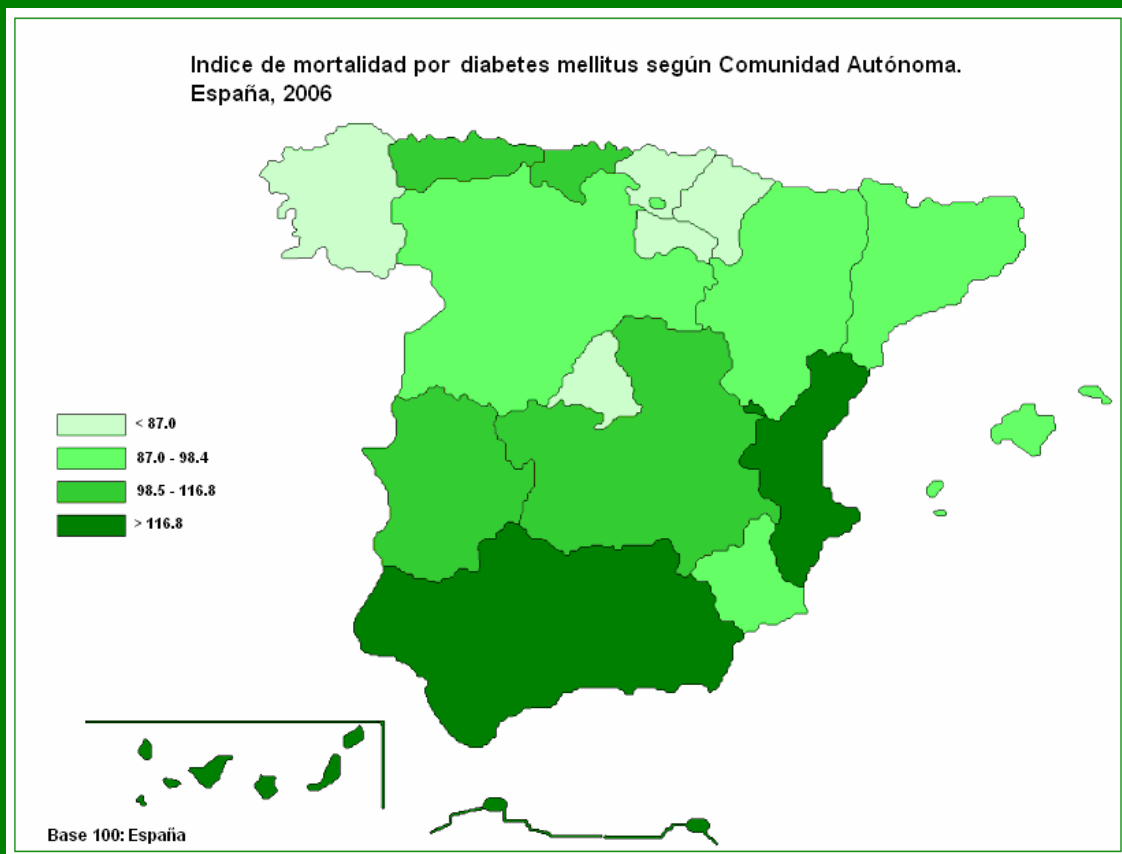


# Mortalidad por cáncer, por enfermedad isquémica del corazón, por enfermedades cerebrovasculares y por diabetes mellitus en España



[www.msc.es](http://www.msc.es)

Instituto de Información Sanitaria

## Instituto de Información Sanitaria

---

Mercedes Alfaro Latorre, *Directora*

Enrique Regidor Poyatos, *Consejero Técnico*

Juan L. Gutiérrez Fisac, *Jefe de Servicio*

Rosa Mataix González, *Jefa de Servicio*

David Guevara García, *Técnico de Apoyo*

Mortalidad por cáncer, por enfermedad isquémica del corazón, por  
enfermedades cerebrovasculares y por diabetes mellitus en  
España

Instituto de Información Sanitaria  
Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud  
Ministerio de Sanidad y Consumo

## Índice

1.	Mortalidad por cáncer.....	3
1.1	.Magnitud y tendencia .....	3
1.2	.La situación en España en el contexto de la Unión Europea.....	6
1.3	.La situación en las comunidades autónomas .....	7
2.	Mortalidad por enfermedad isquémica del corazón.....	9
2.1	.Magnitud y tendencia .....	9
2.2	.La situación en España en el contexto de la Unión Europea.....	11
2.3	.La situación en las comunidades autónomas .....	12
3.	Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares .....	14
3.1	.Magnitud y tendencia .....	14
3.2	.La situación en España en el contexto de la Unión Europea.....	16
3.3	.La situación en las comunidades autónomas .....	18
4.	Mortalidad por diabetes mellitus.....	20
4.2	.Magnitud y tendencia .....	20
4.2	.La situación en España en el contexto de la Unión Europea.....	22
4.3	.La situación en las comunidades autónomas .....	24
5.	Anexo de tablas .....	27

Durante el año 2006 la mitad las defunciones en España se debieron a cuatro enfermedades crónicas: cáncer, enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular y diabetes mellitus. Por tanto, puede señalarse que estas enfermedades constituyen un importante problema de salud en nuestro país, al igual que en la mayoría de los países desarrollados.

Aparte de su magnitud, estas enfermedades crónicas cumplen criterios de vulnerabilidad ya que muchas de ellas comparten varios factores de riesgo, con lo que en teoría las intervenciones dirigidas a la prevención primaria de las mismas podrían ser altamente eficientes. Factores de riesgo como el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la hipertensión arterial, la alimentación inadecuada, la obesidad o la inactividad física son comunes a muchas de estas enfermedades.

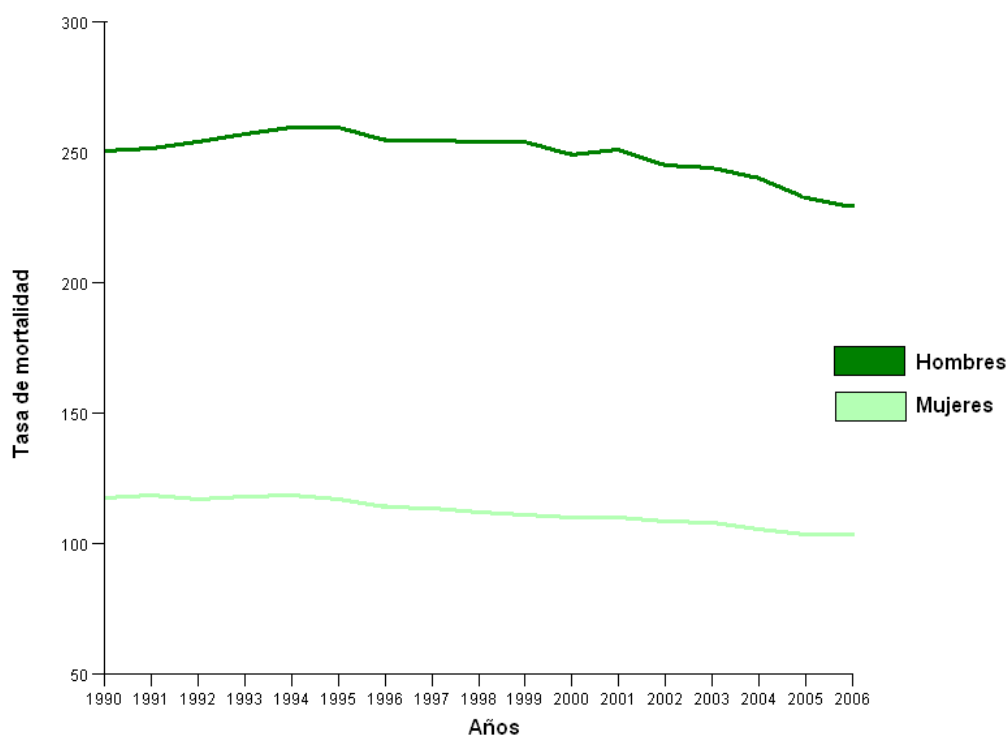
## 1. Mortalidad por cáncer

### *1.1 .Magnitud y tendencia*

El cáncer constituye la segunda causa de muerte en España, después de las enfermedades cardiovasculares. En el año 2006, las defunciones por tumores malignos representaron el 26,5% del total de las muertes (31,6% en hombres y 20,8% en mujeres), lo que supuso una tasa de mortalidad de 223,1 por 100.000 habitantes (282,3 en hombres y 165,5 en mujeres).

La evolución del riesgo de mortalidad, evaluada a través de la tendencia en la tasa de mortalidad ajustada por edad, muestra que entre 1990 y 2006 el riesgo de mortalidad por cáncer descendió en España un 9%; este descenso fue mayor en las mujeres (12%) que en los hombres (8,6%). Es mediada la década de los años noventa de la pasada centuria cuando la tendencia de la mortalidad por cáncer, tanto en hombres como en mujeres, comenzó a descender (figura 1.1). A pesar de esta tendencia descendente en el riesgo de muerte, el porcentaje de muertes por cáncer desde 1990 ha crecido ligeramente en España (14%), tanto en hombres (18%) como en mujeres (10%).

Figura 1.1 - Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes por cáncer en hombres y mujeres. España, 1990-2006



El cáncer es la primera causa de mortalidad prematura. Si se tiene en cuenta las muertes en menores de 75 años, el cáncer causó el 41% del total de esas defunciones en 2006 (39,8% en hombres y 43,8% en mujeres). Además, desde 1990, ese porcentaje de muertes prematuras debidas a cáncer creció alrededor de un 25%, tanto en hombres como en mujeres. Esta importancia relativa del cáncer en la mortalidad prematura se debe a que más de un 50% de las

defunciones por cáncer en 2006 se produjeron en menores de 75 años. Si bien este porcentaje ha venido reduciéndose (ya que en 1990 era del 62%), todavía constituye una buena parte de las defunciones por tumores malignos ocurridas en España.

El tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón causó el 20% de las muertes por cáncer ocurridas en España en 2006, lo que supuso una tasa de mortalidad de 44,3 por 100.000 habitantes. Este porcentaje fue del 27,5% en los hombres (tasa de mortalidad de 77,8 por 100.000) y del 7,1% en las mujeres (11,8 muertes por 100.000 habitantes). El porcentaje de muertes por cáncer debidas al cáncer de pulmón, que apenas aumentó desde 1990 en los hombres, creció entre las mujeres alrededor de un 50%. De igual manera, en las mujeres, el riesgo de muerte por cáncer de pulmón creció entre 1990 y 2006 un 68%, mientras que en los hombres descendió un 2,8%. Esta tendencia divergente en uno y otro sexo probablemente refleje el abandono paulatino del hábito tabáquico en los hombres y la más tardía incorporación al mismo de las mujeres.

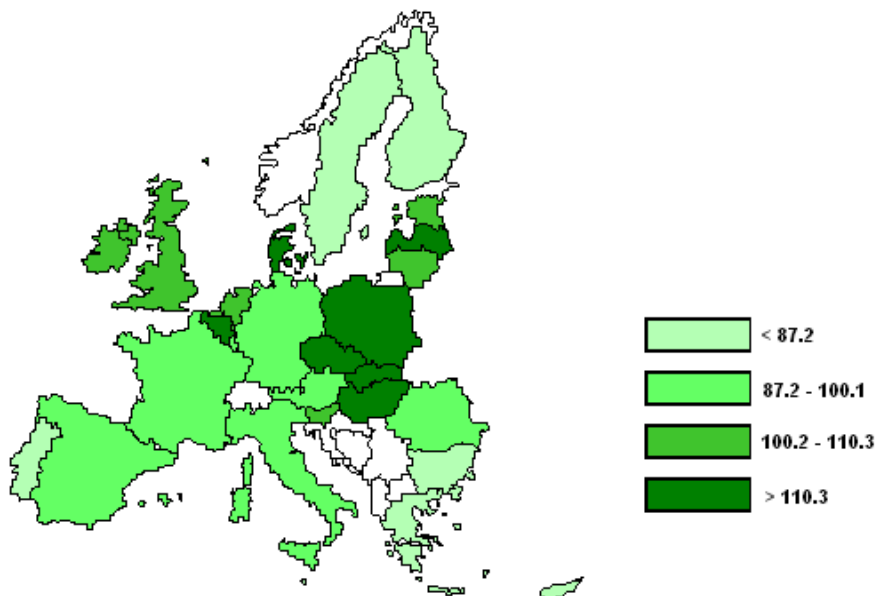
El principal tumor maligno en la mujer es el cáncer de mama, que produjo el 16 % de las muertes por cáncer en la mujer, lo que supuso una tasa de mortalidad de 26,7 por 100.000 mujeres en 2006. El riesgo de muerte por cáncer de mama en la mujer descendió un 23 % desde 1990. El 60% de esas muertes se produjeron en mujeres de menos de 75 años. Si bien este porcentaje es alto, la mortalidad prematura y el porcentaje de muertes en mujeres menores de 75 años han venido descendiendo desde 1990. Ello pudiera ser reflejo tanto de la disminución de la incidencia de cáncer de mama en las cohortes de edad más jóvenes como de un aumento de la supervivencia.

## 1.2. La situación en España en el contexto de la Unión Europea

España tiene una tasa de mortalidad por cáncer relativamente baja en comparación con el conjunto de los países de la UE. En concreto, en 2006, el riesgo de muerte en España fue un 11% menor que en la UE. Parte de esta baja mortalidad por cáncer en España en relación a los países de la UE se debe al cáncer de mama en la mujer, cuyo riesgo de muerte es, junto a Portugal, el más bajo de Europa.

La mayor mortalidad por tumores malignos en la UE se observa en los países del Este y en los países Bálticos, cuyo riesgo de muerte por cáncer dobla en muchos casos al de la media de la UE (figura 1.2). Hungría, Dinamarca, República Checa, Polonia y Eslovaquia fueron los países con mayor riesgo de muerte por cáncer, mientras que Chipre, Finlandia, Malta, Grecia, Suecia y Portugal fueron los que presentaron una menor mortalidad.

**Figura 1.2 - Índice de mortalidad por cáncer. Países de la Unión Europea**



Base 100: UE  
Estimaciones en base al último año disponible



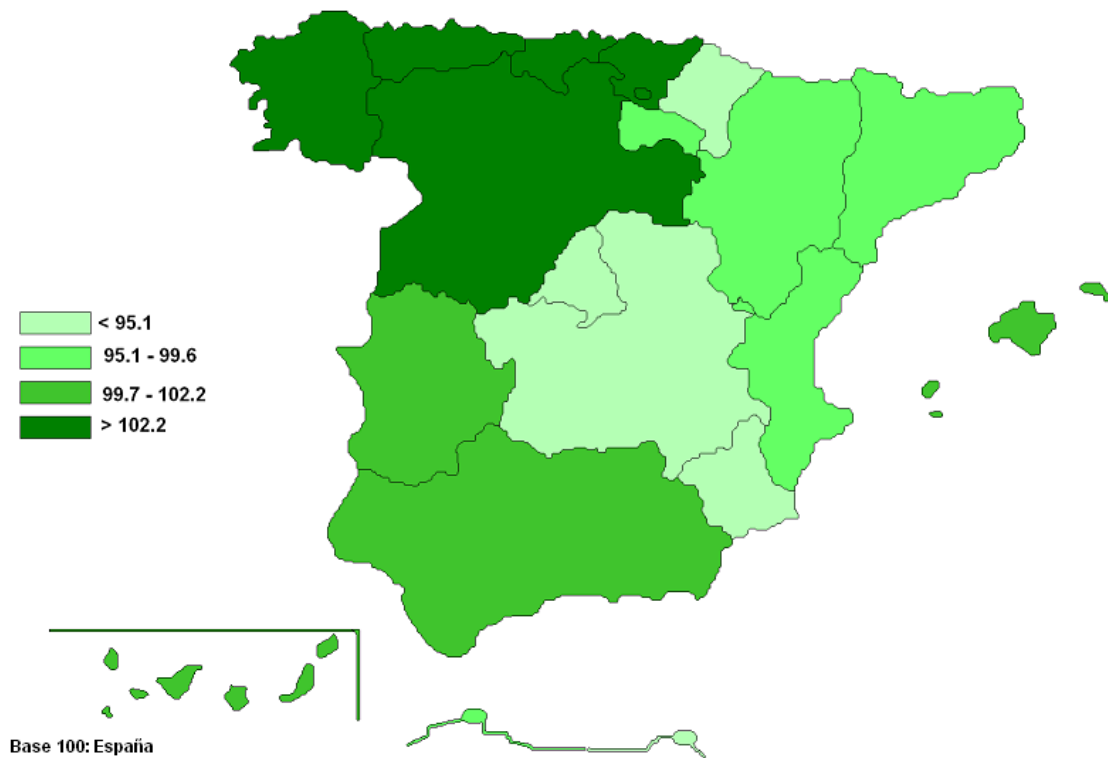
Desde 1990, el riesgo de muerte por cáncer está disminuyendo en prácticamente todos los países de la UE. Las causas de la disminución en la mortalidad por cáncer no están claras. Por un lado, algunos autores afirman que esa reducción es consecuencia de una disminución en la incidencia o del resultado de las políticas de detección precoz, mientras que otros opinan que los avances del tratamiento han tenido alguna importancia en la disminución de la mortalidad en muchos tumores malignos. Fundamentalmente, este descenso se debe a la disminución de la mortalidad en dos tipos de tumores que causan un número elevado de defunciones: cáncer de pulmón y cáncer de mama. El descenso de la prevalencia de tabaquismo sería el responsable de la disminución de la mortalidad por cáncer de pulmón, mientras que la disminución de la incidencia de cáncer de mama, junto a un aumento de la supervivencia, son posiblemente los dos factores que han contribuido a la disminución de la mortalidad por este tumor. En aquellos países donde el inicio del declive del tabaquismo ha tardado más en producirse, como los países mediterráneos, la mortalidad por este tumor está estabilizada o incluso en aumento en el caso de las mujeres de estos países como consecuencia de su incorporación tardía al consumo de tabaco. Igualmente, en aquellos países donde la mortalidad por cáncer de mama no ha descendido, es posible que todavía no se hayan presentado los factores que han iniciado el declive de la incidencia de este cáncer en las mujeres jóvenes en otras zonas geográficas.

### *1.3. La situación en las comunidades autónomas*

La mortalidad por cáncer presenta un patrón geográfico característico, con mayor mortalidad en el noroeste de la península y un menor riesgo de muerte en el sureste (figura 1.3). Asturias, con un 13% más de mortalidad y Galicia, Cantabria y País Vasco, con una mortalidad superior en un

5% a la del conjunto del Estado, fueron las comunidades con mayor riesgo de muerte por tumores malignos. Castilla La Mancha, Madrid, Murcia y Navarra fueron las comunidades con menor mortalidad por cáncer. Este patrón de mortalidad, y las diferencias entre las comunidades con mayor y menor riesgo de muerte es similar cuando se tiene en cuenta la mortalidad prematura.

**Figura 1.3 - Índice de mortalidad por cáncer según Comunidad Autónoma. España, 2006**



La distribución geográfica de los dos tumores malignos que más muertes causas no sigue un patrón tan definido como el conjunto del cáncer, y muestran además una mayor heterogeneidad. No obstante, Asturias, que era la comunidad con el mayor riesgo de muerte por tumores malignos, es también una comunidad donde el riesgo de muerte por cáncer de mama y, sobre todo, por cáncer de pulmón, es también alto en relación al conjunto del Estado.

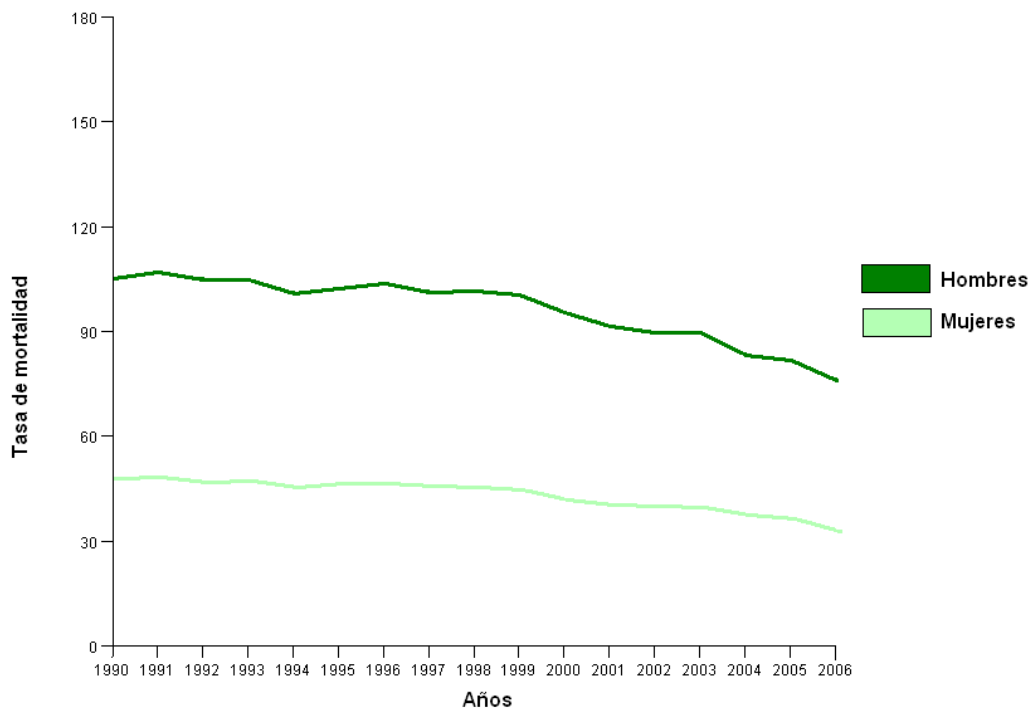
## 2. Mortalidad por enfermedad isquémica del corazón

### 2.1. Magnitud y tendencia

La enfermedad isquémica del corazón origina la tercera parte de las defunciones por el conjunto de enfermedades cardiovasculares. En 2006, el 31% de las muertes por enfermedades cardiovasculares en España fueron debidas a enfermedad isquémica del corazón, lo que supuso una tasa de mortalidad de 84,2 por 100.000 habitantes. En hombres, las defunciones por enfermedad isquémica del corazón ese año representaron el 38% de las defunciones por enfermedades cardiovasculares y una tasa de mortalidad de 97,6 por 100.000, mientras que en mujeres representaron el 24% de las defunciones por enfermedades cardiovasculares y una tasa de mortalidad de 74,1 por 100.000.

La evolución del riesgo de mortalidad, evaluada a través de la tendencia en la tasa de mortalidad ajustada por edad, muestra que entre 1990 y 2006 el riesgo de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón descendió en España un 23%, tanto en hombres como en mujeres (figura 2.1). En este descenso de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón, observado también en los países desarrollados desde el último tercio de siglo XX, probablemente haya influido una menor incidencia de la enfermedad, como consecuencia de una menor exposición de la población a los factores de riesgo, junto a una mayor supervivencia de los enfermos, como consecuencia de una mejora en los tratamientos.

Figura 2.1 - Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes por enfermedad isquémica del corazón en hombres y mujeres. España, 1990 - 2006



A pesar de esa disminución en el riesgo de mortalidad, la proporción de fallecimientos por enfermedad isquémica del corazón se ha mantenido prácticamente estabilizada en los países desarrollados. Concretamente, las defunciones por enfermedad isquémica del corazón desde el inicio de la década de los años noventa del pasado siglo se han mantenido en el 10% de las defunciones totales. El aumento en el número de fallecimientos por encima de los 75 años, cuya causa de muerte es la enfermedad isquémica del corazón, explica este hecho. Como consecuencia de este incremento en la edad de los fallecidos, el riesgo de mortalidad prematura por enfermedad isquémica del corazón ha experimentado un importante descenso: en 2006 el riesgo de mortalidad en menores de 75 años era un 32% inferior al riesgo de mortalidad en 1990.

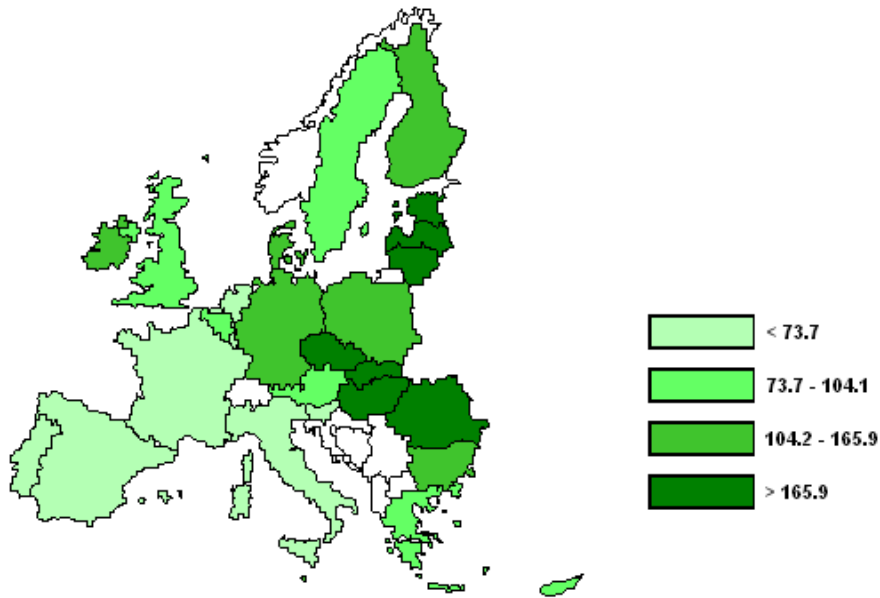
No obstante, en hombres la mortalidad prematura por enfermedad isquémica del corazón constituye todavía un importante problema de salud. Mientras que en 2006 el 44% de las defunciones por enfermedad isquémica del corazón en hombres se producían antes de los 75 años, en las mujeres esa cifra era sólo del 16%. Esa diferencia en la edad de los fallecimientos

entre hombres y mujeres se traslada a la diferencia en el riesgo de mortalidad por esta enfermedad isquémica del corazón entre unos y otros: el riesgo de mortalidad es dos veces mayor en hombres que en mujeres; en cambio, si se tiene en cuenta la mortalidad prematura, es decir los fallecimientos antes de los 75 años de edad, el riesgo de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón es cuatro veces mayor en hombres que en mujeres.

## *2.2. La situación en España en el contexto de la Unión Europea*

España es el segundo país de la Unión Europea, después de Francia, con una menor mortalidad por enfermedad isquémica del corazón. En España, la tasa de mortalidad es un 70% inferior a la media de la Unión Europea. Por su parte, Letonia y Lituania son los países de la Unión Europea con mayor mortalidad por esta enfermedad. La tasa de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en Letonia y Lituania es entre 6 y 7 veces más alta que en Francia y España. En líneas generales, los países mediterráneos son los que presentan una menor mortalidad por esta enfermedad, mientras que los países del este son los que presentan la mortalidad mayor (figura 2.2).

**Figura 2.2 - Índice de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón.  
Países de la Unión Europea**



**Base 100: UE**  
**Estimaciones en base al último año disponible**

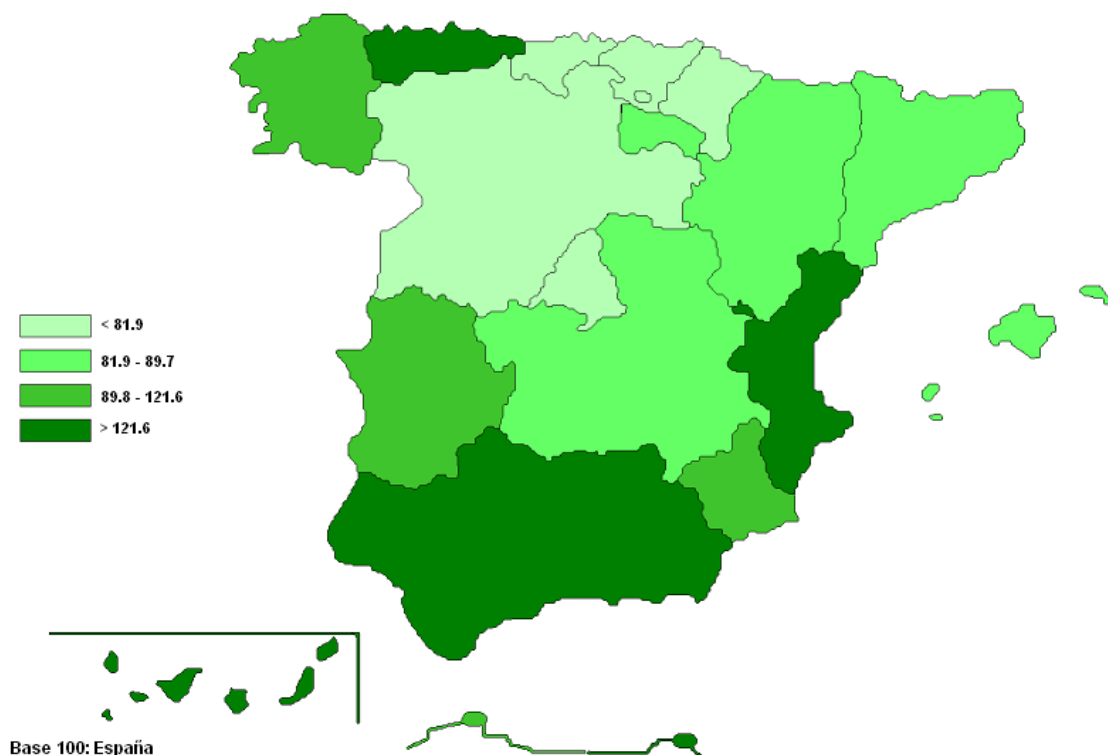
Como se ha señalado, la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en los países desarrollados ha mostrado una tendencia descendente desde hace varias décadas. En los últimos tres lustros también se ha observado un descenso en la mortalidad por enfermedad isquémica en todos los países de la Unión Europea - excepto en Hungría y Rumanía, donde la tasa de mortalidad ha permanecido estabilizada-, de tal forma que en el conjunto de la Unión Europea el riesgo de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón descendió un 13% desde el año 1990 hasta mediados de la presente década.

### *2.3 .La situación en las comunidades autónomas*

La mortalidad por enfermedad isquémica del corazón presenta un patrón geográfico característico, observándose una mortalidad más alta en el sureste de la península, en Canarias

y en las ciudades de Ceuta y Melilla y una mortalidad más baja en el norte peninsular y en la Comunidad de Madrid (figura 2.3). La única excepción es Asturias que, siendo una comunidad del norte, presenta una mortalidad relativamente elevada. La mayor mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en 2006 se observó en Canarias, Melilla y la Comunidad Valenciana. Canarias tuvo una mortalidad un 40% superior a la mortalidad en el conjunto de España, mientras que Melilla y la Comunidad Valenciana tuvieron una mortalidad un 30% superior a la media española. Por su parte, el País Vasco, Cantabria y Navarra fueron las comunidades autónomas con menor mortalidad por esta enfermedad: la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en estas comunidades fue de alrededor de un 25% inferior a la mortalidad del conjunto del Estado.

Figura 2.3 - Índice de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón según Comunidad Autónoma. España, 2006



El patrón geográfico cuando se tiene en cuenta la mortalidad antes de los 75 años es prácticamente similar al observado con la mortalidad para todos los grupos de edad. No

obstante, es preciso resaltar que en Canarias y en la ciudad de Ceuta el porcentaje de fallecimientos por debajo de los 75 años es inferior a la media del resto de las comunidades autónomas. Mientras que en la mayoría de las comunidades autónomas ese porcentaje se encuentra al torno al 70% en esos dos ámbitos geográficos no alcanza el 60%. Es decir, la mortalidad prematura por enfermedad isquémica del corazón constituye todavía un importante problema de salud en Canarias y en Ceuta. De hecho el riesgo de mortalidad por esta enfermedad en Canarias es 1,9 veces más alto que la mortalidad en el País Vasco –que es comunidad autónoma con menor mortalidad-; en cambio el riesgo de mortalidad prematura por enfermedad isquémica del corazón en Canarias es 2,9 veces más alto que la mortalidad en Cantabria –que es comunidad autónoma con mayor mortalidad prematura-.

### 3. Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares

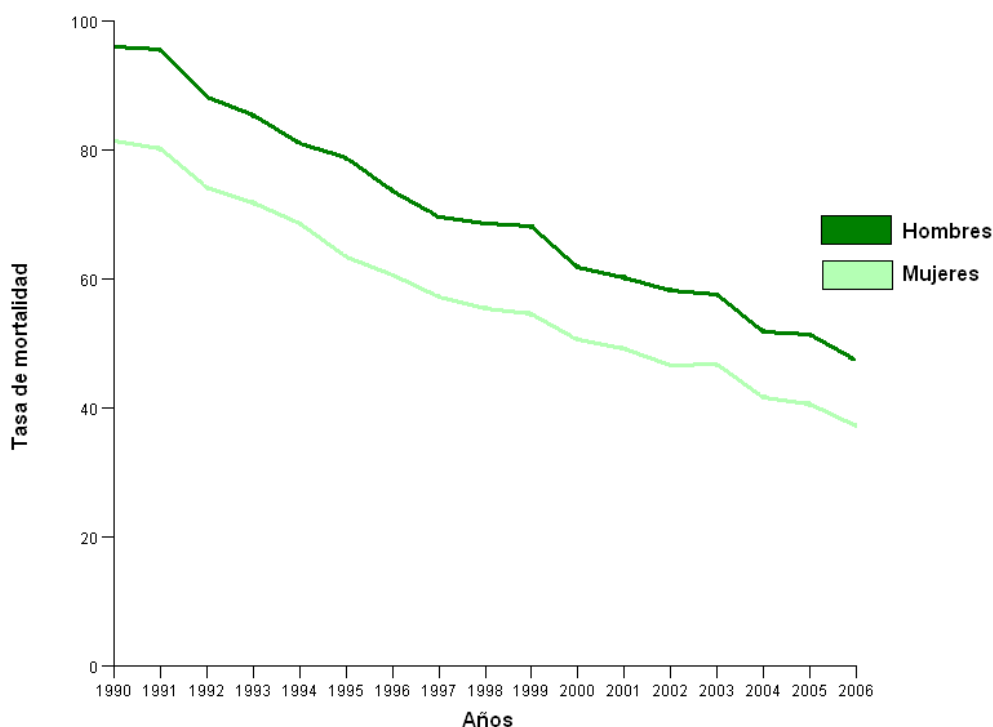
#### *3.1. Magnitud y tendencia*

Las enfermedades cerebrovasculares representan casi el 30% de las defunciones por el conjunto de enfermedades cardiovasculares. En 2006, se produjeron 32.900 muertes por enfermedades cerebrovasculares en España, lo que supuso una tasa de mortalidad de 74,7 por 100.000 habitantes. En hombres, las defunciones por enfermedades cerebrovasculares ese año representaron el 25% de las defunciones por enfermedades cardiovasculares y una tasa de mortalidad de 63,8 por 100.000, mientras que en mujeres representaron el 29% de las defunciones por enfermedades cardiovasculares y una tasa de mortalidad de 85,2 por 100.000.



La característica más relevante de la mortalidad por estas enfermedades es el descenso tan espectacular ocurrido desde mediados de siglo en los países desarrollados. Aunque este descenso se ha atribuido al mejor control de la hipertensión arterial, principal factor de riesgo de estas enfermedades, la escasa información de que se dispone acerca del control de la hipertensión en la mayoría de los países impide atribuir verosimilitud a esta razón para explicar esa evolución. Presumiblemente, los factores responsables del descenso de la mortalidad ocurrieron antes que se difundiera el uso del tratamiento antihipertensivo con drogas. En España, el riesgo de mortalidad por las enfermedades cerebrovasculares muestra igualmente una tendencia descendente. Concretamente, la tasa de mortalidad ajustada por edad entre 1990 y 2006 descendió un 50%, tanto en hombres como en mujeres (figura 3.1).

**Figura 3.1 - Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes por enfermedad cerebrovascular en hombres y mujeres. España, 1990 - 2006**



La disminución en el riesgo de mortalidad se ha acompañado de una disminución en la proporción de fallecimientos por enfermedades cerebrovasculares: las defunciones por estas enfermedades en España representaban el 13% de las defunciones totales en 1990 y el 9% en 2006. Así mismo, el porcentaje de fallecimientos por encima de los 75 años, cuya causa de

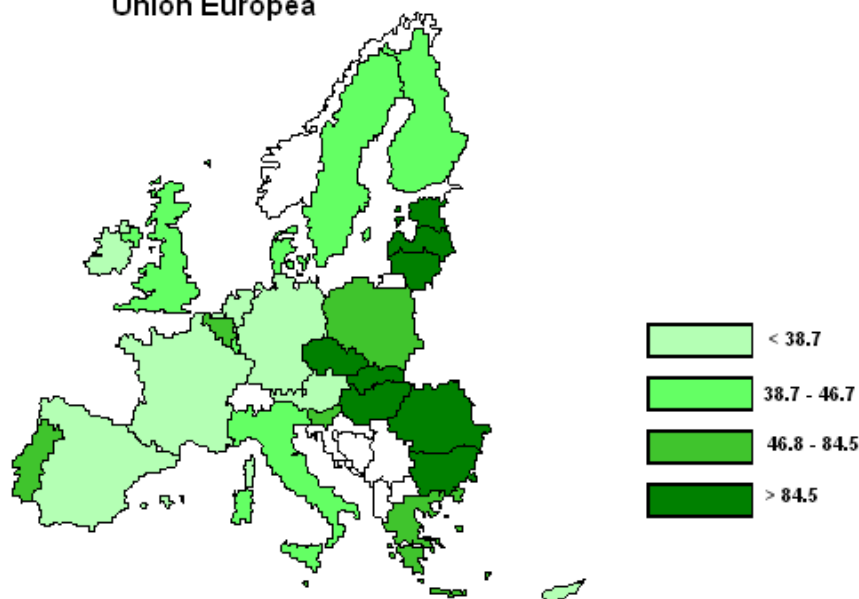
muerte son las enfermedades cerebrovasculares, se ha mantenido estabilizado, lo que explica que el riesgo de mortalidad prematura por estas enfermedades también haya descendido un 50% en 2006 con respecto a 1990.

Las defunciones por estas enfermedades se producen mayoritariamente en personas de 75 años de edad y mayores, sobre todo en mujeres. En 2006, el 30% de las defunciones por enfermedades cerebrovasculares en hombres se produjo antes de los 75 años, mientras que en mujeres el porcentaje de defunciones antes de los 75 años fue el 13%. Esa diferencia en la edad de los fallecimientos entre hombres y mujeres se traslada a la diferencia en el riesgo de mortalidad por estas enfermedades entre unos y otras: el riesgo de mortalidad es 1,15 veces mayor en hombres que en mujeres; en cambio, si se tiene en cuenta la mortalidad prematura, es decir los fallecimientos antes de los 75 años de edad, el riesgo de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares es 1,90 veces mayor en hombres que en mujeres.

### *3.2. La situación en España en el contexto de la Unión Europea*

España se encuentra entre los cuatro países de la Unión Europea, después de Francia, Austria e Irlanda, con menor mortalidad por enfermedades cerebrovasculares. En España, la tasa de mortalidad es un 65% inferior a la media de la Unión Europea. Por su parte, Rumanía, Letonia y Bulgaria son los países de la Unión Europea con mayor mortalidad por esta enfermedad. La tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en Rumanía, Letonia y Bulgaria es entre 4 y 6 veces más alta que en los países con menor mortalidad (figura 3.2).

Figura 3.2 - Índice de mortalidad por enfermedad cerebrovascular. Países de la Unión Europea



Base 100: UE  
Estimaciones en base al último año disponible

Algunos países como Finlandia o Irlanda con una mortalidad relativa alta por enfermedad isquémica del corazón tienen una mortalidad relativa baja por enfermedades cerebrovasculares; mientras que en otros, como Portugal y Grecia, ocurre todo lo contrario. Las enfermedades cerebrovasculares ocurren mayoritariamente en edades avanzadas y comparte algunos factores de riesgo con la enfermedad isquémica de corazón; por tanto, pudiera ser que en los países con menor incidencia de enfermedad isquémica la población a riesgo que llega a las edades avanzadas sea mayor. Sin embargo, este razonamiento no explica lo que ocurre en España y Francia, con una mortalidad relativa baja, o en Letonia y Bulgaria, con una mortalidad relativa alta por ambas enfermedades, respectivamente.

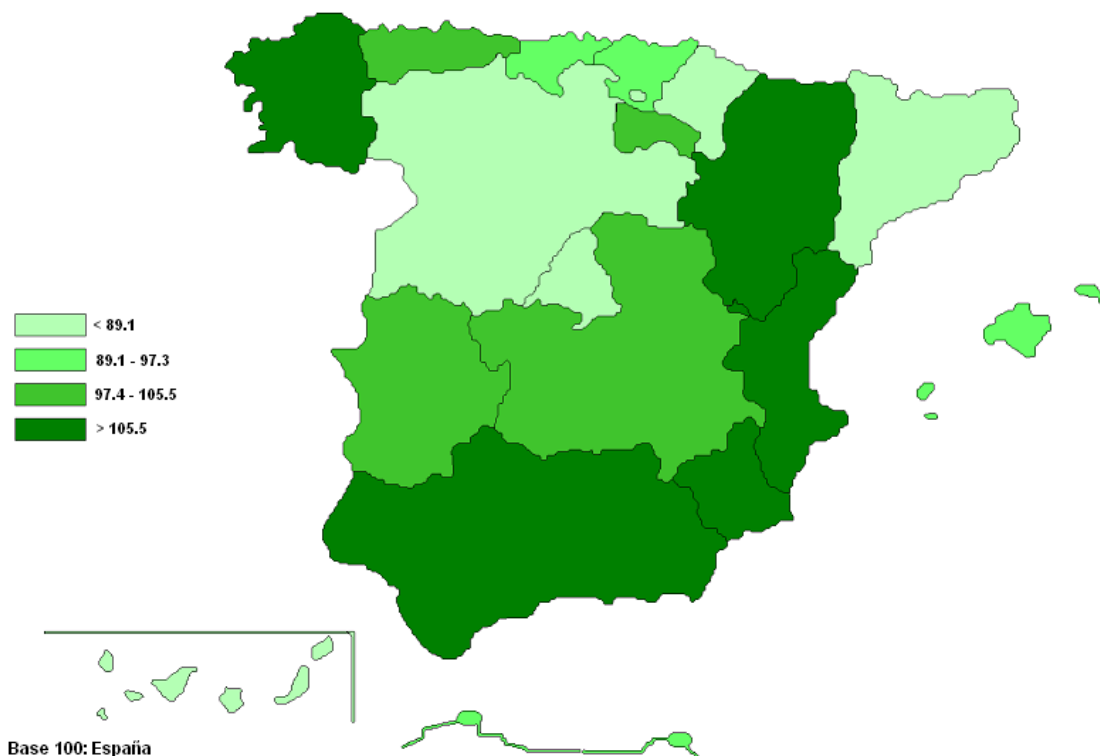
Como se ha comentado, la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en los países desarrollados ha mostrado una tendencia descendente desde hace varias décadas. En los últimos tres lustros también se ha observado un descenso en la mortalidad por enfermedades

cerebrovasculares en todos los países de la Unión Europea - excepto en Polonia y Rumanía, donde la tasa de mortalidad ha permanecido estabilizada o ha aumentado ligeramente-, de tal forma que en el conjunto de la Unión Europea el riesgo de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares descendió un 12% desde el año 1990 hasta mediados de la presente década.

### *3.3. La situación en las comunidades autónomas*

Como en el caso de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón, la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares es más alta en la zona del sureste peninsular (figura 3.3). Andalucía, Murcia y Comunidad Valenciana fueron las comunidades autónomas con mayor mortalidad en 2006, siendo un 40%, un 28%, un 11% y un 11% superior, respectivamente, a la de España. Madrid, Castilla y León y Canarias fueron las comunidades autónomas con una mortalidad más baja, siendo un 30%, un 20% y un 18% inferior a la media del conjunto del Estado. Es especialmente relevante el hecho de que Canarias, así como las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, presenten una mortalidad relativa alta por enfermedad isquémica del corazón, pero una mortalidad relativa baja por enfermedades cerebrovasculares.

Figura 3.3 - Índice de mortalidad por enfermedad cerebrovascular según Comunidad Autónoma. España, 2006



El patrón geográfico cuando se tiene en cuenta la mortalidad antes de los 75 años es muy similar al observado con la mortalidad para todos los grupos de edad. De hecho, Andalucía y Madrid también son las comunidades autónomas que presentan la mayor y la menor tasa de mortalidad prematura por enfermedades cerebrovasculares. Es más, la diferencia entre ambas comunidades es similar, tanto cuando se tiene en cuenta la mortalidad en todos los grupos de edad, como cuando se tiene en cuenta la mortalidad antes de los 75 años. Concretamente, riesgo de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en Andalucía es 2,0 veces más alto que en Madrid, mientras que el riesgo de mortalidad prematura por estas enfermedades en Andalucía es 1,9 veces más alto que en Madrid.

No obstante, es preciso resaltar un par de excepciones: la posición que ocupan Extremadura y Ceuta si se tiene en cuenta la mortalidad prematura es muy diferente a la posición que ocupan

cuando se tiene en cuenta la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en todos los grupos de edad. Mientras el porcentaje de fallecimientos en personas de 75 años de edad y mayores supone en 80% en el conjunto del Estado, en Extremadura supone el 85% y en Ceuta el 60%. Como consecuencia, aunque Extremadura presenta una mortalidad relativa alta por esas enfermedades, su mortalidad prematura es relativamente baja. De la misma forma, aunque Ceuta presenta una mortalidad relativa baja por esas enfermedades, su mortalidad prematura es relativamente alta.

#### 4. Mortalidad por diabetes mellitus

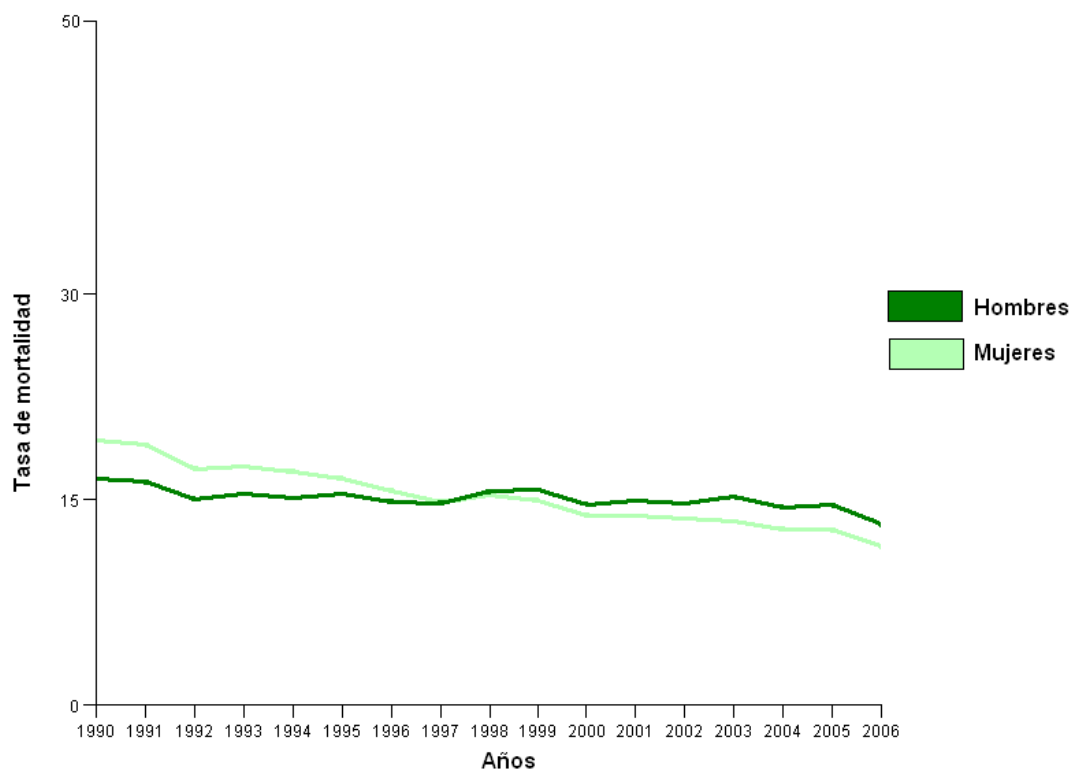
##### *4.2. Magnitud y tendencia*

La diabetes mellitus fue la causa del 2,6 % del total de fallecimientos ocurridos en el año 2006 en España, lo que supuso una tasa de mortalidad de 22,0 por 100.000 habitantes. En hombres, las defunciones por diabetes ese año representaron el 2% del total, lo que supuso una tasa de mortalidad de 17,6 por 100.000, mientras que en mujeres representaron el 3,3% y una tasa de mortalidad de 26,2 por 100.000.

La evolución del riesgo de mortalidad, evaluada a través de la tendencia en la tasa de mortalidad ajustada por edad (figura 4.1) muestra que entre 1990 y 2006 el riesgo de mortalidad por diabetes descendió en España un 32%; este descenso fue mayor en las mujeres (40%) que en los hombres (20%). De hecho, a partir de 1998, el riesgo de muerte por diabetes, que venía siendo más alto en las mujeres, es ya mayor en los hombres. A pesar de esa disminución en el riesgo de muerte, la proporción de fallecimientos por diabetes se ha mantenido prácticamente

estabilizada desde 1990 (alrededor de un 2,6% de las defunciones), incrementándose ligeramente en los hombres. Lo que sí se observa es un incremento notable en la proporción de fallecidos por diabetes con más de 74 años de edad, que pasó del 63% en 1990 al 78% en 2006. Este aumento de la proporción de fallecidos por diabetes con más de 74 años, que se observa tanto en hombres (53% en 1990 y 67% en 2006) como en mujeres (69% y 85% en esos mismos años respectivamente) sería la causa de que el riesgo de mortalidad prematura por diabetes haya experimentado un extraordinario descenso: en 2006, el riesgo de mortalidad en menores de 75 años fue un 47% inferior al riesgo de mortalidad en 1990 (32% en hombres y 61% en mujeres).

Figura 4.1 – Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes por diabetes mellitus en hombres y mujeres. España, 1990 - 2006



A pesar de ello, la mortalidad prematura por diabetes constituye todavía un importante problema de salud en los hombres. Mientras que en 2006 el 33% de las defunciones por diabetes en hombres se producían antes de los 75 años, en las mujeres esa cifra era sólo del 15%. Esa diferencia en la edad de los fallecimientos por diabetes entre hombres y mujeres se traslada a la

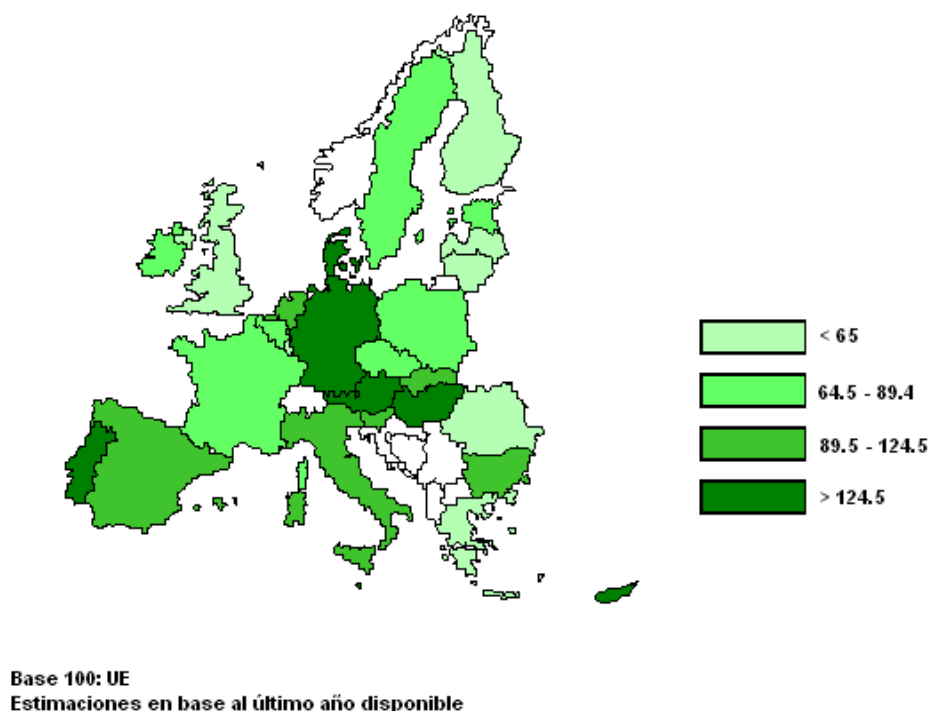
diferencia en el riesgo de mortalidad por esa causa entre unas y otros: el riesgo de mortalidad en el conjunto de la población es 1,1 veces mayor en hombres que en mujeres; en cambio, si se tiene en cuenta la mortalidad prematura, es decir los fallecimientos antes de los 75 años de edad, el riesgo de mortalidad por diabetes es 1,8 veces mayor en hombres que en mujeres.

#### *4.2. La situación en España en el contexto de la Unión Europea*

España tiene una tasa de mortalidad por diabetes mellitus similar a la del conjunto de los países de la UE. No parece haber un patrón geográfico claro: aunque muchos de los países mediterráneos tienen una tasa de mortalidad superior a la del conjunto de la UE, Francia, y sobretodo Grecia, muestran una tasa de mortalidad muy inferior. En concreto Grecia, junto a Reino Unido y Finlandia, son los países con una menor mortalidad por diabetes, casi un 50% inferior a la de la UE. Por su parte, Chipre, Portugal, Austria y Hungría, con más de un 50% superior a la UE, son los países con mayor mortalidad por diabetes mellitus (figura 4.2).



Figura 4.2 - Índice de mortalidad por diabetes mellitus. Países de la Unión Europea



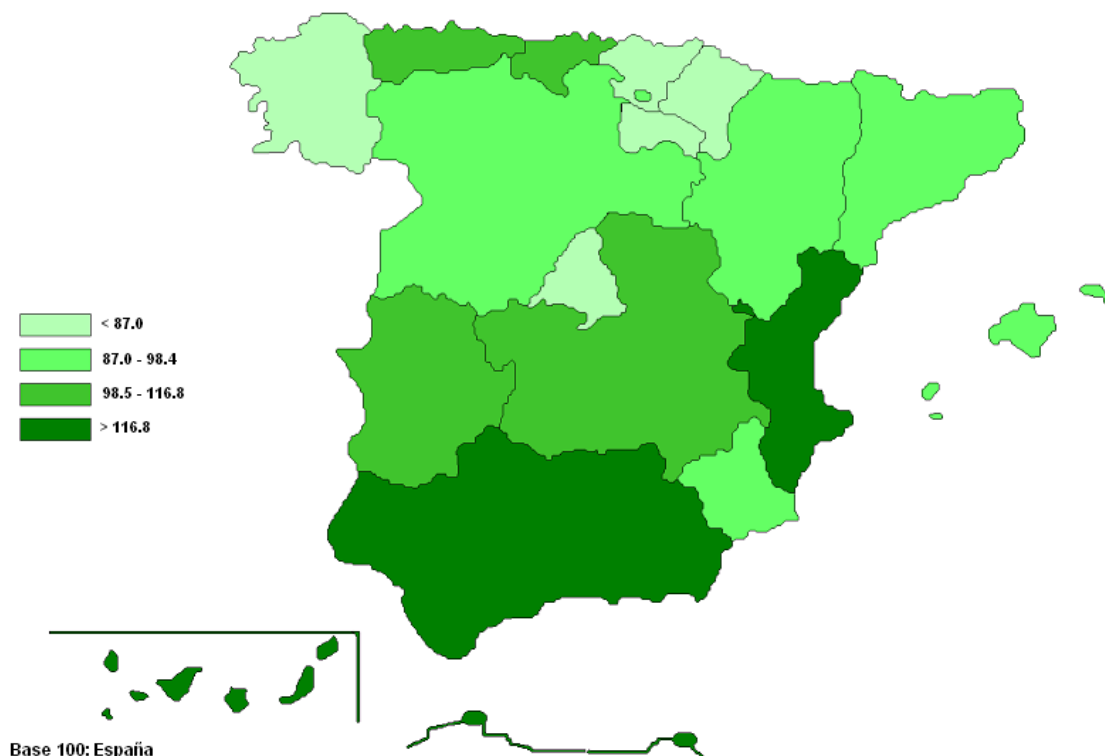
El principal factor de riesgo de diabetes del adulto es la obesidad. Aunque hay algunos países con alta prevalencia de obesidad y un riesgo bajo de muerte por diabetes, como Reino Unido o Finlandia, los países europeos con mayor frecuencia de obesidad —Malta, Hungría, Austria o Alemania— tienen también una alta tasa de mortalidad por Diabetes.

La mortalidad por diabetes está descendiendo en la UE; desde 1990, el riesgo de mortalidad por diabetes descendió un 13% en el conjunto de los países de la UE. Esta tendencia mostró, sin embargo, una gran variabilidad: República Checa, con un descenso del 45%, Reino Unido, Italia, España, Finlandia, y Malta, con alrededor de un 30% de descenso, fueron los países de la UE donde se observó la mayor tendencia descendente en la tasa de mortalidad por diabetes desde 1990. Por su parte, países como Estonia, Hungría, Dinamarca, Lituania y Austria, el riesgo de mortalidad por diabetes creció más de un 40% desde 1990.

### *4.3. La situación en las comunidades autónomas*

La mortalidad por diabetes mellitus presenta un patrón geográfico característico, con mayor mortalidad en el sur de la península, en Canarias y en las ciudades de Ceuta y Melilla y una mortalidad más baja en el norte peninsular y en la Comunidad de Madrid (figura 4.3). Únicamente Asturias entre las comunidades del norte de la península tiene una tasa de mortalidad mayor que la del conjunto de España. La mayor mortalidad por diabetes en 2006 se observó en Canarias, Melilla y Ceuta. Canarias y la ciudad de Melilla tuvieron una mortalidad más de dos veces superior a la del conjunto de España. Por su parte, Madrid, con una mortalidad un 50% menor que la del conjunto de España, y La Rioja, Galicia, Navarra, el País Vasco, Castilla y León y Cataluña, con una mortalidad entre un 10 y un 30% inferior a la del conjunto de Estado, fueron las comunidades autónomas con menor mortalidad por diabetes mellitus.

Figura 4.3 - Índice de mortalidad por diabetes mellitus según Comunidad Autónoma. España, 2006



Cuando se tiene en cuenta la mortalidad antes de los 75 años, el patrón geográfico es prácticamente similar al observado con la mortalidad para el conjunto de la población. Las mayores tasas de mortalidad prematura por diabetes en 2006 se observaron en Canarias, Melilla y Ceuta, lugares donde alrededor de un 30% de las defunciones ocurrieron en menores de 75 años, frente al 20% del conjunto del Estado. Las diferencias en el riesgo de mortalidad por diabetes entre las comunidades con mayor y menor mortalidad (Canarias y Madrid respectivamente) son mayores en la mortalidad prematura: mientras que la tasa de mortalidad por diabetes en Canarias es 4,8 veces más alta que en Madrid, cuando se tiene en cuenta la mortalidad prematura, este riesgo relativo pasa a ser de 5,7.

La distribución geográfica de la mortalidad por diabetes es bastante similar a la de la frecuencia de obesidad, su principal factor de riesgo. Así, Andalucía, Canarias, Extremadura o Castilla La

Mancha son las comunidades autónomas con mayor riesgo de mortalidad por diabetes y con mayor frecuencia de obesidad. No es de extrañar, siendo como son tanto la diabetes como la obesidad factores de riesgo de la enfermedad isquémica del corazón, que la distribución geográfica del riesgo de muerte por esta enfermedad (figura 2.3). también coincida con la de aquellas.

## 5. Anexo de tablas

1.1 Mortalidad total y mortalidad prematura por cáncer. Tasa ajustada de mortalidad por edad. España, 1990-2006.

1.2 Mortalidad por cáncer en los países de la Unión Europea. Tasa ajustada de mortalidad por edad e índice de mortalidad.

1.3 Mortalidad por cáncer en las comunidades autónomas. Tasa ajustada de mortalidad por edad e índice de mortalidad. España, 2006.

2.1 Mortalidad total y mortalidad prematura por enfermedad isquémica del corazón. Tasa ajustada de mortalidad por edad. España, 1990-2006.

2.2 Mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en los países de la Unión Europea. Tasa ajustada de mortalidad por edad e índice de mortalidad.

2.3 Mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en las comunidades autónomas. Tasa ajustada de mortalidad por edad e índice de mortalidad. España, 2006.

3.1 Mortalidad total y mortalidad prematura por enfermedades cerebrovasculares. Tasa ajustada de mortalidad por edad. España, 1990-2006.

3.2 Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en los países de la Unión Europea. Tasa ajustada de mortalidad por edad e índice de mortalidad.

3.3 Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en las comunidades autónomas. Tasa ajustada de mortalidad por edad e índice de mortalidad. España, 2006.

4.1 Mortalidad total y mortalidad prematura por diabetes mellitus. Tasa ajustada de mortalidad por edad. España, 1990-2006.

4.2 Mortalidad por diabetes mellitus en los países de la Unión Europea. Tasa ajustada de mortalidad por edad e índice de mortalidad.

4.3 Mortalidad por diabetes mellitus en las comunidades autónomas. Tasa ajustada de mortalidad por edad e índice de mortalidad. España, 2006.

