido de definición que puede introducir artefactos en los resultados y las consecuencias que de ellos se obtienen.

Los cambios sobrevenidos con el paso de la 9ª a la 10ª Clasificación Internacional de Enfermedades, ya señalados en la introducción, traducen consideraciones más de tipo jurídico-social que científicas, aunque hay que reconocer que aportan una información estadística importante.

En primer lugar hay que tener en cuenta que en la propia definición de "homicidio" (del latín *homo* hombre y *caedere* matar), lo que prima es la intencionalidad del agente causal, que para constituir un verdadero homicidio ha de tener la intención objetiva de producir el daño. Esta explicación, un tanto redundante, justifica la diferenciación que se hace entre diversas causas de muerte que, según la intención, se pueden incluir bien entre los accidentes, bien entre los homicidios.

Ejemplo de ello es la distinción entre "peatón lesionado en colisión con un coche, V03" y "homicidio por colisión de vehículo a motor, Y03), a pesar de que ambos tipos de muerte están causados por la acción del hombre sobre el hombre. Esta premisa conceptual, se complica al valorar las situaciones en las que existe la intención objetiva de matar, pero con el "atenuante" del cumplimiento del deber o ejercicio de cargo: así ocurre en los casos de muerte por intervención legal (Y35), incluyendo la ejecución legal (Y35.5).

Si bien en nuestro medio la ejecución legal carece de trascendencia, la diferenciación entre homicidio producido por agentes de la autoridad, militares y trabajadores de empresas de seguridad, en un país en el que el número de armas en manos de la población es pequeño y son estos estamentos los principales poseedores de las mismas, puede plantear dudas y artefactos en el cómputo de casos. De hecho, la diferencia entre un homicidio punible y otro eximido por uso de la legítima

defensa sólo puede establecerse en algunos casos después de un juicio que termina con un veredicto judicial expreso en uno u otro sentido.

Esta aclaración inicial queda propuesta como elemento a considerar al estudiar los resultados obtenidos en las defunciones por homicidio en este estudio, en el que se ha obviado la corrección entre las revisiones de la 8ª y 9ª CIE, por desconocer el peso de la intervención legal en el coeficiente (no significativo).

De forma general, podemos señalar que se observa un aumento significativo del número total de homicidios obtenidos en los cuatrienios estudiados, tanto en hombres (que pasan de 20 en 1975-78 a 55 en 1999-2002), como en mujeres (de 5 en 1975-78 a 14 en 1999-2002), si se consideran de forma conjunta todos los grupos de edades.

Si tenemos en cuenta la trascendencia social de este tipo de muerte, a pesar de su relativa baja incidencia, las consecuencias que se pueden extraer del conocimiento de sus circunstancias son particularmente valiosas, lo que justificaría un estudio más profundo de las diferentes casuísticas.

Ejemplo de ello es la diferente distribución de las frecuencias entre los diversos grupos de edades y sexo: En el grupo de hombres se aprecia que la edad de mayor frecuencia aparece después de los 20 años, con un pico alrededor de los 30, y se mantiene hasta los 50 años. Sin embargo, es posible apreciar que se produce un aumento de casos, menor, pero significativo, en edades por encima de 75 años.

En las mujeres la frecuencia aumenta alrededor de los 20 años, se mantiene más estable hasta los 60 años, y el pico de las edades mayores es más importante en términos relativos.

También se puede apreciar la existencia de casos en las edades más tempranas de la vida, por debajo de los 4 años, en ambos sexos, aunque mayor en varones.

Además de todo lo anterior, debemos tener en cuenta la posibilidad de una sobreestimación del número de homicidios, debido a que es durante

la instrucción cuando se comunican los casos de sospecha de intención criminal, que la sentencia puede confirmar o descartar posteriormente.

Las conclusiones que se pueden proponer son:

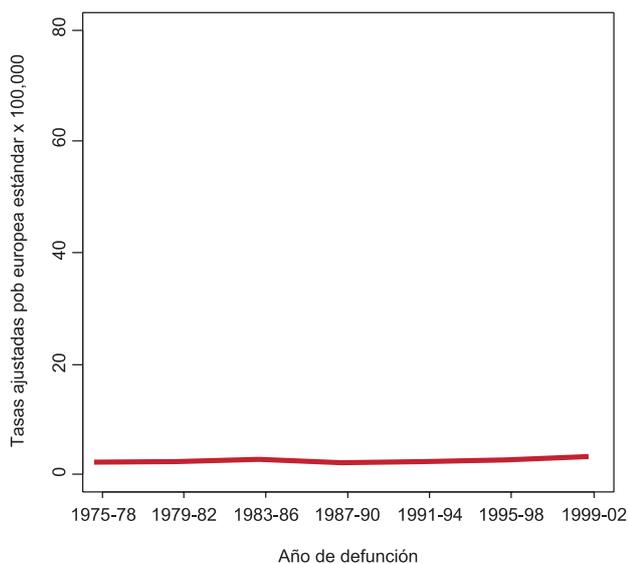
1.- El número de residentes murcianos fallecidos por homicidio ha aumentado en el período estudiado, de forma importante, lo que justifica un estudio más detallado de las causas de este fenómeno.

2.- La mayor frecuencia de homicidios se produce durante la edad adulta, en la que las relaciones sociales son más activas.

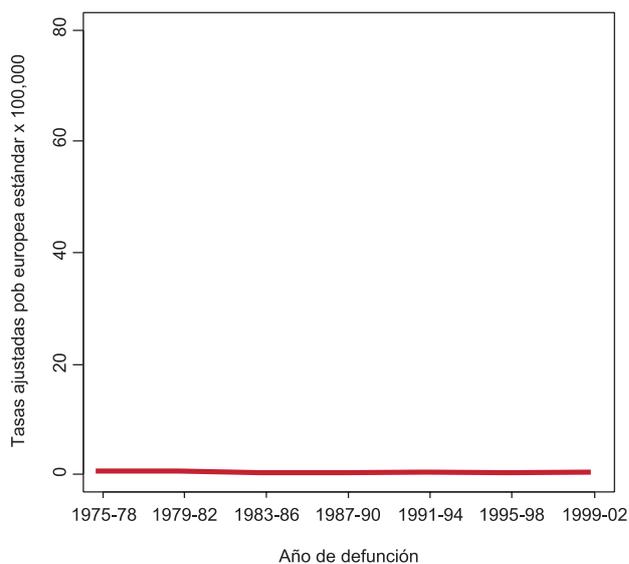
3.- Se observa una frecuencia importante en las edades extremas de la vida, lo que puede ser un indicio de violencia hacia los más desprotegidos: ancianos y niños de corta edad.

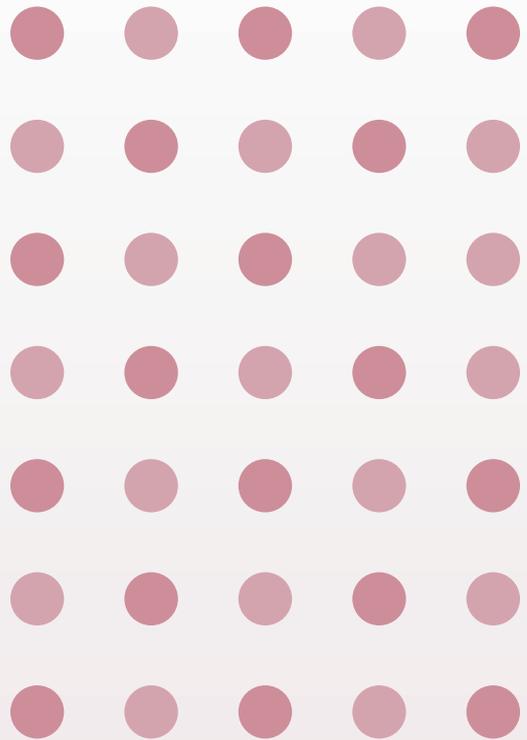
4.- La violencia en las edades mayores es más importante de forma relativa en la mujer, lo que puede indicar la existencia de elementos de violencia de género que deben ser estudiados de forma especial.

### Homicidio. Hombres

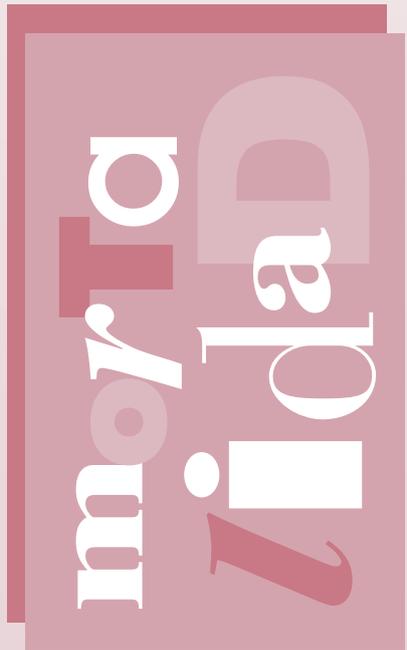


### Homicidio. Mujeres





# **BIBLIOGRAFÍA**





- 1 Osmond C, Gardner MJ, Adelstein AM. Trends in cancer mortality 1951-1980. Analyses by period of birth and death. London: Her Majesty's Stationery Office; 1983.
- 2 Decarli A, La Vecchia C, Cislaghi C, Fasoli M, Mezzanotte G, Negri E. La mortalità per tumori in Italia 1955-1979: Effetti dell'età, della generazione di nascita e del periodo di morte. Milán: Lega italiana per la lotta contro i tumori; 1986.
- 3 Holford T. Understanding the effects of age, period, and cohort on incidence and mortality rates. *Annu Rev Publ Health* 1991; 12: 425-427.
- 4 Case RAM. Cohort analysis of mortality rates as a historical or narrative technique. *Br J Prev Soc Med* 1956; 10: 159-171.
- 5 Robertson C, Boyle C. Age-period-cohort models of chronic disease rates. II: graphical approaches. *Statist Med* 1998; 17: 1325-1340.
- 6 Szklo M, Nieto FJ. Basic Study Designs in Analytical Epidemiology. In: *Epidemiology beyond the basics*. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers; 2000. p. 3-51.
- 7 Instituto Nacional de Estadística. Estimaciones intercensales de población entre los censos de 1970 y 2001, a 1 julio, por sexo y grupos de edad de la Región de Murcia. 1975-2001. [Consulta agosto 2004] [www.ine.es/inebase/cgi/axi](http://www.ine.es/inebase/cgi/axi)
- 8 Segura A, Martínez-Navarro F. Las clasificaciones de enfermedades y causas de muerte y su evolución. En: Cirera LI, Vázquez E (eds.). *La implantación en España de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Revisión [CIE-10]*. Santiago: Sociedad Española de Epidemiología; 1998. p. 17-38.
- 9 Instituto Nacional de Estadística. Equivalencia de la lista reducida de causas de muerte CIE-10 con la CIE-9. [Consulta agosto 2004] [www.ine.es/daco/daco42/sanitarias/listas\\_00.doc](http://www.ine.es/daco/daco42/sanitarias/listas_00.doc)
- 10 Cirera L, Rodríguez M, Cruz O, y Navarro C. *Estadísticas Básicas de Mortalidad en la Región de Murcia en 2002*. Murcia: Consejería de Sanidad y Consejería de Economía, Industria e Innovación; 2004. [www.murciasalud.es](http://www.murciasalud.es) o [www.carm.es/econet/](http://www.carm.es/econet/)
- 11 Organización Panamericana de Salud. *Clasificación estadística Intencional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión. Vol. 1-3*. Washington DC: OPS; 1996.
- 12 Correspondencias de códigos de la 9ª a la 8ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Swedish National Board of Health and Welfare. [Consulta agosto 2004] [www.sos.se/epc/klassifi/FILER/9TO8.pdf](http://www.sos.se/epc/klassifi/FILER/9TO8.pdf)
- 13 Correspondencias de códigos de la 8ª a la 9ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Swedish National Board of Health and Welfare. [Consulta agosto 2004] [www.sos.se/epc/klassifi/FILER/8TO9.pdf](http://www.sos.se/epc/klassifi/FILER/8TO9.pdf)
- 14 García J, Cirera L, Tormo MJ, Martínez C, Contreras J, Navarro C. Utilidad del boletín estadístico de defunción para la identificación de muertes extrahospitalarias en un registro poblacional de infartos agudos de miocardio. *Rev Esp Cardiol* 2001; 54: 1041-1047.
- 15 Cirera L, Navarro C. Validez de la certificación de la muerte por cáncer en la Comunidad de Murcia. *Oncología* 2002; 25: 38-46.
- 16 Cirera L, Rodríguez M, Madrigal E, Tobías A, Martínez C, Navarro C et al. del grupo COMPARA. Informe para la comparabilidad entre la décima y la novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades en las listas de causas de muerte INE y Murcia en España. Murcia: Consejería de Sanidad; (in press) 2006.
- 17 National Center for Health Statistics. Total deaths for each cause by 5-year age groups. United States; 2001. [www.cdc.gov/nchs/data/statab/mortfinal2001\\_workl.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/statab/mortfinal2001_workl.pdf)

- 18 Anderson R, Arialdi M, Minino AM, Hoyert D, Rosenberg H. Comparability of Cause of Death Between ICD-9 and ICD-10: Preliminary Estimates. *National Vital Statistics Reports* 2001; 49: 22.
- 19 Bray F, Guilloux A, Sakila R, Parkin DM. Practical implications of imposing a new world standard population. *Cancer Causes & Control* 2002; 13: 175-182.
- 20 Waterhouse J, Muir C, Correa P, Powell J. (eds). *Cancer Incidence in Five Continents*. Vol. 3; 1976. p. 456.
- 21 Day NE. Cumulative rate and cumulative risk. En: Parkin DM, Muir CS, Whelan SL, Gao Y-T, Ferlay J, Powel J. *Cancer Incidence en Five Continents*. Vol VI. Lyon: IARC; 1992.
- 22 R: Copyright 2004. The R Foundation for Statistical Computing Version 1.9.1 (2004-06-21), ISBN 3-900051-00-3.
- 23 López-Abente G, Pollán M, Ruíz M, Jiménez M, Vázquez F. La mortalidad por cáncer en España, 1952-1986. Efecto de la edad, de la cohorte de nacimiento y del periodo de muerte. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Fareso SA; 1992.
- 24 Rodríguez E. Situación actual de la tuberculosis en España: Incidencia y mortalidad desde 1995. Características de los casos de tuberculosis y meningitis tuberculosa declarados en 2000. *Bol Epidemiol Semanal* 2001; 9: 293-296.
- 25 Plan de Salud de la Región de Murcia. Plan de Salud 1998-2000. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social; 1998.
- 26 Enfermedades de declaración obligatoria. Región de Murcia 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002. *Boletín Epidemiológico de Murcia* 586, 599, 610, 619, 635 y 650. Murcia 1998, 1999, 2000, 2001, 2002 y 2003.
- 27 Rodríguez E, Hernández G, Díaz O. Casos de tuberculosis respiratoria y meningitis tuberculosa declarados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. España, 2001-2002. *Bol Epidemiol Semanal* 2003; 11: 313-316.
- 28 Grupo de trabajo del PMIT. La tuberculosis en España: resultados del Proyecto Multicéntrico de Investigación sobre Tuberculosis (PMIT). Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 1999.
- 29 López-Abente G, Pollán M, Aragonés N, Pérez B, Llácer A, Pérez J et al. Tendencias de la mortalidad en España, 1952-1996. Efecto de la edad, de la cohorte de nacimiento y del periodo de muerte. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid: Impresos y Revistas SA; 2002. [www2.uca.es/hospital/TM/portada.html](http://www2.uca.es/hospital/TM/portada.html)
- 30 Martínez de Aragón MV, Llácer A, Martínez JF. Mortalidad por Enfermedades Infecciosas en España: 1980-1995 (I) y (II). *Bol Epidemiol Semanal* 1998; 6: 165-176.
- 31 Servicio de Epidemiología. "Enfermedad Meningocócica en la Región de Murcia". Años 1997-2002. Mensaje electrónico enviado a la Lista de Vigilancia <Enfermedad Meningocócica > envío cuatrisesemanal. Murcia: Consejería de Sanidad.
- 32 Centro Nacional de Epidemiología. Enfermedad Meningocócica en España. Temporada 2001/2002. Datos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Madrid: CNE; 2003.
- 33 Enfermedad meningocócica en la Región de Murcia: Temporada epidemiológica 1996-97. *Boletín epidemiológico de Murcia* 1998; 19: 5-12.
- 34 Centro Nacional de Epidemiología: Protocolos de las enfermedades de declaración obligatoria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000.

- 35 Amela C, Pachón I. Estudio seroepidemiológico de las enfermedades vacunables en España. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2000.
- 36 García-Fulgueiras A, Tormo MJ, Rodríguez T, Pérez-Flores D, Chirlaque D, Navarro C. Prevalence of Hepatitis B and C markers in the South-east of Spain: An unliked community-based serosurvey of 2.203 adults. *Scand J Infect Dis* 1996; 28: 17-20.
- 37 Roush GC. Cancer of the nasal cavity and paranasal sinuses. En: Schottenfeld MD, Fraumeni JF. *Cancer Epidemiology and Prevention*; 1996.
- 38 Navarro C, Chirlaque MD, Rodríguez M, Garrido S, Párraga E, Tortosa J et al. Estadísticas básicas del Registro de Cáncer de Murcia 1993-1996. Murcia: Consejería de Sanidad, serie informes nº 33. Dirección General de Salud Pública; 2003.
- 39 Sant M, Aareleid T, Berrino F, Bielska LM, Carli PM, Faivre J et al. EUROCARE-3: survival of cancer patients diagnosed 1990-94-results and commentary. *Ann Oncol* 2003; 14: 61-118.
- 40 Anónimo. Oesophagus. En: World Cancer Research Found – American Institute for Cancer Research. *Food, Nutrition and the Prevention of Cancer: a global perspective*. World Cancer Research Found – American Institute for Cancer Research. Washington: BANTA Book group; 1997. p. 118.
- 41 Cerezo J, Tormo MJ, Rodríguez M, Navarro C. Consumo de tabaco en la población adulta de la Región de Murcia (1992-2002): Prevalencia, evolución e influencia del nivel educativo. *Bol Epidemiol Murcia* 2004; 53-56.
- 42 Usera ML, Gutiérrez JJ, Lozano A, Fenollar P, Ordoñana JR. Evolución de las conductas y factores relacionados con la salud de los escolares de la Región de Murcia 1993-2001. Murcia: Consejería de Sanidad; 2003.
- 43 Correa JF. Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas en la Región de Murcia 1998. Murcia: Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Mimeo.
- 44 Ministerio del Interior. Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas en España 1999. Madrid: Ministerio del Interior. [www.mir.es/pnd/index.htm](http://www.mir.es/pnd/index.htm)
- 45 Correa JF. Encuesta escolar sobre consumo de drogas en la Región de Murcia Año 2000. Murcia: Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Mimeo.
- 46 Centro Nacional de Epidemiología. Área de epidemiología ambiental y cáncer. Mortalidad por cáncer en España; 2000. [www.cne.isciii.es/cancer/mort00txt](http://www.cne.isciii.es/cancer/mort00txt)
- 47 Anónimo. Situación en España: Indidencia. En: Grupo de trabajo del Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer - Instituto de Salud Carlos III. *La situación del cáncer en España*. Toledo: Ministerio de Sanidad y Consumo. Planificación Sanitaria; 2005. p. 65.
- 48 Anónimo. Stomach. En: World Cancer Research Found – American Institute for Cancer Research. *Food, Nutrition and the Prevention of Cancer: a global perspective*. World Cancer Research Found – American Institute for Cancer Research. Washington: BANTA Book group; 1997. p. 148.
- 49 González P, Chirlaque MD, Jiménez M, Navarro C. Tendencia temporal de la incidencia de cáncer en la Región de Murcia, 1983-1996. *Bol Epidemiol Murcia* 2001; 49-55.
- 50 Cannon-Albright LA, Skolnick MH, Bishop DT, Lee RG, Burt RW. Common inheritance of susceptibility to colonic adenomatous polyps and associated colorectal cancers. *N Engl J Med* 1988; 319: 533-537.
- 51 Food, Nutrition and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington: American Institute for Cancer Research; 1997.

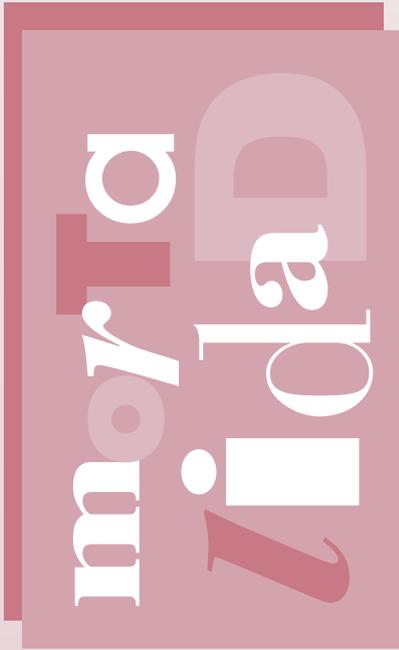
- 52 Bingham SA, Day NE, Luben R, Ferrari P, Sli-  
mani N, Norat T et al. Dietary fibre in food  
and protection against colorectal cancer in  
the European Prospective Investigation into  
Cancer and Nutrition (EPIC): an observational  
study. *Lancet* 2003; 361: 1496-1501.
- 53 Terry P, Giovannucci E, Michels KB, Bergkvist  
L, Hansen H, Holmberg L et al. Fruit, vegeta-  
bles, dietary fiber, and risk of colorectal can-  
cer. *J Natl Cancer Inst* 2001; 93: 525-533.
- 54 Gatof D, Ahnen D. Primary prevention of co-  
lorectal cancer: diet and drugs. *Gastroenterol  
Clin North Am* 2002; 31: 587-623.
- 55 Plan de Salud 2003-2007. Región de Murcia.  
Consejería de Sanidad de la Comunidad Au-  
tónoma de la Región de Murcia; 2003. [www.  
murciasalud.es](http://www.murciasalud.es)
- 56 Centro Nacional de Epidemiología. Área de  
Epidemiología Ambiental y Cáncer. Mortali-  
dad por Cáncer y otras causas en España, Año  
2001. [Consulta octubre 2004] [193.146.50.130/  
cancer/mort2001.txt](http://193.146.50.130/cancer/mort2001.txt)
- 57 Cirera L, Cruz O, Navarro C. Estadísticas bá-  
sicas de la mortalidad en la Región de Mur-  
cia en 2001. Murcia: Consejería de Sanidad y  
Consumo. Consejería de Economía y Hacia-  
da; 2003. [www.carm.es/econet/](http://www.carm.es/econet/)
- 58 Pérez F, Navarro C, Chirlaque MD, Morales G,  
Lozano MG, Parra MS et al. Informe sobre la  
prevención del cáncer de colon y recto en la  
Región de Murcia. Consejería de Sanidad de  
la Región de Murcia; 2004. [www.murciasa-  
lud.es](http://www.murciasa-<br/>lud.es)
- 59 Gutiérrez JJ, Usera ML, Fenollar P, Ordoñana  
JR. Evolución de las conductas y factores re-  
lacionados con la salud de los escolares de la  
Región de Murcia. 1993-2001. Murcia: Conse-  
jería de Sanidad; 2003.
- 60 Anderson KE, Potter JD, Mack TM. Pancrea-  
tic cancer. En: Schottenfeld MD, Fraumeni JF.  
*Cancer Epidemiology and Prevention*; 1996.
- 61 Tormo MJ, Correa JF, Gutiérrez JJ, Usera M.  
Tabaco. Anónimo. En: Análisis de situación  
del plan de salud de la Región de Murcia  
2003-2007. [Consulta diciembre 2004].  
[www.murciasalud.es/plansalud.php](http://www.murciasalud.es/plansalud.php)
- 62 Cerezo J, Tormo MJ, Rodríguez M, Ortolá J,  
Chirlaque MD, Navarro C. Tendencia de los  
principales factores de riesgo cardiovascular  
en la Región de Murcia 1992-2002. *Bol Epi-  
demiol Murcia* 2004; 25: 13-16.
- 63 Zanetti R, Rosso S, Martínez C, Navarro C,  
Schraub S, Sancho-Garnier H et al. The multi-  
centre south European study 'Helios'. I: Skin  
characteristics and sunburns in basal cell and  
squamous cell carcinomas of the skin. *Br J  
Cancer* 1996; 73: 1440-1446.
- 64 Pérez F. Programa de prevención del cáncer  
de mama. Murcia: Consejería de Sanidad y  
Consumo, serie Informes nº 23; 1998.
- 65 Cirera L. Mortalidad en la Región de Murcia.  
Año 2002. *Bol Epidemiol Murcia* 2005; 26: 1-4.
- 66 Jarrett RF. Risk factors for Hodgkin's lympho-  
ma by EBV status and significance of detec-  
tion of EBV genomes in serum of patients  
with EBV-associated Hodgkin's lymphoma.  
*Leuk Lymphoma* 2003; 44: S27-32.
- 67 Baris D, Zahm SH. Epidemiology of lympho-  
mas. *Curr Opin Oncol* 2000; 12: 383-394.
- 68 Adami J, Gridley G, Nyren O, Dosemeci M,  
Linet M, Glimelius B et al. Sunlight and non-  
Hodgkin's lymphoma: a population-based co-  
hort study in Sweden. *Int J Cancer* 1999; 80:  
641-645.
- 69 Palackdharry CS. The epidemiology of non-  
Hodgkin's lymphoma: why the increased inci-  
dence? *Oncology (Huntingt)* 1994; 8: 67-73.
- 70 Hardell L, Eriksson M. Is the Decline of the  
Increasing Incidence of Non-Hodgkin Lym-  
phoma in Sweden and Other Countries a Re-  
sult of Cancer Preventive Measures? *Environ  
Health Perspect* 2003; 111: 1704-1706.

- 71 Chiu BC, Weisenburger DD. An update of the epidemiology of non-Hodgkin's lymphoma. *Clin Lymphoma* 2003; 4: 161-168.
- 72 López-Abente G, Pollán M, Escolar A, Errezola M, Abraira V. Atlas de mortalidad por cáncer y otras causas en España 1978-1992. Madrid: Fundación Científica de la Asociación Española Contra el Cáncer; 1996. [www2.uca.es/hospital/atlas92/www/Atlas92.html](http://www2.uca.es/hospital/atlas92/www/Atlas92.html)
- 73 Linet MS, Cartwright RA. The leukemias. En: Schottenfeld D, Fraumeni JF, editores. *Cancer epidemiology and prevention*. Second edition. New York: Oxford University Press; 1996. p. 841-892.
- 74 Diamond J. The double puzzle of diabetes. *Nature* 2003; 423: 599-602.
- 75 Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Colditz G, Liu S, Solomon CG et al. Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *N Engl J Med* 2001; 345: 790-797.
- 76 Cerezo J, Tormo MJ, Navarro C, Rodríguez M, Marco R, Egea JM et al. Prevalence of diabetes in Murcia (Spain): a Mediterranean area characterised by obesity. *Diabetes Res Clin Pract* 2005; [Epub ahead of print].
- 77 Martínez-Ros MT, Tormo MJ, Navarro C, Chirlaque MD, Pérez-Flores D. Extremely high prevalence of overweight and obesity in Murcia, a Mediterranean region in south-east Spain. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001; 25: 1372-1380.
- 78 Hofman A, Rocca WA, Brayne C, Breteler MM, Clarke M, Cooper B et al. The prevalence of dementia in Europe: A collaborative study of 1980-1990 findings. *Int J Epidemiol* 1991; 20: 736-748.
- 79 Gavrila D, Antúnez C, Tormo MJ, Navarro C, Parrilla G, García-Santos JM et al. Prevalencia de demencia y deterioro cognitivo leve en la Región de Murcia 2004. Estudio Ariadna. Comunicación presentada a la Reunión conjunta SESPAS-SEE 2005. Las Palmas de Gran Canaria.
- 80 Jorm AF. Alzheimer's disease: risk and protection. *Med J Aust* 1997; 167: 443-446.
- 81 Zunzunegui MV, del Ser T, Rodríguez A, García-Yébenes MJ, Domingo J, Otero A. Demencia no detectada y utilización de servicios sanitarios para la atención primaria. *Aten Primaria* 2003; 31: 581-586.
- 82 Rocca WA, Cha RH, Waring SC, Kokmen E. Incidence of dementia and Alzheimer's disease: a reanalysis of data from Rochester, Minnesota, 1975-1984. *Am J Epidemiol* 1998; 148: 51-62.
- 83 Murray CJ, López AD, Jamison DT. The global burden of disease in 1990: summary results, sensitivity analysis and future directions. *Bull WHO* 1994; 72: 495-509.
- 84 Puig X, Gispert R, Puigdefàbregas A, Pérez G, Mompart A, Domènech J. Mortalidad por demencias en Cataluña: un problema emergente. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 455-459.
- 85 Boix R, Cañellas S, Almazán J, Cerrato E, Meseguer CM, Medrano MJ. Mortalidad cardiovascular en España. Año 2000. *Boletín Epidemiológico Semanal (España)* 2003; 11: 241-244.
- 86 Villar F, Banegas JR, Rodríguez F, del Rey J. Mortalidad de causa cardiovascular en España y sus comunidades autónomas (1975-1992). *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 321-327.
- 87 Marrugat J, Elosua R, Aldasoro E, Tormo MJ, Vanaclocha H, Segura A et al. Regional variability in population acute myocardial infarction cumulative incidence and mortality rates in Spain 1997 and 1998. *Eur J Epidemiol* 2004; 19: 831-839.
- 88 García J, Elosua R, Tormo MJ, Audicana UC, Zurriaga O, Segura A et al. Letalidad poblacional por infarto agudo de miocardio. Estudio IBERICA. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 606-612.

- 89 Tormo MJ, Rodríguez M, Robles J, Navarro C, Egea JM, Pérez Flores D en nombre del grupo sobre epidemiología de diabetes en la Región de Murcia. Prevalence of the metabolic syndrome in an area with high incidence and mortality by heart attack. XXI Reunión Científica de la SEE/Annual Scientific Meeting International Epidemiological Association. Gac Sanit 2003; 17: 67.
- 90 Guallar P, Rodríguez-Artalejo F, Banegas JR, Guallar E, del Rey J. Cerebrovascular disease mortality in Spain, 1955-1992: an age-period-cohort análisis. Neuroepidemiology 1997; 16: 116-123.
- 91 Medrano MJ, López-Abente G, Barrado MJ, Pollán M, Almazán J. Effect of age, birth cohort, and period of death on cerebrovascular mortality in Spain, 1952 through 1991. Stroke 1997; 28: 40-44.
- 92 OMS. Estimating the impact of the next influenza pandemic: enhancing preparedness. Ginebra: OMS; 2004. [Consulta diciembre 2004] [www.who.int/csr/disease/influenza/preparedness2004\\_12\\_08/en/](http://www.who.int/csr/disease/influenza/preparedness2004_12_08/en/)
- 93 OMS. Plan de preparación para la pandemia de influenza. Ginebra: OMS; 1999. [Consulta diciembre 2004] [www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO\\_CDS\\_CSR\\_EDC\\_99\\_1/en/](http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_EDC_99_1/en/)
- 94 Red de Vigilancia Epidemiológica. Informe Epidemiológico. Año 1992. Boletín Epidemiológico y Microbiológico 1993; 1: 48-51.
- 95 Estudio epidemiológico de la gripe en la Región de Murcia 1949-1979. Boletín Epidemiológico Semanal. Región de Murcia 1980; 67: 4-9
- 96 Muñoz A, Sobrino L, Velasco ML, Cano R, Mateo S. Vigilancia de las neumonías en España. Boletín Epidemiológico Semanal 1997; 5: 29-36.
- 97 Manresa F. Neumonía. En: Rodés J, Guardia J, editores. Medicina Interna. Barcelona: Masson S.A.; 2004. p. 1052-1060.
- 98 Llácer A, Fernández-Cuenca R. Mortalidad en España en 2001. Área de Situación de Salud. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. [Consulta diciembre 2004] [193.146.50.130/htdocs/mortal/mortal2001/web01.htm](http://193.146.50.130/htdocs/mortal/mortal2001/web01.htm)
- 99 Ruíz M, Ocaña-Riola R, Hermosín T. Evolución de la mortalidad por accidentes de tráfico en Andalucía desde 1975 hasta 2001 y predicción para el año 2004. Aten Primaria 2004; 33: 297-304.
- 100 Redondo JL, Luna J, Jiménez JJ, Lardelli P, Gálvez R. Evolución de la mortalidad por accidentes de tráfico en España, 1962-1994. Gac Sanit 2000; 14: 7-15.
- 101 Ramos P, Díez E, Nebot M. Revisión bibliográfica de las intervenciones realizadas para reducir accidentes de tráfico. XXII Reunión Científica de la S.E.E. Cáceres. Gac Sanit 2004; 18: 87.
- 102 Santamariña E, Rodríguez-Martos A, Torralba LI, Plasència A. Efectividad de las intervenciones sobre lesionados de tráfico con alcoholemia positiva. XXII Reunión Científica de la S.E.E. Cáceres. Gac Sanit 2004; 18: 86.
- 103 Organización Mundial de la Salud: Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental. Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. OMS; 2001.
- 104 Organización Mundial de la Salud. Preventing suicide. A resource for Primary Health Care Workers. Génova: OMS; 2000.
- 105 Appleby L, Shaw J, Amos T, McDonnell R, Harris C, McCann K et al. Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. BMJ 1999; 318: 1235-1239.
- 106 Hawton K, Arensman E, Townsend E, Bremner S, Feldman E, Goldney R et al. Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. BMJ 1998; 317: 441-447.

- 107 Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen Ph. Suicide and deliberate self-harm. En: Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford University Press; 1996. 3º ed. p. 414-456.
- 108 De Leo D. Why are we not getting any closer to preventing suicide? Br J Psychiatry 2002; 181: 371-374.
- 109 Eagles JM, Klein S, Gray NM, Dewar IG, Alexander DA. Role of psychiatrists in the prediction and prevention of suicide: a perspective from north-east Scotland. Br J Psychiatry 2001; 178: 494-496.
- 110 Eagles JM, Carson DP, Begg A, Naji SA. Suicide prevention: a study of patients' views. Br J Psychiatry 2003; 182: 261-265.
- 111 Knox K, Litts D, Talcott GW, Catalano J, Caine E. Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. BMJ 2003; 327: 1376.
- 112 Raj MA, Kumarajah V, Bhide AV. Cognitive-behavioural intervention in deliberate self-harm. Acta psychiatr Scand 2001; 104: 340-345.
- 113 Lewis G, Hawton K, Jones P. Strategies for preventing suicide. Br J Psychiatry 1997; 171: 351-354.
- 114 Taylor S, Kingdom D, Jenkins R. How are nations trying to prevent suicide? An analysis of national suicide prevention strategies. Acta Psychiatr Scand 1997; 95: 457-463.





**ANEXOS**

**morta  
vida**



## Anexo 1. Estimaciones intercensales cuatrianuales del INE\* para la provincia de Murcia por edad y sexo

### Hombres

Edad	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	196.769	188.427	166.268	145.517	139.471	131.075	131.201
5-9	183.754	189.515	191.405	173.691	149.785	142.632	140.773
10-14	181.521	191.501	192.487	195.248	184.702	158.900	150.537
15-19	159.694	177.397	190.761	193.759	200.801	197.023	175.668
20-24	132.427	149.793	169.701	185.655	194.600	203.137	217.436
25-29	113.620	121.252	142.241	162.349	182.329	195.424	219.715
30-34	107.997	113.245	120.106	137.685	159.348	183.315	213.108
35-39	94.863	101.790	112.612	120.333	134.380	158.903	190.349
45-49	109.019	112.230	104.471	99.104	108.521	119.604	132.502
50-54	98.152	108.406	111.213	104.916	97.832	104.931	120.135
55-59	77.418	94.459	104.107	108.031	104.654	96.395	100.765
60-64	63.090	66.559	84.743	97.345	102.954	104.215	98.059
65-69	55.567	54.918	57.491	73.574	87.681	95.855	100.913
70-74	45.310	46.858	47.186	49.173	59.855	74.968	84.446
75-79	27.817	31.570	34.682	36.280	37.640	44.608	57.715
80-84	16.283	17.192	19.195	21.668	23.652	24.893	28.393
85 y +	7.481	8.832	10.112	12.020	13.856	16.040	18.155

### Mujeres

Edad	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	183.046	173.465	155.022	136.460	130.907	123.264	124.301
5-9	177.301	181.472	179.548	162.925	141.678	134.346	132.414
10-14	173.379	180.239	183.313	185.084	173.197	149.971	140.995
15-19	156.131	172.499	181.959	185.328	190.206	183.860	164.737
20-24	127.015	146.875	166.007	179.286	186.839	192.584	198.773
25-29	115.593	122.385	142.067	161.434	177.818	188.140	201.023
30-34	112.066	116.700	122.078	138.696	159.872	178.856	198.020
35-39	97.881	104.810	115.660	122.596	135.638	159.356	182.023
40-44	117.940	107.195	104.144	115.185	122.391	132.725	159.175
45-49	112.970	115.770	109.129	103.572	112.500	122.467	131.563
50-54	103.178	113.682	115.800	110.493	103.996	110.195	123.592
55-59	84.900	99.119	110.671	114.675	111.546	103.987	106.793
60-64	75.866	78.109	92.975	106.997	112.667	113.176	107.836
65-69	70.940	70.851	72.563	86.218	101.146	109.526	113.957
70-74	60.054	63.369	64.540	66.424	76.330	92.181	102.810
75-79	43.355	49.308	52.659	54.766	56.535	63.882	78.857
80-84	28.319	30.229	34.219	37.556	40.668	43.171	47.957
85 y +	15.341	18.232	21.095	25.418	29.516	34.964	40.995

\*INE= Instituto Nacional de Estadística

## Anexo 2. Correspondencias y razones de comparabilidad entre CIE-10/9 y CIE-8/9

Causas	códigos CIE-10	razón CIE-9/10	códigos CIE-9	códigos CIE-8	razón CIE-9/8	Comentarios CIE-9/8
1 Tuberculosis y efectos tardíos	A15-A19, B90	1,0379	010-018, 137	010-019	0,7901	razón sin efectos tardíos
1a Tuberculosis respiratoria	A15-A16	0,9056	010-012	010-012	0,8429	razón de EEUU
1b Otras tuberculosis y secuelas	A17-A19, B90	0,7031	013-018, 137	013-019	0,5077	razón de EEUU
2 Infecciones meningocócicas	A39	1,0000	36	036	NS	razón incluida
3 Hepatitis víricas	B15-B19	1,1408	070	070	1,3989	razón incluida
4 SIDA	B20-B24, R75	0,9465	279.5.6, 795.8	-	-	-
5 Cáncer de labio, cavidad bucal-faringe	C00-C14	1,0370	140-149	140-149	NS	razón incluida
6 Cáncer de esófago	C15	1,0336	150	150	-	-
7 Cáncer de estómago	C16	1,0111	151	151	-	-
8 Cáncer de colon	C18	1,0045	153	153	-	-
9 Cáncer de recto, rectosigma y ano	C19-C21	0,9967	154	154	-	-
10 Cáncer de páncreas	C25	0,9905	157	157	-	-
11 Cáncer de laringe	C32	1,0084	161	161	-	-
12 Cáncer de pulmón	C33, C34	1,0130	162	162	-	-
13 Melanoma cutáneo	C43	1,0814	172	172	-	-
14 Cáncer de mama	C50	1,0168	174-175	174	1,0089	razón incluida
15 Cánceres de útero	C53-C55	1,0291	179-180, 182	180, 182	-	-
16 Cáncer de próstata	C61	1,0073	185	185	-	-
17 Cáncer de vejiga	C67	1,0066	188	188	NS	188-189*
18 Linfomas	C81-C85	1,0079	200-202.0.1.2.8	200-202.0.1.2.9, 695.9	0,9385	200-203
19 Leucemias	C91-C95	1,0000	204-208	204-207	NS	NS
20 Diabetes mellitus	E10-E14	0,9799	250	250	NS	NS
21 Demencia pre/senil - Enfermedad Alzheimer	F01-F09, G30	0,9603	290, 331.0-2	290, 293.0.1, 299	-	-
22 Enfermedad isquémica del corazón	I20-I25	1,0614	410-414	410-414	0,8784	0,8784
23 Enfermedad cerebrovascular	I60-I69	0,9991	430-438	430-438	NS	NS
24 Gripe	J10, J11	0,9797	487	470-474	0,9714	0,9714
25 Neumonía - Enfermedad Legionario	J12-J16, J18, A48.1	1,1433	480-486	480-486	0,9199	0,9199
26 EPOC (sin asma)	J40-J44, J47	1,0024	490-492, 494-496	519.2.9	0,9770	se escoge razón de enfisema
27 Asma	J45, J46	1,0435	493	493	1,3544	1,3544
28 Cirrosis y otras enfermedades del hígado	K70, K73- K74, k76.9	0,9587	571	571	NS	NS
29 Accidentes de tráfico de vehículos a motor	V02-V04 (1-9), V09 (2-3), V12-V14 (3-9), 1,0085 V19 (4-6), V20-V28 (3-9), V29-V79 (4-9), V80 (3-5), V81.1, V82.1, V83-V86 (0-3), V87 (0-8), V89 (2 y .9)	1,0085	E810-E819	E810-E819	1,0117	E810-E825
30 Envenenamiento accidental	X40-X49	0,8625	E850- E869	E850-E877	-	-
31 Suicidio	X60-X84	0,9860	E950-E959	E950-E959	NS	NS
32 Homicidio	X85-Y09	1,0556	E960-E969	E960-E969	NS	E960-E978

\*El código 189, Tumor maligno de otros órganos urinarios y de los no especificados, incluye riñón, pelvis renal, uréter, y otros órganos urinarios y de los no especificados. Excluido en los análisis edad-período-cohorte.

NS = estadísticamente no significativo.

Elaboración: Registro de Mortalidad. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Murcia.

Fuente: Referencias bibliográficas nº 12, 13, 16, 18.

### Anexo 3. Causas que incluyen los códigos CIE-10 seleccionados

#### Causas

- 1 Tuberculosis y efectos tardíos  
Tuberculosis respiratoria, confirmada y no bacteriológica e histológicamente, Tuberculosis de otros órganos, Tuberculosis miliar y Secuelas de tuberculosis.
- 2 Infecciones meningocócicas  
Meningitis meningocócica, Síndrome Waterhouse-Friderichsen, Meningococemia aguda, Meningococemia crónica, Meningococemia no especificada, Enfermedad cardíaca debida a meningococo, otras infecciones meningocócicas, Infección meningocócica no especificada.
- 3 Hepatitis víricas  
Hepatitis aguda tipo A, tipo B y otras hepatitis virales agudas.  
Hepatitis viral crónica y sin otra especificación.
- 4 SIDA  
VIH resultante en enfermedades infecciosas y parasitarias, en tumores malignos, en otras enfermedades especificadas, en otras afecciones, sin otra especificación, y evidencias de laboratorio del VIH.
- 5 Cáncer de labio, cavidad bucal-faringe  
Cáncer de labio, de la base de la lengua, de otras partes y de las no especificadas de la lengua, de la encía, del piso de la boca, del paladar, de otras partes y de las no especificadas de la boca, de la glándula parótida, de otras glándulas salivales mayores y de las no especificadas de la amígdala, de la orofaringe, de la nasofaringe, del seno piriforme, de la hipofaringe, de otros sitios y de los mal definidos del labio, de la cavidad bucal y de la faringe.
- 6 Cáncer de esófago
- 7 Cáncer de estómago
- 8 Cáncer de colon
- 9 Cáncer de unión rectosigmoidea, recto, del conducto anal
- 10 Cáncer de páncreas
- 11 Cáncer de laringe
- 12 Cáncer de la tráquea, de los bronquios y del pulmón
- 13 Melanoma cutáneo
- 14 Cáncer de mama
- 15 Cáncer del cuello del útero, del cuerpo del útero y parte no especificada
- 16 Cáncer de próstata
- 17 Cáncer de vejiga
- 18 Linfomas  
Enfermedad de Hodgkin, Linfoma no-Hodgkin folicular (nodular), no-Hodgkin difuso, Linfoma de células T, periférico y cutáneo, Linfoma no-Hodgkin de otro tipo y el no especificado.
- 19 Leucemias  
Leucemia linfoide, mieloide, Leucemia monocítica, otras leucemias de tipo celular especificado y de células de tipo no especificado.
- 20 Diabetes mellitus  
Diabetes mellitus insulino dependiente, no insulino dependiente, asociada con desnutrición, otras diabetes mellitus especificadas y la no especificada.
- 21 Demencia pre/senil - Enfermedad Alzheimer  
Demencia vascular, Demencia, no especificada, Síndrome amnésico orgánico, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas.  
Delirio, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas.  
Otros trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física. Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral. Trastorno mental orgánico o sintomático no especificado.
- 22 Enfermedad isquémica del corazón  
Angina de pecho, infarto agudo del miocardio y subsecuente del miocardio.  
Ciertas complicaciones presentes posteriores al infarto agudo del miocardio.  
Otras enfermedades isquémicas agudas del corazón.
- 23 Enfermedad cerebrovascular  
Hemorragia subaracnoidea e intraencefálica. Otras hemorragias intracraneales no traumáticas.  
Infarto cerebral.  
Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico.  
Oclusión y estenosis de las arterias precerebrales y de las arterias cerebrales sin ocasionar infarto cerebral.  
Otras enfermedades y secuelas de enfermedad cerebrovascular.
- 24 Gripe  
Influenza debida a virus de la influenza identificado y a virus no identificado.

- 25 Neumonías  
 Neumonía viral, no clasificada en otra parte.  
 Neumonía debida a *Streptococcus pneumoniae*, a *Haemophilus influenzae*.  
 Neumonía bacteriana, no clasificada en otra parte.  
 Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos, no clasificados en otra parte.  
 Neumonía, organismo no especificado.
- 26 EPOC (sin asma)  
 Bronquitis, no especificada como aguda o crónica.  
 Bronquitis crónica simple y mucopurulenta y crónica no especificada.  
 Enfisema.  
 Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas.
- 27 Asma y Estado asmático
- 28 Cirrosis y otras enfermedades del hígado  
 Enfermedad alcohólica del hígado.  
 Hepatitis crónica, no clasificada en otra parte.  
 Fibrosis y cirrosis del hígado.  
 Enfermedad del hígado, no especificada.
- 29 Accidentes de tráfico de vehículos a motor  
 Peatón lesionado por colisión con: -vehículo de motor de dos o tres ruedas, -automóvil, -camioneta o furgoneta, -vehículo de transporte pesado o autobús, -tren o vehículo de rieles. Peatón lesionado en: -otros accidentes de transporte y los no especificados.
- Ciclista lesionado por colisión con: -vehículo de motor de dos o tres ruedas, -automóvil, -camioneta o furgoneta, -vehículo de transporte pesado o autobús, -tren o vehículos de rieles. Ciclista lesionado en otros accidentes de transporte, y en los no especificados.
- Motociclista lesionado por colisión con: -peatón o animal, -vehículo de pedal, -vehículo de motor de dos o tres ruedas, -automóvil, camioneta o furgoneta, vehículo de transporte pesado o autobús, -tren o vehículo de rieles, -otros vehículos sin motor, -objeto fijo o estacionado. Motociclista lesionado en: -accidente de transporte sin colisión, -otros accidentes de transporte y los no especificados.
- Ocupante de vehículo de motor de tres ruedas lesionado por colisión con: -peatón o animal, -vehículo de pedal, -otro vehículo de motor de dos o tres ruedas, -automóvil, -camioneta o furgoneta, -vehículo de transporte pesado o autobús, -tren o vehículo de rieles, -otros vehículos sin motor y objeto fijo o estacionado.
- Ocupante de vehículo de motor de tres ruedas lesionado en: -accidente de transporte sin colisión, -otros accidentes de transporte y los no especificados.
- Ocupante de automóvil lesionado por colisión con: -peatón o animal, -vehículo de pedal, -vehículo de motor de dos o tres ruedas, -otro automóvil, camioneta o furgoneta, -vehículo de transporte pesado o autobús, -tren o vehículo de rieles, -otros vehículos sin motor, -con objeto fijo o estacionado. Ocupante de automóvil lesionado en: -accidente de transporte sin colisión, -otros accidentes de transporte y los no especificados.
- Ocupante de camioneta o furgoneta lesionado por colisión con: -peatón o animal, -vehículo de pedal, -vehículo de motor de dos o tres ruedas, -automóvil, camioneta o furgoneta, -vehículo de transporte pesado o autobús, -tren o vehículo de rieles, -otros vehículos sin motor, -con objeto fijo o estacionado. Ocupante de camioneta o furgoneta lesionado en: -accidente de transporte sin colisión, -otros accidentes de transporte y en los no especificados.
- Ocupante de vehículo de transporte pesado lesionado por colisión con: -peatón o animal, -vehículo de pedal, -vehículo de motor de dos o tres ruedas, -automóvil, -camioneta o furgoneta, -vehículo de transporte pesado o autobús, -tren o vehículo de rieles, -otros vehículos sin motor, -objeto fijo o estacionado.
- Ocupante de vehículo de transporte pesado lesionado en: -accidente de transporte sin colisión, -otros accidentes de transporte y en los no especificados.
- Ocupante de autobús lesionado por colisión con: -peatón o animal, -vehículo de pedal, -vehículo de motor de dos o tres ruedas, -automóvil, -camioneta o furgoneta, -vehículo de transporte pesado o autobús, -tren o vehículo de rieles, -otros vehículos sin motor, -objeto fijo o estacionado. Ocupante de autobús lesionado en: -accidente de transporte sin colisión, -otros accidentes de transporte y en los no especificados.
- Jinete u ocupante de vehículo de tracción animal lesionado en accidente de transporte.  
 Ocupante de tren o vehículo de rieles lesionado en accidente de transporte.  
 Ocupante de tranvía lesionado en accidente de transporte.  
 Ocupante de vehículo especial (de motor) para uso principalmente en plantas industriales, agricultura y para construcción, lesionado en accidente de transporte.  
 Ocupante de vehículo especial para todo terreno o de otro vehículo de motor para uso fuera de la carretera lesionado en accidente de transporte.  
 Accidente de tránsito de tipo especificado, pero donde se desconoce el modo de transporte de la víctima.  
 Accidente de vehículo de motor o sin motor, tipo de vehículo no especificado.

30 Envenenamiento Accidental

Envenenamiento accidental por, y exposición a: -analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos, -drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas, psicótropas y a drogas no clasificadas en otra parte, -a narcóticos y psicodislépticos (alucinógenos) y los no clasificados en otra parte, -a otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo, -otras drogas, medicamentos, sustancias biológicas y los no especificados, -alcohol, disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores, - otros gases y vapores, -plaguicidas, -otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados.

31 Suicidio

Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a: -analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos, -drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicótropas y no clasificadas en otra parte, -narcóticos y psicodislépticos (alucinógenos) y no clasificados en otra parte, -otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo, -medicamentos y sustancias biológicas y los no especificados, -alcohol, -disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores, -otros gases y vapores, -plaguicidas, -otros productos químicos y sustancias nocivas y los no especificados.

Lesión autoinfligida intencionalmente por: -ahorcamiento, -estrangulamiento o sofocación, -ahogamiento y sumersión, -disparo de arma corta, -rifle, escopeta, -arma larga, -disparo de otras armas de fuego y las no especificadas, -material explosivo, -humo, fuego y llamas, -vapor de agua, vapores y objetos calientes, -objeto cortante, -objeto romo o sin filo, -saltar desde un lugar elevado, -arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento, -colisión de vehículo de motor, -otros medios especificados, -medios no especificados.

32 Homicidio

Agresión con: -drogas, medicamentos y sustancias biológicas, -sustancia corrosiva, -plaguicidas, -gases y vapores, -otros productos químicos y sustancias nocivas especificadas, -productos químicos y sustancias nocivas no especificadas.

Agresión por: -ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación, -ahogamiento y sumersión, -disparo de arma corta, -disparo de rifle, escopeta y arma larga, -disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas, -material explosivo, -humo, fuego y llamas, -vapor de agua, vapores y objetos calientes, -objeto cortante, -objeto romo o sin filo, -empujón desde un lugar elevado, -empujar o colocar a la víctima delante de objeto en movimiento, -colisión de vehículo de motor, -fuerza corporal, -agresión sexual con fuerza corporal, -negligencia y abandono, -otros síndromes de maltrato, -agresión por otros medios especificados, -por medios no especificados.

Fuente: Referencia bibliográfica nº 11.

## Anexo 4. Codificación de las defunciones de sida en España

Códigos utilizados:

Desde 1985 (primeros casos) hasta diciembre de 1988, se utilizó la rúbrica 279.8 (Otros trastornos de la inmunidad celular).

En el año 1986, a los casos de 279.8 hay que sumarles 63 casos SIDA codificados en 279.1 (trastornos de la inmunidad celular) ¿Cataluña?

En el año 1987, a los casos de 279.8 hay que sumarles 35 casos SIDA codificados en 279.1 ¿Cataluña?

En el año 1988, a los casos de 279.8 hay que sumarles 30 casos SIDA codificados en 279.9 (trastornos de la inmunidad celular, sin especificación) ¿País Vasco?

Desde 1 de enero de 1989, siguiendo las Recomendaciones del Comité de Expertos de la CIE-9 (noviembre 1988), se comienzan a utilizar los siguientes códigos:

SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida sin otra especificación).....279.5

Para-SIDA o CRS (Complejo Relacionado con SIDA).....279.6

Con infecciones oportunistas:

- Candidiasis (esofágica, bronquial, pulmonar).
- Coccidiosis.
- Criptococosis
- Criptosporidiasis
- Neumocistosis o neumonía por *Pneumocystis carinii*.
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- Toxoplasmosis.
- Coccidioidomicosis.
- Enfermedad de inclusiones citomegálicas.
- Herpes simple, herpes zoster.
- Histoplasmosis.
- Micobacteriosis atípica.
- Nocardiosis.
- Neumonía SAI, Neumonía vírica.
- Infección *Salmonella*, excepto gastroenteritis.
- Septicemia
- Estrongiloidiasis.
- Tuberculosis.

Con neoplasias malignas especificadas:

- Tumor de Burkitt.
- Sarcoma de Kaposi.
- Sarcoma inmunoblástico.
- Linfoma primario del cerebro.
- Reticulosarcoma.

Con otras enfermedades especificadas del Sistema Nervioso Central (S.N.C.) :

- Enfermedad desmielinizante del S.N.C. (341.9).
- Otros desórdenes (348.9, 349.9).
- Enfermedades víricas no transmitidas por artrópodos (049.8, 049.9).
- Infección por virus lento.
- Demencia SAI, orgánica o presenil.
- Encefalopatía, encefalitis y encefalomielitis.
- Mielitis.
- Mielopatía.
- Síndrome cerebral orgánico no psicótico.

VIH + en serología o cultivos, sin mención de SIDA o para-SIDA o Portador de VIH.....795.8

A partir de enero de 1999 se utilizan los códigos previstos a tal fin en la CIE-10 (B20-B24, R75).

Facilitamos tabla con los primeros casos SIDA desde el año 1985 hasta 1992.

Año	Total/ sexo	279.1	279.5	279.6	279.8	279.9	795.8
1985	T				47		
	H				43		
	M				3		
1986	T	63			95		
	H				81		
	M				14		
1987	T	35			358		
	H				296		
	M				62		
1988	T				738	30	
	H				620		
	M				118		
1989	T		1.288				55
	H		1.058				44
	M		230				11
1990	T		1.895	3			89
	H		1.573	3			69
	M		322				20
1991	T		2.501	2			103
	H		2.113	2			89
	M		388				14
1992	T		3.256	1			164
	H		2.706				130
	M		550	1			34

T= total, H= hombres, M= mujeres

En enero de 1994, se comenzó a aplicar la ampliación de la definición de "caso sida", con la inclusión de las siguientes enfermedades:

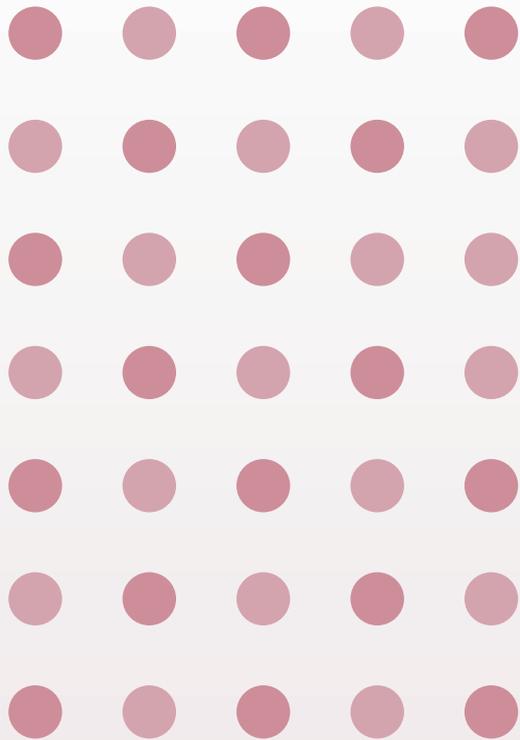
- Tuberculosis pulmonar.
- Neumonías bacterianas recurrentes.
- Carcinoma invasivo de cuello de útero.

**Fuente:** Área de Estadísticas Sanitarias. Instituto Nacional de Estadística.

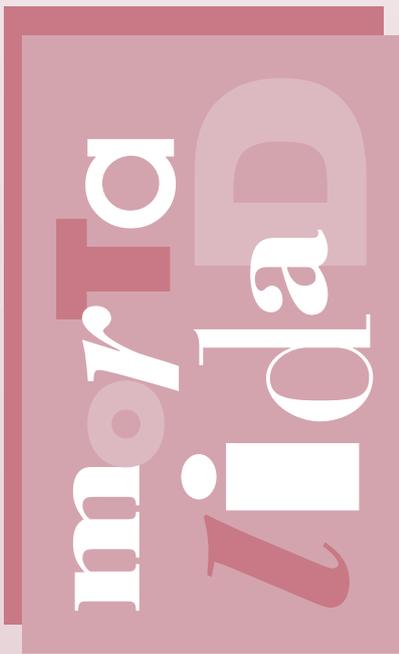
## Anexo 5. Población estándar europea y mundial

Ambos sexos, hombres y mujeres

grupos de edad (años)	Europea	Mundial
<1	1.600	2.400
1-4	6.400	9.600
5-9	7.000	10.000
10-14	7.000	9.000
15-19	7.000	9.000
20-24	7.000	8.000
25-29	7.000	8.000
30-34	7.000	6.000
35-39	7.000	6.000
40-44	7.000	6.000
45-49	7.000	6.000
50-54	7.000	5.000
55-59	6.000	4.000
60-64	5.000	4.000
65-69	4.000	3.000
70-74	3.000	2.000
75-79	2.000	1.000
80-84	1.000	500
>84	1.000	500
<b>TOTAL</b>	<b>100.000</b>	<b>100.000</b>



# TABLAS





**Tabla 1. Defunciones de residentes murcianos fallecidos en España, por causa, periodo, grupo de edad y sexo, 1975-2002**

**Tuberculosis y efectos tardíos. Hombres**

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	1	0	0	1	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	1
10-14	0	0	0	0	0	0	0
15-19	0	0	0	1	0	0	0
20-24	0	0	0	0	0	0	0
25-29	2	2	1	3	1	0	0
30-34	1	2	0	0	2	2	0
35-39	2	0	1	3	3	1	2
40-44	14	3	1	5	0	2	1
45-49	10	7	4	3	6	2	0
50-54	15	12	5	12	4	4	1
55-59	13	12	11	9	8	0	2
60-64	13	6	7	11	1	1	0
65-69	20	15	15	4	10	8	3
70-74	22	13	7	4	12	11	4
75-79	8	7	10	12	10	6	6
80-84	6	9	7	9	2	6	5
85 y +	4	3	2	6	3	3	8

**Tuberculosis y efectos tardíos. Mujeres**

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	2	0	1	0	1	0	0
5-9	0	0	1	0	0	0	0
10-14	1	1	0	0	0	0	0
15-19	1	0	0	0	0	0	0
20-24	0	0	0	0	0	1	2
25-29	0	0	0	1	2	0	0
30-34	1	1	2	0	0	0	0
35-39	2	0	0	0	0	1	0
40-44	2	0	2	1	0	1	0
45-49	1	1	0	1	0	0	0
50-54	0	1	1	1	1	0	0
55-59	4	2	0	1	1	0	1
60-64	1	2	0	2	0	0	0
65-69	7	2	3	2	1	4	2
70-74	6	4	3	6	0	5	2
75-79	14	5	4	4	4	3	6
80-84	3	3	0	6	3	4	1
85 y +	0	6	4	3	0	1	3

### Tuberculosis respiratoria. Hombres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	1	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0	0
15-19	0	0	0	0	0	0	0
20-24	0	0	0	0	0	0	0
25-29	2	2	1	2	1	0	0
30-34	1	2	0	0	2	2	0
35-39	2	0	0	3	3	1	2
40-44	13	3	0	5	0	2	1
45-49	10	7	4	3	6	1	0
50-54	14	11	4	8	4	3	1
55-59	11	11	9	9	7	0	0
60-64	12	6	7	8	1	1	0
65-69	18	12	12	4	8	7	3
70-74	18	13	3	2	11	7	1
75-79	8	7	9	9	10	3	4
80-84	6	9	6	6	2	4	3
85 y +	3	2	2	4	3	3	6

### Tuberculosis respiratoria. Mujeres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	1	0	0	0	0	0
15-19	1	0	0	0	0	0	0
20-24	0	0	0	0	0	0	1
25-29	0	0	0	0	1	0	0
30-34	1	1	2	0	0	0	0
35-39	2	0	0	0	0	1	0
40-44	1	0	1	1	0	0	0
45-49	1	1	0	1	0	0	0
50-54	0	1	0	0	1	0	0
55-59	4	1	0	1	1	0	1
60-64	0	1	0	1	0	0	0
65-69	7	2	2	0	0	3	2
70-74	4	3	3	2	0	2	1
75-79	13	5	4	3	3	3	2
80-84	3	2	0	4	2	1	1
85 y +	0	5	1	3	0	1	1

### Otras tuberculosis y secuelas. Hombres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	0	0	1	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	1
10-14	0	0	0	0	0	0	0
15-19	0	0	0	1	0	0	0
20-24	0	0	0	0	0	0	0
25-29	0	0	0	1	0	0	0
30-34	0	0	0	0	0	0	0
35-39	0	0	1	0	0	0	0
40-44	1	0	1	0	0	0	0
45-49	0	0	0	0	0	1	0
50-54	1	1	1	4	0	1	0
55-59	2	1	2	0	1	0	2
60-64	1	0	0	3	0	0	0
65-69	2	3	3	0	2	1	0
70-74	4	0	4	2	1	4	3
75-79	0	0	1	3	0	3	2
80-84	0	0	1	3	0	2	2
85 y +	1	1	0	2	0	0	2

### Otras tuberculosis y secuelas. Mujeres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	2	0	1	0	1	0	0
5-9	0	0	1	0	0	0	0
10-14	1	0	0	0	0	0	0
15-19	0	0	0	0	0	0	0
20-24	0	0	0	0	0	1	1
25-29	0	0	0	1	1	0	0
30-34	0	0	0	0	0	0	0
35-39	0	0	0	0	0	0	0
40-44	1	0	1	0	0	1	0
45-49	0	0	0	0	0	0	0
50-54	0	0	1	1	0	0	0
55-59	0	1	0	0	0	0	0
60-64	1	1	0	1	0	0	0
65-69	0	0	1	2	1	1	0
70-74	2	1	0	4	0	3	1
75-79	1	0	0	1	1	0	4
80-84	0	1	0	2	1	3	0
85 y +	0	1	3	0	0	0	2

### Infecciones meningocócicas. Hombres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	16	22	10	3	2	1	3
5-9	2	1	6	0	0	2	0
10-14	0	0	1	0	0	1	2
15-19	0	2	1	0	0	0	0
20-24	1	0	2	0	0	0	0
25-29	0	0	0	0	0	0	0
30-34	0	0	0	0	0	0	1
35-39	0	0	0	0	0	0	0
40-44	0	0	0	0	0	0	0
45-49	0	1	1	0	0	0	0
50-54	0	0	0	1	0	0	0
55-59	0	0	0	0	0	0	0
60-64	0	0	1	0	0	0	0
65-69	0	0	0	0	0	0	0
70-74	0	2	0	0	0	0	0
75-79	1	0	0	0	0	0	0
80-84	0	0	0	0	0	0	0
85 y +	0	0	0	0	0	0	0

### Infecciones meningocócicas. Mujeres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	19	13	1	5	3	1	1
5-9	0	0	1	1	0	0	1
10-14	2	0	0	1	0	0	0
15-19	0	2	1	0	1	1	0
20-24	3	0	1	0	1	0	1
25-29	0	0	0	0	0	0	0
30-34	0	0	0	0	1	0	0
35-39	0	0	0	0	0	0	0
40-44	0	0	0	0	0	0	0
45-49	0	1	1	0	0	0	0
50-54	0	0	1	2	0	0	0
55-59	0	2	1	1	0	0	0
60-64	0	1	0	0	0	0	0
65-69	2	0	1	0	0	0	0
70-74	1	1	1	0	0	1	0
75-79	0	0	0	1	0	0	0
80-84	0	0	0	0	0	0	0
85 y +	0	1	0	0	0	0	0

## Hepatitis víricas. Hombres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	1	0	0	0	0	0
5-9	0	1	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0	0
15-19	0	0	1	0	1	0	0
20-24	0	0	0	2	0	0	0
25-29	0	0	0	0	1	0	0
30-34	0	0	0	0	0	0	3
35-39	0	0	0	0	1	4	5
40-44	0	0	1	1	0	1	6
45-49	0	0	0	1	1	1	3
50-54	1	1	0	1	1	1	3
55-59	1	1	1	1	3	4	3
60-64	0	0	0	0	3	7	3
65-69	1	0	0	0	1	7	9
70-74	2	0	0	0	0	6	3
75-79	0	1	0	0	4	8	7
80-84	0	0	1	1	0	0	5
85 y +	0	0	0	0	0	1	3

## Hepatitis víricas. Mujeres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	1	1	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0	0
15-19	0	0	0	0	0	0	0
20-24	1	0	0	0	0	0	0
25-29	0	1	1	0	0	0	1
30-34	0	0	2	0	0	2	0
35-39	0	0	0	1	2	0	1
40-44	0	0	0	0	0	1	0
45-49	0	0	0	0	0	2	1
50-54	0	1	0	0	0	0	1
55-59	0	0	0	2	1	4	1
60-64	0	1	1	0	2	3	3
65-69	0	1	0	1	3	4	2
70-74	1	0	0	0	1	2	6
75-79	1	0	0	1	2	3	2
80-84	0	0	0	1	2	2	7
85 y +	0	0	0	0	0	0	2

## SIDA. Hombres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	0	0	2	3	1	0
5-9	0	0	0	0	0	1	1
10-14	0	0	0	1	0	0	0
15-19	0	0	0	0	0	1	0
20-24	0	0	0	3	15	8	2
25-29	0	0	0	6	42	37	6
30-34	0	0	0	10	64	73	25
35-39	0	0	0	3	36	48	31
40-44	0	0	0	7	24	19	20
45-49	0	0	0	1	13	11	7
50-54	0	0	0	0	11	7	10
55-59	0	0	0	1	7	9	4
60-64	0	0	0	0	8	8	1
65-69	0	0	0	0	5	2	3
70-74	0	0	0	0	0	4	1
75-79	0	0	0	0	1	1	1
80-84	0	0	0	0	1	0	1
85 y +	0	0	0	0	0	0	0

## SIDA. Mujeres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	0	0	0	0	3	0
5-9	0	0	0	0	2	0	1
10-14	0	0	0	0	0	0	0
15-19	0	0	0	0	0	0	0
20-24	0	0	0	0	2	4	0
25-29	0	0	0	2	8	16	6
30-34	0	0	0	0	10	13	4
35-39	0	0	0	0	1	12	9
40-44	0	0	0	0	0	3	1
45-49	0	0	0	0	1	1	2
50-54	0	0	0	0	1	2	0
55-59	0	0	0	0	0	1	1
60-64	0	0	0	0	0	2	1
65-69	0	0	0	0	0	1	1
70-74	0	0	0	0	0	0	1
75-79	0	0	0	0	0	0	0
80-84	0	0	0	0	0	0	0
85 y +	0	0	0	0	0	0	0

### Cáncer de labio, cavidad bucal y faringe. Hombres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0	0
15-19	0	0	0	0	0	0	0
20-24	1	0	0	1	1	0	0
25-29	0	0	1	0	1	0	1
30-34	0	0	2	1	1	0	1
35-39	2	2	0	3	2	5	4
40-44	3	5	5	3	6	8	5
45-49	9	3	7	11	19	15	7
50-54	11	9	18	16	14	26	19
55-59	9	7	15	23	24	23	18
60-64	12	12	14	31	24	29	38
65-69	11	9	14	15	26	25	44
70-74	12	17	10	15	11	21	18
75-79	16	12	7	12	18	9	16
80-84	14	4	8	2	8	14	8
85 y +	5	3	2	12	4	6	8

### Cáncer de labio, cavidad bucal y faringe. Mujeres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	1	0	0	0	0	0
15-19	0	0	0	0	0	0	0
20-24	0	0	0	0	0	0	0
25-29	0	0	0	0	0	0	1
30-34	0	0	0	0	0	1	0
35-39	0	0	0	1	0	0	0
40-44	2	0	0	0	0	1	0
45-49	1	0	0	2	0	0	1
50-54	4	2	1	0	2	2	3
55-59	2	4	2	2	2	2	3
60-64	1	2	1	4	5	1	5
65-69	2	1	0	3	3	2	7
70-74	2	2	2	0	3	5	8
75-79	2	2	4	3	8	6	6
80-84	4	6	4	4	8	4	2
85 y +	2	2	2	4	4	7	5

## Cáncer de esófago. Hombres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	0	0	1	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0	0
15-19	0	0	0	0	0	0	0
20-24	0	0	1	0	0	0	0
25-29	1	0	1	1	0	1	0
30-34	1	0	0	0	0	0	0
35-39	0	0	3	0	0	2	3
40-44	5	1	0	4	0	3	3
45-49	2	6	3	8	5	7	10
50-54	5	7	14	9	12	16	13
55-59	6	8	15	18	23	16	10
60-64	7	11	11	19	17	18	15
65-69	10	14	11	8	29	19	15
70-74	4	14	6	14	16	15	14
75-79	10	10	9	8	12	13	14
80-84	10	8	8	7	11	6	2
85 y +	1	4	3	3	2	7	4

## Cáncer de esófago. Mujeres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0	0
15-19	0	0	0	0	0	0	0
20-24	0	0	0	0	0	0	0
25-29	0	0	0	1	0	0	0
30-34	0	0	0	0	0	0	0
35-39	0	0	0	0	0	0	1
40-44	0	0	0	0	0	0	0
45-49	1	0	0	0	1	0	1
50-54	2	0	0	1	0	0	2
55-59	0	1	3	1	2	1	2
60-64	1	3	4	1	0	2	0
65-69	5	2	1	3	1	3	2
70-74	3	2	4	2	0	3	1
75-79	6	3	1	3	3	9	8
80-84	5	2	4	6	5	5	0
85 y +	1	1	1	6	0	1	2

## Cáncer de estómago. Hombres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	1	0	0	0	0	0
15-19	0	0	1	0	0	0	0
20-24	0	0	0	0	0	0	0
25-29	0	2	1	1	1	1	2
30-34	3	1	4	0	1	1	1
35-39	4	3	4	3	4	0	2
40-44	5	7	5	10	7	4	5
45-49	14	9	16	9	6	6	10
50-54	27	21	20	20	15	22	11
55-59	31	47	26	33	31	19	11
60-64	38	43	32	34	39	35	30
65-69	66	57	39	47	45	50	53
70-74	60	69	66	50	39	53	62
75-79	60	62	76	49	44	46	55
80-84	36	32	31	33	29	42	41
85 y +	21	15	23	17	17	35	34

## Cáncer de estómago. Mujeres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0	0
15-19	0	0	0	0	0	0	0
20-24	0	0	1	0	0	0	1
25-29	2	0	0	1	1	0	1
30-34	0	0	0	0	1	2	0
35-39	2	3	3	2	0	6	4
40-44	4	6	2	4	5	5	8
45-49	6	7	6	4	2	5	2
50-54	17	9	12	8	7	11	5
55-59	10	21	14	10	14	13	3
60-64	15	17	21	20	20	15	17
65-69	20	35	25	21	21	20	35
70-74	58	45	37	35	34	29	33
75-79	55	44	28	32	43	37	39
80-84	36	41	40	43	44	34	45
85 y +	38	20	36	19	35	33	32

## Cáncer de colon. Hombres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0	0
15-19	0	0	0	0	0	0	0
20-24	0	0	0	0	0	0	0
25-29	1	0	0	0	2	0	0
30-34	1	1	1	1	1	0	1
35-39	0	2	2	1	1	1	4
40-44	3	2	2	4	5	2	4
45-49	3	3	1	4	5	6	6
50-54	4	6	6	10	11	12	7
55-59	6	14	16	18	25	18	24
60-64	10	13	17	26	35	41	41
65-69	29	19	26	35	56	58	79
70-74	22	21	28	29	50	69	77
75-79	21	13	27	39	37	60	88
80-84	12	14	25	29	30	59	78
85 y +	7	6	15	22	31	57	49

## Cáncer de colon. Mujeres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	1	0	0	0	0	0	0
5-9	1	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0	0
15-19	0	0	0	0	0	0	0
20-24	0	0	0	1	0	0	1
25-29	0	2	0	0	2	0	1
30-34	1	1	2	0	0	4	2
35-39	0	1	1	1	1	3	0
40-44	1	1	2	2	8	3	6
45-49	4	2	2	7	9	7	4
50-54	9	8	6	12	6	10	8
55-59	9	4	11	11	8	14	20
60-64	14	16	18	16	25	29	30
65-69	21	19	28	29	36	31	36
70-74	34	22	20	24	32	60	58
75-79	28	29	32	36	47	59	74
80-84	32	17	28	37	53	44	71
85 y +	28	18	24	29	35	73	69

### Cáncer de recto, rectosigma y ano. Hombres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0	0
15-19	0	0	0	0	0	0	0
20-24	1	0	0	0	0	0	0
25-29	0	1	1	0	0	1	1
30-34	1	2	1	2	0	1	0
35-39	0	1	1	2	2	0	3
40-44	0	1	0	0	1	2	1
45-49	1	2	3	5	2	1	4
50-54	3	4	7	5	4	4	6
55-59	3	6	5	7	12	9	13
60-64	7	10	7	7	12	16	14
65-69	20	7	14	16	21	15	18
70-74	9	19	15	15	19	32	27
75-79	15	15	17	22	12	30	42
80-84	10	7	18	8	20	23	25
85 y +	3	9	7	12	15	24	15

### Cáncer de recto, rectosigma y ano. Mujeres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0	0
15-19	0	0	0	0	0	0	0
20-24	1	0	0	0	0	0	0
25-29	0	1	0	0	1	0	1
30-34	0	0	0	0	0	0	0
35-39	1	1	1	1	2	2	2
40-44	2	1	4	1	1	0	1
45-49	4	0	1	2	1	2	2
50-54	4	7	6	6	1	1	5
55-59	7	9	9	12	6	5	3
60-64	8	2	6	15	11	11	4
65-69	6	10	6	9	16	17	15
70-74	10	10	7	13	17	9	18
75-79	5	8	13	15	11	17	24
80-84	7	12	11	20	20	23	18
85 y +	8	10	15	15	13	19	23

## Cáncer de páncreas. Hombres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	1	0	0	0	0	0
15-19	0	0	0	0	0	0	0
20-24	0	0	0	0	0	0	0
25-29	0	0	2	0	0	0	0
30-34	0	0	0	0	0	0	1
35-39	1	0	2	5	2	0	1
40-44	1	1	1	1	3	4	5
45-49	7	4	4	6	2	9	6
50-54	7	5	2	8	5	3	14
55-59	18	15	9	11	18	24	24
60-64	7	13	12	18	27	17	23
65-69	18	14	20	18	20	20	37
70-74	12	8	23	6	24	21	38
75-79	9	14	17	14	18	29	34
80-84	6	6	11	11	15	19	22
85 y +	1	3	7	6	6	7	13

## Cáncer de páncreas. Mujeres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0	0
15-19	0	0	0	0	0	0	0
20-24	0	0	0	0	0	1	0
25-29	0	1	0	0	0	0	0
30-34	0	0	0	0	0	0	0
35-39	2	2	0	1	1	0	0
40-44	0	2	1	2	1	1	3
45-49	1	2	1	3	1	2	3
50-54	4	3	2	2	4	2	6
55-59	5	3	7	3	9	8	8
60-64	12	9	11	9	9	13	9
65-69	11	9	11	15	13	21	19
70-74	15	15	11	14	18	27	22
75-79	11	16	16	21	27	36	33
80-84	8	15	12	15	21	17	23
85 y +	1	13	5	12	16	19	30

## Cáncer de laringe. Hombres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0	0
15-19	0	0	1	0	0	0	0
20-24	0	0	0	0	0	0	0
25-29	0	1	0	0	0	0	0
30-34	0	0	1	0	1	0	0
35-39	1	1	4	1	0	1	0
40-44	1	1	3	8	2	0	2
45-49	14	15	14	9	6	14	7
50-54	20	14	23	23	27	18	21
55-59	17	24	22	22	22	13	25
60-64	17	28	36	48	27	26	22
65-69	25	27	22	32	39	27	23
70-74	36	31	28	29	29	25	35
75-79	19	24	25	19	29	21	37
80-84	4	10	14	13	14	15	16
85 y +	1	4	8	7	13	12	10

## Cáncer de laringe. Mujeres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0	0
15-19	0	0	0	0	0	0	0
20-24	0	0	0	0	0	0	0
25-29	0	0	0	0	0	0	0
30-34	1	0	0	0	0	0	0
35-39	0	0	0	1	0	0	0
40-44	0	0	0	0	0	0	1
45-49	1	0	0	0	1	0	1
50-54	1	0	1	1	0	0	0
55-59	0	0	0	1	0	0	0
60-64	0	3	2	2	0	0	1
65-69	2	1	0	0	1	0	1
70-74	0	4	0	2	0	1	0
75-79	0	2	3	0	0	0	0
80-84	1	4	0	1	3	0	0
85 y +	0	2	2	2	0	0	1

## Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón. Hombres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	1	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0	0
15-19	0	0	0	1	0	0	0
20-24	2	2	0	2	1	0	2
25-29	1	1	1	1	0	1	1
30-34	0	1	3	2	3	3	0
35-39	2	5	9	7	9	16	5
40-44	14	14	19	26	27	28	33
45-49	32	25	42	39	45	44	55
50-54	46	79	79	78	70	72	97
55-59	59	89	131	132	110	124	119
60-64	82	108	156	184	206	213	177
65-69	115	152	138	224	233	291	263
70-74	109	139	148	160	227	292	289
75-79	88	130	140	154	155	222	256
80-84	36	59	74	75	95	119	157
85 y +	12	19	34	37	46	75	74

## Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón. Mujeres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	1	0	0	0	0	0
15-19	1	0	0	0	0	0	0
20-24	0	0	0	1	0	0	0
25-29	0	0	1	1	0	0	2
30-34	2	0	1	1	2	1	0
35-39	2	1	0	2	1	2	2
40-44	7	2	3	1	2	3	11
45-49	4	6	2	7	4	5	14
50-54	6	6	5	7	4	5	12
55-59	12	11	14	11	4	8	13
60-64	10	9	11	16	19	12	18
65-69	17	17	14	21	14	18	20
70-74	16	22	19	16	25	32	15
75-79	22	23	16	22	22	21	30
80-84	10	9	11	21	11	18	26
85 y +	6	3	9	9	19	8	21

## Melanoma cutáneo. Hombres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	1	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0	0
15-19	0	0	0	0	0	0	0
20-24	0	1	0	1	0	0	1
25-29	1	0	0	1	2	0	0
30-34	0	1	0	1	0	2	1
35-39	0	1	1	2	1	2	1
40-44	0	2	2	3	1	2	3
45-49	0	3	0	0	2	4	3
50-54	1	0	1	1	3	1	5
55-59	0	3	2	1	3	1	6
60-64	2	0	2	3	4	2	6
65-69	1	2	1	2	5	9	5
70-74	0	1	3	3	3	7	9
75-79	1	1	0	2	2	7	4
80-84	0	1	1	2	3	0	2
85 y +	0	0	0	0	1	3	3

## Melanoma cutáneo. Mujeres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	1	0	0	0	0
15-19	0	0	0	0	0	0	0
20-24	0	0	0	0	2	1	0
25-29	0	0	1	2	2	0	0
30-34	0	0	1	2	1	0	0
35-39	1	1	0	1	1	1	3
40-44	1	1	0	1	2	0	1
45-49	1	0	1	1	2	2	3
50-54	0	1	0	1	2	1	1
55-59	0	1	2	1	1	3	4
60-64	1	2	1	3	3	2	1
65-69	0	3	1	0	2	5	2
70-74	0	0	2	1	0	4	4
75-79	0	0	2	2	2	3	5
80-84	1	0	0	2	6	6	2
85 y +	1	0	3	0	4	6	3

## Cáncer de mama. Hombres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0	0
15-19	0	0	0	0	0	0	0
20-24	0	0	0	0	0	0	0
25-29	0	0	0	0	0	0	0
30-34	0	0	0	0	0	0	0
35-39	0	0	0	0	0	0	0
40-44	0	0	1	0	0	0	0
45-49	0	0	0	0	0	1	0
50-54	0	0	0	0	0	0	0
55-59	0	0	0	0	1	0	0
60-64	0	0	0	0	0	1	2
65-69	0	0	2	1	0	0	1
70-74	0	1	0	1	1	1	1
75-79	1	0	3	1	1	2	1
80-84	1	0	1	1	0	0	0
85 y +	0	0	0	1	1	0	1

## Cáncer de mama. Mujeres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0	0
15-19	0	0	0	0	0	0	0
20-24	0	2	0	0	1	0	1
25-29	3	3	1	3	1	1	3
30-34	8	8	6	7	10	6	11
35-39	7	11	12	15	15	16	18
40-44	22	18	27	33	23	24	35
45-49	37	41	35	35	46	40	34
50-54	34	48	51	45	38	43	49
55-59	26	42	40	59	56	62	46
60-64	31	29	52	65	75	77	54
65-69	35	37	33	54	67	73	68
70-74	33	29	34	53	72	73	70
75-79	30	36	30	46	50	66	68
80-84	17	22	30	44	50	44	56
85 y +	10	14	23	24	34	52	64

## Cánceres de útero. Mujeres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	1	0	0	0	0	0	0
15-19	0	0	0	0	0	0	0
20-24	2	0	0	0	0	0	0
25-29	0	0	1	0	0	5	0
30-34	0	2	2	1	3	2	0
35-39	2	4	4	4	7	4	2
40-44	13	6	5	4	5	9	9
45-49	17	10	9	9	9	15	8
50-54	17	14	10	17	9	16	10
55-59	37	28	15	21	26	19	14
60-64	30	26	25	20	29	19	15
65-69	31	26	27	26	34	25	23
70-74	34	30	26	25	27	24	26
75-79	21	24	19	18	28	28	35
80-84	15	18	24	27	15	8	13
85 y +	10	18	13	15	10	16	16

## Cáncer de próstata. Hombres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0	0
15-19	0	0	0	0	0	0	0
20-24	0	0	0	0	0	0	0
25-29	0	1	0	0	0	0	0
30-34	0	0	0	0	1	0	0
35-39	0	0	0	0	0	0	0
40-44	0	0	1	1	2	1	0
45-49	2	1	1	0	2	0	2
50-54	0	0	2	2	1	6	3
55-59	6	6	9	8	4	8	5
60-64	13	15	19	22	22	29	26
65-69	38	30	34	47	50	55	46
70-74	56	67	62	46	74	86	83
75-79	79	71	78	73	105	85	111
80-84	63	80	75	53	99	118	118
85 y +	44	45	47	68	86	115	142

## Cáncer de vejiga. Hombres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	0	0	1	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0	0
15-19	0	0	0	0	0	0	0
20-24	0	0	1	0	0	0	1
25-29	0	0	0	0	0	0	1
30-34	0	0	0	0	0	0	0
35-39	0	0	2	1	0	0	0
40-44	2	0	2	0	1	2	0
45-49	5	1	2	2	1	3	3
50-54	5	3	7	11	9	13	6
55-59	7	15	12	10	16	13	17
60-64	15	20	22	29	30	29	36
65-69	29	20	23	33	41	49	49
70-74	35	38	36	38	59	58	62
75-79	20	28	39	44	54	64	65
80-84	20	27	19	35	55	51	59
85 y +	10	10	15	25	33	49	40

## Cáncer de vejiga. Mujeres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0	0
15-19	0	0	0	0	0	0	0
20-24	0	0	0	0	0	0	0
25-29	0	0	0	0	0	0	0
30-34	0	0	0	0	0	0	0
35-39	0	0	0	0	0	0	0
40-44	0	0	0	0	0	0	1
45-49	1	1	0	1	0	0	0
50-54	1	0	0	2	1	2	1
55-59	0	1	3	1	2	0	3
60-64	0	2	5	6	4	3	4
65-69	5	4	5	3	5	10	8
70-74	6	4	5	3	12	5	12
75-79	8	10	14	10	4	15	10
80-84	2	8	7	10	9	8	14
85 y +	2	3	2	13	13	15	27

## Linfomas. Hombres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	1	0	1	1	0	0	0
5-9	0	0	2	0	2	1	1
10-14	1	2	3	1	1	0	1
15-19	2	1	0	0	2	0	0
20-24	3	2	1	3	0	2	5
25-29	5	0	2	2	2	1	2
30-34	1	5	2	1	1	0	5
35-39	1	2	0	2	2	3	3
40-44	6	2	2	4	6	4	6
45-49	4	0	2	6	3	7	6
50-54	1	2	6	6	7	11	7
55-59	7	4	5	7	7	7	8
60-64	4	5	6	11	15	16	17
65-69	8	7	9	14	19	16	9
70-74	6	3	4	7	14	17	21
75-79	3	6	4	7	8	18	21
80-84	2	1	3	6	10	10	15
85 y +	0	1	2	1	2	6	3

## Linfomas. Mujeres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	1	0	0	0	0	0	0
5-9	0	3	1	0	0	0	0
10-14	0	1	0	1	0	2	1
15-19	1	1	1	0	2	0	0
20-24	1	0	1	1	1	2	2
25-29	1	1	1	1	1	1	0
30-34	3	0	1	3	1	1	2
35-39	1	2	1	2	0	3	2
40-44	2	1	1	2	1	4	0
45-49	2	1	4	4	2	4	4
50-54	2	3	2	1	6	2	6
55-59	3	4	2	4	6	5	4
60-64	2	3	2	10	12	11	9
65-69	2	1	8	12	7	19	18
70-74	5	1	5	12	16	13	14
75-79	4	5	4	9	13	15	19
80-84	0	3	3	4	6	13	18
85 y +	2	1	2	1	2	9	18

## Leucemias. Hombres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	5	6	7	5	4	1	1
5-9	9	13	5	9	4	2	0
10-14	3	6	7	5	4	3	2
15-19	5	2	0	6	2	1	5
20-24	3	5	8	0	3	3	2
25-29	1	4	1	2	5	6	5
30-34	2	2	1	6	3	2	3
35-39	0	1	2	2	5	1	5
40-44	0	2	5	2	2	2	4
45-49	1	5	1	4	2	2	6
50-54	4	9	1	10	8	4	2
55-59	9	7	9	9	2	11	7
60-64	2	4	14	14	13	16	10
65-69	5	13	9	17	15	17	15
70-74	5	16	14	19	15	27	30
75-79	12	12	16	8	27	26	25
80-84	1	11	8	9	20	16	16
85 y +	2	4	6	8	11	14	18

## Leucemias. Mujeres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	5	3	2	1	1	4	4
5-9	8	1	3	2	5	4	1
10-14	2	1	2	6	3	2	0
15-19	2	4	2	1	1	1	4
20-24	2	2	0	1	1	2	0
25-29	0	1	2	5	2	0	0
30-34	3	3	0	1	1	1	3
35-39	2	3	3	1	1	1	3
40-44	0	1	5	3	0	1	3
45-49	2	4	2	3	3	3	4
50-54	8	5	7	6	3	1	1
55-59	2	4	8	8	8	2	6
60-64	5	3	9	5	9	8	12
65-69	8	8	13	7	13	9	6
70-74	6	14	13	13	13	21	12
75-79	12	10	13	13	11	16	20
80-84	4	3	14	16	15	20	18
85 y +	0	2	11	6	10	16	25

## Diabetes mellitus. Hombres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	1	0	1	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0	0
15-19	1	0	0	0	0	0	0
20-24	1	0	1	0	1	0	1
25-29	2	0	1	0	0	0	0
30-34	1	0	4	2	2	3	1
35-39	3	1	1	0	0	2	1
40-44	3	3	1	1	4	5	5
45-49	6	7	6	6	8	2	6
50-54	9	13	9	11	6	4	9
55-59	12	20	18	18	9	11	11
60-64	25	20	29	25	18	18	24
65-69	47	33	44	55	51	48	55
70-74	52	53	62	54	58	64	80
75-79	53	44	47	76	63	66	85
80-84	32	38	42	68	68	58	70
85 y +	13	13	19	38	47	54	90

## Diabetes mellitus. Mujeres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	2	1	0	0	1	0
5-9	2	0	0	1	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0	0
15-19	1	0	1	0	0	0	0
20-24	0	0	0	0	0	0	1
25-29	0	0	1	0	1	1	1
30-34	2	0	2	2	0	1	1
35-39	0	0	0	1	2	1	2
40-44	3	1	1	5	0	1	2
45-49	11	2	1	1	1	2	6
50-54	7	10	8	4	3	2	3
55-59	26	21	22	9	11	8	7
60-64	40	50	45	29	36	24	17
65-69	74	68	59	47	65	62	50
70-74	117	117	96	87	93	88	94
75-79	126	125	157	133	115	123	110
80-84	93	76	113	154	158	152	143
85 y +	38	51	69	106	152	192	221

### Demencia pre/senil – Enfermedad Alzheimer. Hombres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0	0
15-19	0	0	0	0	0	0	0
20-24	0	0	0	0	0	0	0
25-29	0	0	0	0	0	0	0
30-34	0	0	0	0	0	0	0
35-39	0	0	0	0	0	0	0
40-44	0	0	0	0	0	0	0
45-49	0	0	0	0	0	0	0
50-54	0	0	1	2	0	0	0
55-59	0	0	0	1	0	3	1
60-64	0	1	3	4	10	7	6
65-69	6	4	3	9	25	21	20
70-74	6	6	5	11	32	40	54
75-79	11	6	10	31	51	72	103
80-84	8	3	14	36	81	124	112
85 y +	2	5	13	32	95	162	194

### Demencia pre/senil – Enfermedad Alzheimer. Mujeres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0	0
15-19	0	0	0	0	0	0	0
20-24	0	0	0	1	0	0	0
25-29	0	0	0	0	0	0	0
30-34	0	0	0	0	0	0	0
35-39	0	0	0	0	0	0	0
40-44	0	0	0	0	0	1	0
45-49	1	0	0	0	0	0	0
50-54	0	1	1	0	0	0	2
55-59	0	0	0	3	2	0	1
60-64	2	0	5	6	10	7	9
65-69	2	3	3	6	24	14	19
70-74	8	10	8	23	35	54	57
75-79	15	6	31	35	75	121	144
80-84	17	12	22	68	121	178	249
85 y +	12	13	47	88	240	413	545

## Enfermedad isquémica del corazón. Hombres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	0	2	1	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	1	1	1	0	0
15-19	1	0	1	0	2	0	1
20-24	2	2	1	2	0	1	2
25-29	4	7	7	8	4	1	3
30-34	11	5	5	10	5	12	7
35-39	16	15	19	18	19	16	21
40-44	37	39	22	35	28	31	35
45-49	61	66	60	53	52	55	45
50-54	108	105	109	91	71	62	67
55-59	116	173	182	151	126	102	85
60-64	176	169	253	225	221	208	167
65-69	251	223	244	259	331	324	287
70-74	276	283	281	289	314	400	385
75-79	323	294	330	320	309	381	448
80-84	186	229	230	247	266	313	325
85 y +	159	142	195	227	293	292	360

## Enfermedad isquémica del corazón. Mujeres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	0	1	1	0	0	1
5-9	0	0	1	0	0	0	0
10-14	0	1	0	0	0	0	0
15-19	1	2	0	1	0	0	1
20-24	1	1	0	0	1	0	0
25-29	2	1	1	2	1	0	0
30-34	1	4	1	1	2	1	1
35-39	1	5	2	3	3	4	5
40-44	4	4	3	5	5	3	7
45-49	5	7	4	5	10	4	3
50-54	24	12	18	20	17	14	14
55-59	34	38	35	24	33	17	22
60-64	65	80	90	72	84	72	52
65-69	131	123	122	117	147	143	109
70-74	204	235	202	173	213	233	237
75-79	270	276	289	282	329	310	326
80-84	268	303	305	348	389	393	369
85 y +	269	308	307	395	535	537	611

## Enfermedad cerebrovascular. Hombres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	7	3	4	4	1	0	1
5-9	2	1	2	0	0	0	1
10-14	2	4	3	1	1	0	0
15-19	0	4	2	1	1	1	2
20-24	2	3	2	2	2	1	0
25-29	1	4	4	4	3	2	1
30-34	3	2	11	8	4	5	2
35-39	10	11	11	4	12	6	9
40-44	13	10	6	16	15	12	7
45-49	28	27	18	14	24	12	13
50-54	53	50	43	41	25	23	25
55-59	66	78	72	65	60	39	33
60-64	117	128	136	123	99	91	76
65-69	257	224	197	190	172	168	154
70-74	416	385	356	272	271	263	270
75-79	507	525	524	417	345	300	384
80-84	427	501	491	495	431	355	388
85 y +	315	396	446	502	559	545	478

## Enfermedad cerebrovascular. Mujeres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	2	5	5	3	4	0	0
5-9	3	0	0	0	0	0	0
10-14	3	2	1	1	1	0	0
15-19	1	1	1	0	1	1	0
20-24	2	3	2	1	0	0	0
25-29	1	3	4	1	3	3	3
30-34	2	2	1	3	4	4	1
35-39	6	8	6	3	3	5	2
40-44	9	3	5	5	8	6	4
45-49	22	20	16	3	13	7	9
50-54	34	27	24	26	13	17	12
55-59	49	45	57	30	24	15	11
60-64	125	102	106	82	47	53	37
65-69	225	218	189	162	104	68	73
70-74	439	447	345	290	243	221	208
75-79	736	730	697	599	430	385	401
80-84	737	821	939	827	770	625	588
85 y +	675	835	1.039	1.135	1.170	1.208	1.275

## Gripe. Hombres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	8	0	1	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	1	0	0	0
15-19	0	0	0	0	0	0	0
20-24	0	0	0	0	0	0	0
25-29	0	0	0	0	0	0	0
30-34	1	0	0	1	0	0	0
35-39	1	0	0	1	0	0	0
40-44	0	0	0	0	0	0	0
45-49	0	0	1	0	0	0	0
50-54	0	1	0	0	1	0	0
55-59	5	0	1	0	0	0	0
60-64	5	0	1	0	0	1	0
65-69	4	3	0	1	0	0	1
70-74	17	3	5	3	0	2	0
75-79	22	9	6	4	1	4	5
80-84	32	6	12	6	4	3	4
85 y +	49	15	13	16	13	11	17

## Gripe. Mujeres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	5	0	2	1	0	0	0
5-9	1	0	0	0	0	0	0
10-14	0	1	0	0	0	0	0
15-19	1	0	0	0	0	0	0
20-24	1	0	0	0	0	0	0
25-29	0	0	0	0	0	0	0
30-34	1	0	0	0	0	0	0
35-39	0	0	0	0	0	0	0
40-44	1	0	0	0	0	0	0
45-49	0	0	0	0	0	0	0
50-54	1	0	0	0	0	0	0
55-59	1	0	1	0	1	0	0
60-64	4	0	0	0	0	1	0
65-69	6	2	1	1	0	0	0
70-74	15	2	2	0	1	0	1
75-79	27	13	6	6	2	3	1
80-84	53	17	12	4	3	6	6
85 y +	82	29	35	31	13	24	25

## Neumonía. Hombres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	67	32	14	7	6	5	4
5-9	6	4	1	1	0	0	0
10-14	2	3	0	0	0	0	0
15-19	4	5	3	0	0	0	1
20-24	4	2	2	1	0	0	0
25-29	0	3	1	4	2	2	1
30-34	1	3	2	4	6	1	1
35-39	4	6	7	6	4	4	1
40-44	11	5	7	1	5	0	4
45-49	13	14	3	4	3	3	8
50-54	17	21	12	9	6	3	7
55-59	22	30	18	16	7	5	5
60-64	33	24	28	13	12	8	8
65-69	82	34	29	26	17	19	21
70-74	104	78	69	40	29	29	41
75-79	142	108	84	69	34	42	71
80-84	129	107	89	81	69	62	69
85 y +	118	117	102	103	83	90	137

## Neumonía. Mujeres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	68	20	5	5	3	1	3
5-9	5	2	0	2	0	0	0
10-14	3	4	0	3	0	1	1
15-19	6	2	2	2	1	0	1
20-24	2	3	1	0	0	0	1
25-29	4	2	1	1	1	1	1
30-34	3	1	1	0	0	1	0
35-39	2	1	2	0	1	1	1
40-44	3	2	2	0	1	1	1
45-49	8	4	3	2	0	1	3
50-54	7	9	5	6	1	1	3
55-59	16	8	7	6	3	1	3
60-64	20	15	17	8	2	2	3
65-69	44	21	24	9	7	9	11
70-74	91	51	28	30	13	14	26
75-79	108	97	76	45	36	30	39
80-84	163	131	102	94	56	41	56
85 y +	206	177	148	170	134	123	172

## EPOC (sin asma). Hombres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	6	0	2	1	1	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0	0
15-19	0	0	0	0	0	1	0
20-24	0	0	1	0	0	0	0
25-29	0	0	0	0	0	0	0
30-34	1	0	0	0	0	0	0
35-39	0	1	2	3	4	1	1
40-44	1	2	2	3	2	2	4
45-49	4	6	4	9	4	3	5
50-54	2	12	18	11	13	11	13
55-59	5	19	29	27	38	24	24
60-64	10	29	66	76	78	60	50
65-69	33	61	80	120	141	123	123
70-74	36	60	158	177	216	241	263
75-79	28	113	171	241	252	304	316
80-84	12	99	166	246	271	276	320
85 y +	13	66	125	212	262	356	377

## EPOC (sin asma). Mujeres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	6	2	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	1	0	0	0	0
15-19	0	0	0	0	0	0	0
20-24	0	0	0	1	1	0	1
25-29	2	2	0	0	0	0	0
30-34	0	0	0	0	0	0	0
35-39	0	0	0	0	0	0	0
40-44	1	1	0	1	0	1	0
45-49	2	2	1	1	1	1	2
50-54	2	1	3	1	3	0	2
55-59	3	4	6	6	8	6	2
60-64	1	10	11	12	10	19	8
65-69	4	26	20	27	21	18	26
70-74	13	28	37	59	39	34	43
75-79	16	50	78	67	86	79	77
80-84	13	70	104	99	129	109	79
85 y +	9	65	118	146	176	190	190

## Asma. Hombres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	0	0	0	0	1	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	1	0	0	1
15-19	1	0	0	0	1	1	0
20-24	0	0	0	0	0	0	0
25-29	0	0	0	0	0	2	1
30-34	0	0	0	0	0	2	0
35-39	0	0	1	0	0	2	1
40-44	0	0	0	1	1	0	0
45-49	1	1	0	0	1	0	0
50-54	1	3	2	3	1	0	2
55-59	1	2	4	2	2	2	1
60-64	4	6	6	3	2	3	1
65-69	9	9	7	8	2	7	1
70-74	15	15	18	4	4	2	1
75-79	11	9	16	13	8	2	6
80-84	13	13	18	5	5	2	3
85 y +	4	7	11	10	7	2	6

## Asma. Mujeres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	1	0	1	0	0	0	0
5-9	0	0	1	2	0	1	0
10-14	0	0	1	0	2	1	0
15-19	1	0	1	2	1	0	0
20-24	0	0	0	0	1	0	0
25-29	0	0	1	0	1	1	1
30-34	0	0	0	0	0	0	1
35-39	0	0	0	1	1	0	0
40-44	0	0	0	0	0	0	1
45-49	0	2	0	0	1	1	2
50-54	1	1	2	1	1	1	2
55-59	1	1	6	4	1	2	1
60-64	1	1	5	4	2	1	2
65-69	3	7	1	4	8	11	3
70-74	5	13	10	3	7	7	10
75-79	8	12	6	12	9	16	13
80-84	4	10	11	11	15	8	14
85 y +	9	10	10	14	14	9	22

### Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Hombres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	2	0	3	1	0	0	0
5-9	0	0	1	0	0	0	0
10-14	0	2	0	0	0	0	0
15-19	1	0	0	0	1	0	0
20-24	1	2	1	1	0	0	0
25-29	0	3	2	2	2	0	1
30-34	3	8	8	6	6	8	11
35-39	14	9	17	11	15	17	22
40-44	32	27	24	22	23	24	26
45-49	49	64	55	37	24	31	39
50-54	74	78	99	63	32	48	48
55-59	76	100	90	78	77	44	55
60-64	83	95	121	103	102	92	74
65-69	63	76	70	91	113	100	87
70-74	60	73	64	69	75	78	71
75-79	50	43	48	50	54	68	47
80-84	16	31	29	20	32	34	26
85 y +	7	10	6	7	16	20	10

### Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Mujeres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	3	1	0	0	0	0	0
5-9	0	0	1	0	0	0	0
10-14	0	0	1	1	0	0	0
15-19	0	0	0	0	0	0	1
20-24	0	2	1	0	0	0	0
25-29	2	0	1	1	1	1	0
30-34	4	5	5	3	3	1	2
35-39	9	9	2	7	6	1	1
40-44	20	11	11	4	9	9	4
45-49	22	15	10	6	7	12	16
50-54	21	16	22	17	6	4	9
55-59	18	34	28	24	21	15	10
60-64	21	20	15	36	21	14	19
65-69	37	27	27	26	38	25	18
70-74	40	30	32	30	35	41	28
75-79	31	22	19	29	31	34	37
80-84	12	22	21	17	18	17	19
85 y +	11	14	8	12	15	10	21

### Accidentes de tráfico de vehículos a motor. Hombres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	15	15	6	10	7	5	7
5-9	12	10	6	16	9	1	0
10-14	9	20	11	13	11	6	10
15-19	64	66	70	102	74	82	67
20-24	80	66	74	131	90	79	110
25-29	50	40	47	92	72	55	85
30-34	30	38	30	64	53	47	60
35-39	27	37	24	41	37	40	49
40-44	42	39	20	29	32	31	36
45-49	34	41	34	34	20	22	29
50-54	36	53	37	35	30	37	39
55-59	34	33	46	41	36	23	37
60-64	32	27	29	60	35	31	23
65-69	44	29	32	21	23	43	38
70-74	23	22	23	15	30	35	30
75-79	17	21	15	22	19	16	25
80-84	7	16	11	11	9	15	11
85 y +	7	4	5	9	4	8	9

### Accidentes de tráfico de vehículos a motor. Mujeres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	13	6	2	8	2	7	4
5-9	9	12	8	7	4	4	2
10-14	8	4	4	8	7	4	3
15-19	5	14	13	32	20	17	12
20-24	10	7	17	24	12	14	20
25-29	4	13	8	17	10	10	11
30-34	5	4	5	6	3	9	11
35-39	3	10	2	9	7	6	15
40-44	5	7	4	8	5	4	9
45-49	9	13	6	4	5	3	14
50-54	8	15	4	10	5	0	7
55-59	4	10	4	12	13	2	7
60-64	13	7	13	10	9	5	8
65-69	8	11	5	8	10	9	7
70-74	17	13	6	6	7	6	11
75-79	12	9	2	4	6	6	7
80-84	6	6	4	5	8	5	8
85 y +	3	3	5	1	8	6	3

### Envenenamiento accidental. Hombres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	3	0	2	1	1	1
5-9	0	0	1	0	0	0	1
10-14	0	0	0	1	1	1	0
15-19	1	1	1	4	5	5	1
20-24	1	2	0	13	19	11	6
25-29	1	0	2	13	23	20	14
30-34	0	0	0	3	14	21	34
35-39	1	0	0	2	3	14	13
40-44	2	0	0	1	2	2	8
45-49	0	4	0	0	0	2	4
50-54	2	0	0	1	1	1	0
55-59	1	0	1	0	2	1	0
60-64	1	0	1	0	1	1	0
65-69	1	0	1	1	1	2	1
70-74	0	0	1	0	1	0	1
75-79	0	0	0	1	3	1	1
80-84	1	0	1	0	1	0	2
85 y +	0	0	0	1	3	1	1

### Envenenamiento accidental. Mujeres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	1	0	1	0	1	1
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	1	1	0	1	0
15-19	1	0	1	0	2	3	0
20-24	0	0	1	2	1	3	3
25-29	0	0	1	0	2	4	4
30-34	0	0	0	3	1	1	2
35-39	1	1	1	0	0	3	1
40-44	1	0	0	0	0	1	1
45-49	0	0	0	0	0	1	0
50-54	0	0	1	0	1	0	0
55-59	0	0	0	0	0	0	0
60-64	2	2	0	2	1	0	0
65-69	0	0	0	0	2	0	0
70-74	0	0	0	1	2	2	0
75-79	0	0	0	0	0	3	3
80-84	1	0	1	0	2	0	0
85 y +	0	0	0	0	0	0	1

## Suicidio. Hombres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	0	0	0	0	0	1
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	4	1	1	6	3	0	1
15-19	5	4	5	15	7	10	10
20-24	5	5	19	19	22	27	16
25-29	5	4	7	15	22	36	36
30-34	4	3	10	8	19	27	21
35-39	6	5	5	6	14	38	32
40-44	4	9	4	12	13	16	25
45-49	13	11	11	10	13	12	21
50-54	17	19	8	9	18	21	25
55-59	10	21	11	14	14	19	16
60-64	15	10	15	18	13	25	18
65-69	10	7	7	22	22	21	24
70-74	9	13	5	10	20	33	20
75-79	11	8	10	14	12	14	18
80-84	1	3	12	13	8	14	14
85 y +	2	2	4	7	13	8	19

## Suicidio. Mujeres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	1	0	2	0	1	0
15-19	1	0	0	3	4	1	3
20-24	0	2	1	4	5	7	3
25-29	3	1	5	1	4	1	5
30-34	2	2	4	1	2	5	5
35-39	5	2	4	3	1	5	6
40-44	2	2	3	3	4	3	8
45-49	5	5	4	3	2	7	4
50-54	5	13	5	4	6	9	7
55-59	9	5	5	7	6	7	2
60-64	9	5	1	7	11	9	9
65-69	1	4	3	9	4	9	12
70-74	3	3	8	7	7	8	15
75-79	3	7	4	2	3	7	10
80-84	1	1	5	2	2	4	9
85 y +	0	1	3	4	4	3	2

## Homicidio. Hombres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	0	0	0	1	0	1
5-9	0	0	1	0	0	2	1
10-14	0	1	0	0	0	0	0
15-19	0	3	3	2	0	0	0
20-24	4	1	3	0	4	7	7
25-29	2	1	2	4	5	9	7
30-34	1	4	2	4	2	6	10
35-39	3	1	6	3	1	4	6
40-44	1	5	0	1	1	1	4
45-49	1	1	5	2	5	1	4
50-54	2	2	3	4	1	1	3
55-59	2	2	3	0	1	2	3
60-64	0	0	1	0	2	2	2
65-69	2	1	1	0	2	1	1
70-74	2	2	1	2	0	0	3
75-79	0	0	0	1	0	1	0
80-84	0	0	0	0	0	0	0
85 y +	0	0	0	0	3	2	0

## Homicidio. Mujeres

Edad	Periodo						
	1975-1978	1979-1982	1983-1986	1987-1990	1991-1994	1995-1998	1999-2002
0-4	0	1	1	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	1	0	0	1
15-19	0	0	2	0	0	0	1
20-24	0	0	1	2	3	0	1
25-29	2	0	0	2	0	3	0
30-34	1	1	0	1	2	2	0
35-39	0	1	1	1	1	0	2
40-44	0	0	0	1	0	1	0
45-49	0	0	0	0	1	1	1
50-54	0	1	2	0	1	2	1
55-59	1	0	0	1	1	1	0
60-64	0	1	1	1	0	0	0
65-69	0	0	0	1	0	1	1
70-74	0	0	3	0	1	1	1
75-79	0	0	0	0	1	0	4
80-84	0	0	1	1	1	0	0
85 y +	1	1	0	0	0	1	0

CIE-9: Novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades

**Tabla 2. Tasas específicas, Tasas ajustadas por edad a la población estándar europea y mundial, Tasas ajustadas truncadas de 0-74 años por causa, período y sexo. Región de Murcia, 1975-2002**

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años  
Tuberculosis y efectos tardíos. Hombres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,51	0,00	0,00	0,00	0,00	1,76	0,93	2,11	12,37	9,17	15,28	16,79	20,61	35,99	48,55	28,76	36,85	53,47	6,73	9,37	0,82
1979-1982	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,65	1,77	0,00	2,92	6,24	11,07	12,70	9,01	27,31	27,74	22,17	52,35	33,97	4,24	6,10	0,50
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,70	0,00	0,89	0,99	3,83	4,50	10,57	8,26	26,09	14,83	28,83	36,47	19,78	3,03	4,44	0,35
1987-1990	0,69	0,00	0,00	0,52	0,00	1,85	0,00	2,49	4,47	3,03	11,44	8,33	11,30	5,44	8,13	33,08	41,54	49,92	3,35	4,82	0,29
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,55	1,26	2,23	0,00	5,53	4,09	7,64	0,97	11,40	20,05	26,57	8,46	21,65	2,29	3,35	0,27
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,09	0,63	1,51	1,67	3,81	0,00	0,96	8,35	14,67	13,45	24,10	18,70	1,42	2,13	0,16
1999-2002	0,00	0,71	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,05	0,62	0,00	0,83	1,98	0,00	2,97	4,74	10,40	17,61	44,06	0,89	1,43	0,06

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años  
Tuberculosis y efectos tardíos. Mujeres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	1,09	0,00	0,58	0,64	0,00	0,00	0,89	2,04	1,70	0,89	0,00	4,71	1,32	9,87	9,99	32,29	10,59	0,00	1,68	2,35	0,17
1979-1982	0,00	0,00	0,55	0,00	0,00	0,00	0,86	0,00	0,00	0,86	0,88	2,02	2,56	2,82	6,31	10,14	9,92	32,91	0,91	1,40	0,08
1983-1986	0,65	0,56	0,00	0,00	0,00	0,00	1,64	0,00	1,92	0,00	0,86	0,00	0,00	4,13	4,65	7,60	0,00	18,96	0,78	1,05	0,07
1987-1990	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,62	0,00	0,00	0,87	0,97	0,91	0,87	1,87	2,32	9,03	7,30	15,98	11,80	0,78	1,17	0,09
1991-1994	0,76	0,00	0,00	0,00	0,00	1,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,96	0,90	0,00	0,99	0,00	7,08	7,38	0,00	0,40	0,52	0,02
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,52	0,00	0,00	0,63	0,75	0,00	0,00	0,00	0,00	3,65	5,42	4,70	9,27	2,86	0,45	0,66	0,05
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	1,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,94	0,00	1,76	1,95	7,61	2,09	7,32	0,33	0,50	0,03

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Tuberculosis respiratoria. Hombres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,43	0,00	0,00	0,00	0,00	1,48	0,78	1,78	9,68	7,73	12,02	11,98	16,03	27,30	33,49	24,24	31,06	33,80	5,15	7,13	0,61
1979-1982	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,52	1,77	0,00	2,77	5,82	9,42	11,31	8,78	21,28	26,74	21,18	49,61	20,87	3,75	5,39	0,45
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,70	0,00	0,00	0,00	3,83	3,60	8,64	8,26	20,87	6,36	25,95	31,26	19,78	2,41	3,56	0,26
1987-1990	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,23	0,00	2,49	4,47	3,03	7,63	8,33	8,22	5,44	4,07	24,81	27,69	33,28	2,54	3,68	0,22
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,55	1,26	2,23	0,00	5,53	4,09	6,69	0,97	9,12	18,38	26,57	8,46	21,65	2,15	3,15	0,24
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,09	0,63	1,51	0,84	2,86	0,00	0,96	7,30	9,34	6,73	16,07	18,70	1,07	1,59	0,12
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,95	0,56	0,00	0,75	0,00	0,00	2,69	1,07	6,28	9,57	29,93	0,49	0,82	0,03

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Tuberculosis respiratoria. Mujeres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,54	0,00	0,00	0,75	1,72	0,71	0,75	0,00	3,97	0,00	8,32	5,61	25,27	8,93	0,00	1,10	1,65	0,11
1979-1982	0,00	0,00	0,47	0,00	0,00	0,00	0,86	0,00	0,00	0,73	0,88	1,01	1,28	2,82	4,49	9,82	5,58	26,56	0,71	1,10	0,06
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,64	0,00	0,96	0,00	0,00	0,00	0,00	2,76	4,65	7,60	0,00	4,74	0,43	0,63	0,05
1987-1990	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,87	0,97	0,00	0,87	0,93	0,00	3,01	5,48	10,65	11,80	0,41	0,65	0,03
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,56	0,00	0,00	0,00	0,00	0,96	0,90	0,00	0,00	0,00	5,31	4,92	0,00	0,21	0,32	0,01
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,63	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,74	2,17	4,70	2,32	2,86	0,24	0,36	0,03
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,46	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,85	0,00	1,59	0,88	2,30	1,89	2,21	0,18	0,26	0,02

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Otras tuberculosis y secuelas. Hombres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial 0-74	Tasa ajust pob europea 0-74	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,45	0,00	0,52	1,31	0,80	1,83	4,48	0,00	0,00	6,79	0,32	0,46	0,05
1979-1982	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,92	1,06	0,00	5,46	0,00	0,00	0,00	11,32	0,31	0,46	0,04
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,89	0,99	0,99	0,00	0,90	1,92	0,00	5,22	8,48	2,88	5,21	0,00	0,62	0,88	0,09
1987-1990	0,69	0,00	0,00	0,52	0,00	0,62	0,00	0,00	0,00	0,00	3,81	0,00	3,08	0,00	4,07	8,27	13,85	16,64	0,81	1,15	0,06
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,96	0,00	2,28	1,67	0,00	0,00	0,00	0,14	0,20	0,02
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,84	0,95	0,00	0,00	1,04	5,34	6,73	8,03	0,00	0,34	0,54	0,04
1999-2002	0,00	0,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,40	0,00	0,00	2,50	2,44	4,95	7,75	0,24	0,37	0,02

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Otras tuberculosis y secuelas. Mujeres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial 0-74	Tasa ajust pob europea 0-74	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,55	0,00	0,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,43	0,00	0,00	0,00	0,67	0,00	1,69	1,17	0,00	0,00	0,19	0,20	0,02
1979-1982	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,01	1,28	0,00	0,80	0,00	3,31	5,48	0,15	0,24	0,02
1983-1986	0,65	0,56	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,96	0,00	0,86	0,00	0,00	1,38	0,00	0,00	0,00	14,22	0,35	0,42	0,02
1987-1990	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,62	0,00	0,00	0,00	0,00	0,91	0,00	0,93	2,32	6,02	1,83	5,33	0,00	0,37	0,52	0,05
1991-1994	0,76	0,00	0,00	0,00	0,00	0,56	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,99	0,00	1,77	2,46	0,00	0,20	0,20	0,01
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,52	0,00	0,00	0,00	0,75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,91	3,25	0,00	6,95	0,00	0,21	0,29	0,03
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,35	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,68	3,57	0,00	3,43	0,09	0,15	0,01

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Infecciones meningocócicas. Hombres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	8,13	1,09	0,00	0,00	0,76	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,59	0,00	0,00	1,18	0,85	0,05
1979-1982	11,68	0,53	0,00	1,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,89	0,89	0,00	0,00	0,00	0,00	4,27	0,00	0,00	0,00	1,69	1,24	0,09
1983-1986	6,01	3,13	0,52	1,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,96	0,96	0,00	0,00	1,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,33	0,98	0,07
1987-1990	2,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,30	0,23	0,02
1991-1994	1,43	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,17	0,11	0,01
1995-1998	0,76	1,40	0,63	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,29	0,20	0,01
1999-2002	2,29	0,00	1,33	0,00	0,00	0,00	0,47	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,42	0,31	0,02

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Infecciones meningocócicas. Mujeres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	10,38	0,00	1,15	0,00	2,36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,82	1,67	0,00	0,00	0,00	1,66	1,24	0,09
1979-1982	7,49	0,00	0,00	1,16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,86	0,86	0,00	2,02	1,28	0,00	1,58	0,00	0,00	5,48	1,25	1,03	0,07
1983-1986	0,65	0,56	0,00	0,55	0,60	0,00	0,00	0,00	0,92	0,92	0,86	0,90	0,00	1,38	1,55	0,00	0,00	0,00	0,44	0,45	0,04
1987-1990	3,66	0,61	0,54	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,81	0,87	0,00	0,00	0,00	1,83	0,00	0,00	0,69	0,59	0,04
1991-1994	2,29	0,00	0,00	0,53	0,54	0,00	0,63	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,40	0,30	0,02	
1995-1998	0,81	0,00	0,00	0,54	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,08	0,00	0,00	0,17	0,14	0,01	
1999-2002	0,80	0,76	0,00	0,00	0,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,21	0,15	0,01	

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Hepatitis víricas. Hombres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,02	1,29	0,00	1,80	4,41	0,00	0,00	0,00	0,24	0,35	0,04
1979-1982	0,53	0,53	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,92	1,06	1,06	0,00	0,00	0,00	3,17	0,00	0,00	0,24	0,27	0,02
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,52	0,00	0,00	0,00	0,00	0,99	0,00	0,00	0,96	0,00	0,00	0,00	0,00	5,21	0,00	0,17	0,22	0,01
1987-1990	0,00	0,00	0,00	0,00	1,08	0,00	0,00	0,00	0,89	1,01	0,95	0,93	0,00	0,00	0,00	0,00	4,62	0,00	0,31	0,38	0,02
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,50	0,00	0,55	0,00	0,74	0,00	0,92	1,02	2,87	2,91	1,14	0,00	10,63	0,00	0,00	0,61	0,84	0,05
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,52	0,76	0,84	0,95	4,15	6,72	7,30	8,00	17,93	0,00	6,23	1,32	1,89	0,16
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,41	2,63	3,70	2,26	2,50	2,98	3,06	8,92	3,55	12,13	17,61	16,52	1,60	2,25	0,16

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Hepatitis víricas. Mujeres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,55	0,00	0,00	0,00	0,79	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,67	2,31	0,00	0,00	0,18	0,19	0,01
1979-1982	0,58	0,00	0,00	0,00	0,00	0,82	0,00	0,00	0,00	0,00	0,88	0,00	1,28	1,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,27	0,29	0,02
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,70	1,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,20	0,22	0,02
1987-1990	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,82	0,00	0,00	0,00	0,00	1,74	0,00	1,16	0,00	1,83	2,66	0,00	0,19	0,27	0,02
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,47	0,00	0,00	0,00	0,90	1,78	2,97	1,31	3,54	4,92	0,00	0,37	0,52	0,04
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,12	0,00	0,75	1,63	0,00	3,85	2,65	3,65	2,17	4,70	4,63	0,00	0,69	0,96	0,08
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,50	0,00	0,55	0,00	0,76	0,81	0,94	2,78	1,76	5,84	2,54	14,60	4,88	0,60	0,87	0,07

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**SIDA. Hombres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74		
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
1979-1982	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1987-1990	1,37	0,00	0,51	0,00	1,62	3,70	7,26	2,49	6,26	1,01	0,00	0,93	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,69	1,77	0,13	0,00	0,00
1991-1994	2,15	0,00	0,00	0,00	7,71	23,04	40,16	26,79	20,02	11,98	11,24	6,69	7,77	5,70	0,00	2,66	4,23	0,00	10,01	11,15	0,82	0,00	0,00
1995-1998	0,76	0,70	0,00	0,51	3,94	18,93	39,82	30,21	14,37	9,20	6,67	9,34	7,68	2,09	5,34	2,24	0,00	0,00	8,86	10,00	0,75	0,00	0,00
1999-2002	0,00	0,71	0,00	0,00	0,92	2,73	11,73	16,29	12,34	5,28	8,32	3,97	1,02	2,97	1,18	1,73	3,52	0,00	3,86	4,60	0,34	0,00	0,00

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**SIDA. Mujeres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74		
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1979-1982	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1987-1990	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,09	0,01	0,00	0,00
1991-1994	0,00	1,41	0,00	0,00	1,07	4,50	6,26	0,74	0,00	0,89	0,96	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,11	1,11	0,08	0,00	0,00	
1995-1998	2,43	0,00	0,00	0,00	2,08	8,50	7,27	7,53	2,26	0,82	1,81	0,96	1,77	0,91	0,00	0,00	0,00	0,00	2,44	2,50	0,18	0,00	0,00
1999-2002	0,00	0,76	0,00	0,00	0,00	2,98	2,02	4,94	0,63	1,52	0,00	0,94	0,93	0,88	0,97	0,00	0,00	0,00	0,98	1,07	0,08	0,00	0,00

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años  
Cáncer de labio, cavidad bucal y faringe. Hombres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,00	0,76	0,00	0,00	2,11	2,65	8,26	11,21	11,63	19,02	19,80	26,48	57,52	85,98	66,84	5,09	7,66	0,51
1979-1982	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,96	4,87	2,67	8,30	7,41	18,03	16,39	36,28	38,01	23,27	33,97	3,89	5,67	0,48
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,70	1,67	0,00	4,97	6,70	16,19	14,41	16,52	24,35	21,19	20,18	41,68	19,78	4,57	6,43	0,53
1987-1990	0,00	0,00	0,00	0,00	0,54	0,00	0,73	2,49	2,68	11,10	15,25	21,29	31,85	20,39	30,50	33,08	9,23	99,83	6,05	8,65	0,68
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,51	0,55	0,63	1,49	5,00	17,51	14,31	22,93	23,31	29,65	18,38	47,82	33,82	28,87	6,18	8,66	0,67
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,15	6,05	12,54	24,78	23,86	27,83	26,08	28,01	20,18	56,24	37,41	6,62	9,30	0,76
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,46	0,47	2,10	3,08	5,28	15,82	17,86	38,75	43,60	21,32	27,72	28,18	44,06	6,12	8,57	0,74

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años  
Cáncer de labio, cavidad bucal y faringe. Mujeres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,70	0,89	3,88	2,36	1,32	2,82	3,33	4,61	14,12	13,04	0,83	1,24	0,08
1979-1982	0,00	0,00	0,55	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,76	4,04	2,56	1,41	3,16	4,06	19,85	10,97	0,70	1,07	0,07
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,86	1,81	1,08	0,00	3,10	7,60	11,69	9,48	0,40	0,68	0,03
1987-1990	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,82	0,00	1,93	0,00	1,74	3,74	3,48	0,00	5,48	10,65	15,74	0,68	1,00	0,06
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,92	1,79	4,44	2,97	3,93	14,15	19,67	13,55	0,82	1,32	0,08
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,56	0,00	0,75	0,00	1,81	1,92	0,88	1,83	5,42	9,39	9,27	20,02	0,69	1,09	0,07
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,50	0,00	0,00	0,00	0,76	2,43	2,81	4,64	6,14	7,78	7,61	4,17	12,20	1,00	1,45	0,13

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Cáncer de esófago. Hombres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,88	0,93	0,00	4,42	1,83	5,09	7,75	11,10	18,00	8,83	35,95	61,41	13,37	2,96	4,39	0,29
1979-1982	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,97	5,35	6,46	8,47	16,53	25,49	29,88	31,68	46,53	45,29	3,84	5,70	0,47
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,00	0,59	0,70	0,00	2,66	0,00	2,87	12,59	14,41	12,98	19,13	12,72	25,95	41,68	29,67	3,61	5,25	0,39
1987-1990	0,69	0,00	0,00	0,00	0,00	0,62	0,00	0,00	3,58	8,07	8,58	16,66	19,52	10,87	28,47	22,05	32,31	24,96	4,11	5,79	0,49
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,61	12,27	21,98	16,51	33,07	26,73	31,88	46,51	14,43	4,58	6,70	0,58
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,51	0,00	1,26	2,27	5,85	15,25	16,60	17,27	19,82	20,01	29,14	24,10	43,64	4,35	6,27	0,49
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,58	1,85	7,55	10,82	9,92	15,30	14,86	16,58	24,26	7,04	22,03	3,37	4,75	0,39

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Cáncer de esófago. Mujeres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,89	1,94	0,00	1,32	7,05	5,00	13,84	17,66	6,52	0,77	1,21	0,08
1979-1982	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,01	3,84	2,82	3,16	6,08	6,62	5,48	0,46	0,70	0,05
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,71	4,30	1,38	6,20	1,90	11,69	4,74	0,55	0,82	0,07
1987-1990	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,62	0,00	0,00	0,00	0,00	0,91	0,87	0,93	3,48	3,01	5,48	15,98	23,61	0,58	0,94	0,05
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,89	0,00	1,79	0,00	0,99	0,00	5,31	12,29	0,00	0,27	0,44	0,02
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,96	1,77	2,74	3,25	14,09	11,58	2,86	0,47	0,78	0,04
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,55	0,00	0,76	1,62	1,87	0,00	1,76	0,97	10,14	0,00	4,88	0,43	0,67	0,04

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Cáncer de estómago. Hombres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,78	4,22	4,42	12,84	27,51	40,04	60,23	118,78	132,42	215,70	221,09	280,71	17,72	27,09	2,02
1979-1982	0,00	0,00	0,52	0,00	0,00	1,65	0,88	2,95	6,81	8,02	19,37	49,76	64,60	103,79	147,25	196,39	186,13	169,84	16,64	25,09	2,03
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,52	0,00	0,70	3,33	3,55	4,97	15,32	17,98	24,97	37,76	67,84	139,87	219,13	161,50	227,45	14,11	21,81	1,58
1987-1990	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,62	0,00	2,49	8,95	9,08	19,06	30,55	34,93	63,88	101,68	135,06	152,30	141,43	11,62	17,64	1,36
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,55	0,63	2,98	5,84	5,53	15,33	29,62	37,88	51,32	65,16	116,90	122,61	122,69	9,65	14,63	1,07
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,51	0,55	0,00	3,03	5,02	20,97	19,71	33,58	52,16	70,70	103,12	168,72	218,20	9,68	15,11	1,03
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,91	0,47	1,05	3,08	7,55	9,16	10,92	30,59	52,52	73,42	95,30	144,40	187,28	8,58	13,27	0,95

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Cáncer de estómago. Mujeres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,73	0,00	2,04	3,39	5,31	16,48	11,78	19,77	28,19	96,58	126,86	127,12	247,70	8,79	14,03	0,93
1979-1982	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,86	5,60	6,05	7,92	21,19	21,76	49,40	71,01	89,24	135,63	109,70	8,01	12,27	0,93
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,00	0,60	0,00	0,00	2,59	1,92	5,50	10,36	12,65	22,59	34,45	57,33	53,17	116,89	170,66	6,73	10,39	0,74
1987-1990	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,62	0,00	1,63	3,47	3,86	7,24	8,72	18,69	24,36	52,69	58,43	114,50	74,75	5,36	8,25	0,61
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,56	0,63	0,00	4,09	1,78	6,73	12,55	17,75	20,76	44,54	76,06	108,19	118,58	5,39	8,56	0,55
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,12	3,77	3,77	4,08	9,98	12,50	13,25	18,26	31,46	57,92	78,76	94,38	4,92	7,57	0,49
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,50	0,50	0,00	2,20	5,03	1,52	4,05	2,81	15,76	30,71	32,10	49,46	93,83	78,06	4,47	6,82	0,48

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Cáncer de colon. Hombres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,88	0,93	0,00	2,65	2,75	4,08	7,75	15,85	52,19	48,55	75,49	73,70	93,57	5,73	8,77	0,68
1979-1982	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,88	1,96	1,95	2,67	5,53	14,82	19,53	34,60	44,82	41,18	81,43	67,93	5,19	7,82	0,63
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,83	1,78	1,99	0,96	5,40	15,37	20,06	45,22	59,34	77,85	130,24	148,34	6,74	10,62	0,75
1987-1990	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,73	0,83	3,58	4,04	9,53	16,66	26,71	47,57	58,98	107,50	133,84	183,03	8,03	12,64	0,84
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,10	0,63	0,74	4,17	4,61	11,24	23,89	34,00	63,87	83,54	98,30	126,84	223,73	9,90	15,24	1,14
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,63	1,51	5,02	11,44	18,67	39,34	60,51	92,04	134,51	237,01	355,36	11,28	18,18	1,15
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,47	2,10	2,47	4,53	5,83	23,82	41,81	78,29	91,18	152,47	274,72	269,90	11,91	18,96	1,25

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Cáncer de colon. Mujeres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,55	0,56	0,00	0,00	0,00	0,00	0,89	0,00	0,85	3,54	8,72	10,60	18,45	29,60	56,62	64,58	113,00	182,52	6,18	9,75	0,65
1979-1982	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,63	0,86	0,95	0,93	1,73	7,04	4,04	20,48	26,82	34,72	58,81	56,24	98,73	4,59	7,03	0,50
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,64	0,86	1,92	1,83	5,18	9,94	19,36	38,59	30,99	60,77	81,83	113,77	5,17	8,01	0,55
1987-1990	0,00	0,00	0,00	0,00	0,56	0,00	0,00	0,82	1,74	6,76	10,86	9,59	14,95	33,64	36,13	65,73	98,52	114,09	5,58	8,64	0,58
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,12	0,00	0,74	6,54	8,00	5,77	7,17	22,19	35,59	41,92	83,13	130,32	118,58	6,45	9,92	0,65
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,24	1,88	2,26	5,72	9,07	13,46	25,62	28,30	65,09	92,36	101,92	208,79	7,37	11,61	0,77
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,50	0,50	1,01	0,00	3,77	3,04	6,47	18,73	27,82	31,59	56,41	93,84	148,05	168,31	7,33	11,58	0,75

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años  
Cáncer de recto, rectosigmo y ano. Hombres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa Tasa ajust pob acumul 0-74
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,00	0,76	0,00	0,93	0,00	0,00	0,92	3,06	3,88	11,10	35,99	19,86	53,92	61,41	40,10	3,45	5,31	0,38
1979-1982	0,00	0,00	0,00	0,00	0,82	1,77	0,98	0,97	1,78	3,69	6,35	6,35	15,02	12,75	40,55	47,51	40,72	101,90	3,82	5,94	0,42
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,00	0,70	0,83	0,89	0,00	2,87	6,29	4,80	4,80	8,26	24,35	31,79	49,02	93,77	69,22	3,84	6,05	0,40
1987-1990	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,45	1,66	0,00	5,05	4,77	6,48	7,19	11,66	23,95	31,74	31,88	84,56	108,26	4,02	6,32	0,44
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,49	0,83	1,84	4,09	11,47	11,66	23,95	31,74	31,88	84,56	108,26	4,02	6,32	0,44
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,51	0,55	0,00	1,51	0,84	3,81	9,34	15,35	15,65	42,68	67,25	92,40	149,63	4,60	7,50	0,45
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,46	0,00	1,58	0,62	3,02	4,99	12,90	14,28	17,84	31,97	72,77	88,05	82,62	4,44	7,07	0,44

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años  
Cáncer de recto, rectosigmo y ano. Mujeres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa Tasa ajust pob acumul 0-74
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,00	0,79	0,00	0,00	1,02	1,70	3,54	3,88	8,24	10,54	8,46	16,65	11,53	24,72	52,15	2,47	3,62	0,27
1979-1982	0,00	0,00	0,00	0,00	0,82	0,00	0,95	0,93	0,00	6,16	9,08	9,08	2,56	14,11	15,78	16,22	39,70	54,85	2,33	3,60	0,25
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,86	3,84	0,92	5,18	8,13	8,13	6,45	8,27	10,85	24,69	32,15	71,11	2,41	3,75	0,22
1987-1990	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,82	0,87	1,93	5,43	10,46	10,46	14,02	10,44	19,57	27,39	53,25	59,01	3,01	4,64	0,32
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,56	0,00	1,47	0,82	0,89	0,96	5,38	9,76	15,82	22,27	19,46	49,18	44,04	2,47	3,76	0,29
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,26	0,00	1,63	0,91	4,81	4,81	9,72	15,52	9,76	26,61	53,28	54,34	2,26	3,56	0,22
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,50	0,00	1,10	0,63	1,52	4,05	2,81	3,71	13,16	17,51	30,43	37,53	56,10	2,22	3,50	0,22

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Cáncer de páncreas. Hombres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,05	0,88	6,42	7,13	23,25	11,10	32,39	26,48	32,35	36,85	13,37	4,31	6,27	0,54
1979-1982	0,00	0,00	0,52	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,97	3,56	4,61	15,88	19,53	25,49	17,07	44,35	34,90	33,97	3,86	5,71	0,44
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,41	0,00	1,78	0,99	3,83	1,80	8,64	14,16	34,79	48,74	49,02	57,31	69,22	4,65	7,01	0,58
1987-1990	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,16	0,89	6,05	7,63	10,18	18,49	24,47	12,20	38,59	50,77	49,92	4,06	5,97	0,42
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,49	2,50	1,84	5,11	17,20	26,23	22,81	40,10	47,82	63,42	43,30	4,84	7,25	0,59
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,03	7,52	2,86	24,90	16,31	20,86	28,01	65,01	76,33	43,64	4,86	7,42	0,52
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,47	0,53	3,08	4,53	11,65	23,82	23,46	36,67	45,00	58,91	77,48	71,61	6,32	9,51	0,75

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Cáncer de páncreas. Mujeres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,04	0,00	0,89	3,88	5,89	15,82	15,51	24,98	25,37	28,25	6,52	2,63	3,85	0,34
1979-1982	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,82	0,00	1,91	1,87	1,73	2,64	3,03	11,52	12,70	23,67	32,45	49,62	71,30	2,89	4,46	0,30
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,96	0,92	1,73	6,33	11,83	15,16	17,04	30,38	35,07	23,70	2,32	3,54	0,27
1987-1990	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,82	1,74	2,90	1,81	2,62	8,41	17,40	21,08	38,34	39,94	47,21	2,62	4,05	0,28
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,74	0,82	0,89	3,85	8,07	7,99	12,85	23,58	47,76	51,64	54,21	2,85	4,56	0,29
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,52	0,00	0,00	0,00	0,75	1,63	1,81	7,69	11,49	19,17	29,29	56,35	39,38	54,34	3,24	5,08	0,36
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,88	2,28	4,85	7,49	8,35	16,67	21,40	41,85	47,96	73,18	3,08	4,86	0,31

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Cáncer de laringe. Hombres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,05	0,88	12,84	20,38	21,96	26,95	44,99	79,45	68,30	24,57	13,37	7,67	11,05	1,04
1979-1982	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,82	0,00	0,98	0,97	13,37	12,91	25,41	42,07	49,16	66,16	76,02	58,17	45,29	8,41	12,17	1,06
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,52	0,00	0,00	0,83	3,55	2,98	13,40	20,68	21,13	42,48	38,27	59,34	72,08	72,94	79,11	8,69	12,60	1,02
1987-1990	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,83	7,16	9,08	21,92	20,36	49,31	43,49	58,98	52,37	60,00	58,24	8,51	12,16	1,06
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,63	0,00	1,67	5,53	27,60	21,02	26,23	44,48	48,45	77,05	59,19	93,82	7,58	11,36	0,88
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,63	0,00	11,71	17,15	13,49	24,95	28,17	33,35	47,08	60,26	74,81	5,79	8,54	0,65
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,23	5,28	17,48	24,81	22,44	22,79	41,45	64,11	56,35	55,08	5,87	8,84	0,68

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Cáncer de laringe. Mujeres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,89	0,00	0,00	0,89	0,97	0,00	0,00	2,82	0,00	0,00	3,53	0,00	0,26	0,34	0,03
1979-1982	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,84	1,41	6,31	4,06	13,23	10,97	0,48	0,76	0,06
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,86	0,00	2,15	0,00	0,00	5,70	0,00	9,48	0,23	0,38	0,02
1987-1990	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,82	0,00	0,00	0,91	0,87	1,87	0,00	3,01	0,00	2,66	7,87	0,32	0,46	0,04
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,89	0,00	0,00	0,00	0,99	0,00	0,00	7,38	0,00	0,12	0,18	0,01
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,08	0,00	0,00	0,00	0,02	0,03	0,01
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,63	0,76	0,00	0,00	0,93	0,88	0,00	0,00	2,44	0,00	0,16	0,20	0,02

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años  
Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón. Hombres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,51	0,00	0,00	0,00	1,51	0,88	0,00	2,11	12,37	29,35	46,87	76,21	129,97	206,96	240,56	316,35	221,09	160,41	29,56	43,27	3,74
1979-1982	0,00	0,00	0,00	0,00	1,34	0,82	0,88	4,91	13,62	22,28	72,87	94,22	162,26	276,78	296,64	411,78	343,18	215,13	37,72	55,73	4,73
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,70	2,50	7,99	18,88	40,20	71,03	125,83	184,09	240,04	313,65	403,67	385,52	336,23	41,30	60,95	5,02
1987-1990	0,00	0,00	0,00	0,52	1,08	0,62	1,45	5,82	23,27	39,35	74,35	122,19	189,02	304,46	325,38	424,48	346,13	307,82	43,70	64,00	5,44
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,51	0,00	1,88	6,70	22,52	41,47	71,55	105,11	200,09	265,74	379,25	411,80	401,66	331,99	43,52	64,01	5,47
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,51	1,64	10,07	21,18	36,79	68,62	128,64	204,39	303,58	389,50	497,67	478,05	467,58	47,58	70,89	5,82
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,92	0,46	0,00	2,63	20,35	41,51	80,74	118,10	180,50	260,62	342,23	443,56	552,95	407,60	43,86	65,54	5,24

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años  
Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón. Mujeres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,64	0,00	0,00	1,78	2,04	5,94	3,54	5,82	14,13	13,18	23,96	26,64	50,74	35,31	39,11	4,37	6,41	0,49
1979-1982	0,00	0,00	0,55	0,00	0,00	0,00	0,00	0,95	1,87	5,18	5,28	11,10	11,52	23,99	34,72	46,65	29,77	16,45	3,81	5,61	0,48
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,70	0,82	0,00	2,88	1,83	4,32	12,65	11,83	19,29	29,44	30,38	32,15	42,66	3,43	5,10	0,42
1987-1990	0,00	0,00	0,00	0,00	0,56	0,62	0,72	1,63	0,87	6,76	6,34	9,59	14,95	24,36	24,09	40,17	55,92	35,41	4,06	5,96	0,45
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,25	0,74	1,63	3,56	3,85	3,59	16,86	13,84	32,75	38,91	27,05	64,37	3,36	5,06	0,39
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,56	1,26	2,26	4,08	4,54	7,69	10,60	16,43	34,71	32,87	41,69	22,88	3,29	4,88	0,41
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,99	0,00	1,10	6,91	10,64	9,71	12,17	16,69	17,55	14,59	38,04	54,22	51,23	4,56	6,57	0,45

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Melanoma cutáneo. Hombres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,51	0,00	0,00	0,00	0,00	0,88	0,00	0,00	0,00	0,00	1,02	0,00	3,17	1,80	0,00	3,59	0,00	0,00	0,40	0,48	0,04
1979-1982	0,00	0,00	0,00	0,00	0,67	0,00	0,88	0,98	1,95	2,67	0,00	3,18	0,00	3,64	2,13	3,17	5,82	0,00	0,78	1,02	0,08
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,89	1,99	0,00	0,90	1,92	2,36	1,74	6,36	0,00	5,21	0,00	0,59	0,81	0,08
1987-1990	0,00	0,00	0,00	0,00	0,54	0,62	0,73	1,66	2,68	0,00	0,95	0,93	3,08	2,72	6,10	5,51	9,23	0,00	0,91	1,21	0,10
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,10	0,00	0,74	0,83	1,84	3,07	2,87	3,89	5,70	5,01	5,31	12,68	7,22	1,14	1,58	0,13
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,09	1,26	1,51	3,34	0,95	1,04	1,92	9,39	9,34	15,69	0,00	18,70	1,32	1,89	0,15
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,46	0,00	0,47	0,53	1,85	2,26	4,16	5,95	6,12	4,95	10,66	6,93	7,04	16,52	1,58	2,24	0,19

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Melanoma cutáneo. Mujeres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,02	0,85	0,89	0,00	0,00	1,32	0,00	0,00	0,00	3,53	6,52	0,27	0,36	0,02
1979-1982	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,95	0,93	0,00	0,88	1,01	2,56	4,23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,43	0,55	0,05
1983-1986	0,00	0,00	0,55	0,00	0,00	0,70	0,82	0,00	0,00	0,92	0,00	1,81	1,08	1,38	3,10	3,80	0,00	14,22	0,54	0,74	0,05
1987-1990	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,24	1,44	0,82	0,87	0,97	0,91	0,87	2,80	0,00	1,51	3,65	5,33	0,00	0,63	0,80	0,06
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	1,07	1,12	0,63	0,74	1,63	1,78	1,92	0,90	2,66	1,98	0,00	3,54	14,75	13,55	0,94	1,24	0,07
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,52	0,00	0,00	0,63	0,00	1,63	0,91	2,88	1,77	4,57	4,34	4,70	13,90	17,16	0,83	1,24	0,09
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,65	0,63	2,28	0,81	3,75	0,93	1,76	3,89	6,34	4,17	7,32	0,75	1,08	0,08

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Cáncer de mama. Hombres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,59	6,14	0,00	0,07	0,13	0,00
1979-1982	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,13	0,00	0,00	0,00	0,04	0,06	0,01
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,99	0,00	0,00	0,00	0,00	3,48	0,00	8,65	5,21	0,00	0,28	0,43	0,02
1987-1990	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,36	2,03	2,76	4,62	8,32	0,17	0,30	0,02
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,96	0,00	0,00	1,67	2,66	0,00	7,22	0,13	0,23	0,01
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,84	0,00	0,00	0,96	0,00	1,33	4,48	0,00	0,00	0,16	0,24	0,02
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,04	0,99	1,18	1,73	0,00	5,51	0,18	0,27	0,02

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Cáncer de mama. Mujeres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,60	7,14	7,15	18,65	32,75	32,95	30,62	40,86	49,34	54,95	69,20	60,03	65,18	12,55	17,23	1,39
1979-1982	0,00	0,00	0,00	1,36	2,45	6,86	10,50	16,79	35,42	42,22	42,37	42,37	37,13	52,22	45,76	73,01	72,78	76,79	13,73	18,91	1,47
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,00	0,70	4,91	10,38	25,93	32,07	44,04	44,04	36,14	55,93	45,48	52,68	56,97	87,67	109,03	14,31	19,73	1,54
1987-1990	0,00	0,00	0,00	0,00	1,86	5,05	12,24	28,65	33,79	40,73	40,73	51,45	60,75	62,63	79,79	83,99	117,16	94,42	16,83	23,38	1,88
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,54	0,56	6,26	11,06	18,79	40,89	36,54	50,20	66,57	66,24	94,33	88,44	122,95	115,19	17,15	23,99	1,96
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,53	3,35	10,04	18,08	32,66	39,02	59,62	59,62	68,04	66,65	79,19	103,32	101,92	148,72	16,82	23,85	1,89
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,50	1,49	5,55	9,89	21,99	25,84	39,65	43,07	43,07	50,08	59,67	68,09	86,23	116,77	156,12	15,04	21,32	1,63

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

### Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años Cánceres de útero. Mujeres

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,00	0,00	0,58	0,00	1,57	0,00	0,00	2,04	11,02	15,05	16,48	43,58	39,54	43,70	56,62	48,44	52,97	65,18	9,53	13,46	1,15
1979-1982	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,71	3,82	5,60	8,64	12,32	28,25	33,29	36,70	47,34	48,67	59,55	98,73	7,59	11,05	0,89
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,70	1,64	3,46	4,80	8,25	8,64	13,55	26,89	37,21	40,29	36,08	70,14	61,63	6,14	8,82	0,73
1987-1990	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,72	3,26	3,47	8,69	15,39	18,31	18,69	30,16	37,64	32,87	71,89	59,01	5,86	8,54	0,68
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,88	5,16	4,09	8,00	8,65	23,31	25,74	33,61	35,37	49,53	36,88	33,88	6,11	8,73	0,73
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,66	1,12	2,51	6,78	12,25	14,52	18,27	16,79	22,83	26,04	43,83	18,53	45,76	5,67	7,94	0,62
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,10	5,65	6,08	8,09	13,11	13,91	20,18	25,29	44,38	27,11	39,03	4,14	6,06	0,47

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

### Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años Cáncer de próstata. Hombres

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,83	0,00	7,75	20,61	68,39	123,59	284,00	386,91	588,16	13,48	23,50	1,11
1979-1982	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,82	0,00	0,00	0,00	0,89	0,00	6,35	22,54	54,63	142,99	224,90	465,33	509,51	12,90	22,35	1,14
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,99	0,96	1,80	8,64	22,42	59,14	131,39	224,90	390,73	464,79	12,38	21,26	1,13
1987-1990	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,89	0,00	1,91	7,41	22,60	63,88	93,55	201,21	244,60	565,72	11,20	19,26	0,95
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,63	0,00	1,67	1,84	1,02	3,82	21,37	57,02	123,63	278,96	418,57	620,67	13,48	23,62	1,06
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,76	0,00	5,72	8,30	27,83	57,38	114,72	190,55	474,03	716,96	13,65	23,80	1,07
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,51	2,50	4,96	26,51	45,58	98,29	192,32	415,60	782,15	12,72	22,50	0,90

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Cáncer de vejiga. Hombres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,77	4,59	5,09	9,04	23,78	52,19	77,25	71,90	122,83	133,67	7,06	10,94	0,87
1979-1982	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,89	2,77	15,88	30,05	36,42	81,10	88,69	157,05	113,22	6,98	11,08	0,84
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,00	0,59	0,00	0,00	1,78	1,99	1,91	6,29	11,53	25,96	40,01	76,29	112,45	98,98	148,34	7,29	11,48	0,83
1987-1990	0,69	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,83	0,00	2,02	10,48	9,26	29,79	44,85	77,28	121,28	161,53	207,99	8,29	13,27	0,88
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,83	0,92	9,20	15,29	29,14	46,76	98,57	143,46	232,54	238,16	9,50	15,54	1,00
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,51	2,51	12,39	13,49	27,83	51,12	77,37	143,47	204,88	305,49	9,58	15,69	0,93
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,46	0,46	0,00	0,00	0,00	2,26	4,99	16,87	36,71	48,56	73,42	112,62	207,80	220,32	8,79	14,10	0,92

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Cáncer de vejiga. Mujeres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,89	0,97	0,00	0,00	7,05	9,99	18,45	7,06	13,04	0,80	1,28	0,09
1979-1982	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,86	0,00	1,01	2,56	5,65	6,31	20,28	26,46	16,45	0,91	1,50	0,08
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,71	5,38	6,89	7,75	26,59	20,46	9,48	1,10	1,77	0,11
1987-1990	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,97	1,81	0,87	5,61	3,48	4,52	18,26	26,63	51,14	1,17	1,94	0,09
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,96	1,79	3,55	4,94	15,72	7,08	22,13	44,04	1,13	1,83	0,13
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,81	0,00	2,65	9,13	5,42	23,48	18,53	42,90	1,12	1,87	0,10
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,63	0,00	0,81	2,81	3,71	7,02	11,67	12,68	29,19	65,86	1,39	2,29	0,13

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Linfomas. Hombres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,51	0,00	0,55	1,25	2,27	4,40	0,93	1,05	5,30	3,67	1,02	9,04	6,34	14,40	13,24	10,78	12,28	0,00	2,95	3,64	0,32
1979-1982	0,00	0,00	1,04	0,56	1,34	0,00	4,42	1,96	1,95	0,00	1,84	4,23	7,51	12,75	6,40	19,01	5,82	11,32	2,10	2,80	0,22
1983-1986	0,60	1,04	1,56	0,00	0,59	1,41	1,67	0,00	1,99	1,91	5,40	4,80	7,08	15,65	8,48	11,53	15,63	19,78	2,49	3,24	0,26
1987-1990	0,69	0,00	0,51	0,00	1,62	1,23	0,73	1,66	3,58	6,05	5,72	6,48	11,30	19,03	14,24	19,29	27,69	8,32	3,30	4,42	0,36
1991-1994	0,00	1,34	0,54	1,00	0,00	1,10	0,63	1,49	5,00	2,76	7,16	6,69	14,57	21,67	23,39	21,25	42,28	14,43	3,77	5,16	0,44
1995-1998	0,00	0,70	0,00	0,00	0,98	0,51	0,00	1,89	3,03	5,85	10,48	7,26	15,35	16,69	22,68	40,35	40,17	37,41	4,01	5,78	0,43
1999-2002	0,00	0,71	0,66	0,00	2,30	0,91	2,35	1,58	3,70	4,53	5,83	7,94	17,34	8,92	24,87	36,39	52,83	16,52	3,89	5,45	0,41

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Linfomas. Mujeres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,55	0,00	0,00	0,64	0,79	0,87	2,68	1,02	1,70	1,77	1,94	3,53	2,64	2,82	8,33	9,23	0,00	13,04	1,44	1,86	0,15
1979-1982	0,00	1,65	0,55	0,58	0,00	0,82	0,00	1,91	0,93	0,86	2,64	4,04	3,84	1,41	1,58	10,14	9,92	5,48	1,25	1,59	0,10
1983-1986	0,00	0,56	0,00	0,55	0,60	0,70	0,82	0,86	0,96	3,67	1,73	1,81	2,15	11,02	7,75	7,60	8,77	9,48	1,49	1,96	0,17
1987-1990	0,00	0,00	0,54	0,00	0,56	0,62	2,16	1,63	1,74	3,86	0,91	3,49	9,35	13,92	18,07	16,43	10,65	3,93	2,28	3,09	0,28
1991-1994	0,00	0,00	0,00	1,05	0,54	0,56	0,63	0,00	0,82	1,78	5,77	5,38	10,65	6,92	20,96	22,99	14,75	6,78	2,27	3,22	0,28
1995-1998	0,00	0,00	1,33	0,00	1,04	0,53	0,56	1,88	3,01	3,27	1,81	4,81	9,72	17,35	14,10	23,48	30,11	25,74	2,76	3,86	0,30
1999-2002	0,00	0,00	0,71	0,00	1,01	0,00	1,01	1,10	0,00	3,04	4,85	3,75	8,35	15,80	13,62	24,09	37,53	43,91	2,57	3,80	0,27

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Leucemias. Hombres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	2,54	4,90	1,65	3,13	2,27	0,88	1,85	0,00	0,00	0,92	4,08	11,63	3,17	9,00	11,04	43,14	6,14	26,73	3,53	4,32	0,29
1979-1982	3,18	6,86	3,13	1,13	3,34	3,30	1,77	0,98	1,95	4,46	8,30	7,41	6,01	23,67	34,15	38,01	63,98	45,29	5,80	7,29	0,55
1983-1986	4,21	2,61	3,64	0,00	4,71	0,70	0,83	1,78	4,97	0,96	0,90	8,64	16,52	15,65	29,67	46,13	41,68	59,34	5,12	6,61	0,48
1987-1990	3,44	5,18	2,56	3,10	0,00	1,23	4,36	1,66	1,79	4,04	9,53	8,33	14,38	23,11	38,64	22,05	41,54	66,56	5,86	7,44	0,61
1991-1994	2,87	2,67	2,17	1,00	1,54	2,74	1,88	3,72	1,67	1,84	8,18	1,91	12,63	17,11	25,06	71,73	84,56	79,39	5,33	7,40	0,43
1995-1998	0,76	1,40	1,89	0,51	1,48	3,07	1,09	0,63	1,51	1,67	3,81	11,41	15,35	17,74	36,02	58,29	64,28	87,28	4,96	7,18	0,49
1999-2002	0,76	0,00	1,33	2,85	0,92	2,28	1,41	2,63	2,47	4,53	1,66	6,95	10,20	14,86	35,53	43,32	56,35	99,15	4,52	6,47	0,44

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Leucemias. Mujeres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	2,73	4,51	1,15	1,28	1,57	0,00	2,68	2,04	0,00	1,77	7,75	2,36	6,59	11,28	9,99	27,68	14,12	0,00	3,14	3,73	0,28
1979-1982	1,73	0,55	0,55	2,32	1,36	0,82	2,57	2,86	0,93	3,46	4,40	4,04	3,84	11,29	22,09	20,28	9,92	10,97	2,91	3,69	0,31
1983-1986	1,29	1,67	1,09	1,10	0,00	1,41	0,00	2,59	4,80	1,83	6,04	7,23	9,68	17,92	20,14	24,69	40,91	52,15	3,82	5,20	0,38
1987-1990	0,73	1,23	3,24	0,54	0,56	3,10	0,72	0,82	2,60	2,90	5,43	6,98	4,67	8,12	19,57	23,74	42,60	23,61	3,21	4,24	0,31
1991-1994	0,76	3,53	1,73	0,53	0,54	1,12	0,63	0,74	0,00	2,67	2,88	7,17	7,99	12,85	17,03	19,46	36,88	33,88	3,05	4,02	0,30
1995-1998	3,25	2,98	1,33	0,54	1,04	0,00	0,56	0,63	0,75	2,45	0,91	1,92	7,07	8,22	22,78	25,05	46,33	45,76	3,02	3,95	0,27
1999-2002	3,22	0,76	0,00	2,43	0,00	0,00	1,51	1,65	1,88	3,04	0,81	5,62	11,13	5,27	11,67	25,36	37,53	60,98	3,01	4,05	0,24

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Diabetes mellitus. Hombres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,63	0,76	1,76	0,93	3,16	2,65	5,50	9,17	15,50	39,63	84,58	114,76	190,53	196,52	173,77	12,25	18,97	1,40
1979-1982	0,53	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,98	2,92	6,24	11,99	21,17	30,05	60,09	113,11	139,37	221,03	147,19	10,62	16,63	1,24
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,00	0,59	0,70	3,33	0,89	0,99	5,74	8,09	17,29	34,22	76,53	131,39	135,52	218,81	187,90	11,54	17,95	1,40
1987-1990	0,69	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,45	0,00	0,89	6,05	10,48	16,66	25,68	74,75	109,82	209,48	313,83	316,14	12,49	20,43	1,23
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,51	0,00	1,26	0,00	3,34	7,37	6,13	8,60	17,48	58,17	96,90	167,38	287,50	339,20	10,60	17,54	1,00
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,64	1,26	3,78	1,67	3,81	11,41	17,27	50,08	85,37	147,96	233,00	336,66	9,38	15,62	0,88
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,46	0,00	0,47	0,53	3,08	4,53	7,49	10,92	24,48	54,50	94,74	147,28	246,54	495,73	11,06	18,43	1,01

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Diabetes mellitus. Mujeres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,00	1,13	0,00	0,64	0,00	0,00	1,78	0,00	2,54	9,74	6,78	30,62	52,72	104,31	194,82	290,62	328,40	247,70	17,50	27,65	2,03
1979-1982	1,15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,93	1,73	8,80	21,19	64,01	95,98	184,63	253,51	251,41	279,73	15,91	25,13	1,89
1983-1986	0,65	0,00	0,00	0,55	0,00	0,70	1,64	0,00	0,96	0,92	6,91	19,88	48,40	81,31	148,74	298,14	330,23	327,09	15,15	24,73	1,55
1987-1990	0,00	0,61	0,00	0,00	0,00	0,00	1,44	0,82	4,34	0,97	3,62	7,85	27,10	54,51	130,98	242,85	410,05	417,03	12,91	21,89	1,16
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,56	0,00	1,47	0,00	0,89	2,88	9,86	31,95	64,26	121,84	203,41	388,51	514,97	12,92	21,92	1,17
1995-1998	0,81	0,00	0,00	0,00	0,00	0,53	0,56	0,63	0,75	1,63	1,81	7,69	21,21	56,61	95,46	192,54	352,09	549,14	11,64	19,99	0,94
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,50	0,50	1,10	1,10	1,26	4,56	2,43	6,55	15,76	43,88	91,43	139,49	298,18	539,09	10,27	17,60	0,84

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Demencia pre/senil - Enfermedad Alzheimer. Hombres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,80	13,24	39,54	49,13	26,73	1,36	2,38	0,12
1979-1982	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,50	7,28	12,80	19,01	17,45	56,61	1,10	1,87	0,11
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,90	0,00	3,54	5,22	10,60	28,83	72,94	128,56	1,85	3,36	0,10
1987-1990	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,91	0,93	4,11	12,23	22,37	85,45	166,14	266,22	4,13	7,59	0,21
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,71	28,51	53,46	135,49	342,47	685,62	8,81	16,22	0,46
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,11	6,72	21,91	53,36	161,41	498,13	1.009,98	11,27	21,31	0,43
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,99	6,12	19,82	63,95	178,46	394,46	1.068,58	11,26	21,28	0,45

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Demencia pre/senil - Enfermedad Alzheimer. Mujeres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,89	0,00	0,00	2,64	2,82	13,32	34,60	60,03	78,22	1,55	2,78	0,10
1979-1982	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,88	0,00	0,00	4,23	15,78	12,17	39,70	71,30	1,16	2,06	0,10
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,86	0,00	5,38	4,13	12,40	58,87	64,29	222,80	2,65	4,91	0,11
1987-1990	0,00	0,00	0,00	0,00	0,56	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,62	5,61	6,96	34,63	63,91	181,06	346,21	4,55	8,34	0,25
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,79	8,88	23,73	45,85	132,66	297,53	813,12	8,94	16,64	0,40
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,75	0,00	0,00	0,00	6,19	12,78	58,58	189,41	412,31	1.181,21	11,71	22,35	0,39
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,62	0,94	8,35	16,67	55,44	182,61	519,22	1.329,43	13,13	25,06	0,42

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Enfermedad isquémica del corazón. Hombres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,63	1,51	3,52	10,19	16,87	32,69	55,95	110,03	149,84	278,97	451,71	609,14	1.161,16	1.142,30	2.125,38	83,74	131,38	8,61
1979-1982	0,00	0,00	0,00	0,00	1,34	5,77	4,42	14,74	37,95	58,81	96,86	183,15	253,91	406,06	603,95	931,26	1.332,01	1.607,79	78,12	121,46	8,33
1983-1986	1,20	0,00	0,52	0,52	0,59	4,92	4,16	16,87	21,86	57,43	98,01	174,82	298,55	424,41	595,52	951,50	1.198,23	1.928,40	80,33	124,99	8,50
1987-1990	0,69	0,00	0,51	0,00	1,08	4,93	7,26	14,96	31,32	53,48	86,74	139,77	231,14	352,03	587,72	882,03	1.139,93	1.888,52	72,48	113,66	7,56
1991-1994	0,00	0,00	0,54	1,00	0,00	2,19	3,14	14,14	23,36	47,92	72,57	120,40	214,66	377,50	524,60	820,94	1.124,64	2.114,61	68,88	109,15	7,01
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,49	0,51	6,55	10,07	23,45	45,99	59,09	105,81	199,59	338,01	533,56	854,11	1.257,38	1.820,45	65,16	103,95	6,62
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,57	0,92	1,37	3,28	11,03	21,59	33,96	55,77	84,35	170,31	284,40	455,91	776,23	1.144,65	1.982,92	58,45	94,42	5,62

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Enfermedad isquémica del corazón. Mujeres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,64	0,79	1,73	0,89	1,02	3,39	4,43	23,26	40,05	85,68	184,66	339,69	622,77	946,36	1.753,47	39,10	66,25	3,43
1979-1982	0,00	0,00	0,55	1,16	0,68	0,82	3,43	4,77	3,73	6,05	10,56	38,34	102,42	173,60	370,84	559,75	1.002,35	1.689,34	39,19	65,82	3,58
1983-1986	0,65	0,56	0,00	0,00	0,00	0,70	0,82	1,73	2,88	3,67	15,54	31,63	96,80	168,13	312,98	548,81	891,32	1.455,32	35,17	59,16	3,18
1987-1990	0,73	0,00	0,00	0,54	0,00	1,24	0,72	2,45	4,34	4,83	18,10	20,93	67,29	135,70	260,45	514,92	926,62	1.554,02	32,24	55,28	2,59
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,54	0,56	1,25	2,21	4,09	8,89	16,35	29,58	74,56	145,33	279,05	581,94	956,53	1.812,58	35,66	61,39	2,81
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,56	2,51	2,26	3,27	12,70	16,35	63,62	130,56	252,76	485,27	910,33	1.535,87	30,41	52,63	2,42
1999-2002	0,80	0,00	0,00	0,61	0,00	0,00	0,50	2,75	4,40	2,28	11,33	20,60	48,22	95,65	230,52	413,41	769,44	1.490,43	26,98	46,85	2,09

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Enfermedad cerebrovascular. Hombres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumul 0-74
1975-1978	3,56	1,09	1,10	0,00	1,51	0,88	2,78	10,54	11,48	25,68	54,00	85,25	185,45	462,50	918,12	1.822,63	2.622,37	4.210,67	102,01	173,13	8,82
1979-1982	1,59	0,53	2,09	2,25	2,00	3,30	1,77	10,81	9,73	24,06	46,12	82,58	192,31	407,88	821,63	1.662,97	2.914,15	4.483,70	99,43	170,09	8,04
1983-1986	2,41	1,04	1,56	1,05	1,18	2,81	9,16	9,77	5,96	17,23	38,66	69,16	160,49	342,66	754,46	1.510,87	2.557,96	4.410,60	89,91	154,80	7,09
1987-1990	2,75	0,00	0,51	0,52	1,08	2,46	5,81	3,32	14,32	14,13	39,08	60,17	126,35	258,24	553,15	1.149,39	2.284,47	4.176,37	74,98	130,35	5,41
1991-1994	0,72	0,00	0,54	0,50	1,03	1,65	2,51	8,93	12,51	22,12	25,55	57,33	96,16	196,17	452,76	916,58	1.822,26	4.034,35	63,96	111,91	4,39
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,51	0,49	1,02	2,73	3,78	9,08	10,03	21,92	40,46	87,32	175,26	350,82	672,53	1.426,10	3.397,76	51,03	89,49	3,52
1999-2002	0,76	0,71	0,00	1,14	0,00	0,46	0,94	4,73	4,32	9,81	20,81	32,75	77,50	152,61	319,73	665,34	1.366,53	2.632,88	44,56	77,90	3,13

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Enfermedad cerebrovascular. Mujeres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumul 0-74
1975-1978	1,09	1,69	1,73	0,64	1,57	0,87	1,78	6,13	7,63	19,47	32,95	57,71	164,76	317,17	731,01	1.697,61	2.602,49	4.399,97	89,48	155,60	6,73
1979-1982	2,88	0,00	1,11	0,58	2,04	2,45	1,71	7,63	2,80	17,28	23,75	45,40	130,59	307,69	705,39	1.480,49	2.715,94	4.579,86	85,47	149,68	6,26
1983-1986	3,23	0,00	0,55	0,55	1,20	2,82	0,82	5,19	4,80	14,66	20,73	51,50	114,01	260,46	534,55	1.323,61	2.744,09	4.925,34	80,08	142,26	5,08
1987-1990	2,20	0,00	0,54	0,00	0,56	0,62	2,16	2,45	4,34	2,90	23,53	26,16	76,64	187,90	436,59	1.093,74	2.202,04	4.465,34	65,05	117,34	3,83
1991-1994	3,06	0,00	0,58	0,53	0,00	1,69	2,50	2,21	6,54	11,56	12,50	21,52	41,72	102,82	318,35	760,59	1.893,38	3.963,95	51,47	93,74	2,63
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,54	0,00	1,59	2,24	3,14	4,52	5,72	15,43	14,42	46,83	62,09	239,75	602,67	1.447,73	3.454,98	41,53	76,29	1,98
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,49	0,50	1,10	2,51	6,84	9,71	10,30	34,31	64,06	202,31	508,52	1.226,10	3.110,14	35,78	66,05	1,67

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Gripe. Hombres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	4,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,93	1,05	0,00	0,00	0,00	6,46	7,93	7,20	37,52	79,09	196,52	654,99	7,20	12,76	0,33
1979-1982	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,92	0,00	0,00	5,46	6,40	28,51	34,90	169,84	1,65	3,09	0,06
1983-1986	0,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,96	0,00	0,00	0,96	1,18	0,00	10,60	17,30	62,52	128,56	1,56	2,81	0,07
1987-1990	0,00	0,00	0,51	0,00	0,00	0,00	0,73	0,83	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,36	6,10	11,03	27,69	133,11	1,22	2,21	0,05
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,02	0,00	0,00	0,00	0,00	2,66	16,91	93,82	0,63	1,23	0,01
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,96	0,00	2,67	8,97	12,05	68,58	0,58	1,11	0,02
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,99	0,00	8,66	14,09	93,64	0,65	1,29	0,00

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Gripe. Mujeres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	2,73	0,56	0,00	0,64	0,79	0,00	0,89	0,00	0,85	0,00	0,97	1,18	5,27	8,46	24,98	62,28	187,15	534,52	5,90	10,43	0,24
1979-1982	0,00	0,00	0,55	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,82	3,16	26,36	56,24	159,06	1,54	2,93	0,03
1983-1986	1,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,90	0,00	1,38	3,10	11,39	35,07	165,92	1,41	2,54	0,03
1987-1990	0,73	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,16	0,00	10,96	10,65	121,96	0,90	1,65	0,01
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,90	0,00	0,00	1,31	3,54	7,38	44,04	0,35	0,68	0,01
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,88	0,00	0,00	4,70	13,90	68,64	0,50	0,96	0,00
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,97	1,27	12,51	60,98	0,40	0,79	0,00

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Neumonía. Hombres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	31,32	3,00	1,01	2,30	2,78	0,00	0,85	3,88	8,94	10,97	15,93	26,14	48,12	135,75	211,14	469,59	728,78	1.450,99	33,72	52,91	2,51
1979-1982	16,60	2,07	1,52	2,73	1,34	2,41	2,65	5,89	4,87	12,12	19,00	31,00	35,10	60,60	163,04	334,99	607,47	1.294,80	25,95	41,80	1,80
1983-1986	8,42	0,52	0,00	1,57	1,18	0,70	1,67	6,22	6,96	2,87	10,79	17,29	33,04	50,44	146,23	242,20	463,66	1.008,70	19,19	31,61	1,44
1987-1990	4,81	0,58	0,00	0,00	0,54	2,46	2,91	4,99	0,89	4,04	8,58	14,81	13,35	35,34	81,35	190,19	373,82	856,91	13,94	23,65	0,87
1991-1994	4,30	0,00	0,00	0,00	0,00	1,10	3,77	2,98	4,17	2,76	6,13	6,69	11,66	19,39	48,45	90,33	291,73	599,02	9,37	15,73	0,56
1995-1998	3,81	0,00	0,00	0,00	0,00	1,02	0,55	2,52	0,00	2,51	2,86	5,19	7,68	19,82	38,68	94,15	249,07	561,10	7,89	13,60	0,42
1999-2002	3,49	0,00	0,00	0,65	0,00	0,52	0,54	0,60	2,82	6,90	6,66	5,67	9,33	23,79	55,51	140,65	277,84	862,75	11,04	19,23	0,58

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Neumonía. Mujeres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	34,17	2,59	1,59	3,54	1,45	3,18	2,46	1,88	2,34	6,51	6,24	17,34	24,25	57,06	139,39	229,15	529,48	1.235,25	23,57	35,91	1,52
1979-1982	11,02	1,10	2,17	1,11	1,93	1,63	0,86	0,95	1,79	3,46	7,92	7,83	18,79	29,07	77,70	192,99	425,41	950,61	15,13	25,01	0,84
1983-1986	3,23	0,00	0,00	1,10	0,60	0,70	0,82	1,73	1,92	2,75	4,32	6,33	18,28	33,07	43,38	144,32	298,08	701,59	10,53	18,04	0,59
1987-1990	3,66	1,23	1,62	1,08	0,00	0,62	0,00	0,00	0,00	1,93	5,43	5,23	7,48	10,44	45,16	82,17	250,29	668,82	8,38	14,42	0,42
1991-1994	2,29	0,00	0,00	0,53	0,00	0,56	0,00	0,74	0,82	0,00	0,96	2,69	1,78	6,92	17,03	63,68	137,70	453,99	4,83	8,66	0,17
1995-1998	0,81	0,00	0,67	0,00	0,00	0,53	0,56	0,63	0,75	0,82	0,91	0,96	1,77	8,22	15,19	46,96	94,97	351,79	3,77	6,74	0,16
1999-2002	2,76	0,00	0,81	0,69	0,58	0,57	0,00	0,63	0,72	2,61	2,78	3,21	3,18	11,04	28,91	56,54	133,50	479,69	5,73	9,80	0,29

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años EPOC (sin asma). Hombres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	3,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,93	0,00	0,88	3,67	2,04	6,46	15,85	59,39	79,45	100,66	73,70	173,77	7,30	11,20	0,86
1979-1982	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,98	1,95	5,35	11,07	20,11	43,57	111,07	128,05	357,93	575,85	747,28	19,69	33,41	1,61
1983-1986	1,20	0,00	0,00	0,00	0,59	0,00	0,00	1,78	1,99	3,83	16,19	27,86	77,88	139,15	334,85	493,05	864,81	1.236,16	31,99	53,85	3,03
1987-1990	0,69	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,49	2,68	9,08	10,48	24,99	78,07	163,10	359,95	664,28	1.135,31	1.763,73	38,81	66,79	3,26
1991-1994	0,72	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,98	1,67	3,69	13,29	36,31	75,76	160,81	360,87	669,50	1.145,78	1.890,88	39,65	68,55	3,28
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,51	0,00	0,00	0,00	0,63	1,51	2,51	10,48	24,90	57,57	128,32	321,47	681,49	1.108,75	2.219,45	37,88	67,16	2,74
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,53	2,47	3,77	10,82	23,82	50,99	121,89	311,44	547,52	1.127,04	2.076,56	35,32	62,41	2,63

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años EPOC (sin asma). Mujeres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	3,28	0,00	0,00	0,00	0,00	1,73	0,00	0,00	0,85	1,77	1,94	3,53	1,32	5,64	21,65	36,90	45,91	58,67	2,47	3,64	0,21
1979-1982	1,15	0,00	0,00	0,00	0,00	1,63	0,00	0,00	0,93	1,73	0,88	4,04	12,80	36,70	44,19	101,40	231,57	356,52	7,09	12,04	0,52
1983-1986	0,00	0,00	0,55	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,92	2,59	5,42	11,83	27,56	57,33	148,12	303,92	559,37	8,69	15,62	0,53
1987-1990	0,00	0,00	0,00	0,00	0,56	0,00	0,00	0,00	0,87	0,97	0,91	5,23	11,22	31,32	88,82	122,34	263,61	574,40	8,99	15,85	0,70
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,54	0,00	0,00	0,00	0,00	0,89	2,88	7,17	8,88	20,76	51,09	152,12	317,20	596,29	8,62	15,72	0,46
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,75	0,82	0,00	5,77	16,79	16,43	36,88	123,67	252,48	543,42	7,44	13,49	0,39
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,50	0,00	0,00	0,00	0,00	1,52	1,62	1,87	7,42	22,82	41,82	97,65	164,73	463,47	6,22	11,14	0,39

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Asma. Hombres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,63	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,92	1,02	1,29	6,34	16,20	33,11	39,54	79,84	53,47	2,68	4,34	0,30
1979-1982	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,89	0,89	2,77	2,12	9,01	16,39	32,01	28,51	75,62	79,26	2,83	4,57	0,32
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,89	0,00	0,00	0,00	1,80	3,84	7,08	12,18	38,15	46,13	93,77	108,78	3,18	5,35	0,32
1987-1990	0,00	0,00	0,51	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,89	0,00	2,86	1,85	3,08	10,87	8,13	35,83	23,08	83,19	1,82	3,02	0,14
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,83	0,92	1,02	1,91	1,94	2,28	6,68	21,25	21,14	50,52	1,13	1,87	0,08
1995-1998	0,76	0,00	0,00	0,51	0,00	1,02	1,09	1,26	0,00	0,00	0,00	2,07	2,88	7,30	2,67	4,48	8,03	12,47	0,98	1,27	0,10
1999-2002	0,00	0,00	0,66	0,00	0,00	0,46	0,00	0,53	0,00	0,00	1,66	0,99	1,02	0,99	1,18	10,40	10,57	33,05	0,67	1,06	0,04

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Asma. Mujeres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,55	0,00	0,00	0,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,97	1,18	1,32	4,23	8,33	18,45	14,12	58,67	1,11	1,81	0,09
1979-1982	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,73	0,88	1,01	1,28	9,88	20,51	24,34	33,08	54,85	1,63	2,68	0,18
1983-1986	0,65	0,56	0,55	0,55	0,00	0,70	0,00	0,00	0,00	0,00	1,73	5,42	5,38	1,38	15,49	11,39	32,15	47,40	1,67	2,47	0,16
1987-1990	0,00	1,23	0,00	1,08	0,00	0,00	0,82	0,00	0,00	0,00	0,91	3,49	3,74	4,64	4,52	21,91	29,29	55,08	1,47	2,28	0,10
1991-1994	0,00	0,00	1,15	0,53	0,54	0,56	0,00	0,74	0,00	0,89	0,96	0,90	1,78	7,91	9,17	15,92	36,88	47,43	1,49	2,27	0,13
1995-1998	0,00	0,74	0,67	0,00	0,00	0,53	0,00	0,00	0,00	0,82	0,91	1,92	0,88	10,04	7,59	25,05	18,53	25,74	1,31	1,99	0,12
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,50	0,50	0,00	0,63	1,52	1,62	0,94	1,85	2,63	9,73	16,49	29,19	53,67	1,24	2,04	0,10

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Hombres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	1,02	0,00	0,00	0,63	0,76	0,00	2,78	14,76	28,27	44,95	75,39	98,17	131,56	113,38	132,42	179,75	98,26	93,57	27,45	38,30	3,22
1979-1982	0,00	0,00	1,04	0,00	1,34	2,47	7,06	8,84	26,28	57,03	71,95	105,87	142,73	138,39	155,79	136,21	180,32	113,22	29,99	41,68	3,59
1983-1986	1,80	0,52	0,00	0,00	0,59	1,41	6,66	15,10	23,85	52,65	89,02	86,45	142,78	121,76	135,63	138,40	151,08	59,34	28,75	39,57	3,39
1987-1990	0,69	0,00	0,00	0,00	0,54	1,23	4,36	9,14	19,69	37,33	60,05	72,20	105,81	123,68	140,32	137,82	92,30	58,24	23,23	32,36	2,88
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,50	0,00	1,10	3,77	11,16	19,18	22,12	32,71	73,58	99,07	128,88	125,30	143,46	135,30	115,47	21,11	30,00	2,59
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,36	10,70	18,15	25,92	45,74	45,65	88,28	104,32	104,04	152,44	136,58	124,69	19,23	27,45	2,24
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,46	5,16	11,56	16,04	29,43	39,96	54,58	75,46	86,21	84,08	81,43	91,57	55,08	16,78	23,30	2,01

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Mujeres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	1,64	0,00	0,00	0,00	0,00	1,73	3,57	9,19	16,96	19,47	20,35	21,20	27,68	52,16	66,61	71,50	42,37	71,70	10,44	14,43	1,20
1979-1982	0,58	0,00	0,00	0,00	1,36	0,00	4,28	8,59	10,26	12,96	14,07	34,30	25,61	38,11	47,34	44,62	72,78	76,79	8,73	12,32	0,99
1983-1986	0,00	0,56	0,55	0,00	0,60	0,70	4,10	1,73	10,56	9,16	19,00	25,30	16,13	37,21	49,58	36,08	61,37	37,92	7,31	10,30	0,88
1987-1990	0,00	0,00	0,54	0,00	0,00	0,62	2,16	5,71	3,47	5,79	15,39	20,93	33,65	30,16	45,16	52,95	45,27	47,21	6,88	9,84	0,82
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,56	1,88	4,42	7,35	6,22	5,77	18,83	18,64	37,57	45,85	54,83	44,26	50,82	6,09	8,82	0,74
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,53	0,56	0,63	6,78	9,80	3,63	14,42	12,37	22,83	44,48	53,22	39,38	28,60	4,81	7,01	0,58
1999-2002	0,00	0,00	0,00	0,61	0,00	0,00	1,01	0,55	2,51	12,16	7,28	9,36	17,62	15,80	27,23	46,92	39,62	51,23	4,41	6,43	0,47

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Accidentes de tráfico de vehículos a motor. Hombres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	7,62	6,53	4,96	40,08	60,41	44,01	27,78	28,46	37,10	31,19	36,68	43,92	50,72	79,18	50,76	61,11	42,99	93,57	31,75	35,26	2,75
1979-1982	7,96	5,28	10,44	37,20	44,06	32,99	33,56	36,35	37,95	36,53	48,89	34,94	40,57	52,81	46,95	66,52	93,07	45,29	29,94	33,62	2,53
1983-1986	3,61	3,13	5,71	36,70	43,61	33,04	24,98	21,31	19,87	32,54	33,27	44,19	34,22	55,66	48,74	43,25	57,31	49,45	25,03	28,06	2,20
1987-1990	6,87	9,21	6,66	52,64	70,56	56,67	46,48	34,07	25,95	34,31	33,36	37,95	61,64	28,54	30,50	60,64	50,77	74,88	34,06	36,33	2,68
1991-1994	5,02	6,01	5,96	36,85	46,25	39,49	33,26	27,53	26,69	18,43	30,66	34,40	34,00	26,23	50,12	50,48	38,05	28,87	25,17	27,38	2,10
1995-1998	3,81	0,70	3,78	41,62	38,89	28,14	25,64	25,17	23,45	18,39	35,26	23,86	29,75	44,86	46,69	35,87	60,26	49,88	22,63	25,11	1,95
1999-2002	5,34	0,00	6,64	38,14	50,59	38,69	28,15	25,74	22,20	21,89	32,46	36,72	23,46	37,66	35,53	43,32	38,74	49,57	24,44	26,64	2,02

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Accidentes de tráfico de vehículos a motor. Mujeres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	7,10	5,08	4,61	3,20	7,87	3,46	4,46	3,06	4,24	7,97	7,75	4,71	17,14	11,28	28,31	27,68	21,19	19,56	6,80	7,59	0,60
1979-1982	3,46	6,61	2,22	8,12	4,77	10,62	3,43	9,54	6,53	11,23	13,19	10,09	8,96	15,53	20,51	18,25	19,85	16,45	7,74	8,63	0,67
1983-1986	1,29	4,46	2,18	7,14	10,24	5,63	4,10	1,73	3,84	5,50	3,45	3,61	13,98	6,89	9,30	3,80	11,69	23,70	5,10	5,38	0,42
1987-1990	5,86	4,30	4,32	17,27	13,39	10,53	4,33	7,34	6,95	3,86	9,05	10,46	9,35	9,28	9,03	7,30	13,31	3,93	8,20	8,22	0,63
1991-1994	1,53	2,82	4,04	10,51	6,42	5,62	1,88	5,16	4,09	4,44	4,81	11,65	7,99	9,89	9,17	10,61	19,67	27,10	5,52	6,06	0,45
1995-1998	5,68	2,98	2,67	9,25	7,27	5,32	5,03	3,77	3,01	2,45	0,00	1,92	4,42	8,22	6,51	9,39	11,58	17,16	4,78	4,71	0,34
1999-2002	3,22	1,51	2,13	7,28	10,06	5,47	5,55	8,24	5,65	10,64	5,66	6,55	7,42	6,14	10,70	8,88	16,68	7,32	5,88	6,36	0,48

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Envenenamiento accidental. Hombres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,63	0,76	0,88	0,00	1,05	1,77	0,00	2,04	1,29	1,59	1,80	0,00	0,00	6,14	0,00	0,66	0,79	0,06
1979-1982	1,59	0,00	0,00	0,56	1,34	0,00	0,00	0,00	0,00	3,56	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,56	0,51	0,04
1983-1986	0,00	0,52	0,00	0,52	0,00	1,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,96	1,18	1,74	2,12	0,00	5,21	0,00	0,42	0,47	0,04
1987-1990	1,37	0,00	0,51	2,06	7,00	8,01	2,18	1,66	0,89	0,00	0,95	0,00	0,00	1,36	0,00	2,76	0,00	8,32	2,04	1,93	0,13
1991-1994	0,72	0,00	0,54	2,49	9,76	12,61	8,79	2,23	1,67	0,00	1,02	1,91	0,97	1,14	1,67	7,97	4,23	21,65	3,35	3,47	0,23
1995-1998	0,76	0,00	0,63	2,54	5,42	10,23	11,46	8,81	1,51	1,67	0,95	1,04	0,96	2,09	0,00	2,24	0,00	6,23	3,28	3,39	0,24
1999-2002	0,76	0,71	0,00	0,57	2,76	6,37	15,95	6,83	4,93	3,02	0,00	0,00	0,00	0,99	1,18	1,73	7,04	5,51	2,92	3,18	0,22

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Envenenamiento accidental. Mujeres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,64	0,00	0,00	0,00	1,02	0,85	0,00	0,00	0,00	2,64	0,00	0,00	0,00	3,53	0,00	0,29	0,34	0,03
1979-1982	0,58	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,95	0,00	0,00	0,00	0,00	2,56	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,23	0,24	0,02
1983-1986	0,00	0,00	0,55	0,55	0,60	0,70	0,00	0,86	0,00	0,00	0,86	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,92	0,00	0,31	0,32	0,02
1987-1990	0,73	0,00	0,54	0,00	1,12	0,00	2,16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,87	0,00	1,51	0,00	0,00	0,00	0,46	0,46	0,04
1991-1994	0,00	0,00	0,00	1,05	0,54	1,12	0,63	0,00	0,00	0,00	0,96	0,00	0,89	1,98	2,62	0,00	4,92	0,00	0,48	0,55	0,05
1995-1998	0,81	0,00	0,67	1,63	1,56	2,13	0,56	1,88	0,75	0,82	0,00	0,00	0,00	0,00	2,17	4,70	0,00	0,00	0,93	0,92	0,06
1999-2002	0,80	0,00	0,00	0,00	1,51	1,99	1,01	0,55	0,63	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,80	0,00	2,44	0,56	0,56	0,03

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Suicidio. Hombres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,00	0,00	2,20	3,13	3,78	4,40	3,70	6,32	3,53	11,92	17,32	12,92	23,78	18,00	19,86	39,54	6,14	26,73	6,49	8,34	0,65
1979-1982	0,00	0,00	0,52	2,25	3,34	3,30	2,65	4,91	8,76	9,80	17,53	22,23	15,02	12,75	27,74	25,34	17,45	22,64	6,11	8,05	0,65
1983-1986	0,00	0,00	0,52	2,62	11,20	4,92	8,33	4,44	3,97	10,53	7,19	10,57	17,70	12,18	10,60	28,83	62,52	39,56	6,07	7,68	0,52
1987-1990	0,00	0,00	3,07	7,74	10,23	9,24	5,81	4,99	10,74	10,09	8,58	12,96	18,49	29,90	20,34	38,59	60,00	58,24	8,40	10,40	0,76
1991-1994	0,00	0,00	1,62	3,49	11,31	12,07	11,92	10,42	10,84	11,98	18,40	13,38	12,63	25,09	33,41	31,88	33,82	93,82	9,38	11,80	0,88
1995-1998	0,00	0,00	0,00	5,08	13,29	18,42	14,73	23,91	12,10	10,03	20,01	19,71	23,99	21,91	44,02	31,38	56,24	49,88	11,77	14,50	1,14
1999-2002	0,76	0,00	0,66	5,69	7,36	16,38	9,85	16,81	15,42	15,85	20,81	15,88	18,36	23,78	23,68	31,19	49,31	104,65	10,72	13,38	0,96

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**  
**Suicidio. Mujeres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumulada 0-74
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,64	0,00	2,60	1,78	5,11	1,70	4,43	4,85	10,60	11,86	1,41	5,00	6,92	3,53	0,00	2,42	3,09	0,25
1979-1982	0,00	0,00	0,55	0,00	1,36	0,82	1,71	1,91	1,87	4,32	11,44	5,04	6,40	5,65	4,73	14,20	3,31	5,48	2,29	3,04	0,23
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,00	0,60	3,52	3,28	3,46	2,88	3,67	4,32	4,52	1,08	4,13	12,40	7,60	14,61	14,22	2,16	2,82	0,22
1987-1990	0,00	0,00	1,08	1,62	2,23	0,62	0,72	2,45	2,60	2,90	3,62	6,10	6,54	10,44	10,54	3,65	5,33	15,74	2,34	2,96	0,26
1991-1994	0,00	0,00	0,00	2,10	2,68	2,25	1,25	0,74	3,27	1,78	5,77	5,38	9,76	3,95	9,17	5,31	4,92	13,55	2,35	2,92	0,24
1995-1998	0,00	0,00	0,67	0,54	3,63	0,53	2,80	3,14	2,26	5,72	8,17	6,73	7,95	8,22	8,68	10,96	9,27	8,58	2,89	3,71	0,30
1999-2002	0,00	0,00	0,00	1,82	1,51	2,49	2,52	3,30	5,03	3,04	5,66	1,87	8,35	10,53	14,59	12,68	18,77	4,88	2,86	3,65	0,30

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**

**Homicidio. Hombres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumul 0-74
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,00	3,02	1,76	0,93	3,16	0,88	0,92	2,04	2,58	0,00	3,60	4,41	0,00	0,00	0,00	1,14	1,32	0,12
1979-1982	0,00	0,00	0,52	1,69	0,67	0,82	3,53	0,98	4,87	0,89	1,84	2,12	0,00	1,82	4,27	0,00	0,00	0,00	1,25	1,44	0,12
1983-1986	0,00	0,52	0,00	1,57	1,77	1,41	1,67	5,33	0,00	4,79	2,70	2,88	1,18	1,74	2,12	0,00	0,00	0,00	1,55	1,75	0,14
1987-1990	0,00	0,00	0,00	1,03	0,00	2,46	2,91	2,49	0,89	2,02	3,81	0,00	0,00	0,00	4,07	2,76	0,00	0,00	1,09	1,27	0,10
1991-1994	0,72	0,00	0,00	0,00	2,06	2,74	1,26	0,74	0,83	4,61	1,02	0,96	1,94	2,28	0,00	0,00	0,00	21,65	1,26	1,45	0,10
1995-1998	0,00	1,40	0,00	0,00	3,45	4,61	3,27	2,52	0,76	0,84	0,95	2,07	1,92	1,04	0,00	2,24	0,00	12,47	1,55	1,68	0,11
1999-2002	0,76	0,71	0,00	0,00	3,22	3,19	4,69	3,15	2,47	3,02	2,50	2,98	2,04	0,99	3,55	0,00	0,00	0,00	1,90	2,09	0,17

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tasas específicas (promedio anual del cuatrienio) por grupos de edad y sexo, tasas ajustadas y tasa acumulada 0-74 años**

**Homicidio. Mujeres**

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +	Tasa ajust pob mundial	Tasa ajust pob europea	Tasa acumul 0-74
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,73	0,89	0,00	0,00	0,00	0,00	1,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,52	0,27	0,32	0,02
1979-1982	0,58	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,86	0,95	0,00	0,00	0,88	0,00	1,28	0,00	0,00	0,00	0,00	5,48	0,30	0,35	0,02
1983-1986	0,65	0,00	0,00	1,10	0,60	0,00	0,00	0,86	0,00	0,00	1,73	0,00	1,08	0,00	4,65	0,00	2,92	0,00	0,51	0,57	0,05
1987-1990	0,00	0,00	0,54	0,00	1,12	1,24	0,72	0,82	0,87	0,00	0,00	0,87	0,93	1,16	0,00	0,00	2,66	0,00	0,50	0,54	0,04
1991-1994	0,00	0,00	0,00	0,00	1,61	0,00	1,25	0,74	0,00	0,89	0,96	0,90	0,00	0,00	1,31	1,77	2,46	0,00	0,44	0,53	0,04
1995-1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,59	1,12	0,00	0,75	0,82	1,81	0,96	0,00	0,91	1,08	0,00	0,00	2,86	0,48	0,58	0,05
1999-2002	0,00	0,00	0,71	0,61	0,50	0,00	0,00	1,10	0,00	0,76	0,81	0,00	0,00	0,88	0,97	5,07	0,00	0,00	0,41	0,48	0,03

Las tasas específicas y ajustadas son por 100.000 habitantes y la tasa acumulada se expresa en porcentaje

**Tabla 3. Tasas ajustadas truncadas de 0-34, 35-64 y ≥ 65 años ajustadas a la población estándar europea. Región de Murcia, 1975-2002**

**Tuberculosis y efectos tardíos. Tasas ajustadas truncadas pob. europea por 100.000 hab.**

	Hombres			Mujeres		
	0-34	35-64	≥65	0-34	35-64	≥65
1975-1978	0,36	9,65	31,42	0,37	1,36	10,39
1979-1982	0,45	6,32	27,94	0,18	0,92	8,00
1983-1986	0,10	4,52	23,89	0,41	0,50	5,88
1987-1990	0,44	6,58	18,52	0,09	0,87	7,16
1991-1994	0,25	3,43	17,18	0,28	0,31	2,32
1995-1998	0,15	1,49	13,37	0,07	0,25	4,76
1999-2002	0,10	0,78	10,24	0,15	0,15	3,54

**Tuberculosis respiratoria. Tasas ajustadas truncadas pob. europea por 100.000 hab.**

	Hombres			Mujeres		
	0-34	35-64	≥65	0-34	35-64	≥65
1975-1978	0,39	9,50	29,37	0,18	1,18	9,96
1979-1982	0,46	6,10	25,29	0,19	0,61	6,96
1983-1986	0,10	3,72	18,68	0,23	0,17	4,08
1987-1990	0,17	5,50	13,14	0,00	0,58	3,86
1991-1994	0,25	3,28	15,90	0,08	0,31	1,41
1995-1998	0,15	1,17	9,59	0,00	0,11	2,91
1999-2002	0,00	0,41	6,00	0,06	0,13	1,61

**Otras tuberculosis y secuelas. Tasas ajustadas truncadas pob. europea por 100.000 hab.**

	Hombres			Mujeres		
	0-34	35-64	≥65	0-34	35-64	≥65
1975-1978	0,00	0,48	2,50	0,13	0,16	0,67
1979-1982	0,00	0,33	3,02	0,00	0,32	1,02
1983-1986	0,00	0,79	5,21	0,18	0,33	1,79
1987-1990	0,27	1,08	5,38	0,09	0,28	3,30
1991-1994	0,00	0,15	1,29	0,20	0,00	0,90
1995-1998	0,00	0,32	3,79	0,07	0,14	1,85
1999-2002	0,07	0,21	2,28	0,05	0,00	1,15

**Infecciones meningocócicas. Tasas ajustadas truncadas pob. europea por 100.000 hab.**

	Hombres			Mujeres		
	0-34	35-64	≥65	0-34	35-64	≥65
1975-1978	1,56	0,00	0,65	2,15	0,00	1,48
1979-1982	2,10	0,16	1,16	1,36	0,63	0,93
1983-1986	1,71	0,32	0,00	0,34	0,46	0,92
1987-1990	0,33	0,17	0,00	0,75	0,46	0,33
1991-1994	0,23	0,00	0,00	0,60	0,00	0,00
1995-1998	0,41	0,00	0,00	0,21	0,00	0,30
1999-2002	0,62	0,00	0,00	0,30	0,00	0,00

### Hepatitis víricas. Tasas ajustadas truncadas pob. europea por 100.000 hab.

	Hombres			Mujeres		
	0-34	35-64	≥65	0-34	35-64	≥65
1975-1978	0,00	0,53	2,60	0,28	0,00	1,22
1979-1982	0,16	0,39	0,81	0,21	0,39	0,72
1983-1986	0,07	0,33	0,47	0,33	0,14	0,00
1987-1990	0,15	0,66	0,42	0,00	0,41	1,00
1991-1994	0,15	1,30	2,35	0,00	0,63	2,53
1995-1998	0,00	2,41	8,67	0,16	1,36	3,19
1999-2002	0,22	3,24	10,86	0,08	1,01	5,09

### SIDA. Tasas ajustadas truncadas pob. europea por 100.000 hab.

	Hombres			Mujeres		
	0-34	35-64	≥65	0-34	35-64	≥65
1975-1978	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1979-1982	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1983-1986	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1987-1990	2,05	1,90	0,00	0,17	0,00	0,00
1991-1994	10,27	14,59	2,94	1,85	0,46	0,00
1995-1998	9,07	13,27	2,62	2,89	2,60	0,33
1999-2002	2,13	7,88	1,93	0,76	1,45	0,55

### Cáncer de labio, cavidad bucal y faringe. Tasas ajustadas truncadas pob. europea por 100.000 hab.

	Hombres			Mujeres		
	0-34	35-64	≥65	0-34	35-64	≥65
1975-1978	0,11	8,57	38,77	0,00	1,69	5,24
1979-1982	0,00	6,65	27,97	0,08	1,26	4,91
1983-1986	0,33	9,33	23,89	0,00	0,57	4,15
1987-1990	0,18	13,02	31,66	0,00	1,24	4,66
1991-1994	0,24	13,39	30,19	0,00	1,19	7,74
1995-1998	0,00	15,59	29,31	0,08	0,87	6,51
1999-2002	0,13	12,89	34,51	0,07	1,66	7,49

### Cáncer de esófago. Tasas ajustadas truncadas pob. europea por 100.000 hab.

	Hombres			Mujeres		
	0-34	35-64	≥65	0-34	35-64	≥65
1975-1978	0,25	4,65	22,29	0,00	0,68	8,64
1979-1982	0,00	5,72	31,53	0,00	0,65	4,09
1983-1986	0,18	7,13	21,63	0,00	0,97	4,03
1987-1990	0,20	8,70	20,93	0,09	0,42	6,68
1991-1994	0,00	8,53	30,65	0,00	0,44	2,44
1995-1998	0,07	9,19	24,12	0,00	0,37	5,76
1999-2002	0,00	7,65	17,55	0,00	0,84	3,30

**Cáncer de estómago. Tasas ajustadas truncadas pob. europea por 100.000 hab.**

	Hombres			Mujeres		
	0-34	35-64	≥65	0-34	35-64	≥65
1975-1978	0,39	22,67	164,14	0,24	9,23	93,73
1979-1982	0,43	22,61	145,97	0,00	10,07	75,86
1983-1986	0,64	16,19	138,02	0,08	8,50	63,97
1987-1990	0,09	16,28	102,22	0,09	6,65	51,06
1991-1994	0,16	14,74	79,99	0,17	6,47	54,14
1995-1998	0,15	12,54	92,17	0,16	7,50	41,49
1999-2002	0,20	9,45	87,56	0,14	4,80	45,04

**Cáncer de colon. Tasas ajustadas truncadas pob. europea por 100.000 hab.**

	Hombres			Mujeres		
	0-34	35-64	≥65	0-34	35-64	≥65
1975-1978	0,25	4,93	61,15	0,29	6,35	64,81
1979-1982	0,12	6,96	45,87	0,35	5,16	44,00
1983-1986	0,12	6,75	72,11	0,23	5,77	51,31
1987-1990	0,10	9,21	81,73	0,08	7,01	53,37
1991-1994	0,24	11,76	95,75	0,16	7,73	62,12
1995-1998	0,00	11,25	125,41	0,31	8,75	73,08
1999-2002	0,07	11,76	131,16	0,28	8,87	73,02

**Cáncer de recto, rectosigma y ano. Tasas ajustadas truncadas pob. europea por 100.000 hab.**

	Hombres			Mujeres		
	0-34	35-64	≥65	0-34	35-64	≥65
1975-1978	0,24	2,73	37,54	0,11	4,44	16,70
1979-1982	0,36	4,24	37,30	0,11	3,17	20,98
1983-1986	0,21	3,60	41,26	0,00	4,02	19,84
1987-1990	0,20	3,98	39,68	0,00	5,03	24,32
1991-1994	0,00	4,74	40,69	0,08	2,82	23,84
1995-1998	0,15	4,51	51,56	0,00	2,67	22,93
1999-2002	0,06	5,63	43,81	0,07	2,21	23,53

**Cáncer de páncreas. Tasas ajustadas truncadas pob. europea por 100.000 hab.**

	Hombres			Mujeres		
	0-34	35-64	≥65	0-34	35-64	≥65
1975-1978	0,00	7,78	29,45	0,00	4,16	20,22
1979-1982	0,07	6,59	28,25	0,11	3,40	27,97
1983-1986	0,20	4,65	46,36	0,00	3,14	21,03
1987-1990	0,00	7,30	28,39	0,00	2,78	26,97
1991-1994	0,00	7,97	37,63	0,00	3,39	29,41
1995-1998	0,00	8,33	37,95	0,07	3,41	33,73
1999-2002	0,07	10,13	49,40	0,00	3,80	30,23

**Cáncer de laringe. Tasas ajustadas truncadas pob. europea por 100.000 hab.**

	Hombres			Mujeres		
	0-34	35-64	≥65	0-34	35-64	≥65
1975-1978	0,00	13,14	53,90	0,12	0,33	1,35
1979-1982	0,12	14,37	59,15	0,00	0,49	5,17
1983-1986	0,19	15,99	57,03	0,00	0,43	1,90
1987-1990	0,00	16,45	52,17	0,00	0,68	1,78
1991-1994	0,09	12,84	57,31	0,00	0,16	1,03
1995-1998	0,00	10,57	40,18	0,00	0,00	0,30
1999-2002	0,00	11,09	41,73	0,00	0,37	0,55

**Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón. Tasas ajustadas truncadas pob. europea por 100.000 hab.**

	Hombres			Mujeres		
	0-34	35-64	≥65	0-34	35-64	≥65
1975-1978	0,42	44,67	233,07	0,34	6,98	31,97
1979-1982	0,43	55,70	307,17	0,08	5,57	30,88
1983-1986	0,45	67,75	311,84	0,21	5,08	27,37
1987-1990	0,51	68,66	336,08	0,27	6,19	31,03
1991-1994	0,34	67,35	341,63	0,18	4,47	29,35
1995-1998	0,30	70,52	393,07	0,08	4,72	27,29
1999-2002	0,19	68,25	360,71	0,14	9,22	27,21

**Melanoma cutáneo. Tasas ajustadas truncadas pob. europea por 100.000 hab.**

	Hombres			Mujeres		
	0-34	35-64	≥65	0-34	35-64	≥65
1975-1978	0,20	0,59	1,31	0,00	0,66	0,91
1979-1982	0,22	1,49	3,01	0,00	0,98	1,54
1983-1986	0,00	1,28	2,84	0,29	0,58	3,33
1987-1990	0,26	1,49	4,49	0,38	1,13	1,56
1991-1994	0,15	2,10	6,22	0,39	1,57	3,94
1995-1998	0,15	1,67	10,51	0,07	1,24	6,52
1999-2002	0,14	3,55	8,77	0,00	1,79	4,21

**Cáncer de mama. Tasas ajustadas truncadas pob. europea por 100.000 hab.**

	Hombres			Mujeres		
	0-34	35-64	≥65	0-34	35-64	≥65
1975-1978	0,00	0,00	1,22	1,37	26,61	57,40
1979-1982	0,00	0,00	0,58	1,50	30,17	58,44
1983-1986	0,00	0,18	3,31	0,79	32,91	59,14
1987-1990	0,00	0,00	2,73	0,97	36,42	79,04
1991-1994	0,00	0,15	1,59	1,03	35,51	87,54
1995-1998	0,00	0,27	1,18	0,54	35,81	87,41
1999-2002	0,00	0,27	1,52	1,07	31,04	82,11

### Cánceres de útero. Tasas ajustadas truncadas pob. europea por 100.000 hab.

	Hombres			Mujeres		
	0-34	35-64	≥65	0-34	35-64	≥65
1975-1978	-	-	-	0,30	19,78	50,88
1979-1982	-	-	-	0,24	14,06	49,49
1983-1986	-	-	-	0,33	10,05	43,06
1987-1990	-	-	-	0,10	10,74	39,11
1991-1994	-	-	-	0,26	11,53	37,31
1995-1998	-	-	-	0,53	11,44	29,21
1999-2002	-	-	-	0,00	7,78	29,14

### Cáncer de próstata. Tasas ajustadas truncadas pob. europea por 100.000 hab.

	Hombres			Mujeres		
	0-34	35-64	≥65	0-34	35-64	≥65
1975-1978	0,00	4,16	198,85	-	-	-
1979-1982	0,12	4,03	188,37	-	-	-
1983-1986	0,00	4,88	176,01	-	-	-
1987-1990	0,00	4,54	158,99	-	-	-
1991-1994	0,09	4,14	199,65	-	-	-
1995-1998	0,00	6,01	195,07	-	-	-
1999-2002	0,00	4,92	188,60	-	-	-

### Cáncer de vejiga. Tasas ajustadas truncadas pob. europea por 100.000 hab.

	Hombres			Mujeres		
	0-34	35-64	≥65	0-34	35-64	≥65
1975-1978	0,00	6,49	76,44	0,00	0,33	10,47
1979-1982	0,00	6,95	76,06	0,00	0,64	11,36
1983-1986	0,08	7,25	78,28	0,00	1,11	12,17
1987-1990	0,11	7,64	93,03	0,00	1,35	12,89
1991-1994	0,00	8,05	112,76	0,00	0,90	13,39
1995-1998	0,00	8,59	112,17	0,00	0,67	14,65
1999-2002	0,13	8,66	97,72	0,00	1,17	16,79

### Linfomas. Tasas ajustadas truncadas pob. europea por 100.000 hab.

	Hombres			Mujeres		
	0-34	35-64	≥65	0-34	35-64	≥65
1975-1978	1,31	3,93	11,19	0,74	1,91	5,78
1979-1982	1,00	2,62	11,22	0,49	2,19	4,17
1983-1986	0,97	3,32	13,32	0,45	1,85	9,16
1987-1990	0,68	5,50	17,58	0,54	3,19	14,30
1991-1994	0,64	5,84	23,28	0,39	3,69	14,37
1995-1998	0,31	6,90	26,64	0,48	3,78	19,50
1999-2002	0,98	6,30	23,13	0,38	3,29	21,41

**Leucemias. Tasas ajustadas truncadas pob. europea por 100.000 hab.**

	Hombres			Mujeres		
	0-34	35-64	≥65	0-34	35-64	≥65
1975-1978	2,46	3,09	17,11	2,00	3,28	13,14
1979-1982	3,24	4,73	34,77	1,42	3,20	15,72
1983-1986	2,42	4,99	31,36	0,94	5,09	24,96
1987-1990	2,85	6,18	32,78	1,43	3,78	18,62
1991-1994	2,14	4,68	41,00	1,25	3,26	19,29
1995-1998	1,44	5,09	40,65	1,42	2,05	22,13
1999-2002	1,35	4,40	37,11	1,17	3,62	18,67

**Diabetes mellitus. Tasas ajustadas truncadas pob. europea por 100.000 hab.**

	Hombres			Mujeres		
	0-34	35-64	≥65	0-34	35-64	≥65
1975-1978	0,57	11,14	130,36	0,50	14,89	196,28
1979-1982	0,08	11,08	111,51	0,18	13,52	179,63
1983-1986	0,65	9,87	125,28	0,51	10,84	184,10
1987-1990	0,31	8,99	152,49	0,29	6,43	174,89
1991-1994	0,25	6,59	134,98	0,08	6,56	175,72
1995-1998	0,23	5,86	120,18	0,28	4,77	163,56
1999-2002	0,13	7,47	137,10	0,21	4,61	139,51

**Demencia pre/senil - Enfermedad Alzheimer. Tasas ajustadas truncadas pob. europea por 100.000 hab.**

	Hombres			Mujeres		
	0-34	35-64	≥65	0-34	35-64	≥65
1975-1978	0,00	0,00	21,62	0,00	0,50	23,52
1979-1982	0,00	0,19	16,33	0,00	0,16	18,15
1983-1986	0,00	0,62	28,35	0,00	0,84	41,69
1987-1990	0,00	1,01	65,39	0,08	1,12	71,53
1991-1994	0,00	1,25	143,05	0,00	1,41	146,22
1995-1998	0,00	1,34	188,97	0,00	0,93	199,93
1999-2002	0,00	0,90	182,55	0,00	1,44	213,61

**Enfermedad isquémica del corazón. Tasas ajustadas truncadas pob. europea por 100.000 hab.**

	Hombres			Mujeres		
	0-34	35-64	≥65	0-34	35-64	≥65
1975-1978	1,95	85,65	736,60	0,50	20,12	455,42
1979-1982	1,54	95,05	725,53	0,93	22,63	494,24
1983-1986	1,69	100,02	773,99	0,39	21,55	459,61
1987-1990	2,04	84,61	723,98	0,47	17,18	439,51
1991-1994	0,96	74,40	724,09	0,33	19,77	486,50
1995-1998	1,06	66,74	703,52	0,08	14,39	427,03
1999-2002	0,91	60,26	693,32	0,30	13,88	401,48

**Enfermedad cerebrovascular. Tasas ajustadas truncadas pob. europea por 100.000 hab.**

	Hombres			Mujeres		
	0-34	35-64	≥65	0-34	35-64	≥65
1975-1978	1,60	55,15	1.371,15	1,34	41,88	1.259,95
1979-1982	1,93	53,64	1.347,29	1,57	32,96	1.236,70
1983-1986	2,74	44,07	1.238,58	1,35	30,68	1.178,38
1987-1990	1,89	38,17	1.041,10	0,90	19,81	992,38
1991-1994	0,99	33,55	893,88	1,23	14,55	794,99
1995-1998	0,67	25,46	720,22	0,61	13,39	643,24
1999-2002	0,58	22,07	626,68	0,28	9,59	564,62

**Gripe. Tasas ajustadas truncadas pob. europea por 100.000 hab.**

	Hombres			Mujeres		
	0-34	35-64	≥65	0-34	35-64	≥65
1975-1978	0,76	2,14	101,65	0,82	1,15	84,33
1979-1982	0,00	0,17	27,40	0,08	0,00	26,18
1983-1986	0,10	0,47	23,41	0,21	0,14	21,69
1987-1990	0,17	0,15	18,78	0,12	0,00	14,47
1991-1994	0,00	0,18	10,55	0,00	0,14	5,68
1995-1998	0,00	0,12	9,69	0,00	0,11	8,36
1999-2002	0,00	0,00	11,49	0,00	0,00	7,03

**Neumonía. Tasas ajustadas truncadas pob. europea por 100.000 hab.**

	Hombres			Mujeres		
	0-34	35-64	≥65	0-34	35-64	≥65
1975-1978	6,40	17,32	390,49	7,54	8,82	260,86
1979-1982	4,44	16,79	300,34	3,00	6,15	191,94
1983-1986	2,14	11,71	236,11	0,97	5,24	140,98
1987-1990	1,68	7,31	181,50	1,22	3,08	114,61
1991-1994	1,37	5,40	117,66	0,52	1,09	72,53
1995-1998	0,83	3,20	108,53	0,38	0,93	56,28
1999-2002	0,80	5,12	153,05	0,81	2,11	77,92

**EPOC (sin asma). Tasas ajustadas truncadas pob. europea por 100.000 hab.**

	Hombres			Mujeres		
	0-34	35-64	≥65	0-34	35-64	≥65
1975-1978	0,60	4,11	82,13	0,75	1,50	23,61
1979-1982	0,00	12,10	260,25	0,41	2,89	97,14
1983-1986	0,27	18,54	422,56	0,08	2,98	131,07
1987-1990	0,11	18,30	541,81	0,08	2,73	134,04
1991-1994	0,11	19,18	554,68	0,07	2,92	132,19
1995-1998	0,07	13,93	560,81	0,00	3,32	110,87
1999-2002	0,00	13,39	521,29	0,07	1,81	94,79

**Asma. Tasas ajustadas truncadas pob. europea por 100.000 hab.**

	Hombres			Mujeres		
	0-34	35-64	≥65	0-34	35-64	≥65
1975-1978	0,12	1,84	46,36	0,24	0,71	18,66
1979-1982	0,00	2,32	35,89	0,00	0,79	22,91
1983-1986	0,00	1,98	41,63	0,43	1,83	14,03
1987-1990	0,07	1,35	22,35	0,32	1,32	14,57
1991-1994	0,07	1,04	13,03	0,39	0,83	15,94
1995-1998	0,49	0,91	6,06	0,27	0,72	14,30
1999-2002	0,16	0,71	6,82	0,15	1,10	14,76

**Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Tasas ajustadas truncadas pob. europea por 100.000 hab.**

	Hombres			Mujeres		
	0-34	35-64	≥65	0-34	35-64	≥65
1975-1978	0,74	61,29	127,46	1,00	18,65	60,50
1979-1982	1,67	64,04	144,26	0,88	16,79	48,48
1983-1986	1,57	64,02	125,56	0,91	13,22	42,64
1987-1990	0,97	47,33	121,99	0,47	12,98	41,32
1991-1994	0,75	39,31	129,92	0,34	9,55	44,78
1995-1998	0,61	36,38	117,78	0,15	7,55	36,29
1999-2002	0,75	34,01	79,01	0,22	7,42	28,72

**Accidentes de tráfico de vehículos a motor. Tasas ajustadas truncadas pob. europea por 100.000 hab.**

	Hombres			Mujeres		
	0-34	35-64	≥65	0-34	35-64	≥65
1975-1978	27,26	37,64	66,94	5,21	7,14	20,80
1979-1982	24,23	39,36	56,85	5,57	10,01	17,93
1983-1986	21,18	30,39	51,10	4,93	4,96	8,95
1987-1990	35,01	36,66	41,15	8,52	7,69	8,73
1991-1994	24,30	28,20	38,47	4,63	6,14	12,28
1995-1998	20,04	25,84	45,58	5,46	2,52	9,08
1999-2002	23,76	27,25	39,62	5,04	7,44	9,02

**Envenenamiento accidental. Tasas ajustadas truncadas pob. europea por 100.000 hab.**

	Hombres			Mujeres		
	0-34	35-64	≥65	0-34	35-64	≥65
1975-1978	0,32	1,27	1,21	0,09	0,67	0,32
1979-1982	0,52	0,64	0,00	0,09	0,50	0,00
1983-1986	0,34	0,30	1,68	0,34	0,31	0,27
1987-1990	2,99	0,63	1,75	0,65	0,24	0,41
1991-1994	4,90	1,30	4,67	0,47	0,29	1,88
1995-1998	4,36	2,61	1,73	1,05	0,62	1,45
1999-2002	3,29	2,29	1,85	0,66	0,18	0,79

**Suicidio. Tasas ajustadas truncadas pob. europea por 100.000 hab.**

	Hombres			Mujeres		
	0-34	35-64	≥65	0-34	35-64	≥65
1975-1978	2,41	12,05	22,14	0,70	6,04	3,45
1979-1982	1,69	12,71	20,45	0,62	5,10	6,72
1983-1986	3,86	8,59	21,84	1,04	3,40	8,89
1987-1990	5,05	10,54	34,18	0,88	3,85	9,25
1991-1994	5,66	12,95	35,64	1,16	4,15	6,58
1995-1998	7,21	17,97	35,32	1,14	5,52	8,97
1999-2002	5,64	16,92	34,29	1,15	4,35	12,09

**Homicidio. Tasas ajustadas truncadas pob. europea por 100.000 hab.**

	Hombres			Mujeres		
	0-34	35-64	≥65	0-34	35-64	≥65
1975-1978	0,80	1,65	2,51	0,37	0,18	0,59
1979-1982	1,01	1,87	1,83	0,21	0,49	0,50
1983-1986	0,97	2,89	1,21	0,34	0,60	1,53
1987-1990	0,90	1,65	1,61	0,51	0,56	0,66
1991-1994	0,96	1,69	2,80	0,40	0,60	0,90
1995-1998	1,78	1,47	1,92	0,38	0,76	0,89
1999-2002	1,87	2,87	1,40	0,27	0,51	1,59

**Tabla 4. Tendencia relativa anual\* de la mortalidad según causa y sexo, ajustada por edad y periodo. Región de Murcia, 1975-2002**

Causas	Riesgo Relativo e intervalo de confianza al 95%		% Cambio	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1 Tuberculosis y efectos tardíos	0,941 (0,931-0,952)	0,948 (0,929-0,966)	-5,877*	-5,241*
1a Tuberculosis respiratoria	0,929 (0,917-0,941)	0,925 (0,902-0,948)	-7,093*	-7,526*
1b Otras tuberculosis y secuelas	0,978 (0,950-1,007)	0,988 (0,954-1,022)	-2,183	-1,237
2 Infecciones meningocócicas	0,927 (0,899-0,956)	0,912 (0,882-0,942)	-7,283*	-8,844*
3 Hepatitis víricas	1,118 (1,087-1,149)	1,085 (1,051-1,121)	11,756*	8,528*
4 SIDA	1,106 (1,092-1,120)	1,153 (1,113-1,194)	10,584*	15,277*
5 Cáncer labio-cavidad bucal-faringe	1,014 (1,006-1,023)	1,010 (0,992-1,029)	1,443*	1,041
6 Cáncer de esófago	1,003 (0,994-1,013)	0,978 (0,958-0,999)	0,319	-2,160*
7 Cáncer de estómago	0,969 (0,964-0,974)	0,971 (0,965-0,977)	-3,126*	-2,920*
8 Cáncer de colon	1,039 (1,032-1,045)	1,018 (1,011-1,024)	3,855*	1,767*
9 Cáncer de recto-rectosigma-ano	1,012 (1,003-1,021)	1,002 (0,992-1,012)	1,159*	0,202
10 Cáncer de páncreas	1,018 (1,009-1,027)	1,012 (1,003-1,022)	1,798*	1,231*
11 Cáncer de laringe	0,985 (0,978-0,992)	0,935 (0,903-0,969)	-1,497*	-6,473*
12 Cáncer tráquea-bronquios-pulmón	1,014 (1,011-1,017)	0,999 (0,990-1,007)	1,387*	-0,140
13 Melanoma cutáneo	1,052 (1,031-1,074)	1,043 (1,020-1,067)	5,217*	4,337*
14 Cáncer de mama	—	1,012 (1,008-1,017)	—	1,221*
15 Cánceres de útero	—	0,973 (0,967-0,980)	—	-2,669*
16 Cáncer de próstata	1,000 (0,995-1,004)	—	-0,032	—
17 Cáncer de vejiga	1,013 (1,007-1,020)	1,018 (1,004-1,032)	1,336*	1,757*
18 Linfomas	1,027 (1,016-1,038)	1,043 (1,030-1,056)	2,662*	4,273*
19 Leucemias	1,006 (0,997-1,014)	1,003 (0,993-1,012)	0,582	0,263
20 Diabetes mellitus	0,995 (0,990-1,000)	0,985 (0,981-0,989)	-0,518	-1,508*
21 Demencia pre/senil-Enfermedad Alzheimer	1,097 (1,088-1,106)	1,102 (1,095-1,108)	9,684*	10,157*
22 Enfermedad isquémica del corazón	0,992 (0,990-0,994)	0,993 (0,991-0,996)	-0,783*	-0,682*
23 Enfermedad cerebrovascular	0,963 (0,961-0,965)	0,963 (0,961-0,965)	-3,695*	-3,700*
24 Gripe	0,893 (0,879-0,907)	0,885 (0,874-0,897)	-10,689*	-11,459*
25 Neumonía <sup>◊</sup>	0,944 (0,940-0,949)	0,936 (0,932-0,940)	-5,570*	-6,401*
26 EPOC (sin asma)	1,035 (1,031-1,038)	1,012 (1,007-1,017)	3,454*	1,175*
27 Asma	0,926 (0,914-0,939)	0,991 (0,979-1,003)	-7,383*	-0,868
28 Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	0,976 (0,973-0,980)	0,969 (0,963-0,975)	-2,362*	-3,120*
29 Accidentes de tráfico de vehículos a motor	0,988 (0,984-0,992)	0,986 (0,979-0,994)	-1,185*	-1,380*
30 Envenenamiento accidental	1,070 (1,053-1,088)	1,045 (1,014-1,076)	7,039*	4,471*
31 Suicidio	1,028 (1,021-1,035)	1,013 (1,002-1,025)	2,778*	1,343*
32 Homicidio	1,017 (1,000-1,035)	1,016 (0,987-1,047)	1,721*	1,633

\* Tendencia relativa anual estadísticamente significativa ajustada por edad y periodo.

◊ Incluye la legionelosis en el periodo de la CIE-10.

N.- La posible diferencia con el valor del Cambio Neto se debe al uso de todos los grupos de edad.

**Tabla 5. Tendencia relativa anual (%), sexo y edad de las causas de muerte con análisis**

Causas	Sexo	%	Edad
1 Tuberculosis y efectos tardíos	Ambos	-5,062*	65-84
5 Cáncer de labio-cavidad oral y faringe	Hombre	1,741*	50-79
6 Cáncer del esófago	Hombre	0,703	50-79
7 Cáncer del estómago	Hombre	-3,603*	40-79
8 Cáncer de colon	Hombre	3,878*	55-84
	Mujer	1,711*	60-84
9 Cáncer de recto-sigma-ano	Hombre	0,853	60-84
	Mujer	1,531*	65-84
10 Cáncer de páncreas	Hombre	1,795*	55-84
	Mujer	0,870	60-84
11 Cáncer de laringe	Hombre	-1,603*	45-84
12 Cáncer de pulmón	Hombre	1,298*	40-84
	Mujer	1,139	50-84
14 Cáncer de mama	Mujer	1,047*	30-84
	Mujer	1,241*	45-84
15 Cánceres de útero	Mujer	-2,801*	45-84
16 Cáncer de próstata	Hombre	-0,553	60-84
17 Cáncer de vejiga	Hombre	1,153*	55-84
18 Linfomas	Ambos	3,867*	55-79
19 Leucemias	Ambos	1,049*	55-84
20 Diabetes mellitus	Hombre	-1,068*	55-84
	Mujer	-2,561*	55-84
21 Demencia pre/senil – Enfermedad Alzheimer	Ambos	9,026*	65-84
22 Enfermedad isquémica del corazón	Hombre	-0,966*	30-84
	Mujer	-0,534*	50-84
23 Enfermedad cerebrovascular	Hombre	-4,348*	40-84
	Mujer	-3,989*	50-84
25 Neumonía <sup>◊</sup>	Ambos	-7,135*	55-84
26 EPOC (sin asma)	Hombre	3,158*	60-84
	Mujer	4,085*	70-84
27 Asma	Ambos	-5,239*	65-84
28 Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	Hombre	-2,499*	45-84
	Mujer	-2,167*	45-84
29 Accidentes tráfico vehículos a motor	Ambos	-1,146*	0-84
31 Suicidio	Ambos	2,345*	20-79

\* Tendencia estadísticamente significativa

◊ Incluye a la enfermedad del legionario en el periodo de la CIE-10

