
DESIGUALDADES SOCIALES Y REGIONALES EN LA HOSPITALIZACION DE LA POBLACION

Antoni Navarro, Santi Macià y Gerard Yus

Universidad de Barcelona

RESUMEN. El análisis sociológico de la morbilidad hospitalaria es un elemento fundamental para comprender la estructura social y las desigualdades de la población. El presente artículo analiza la morbilidad hospitalaria de la población española a partir de los datos más recientes del año 1986. Las variables dependientes escogidas son tres: número de ingresos al año, diagnóstico y número de días de estancia, que se intentan explicar por las variables independientes: sexo, edad y provincia de hospitalización. Se ha utilizado como base de datos la *Encuesta de Morbilidad Hospitalaria: Año 1986*, editada por el INE en el año 1988. La información de la encuesta ha estado tratada mediante la elaboración de tablas, gráficas y mapas. El estudio consta de: análisis de recursos, personas hospitalizadas, diagnósticos principales, estancias medias, grupos de edad y conclusiones. Del trabajo realizado se desprende que existe una desigualdad en la población española —agrupada según edad, sexo y provincia— en morbilidad hospitalaria. Las magnitudes de las variables dependientes muestran disparidades que en algunos casos llegan a una proporción de cinco a uno.

El presente artículo* se ha realizado a partir de la *Encuesta de Morbilidad Hospitalaria: Año 1986*, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) a lo largo de 1986 y publicada en 1988. Es una encuesta de ámbito

* El presente artículo se presentó originalmente en el *Tercer Congreso de Sociología* (San Sebastián, 28-30 de septiembre y 1 de octubre de 1989). Agradecemos a Jesús M. de Miguel, que sin su empuje y motivación no hubiera sido posible el presente trabajo. También agradecemos a Josep. A. Rodríguez su colaboración, así como los comentarios de M.^a Josep Iglesias, Carme Rodríguez, Carme Ruiz y Marissa Camprubí que ayudaron en la elaboración de la presente versión.

estatal, que abarca a todos los hospitales que funcionan tanto en el sector privado como en el público, incluidos los hospitales militares. La encuesta toma como unidades básicas de estudio a los hospitales, los enfermos/as y los diagnósticos definitivos. Los *hospitales* son definidos como los centros sanitarios que tienen como finalidad la asistencia médica, quirúrgica o médico-quirúrgica de los enfermos/as ingresados/as. Se considera *enfermo/a* a toda persona ingresada en un hospital para ser atendida, diagnosticada u observada en régimen de internado. No se consideran como tales a los recién nacidos sanos. Se entiende por *diagnóstico definitivo* la afección principal que ha motivado el ingreso del enfermo en el hospital, según la codificación de tres dígitos de la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La muestra se configura mediante un muestreo estratificado en dos etapas de forma que los hospitales son las unidades de la primera etapa y los enfermos/as las unidades de la segunda etapa u objeto del estudio. La estratificación de los hospitales se realiza según 14 finalidades —generales, quirúrgicas, mentales, maternidades, etc.—, dado que el diagnóstico definitivo de los pacientes, que es la característica básica de la encuesta, está en función directa del tipo de asistencia, es decir, de la finalidad. Cada provincia se considera como una subpoblación objeto de estudio, por lo que se obtienen muestras independientes en cada una de ellas. La selección muestral de los enfermos/as se realiza mediante un muestreo sistemático con iniciación aleatoria teniendo en cuenta el volumen de pacientes dados de alta del hospital en el año anterior. La información muestral se recoge mediante cuestionario a partir de los datos del Libro de Registro y del fichero de enfermos de los hospitales en función del riguroso orden de salida de los hospitales. La periodicidad de recogida de información varía de acuerdo con el tamaño de la muestra obtenida de los diferentes hospitales. En hospitales con muestra de 100 pacientes, se visita una vez al año; entre 101 y 200 pacientes, dos veces al año; entre 201 y 400, cada trimestre; entre 401 y 1.200, visitas mensuales; y en muestras de más de 1.200 la visita es quincenal.

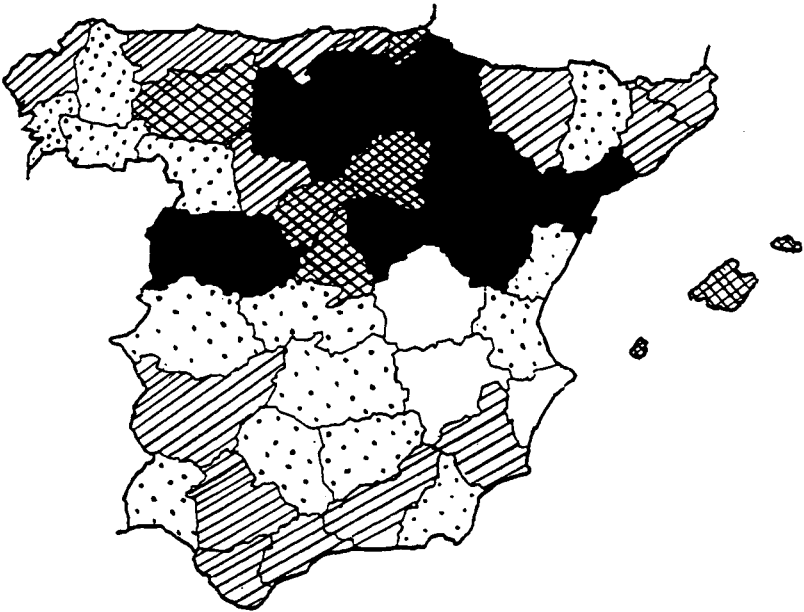
Como resultado, la encuesta se realiza sobre una muestra que abarca el 75 por 100 de todos los hospitales y cerca del 10 por 100 de los enfermos hospitalizados. Siendo el error muestral para el total de la muestra de $\pm 0,39$ por 100 para un nivel de confianza del 95 por 100.

ANALISIS DE RECURSOS

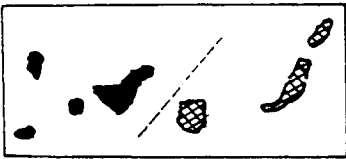
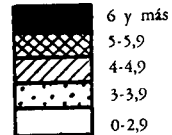
El mapa 1 muestra la distribución provincial de *camas hospitalarias en funcionamiento* en el año 1984, y que viene expresado en tasas por mil habitantes. La media es de 4,67 camas por mil habitantes, pero se observan

MAPA 1

Distribución provincial de camas en funcionamiento en 1984



Camas en funcionamiento por 1.000 habitantes:



FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado: Año 1984* (Madrid: INE, 1987), p. 216.

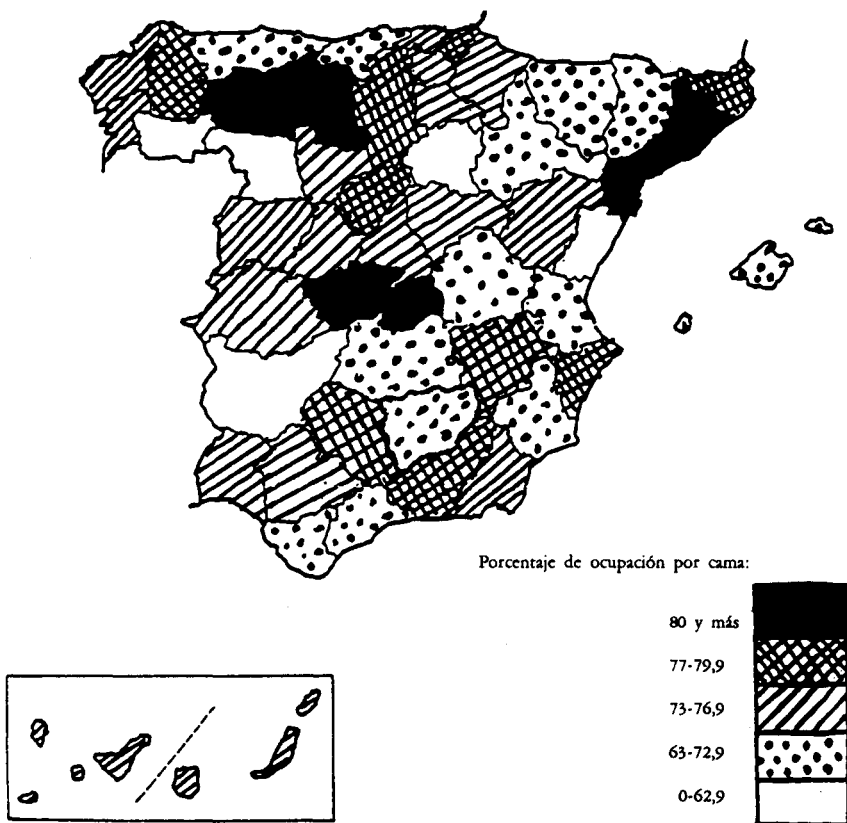
grandes diferencias interprovinciales. La mitad norte concentra más plazas hospitalarias que la mitad sur. La zona de la depresión del río Ebro, Castilla-León y Madrid forman un conglomerado bien dotado en camas, al cual hay que añadir las Baleares y las Canarias. Este área recoge buena parte de la España desarrollada, bien comunicada y urbana, en que destaca el llamado «triángulo industrial», los vértices del cual son Madrid, Bilbao y Barcelona. Por otro lado, Galicia, Castilla-La Mancha, Andalucía Oriental y las provincias de Cáceres, Huelva y Huesca, que tienen características socioeconómicas de signo contrario, son pobres en este tipo de recursos sanitarios.

Se puede pensar que aún habría una mayor disparidad interprovincial en la dotación de camas si diferenciáramos los centros hospitalarios en función del ente del que dependen, es decir, entre centros privados y públicos. Las plazas de la zona bien dotada son en mayor grado de tipo privado y mejor dotadas que las de la zona escasa en camas. Esta distribución geográfica tan dispar repercute en los centros hospitalarios.

El *Grado de Ocupación* hospitalaria provincial es la relación porcentual entre la población media de camas ocupadas y la capacidad total hospitalaria que tienen los hospitales de una provincia. Este indicador señala la cantidad de recursos que no se encuentran plenamente utilizados. La distribu-

MAPA 2

Distribución por provincias del grado de ocupación



FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado: Año 1984* (Madrid: INE, 1987), p. 216.

ción provincial del grado de ocupación hospitalaria se encuentra en el mapa 2. La ocupación media es del 75 por 100 de la capacidad total hospitalaria disponible, con una mínima en Soria del 55 por 100 y una máxima del 83 por 100 en Tarragona.

Las zonas con menor grado de ocupación hospitalaria se encuentran en provincias con poca población (y vieja). Pauta que no viene explicada por la falta de enfermos/as —debido a las propias características de la población—, sino más bien por factores geográficos y de confianza. La mayoría de los pueblos se encuentran alejados de los centros hospitalarios limitando así su acceso, además de una posible automedicación motivada por la desconfianza hacia las instituciones sanitarias.

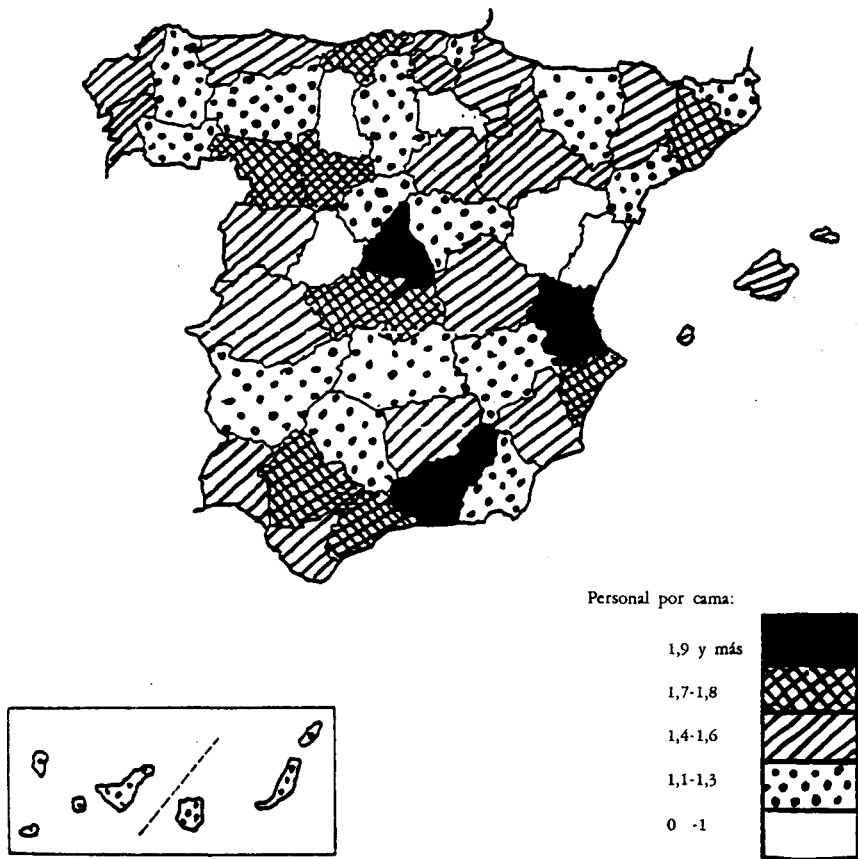
Las provincias con mayor grado de ocupación no siguen una pauta común. La alta ocupación en provincias como Tarragona y Toledo se explica por la localización, en estas provincias, de instituciones sanitarias especializadas en enfermedades mentales de larga estancia. Los grados elevados de ocupación localizados en las provincias del norte vienen explicados por el número de accidentes que se producen, tanto de tráfico como de otro tipo. Hay que destacar Barcelona, con el 80 por 100 de ocupación. Un alto aprovechamiento de los recursos hospitalarios y la concentración urbana —que favorece la masiva asistencia de los enfermos en los hospitales— puede explicar este elevado grado de ocupación en Barcelona.

La relación de personal sanitario por cama y el coste medio por estancia son dos indicadores básicos en el análisis de los recursos. La *relación personal por cama* indica el número de médicos/as, enfermeras/os y personal auxiliar de enfermería que existe por cama en funcionamiento. El mapa 3 muestra la relación personal/cama por provincias, que oscila entre 0,74 en Palencia y 2,13 en Valencia. La media es de 1,58, siendo inferior a 1 en cinco provincias y cercano a 2 en tres —Granada, Madrid y Valencia. Existe una relación desigual de personal por cama a favor de provincias con mayor población y con Facultades de Medicina. El personal médico tiende a concentrarse en provincias con un alto grado de urbanización —donde, además, se localizan Facultades de Medicina y de Enfermería—, debido a que se puede combinar el trabajo del hospital con el de un consultorio médico privado.

El *coste medio por estancia* indica la cantidad de recursos (en miles de pesetas) de media que requiere la estancia de un paciente en un hospital. El mapa 4 muestra la distribución por provincias con una media global de 13.337 ptas. por estancia. Valencia es la provincia con mayor coste medio por estancia (18.795 ptas.), siendo Palencia (4.854 ptas.) donde el coste es menor. Comparando el mapa 3 y el mapa 4, se puede observar que tanto el índice personal por cama como el coste medio por estancia siguen las mismas pautas de distribución. Los dos *ratios* están correlacionadas de tal forma que la variable salario determina la distribución territorial del personal

MAPA 3

Distribución por provincias del personal por cama

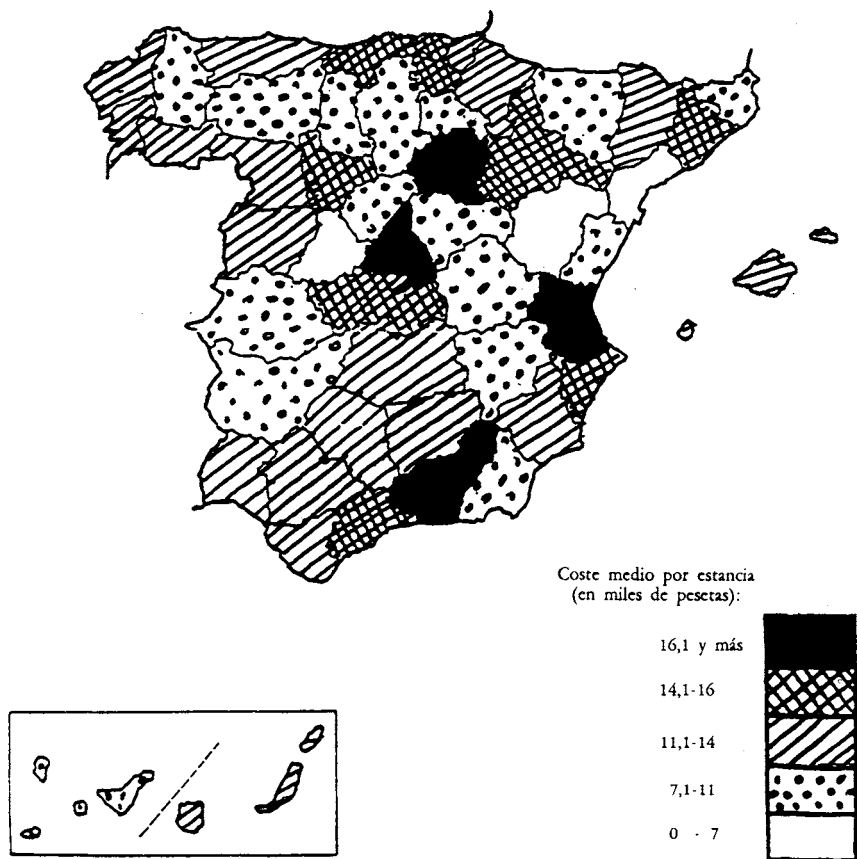


FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado: Año 1984* (Madrid: INE, 1987), p. 217.

sanitario. La especialización de la profesión médica —que es viable en concentraciones urbanas—, y, por tanto, salarios mayores, explica que en provincias más pobladas, con mayor demanda de servicios hospitalarios, el coste medio por estancia sea superior a provincias con menor población.

MAPA 4

Distribución por provincias del coste medio por estancia



FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado: Año 1984* (Madrid: INE, 1987), p. 217.

PERSONAS HOSPITALIZADAS

La tabla 1 recoge el número de personas hospitalizadas, el número de días de estancia y las estancias medias de los siete diagnósticos principales, que representan el 56 por 100 de los pacientes y el 64 por 100 de las estancias totales. Los siete diagnósticos principales están ordenados según el número de pacientes —y no según las estancias—, reflejando así la incidencia social más que el coste económico. Los casos por *reproducción* son casi el

TABLA 1

Población hospitalizada en 1986

<i>Diagnósticos principales</i>	<i>PACIENTES (a)</i>			<i>ESTANCIAS (b)</i>			<i>ESTANCIAS MEDIAS (b)</i>		
	<i>Total</i>	<i>Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>	<i>Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>	<i>Varones</i>	<i>Mujeres</i>
Reproducción	543.339	—	543.339	2.491.338	—	2.491.338	5	—	5
Causas externas	290.388	185.068	105.322	3.273.520	2.010.909	1.262.610	11	11	12
Cardiovasculares	262.918	147.235	115.683	3.630.619	2.022.696	1.607.923	14	14	14
Cáncer	157.761	88.549	69.212	2.631.655	1.528.267	1.103.389	17	17	16
Infecciosas	95.373	54.117	41.194	1.411.003	935.424	475.580	15	17	12
Mentales	82.696	50.401	32.295	10.711.485	5.732.187	4.979.299	130	114	154
Mal definidas	516.728	267.591	261.645	5.021.264	2.772.512	2.248.751	10	10	9
TOTAL diagnósticos principales	1.949.203	793.021	1.168.690	29.170.884	15.001.995	14.168.890	15	19	12
TOTAL todos los diagnósticos	3.487.824	1.603.361	1.884.463	45.624.635	23.869.269	21.755.366	13	15	12

(a) Número de pacientes dados de alta.

(b) Número de días de estancia.

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, *Encuesta de morbilidad hospitalaria: Año 1986* (Madrid: INE, 1988), pp. 3-4.

doble de los casos por *causas externas* o por enfermedades *cardiovasculares*. Con menor número de casos aparecen los diagnósticos de *cáncer*, *enfermedades infecciosas* y las *mentales*. El epígrafe «*mal definidas*» recoge un número muy elevado de casos —más de 500.000—, dato que señala la ineficiencia de las estadísticas sanitarias españolas.

El orden de los diagnósticos según la estancia es diferente al orden según el número de casos. Las causas mentales son el diagnóstico con menor número de casos y con unas estancias totales y medias muy elevadas en relación a los demás diagnósticos, debido a las largas estancias que producen estas enfermedades. En el caso opuesto se encuentran las causas por reproducción, dándose el mayor número de casos pero con las estancias medias más cortas, produciendo así pocas estancias totales en relación a las estancias totales de los demás diagnósticos. El resto de diagnósticos tienen unas estancias medias similares entre sí, con la particularidad de que se aproximan a la estancia media global.

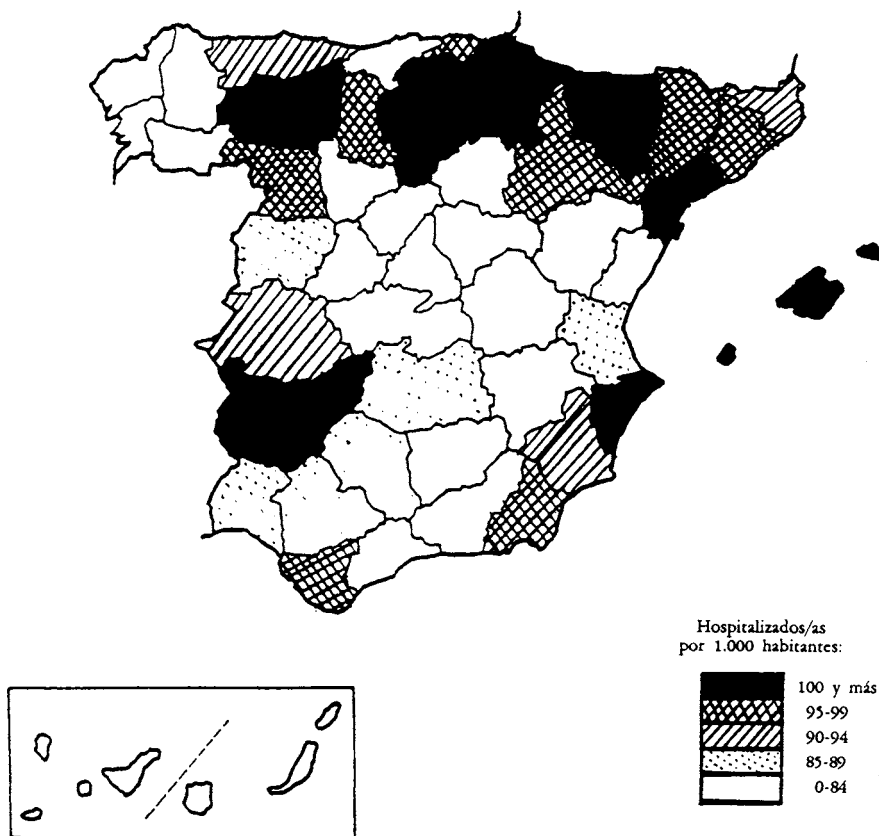
El mapa 5 presenta la distribución provincial de las personas hospitalizadas en 1986 por *todos los diagnósticos*. Viene expresado en tasas, es decir, en personas hospitalizadas por mil habitantes. De media, se hospitalizan 90 personas por mil habitantes cada año. Hay una franja claramente diferenciada en el norte de la península, donde los porcentajes de hospitalizados/as son más altos que la media. Esta franja está formada por León, Palencia, Burgos, País Vasco, Navarra, Aragón, Cataluña y Baleares. La zona interior central tiene valores por debajo de la media y aún más baja en relación al resto de países europeos.

La elevada polarización norte-centro sugiere que ese rasgo se mantiene en la mayoría de diagnósticos. Con los datos actuales no se puede afirmar si la distribución provincial de hospitalizados/as responde a necesidades reales (hay más enfermos/os en el norte), a la proximidad de los recursos (camas y médicos) o a la diferente prevención sanitaria de los habitantes (en función de sus niveles socioeconómicos y culturales). Galicia, con unos índices bajos respecto a la media, y Santander son las únicas excepciones en el área norte. Badajoz y Alicante son las únicas provincias meridionales que están dentro del intervalo de máxima hospitalización. Se observa una pauta de periferia que, seguramente, corresponde a unos diagnósticos determinados y no a otros. El mapa esconde varias pautas de distribución de pacientes que, seguramente, se deben a variables culturales, de recursos, de tipos de pacientes y de diagnósticos.

El *porcentaje de expeliación* es el tanto por ciento de enfermos/as que se hospitalizan fuera de la provincia de residencia. El *porcentaje de atracción* es la relación porcentual entre los enfermos/as no residentes y el total de hospitalizados en una provincia. El mapa 6 recoge la distribución de los dos porcentajes por provincias. El porcentaje medio de expeliación es superior al porcentaje medio de atracción. El porcentaje de pacientes expelidos varía

MAPA 5

Distribución provincial de personas hospitalizadas por todos los diagnósticos en 1986

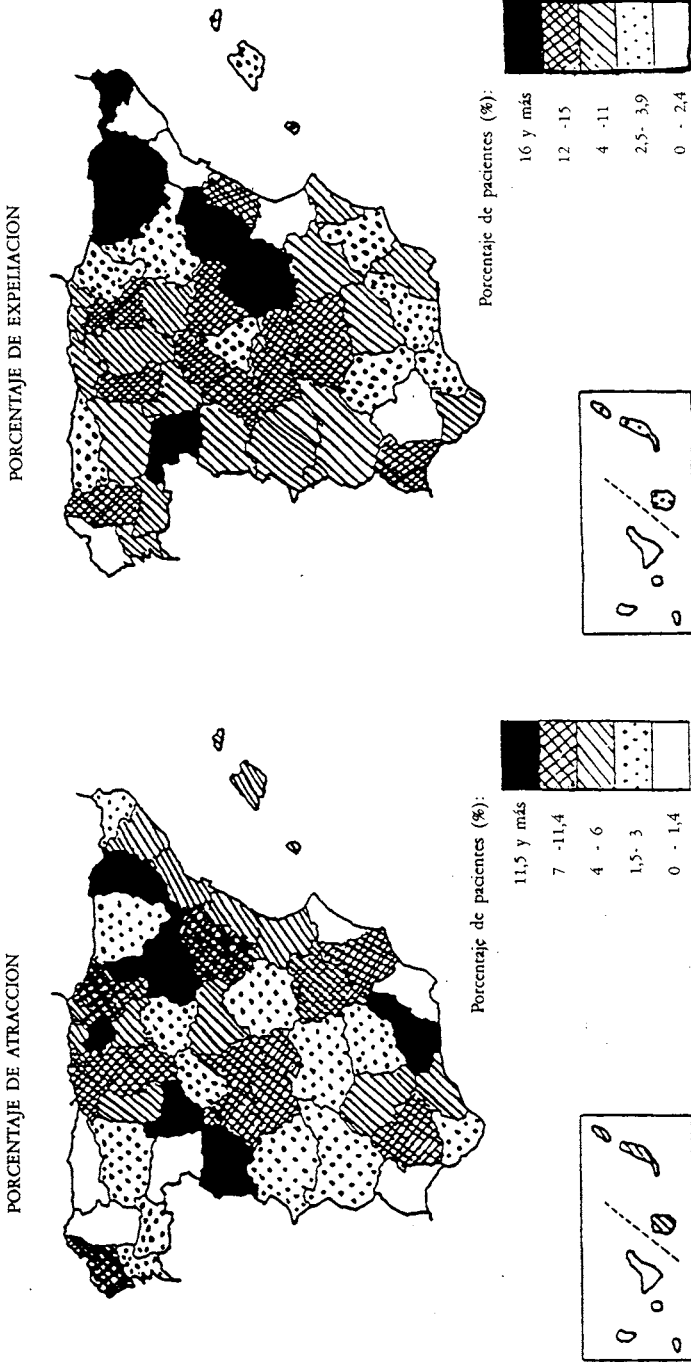


FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, *Encuesta de morbilidad hospitalaria: Año 1986* (Madrid: INE, 1988), pp. 223-224.

desde el 1,9 por 100 en Barcelona hasta más del 25 por 100 en Cuenca, Huesca y Teruel. En el caso de atracción, varía desde menos del 1 por 100 en Tenerife, Asturias y Zamora, hasta el 15 por 100 en Alava. Si se comparan los dos porcentajes se observa que las provincias con alta atracción de enfermos/as tienen también un cierto grado de expeliación. Excepto Lérida, Teruel, Alava y Toledo, los dos mapas se complementan de tal forma que las provincias con menor expeliación son provincias con alta atracción. Las zonas con menor expeliación de enfermos/as —Barcelona, Madrid,

MAPA 6

Distribución por provincias del porcentaje de atracción y expeliación



FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, *Encuesta de morbilidad hospitalaria. Año 1986* (Madrid: INE, 1988), pp. 161, 162, 163, 164, 165, 166.

Valencia y La Coruña— son provincias pobladas y con la mayor concentración de recursos sanitarios. Las provincias con mayor expeliación se localizan en el entorno de provincias con alta atracción. Las provincias que atraen enfermos al mismo tiempo expulsan pacientes hacia provincias de su entorno, en donde se localizan instituciones sanitarias con rechazo social (sanatorios mentales). Zamora y Lérida son excepciones, en el sentido de captar pacientes, debido a la proximidad de los centros hospitalarios por razones geográficas. La distancia, la concentración de recursos sanitarios y el carácter social de las enfermedades explican la movilidad interprovincial de los enfermos/as.

DIAGNOSTICOS PRINCIPALES

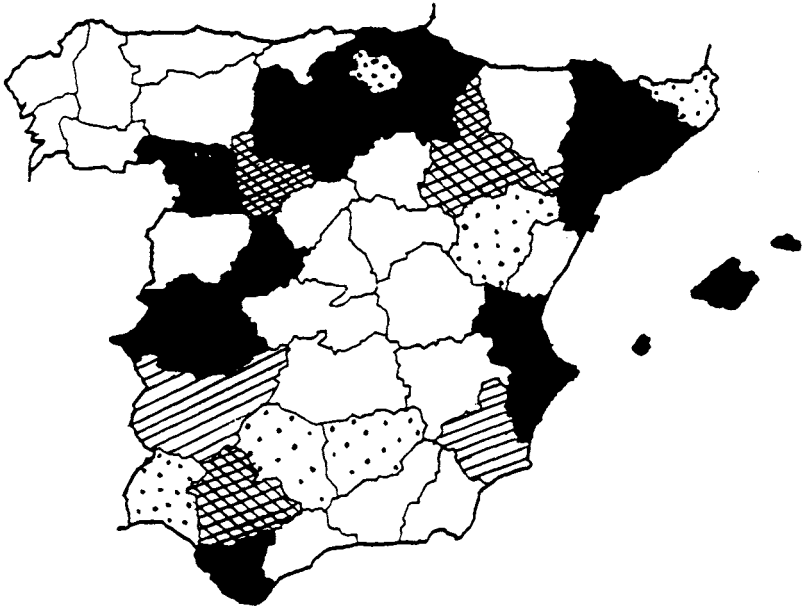
En el mapa 7 viene recogida la distribución provincial de personas ingresadas en los hospitales por *enfermedades mal definidas*. Las enfermedades incluidas bajo este título son tumores no especificados, síntomas, signos y estados morbosos mal definidos, y otros sin indicar el diagnóstico. La unidad de medida es personas hospitalizadas por mil habitantes. Este conjunto de enfermedades, si bien es heterogéneo por propia definición, puede ser útil como índice de ineficiencia hospitalaria. La media estatal es de 1,336 hospitalizados/as por mil habitantes, y los núcleos que muestran unas tasas más elevadas son el País Vasco (con la excepción de Alava); Navarra; La Rioja; la franja formada por Burgos, Palencia, Valladolid, Zamora, Avila y Cáceres; Cataluña; Baleares; Comunidad Valenciana (sin Castellón), y Cádiz.

La semejanza del mapa 7 con el mapa 5 (todos los diagnósticos) hace suponer que donde hay más hospitalización por mil habitantes con diagnósticos mal definidos es, sencillamente, porque hay más hospitalización. Se dan, no obstante, algunas excepciones remarcables. Con alto índice de hospitalización global y bajo índice de hospitalización por causas mal definidas están las provincias de Alava, Huesca y León, que, por lo tanto, serían comparativamente eficientes; y con alto índice de causas mal definidas y escasa hospitalización global, es decir, ineficiente en el aspecto hospitalario, destaca la provincia de Avila.

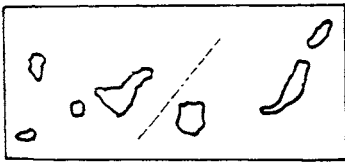
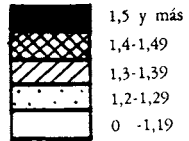
El mapa 8 está compuesto de dos submapas: el primero estudia la distribución provincial en 1986 de las personas (en este caso, mujeres) hospitalizadas por diagnósticos ligados con la reproducción, también por cada mil habitantes. El segundo submapa recoge la distribución provincial de personas nacidas por cada mil habitantes. El diagnóstico de *reproducción* es el más importante cuantitativamente de los siete escogidos como más representativos, ya que la media es de 14 hospitalizadas por mil habitantes. Se observa la polarización sur-norte en las altas hospitalarias debidas al diag-

MAPA 7

*Distribución provincial de personas hospitalizadas por causas mal definidas en 1986**



Hospitalizados/as por 1.000 habitantes:



* Incluye tres apartados: tumores no especificados, síntomas, signos y estados morbosos mal definidos, y otros sin indicar el diagnóstico.

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, *Encuesta de morbilidad hospitalaria: Año 1986* (Madrid: INE, 1988), pp. 223-236.

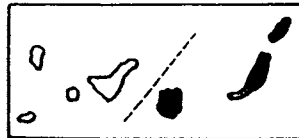
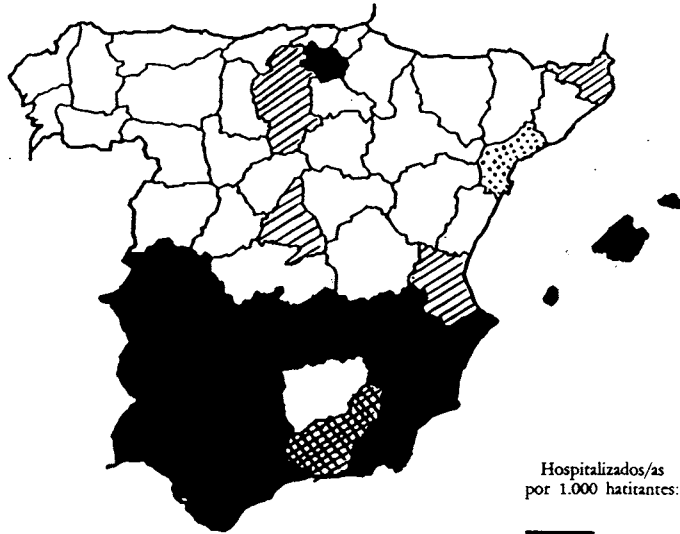
nóstico de reproducción. La mitad sur, excepto Jaén (con 9,81) y Santa Cruz de Tenerife (con 13,6), está por encima de la media. En la mitad norte, sólo Alava está por encima de la media.

Para explicar esta disparidad tan pronunciada puede ser útil el mapa de natalidad provincial, que explica la pauta de ingresos hospitalarios por reproducción. El caso de Jaén, con baja hospitalización pero alta natalidad

MAPA 8

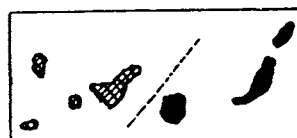
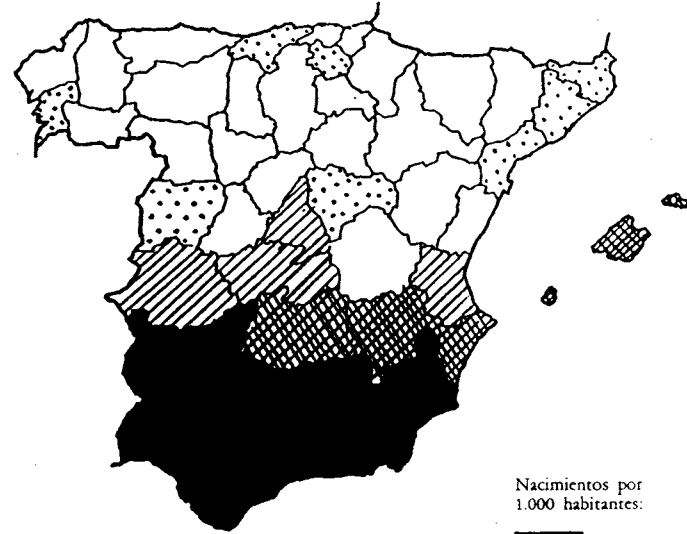
Distribución provincial de personas hospitalizadas por reproducción y de nacimientos en 1986

DISTRIBUCION PROVINCIAL DE PERSONAS HOSPITALIZADAS
POR REPRODUCCION EN 1986



FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, *Encuesta de morbilidad hospitalaria: Año 1986* (Madrid: INE, 1988), pp. 223-236.

DISTRIBUCION PROVINCIAL DE NACIMIENTOS EN 1986



FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, *Anuario estadístico de España: Año 1988* (Madrid: INE, 1988), pp. 549-550.

(13,6 nacidos/as por mil habitantes; la media es de 11,2), es ciertamente extraño. La explicación es difícil de encontrar, pero podría suceder que se tuvieran muchos hijos/as en casa (sin hospitalización) o que se realizase la hospitalización fuera de la provincia. El caso de Alava es igual, pero de signo contrario: su natalidad es de 10,51 nacidos por mil habitantes. La alta tasa de hospitalización de Alava podría responder, análogamente, a una recepción fuerte de pacientes de otras provincias, o a complicaciones en los partos (posible ineficiencia hospitalaria).

En conclusión, esta pauta de hospitalización tan polarizada y, a la vez, tan contraria a la tendencia general norte-sur queda explicada por la distribución provincial de la natalidad, también concentrada en el sur. Esto, por otro lado, se podría relacionar con los niveles de desarrollo de esa zona, claramente inferiores respecto a las regiones septentrionales.

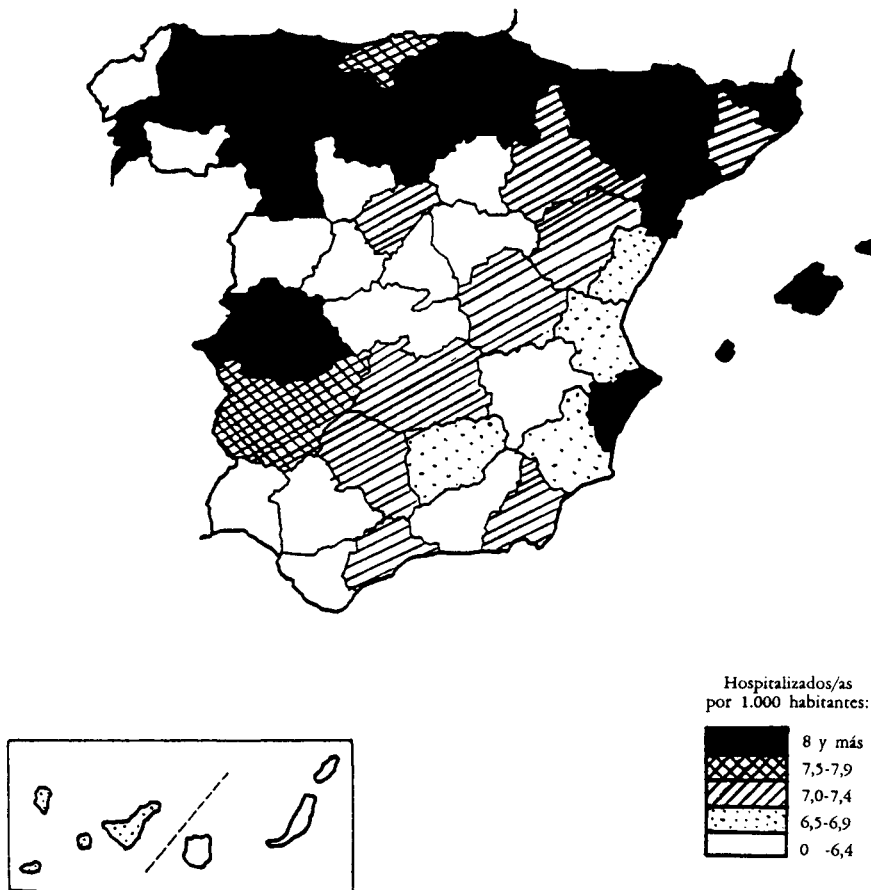
La distribución provincial de personas hospitalizadas en 1986 por *causas externas* (siempre por mil habitantes) viene reflejada en el mapa 9. Las causas externas son el segundo diagnóstico en importancia cuantitativa de los siete tratados en el presente artículo, y de media se hospitalizan 7,5 personas por cada mil habitantes. A grandes rasgos, las causas externas siguen la pauta global norte-sur vista en el mapa de todos los diagnósticos. En la mitad sur de la península sólo destacan Alicante (con 13,09 hospitalizados/as por mil habitantes) y Cáceres (con 8,29).

Se podría apuntar que esta distribución, concentrada en el norte homogéneamente, responde a la dispersión de la población en el área septentrional, donde ha habido históricamente (desde la Reconquista) un régimen de propiedad burgués. Juntamente con ello, la alta densidad de tráfico por carretera y el estado de deterioro de la red viaria (aquí hay, indirectamente, factores climáticos) provocan una incidencia comparativamente mayor en el norte de la morbilidad derivada de fracturas, traumatismos y heridas. La existencia en estas zonas de un sistema industrial con alta siniestralidad laboral (minería, altos hornos y astilleros, por ejemplo) y la mayor presencia de la mujer en el mundo laboral, con la consiguiente disminución de la vigilancia de los hijos/as en casa, son otros determinantes de esa polarización.

El mapa 10 expone la distribución provincial de personas hospitalizadas en 1986 por *enfermedades cardiovasculares* por cada mil habitantes. La media se sitúa en 6,8 hospitalizados/as por cada mil habitantes. También en este diagnóstico se sigue la distribución global norte-sur, aunque presenta una ligera concentración en la parte nororiental: País Vasco, La Rioja, Navarra, Aragón y Cataluña. Hay otro núcleo donde los ingresos hospitalarios son elevados respecto a la media, que está situado en Oviedo, León, Zamora y Salamanca. Entre ambas zonas está Palencia, también por encima de la media pero no en el segmento más elevado, que hace de nexo de unión. Todo el resto, excepto Ciudad Real, las Baleares y Santa Cruz de Tenerife, está por debajo de la media. Esta distribución parece estar determinada por

MAPA 9

Distribución provincial de personas hospitalizadas por causas externas en 1986

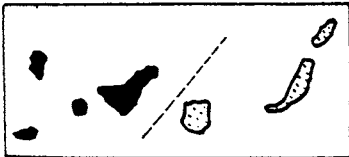
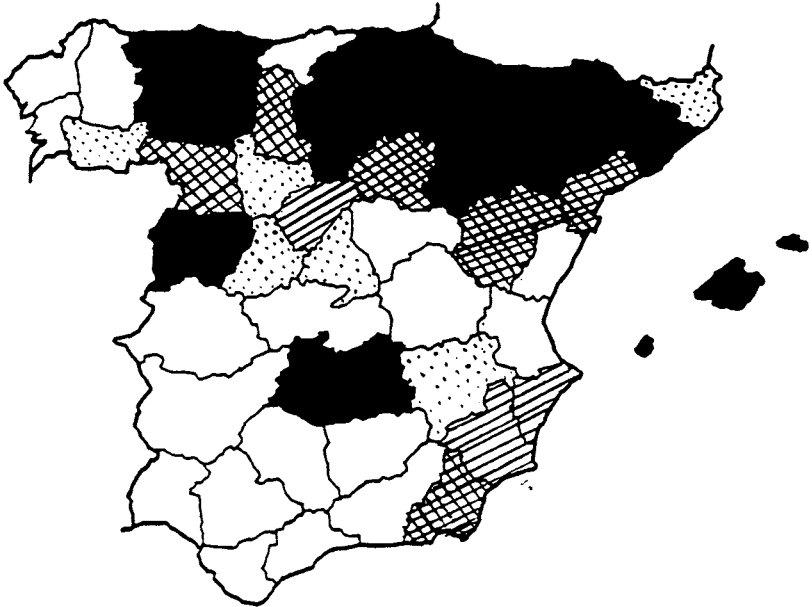


FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, *Encuesta de morbilidad hospitalaria: Año 1986* (Madrid: INE, 1988), pp. 223-236.

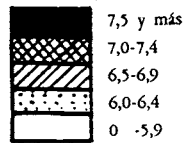
una mezcla de factores climáticos y socioculturales. En las enfermedades cardiovasculares juega un papel importante la prevención, y es un hecho conocido que ésta depende, en gran parte, de la clase social y en especial del nivel de educación propio y del cabeza de familia. Podría ser, por lo tanto, que la mayor hospitalización de las provincias enumeradas no derivase de un mayor número de enfermos/as, sino de una prevención más intensa de la enfermedad.

MAPA 10

Distribución provincial de personas hospitalizadas por enfermedades cardiovasculares en 1986



Hospitalizados/as
por 1.000 habitantes:



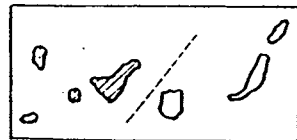
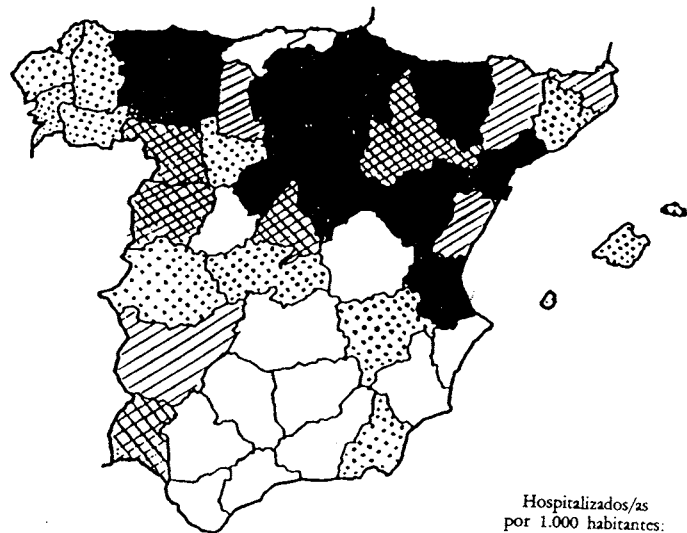
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, *Encuesta de morbilidad hospitalaria: Año 1986* (Madrid: INE, 1988), pp. 223-236.

El mapa 11 es doble: por un lado, presenta la distribución provincial de las personas hospitalizadas por cáncer en 1986 y, por el otro, la de las personas muertas por cáncer en 1984, en ambos casos por cada mil habitantes. La media para las altas hospitalarias es de 4,08 por mil habitantes. La pauta geográfica para el diagnóstico de *cáncer* se acerca mucho a la seguida por el diagnóstico de cardiovascular: sigue la tendencia global norte-sur, pero centrada en la parte oriental.

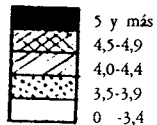
MAPA 11

Distribución provincial de personas hospitalizadas por cáncer en 1986 y de personas muertas por cáncer en 1984

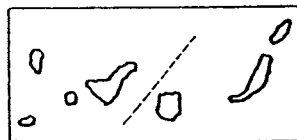
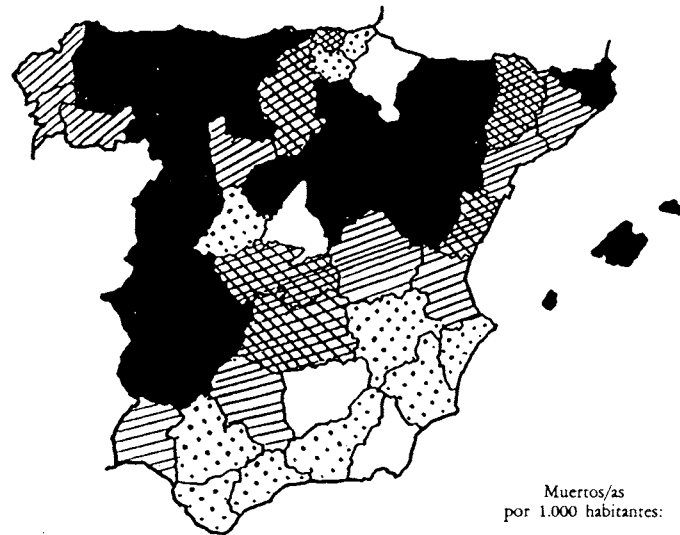
DISTRIBUCION PROVINCIAL DE PERSONAS HOSPITALIZADAS
POR CANCER EN 1986



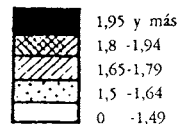
Hospitalizados/as
por 1.000 habitantes:



DISTRIBUCION PROVINCIAL DE PERSONAS MUERTAS
POR CANCER EN 1984



Muertos/as
por 1.000 habitantes:



FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, *Encuesta de morbilidad hospitalaria: Año 1986* (Madrid: INE, 1980), pp. 223-236.

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, *Movimiento natural de la población española: Año 1984. Tomo III. Defunciones según la causa de muerte* (Madrid: INE 198), pp.

En el caso de cáncer, además, el área con tasas más altas incluye toda la depresión del Ebro y abarca también las provincias de Guadalajara, Teruel y Valencia. La Andalucía central y Ciudad Real forman una zona de baja hospitalización.

La comparación con el mapa de muertes por cáncer (a pesar de que son datos de dos años antes) indica que hay muchos enfermos/as por cáncer —y lo demuestra el hecho de que acaban muriendo de cáncer— que no se hospitalizan, especialmente en las zonas menos desarrolladas: Extremadura, Ciudad Real, Toledo, Lugo, Palencia e incluso Santander. También hay provincias, en este caso desarrolladas, que tienen un alto grado de hospitalización por cáncer y poca incidencia de la muerte por cáncer, como Navarra, Guipúzcoa, Alava, Madrid, Tarragona y Valencia. Esto hace suponer que las hospitalizaciones por cáncer, como en el caso de las enfermedades cardiovasculares, tiene mucho que ver con la prevención y, por lo tanto, con otras variables de la estructura social.

El mapa 12 está compuesto de dos submapas: uno de ellos recoge las personas hospitalizadas por enfermedades infecciosas en 1986 y el otro las personas de 65 y más años de edad en 1981, en ambos casos provincialmente y por mil habitantes. La media de personas hospitalizadas por enfermedades infecciosas en 1986 es de 2,46 por mil habitantes. Las enfermedades infecciosas marcan una pauta de hospitalización diferente a la de los demás diagnósticos; siguen una distribución interior acentuada, con pocas excepciones: Baleares, Almería, Guipúzcoa y Navarra son las únicas provincias costeras que ocupan el segmento superior de hospitalizaciones por enfermedades infecciosas. Las enfermedades infecciosas son típicas del pasado (en el siglo XVIII y anteriores eran las predominantes), pero predominan todavía en el interior peninsular (en el llamado «macizo de la raza») con pirámides de edad anchas por la parte superior. Por eso el mapa de viejos/as puede ser significativo para el análisis de este tipo de enfermedades. El litoral resulta tener pocos viejos/as y en el interior parecen acumularse en las dos Castillas y Extremadura. No obstante, la correspondencia entre ambos mapas no es total: la zona vasco-navarra presenta muchos hospitalizados/as y pocas personas de 65 y más años de edad; y Soria, Cuenca, Teruel y Lugo lo contrario.

El mapa 13 presenta la distribución provincial de personas hospitalizadas por enfermedades mentales por cada mil habitantes. La media es de 2,14 personas ingresadas por cada mil habitantes. La pauta norte-sur se conserva a grandes rasgos. En el norte, las excepciones más destacadas son toda la comunidad autónoma gallega y la provincia de Huesca, con tasas situadas en el segmento inferior de la escala. Y en el sur, Murcia, Almería, Huelva y las Canarias presentan valores por encima de la media. Las Baleares también están en el grupo superior (2,6 y más).

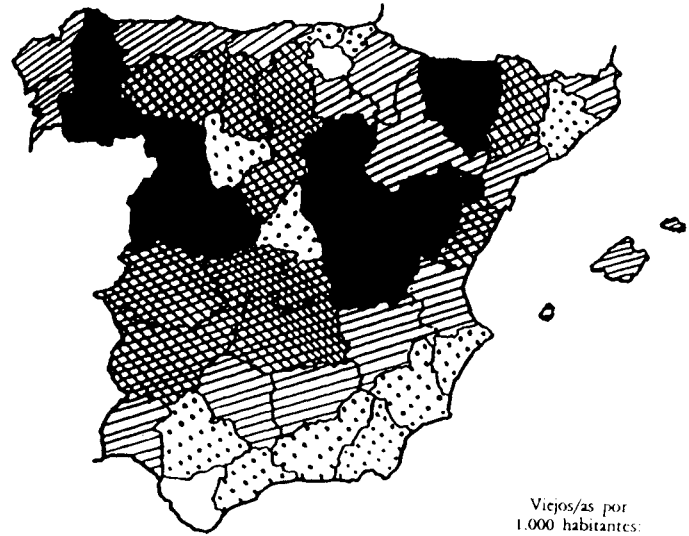
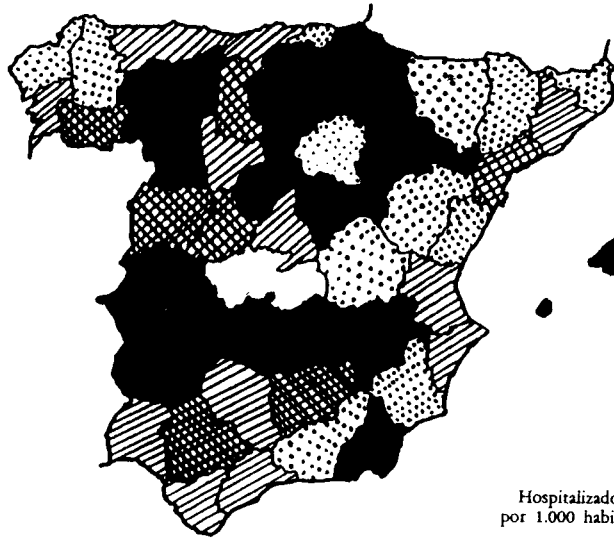
En los diagnósticos mentales se dan dos rasgos diferenciales: uno, que es importante el estudio de las estancias, porque suelen ser enfermos de

MAPA 12

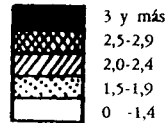
Distribución provincial de personas hospitalizadas por enfermedades infecciosas en 1986 y de personas viejas en 1981

DISTRIBUCION PROVINCIAL DE PERSONAS HOSPITALIZADAS
POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN 1986

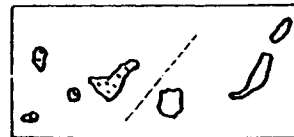
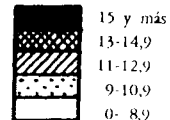
DISTRIBUCION PROVINCIAL DE PERSONAS VIEJAS
(DE 65 Y MÁS AÑOS) EN 1981



Hospitalizados/as
por 1.000 habitantes:



Viejos/as por
1.000 habitantes:

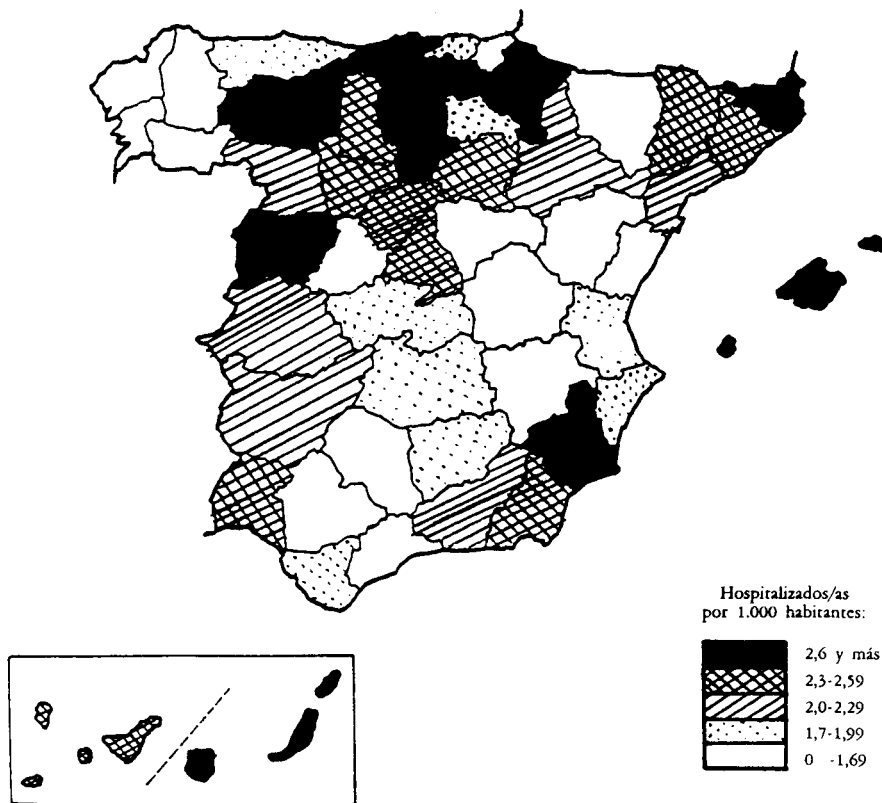


FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, *Encuesta de morbilidad hospitalaria: Año 1986* (Madrid: INE, 1988), pp. 223-236.

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, *Censo de Poblacion de 1981. Tomo I. Volumen I* (Madrid: INE, 1985), p. 226.

MAPA 13

Distribución provincial de personas hospitalizadas por enfermedades mentales en 1986



FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, *Encuesta de morbilidad hospitalaria: Año 1986* (Madrid: INE, 1988), pp. 223-236.

larga duración; y, el otro, que, quizá por eso, se puede dar a menudo el caso de que un enfermo mental residente en una provincia determinada sea ingresado en otra provincia. La pauta geográfica de las enfermedades mentales es opuesta a la de las infecciosas, es decir, que las altas por enfermedades mentales se concentran en puntos de la periferia peninsular: Cataluña, Baleares, Murcia, Huelva, Canarias, Cantabria y Navarra. Hay amplias áreas centrales con valores bajos: Castilla-La Mancha, Aragón y la parte interior de Andalucía. Por lo tanto, y por oposición con las enfermedades infecciosas, podríamos llamar a esta pauta «centrífuga moderna».

ESTANCIAS MEDIAS

La *estancia media* se define como el número de días de media que un/a paciente se encuentra ingresado en un hospital por cualquier enfermedad diagnosticada. El estudio de la estancia media es importante desde el punto de vista sociológico y económico. Esta variable refleja las desigualdades sociales existentes —especialmente en el análisis por sexo o género—, tanto en el tratamiento de los/as pacientes como en el acceso a los hospitales. El mapa 14 recoge la distribución provincial de la estancia media total y por género (varones y mujeres). La estancia media global es de 13 días, con un máximo de 28 días en Segovia y un mínimo de 8 en las Baleares. La estancia media total se encuentra influida en gran medida por las estancias por causas mentales, de tal forma que ese factor explica las estancias medias más largas. Las estancias por enfermedades cardiovasculares y por causas externas provocan estancias medias largas en provincias del centro y noroeste.

Las estancias medias de los varones es superior en 3 días al de las mujeres. Esta pauta se explica por la mayor asistencia de los varones en los hospitales como consecuencia de una mayor participación en la vida social, de tal forma que en provincias muy pobladas con grandes centros urbanos —en donde las desigualdades sociales entre varones y mujeres se reducen— las diferencias en las estancias medias por género también son menores.

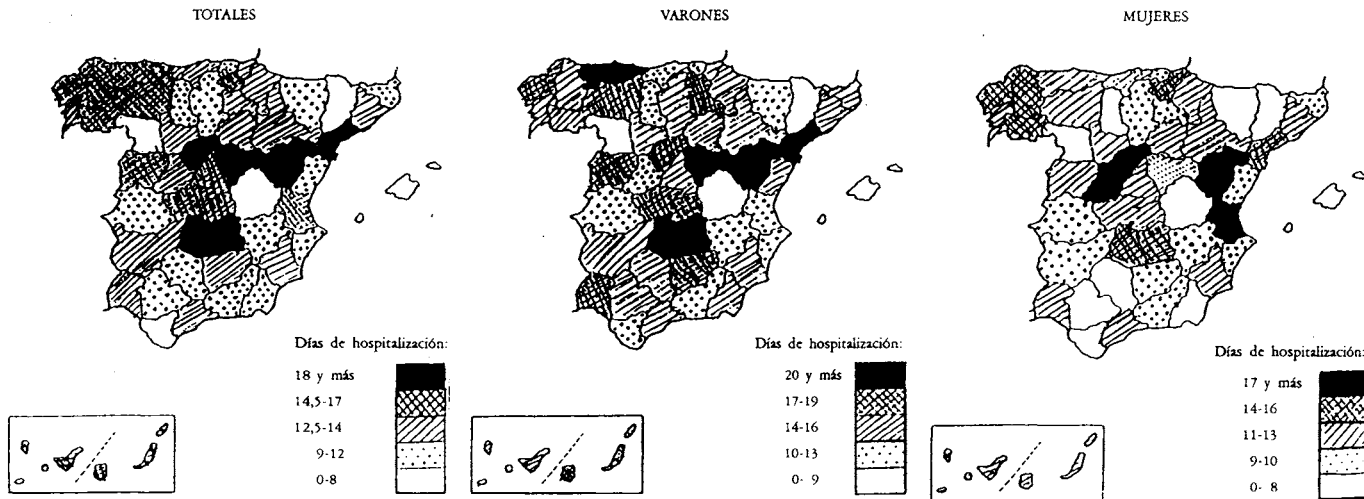
El análisis de la distribución provincial de la estancia media según los diagnósticos más importantes explica las diferencias provinciales. La distribución por enfermedades mentales es la que más influye en la distribución total por tener la estancia media más larga.

El mapa 15 muestra la distribución provincial de la estancia media, total y por género, de pacientes que se les ha diagnosticado alguna *enfermedad mental*, tales como: psicosis, trastornos neuróticos y de la personalidad, síndrome de la dependencia del alcohol, adicción a las drogas y «otros». La estancia media total superior a un año se encuentra concentrada en sólo cuatro provincias: Valencia y Ciudad Real, con una estancia inferior a un año y medio; Teruel y Segovia, con una estancia media superior a tres años. A excepción de Valencia, son provincias con poca población y con pocos núcleos urbanos grandes. Las provincias con una estancia media inferior a un año y superior a seis meses tienden a localizarse en el entorno de provincias con mucha población. Las provincias más pobladas tienen una estancia inferior a la media (130 días), hecho que indica una expeliación de los/as pacientes mentales de más larga curación hacia otras provincias.

Los diferentes diagnósticos que conforman las enfermedades mentales se encuentran relacionados con la estancia media y el tipo de institución en donde se hospitalizan, de tal forma que para los diagnósticos de psicosis y «otros» corresponden estancias medias muy largas. Diagnósticos como los trastornos neuróticos y de la personalidad, síndrome de dependencia del

MAPA 14

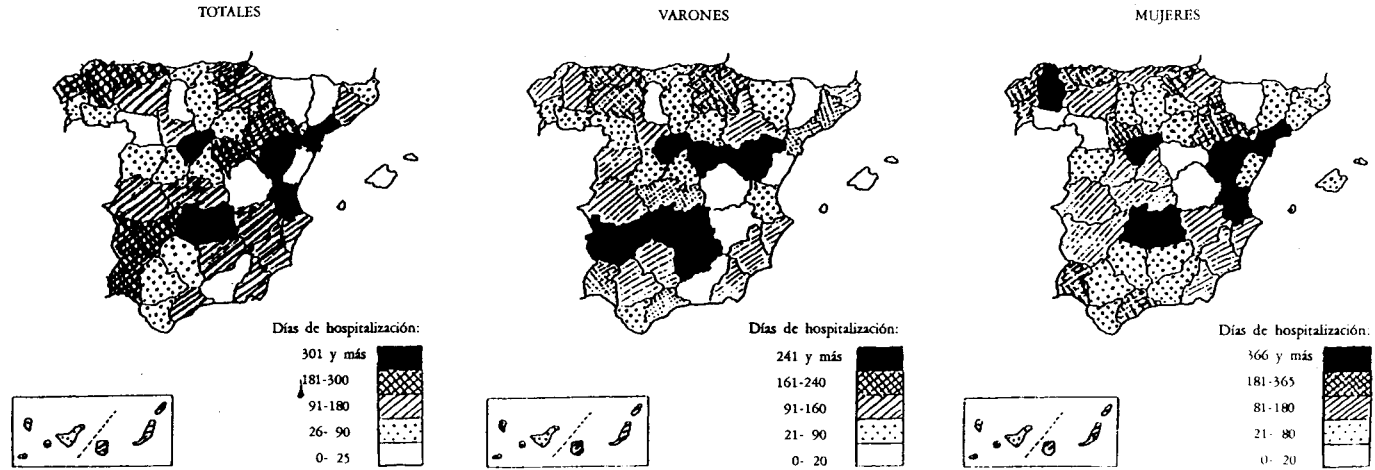
Distribución por provincias de la estancia media en 1986



FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, *Encuesta de morbilidad hospitalaria: Año 1986* (Madrid: INE, 1988), p. 287.

MAPA 15

Distribución por provincias de la estancia media por causas mentales en 1986



FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, *Encuesta de morbilidad hospitalaria: Año 1986* (Madrid: INE, 1988), p. 297.

alcohol y adicción a las drogas tienen estancias medias más cortas, inferiores a un año de duración. El hecho de que se trate de enfermos/as no aceptados socialmente, con una curación larga —en muchos casos incurable—, determina la localización de instituciones sanitarias (sanatorios) en pocas provincias, fuera de los grandes núcleos de población, y diferenciadas de los demás centros sanitarios por su carácter más reclusivo que curativo.

Esta pauta de expeliación de pacientes mentales por parte de las provincias más pobladas se produce tanto para los varones como para las mujeres, existiendo, sin embargo, una separación provincial según el sexo en la hospitalización de los pacientes de más larga curación. Se puede afirmar que conforme los pacientes mentales tienen enfermedades de más larga duración, mayor es la separación provincial por sexo en su hospitalización. En este sentido, se observa en el mapa 15 que en Lugo y en Valencia se localizan estancias medias largas en mujeres y cortas en varones. En Badajoz, Jaén y Guadalajara se localizan estancias medias largas en varones y no en mujeres, especialmente en Guadalajara, donde los enfermos por psicosis (varones) tienen la estancia media más larga, produciéndose en el caso de mujeres estancias cortas (60 días). Los pacientes varones con enfermedades mentales de más larga curación —casos incurables— se concentran en Guadalajara, observándose una mayor diversificación provincial para el caso de mujeres.

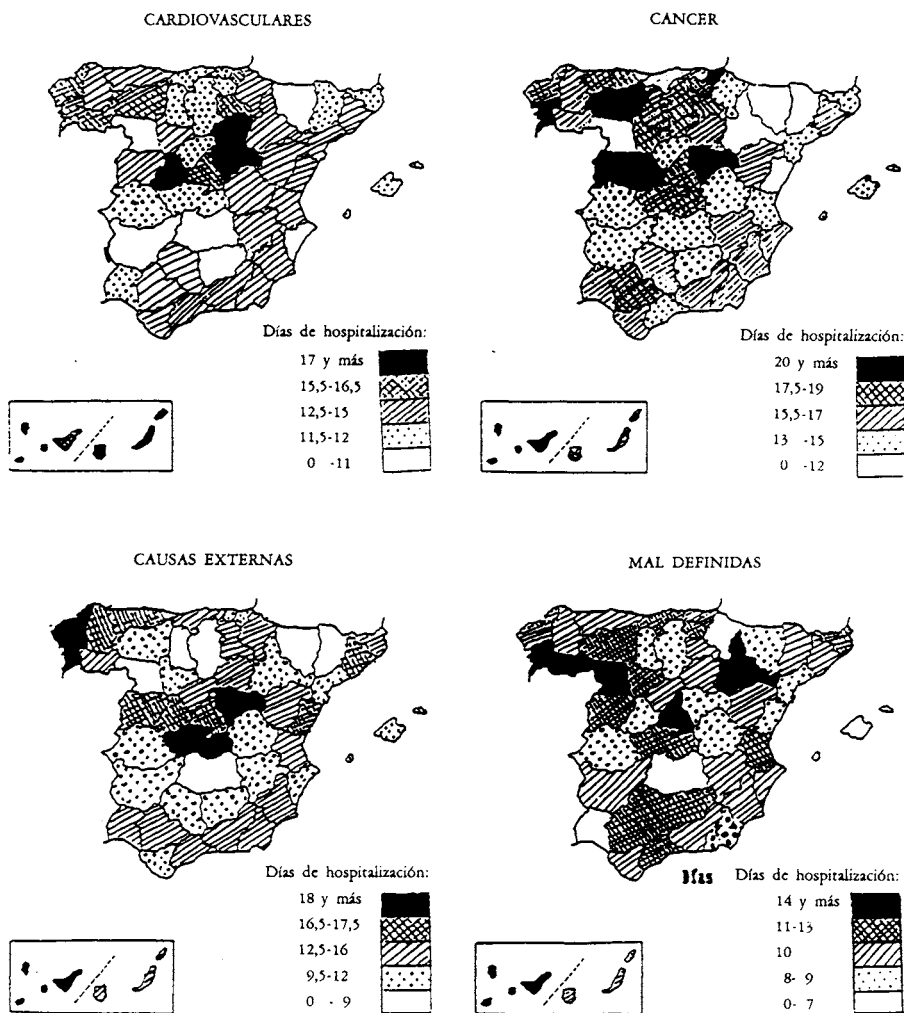
Las mujeres se encuentran hospitalizadas, de media, 40 días más que los varones, incrementándose las diferencias en estancias superiores a 16 meses. Estos datos indican que los enfermos mentales varones ingresan antes que las mujeres permaneciendo, así, menos días hospitalizados. El retraso en el ingreso de las enfermas mentales puede explicarse por la mayor integración de los varones en la vida social, además de factores educacionales y razones físicas que, en ciertos casos, provocan reacciones más agresivas de los varones que de las mujeres. Los pacientes mentales varones sufren mayor rechazo social que las mujeres.

Las estancias medias elevadas que producen las enfermedades mentales (muy superiores a las otras estancias), junto con el rechazo social que los/as enfermos/as mentales reciben por parte de la sociedad, explica la aparición de instituciones sanitarias específicas, concentradas en pocas provincias y fuera de los grandes núcleos urbanos de población. Por otro lado, tanto la separación por sexo en la provincia de hospitalización como el retraso en el ingreso de las mujeres viene explicado por las diferencias por sexo que existen en la propia estructura social, tanto en aspectos de educación como de participación en la vida social.

Los cuatro diagnósticos que recoge el mapa 16 son los más importantes en relación a la estancia media una vez descontadas las estancias por causas mentales. Las estancias medias son inferiores a las mentales y semejantes a las totales. Los cuatro diagnósticos, ordenados de mayor a menor estancia media, son: cáncer, con 17 días; cardiovasculares y causas externas, con 14

MAPA 16

Distribución por provincias de la estancia media en 1986. Totales



FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, *Encuesta de morbilidad hospitalaria: Año 1986* (Madrid: INE, 1988), pp. 291, 294, 300, 313, 314, 318.

días; y «mal definidas», con 10 días. La estancia media por cáncer oscila entre 11 días en Castellón hasta 21 días en Santa Cruz de Tenerife, Guipúzcoa y Pontevedra. Excepto en Sevilla, las estancias medias más altas se concentran en provincias del entorno de Madrid y en el noroeste de la península, siendo en el noreste donde se encuentran las estancias medias más cortas a excepción de Zamora. Esta pauta se explica por una diferencia cultural respecto a la muerte. Al tratarse de pacientes con enfermedades en fase terminal, se tiende a que el enfermo/a muera en el propio domicilio en las provincias del noreste, a diferencia de otras zonas en donde la tendencia es que acaben sus días en el hospital —en especial en provincias del noroeste y del centro de la península.

La estancia media por *enfermedades cardiovasculares* varía entre 10 días en Ciudad Real y Huesca, hasta 20 días en Soria. Excepto Alicante, las provincias con estancias medias más cortas son provincias del interior. Las estancias medias más largas se localizan en Galicia y en provincias del entorno de Madrid.

La estancia media más corta por *causas externas* se encuentra en Huesca, con 6,5 días, siendo Guadalajara, con 23,5 días, la de mayor duración. Esta diferencia de 17 días viene determinada por las causas de ingreso. Los accidentes de tráfico provocan estancias largas en los hospitales. El estado de las carreteras es un factor determinante de los accidentes de tráfico. Este factor explica las altas estancias que se localizan en las provincias del centro —en el entorno de Madrid y las provincias en dirección a Portugal—, en el noroeste —especialmente Galicia y Asturias— y en las provincias de Barcelona y Castellón.

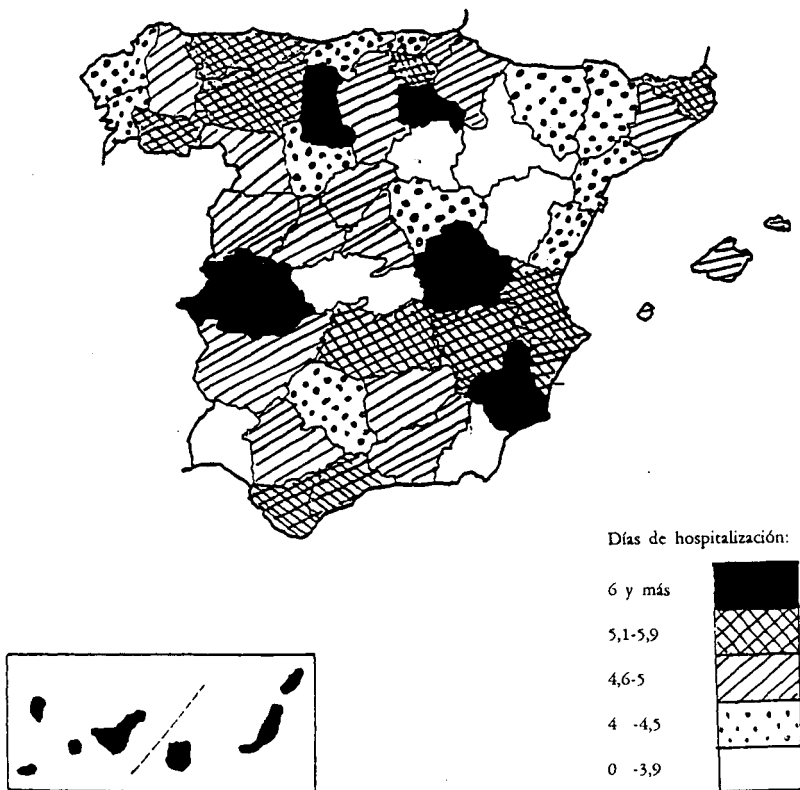
Los diagnósticos que se agrupan como causas «mal definidas» son: «tumores no especificados», «síntomas, signos y estados morbosos mal definidos» y «altas sin indicar diagnóstico». La estancia media total por causas «mal definidas» se encuentra influida en gran medida por el diagnóstico de «tumores no especificados». Esto explica que las estancias más largas se localicen en provincias donde existen Facultades de Medicina. Por otro lado, destaca las largas estancias medias por «altas sin indicar diagnóstico» que se producen en Zaragoza (47 días) y Zamora (27 días). Estas estancias elevadas indican que, en ciertas provincias, existe un grado de ineficiencia hospitalaria —47 días son muchos días para dar de alta a un paciente sin indicar ningún diagnóstico.

Existe una pauta similar en la distribución por provincias de la estancia media entre cardiovasculares y causas externas, por un lado, y cáncer y «mal definidas», por el otro. Los dos primeros siguen una pauta que se podría explicar por los accidentes, tanto de tráfico como de otro tipo. Cáncer y «mal definidas» son enfermedades crónicas o en vías de investigación, razones por las que los pacientes tienden a hospitalizarse en provincias con Facultades de Medicina. El análisis de la estancia del segundo grupo indica la ineficiencia hospitalaria que aparece en ciertas provincias.

De los siete diagnósticos principales, la *reproducción* tiene la estancia más corta, con una media de cinco días. Aunque la reproducción no es una enfermedad, tiene su importancia por el número de casos hospitalizados que produce. La reproducción recoge cuatro causas de hospitalización: parto normal, con una estancia media de cuatro días; causas obstétricas directas, con cinco días de media; causas obstétricas indirectas, con siete días, y aborto, con tres días de media. El mapa 17 recoge la distribución por provincias de la estancia media por reproducción, que oscila entre tres días en Zaragoza y once días en Murcia. Estas diferencias no son debidas por casos de parto normal, sino por casos con intervención quirúrgica (causas obsté-

MAPA 17

Distribución por provincias de la estancia media por reproducción en 1986



FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, *Encuesta de morbilidad hospitalaria: Año 1986* (Madrid: INE, 1988), p. 310.

tricas directas e indirectas), y muestran la ineficiencia hospitalaria que aparece en ciertas provincias. Una mayor hospitalización en el sector privado —por tratarse de casos de reproducción—, motivada quizá por una cierta desconfianza hacia el sector público, explica las diferencias interprovinciales que se observan en la estancia media.

GRUPOS DE EDAD

El número de días de hospitalización varía con la edad. La estancia media es un buen indicador de las desigualdades sociales existentes entre los diferentes grupos de edad. La estancia media, además de dar una buena señal de cómo la intensidad de las diferentes enfermedades afecta de manera desigual a las personas según edad —éste es un hecho ligado a la fisiología—, puede también ser un buen indicador de cómo los días de estancia en el hospital o en la clínica varían su número según la dependencia familiar o la actividad o inactividad laboral, aspectos que, a su vez, están estrechamente relacionados con la edad. La hospitalización no es un indicador eficiente del número de días de enfermedad, pues hay enfermedades que se curan en casa. Este hecho se puede subsanar en buena medida con la selección de un conjunto de diagnósticos que expresen la tendencia seguida.

Interesa, pues, conocer las diferencias que se dan en función de la edad, ya que se suponen contrastes. En la tabla 2 se refleja el número de días de hospitalización cuando el motivo de ingreso está incluido dentro del grupo de los siete diagnósticos considerados como más relevantes. Se trata de días de estancia media por año —en concreto, en 1986—. La tabla se refiere a cada caso clínico concreto; los días de estancia de una misma persona aparecen contabilizadas en los diferentes diagnósticos según el motivo de ingreso.

La variable independiente seleccionada es la edad, distribuida en diez grupos correlativos, cada uno de los cuales se refiere a diez años. Se da la salvedad del último grupo —75 y más—, que incluye un mayor número de años debido a que la población, en términos absolutos, se reduce con el paso de los años y, por tanto, también el número total de hospitalizaciones; además, es preciso recordar que la esperanza de vida al nacer es próxima a los 75 años. La segunda excepción son las columnas segunda y tercera, que se refieren a un período de tiempo menor debido a que durante la infancia cada año de vida supone un cambio importante ante la incidencia de la morbilidad.

Como variable dependiente aparecen una serie de diagnósticos relevantes respecto a la edad y la estancia, y que están ordenados de mayor a menor número de casos de hospitalización. Los siete diagnósticos principales no reflejan su relevancia en cuanto al número de días de estancia media

TABLA 2

Estancia media de las personas hospitalizadas por grupos de edad y diagnóstico en 1986
(En días)

Diagnósticos principales	Total	GRUPOS DE EDAD (en años)									
		Menos de 1	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	44-54	55-64	65-74	75 y más
Reproducción (a)	5	—	—	4	4	5	5	4	2	—	—
Causas externas (b)	11	10	5	6	10	10	11	12	14	17	19
Cardiovasculares	14	8	7	11	10	9	10	12	14	15	16
Cáncer (c)	17	7	11	9	13	14	14	116	17	18	19
Infeciosas (d)	15	8	6	7	12	14	19	22	27	34	33
Mentales	130	9	6	100	31	68	90	102	181	414	558
Mal definidas (e)	10	8	6	6	7	8	9	11	12	14	13
TOTAL diagnósticos principales	15	9	6	7	8	9	13	18	22	27	30
TOTAL todos los diagnósticos (f) ...	13	9	5	7	8	9	12	15	17	21	23

(a) Incluye: aborto, causas obstétricas directas e indirectas y parto normal.

(b) Incluye: fracturas, luxaciones, esguinces y desgarramientos, traumatismos internos, heridas y traumatismos de los vasos sanguíneos, quemaduras, envenenamientos y efectos tóxicos y otros traumatismos y envenenamientos.

(c) Se refiere sólo a tumores malignos.

(d) Incluye: enfermedades infecciosas intestinales, tuberculosis, otras enfermedades bacterianas, enfermedades por virus, equinococosis y otras enfermedades infecciosas.

(e) Incluye: tumores no especificados, síntomas, signos y estados morbosos mal definidos y otros sin diagnóstico.

(f) Incluye todos los casos, no sólo los siete principales (que suponen el 56 por 100 del total).

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, *Encuesta de morbilidad hospitalaria: Año 1986* (Madrid: INE, 1988), pp. 15-18, 45-48, 89-90.

con la misma intensidad; así, mientras todas las personas —mujeres— que se ven afectadas por el motivo reproducción están hospitalizadas la totalidad de los días que dura dicha afectación, hay otros casos, como el cáncer, en que la enfermedad se padece durante más días de los que dura la hospitalización.

Los siete diagnósticos más relevantes son: a) *Reproducción*: afecta sólo a las mujeres y no es una enfermedad. b) *Causas externas*: es una medida relevante de la gravedad de los diferentes tipos de accidentes —laborales y de circulación principalmente— según la edad; incluye también los envenenamientos, que indican el grado de indefensión en que se encuentran algunos grupos de edad extremos. c) *Cardiovasculares* y d) *Cáncer*: son dos grupos de causas prevenibles; además, ambas van ligadas al tipo de actividad que se ejerce. En el caso del cáncer, el número de días de estancia media se reduce con la edad, debido a que los/as enfermos/as terminales son retornados a su hogar. e) *Infecciosas*: son un grupo de enfermedades características de períodos pretéritos y, por tanto, son indicadores de eficiencia. f) *Mentales*: un grupo con la duración de las estancias muy superior, y una evolución diferenciada, que incluye diagnósticos heterogéneos. g) *Mal definidas*: es una muestra de la ineficiencia en la determinación de los diagnósticos, y del coste económico consiguiente.

En conjunto, se observa una marcada tendencia en el número de días de estancia con relación a la edad. De manera gráfica, si colocáramos en el eje de ordenadas el número de días de estancia media de todos los diagnósticos y en el de abscisas los años de edad de los/as pacientes, obtendremos un perfil en forma de valle desplazado, con un mínimo situado entre uno y cuatro años de edad. Que el número de estancias y la duración de éstas sea menor en los grupos de edad más jóvenes es debido a un mayor desgaste de éstos en su fisiología y a una mayor exposición a los factores de riesgo de morbilidad. Hay una subida progresiva en la duración de las estancias hasta llegar a ser del cuádruple. Esta tendencia se acentúa en los últimos grupos de edad, los viejos/as. Al ser inactivos, no se da tanta importancia a su recuperación, aparte de su salud más desgastada. Por el otro lado del valle, el número de días de hospitalización también crece debido a la dependencia que los/as recién nacidos tienen respecto a sus familiares.

La tendencia de estancia media reflejada por los siete diagnósticos seleccionados se ajusta a la que sigue en el conjunto de los casos. Esta relación se rompe a partir de los 45 años de edad, en que la estancia media debido al grupo escogido de diagnósticos va aumentando de manera lineal por encima de la tendencia general. Las enfermedades elegidas se ven afectadas en mayor grado por el envejecimiento progresivo del cuerpo humano —excepto *reproducción*—. Además, el peso relativo de los días de estancia debido a los trastornos *mentales* es superior en este grupo; las estancias debidas a enfermedades mentales son las que tienen una expansión en duración más acentuada.

TABLA 3

Estancia media de los varones hospitalizados por grupos de edad y diagnóstico en 1986
(En días)

<i>Diagnósticos principales</i>	<i>Total</i>	<i>GRUPOS DE EDAD (en años)</i>									
		<i>Menos de 1</i>	<i>1-4</i>	<i>5-14</i>	<i>15-24</i>	<i>25-34</i>	<i>35-44</i>	<i>44-54</i>	<i>55-64</i>	<i>65-74</i>	<i>75 y más</i>
Causas externas	11	6	4	6	10	10	12	13	14	19	17
Cardiovasculares	14	9	9	8	11	10	11	12	14	15	16
Cáncer	17	6	14	9	16	17	14	17	17	19	19
Infecciosas	17	8	6	8	13	18	23	27	53	41	45
Mentales	114	5	7	148	28	53	83	89	225	521	610
Mal definidas	10	8	6	6	8	9	9	12	13	14	13
TOTAL todos los diagnósticos (a)...	15	9	5	6	11	14	15	16	18	22	22

(a) Incluye todos los casos, excepto «reproducción» (que supone el 49 por 100 del total).

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, *Encuesta de morbilidad hospitalaria: Año 1986* (Madrid: INE, 1988), pp. 19-22, 49-52, 91-92.

TABLA 4

Estancia media de las mujeres hospitalizadas por grupos de edad y diagnóstico en 1986
(En días)

<i>Diagnósticos principales</i>	<i>GRUPOS DE EDAD (en años)</i>										
	<i>Total</i>	<i>Menos de 1</i>	<i>1-4</i>	<i>5-14</i>	<i>15-24</i>	<i>25-34</i>	<i>35-44</i>	<i>44-54</i>	<i>55-64</i>	<i>65-74</i>	<i>75 y más</i>
Reproducción	5	—	—	4	4	5	5	4	2	—	—
Causas externas	12	15	5	6	8	10	9	10	14	15	17
Cardiovasculares	14	8	5	14	10	9	9	11	14	15	16
Cáncer	16	8	8	8	10	11	14	15	16	18	19
Infeciosas	12	8	6	7	11	9	17	14	18	24	45
Mentales	154	15	6	54	38	99	99	119	140	333	610
Mal definidas	9	9	6	5	6	7	8	10	11	13	13
TOTAL todos los diagnósticos (a)...	12	10	5	7	6	7	10	14	18	22	22

(a) Incluye todos los casos, no sólo los siete principales (que suponen el 64 por 100 del total).

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, *Encuesta de morbilidad hospitalaria: Año 1986* (Madrid: INE, 1988), pp. 23-26, 53-56, 93-94.

Es una tendencia seguida por la mayoría de los diagnósticos, pero es preciso hacer salvedades: *mentales* sólo se observa a partir de los 25 años, y presenta notables irregularidades a estudiar; en el *cáncer*, la leucemia es un elemento distorsionador, pues afecta bastante a los niños/as; y *reproducción*, con una estancia homogénea y elevado nivel de hospitalización, tiene una duración corta y un reducido número de casos con complicaciones.

A partir de los datos presentes en las tablas 3 y 4 se advierte que el análisis por género de los días de estancia media de hospitalización muestra que tanto varones como mujeres ajustan su tendencia a la general. Destaca que la estancia de las mujeres es tres veces inferior a la de los varones. Este dato aislado sería un indicador de desigualdad sanitaria en contra de los varones —la vida más dura de éstos les castiga la salud con mayor intensidad—. Pero un análisis más detallado muestra que las diferencias por grupos de edad se concentran en el período comprendido entre los 15 y 44 años, precisamente en el que las hospitalizaciones por *reproducción* suponen un porcentaje grande en las mujeres. Esto reduce la estancia media, pues la reproducción significa cinco días de media. En el resto de grupos de edad, las diferencias entre varones y mujeres son reducidas. Hay que destacar el estancamiento en la estancia media masculina en los dos últimos grupos, explicable por la muerte del paciente/a en los casos graves.

Analizando los diferentes diagnósticos principales se observa que *causas externas* presenta una estancia media total que es pareja en ambos sexos, destacando, empero, que la estancia en el grupo de 1 a 14 años es superior en los niños/as. Se expresa así el mantenimiento de la vieja pauta sexista en el comportamiento y recreo de los niños/as: mientras las niñas juegan con muñecas y no se ensucian el vestido, los niños se distraen con juegos más arriesgados —como subirse a los árboles—. A partir de la jubilación, en un primer momento las estancias masculinas son más largas, debido a la dificultad de adaptación a la nueva situación y a una sobrevaloración de sus capacidades físicas —querer demostrar que todavía se es lo bastante hombre para realizar esfuerzos físicos duros y arriesgados—. Esta tendencia se invierte cuando los varones se han adaptado y se dedican a tareas reposadas —leer, ver la televisión, ir al bar o al centro de recreo para la tercera edad—, mientras que las mujeres siguen con su trabajo en el hogar a pesar de su envejecimiento, que las hace más vulnerables a los accidentes.

La estancia femenina en el primer grupo de edad es más del doble que la masculina, debido a que es la etapa de la vida con mayor indefensión de la persona y la de mayor dependencia de sus familiares. Cabe resaltar la pervivencia de una actitud machista al haber una mayor consideración hacia los niños. Los niños reciben mejor atención, en especial cuando son sus abuelos/as los encargados de cuidarlos cuando sus padres están trabajando.

La tendencia de la estancia de las *enfermedades cardiovasculares* es ligeramente creciente en ambos sexos. Las diferencias mayores por género se encuentran en el primer período de la vida, desde el nacimiento hasta los

15 años. En este período existe una estabilidad en los varones en torno a los nueve días, a diferencia de las oscilaciones que se encuentran en el caso femenino.

El estudio del diagnóstico *cáncer*, y en concreto los tumores malignos, en el caso de las mujeres muestra una estancia media estable en los primeros 15 años de vida, aumentando ligeramente conforme se incrementa la edad. En el caso de los varones, se observa un elevado número de días de estancia media en el grupo de edad de uno a cuatro años debido a la mayor vulnerabilidad de los varones a los linfomas. La tendencia masculina es creciente, destacando el bajo nivel que se produce en el grupo de edad de 35 a 44 años. La reducción respecto de los grupos de edad anteriores se explica por el efecto que produce en las estancias el diagnóstico «cáncer de tráquea, los bronquios y el pulmón», resultado de la práctica de fumar. Desde edades jóvenes se fuma, por lo que los efectos nocivos del tabaco aparecen en períodos anteriores a los 35 años. No es tanto que el nivel en el grupo de edad de 35 a 44 años sea reducido, sino que el fumar provoca que las estancias sean elevadas en edades anteriores.

En el caso de las *enfermedades infecciosas*, las estancias medias en la infancia son semejantes tanto para niños como para niñas. Con el aumento de la edad, las diferencias entre sexo crecen de forma acentuada. Las estancias medias más divergentes se centran en los apartados de *tuberculosis* y otras enfermedades bacterianas, que reflejan el efecto nocivo que para la salud han tenido las malas condiciones de trabajo en el caso de los varones, mientras que en el caso de las mujeres el porcentaje es superior al de los varones trabajando en mejores condiciones como es en la casa. Las enfermedades infecciosas van ligadas a las pautas de salud tradicionales, de tal forma que las diferencias entre niños/as y ancianos/as —cerca del triple— son el resultado de las mejoras habidas en las pautas sanitarias.

En el heterogéneo conjunto de diagnósticos «*mal definidos*» se observa una igualdad relativa entre sexos —en ningún caso se superan los dos días de diferencia—, mostrando que no existe un tratamiento sanitario discriminatorio respecto de esa variable. Una de las razones es que en el conjunto de personal sanitario existe un alto porcentaje de mujeres —sobre todo en el colectivo de enfermería y personal sanitario— que influye en el tratamiento y recuperación del paciente y, por tanto, en la estancia media. A diferencia de otras esferas, no parece existir un tratamiento machista que discrimine a la mujer.

La estancia por *reproducción* es corta —cinco días de media— y con poca variación entre los grupos de edad fecundos de la mujer. En el caso de *parto normal* —cuatro días— no existen variaciones significativas entre edades. Las estancias en el caso de *causas obstétricas* son mayores, incrementándose con la edad. Las estancias cortas y similares entre grupos de edad se explican porque las causas por reproducción no son enfermedades, sino parte de un proceso biológico. Las diferencias entre grupos de edad por causas

obstétricas pueden explicarse por una mayor hospitalización en el sector privado conforme incrementa la edad y los recursos económicos de la paciente.

El estudio de las estancias medias del conjunto de diagnósticos *mentales y nerviosos* —tablas 5, 6 y 7— muestra que existe una tendencia diferente a la general. La explicación de esta distribución particular se encuentra ligada a la que aparece en el caso de *psicosis*, aunque más atenuada, en especial en aquellos grupos de edad donde los valores son más elevados: 5-14 años, 65-74 años, 75 y más. Las estancias medias por causas mentales son mucho más largas en comparación a los demás diagnósticos. La estancia media en el caso de las mujeres es de 40 días más que en el caso de los varones. Las estancias, tanto de varones como de mujeres, crecen conforme aumenta la edad, duplicándose en cada grupo respecto al anterior —excepto en el grupo de 25 a 34 años— a partir de los 15 años. Sorprende las elevadas estancias que se observan, casi dos años, en los valores extremos. Se explica por tratarse de enfermedades de difícil curación debido al desconocimiento de la fisiología y funcionamiento de la parte afectada, como es la masa cerebral.

La contabilidad de los casos por causas mentales es difícil debido a que el nivel de hospitalización no cubre el número total de pacientes existente y, en consecuencia, el valor de las estancias medias queda distorsionado. Este es el caso de la estancia media en el grupo de 5 a 14 años —100 días en el apartado de trastornos mentales y un año en el caso de *psicosis*—. Los valores que toman los grupos de edad anteriores no reflejan la realidad, dado que un/a deficiente mental menor puede tener una vida normal en familia y no ser hospitalizado. Con el paso de los años se complica la convivencia familiar con el enfermo —se agrava su salud y se requieren mayores atenciones médicas—, por lo que se le hospitaliza con mayor frecuencia, traducándose en una mayor estancia hospitalaria.

La hospitalización por causas de «*trastornos neuróticos y de la personalidad*» produce estancias medias cortas, con un crecimiento sostenido conforme aumenta la edad. Cabe destacar el aumento de la estancia a partir de los 65 años. La inactividad laboral, y el hecho de sentirse inútiles, no explica esta pauta, pues en el caso de los varones —con una tasa de actividad más elevada— la estancia por este motivo es menor. La desaparición de su grupo natural —cónyuge, amigos y otras personas cercanas— y la sensación de haber perdido el tren del desarrollo de la sociedad son explicaciones mejores. La pauta diferencial por sexo en los últimos grupos de edad se explica por la supervivencia de los varones más fuertes y, por tanto, más sanos, tanto psíquica como físicamente.

La hospitalización por causa de «*síndrome de dependencia al alcohol*» presenta una estancia escalonada por grupos de edad. El primer escalón comprende de los 15 a 34 años, duplicándose en el grupo posterior y mante-

TABLA 5

Estancia media por causas mentales y nerviosas por grupos de edad en 1986
(En días)

<i>Diagnósticos mentales y nerviosos</i>	<i>Total</i>	<i>GRUPOS DE EDAD (en años)</i>									
		<i>Menos de 1</i>	<i>1-4</i>	<i>5-14</i>	<i>15-24</i>	<i>25-34</i>	<i>35-44</i>	<i>44-54</i>	<i>55-64</i>	<i>65-74</i>	<i>75 y más</i>
Trastornos mentales	130	9	6	100	31	68	90	102	181	414	558
Psicosis	202	—	18	371	29	76	114	110	261	638	678
Trastornos neuróticos y de la personalidad	28	—	9	11	15	23	27	35	34	59	123
Síndrome de dependencia del alcohol	36	—	—	1	15	25	28	31	60	125	174
Adicción a drogas	13	—	—	11	9	15	11	14	53	5	32
Otros	151	9	5	109	70	150	179	169	209	197	273
Enfermedades del sistema nervioso	32	15	11	18	24	46	30	43	28	62	50
Epilepsia	46	9	13	30	19	25	29	125	20	250	51
Otros	28	16	11	14	27	55	30	23	30	35	50
TOTAL diagnósticos mentales y nerviosos	98	15	11	32	29	64	78	88	129	181	363

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, *Encuesta de morbilidad hospitalaria: Año 1986* (Madrid: INE, 1988), pp. 15, 17, 45, 47.

TABLA 6

Estancia media de los varones por causas mentales y nerviosas por grupos de edad en 1986
(En días)

<i>Diagnósticos mentales y nerviosos</i>	<i>Total</i>	<i>GRUPOS DE EDAD (en años)</i>									
		<i>Menos de 1</i>	<i>1-4</i>	<i>5-14</i>	<i>15-24</i>	<i>25-34</i>	<i>35-44</i>	<i>44-54</i>	<i>55-64</i>	<i>65-74</i>	<i>75 y más</i>
Trastornos mentales	114	5	7	148	28	53	83	89	225	521	610
Psicosis	179	—	18	489	26	47	82	150	322	923	762
Trastornos neuróticos y de la personalidad	20	—	9	19	15	24	17	31	34	27	16
Síndrome de dependencia del alcohol	32	—	—	1	13	26	30	26	67	45	21
Adicción a drogas	13	—	—	11	9	15	10	14	65	4	12
Otros	169	5	5	137	70	175	280	157	361	201	70
Enfermedades del sistema nervioso	34	16	13	19	27	46	31	50	25	83	36
Epilepsia	55	10	17	31	21	27	34	156	20	433	86
Otros	26	16	12	15	33	59	29	23	27	30	28
TOTAL diagnósticos mentales y nerviosos	89	15	12	37	28	52	73	80	148	310	384

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, *Encuesta de morbilidad hospitalaria: Año 1986* (Madrid: INE, 1988), pp. 19, 21, 49, 51.

TABLA 7

Estancia media de las mujeres por causas mentales y nerviosas por grupos de edad en 1986
(En días)

<i>Diagnósticos mentales y nerviosos</i>	<i>Total</i>	<i>GRUPOS DE EDAD (en años)</i>									
		<i>Menos de 1</i>	<i>1-4</i>	<i>5-14</i>	<i>15-24</i>	<i>25-34</i>	<i>35-44</i>	<i>44-54</i>	<i>55-64</i>	<i>65-74</i>	<i>75 y más</i>
Trastornos mentales	154	15	6	51	38	99	99	119	140	333	522
Psicosis	235	—	—	106	38	141	160	131	212	452	615
Trastornos neuróticos y de la personalidad	38	—	9	5	16	22	33	37	34	76	150
Síndrome de dependencia del alcohol	50	—	—	—	25	21	21	55	20	488	1.149
Adicción a drogas	14	—	—	—	11	16	13	12	16	19	51
Otros	132	15	5	81	71	121	95	179	112	197	347
Enfermedades del sistema nervioso	30	15	10	17	18	45	28	35	31	39	60
Epilepsia	27	5	9	30	11	22	16	86	20	23	9
Otros	30	15	10	12	17	52	31	22	34	41	65
TOTAL diagnósticos mentales y nerviosos	111	15	9	21	31	88	81	97	109	216	319

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, *Encuesta de morbilidad hospitalaria: Año 1986* (Madrid: INE, 1988), pp. 23, 25, 53, 55.

niéndose estable hasta los 55 años, edad en que los efectos acumulados de este síndrome hacen que la estancia media se dispare.

La estancia media por «*adicción a las drogas*» es corta —13 días— y similar tanto para varones como para mujeres —13 y 14 días, respectivamente—, cosa que supone una desmitificación de los efectos de la drogodependencia sobre los trastornos mentales. Es difícil la explicación de las oscilaciones en los últimos grupos de edad. La muerte de los pacientes más graves, con más días de estancia, reduce ésta en el período posterior, para producir un progresivo empeoramiento que hace más largas las hospitalizaciones.

En el apartado «*otros diagnósticos*» se observa una pauta semejante a la de psicosis en los primeros 25 años de vida —las psicosis son más difíciles de diagnosticar en los primeros años de vida—. Las estancias por este motivo se mantienen altas en edades posteriores aunque con niveles estables.

La introducción de las *enfermedades del sistema nervioso* no supone un aumento considerable de información, debido a la evolución errática de las estancias medias. Aparecen cambios en la tendencia, aunque no sean muy marcados. La cura satisfactoria de las enfermedades nerviosas reduce la estancia de un grupo de edad posterior, pero las recaídas son constantes, por lo que en sucesivos grupos de edad la estancia media vuelve a aumentar.

CONCLUSIONES

El análisis sociológico de la distribución provincial de las personas hospitalizadas por cada mil habitantes de los siete diagnósticos principales (según los datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística, a través de su *Encuesta de Morbilidad Hospitalaria: Año 1986*, editada en el año 1988) señala un desequilibrio social y geográfico en el reparto de los ingresos hospitalarios. Las tasas de algunas provincias duplican a las otras. Las diferencias interprovinciales se explican por criterios diversos: eje norte-sur, desequilibrios centro-periferia, niveles diversos de industrialización. De los siete diagnósticos principales, hay tres diagnósticos —enfermedades mentales, infecciosas, causas externas— que presentan una disparidad geográfica superior a la global. Las diferencias provinciales en cuanto a la ocupación de camas hospitalarias presentan dos características: la ocupación aumenta con el grado de urbanización; y hay una menor ocupación en las provincias con población dispersa, debido a la distancia física de los pueblos al hospital y, quizá, por la desconfianza respecto de ellos.

Las diferencias entre provincias atendiendo al coste hospitalario medio coinciden con las referentes al volumen de personal. A mayor urbanización hay una mayor especialización médica, lo que implica unos salarios más ele-

vados y, además, unos costes superiores. Las provincias con una población elevada, y con Facultades de Medicina, atraen un volumen grande de pacientes. Estas mismas provincias expelen un contingente elevado de enfermos mentales. Hay provincias, como Lérida, con una elevada expeliación —hacia Barcelona— y, a la vez, una elevada atracción de pacientes —de Huesca— por motivos geográficos. Los enfermos/as mentales se concentran en un grupo reducido de provincias y se observa una diferenciación por género. En el caso de las enfermedades cardiovasculares se producen estancias más largas en centros privados en provincias con menor población. La ineficiencia hospitalaria provoca unas estancias más largas. Las estancias por enfermedades de cáncer son largas en el noroeste y centro y cortas en el noreste. Eso puede deberse a la costumbre social de que el enfermo terminal se muera en casa. Las causas «mal definidas» siguen la misma pauta que por cáncer, con el matiz de que se producen estancias más largas en provincias donde existen Facultades de Medicina. Por causas de reproducción, las mayores diferencias se dan en las causas obstétricas, debido a las estancias más largas que se producen en los centros privados.

Las estancias medias aumentan con la edad de los/as pacientes. De manera gráfica, si se coloca en el eje de ordenadas el número de días de estancia media por todos los diagnósticos y en el de abscisas los años de edad de los/as pacientes, se obtiene un perfil en forma de valle desplazado, con un mínimo situado entre uno y cuatro años de edad. Los casos de cáncer (debido a que la leucemia afecta bastante en la infancia), reproducción (que se mantiene estable en todas las edades) y, sobre todo, enfermedades mentales rompen con la pauta general. La estancia media de las mujeres es inferior en tres días a la de los varones; aunque son las causas de reproducción las que explican esa diferencia. La irregularidad en las estancias por motivos de psicosis explica que la evolución de los/as enfermos mentales se aparte de la pauta general. En ese caso, además, varones y mujeres siguen tendencias dispares. Sin embargo, no se observa un tratamiento discriminatorio en los hospitales entre enfermos mujeres y varones, quizá porque el contingente femenino de personal sanitario es significativo. Pero otras diferencias geográficas y sociales parecen ser muy elevadas en el caso de España.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- DURÁN, María Angeles (1983): *Desigualdad y enfermedad* (Madrid: Tecnos).
- GOL, Jordi (1978): *La sanitat als Països Catalans* (Barcelona: Edicions 62).
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (1988): *Encuesta de morbilidad hospitalaria: Año 1986* (Madrid: INE).
- (1987): *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado: Año 1984* (Madrid: INE).
- KRAUSE, E. A. (1977): *Power and Illnes: The Political Sociology of Health and Medical Care* (Nueva York: Elsevier).
- MIGUEL, Jesús M. de (1983): *Estructura del sector sanitario* (Madrid: Tecnos).
- PÉREZ DÍAZ, Víctor (1987): «Médicos, funcionarios y enfermos: La calidad de la asistencia sanitaria», en *El entorno de la sociedad civil* (Madrid: Instituto de Estudios Económicos), pp. 325-351.
- PINILLA DE LAS HERAS, Esteban, y VIDAL TEIXIDOR, R. (1977): *Enfermos, médicos y hospitales: Una imagen sociológica sobre la medicina hospitalaria* (Barcelona: Ciba-Geigy).
- RODRÍGUEZ, Josep A. (1987): *Salud y Sociedad: Análisis sociológico de la estructura y la dinámica del sector sanitario español* (Madrid: Tecnos).
- RODRÍGUEZ, Josep A., y MIGUEL, Jesús M. de (1990): *Salud y poder* (Madrid: CIS-Siglo XXI).
- SONTAG, Susan (1981): *La enfermedad como metáfora* (Barcelona: Muchnik).
- YUSTE, F. Javier (1982): *Apuntes para un libro negro sobre la Seguridad Social* (Madrid: Akal).