La sanidad española en cifras 2016

Círculo de la Sanidad

La sanidad española en cifras 2016

Fundación Gaspar Casal

Círculo de la Sanidad

NUESTRO PRINCIPAL ACTIVO, NUESTROS SOCIOS

3M, la compañía mundial de la innovación.

Alcon, 360º de compromiso con el cuidado de la visión.

Analiza, un joven laboratorio experto.

Su mejor aliado sanitario.

Expertos en hacer que la sanidad aumente su eficacia.

Tu espacio, nuestro compromiso.

La correa de transmisión que garantiza
el acceso a una salud de calidad a todos los ciudadanos.

Trabajamos por su salud.

...tu hospital de confianza.

Proteger, Mejorar y Salvar Vidas.

Juntos aportamos valor social

Linde, en buenas manos.

De naturaleza hospitalaria

La Revista Digital de Gestión Profesional y
Atención al Paciente

La salud en bandeja.

Aseguradora de Salud, Líder en España

60 años especializados en
Soluciones Hospitalarias Avanzadas.

Cada día más cerca de ti.

Un modelo de salud.

We innovate to advance human health.

Marcando la diferencia cada día para nuestros Clientes.

Edita: Círculo de Sanidad.
C/ Luxemburgo, 3 - Centro de Transportes - 28821 Coslada (Madrid).
Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida o almacenada en forma alguna ni por medios mecánicos ni electrónicos, sin el permiso escrito del titular del copyright.
Depósito Legal: M-4947-2017. ISBN: 978-84-617-8431-8

La sanidad española en cifras 2016

Autores

Alicia Coduras Martínez

Licenciada en Ciencias Económicas y Empresariales (1985) y Doctora en Ciencias Políticas y de la Administración (1999) por la Universidad Pompeu Fabra. Técnico Estadístico Superior del Instituto Opinometre. Anteriormente, profesora de métodos cuantitativos en la Universidad de Barcelona, la Universidad Pompeu Fabra, EAE, IE Business School, Nebrija Universidad y Centro Universitario EDEM adscrito a la Universidad de Valencia.

Investigadora estadística senior de la Fundación Gaspar Casal desde el año 1999. Miembro del equipo técnico del Proyecto Global Entrepreneurship Monitor (GEM) desde el año 1999.

Juan E. del Llano Señarís

Licenciado en Medicina y Cirugía (1981) y Doctor en Medicina (1990) por la Universidad Complutense de Madrid. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública (MIR 1982-85, Hospital La Paz). M. Sc. Community Health, Usher Institute, University of Edinburgh (1985-86). European Healthcare Leadership Programme, INSEAD (1999-2000). Programa de Alta Dirección de Instituciones Sanitarias, IESE, Universidad de Navarra (2004). Advanced Health Leadership Forum, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona y University of California, Berkeley (2005).

Desde 1998 es Director de la Fundación Gaspar Casal. Desde 1989 es Director Académico y profesor de Salud Pública y Gestión Clínica del Master de Administración y Dirección de Servicios Sanitarios, Fundación Gaspar Casal y Universitat Pompeu Fabra (anterior al 2000, ICADE-UPCO). Presidente de la Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, desde 2003. Editor Asociado de Gestión Clínica y Sanitaria, desde 1999. Investigador Asociado del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES), Universitat Pompeu Fabra, desde 2000. Evaluador del Área de Biomedicina, Agencia Nacional de Evaluación y Prospectiva. Profesor Ayudante Doctor, Agencia Nacional de Evaluación, Calidad y Acreditación (PAD: 2012-7582).

ÍNDICE

Presentación **11**
Introducción **15**
1. Configuración socio-económica del entorno del usuario del sistema sanitario **21**
1.1. Caracterización demográfica de la población objetivo y su evolución reciente 23
1.1.1. Cifras de población 23
1.1.2. Tasa de paro 27
1.1.3. Tasa de natalidad e índice de fecundidad 29
1.2. Caracterización social, educativa y económica de la población objetivo 34
2. Estado de salud **43**
2.1. Morbilidad 45
2.1.1. Morbilidad: tuberculosis 46
2.1.2. Morbilidad: VIH 48
2.1.3. Morbilidad: diabetes 49
2.1.4. Morbilidad: tasa ajustada de hospitalización por diabetes mellitus por 10 000 hab. 51
2.1.5. Morbilidad: asma 52
2.1.6. Morbilidad: tasa ajustada de hospitalización por asma, por 10 000 hab. 53
2.1.7. Morbilidad: trastornos mentales 54
2.1.8. Morbilidad: tasa ajustada de hospitalización por infarto agudo de miocardio, por 10 000 hab. 55
2.1.9. Morbilidad: tasa ajustada de hospitalización por enfermedad cerebrovascular, por 10 000 hab. 57
2.1.10. Morbilidad: tasa ajustada de hospitalización por EPOC por 10 000 hab. 58
2.1.11. Morbilidad: prevalencia declarada de EPOC en la población adulta 59
2.1.12. Morbilidad: tasa ajustada de hospitalización por enfermedad hipertensiva por 10 000 hab. 61
2.1.13. Morbilidad: tasa ajustada de hospitalización por insuficiencia cardiaca congestiva por 10 000 hab. 62
2.1.14. Morbilidad: número de víctimas totales de accidentes de tráfico 63

2.1.15. Morbilidad: incidencia de accidentes de trabajo 64
2.1.16. Morbilidad: frecuencia de accidentes de trabajo 65
2.2. Mortalidad 67
2.2.1. Mortalidad: tasa de mortalidad general ajustada por edad por 100.000 habitantes 67
2.2.2. Mortalidad: tasa de mortalidad ajustada por edad por cardiopatía isquémica por 100.000 habitantes 69
2.2.3. Mortalidad: tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad cerebrovascular por 100.000 habitantes..... 70
2.2.4. Mortalidad: tasa de mortalidad ajustada por edad por cáncer por 100.000 habitantes 72
2.2.5. Mortalidad: tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica por 100.000 habitantes..... 73
2.2.6. Mortalidad: tasa de mortalidad ajustada por edad neumonía e influenza por 100.000 habitantes..... 74
2.2.7. Mortalidad: tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad crónica del hígado por 100.000 habitantes 75
2.2.8. Mortalidad: tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus por 100.000 habitantes..... 76
2.2.9. Mortalidad: tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes no intencionales por 100.000 habitantes 77
2.2.10. Mortalidad: tasa de mortalidad ajustada por edad por suicidio por 100.000 habitantes 78
2.2.11. Mortalidad: tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad de Alzheimer por 100.000 habitantes 80
2.2.12. Mortalidad: tasa de mortalidad ajustada por edad, prematura por cáncer por 100.000 habitantes 81
2.2.13. Mortalidad: tasa de mortalidad ajustada por edad, prematura por cardiopatía isquémica por 100.000 habitantes..... 82
2.2.14. Mortalidad: tasa de mortalidad ajustada por edad, prematura por diabetes por 100.000 habitantes 83
2.2.15. Mortalidad: tasa de mortalidad ajustada por edad, prematura por enfermedad vascular cerebral por 100.000 habitantes 84
2.2.16. Mortalidad: tasa de mortalidad ajustada por edad, prematura por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores por 100.000 habitantes 85

2.2.17. Mortalidad: Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos .. 87
2.2.18. Mortalidad: tasa de mortalidad perinatal 88
2.2.19. Mortalidad: Número de víctimas mortales de accidentes de tráfico 89
2.3. Caracterización sociodemográfica y de bienestar de la población 91
2.3.1. Tasa de natalidad por 1000 nacidos vivos 91
2.3.2. Índice de dependencia..... 92
2.3.3. Índice de dependencia juvenil 93
2.3.4. Índice de dependencia mayores de 64 años..... 94
2.3.5. Tasa de donantes de órganos..... 95
2.3.6. Esperanza de vida al nacer..... 96
2.3.7. Esperanza de vida a los 65 años..... 97
2.3.8. Años de vida saludable al nacer..... 98
2.3.9. Años de vida saludable a los 65 años..... 99
2.3.10. Porcentaje de población con valoración positiva de su estado de salud 100
2.3.11. Porcentaje de población de 65 años y más años con valoración positiva de su estado de salud 101
2.3.12. Porcentaje de población adulta en riesgo de mala salud mental.. 102
2.3.13. Índice de calidad de vida infantil relacionada con la salud 104
2.4. Estilos de vida 107
2.4.1. Tabaco 107
2.4.2. Porcentaje de riesgo de bebedores de alcohol..... 108
2.4.3. Porcentaje de consumidores de cánnabis entre la población de 15 a 64 años 110
2.4.4. Porcentaje de consumidores de cánnabis en escolares adolescentes de 14 a 18 años 111
2.4.5. Prevalencia de sedentarismo en población adulta 113
2.5. Determinantes biológicos 115
2.5.1. Prevalencia de sobrepeso en población de 18 y más años 115
2.5.2. Prevalencia de sobrepeso en población infantil 116
2.5.3. Prevalencia de obesidad en población de 18 y más años..... 117
2.5.4. Prevalencia de obesidad en población infantil 118
2.5.5. Porcentaje de recién nacidos a término con bajo peso..... 119
2.5.6. Porcentaje de recién nacidos prematuros 121
2.6. Determinantes sociales 123

2.6.1. Tasa de pobreza 123
2.6.2. Proporción de población de 25 a 64 años con nivel de estudios de 1º Etapa de educación secundaria o inferior..... 124
2.6.3. Proporción de población de clase social baja 126
3. Accesibilidad 129
3.1. Vacunación 131
3.1.1. Cobertura (%) de personas mayores de 64 años vacunadas frente a la gripe 131
3.1.2. Cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (primovacunación 0-1 años) 132
3.1.3. Cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (primovacunación 1-2 años) 134
3.2. Mamografía, cobertura general, esperas 137
3.2.1. Porcentaje de mujeres de 50 a 69 años con mamografía realizada con la frecuencia recomendada 137
3.2.2. Porcentaje de población cubierta por el sistema sanitario público 139
3.2.3. Pacientes en espera y tiempos de espera en el ámbito nacional 140
4. Efectividad 143
4.1. Nacidos de madres menores de 20 años 145
4.2. Número de pacientes con insuficiencia renal crónica con trasplante renal funcionante por 1.000.000 de hab. 147
4.3. Incidencia de gripe por cada 100 000 hab. 149
4.4. Supervivencia funcional del trasplante de hígado y pulmón a los 3 años por cada 100 trasplantados 151
4.5 Incidencia de hepatitis B por cada 100 000 hab. 153
5. Recursos 157
5.1 Personal médico en atención especializada por 1000 hab. 159
5.2. Personal médico atención primaria por 1000 personas asignadas 161
5.3. Personal de enfermería en atención especializada por 1000 hab. 163
5.4. Personal de enfermería en atención primaria por 1000 personas asignadas 165
5.5. Camas hospitalarias en funcionamiento por 1000 hab. 167
5.6. Puestos en hospitales de día por 1000 hab. 169
5.7. Quirófanos en funcionamiento por 100 000 hab. 171
5.8. Equipos de tomografía axial computarizada (TAC) en funcionamiento por 100 000 hab. 173

5.9. Equipos de resonancia magnética nuclear (RMN) por 100 000 hab. 175
5.10. Equipos de hemodiálisis en funcionamiento por 100 000 hab. 177
5.11. Equipos de hemodinámica en funcionamiento por 100 000 hab..... 179
6. Utilización..... 183
6.1. Frecuentación en medicina de atención primaria por persona asignada/año 185
6.2. Frecuentación en medicina de familia de AP por persona asignada/año.. 187
6.3. Frecuentación en pediatría de AP por persona asignada menor de 15 años/año 189
6.4. Frecuentación en enfermería de atención primaria por persona asignada/año..... 191
6.5. Frecuentación en consultas de atención especializada por 1000 hab./año 193
6.6. Frecuentación de ingresos hospitalarios por 1000 hab./año 195
6.7. Frecuentación en hospitales de día por 1000 hab./año..... 197
6.8. Tasa de intervenciones quirúrgicas por 1000 hab./año 199
6.9. Tasa de uso de TAC por 1000 hab./año..... 201
6.10. Tasa de uso de resonancia magnética por 1000 hab./año 203
6.11. Tasa de uso de hemodiálisis por 1000 hab./año 205
6.12. Tasa de uso de hemodinámica por 1000 hab./año..... 207
6.13. Estancia media (EM)..... 209
6.14. Estancia media ajustada por la casuística (EMAC) 211
6.15. Índice de complejidad 213
6.16. Porcentaje de cirugía ambulatoria en el SNS..... 215
6.17. DHD de antibióticos..... 217
6.18. DHD de antidepresivos..... 219
7. Gasto..... 223
7.1. Gasto sanitario público territorializado, por habitante protegido..... 225
7.2. Porcentaje del gasto sanitario en atención primaria..... 227
7.3. Porcentaje del gasto de los servicios de atención especializada 229
7.4. Porcentaje del gasto en farmacia..... 231
7.5. Porcentaje del gasto en remuneración de personal..... 233
7.6. Porcentaje del gasto en consumos intermedios 235
7.7. Porcentaje del gasto dedicado a conciertos..... 237
7.8. Porcentaje del gasto sanitario destinado a formación de residentes..... 239
8. Pertinencia 243
8.1. Porcentaje de colecistectomía por laparoscopia..... 245
8.2. Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama 247

8.3. Porcentaje de pacientes con fractura de cadera intervenidos en las primeras 48 horas 249
8.4. Porcentaje global de reingresos 251
8.5. Porcentaje de reingresos urgentes tras cirugía programada 253
8.6. Porcentaje de reingresos urgentes postinfarto 255
9. Seguridad 259
9.1. Tasa de infección hospitalaria 261
9.2. Tasa de notificación de reacciones adversas a medicamentos (total) 263
9.3. Mortalidad intrahospitalaria global por cada 100 altas hospitalarias 265
9.4. Mortalidad intrahospitalaria tras intervención quirúrgica por cada 100 altas quirúrgicas 267
9.5. Mortalidad intrahospitalaria tras angioplastia coronaria por cada 100 altas con dicho procedimiento 269
9.6. Mortalidad intrahospitalaria tras fractura de cadera por cada 100 altas por dicho diagnóstico 271
9.7. Mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto 273
9.8. Mortalidad intrahospitalaria de pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) por cada 100 altas por ICC 275
9.9. Tasa de amputaciones miembro inferior en personas diabéticas 277
10. Opinión 281
10.1. Grado de satisfacción de los ciudadanos con el funcionamiento del sistema sanitario público 283
10.2. Grado de satisfacción del ciudadano con el conocimiento del historial y el seguimiento de sus problemas de salud por el médico de familia y el pediatra 285
10.3. Grado de satisfacción del ciudadano con la información recibida en la consulta del médico especialista sobre su problema de salud 287
11. Concordancia de los resultados proporcionados por el INCLASS con los proporcionados por otras fuentes 291
12. Relaciones entre algunos indicadores clave y factores explicativos: análisis exploratorio 301
13. Conclusiones 311
14. Recomendaciones 321
Bibliografía 328

PRESENTACIÓN

El Círculo de la Sanidad tiene como uno de sus objetivos fundamentales desde su constitución, hace ahora 17 años, la promoción, elaboración y difusión de informes, estudios y publicaciones que enriquezcan el debate sobre nuestro sistema sanitario y contribuyan a su mejora.

Este principio fundacional nos ha llevado a acercarnos en los últimos años a algunos de los aspectos más críticos del presente y del futuro de la Sanidad en España, desmontando los 'Mitos y Paradojas' que distancian la imagen pública y la situación real de nuestra sanidad, abordando el encaje en la red de atención sanitaria de la atención de la dependencia y la autonomía personal –probablemente el mayor desafío que encarará nuestro sistema de salud en los próximos años-, imaginando los retos y desafíos que le esperan a la sanidad española en el horizonte 2020, analizando al detalle las consecuencias de la transición desde un sistema centralizado a los 17 sistemas autonómicos y, últimamente, recabando la opinión de gestores sanitarios, políticos, profesionales y pacientes para extraer '50 propuestas para el futuro del sistema sanitario', nuestro último Libro Azul hasta la fecha.

Es posible que el ejemplo más emblemático de toda esta producción editorial sea el volumen que ahora tiene entre sus manos, 'La Sanidad Española en Cifras', que este año cumple su segunda edición y que ya se ha consolidado como el principal estudio comparativo de indicadores clave del funcionamiento del sistema sanitario que se edita en nuestro país.

Gracias al compromiso de nuestros socios, sin duda el mayor activo del Círculo de la Sanidad y nuestro mayor valor, y al extraordinario trabajo del equipo de la Fundación Gaspar Casal, con la profesora Alicia Coduras al frente y bajo la dirección y supervisión del profesor Juan E. de Llano, podemos presentar con orgullo este volumen que recopila y analiza cerca de 250 indicadores de diversos aspectos de la gestión sanitaria, medio centenar de ellos considerados como claves para el análisis de cualquier sistema sanitario, y ofrece una reveladora radiografía de la situación del Sistema Nacional de Salud tras la más devastadora crisis que ha sufrido España en los últimos 70 años.

El análisis de esa ingente cantidad de información estadística, la más actual disponible en fuentes oficiales públicas, no sólo pone a nuestro alcance la foto fija más reciente de nuestro Sistema de Salud sino que también nos permite analizar

el impacto real (diverso) sobre los diferentes sistemas sanitarios autonómicos de las políticas de ajuste presupuestario ejecutadas en los últimos años y percibir algunos de los problemas estructurales que arrastra y que nos deben conducir a su reforma, cada vez más necesaria y más urgente.

Hay motivos, no obstante, para sentirse reconfortados. Los autores aseguran en sus conclusiones que el Sistema Nacional de Salud "ha resistido de forma digna las consecuencias de la crisis", lo cual subraya una realidad no siempre bien ponderada en el debate público y que el Círculo de la Sanidad viene defendiendo desde hace años: disfrutamos de uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo, por cobertura, por recursos, por calidad asistencial y por capacitación de sus profesionales.

La evidencia estadística avala esta realidad. La crisis, los recortes y otros factores sociodemográficos de carácter menos coyuntural, y que van a determinar el futuro de nuestro sistema como el imparable envejecimiento de la población, no han conseguido abatir inercias positivas como el incremento de la esperanza de vida, la caída de la tasa de mortalidad, la mejora de los indicadores de altas hospitalarias o la disminución de la prevalencia de hábitos de vida poco saludables, directamente relacionadas con el comportamiento del sistema sanitario, entendido en el modo más amplio.

Sin embargo, persisten señales de alarma que ya aparecían en la última edición de hace dos años y que subrayan la necesidad de abordar reformas estructurales en el sistema para garantizar su sostenibilidad a medio y largo plazo.

El estudio evidencia un sistema sobrecargado, incapaz de reducir las listas y tiempos de espera en intervenciones quirúrgicas de importancia y atención especializada, con menos capacidad de atención en Primaria y con menos camas hospitalarias. Es ahí donde se perciben las consecuencias de la crisis y de las tensiones financieras permanentes, que asfixian a un sistema que arrastra un déficit endémico y que no es capaz de aprovechar de forma eficaz todos los recursos sanitarios existentes en el país.

Así se percibe en los indicadores que reflejan la opinión de los ciudadanos respecto al sistema sanitario. En los últimos años ha aumentado la insatisfacción ciudadana respecto a la atención sanitaria que se recibe en los servicios públicos. Consideran que están saturados, que no son lo suficientemente ágiles y que no disponen de los recursos suficientes para desempeñar bien la tarea que se espera de ellos. Lo dicen los autores: los ciudadanos perciben que se les está atendiendo con menos recursos que antes y por eso su descontento no se dirige hacia los profesionales sanitarios, sino a las políticas y a la gestión pública de la sanidad.

Desde el Círculo de la Sanidad siempre hemos defendido que la forma más eficaz y sostenible de gestionar el Sistema Nacional de Salud pasa por aprovechar todos

los recursos sanitarios disponibles en el país de la forma más eficiente. Ello implica, de forma ineludible, buscar fórmulas de colaboración entre todos los agentes que operan en el sistema sanitario, profesionales, pacientes, políticos, gestores y empresas.

No nos cansaremos de repetirlo. La prestación por parte de operadores privados de servicios dentro del Sistema Nacional de Salud es perfectamente compatible con el actual modelo de Sanidad Pública y no implica su privatización. De hecho ya sucede en la actualidad, y lo cierto es que siempre ha existido.

La resistencia a poner en marcha esquemas de colaboración público-privada en el ámbito de la Sanidad es ineficiente, condena al sistema a tensiones financieras permanentes y dificultará en el futuro la adecuada asignación de recursos humanos y tecnológicos para ofrecer el nivel de atención que exigen los ciudadanos.

Una de las principales aportaciones de 'La Sanidad Española en Cifras' es que permite comparar las características de la gestión sanitaria por comunidades autónomas y también el esfuerzo que realiza cada una de ellas en la atención sanitaria a sus ciudadanos, tanto a nivel general como por áreas de atención.

La descentralización de la gestión sanitaria, que ha tenido efectos beneficiosos sobre no pocos aspectos, ha generado un problema fundamental, y es que los españoles han dejado de recibir una atención sanitaria similar con independencia del lugar en que residan.

El informe muestra que las políticas generalizadas de ajuste que se han visto obligadas a afrontar todas las comunidades autónomas han reducido en cierto grado las diferencias en la inversión sanitaria por habitante que en 2012 llegaban al 70%, pero éstas continúan siendo importantes y en algún caso llegan al 50%.

Acabar con este desequilibrio debe ser una prioridad política. No sólo porque genera desigualdades, en algunos casos muy relevantes, en la asistencia sanitaria que reciben los ciudadanos según su comunidad autónoma de residencia, sino también porque incentiva una competencia poco razonable entre territorios que muchas veces acaba traduciéndose en la adopción de decisiones cuestionables que incrementan las tensiones financieras sobre el sistema.

Desde el Círculo de la Sanidad ya hemos puesto sobre la mesa la necesidad de avanzar con la mayor urgencia en la definición de un Catálogo de Prestaciones Básicas que fije una cartera de servicios sanitarios básicos común en todo el territorio español y que garantice un estándar compartido a nivel general.

El Sistema Nacional de Salud es uno de los principales activos de la 'Marca España' y así es reconocido, casi más fuera que dentro de nuestras fronteras. Por este motivo preservar ese patrimonio y trabajar para su mejora debería ser un objetivo estraté-

gico para cualquier Gobierno y, por supuesto, para los agentes que trabajamos en el sistema sanitario.

'La Sanidad Española en Cifras 2016' ofrece una información de gran valor para realizar un diagnóstico de la situación actual del sistema e identificar posibles medidas de mejora, y constituye la humilde contribución del Círculo de la Sanidad a la mejora de nuestro gran sistema sanitario.

Ángel Puente Ortés
Presidente del Círculo de la Sanidad

INTRODUCCIÓN

La administración estatal española y, por extensión, las autonómicas, encaran anualmente el reto de ajustar el presupuesto destinado a sanidad en función del estado de sus respectivas economías, sabiendo que deben dar el mejor servicio a las poblaciones a su cargo en una parcela tan sensible. La planificación de estos ajustes, está asociada a la problemática derivada de la descentralización del sistema sanitario, que ha venido generado diferencias entre Comunidades Autónomas acerca de la disponibilidad y el acceso a la prestación de los servicios sanitarios. Este problema es fuente de continuas tensiones en la arena política española, pero también de estudio e investigación, pues tras dieciséis años de andadura, y dado que no hay vuelta atrás hacia un modelo centralizado, la sociedad debe avanzar en la consolidación y gestión del modelo descentralizado.

La redacción del presente informe, coincide en el tiempo con la aparición de una nueva contribución a la literatura, que aporta mucha claridad acerca de la comprensión del proceso de descentralización y sus puntos fuertes y débiles, y que resulta del mayor interés en relación al desarrollo de las políticas autonómicas en parcelas tan sensibles como son la sanidad, la educación y la dependencia. Hablamos del volumen denominado "Descentralización y desigualdad en el Estado autonómico" (1).

Gracias a este y otros estudios, la perspectiva de los años que han transcurrido desde la adopción de la descentralización y el análisis de sus resultados, indica que, éste también está aportando aspectos positivos como son: la generación de procesos significativos de innovación, difusión y aprendizaje (2). Así, la implantación de modelos diferentes y el afloramiento de diferentes prioridades en algunas Comunidades (especialmente en Andalucía, Cataluña, Madrid y el País Vasco), las han convertido en referentes acerca de determinados temas y, esta diversidad y riqueza, no se habría dado desde un sistema centralizado. Además, los contextos de las Comunidades no son estáticos, sino cambiantes y, dado que los factores que más condicionan el funcionamiento de los sistemas sanitarios públicos son: los modelos de financiación territorial, la ideología de las fuerzas políticas en el Gobierno, el modelo estructural del sector público en cuanto a sanidad, educación, dependencia e igualdad y, la opinión pública de la población, es lógico observar evoluciones en cada zona que dependen del estado de todos estos factores.

Según Gallego (1) y otros autores del volumen mencionado, la reciente transformación de la sanidad en las cuatro Comunidades más avanzadas se ha enfocado de formas distintas. Así, en Andalucía y Cataluña, se ha priorizado la innovación en gestión, mientras que en Madrid y el País Vasco, las actuaciones se han centrado más en transformar las características estructurales del modelo.

Tras el extenso período de crisis atravesado por España, y el de gobernanza en funciones de casi un año, el estado de la opinión pública debería cobrar mayor relevancia si cabe, pues la incertidumbre asociada a esta situación unida a las secuelas de los recortes, han generado insatisfacción y quejas entre los usuarios de unos servicios públicos que se perciben como saturados y con falta de agilidad y recursos humanos para atender la demanda actual. Sin embargo, el análisis empírico presentado por los estudios de este volumen indica que la opinión pública, en concreto la valoración ciudadana de las políticas autonómicas de bienestar, no ha sido un factor que haya influido en las decisiones gubernamentales de las comunidades autónomas. Ello, según los autores, abre la puerta a futuros estudios que diluciden por qué es así, o si estamos ante un cambio en el papel de la opinión pública en los procesos de decisión política y en los canales por los que se produce esta influencia. En el caso de la sanidad, se trata de un punto muy sensible y la población no dispone de muchos mecanismos de expresión salvo la encuesta de salud y las de satisfacción de los propios centros socio-sanitarios. Sí que es cierto que hay muchas asociaciones del ámbito que transmiten el sentir de la población en referencia a muchas parcelas concretas, pero se trata de información indirecta y que parece diluirse frente a las formas más recientes de ejecución de políticas gubernamentales donde los Gobiernos están actuando de forma más prescriptora que participativa: es como si la clase política fuese por un lado y la población por otro.

El impacto de todo lo comentado sigue notándose en la falta de medidas de contingencia y ello propicia la sensación de que se mantiene la situación de atención a la población bajo circunstancias parecidas a las del período de crisis, con el consiguiente esfuerzo extraordinario del colectivo profesional sanitario y el descontento de la población, no con los profesionales sanitarios, sino con las políticas y la gestión pública de la sanidad. La recuperación económica todavía no se percibe como consolidada, por lo que, en el momento de confección del presente informe, no es posible afirmar que estemos en una etapa desahogada en cuanto a la gestión del sistema sanitario.

El modelo de financiación de las CC.AA. afecta en gran medida la disponibilidad de recursos de sus Gobiernos y es un tema cuya solución no se vislumbra a corto plazo. En función de diversos criterios de redistribución, cada comunidad recibe un volumen de recursos per cápita que es distinto y esto condiciona las decisiones que los Gobiernos autonómicos toman en relación a sus políticas de ingreso (aumentar o no la recaudación) y de gasto (en función de la disponibilidad final de recursos). Sin embargo, en los estudios que componen el reciente volumen

dedicado a estudiar estos temas, no se ha encontrado evidencia de que las actuaciones de los Gobiernos autonómicos se vean influidas por la procedencia de los recursos (subvención vía transferencia del Gobierno central, tributos cedidos o propios regulados y gestionados por el Gobierno autonómico, o deuda pública), mientras que sí que se ha constatado que la diferente procedencia de los recursos tiene influencia en el discurso que se construye para fundamentar, argumentar y justificar las decisiones gubernamentales.

En suma, tras casi dieciséis años de descentralización completa, las CC. AA. en España han pasado a pivotar buena parte de los intereses y preferencias de las políticas públicas y, reclaman cada vez mayor presencia activa en el desenvolvimiento de la vida política frente a las tradicionales actuaciones jerarquizadas y de estructura vertical del Estado Central. El Estado Central está pasando a ser, cada vez más, un estado subsidiario de las CC.AA. y ello, aunque tiene sus ventajas, también tiene sus inconvenientes en lo que afecta a las prestaciones de servicios sanitarios. El ciudadano que se mueve por España no puede evitar tener la sensación de que no tiene el mismo acceso a los servicios socio-sanitarios cuando sale de su C.A. o tiene que vivir fuera de ella y ese es un problema que, lejos de solucionarse, se agudiza. En relación a este tema, es muy importante tener en cuenta que una parte significativa de los mayores tiene familiares en distintas autonomías y se mueven y se van a mover cada vez más debido a su dependencia, para poder estar con los familiares que les puedan atender o ubicarse en residencias en las que haya plazas. La dificultad de gestionar estos casos debido a la descentralización va a ser cada vez más evidente y debería formar parte de la agenda de problemas a solucionar.

La elaboración de estudios centrados en la descripción sintética de indicadores clave del sistema nacional de salud y su distribución geográfica, así como establecer modelos de comportamiento capaces de señalar el tipo de impacto que se puede producir si se incide en alguno de ellos, sigue y va a seguir siendo muy necesaria en un escenario descentralizado, por cuanto aporta información descriptiva para el diagnóstico de las similitudes y diferencias entre los territorios descentralizados.

Los indicadores clave del Sistema Nacional de Salud son aquellos seleccionados de entre los miles de datos disponibles en las fuentes rutinarias que constituyen el Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud y de fuentes de datos gestionadas por otros organismos oficiales. Esta lista está compuesta por los indicadores que se consideran más relevantes para entender la salud de los ciudadanos, el funcionamiento del sistema sanitario público y los factores que influyen en la salud. Permiten observar cambios y tendencias desde mediados de los noventa, período más temprano que ofrece actualmente el portal del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad[1] , sobre los datos de la mayoría de indi-

1. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud: http://inclasns.msssi.es/

cadores, para llevar a cabo su explotación estadística. Téngase en cuenta que el proceso de descentralización, se inició con el traspaso de competencias en Cataluña el año 1981 y culminó con el traspaso de competencias en Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla La Mancha, Castilla y León, Extremadura, La Rioja, Madrid y Murcia, el año 2001, siendo Ceuta y Melilla los únicos territorios que, actualmente, siguen siendo gestionadas por un organismo, el INGESA, dependiente del Ministerio de Sanidad (8).

Al igual que en la pasada edición de este estudio (3), la lista disponible está compuesta por 247 Indicadores clasificados en diversos campos (dominios y subdominios), de los cuales, 50 se consideran esenciales y son conocidos como la lista corta. La información sobre los indicadores económicos, de funcionamiento y de resultados del sistema nacional de salud, es de elaboración compleja, pero en esta edición, a diferencia de las anteriores, se ha contado con una mejora ostensible en cuanto a la accesibilidad, presentación y gestión de los datos de los indicadores clave. Así, el organismo que recopila esta información, ofrece ahora una aplicación de la cual es posible extraer los datos de forma cómoda, con los indicadores organizados por bloques y con disponibilidad herramientas para su gestión y análisis. Los bloques ofrecidos son los que se plasman en el siguiente listado:

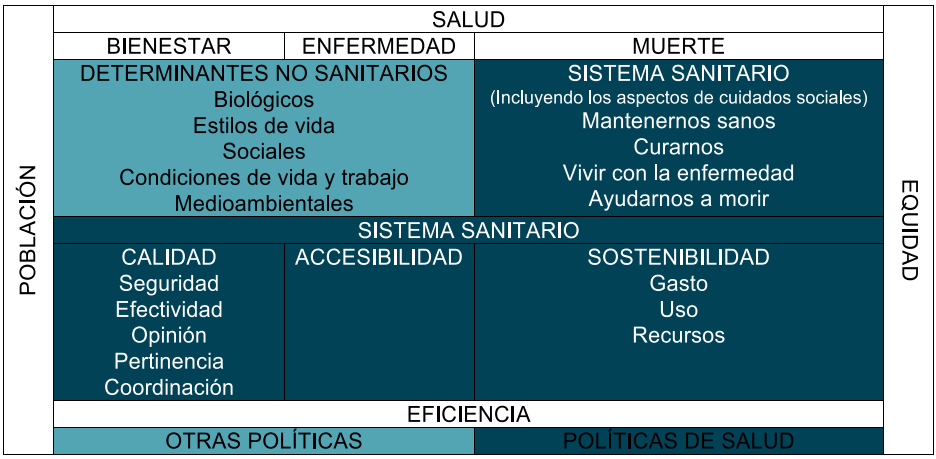
1. Sociodemográfico	7. Determinantes sociales	13. Pertinencia
2. Bienestar	8. Accesibilidad	14. Seguridad
3. Mortalidad	9. Efectividad	15. Opinión
4. Morbilidad	10. Recursos	16. Población
5. Estilos de vida	11. Uso	
6. Determinantes biológicos	12. Gasto	

El presente informe proporciona una síntesis de indicadores, dado que el volumen actual de información es muy extenso, habiéndose seleccionado los más generalistas, o considerados como esenciales de cada bloque (ver Figura 1), más otros complementarios dependiendo del área. Las mejoras mencionadas, sin embargo, todavía no alcanzan a solucionar el problema de la periodicidad de los datos, que no siempre se ajusta a las necesidades de análisis. A medida que mejoran los sistemas de recogida de información y los facultativos y otro personal del sistema sanitario van disciplinándose en la introducción de los datos, es de suponer que la disponibilidad de indicadores también mejorará en cuanto a periodicidad y exhaustividad.

En el documento que expone la metodología sobre estos indicadores, se señala que “la aportación de los indicadores clave al conjunto del sistema es doble: comparabilidad y accesibilidad”. La comparabilidad se puede utilizar de forma eficiente porque, al tratarse de indicadores que se basan en definiciones ya estandarizadas y de uso extendido tanto en nuestro sistema de salud como internacionalmente, no se dan problemas en cuanto a la comprensión de las cifras

que se esgrimen. Por otro lado, para la realización de estudios como el que aquí se presenta, se dispone de la ventaja de que uno de los criterios que han primado en la recopilación de los datos es la disponibilidad de los mismos a nivel de comunidad autónoma. Por consiguiente, la fuente de información de base para la elaboración de este trabajo ha sido justamente el compendio de indicadores esenciales que, a su vez, se basan en el modelo conceptual que se muestra a continuación.

Figura 1. Marco conceptual actual de los indicadores clave de salud



Fuente: INCLASNS 2016

Dado que, en el caso de la sanidad, las decisiones son muy trascendentes, pues se trata de impactos en los ajustes presupuestarios en un apartado que es probablemente el más sensible desde el punto de vista de los usuarios del sistema, es importante analizar periódicamente cómo evoluciona el esquema anterior a lo largo del tiempo. Por todo ello, la síntesis que se ofrece en los siguientes apartados, muestra los datos más actuales para un conjunto amplio de variables seleccionadas para cada apartado del esquema anterior.

Por otro lado, dado que el presente estudio se ha realizado con el propósito de profundizar acerca de las diferencias territoriales recientes en cuanto a los principales indicadores de la sanidad española, el principal recurso utilizado para la presentación de los resultados y comparaciones, son tablas y gráficos. Al existir ya dos precedentes de este estudio, es oportuno señalar que, este informe constituye una actualización de los que fueron realizados con el mismo propósito los años 2008 y 2014, por lo que muchos de los indicadores han sido comparados con los obtenidos en la última edición.

Asimismo, es un objetivo complementario de este estudio el plantear diversas hipótesis sobre las relaciones entre variables clave descriptoras del sistema na-

cional de salud, variables descriptoras de la composición socio-demográfica de la población y también del desarrollo económico de las Comunidades y Ciudades Autónomas, con el ánimo de contribuir a la explicación de las diferencias que se advierten entre las mismas en cuanto a la provisión de servicios sanitarios.

Finalmente, acerca de la metodología, es importante establecer que, a lo largo de todo el informe, los resultados de los indicadores seleccionados se ofrecen en tablas de elaboración propia a partir de fuentes secundarias y mapas coloreados sobre una escala de cinco grados (de bajo a alto) que, en esta edición, ya viene facilitada por una aplicación informatizada del propio INCLASNS. La disposición de dicha aplicación se aprecia como uno de los puntos más fuertes para llevar a cabo un estudio de estas características, no habiendo duda de que su implantación supone un gran avance en la disposición de sistemas de información para la comunidad de científicos aplicados y académicos que elaboran estudios y desarrollan investigaciones en este ámbito.

La comparación siempre se realiza respecto de la media (España) y los territorios se organizan en función del resultado de un análisis de conglomerados que fuerza a cada Comunidad o Ciudad Autónoma a posicionarse en uno de cinco grupos formados quedando así, por debajo o por encima de la media.

Téngase presente que cada mapa es una fotografía independiente de la situación de un indicador en un momento dado. Los territorios se sitúan con respecto a la media de un año en concreto. La lectura de los mapas debe realizarse teniendo en cuenta estas premisas y atendiendo a la graduación de la escala de medición del indicador que calcula el propio sistema.

1

Configuración socio-económica del entorno del usuario del sistema sanitario

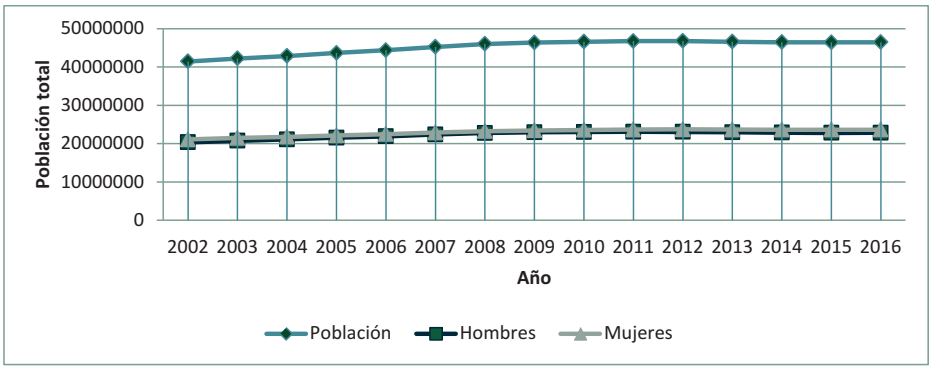
1.1. Caracterización demográfica de la población objetivo y su evolución reciente

1.1.1. Cifras de población

La población total española ha experimentado un aumento del 12,1% entre los años 2002 y 2016 según las estimaciones de la población actual de España efectuadas por el Instituto nacional de Estadística (INE en adelante) y las proyecciones más recientes obtenidas para el año 2016. Sin embargo, este aumento global no ha sido lineal, sino que las variaciones interanuales del período han sido de distinto signo y magnitud. Así, hasta el año 2012, la población total ha sufrido incrementos cada vez menores salvo discretos repuntes, el mayor de los cuales se produjo en el año 2007. Entre 2012 y 2013, la variación dio resultado negativo, tendencia que se ha mantenido hasta 2016, cuando la variación respecto de 2015 ha vuelto a dar un saldo positivo de escasa magnitud. La evolución de las series de población masculina y femenina es bastante similar, si bien, la femenina se ha mantenido en positivo un año más que la masculina, y su cifra de crecimiento final es un poco mayor.

En términos de gestión sanitaria, estas variaciones deberían suponer una menor presión asistencial en los últimos años, pero la realidad es distinta debido a que las condiciones de salud de la población evolucionan hacia una mayor demanda de atención. La composición de la población, aunque tenga menos individuos, ha derivado hacia la presencia de una mayor proporción de sujetos dependientes y con múltiples patologías, debido al aumento de la esperanza de vida y su consiguiente envejecimiento. Los estilos de vida y la situación socio-económica también han favorecido el aumento de la prevalencia de enfermedades de diversos tipos, incluyendo las mentales, todo lo cual, revierte en una mayor presión asistencial, aunque la población haya estado disminuyendo.

Figura 2. Evolución de la población total española 2002-2016



*Fuente: INE, estimaciones de la población actual de España calculadas a partir del censo 2001 hasta 2016. *Proyecciones de población a largo plazo.*

Tabla 1. Cifras de población residente en España 2002-2016: total, por sexo y variación porcentual interanual

Año	Población total	Variación porcentual	Población hombres	Variación porcentual	Población mujeres	Variación porcentual
2002	41423520		20326854		21096666	
2003	42196231	1,87	20737999	2,02	21458232	1,71
2004	42859172	1,57	21093052	1,71	21766121	1,43
2005	43662613	1,87	21541965	2,13	22120648	1,63
2006	44360521	1,60	21900709	1,67	22459813	1,53
2007	45236004	1,97	22362074	2,11	22873931	1,84
2008	45983169	1,65	22756864	1,77	23226305	1,54
2009	46367550	0,84	22934502	0,78	23433048	0,89
2010	46562483	0,42	23008580	0,32	23553902	0,52
2011	46736257	0,37	23073274	0,28	23662983	0,46
2012	46766403	0,06	23055722	-0,08	23710682	0,20
2013	46593236	-0,37	22933750	-0,53	23659486	-0,22
2014	46455123	-0,30	22840091	-0,41	23615032	-0,19
2015	46407166	-0,10	22799011	-0,18	23608155	-0,03
2016	46438422	0,07	22805060	0,03	23633362	0,11

*Fuente: INE, estimaciones de la población actual de España calculadas a partir del censo 2001 hasta 2016. *Proyecciones de población a largo plazo.*

A lo largo del período 2008-2016, la evolución de la población en las Comunidades Autónomas se ha desarrollado de forma que se han mantenido estables las nueve posiciones de cabecera. Así, Andalucía es la región más poblada, seguida de Cataluña, Madrid, la Comunidad Valenciana, Galicia, Castilla y León, País Vasco, Canarias y Castilla La Mancha. Murcia y Aragón han intercambiado la décima y onceava posición durante los primeros años del período y, desde 2010, Murcia se ha estabilizado en la décima. Baleares, Extremadura y Asturias, también han intercambiado las tres siguientes posiciones durante algunos años, para, desde el año 2010, estabilizarse en esta configuración. Navarra, Cantabria y La Rioja, son las Comunidades menos pobladas y se han mantenido en ese orden a lo largo de todo el período. Finalmente, las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla han

mantenido tamaños poblacionales bastante similares, con Ceuta por encima de Melilla excepto en el año 2014, en que la población de Melilla superó a la de Ceuta en unos cientos de personas.

Tabla 2. Número absoluto de población total de las CC.AA. durante el periodo 2008-2016 (lista de territorios ordenada en formato descendente según las cifras de 2016)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Andalucía	8046131	8150467	8206076	8256297	8286376	8387264	8390851	8396645	8401760
Cataluña	7238051	7290292	7301132	7333530	7318520	7443574	7399601	7394576	7403879
Madrid	6189297	6295011	6335780	6369167	6387824	6.392.713	6376749	6404482	6433221
C Valenciana	4892475	4991789	4994340	5004475	5011548	4.967.019	4947346	4931388	4932906
Galicia	2735078	2738930	2738591	2736636	2728903	2.753.230	2739332	2725160	2720668
Castilla León	2501860	2510545	2499159	2491420	2479328	2506320	2485335	2464390	2454870
País Vasco	2138739	2136061	2138590	2140339	2128398	2.170.900	2165334	2162309	2162626
Canarias	2041468	2076585	2088214	2100235	2114214	2108462	2118423	2126880	2133667
Castilla La Mancha	1977596	2022647	2035510	2046717	2050815	2067580	2083588	2054092	2049829
Murcia	1297581	1443383	1313021	1468127	1476344	1461214	1462881	1463340	1465258
Aragón	1411623	1313735	1460671	1314906	1314871	1334503	1328334	1321483	1317921
Baleares	1045008	1070066	1079089	1088514	1094269	1112736	1120470	1129430	1134657
Extremadura	1059136	1080439	1082796	1083259	1083067	1098248	1093807	1087637	1085189
Asturias	1078908	1058923	1058116	1055557	1052707	1062935	1054060	1043903	1040681
Navarra	606234	614526	619013	622125	624606	637.020	636003	636083	637002
Cantabria	570613	576418	577995	578632	578901	588538	586240	583571	582571
La Rioja	311773	315718	314009	313149	312206	316.825	314079	312744	312622
Ceuta	71989	72561	74399	75763	76981	84500	84619	84464	84632
Melilla	69699	70076	72514	74078	76399	83645	84080	84589	84464

*Fuente: INE, estimaciones de la población actual de España calculadas a partir del censo 2001 hasta 2016. *Proyecciones de población a largo plazo.*

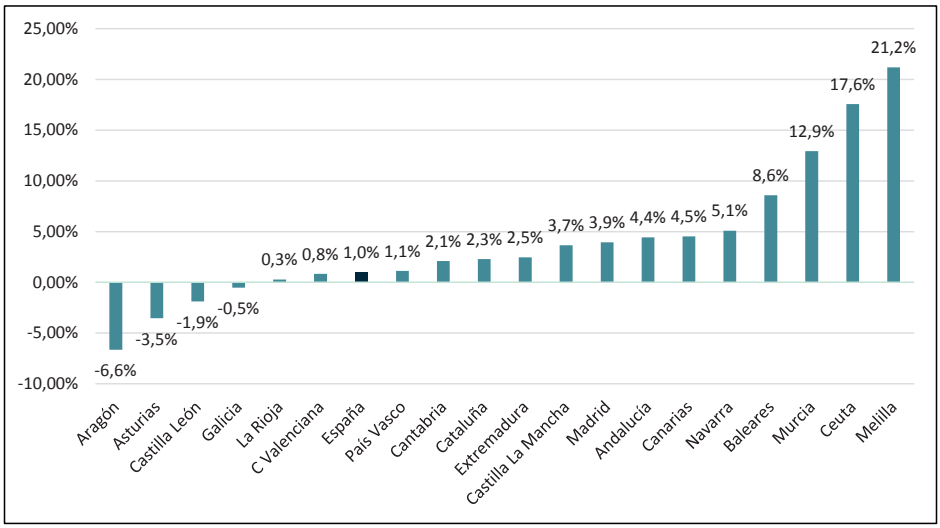
En la Tabla 3 y en la Figura 3, se muestran las variaciones porcentuales interanuales que se han producido entre los años 2008 y 2016 en las poblaciones de España y de sus autonomías y la variación total. La media de las variaciones interanuales para el período pone de manifiesto que, salvo los casos de Navarra, Extremadura, País Vasco y Baleares en menor medida, las variaciones positivas de población son muy moderadas. Tan sólo en cuatro casos: Aragón, Asturias, Cataluña y La Rioja, se dan variaciones medias negativas y ninguna de ellas alcanza el uno por ciento. Desde un punto de vista global, la población de España ha aumentado en un uno por ciento entre 2008 y 2016, siendo mucho más notables los aumentos experimentados por Ceuta, Melilla, Murcia, Baleares y otras regiones. Estas variaciones deben impactar, en algún grado, sobre la demanda y necesidad de recursos sanitarios en los distintos territorios, pudiendo suponerse que, a mayor aumento de población más necesidades. Sin embargo, no hay que olvidar el papel de la edad y de los estilos de vida en relación a dicha demanda y necesidad, por lo que no basta con tener en cuenta la variación de población, sino que también hay que analizar sus características y la influencia que pueden tener en la demanda de servicios socio-sanitarios.

Tabla 3. Variación porcentual bianual y media global que presentan las CC.AA. y España, sobre su propia población en números absolutos entre los años 2008 y 2012.

Territorio	2009/08	2010/09	2011/10	2012/11	2013/12	2014/13	2015/14	2016/15	Media
Andalucía	1,30	0,68	0,61	0,36	1,22	0,04	0,07	0,06	0,54
Aragón	-6,93	11,18	-9,98	0,00	1,49	-0,46	-0,52	-0,27	-0,69
Asturias	-1,85	-0,08	-0,24	-0,27	0,97	-0,83	-0,96	-0,31	-0,45
Baleares	2,40	0,84	0,87	0,53	1,69	0,70	0,80	0,46	1,04
Canarias	2,03	0,05	0,20	0,14	-0,89	-0,40	-0,32	0,03	0,11
Cantabria	1,72	0,56	0,58	0,67	-0,27	0,47	0,40	0,32	0,56
Castilla La Mancha	1,02	0,27	0,11	0,05	1,66	-0,39	-0,46	-0,17	0,26
Castilla León	2,28	0,64	0,55	0,20	0,82	0,77	-1,42	-0,21	0,45
Cataluña	0,35	-0,45	-0,31	-0,49	1,09	-0,84	-0,84	-0,39	-0,23
C Valenciana	0,72	0,15	0,44	-0,20	1,71	-0,59	-0,07	0,13	0,29
Extremadura	0,79	2,53	1,83	1,61	9,77	0,14	-0,18	0,20	2,09
Galicia	2,01	0,22	0,04	-0,02	1,40	-0,40	-0,56	-0,23	0,31
La Rioja	0,14	-0,01	-0,07	-0,28	0,89	-0,50	-0,52	-0,16	-0,07
Madrid	1,27	-0,54	-0,27	-0,30	1,48	-0,87	-0,43	-0,04	0,04
Murcia	1,71	0,65	0,53	0,29	0,08	-0,25	0,43	0,45	0,49
Navarra	0,54	3,48	2,16	3,13	9,48	0,52	0,61	-0,15	2,47
País Vasco	11,24	-9,03	11,81	0,56	-1,02	0,11	0,03	0,13	1,73
Ceuta	1,37	0,73	0,50	0,40	1,99	-0,16	0,01	0,14	0,62
Melilla	-0,13	0,12	0,08	-0,56	2,00	-0,26	-0,14	0,01	0,14

Fuente: elaboración propia a partir de datos de población del INE

Figura 3. Índice de variación de la población total de las CC.AA. y España entre 2008 y 2016



Fuente: elaboración propia a partir de datos de población del INE

El análisis sobre la evolución de las poblaciones de los territorios autonómicos españoles se completa con los datos de la Tabla 4, donde aparecen las autonomías clasificadas en función del porcentaje sobre la población total española que han

representado cada año. Esta clasificación se mantiene estable a lo largo del período en su cabecera, igual que sucede con los números absolutos de población. Andalucía, Cataluña, Madrid, la Comunidad Valenciana y Galicia son las cinco autonomías con mayor peso. Aragón y Murcia han intercambiado la décima posición en cuanto a peso los años 2008 y 2009 y, finalmente, Murcia ha pasado a ser una región con algo más de peso que Aragón desde el año 2011. Finalmente, Baleares ha tomado el relevo a Extremadura también desde el año 2011 en la doceava posición. El seguimiento de estos cambios en la distribución del peso de la población es relevante desde la óptica de la distribución del gasto sanitario.

Tabla 4. Clasificación de las CC.AA. en el período 2008-2016 en función del porcentaje de población total española que han representado cada año.

Territorio	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Andalucía	17,50	17,58	17,62	17,67	17,72	18,00	18,06	18,09	18,09
Aragón	3,07	2,83	3,14	2,81	2,81	2,86	2,86	2,85	2,84
Asturias	2,35	2,28	2,27	2,26	2,25	2,28	2,27	2,25	2,24
Baleares	2,27	2,31	2,32	2,33	2,34	2,39	2,41	2,43	2,44
C Valenciana	10,64	10,77	10,73	10,71	10,72	10,66	10,65	10,63	10,62
Canarias	4,44	4,48	4,48	4,49	4,52	4,53	4,56	4,58	4,59
Cantabria	1,24	1,24	1,24	1,24	1,24	1,26	1,26	1,26	1,25
Castilla La Mancha	4,30	4,36	4,37	4,38	4,39	4,44	4,49	4,43	4,41
Castilla León	5,44	5,41	5,37	5,33	5,30	5,38	5,35	5,31	5,29
Cataluña	15,74	15,72	15,68	15,69	15,65	15,98	15,93	15,93	15,94
Ceuta	0,16	0,16	0,16	0,16	0,16	0,18	0,18	0,18	0,18
Extremadura	2,30	2,33	2,33	2,32	2,32	2,36	2,35	2,34	2,34
Galicia	5,95	5,91	5,88	5,86	5,84	5,91	5,90	5,87	5,86
La Rioja	0,68	0,68	0,67	0,67	0,67	0,68	0,68	0,67	0,67
Madrid	13,46	13,58	13,61	13,63	13,66	13,72	13,73	13,80	13,85
Melilla	0,15	0,15	0,16	0,16	0,16	0,18	0,18	0,18	0,18
Murcia	2,82	3,11	2,82	3,14	3,16	3,14	3,15	3,15	3,16
Navarra	1,32	1,33	1,33	1,33	1,34	1,37	1,37	1,37	1,37
País Vasco	4,65	4,61	4,59	4,58	4,55	4,66	4,66	4,66	4,66
España	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

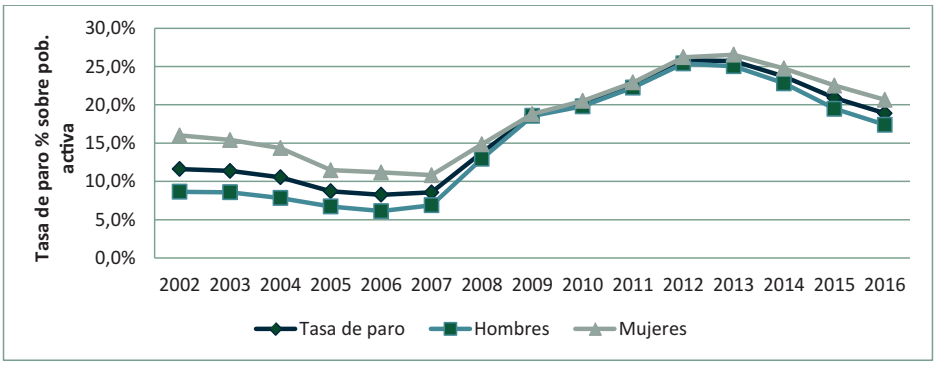
Fuente: elaboración propia a partir de datos de población del INE

1.1.2. Tasa de paro

En la Figura 4 y en la Tabla 5, se muestra la evolución de la tasa de paro. Tras una variación interanual de casi un 61% entre la tasa de paro de los años 2007-2008, el resto de incrementos interanuales del período han sido de menor magnitud y, en los años recientes, la tasa ha comenzado a disminuir a partir del 2013 y hasta la actualidad. La tendencia no se ha consolidado del todo, dado que la disminución entre los años 2014 y 2015 fue superior a la registrada entre 2015 y 2016, si bien, en este último caso, se ha trabajado con el tercer trimestre en lugar del cuarto por no haber finalizado el año en el momento de elaborar este informe. Con todo, la tasa de paro actual, sigue siendo muy elevada (18,90%) y alejada de la de 2006, que fue la más baja del período (8,26%). El impacto social y para el sistema socio sanitario es notable, tanto por el menor ingreso derivado de cuotas a la seguridad social como por la menor contratación de personal para el sistema de salud, lo

cual sigue implicando mayor presión en los servicios de atención, menor satisfacción del usuario y mayores dificultades para la mejora de aspectos relevantes en el conjunto del sistema. Asimismo, estas elevadas tasas de paro derivan en aumentos de prevalencia de problemas sociales y psicológicos afectando a proporciones significativas de la población, tanto masculina, que ha afrontado cambios muy drásticos en diversos años del período, como femenina, que muestra un escenario proporcionalmente menos favorable que el del hombre a lo largo de todo el período.

Figura 4. Evolución de la tasa de paro total 2002-2016



Fuente: INE, Encuesta de Población Activa 2002-2016

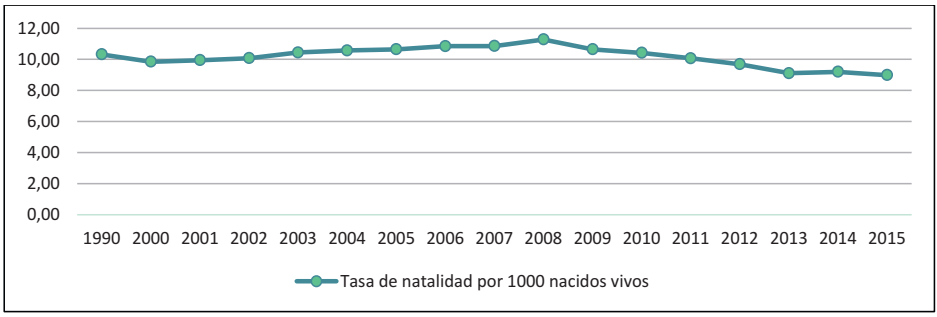
Tabla 5. Tasa de paro en España 2002-2016: total, por sexo y variación porcentual interanual

Año	Paro total	Variación porcentual	Paro hombres	Variación porcentual	Paro mujeres	Variación porcentual
2002	11,61		8,65		16,00	
2003	11,37	-2,07	8,58	-0,81	15,41	-3,69
2004	10,53	-7,39	7,83	-8,74	14,35	-6,88
2005	8,71	-17,28	6,73	-14,05	11,47	-20,07
2006	8,26	-5,17	6,12	-9,06	11,17	-2,62
2007	8,57	3,75	6,89	12,58	10,82	-3,13
2008	13,79	60,91	12,96	88,10	14,85	37,25
2009	18,66	35,32	18,56	43,21	18,80	26,60
2010	20,10	7,72	19,80	6,68	20,51	9,10
2011	22,56	12,24	22,26	12,42	22,92	11,75
2012	25,80	14,36	25,40	14,11	26,22	14,40
2013	25,70	-0,39	25,04	-1,42	26,53	1,18
2014	23,70	-7,78	22,80	-8,95	24,74	-6,75
2015	20,90	-11,81	19,49	-14,52	22,52	-8,97
2016	18,90	-9,57	17,39	-10,77	20,66	-8,26

1.1.3. Tasa de natalidad e índice de fecundidad

En la Figura 5 se proporcionan los datos de evolución de la tasa de natalidad española entre los años 2000 y 2015 (el de más reciente publicación), más el antecedente de 1990. Tras el dramático cambio que experimentó esta tasa a finales de los setenta a prácticamente la mitad, se puede afirmar que este indicador permanece bastante estable con discretos movimientos. La tasa más baja del período corresponde justamente al año 2015 (el último dato publicado) y supone una disminución porcentual aproximada del 2,3%. Las consecuencias derivadas de esta evolución son diversas, ya que supone un retraso en la edad a la que se afronta la maternidad con el consiguiente aumento de riesgos y complicaciones relacionados con la gestación y parto, pero la más evidente sigue siendo el paulatino envejecimiento de la población. Desde el punto de vista del sistema socio sanitario, se está afrontando el cambio progresivo en la aplicación de recursos desde unos tramos de edad más jóvenes hacia otros más mayores, incluyendo no sólo una intensificación de atención de dependientes, sino también cambios relacionados con la mayor edad media de las madres.

Figura 5. Evolución de la Tasa de Natalidad española entre el año 2002 y el año 2015 (unidad: nacimientos por cada 1.000 habitantes), más los antecedentes de los años 1976, 1986, 1996, 2000 y 2001

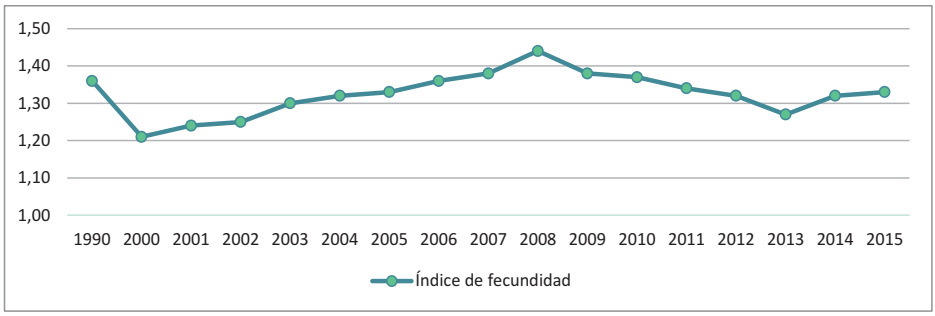


Fuente: elaboración propia a partir de datos de natalidad del INCLASNS

En la Figura 6 se presenta por primera vez en este informe la evolución del Índice de Fecundidad español y su evolución desde el año 2000 más el antecedente de 1990. Este indicador proporciona el número medio de hijos por mujer. Partiendo de 1,36 hijos en 1990, el índice cayó a la cifra más baja del período en el año 2000 con 1,21 hijos, para recuperar la tendencia positiva hasta el año 2008, en que se situó en 1,44 hijos. El cambio de tendencia de este nuevo período alcanzó su mínimo en 2013 con 1,27 hijos e inició una nueva recuperación más discreta, hasta situarse en 1,33 hijos en 2015. El índice de fecundidad es un indicador que tiene una alta probabilidad de permanecer dentro de un intervalo estrecho 1,20-1,45 en los próximos años, ya que las actuales condiciones económicas y las nue-

vas fórmulas de desarrollo de vida no apoyan el establecimiento de familias tradicionales como hace algunas décadas.

Figura 6. Evolución del Índice de Fecundidad español entre el año 2000 y el año 2015 (número medio de hijos por mujer), más el antecedente del año 1990



Fuente: publicado por Expansión http://www.datosmacro.com/demografia/natalidad/espana

Por autonomías, la evolución de esta tasa ha dado lugar a interesantes cambios de posición. Durante el período 2002-2014 se mantiene la cabecera de la clasificación de los territorios por encima de la media con Melilla, Ceuta y Murcia en las tres primeras posiciones. Madrid se mantiene estable en la cuarta posición desde el año 2006, pero en algunos de los anteriores descendió a la quinta.

Tabla 6. Tasa de natalidad: evolución en las CC.AA. españolas entre los años 2002 y 2014 (máximo y mínimo del período para cada CA en negrita)

CCAA	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Andalucía	11,01	11,42	11,64	11,76	12,03	11,93	**12,28**	11,48	11,1	10,72	10,3	9,71	**9,8**
Aragón	**8,51**	8,93	9,21	9,20	9,57	9,82	**10,23**	9,72	9,63	9,38	8,94	8,74	8,73
Asturias	6,34	6,69	6,80	7,04	7,14	7,33	**7,65**	7,63	7,21	7,24	7,12	6,28	**6,26**
Balears	**12,03**	11,86	11,68	11,44	11,83	11,62	12,02	11,17	11,00	10,28	9,96	**9,46**	9,53
Canarias	**11,24**	10,83	10,51	10,73	10,75	10,03	10,28	9,32	8,92	8,40	8,22	**7,52**	7,74
Cantabria	8,47	8,94	9,18	9,44	9,27	9,39	**10,13**	9,58	9,46	9,03	8,57	8,21	**7,79**
C y León	7,36	7,54	7,64	7,81	7,90	7,94	**8,37**	8,01	8,05	7,82	7,54	**7,11**	7,20
C-La Mancha	9,63	9,95	10,01	10,03	10,5	10,42	**11,24**	10,75	10,52	10,16	9,71	9,15	**8,90**
Cataluña	10,59	11,03	11,35	11,49	11,63	**11,62**	12,10	11,44	11,28	10,83	10,33	**9,62**	9,67
C Valenciana	10,39	10,80	10,89	10,95	11,14	11,19	**11,51**	10,51	10,36	9,89	9,52	**8,90**	8,96
Extremadura	9,24	9,38	9,28	9,32	9,39	9,19	**9,84**	9,40	9,20	9,01	8,55	**8,09**	8,38
Galicia	**7,16**	7,54	7,60	7,74	7,83	7,92	**8,40**	8,14	7,95	7,79	7,63	7,17	7,17
Madrid	11,36	11,75	11,88	11,73	11,98	12,16	**12,54**	11,95	11,57	11,24	10,80	**10,22**	10,27
Murcia	12,65	13,04	12,91	12,98	13,23	13,24	**13,54**	12,82	12,38	11,91	11,42	**11,02**	11,15
Navarra	10,31	10,80	10,85	10,46	10,98	10,82	**11,30**	10,86	10,67	10,57	10,53	**9,54**	9,72
País Vasco	**8,69**	9,19	9,29	9,29	9,38	9,57	**9,83**	9,60	9,71	9,69	9,42	8,81	8,95
La Rioja	9,16	9,98	9,99	10,11	10,07	10,47	**11,05**	10,41	10,55	9,88	9,96	9,16	**9,02**
Ceuta	14,44	14,26	14,82	14,75	14,20	15,24	**15,37**	14,81	14,79	14,06	**13,40**	12,85	14,2
Melilla	16,02	17,04	15,39	**15,25**	16,52	15,87	17,34	17,09	17,55	18,15	18,34	18,04	**19,33**
España	10,08	10,44	10,57	10,65	10,85	10,86	**11,28**	10,65	10,42	10,07	9,69	**9,11**	9,20

Fuente: elaboración propia a partir de datos de natalidad del INCLASNS

Asimismo, en los últimos ocho años, la evolución de esta tasa ha dado lugar a interesantes cambios de posición que se reflejan en la Tabla 7. Melilla, Ceuta, Murcia y Madrid, han sido, por ese orden, las Autonomías con mayores tasas de natalidad a lo largo del período. El resto, salvo Asturias, que se ha mantenido siempre en última posición, han intercambiado posiciones con otras regiones, siendo llamativos el descenso de Canarias y el ascenso del País Vasco, ambos a partir del año 2009.

Tabla 7. Tasa de natalidad: evolución de la posición de las CC.AA. españolas entre los años 2007 y 2014 (ordenadas de más alta a más baja)

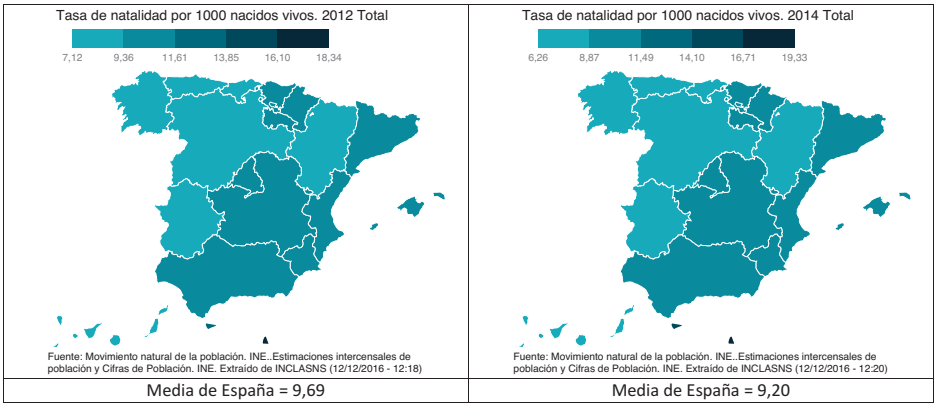
2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Melilla	Melilla	Melilla	Melilla	Melilla	Melilla	Melilla	Melilla
Ceuta	Ceuta	Ceuta	Ceuta	Ceuta	Ceuta	Ceuta	Ceuta
Murcia	Murcia	Murcia	Murcia	Murcia	Murcia	Murcia	Murcia
Madrid	Madrid	Madrid	Madrid	Madrid	Madrid	Madrid	Madrid
Andalucía	Andalucía	Andalucía	Cataluña	Cataluña	Navarra	Andalucía	Andalucía
Baleares	Cataluña	Cataluña	Andalucía	Andalucía	Cataluña	Cataluña	Navarra
Cataluña	Baleares	Baleares	Baleares	Navarra	Andalucía	Navarra	Cataluña
C Valenciana	C Valenciana	Navarra	Navarra	Baleares	Baleares	Baleares	Baleares
España	Navarra	C La Mancha	La Rioja	C La Mancha	La Rioja	La Rioja	España
Navarra	España	España	C La Mancha	España	C La Mancha	C La Mancha	La Rioja
La Rioja	C La Mancha	C Valenciana	España	C Valenciana	España	España	C Valenciana
C La Mancha	La Rioja	La Rioja	C Valenciana	La Rioja	C Valenciana	C Valenciana	País Vasco
Canarias	Canarias	Aragón	País Vasco	País Vasco	País Vasco	País Vasco	C La Mancha
Aragón	Aragón	País Vasco	Aragón	Aragón	Aragón	Aragón	Aragón
País Vasco	Cantabria	Cantabria	Cantabria	Cantabria	Cantabria	Cantabria	Extremadura
Cantabria	Extremadura	Extremadura	Extremadura	Extremadura	Extremadura	Extremadura	Cantabria
Extremadura	País Vasco	Canarias	Canarias	Canarias	Canarias	Canarias	Canarias
C y León	Galicia	Galicia	C y León	C y León	Galicia	Galicia	C y León
Galicia	C y León	C y León	Galicia	Galicia	C y León	C y León	Galicia
Asturias	Asturias	Asturias	Asturias	Asturias	Asturias	Asturias	Asturias

Fuente: elaboración propia a partir de datos de natalidad del INCLASNS

Los mapas comparativos de la tasa de natalidad de los años 2012 (más actual en la edición pasada) y 2014 (dato más reciente publicado por CC.AA. para esta edición), mantienen las posiciones relativas de todos los territorios salvo en el caso de Ceuta, que ahora pasa a estar en el intervalo más alto, cuando en el 2012 estaba uno por debajo. Sin embargo, entre ambos años se han producido diferencias significativas como el aumento del rango de la escala, más amplio en el 2014 con un extremo inferior menor (6,26) y un extremo superior mayor (19,33), una disminución de la media española y, por consiguiente, variaciones en todas las tasas, cuya magnitud se plasma en la Tabla 8 para facilitar su consulta.

La tasa de natalidad ha disminuido en todos los territorios que componen España excepto en las ciudades autónomas de Ceuta y de Melilla en que ha aumentado en un 5,97% y 5,40% respectivamente. La disminución de mayor magnitud se ha registrado en Asturias y la de menor magnitud en Extremadura. Por término medio, la tasa ha disminuido un 5,06% para el conjunto de España. Las consecuencias para el sistema sanitario suponen, entre otras cosas, una menor presión asistencial en los servicios relacionados con este ámbito, por un lado, y un aumento de la presión asistencial en los servicios relacionados con la planificación familiar en edades más tardías, así como en los relacionados con la atención a la población de sesenta y cinco y más años que, proporcionalmente, gana peso cada año.

Figura 7. Tasas brutas de natalidad de los años 2012 y 2014 por CC.AA.



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

Tabla 8. Variación porcentual en la tasa de natalidad entre los años 2012 y 2014 por CC.AA.

CCAA	2012	2014	Variación porcentual 2014-2012 (%)
Andalucía	10,3	9,8	-4,85
Aragón	8,94	8,73	-2,35
Asturias	7,12	6,26	-12,08
Balears	9,96	9,53	-4,32
Canarias	8,22	7,74	-5,84
Cantabria	8,57	7,79	-9,10
C y León	7,54	7,20	-4,51
C-La Mancha	9,71	8,90	-8,34
Cataluña	10,33	9,67	-6,39
C Valenciana	9,52	8,96	-5,88
Extremadura	8,55	8,38	-1,99
Galicia	7,63	7,17	-6,03
Madrid	10,80	10,27	-4,91
Murcia	11,42	11,15	-2,36
Navarra	10,53	9,72	-7,69
País Vasco	9,42	8,95	-4,99
La Rioja	9,96	9,02	-9,44
Ceuta	13,40	14,2	5,97
Melilla	18,34	19,33	5,40
España	9,69	9,20	-5,06

Fuente: elaboración propia a partir de datos de natalidad del INCLASNS

SÍNTESIS 1: Evolución de la población española y necesidad de recursos socio-sanitarios

La necesidad de recursos socio-sanitarios guarda una estrecha relación con el tamaño de la población que los demanda, así como con los factores que determinan las condiciones del entorno en que reside dicha población y los que determinan los estilos de vida adoptados por sus integrantes.

En la parte correspondiente a la evolución de la población, los movimientos registrados apuntan hacia una disminución de necesidad de recursos socio-sanitarios debido a la disminución de personas que integran dicha población y, también, debido a la disminución de la tasa de natalidad, salvo dos excepciones.

Sin embargo, el sufragio de estas necesidades se está teniendo que distribuir entre menos afiliados a la seguridad social debido al aumento de la tasa de paro que, tras varios años en cifras críticas, está comenzando a disminuir de forma muy discreta.

La parte correspondiente a la población que se ha analizado en los párrafos anteriores, sigue arrojando otra conclusión que condiciona la demanda de necesidades y que ya constituye un hecho: el envejecimiento de la población y el consiguiente aumento de personas dependientes y pluripatológicas en el sistema.

Este último hecho sumado a los que se derivan de las condiciones de entorno y los estilos de vida, impiden que la presión asistencial y las necesidades de recursos socio-sanitarios disminuyan, por lo que el sistema, sigue sobrecargado en el 2016 y, a la espera de las mejoras que puedan derivarse de la tímida superación de la crisis.

1.2. Caracterización social, educativa y económica de la población objetivo

En cuanto a la caracterización social, la distribución de la población en función del sexo se mantiene bastante estable en la mayoría de los territorios con un porcentaje de hombres algo inferior al de mujeres (ver Tabla 9). Los años 2016 y 2012, sólo presentaban una distribución inversa, es decir, con mayor proporción de hombres que de mujeres: Murcia, Castilla La Mancha, Ceuta y Melilla. Baleares es la única región con las proporciones prácticamente equiparadas. Asturias es la Autonomía con mayor desproporción en cuanto al peso de la mujer en la población (4 puntos porcentuales por encima del porcentaje de hombres) y, la que menor tasa de natalidad tiene en la actualidad. El análisis de la distribución de la población en función del género es relevante desde la óptica de los indicadores clave del sistema sanitario porque determinadas patologías son más prevalentes en la población femenina (trastornos de la mama y otras, gestación y parto, problemas ginecológicos) o en la masculina (trastornos de próstata y otras). Asimismo, como se muestra más adelante, la esperanza de vida es superior en el caso de la mujer, por lo que su predominio en determinadas poblaciones impacta en algún grado en el uso y distribución de determinados recursos.

Tabla 9. Distribución de la población en función del sexo por CC.AA. comparando los años 2012 y 2016

CC.AA.	**Total hombres 2012**		**Total hombres 2016**		**Total mujeres 2012**		**Total mujeres 2016**	
	N	% Fila	N	% Fila	N	% Fila	N	% Fila
Andalucía	4097921	49,45	4154093	49,44	4188455	50,55	4247667	50,56
Aragón	651399	49,54	652692	49,52	663472	50,46	665229	50,48
Asturias	502541	47,74	497771	47,83	550166	52,26	542909	52,17
Baleares	547114	50,00	567088	49,98	547155	50,00	567568	50,02
Canarias	1052707	49,79	1030612	50,28	1061507	50,21	1019217	49,72
Cantabria	282058	48,72	1213724	49,44	296843	51,28	1241145	50,56
Castilla La Mancha	1030676	50,26	1060609	49,71	1020139	49,74	1073058	50,29
Castilla León	1222644	49,31	284613	48,85	1256684	50,69	297958	51,15
Cataluña	3583650	48,97	3624780	48,96	3734870	51,03	3779099	51,04
C Valenciana	2484485	49,58	2436217	49,39	2527064	50,42	2496689	50,61
Extremadura	537040	49,59	539525	49,72	546027	50,41	545665	50,28
Galicia	1314240	48,16	1314792	48,33	1414664	51,84	1405876	51,67
La Rioja	154415	49,46	154397	49,39	157791	50,54	158225	50,61
Madrid	3081302	48,24	3089680	48,03	3306522	51,76	3343541	51,97
Murcia	746083	50,54	734342	50,12	730261	49,46	730916	49,88
Navarra	309654	49,58	315684	49,56	314952	50,42	321318	50,44
País Vasco	1030343	48,41	1048532	48,48	1098055	51,59	1114095	51,52
Ceuta	38603	50,15	43027	50,84	38378	49,85	41604	49,16
Melilla	38569	50,48	42880	50,77	37831	49,52	41584	49,23
España	22705444	49,15	22805060	49,11	23490833	50,85	23633362	50,89

Fuente: elaboración propia a partir de datos de población del INE

La distribución de la población en función de la edad (ver Tabla 10) también constituye un rasgo a tener en cuenta debido a que parte de la variabilidad de las necesidades de atención socio-sanitaria depende de este factor y también el número de cotizantes a la seguridad social. Así, en principio, bajo condiciones equiparables de desarrollo territorial, es lógico atribuir un menor grado de necesidades de atención a los colectivos que forman parte de los grupos más jóvenes (incluso contando con los servicios de control y prevención obligatoria sobre la población infantil) y un incremento progresivo de necesidades a medida que aumenta la edad de las poblaciones.

Teniendo en cuenta lo anterior, en la Tabla 10 se proporcionan distribuciones porcentuales de población autonómica por grupos de edad para los años 2012 y 2016. En rosa se marcan todos los casos en que se ha dado una disminución porcentual entre la cifra registrada el año 2012 y la registrada el año 2016. En verde los casos en que ha habido aumentos y en naranja los casos en que no ha habido variación perceptible. Como se puede apreciar, hay una disminución generalizada de población de entre 15 y 44 años en todas las autonomías. Este comportamiento tiene y tendrá un impacto negativo en el número de cotizantes al sistema de seguridad social. En algunas zonas se aprecia una cierta compensación debido a crecimientos en la población de entre 0 y 14 años. Aragón, Asturias, Cantabria, Cataluña, Galicia, Madrid, Navarra, País Vasco, Ceuta y Melilla están en este caso, pero los crecimientos que muestran son pequeños e insuficientes para solventar este problema a largo plazo, pues la población de 60 y más años sigue aumentando en todas las zonas y también lo hace la esperanza de vida. Como casos llamativos se pueden mencionar los de Aragón, Asturias y Cantabria, donde se produce un estancamiento de la población de 75 y más años, y el caso de Melilla con disminuciones de población de entre 45 y 74 años, fenómenos que sería interesante analizar en cuanto a sus causas.

Tabla 10. Distribución porcentual de la población en función del grupo de edad dentro de cada zona territorial comparando los años 2012 y 2016

%	2012	2016	2012	2016	2012	2016	2012	2016	2012	2016	2012	2016
CC.AA.	0-14	0-14	15-29	15-29	30-44	30-44	45-59	45-59	60-74	60-74	75 +	75 +
Andalucía	16,6	16,3	18,1	16,8	24,7	23,4	20,3	21,9	12,8	13,7	7,5	7,9
Aragón	14,1	14,3	15,4	14,2	24,0	22,3	20,9	22,2	14,2	15,5	11,4	11,4
Asturias	10,9	11,0	13,4	11,9	23,1	21,8	23,1	23,7	16,7	18,7	12,8	12,8
Baleares	15,5	15,3	17,4	16,1	27,3	26,3	20,4	21,6	12,7	13,6	6,8	7,1
Canarias	14,8	14,0	17,6	16,7	27,0	25,3	21,5	23,4	12,8	13,8	6,3	6,9
Cantabria	13,5	13,6	14,6	13,2	24,5	22,9	22,2	23,2	14,6	16,4	10,6	10,6
C La Mancha	15,7	15,4	17,8	16,3	24,5	23,0	19,8	21,8	12,3	13,2	10,0	10,2
Castilla León	12,2	12,1	14,8	13,5	22,2	20,6	22,0	23,2	15,6	17,0	13,4	13,6
Cataluña	15,8	15,9	15,7	14,8	25,7	23,7	20,1	21,4	13,6	14,8	9,0	9,3
C Valenciana	15,3	15,2	16,1	15,0	25,2	23,4	20,5	22,0	14,4	15,3	8,4	9,1
Extremadura	14,5	14,0	18,0	16,8	22,2	21,1	21,1	22,7	13,6	14,6	10,7	10,8
Galicia	11,9	12,0	14,4	13,0	23,6	22,4	21,0	22,1	16,5	17,7	12,5	12,8
La Rioja	14,9	14,8	15,5	14,2	24,5	22,7	21,0	22,3	13,7	15,3	10,4	10,7
Madrid	15,7	15,9	16,3	15,0	26,9	24,9	20,3	21,8	12,9	14,0	7,9	8,4
Murcia	17,7	17,6	18,1	16,8	26,2	24,5	19,2	21,0	11,8	12,5	7,1	7,6
Navarra	15,6	15,7	15,5	14,7	24,7	22,6	20,7	22,0	13,9	15,1	9,6	9,8
País Vasco	13,9	14,3	13,8	12,8	23,8	21,8	22,3	23,1	15,7	17,1	10,5	10,9
Ceuta	20,8	21,1	20,9	19,5	23,7	23,0	19,7	20,5	10,0	10,7	4,9	5,2
Melilla	16,7	17,7	15,1	15,0	17,0	15,4	16,9	16,3	16,1	15,4	18,2	20,2
España	15,1	15,1	16,3	15,1	25,1	23,4	20,7	22,1	13,7	14,8	9,1	9,4

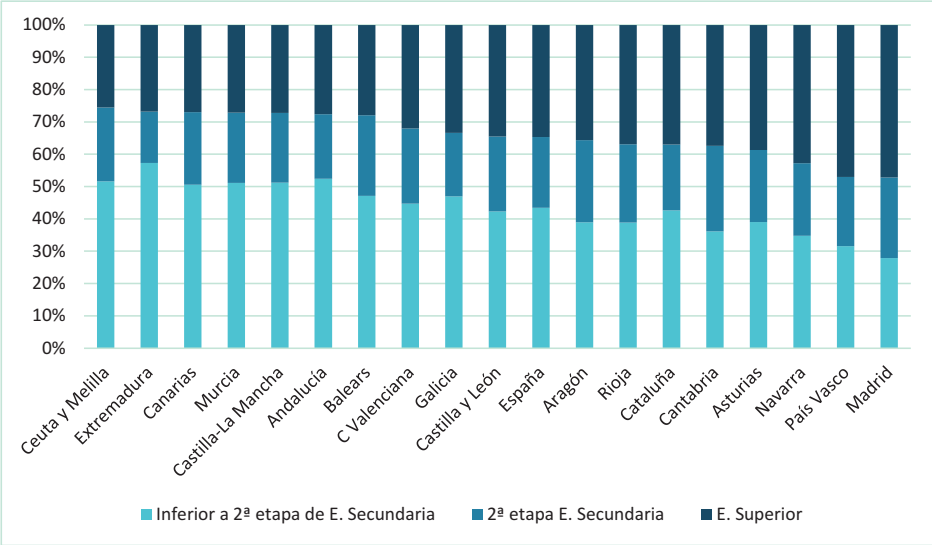
Fuente: elaboración propia a partir de datos de población del INE

Todo lo apuntado en la edición anterior de este estudio acerca de las consecuencias de esta distribución se mantiene y se va haciendo realidad a medida que transcurren los años. Así, la agudización de la asimetría de la distribución de la población hacia edades más elevadas cambiará la de los recursos, así como la orientación de algunos servicios y planteará un reto cada vez más crítico en cuanto a la sostenibilidad. La situación requiere progresivamente de más de ajustes y planificación porque evoluciona rápidamente y no se pueden eludir las correcciones que el sistema necesita.

Afortunadamente, como ya se apuntó en la edición anterior, la educación es un elemento positivo a tener en cuenta en relación al panorama actual, ya que no va a ser lo mismo atender al colectivo de mayores actual que al colectivo de mayores de dentro de veinte años. Una proporción elevada de éstos últimos, habrá recibido una educación diferente y mucho más adecuada en cuanto a estilos de vida, autocuidados, actividades tras la jubilación y otras parcelas que aumentarán la calidad de vida de la población mayor y, con gran probabilidad, todo ello hará que alcancen ese período en un estado de menor dependencia comparado con el actual.

Madrid, el País Vasco, Navarra, Asturias, Aragón, Rioja, Cataluña y Cantabria son las Comunidades Autónomas en mejor disposición acerca de este tema, ya que sus poblaciones de 25 años y más alcanzan, cuando menos, un 35% de personas con educación superior, tal y como se muestra en la Figura 8 que proporciona los datos más recientes acerca de esta variable.

Figura 8. Distribución de la población adulta de cada Comunidad Autónoma y de España en función de su nivel educacional en el 2014, ordenada de menor a mayor proporción de adultos con educación superior



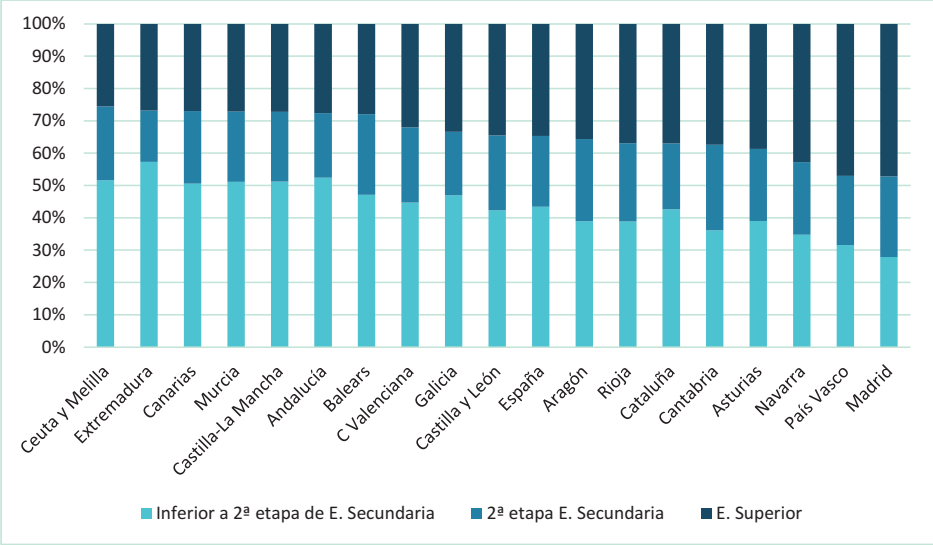
Fuente: elaboración propia a partir de datos de población y educación del INE

El nivel de renta per cápita también es otro de los factores en el que se dan diferencias que condicionan múltiples aspectos de la atención sanitaria. En la Figura 9 se puede apreciar que, entre los años 2013 y 2015, ha existido una evolución significativa hacia la pérdida de poder adquisitivo en España como territorio global y en nueve de sus autonomías en particular. Las secuelas de la crisis y el amplio período de gobernabilidad en funciones han tenido sus consecuencias y han afectado a algunas de las regiones más potentes de España económicamente hablando, como son el País Vasco, Navarra, Madrid, Andalucía y la Comunidad Valenciana, habiéndose salvado de esta situación Cataluña, Aragón y Galicia por poco. Sin embargo, salvo el caso de Ceuta y Melilla en que la diferencia es más amplia, la buena noticia es que la comparación entre las rentas per cápita regionales es un poco más convergente que la que se observaba en ediciones anteriores. En otras palabras, la mitad de los territorios que componen España ha perdido poder económico, pero no se han agudizado las diferencias entre zonas más y menos desarrolladas porque ha habido pérdidas y ganancias en ambos tipos de región.

A pesar de lo anterior, las desigualdades territoriales siguen siendo una realidad y un reto a paliar en cuanto a la distribución de las partidas presupuestarias de sanidad y, cada región en posesión de las competencias en esta materia debe reflexionar acerca de los servicios y calidad que está ofreciendo a su población en comparación con lo que sucede en el resto de las autonomías. En España, ningún

ciudadano debería de sufrir las consecuencias de estas desigualdades por el hecho de vivir en una zona u otra del país. Un tema es la descentralización del sistema de salud y otro tema es la dilatación indefinida de la falta de convergencia y homogeneidad en los servicios y recursos ofrecidos a los usuarios.

Figura 9. Renta per cápita media y mediana en euros de cada CC.AA. y de España en el 2013 y en el 2015, ordenadas de menor a mayor respecto del año 2015



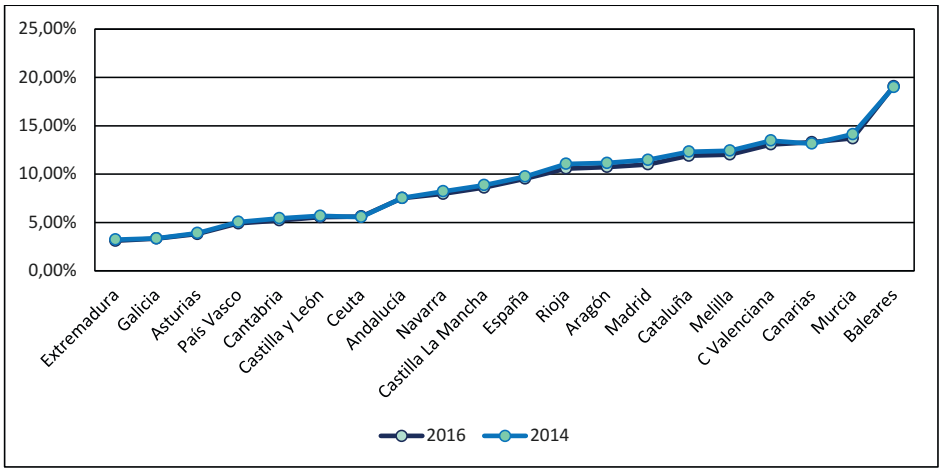
Fuente INE: La renta media y mediana corresponde al concepto de renta disponible equivalente de los hogares estandarizados en función del número de unidades de consumo equivalentes, para permitir la comparación de hogares de distinta composición

Además de las variables típicas de caracterización de la población, en el caso de España (y cada vez de más países debido a la globalización), es importante atender a la composición de la población en cuanto a la proporción de personas extranjeras residiendo en nuestro país. En la Figura 10 se comparan las proporciones de extranjeros en cada territorio autónomo los años 2014 y 2016. Las líneas prácticamente se superponen. Sin embrago, se ha dado una ligera disminución de estas proporciones en todos los territorios excepto en Baleares y Canarias. El resultado indica que ha disminuido la afluencia de inmigración por necesidad en todos los territorios que componen España, y que se mantiene la afluencia de extranjeros que eligen como residencia las Baleares y Canarias, especialmente a la hora de retirarse. La cobertura sanitaria a personas extranjeras ve así disminuida en algún grado la presión a que se ha visto sometida hasta que los efectos de la crisis alcanzaron su punto álgido.

Los datos de la Tabla 11, complementan la información del gráfico con los números absolutos concretos y con las variaciones porcentuales correspondientes. En las

dos primeras columnas se puede ver el número de personas extranjeras residentes en cada C.A. En las dos siguientes columnas se puede ver el porcentaje que representan estas personas sobre el total de población de cada C.A. En la siguiente columna se ofrece la variación porcentual habida entre los dos años. Seguidamente se pueden ver los porcentajes de población extranjera de cada C.A. sobre el total de la población residente en España y la variación porcentual que sufre este indicador entre los dos años y que arroja discretos resultados positivos en el caso de Andalucía, Baleares, Canarias y Melilla, plasmando la situación antes comentada de continuación de afluencia de extranjeros a zonas muy concretas del país por motivos de retiro y también de búsqueda de refugio y acceso a Europa.

Figura 10. Porcentaje de extranjeros residentes en cada CC.AA. y de España en el 2016 y en el 2014, ordenado de menor a mayor respecto del año 2016.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de población extranjera del INE

Tabla 11. Distribución en números absolutos y porcentuales de la población extranjera dentro de cada C.A. y respecto de España comparando los años 2014 y 2016 y variación porcentual entre ambos años.

CC.AA y Total	2014	2016	2014 Sobre CA	2016 Sobre CA	Variación 14-16	2014 Sobre España	2016 Sobre España	Variación 14-16
Andalucía	631802	632187	7,53	7,52	-0,07	1,36	1,36	0,10
Aragón	148111	141363	11,15	10,73	-3,80	0,32	0,30	-4,52
Asturias	41019	39537	3,89	3,80	-2,37	0,09	0,09	-3,58
Baleares	212991	216646	19,01	19,09	0,44	0,46	0,47	1,75
Canarias	278576	283808	13,15	13,30	1,15	0,60	0,61	1,91
Cantabria	31838	30375	5,43	5,21	-4,00	0,07	0,07	-4,56
Castilla y León	141089	136031	5,68	5,54	-2,39	0,30	0,29	-3,55
Castilla Mancha	183242	176266	8,86	8,60	-2,97	0,39	0,38	-3,77
Cataluña	911215	880853	12,31	11,90	-3,39	1,96	1,90	-3,30
C Valenciana	666479	644049	13,47	13,06	-3,08	1,43	1,39	-3,33
Extremadura	35182	33697	3,22	3,11	-3,46	0,08	0,07	-4,19
Galicia	91455	90717	3,34	3,33	-0,13	0,20	0,20	-0,77
Madrid	731710	707937	11,47	11,00	-4,10	1,58	1,52	-3,21
Murcia	206622	200736	14,12	13,70	-3,01	0,44	0,43	-2,81
Navarra	52225	50721	8,21	7,96	-3,03	0,11	0,11	-2,85
País Vasco	109442	106032	5,05	4,90	-2,99	0,24	0,23	-3,08
Rioja	34710	33049	11,05	10,57	-4,34	0,07	0,07	-4,75
Ceuta	4701	4744	5,56	5,61	0,91	0,01	0,01	0,96
Melilla	10441	10151	12,42	12,02	-3,22	0,02	0,02	-2,74
España	4522850	4418898	9,74	9,52	-2,26	9,74	9,52	-2,26

Fuente: elaboración propia a partir de datos de población extranjera del INE

SÍNTESIS 2: Evolución de las características socio-económicas de la población objetivo

En lo que atañe a la presión asistencial, la distribución de la población española en función del género se mantiene bastante estable entre los años 2012 y 2016. El único caso llamativo de desproporción es el de Asturias en que el peso de la mujer está cuatro puntos porcentuales por encima del de los hombres. Los indicadores asociados a las necesidades específicas de atención por razón de género no acusan cambios significativos debido a esta estabilidad.

La natalidad sigue en horas bajas, siendo Asturias la región que presenta la menor tasa. La población joven sigue la tendencia de disminución vista en ediciones anteriores, que ahora afecta al colectivo de entre 15 y 44 cuando en el año 2014 estaba más concentrada en el tramo de 15 a 29 años. En algunas CC.AA. se registran ligeros aumentos de la población de entre 0 y 14 años, pero insuficientes para compensar la pérdida que se está produciendo en los grupos de edad joven a largo plazo.

La población de 60 y más años sigue aumentando en todas las zonas y también lo hace la esperanza de vida, agudizando el problema de envejecimiento de la población que, acompañado de la actual tendencia decreciente de la inmigración por motivos de necesidad, no parece que vaya a ser compensado a medio plazo por afluencia de extranjeros más jóvenes a nuestro país.

El porcentaje de población con educación secundaria y superior sigue con la tendencia creciente y positiva apuntada en la edición anterior en casi todos los territorios. Como consecuencia, se espera una mejora progresiva en la gestión de los servicios socio-sanitarios a la tercera edad debida al mejor estado personal promedio con que la población va a ir alcanzando ese período de la vida.

En cambio, el nivel de renta per cápita ha seguido disminuyendo en todas la Autonomías entre los años 2014 y 2016, lo cual unido a los recortes en sanidad, ha podido seguir marcando diferencias en cuanto al acceso a servicios socio-sanitarios por parte de algunos segmentos de la población.

2
Estado de salud

2.1. Morbilidad

La OMS define la morbilidad como la cantidad de individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinado. Se trata de un dato estadístico importante para comprender la evolución o retroceso de alguna enfermedad, las razones de su surgimiento y las posibles soluciones en un territorio determinado. En este apartado se presenta, en primer lugar, las cifras de morbilidad por todas las causas y, en segundo lugar, por las principales, en las autonomías españolas y se comparan sus cifras en los años 2012 (o 2011 cuando el 2012 no está disponible) y 2014 o el más reciente acerca del cual se dispone de datos en el momento de redactar este informe.

La primera información que se presenta en este apartado se ha extraído de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria que proporciona el INE. Concretamente, la siguiente tabla proporciona dos fotografías acerca de la tasa de morbilidad por cada 100.000 habitantes y acerca de la distribución territorial de los enfermos dados de alta en un hospital por cualquier causa. Entre los años 2012 y 2014, la tasa global ha aumentado en todas las CC.AA. excepto en Baleares, Extremadura, Navarra y Ceuta. La disminución más significativa se produce en Navarra con un 3,01%. Los aumentos son de diversa magnitud, destacando los de Rioja con un 11,65% y Melilla con un 7,16%. La media española sufre un aumento del 2,53% siendo diez las CC.AA. que sufren aumentos por encima de la misma. Las cifras absolutas de altas hospitalarias también aumentan, de forma que la media española se incrementa un 2,45%. El aumento regional más significativo se produce en Melilla con casi un 11%, seguido de Baleares y Cantabria a bastante distancia. Extremadura, Navarra y Ceuta muestran disminuciones en la cifra de altas, siendo la más significativa la de Navarra con un 3,51%.

Tabla 12. Tasas de morbilidad hospitalaria por 100.000 habitantes y altas hospitalarias según el diagnóstico principal y la Comunidad o Ciudad autónoma de hospitalización: todas las causas.

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual	Altas 2014	Altas 2012	Variación porcentual
Andalucía	8271	8083	2,33	696.093	677.701	2,71
Aragón	11689	11147	4,86	153.369	149.454	2,62
Asturias	11064	10925	1,27	117.057	116.956	0,09
Baleares	11033	11102	-0,62	129.603	122.638	5,68
Canarias	8476	8383	1,11	177.579	175.415	1,23
Cantabria	10231	9738	5,06	60.659	57.552	5,40
Castilla y León	10854	10532	3,06	268.958	266.095	1,08
Castilla Mancha	8378	8043	4,17	176.141	168.851	4,32
Cataluña	11214	10821	3,63	832.753	810.542	2,74
C Valenciana	10278	10073	2,04	510.074	503.647	1,28
Extremadura	10224	10314	-0,87	113.053	113.669	-0,54
Galicia	10715	10401	3,02	293.807	287.653	2,14
Madrid	10857	10581	2,61	704.396	679.775	3,62
Murcia	10018	9814	2,08	149.343	143.308	4,21
Navarra	10782	11117	-3,01	68.553	71.045	-3,51
País Vasco	11353	11086	2,41	246.170	241.533	1,92
Rioja	11782	10553	11,65	34.988	33.786	3,56
Ceuta	8002	8121	-1,47	6.701	6.841	-2,05
Melilla	8586	8012	7,16	7.353	6.625	10,99
España	10160	9909	2,53	4.746.651	4.633.086	2,45

Grupo 0000 Todas las causas (salvo excepciones) 001-999 y Códigos V (sólo diagnósticos principales)

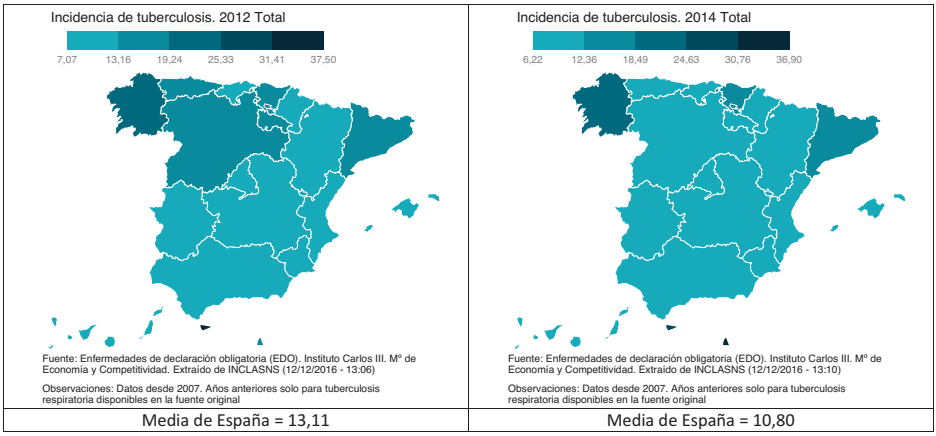
La variación en la población no parece ser la variable que puede explicar estos cambios de situación, dado que en 2014 se produce una disminución de población total en el conjunto de España. Para poder profundizar en las causas de estos cambios, se describen las tasas de las principales causas de las altas de forma detallada. De forma especulativa y, al igual que en ediciones anteriores se pueden señalar como posibles causas asociadas en algún grado a este resultado: el progresivo envejecimiento de la población, la persistencia de las secuelas de la crisis y los efectos de ciertos estilos de vida que han impactado en la población incrementando sus necesidades de atención sociosanitaria.

2.1.1. Morbilidad: tuberculosis

La incidencia media de la tuberculosis ha disminuido entre los años 2012 y 2014 en algo más de dos puntos porcentuales, rebajando la escala del mapa de la Figura 11 en cuanto a sus porcentajes para el 2014. El año 2012 la zona más crítica era Ceuta, seguida de Galicia y, a mayor distancia, seguida de Asturias, Castilla y León, País Vasco, Rioja y Cataluña. En el año 2014, las zonas más críticas son Ceuta y Melilla, seguidas a cierta distancia por Galicia y a mayor distancia por el País Vasco y Cataluña. La inmigración puede estar detrás de la situación en Ceuta y Melilla, e incluso en Cataluña, y el clima más húmedo y duro en algunas épocas del año puede explicar en algún grado los casos de Galicia y País Vasco. En cualquier caso,

las incidencias notables están relacionadas con el Norte excepto los casos de Ceuta y Melilla y, la tuberculosis sólo ha contribuido a aumentar la morbilidad en Melilla.

Figura 11. Morbilidad: incidencia de tuberculosis de los años 2012 y 2014 por CC.AA.



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

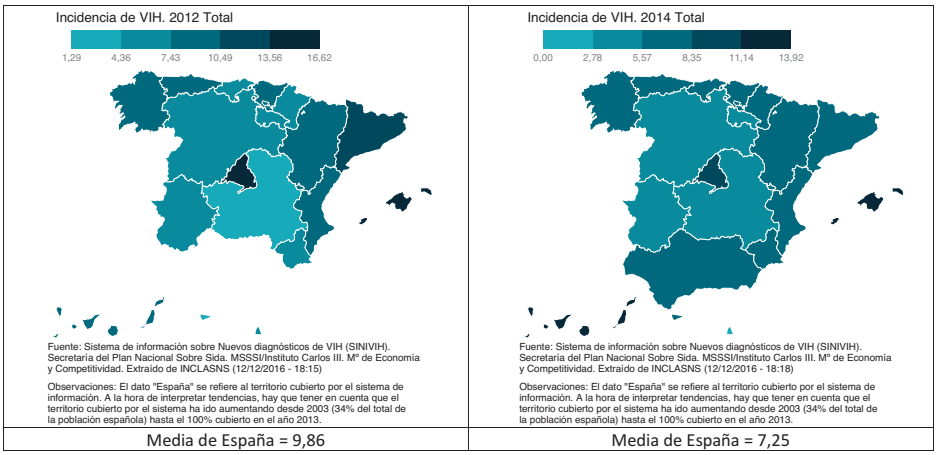
Tabla 13. Incidencia de tuberculosis por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	6,66	10,64	-37,41
Aragón	12,04	12,20	-1,31
Asturias	11,29	18,97	-40,48
Baleares	11,87	13,03	-8,90
Canarias	6,79	7,07	-3,96
Cantabria	11,26	11,76	-4,25
Castilla y León	11,51	14,10	-18,37
Castilla Mancha	8,13	8,37	-2,87
Cataluña	15,3	16,17	-5,38
C Valenciana	8,57	10,02	-14,47
Extremadura	6,22	8,41	-26,04
Galicia	20,3	24,48	-17,08
Madrid	9,54	12,86	-25,82
Murcia	8,68	10,90	-20,37
Navarra	9,27	12,51	-25,90
País Vasco	14,87	16,30	-8,77
Rioja	10,19	13,80	-26,16
Ceuta	28,37	37,50	-24,35
Melilla	36,9	16,70	120,96
España	10,8	13,11	-17,62

2.1.2. Morbilidad: VIH

Los datos acerca de la incidencia de VIH del año 2012 estaban incompletos a falta de Andalucía (ver Figura 12). Con todo, el año 2014, la media española se reduce ostensiblemente. Por territorios, la posición relativa de Madrid mejora y también lo hace la de Cataluña, si bien, esta última partía de una incidencia menor. La incidencia aumenta en Castilla La Mancha, en Canarias, en Ceuta, en Cantabria, en Navarra y en Murcia. Baleares mantiene su posición relativa con una incidencia más elevada que el resto de territorios junto con Canarias. Especulativamente y sin fundamento objetivo, en parte se podría atribuir esta mayor incidencia a ciertos estilos de vida de estas dos zonas, alentados por la demanda de algunos perfiles de turistas que buscan experiencias extremas y participan en actividades asociadas al consumo de sustancias no recomendables para la salud.

Figura 12. Morbilidad: incidencia de VIH de los años 2012 y 2014 por CC.AA.



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

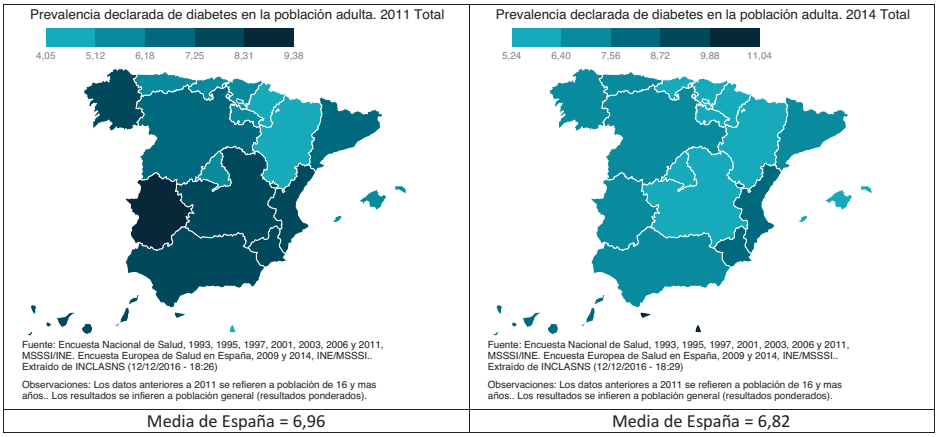
Tabla 14. Incidencia de VIH por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	6,88		-
Aragón	7,75	8,00	-3,13
Asturias	6,83	7,43	-8,08
Baleares	11,87	15,67	-24,25
Canarias	13,92	9,52	46,22
Cantabria	5,63	6,57	-14,31
Castilla y León	4,47	5,31	-15,82
Castilla Mancha	3,39	3,87	-12,40
Cataluña	7,08	11,33	-37,51
C Valenciana	7,05	8,64	-18,40
Extremadura	3,47	6,29	-44,83
Galicia	6,46	8,23	-21,51
Madrid	8,94	16,62	-46,21
Murcia	6,36	6,57	-3,20
Navarra	7,70	5,13	50,10
País Vasco	7,02	7,65	-8,24
Rioja	4,14	4,49	-7,80
Ceuta	8,28	1,29	541,86
Melilla	0,00	6,42	-100,00
España	7,25	9,86	-26,47

2.1.3. Morbilidad: diabetes

Aunque la configuración del mapa de incidencia de diabetes parezca que ha cambiado ostensiblemente entre los años 2011 y 2014, la media española apenas se ha reducido y los porcentajes de la escala han aumentado. Por consiguiente, la situación ha mejorado de forma no homogénea. En siete CC.AA. (Andalucía, Baleares, Cantabria, Castilla La Mancha, Extremadura, Galicia y Rioja) se dan disminuciones de incidencia, mientras que en once (Aragón, Asturias, Canarias, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Murcia, Navarra, País Vasco, Ceuta y Melilla) se dan aumentos y tan solo una, Madrid, permanece con la misma incidencia. El año 2014, Ceuta y Melilla son las zonas con mayor incidencia con tasas en torno al 11% y Baleares la que presenta menor incidencia con un 5,24%.

Figura 13. Morbilidad: incidencia de diabetes de los años 2011 y 2014 por CC.AA.



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

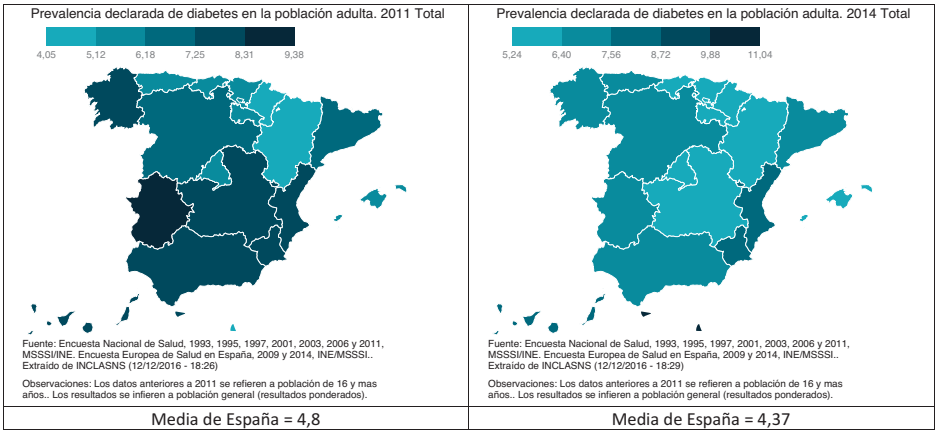
Tabla 15. Incidencia de diabetes por CC.AA. los años 2011 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2011	Variación porcentual
Andalucía	7,07	8,15	-13,25
Aragón	5,33	4,87	9,45
Asturias	7,42	5,68	30,63
Baleares	5,24	6,00	-12,67
Canarias	8,08	7,74	4,39
Cantabria	5,33	5,71	-6,65
Castilla y León	6,56	6,38	2,82
Castilla Mancha	6,38	7,72	-17,36
Cataluña	7,05	6,67	5,70
C Valenciana	8,00	7,64	4,71
Extremadura	7,39	9,38	-21,22
Galicia	7,46	8,07	-7,56
Madrid	5,35	5,35	0,00
Murcia	8,63	8,30	3,98
Navarra	5,35	4,96	7,86
País Vasco	5,82	5,66	2,83
Rioja	5,78	6,16	-6,17
Ceuta	11,04	8,09	36,46
Melilla	10,71	4,05	164,44
España	6,82	6,96	-2,01

2.1.4. Morbilidad: tasa ajustada de hospitalización por diabetes mellitus por 10.000 hab.

La tasa ajustada de hospitalización por diabetes mellitus tendió a mejorar en promedio reduciéndose entre los años 2012 y 2014 en casi un 9%. Todas las regiones excepto Cantabria, Navarra y Galicia, muestran reducciones de la tasa. La mejor situación del año 2012 era para Cantabria, pero en 2014 fue Andalucía la región con una tasa menor.

Figura 14. Morbilidad: incidencia de hospitalización por diabetes mellitus de los años 2012 y 2014 por CC.AA.



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

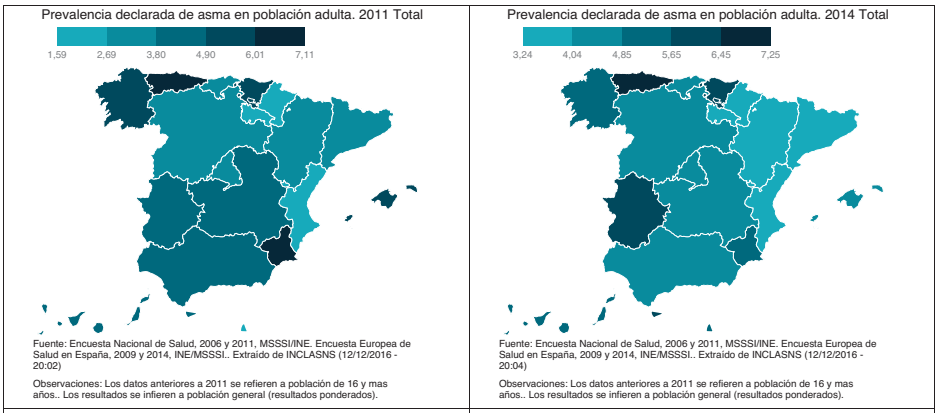
Tabla 16. Incidencia de hospitalización por diabetes mellitus por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	3,57	3,95	-9,62
Aragón	4,99	5,41	-7,76
Asturias	5,13	5,82	-11,86
Baleares	4,88	5,57	-12,39
Canarias	4,91	5,37	-8,57
Cantabria	4,00	3,83	4,44
Castilla y León	4,80	5,39	-10,95
Castilla Mancha	3,90	3,93	-0,76
Cataluña	4,04	4,94	-18,22
C Valenciana	5,57	5,60	-0,54
Extremadura	4,12	5,76	-28,47
Galicia	4,34	4,27	1,64
Madrid	3,71	4,03	-7,94
Murcia	6,29	6,65	-5,41
Navarra	4,89	4,87	0,41
País Vasco	4,27	4,69	-8,96
Rioja	6,56	6,82	-3,81
Ceuta	9,86	13,18	-25,19
Melilla	8,75	9,61	-8,95
España	4,37	4,80	-8,96

2.1.5. Morbilidad: asma

La incidencia del asma ha aumentado en promedio para España, lo que ha hecho aumentar la escala de la Figura 15. Melilla muestra un incremento muy elevado y también son llamativos los que se producen en La Rioja y Ceuta. Las disminuciones son de menor magnitud, siendo la mayor de todas la que se produce en Murcia con algo más de un 24%. Con todo, la Comunidad con mayor incidencia en ambos años es Asturias, cuya situación no mejora. Las regiones con menor incidencia son La Rioja en 2011 y Navarra en 2014.

Figura 15. Morbilidad: incidencia de asma de los años 2011 y 2014 por CC.AA.



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

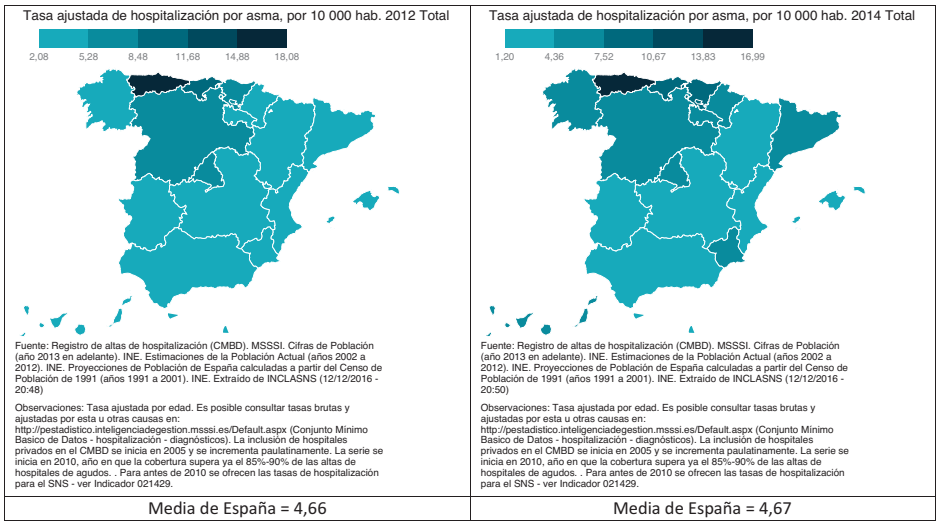
Tabla 17. Incidencia de asma por CC.AA. los años 2011 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2011	Variación porcentual
Andalucía	4,20	4,74	-11,39
Aragón	3,31	2,89	14,53
Asturias	7,25	6,95	4,32
Baleares	4,79	5,04	-4,96
Canarias	5,49	4,07	34,89
Cantabria	4,65	3,42	35,96
Castilla y León	4,22	3,59	17,55
Castilla Mancha	4,15	4,35	-4,60
Cataluña	3,58	3,71	-3,50
C Valenciana	3,35	2,64	26,89
Extremadura	5,99	4,49	33,41
Galicia	5,62	5,64	-0,35
Madrid	4,18	2,96	41,22
Murcia	5,39	7,11	-24,19
Navarra	3,24	2,46	31,71
País Vasco	5,91	5,25	12,57
Rioja	3,82	2,21	72,85
Ceuta	5,74	3,81	50,66
Melilla	5,35	1,59	236,48
España	4,37	4,08	7,11

2.1.6. Morbilidad: tasa ajustada de hospitalización por asma, por 10.000 hab.

La incidencia de hospitalización por asma ha aumentado muy ligeramente (0,21%) en España. Sin embargo, hay regiones que acusan notables incrementos de esta tasa, como es el caso de Murcia, Canarias y Cantabria. La mayor disminución relativa se registra en Ceuta. El año 2012, la peor situación acerca de este indicador era para Asturias y la mejor para Andalucía. El año 2014, Asturias se mantiene en cabeza con el mayor valor del indicador, aunque con una situación mejorada, y el menor valor del mismo fue para Ceuta.

Figura 16. Morbilidad: incidencia de hospitalización por asma de los años 2012 y 2014 por CC.AA.



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

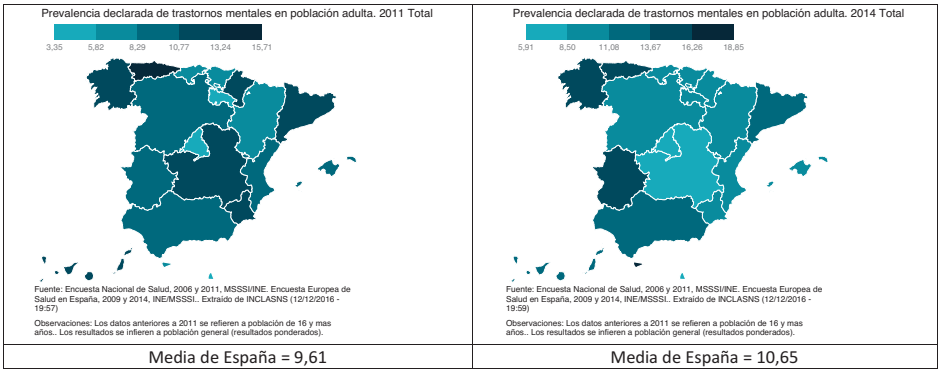
Tabla 18. Incidencia de hospitalización por asma por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	2,07	2,08	-0,48
Aragón	3,22	3,17	1,58
Asturias	16,99	18,08	-6,03
Baleares	4,32	4,37	-1,14
Canarias	4,44	3,98	11,56
Cantabria	10,26	9,32	10,09
Castilla y León	5,05	5,37	-5,96
Castilla Mancha	3,65	3,53	3,40
Cataluña	4,98	5,21	-4,41
C Valenciana	3,56	3,41	4,40
Extremadura	2,65	2,83	-6,36
Galicia	5,18	5,05	2,57
Madrid	6,20	6,07	2,14
Murcia	4,82	4,29	12,35
Navarra	5,12	5,10	0,39
País Vasco	7,58	7,91	-4,17
Rioja	4,79	4,67	2,57
Ceuta	1,20	2,32	-48,28
Melilla	2,57	2,36	8,90
España	4,67	4,66	0,21

2.1.7. Morbilidad: trastornos mentales

La incidencia de trastornos mentales ha aumentado en España entre los años 2011 y 2014. Es un resultado esperado debido al impacto que ha tenido la crisis sobre diversos colectivos de personas, tanto por la falta de empleo, como por la pérdida de muchos, como por la disminución del poder adquisitivo y otros tipos de dificultades que ha venido atravesando una parte significativa de la población a lo largo de estos años. Por término medio, la incidencia ha aumentado un 10,82%, lo que ha producido un aumento de escala en el mapa de la Figura 17. El año 2011 las zonas con mayor incidencia eran Asturias, Galicia y Murcia. El año 2014, la situación mejoró en Asturias y Murcia y se agudizó en Galicia. Asimismo, Ceuta sufrió un incremento muy significativo pasando a ser la zona más crítica. La Rioja y Melilla también acusaron incrementos muy fuertes. Las evoluciones positivas, que también las hay, tienen magnitudes inferiores a las negativas, y las más elevadas corresponden a Castilla La Mancha, Murcia y Navarra y no alcanzan disminuciones del 26,5%.

Figura 17. Morbilidad: incidencia de trastornos mentales de los años 2011 y 2014 por CC.AA.



Media de España = 9,61	Media de España = 10,65

Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

Tabla 19. Incidencia de trastornos mentales por CC.AA. los años 2011 y 2014

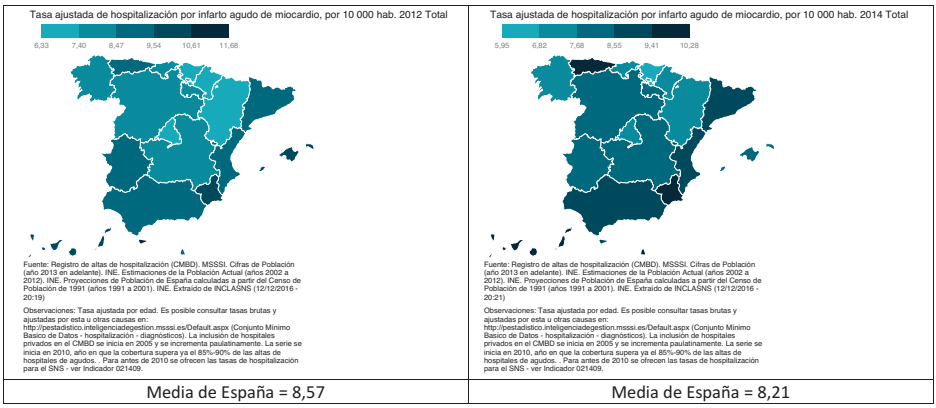
CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2011	Variación porcentual
Andalucía	12,38	9,48	30,59
Aragón	8,53	7,93	7,57
Asturias	13,82	15,71	-12,03
Baleares	10,54	8,85	19,10
Canarias	13,41	11,89	12,78
Cantabria	10,18	7,71	32,04
Castilla y León	9,35	8,50	10,00
Castilla Mancha	8,17	11,07	-26,20
Cataluña	11,10	10,99	1,00
C Valenciana	9,22	9,43	-2,23
Extremadura	13,92	10,64	30,83
Galicia	15,51	13,16	17,86
Madrid	7,33	5,43	34,99
Murcia	10,40	12,37	-15,93
Navarra	9,23	11,13	-17,07
País Vasco	9,22	8,17	12,85
Rioja	8,99	4,53	98,45
Ceuta	18,85	8,15	131,29
Melilla	5,91	3,35	76,42
España	10,65	9,61	10,82

2.1.8. Morbilidad: tasa ajustada de hospitalización por infarto agudo de miocardio, por 10.000 hab.

La morbilidad en cuanto a hospitalización por IAM por 10.000 habitantes ha disminuido ligeramente (-44,20%) en promedio para España entre los años 2012 y 2014. En casi todos los territorios la morbilidad disminuye, de forma que sólo se dan dos aumentos realmente notables y que corresponden a Melilla y Asturias. Las

disminuciones son, en promedio, más notables que los aumentos, especialmente las que se producen en Ceuta, Extremadura y Baleares. Murcia es la región con la tasa más alta en ambos años. Le sigue Melilla con una segunda posición inalterada. En cambio, la región con menor tasa es el País Vasco, que se desmarca del resto en ambos años.

Figura 18. Morbilidad: incidencia de hospitalización por infarto agudo de miocardio de los años 2012 y 2014 por CC.AA.



Media de España = 8,57	Media de España = 8,21

Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

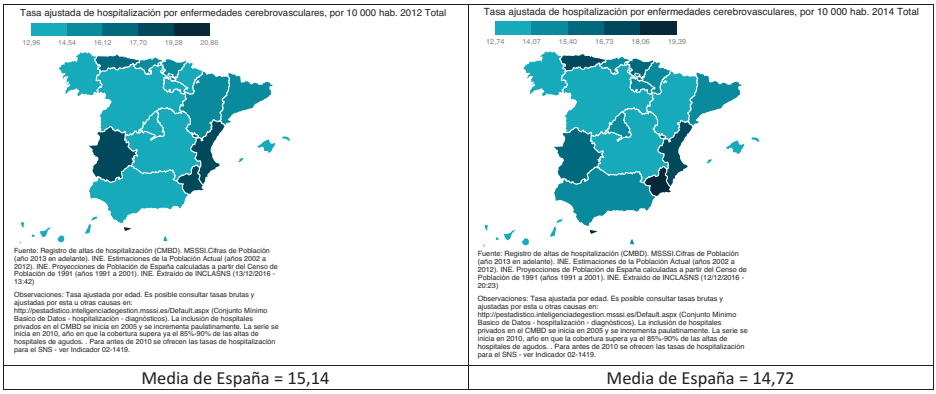
Tabla 20. Incidencia de hospitalización por infarto agudo de miocardio por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	8,92	9,48	-5,91
Aragón	7,14	7,33	-2,59
Asturias	9,82	9,22	6,51
Baleares	8,13	9,55	-14,87
Canarias	9,65	9,62	0,31
Cantabria	7,18	7,78	-7,71
Castilla y León	8,25	8,32	-0,84
Castilla Mancha	7,78	8,32	-6,49
Cataluña	8,62	9,19	-6,20
C Valenciana	8,97	8,93	0,45
Extremadura	7,95	9,30	-14,52
Galicia	7,49	8,11	-7,64
Madrid	7,03	7,19	-2,23
Murcia	10,24	10,57	-3,12
Navarra	6,87	7,36	-6,66
País Vasco	5,95	6,33	-6,00
Rioja	8,25	8,34	-1,08
Ceuta	9,37	11,68	-19,78
Melilla	10,28	9,04	13,72
España	8,21	8,57	-4,20

2.1.9. Morbilidad: tasa ajustada de hospitalización por enfermedad cerebrovascular, por 10.000 hab.

La incidencia de hospitalización por enfermedad cerebrovascular ha disminuido en promedio en España entre los años 2012 y 2014 un 2,77%. Ceuta, Murcia, Extremadura y la Comunidad Valenciana, presentaban en 2012 tasas bastante por encima de la media española. Éstas dos últimas han mejorado en 2014, pero la situación persiste y se agrava en Murcia, mientras que en Ceuta mejora, pero sigue en posición destacada. Melilla sufre el aumento más significativo de esta tasa entre ambos años y Aragón la disminución más notable.

Figura 19. Morbilidad: incidencia de hospitalización por enfermedad cerebrovascular de los años 2012 y 2014 por CC.AA.



Media de España = 15,14	Media de España = 14,72

Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

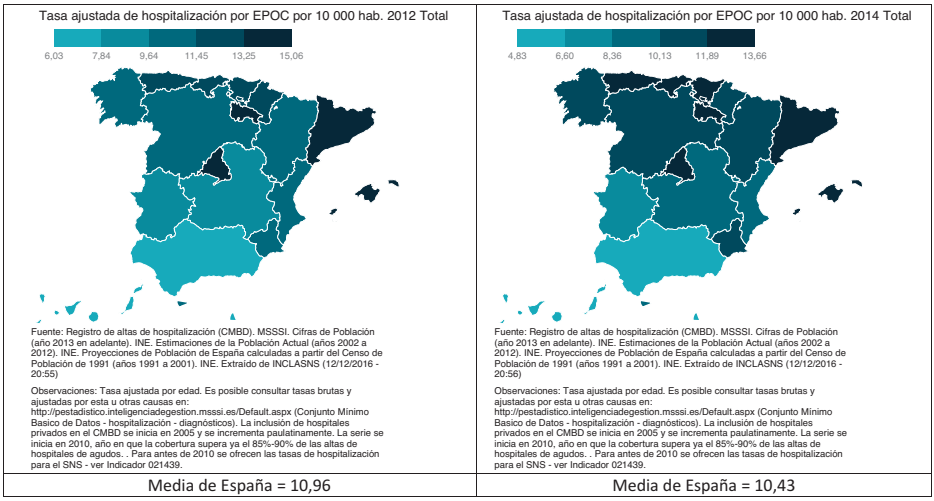
Tabla 21. Incidencia de hospitalización por enfermedad cerebrovascular por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	14,13	14,54	-2,82
Aragón	13,05	15,25	-14,43
Asturias	17,12	17,18	-0,35
Baleares	13,07	13,29	-1,66
Canarias	12,74	14,10	-9,65
Cantabria	14,07	14,79	-4,87
Castilla y León	13,25	13,44	-1,41
Castilla Mancha	13,77	13,84	-0,51
Cataluña	14,19	15,01	-5,46
C Valenciana	17,32	18,01	-3,83
Extremadura	16,47	18,02	-8,60
Galicia	12,96	13,98	-7,30
Madrid	14,86	14,43	2,98
Murcia	19,39	18,76	3,36
Navarra	14,82	13,89	6,70
País Vasco	15,66	15,34	2,09
Rioja	14,92	14,46	3,18
Ceuta	19,32	20,86	-7,38
Melilla	15,18	12,96	17,13
España	14,72	15,14	-2,77

2.1.10. Morbilidad: tasa ajustada de hospitalización por EPOC por 10.000 hab.

La tasa ajustada de hospitalización por EPOC ha disminuido muy ligeramente en promedio entre los años 2012 y 2014 en España. La situación relativa de las regiones ha variado poco, ya que en ambos años las Comunidades con las tasas más elevadas son las mismas: Baleares, Cataluña, La Rioja y Madrid. Sin embargo, en todas ellas se registra una disminución, la más notable de las cuales corresponde a Cataluña. El año 2012 la mejor situación la mostraban Andalucía y Melilla y, ambas mantienen el mismo estatus el año 2014 pero con las tasas significativamente más reducidas.

Figura 20. Morbilidad: incidencia de hospitalización por EPOC de los años 2012 y 2014 por CC.AA.



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

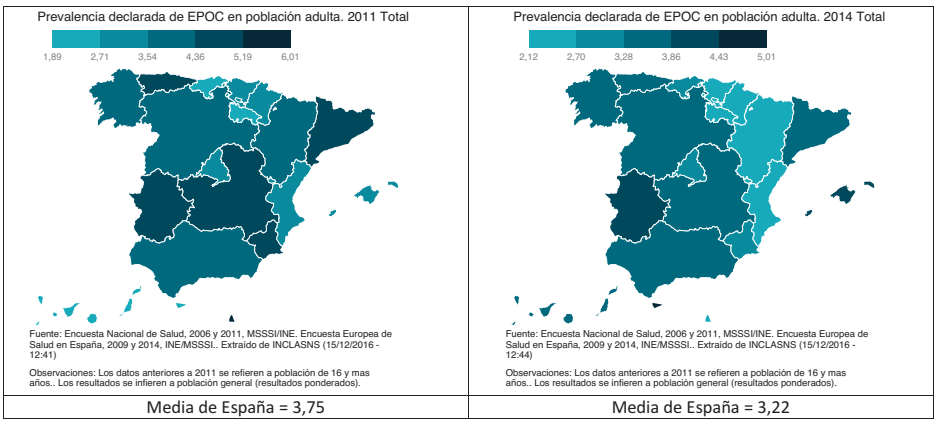
Tabla 22. Incidencia de hospitalización por EPOC por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	5,25	6,03	-12,94
Aragón	10,72	9,80	9,39
Asturias	12,53	12,71	-1,42
Baleares	13,66	13,74	-0,58
Canarias	6,48	7,06	-8,22
Cantabria	12,29	11,85	3,71
Castilla y León	10,48	10,34	1,35
Castilla Mancha	8,86	8,02	10,47
Cataluña	13,35	15,06	-11,35
C Valenciana	10,12	10,94	-7,50
Extremadura	8,07	8,84	-8,71
Galicia	11,30	10,36	9,07
Madrid	13,01	13,34	-2,47
Murcia	10,70	11,39	-6,06
Navarra	11,03	11,99	-8,01
País Vasco	12,77	13,12	-2,67
Rioja	13,26	13,62	-2,64
Ceuta	9,77	10,49	-6,86
Melilla	4,83	6,03	-19,90
España	10,43	10,96	-4,84

2.1.11. Morbilidad: prevalencia declarada de EPOC en la población adulta

La prevalencia declarada de EPOC en la población adulta ha disminuido ligeramente en promedio entre los años 2011 y 2014 en España. La situación relativa de las regiones ha variado poco, ya que en ambos años las Comunidades con las tasas más elevadas son las mismas:

Figura 21. Morbilidad: Prevalencia declarada de EPOC en población adulta de los años 2011 y 2014 por CC.AA.



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

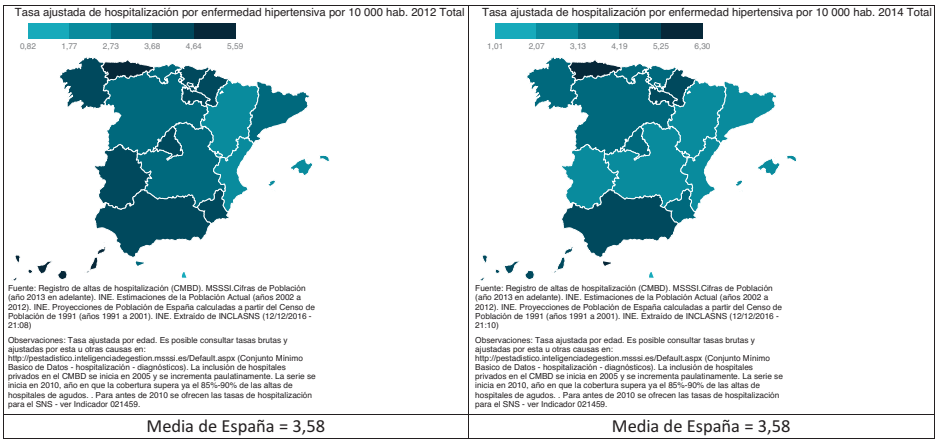
Tabla 23. Prevalencia declarada de EPOC en población adulta por EPOC por CC.AA. los años 2011 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2011	Variación porcentual
Andalucía	3,43	3,74	-8,29
Aragón	2,12	3,65	-41,92
Asturias	3,75	4,73	-20,72
Baleares	4,39	3,06	43,46
Canarias	3,60	2,65	35,85
Cantabria	3,28	1,89	73,54
Castilla y León	3,84	3,77	1,86
Castilla Mancha	3,28	4,95	-33,74
Cataluña	3,77	4,84	-22,11
C Valenciana	2,22	3,39	-34,51
Extremadura	4,07	4,56	-10,75
Galicia	3,58	3,81	-6,04
Madrid	2,74	2,99	-8,36
Murcia	3,05	4,43	-31,15
Navarra	2,42	3,48	-30,46
País Vasco	2,43	2,95	-17,63
Rioja	2,28	2,10	8,57
Ceuta	5,01	2,70	85,56
Melilla	2,52	6,01	-58,07
España	3,22	3,75	-14,13

2.1.12. Morbilidad: tasa ajustada de hospitalización por enfermedad hipertensiva por 10.000 hab.

La tasa ajustada de hospitalización por enfermedad hipertensiva permaneció estable entre los años 2012 y 2014 en una tasa promedio del 3,58 por cada 10.000 habitantes. La variación más notable en cuanto a reducción de la tasa se produjo en Extremadura y la más notable en cuanto a aumento en Ceuta. La mejor tasa del 2012 fue para Melilla, dato que se mantuvo en el 2014. La peor tasa del 2012 correspondió a Asturias, que en el 2014 cedió esta posición a Ceuta.

Figura 22. Morbilidad: incidencia de hospitalización por enfermedad hipertensiva de los años 2012 y 2014 por CC.AA.



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

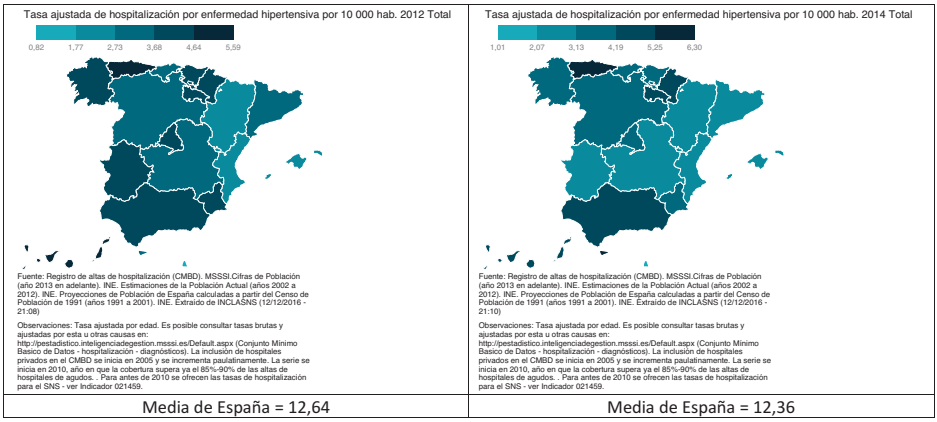
Tabla 24. Incidencia de hospitalización por enfermedad hipertensiva por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	4,39	4,10	7,07
Aragón	2,28	2,26	0,88
Asturias	5,38	5,59	-3,76
Baleares	3,05	2,61	16,86
Canarias	4,38	4,71	-7,01
Cantabria	3,39	3,15	7,62
Castilla y León	3,38	3,37	0,30
Castilla Mancha	3,11	2,73	13,92
Cataluña	2,77	3,12	-11,22
C Valenciana	2,85	2,45	16,33
Extremadura	2,50	4,34	-42,40
Galicia	3,65	3,82	-4,45
Madrid	3,99	3,73	6,97
Murcia	3,74	4,26	-12,21
Navarra	5,05	4,31	17,17
País Vasco	3,53	4,20	-15,95
Rioja	4,78	4,35	9,89
Ceuta	6,30	2,89	117,99
Melilla	1,01	0,82	23,17
España	3,58	3,58	0,00

2.1.13. Morbilidad: tasa ajustada de hospitalización por insuficiencia cardiaca congestiva por 10.000 hab.

La incidencia de hospitalización por insuficiencia cardiaca congestiva ha disminuido un 2,2% entre 2012 y 2014. La variación más notable en sentido negativo se ha producido en Melilla con un aumento del 52,5% y la más notable en sentido positivo ha sido una reducción del 26,9% en Ceuta. No obstante, esta ciudad mostraba la tasa más elevada del 2012, con casi el doble de incidencia que Andalucía, que estaba en la mejor posición. En 2014, la región más bien posicionada es Navarra y, la peor es la ciudad autónoma de Melilla.

Figura 23. Morbilidad: incidencia de hospitalización por insuficiencia cardiaca congestiva de los años 2012 y 2014 por CC.AA.



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

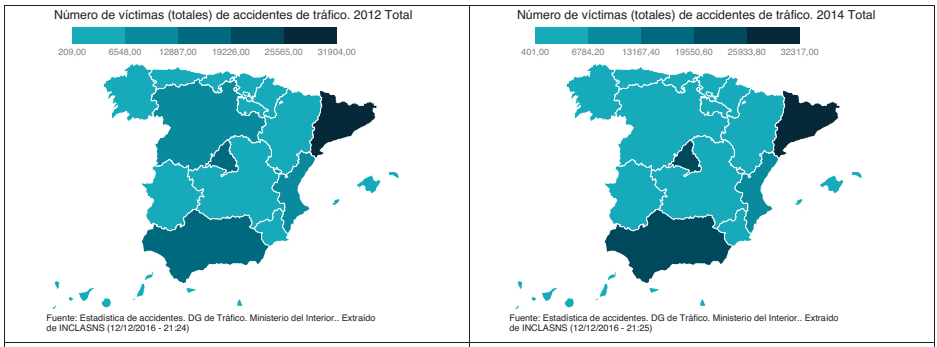
Tabla 25. Incidencia de hospitalización por insuficiencia cardiaca congestiva por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	10,43	10,50	-0,67
Aragón	13,59	12,37	9,86
Asturias	11,80	11,00	7,27
Baleares	11,87	12,57	-5,57
Canarias	9,85	10,17	-3,15
Cantabria	9,67	10,70	-9,63
Castilla y León	10,86	11,37	-4,49
Castilla Mancha	10,95	10,93	0,18
Cataluña	14,05	15,55	-9,65
C Valenciana	13,69	13,89	-1,44
Extremadura	12,47	11,99	4,00
Galicia	11,05	10,99	0,55
Madrid	14,11	14,33	-1,54
Murcia	13,81	13,38	3,21
Navarra	9,59	10,71	-10,46
País Vasco	12,44	12,69	-1,97
Rioja	13,10	11,47	14,21
Ceuta	14,73	20,14	-26,86
Melilla	17,61	11,55	52,47
España	12,36	12,64	-2,22

2.1.14. Morbilidad: número de víctimas totales de accidentes de tráfico

El número de víctimas totales de accidentes de tráfico ha aumentado un 8,96% entre los años 2012 y 2014. Todas las CC.AA. muestran aumentos de diversa magnitud salvo Castilla y León, donde el número se reduce un 11%. Los incrementos más notables se producen en Ceuta, Canarias y Baleares. El número de víctimas es bastante proporcional a la población de las CC.AA., siendo Cataluña, Andalucía y Madrid, por ese orden las que mayor número aportan tanto el año 2012 como el 2014 y, Ceuta, Melilla y Navarra las que menor número aportan.

Figura 24. Morbilidad: número de víctimas totales de accidentes de tráfico de los años 2012 y 2014 por CC.AA.



Total de España = 117763	Total de España = 128320
Media de España = 6198	Media de España = 6754

Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

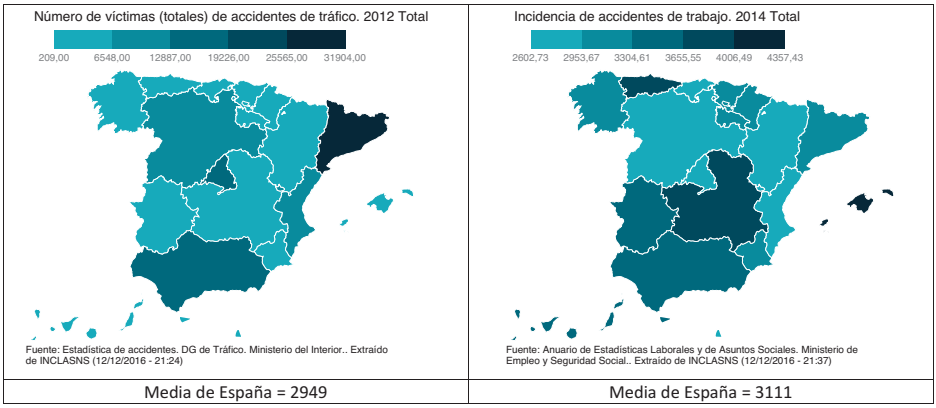
Tabla 26. Incidencia de víctimas totales de tráfico por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Víctimas 2014	Víctimas 2012	Variación porcentual	% sobre total español 2014	% sobre total español 2012
Andalucía	22058	17790	23,99	17,19	15,11
Aragón	2901	2795	3,79	2,26	2,37
Asturias	3331	2861	16,43	2,60	2,43
Baleares	4452	3032	46,83	3,47	2,57
Canarias	4382	2859	53,27	3,41	2,43
Cantabria	1132	1110	1,98	0,88	0,94
Castilla y León	5880	6652	-11,61	4,58	5,65
Castilla Mancha	3828	3853	-0,65	2,98	3,27
Cataluña	32317	31904	1,29	25,18	27,09
C Valenciana	9786	9747	0,40	7,63	8,28
Extremadura	2105	1891	11,32	1,64	1,61
Galicia	5824	5478	6,32	4,54	4,65
Madrid	19942	18090	10,24	15,54	15,36
Murcia	1422	1143	24,41	1,11	0,97
Navarra	644	584	10,27	0,50	0,50
País Vasco	6262	6246	0,26	4,88	5,30
Rioja	953	904	5,42	0,74	0,77
Ceuta	401	209	91,87	0,31	0,18
Melilla	700	615	13,82	0,55	0,52
España	128320	117763	8,96	100,00	100,00

2.1.15. Morbilidad: incidencia de accidentes de trabajo

La incidencia de accidentes de trabajo ha aumentado un 6,85% EN España entre los años 2012 y 2014. El año 2012, Cantabria presentó la cifra más pequeña y la más elevada correspondió a Baleares. El año 2014, Baleares se mantiene en la misma posición y Madrid pasa a ser la región con menos accidentes de trabajo.

Figura 25. Morbilidad: incidencia de accidentes de trabajo de los años 2012 y 2014 por CC.AA.



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

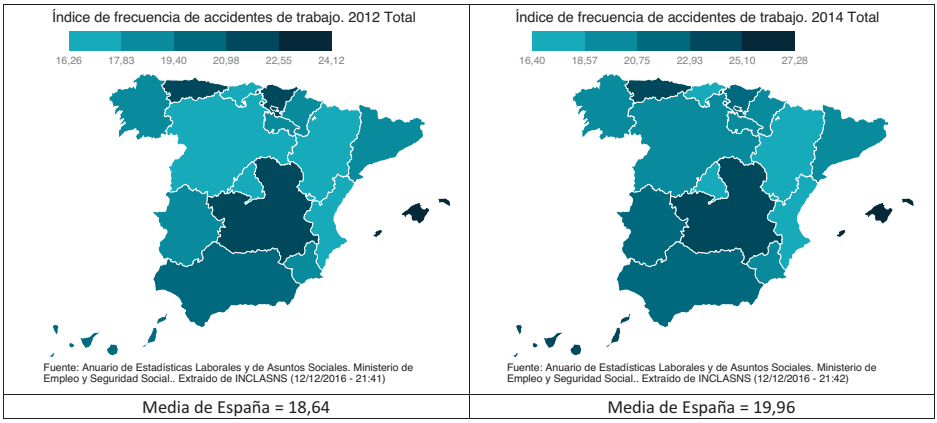
Tabla 27. Incidencia de accidentes de trabajo por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Número de accidentes 2014	Número de accidentes 2012	Variación porcentual	% sobre total español 2014	% sobre total español 2012
Andalucía	3467	3175	9,20	5,67	5,55
Aragón	2740	2631	4,14	4,48	4,60
Asturias	3669	3516	4,35	6,00	6,14
Baleares	4357	3885	12,15	7,12	6,79
Canarias	3587	3364	6,63	5,87	5,88
Cantabria	2847	2593	9,80	4,66	4,53
Castilla y León	2936	2787	5,35	4,80	4,87
Castilla Mancha	3696	3458	6,88	6,04	6,04
Cataluña	3117	2910	7,11	5,10	5,08
C Valenciana	2729	2622	4,08	4,46	4,58
Extremadura	3394	2989	13,55	5,55	5,22
Galicia	3095	3005	3,00	5,06	5,25
Madrid	2603	2605	-0,08	4,26	4,55
Murcia	3111	2843	9,43	5,09	4,97
Navarra	3073	2813	9,24	5,03	4,92
País Vasco	3244	3292	-1,46	5,30	5,75
Rioja	3050	2944	3,60	4,99	5,14
Ceuta	3517	2921	20,40	5,75	5,10
Melilla	2922	2879	1,49	4,78	5,03
España	61154	57232	6,85	100,00	100,00

2.1.16. Morbilidad: frecuencia de accidentes de trabajo

La frecuencia de accidentes de trabajo ha aumentado un 7,08% entre los años 2012 y 2014 en España. Los mayores incrementos los han sufrido las Comunidades de Extremadura y Baleares y el incremento más bajo se ha dado en Madrid, no habiendo disminución en ninguna región. Se trata de un resultado llamativo, pues la prevención de riesgos laborales no cesa de progresar y las buenas prácticas en este ámbito son de obligada vigilancia. Especulando, sería interesante poder analizar la existencia de una relación entre este resultado y el uso de las nuevas tecnologías de la comunicación.

Figura 26. Morbilidad: frecuencia de accidentes de trabajo de los años 2012 y 2014 por CC.AA., excepto Ceuta y Melilla



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

Tabla 28. Frecuencia de accidentes de trabajo por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	22,47	20,25	10,96
Aragón	17,79	16,75	6,21
Asturias	23,64	22,44	5,35
Baleares	27,28	24,12	13,10
Canarias	23,10	20,93	10,37
Cantabria	18,14	16,26	11,56
Castilla y León	19,04	17,82	6,85
Castilla Mancha	23,04	21,42	7,56
Cataluña	20,14	18,58	8,40
C Valenciana	17,79	16,85	5,58
Extremadura	21,61	19,04	13,50
Galicia	19,06	18,50	3,03
Madrid	16,40	16,37	0,18
Murcia	19,71	17,92	9,99
Navarra	19,98	18,13	10,20
País Vasco	21,66	21,45	0,98
Rioja	19,68	18,78	4,79
España (Media)	19,96	18,64	7,08

SÍNTESIS 3: Evolución de la morbilidad

La morbilidad y las altas hospitalarias por todas las causas han aumentado en España entre los años 2012 y 2014 del orden de un 2,5%.

La variación en la población no parece ser la variable que puede explicar estos cambios de situación, dado que entre 2011/12 y 2014 se produce una disminución de población total en el conjunto de España.

La morbilidad aumentó en cuanto a la incidencia del asma (7,11%) y su hospitalización (0,21%), así como en trastornos mentales (10,82%), víctimas totales de accidentes de tráfico (8,96%), número de accidentes de trabajo (6,85%) y frecuencia de los mismos (7,08%).

Se trata de causas asociadas a los estilos de vida, por un lado, y al entorno en el que los españoles desarrollamos nuestra actividad. Un entorno, afectado por las secuelas de la crisis, un nivel de información excesivo a través de tecnologías de la comunicación, contaminación de diversos tipos y otros factores que afectan a la calidad de vida y están aumentando la morbilidad en áreas como las mencionadas.

En España, la morbilidad asociada a las causas más preocupantes disminuye progresivamente en el conjunto del país. Es el caso de: la tuberculosis (-17,62%), el VIH (-26,47%), la diabetes (incidencia -2,01% y hospitalización -8,96%), el IAM (-4,20%), las enfermedades cerebrovasculares (-2,77%), la EPOC (prevalencia -14,13% y hospitalización -4,84%), insuficiencia cardíaca congestiva (-2,22%)y enfermedades hipertensivas (0,0%). Por consiguiente, el control de la morbilidad evoluciona positivamente salvo en las causas asociadas al estilo de vida y condicionadas por el entorno.

Esta conclusión es general para todo el territorio español, pudiendo utilizarse las cifras de cada CC.AA. mostradas en las tablas y mapas, para llevar a cabo análisis particulares de este tipo en cada región o ciudad autónoma.

2.2. Mortalidad

Se conoce como tasa de mortalidad a un índice creado para reflejar la cantidad de defunciones por cada mil ciudadanos de una determinada comunidad en un periodo de tiempo concreto (por lo general, doce meses). Es habitual mencionar a este indicador demográfico como tasa bruta de mortalidad o, simplemente, como mortalidad.

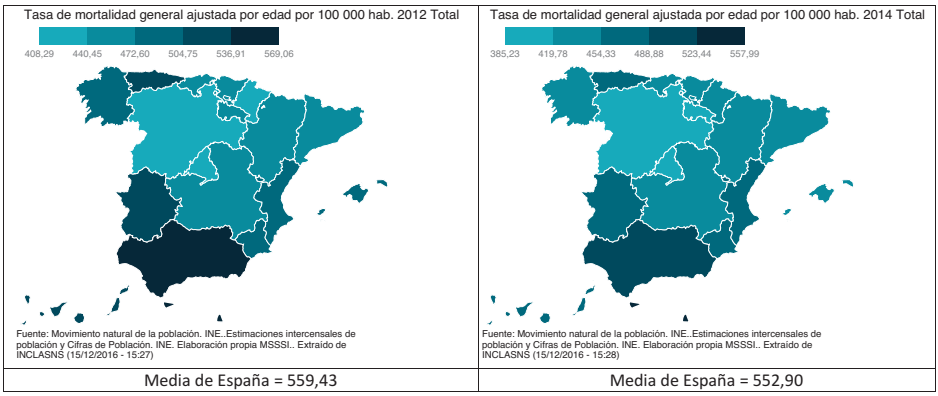
En esta edición del estudio se han seleccionado indicadores de mortalidad prematura por causas significativas para efectuar comparaciones territoriales y temporales. Los resultados se muestran a continuación.

2.2.1. Mortalidad: tasa de mortalidad general ajustada por edad por 100.000 habitantes

La tasa de mortalidad general ajustada por edad por 100.000 habitantes ha disminuido por término medio en España un 6,15%. La menor morbilidad y las mejoras en los tratamientos de las personas mayores, así como el aumento del nivel educacional de las personas que se acercan a la tercera edad están entre los factores que posibilitan el aumento de la esperanza de vida y, por consiguiente, un aumento medio de la proporción de personas longevas en el país, todo lo cual reduce la tasa de mortalidad.

Por CC.AA., las que presentan mayores reducciones de la tasa de mortalidad general ajustada por edad son La Rioja y Extremadura y las que presentan reducciones escasamente significativas son Navarra, Ceuta y Melilla.
Tanto el año 2012 como el 2014, la Comunidad con menor tasa de mortalidad fue Madrid. Ceuta y Melilla destacan ambos años como las zonas con la tasa más elevada, seguidas de Andalucía a corta distancia, si bien, en esta Comunidad, la tasa sufre una reducción notable del 8,11%, mientras que este fenómeno es mucho más lento en ambas ciudades autónomas.

Figura 27. Tasa de mortalidad general ajustada por edad por 100.000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

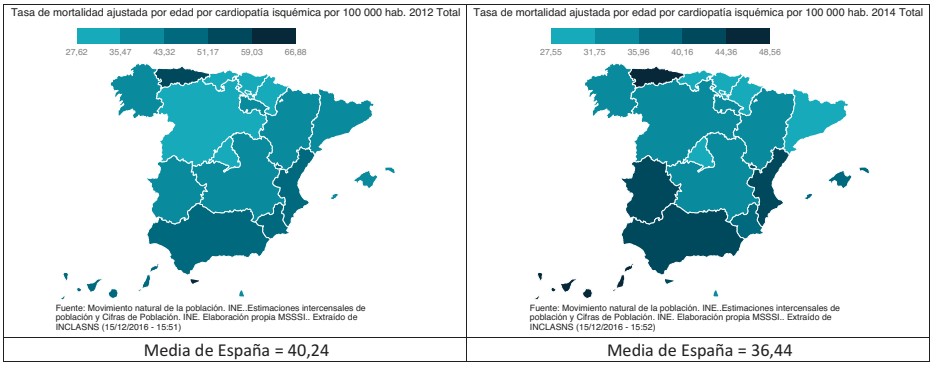
Tabla 29. Tasa de mortalidad general ajustada por edad por 100.000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	495,58	539,30	-8,11
Aragón	446,19	457,30	-2,43
Asturias	480,47	505,11	-4,88
Baleares	454,33	493,98	-8,03
Canarias	480,64	509,11	-5,59
Cantabria	453,62	463,65	-2,16
Castilla y León	415,89	433,07	-3,97
Castilla Mancha	427,93	457,13	-6,39
Cataluña	431,06	462,97	-6,89
C Valenciana	462,96	491,40	-5,79
Extremadura	469,91	518,55	-9,38
Galicia	444,14	474,56	-6,41
Madrid	385,23	408,29	-5,65
Murcia	458,05	499,70	-8,34
Navarra	423,42	423,57	-0,04
País Vasco	424,79	451,25	-5,86
Rioja	412,24	455,68	-9,53
Ceuta	552,90	559,43	-1,17
Melilla	557,99	569,06	-1,95
España	447,76	477,08	-6,15

2.2.2. Mortalidad: tasa de mortalidad ajustada por edad por cardiopatía isquémica por 100.000 habitantes

La tasa de mortalidad ajustada por edad por cardiopatía isquémica ha disminuido por término medio un 9,44% en España entre los años 2012 y 2014. Todas las CC.AA. muestran una reducción de la tasa entre ambos años excepto Madrid y Extremadura. Ceuta presenta una reducción muy notable y partía de la situación más desfavorable del 2012 con una tasa de casi 67, que en dos años pasó a 44. Asturias, Canarias y Andalucía acompañaban a Ceuta en la lista de las tasas más elevadas del 2012, y se mantuvieron en el 2014 por encima de 40 junto con Extremadura y la Comunidad Valenciana. Las tasas más reducidas del 2014 fueron para Navarra País Vasco, Cantabria y Madrid.

Figura 28. Tasa de mortalidad ajustada por edad por cardiopatía isquémica por 100.000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

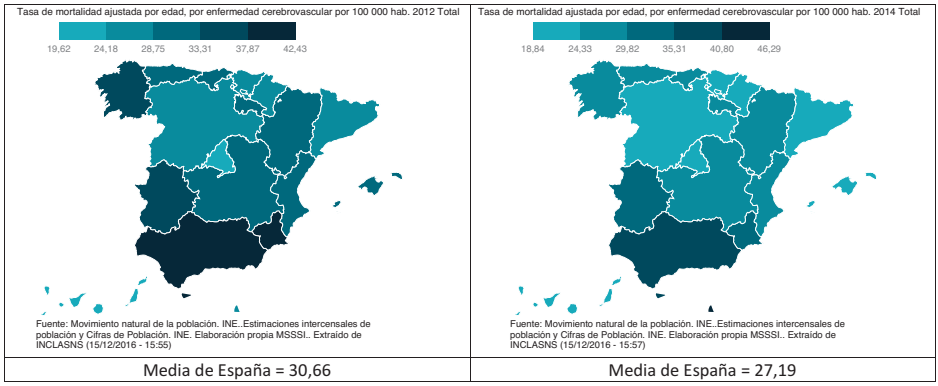
Tabla 30. Tasa de mortalidad ajustada por edad por cardiopatía isquémica por 100.000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	43,80	50,30	-12,92
Aragón	34,76	36,92	-5,85
Asturias	48,56	51,57	-5,84
Baleares	36,05	39,51	-8,76
Canarias	45,38	50,33	-9,84
Cantabria	28,38	29,57	-4,02
Castilla y León	33,28	34,50	-3,54
Castilla Mancha	32,65	36,78	-11,23
Cataluña	30,33	35,80	-15,28
C Valenciana	42,82	49,02	-12,65
Extremadura	43,25	42,09	2,76
Galicia	32,67	36,54	-10,59
Madrid	28,47	27,62	3,08
Murcia	36,73	44,20	-16,90
Navarra	27,84	31,11	-10,51
País Vasco	27,55	31,04	-11,24
Rioja	34,88	36,98	-5,68
Ceuta	44,22	66,88	-33,88
Melilla	34,76	40,61	-14,41
España	36,44	40,24	-9,44

2.2.3. Mortalidad: tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad cerebrovascular por 100.000 habitantes

La tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad cerebrovascular ha disminuido en promedio un 11,32% en España entre los años 2012 y 2014. Todas las CC.AA. muestran reducciones excepto Canarias, Ceuta y Melilla. Ésta última con un aumento muy notable de casi un 65%. Madrid muestra la tasa más reducida del período, mientras que Andalucía, Extremadura y Ceuta arrojan las tasas más elevadas de ambos años. Murcia y Galicia presentan mejoras significativas con las reducciones más notables del período por encima del 20%.

Figura 29. Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad cerebrovascular por 100.000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014



Media de España = 30,66	Media de España = 27,19

Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

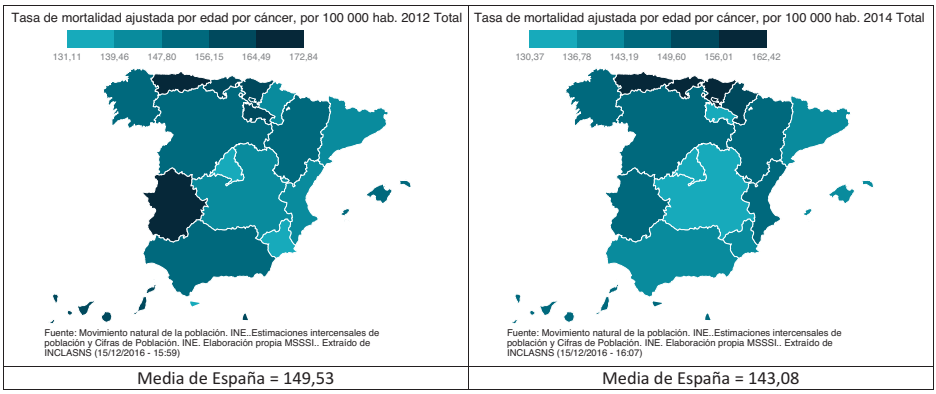
Tabla 31. Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad cerebrovascular por 100.000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	37,71	42,43	-11,12
Aragón	26,81	29,43	-8,90
Asturias	28,98	31,83	-8,95
Baleares	24,30	30,02	-19,05
Canarias	22,13	21,97	0,73
Cantabria	27,28	29,07	-6,16
Castilla y León	23,39	24,93	-6,18
Castilla Mancha	26,72	30,02	-10,99
Cataluña	23,55	26,55	-11,30
C Valenciana	28,53	32,77	-12,94
Extremadura	33,38	37,61	-11,25
Galicia	28,42	36,52	-22,18
Madrid	18,84	19,62	-3,98
Murcia	29,92	38,30	-21,88
Navarra	23,92	26,16	-8,56
País Vasco	24,04	27,72	-13,28
Rioja	24,81	30,95	-19,84
Ceuta	39,06	39,02	0,10
Melilla	46,29	28,11	64,67
España	27,19	30,66	-11,32

2.2.4. Mortalidad: tasa de mortalidad ajustada por edad por cáncer por 100.000 habitantes

La tasa de mortalidad ajustada por edad por cáncer se ha reducido en promedio un 4,31% entre los años 2012 y 2014 en España. Sin embargo, esta causa proporciona las tasas de mortalidad más elevadas y, aunque mejora, sigue siendo mucho más elevada que las de otras causas. La rioja y Extremadura muestran las reducciones más notables del período y Ceuta, el mayor incremento. Asturias es la Comunidad con la tasa más elevada en ambos años. Ceuta presentó la menor tasa en 2012 y Madrid ocupó esa posición en 2014.

Figura 30. Tasa de mortalidad ajustada por edad por cáncer por 100.000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

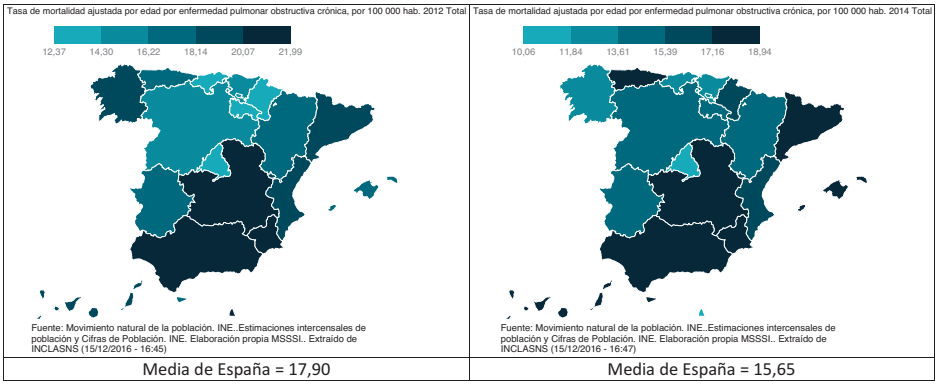
Tabla 32. Tasa de mortalidad ajustada por edad por cáncer por 100.000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	140,34	151,64	-7,45
Aragón	148,79	151,12	-1,54
Asturias	162,42	172,84	-6,03
Baleares	137,25	150,35	-8,71
Canarias	146,14	157,69	-7,32
Cantabria	159,83	162,18	-1,45
Castilla y León	144,03	148,85	-3,24
Castilla Mancha	136,57	142,96	-4,47
Cataluña	141,18	146,68	-3,75
C Valenciana	143,55	147,16	-2,45
Extremadura	148,83	167,40	-11,09
Galicia	147,62	155,73	-5,21
Madrid	130,37	136,06	-4,18
Murcia	139,81	136,51	2,42
Navarra	152,36	145,90	4,43
País Vasco	157,97	156,25	1,10
Rioja	134,92	159,80	-15,57
Ceuta	143,99	131,11	9,82
Melilla	149,16	160,17	-6,87
España	143,08	149,53	-4,31

2.2.5. Mortalidad: tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica por 100.000 habitantes

La tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica se ha reducido en promedio un 12,6% en España entre los años 2012 y 2014. Melilla presenta la reducción más espectacular alcanzando casi un 53%, lo que coloca a la ciudad en la tasa más baja del 2014. El aumento más notable se produce en Navarra, y es de poco más del 14%. La tasa más elevada del 2012 fue para Andalucía y la del 2014 para Murcia. La tasa más baja del 2012 la ostentaba Madrid y, Melilla le toma el relevo en 2014, como se ha indicado.

Figura 31. Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica por 100.000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014



Media de España = 17,90	Media de España = 15,65

Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

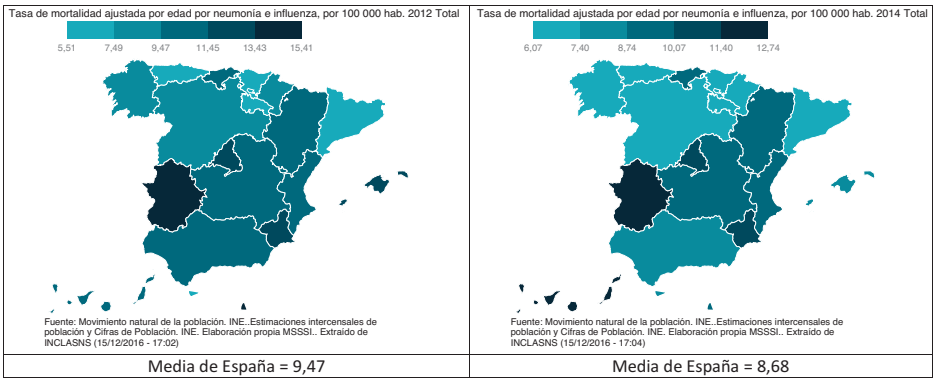
Tabla 33. Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica por 100.000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	17,59	21,99	-20,01
Aragón	14,19	16,56	-14,31
Asturias	17,17	17,93	-4,24
Baleares	17,61	17,91	-1,68
Canarias	17,73	19,55	-9,31
Cantabria	13,11	12,78	2,58
Castilla y León	14,08	14,66	-3,96
Castilla Mancha	18,38	21,57	-14,79
Cataluña	17,21	18,55	-7,22
C Valenciana	16,30	18,97	-14,07
Extremadura	14,48	17,61	-17,77
Galicia	13,45	18,28	-26,42
Madrid	11,28	12,37	-8,81
Murcia	18,94	21,04	-9,98
Navarra	16,05	14,05	14,23
País Vasco	13,32	15,79	-15,64
Rioja	14,15	13,95	1,43
Ceuta	17,37	17,64	-1,53
Melilla	10,06	21,29	-52,75
España	15,65	17,90	-12,57

2.2.6. Mortalidad: tasa de mortalidad ajustada por edad neumonía e influenza por 100.000 habitantes

La tasa de mortalidad ajustada por edad por neumonía e influenza se redujo, en promedio, un 8,34%. Baleares presenta la reducción más notable y Ceuta el mayor incremento. La tasa más favorable del período fue para La Rioja. La más desfavorable de 2012 correspondió a Melilla y las más elevadas de 2014 correspondieron a Canarias y Extremadura.

Figura 32. Tasa de mortalidad ajustada por edad por neumonía e influenza por 100.000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

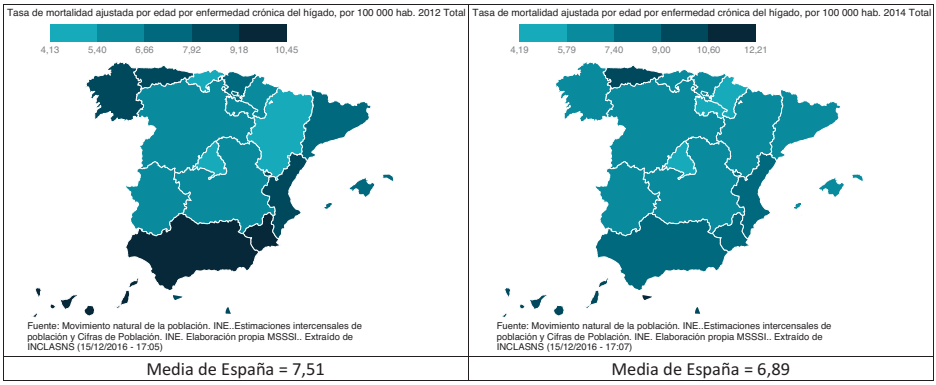
Tabla 34. Tasa de mortalidad ajustada por edad neumonía e influenza por 100.000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	8,62	9,62	-10,40
Aragón	9,30	10,03	-7,28
Asturias	7,29	6,00	21,50
Baleares	8,25	13,23	-37,64
Canarias	12,59	11,25	11,91
Cantabria	9,81	10,34	-5,13
Castilla y León	7,13	7,98	-10,65
Castilla Mancha	8,96	10,02	-10,58
Cataluña	6,79	7,23	-6,09
C Valenciana	9,47	10,83	-12,56
Extremadura	12,74	15,07	-15,46
Galicia	6,91	8,57	-19,37
Madrid	11,01	11,98	-8,10
Murcia	11,35	12,77	-11,12
Navarra	6,59	8,74	-24,60
País Vasco	6,46	5,95	8,57
Rioja	6,07	5,51	10,16
Ceuta	7,97	5,61	42,07
Melilla	9,86	15,41	-36,02
España	8,68	9,47	-8,34

2.2.7. Mortalidad: tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad crónica del hígado por 100.000 habitantes

La tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad crónica del hígado se ha reducido, en promedio, en España un 8,26% entre los años 2012 y 2014. La reducción más notable se produjo en La Rioja y el incremento más notable se produjo en Cantabria. La situación más favorable del 2012 se dio en Madrid y la más desfavorable en Canarias. Madrid se mantuvo en la misma posición en 2014, si bien con una tasa ligeramente mayor, mientras que la peor posición la ostentó Melilla.

Figura 33. Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad crónica del hígado por 100.000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014



Media de España = 7,51	Media de España = 6,89

Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

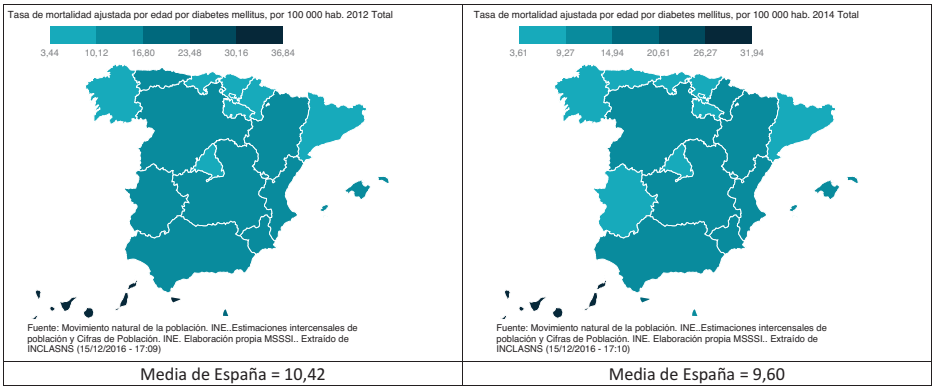
Tabla 35. Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad crónica del hígado por 100.000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	8,05	9,33	-13,72
Aragón	6,51	5,17	25,92
Asturias	9,31	8,58	8,51
Baleares	6,60	6,71	-1,64
Canarias	9,12	10,45	-12,73
Cantabria	6,72	4,72	42,37
Castilla y León	5,89	6,56	-10,21
Castilla Mancha	6,66	5,85	13,85
Cataluña	6,70	7,77	-13,77
C Valenciana	8,02	8,18	-1,96
Extremadura	6,14	6,62	-7,25
Galicia	6,74	8,85	-23,84
Madrid	4,19	4,13	1,45
Murcia	8,61	9,21	-6,51
Navarra	5,40	6,54	-17,43
País Vasco	6,30	7,50	-16,00
Rioja	4,34	6,31	-31,22
Ceuta	12,21	9,00	35,67
Melilla	9,54	8,53	11,84
España	6,89	7,51	-8,26

2.2.8. Mortalidad: tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus por 100.000 habitantes

La tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus ha disminuido casi un 8% en promedio entre los años 2012 y 2014 en España. La reducción más importante se produjo en Ceuta superando el 56% y, el incremento más notable, tuvo lugar en Navarra y superó el 45%. La tasa más baja del período la ostentó Navarra y, la más elevada, Canarias.

Figura 34. Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus por 100.000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

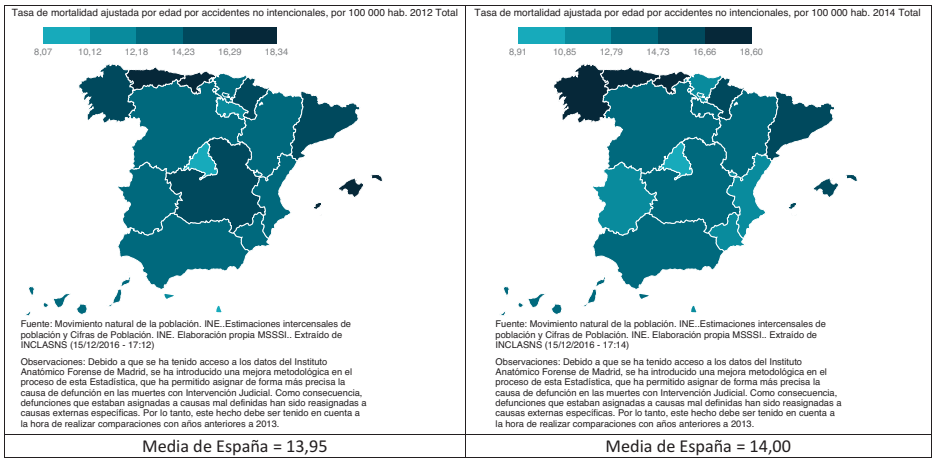
Tabla 36. Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus por 100.000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	9,97	10,54	-5,41
Aragón	11,86	11,11	6,75
Asturias	9,00	11,12	-19,06
Baleares	12,21	11,72	4,18
Canarias	31,94	36,84	-13,30
Cantabria	3,61	3,44	4,94
Castilla y León	11,46	11,86	-3,37
Castilla Mancha	10,52	13,74	-23,44
Cataluña	7,41	9,07	-18,30
C Valenciana	9,72	10,77	-9,75
Extremadura	9,08	10,62	-14,50
Galicia	6,92	5,15	34,37
Madrid	5,61	6,49	-13,56
Murcia	11,98	11,82	1,35
Navarra	10,69	7,36	45,24
País Vasco	8,01	8,97	-10,70
Rioja	8,10	6,88	17,73
Ceuta	15,66	35,73	-56,17
Melilla	14,90	20,44	-27,10
España	9,60	10,42	-7,87

2.2.9. Mortalidad: tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes no intencionales por 100.000 habitantes

La tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes no intencionales ha aumentado, en promedio, un 0,36% en España entre los años 2012 y 2014. El mayor aumento se produjo en Melilla y la mayor diminución en Extremadura. La situación más favorable del 2012 se daba en Melilla y en Madrid. Madrid se mantuvo en el 2014 en la mejor posición, pero Melilla empeoró debido al gran aumento sufrido por este indicador. La peor situación la presentaba Asturias en el 2012, y se mantuvo en el 2014 superada por poco por Cantabria.

Figura 35. Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes no intencionales por 100.000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

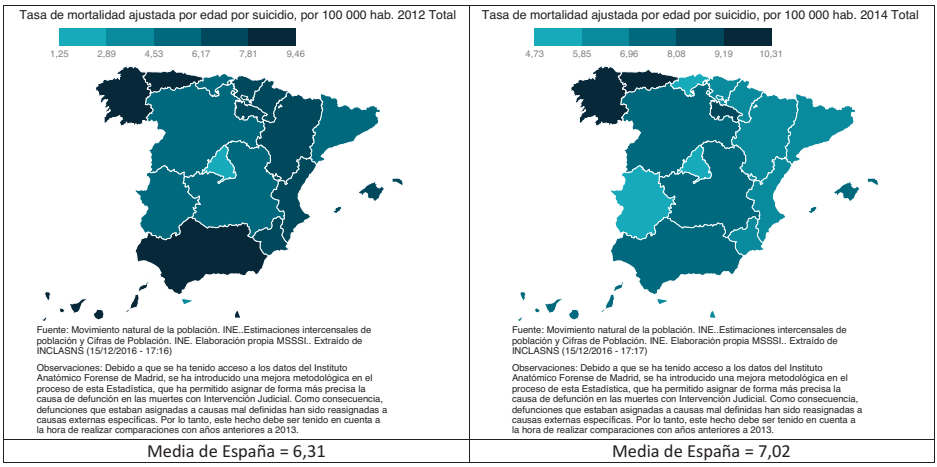
Tabla 37. Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes no intencionales por 100.000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	12,81	13,16	-2,66
Aragón	14,12	12,40	13,87
Asturias	18,22	18,34	-0,65
Baleares	16,28	16,95	-3,95
Canarias	13,07	13,86	-5,70
Cantabria	18,60	16,78	10,85
Castilla y León	13,80	13,82	-0,14
Castilla Mancha	13,34	15,15	-11,95
Cataluña	16,11	15,24	5,71
C Valenciana	12,19	12,60	-3,25
Extremadura	11,17	13,26	-15,76
Galicia	17,20	15,13	13,68
Madrid	8,91	8,15	9,33
Murcia	12,14	13,80	-12,03
Navarra	15,76	15,42	2,20
País Vasco	12,18	13,71	-11,16
Rioja	13,18	11,66	13,04
Ceuta	14,14	12,02	17,64
Melilla	12,41	8,07	53,78
España	14,00	13,95	0,36

2.2.10. Mortalidad: tasa de mortalidad ajustada por edad por suicidio por 100.000 habitantes

La tasa de mortalidad ajustada por edad por suicidio aumentó, en promedio, un 11,25% en España entre los años 2012 y 2014. Especulativamente, puede atribuirse este aumento a las secuelas de la crisis, si bien, también al aumento de patologías mentales, casos de personas de avanzada edad sin atención adecuada y problemas sociales de los más jóvenes. La mayor disminución de la tasa se registró en Melilla y los mayores aumentos en Madrid y Ceuta. La situación más favorable del período es para Madrid y las más desfavorables se dieron en Galicia y Asturias.

Figura 36. Tasa de mortalidad ajustada por edad por suicidio por 100.000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

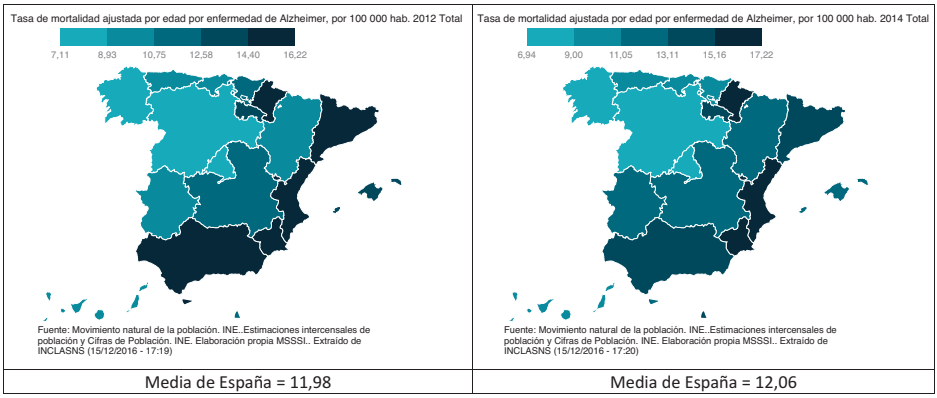
Tabla 38. Tasa de mortalidad ajustada por edad por suicidio por 100 000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	8,01	8,12	-1,35
Aragón	6,95	6,25	11,20
Asturias	10,26	8,71	17,80
Baleares	7,42	7,25	2,34
Canarias	7,03	7,86	-10,56
Cantabria	5,72	5,32	7,52
Castilla y León	7,62	6,17	23,50
Castilla Mancha	7,42	6,03	23,05
Cataluña	6,04	6,00	0,67
C Valenciana	6,46	6,81	-5,14
Extremadura	4,91	5,36	-8,40
Galicia	10,31	9,46	8,99
Madrid	4,73	1,25	278,40
Murcia	6,72	6,22	8,04
Navarra	6,16	6,29	-2,07
País Vasco	6,94	6,34	9,46
Rioja	8,33	7,25	14,90
Ceuta	6,85	3,65	87,67
Melilla	6,44	8,46	-23,88
España	7,02	6,31	11,25

2.2.11. Mortalidad: tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad de Alzheimer por 100.000 habitantes

La tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad de Alzheimer aumentó en promedio en España un 0,67% entre los años 2012 y 2014. Los aumentos más notables se dieron en Melilla y Extremadura, y las disminuciones más importantes tuvieron lugar en Ceuta y Galicia. La situación más favorable fue para Madrid, tanto en 2012 como en 2014, y las más desfavorables se dieron en Murcia, Navarra en el 2012 y en la Comunidad Valenciana y Murcia en 2014.

Figura 37. Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad de Alzheimer por 100.000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014



Media de España = 11,98	Media de España = 12,06

Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

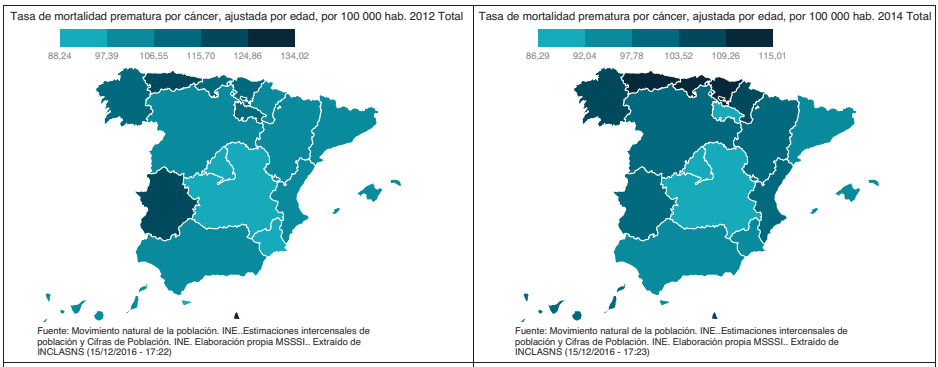
Tabla 39. Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad de Alzheimer por 100.000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	14,75	14,88	-0,87
Aragón	11,20	10,15	10,34
Asturias	9,86	9,55	3,25
Baleares	12,40	12,82	-3,28
Canarias	11,02	9,86	11,76
Cantabria	10,18	10,65	-4,41
Castilla y León	8,89	8,45	5,21
Castilla Mancha	11,05	11,00	0,45
Cataluña	15,11	15,14	-0,20
C Valenciana	16,24	15,76	3,05
Extremadura	11,23	9,43	19,09
Galicia	7,54	8,71	-13,43
Madrid	6,94	7,11	-2,39
Murcia	17,22	16,22	6,17
Navarra	15,99	16,11	-0,74
País Vasco	10,99	11,38	-3,43
Rioja	15,03	14,09	6,67
Ceuta	11,26	14,95	-24,68
Melilla	14,43	11,86	21,67
España	12,06	11,98	0,67

2.2.12. Mortalidad: tasa de mortalidad ajustada por edad, prematura por cáncer por 100.000 habitantes

La tasa de mortalidad justada por edad, prematura por cáncer, disminuyó en promedio un 4,53% en España entre los años 2012 y 2014. La mayor disminución se registró en Melilla y el mayor aumento en Navarra. La situación más favorable en 2012 fue para Ceuta y para Madrid en el 2014. En cambio, la más desfavorable fue para Melilla en el 2012 y para Asturias en el 2014.

Figura 38. Tasa de mortalidad ajustada por edad, prematura por cáncer por 100.000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014



Media de España = 102,64	Media de España = 97,99

Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

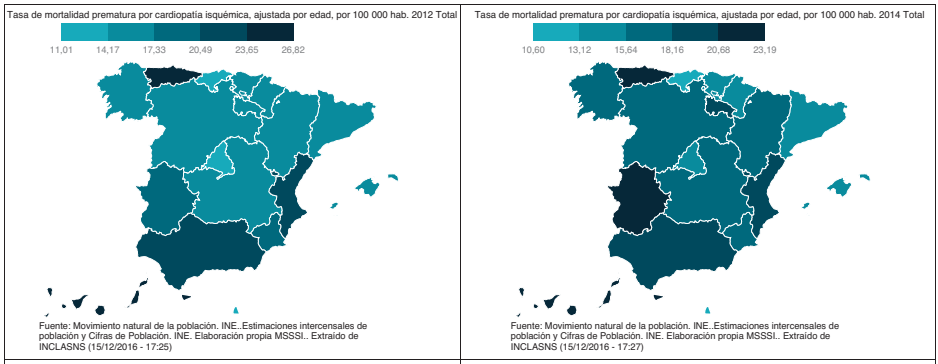
Tabla 40. Tasa de mortalidad ajustada por edad, prematura por cáncer por 100.000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	97,38	105,32	-7,54
Aragón	100,09	104,06	-3,82
Asturias	115,01	119,84	-4,03
Baleares	94,06	104,27	-9,79
Canarias	99,26	105,37	-5,80
Cantabria	110,55	110,20	0,32
Castilla y León	98,02	100,78	-2,74
Castilla Mancha	90,43	97,07	-6,84
Cataluña	97,10	101,85	-4,66
C Valenciana	99,82	99,90	-0,08
Extremadura	99,73	118,92	-16,14
Galicia	103,98	109,07	-4,67
Madrid	86,29	91,81	-6,01
Murcia	92,27	91,24	1,13
Navarra	105,79	98,61	7,28
País Vasco	109,81	107,29	2,35
Rioja	91,42	109,98	-16,88
Ceuta	92,68	88,24	5,03
Melilla	106,82	134,02	-20,30
España	97,99	102,64	-4,53

2.2.13. Mortalidad: tasa de mortalidad ajustada por edad, prematura por cardiopatía isquémica por 100.000 habitantes

La tasa de mortalidad ajustada por edad, prematura por cardiopatía isquémica se redujo en promedio, en España, un 4,93% entre los años 2012 y 2014. La mayor reducción tuvo lugar en Ceuta y el mayor aumento en Madrid. La situación más favorable en 2012 fue para Madrid y, la más desfavorable, para Ceuta. En el año 2014, la tasa más baja fue para Melilla y, la más elevada, para Canarias.

Figura 39. Tasa de mortalidad ajustada por edad, prematura por cardiopatía isquémica por 100.000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014



Media de España = 18,44	Media de España = 17,53

Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

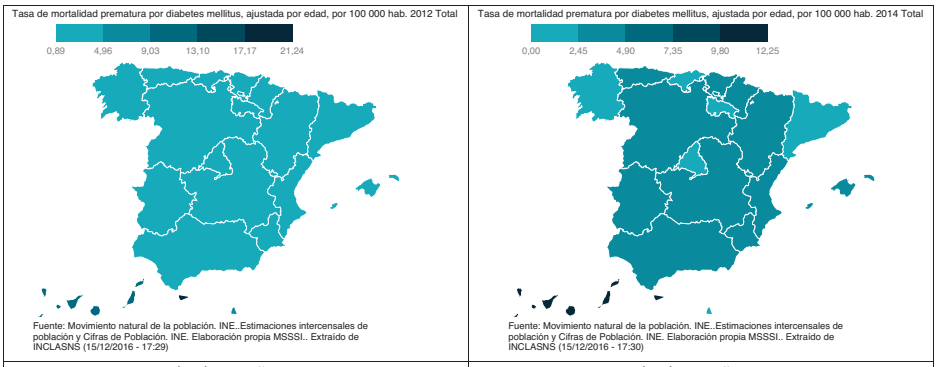
Tabla 41. Tasa de mortalidad ajustada por edad, prematura por cardiopatía isquémica por 100.000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	20,01	22,52	-11,15
Aragón	18,07	16,99	6,36
Asturias	22,83	24,82	-8,02
Baleares	15,26	16,65	-8,35
Canarias	23,19	25,59	-9,38
Cantabria	12,32	12,86	-4,20
Castilla y León	15,91	14,95	6,42
Castilla Mancha	15,97	16,35	-2,32
Cataluña	13,22	15,59	-15,20
C Valenciana	20,35	22,68	-10,27
Extremadura	20,73	18,12	14,40
Galicia	15,97	16,20	-1,42
Madrid	13,18	11,01	19,71
Murcia	17,53	19,42	-9,73
Navarra	13,70	15,23	-10,05
País Vasco	14,36	15,31	-6,21
Rioja	19,09	17,09	11,70
Ceuta	21,67	26,82	-19,20
Melilla	10,60	11,66	-9,09
España	17,53	18,44	-4,93

2.2.14. Mortalidad: tasa de mortalidad ajustada por edad, prematura por diabetes por 100.000 habitantes

La tasa de mortalidad ajustada por edad, prematura por diabetes, se redujo en promedio un 3,11% entre los años 2012 y 2014 en España. La reducción más importante tuvo lugar en Melilla y el aumento más notable se dio en La Rioja. Sin embargo, la situación más favorable en 2012 fue para esta Comunidad junto con Cantabria, mientras que la más desfavorable se dio en Ceuta. En el año 2014, Ceuta siguió en cabeza con la tasa más elevada y Melilla presentó la situación más favorable con una tasa de cero.

Figura 40. Tasa de mortalidad ajustada por edad, prematura por diabetes por 100.000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014



Media de España = 3,22	Media de España = 3,12

Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

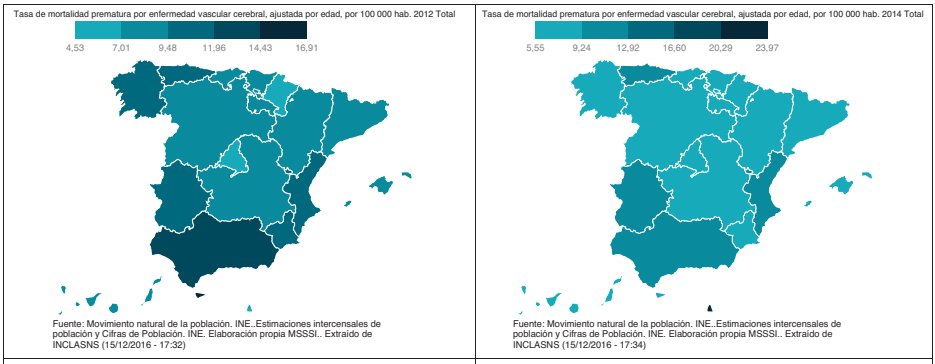
Tabla 42. Tasa de mortalidad ajustada por edad, prematura por diabetes por 100.000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	3,23	3,38	-4,44
Aragón	3,62	3,11	16,40
Asturias	2,70	3,97	-31,99
Baleares	3,70	3,21	15,26
Canarias	9,88	10,44	-5,36
Cantabria	1,26	0,89	41,57
Castilla y León	3,78	3,54	6,78
Castilla Mancha	4,07	4,39	-7,29
Cataluña	2,29	2,94	-22,11
C Valenciana	3,09	2,97	4,04
Extremadura	2,78	3,81	-27,03
Galicia	2,38	1,76	35,23
Madrid	1,50	1,38	8,70
Murcia	3,96	4,52	-12,39
Navarra	3,59	2,33	54,08
País Vasco	2,51	2,38	5,46
Rioja	2,35	0,89	164,04
Ceuta	12,25	21,24	-42,33
Melilla	0,00	6,83	-100,00
España	3,12	3,22	-3,11

2.2.15. Mortalidad: tasa de mortalidad ajustada por edad, prematura por enfermedad vascular cerebral por 100.000 habitantes

La tasa de mortalidad ajustada por edad, prematura por enfermedad vascular cerebral se redujo en promedio un 7,35% en España entre los años 2012 y 2014. La mayor reducción se produjo en Ceuta y el mayor aumento, en Melilla, alcanzando casi un 430% y colocando a la ciudad en la peor situación de 2014 cuando partía de la mejor en 2012. Ceuta, en cambio, que ostentaba la tasa más elevada del 2012, mejoró notablemente en 2014. Madrid, fue la Comunidad con menor tasa el año 2014.

Figura 41. Tasa de mortalidad ajustada por edad, prematura por enfermedad vascular cerebral por 100.000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014



Media de España = 9,25	Media de España = 8,57

Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

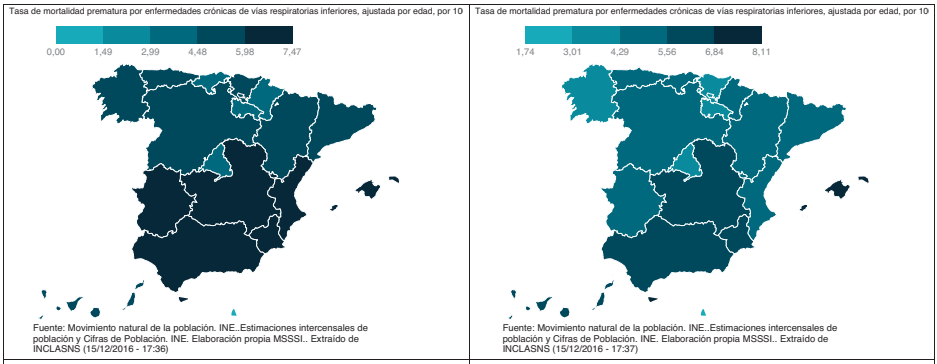
Tabla 43. Tasa de mortalidad ajustada por edad, prematura por enfermedad vascular cerebral por 100.000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	11,59	12,56	-7,72
Aragón	7,38	7,99	-7,63
Asturias	9,60	9,97	-3,71
Baleares	8,23	9,06	-9,16
Canarias	8,49	7,61	11,56
Cantabria	7,55	7,80	-3,21
Castilla y León	7,64	7,34	4,09
Castilla Mancha	7,17	8,93	-19,71
Cataluña	7,07	8,60	-17,79
C Valenciana	9,84	10,07	-2,28
Extremadura	10,78	10,98	-1,82
Galicia	8,36	9,98	-16,23
Madrid	5,55	5,47	1,46
Murcia	8,03	10,77	-25,44
Navarra	7,49	5,88	27,38
País Vasco	7,85	8,46	-7,21
Rioja	6,32	9,18	-31,15
Ceuta	6,74	16,91	-60,14
Melilla	23,97	4,53	429,14
España	8,57	9,25	-7,35

2.2.16. Mortalidad: tasa de mortalidad ajustada por edad, prematura por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores por 100.000 habitantes

La tasa de mortalidad ajustada por edad, prematura por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores se redujo en promedio un 10,05% en España entre los años 2012 y 2014. La mayor reducción se produjo en Extremadura, y los mayores aumentos en Navarra y Cantabria. La situación más favorable del período fue para Melilla, si bien, la tasa empeoró entre los dos años. La situación más desfavorable se dio en Andalucía seguida de cerca por Ceuta en el 2012 y en Ceuta, seguida a cierta distancia por Baleares en el 2014.

Figura 42. Tasa de mortalidad ajustada por edad, prematura por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores por 100.000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014



Media de España = 5,67	Media de España = 5,10

Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

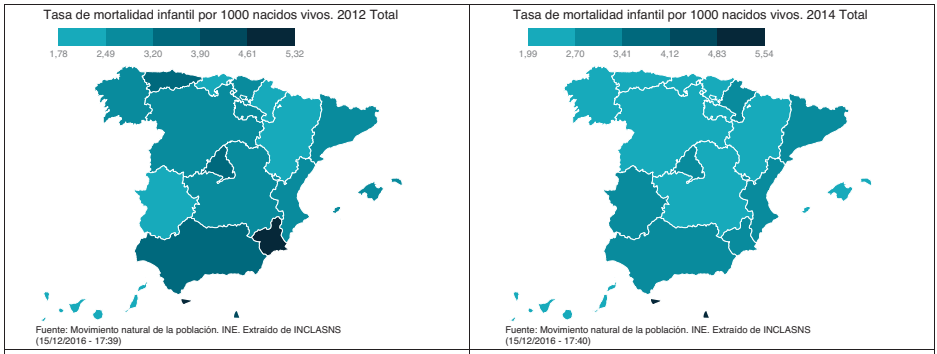
Tabla 44. Tasa de mortalidad ajustada por edad, prematura por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores por 100.000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	6,23	7,47	-16,60
Aragón	4,85	4,57	6,13
Asturias	4,80	5,58	-13,98
Baleares	6,88	6,25	10,08
Canarias	5,81	5,91	-1,69
Cantabria	5,17	3,67	40,87
Castilla y León	4,66	4,67	-0,21
Castilla Mancha	5,68	6,83	-16,84
Cataluña	5,13	5,76	-10,94
C Valenciana	5,30	6,02	-11,96
Extremadura	4,95	6,41	-22,78
Galicia	4,27	5,31	-19,59
Madrid	3,36	3,85	-12,73
Murcia	6,31	6,12	3,10
Navarra	4,84	3,11	55,63
País Vasco	4,20	4,55	-7,69
Rioja	4,21	4,42	-4,75
Ceuta	8,11	7,14	13,59
Melilla	1,74	0,00	No calculable
España	5,10	5,67	-10,05

2.2.17. Mortalidad: Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos

La tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos se redujo en promedio en España un 6,8% entre los años 2012 y 2014. La reducción más notable se produjo en Asturias y, el aumento más significativo en Navarra. La situación más favorable se daba en Navarra en el año 2012 y pasó a ostentarla Galicia en el 2014. La tasa más elevada del 2012 la mostró Ceuta. Melilla le tomó el relevo en 2014.

Figura 43. Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos por CC.AA. los años 2012 y 2014



Media de España = 3,09	Media de España = 2,88

Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

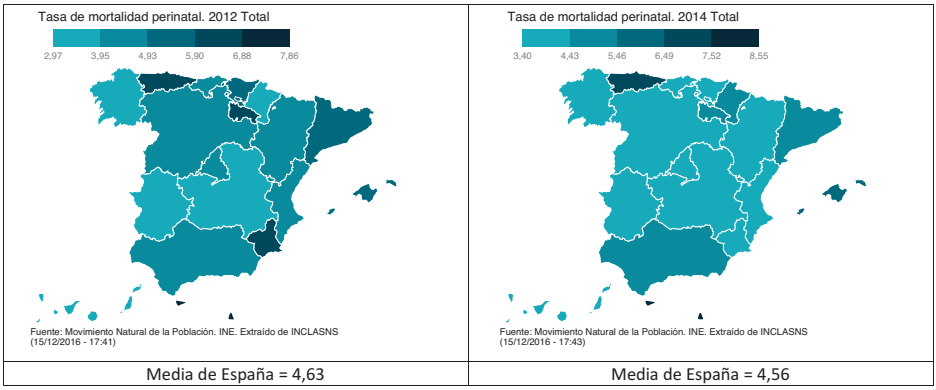
Tabla 45. Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	3,41	3,35	1,79
Aragón	2,50	2,34	6,84
Asturias	2,12	3,67	-42,23
Baleares	2,53	3,00	-15,67
Canarias	2,68	2,38	12,61
Cantabria	2,19	2,37	-7,59
Castilla y León	2,46	2,68	-8,21
Castilla Mancha	2,12	2,60	-18,46
Cataluña	2,74	3,03	-9,57
C Valenciana	2,82	2,67	5,62
Extremadura	2,73	2,23	22,42
Galicia	1,99	2,56	-22,27
Madrid	3,07	3,62	-15,19
Murcia	2,94	4,80	-38,75
Navarra	2,75	1,78	54,49
País Vasco	2,22	2,58	-13,95
Rioja	2,12	2,82	-24,82
Ceuta	4,99	5,32	-6,20
Melilla	5,54	3,96	39,90
España	2,88	3,09	-6,80

2.2.18. Mortalidad: tasa de mortalidad perinatal

La tasa de mortalidad perinatal se redujo, en promedio, un 1,51% en España entre los años 2012 y 2014. La reducción más notable se produjo en Murcia y el aumento más significativo en Navarra. La peor tasa de ambos años la muestra Melilla seguida de cerca por Ceuta, y la más favorable la presentó Extremadura el año 2012 y Galicia el año 2014.

Figura 44. Tasa de mortalidad perinatal por CC.AA. los años 2012 y 2014



Media de España = 4,63	Media de España = 4,56

Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

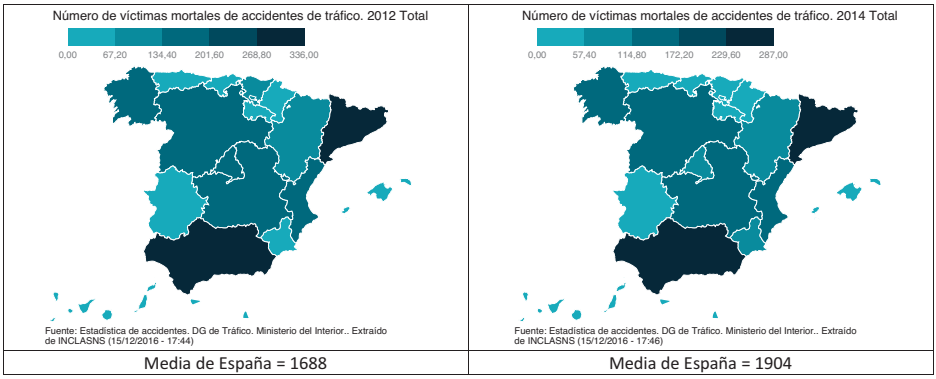
Tabla 46. Tasa de mortalidad perinatal por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	5,06	4,67	8,35
Aragón	3,70	4,66	-20,60
Asturias	7,08	6,14	15,31
Baleares	6,25	5,25	19,05
Canarias	4,13	3,48	18,68
Cantabria	3,72	4,13	-9,93
Castilla y León	4,01	4,14	-3,14
Castilla Mancha	4,07	3,43	18,66
Cataluña	4,73	5,15	-8,16
C Valenciana	4,30	3,98	8,04
Extremadura	3,70	2,97	24,58
Galicia	3,40	3,74	-9,09
Madrid	3,90	4,46	-12,56
Murcia	4,10	6,09	-32,68
Navarra	5,00	3,56	40,45
País Vasco	4,22	5,43	-22,28
Rioja	5,27	6,86	-23,18
Ceuta	8,27	7,05	17,30
Melilla	8,55	7,86	8,78
España	4,56	4,63	-1,51

2.2.19. Mortalidad: Número de víctimas mortales de accidentes de tráfico

El número de víctimas mortales de accidentes de tráfico se redujo, en promedio, en España un 11,34% entre los años 2012 y 2014. La reducción más notable se produjo en el País Vasco y el aumento más importante en Cantabria. Tanto en el año 2012 como en el 2014, la situación más favorable se dio en Ceuta y en Melilla con cero víctimas. El año 201, la cifra más elevada fue para Cataluña, mientras que en el 2014 fue para Andalucía.

Figura 45. Número de víctimas mortales de accidentes de tráfico por CC.AA. los años 2012 y 2014



Media de España = 1688	Media de España = 1904

Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

Tabla 47. Número de víctimas mortales de accidentes de tráfico por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	287,00	296,00	-3,04
Aragón	77,00	86,00	-10,47
Asturias	38,00	42,00	-9,52
Baleares	50,00	60,00	-16,67
Canarias	57,00	61,00	-6,56
Cantabria	18,00	14,00	28,57
Castilla y León	157,00	189,00	-16,93
Castilla Mancha	157,00	140,00	12,14
Cataluña	272,00	336,00	-19,05
C Valenciana	167,00	151,00	10,60
Extremadura	56,00	62,00	-9,68
Galicia	139,00	157,00	-11,46
Madrid	114,00	135,00	-15,56
Murcia	61,00	50,00	22,00
Navarra	41,00	44,00	-6,82
País Vasco	36,00	68,00	-47,06
Rioja	11,00	13,00	-15,38
Ceuta	0,00	0,00	0,00
Melilla	0,00	0,00	0,00
España	1688,00	1904,00	-11,34

SÍNTESIS 4: Evolución de la mortalidad

La tasa de mortalidad por todas las causas ha disminuido en España entre los años 2012 y 2014 del orden de un 6,15%.

Las únicas causas que presentan aumentos en sus tasas son: los accidentes no intencionales (+0,36%), el suicidio (11,25%) y la enfermedad de Alzheimer (0,67%).

La causa que presenta una reducción más notable es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (-12,6%), seguida de los accidentes de tráfico (-11,34%), la enfermedad cerebrovascular (-11,32%), la cardiopatía isquémica (-9,44%), la neumonía e influenza (-8,34%), las enfermedades crónicas del hígado (-8,26%), la diabetes mellitus (8,0%) y el cáncer (4,31%).

En el apartado de mortalidad prematura, la mayor reducción se da en la tasa causada por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (-10,05%), seguida de la enfermedad vascular cerebral (-7,35%), la cardiopatía isquémica (-4,93%), el cáncer (4,53%) y la diabetes (-3,11%).

Tanto estos resultados como los anteriores suponen una mejora en las causas más comunes y, en particular, reflejan en algún la efectividad de las medidas anti-tabaco y en pro de mejorar los estilos de vida de la población para combatir la diabetes y otras patologías relacionadas con los mismos.

En el apartado de mortalidad infantil, la tasa general se ha reducido un 6,8% y la perinatal un 1,51%.

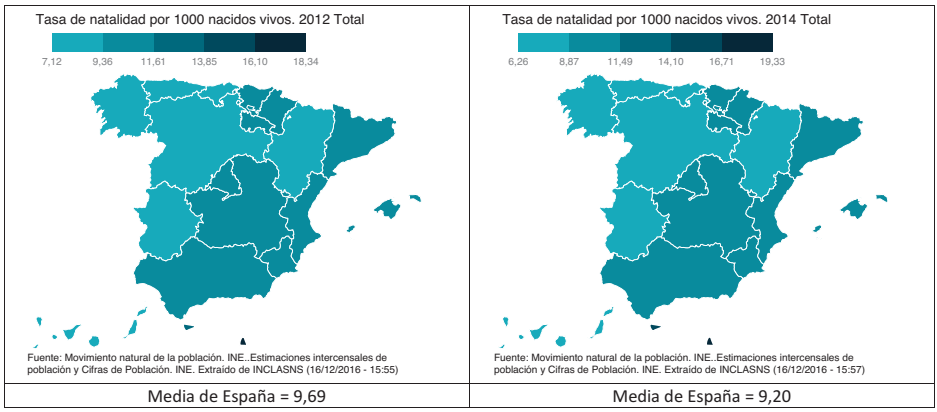
Estas conclusiones son generales para todo el territorio español, pudiendo utilizarse las cifras de cada CC.AA. mostradas en las tablas y mapas, para llevar a cabo análisis particulares de este tipo en cada región o ciudad autónoma.

2.3. Caracterización sociodemográfica y de bienestar de la población

2.3.1. Tasa de natalidad por 1000 nacidos vivos

La tasa de natalidad ha disminuido en promedio en España, un 5,06% entre los años 2012 y 2014. Con la excepción de Ceuta y Melilla, la tasa ha disminuido en todas las CC.AA. La disminución más notable se ha producido en Asturias, Comunidad que ostenta las tasas más bajas del período. Ceuta, Melilla, Murcia y Madrid, muestran las tasas más elevadas del período.

Figura 46. Tasa de natalidad por 1000 nacidos vivos por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

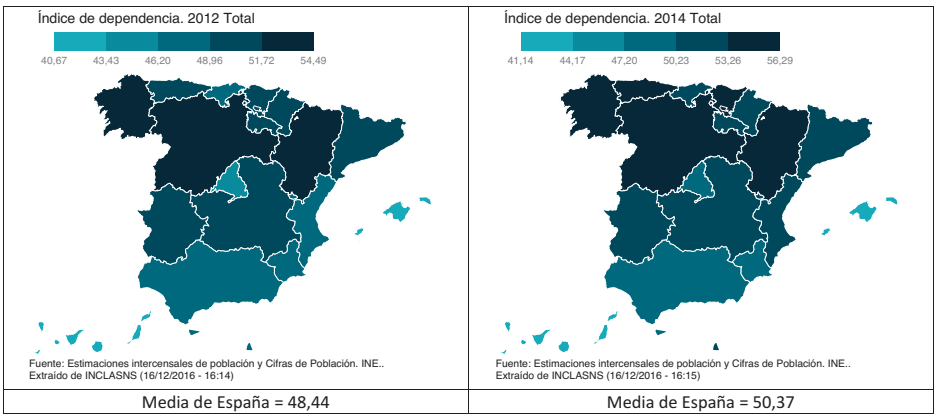
Tabla 48. Tasa de natalidad por 1000 nacidos vivos por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	9,80	10,30	-4,85
Aragón	8,73	8,94	-2,35
Asturias	6,26	7,12	-12,08
Baleares	9,53	9,96	-4,32
Canarias	7,74	8,22	-5,84
Cantabria	7,79	8,57	-9,10
Castilla y León	7,20	7,54	-4,51
Castilla Mancha	8,90	9,71	-8,34
Cataluña	9,67	10,33	-6,39
C Valenciana	8,96	9,52	-5,88
Extremadura	8,38	8,55	-1,99
Galicia	7,17	7,63	-6,03
Madrid	10,27	10,80	-4,91
Murcia	11,15	11,42	-2,36
Navarra	9,72	10,53	-7,69
País Vasco	8,95	9,42	-4,99
Rioja	9,02	9,96	-9,44
Ceuta	14,20	13,40	5,97
Melilla	19,33	18,34	5,40
España	9,20	9,69	-5,06

2.3.2. Índice de dependencia

El índice de dependencia ha aumentado, en promedio, un 3,98% en España entre los años 2012 y 2014. El aumento más notable se ha producido en Madrid y el más pequeño ha tenido lugar en Extremadura, pero, acorde con el envejecimiento de la población, el índice aumenta en todas las Autonomías españolas. La posición más favorable de este indicador la ostentó Canarias y la menos favorable, la Comunidad de Castilla y León, tanto el año 2012 como el 2014.

Figura 47. Índice de dependencia por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

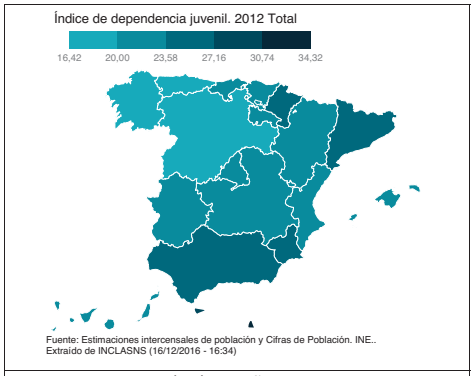
Tabla 49. Índice de dependencia por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Índice 2014	Índice 2012	Variación porcentual
Andalucía	48,24	46,98	2,68
Aragón	53,86	52,09	3,40
Asturias	53,37	50,85	4,96
Baleares	43,89	42,61	3,00
Canarias	41,14	40,67	1,16
Cantabria	50,88	48,44	5,04
Castilla y León	56,29	54,49	3,30
Castilla Mancha	50,91	49,94	1,94
Cataluña	51,92	49,38	5,14
C Valenciana	50,67	48,50	4,47
Extremadura	51,26	50,77	0,97
Galicia	55,55	53,42	3,99
Madrid	48,40	45,61	6,12
Murcia	48,55	47,16	2,95
Navarra	53,01	50,88	4,19
País Vasco	54,55	51,43	6,07
Rioja	53,19	50,88	4,54
Ceuta	47,37	46,34	2,22
Melilla	50,50	48,84	3,40
España	50,37	48,44	3,98

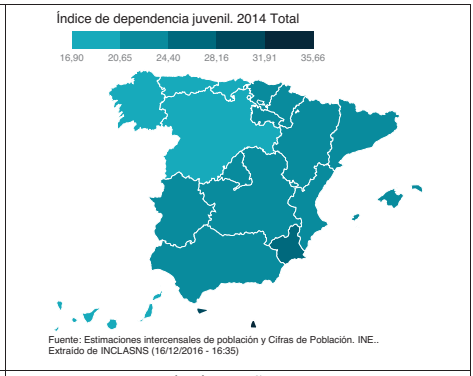
2.3.3. Índice de dependencia juvenil

El índice de dependencia juvenil ha aumentado un 1,51%, en promedio, en España entre los años 2012 y 2014. El mayor incremento se ha producido en el País Vasco y la mayor disminución en Canarias. El índice más favorable, tanto del año 2012 como del 2014, se dio en Asturias, y el menos favorable en Melilla.

Figura 48. Índice de dependencia juvenil por CC.AA. los años 2012 y 2014



Media de España = 22,48



Media de España = 22,82

Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

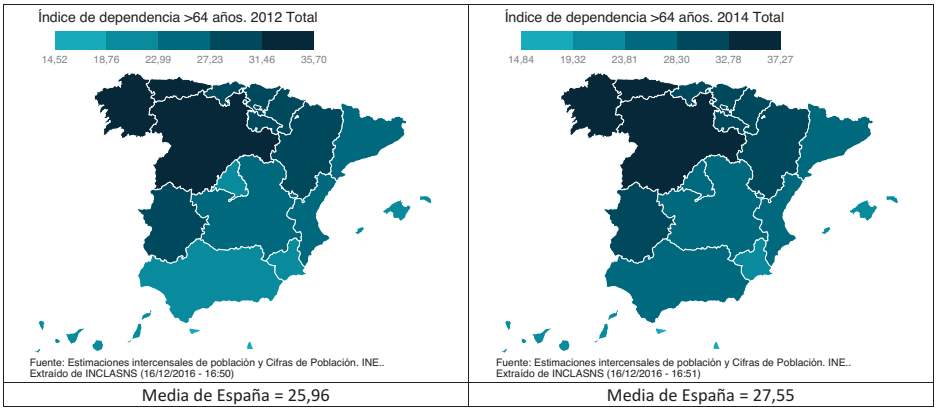
Tabla 50. Índice de dependencia juvenil por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Índice 2014	Índice 2012	Variación porcentual
Andalucía	24,40	24,35	0,21
Aragón	21,90	21,44	2,15
Asturias	16,90	16,42	2,92
Baleares	22,19	22,06	0,59
Canarias	20,26	20,86	-2,88
Cantabria	20,59	20,02	2,85
Castilla y León	19,02	18,79	1,22
Castilla Mancha	23,49	23,48	0,04
Cataluña	24,25	23,65	2,54
C Valenciana	23,02	22,66	1,59
Extremadura	21,53	21,80	-1,24
Galicia	18,60	18,22	2,09
Madrid	23,57	22,85	3,15
Murcia	26,22	25,99	0,88
Navarra	24,06	23,60	1,95
País Vasco	21,88	21,02	4,09
Rioja	22,82	22,44	1,69
Ceuta	31,13	30,49	2,10
Melilla	35,66	34,32	3,90
España	22,82	22,48	1,51

2.3.4. Índice de dependencia en mayores de 64 años

El índice de dependencia de mayores de 64 años ha aumentado, en promedio, en España un 6,12% entre los años 2012 y 2014. El aumento más notable se ha producido en Madrid y el menos acusado en Melilla. La Comunidad con una situación más favorable es, precisamente, la de esta ciudad tanto el año 2012 como el 2014 y, la menos favorable, la de Galicia, también en ambos años.

Figura 49. Índice de dependencia de mayores de 64 años por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

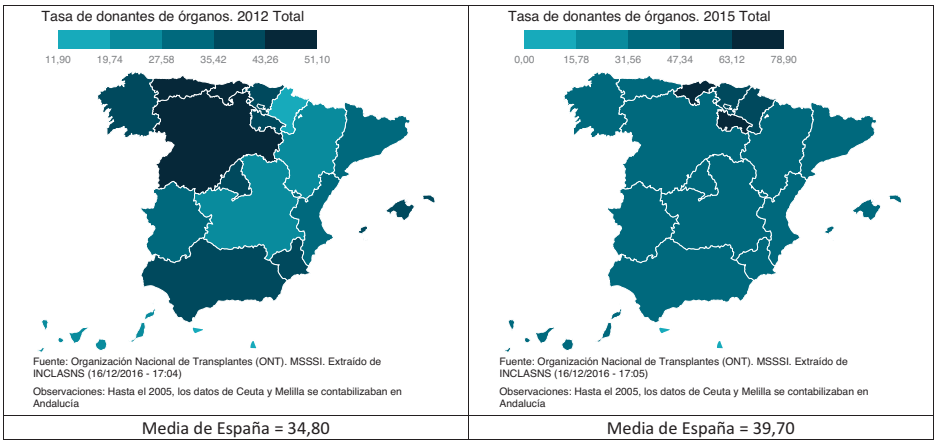
Tabla 51. Índice de dependencia de mayores de 64 años por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Índice 2014	Índice 2012	Variación porcentual
Andalucía	23,84	22,62	5,39
Aragón	31,95	30,65	4,24
Asturias	36,47	34,44	5,89
Baleares	21,70	20,55	5,60
Canarias	20,88	19,81	5,40
Cantabria	30,29	28,42	6,58
Castilla y León	37,27	35,70	4,40
Castilla Mancha	27,42	26,47	3,59
Cataluña	27,67	25,73	7,54
C Valenciana	27,66	25,84	7,04
Extremadura	29,73	28,97	2,62
Galicia	36,95	35,19	5,00
Madrid	24,83	22,77	9,05
Murcia	22,33	21,17	5,48
Navarra	28,94	27,27	6,12
País Vasco	32,68	30,42	7,43
Rioja	30,36	28,44	6,75
Ceuta	16,24	15,85	2,46
Melilla	14,84	14,52	2,20
España	27,55	25,96	6,12

2.3.5. Tasa de donantes de órganos

La tasa de donantes de órganos ha aumentado, en promedio, entre los años 2012 y 2015 un 14,08%. El mayor incremento de la tasa se dio en Navarra y la mayor disminución en Ceuta y Melilla. Castilla y León tenía la mayor tasa en 2012 y Cantabria en 2014. Las menores tasas han sido para Ceuta y Melilla a lo largo del período.

Figura 50. Tasa de donantes de órganos por CC.AA. los años 2012 y 2015



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

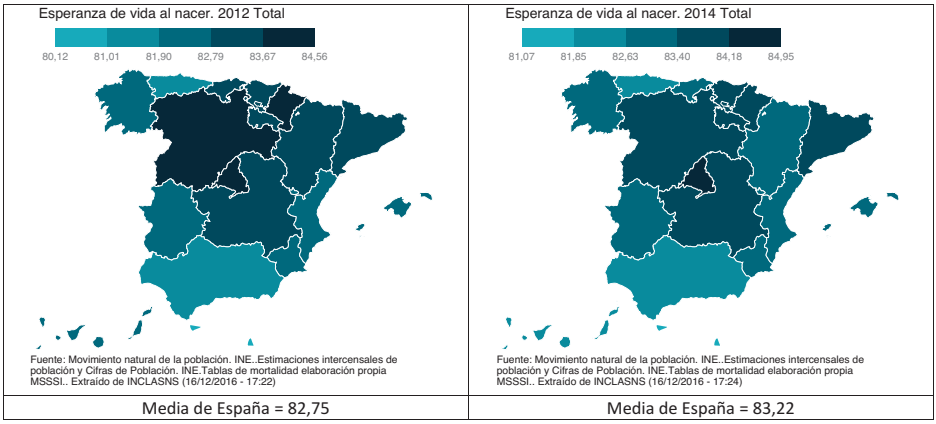
Tabla 52. Tasa de donantes de órganos por CC.AA. los años 2012 y 2015

CC.AA. y Total	Tasa 2015	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	38,50	36,10	6,65
Aragón	33,40	25,20	32,54
Asturias	42,80	44,60	-4,04
Baleares	38,00	37,50	1,33
Canarias	41,40	26,40	56,82
Cantabria	73,50	45,20	62,61
Castilla y León	42,50	51,10	-16,83
Castilla Mancha	35,90	27,30	31,50
Cataluña	34,10	30,10	13,29
C Valenciana	41,40	34,70	19,31
Extremadura	45,70	28,00	63,21
Galicia	39,90	36,00	10,83
Madrid	35,10	36,30	-3,31
Murcia	44,30	36,60	21,04
Navarra	54,60	18,60	193,55
País Vasco	53,00	40,60	30,54
Rioja	78,90	40,20	96,27
Ceuta	0,00	11,90	-100,00
Melilla	0,00	12,40	-100,00
España	39,70	34,80	14,08

2.3.6. Esperanza de vida al nacer

La esperanza de vida al nacer ha aumentado, en promedio, en España un 0,57%. El aumento más notable se dio en Ceuta y Melilla y la única disminución se registró en Navarra. La posición más favorable del año 2012 la ostentaba Navarra y la del 2014 La Rioja. En todo el período la posición menos favorable fue para Ceuta y Melilla.

Figura 51. Esperanza de vida al nacer por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

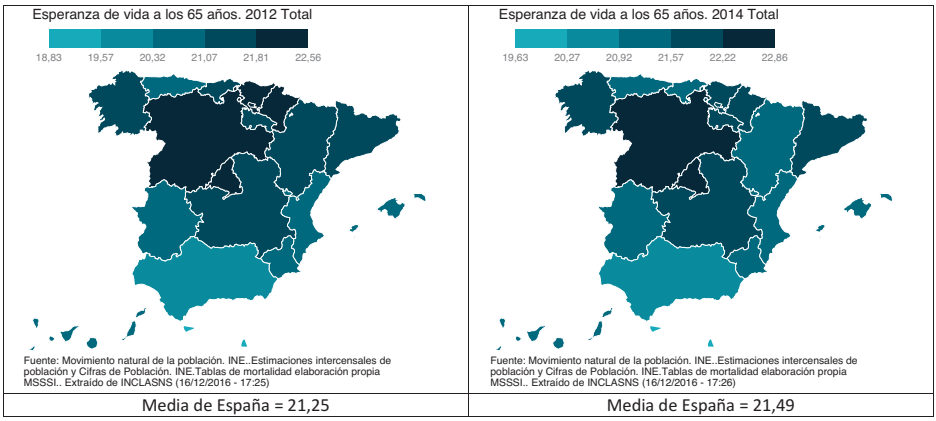
Tabla 53. Esperanza de vida al nacer por CC.AA. los años 2012 y 2015

CC.AA. y Total	Esperanza 2014	Esperanza 2012	Variación porcentual
Andalucía	82,07	81,39	0,84
Aragón	83,23	82,81	0,51
Asturias	82,47	81,83	0,78
Baleares	83,02	82,48	0,65
Canarias	82,48	82,07	0,50
Cantabria	83,13	83,03	0,12
Castilla y León	84,10	83,82	0,33
Castilla Mancha	83,68	83,33	0,42
Cataluña	83,61	83,19	0,50
C Valenciana	82,86	82,39	0,57
Extremadura	82,71	82,23	0,58
Galicia	83,37	82,65	0,87
Madrid	84,95	84,56	0,46
Murcia	82,86	82,28	0,70
Navarra	83,87	84,16	-0,34
País Vasco	83,88	83,21	0,81
Rioja	84,14	83,48	0,79
Ceuta	81,07	80,12	1,19
Melilla	81,07	80,12	1,19
España	83,22	82,75	0,57

2.3.7. Esperanza de vida a los 65 años

La esperanza de vida a los 65 años aumentó en España en promedio un 1,19% entre los años 2012 y 2014. Los aumentos más notables se dieron en Ceuta y Melilla y la disminución más acusada en Cantabria. La mejor posición del período fue para Madrid y la peor para Ceuta y Melilla.

Figura 52. Esperanza de vida a los 65 años por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

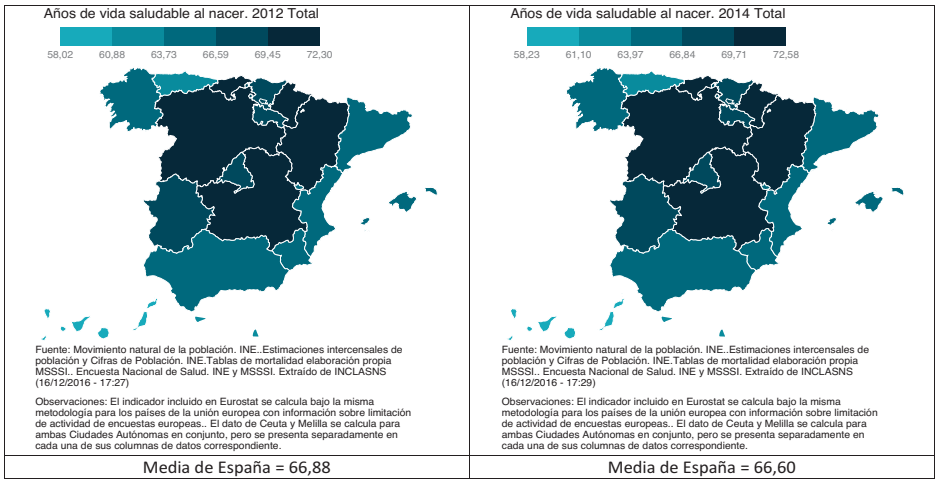
Tabla 54. Esperanza de vida a los 65 años por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	20,40	20,03	1,85
Aragón	21,48	21,24	1,13
Asturias	21,15	21,01	0,67
Baleares	21,12	20,92	0,96
Canarias	20,97	20,83	0,67
Cantabria	21,35	21,54	-0,88
Castilla y León	22,27	22,28	-0,04
Castilla Mancha	21,66	21,41	1,17
Cataluña	21,76	21,53	1,07
C Valenciana	21,13	20,88	1,20
Extremadura	20,95	20,78	0,82
Galicia	21,85	21,48	1,72
Madrid	22,86	22,56	1,33
Murcia	21,04	20,64	1,94
Navarra	22,04	22,17	-0,59
País Vasco	22,05	21,81	1,10
Rioja	22,08	21,59	2,27
Ceuta	19,63	18,83	4,25
Melilla	19,63	18,83	4,25
España	21,49	21,25	1,13

2.3.8. Años de vida saludable al nacer

Los años de vida saludable esperados al nacer han aumentado en promedio un 0,42% en España entre los años 2012 y 2014. El aumento más significativo tuvo lugar en el País Vasco y la única disminución, en Navarra. La posición más favorable del 2012 la ostentaba Aragón, que la revalidó en 2014, y la menos favorable la ostentaba Canarias, que también la revalidó en 2014.

Figura 53. Años de vida saludable al nacer por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

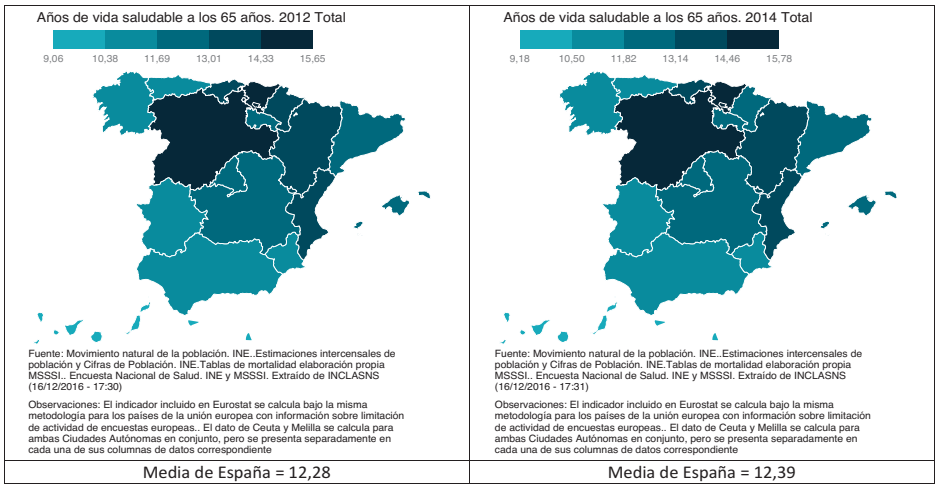
Tabla 55. Años de vida saludable al nacer por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	65,50	65,13	0,57
Aragón	72,58	72,30	0,39
Asturias	63,55	63,14	0,65
Baleares	66,03	65,67	0,55
Canarias	58,23	58,02	0,36
Cantabria	72,31	72,16	0,21
Castilla y León	70,09	69,87	0,31
Castilla Mancha	69,80	69,59	0,30
Cataluña	66,73	66,48	0,38
C Valenciana	66,74	66,47	0,41
Extremadura	67,83	67,52	0,46
Galicia	64,79	64,40	0,61
Madrid	68,46	68,26	0,29
Murcia	65,73	65,43	0,46
Navarra	70,47	70,62	-0,21
País Vasco	68,66	68,19	0,69
Rioja	67,51	67,12	0,58
Ceuta	62,59	62,50	0,14
Melilla	62,59	62,50	0,14
España	66,60	66,88	0,42

2.3.9. Años de vida saludable a los 65 años

Los años de vida saludable esperados a los 65 años, han aumentado en promedio un 0,90% en España entre los años 2012 y 2014. El mayor incremento se produjo en La Rioja y la mayor disminución en Cantabria. La mejor posición en el 2012 y en el 2014 fue para Castilla y León y País Vasco y la peor para Ceuta y Melilla.

Figura 54. Años de vida saludable a los 65 años por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

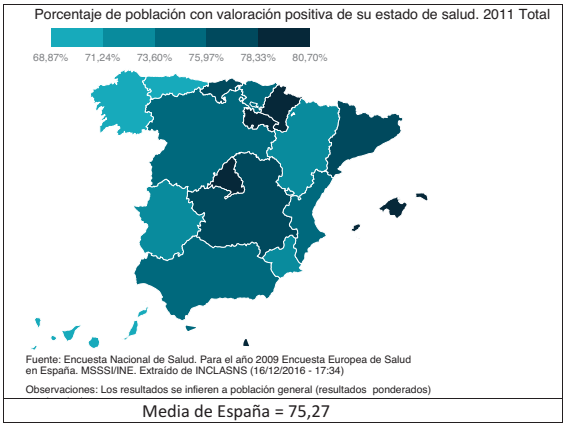
Tabla 56. Años de vida saludable a los 65 años por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	10,58	10,44	1,34
Aragón	13,25	13,14	0,84
Asturias	11,20	11,14	0,54
Baleares	11,95	11,84	0,93
Canarias	9,32	9,28	0,43
Cantabria	13,32	13,37	-0,37
Castilla y León	15,64	15,65	-0,06
Castilla Mancha	12,27	12,15	0,99
Cataluña	12,67	12,56	0,88
C Valenciana	13,18	13,07	0,84
Extremadura	11,28	11,19	0,80
Galicia	11,56	11,42	1,23
Madrid	12,95	12,82	1,01
Murcia	10,91	10,73	1,68
Navarra	13,14	13,18	-0,30
País Vasco	15,78	15,65	0,83
Rioja	12,60	12,35	2,02
Ceuta	9,18	9,06	1,32
Melilla	9,18	9,06	1,32
España	12,39	12,28	0,90

2.3.10. Porcentaje de población con valoración positiva de su estado de salud

El porcentaje de población con valoración positiva de su estado de salud del año 2011, el más reciente acerca del cual se tienen datos elaborados, arrojó un promedio del 75,27% para España, una tasa bastante positiva. Los porcentajes más bajos correspondieron a Galicia y Canarias y, los más elevados, a Navarra y Madrid.

Figura 55. Porcentaje de población con valoración positiva de su estado de salud por CC.AA. el año 2011



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

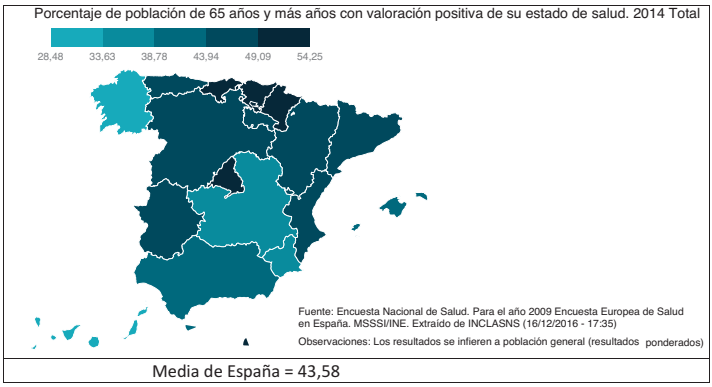
Tabla 57. Porcentaje de población con valoración positiva de su estado de salud por CC.AA. el año 2011

CC.AA. y Total	Tasa 2011
Andalucía	74,32
Aragón	73,46
Asturias	70,09
Baleares	79,30
Canarias	68,87
Cantabria	77,37
Castilla y León	74,63
Castilla Mancha	78,14
Cataluña	76,99
C Valenciana	73,89
Extremadura	73,45
Galicia	68,99
Madrid	80,38
Murcia	72,20
Navarra	80,70
País Vasco	75,34
Rioja	78,50
Ceuta	74,91
Melilla	79,34
España	75,27

2.3.11. Porcentaje de población de 65 años y más años con valoración positiva de su estado de salud

Para el año 2014, se dispone del porcentaje de población de 65 y más años con valoración positiva de su estado de salud. La media española se situó en 43,58%. Los porcentajes más altos se dieron en Navarra y Madrid, y los más bajos en Galicia y Canarias, resultados que están en franca correspondencia con los generales para toda la población obtenidos en el año 2011 y mostrados en el epígrafe anterior.

Figura 56. Porcentaje de población de 65 años y más años con valoración positiva de su estado de salud por CC.AA. en 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

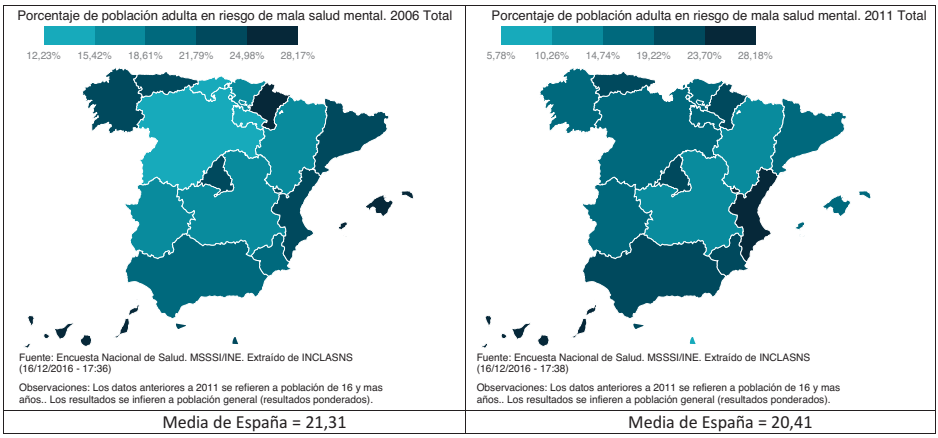
Tabla 58. Porcentaje de población de 65 años y más años con valoración positiva de su estado de salud por CC.AA. en 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014
Andalucía	43,58
Aragón	47,30
Asturias	45,51
Baleares	41,35
Canarias	31,28
Cantabria	52,61
Castilla y León	44,26
Castilla Mancha	35,73
Cataluña	47,88
C Valenciana	45,85
Extremadura	45,79
Galicia	28,48
Madrid	51,09
Murcia	34,67
Navarra	54,25
País Vasco	50,51
Rioja	48,49
Ceuta	40,72
Melilla	49,23
España	43,58

2.3.12. Porcentaje de población adulta en riesgo de mala salud mental

Los datos más recientes comparativos acerca del porcentaje de población adulta en riesgo de mala salud mental se refieren a 2006 y 2011. La tasa disminuyó un 4,22% en promedio entre esos años, partiendo de un 21,3%. La proporción de personas en riesgo disminuyó a pesar de la situación de crisis. Sin embargo, sería interesante disponer de más datos acerca de este indicador en los años en que ha durado la recesión en España. El incremento más elevado del período se registró en La Rioja, y la disminución más notable se dio en Melilla. La población de La Rioja era la que estaba en mejor situación en el 2006 y Melilla fue la zona que presentó una tasa más baja en 2011. Canarias se mantuvo a lo largo del período como la región con una tasa más elevada.

Figura 57. Porcentaje de población adulta en riesgo de mala salud mental por CC.AA. los años 2006 y 2011



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

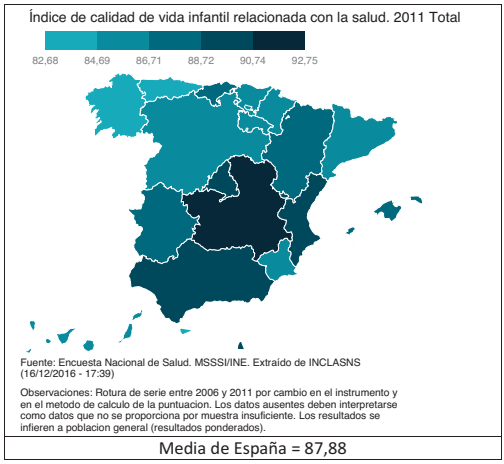
Tabla 59. Porcentaje de población con valoración positiva de su estado de salud por CC.AA. los años 2006 y 2011

CC.AA. y Total	Tasa 2006	Tasa 2011	Variación porcentual
Andalucía	20,14	20,92	3,87
Aragón	17,68	13,65	-22,79
Asturias	23,57	19,69	-16,46
Baleares	25,14	16,64	-33,81
Canarias	28,17	28,18	0,04
Cantabria	12,68	-	-
Castilla y León	14,30	17,84	24,76
Castilla Mancha	16,62	14,63	-11,97
Cataluña	23,43	18,66	-20,36
C Valenciana	24,00	24,62	2,58
Extremadura	18,26	18,45	1,04
Galicia	22,14	16,07	-27,42
Madrid	24,10	20,41	-15,31
Murcia	20,27	22,09	8,98
Navarra	25,48	22,42	-12,01
País Vasco	15,58	16,26	4,36
Rioja	12,23	17,52	43,25
Ceuta	23,13	20,14	-12,93
Melilla	23,13	5,78	-75,01
España	21,31	20,41	-4,22

2.3.13. Índice de calidad de vida infantil relacionada con la salud

El índice de calidad de vida infantil relacionada con la salud más reciente es el del año 2011. Su valor es elevado en todas las CC.AA. con cifras por encima de 80 en todas ellas. La media española de ese año fue 87,88. El índice más elevado correspondió a Castilla La Mancha y el más bajo, dentro de una tónica muy positiva, correspondió a Ceuta.

Figura 58. Índice de calidad de vida infantil relacionada con la salud por CC.AA. en 2011



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

Tabla 60. Índice de calidad de vida infantil relacionada con la salud por CC.AA. el año 2011

CC.AA. y Total	Índice 2011
Andalucía	88,86
Aragón	88,52
Asturias	83,79
Baleares	86,84
Canarias	86,37
Cantabria	87,05
Castilla y León	86,66
Castilla Mancha	92,75
Cataluña	85,63
C Valenciana	90,70
Extremadura	88,43
Galicia	83,38
Madrid	89,83
Murcia	84,87
Navarra	85,37
País Vasco	84,94
Rioja	85,73
Ceuta	82,68
Melilla	88,78
España	87,88

SÍNTESIS 5: Evolución de la caracterización sociodemográfica y de bienestar de la población

La tasa de natalidad ha disminuido en promedio un 5,06% entre los años 2012 y 2014 en España.

El índice de dependencia ha aumentado un 3,98% en general, un 1,51% en la parte juvenil y un 6,12% en la parte correspondiente a mayores de 64 años. La tasa de donantes de órganos acusa un incremento del 14,08% entre los años 2012 y 2015, evidenciando el éxito de la concienciación de nuestra población acerca de este tema.

La esperanza de vida al nacer ha aumentado un 0,57% y la de vida a partir de los 65 años lo ha hecho un 1,19%, todo ello entre los años 2012 y 2014. La media más reciente disponible acerca del porcentaje de población adulta que valora positivamente su estado de salud corresponde al año 2011 y se sitúa en un 75,27%.

La misma valoración para personas de 65 y más años corresponde al año 2014 y arroja una media de 43,58%-

La evaluación más reciente que puede hacerse acerca de la proporción de población adulta en riesgo de sufrir por causa de salud mental corresponde a los años 2006 y 2011. La proporción disminuyó en un 4,22%.

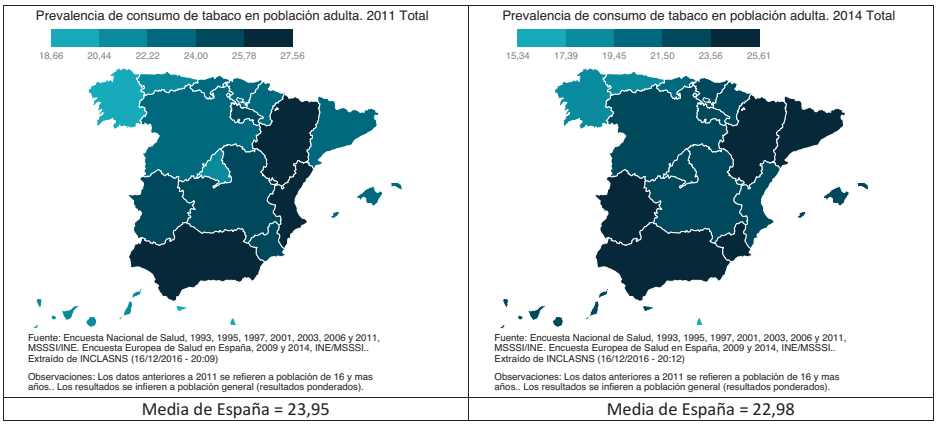
El índica más reciente de calidad de vida infantil es del año 2011, con un valor medio para España del 87,88 y con índices en todas las CC.AA. por encima de 80.

2.4. Estilos de vida

2.4.1. Tabaco

La prevalencia de consumo de tabaco ha disminuido en promedio, para España, entre los años 2011 y 2014 un 4,05%. La disminución más importante se da en la Comunidad Valenciana que, junto con Andalucía tenía la tasa más elevada en 2011. Ceuta ocupaba la mejor posición ese año, pero tras aumentar la prevalencia, esa posición la ocupó Melilla en el 2014 y, las mayores prevalencias fueron las mostradas por Extremadura y Murcia.

Figura 59. P Prevalencia de consumo de tabaco en población adulta por CC.AA. los años 2011 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

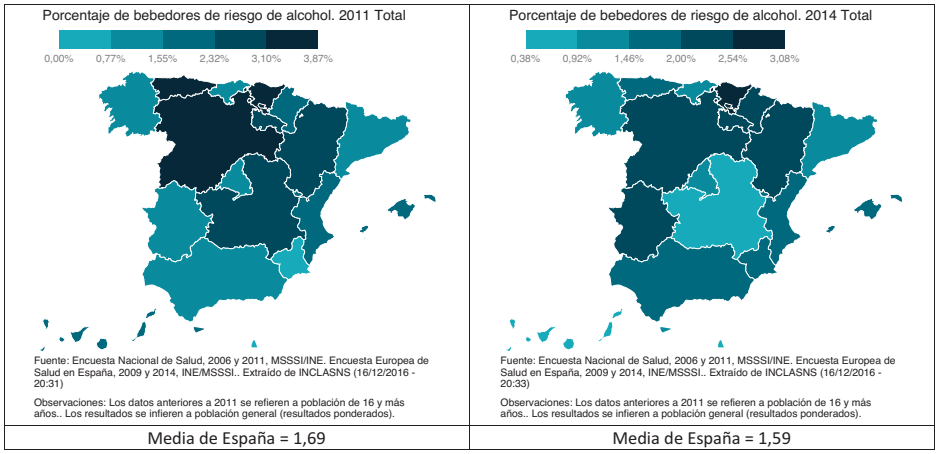
Tabla 61. Prevalencia de consumo de tabaco en población adulta por CC.AA. los años 2011 y 2014

CC.AA. y Total	Prevalencia 2014	Prevalencia 2011	Variación porcentual
Andalucía	24,37	27,09	-10,04
Aragón	23,93	25,87	-7,50
Asturias	19,08	21,76	-12,32
Baleares	23,03	22,73	1,32
Canarias	22,65	21,88	3,52
Cantabria	21,40	23,92	-10,54
Castilla y León	21,60	22,81	-5,30
Castilla Mancha	23,41	24,52	-4,53
Cataluña	23,65	22,97	2,96
C Valenciana	21,96	27,56	-20,32
Extremadura	25,61	24,69	3,73
Galicia	19,14	20,28	-5,62
Madrid	23,21	20,94	10,84
Murcia	25,56	25,01	2,20
Navarra	23,17	23,34	-0,73
País Vasco	22,75	23,31	-2,40
Rioja	21,76	24,43	-10,93
Ceuta	22,83	18,66	22,35
Melilla	15,34	18,99	-19,22
España	22,98	23,95	-4,05

2.4.2. Porcentaje de riesgo de bebedores de alcohol

El porcentaje de riesgo de bebedores de alcohol, ha disminuido en promedio un 5,92% en España entre los años 2011 y 2014. La reducción más importante se produjo en Castilla La Mancha, y los mayores aumentos se dieron en Murcia y Extremadura. La mejor posición del período es para Melilla, donde el trasfondo cultural árabe incide positivamente en la contención del consumo de riesgo de alcohol. La peor posición el año 2011 fue para Asturias y el año 2014 para el País Vasco.

Figura 60. Porcentaje de riesgo de bebedores de alcohol por CC.AA. los años 2011 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

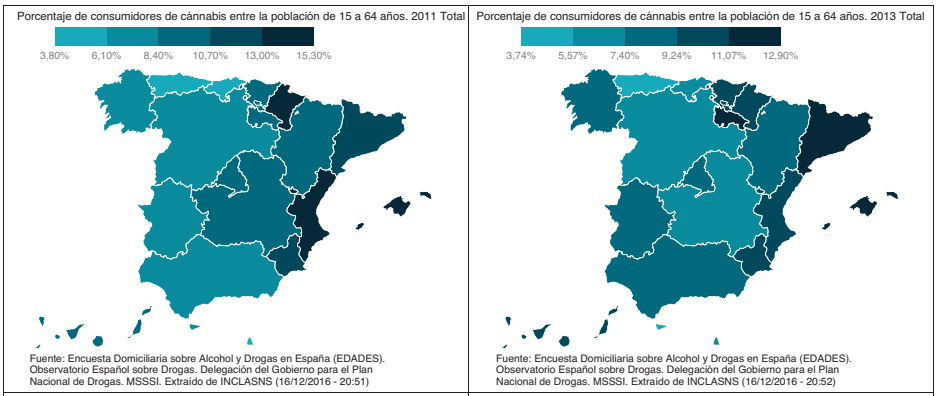
Tabla 62. Porcentaje de riesgo de bebedores de alcohol por CC.AA. los años 2011 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2011	Variación porcentual
Andalucía	1,88	1,29	45,74
Aragón	2,49	2,98	-16,44
Asturias	1,73	3,87	-55,30
Baleares	1,59	1,70	-6,47
Canarias	0,87	1,55	-43,87
Cantabria	1,30	0,89	46,07
Castilla y León	2,32	3,59	-35,38
Castilla Mancha	0,46	2,37	-80,59
Cataluña	1,41	1,09	29,36
C Valenciana	1,71	2,06	-16,99
Extremadura	2,24	0,84	166,67
Galicia	1,08	0,93	16,13
Madrid	0,94	1,26	-25,40
Murcia	1,67	0,62	169,35
Navarra	2,47	1,69	46,15
País Vasco	3,08	3,24	-4,94
Rioja	2,15	2,61	-17,62
Ceuta	1,38	2,00	-31,00
Melilla	0,38	0,00	No calculable
España	1,59	1,69	-5,92

2.4.3. Porcentaje de consumidores de cánnabis entre la población de 15 a 64 años

El porcentaje de consumidores de cánnabis ha disminuido de forma moderada en buena parte del territorio español entre 2011 y 2013, para la población de entre 15 y 64 años. Tan sólo siete regiones registran aumentos. En promedio, se acusa una variación porcentual de -4,06%. El mayor aumento de todos corresponde a Melilla, y la mayor disminución corresponde a Ceuta. Melilla tenía la tasa más baja del 2011 y Ceuta la del 2013. Baleares permaneció como la región con mayor porcentaje de consumidores de esta edad ambos años.

Figura 61. Porcentaje de consumidores de cánnabis entre la población de 15 a 64 años por CC.AA. los años 2011 y 2013



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

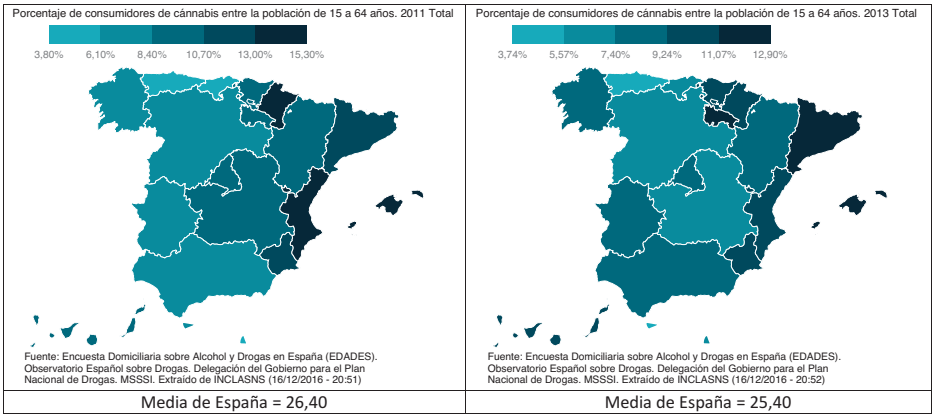
Tabla 63. Porcentaje de consumidores de cánnabis entre la población de 15 a 64 años por CC.AA. los años 2011 y 2013

CC.AA. y Total	Tasa 2013	Tasa 2011	Variación porcentual
Andalucía	7,98	8,20	-2,68
Aragón	7,74	9,30	-16,77
Asturias	5,44	5,60	-2,86
Baleares	12,90	15,30	-15,69
Canarias	9,28	10,20	-9,02
Cantabria	5,98	6,00	-0,33
Castilla y León	6,11	6,80	-10,15
Castilla Mancha	6,41	10,10	-36,53
Cataluña	11,89	11,30	5,22
C Valenciana	10,75	13,60	-20,96
Extremadura	8,37	7,60	10,13
Galicia	8,39	6,30	33,17
Madrid	9,05	8,40	7,74
Murcia	9,39	11,00	-14,64
Navarra	10,30	13,90	-25,90
País Vasco	10,29	9,20	11,85
Rioja	11,14	10,30	8,16
Ceuta	3,74	8,10	-53,83
Melilla	5,77	3,80	51,84
España	9,21	9,60	-4,06

2.4.4. Porcentaje de consumidores de cánnabis en escolares adolescentes de 14 a 18 años

El porcentaje de consumidores de cánnabis en escolares adolescentes de 14 a 18 años por CC.AA. disminuyó, en promedio, un 3,79% entre los años 2010 y 2014 en España. La disminución más notable se dio en La Rioja, y el aumento más importante se dio en Melilla, ciudad que, junto con Ceuta ocupaba la mejor posición relativa en 2010 y también en 2014. Ese año, la región con mayor tasa fue Aragón y, Cataluña en 2014.

Figura 62. Porcentaje de consumidores de cánnabis en escolares adolescentes de 14 a 18 años por CC.AA. los años 2010 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

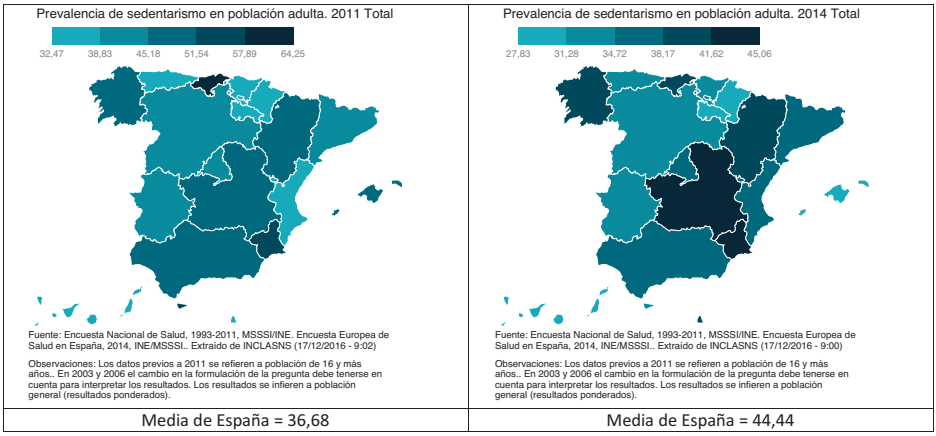
Tabla 64. Porcentaje de consumidores de cánnabis en escolares adolescentes de 14 a 18 años por CC.AA. los años 2010 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2010	Variación porcentual
Andalucía	20,90	20,30	2,96
Aragón	26,20	34,00	-22,94
Asturias	23,70	22,90	3,49
Baleares	29,70	29,80	-0,34
Canarias	20,90	20,10	3,98
Cantabria	25,00	26,80	-6,72
Castilla y León	23,60	25,00	-5,60
Castilla Mancha	20,70	28,00	-26,07
Cataluña	33,70	32,20	4,66
C Valenciana	31,00	32,40	-4,32
Extremadura	15,50	22,50	-31,11
Galicia	21,50	24,90	-13,65
Madrid	23,90	28,00	-14,64
Murcia	20,10	18,60	8,06
Navarra	28,10	31,40	-10,51
País Vasco	31,80	30,20	5,30
Rioja	19,60	30,40	-35,53
Ceuta	11,50	10,00	15,00
Melilla	12,50	10,10	23,76
España	25,40	26,40	-3,79

2.4.5. Prevalencia de sedentarismo en población adulta

La prevalencia de sedentarismo en población adulta se ha reducido, en promedio, un 17,5% en España entre los años 2011 y 2014. La reducción más notable se ha producido en Baleares y el único aumento se produjo en Melilla. Navarra tuvo la posición más favorable en 2011 y La Rioja en 2014. Cantabria tuvo la posición más desfavorable en 2011 y Castilla La Mancha en 2014.

Figura 63. Prevalencia de sedentarismo en población adulta por CC.AA. los años 2011 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

Tabla 65. Prevalencia de sedentarismo en población adulta por CC.AA. los años 2011 y 2014

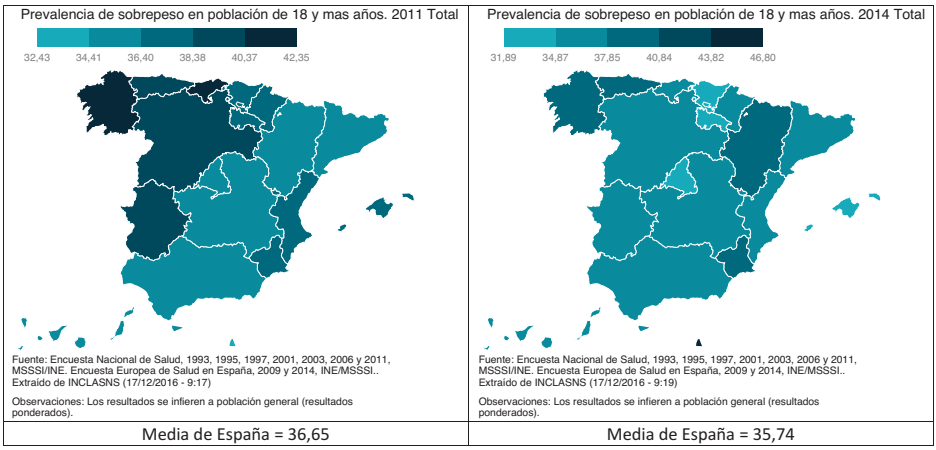
CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2011	Variación porcentual
Andalucía	37,06	49,51	-25,15
Aragón	41,61	45,48	-8,51
Asturias	34,07	37,31	-8,68
Baleares	28,16	47,04	-40,14
Canarias	29,30	38,35	-23,60
Cantabria	41,46	64,25	-35,47
Castilla y León	33,50	43,77	-23,46
Castilla Mancha	45,06	49,62	-9,19
Cataluña	37,78	45,05	-16,14
C Valenciana	35,87	38,82	-7,60
Extremadura	33,34	42,03	-20,68
Galicia	40,34	50,11	-19,50
Madrid	37,25	40,47	-7,96
Murcia	44,47	53,79	-17,33
Navarra	28,02	32,47	-13,70
País Vasco	31,66	38,78	-18,36
Rioja	27,83	32,96	-15,56
Ceuta	33,68	53,80	-37,40
Melilla	41,47	32,79	26,47
España	36,68	44,44	-17,46

2.5. Determinantes biológicos

2.5.1. Prevalencia de sobrepeso en población de 18 y más años

La prevalencia de sobrepeso en población de 18 y más años se ha reducido, en promedio en España, un 2,5% entre los años 2011 y 2014. La reducción más notable se produjo en Cantabria, que ostentaba la peor tasa del año 2011. En cambio, el aumento más importante se produjo en Melilla, que ostentaba la posición más favorable en el mismo año. El año 2014, la Comunidad con la menor tasa fue Madrid, mientras que Melilla pasó a mostrar la tasa más elevada.

Figura 64. Prevalencia de sobrepeso en población de 18 y más años por CC.AA.



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

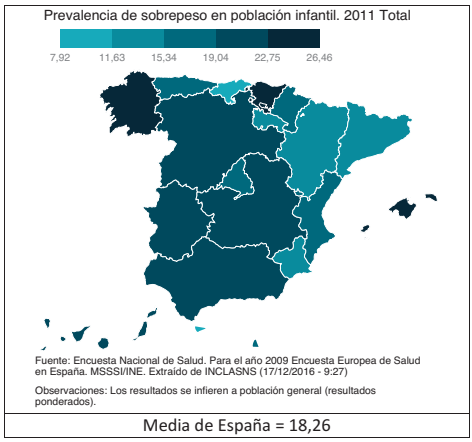
Tabla 66. Prevalencia de sobrepeso en población de 18 y más años por CC.AA. los años 2011 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2011	Variación porcentual
Andalucía	37,13	36,21	2,54
Aragón	38,19	35,75	6,83
Asturias	37,86	38,52	-1,71
Baleares	33,41	36,95	-9,58
Canarias	35,44	35,05	1,11
Cantabria	37,03	42,35	-12,56
Castilla y León	37,10	38,43	-3,46
Castilla Mancha	35,34	35,69	-0,98
Cataluña	35,28	36,12	-2,33
C Valenciana	36,46	36,66	-0,55
Extremadura	37,75	40,17	-6,02
Galicia	38,02	40,53	-6,19
Madrid	31,89	34,88	-8,57
Murcia	37,92	36,76	3,16
Navarra	37,05	38,24	-3,11
País Vasco	33,42	36,65	-8,81
Rioja	34,86	38,13	-8,58
Ceuta	34,98	34,78	0,58
Melilla	46,80	32,43	44,31
España	35,74	36,65	-2,48

2.5.2. Prevalencia de sobrepeso en población infantil

La información más reciente acerca de la prevalencia de sobrepeso en la población infantil por CC.AA. corresponde al año 2011. La media española estaba en 18,26. La tasa más alta la ostentaba Baleares con un valor de 26,46 y la más baja Ceuta con un valor de 7,92.

Figura 65. Prevalencia de sobrepeso en población infantil por CC.AA. el año 2011



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

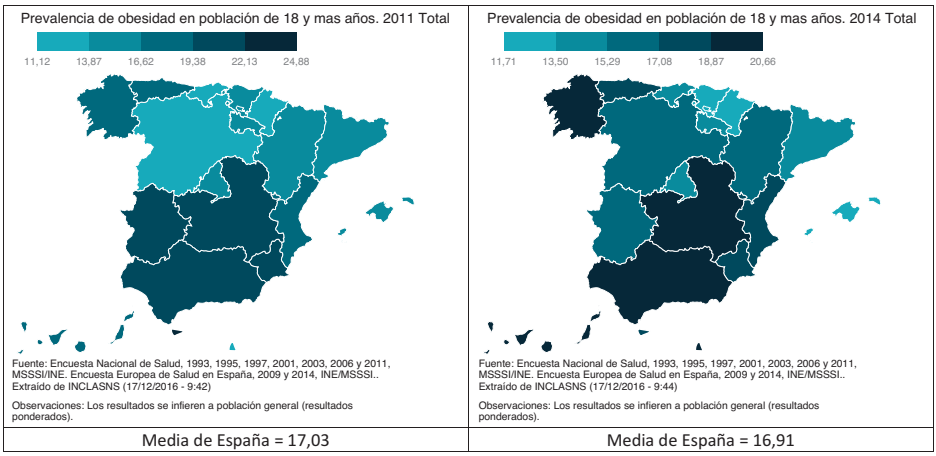
Tabla 67. Prevalencia de sobrepeso en población infantil por CC.AA. el año 2011

CC.AA. y Total	Tasa 2011
Andalucía	21,33
Aragón	13,36
Asturias	17,17
Baleares	26,46
Canarias	20,64
Cantabria	9,64
Castilla y León	20,29
Castilla Mancha	19,60
Cataluña	14,40
C Valenciana	16,22
Extremadura	19,77
Galicia	23,83
Madrid	16,21
Murcia	15,11
Navarra	15,79
País Vasco	25,52
Rioja	12,42
Ceuta	7,92
Melilla	17,99
España	18,26

2.5.3. Prevalencia de obesidad en población de 18 y más años

La prevalencia de obesidad en población de 18 y más años, se redujo en promedio muy discretamente entre los años 2011 y 2014 en España. La reducción fue del 0,70%. La reducción más notable tuvo lugar en Ceuta y el aumento más significativo en Melilla. En 2011, la tasa más favorable se situaba en Cantabria y la más elevada en Ceuta. En 2014, la tasa más elevada aparecía en Galicia y la más baja en Navarra.

Figura 66. Prevalencia de obesidad en población de 18 y más años por CC.AA. los años 2011 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

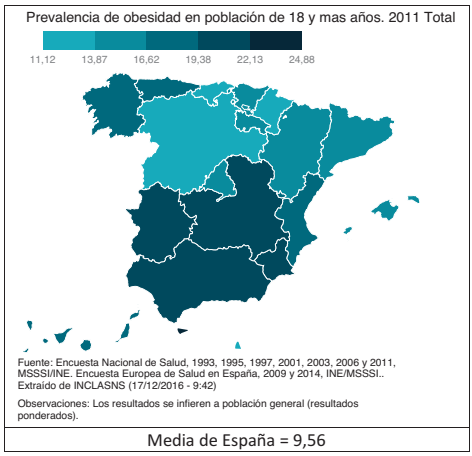
Tabla 68. Prevalencia de obesidad en población de 18 y más años por CC.AA. los años 2011 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2011	Variación porcentual
Andalucía	19,90	21,15	-5,91
Aragón	16,58	15,65	5,94
Asturias	18,64	18,65	-0,05
Baleares	13,23	15,09	-12,33
Canarias	19,25	18,22	5,65
Cantabria	15,08	11,12	35,61
Castilla y León	15,47	13,84	11,78
Castilla Mancha	19,70	20,59	-4,32
Cataluña	15,02	14,25	5,40
C Valenciana	17,27	17,33	-0,35
Extremadura	16,80	21,64	-22,37
Galicia	20,66	19,18	7,72
Madrid	14,59	14,28	2,17
Murcia	17,28	20,32	-14,96
Navarra	11,71	11,15	5,02
País Vasco	12,99	15,26	-14,88
Rioja	14,37	14,88	-3,43
Ceuta	18,22	24,88	-26,77
Melilla	19,44	12,78	52,11
España	16,91	17,03	-0,70

2.5.4. Prevalencia de obesidad en población infantil

La información más reciente acerca de la prevalencia de obesidad en la población infantil por CC.AA. corresponde al año 2011. La media española estaba en 9,56. La tasa más alta la ostentaba Ceuta con un valor de 24,65 y la más baja Aragón con un valor de 2,72.

Figura 67. Prevalencia de obesidad en población infantil por CC.AA. el año 2011



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

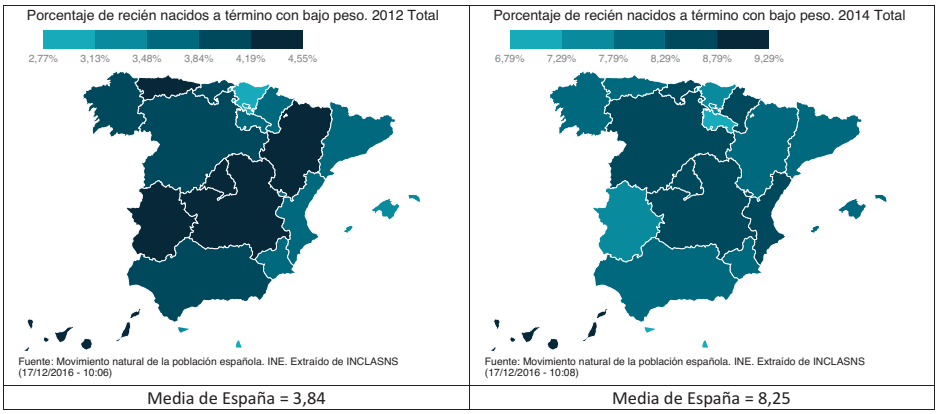
Tabla 69. Prevalencia de obesidad en población infantil por CC.AA. el año 2011

CC.AA. y Total	Tasa 2011
Andalucía	11,70
Aragón	2,72
Asturias	9,32
Baleares	8,99
Canarias	13,94
Cantabria	2,82
Castilla y León	6,14
Castilla Mancha	7,24
Cataluña	7,17
C Valenciana	9,44
Extremadura	8,80
Galicia	10,81
Madrid	10,63
Murcia	12,61
Navarra	7,81
País Vasco	6,97
Rioja	9,67
Ceuta	24,65
Melilla	8,46
España	9,56

2.5.5. Porcentaje de recién nacidos a término con bajo peso

El porcentaje de recién nacidos a término con bajo peso ha aumentado de forma muy notable en España, tanto en promedio como por CC.AA. entre los años 2012 y 2014, con una variación porcentual del 114,84%. La mayor variación de este porcentaje se produjo en la Comunidad Valenciana y la menor en Extremadura. La mejor posición del 2011 la ostentaba el País Vasco y, la peor, Extremadura. El año 2014, la mayor tasa fue para Canarias y la más baja para Melilla. El de este indicador es el cambio más drástico que se registra en el informe. El retraso en la edad de maternidad, la menor tasa de fecundación y los estilos de vida son los principales factores a los que cabe atribuir este cambio que está condicionando la evolución de la población de recién nacidos y los procesos de fecundación, gestación y parto en nuestro país.

Figura 68. Porcentaje de recién nacidos a término con bajo peso por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

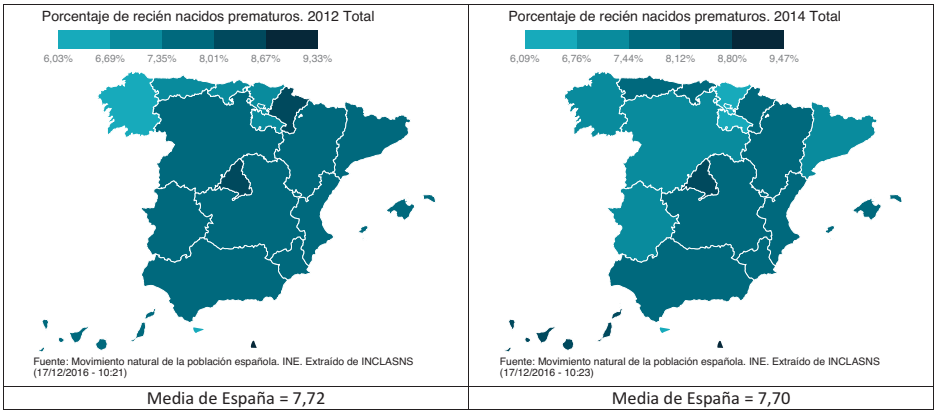
Tabla 70. Porcentaje de recién nacidos a término con bajo peso por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	8,11	3,84	111,20
Aragón	8,23	4,30	91,40
Asturias	8,09	4,28	89,02
Baleares	7,94	3,36	136,31
Canarias	9,29	4,29	116,55
Cantabria	8,50	3,86	120,21
Castilla y León	8,53	4,07	109,58
Castilla Mancha	8,38	4,46	87,89
Cataluña	7,99	3,73	114,21
C Valenciana	8,42	3,50	140,57
Extremadura	7,60	4,55	67,03
Galicia	8,18	3,89	110,28
Madrid	8,77	4,22	107,82
Murcia	7,92	3,60	120,00
Navarra	8,41	3,74	124,87
País Vasco	7,52	2,77	171,48
Rioja	6,89	3,79	81,79
Ceuta	6,86	3,15	117,78
Melilla	6,79	3,03	124,09
España	8,25	3,84	114,84

2.5.6. Porcentaje de recién nacidos prematuros

El porcentaje de recién nacidos prematuros ha disminuido en promedio un 0,26% en España entre los años 2012 y 2014. El mayor incremento se produjo en Cantabria y la mayor disminución en La Rioja. La posición más favorable del año 2012 la ostentaba Ceuta y, la más desfavorable Melilla. En cambio, en el año 2014, la posición más favorable fue para La Rioja y Melilla se mantuvo con la mayor tasa del territorio español.

Figura 69. Porcentaje de recién nacidos prematuros por CC.AA. los años 2012 y 2014



Media de España = 7,72	Media de España = 7,70

Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

Tabla 71. Porcentaje de recién nacidos prematuros por CC.AA. los años 2012 y 2014

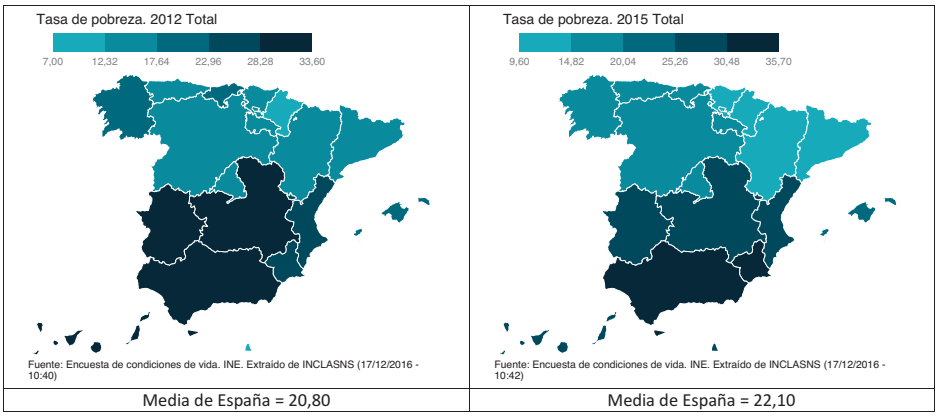
CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	8,02	7,94	1,01
Aragón	7,75	7,57	2,38
Asturias	7,54	7,32	3,01
Baleares	7,95	7,89	0,76
Canarias	8,17	7,93	3,03
Cantabria	7,54	6,69	12,71
Castilla y León	7,01	7,45	-5,91
Castilla Mancha	7,80	7,90	-1,27
Cataluña	7,37	7,62	-3,28
C Valenciana	7,66	7,77	-1,42
Extremadura	7,13	7,38	-3,39
Galicia	7,08	6,59	7,44
Madrid	8,39	8,17	2,69
Murcia	7,64	7,87	-2,92
Navarra	7,87	8,48	-7,19
País Vasco	6,61	6,85	-3,50
Rioja	6,09	7,10	-14,23
Ceuta	6,23	6,03	3,32
Melilla	9,47	9,33	1,50
España	7,70	7,72	-0,26

2.6. Determinantes sociales

2.6.1. Tasa de pobreza

La tasa de pobreza ha aumentado, en promedio, en España un 6,25% entre los años 2012 y 2015. Este tipo de resultado, consecuencia de las secuelas de la crisis económica ha afectado buena parte de las CC.AA. Se han producido reducciones de diversa magnitud en el País Vasco, que muestra la mayor de ellas, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Castilla La Mancha, Ceuta, Extremadura y Aragón. El mayor incremento se produjo en Melilla. La tasa más reducida, tanto el 2011 como el 2015, correspondió a Navarra. La tasa más elevada del 2011 se situó en Canarias, y la del 2015 en Murcia.

Figura 70. Tasa de pobreza por CC.AA. los años 2012 y 2015



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

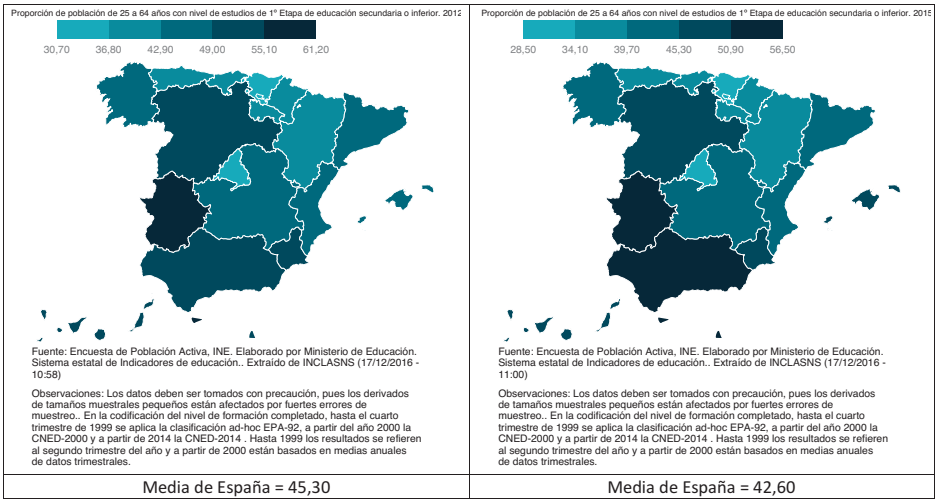
Tabla 72. Tasa de pobreza por CC.AA. los años 2012 y 2015

CC.AA. y Total	Tasa 2015	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	35,70	28,30	26,15
Aragón	14,40	14,50	-0,69
Asturias	16,70	13,00	28,46
Baleares	21,70	19,90	9,05
Canarias	28,50	33,60	-15,18
Cantabria	14,90	17,70	-15,82
Castilla y León	18,30	15,90	15,09
Castilla Mancha	28,50	30,00	-5,00
Cataluña	13,90	15,80	-12,03
C Valenciana	25,30	25,00	1,20
Extremadura	29,00	29,40	-1,36
Galicia	19,40	18,30	6,01
Madrid	15,10	14,20	6,34
Murcia	31,80	25,20	26,19
Navarra	9,60	7,00	37,14
País Vasco	10,90	13,30	-18,05
Rioja	17,10	16,80	1,79
Ceuta	31,00	32,20	-3,73
Melilla	25,80	8,60	200,00
España	22,10	20,80	6,25

2.6.2. Proporción de población de 25 a 64 años con nivel de estudios de 1º Etapa de educación secundaria o inferior

La proporción de población de 25 a 64 años con nivel de estudios de primera etapa de educación secundaria o inferior se ha reducido, por término medio, en España un 5,96% entre los años 2012 y 2015. La reducción más importante se produjo en Asturias y la menos importante en Ceuta. La tasa más favorable de 2012 se situaba en Madrid y, la menos favorable en Extremadura. Ambas posiciones se mantuvieron el año 2015.

Figura 71. Proporción de población de 25 a 64 años con nivel de estudios de 1º Etapa de educación secundaria o inferior por CC.AA. los años 2012 y 2015



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

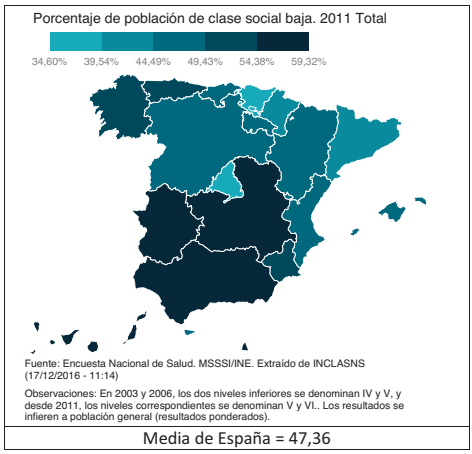
Tabla 73. Proporción de población de 25 a 64 años con nivel de estudios de 1º Etapa de educación secundaria o inferior por CC.AA. los años 2012 y 2015

CC.AA. y Total	Tasa 2015	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	51,40	54,00	-4,81
Aragón	39,00	40,40	-3,47
Asturias	36,70	42,40	-13,44
Baleares	45,40	47,00	-3,40
Canarias	49,30	51,10	-3,52
Cantabria	37,60	38,40	-2,08
Castilla y León	50,50	53,80	-6,13
Castilla Mancha	42,50	43,40	-2,07
Cataluña	41,20	44,90	-8,24
C Valenciana	43,70	47,90	-8,77
Extremadura	56,50	61,20	-7,68
Galicia	44,70	48,60	-8,02
Madrid	28,50	30,70	-7,17
Murcia	50,60	53,10	-4,71
Navarra	34,80	37,60	-7,45
País Vasco	30,10	32,10	-6,23
Rioja	37,00	40,60	-8,87
Ceuta	51,20	55,40	-7,58
Melilla	51,90	52,90	-1,89
España	42,60	45,30	-5,96

2.6.3. Proporción de población de clase social baja

La información más reciente acerca de la prevalencia de población de clase social baja por CC.AA. corresponde al año 2011. La media española estaba en 47,36. La tasa más alta la ostentaba Castilla La Mancha con un valor de 59,32 y la más baja el País Vasco con un valor de 37,22.

Figura 72. Proporción de población de clase social baja por CC.AA. el año 2011



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

Tabla 74. Proporción de población de clase social baja por CC.AA. el año 2011

CC.AA. y Total	Tasa 2011
Andalucía	54,80
Aragón	45,36
Asturias	50,77
Baleares	48,20
Canarias	55,83
Cantabria	47,02
Castilla y León	48,51
Castilla Mancha	59,32
Cataluña	43,64
C Valenciana	47,50
Extremadura	54,58
Galicia	50,52
Madrid	34,60
Murcia	51,93
Navarra	44,01
País Vasco	37,22
Rioja	47,71
Ceuta	49,32
Melilla	55,75
España	47,36

SÍNTESIS 6: Evolución de los estilos de vida, los determinantes biológicos y los sociales

La prevalencia de consumo de tabaco se redujo un 4,05% entre 2011 y 2012 y el porcentaje de bebedores de alcohol de riesgo un 5,92%.

La prevalencia de consumidores de cánnabis también mostró reducciones. En promedio un 4,06% entre la población de 15 a 64 años y un 3,79% en adolescentes escolares de 14 a 18 años.

El sedentarismo redujo su prevalencia en un 17,5% entre 2011 y 2014, facilitando reducciones de las tasas de sobrepeso que se concretaron en un 2,5% en la población de 18 y más años. La tasa de la población infantil del 2011 fue de 18,26 no habiendo datos más recientes.

La obesidad redujo su prevalencia en 0,70% entre 2011 y 2014 en la población de 18 y más años y se situaba en 9,56 en la población infantil en 2011, siendo éste el dato más reciente disponible.

El porcentaje de recién nacidos a término con peso bajo aumento un 114,84% entre 2012 y 2015 y la tasa de prematuros disminuyó un 0,26% en el mismo período.

La tasa de pobreza aumento una media de 6,25% en España entre 2012 y 2015 reflejando las secuelas de la crisis.

La proporción de población con nivel de estudios de primera etapa secundaria o inferiores se redujo un 5,96% en el mismo periodo y la tasa de personas de clase social baja se situaba en 2011 en 47,36, el valor más reciente disponible.

La evolución de los estilos de vida es positiva y las consignas de mejorar ciertos hábitos parecen estar calando en la población. Sin embargo, el retraso en la edad de maternidad está complicando las características de la fecundación, gestación, parto y el peso de los recién nacidos.

La crisis ha dejado una secuela evidente en la tasa de pobreza, que no será sencilla erradicar dadas las actuales condiciones del desempleo, el nivel salarial y la evolución de otros indicadores macroeconómicos para España como el crecimiento esperado en función del PIB.

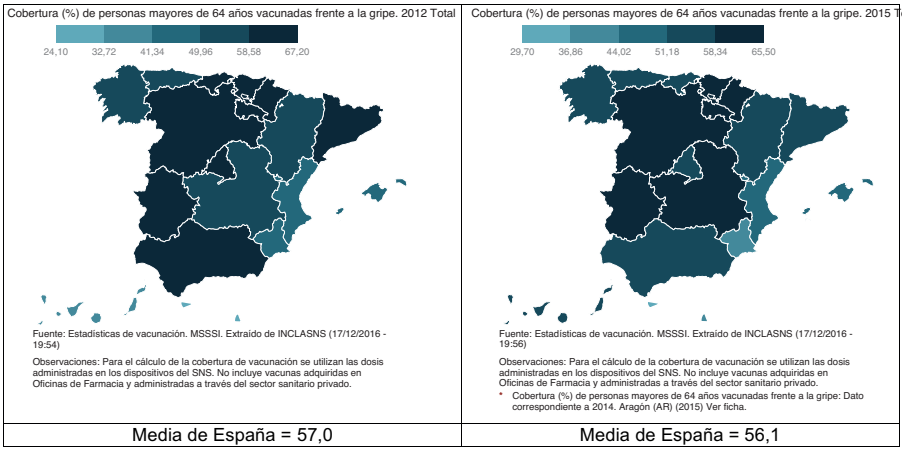
3
Accesibilidad

3.1. Vacunación

3.1.1. Cobertura (%) de personas mayores de 64 años vacunadas frente a la gripe

La cobertura de personas mayores de 64 años vacunadas frente a la gripe disminuyó, en promedio, un 1,58% entre los años 2012 y 2015. No obstante, hay algunas Comunidades que muestran aumentos de este indicador, la mayor y más llamativa de las cuales se produjo en Canarias, que muestra, un incremento del 59%. La menor tasa del año 2015, fue para Ceuta y la mayor para La Rioja, situación que ya se dio en 2012. Melilla, muestra también una tasa mucho menor que la del resto de autonomías, pero, junto con Ceuta, experimenta fuertes incrementos entre ambos años. Cataluña es la región que acusa la mayor disminución (superior al 12%) junto con Cantabria (del orden de un 10%).

Figura 73. Cobertura (%) de personas mayores de 64 años vacunadas frente a la gripe por CC.AA. los años 2012 y 2015



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

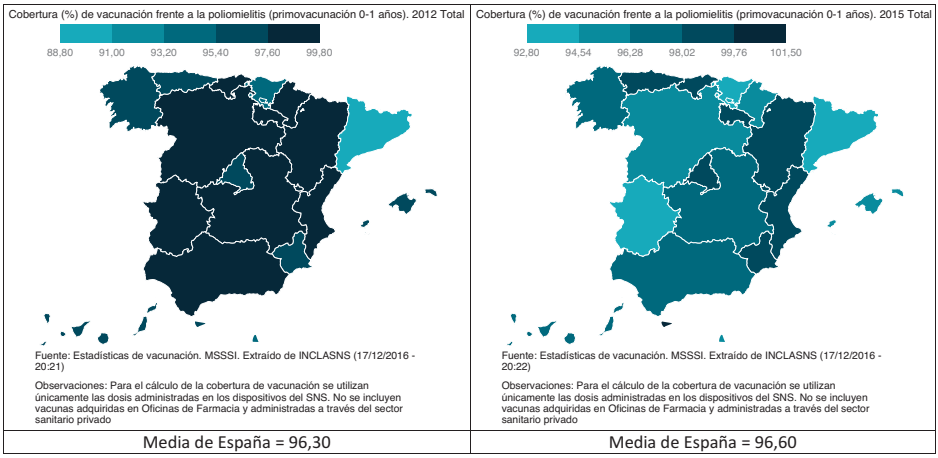
Tabla 75. Cobertura (%) de personas mayores de 64 años vacunadas frente a la gripe por CC.AA. los años 2012 y 2015

CC.AA. y Total	Tasa 2015	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	56,2	59,2	-5,07
Aragón	57,5	57,3	0,35
Asturias	55,5	57,2	-2,97
Baleares	47,3	47,9	-1,25
Canarias	57,4	36,1	59,00
Cantabria	56,9	63,3	-10,11
Castilla y León	64,4	63,8	0,94
Castilla Mancha	59,2	57,4	3,14
Cataluña	54,3	62,1	-12,56
C Valenciana	50,7	49,9	1,60
Extremadura	58,8	60,7	-3,13
Galicia	54,1	50,8	6,50
Madrid	58,1	60,0	-3,17
Murcia	43,9	41,8	5,02
Navarra	60,1	58,6	2,56
País Vasco	60,5	60,6	-0,17
Rioja	65,5	67,2	-2,53
Ceuta	29,7	24,1	23,24
Melilla	37,5	31,5	19,05
España	56,1	57,0	-1,58

3.1.2. Cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (primovacunación 0-1 años)

La primovacunación frente a la poliomielitis es muy elevada y, en el 2015, todas las CC.AA. muestran porcentajes superiores al 92%. El aumento más significativo de este indicador se produjo en Ceuta, que aparece con un 101,5% de cobertura, posiblemente por prestar cobertura a niños marroquíes que no residen en la ciudad. Sin embargo, en algunas regiones el indicador ha sufrido disminuciones, la mayor de las cuales se dio en Extremadura. Cataluña ocupa la peor posición en ambos años, y Cantabria, la mejor del 2012. El aumento promedio para España es muy discreto (0,31%) porque se parte de una tasa de cobertura muy elevada en 2012.

Figura 74. Cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (primovacunación 0-1 años) por CC.AA. los años 2012 y 2015



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

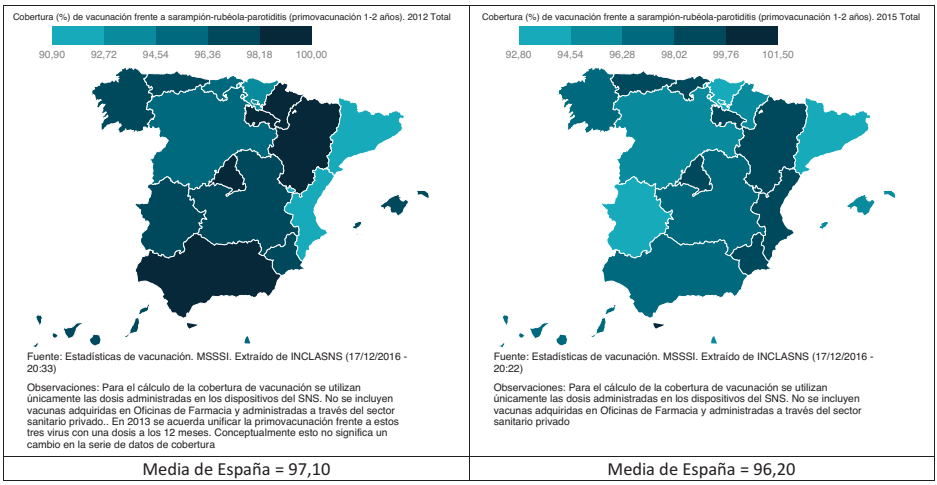
Tabla 76. Cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (primovacunación 0-1 años) por CC.AA. los años 2012 y 2015

CC.AA. y Total	Tasa 2015	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	97,40	99,60	-2,21
Aragón	98,40	98,00	0,41
Asturias	99,10	97,60	1,54
Baleares	94,80	97,50	-2,77
Canarias	97,40	97,00	0,41
Cantabria	98,20	99,80	-1,60
Castilla y León	95,00	97,70	-2,76
Castilla Mancha	97,20	98,20	-1,02
Cataluña	92,80	88,80	4,50
C Valenciana	99,40	99,10	0,30
Extremadura	93,60	99,50	-5,93
Galicia	96,50	96,40	0,10
Madrid	98,50	96,20	2,39
Murcia	98,20	96,60	1,66
Navarra	95,30	97,80	-2,56
País Vasco	93,40	95,10	-1,79
Rioja	99,00	98,30	0,71
Ceuta	101,50	95,70	6,06
Melilla	96,10	94,60	1,59
España	96,60	96,30	0,31

3.1.3. Cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (primovacunación 1-2 años)

La cobertura de triple vírica en niños de 1-2 años, disminuyó en promedio un 0,93% en España entre 2012 y 2015. La disminución más acusada se dio en la Comunidad Valenciana que pasó de una cobertura del 100% en 2012 a una de 90,9 en 2015, ostentando la peor posición de dicho año. La mejor posición de 2012 la compartía la Comunidad Valenciana con Extremadura, Navarra y Ceuta, pues todas tenían un 100% de cobertura. En 2015, sólo Ceuta conservó esa tasa. En 2012, Cataluña ostentaba la peor posición, y su mejora de cara a 2015 fue muy discreta (0,87%).

Figura 75. Cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (primovacunación 1-2 años) por CC.AA. los años 2012 y 2015



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

Tabla 77. Cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (primovacunación 1-2 años) por CC.AA. los años 2012 y 2015

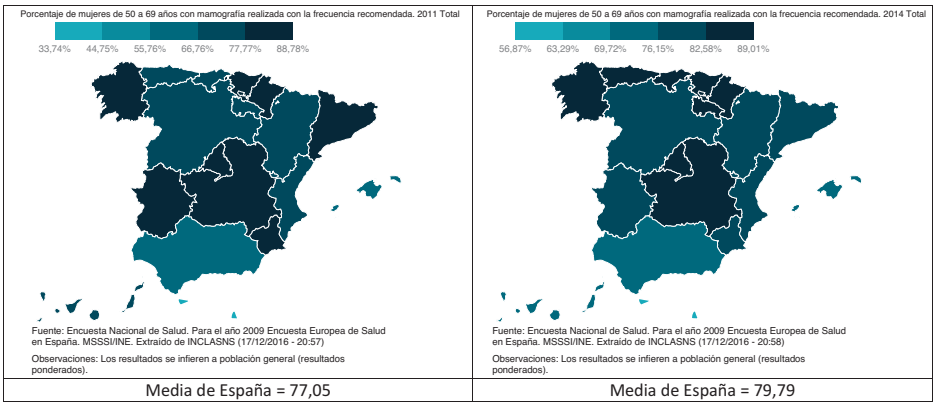
CC.AA. y Total	Tasa 2015	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	98,50	99,70	-1,20
Aragón	98,80	98,80	0,00
Asturias	97,60	98,30	-0,71
Baleares	97,40	92,40	5,41
Canarias	97,50	95,40	2,20
Cantabria	96,30	94,40	2,01
Castilla y León	95,20	94,60	0,63
Castilla Mancha	96,70	95,40	1,36
Cataluña	92,60	91,80	0,87
C Valenciana	90,90	100,00	-9,10
Extremadura	97,70	100,00	-2,30
Galicia	97,80	97,60	0,20
Madrid	99,40	96,70	2,79
Murcia	98,00	96,40	1,66
Navarra	98,30	100,00	-1,70
País Vasco	93,90	94,30	-0,42
Rioja	99,10	97,50	1,64
Ceuta	100,00	100,00	0,00
Melilla	96,10	97,00	-0,93
España	96,20	97,10	-0,93

3.2. Mamografía, cobertura general, esperas

3.2.1. Porcentaje de mujeres de 50 a 69 años con mamografía realizada con la frecuencia recomendada

El porcentaje de mujeres de 50 a 69 años con mamografía realizada con la frecuencia recomendada ha aumentado en promedio un 3,56% en España entre los años 2011 y 2014. El aumento más notable se produjo en Melilla, que ostentaba la peor posición tanto en 2011 como en 2014, y la mayor reducción se produjo en Canarias. Navarra ocupaba la mejor posición en 2011 y Castilla La Mancha en 2014.

Figura 76. Porcentaje de mujeres de 50 a 69 años con mamografía realizada con la frecuencia recomendada por CC.AA. los años 2011 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

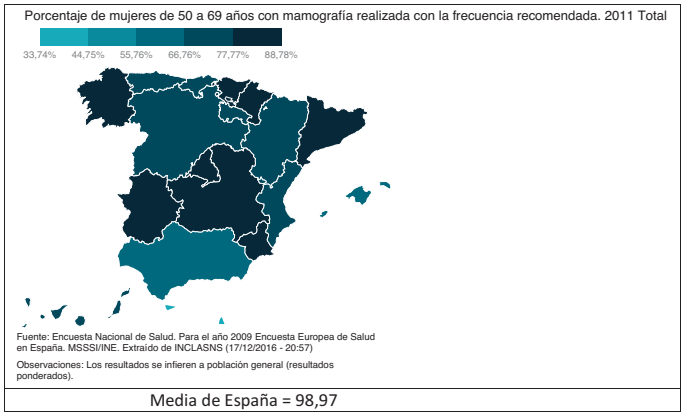
Tabla 78. Porcentaje de mujeres de 50 a 69 años con mamografía realizada con la frecuencia recomendada por CC.AA. los años 2011 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2011	Variación porcentual
Andalucía	73,55	66,27	10,99
Aragón	80,09	77,16	3,80
Asturias	83,82	75,93	10,39
Baleares	72,79	65,07	11,86
Canarias	70,68	76,63	-7,76
Cantabria	85,23	76,87	10,88
Castilla y León	77,63	74,52	4,17
Castilla Mancha	89,01	80,86	10,08
Cataluña	80,50	83,71	-3,83
C Valenciana	77,74	71,22	9,15
Extremadura	77,84	77,90	-0,08
Galicia	89,00	83,29	6,86
Madrid	83,75	80,24	4,37
Murcia	80,53	86,92	-7,35
Navarra	86,90	88,78	-2,12
País Vasco	83,07	86,52	-3,99
Rioja	85,21	69,69	22,27
Ceuta	57,55	40,18	43,23
Melilla	56,87	33,74	68,55
España	79,79	77,05	3,56

3.2.2. Porcentaje de población cubierta por el sistema sanitario publico

La información más reciente acerca del porcentaje de población cubierta por el sistema sanitario público por CC.AA. corresponde al año 2011. La media española estaba en 98,97. La tasa más alta la ostentaba Extremadura con un valor de 99,93 y la más baja Melilla con un valor de 95,77. En todos los territorios la tasa se aproxima al 99%, lo que pone de manifiesto que el nivel de cobertura era ya muy elevado hace cinco años.

Figura 77. Porcentaje de población cubierta por el sistema sanitario público por CC.AA. en 2011



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

Tabla 79. Porcentaje de población cubierta por el sistema sanitario público por CC.AA. en 2011

CC.AA. y Total	Tasa 2011
Andalucía	98,81
Aragón	99,00
Asturias	99,30
Baleares	99,13
Canarias	99,25
Cantabria	98,99
Castilla y León	99,69
Castilla Mancha	99,55
Cataluña	98,54
C Valenciana	98,73
Extremadura	99,93
Galicia	99,60
Madrid	98,92
Murcia	99,18
Navarra	98,81
País Vasco	98,52
Rioja	99,38
Ceuta	96,55
Melilla	95,77
España	98,97

3.2.3. Pacientes en espera y tiempos de espera en el ámbito nacional

La tasa de pacientes en espera por los principales tipos de cirugía disminuye en todos los casos con variaciones porcentuales de diversa magnitud entre los años 2012 y 2015. La más notable se da en las intervenciones de ginecología. La tasa de espera en intervenciones de cirugía cardíaca se mantiene igual entre ambos años. La tasa de intervenciones quirúrgicas no urgentes ha aumentado un 3,3%. No se dispone de datos por CC.AA. La tasa de pacientes en espera para consultas especializadas aumenta un 35,94% y también aumentan las de los principales tipos de consulta, correspondiendo el menor aumento a las consultas de cirugía general. Las variaciones porcentuales de los tiempos de espera son todas positivas entre el año 2012 y el 2015, debiendo concluirse que la situación de todos los indicadores de este apartado ha empeorado. El mayor aumento se produce en los tiempos de espera para intervenciones de traumatología y, el menor, para las intervenciones de cirugía cardíaca. En el caso de los tiempos de espera para consultas, el aumento más grande se produce en ginecología y el más pequeño en las consultas de cirugía general.

Tabla 80. Pacientes en espera y tiempos de espera

Pacientes en espera para...	**2012**	**2015**	**Variación porcentual**
Intervenciones quirúrgicas no urgentes por 1000 hab.	11,82	12,21	3,30
Intervenciones de Cirugía General y del Aparato Digestivo por 1000 hab.	2,59	2,23	-13,90
Intervenciones de Ginecología por 1000 hab.	0,64	0,49	-23,44
Intervenciones de Oftalmología por 1000 hab.	2,76	2,59	-6,16
Intervenciones de ORL por 1000 hab.	0,97	0,84	-13,40
Intervenciones de Traumatología por 1000 hab.	3,88	3,32	-14,43
Intervenciones de Urología por 1000 hab.	0,97	0,85	-12,37
Intervenciones de Cirugía Cardiaca por 1000 hab.	0,08	0,08	0,00
Intervenciones de Angiología y Cirugía Vascular por 1000 hab.	0,36	0,31	-13,89
Consultas especializadas por 1000 hab.	35,94	43,35	35,94
Consultas de Oftalmología por 1000 hab.	7,45	7,22	7,45
Consultas de Traumatología por 1000 hab.	6,42	7,47	6,42
Consultas de Dermatología por 1000 hab.	4,46	5,43	4,46
Consultas de ORL por 1000 hab.	2,02	2,56	2,02
Consultas de Cirugía General por 1000 hab.	1,31	1,47	1,31
Consultas de Urología por 1000 hab.	1,41	1,73	1,41
Consultas de aparato digestivo por 1000 hab.	1,90	2,47	1,90
Consultas de Cardiología por 1000 hab.	1,48	1,54	1,48
Tiempos de espera para...			
Intervenciones quirúrgicas no urgentes	76,00	89,00	76,00
Intervenciones de Cirugía General y del Aparato Digestivo	76,00	84,17	76,00
Intervenciones de Oftalmología	65,00	68,83	65,00
Intervenciones de ORL	68,00	84,65	68,00
Intervenciones de Traumatología	90,00	111,54	90,00
Intervenciones de Urología	63,00	74,53	63,00
Intervenciones de Cirugía Cardiaca	55,00	69,96	55,00
Intervenciones de Angiología y Cirugía Vascular	79,00	88,41	79,00
Consultas especializadas	53,00	58,40	53,00
Consultas de Ginecología	79,00	57,55	79,00
Consultas de Oftalmología	69,00	68,43	69,00
Consultas de Traumatología	56,00	61,10	56,00
Consultas de Dermatología	43,00	57,52	43,00
Consultas de ORL	37,00	43,63	37,00
Consultas de Cirugía General	33,00	44,85	33,00
Consultas de Urología	49,00	47,05	49,00
Consultas de Aparato Digestivo	48,00	58,84	48,00
Consultas de Cardiología	55,00	48,89	55,00

SÍNTESIS 7: Accesibilidad

La accesibilidad al sistema sanitario ha mejorado en promedio en algunos apartados y ha empeorado en otros. La cobertura de vacunación mejora en el caso de la poliomielitis y sufre cierto retroceso en la gripe en mayores de 64 años y triple vírica. La realización de mamografía mejora y el porcentaje de obertura de población es muy elevado. Los puntos más débiles siguen siendo las listas de espera quirúrgica y los tiempos de espera para consultas de determinadas especialidades. De forma detallada:

La cobertura de personas mayores de 64 años vacunadas frente a la gripe es del 56.1%, si bien, lamentablemente disminuyó, en promedio, un 1,58% entre los años 2012 y 2015.

La primovacunación frente a la poliomielitis es muy elevada y, en el 2015, todas las CC.AA. muestran porcentajes superiores al 92%.

La cobertura de triple vírica en niños de 1-2 años, disminuyó en promedio un 0,93% en España entre 2012 y 2015.

El porcentaje de mujeres de 50 a 69 años con mamografía realizada con la frecuencia recomendada ha aumentado en promedio un 3,56% en España entre los años 2011 y 2014.

La información más reciente acerca del porcentaje de población cubierta por el sistema sanitario público por CC.AA. corresponde al año 2011. La media española estaba en 98,97 y en todas las regiones la tasa es superior al 95%. La tasa de pacientes en espera por los principales tipos de cirugía disminuye en todos los casos con variaciones porcentuales de diversa magnitud entre los años 2012 y 2015.

La tasa de intervenciones quirúrgicas no urgentes ha aumentado un 3,3%. No se dispone de datos por CC.AA.

La tasa de pacientes en espera para consultas especializadas aumenta un 35,94% y también aumentan las de los principales tipos de consulta, correspondiendo el menor aumento a las consultas de cirugía general.

Las variaciones porcentuales de los tiempos de espera son todas positivas entre el año 2012 y el 2015, debiendo concluirse que la situación de todos los indicadores de este apartado ha empeorado. El mayor aumento se produce en los tiempos de espera para intervenciones de traumatología y, el menor, para las intervenciones de cirugía cardíaca.

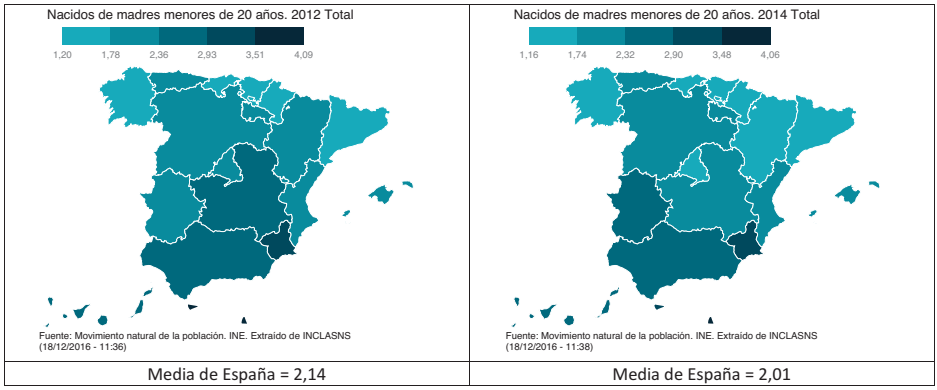
En el caso de los tiempos de espera para consultas, el aumento más grande se produce en ginecología y el más pequeño en las consultas de cirugía general.

4
Efectividad

4.1. Nacidos de madres menores de 20 años

La tasa de nacidos de madres menores de 20 años ha disminuido, en promedio, en España, un 6,07% entre los años 2012 y 2014. La mayor disminución se dio en Ceuta y el mayor aumento en Extremadura. Cantabria arrojó la tasa más favorable del período y Melilla la menos favorable.

Figura 78. Nacidos de madres menores de 20 años por CC.AA. los años 2012 y 2014



Media de España = 2,14	Media de España = 2,01

Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

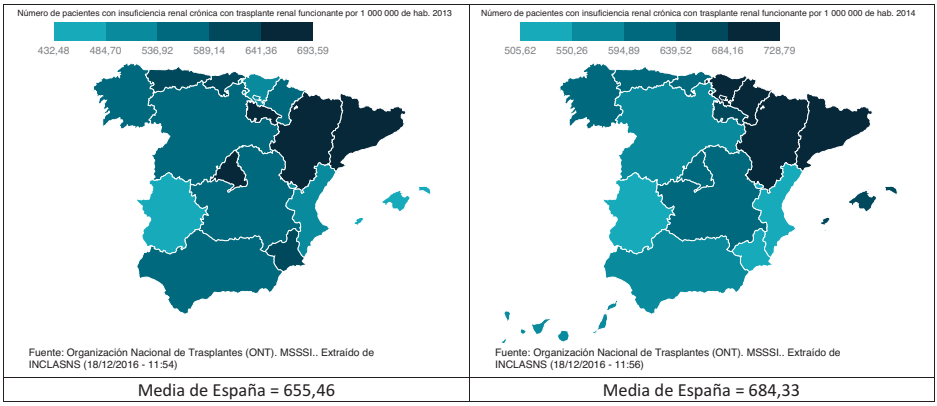
Tabla 81. Nacidos de madres menores de 20 años por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	2,52	2,78	-9,35
Aragón	1,74	1,81	-3,87
Asturias	2,05	1,86	10,22
Baleares	1,75	2,05	-14,63
Canarias	2,45	2,66	-7,89
Cantabria	1,16	1,20	-3,33
Castilla y León	2,13	2,13	0,00
Castilla Mancha	2,25	2,44	-7,79
Cataluña	1,59	1,74	-8,62
C Valenciana	2,24	2,20	1,82
Extremadura	2,47	2,32	6,47
Galicia	1,32	1,55	-14,84
Madrid	1,64	1,81	-9,39
Murcia	3,18	3,14	1,27
Navarra	1,54	1,50	2,67
País Vasco	1,25	1,23	1,63
Rioja	1,94	2,16	-10,19
Ceuta	3,08	3,72	-17,20
Melilla	4,06	4,09	-0,73
España	2,01	2,14	-6,07

4.2. Número de pacientes con insuficiencia renal crónica con trasplante renal funcionante por 1.000.000 de hab.

El número de pacientes con insuficiencia renal crónica con trasplante renal funcionante por 1.000.000 de hab. ha aumentado, en promedio, un 4,40% entre los años 2013 y 2014 en España. El mayor aumento se ha registrado en Baleares y la mayor disminución en Madrid. El mayor número de pacientes de este tipo en 2013 se dio en La Rioja, y el menor, en Baleares. En 2014, el mayor número se dio en Navarra y el menor en Extremadura.

Figura 79. Número de pacientes con insuficiencia renal crónica con trasplante renal funcionante por 1.000.000 de hab. por CC.AA. los años 2013 y 2014



Media de España = 655,46	Media de España = 684,33

Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

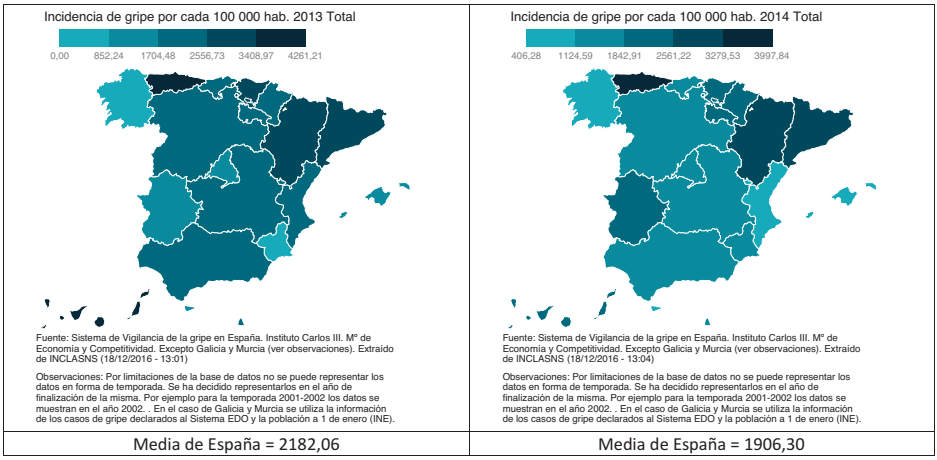
Tabla 82. Número de pacientes con insuficiencia renal crónica con trasplante renal funcionante por 1.000.000 de hab. por CC.AA. los años 2013 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2013	Variación porcentual
Andalucía	583,65	556,38	4,90
Aragón	684,33	655,46	4,40
Asturias	632,91	623,50	1,51
Baleares	665,19	432,48	53,81
Canarias	575,35		
Cantabria	630,25	603,15	4,49
Castilla y León	581,21	561,14	3,58
Castilla Mancha	595,11	576,87	3,16
Cataluña	701,96	676,49	3,77
C Valenciana	531,29	501,19	6,01
Extremadura	505,62	480,07	5,32
Galicia	603,56	578,47	4,34
Madrid	595,40	693,07	-14,09
Murcia	548,13	608,64	-9,94
Navarra	728,79	559,15	30,34
País Vasco	714,94	528,52	35,27
Rioja	648,90	693,59	-6,44
Ceuta	609,86	580,20	5,11
Melilla	583,65	556,38	4,90
España	684,33	655,46	4,40

4.3. Incidencia de gripe por cada 100 000 hab.

La incidencia de gripe por cada 100.000 habitantes disminuyó, en promedio, un 12,64% en España entre los años 2013 y 2014. La disminución más notable se dio en Ceuta y el aumento más grande se dio en Madrid. Canarias ocupó la peor posición en 2013 y Cataluña en 2014. La situación más favorable del 2013 se dio en Galicia y en Murcia, y la del 2014 se dio en Ceuta.

Figura 80. Incidencia de gripe por cada 100 000 hab. por CC.AA. los años 2013 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

Tabla 83. Incidencia de gripe por cada 100 000 hab. por CC.AA. los años 2013 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2013	Variación porcentual
Andalucía	1647,86	1918,66	-14,11
Aragón	2721,17	2843,46	-4,30
Asturias	3997,84	3597,73	11,12
Baleares	957,83	1425,98	-32,83
Canarias	2101,02	4261,21	-50,69
Cantabria	1776,99	1953,03	-9,01
Castilla y León	1745,22	2274,66	-23,28
Castilla Mancha	1802,87	2089,74	-13,73
Cataluña	2569,53	3280,90	-21,68
C Valenciana	1030,14	1983,29	-48,06
Extremadura	1966,60	1552,36	26,68
Galicia	813,28	0,00	
Madrid	1767,54	1253,71	40,98
Murcia	1293,79	0,00	
Navarra	2317,53	2235,21	3,68
País Vasco	2283,52	2693,87	-15,23
Rioja	1993,01	1827,61	9,05
Ceuta	406,28	1388,01	-70,73
Melilla	1323,03	2164,85	-38,89
España	1906,30	2182,06	-12,64

4.4. Supervivencia funcional del trasplante de hígado y pulmón a los 3 años por cada 100 trasplantados

Entre los años 2012 y 2015, la tasa de supervivencia funcional del trasplante de hígado a los tres años ha aumentado un 3,91%, mientras que la de pulmón disminuyó un 0,49%. La efectividad del primer tipo de trasplante parece gozar de mayor consolidación que la del segundo, si bien, las tasas año tras año son bastante estables.

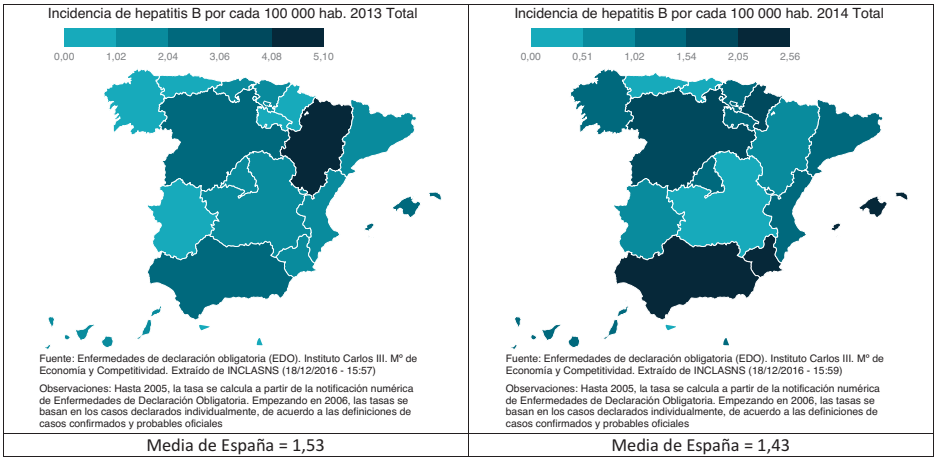
Tabla 84. Resultados de ámbito nacional sobre supervivencia funcional del trasplante de hígado y pulmón a los 3 años por cada 100 trasplantados

Trasplante	2012	2013	2014	2015	Variación 2012-2015
Hígado	69,0	69,5	69,5	71,7	3,91
Pulmón	61,6	60,2	60,1	61,3	-0,49

4.5. Incidencia de hepatitis B por cada 100 000 hab.

La incidencia de hepatitis B por cada 100 000 hab., ha disminuido en promedio un 6,54% en España entre los años 2013 y 2014. La mayor reducción se produjo en Aragón, y el mayor aumento en Galicia. La mejor posición del año 2013 la ostentaban Asturias, Ceuta y Melilla con incidencias cero. La peor posición la ostentaba Aragón en el 2013 y Andalucía en el 2014. Ceuta y Asturias se mantuvieron en 2014 como las mejor posicionadas, mientras que Melilla vio empeorar la tasa.

Figura 81. Incidencia de hepatitis B por cada 100 000 hab. por CC.AA. los años 2013 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

Tabla 85. Incidencia de hepatitis B por cada 100 000 hab. por CC.AA. los años 2013 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2013	Variación porcentual
Andalucía	2,56	2,11	21,33
Aragón	0,83	5,10	-83,73
Asturias	0,19	0,00	No calculable
Baleares	2,23	2,42	-7,85
Canarias	1,51	1,80	-16,11
Cantabria	0,34	1,53	-77,78
Castilla y León	1,57	2,15	-26,98
Castilla Mancha	0,48	1,68	-71,43
Cataluña	1,09	1,05	3,81
C Valenciana	1,11	1,61	-31,06
Extremadura	1,01	0,91	10,99
Galicia	1,20	0,51	135,29
Madrid	1,24	1,17	5,98
Murcia	2,05	1,03	99,03
Navarra	1,73	0,94	84,04
País Vasco	1,06	1,06	0,00
Rioja	1,27	0,63	101,59
Ceuta	0,00	0,00	0,00
Melilla	1,19	0,00	No calculable
España	1,43	1,53	-6,54

SÍNTESIS 8: Efectividad

La evolución de la selección de indicadores de efectividad muestra luces y sombras. Las gestaciones en menores de 20 años disminuyen, así como la incidencia de gripe y de hepatitis B y aumenta la tasa de supervivencia funcional del trasplante de hígado. En cambio, aumenta el número de pacientes con insuficiencia renal crónica con trasplante y disminuye la supervivencia funcional del trasplante de pulmón, si bien, ligeramente.

La tasa de nacidos de madres menores de 20 años ha disminuido, en promedio, en España, un 6,07% entre los años 2012 y 2014.

El número de pacientes con insuficiencia renal crónica con trasplante renal funcionante por 1.000.000 de hab. ha aumentado, en promedio, un 4,40% entre los años 2013 y 2014 en España.

La incidencia de gripe por cada 100.000 habitantes disminuyó, en promedio, un 12,64% en España entre los años 2013 y 2014.

Entre los años 2012 y 2015, la tasa de supervivencia funcional del trasplante de hígado a los tres años ha aumentado un 3,91%, mientras que la de pulmón disminuyó un 0,49%. La efectividad del primer tipo de trasplante parece gozar de mayor consolidación que la del segundo, si bien, las tasas año tras año son bastante estables.

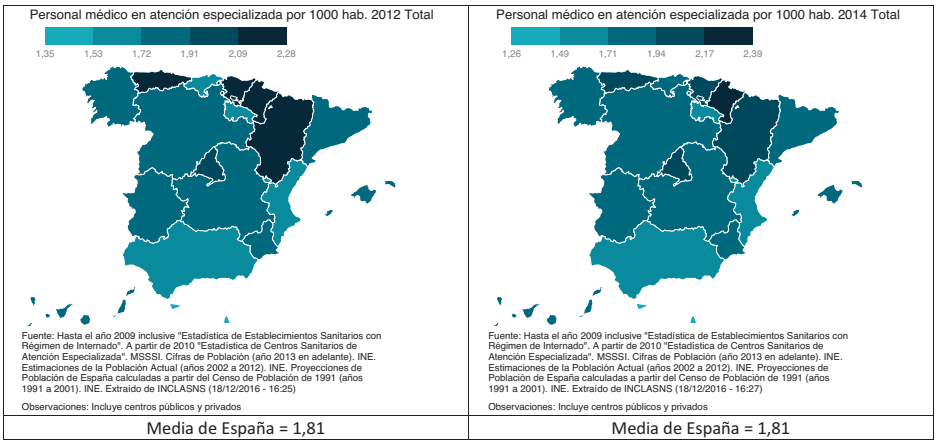
La incidencia de hepatitis B por cada 100 000 hab., ha disminuido en promedio un 6,54% en España entre los años 2013 y 2014.

5
Recursos

5.1. Personal médico en atención especializada por 1000 hab.

La tasa de personal médico en atención especializada por 1000 hab. permaneció inalterada entre los años 2012 y 2014 para el conjunto de España. Por Comunidades, la que sufrió un mayor aumento fue Navarra, y al que sufrió una mayor reducción fue Melilla. Ambos territorios ostentaron la mejor y peor posición en los dos años acerca de este indicador.

Figura 82. Personal médico en atención especializada por 1000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

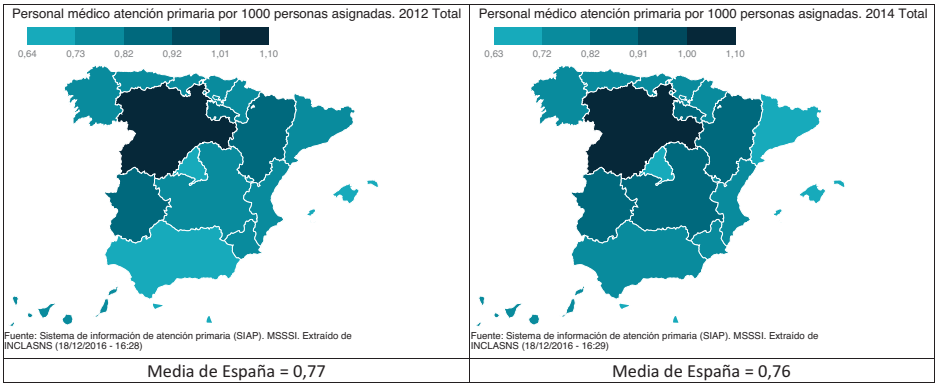
Tabla 86. Personal médico en atención especializada por 1000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2015

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	1,53	1,54	-0,65
Aragón	2,15	2,18	-1,38
Asturias	2,15	2,18	-1,38
Baleares	1,87	1,86	0,54
Canarias	1,78	1,72	3,49
Cantabria	1,76	1,69	4,14
Castilla y León	1,86	1,89	-1,59
Castilla Mancha	1,74	1,77	-1,69
Cataluña	1,84	1,83	0,55
C Valenciana	1,68	1,67	0,60
Extremadura	1,75	1,78	-1,69
Galicia	1,76	1,79	-1,68
Madrid	2,00	2,02	-0,99
Murcia	1,75	1,77	-1,13
Navarra	2,39	2,28	4,82
País Vasco	2,13	2,13	0,00
Rioja	1,68	1,70	-1,18
Ceuta	1,47	1,53	-3,92
Melilla	1,26	1,35	-6,67
España	1,81	1,81	0,00

5.2. Personal médico atención primaria por 1000 personas asignadas

La tasa de personal médico de atención primaria por 1000 personas asignadas disminuyó, en promedio, en España, un 1,30% entre los años 2012 y 2014. La mayor reducción se produjo en Melilla y el mayor aumento en Navarra. La mejor posición en ambos años fue para Castilla y León y la peor para Baleares el año 2012 y para Baleares y Ceuta el año 2014.

Figura 83. Personal médico atención primaria por 1000 personas asignadas por CC.AA. los años 2012 y 2014



Media de España = 0,77	Media de España = 0,76

Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

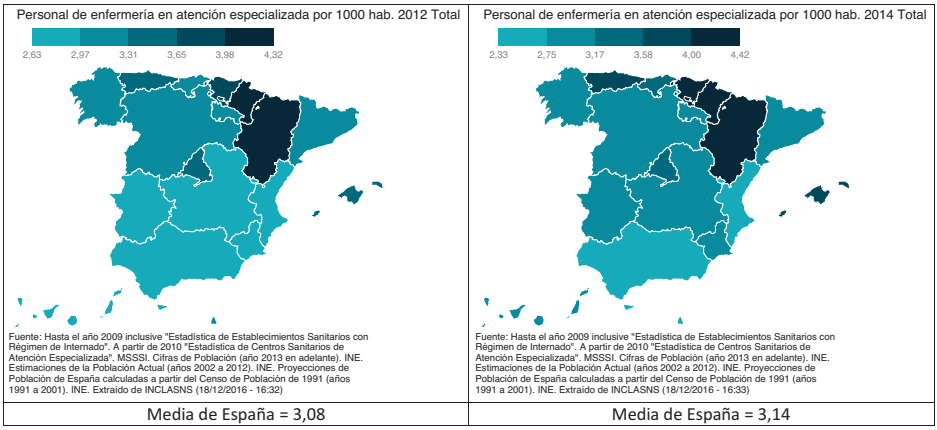
Tabla 87. Personal médico atención primaria por 1000 personas asignadas por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	0,72	0,73	-1,37
Aragón	0,88	0,90	-2,22
Asturias	0,73	0,76	-3,95
Baleares	0,63	0,64	-1,56
Canarias	0,76	0,77	-1,30
Cantabria	0,78	0,79	-1,27
Castilla y León	1,10	1,10	0,00
Castilla Mancha	0,82	0,82	0,00
Cataluña	0,72	0,75	-4,00
C Valenciana	0,75	0,75	0,00
Extremadura	0,88	0,88	0,00
Galicia	0,82	0,81	1,23
Madrid	0,68	0,70	-2,86
Murcia	0,77	0,77	0,00
Navarra	0,80	0,77	3,90
País Vasco	0,78	0,78	0,00
Rioja	0,83	0,83	0,00
Ceuta	0,63	0,65	-3,08
Melilla	0,64	0,70	-8,57
España	0,76	0,77	-1,30

5.3. Personal de enfermería en atención especializada por 1000 hab.

El personal de enfermería en atención especializada por 1000 hab., aumentó, en promedio, un 1,95% en España entre los años 2012 y 2014. El mayor aumento se produjo en el País Vasco y la mayor disminución en Melilla. La mejor posición del 2012 la ostentaba Navarra, y la peor, Andalucía. En cambio, la mejor posición para el año 2014 la mostraba el País Vasco, y la peor, Melilla.

Figura 84. Personal de enfermería en atención especializada por 1000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

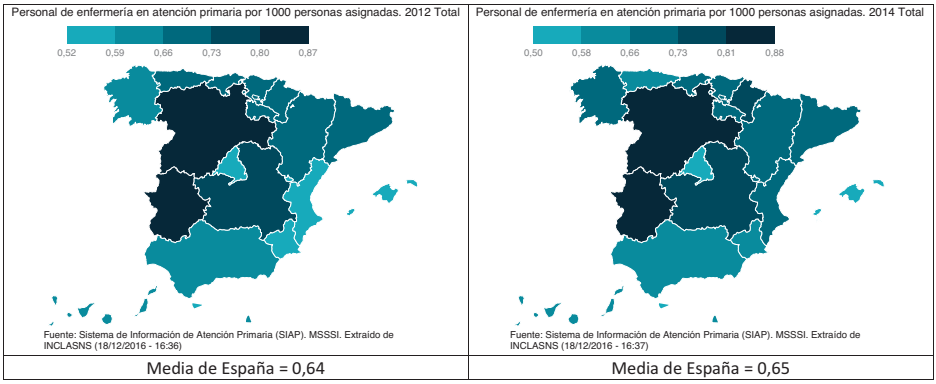
Tabla 88. Personal de enfermería en atención especializada por 1000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	2,67	2,63	1,52
Aragón	4,30	4,03	6,70
Asturias	3,61	3,47	4,03
Baleares	3,60	3,44	4,65
Canarias	3,07	2,89	6,23
Cantabria	3,23	3,21	0,62
Castilla y León	3,14	3,21	-2,18
Castilla Mancha	2,79	2,86	-2,45
Cataluña	3,16	3,17	-0,32
C Valenciana	2,73	2,64	3,41
Extremadura	2,92	2,79	4,66
Galicia	3,16	3,19	-0,94
Madrid	3,32	3,32	0,00
Murcia	2,93	2,89	1,38
Navarra	4,22	4,32	-2,31
País Vasco	4,42	3,82	15,71
Rioja	3,14	2,99	5,02
Ceuta	2,53	2,72	-6,99
Melilla	2,33	3,06	-23,86
España	3,14	3,08	1,95

5.4. Personal de enfermería en atención primaria por 1000 personas asignadas

El personal de enfermería en atención primaria por 1000 personas asignadas ha aumentado, en promedio, un 1,56% en España entre los años 2012 y 2014. Sin embargo, este indicador ha sufrido disminuciones de distinta magnitud en siete Comunidades. La mayor disminución se produjo en Melilla y el mayor aumento en la Comunidad Valenciana. La mejor posición del período la presentó Castilla y León y, la peor en Baleares, Madrid y Ceuta.

Figura 85. Personal de enfermería en atención primaria por 1000 personas asignadas por CC.AA. los años 2012 y 2014



Media de España = 0,64	Media de España = 0,65

Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

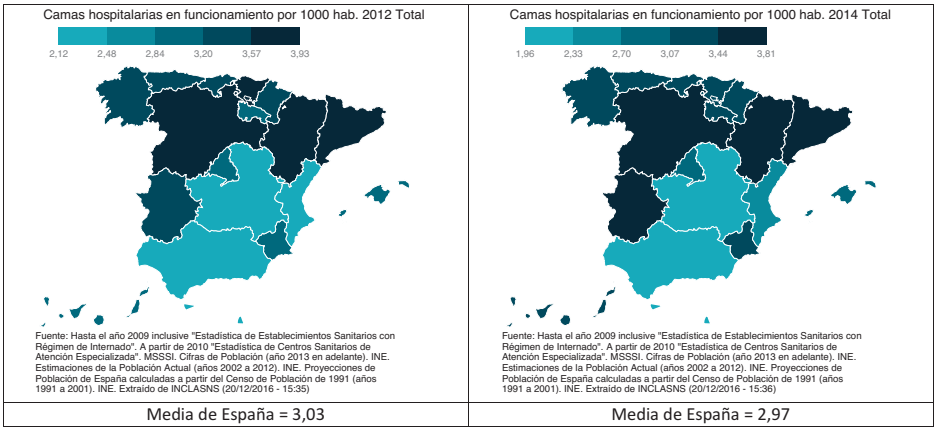
Tabla 89. Personal de enfermería en atención primaria por 1000 personas asignadas por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	0,61	0,60	1,67
Aragón	0,73	0,72	1,39
Asturias	0,65	0,66	-1,52
Baleares	0,50	0,52	-3,85
Canarias	0,62	0,62	0,00
Cantabria	0,66	0,66	0,00
Castilla y León	0,88	0,87	1,15
Castilla Mancha	0,75	0,74	1,35
Cataluña	0,68	0,69	-1,45
C Valenciana	0,67	0,56	19,64
Extremadura	0,84	0,84	0,00
Galicia	0,66	0,65	1,54
Madrid	0,51	0,52	-1,92
Murcia	0,59	0,59	0,00
Navarra	0,75	0,73	2,74
País Vasco	0,67	0,71	-5,63
Rioja	0,70	0,69	1,45
Ceuta	0,51	0,53	-3,77
Melilla	0,60	0,64	-6,25
España	0,65	0,64	1,56

5.5. Camas hospitalarias en funcionamiento por 1000 hab.

La tasa de camas hospitalarias en funcionamiento por 1000 habitantes disminuyó, en promedio, en España, un 1,98% entre los años 2012 y 2014. Aun así, hubo ligeros aumentos en dos CC.AA. y estabilidad en otras tres. El mayor aumento se produjo en La Rioja y, la mayor disminución en Melilla. La mejor posición de este indicador en 2012 y 2014, fue para Cataluña, y la peor, para Melilla.

Figura 86. Camas hospitalarias en funcionamiento por 1000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2015



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

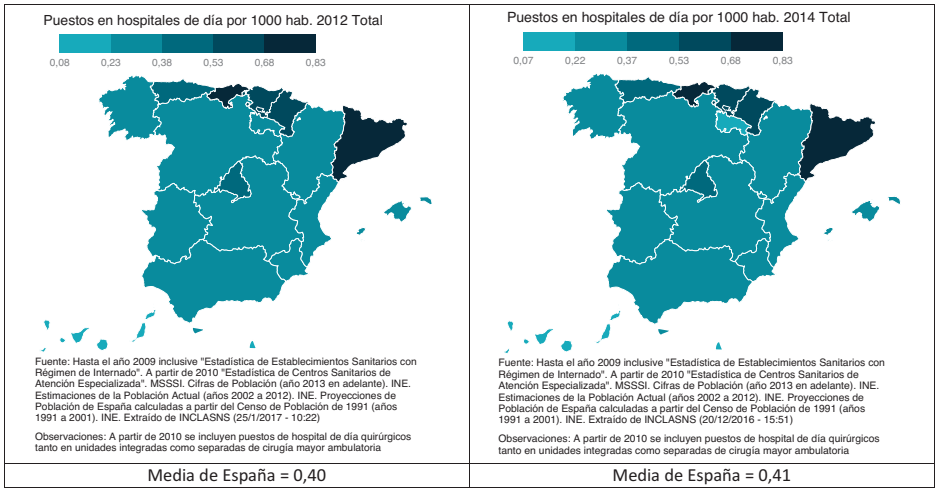
Tabla 90. Camas hospitalarias en funcionamiento por 1000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	2,17	2,22	-2,25
Aragón	3,67	3,68	-0,27
Asturias	3,25	3,39	-4,13
Baleares	2,99	2,99	0,00
Canarias	3,12	3,12	0,00
Cantabria	3,24	3,27	-0,92
Castilla y León	3,45	3,62	-4,70
Castilla Mancha	2,21	2,31	-4,33
Cataluña	3,81	3,93	-3,05
C Valenciana	2,35	2,32	1,29
Extremadura	3,48	3,48	0,00
Galicia	3,31	3,48	-4,89
Madrid	2,86	2,89	-1,04
Murcia	3,20	3,15	1,59
Navarra	3,37	3,54	-4,80
País Vasco	3,37	3,60	-6,39
Rioja	3,20	2,95	8,47
Ceuta	2,13	2,35	-9,36
Melilla	1,96	2,12	-7,55
España	2,97	3,03	-1,98

5.6. Puestos en hospitales de día por 1000 hab.

La tasa de puestos en hospitales de día por 1000 habitantes aumentó, en promedio, un 2,5% en España entre los años 2012 y 2014. La mayor disminución se produjo en Ceuta y, el mayor aumento en Castilla y León. La mejor posición del período la ocupó Cantabria y la peor Melilla.

Figura 87. Puestos en hospitales de día por 1000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

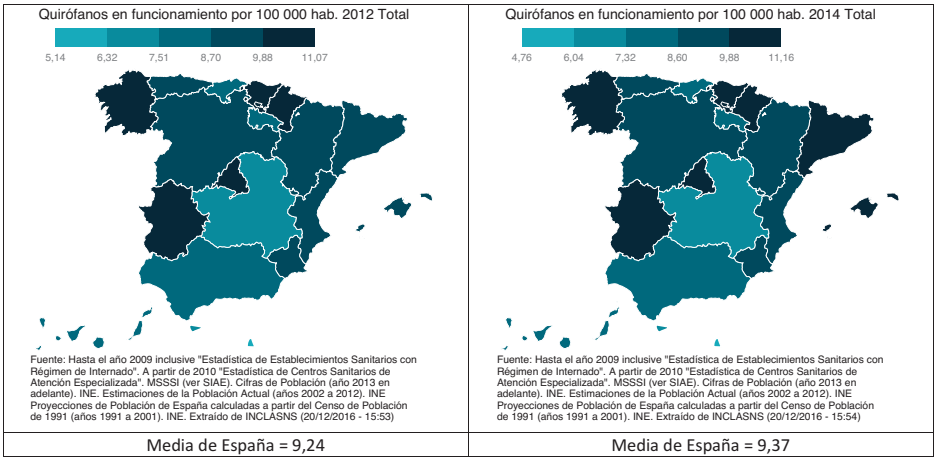
Tabla 91. Puestos en hospitales de día por 1000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	0,34	0,32	6,25
Aragón	0,28	0,27	3,70
Asturias	0,44	0,43	2,33
Baleares	0,32	0,30	6,67
Canarias	0,22	0,23	-4,35
Cantabria	0,83	0,83	0,00
Castilla y León	0,32	0,29	10,34
Castilla Mancha	0,29	0,30	-3,33
Cataluña	0,72	0,71	1,41
C Valenciana	0,27	0,25	8,00
Extremadura	0,30	0,30	0,00
Galicia	0,32	0,31	3,23
Madrid	0,41	0,39	5,13
Murcia	0,31	0,29	6,90
Navarra	0,61	0,56	8,93
País Vasco	0,59	0,56	5,36
Rioja	0,22	0,23	-4,35
Ceuta	0,24	0,28	-14,29
Melilla	0,07	0,08	-12,50
España	0,41	0,40	2,50

5.7. Quirófanos en funcionamiento por 100 000 hab.

La tasa de quirófanos en funcionamiento por 100.000 habitantes aumentó, en promedio y en España un 1,41% entre los años 2012 y 2014. El mayor aumento se produjo en Ceuta y, la mayor disminución en Melilla. Esta ciudad ocupó la última posición ambos años y la Comunidad Autónoma de Navarra la primera y más favorable de todo el territorio.

Figura 88. Quirófanos en funcionamiento por 100 000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

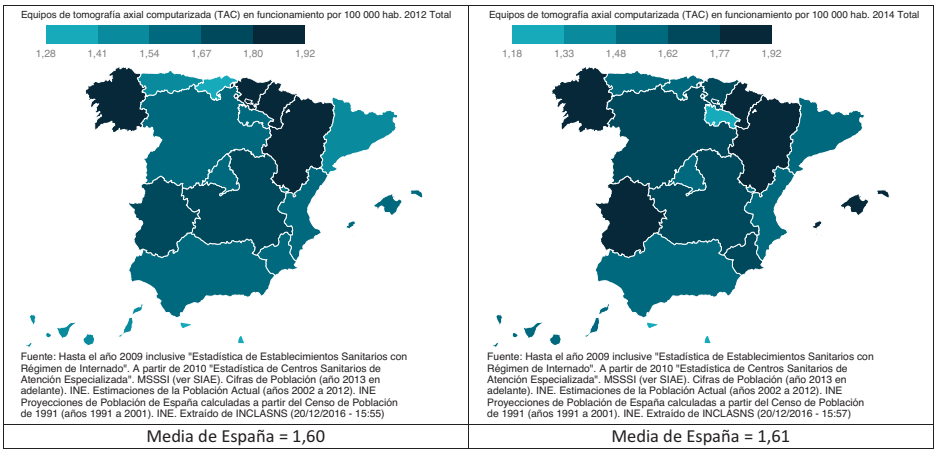
Tabla 92. Quirófanos en funcionamiento por 100 000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	8,48	8,40	0,95
Aragón	9,56	9,38	1,92
Asturias	9,30	9,34	-0,43
Baleares	10,09	9,84	2,54
Canarias	8,45	8,11	4,19
Cantabria	8,19	8,13	0,74
Castilla y León	8,77	8,79	-0,23
Castilla Mancha	6,58	6,61	-0,45
Cataluña	9,94	9,70	2,47
C Valenciana	9,60	9,28	3,45
Extremadura	10,15	9,89	2,63
Galicia	10,07	10,00	0,70
Madrid	10,24	10,08	1,59
Murcia	9,84	9,68	1,65
Navarra	11,16	11,07	0,81
País Vasco	10,16	10,77	-5,66
Rioja	8,28	7,70	7,53
Ceuta	7,09	6,47	9,58
Melilla	4,76	5,14	-7,39
España	9,37	9,24	1,41

5.8. Equipos de tomografía axial computarizada (TAC) en funcionamiento por 100 000 hab.

La tasa de equipos de tomografía axial computarizada (TAC) en funcionamiento por 100.000 habitantes ha aumentado un 0,63%, en promedio, en España entre los años 2012 y 2014. El mayor aumento se produjo en Cantabria y la mayor disminución en La Rioja. La peor posición la ocupó Melilla en el 2012 y Ceuta en el 2014.

Figura 89. Equipos de tomografía axial computarizada (TAC) en funcionamiento por 100 000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

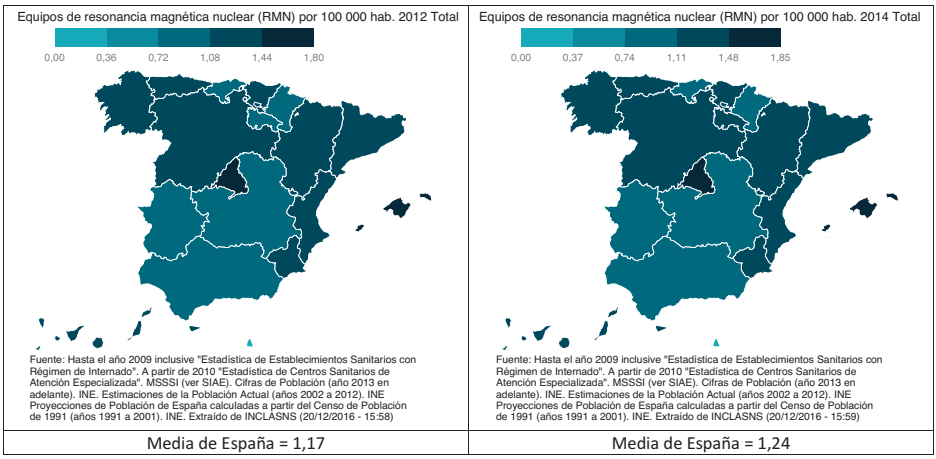
Tabla 93. Equipos de tomografía axial computarizada (TAC) en funcionamiento por 100 000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	1,54	1,54	0,00
Aragón	1,81	1,83	-1,09
Asturias	1,52	1,43	6,29
Baleares	1,87	1,64	14,02
Canarias	1,56	1,46	6,85
Cantabria	1,54	1,38	11,59
Castilla y León	1,69	1,62	4,32
Castilla Mancha	1,69	1,71	-1,17
Cataluña	1,50	1,48	1,35
C Valenciana	1,62	1,62	0,00
Extremadura	1,92	1,76	9,09
Galicia	1,83	1,80	1,67
Madrid	1,54	1,58	-2,53
Murcia	1,64	1,62	1,23
Navarra	1,89	1,92	-1,56
País Vasco	1,76	1,84	-4,35
Rioja	1,27	1,60	-20,63
Ceuta	1,18	1,29	-8,53
Melilla	1,19	1,28	-7,03
España	1,61	1,60	0,63

5.9. Equipos de resonancia magnética nuclear (RMN) por 100 000 hab.

La tasa de equipos de resonancia magnética nuclear (RMN) por 100.000 habitantes ha aumentado, en promedio, un 5,98% en España, entre los años 2012 y 2014. Sin embargo, disminuyó en siete Comunidades y permaneció a cero en Melilla. El mayor aumento se produjo en La Rioja y la mayor disminución en Ceuta. Madrid ocupó la mejor posición del período y Melilla la peor, al no disponer de equipos.

Figura 90. Equipos de resonancia magnética nuclear (RMN) por 100 000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

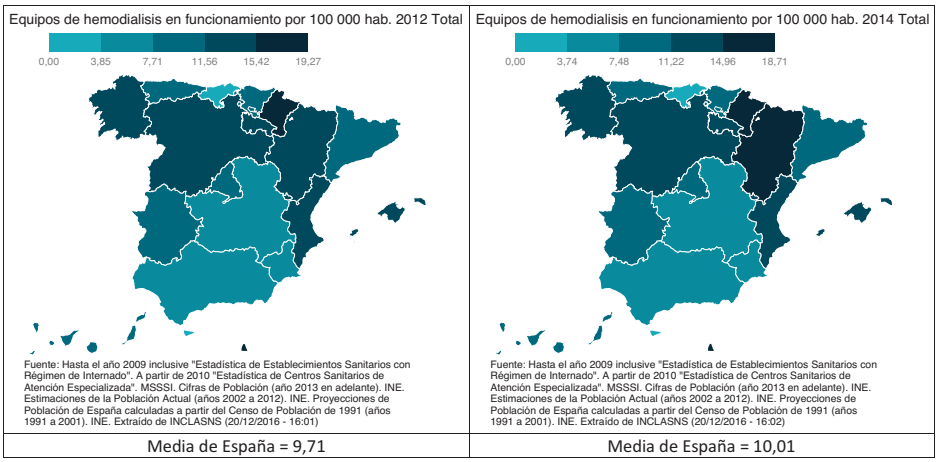
Tabla 94. Equipos de resonancia magnética nuclear (RMN) por 100 000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	0,87	0,80	8,75
Aragón	1,13	1,14	-0,88
Asturias	1,42	1,14	24,56
Baleares	1,78	1,46	21,92
Canarias	1,18	1,13	4,42
Cantabria	0,85	0,87	-2,30
Castilla y León	1,29	1,13	14,16
Castilla Mancha	1,02	1,03	-0,97
Cataluña	1,22	1,12	8,93
C Valenciana	1,15	1,16	-0,86
Extremadura	1,01	0,92	9,78
Galicia	1,35	1,40	-3,57
Madrid	1,85	1,80	2,78
Murcia	1,37	1,22	12,30
Navarra	0,94	0,96	-2,08
País Vasco	1,25	1,09	14,68
Rioja	1,27	0,96	32,29
Ceuta	1,18	1,29	-8,53
Melilla	0,00	0,00	0,00
España	1,24	1,17	5,98

5.10. Equipos de hemodiálisis en funcionamiento por 100 000 hab.

La tasa de equipos de hemodiálisis en funcionamiento por 100.000 habitantes aumentó, en promedio un 3,09%, en España entre los años 2012 y 2014. El mayor aumento se produjo en Baleares y la mayor disminución en Castilla La Mancha. La mejor posición del período la ocupó Melilla, y la peor Ceuta al no contar con equipos.

Figura 91. Equipos de hemodiálisis en funcionamiento por 100 000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

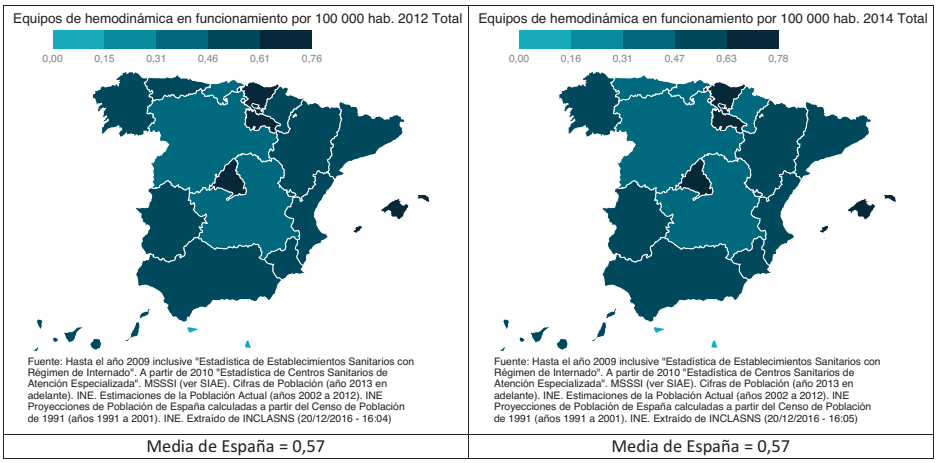
Tabla 95. Equipos de hemodiálisis en funcionamiento por 100 000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	7,16	6,70	6,87
Aragón	16,03	15,32	4,63
Asturias	10,44	10,48	-0,38
Baleares	13,92	11,66	19,38
Canarias	10,38	10,00	3,80
Cantabria	2,73	2,77	-1,44
Castilla y León	11,75	11,83	-0,68
Castilla Mancha	5,47	6,02	-9,14
Cataluña	8,61	8,70	-1,03
C Valenciana	14,05	12,57	11,77
Extremadura	7,86	8,04	-2,24
Galicia	13,87	14,00	-0,93
Madrid	9,88	9,55	3,46
Murcia	7,04	6,70	5,07
Navarra	18,71	18,44	1,46
País Vasco	10,48	10,96	-4,38
Rioja	12,10	12,52	-3,35
Ceuta	0,00	0,00	0,00
Melilla	17,86	19,27	-7,32
España	10,01	9,71	3,09

5.11. Equipos de hemodinámica en funcionamiento por 100 000 hab.

La tasa de equipos de hemodinámica en funcionamiento por 100.000 habitantes permaneció inamovible, en promedio, en España entre los años 2012 y 2014. Sin embargo, se dieron aumentos y disminuciones en distintas CC.AA. El mayor aumento tuvo lugar en Extremadura y la mayor disminución en Navarra. La mejor posición del período fue para Madrid, y la peor para Ceuta y Melilla al no disponer de equipos.

Figura 92. Equipos de hemodinámica en funcionamiento por 100 000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

Tabla 96. Equipos de hemodinámica en funcionamiento por 100 000 hab. por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	0,61	0,57	7,02
Aragón	0,53	0,53	0,00
Asturias	0,38	0,48	-20,83
Baleares	0,71	0,73	-2,74
Canarias	0,61	0,57	7,02
Cantabria	0,34	0,35	-2,86
Castilla y León	0,32	0,32	0,00
Castilla Mancha	0,34	0,34	0,00
Cataluña	0,47	0,60	-21,67
C Valenciana	0,57	0,54	5,56
Extremadura	0,55	0,46	19,57
Galicia	0,62	0,59	5,08
Madrid	0,78	0,76	2,63
Murcia	0,48	0,47	2,13
Navarra	0,31	0,48	-35,42
País Vasco	0,74	0,66	12,12
Rioja	0,64	0,64	0,00
Ceuta	0,00	0,00	0,00
Melilla	0,00	0,00	0,00
España	0,57	0,57	0,00

SÍNTESIS 9: Recursos

La evolución de la selección de indicadores de recursos muestra algunas mejoras, pero también estancamientos y retrocesos. Mejoran los indicadores de enfermería tanto en atención primaria como especializada; la tasa de puestos en hospitales de día; la tasa de quirófanos y las tasas de equipos de TAC, RMN y hemodiálisis. Empeoran los indicadores de personal médico de atención primaria y la tasa de camas hospitalarias en funcionamiento por cada 1000 habitantes. Permanecieron estables la tasa de personal médico en atención especializada y la tasa de equipos de hemodinámica. En detalle:

La tasa de personal médico en atención especializada por 1000 hab. permaneció inalterada entre los años 2012 y 2014 para el conjunto de España.

La tasa de personal médico de atención primaria por 1000 personas asignadas disminuyó, en promedio, en España, un 1,30% entre los años 2012 y 2014.

El personal de enfermería en atención especializada por 1000 hab., aumentó, en promedio, un 1,95% en España entre los años 2012 y 2014.

El personal de enfermería en atención primaria por 1000 personas asignadas ha aumentado, en promedio, un 1,56% en España entre los años 2012 y 2014.

La tasa de camas hospitalarias en funcionamiento por 1000 habitantes disminuyó, en promedio, en España, un 1,98% entre los años 2012 y 2014.

La tasa de puestos en hospitales de día por 1000 habitantes aumentó, en promedio, un 2,5% en España entre los años 2012 y 2014.

La tasa de quirófanos en funcionamiento por 100.000 habitantes aumentó, en promedio y en España un 1,41% entre los años 2012 y 2014.

La tasa de equipos de tomografía axial computarizada (TAC) en funcionamiento por 100.000 habitantes ha aumentado un 0,63%, en promedio, en España entre los años 2012 y 2014.

La tasa de equipos de resonancia magnética nuclear (RMN) por 100.000 habitantes ha aumentado, en promedio, un 5,98% en España, entre los años 2012 y 2014.

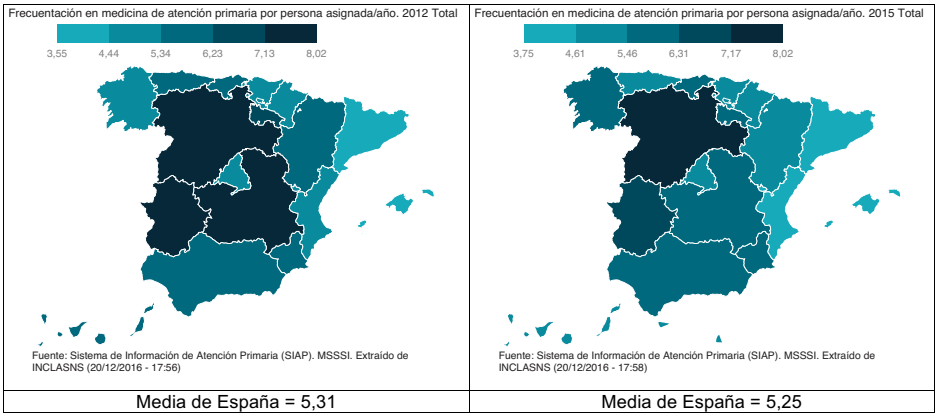
La tasa de equipos de hemodiálisis en funcionamiento por 100.000 habitantes aumentó, en promedio un 3,09%, en España entre los años 2012 y 2014.
La tasa de equipos de hemodinámica en funcionamiento por 100.000 habitantes permaneció inamovible, en promedio, en España entre los años 2012 y 2014.

6
Utilización

6.1. Frecuentación en medicina de atención primaria por persona asignada/año

La frecuentación en medicina de atención primaria por persona asignada/año se ha reducido, en promedio, en España, entre los años 2012 y 2015 un 1,13%. La mayor reducción se produjo en Castilla La Mancha y el mayor aumento, en Cataluña. Las tasas más bajas del período las mostró Cataluña y las más elevadas Castilla y León.

Figura 93. Frecuentación en medicina de atención primaria por persona asignada/año por CC.AA. los años 2012 y 2015



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

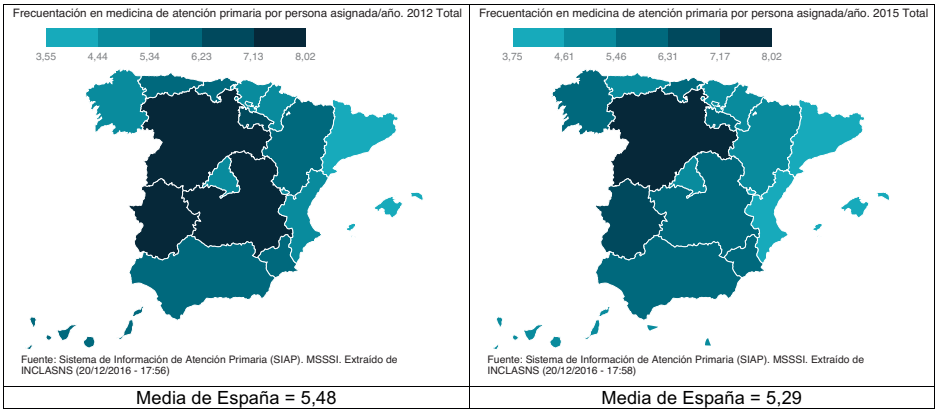
Tabla 97. Frecuentación en medicina de atención primaria por persona asignada/año por CC.AA. los años 2012 y 2015

CC.AA. y Total	Tasa 2015	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	5,96	6,09	-2,13
Aragón	5,26	5,52	-4,71
Asturias	5,21	5,70	-8,60
Baleares	3,75	3,96	-5,30
Canarias	5,18	5,38	-3,72
Cantabria	5,47	5,44	0,55
Castilla y León	8,02	8,02	0,00
Castilla Mancha	6,20	7,44	-16,67
Cataluña	3,96	3,55	11,55
C Valenciana	4,58	4,48	2,23
Extremadura	6,76	7,16	-5,59
Galicia	5,71	5,28	8,14
Madrid	4,89	5,22	-6,32
Murcia	5,68	6,00	-5,33
Navarra	4,82	4,61	4,56
País Vasco	4,99	4,77	4,61
Rioja	5,81	6,33	-8,21
Ceuta	4,67		
Melilla	5,06		
España	5,25	5,31	-1,13

6.2. Frecuentación en medicina de familia de AP por persona asignada/año

La frecuentación en medicina de familia de atención primaria por persona asignada/año se ha reducido, en promedio, en España, entre los años 2012 y 2015 un 3,47%. La mayor reducción se produjo en Castilla La Mancha y el mayor aumento, en Cataluña. Las tasas más bajas del período las mostraron Cataluña en el 2012 y Baleares en el 2015. Las más elevadas Castilla y León en ambos años.

Figura 94. Frecuentación en medicina de familia de AP por persona asignada/año por CC.AA. los años 2012 y 2015



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

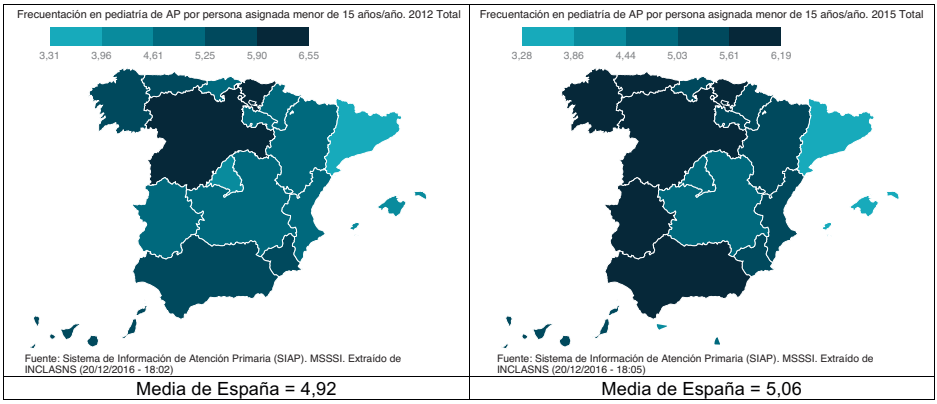
Tabla 98. Frecuentación en medicina de familia de AP por persona asignada/año por CC.AA. los años 2012 y 2015

CC.AA. y Total	Tasa 2015	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	5,92	6,17	-4,05
Aragón	5,29	5,57	-5,03
Asturias	5,16	5,70	-9,47
Baleares	3,84	3,94	-2,54
Canarias	5,12	5,38	-4,83
Cantabria	5,51	5,49	0,36
Castilla y León	8,24	8,17	0,86
Castilla Mancha	6,39	7,79	-17,97
Cataluña	4,00	3,59	11,42
C Valenciana	4,49	5,12	-12,30
Extremadura	7,13	7,47	-4,55
Galicia	5,69	5,25	8,38
Madrid	4,97	5,34	-6,93
Murcia	5,76	6,13	-6,04
Navarra	4,74	4,54	4,41
País Vasco	4,87	4,67	4,28
Rioja	5,90	6,93	-14,86
Ceuta	4,73		
Melilla	5,08		
España	5,29	5,48	-3,47

6.3. Frecuentación en pediatría de AP por persona asignada menor de 15 años/año

La frecuentación en pediatría de AP por persona asignada menor de 15 años/año, ha aumentado en promedio un 2,85%, en España entre los años 2012 y 2015. El mayor aumento se produjo en Extremadura y la mayor disminución en Baleares. Cataluña arrojó la tasa más baja del 2012 y Castilla León la más alta. En el año 2015, Baleares arrojó la tasa más baja y Andalucía la más elevada.

Figura 95. Frecuentación en pediatría de AP por persona asignada menor de 15 años/año por CC.AA. los años 2012 y 2015



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

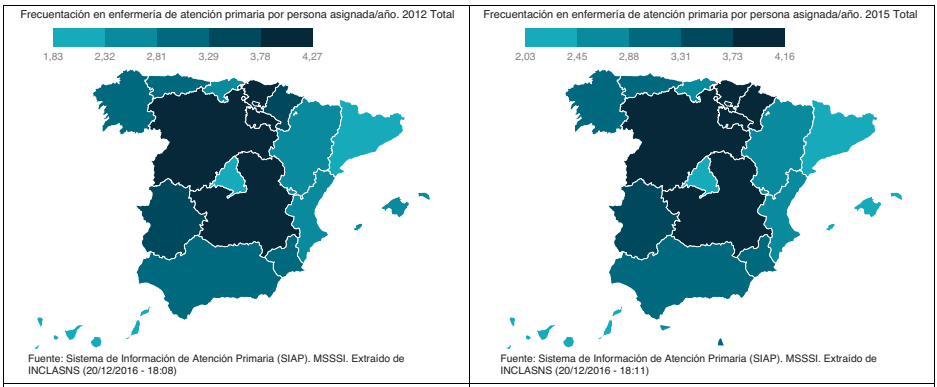
Tabla 99. Frecuentación en pediatría de AP por persona asignada menor de 15 años/año por CC.AA. los años 2012 y 2015

CC.AA. y Total	Tasa 2015	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	6,19	5,65	9,56
Aragón	5,07	5,14	-1,36
Asturias	5,66	5,69	-0,53
Baleares	3,28	4,06	-19,21
Canarias	5,51	5,41	1,85
Cantabria	5,25	5,13	2,34
Castilla y León	5,97	6,55	-8,85
Castilla Mancha	4,93	5,07	-2,76
Cataluña	3,79	3,31	14,50
C Valenciana	5,12	5,21	-1,73
Extremadura	5,87	4,95	18,59
Galicia	5,88	5,50	6,91
Madrid	4,46	4,58	-2,62
Murcia	5,24	5,36	-2,24
Navarra	5,22	4,96	5,24
País Vasco	5,78	6,16	-6,17
Rioja	5,24	4,75	10,32
Ceuta	4,39		
Melilla	4,99		
España	5,06	4,92	2,85

6.4. Frecuentación en enfermería de atención primaria por persona asignada/año

La frecuentación en enfermería de atención primaria por persona asignada/año, ha aumentado en promedio en España un 1,77% entre los años 2012 y 2015. El mayor aumento se produjo en la Comunidad Valenciana y la mayor disminución en Murcia. A lo largo del período, la menor frecuentación se produjo en Cataluña y, la mayor, en Castilla y León.

Figura 96. Frecuentación en enfermería de atención primaria por persona asignada/año por CC.AA. los años 2012 y 2015



Media de España = 2,82	Media de España = 2,87

Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

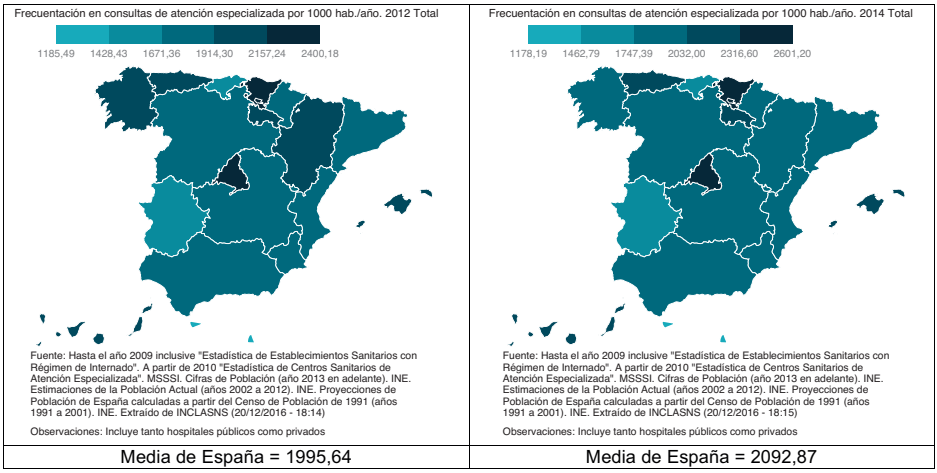
Tabla 100. Frecuentación en enfermería de atención primaria por persona asignada/año por CC.AA. los años 2012 y 2015

CC.AA. y Total	Tasa 2015	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	3,23	3,23	0,00
Aragón	2,51	2,75	-8,73
Asturias	3,15	3,26	-3,37
Baleares	2,32	2,38	-2,52
Canarias	2,27	2,10	8,10
Cantabria	2,51	2,71	-7,38
Castilla y León	4,16	4,27	-2,58
Castilla Mancha	3,85	4,04	-4,70
Cataluña	2,03	1,83	10,93
C Valenciana	2,73	2,41	13,28
Extremadura	3,44	3,68	-6,52
Galicia	3,16	2,89	9,34
Madrid	2,34	2,30	1,74
Murcia	2,89	3,24	-10,80
Navarra	4,03	3,69	9,21
País Vasco	3,86	3,92	-1,53
Rioja	3,91	3,96	-1,26
Ceuta	2,46		
Melilla	2,96		
España	2,87	2,82	1,77

6.5. Frecuentación en consultas de atención especializada por 1000 hab./año

La frecuentación en consultas de atención especializada por 1000 habitantes/año ha aumentado, en promedio, en España entre los años 2012 y 2014 un 4,87%. El mayor incremento se dio en Madrid y, la mayor disminución en Melilla. En todo el período, la tasa más elevada la ostentó Madrid y, la más baja, Ceuta.

Figura 97. Frecuentación en consultas de atención especializada por 1000 hab./año por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

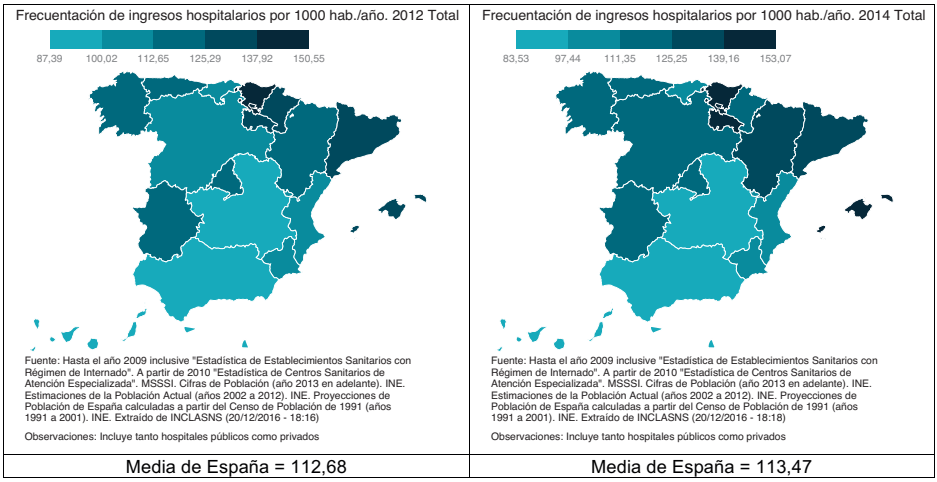
Tabla 101. Frecuentación en consultas de atención especializada por 1000 hab./año por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	1839,23	1706,97	7,75
Aragón	1981,27	1989,21	-0,40
Asturias	2129,20	2099,49	1,42
Baleares	2276,54	1943,91	17,11
Canarias	2041,56	1922,64	6,19
Cantabria	1569,49	1578,67	-0,58
Castilla y León	1943,84	1885,81	3,08
Castilla Mancha	1872,71	1797,75	4,17
Cataluña	1923,48	1834,21	4,87
C Valenciana	1907,00	1805,75	5,61
Extremadura	1678,08	1631,03	2,88
Galicia	2006,03	1949,10	2,92
Madrid	2601,20	2400,18	8,38
Murcia	1860,36	1704,62	9,14
Navarra	1872,80	1864,16	0,46
País Vasco	2389,34	2269,98	5,26
Rioja	2090,49	2122,09	-1,49
Ceuta	1178,19	1185,49	-0,62
Melilla	1273,79	1315,59	-3,18
España	2092,87	1995,64	4,87

6.6. Frecuentación de ingresos hospitalarios por 1000 hab./año

La frecuentación de ingresos hospitalarios por 1000 habitantes/año ha aumentado, en promedio, en España un 0,7% entre los años 2012 y 2014. El mayor aumento se produjo en Baleares y la mayor disminución en Ceuta. Las tasas más elevadas del período se situaron en el País Vasco y las más bajas en Melilla y Ceuta.

Figura 98. Frecuentación de ingresos hospitalarios por 1000 hab./año por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

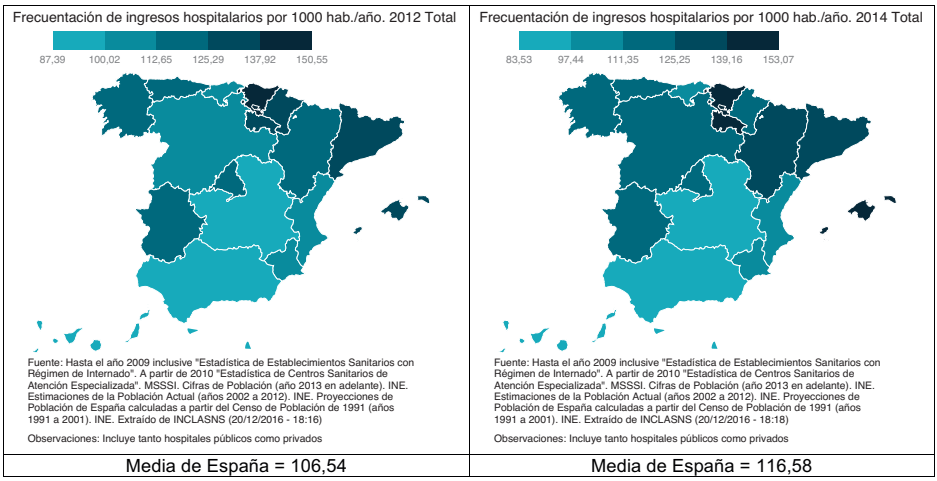
Tabla 102. Frecuentación de ingresos hospitalarios por 1000 hab./año por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	91,63	91,65	-0,02
Aragón	126,24	123,55	2,18
Asturias	118,73	118,37	0,30
Baleares	147,33	136,95	7,58
Canarias	95,34	90,42	5,44
Cantabria	103,16	103,74	-0,56
Castilla y León	113,64	112,62	0,91
Castilla Mancha	89,81	90,96	-1,26
Cataluña	127,68	130,63	-2,26
C Valenciana	111,03	107,73	3,06
Extremadura	112,58	115,90	-2,86
Galicia	116,36	115,83	0,46
Madrid	118,65	116,92	1,48
Murcia	105,17	103,03	2,08
Navarra	123,07	130,27	-5,53
País Vasco	153,07	150,55	1,67
Rioja	139,88	133,01	5,17
Ceuta	83,53	89,01	-6,16
Melilla	83,91	87,39	-3,98
España	113,47	112,68	0,70

6.7. Frecuentación en hospitales de día por 1000 hab./año

La tasa de frecuentación en hospitales de día por 1000 habitantes/año aumentó, en promedio, un 9,42% entre los años 2012 y 2014 en España. El mayor aumento se produjo en Castilla y León y la mayor disminución en Melilla. Esta ciudad, junto con Ceuta mantuvo las tasas más bajas del período, mientras que Cataluña arrojó las más elevadas de ambos años.

Figura 99. Frecuentación en hospitales de día por 1000 hab./año por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

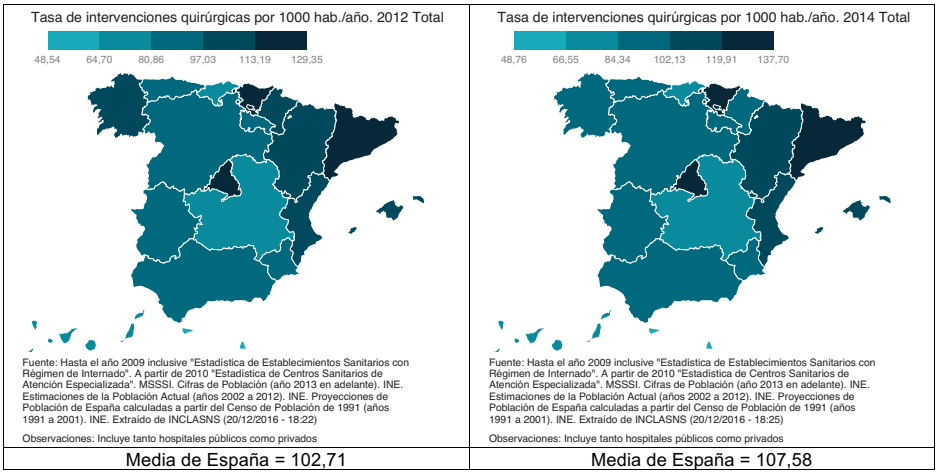
Tabla 103. Frecuentación en hospitales de día por 1000 hab./año por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	71,32	69,25	2,99
Aragón	78,22	64,05	22,12
Asturias	90,22	99,82	-9,62
Baleares	86,65	66,41	30,48
Canarias	60,71	51,79	17,22
Cantabria	159,48	174,21	-8,46
Castilla y León	90,78	75,31	20,54
Castilla Mancha	58,47	61,98	-5,66
Cataluña	208,04	190,87	9,00
C Valenciana	134,53	116,46	15,52
Extremadura	59,74	54,70	9,21
Galicia	85,31	71,73	18,93
Madrid	137,18	121,20	13,18
Murcia	57,90	71,95	-19,53
Navarra	140,28	147,29	-4,76
País Vasco	169,12	155,54	8,73
Rioja	85,99	63,56	35,29
Ceuta	47,62	25,22	88,82
Melilla	36,41	51,58	-29,41
España	116,58	106,54	9,42

6.8. Tasa de intervenciones quirúrgicas por 1000 hab./año

La tasa de intervenciones quirúrgicas por 1000 habitantes/año, aumentó en promedio, en España, un 4,74% entre los años 2012 y 2014. El mayor aumento se produjo en Baleares y la mayor disminución en Melilla. El País Vasco mostró las tasas más elevadas del período y Ceuta las más bajas.

Figura 100. Tasa de intervenciones quirúrgicas por 1000 hab./año por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

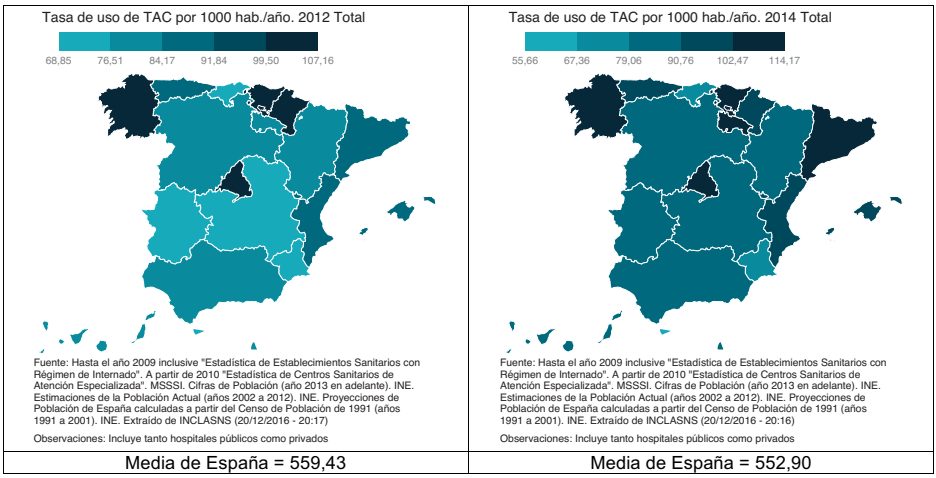
Tabla 104. Tasa de intervenciones quirúrgicas por 1000 hab./año por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2015	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	96,36	94,96	1,47
Aragón	105,08	100,34	4,72
Asturias	86,83	82,83	4,83
Baleares	112,83	99,65	13,23
Canarias	77,89	73,14	6,49
Cantabria	68,80	67,84	1,42
Castilla y León	95,12	91,86	3,55
Castilla Mancha	74,35	70,52	5,43
Cataluña	132,38	126,01	5,06
C Valenciana	104,21	98,79	5,49
Extremadura	95,36	94,88	0,51
Galicia	101,77	98,22	3,61
Madrid	127,88	118,83	7,62
Murcia	97,10	93,70	3,63
Navarra	100,12	107,88	-7,19
País Vasco	137,70	129,35	6,46
Rioja	94,40	88,38	6,81
Ceuta	48,76	48,54	0,45
Melilla	57,27	62,21	-7,94
España	107,58	102,71	4,74

6.9. Tasa de uso de TAC por 1000 hab./año

La tasa de uso de TAC por 1000 habitantes/año aumentó un 11,40%, en promedio, en España entre los años 2012 y 2014. El mayor aumento se produjo en La Rioja y la mayor disminución en Ceuta. Ceuta registró la tasa más baja del período y Galicia y Madrid las más elevadas de los años 2012 y 2014, respectivamente.

Figura 101. Tasa de uso de TAC por 1000 hab./año por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

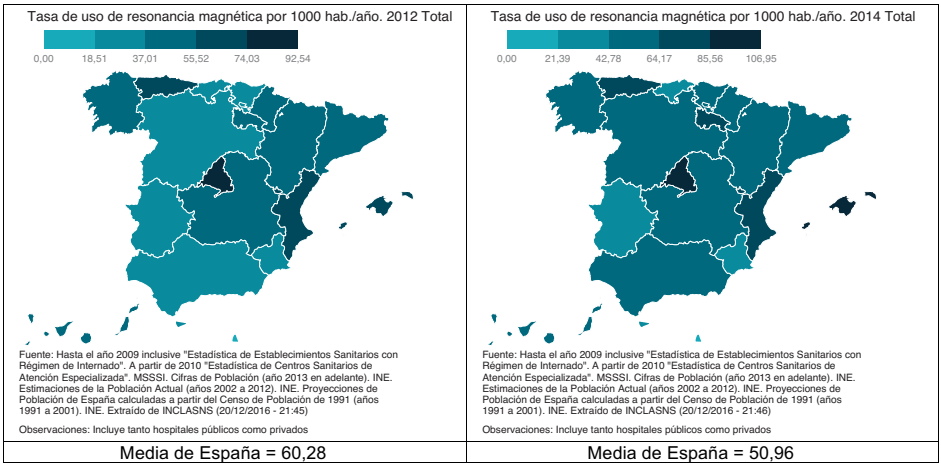
Tabla 105. Tasa de uso de TAC por 1000 hab./año por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	88,06	79,00	11,47
Aragón	87,74	78,08	12,37
Asturias	96,92	89,14	8,73
Baleares	99,76	91,08	9,53
Canarias	88,98	80,71	10,25
Cantabria	78,97	68,85	14,70
Castilla y León	90,75	78,86	15,08
Castilla Mancha	81,46	73,38	11,01
Cataluña	104,26	88,91	17,26
C Valenciana	101,50	90,09	12,67
Extremadura	82,54	73,23	12,71
Galicia	113,10	107,16	5,54
Madrid	114,17	103,88	9,91
Murcia	78,34	70,24	11,53
Navarra	97,86	101,72	-3,79
País Vasco	107,06	101,14	5,85
Rioja	104,23	80,32	29,77
Ceuta	55,66	69,64	-20,07
Melilla	80,56	82,72	-2,61
España	98,00	87,97	11,40

6.10. Tasa de uso de resonancia magnética por 1000 hab./año

La tasa de uso de resonancia magnética por 1000 habitantes/año aumentó, en promedio, en España un 18,29% entre los años 2012 y 2014. El mayor aumento se produjo en La Rioja y la mayor disminución en Ceuta. La tasa más elevada del período correspondió a Madrid, y la más baja a Castilla y León en el 2012 y a Ceuta en el 2014. Melilla arrojó una tasa de cero ambos años, por no disponer del equipamiento necesario.

Figura 102. Tasa de uso de resonancia magnética por 1000 hab./año por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

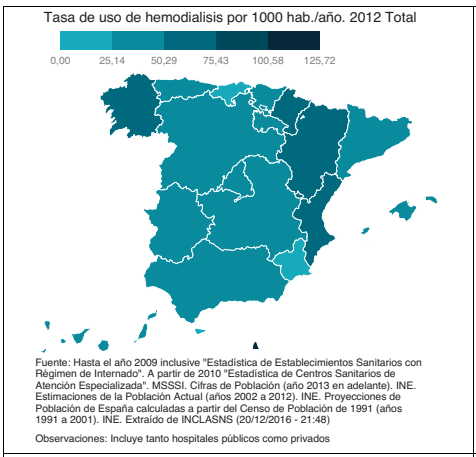
Tabla 106. Tasa de uso de resonancia magnética por 1000 hab./año por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	44,23	35,55	24,42
Aragón	46,00	40,19	14,46
Asturias	66,93	61,15	9,45
Baleares	86,49	70,93	21,94
Canarias	57,03	50,30	13,38
Cantabria	35,68	32,97	8,22
Castilla y León	43,43	32,80	32,41
Castilla Mancha	44,70	37,60	18,88
Cataluña	58,45	47,47	23,13
C Valenciana	70,02	62,84	11,43
Extremadura	27,76	29,24	-5,06
Galicia	60,75	54,20	12,08
Madrid	106,95	92,54	15,57
Murcia	27,69	21,19	30,67
Navarra	44,56	44,29	0,61
País Vasco	49,23	33,23	48,15
Rioja	72,54	45,43	59,67
Ceuta	34,41	36,43	-5,54
Melilla	0,00	0,00	0,00
España	60,28	50,96	18,29

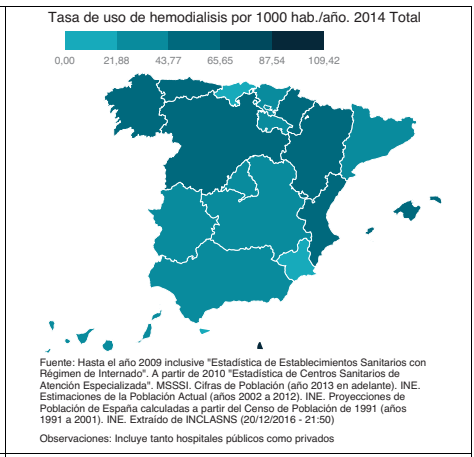
6.11. Tasa de uso de hemodiálisis por 1000 hab./año

La tasa de uso de hemodiálisis por 1000 habitantes/año aumento, por término medio en España un 1,5% entre 2012 y 2014. El aumento más notable se produjo en Baleares y la disminución más importante se produjo en Canarias. Melilla arrojó una tasa de cero por no disponer de equipos. La tasa más baja del período se dio en Cantabria, y la más alta, en Navarra.

Figura 103. Tasa de uso de hemodiálisis por 1000 hab./año por CC.AA. los años 2012 y 2014



Media de España = 39,89



Media de España = 40,49

Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

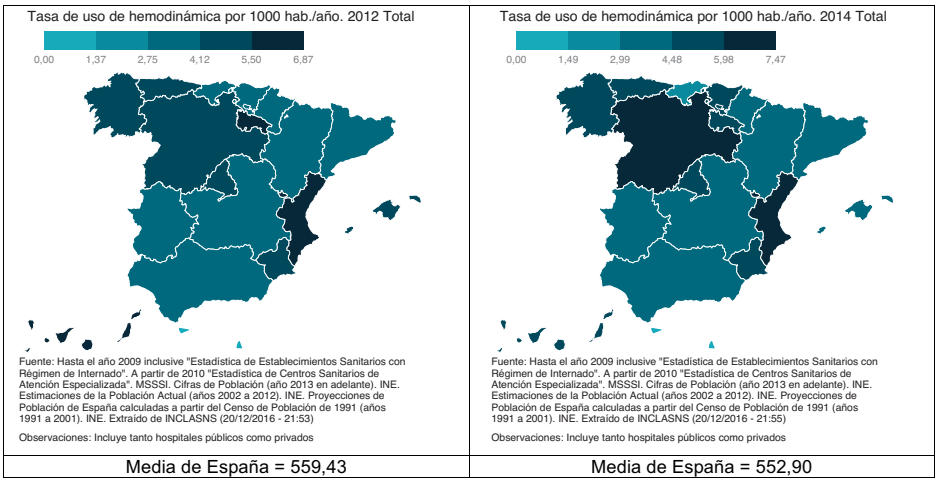
Tabla 107. Tasa de uso de hemodiálisis por 1000 hab./año por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	26,28	26,64	-1,35
Aragón	56,98	60,42	-5,69
Asturias	51,65	48,18	7,20
Baleares	55,84	43,24	29,14
Canarias	37,17	49,27	-24,56
Cantabria	14,42	13,77	4,72
Castilla y León	46,97	47,05	-0,17
Castilla Mancha	26,64	27,31	-2,45
Cataluña	37,28	37,97	-1,82
C Valenciana	58,32	52,41	11,28
Extremadura	27,38	27,69	-1,12
Galicia	60,86	58,76	3,57
Madrid	41,52	38,20	8,69
Murcia	19,26	20,96	-8,11
Navarra	64,08	61,34	4,47
País Vasco	42,50	44,15	-3,74
Rioja	40,38	39,58	2,02
Ceuta	0,00	0,00	0,00
Melilla	109,42	125,72	-12,97
España	40,49	39,89	1,50

6.12. Tasa de uso de hemodinámica por 1000 hab./año

La tasa de uso de hemodinámica por 1000 habitantes/año aumentó, en promedio, un 10,53% entre los años 2012 y 2014 en España. El mayor incremento se produjo en Castilla y León y, la mayor disminución, en La Rioja. La menor tasa del período la ostentó Cantabria, y la mayor, la Comunidad Valenciana. Ceuta y Melilla arrojaron tasas de cero por no disponer de equipos.

Figura 104. Tasa de uso de hemodinámica por 1000 hab./año por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

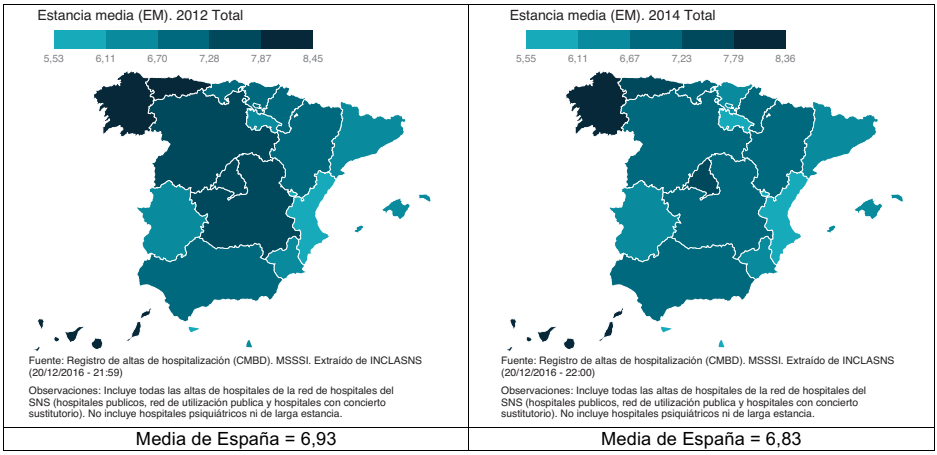
Tabla 108. Tasa de uso de hemodinámica por 1000 hab./año por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	4,09	3,69	10,84
Aragón	3,62	3,64	-0,55
Asturias	5,52	4,88	13,11
Baleares	4,24	4,53	-6,40
Canarias	5,55	5,59	-0,72
Cantabria	2,95	2,85	3,51
Castilla y León	6,83	4,95	37,98
Castilla Mancha	3,63	2,98	21,81
Cataluña	3,40	3,25	4,62
C Valenciana	7,47	6,87	8,73
Extremadura	4,46	3,55	25,63
Galicia	5,14	4,56	12,72
Madrid	5,32	4,81	10,60
Murcia	5,22	4,87	7,19
Navarra	3,27	3,12	4,81
País Vasco	4,86	4,01	21,20
Rioja	4,75	6,07	-21,75
Ceuta	0,00	0,00	0,00
Melilla	0,00	0,00	0,00
España	4,83	4,37	10,53

6.13. Estancia media (EM)

La estancia media se redujo, en promedio, un 1,44% en España entre los años 2012 y 2014. La mayor disminución se produjo en Melilla y el mayor aumento en la Comunidad Valenciana. La menor estancia se mantuvo en Ceuta durante todo el período, y la mayor en Canarias. Desde el inicio de la crisis se ha aplicado una política de reducción de las estancias al mínimo imprescindible y, por eso, en el año 2014, se advierte una reducción de este indicador en la gran mayoría de las CC.AA., de forma que sólo se han producido ligeros aumentos en Cantabria, Cataluña, Extremadura, Navarra, la Comunidad Valenciana y Ceuta.

Figura 105. Estancia media (EM) por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

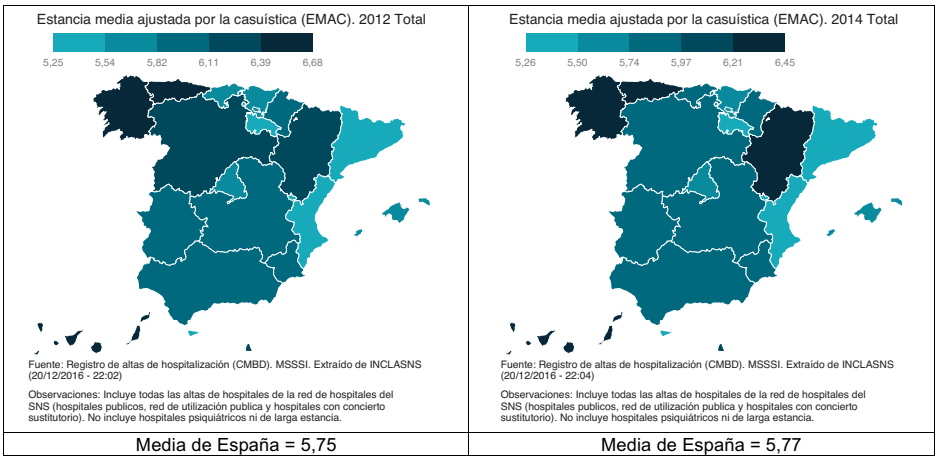
Tabla 109. Estancia media (EM) por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	6,90	7,02	-1,71
Aragón	7,14	7,20	-0,83
Asturias	7,71	7,88	-2,16
Baleares	6,63	6,64	-0,15
Canarias	8,36	8,45	-1,07
Cantabria	6,84	6,81	0,44
Castilla y León	7,20	7,43	-3,10
Castilla Mancha	7,10	7,29	-2,61
Cataluña	6,22	6,16	0,97
C Valenciana	5,86	5,79	1,21
Extremadura	6,40	6,38	0,31
Galicia	7,94	8,33	-4,68
Madrid	7,27	7,47	-2,68
Murcia	6,54	6,65	-1,65
Navarra	6,77	6,73	0,59
País Vasco	6,46	6,73	-4,01
Rioja	5,80	6,14	-5,54
Ceuta	5,55	5,53	0,36
Melilla	5,56	6,25	-11,04
España	6,83	6,93	-1,44

6.14. Estancia media ajustada por la casuística (EMAC)

La estancia media ajustada por la casuística (EMAC), aumentó, en promedio, un 0,35% en España entre los años 2012 y 2014. El mayor y casi único aumento se produjo en Cantabria, acompañado del ligero aumento en Cataluña. La mayor reducción tuvo lugar en Ceuta. La EMAC más baja del período se dio en Cataluña y, la más alta, en Canarias.

Figura 106. Estancia media ajustada por la casuística (EMAC) por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

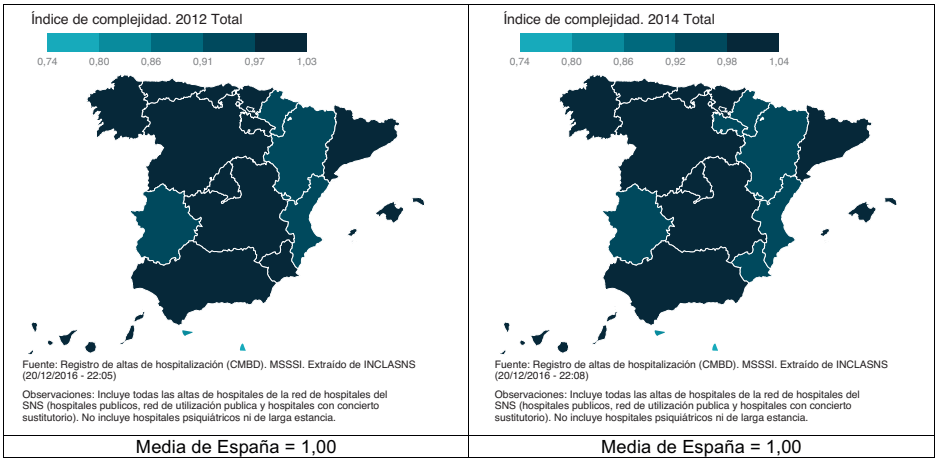
Tabla 110. Estancia media ajustada por la casuística (EMAC) por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	5,93	6,04	-1,82
Aragón	6,21	6,27	-0,96
Asturias	6,28	6,40	-1,88
Baleares	5,52	5,58	-1,08
Canarias	6,45	6,68	-3,44
Cantabria	5,82	5,76	1,04
Castilla y León	5,95	6,19	-3,88
Castilla Mancha	5,78	5,98	-3,34
Cataluña	5,26	5,25	0,19
C Valenciana	5,32	5,32	0,00
Extremadura	5,89	5,95	-1,01
Galicia	6,35	6,55	-3,05
Madrid	5,61	5,82	-3,61
Murcia	5,81	5,88	-1,19
Navarra	5,84	5,89	-0,85
País Vasco	5,57	5,74	-2,96
Rioja	5,40	5,41	-0,18
Ceuta	5,27	5,53	-4,70
Melilla	5,99	6,23	-3,85
España	5,77	5,75	0,35

6.15. Índice de complejidad

El índice de complejidad medio de España se mantuvo estable y sin cambios entre los años 2012 y 2014. Lo mismo sucedió en siete CC.AA. El aumento más notable se produjo en Ceuta, y la mayor disminución en La Rioja. Melilla ostentó el índice más bajo en todo el período y Madrid el más alto, junto con Asturias el año 2012.

Figura 107. Índice de complejidad por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

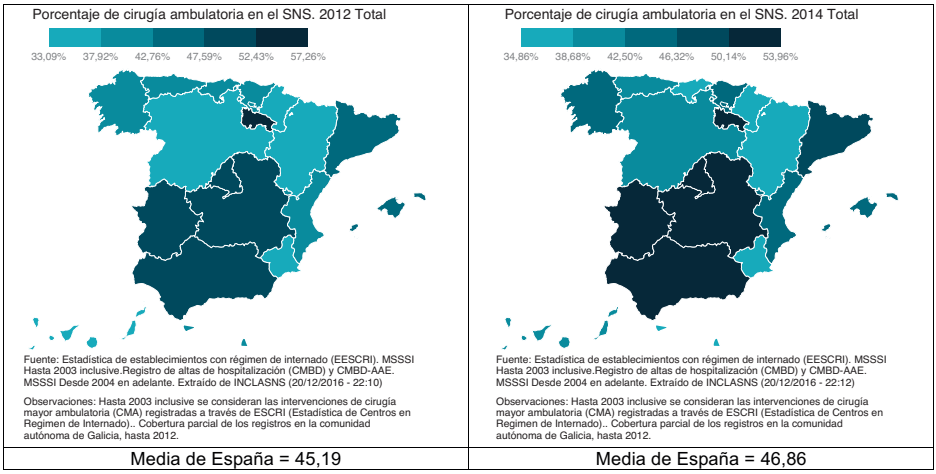
Tabla 111. Índice de complejidad por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	0,99	0,99	0,00
Aragón	0,96	0,97	-1,03
Asturias	1,03	1,03	0,00
Baleares	1,02	1,01	0,99
Canarias	0,99	0,98	1,02
Cantabria	1,01	1,02	-0,98
Castilla y León	1,01	1,01	0,00
Castilla Mancha	1,01	1,00	1,00
Cataluña	1,03	1,02	0,98
C Valenciana	0,97	0,97	0,00
Extremadura	0,93	0,94	-1,06
Galicia	1,01	1,02	-0,98
Madrid	1,04	1,03	0,97
Murcia	0,98	0,98	0,00
Navarra	0,95	0,97	-2,06
País Vasco	1,01	1,01	0,00
Rioja	0,95	1,00	-5,00
Ceuta	0,84	0,83	1,20
Melilla	0,74	0,74	0,00
España	1,00	1,00	0,00

6.16. Porcentaje de cirugía ambulatoria en el SNS

El porcentaje de cirugía ambulatoria en el SNS aumentó, en promedio, en España un 3,7% entre los años 2012 y 2014. El mayor incrementó se dio en Canarias y, la mayor disminución en Melilla. El porcentaje más bajo del período se dio en Navarra, y el más elevado, en La Rioja.

Figura 108. Porcentaje de cirugía ambulatoria en el SNS por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

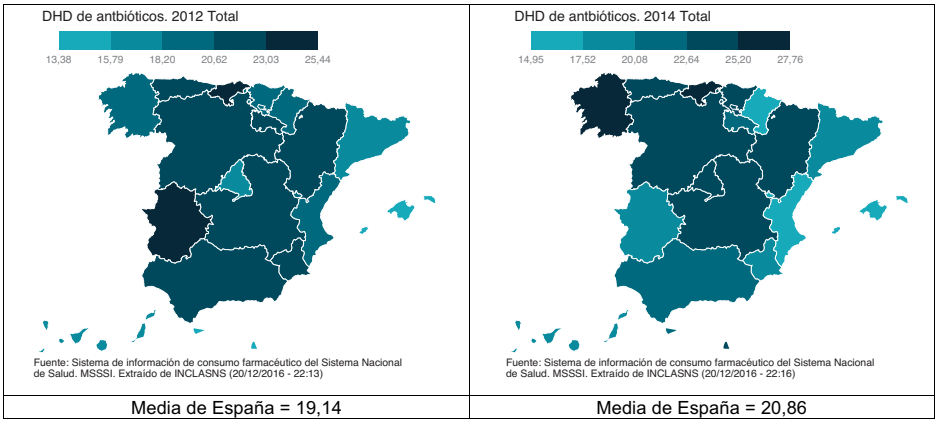
Tabla 112. Porcentaje de cirugía ambulatoria en el SNS por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	50,84	52,31	-2,81
Aragón	38,63	36,53	5,75
Asturias	40,35	40,27	0,20
Baleares	43,19	44,95	-3,92
Canarias	39,81	36,39	9,40
Cantabria	37,31	38,75	-3,72
Castilla y León	39,03	36,51	6,90
Castilla Mancha	51,84	50,25	3,16
Cataluña	49,11	46,50	5,61
C Valenciana	45,12	42,10	7,17
Extremadura	52,02	48,46	7,35
Galicia	42,56	40,48	5,14
Madrid	52,25	49,39	5,79
Murcia	37,44	37,46	-0,05
Navarra	34,86	33,09	5,35
País Vasco	42,75	39,18	9,11
Rioja	53,96	57,26	-5,76
Ceuta	37,56	38,00	-1,16
Melilla	37,84	41,90	-9,69
España	46,86	45,19	3,70

6.17. DHD de antibióticos

Las dosis diarias por 1000 habitantes y día (DHD) de antibióticos aumentaron un 8,99% en promedio, en España entre los años 2012 y 2014. El mayor aumento se produjo en Melilla y, la mayor disminución en Extremadura. La menor tasa del período la registró Baleares y las mayores se dieron, en Extremadura el año 2012 y en Galicia en el año 2014. Se trata de un indicador sensible, cuya moderación viene siendo recomendada en la última década porque España se percibe como uno de los países afectados por una sobre prescripción de antibióticos.

Figura 109. DHD de antibióticos por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

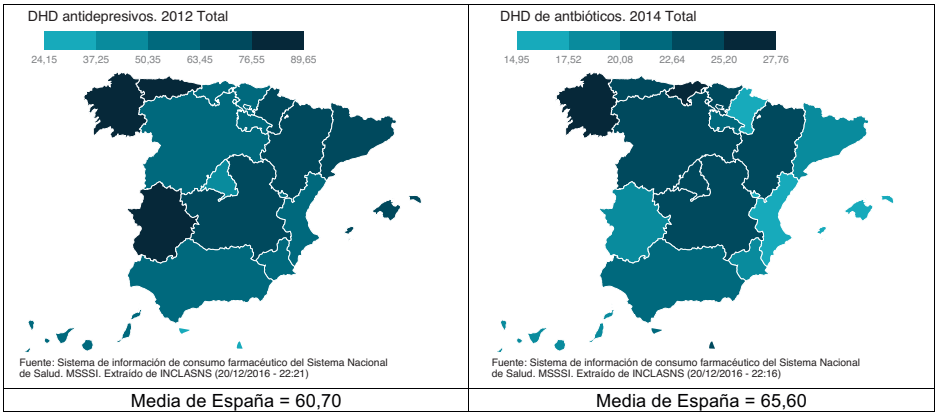
Tabla 113. DHD de antibióticos por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	22,22	21,05	5,56
Aragón	23,27	21,88	6,35
Asturias	23,08	21,25	8,61
Baleares	14,95	13,38	11,73
Canarias	20,07	18,17	10,46
Cantabria	26,83	23,03	16,50
Castilla y León	23,95	21,31	12,39
Castilla Mancha	24,00	22,89	4,85
Cataluña	17,91	16,14	10,97
C Valenciana	16,45	18,61	-11,61
Extremadura	19,77	25,44	-22,29
Galicia	27,76	20,14	37,84
Madrid	22,88	16,30	40,37
Murcia	18,40	22,16	-16,97
Navarra	16,18	18,91	-14,44
País Vasco	23,35	19,16	21,87
Rioja	21,48	22,63	-5,08
Ceuta	20,53	14,60	40,62
Melilla	24,68	15,35	60,78
España	20,86	19,14	8,99

6.18. DHD de antidepresivos

Las dosis diarias por 1000 habitantes y día (DHD) de antidepresivos aumentaron un 8,07% en promedio, en España entre los años 2012 y 2014. El mayor aumento se produjo en Melilla y la mayor disminución en Navarra. La tasa más elevada correspondió a Asturias durante todo el período y las más bajas se dieron en Melilla en 2012 y en Navarra en 2014. Quince CC.AA. acusaron aumentos en este período, resultado que, de forma subjetiva, puede relacionarse en algún grado con las secuelas de la crisis. Asimismo, el Noroeste del país, posiblemente por sus condiciones climáticas y aparece como más afectado por altos valores de este indicador.

Figura 110. DHD de antidepresivos por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

Tabla 114. DHD de antidepresivos por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	58,31	52,85	10,33
Aragón	68,78	64,21	7,12
Asturias	97,92	89,65	9,22
Baleares	68,03	63,95	6,38
Canarias	59,85	53,19	12,52
Cantabria	68,69	63,36	8,41
Castilla y León	69,24	61,02	13,47
Castilla Mancha	65,93	63,51	3,81
Cataluña	72,10	69,76	3,35
C Valenciana	34,89	54,51	-35,99
Extremadura	59,85	82,96	-27,86
Galicia	92,14	84,15	9,49
Madrid	93,90	48,71	92,77
Murcia	52,75	60,92	-13,41
Navarra	26,68	64,65	-58,73
País Vasco	67,00	55,49	20,74
Rioja	68,43	58,35	17,28
Ceuta	56,92	31,40	81,27
Melilla	61,90	24,15	156,31
España	65,60	60,70	8,07

SÍNTESIS 10: Utilización

La mayoría de indicadores de uso evolucionaron hacia el crecimiento entre los años 2012 y 2014 o 2015. Esos aumentos dieron como resultado una mayor presión asistencial en diversos apartados, pero también es cierto que otros indicadores hacen gala de una evolución hacia la contención o la austeridad. El propio sistema da la impresión de auto ajuste ante los recortes, el estancamiento en la contratación de determinados tipos de personal y otras consecuencias de la crisis.

Entre las reducciones, cabe mencionar la de la frecuentación en medicina de atención primaria por persona asignada/año (-1,13%), la de la frecuentación en medicina de familia de atención primaria por persona asignada/año (-3,47%), y la estancia media (-1,44%).

El resto de indicadores seleccionados experimentó los siguientes aumentos: La frecuentación en pediatría de AP por persona asignada menor de 15 años/año: un 2,85%, en España entre los años 2012 y 2015.

La frecuentación en enfermería de atención primaria por persona asignada/año: un 1,77% entre los años 2012 y 2015.

La frecuentación en consultas de atención especializada por 1000 habitantes/año: un 4,87% entre los años 2012 y 2014.

La frecuentación de ingresos hospitalarios por 1000 habitantes/año: un 0,7% entre los años 2012 y 2014.

La tasa de frecuentación en hospitales de día por 1000 habitantes/año: un 9,42% entre los años 2012 y 2014 en España.

La tasa de intervenciones quirúrgicas por 1000 habitantes/año: un 4,74% entre los años 2012 y 2014.

La tasa de uso de TAC por 1000 habitantes/año: un 11,40%, en promedio, en España entre los años 2012 y 2014.

La tasa de uso de resonancia magnética por 1000 habitantes/año: un 18,29% entre los años 2012 y 2014.

La tasa de uso de hemodiálisis por 1000 habitantes/año: un 1,5% entre 2012 y 2014.

La tasa de uso de hemodinámica por 1000 habitantes/año: un 10,53% entre los años 2012 y 2014.

La estancia media ajustada por la casuística (EMAC): un 0,35% entre los años 2012 y 2014.

El porcentaje de cirugía ambulatoria en el SNS: un 3,7% entre los años 2012 y 2014.

Las dosis diarias por 1000 habitantes y día (DHD) de antibióticos: un 8,99% en promedio, entre los años 2012 y 2014.

Las dosis diarias por 1000 habitantes y día (DHD) de antidepresivos: un 8,07% en promedio, entre los años 2012 y 2014.

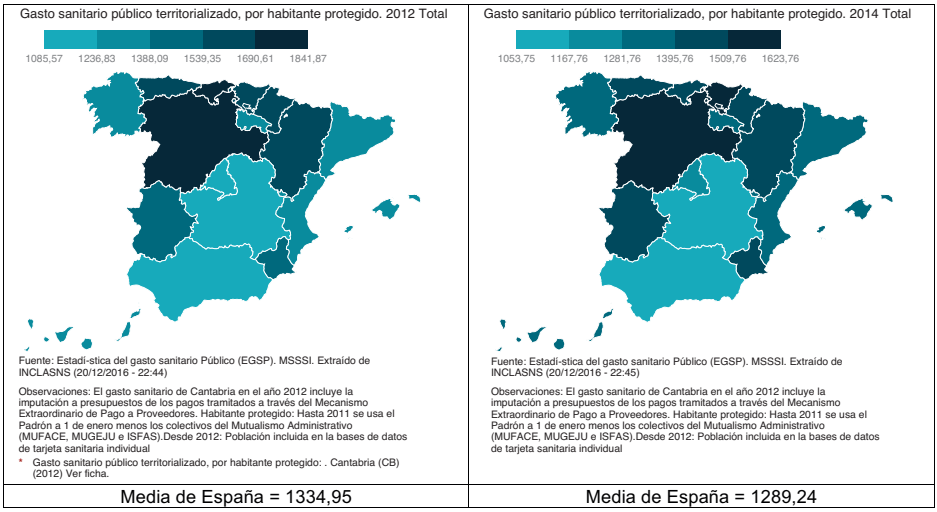
El índice de complejidad medio de España se mantuvo estable y sin cambios entre los años 2012 y 2014.

7
Gasto

7.1. Gasto sanitario público territorializado, por habitante protegido

El gasto sanitario público territorializado por habitante protegido ha disminuido, en promedio, un 3,42% en España, entre los años 2012 y 2014. Sólo seis CC.AA. tuvieron aumentos, el mayor de los cuales se dio en Canarias. La disminución más notable se dio en Cantabria. El valor más alto del 2012 lo tuvo Cantabria, y el del año 2014, Castilla y León. En cambio, Castilla La Mancha arrojó el valor más bajo durante el período. Los datos reflejan el esfuerzo realizado en contención de gasto por causa de la crisis.

Figura 111. Gasto sanitario público territorializado, por habitante protegido por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

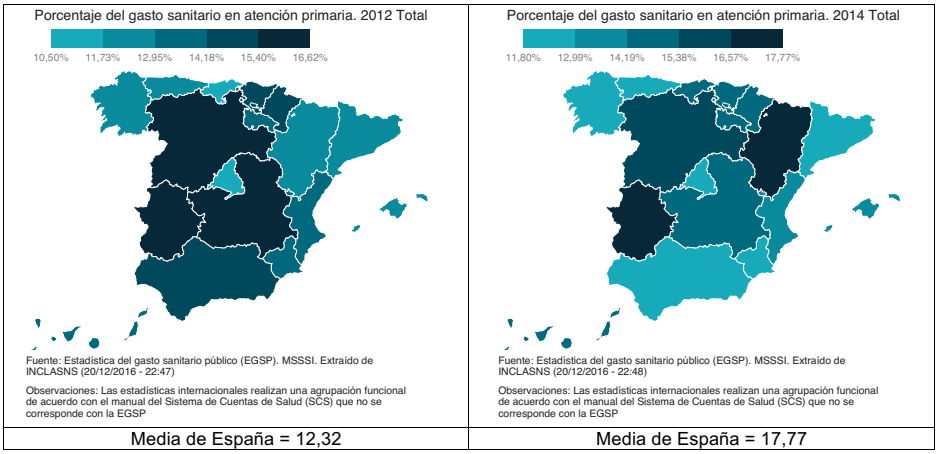
Tabla 115. Gasto sanitario público territorializado, por habitante protegido por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	1111,12	1190,69	-6,68
Aragón	1478,45	1549,69	-4,60
Asturias	1457,24	1562,16	-6,72
Baleares	1291,83	1269,97	1,72
Canarias	1354,77	1300,45	4,18
Cantabria	1458,76	1841,87	-20,80
Castilla y León	1623,76	1725,31	-5,89
Castilla Mancha	1053,75	1085,57	-2,93
Cataluña	1296,87	1354,26	-4,24
C Valenciana	1285,91	1321,64	-2,70
Extremadura	1494,68	1440,91	3,73
Galicia	1340,71	1310,14	2,33
Madrid	1193,27	1234,57	-3,35
Murcia	1488,70	1528,21	-2,59
Navarra	1497,08	1650,78	-9,31
País Vasco	1583,12	1561,50	1,38
Rioja	1353,42	1342,34	0,83
España	1289,24	1334,95	-3,42

7.2. Porcentaje del gasto sanitario en atención primaria

El porcentaje del gasto sanitario en atención primaria aumentó en España, en promedio, un 44,24% entre los años 2012 y 2014. Este indicador aumentó en diez CC.AA. Cantabria y Aragón acusaron fuertes incrementos. Las mayores disminuciones fueron para Andalucía y Melilla. En 2012, la región con mayor porcentaje fue Extremadura y la región con menor porcentaje fue Cantabria. En 2014, la región con menor porcentaje fue Madrid y la región con mayor porcentaje fue Aragón.

Figura 112. Porcentaje del gasto sanitario en atención primaria por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

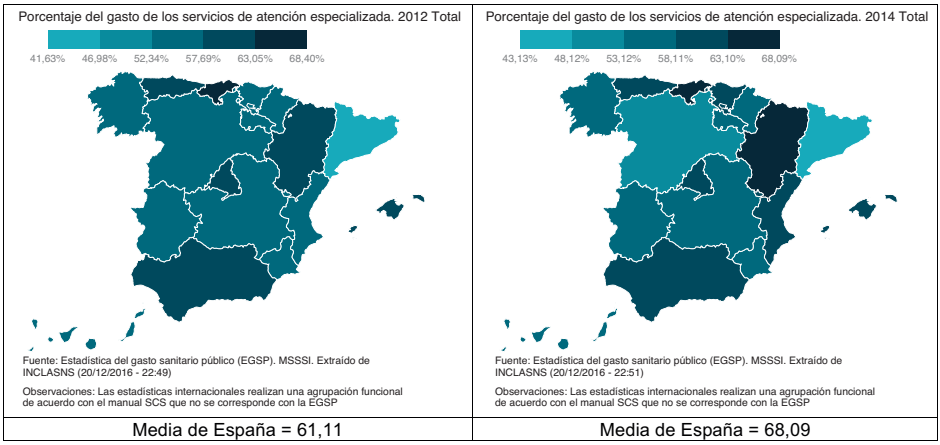
Tabla 116. Porcentaje del gasto sanitario en atención primaria por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	12,84	14,76	-13,01
Aragón	17,77	12,32	44,24
Asturias	12,36	11,75	5,19
Baleares	13,15	12,65	3,95
Canarias	14,53	14,09	3,12
Cantabria	14,88	10,50	41,71
Castilla y León	16,30	16,29	0,06
Castilla Mancha	14,72	15,95	-7,71
Cataluña	12,27	12,57	-2,39
C Valenciana	13,08	13,39	-2,32
Extremadura	17,41	16,62	4,75
Galicia	12,59	12,84	-1,95
Madrid	11,80	11,63	1,46
Murcia	12,79	13,33	-4,05
Navarra	14,67	14,21	3,24
País Vasco	14,36	14,73	-2,51
Rioja	14,37	13,13	9,44
Ceuta	13,40	13,55	-1,11
Melilla	12,84	14,76	-13,01
España	17,77	12,32	44,24

7.3. Porcentaje del gasto de los servicios de atención especializada

El porcentaje del gasto de los servicios de atención especializada ha aumentado, en promedio, un 11,42% en España, entre los años 2012 y 2014. El mayor aumento se produjo en Aragón, y la mayor disminución, en Castilla y León. Cataluña ostentó el menor valor del indicador durante todo el período. Cantabria arrojó el mayor valor el año 2012 y, Aragón el año 2014.

Figura 113. Porcentaje del gasto de los servicios de atención especializada por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

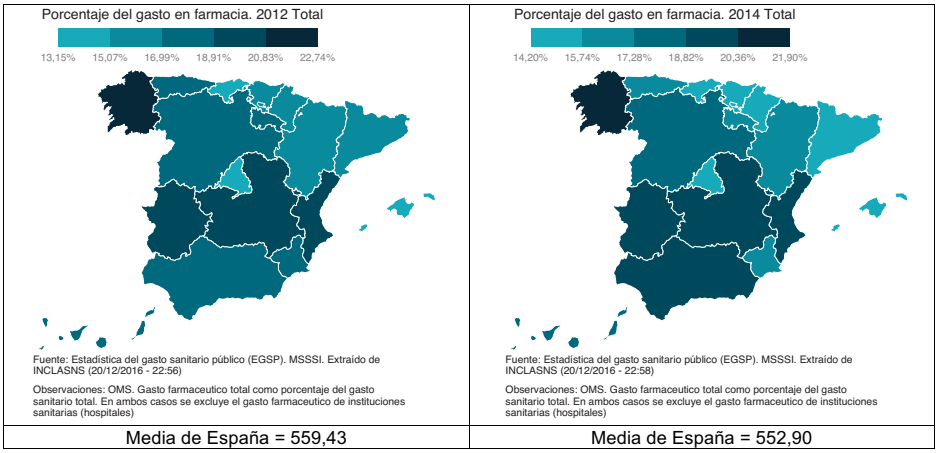
Tabla 117. Porcentaje del gasto de los servicios de atención especializada por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	58,18	58,52	-0,58
Aragón	68,09	61,11	11,42
Asturias	59,75	58,73	1,74
Baleares	60,24	58,91	2,26
Canarias	55,68	53,98	3,15
Cantabria	65,84	68,40	-3,74
Castilla y León	50,74	55,90	-9,23
Castilla Mancha	56,60	52,41	7,99
Cataluña	43,13	41,63	3,60
C Valenciana	60,11	57,22	5,05
Extremadura	54,95	52,75	4,17
Galicia	57,18	55,90	2,29
Madrid	59,35	59,33	0,03
Murcia	56,24	56,22	0,04
Navarra	57,07	54,47	4,77
País Vasco	59,84	57,01	4,96
Rioja	57,12	57,12	0,00
Ceuta	55,80	54,91	1,62
Melilla	58,18	58,52	-0,58
España	68,09	61,11	11,42

7.4. Porcentaje del gasto en farmacia

El porcentaje del gasto en farmacia, aumentó muy levemente (0,12%) en promedio, en España entre los años 2012 y 2014. En Cantabria se dio un fuerte aumento, y en el País Vasco, una notable disminución. El porcentaje más bajo del año 2012 lo ostentó Cantabria, y el del 2014, Baleares. Galicia arrojó el valor más elevado del período.

Figura 114. Porcentaje del gasto en farmacia por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

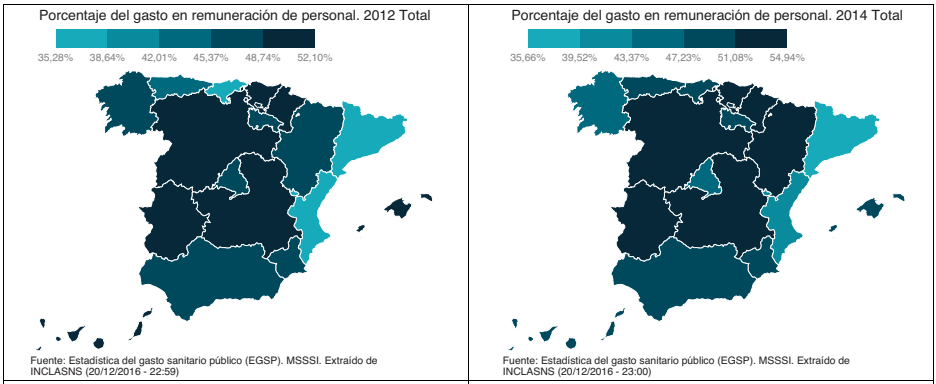
Tabla 118. Porcentaje del gasto en farmacia por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	20,10	18,72	7,37
Aragón	16,20	16,18	0,12
Asturias	17,22	17,11	0,64
Baleares	14,20	14,66	-3,14
Canarias	17,67	18,23	-3,07
Cantabria	15,13	13,15	15,06
Castilla y León	18,79	18,39	2,18
Castilla Mancha	18,84	19,97	-5,66
Cataluña	15,34	16,04	-4,36
C Valenciana	20,04	19,64	2,04
Extremadura	19,36	19,57	-1,07
Galicia	21,90	22,74	-3,69
Madrid	15,08	14,85	1,55
Murcia	16,98	17,41	-2,47
Navarra	14,56	15,40	-5,45
País Vasco	14,48	15,86	-8,70
Rioja	16,65	17,09	-2,57
Ceuta	17,55	17,57	-0,11
Melilla	20,10	18,72	7,37
España	16,20	16,18	0,12

7.5. Porcentaje del gasto en remuneración de personal

El porcentaje del gasto en remuneración de personal, creció en promedio un 6,24% en el conjunto de España entre los años 2012 y 2014. Cantabria experimentó un gran aumento desmarcado del resto de casos y Galicia la mayor, aunque discreta, disminución. Cataluña mostró el menor porcentaje durante el período y Navarra y Castilla y León el mayor los años 2012 y 2014, respectivamente.

Figura 115. Porcentaje del gasto en remuneración de personal por CC.AA. los años 2012 y 2014



Media de España = 48,71	Media de España = 51,75

Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

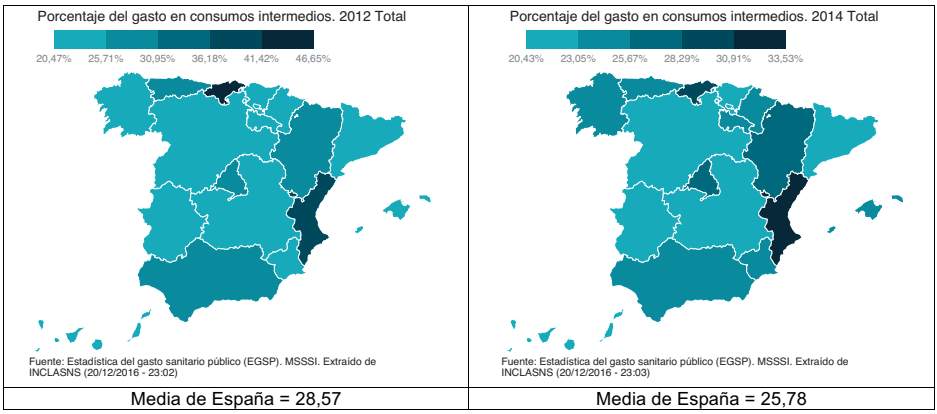
Tabla 119. Porcentaje del gasto en remuneración de personal por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	47,57	47,33	0,51
Aragón	51,75	48,71	6,24
Asturias	49,16	44,87	9,56
Baleares	48,75	48,83	-0,16
Canarias	50,16	48,93	2,51
Cantabria	48,80	35,92	35,86
Castilla y León	54,94	50,26	9,31
Castilla Mancha	52,16	51,18	1,91
Cataluña	35,66	35,28	1,08
C Valenciana	39,65	36,17	9,62
Extremadura	51,46	50,22	2,47
Galicia	46,23	46,70	-1,01
Madrid	45,90	45,43	1,03
Murcia	48,13	46,97	2,47
Navarra	52,01	52,10	-0,17
País Vasco	52,18	50,21	3,92
Rioja	48,79	47,35	3,04
Ceuta	45,97	44,48	3,35
Melilla	47,57	47,33	0,51
España	51,75	48,71	6,24

7.6. Porcentaje del gasto en consumos intermedios

El porcentaje del gasto en consumos intermedios, disminuyó en promedio un 9,77% en España entre los años 2012 y 2014. El mayor aumento se produjo en Navarra y, la mayor disminución, en Cantabria. El mayor porcentaje del 2012 lo mostró Cantabria y del 2014 la Comunidad Valenciana. El porcentaje más bajo del 2012 se situó en Cataluña y, el del 2014, en Castilla y León.

Figura 116. Porcentaje del gasto en consumos intermedios por CC.AA. los años 2012 y 2014



Media de España = 28,57	Media de España = 25,78

Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

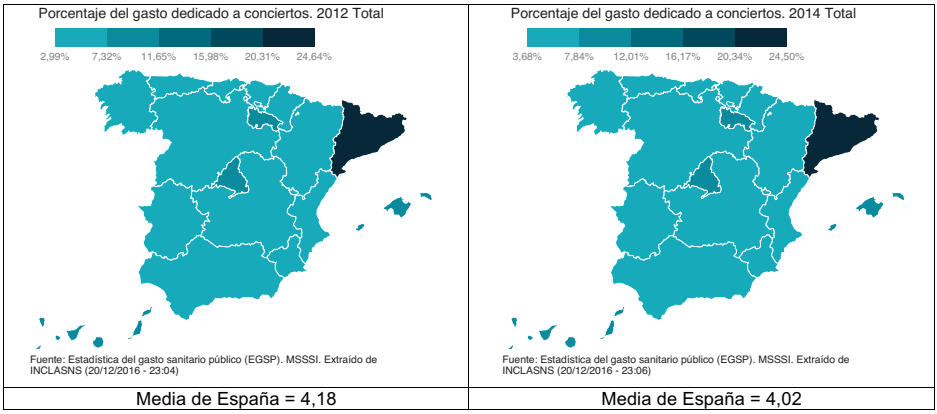
Tabla 120. Porcentaje del gasto en consumos intermedios por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	23,99	26,28	-8,71
Aragón	25,78	28,57	-9,77
Asturias	25,47	29,51	-13,69
Baleares	23,59	24,36	-3,16
Canarias	20,53	21,47	-4,38
Cantabria	30,46	46,65	-34,71
Castilla y León	20,43	23,85	-14,34
Castilla	22,15	20,62	7,42
Mancha			
Cataluña	21,15	20,47	3,32
C Valenciana	33,53	36,93	-9,21
Extremadura	22,89	23,08	-0,82
Galicia	23,88	22,52	6,04
Madrid	26,93	27,39	-1,68
Murcia	23,90	24,32	-1,73
Navarra	23,14	20,71	11,73
País Vasco	22,67	22,25	1,89
Rioja	24,74	25,41	-2,64
Ceuta	24,52	25,78	-4,89
Melilla	23,99	26,28	-8,71
España	25,78	28,57	-9,77

7.7. Porcentaje del gasto dedicado a conciertos

El porcentaje del gasto dedicado a conciertos, disminuyó en promedio, en España, un 3,83% en España entre los años 2012 y 2014. El mayor aumento se produjo en Baleares y, la mayor disminución, en Castilla La Mancha. Cataluña arrojó el mayor porcentaje en el período y, Cantabria, el menor.

Figura 117. Porcentaje del gasto dedicado a conciertos por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

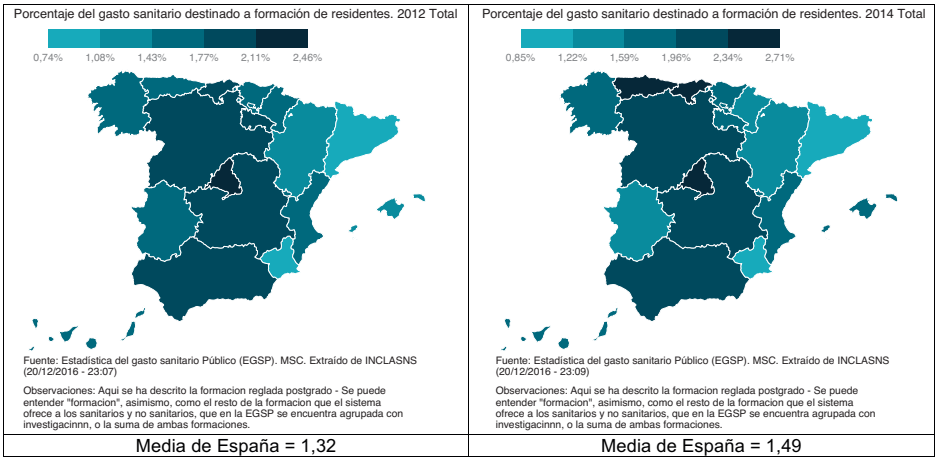
Tabla 121. Porcentaje del gasto dedicado a conciertos por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	4,79	4,93	-2,84
Aragón	4,02	4,18	-3,83
Asturias	6,34	7,16	-11,45
Baleares	11,69	9,02	29,60
Canarias	10,02	9,70	3,30
Cantabria	3,68	2,99	23,08
Castilla y León	4,04	4,67	-13,49
Castilla Mancha	5,32	6,39	-16,74
Cataluña	24,50	24,64	-0,57
C Valenciana	5,44	6,16	-11,69
Extremadura	4,56	4,78	-4,60
Galicia	5,71	5,77	-1,04
Madrid	11,19	10,31	8,54
Murcia	6,77	7,21	-6,10
Navarra	7,06	7,29	-3,16
País Vasco	6,96	7,19	-3,20
Rioja	8,66	8,08	7,18
Ceuta	9,56	9,58	-0,21
Melilla	4,79	4,93	-2,84
España	4,02	4,18	-3,83

7.8. Porcentaje del gasto sanitario destinado a formación de residentes

El porcentaje del gasto dedicado a formación de residentes, aumentó en promedio, en España, un 12,88% en España entre los años 2012 y 2014. El mayor aumento se produjo en Asturias y, la única y discreta disminución, en Castilla La Mancha. Madrid arrojó el mayor porcentaje en el período y, Murcia, el menor.

Figura 118. Porcentaje del gasto sanitario destinado a formación de residentes por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

Tabla 122. Porcentaje del gasto sanitario destinado a formación de residentes por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	2,17	2,01	7,96
Aragón	1,49	1,32	12,88
Asturias	2,60	1,72	51,16
Baleares	1,67	1,32	26,52
Canarias	1,71	1,65	3,64
Cantabria	2,39	1,78	34,27
Castilla y León	2,06	1,92	7,29
Castilla Mancha	1,97	1,99	-1,01
Cataluña	1,03	1,01	1,98
C Valenciana	1,94	1,70	14,12
Extremadura	1,53	1,44	6,25
Galicia	1,79	1,71	4,68
Madrid	2,71	2,46	10,16
Murcia	0,85	0,74	14,86
Navarra	1,55	1,55	0,00
País Vasco	1,86	1,77	5,08
Rioja	1,94	1,84	5,43
Ceuta	1,86	1,70	9,41
Melilla	2,17	2,01	7,96
España	1,49	1,32	12,88

SÍNTESIS 11: Gasto

El gasto sanitario público territorializado por habitante protegido ha disminuido, en promedio, un 3,42% en España, entre los años 2012 y 2014, resultado acorde con la situación de crisis vivida, los recortes y las estrategias de contención.

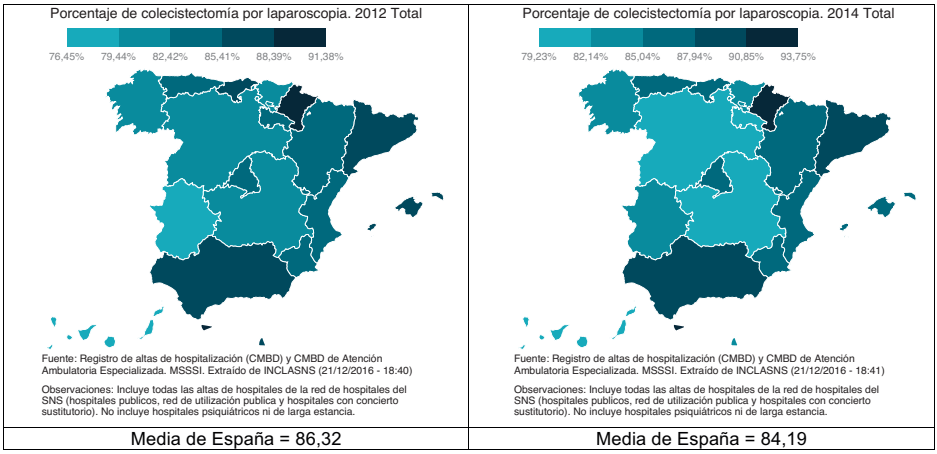
Desde el punto de vista de reparto porcentual del gasto, el del gasto sanitario en atención primaria aumentó en España, en promedio, un 44,24%; el de los servicios de atención especializada un 11,42%; el de farmacia, muy levemente (0,12%); el de remuneración de personal un 6,24% y el dedicado a formación de residentes un 12,88%, todo ello, entre los años 2012 y 2014. Las disminuciones se registraron en el porcentaje del gasto en consumos intermedios, que disminuyó en promedio un 9,77%, y en el porcentaje del gasto dedicado a conciertos, que disminuyó también un 3,83%, en España entre los años 2012 y 2014.

8
Pertinencia

8.1. Porcentaje de colecistectomía por laparoscopia

El porcentaje de colecistectomía por laparoscopia ha aumentado, en promedio, en España en un 2,53% entre los años 2012 y 2014. La técnica ha arrojado aumentos en todas las CC.AA. excepto en La Rioja y en Melilla, donde el porcentaje ha disminuido más del 5%. El mayor aumento se ha producido en Extremadura, que tuvo el porcentaje más bajo en 2012. El menor porcentaje de 2014 se produjo en La Rioja. El mayor porcentaje correspondió a Ceuta los dos años.

Figura 119. Porcentaje de colecistectomía por laparoscopia por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

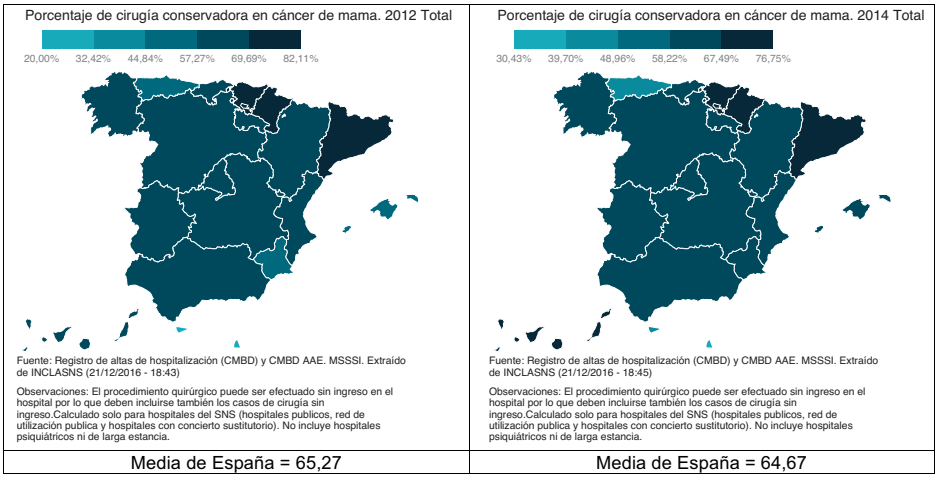
Tabla 123. Porcentaje de colecistectomía por laparoscopia por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	89,22	86,16	3,55
Aragón	87,78	85,19	3,04
Asturias	87,83	82,93	5,91
Baleares	86,96	86,27	0,80
Canarias	80,62	77,74	3,70
Cantabria	87,76	86,79	1,12
Castilla y León	80,64	80,09	0,69
Castilla Mancha	81,80	80,29	1,88
Cataluña	88,88	87,86	1,16
C Valenciana	85,50	82,77	3,30
Extremadura	84,47	76,45	10,49
Galicia	82,92	81,44	1,82
Madrid	86,28	84,18	2,49
Murcia	87,73	84,73	3,54
Navarra	92,47	88,71	4,24
País Vasco	83,33	81,65	2,06
Rioja	79,23	84,67	-6,42
Ceuta	93,75	91,38	2,59
Melilla	82,61	87,63	-5,73
España	86,32	84,19	2,53

8.2. Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama

El porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama, aumentó muy ligeramente en promedio, en España entre los años 2012 y 2014: tan sólo un 0,93%. Las tasas son, todavía, discretas en muchas CC.AA.. El mayor incremento de estas prácticas se produjo en Ceuta y Melilla, que partían de las tasas más bajas del territorio español. Asturias sufrió una disminución notable junto con Cantabria, pero la mayoría de CC.AA. han experimentado aumentos. El mayor porcentaje del período fue para Navarra, y el más bajo, para Melilla.

Figura 120. Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

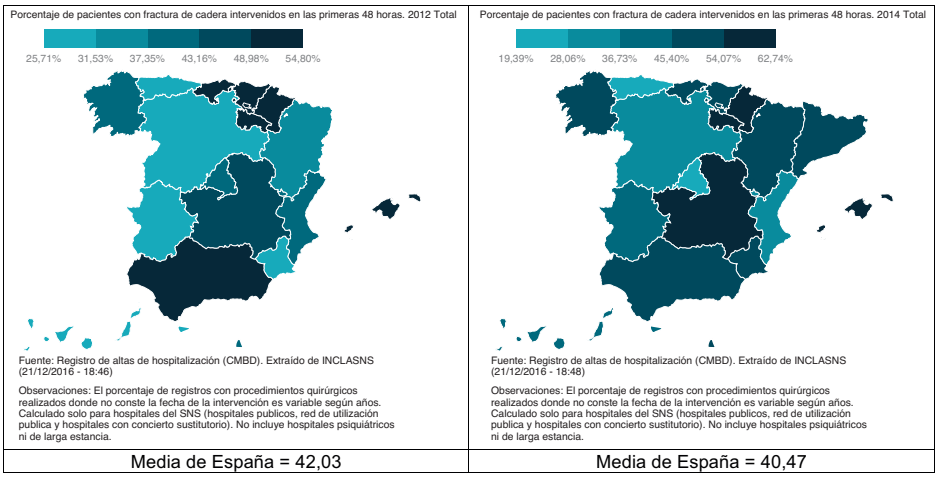
Tabla 124. Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	66,74	66,44	0,45
Aragón	66,23	62,78	5,50
Asturias	48,01	53,94	-10,99
Baleares	59,09	56,77	4,09
Canarias	68,67	67,37	1,93
Cantabria	63,18	69,47	-9,05
Castilla y León	59,45	61,68	-3,62
Castilla Mancha	58,25	57,29	1,68
Cataluña	72,31	72,40	-0,12
C Valenciana	63,16	59,77	5,67
Extremadura	65,00	60,17	8,03
Galicia	65,89	63,24	4,19
Madrid	62,86	62,10	1,22
Murcia	58,46	54,11	8,04
Navarra	76,75	82,11	-6,53
País Vasco	71,15	72,02	-1,21
Rioja	61,46	65,24	-5,79
Ceuta	41,67	25,00	66,68
Melilla	30,43	20,00	52,15
España	65,27	64,67	0,93

8.3. Porcentaje de pacientes con fractura de cadera intervenidos en las primeras 48 horas

El porcentaje de pacientes con fractura de cadera intervenidos en las primeras 48 horas ha aumentado, en promedio, un 3,85% en España, entre los años 2012 y 2014. Los principales aumentos, se produjeron en Murcia, Ceuta y Extremadura y, las principales disminuciones, en Madrid, Asturias y la Comunidad Valenciana. El año 2012, las tasas más elevadas se dieron en La Rioja y el País Vasco y, las más bajas, en Asturias, Extremadura y Ceuta. El año 2014, las tasas más elevadas se dieron en Baleares y Navarra y, las más bajas, en Asturias y Madrid.

Figura 121. Porcentaje de pacientes con fractura de cadera intervenidos en las primeras 48 horas por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

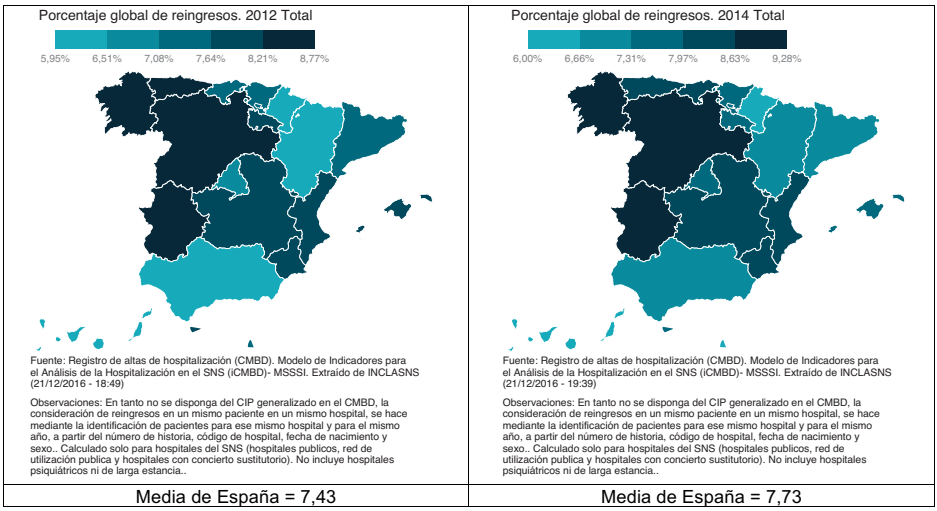
Tabla 125. Porcentaje de pacientes con fractura de cadera intervenidos en las primeras 48 horas por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	51,12	50,17	1,89
Aragón	46,72	35,64	31,09
Asturias	19,39	25,71	-24,58
Baleares	62,74	54,34	15,46
Canarias	41,43	29,84	38,84
Cantabria	50,41	51,30	-1,73
Castilla y León	33,89	26,63	27,26
Castilla Mancha	54,76	44,79	22,26
Cataluña	48,70		
C Valenciana	35,66	43,09	-17,24
Extremadura	43,77	26,13	67,51
Galicia	47,12	39,77	18,48
Madrid	27,32	40,29	-32,19
Murcia	53,31	28,39	87,78
Navarra	61,67	51,25	20,33
País Vasco	53,55	54,35	-1,47
Rioja	56,52	54,80	3,14
Ceuta	45,00	26,79	67,97
Melilla	45,77	41,38	10,61
España	42,03	40,47	3,85

8.4. Porcentaje global de reingresos

El porcentaje global de reingresos ha aumentado, en promedio, en España entre los años 2012 y 2014 un 4,04%. El mayor aumento se produjo en Andalucía y, la mayor reducción, en Melilla. La situación más favorable del 2012 fue para Canarias y la menos favorable para Castilla y León. En cambio, la situación más favorable del año 2014 fue para Melilla y, la menos favorable, para Galicia.

Figura 122. Porcentaje global de reingresos por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

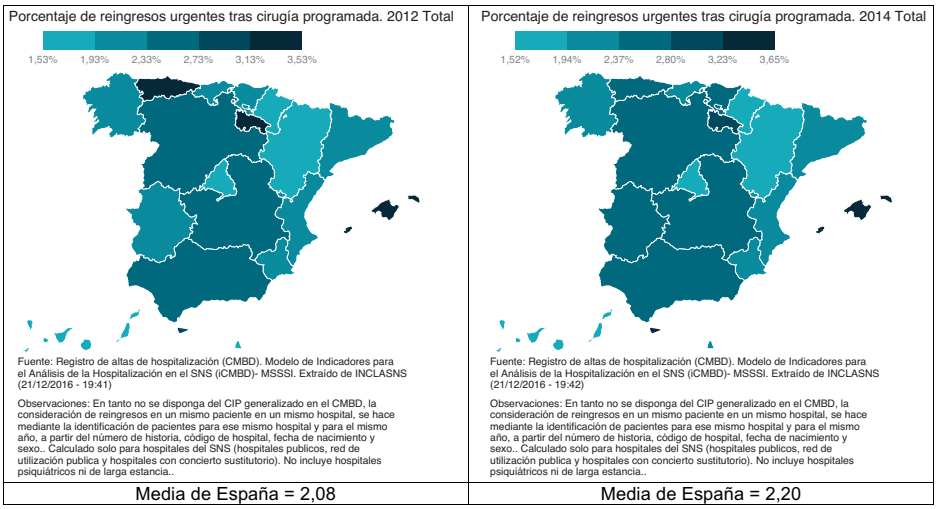
Tabla 126. Porcentaje global de reingresos por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	7,31	6,38	14,58
Aragón	6,66	6,11	9,00
Asturias	8,35	8,29	0,72
Baleares	7,73	7,66	0,91
Canarias	6,01	5,95	1,01
Cantabria	7,99	7,61	4,99
Castilla y León	8,91	8,74	1,95
Castilla Mancha	8,32	8,07	3,10
Cataluña	6,93	7,32	-5,33
C Valenciana	8,09	7,92	2,15
Extremadura	8,83	8,77	0,68
Galicia	9,28	8,49	9,31
Madrid	7,73	7,07	9,34
Murcia	8,01	7,86	1,91
Navarra	6,32	6,40	-1,25
País Vasco	7,71	7,54	2,25
Rioja	7,69	8,10	-5,06
Ceuta	7,88	7,89	-0,13
Melilla	6,00	7,21	-16,78
España	7,73	7,43	4,04

8.5. Porcentaje de reingresos urgentes tras cirugía programada

El porcentaje global de reingresos urgentes tras cirugía programada, ha aumentado un 5,77% en promedio, en España entre los años 2012 y 2014. El mayor aumento se produjo en Melilla y la mayor reducción, en Asturias. La mejor posición del año 2012 fue para Canarias, que la mantuvo en el año 2014. La tasa más elevada fue para La Rioja en 2012 y para Ceuta en 2014.

Figura 123. Porcentaje global de reingresos urgentes tras cirugía programada por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

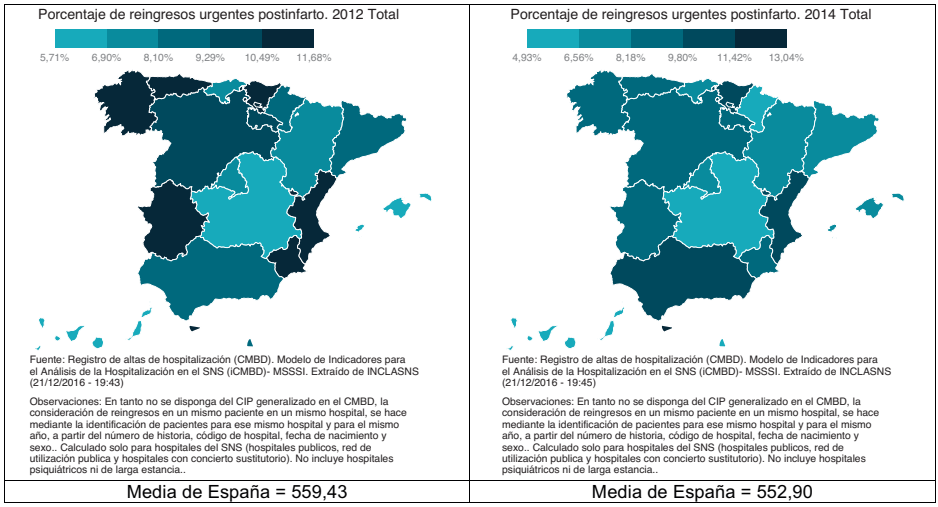
Tabla 127. Porcentaje global de reingresos urgentes tras cirugía programada por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	2,58	2,35	9,79
Aragón	1,94	1,62	19,75
Asturias	2,40	3,30	-27,27
Baleares	3,40	3,24	4,94
Canarias	1,52	1,53	-0,65
Cantabria	2,15	2,26	-4,87
Castilla y León	2,57	2,41	6,64
Castilla Mancha	2,60	2,57	1,17
Cataluña	2,12	2,07	2,42
C Valenciana	2,31	2,08	11,06
Extremadura	2,49	2,18	14,22
Galicia	2,32	2,10	10,48
Madrid	1,81	1,71	5,85
Murcia	2,10	1,99	5,53
Navarra	1,68	1,84	-8,70
País Vasco	2,40	2,14	12,15
Rioja	3,13	3,53	-11,33
Ceuta	3,65	2,94	24,15
Melilla	2,09	1,65	26,67
España	2,20	2,08	5,77

8.6. Porcentaje de reingresos urgentes postinfarto

El porcentaje de reingresos urgentes postinfarto, disminuyó en promedio un 4,51% en España, entre los años 2012 y 2014. La mayor disminución se produjo en Navarra y, el mayor aumento, en Baleares. La tasa más baja del año 2012 fue para Baleares y para el año 2014 fue para Canarias. En cambio, la tasa más elevada del 2012 se dio en Asturias y en el 2014, en Ceuta.

Figura 124. Porcentaje de reingresos urgentes postinfarto por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

Tabla 128. Porcentaje de reingresos urgentes postinfarto por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	11,10	9,29	19,48
Aragón	7,15	7,73	-7,50
Asturias	9,55	11,68	-18,24
Baleares	7,96	5,71	39,40
Canarias	4,93	6,12	-19,44
Cantabria	6,73	7,52	-10,51
Castilla y León	8,76	10,21	-14,20
Castilla Mancha	5,98	6,77	-11,67
Cataluña	7,59	9,11	-16,68
C Valenciana	10,51	11,29	-6,91
Extremadura	8,68	10,49	-17,25
Galicia	9,29	10,59	-12,28
Madrid	8,10	7,73	4,79
Murcia	9,73	10,81	-9,99
Navarra	5,33	8,92	-40,25
País Vasco	11,08	11,36	-2,46
Rioja	9,67	9,30	3,98
Ceuta	13,04	10,84	20,30
Melilla	6,15	8,93	-31,13
España	8,89	9,31	-4,51

SÍNTESIS 12: Pertinencia

Los resultados globales más positivos acerca de los indicadores de pertinencia son:

El aumento del 2,53% del porcentaje de colecistectomía por laparoscopia; el aumento, aunque ligero (0,93%), del porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama; el aumento del 3,85% del porcentaje de pacientes con fractura de cadera intervenidos en las primeras 48 horas y, la disminución del 4,51% de reingresos urgentes post infarto.

Los resultados más negativos acerca de este apartado son:

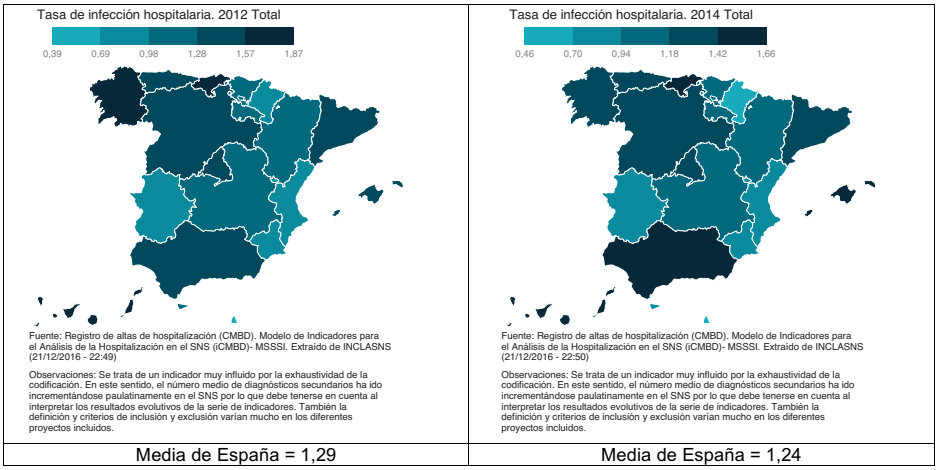
El aumento del porcentaje global de reingresos de un 4,04% y, el aumento del 5,77% del porcentaje global de reingresos urgentes tras cirugía programada, todos ello, en promedio y entre los años 2012 y 2014 en España.

9
Seguridad

9.1. Tasa de infección hospitalaria

La tasa de infección hospitalaria disminuyó, en promedio, un 3,88% en España entre los años 2012 y 2014. La mayor disminución tuvo lugar en Navarra y, el mayor aumento, en Melilla. Precisamente, esta ciudad arrojó la menor tasa del período, mientras que Galicia tuvo la más elevada del 2012 y Canarias la más elevada del 2014.

Figura 125. Tasa de infección hospitalaria por CC.AA. los años 2012 y 2014



Media de España = 1,29	Media de España = 1,24

Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

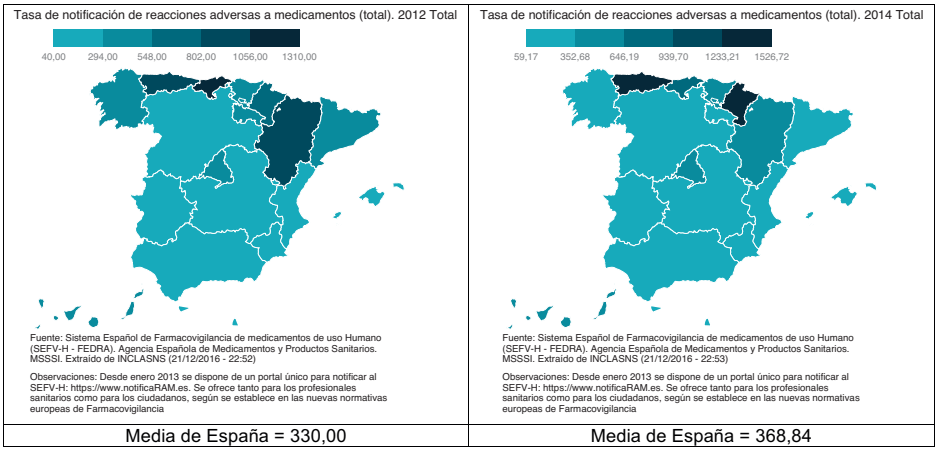
Tabla 129. Tasa de infección hospitalaria por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	1,52	1,32	15,15
Aragón	1,17	1,25	-6,40
Asturias	1,36	1,41	-3,55
Baleares	1,46	1,45	0,69
Canarias	1,66	1,74	-4,60
Cantabria	1,54	1,87	-17,65
Castilla y León	1,28	1,29	-0,78
Castilla Mancha	1,06	1,13	-6,19
Cataluña	1,24	1,37	-9,49
C Valenciana	0,83	0,86	-3,49
Extremadura	0,79	0,87	-9,20
Galicia	1,33	1,75	-24,00
Madrid	1,37	1,42	-3,52
Murcia	0,92	0,96	-4,17
Navarra	0,66	0,89	-25,84
País Vasco	1,17	1,16	0,86
Rioja	1,00	1,11	-9,91
Ceuta	0,83	1,06	-21,70
Melilla	0,46	0,39	17,95
España	1,24	1,29	-3,88

9.2. Tasa de notificación de reacciones adversas a medicamentos (total)

La tasa de notificación de reacciones adversas a medicamentos total, aumentó en promedio, un 11,77% en España entre los años 2012 y 2014. El mayor aumento se produjo en Navarra y, la mayor disminución, en Melilla. Ceuta arrojó la menor tasa del 2012 y Melilla la menor del 2014. La mayor tasa del 2012 correspondió a Cantabria, y la mayor tasa del 2014, a Asturias.

Figura 126. Tasa de notificación de reacciones adversas a medicamentos (total) por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

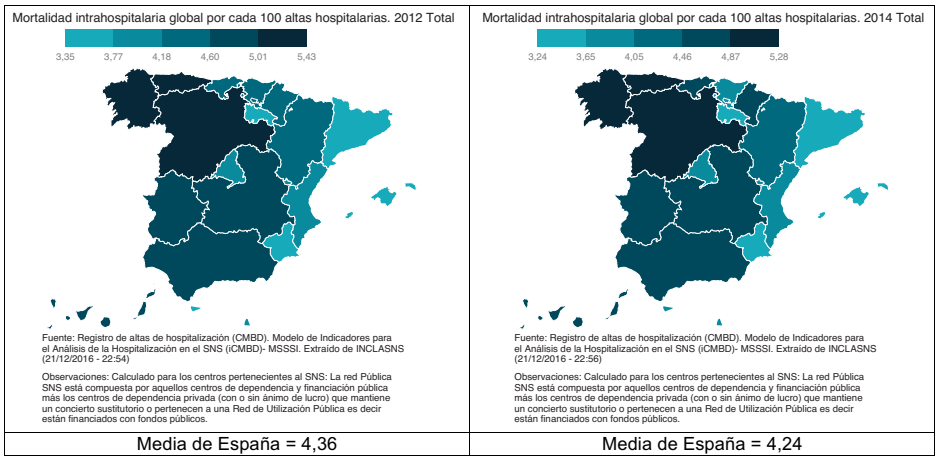
Tabla 130. Tasa de notificación de reacciones adversas a medicamentos (total) por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	255,05	220,00	15,93
Aragón	438,36	870,00	-49,61
Asturias	1526,72	870,00	75,49
Baleares	339,85	220,00	54,48
Canarias	555,39	320,00	73,56
Cantabria	759,36	1310,00	-42,03
Castilla y León	236,49	180,00	31,38
Castilla Mancha	195,32	130,00	50,25
Cataluña	266,00	300,00	-11,33
C Valenciana	247,96	250,00	-0,82
Extremadura	321,02	250,00	28,41
Galicia	334,34	340,00	-1,66
Madrid	501,05	390,00	28,47
Murcia	152,03	180,00	-15,54
Navarra	1388,91	630,00	120,46
País Vasco	442,21	490,00	-9,75
Rioja	247,65	350,00	-29,24
Ceuta	82,39	40,00	105,98
Melilla	59,17	120,00	-50,69
España	368,84	330,00	11,77

9.3. Mortalidad intrahospitalaria global por cada 100 altas hospitalarias

La tasa de mortalidad intrahospitalaria global por cada 100 altas hospitalarias, disminuyó en promedio un 2,75% en España, entre los años 2012 y 2014. La mayor disminución tuvo lugar en Cataluña y, el mayor aumento, en Ceuta. La menor tasa del 2012 la tuvo Ceuta y la menor del 2014, Castilla La Mancha. La mayor tasa del 2012 la tuvo Galicia, que repitió en el 2014.

Figura 127. Mortalidad intrahospitalaria global por cada 100 altas hospitalarias por CC.AA. los años 2012 y 2014



Media de España = 4,36	Media de España = 4,24

Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

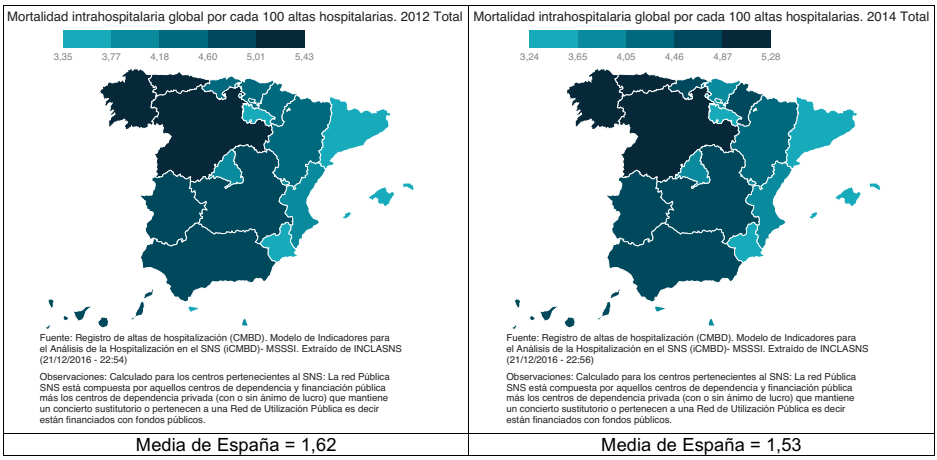
Tabla 131. Mortalidad intrahospitalaria global por cada 100 altas hospitalarias por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	4,67	4,71	-0,85
Aragón	4,40	4,39	0,23
Asturias	5,19	5,21	-0,38
Baleares	3,54	3,52	0,57
Canarias	4,80	4,89	-1,84
Cantabria	4,72	4,55	3,74
Castilla y León	5,03	5,11	-1,57
Castilla Mancha	4,66	4,92	-5,28
Cataluña	3,24	3,70	-12,43
C Valenciana	4,00	4,07	-1,72
Extremadura	4,82	4,83	-0,21
Galicia	5,28	5,43	-2,76
Madrid	3,91	3,88	0,77
Murcia	3,56	3,75	-5,07
Navarra	4,60	4,28	7,48
País Vasco	4,05	4,30	-5,81
Rioja	3,27	3,50	-6,57
Ceuta	3,72	3,35	11,04
Melilla	3,97	4,17	-4,80
España	4,24	4,36	-2,75

9.4. Mortalidad intrahospitalaria tras intervención quirúrgica por cada 100 altas quirúrgicas

La tasa de mortalidad intrahospitalaria tras intervención quirúrgica por cada 100 altas quirúrgicas, disminuyó, en promedio, un 5,56% en España, entre los años 2012 y 2014. La mayor disminución se produjo en La Rioja, y el mayor aumento, en Melilla. La menor tasa del 2012 fue para Navarra, que repitió posición en el 2014. La mayor tasa del 2012 fue para Castilla La Mancha y, la mayor del 2014, fue para Ceuta.

Figura 128. Mortalidad intrahospitalaria tras intervención quirúrgica por cada 100 altas quirúrgicas por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

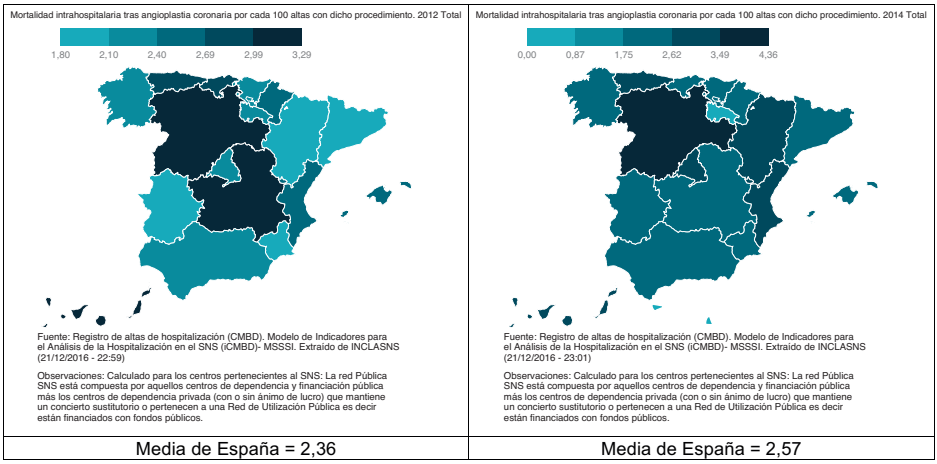
Tabla 132. Mortalidad intrahospitalaria tras intervención quirúrgica por cada 100 altas quirúrgicas por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	1,78	1,80	-1,11
Aragón	1,66	1,64	1,22
Asturias	1,90	1,95	-2,56
Baleares	1,48	1,50	-1,33
Canarias	1,62	1,92	-15,63
Cantabria	1,61	1,61	0,00
Castilla y León	1,57	1,61	-2,48
Castilla Mancha	1,76	2,08	-15,38
Cataluña	1,36	1,50	-9,33
C Valenciana	1,57	1,50	4,67
Extremadura	1,53	1,56	-1,92
Galicia	1,62	1,81	-10,50
Madrid	1,42	1,49	-4,70
Murcia	1,61	1,70	-5,29
Navarra	0,93	1,10	-15,45
País Vasco	1,16	1,42	-18,31
Rioja	0,95	1,14	-16,67
Ceuta	2,13	1,93	10,36
Melilla	1,64	1,36	20,59
España	1,53	1,62	-5,56

9.5. Mortalidad intrahospitalaria tras angioplastia coronaria por cada 100 altas con dicho procedimiento

La tasa de mortalidad intrahospitalaria tras angioplastia coronaria por cada 100 altas con dicho procedimiento, aumentó, en promedio, un 8,90% en España, entre los años 2012 y 2014. El mayor aumento tuvo lugar en Aragón y, la mayor disminución, en La Rioja. Canarias arrojó la mayor tasa del 2012 y Castilla y León del 2014. La menor tasa del 2012 fue para Aragón y las menores del 2014, se dieron en La Rioja y Ceuta y Melilla que no tuvieron casos.

Figura 129. Mortalidad intrahospitalaria tras angioplastia coronaria por cada 100 altas con dicho procedimiento por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

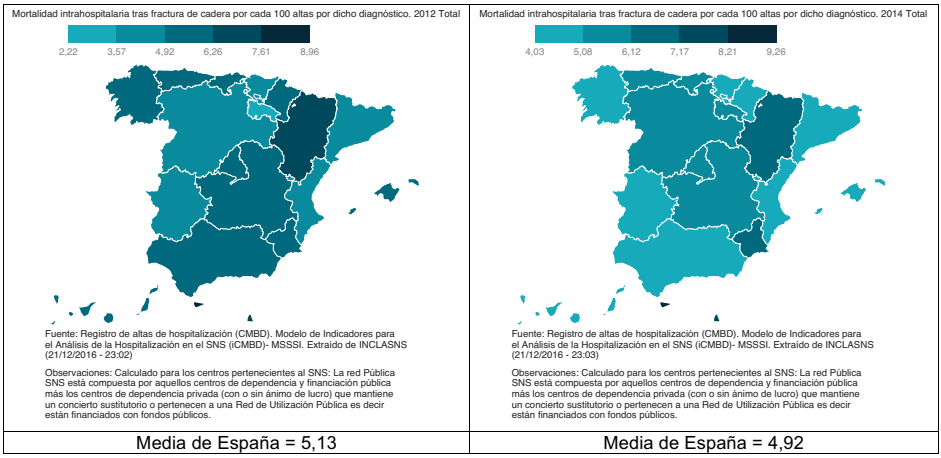
Tabla 133. Mortalidad intrahospitalaria tras angioplastia coronaria por cada 100 altas con dicho procedimiento por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	2,48	2,33	6,44
Aragón	3,06	1,80	70,00
Asturias	3,13	2,76	13,41
Baleares	2,24	2,41	-7,05
Canarias	2,91	3,07	-5,21
Cantabria	1,92	2,72	-29,41
Castilla y León	4,36	3,29	32,52
Castilla Mancha	2,59	3,00	-13,67
Cataluña	2,23	2,07	7,73
C Valenciana	2,88	2,54	13,39
Extremadura	1,84	2,04	-9,80
Galicia	2,20	2,17	1,38
Madrid	2,80	2,30	21,74
Murcia	1,84	1,92	-4,17
Navarra	1,95	2,50	-22,00
País Vasco	2,38	2,27	4,85
Rioja	0,63	2,37	-73,42
Ceuta	0,00		
Melilla	0,00		
España	2,57	2,36	8,90

9.6. Mortalidad intrahospitalaria tras fractura de cadera por cada 100 altas por dicho diagnóstico

La tasa de mortalidad intrahospitalaria tras fractura de cadera por cada 100 altas por dicho diagnóstico, disminuyó, en promedio, en España, un 4,09% entre los años 2012 y 2014. El mayor aumento se produjo en La Rioja y, la mayor disminución, en Galicia. Ceuta arrojó la mayor tasa del 2012 y La Rioja, la menor. Ceuta repitió con la mayor tasa en 2014 y el País Vasco arrojó la menor de dicho año.

Figura 130. Mortalidad intrahospitalaria tras fractura de cadera por cada 100 altas por dicho diagnóstico por CC.AA. los años 2012 y 2014



Media de España = 5,13	Media de España = 4,92

Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

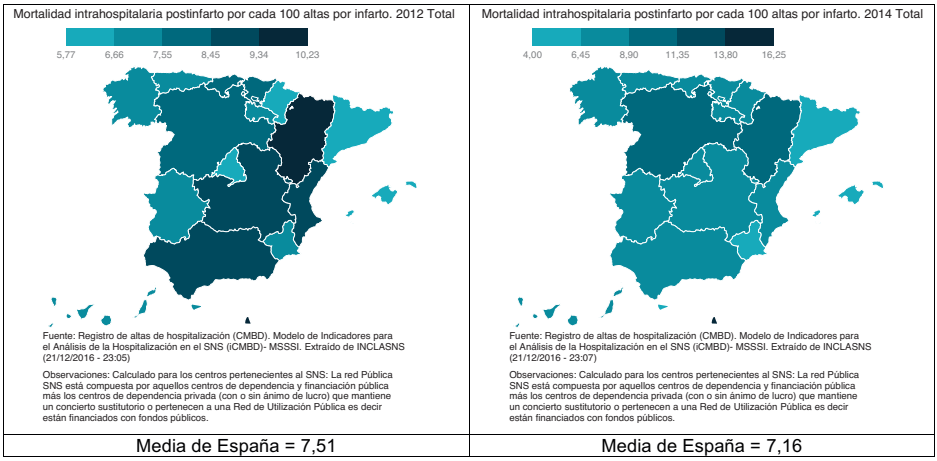
Tabla 134. Mortalidad intrahospitalaria tras fractura de cadera por cada 100 altas por dicho diagnóstico por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	4,74	5,09	-6,88
Aragón	6,21	6,75	-8,00
Asturias	5,28	5,60	-5,71
Baleares	4,73	5,00	-5,40
Canarias	4,19	5,05	-17,03
Cantabria	5,94	4,97	19,52
Castilla y León	5,79	4,81	20,37
Castilla Mancha	5,18	6,03	-14,10
Cataluña	4,58	4,83	-5,18
C Valenciana	4,52	4,35	3,91
Extremadura	5,05	4,53	11,48
Galicia	4,51	5,84	-22,77
Madrid	5,08	5,46	-6,96
Murcia	6,44	5,91	8,97
Navarra	4,51	5,70	-20,88
País Vasco	4,03	4,74	-14,98
Rioja	5,50	2,22	147,75
Ceuta	9,26	8,96	3,35
Melilla	7,46	7,14	4,48
España	4,92	5,13	-4,09

9.7. Mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto

La tasa de mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto, disminuyó en promedio, un 4,66% en España, entre los años 2012 y 2014. El mayor aumento se produjo en Melilla y, la mayor disminución, en Ceuta. La mayor tasa del 2012 se dio en Aragón, y la menor, en Baleares. La mayor tasa del 2014 se dio en Melilla, y la menor, en Ceuta.

Figura 131. Mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

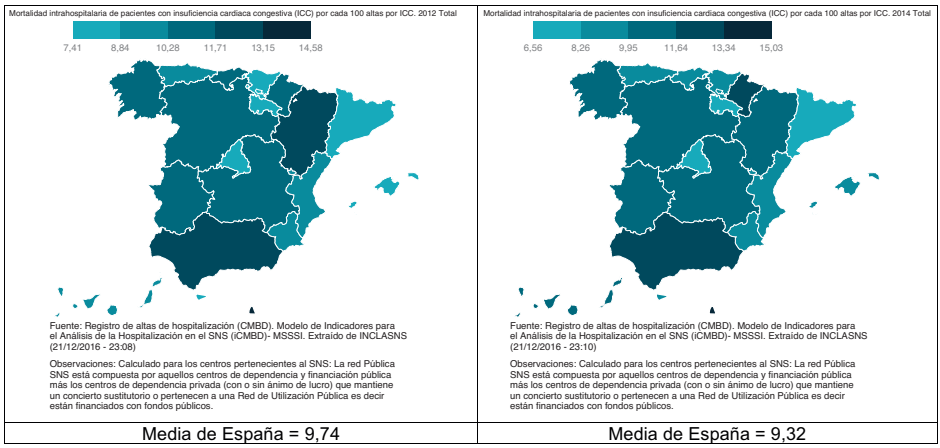
Tabla 135. Mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	7,72	8,47	-8,85
Aragón	9,41	10,23	-8,02
Asturias	7,12	7,24	-1,66
Baleares	5,82	5,77	0,87
Canarias	6,79	7,15	-5,03
Cantabria	7,42	8,06	-7,94
Castilla y León	9,03	8,12	11,21
Castilla Mancha	7,90	8,64	-8,56
Cataluña	5,47	6,41	-14,66
C Valenciana	7,62	8,64	-11,81
Extremadura	8,57	7,43	15,34
Galicia	6,91	6,84	1,02
Madrid	6,91	6,16	12,18
Murcia	5,92	6,90	-14,20
Navarra	7,50	6,20	20,97
País Vasco	6,68	7,68	-13,02
Rioja	8,16	6,87	18,78
Ceuta	4,00	7,29	-45,13
Melilla	16,25	9,38	73,24
España	7,16	7,51	-4,66

9.8. Mortalidad intrahospitalaria de pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) por cada 100 altas por ICC

La tasa de mortalidad intrahospitalaria de pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) por cada 100 altas por ICC, disminuyó en promedio un 4,31% en España, entre los años 2012 y 2014. El mayor aumento se dio en Ceuta y, la mayor disminución, en Cataluña. Melilla arrojó la tasa más elevada en ambos años. Ceuta, arrojó la tasa más baja del 2012 y La Rioja la menor del 2014.

Figura 132. Mortalidad intrahospitalaria de pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) por cada 100 altas por ICC por CC.AA. los años 2012 y 2014



Media de España = 9,74	Media de España = 9,32

Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

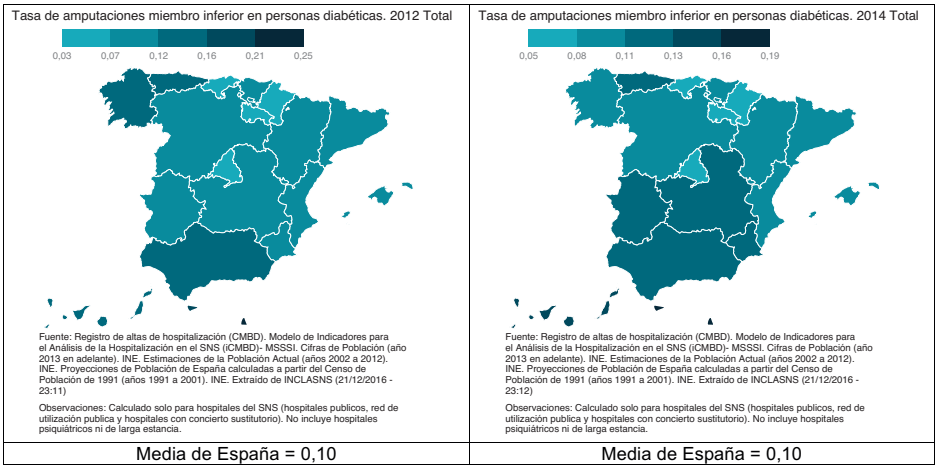
Tabla 136. Mortalidad intrahospitalaria de pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) por cada 100 altas por ICC por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	12,10	11,90	1,68
Aragón	10,01	11,79	-15,10
Asturias	9,81	9,70	1,13
Baleares	8,91	8,32	7,09
Canarias	10,32	9,57	7,84
Cantabria	9,81	10,66	-7,97
Castilla y León	10,58	10,77	-1,76
Castilla Mancha	10,50	10,68	-1,69
Cataluña	6,85	8,41	-18,55
C Valenciana	9,40	9,62	-2,29
Extremadura	10,01	10,48	-4,48
Galicia	10,50	10,77	-2,51
Madrid	7,96	8,42	-5,46
Murcia	8,42	9,50	-11,37
Navarra	11,68	10,78	8,35
País Vasco	8,30	8,51	-2,47
Rioja	6,56	7,98	-17,79
Ceuta	9,36	7,41	26,32
Melilla	15,03	14,58	3,09
España	9,32	9,74	-4,31

9.9. Tasa de amputaciones miembro inferior en personas diabéticas

La tasa de amputaciones de miembro inferior en personas diabéticas, permaneció estable entre los años 2012 y 2014 en España. El mayor aumento se dio en Navarra y, la mayor disminución, en Melilla. Esta ciudad arrojó las tasas más elevadas de 2012 y 2014, mientras que Navarra arrojó las tasas más bajas, junto con el País Vasco en 2014.

Figura 133. Tasa de amputaciones miembro inferior en personas diabéticas por CC.AA. los años 2012 y 2014



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

Tabla 137. Tasa de amputaciones miembro inferior en personas diabéticas por CC.AA. los años 2012 y 2014

CC.AA. y Total	Tasa 2014	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	0,11	0,12	-8,33
Aragón	0,10	0,09	11,11
Asturias	0,13	0,13	0,00
Baleares	0,08	0,10	-20,00
Canarias	0,15	0,16	-6,25
Cantabria	0,08	0,07	14,29
Castilla y León	0,10	0,10	0,00
Castilla Mancha	0,11	0,09	22,22
Cataluña	0,10	0,10	0,00
C Valenciana	0,10	0,11	-9,09
Extremadura	0,12	0,09	33,33
Galicia	0,10	0,12	-16,67
Madrid	0,06	0,07	-14,29
Murcia	0,12	0,10	20,00
Navarra	0,05	0,03	66,67
País Vasco	0,08	0,10	-20,00
Rioja	0,05	0,06	-16,67
Ceuta	0,16	0,18	-11,11
Melilla	0,19	0,25	-24,00
España	0,10	0,10	0,00

SÍNTESIS 13: Seguridad

Seis indicadores de seguridad vieron disminuir sus tasas promedio en España entre 2012 y 2014, mientras que dos aumentaron y uno permaneció estable, lo que arroja un balance más positivo que negativo para el apartado de seguridad hospitalaria en España en el período.

Los resultados detallados fueron los siguientes:

La tasa de infección hospitalaria disminuyó, en promedio, un 3,88% en España, entre los años 2012 y 2014.

La tasa de notificación de reacciones adversas a medicamentos total, aumentó en promedio, un 11,77% en España, entre los años 2012 y 2014.

La tasa de mortalidad intrahospitalaria global por cada 100 altas hospitalarias, disminuyó en promedio un 2,75% en España, entre los años 2012 y 2014.
La tasa de mortalidad intrahospitalaria tras intervención quirúrgica por cada 100 altas quirúrgicas, disminuyó, en promedio, un 5,56% en España, entre los años 2012 y 2014.

La tasa de mortalidad intrahospitalaria tras angioplastia coronaria por cada 100 altas con dicho procedimiento, aumentó, en promedio, un 8,90% en España, entre los años 2012 y 2014.

La tasa de mortalidad intrahospitalaria tras fractura de cadera por cada 100 altas por dicho diagnóstico, disminuyó, en promedio, en España, un 4,09%, entre los años 2012 y 2014.

La tasa de mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto, disminuyó en promedio, un 4,66% en España, entre los años 2012 y 2014.

La tasa de mortalidad intrahospitalaria de pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) por cada 100 altas por ICC, disminuyó en promedio un 4,31% en España, entre los años 2012 y 2014.

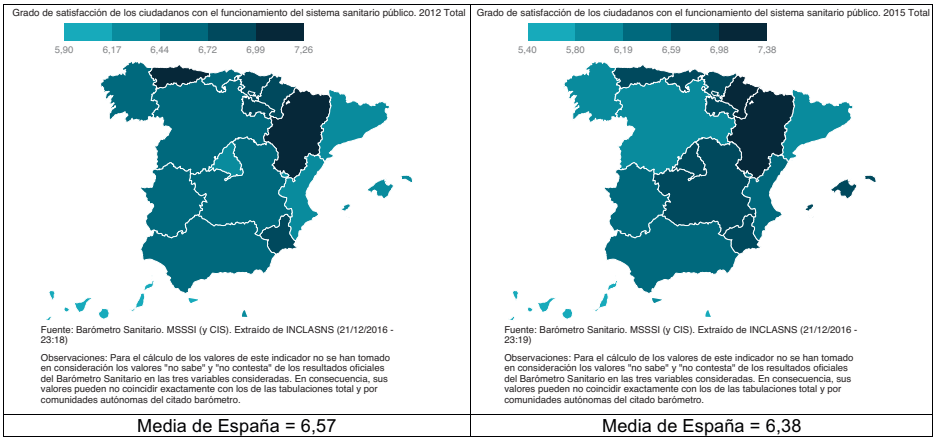
La tasa de amputaciones de miembro inferior en personas diabéticas, permaneció estable entre los años 2012 y 2014 en España.

10
Opinión

10.1. Grado de satisfacción de los ciudadanos con el funcionamiento del sistema sanitario público

El grado de satisfacción de los ciudadanos con el funcionamiento del sistema sanitario público, ha disminuido un 2,89% en promedio, en España, entre los años 2012 y 2015. La mayor disminución se produjo en Melilla y, el mayor aumento, en Navarra. La mejor valoración del 2012 fue para Aragón y la más baja, para Canarias. El año 2015, la mejor nota media fue para Navarra, y la más baja, para Melilla.

Figura 134. Grado de satisfacción de los ciudadanos con el funcionamiento del sistema sanitario público por CC.AA. los años 2012 y 2015



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

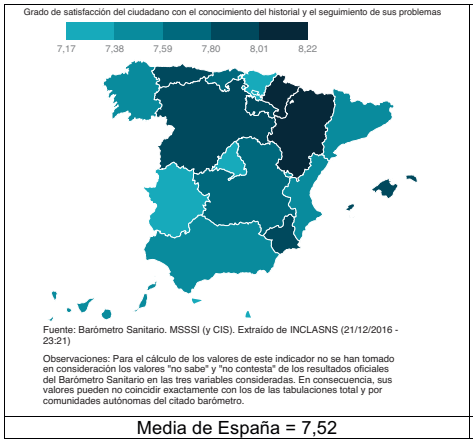
Tabla 138. Grado de satisfacción de los ciudadanos con el funcionamiento del sistema sanitario público por CC.AA. los años 2012 y 2015

CC.AA. y Total	Tasa 2015	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	6,28	6,58	-4,56
Aragón	7,18	7,26	-1,10
Asturias	6,83	7,09	-3,67
Baleares	6,62	6,38	3,76
Canarias	5,80	5,90	-1,69
Cantabria	6,93	6,57	5,48
Castilla y León	6,06	6,67	-9,15
Castilla Mancha	6,70	6,69	0,15
Cataluña	6,02	6,21	-3,06
C Valenciana	6,23	6,27	-0,64
Extremadura	6,24	6,69	-6,73
Galicia	6,16	6,49	-5,08
Madrid	6,59	6,37	3,45
Murcia	6,88	6,81	1,03
Navarra	7,38	6,92	6,65
País Vasco	6,96	6,76	2,96
Rioja	6,88	6,89	-0,15
Ceuta	6,19	5,97	3,69
Melilla	5,40	6,36	-15,09
España	6,38	6,57	-2,89

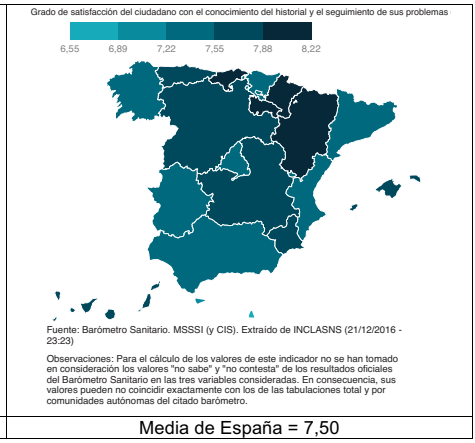
10.2. Grado de satisfacción del ciudadano con el conocimiento del historial y el seguimiento de sus problemas de salud por el médico de familia y el pediatra

El grado medio de satisfacción del ciudadano con el conocimiento del historial y el seguimiento de sus problemas de salud por el médico de familia y el pediatra, disminuyó un 0,27% en España, entre los años 2012 y 2015. La mayor disminución se produjo en Melilla y, el mayor aumento, en Cantabria. La mejor nota del 2012 fue para Navarra, que repitió en 2015. La nota más baja del 2012 fue para Ceuta, si bien, alcanzó el notable y, la más baja del 2015, fue para Melilla.

Figura 135. Grado de satisfacción del ciudadano con el conocimiento del historial y el seguimiento de sus problemas de salud por el médico de familia y el pediatra por CC.AA. los años 2012 y 2015



Media de España = 7,52



Media de España = 7,50

Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

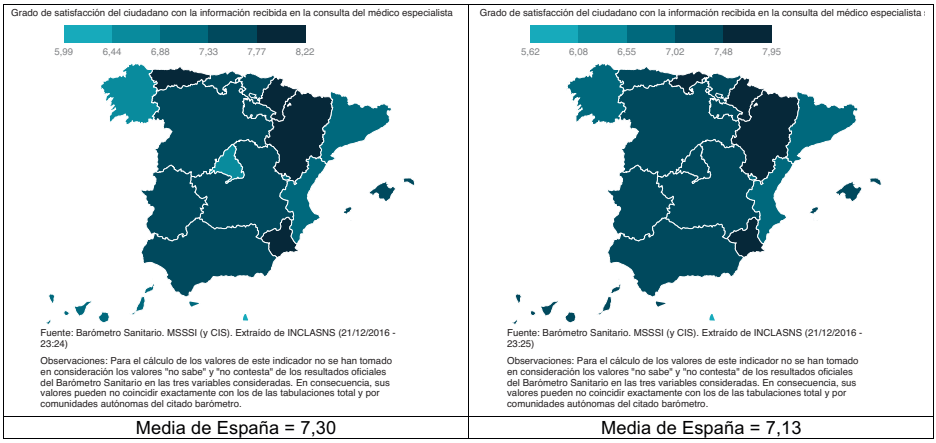
Tabla 139. Grado de satisfacción del ciudadano con el conocimiento del historial y el seguimiento de sus problemas de salud por el médico de familia y el pediatra por CC.AA. los años 2012 y 2015

CC.AA. y Total	Tasa 2015	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	7,30	7,44	-1,88
Aragón	8,12	8,08	0,50
Asturias	7,69	7,82	-1,66
Baleares	7,61	7,97	-4,52
Canarias	7,60	7,54	0,80
Cantabria	8,10	7,77	4,25
Castilla y León	7,58	7,98	-5,01
Castilla Mancha	7,76	7,77	-0,13
Cataluña	7,37	7,42	-0,67
C Valenciana	7,49	7,47	0,27
Extremadura	7,29	7,34	-0,68
Galicia	7,31	7,45	-1,88
Madrid	7,50	7,23	3,73
Murcia	7,75	7,81	-0,77
Navarra	8,22	8,22	0,00
País Vasco	7,51	7,35	2,18
Rioja	7,90	7,97	-0,88
Ceuta	7,12	7,17	-0,70
Melilla	6,55	7,23	-9,41
España	7,50	7,52	-0,27

10.3. Grado de satisfacción del ciudadano con la información recibida en la consulta del médico especialista sobre su problema de salud

El grado medio de satisfacción del ciudadano con la información recibida en la consulta del médico especialista sobre su problema de salud, disminuyó un 2,33% en España, entre los años 2012 y 2015. La mayor disminución se produjo en Asturias y, el mayor aumento, en Madrid. La nota más baja del período fue para Melilla, que se desmarca del resto de España en este apartado con notas más bajas en todos los indicadores. La nota más alta del 2012 fue para Asturias y, la más alta del 2015, para Aragón, pero en el seno de un panorama menos optimista que el del año 2012.

Figura 136. Grado de satisfacción del ciudadano con la información recibida en la consulta del médico especialista sobre su problema de salud por CC.AA. los años 2012 y 2015



Fuente: elaboración propia a partir de MSSSI: BD-INCLASNS

Tabla 140. Grado de satisfacción del ciudadano con la información recibida en la consulta del médico especialista sobre su problema de salud por CC.AA. los años 2012 y 2015

CC.AA. y Total	Tasa 2015	Tasa 2012	Variación porcentual
Andalucía	7,09	7,58	-6,46
Aragón	7,95	8,06	-1,36
Asturias	7,17	8,22	-12,77
Baleares	7,21	7,76	-7,09
Canarias	7,03	7,12	-1,26
Cantabria	7,53	7,68	-1,95
Castilla y León	7,28	7,69	-5,33
Castilla Mancha	7,33	7,66	-4,31
Cataluña	6,94	7,11	-2,39
C Valenciana	6,97	7,15	-2,52
Extremadura	7,22	7,48	-3,48
Galicia	6,62	6,49	2,00
Madrid	7,21	6,74	6,97
Murcia	7,80	7,95	-1,89
Navarra	7,69	8,02	-4,11
País Vasco	7,34	7,52	-2,39
Rioja	7,03	7,70	-8,70
Ceuta	7,35	7,07	3,96
Melilla	5,62	5,99	-6,18
España	7,13	7,30	-2,33

SÍNTESIS 14: Opinión

Los tres indicadores representativos de la opinión de los españoles acerca de su satisfacción con el sistema sanitario público han experimentado disminuciones. El resultado es uno de los que más evidencia el impacto de la crisis en el funcionamiento del sistema sanitario público.

La satisfacción general es el indicador más afectado con una pérdida del 2,89%, seguido del grado medio de satisfacción del ciudadano con la información recibida en la consulta del médico especialista sobre su problema de salud, que disminuyó un 2,33%. El menos afectado es el grado medio de satisfacción del ciudadano con el conocimiento del historial y el seguimiento de sus problemas de salud por el médico de familia y el pediatra, que disminuyó un 0,27%, todo ello en España, entre los años 2012 y 2015.

11

Concordancia de los resultados proporcionados por el INCLASS con los proporcionados por otras fuentes

En este apartado, se resumen, de forma general, los principales resultados obtenidos recientemente para España por parte de otras fuentes de información como son el informe "Health at Glance", el Instituto Nacional de Estadística (INE en adelante) y la Encuesta Europea de Salud en España (EESE en adelante), con el ánimo de contrastarlos respecto de la información arrojada por el análisis de evolución de los indicadores clave seleccionados y presentados a lo largo del estudio, si bien la OCDE y HFA (Health For All, OMS) usa lo que envía el MSSSI.

En primer lugar, la edición de 2016 "Health at a Glance: Europe" es un informe conjunto de la OCDE y de la CE. Es una herramienta diagnóstica que nos permite visualizar los indicadores de salud y de sistemas sanitarios de 36 países europeos, incluidos los 28 de la UE. Al informar comparando ayuda a que las políticas se basen en la evidencia. Como no podía ser de otra manera, en esta edición, se constata que, en España, se hacen progresos, la gente vive más años y recibe mejores tratamientos.

El informe destaca que España tiene la mayor esperanza de vida de todos los países de la Unión Europea. La esperanza de vida al nacer es 83.3 años, más de dos años por encima de la media europea de 80.9. La tendencia tan positiva y estable que ha experimentado España ha sido extraordinaria, pero al vivir durante más tiempo, las personas suelen vivir con una o más dolencias crónicas.

Estos resultados, concuerdan con los obtenidos al analizar los indicadores clave de salud y su evolución reciente, presentados en el punto 2.3 del capítulo 2 del presente estudio.

El informe "Health at a Glance: Europe" para España, también destaca que, a finales de 2006 se crea un nuevo sistema para la promoción de la autonomía personal y asistencia a las personas con dependencia, que como hemos visto, también gracias al análisis de los indicadores clave, son muchas, en gran parte por esta espectacular esperanza de vida. El acceso a este sistema, es un derecho ciudadano, el llamado cuarto pilar del Estado del Bienestar tras educación, pensiones y sanidad. La crisis que arranca en 2007 ha introducido mucha incertidumbre en torno a su proceso de implantación. Por varias razones: el débil consenso político; el contexto de crisis económica; el importante número de personas con derecho a la prestación pero que no la reciben; que la mayoría de los beneficios son sólo monetarios, en contra del espíritu de la Ley. Y, por último, importantes inequidades regionales en el acceso. El sistema precisa me-

jorar la calidad de su gobierno; mejorar la coordinación entre los sistemas de salud y sociales; incrementar la transparencia; hacer más participes a los ciudadanos en el proceso de decisiones e implantar una monitorización sistemática del sistema.

El análisis de los indicadores clave concuerda con esta visión, al evidenciar las diferencias territoriales en relación a los indicadores de dependencia, renta per cápita y otras variables que describen la existencia de distintas velocidades en cuanto al desarrollo de determinados apartados de atención socio-sanitaria.

El informe, también expone que España, como los otros países de nuestro entorno, ha mejorado en las tasas de supervivencia por infartos e ictus debido a diagnóstico precoz y tratamientos más eficaces. A diferencia de muchos países de la UE, en número de médicos per cápita no hemos mejorado como consecuencia del RDL 16/2012. En gasto sanitario solo ha crecido el privado. La presión sobre el presupuesto público es muy fuerte por el envejecimiento, la cronicidad y el uso intenso de la nueva tecnología. Mantenemos, como otros países de nuestro entorno, un equilibrio precario entre los escasos recursos disponibles y la fuerte innovación que llama a la puerta del mercado para entrar por muy regulado que este esté.

Todos estos resultados también concuerdan con los resultados de los análisis efectuados sobre los indicadores clave seleccionados y que se detallan profusamente en los capítulos 2, 5 y 7.

Aunque España ha conseguido reducir algunos factores de riesgo de forma significativa, como el consumo de tabaco y de alcohol, todavía hay posibilidad de continuar progresando y acercarse a los países líderes de la UE en muchas de estas áreas. En 2014, el 23% de españoles todavía fumaban a diario, lo cual muestra una reducción desde el 32% del año 2000, pero que aun así es superior a la media de la EU (21%) y es más del doble que la tasa actual en Suecia (12%). Como en cualquier otro país, hay más hombres fumadores que mujeres, pero la diferencia por género es menos significativa que en otros casos. Esto se explica por la mayor tasa de mujeres fumadoras, que está por encima de la media europea. Un aspecto positivo es que las tasas de consumo de tabaco en jóvenes de ambos sexos de 15 años de edad son de las más bajas de toda la UE en el curso 2013/14.

Como en otros países, problemas de sobrepeso y obesidad son de gran relevancia para la sanidad pública española. Más de uno de cada seis adultos españoles padece obesidad (16.7% en 2014), comparado con uno de cada ocho en 2000 (12.6%). Según la última versión de Comportamientos de Salud en la Población Escolar, el 20% de los jóvenes de 15 años tenían sobrepeso en el curso 2013/2014, la mayor tasa después de Malta y Grecia. Los problemas de sobrepeso en la infancia y la adolescencia aumentan el riesgo de padecer obesidad en la edad adulta.

Hay mucha diferencia en las tasas de obesidad en función de factores sociales, como en otros países. La tasa de obesidad de adultos en España es más de dos veces más

grande para la población con el nivel educativo más bajo que para los más educados (23% comparado con 10% en 2014). Estudios de la OCDE muestran que cualquier intervención para prevenir la obesidad debe incluir una mezcla de transmisión de información (por ejemplo, campañas masivas en medios de comunicación y sociales), intervenciones reguladoras (por ejemplo, regulación de la promoción de alimentos poco saludables) y el consejo de los médicos de familia para poder ser efectiva.

De nuevo, los resultados expuestos por el informe "Health at a Glance: Europe" para España, son ratificados por los análisis efectuados sobre los indicadores clave seleccionados y que se detallan profusamente en los apartados 2.3, 2.4 y 2.5 del capítulo 2 de este estudio.

Por último, el porcentaje de la población mayor de 65 años que están vacunados contra la gripe es mayor que la media de la UE, pero se ha reducido de forma significativa en la última década, como en otros países europeos. Aunque el 70% de personas mayores de 65 se vacunaron contra la gripe en 2004, la proporción cayó a 56% en 2014. Este descenso ha impedido a España alcanzar el objetivo de 75% de cobertura recomendado por la OMS y el Consejo Europeo en 2009. Una baja cobertura de vacunación aumenta el riesgo de contraer gripe y, en consecuencia, el riesgo de complicaciones que llevan a más hospitalizaciones e incluso muertes. Este resultado también concuerda con los datos arrojados por los indicadores clave y plasmados en el capítulo 3 del estudio.

En segundo lugar, acerca de la explotación de datos ofrecidos por el INE, Reques et al (4) utilizando registros individuales de defunciones realizan un seguimiento de todos los individuos mayores de 25 años del censo de población de 2001 durante siete años para conocer su estado vital. Calcularon tasas de mortalidad ajustada por edad en hombres y mujeres por provincia y nivel de estudios. Estudiaron los patrones geográficos de la mortalidad y las desigualdades socioeconómicas en mortalidad en España. Encontraron que la tasa de mortalidad española muestra un gradiente inverso en función del nivel educativo en la práctica totalidad de las provincias. Las desigualdades en mortalidad muestran menor magnitud en las provincias del centro peninsular. Las más altas están en las provincias del sureste. En los sujetos con mayor nivel de estudios el patrón geográfico de las tasas de mortalidad es heterogéneo.

Por otro lado, Urbanos (5) señala la presencia de desigualdades en el acceso a las prestaciones sanitarias en España, que califica de indeseables y evitables. Entre ellas, las relacionadas con la cobertura de necesidades, la dificultad para completar tratamientos médicos como consecuencia de dificultades económicas, o las desigualdades en los tiempos de espera y en el uso de los servicios a igual necesidad. Las atribuye a las medidas adoptadas frente a la crisis.

A nadie se le escapa que un aspecto crítico para la garantía de una atención de calidad provista con criterios de equidad es el suministro de información puntual y transparente sobre los indicadores de resultados de los distintos centros sanitarios, sobre

todo si se combina con la libertad de elección de médico y centro. La existencia de las Centrales de Resultados y Observatorios, es un avance que lamentablemente no ha llegado a todas las CC.AA., si bien el MSSSI cuenta con el excelente portal estadístico que ofrece un gran volumen de información que algunas entidades, como la nuestra, la Fundación Gaspar Casal, utilizan para elaborar análisis de distintas dimensiones: estado de salud, satisfacción, funcionamiento de los servicios de salud y otros.

En tercer y último lugar, si bien el INCLAS persigue conocer el estado de la cohesión y calidad de nuestro SNSE, las Encuestas Nacionales de Salud (ENS) y la última, EESE (2014), permiten valorar el estado de salud percibida de los españoles y la equidad de acceso. Como nos vence la curiosidad del epidemiólogo, veremos que, aunque ésta que es fuente primaria de datos y su N no nos permite desglosar por CCAA, frente a los indicadores clave que es fuente secundaria de datos, sí que se cumple que existe una cierta concordancia en resultados globales.

La Encuesta Europea de Salud en España (EESE) 2014, realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), es la parte española de la European Health Interview Survey (EHIS), coordinada por Eurostat. Es una investigación de periodicidad quinquenal dirigida a los hogares, donde se recoge información sanitaria relativa a la población residente en España de 15 y más años mediante un cuestionario común europeo. El cuestionario para España fue adaptado conjuntamente por el INE y el Ministerio de Sanidad para permitir la comparación con los principales indicadores de la Encuesta Nacional de Salud (ENS), añadiéndose además una serie de variables. La metodología utilizada permite continuar las series de los principales indicadores nacionales. La población entrevistada son personas de 15 y más años de edad residentes en viviendas familiares principales. El ámbito geográfico es nacional. El trabajo de campo se llevó a cabo desde enero de 2014 hasta febrero de 2015 y el tamaño muestral fue de 22.842 sujetos a quienes se entrevistó personalmente mediante cuestionario.

La asignación de la clase social a cada entrevistado está basada en la ocupación actual o pasada de la persona de referencia del hogar en donde vive la persona seleccionada para la entrevista. La persona de referencia, denominada también sustentador principal, es el miembro del hogar que más aporta regularmente (no de forma ocasional) al presupuesto del hogar, para sufragar los gastos comunes del mismo. Sólo el azar hace que, en ocasiones, la persona seleccionada (la que forma parte de los 22.842 sujetos de la muestra) y la persona de referencia sean la misma. Las categorías de la clase social son las mismas que se consideran en la ENS, y son las siguientes:

Clase 1. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.

Clase 2. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/ as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.

Clase 3. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.

Clase 4. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas.

Clase 5. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as.

Clase 6. Trabajadores no cualificados.

Juan Simó, en distintas entradas de su blog salud, dinero y atención primaria a lo largo de 2016 (6), se detiene en los datos que aportan información relevante sobre aquellas características sociodemográficas que pudieran relacionarse con el estado de salud y la utilización de los servicios sanitarios según la clase social y según el tipo de aseguramiento sanitario de los encuestados.

Así, el porcentaje de población cubierta por el SNS es muy alta (95,25%) y presenta poca variabilidad entre CC.AA. con tan sólo 7 puntos porcentuales de diferencia entre la de mayor cobertura (País Vasco, 99%) y la de menor (Castilla - La Mancha, 92%). Sin embargo, cuando atendemos al porcentaje de población que tiene al SNS como único asegurador sanitario la cosa cambia. El 80% de la población tiene como único asegurador sanitario al SNS, pero la variabilidad es enorme: casi 25 puntos porcentuales entre la de mayor cobertura (Navarra, 89,6%) y la de menor (Madrid, 65%).

La proporción de sujetos con estudios superiores decrece drásticamente conforme se desciende en la clase social. En sentido inverso evoluciona el porcentaje de sujetos con estudios primarios. Los estudios superiores predominan en las clases altas (66% en la clase 1 y 51% en la clase 2), en el mutualismo (50%) y en aquellos que disponen de seguros privados (40%). En el grupo que quienes únicamente disponen del SNS como asegurador sanitario predominan claramente los estudios primarios (63%) mientras que los sujetos con estudios superiores representan apenas el 13 %.

Existe un gradiente mediante el cual tanto el paro como la incapacidad para trabajar aumentan a medida que se desciende en la clase social para cualquier grupo de edad. Son, además, más frecuentes en aquellos que tienen el SNS como único asegurador sanitario para cualquier grupo de edad.

En cuanto a apoyo social, en el caso de problema personal grave, los individuos de las clases sociales más altas refieren que podrían contar con el apoyo de más personas y, además, piensan que otras personas se interesan mucho por ellos en mayor medida que los individuos de las clases más bajas.

En cuanto a cuidado de enfermos, conforme se desciende en la escala social se detecta un gradiente ligeramente decreciente en el porcentaje de individuos que declaran cuidar al menos una vez a la semana de una persona mayor o de alguien que tenga una dolencia crónica sin que ello forme parte de su trabajo. Los mutualistas y quienes disponen de seguros privados de salud declaran en mayor proporción este tipo de cuidados. En todos los casos, las personas cuidadas son mayoritariamente familiares de los encuestados sin diferencias por clase social ni por tipo de asegura-

miento. Sin embargo, existe un claro e intenso gradiente inverso conforme se desciende en la escala social en las horas a la semana dedicadas a dicho cuidado en aquellos sujetos que declaran cuidar a alguien. Así, los individuos de la clase más baja que declaran cuidar a alguien dedican a ello un número de horas semanales que prácticamente duplica al declarado por los sujetos de la clase social 1.

En cuanto al ejercicio físico, sedentarismo, sobrepeso y obesidad, la práctica de ejercicio físico durante el tiempo libre es más prevalente en las clases sociales más altas y se observa un claro gradiente decreciente conforme se desciende en la escala social. Por el contrario, el sedentarismo durante el tiempo libre es menos prevalente en las clases sociales más altas con un claro gradiente creciente conforme se desciende en clase social. Lo mismo ocurre con el sobrepeso y la obesidad: son menos prevalentes en las clases sociales más altas y se detecta un gradiente inverso conforme se desciende en la escala social. Todo esto ocurre tanto en hombres como en mujeres.

En cuanto a accidentes, los dos tipos de accidente que muestran un claro gradiente según clase social son el ocurrido durante el tiempo de ocio: mayor prevalencia conforme se asciende en la clase social y el ocurrido en casa: mayor prevalencia conforme se desciende en la escala social. El accidente de tráfico no muestra un claro gradiente según clase social.

En cuanto a consumo de medicamentos, se detecta un claro gradiente decreciente en el consumo de la mayoría de los medicamentos estudiados. El grupo con mayor consumo es el que tiene al SNS como único asegurador sanitario, seguido del grupo mutualista y, por último, el de los seguros privados que muestra el menor consumo, teniendo en cuenta las diferencias en edad y envejecimiento poblacional, así como con las diferencias en prevalencia de enfermedades.

En cuanto a consultas, el número de primeras consultas en atención especializada prácticamente se mantiene constante, también el número de consultas en los centros de salud y en las urgencias hospitalarias. Sin embargo, las consultas sucesivas en atención especializada aumentan considerablemente desde la ENS de 2011.

Según clase social, tanto en hombres como en mujeres, se detecta un intenso gradiente en la prevalencia de sintomatología depresiva conforme se desciende en la escala social, incluidas las formas más graves. Según actividad laboral actual, el grupo de quienes se encuentran incapacitados para trabajar es el que muestra una mayor prevalencia de sintomatología depresiva. En relación con la edad, se detectan algunas diferencias entre hombres y mujeres. La prevalencia en los varones es menor que en las mujeres para cualquier quinquenio de edad. En ellas se detecta un claro gradiente creciente en la prevalencia de sintomatología depresiva conforme aumenta la edad, algo que sólo ocurre en los varones a partir de los 75 años. A partir de esa edad, también se detecta en los varones el gradiente creciente de prevalencia conforme aumenta la edad. Arias et al (7) trabajando con la ENS de 2011 encuentran que, en la

población trabajadora de España, la prevalencia de problemas de salud mental y sus factores relacionados difieren según sexo. En las mujeres están más relacionados con variables socioeconómicas y en los hombres con variables relacionadas con el empleo remunerado.

Algunas de las enfermedades muestran una clara relación con la edad y el envejecimiento. Tal es el caso de la hipertensión arterial que muestra un gradiente creciente en las tres primeras clases sociales paralelo al gradiente de edad y envejecimiento que estas muestran. Sin embargo, la prevalencia declarada de hipertensión arterial es prácticamente la misma en las tres últimas clases sociales que no muestran diferencias en cuanto a edad y envejecimiento. Algo similar ocurre con la patología tiroidea y con la lesión permanente por accidente. Como curiosidad, hay un gradiente creciente en las clases sociales en la úlcera péptica, mientras que entre las clases sociales más bajas el gradiente es decreciente. Pero en general, lo que se observa es la ejemplificación de la Ley de cuidado inverso, a mayor necesidad (clases desfavorecidas) peor acceso y peor calidad en el cuidado: según descendemos en la escala social, mayor prevalencia de la mayoría de las enfermedades.

El problema de las "alergias crónicas" es la única enfermedad de las estudiadas que muestra un claro gradiente decreciente a medida que se desciende en la escala social. El "tumor maligno" no muestra gradiente creciente ni decreciente con la escala social. En resumen, las clases sociales más bajas y el grupo que tiene al SNS como único asegurador sanitario son los grupos que declaran una mayor prevalencia en todas las enfermedades estudiadas. Este fenómeno del gradiente de la desigualdad en salud y social lo describió el Profesor Marmot.

En resumen, las clases sociales más altas (respecto de las más bajas):

- Tienen mayor nivel educativo
- Presentan menor desempleo
- Presentan menor incapacidad para trabajar
- Son más jóvenes
- Mayor utilización de seguros médicos privados
- Presentan mayor prevalencia de mutualistas
- Mayor dedicación al estudio (jóvenes, 15-24 años)
- Practican más ejercicio físico-deportivo en su tiempo libre
- Presentan menos obesidad-sobrepeso
- Fuman menos (los hombres)
- Beben más alcohol (las mujeres)
- Declaran mejor salud percibida
- Declaran menos enfermedades crónicas
- Declaran menor prevalencia de hipertensión arterial, diabetes, depresión, ansiedad, problemas de tiroides, defectos permanentes por accidente, infarto, angina de pecho, asma, EPOC, úlceras de estómago-duodeno e ictus
- Presentan menor prevalencia y menor gravedad de sintomatología depresiva

Los mutualistas y los que tienen seguros médicos privados (respecto de quienes tienen sólo SNS):

- Muestran una mayor prevalencia de clases altas
- Tienen mayor nivel educativo
- Presentan menor desempleo
- Presentan menor incapacidad para trabajar
- Son más jóvenes
- Mayor dedicación al estudio (jóvenes, 15-24 años)
- Practican más ejercicio físico-deportivo en tiempo su libre
- Presentan menos obesidad-sobrepeso
- Fuman menos (los hombres)
- Beben más alcohol (las mujeres)
- Declaran mejor salud percibida
- Declaran menos enfermedades crónicas
- Declaran menor prevalencia de hipertensión arterial, diabetes, depresión, ansiedad, problemas tiroides, defectos permanentes por accidente, infarto, angina de pecho, asma, EPOC, úlceras de estómago-duodeno e ictus
- Presentan menor prevalencia y menor gravedad de sintomatología depresiva

Las conclusiones y hallazgos de Juan Simó, concuerdan, en líneas generales, con la mayoría de los resultados que se muestran en el apartado 12, el siguiente de este estudio, donde se han establecido relaciones entre una selección de indicadores clave y factores explicativos entre los que destaca la renta per cápita de las CC.AA. como proxy agregada de la clase social o estatus medio de la población de cada territorio. La buena salud es el fundamento del bienestar, nos lleva a vidas largas, felices y productivas.

12

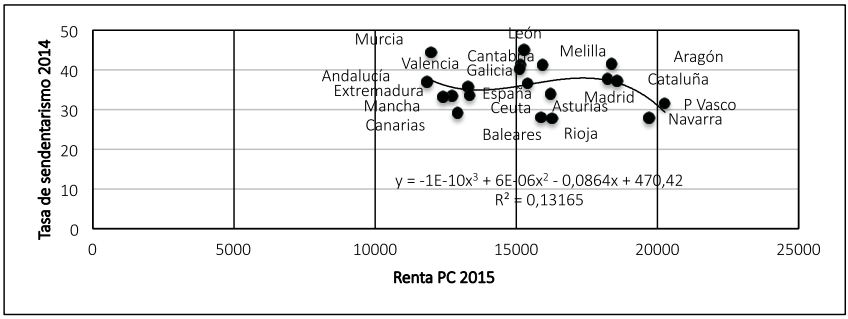
Relaciones entre algunos indicadores clave y factores explicativos: análisis exploratorio

Al igual que en la anterior edición, en este estudio se ha dedicado un apartado a la exploración de las relaciones existentes entre algunos indicadores clave cuya evolución ha llamado la atención, y la renta de las CC.AA. como principal factor que pueda explicar su distinto comportamiento territorial, si bien, en algún caso se han utilizado otras variables independientes más acordes con el fenómeno analizado. Sin embargo, en esta edición, el objetivo de este apartado se amplía porque las relaciones exploradas se han escogido para mostrar de forma gráfica cómo el análisis de indicadores clave concuerda con muchas de las hipótesis que han contrastado los autores que han utilizado los micro-datos de la EESE y cuyas conclusiones se han presentado en el apartado anterior del estudio.

Tasa de sedentarismo y renta per cápita

En esta edición del estudio, la tasa de sedentarismo se redujo en todos los territorios que componen España, salvo en Melilla, donde sufrió un aumento de casi un 26,5% entre 2011 y 2014. Tomando la renta per cápita de 2015 como una variable tipo proxy del estatus medio de cada C.A. y la tasa de sedentarismo de 2014 como representante este indicador en las mismas zonas, a grandes rasgos, no se observa la existencia de una relación de dependencia lineal entre ambas variables (ver Figura 137). El modelo más aproximado sería de tipo no lineal y con un ajuste muy precario. La disposición de las CC.AA. en este gráfico es dispersa y circular, evidenciando la falta de relación lineal o de cualquier otro tipo.

Figura 137. Relación entre la tasa de sedentarismo 2014 y la renta per cápita de las CC.AA. 2015



La C.A. con la renta per cápita más baja de 2015 (Andalucía), muestra una tasa de sedentarismo de 37,07 y la C.A. con la renta per cápita más alta de 2015 (País Vasco), muestra una tasa de sedentarismo de 31,66, siendo cierto que, para estos dos casos, se cumple que, a mayor renta, menos sedentarismo, pero esta relación no se mantiene en todas las regiones. Así, por ejemplo, Canarias, con la quinta renta más baja, tiene una tasa de sedentarismo mucho menor que las de las regiones anteriores (29,3).

Tasas de accidentes y renta per cápita

Según la encuesta de salud más reciente, en cuanto a accidentes, los dos tipos de accidente que muestran un claro gradiente según clase social son el ocurrido durante el tiempo de ocio: mayor prevalencia conforme se asciende en la clase social y el ocurrido en casa: mayor prevalencia conforme se desciende en la escala social. El accidente de tráfico no muestra un claro gradiente según clase social.

Para ver si esta tendencia detectada gracias a los datos de la encuesta de salud se plasma en la información que proporciona el INCLAS, se ha llevado a cabo un análisis de regresión lineal simpe donde las tasas de accidentes son variables hipotéticamente dependientes del nivel de renta per cápita de las CC.AA. Los datos agregados procedentes del INCLAS no son capaces de mostrar este tipo de relación que resulta clara al manejar datos individuales de la encuesta de salud, pues las relaciones mostradas en las Figuras 138 y 139, no manifiestan ningún modelo lineal ni patrón alguno al relacionar el nivel de renta de las CC.AA. con las cifras de víctimas de ambos tipos de accidente.

Figura 138. Relación entre el número de víctimas de tráfico 2014 y la renta per cápita de las CC.AA. 2015

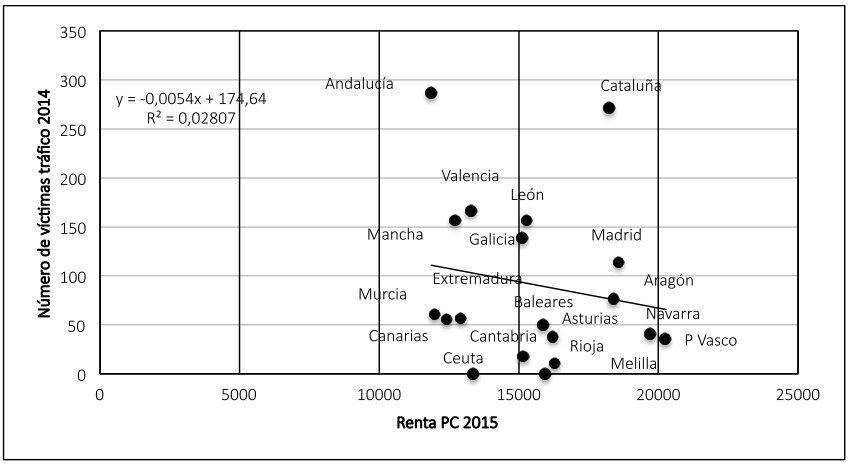
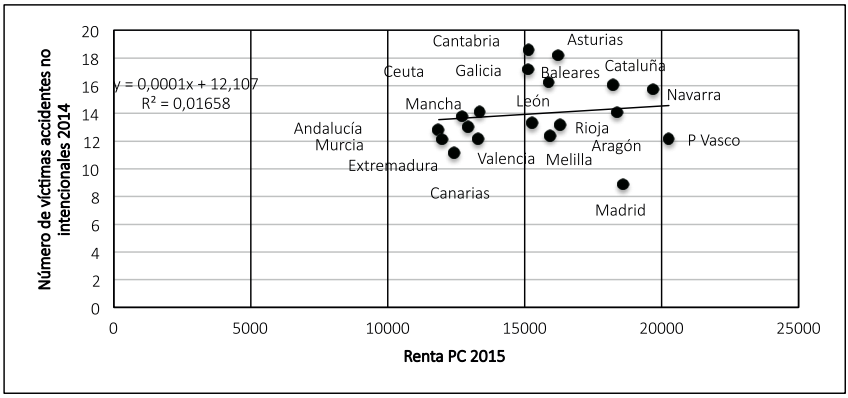


Figura 139. Relación entre el número de víctimas de accidentes no intencionales 2014 y la renta per cápita de las CC.AA. 2015

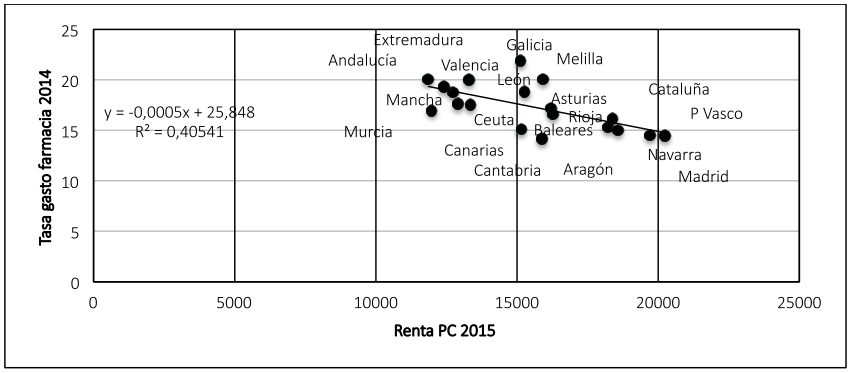


Tasa de gasto en farmacia y renta per cápita

En cuanto a consumo de medicamentos, gracias a los datos de la EESE, se detecta un claro gradiente decreciente en el consumo de la mayoría de los medicamentos estudiados. El grupo con mayor consumo es el que tiene al SNS como único asegurador sanitario, seguido del grupo mutualista y, por último, el de los seguros privados que muestra el menor consumo, teniendo en cuenta las diferencias en edad y envejecimiento poblacional, así como con las diferencias en prevalencia de enfermedades. En este aspecto, los resultados del estudio apuntan hacia un comportamiento austero de la población, ya que, el gasto en farmacia tan sólo aumentó un 0,12% en el conjunto de España entre los años 2012 y 2014, siendo las CC.AA. que registraron aumentos: Andalucía, Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Madrid y Melilla. En el resto se dieron reducciones de este indicador, algunas de las cuales superaron el 5% como fue el caso del País Vasco, Navarra y Castilla La Mancha. En la Figura 140, se muestra la relación lineal existente entre la tasa de gasto en farmacia 2014 y la renta per cápita de las CC.AA. 2015. En este caso, se advierte que el gasto depende, aproximadamente en un 45% de la renta. Por consiguiente, aunque lejos de proporcionar un buen ajuste, el análisis, pone de manifiesto que el gasto en farmacia depende en un grado significativo de la renta y, además, que lo hace con una relación negativa en este período: a más renta, menor tasa de gasto. El resultado sugiere una mayor contención de gasto en las autonomías con mayores rentas per cápita. Ese sería el caso del País Vasco y Navarra, por ejemplo, que están en la lista de las que mayores reducciones han arrojado. Andalucía, estaría en el otro extremo y fue, junto con Cantabria y Melilla una de las que presentó mayor incremento de esta tasa. El análisis sugiere que, el tipo de Gobierno de las CC.AA. también debe tener influencia en el resultado. Así, en Andalucía, gobierna el PSOE, en el momento del estudio, mientras que en Cantabria lo hace el PRC en pacto con el PSOE y, en Melilla lo hace el PP, pero con presidente de orígenes centristas y condicionado por las pe-

culiaridades de la ciudad autónoma, su entorno, el contexto actual de presión como zona de paso para refugiados e inmigrantes y su dependencia del Ministerio en cuanto a Sanidad.

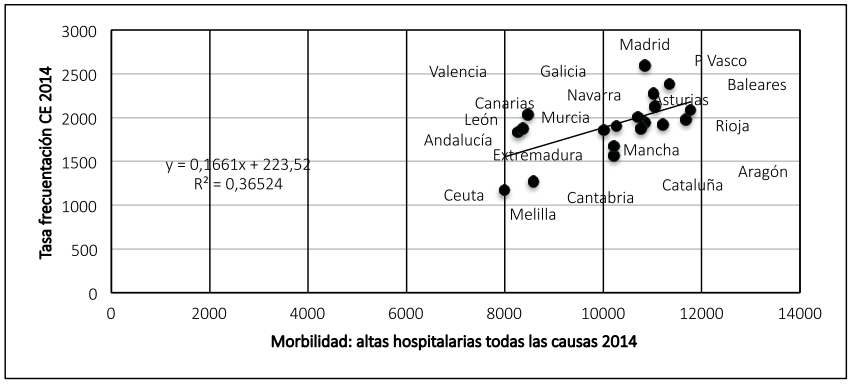
Figura 140. Relación entre la tasa de gasto en farmacia 2014 y la renta per cápita de las CC.AA. 2015



Tasa de frecuentación de consultas especializadas y morbilidad

En cuanto a consultas, el número de primeras consultas en atención especializada prácticamente se mantiene constante, y también el número de consultas en los centros de salud y en las urgencias hospitalarias. Sin embargo, las consultas sucesivas en atención especializada, aumentan considerablemente desde la ENS de 2011. Este resultado es coherente con el aumento promedio del 4,87% registrado en esta edición del estudio sobre los resultados de frecuentación de consultas especializadas entre 2012 y 2014. El aumento es sustentado por incrementos en todas las CC.AA. excepto en Aragón, Cantabria, La Rioja, Ceuta y Melilla y dependió, al menos en un 36,52%, de la morbilidad por todas las causas. La relación observada, aunque debe completarse con otras variables explicativas, fue positiva y señala que, la tasa de frecuentación aumentó, en promedio, 0,1161 unidades cuando la morbilidad aumentó en una unidad.

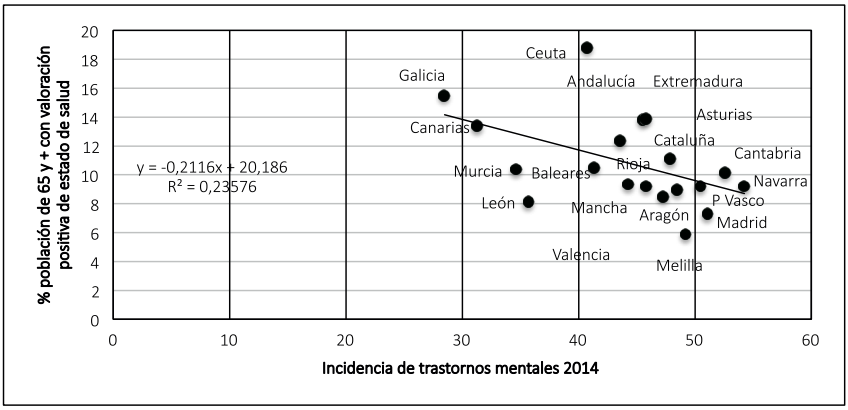
Figura 141. Relación entre la tasa de frecuentación de consultas especializadas 2014 y la morbilidad por todas las causas por cada 100.000 habitantes y CC.AA. el año 2014



Porcentaje de población de 65 años y más años con valoración positiva de su estado de salud e incidencia de trastornos mentales

Las conclusiones de la ESEE se sustentan, en gran parte, por algunos de los resultados del presente estudio, como, por ejemplo, la relación significativa y negativa que se produce entre el porcentaje de población de 65 y más años con valoración positiva de su estado de salud y la incidencia de trastornos mentales en 2014 (ver Figura 142). Según este análisis, la incidencia de trastornos mentales dependió en un 23,6% de dicho porcentaje, de forma que un aumento de una unidad en el mismo, suponía una reducción promedio de 0,2116 unidades de incidencia. Se ha tratado de constatar la existencia de otras relaciones con la incidencia, como las que se podrían suponer respecto de indicadores de calidad de vida, índices de dependencia y otras, pero la mostrada en la Figura 142, es la única que plasma una significación relevante. Por consiguiente, la reducción de la incidencia de trastornos mentales, pasa, al menos en algún grado, por aumentar la calidad de vida de la población de 65 y más años, trabajando en los aspectos psicológicos de la misma tanto o más que en los meramente propios del estado físico de las personas, apartado en el que han de verse grandes progresos a medio plazo dadas las características de la población española.

Figura 142. Relación entre el porcentaje de población de 65 años y más años con valoración positiva de su estado de salud y la incidencia de trastornos mentales 2014 por CC.AA.

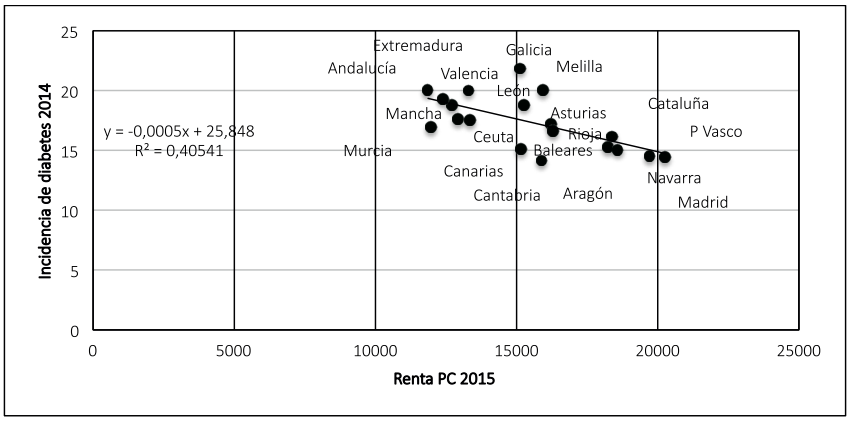


Incidencia de diabetes, incidencia de hospitalización por infarto agudo de miocardio, prevalencia declarada de EPOC y renta per cápita

Siguiendo con el tema de la edad, algunas de las enfermedades muestran una clara relación con la edad y el envejecimiento. Tal es el caso de la hipertensión arterial que, según la EESE, muestra un gradiente creciente en las tres primeras clases sociales paralelo al gradiente de edad y envejecimiento que estas muestran. Sin embargo, la prevalencia declarada de hipertensión arterial es prácticamente la misma en las tres últimas clases sociales que no muestran diferencias en cuanto a edad y envejecimiento. Como reflejo de lo anterior, las siguientes figuras, muestran relaciones significativas entre la morbilidad de las patologías más prevalentes y la renta per cápita de las CC.AA. como variable proxy del estatus socio-económico medio de las mismas.

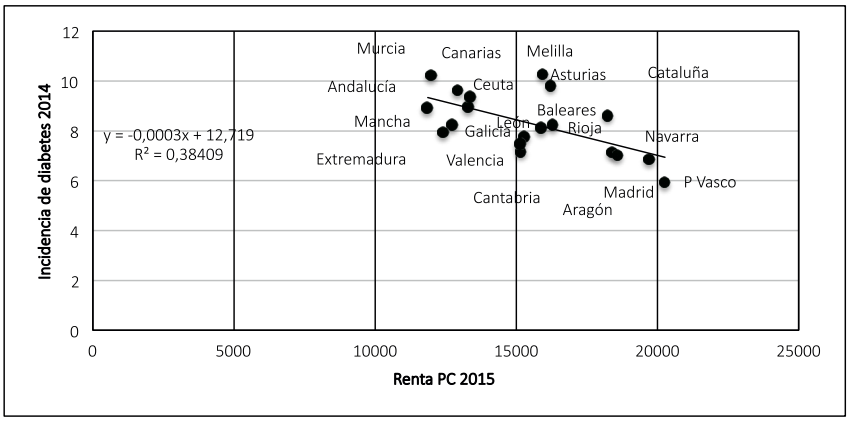
En la Figura 143 se observa cómo la tasa de morbilidad por causa de diabetes mellitus del año 2014, guarda una relación lineal negativa y discretamente intensa con la renta per cápita del año 2015, de forma que, a menor renta, mayor tasa de esta enfermedad. Andalucía, Extremadura, Castilla La Mancha, Murcia y Canarias, ocupan las posiciones más desfavorables en esta relación.

Figura 143. Relación entre la incidencia de diabetes 2014 y la renta per cápita de las CC.AA. 2015



En la Figura 144 se observa cómo la tasa de morbilidad por causa de infarto agudo de miocardio del año 2014, guarda una relación lineal negativa y poco intensa, aunque significativa, con la renta per cápita del año 2015, de forma que, a menor renta, mayor morbilidad por esta causa. Comunidades como el País Vasco y Navarra, muestran las mayores rentas per cápita y las menores tasas de morbilidad por esta causa en el período analizado. De nuevo, el grupo formado por Murcia, Andalucía, Canarias, Extremadura y Castilla La Mancha aparece como el más desfavorecido del conjunto.

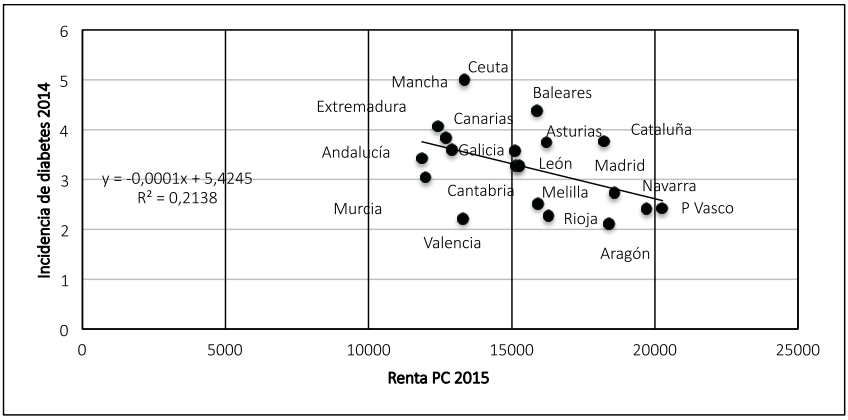
Figura 144. Relación entre la incidencia de hospitalización por infarto agudo de miocardio 2014 y la renta per cápita de las CC.AA. 2015



En la Figura 145, se muestra la relación débil, pero significativa, entre la prevalencia declarada de EPOC en población adulta y la renta per cápita. El sentido de la

relación es negativo, como en los casos anteriores y constituye una evidencia más de que el estatus socio-económico sigue siendo un factor condicionante del estado de salud en España, resultado que concuerda con las matizaciones que aportan los resultados de la EESE a los obtenidos mediante indicadores agregados.

Figura 145. Relación entre la prevalencia declarada de EPOC en población adulta 2014 y la renta per cápita de las CC.AA. 2015



Todas las Figuras anteriores y otras similares que se podrían elaborar, muestran tres zonas bastante diferenciadas en España en términos de morbilidad y nivel de renta:

-La más desfavorecida, formada por Andalucía, Murcia, Castilla la Mancha, Extremadura, Canarias y Ceuta.

-La intermedia, formada por la Comunidad Valenciana, Baleares, Galicia, Castilla y León, Cantabria, Asturias, Melilla y La Rioja.

-La más favorecida, formada por Cataluña, Madrid, Aragón, Navarra y el País Vasco. Las fronteras no están completamente definidas entre las regiones y, en algunos indicadores, hay regiones que se aproximan más a alguno de los clústeres vecinos, pero, en general, éste es el escenario territorial de morbilidad a que se configura en los momentos finales de la crisis en relación al nivel de renta de las CC.AA. como variable proxy del estatus social.

13
Conclusiones

El análisis de los datos que integran el primer apartado del estudio, dedicado a la configuración socio-económica del entorno del usuario del sistema sanitario pone de manifiesto, en primer lugar, que la población total española experimentó una disminución del 0,66% entre los años 2012 y 2014, y del 0,77% entre los años 2012 y 2015. Estos son los períodos de referencia para la mayoría de las comparaciones que se han efectuado en este estudio en cuanto a los cambios experimentados por los indicadores clave de salud seleccionados.

En principio, una disminución de población en cualquier territorio, sugiere que debe darse a la par, al menos algún grado de disminución de la presión asistencial en algunos apartados.

Los datos señalan que ésta reacción se produce en parte, pero que también se produce la contraria con un peso mucho mayor, comportamiento cuya explicación no debe radicar en movimientos de la población, sino en otros factores.

Así, en el lado de la reducción de la presión asistencial, hallamos que la frecuentación en atención primaria por persona asignada/año, disminuyó un 1,3% entre los años 2012 y 2015 para el conjunto de España, si bien, se registraron fuertes incrementos en Cataluña y Galicia y otros de corte más moderado en Cantabria, la Comunidad Valenciana, Navarra y País Vasco. La frecuentación en medicina de familia por persona asignada/año se redujo, en promedio, un 3,47% entre los años 2012 y 2015, de nuevo con aumentos notables en Cataluña, Galicia y, más moderados en Cantabria, Castilla y León, Navarra y el País Vasco. Finalmente, en este lado de la ecuación, el índice de complejidad medio de España se mantuvo estable y sin cambios entre los años 2012 y 2014, y la estancia media se redujo, en promedio, un 1,44%, si bien, como en el resto de casos, de forma heterogénea entre las CC.AA., registrándose también algunos aumentos.

En el lado del incremento, hallamos que los datos de morbilidad hospitalaria por 100.000 habitantes y las altas hospitalarias según el diagnóstico principal por todas las causas, aumentaron un 2,53% y un 2,45% respectivamente, entre los años 2012 y 2014. Las únicas CC.AA. donde se produjeron disminuciones fueron: Baleares, Extremadura, Navarra y Ceuta en el primer caso y, Extremadura, Navarra y

Ceuta en el segundo caso. Los datos de morbilidad, se corresponden con los de frecuentación en múltiples apartados.

Así, entre las frecuentaciones, aumenta la de consultas de atención especializada por 1000 habitantes/año (un 4,87% en promedio), conteniéndose sólo en Aragón, Cantabria, La Rioja, Ceuta y Melilla. También lo hacen, acorde con los datos de morbilidad, la frecuentación de ingresos hospitalarios por 1000 habitantes/año (un 0,7% en promedio); la de intervenciones quirúrgicas por 1000 habitantes/año (un 4,74% en promedio) y el porcentaje de cirugía ambulatoria en el SNS (un 3,7% en promedio), todo ello entre los años 2012 y 2014.

Asimismo, entre los años 2012 y 2015, aumenta la frecuentación de pediatría de AP por persona asignada menor de 15 años/año (un 2,85%, en promedio, a pesar de los datos de natalidad, cuya tasa disminuyó un 5,06% en el mismo período) y la frecuentación en enfermería de atención primaria por persona asignada/año (un 1,77% en promedio).

A lo anterior, hay que añadir los aumentos de las tasas de uso de TAC por 1000 habitantes/año (un 11,4%, en promedio), de uso de resonancia magnética por 1000 habitantes/año (un 18,29%, en promedio), de hemodiálisis por 1000 habitantes/año (un 1,5%, en promedio) y de hemodinámica por 1000 habitantes/año (un 10,53%, en promedio), entre los años 2012 y 2014.

Por último, la estancia media ajustada por la casuística (EMAC), aumentó, en promedio, un 0,35% en España entre los años 2012 y 2014. El mayor y casi único aumento se produjo en Cantabria, acompañado de un ligero aumento en Cataluña. Los factores que ayudan a explicar el aumento de presión asistencial a pesar de la reducción de población en el período son claros. En primer lugar, el hecho de que la población tiene menos individuos, pero la proporción de los mismos que tiene necesidades de atención socio-sanitaria no deja de crecer debido, especialmente, al aumento paralelo de esperanza de vida (la esperanza de vida a los 65 años aumento, en promedio un 1,19% en el período) y de la población de 64 y más años. Los resultados de este proceso, se plasman en un aumento promedio del 3,98% del índice de dependencia, entre los años 2012 y 2014, que se compone de un aumento promedio del 1,51% en la parte de dependencia juvenil, y de un aumento del 6,12% en la parte de dependencia de mayores de 64 años, que llega a más de un 9% en el caso de Madrid.

Estos datos se ven reforzados por otros complementarios en la explicación del aumento de la presión asistencial a pesar de la reducción de población. Así, si bien los años de vida saludable esperados a los 65 años han aumentado, en promedio, un 0.9% en el período, también es cierto que la proporción media de personas de esta edad con valoración positiva de su estado de salud se situó en un 43,58%, lo cual implica que una proporción mayor (56,42%) tenía la percepción contraria. El dato contrasta con el total de población con valoración positiva de su estado de

salud del año 2011 (el más reciente de que se dispone), que alcanzó, en conjunto, un 75,27%.

Dejando de lado los factores relacionados con la población de 65 y más años, existen otros elementos que ayudan a explicar el aumento de la presión asistencial a pesar de la reducción de población. Así, no hay que olvidar que, la tasa de pobreza ha aumentado, en promedio, en España un 6,25% entre los años 2012 y 2015. Las secuelas de la crisis han tenido, y aún tienen, impacto en la calidad de vida de una parte significativa de la población difícil de determinar en términos cuantitativos objetivos, pero innegable.

El sistema ha hecho frente a este impacto aplicando políticas de contención allí donde ha sido posible y, según los datos, de forma bastante racionalizada, aunque no popular, en función del escenario.

Así, atendiendo al apartado de recursos humanos, la tasa de personal médico en atención especializada por 1000 hab. permaneció inalterada entre los años 2012 y 2014 para el conjunto de España, si bien sufrió ligeros aumentos en Baleares, Canarias, Cantabria, Cataluña, la Comunidad Valenciana y, más notable, en Navarra. La tasa de personal médico de atención primaria por 1000 personas asignadas disminuyó, en promedio, en España, un 1,30% entre los mismos años, aumentando sólo ligeramente en Galicia y de forma algo más notable en Navarra. El personal de enfermería en atención especializada por 1000 hab., aumentó, en promedio, un 1,95%, disminuyendo en las dos Castillas, en Cataluña, Navarra, Ceuta y, sobre todo en Melilla. El personal de enfermería en atención primaria por 1000 personas asignadas aumentó, en promedio, un 1,56%, disminuyendo en Asturias, Baleares, Cataluña, Madrid, País Vasco, Ceuta y Melilla.

Por otro lado, atendiendo a los recursos materiales, la tasa de camas hospitalarias en funcionamiento por 1000 habitantes disminuyó, en promedio, en España, un 1,98% entre los años 2012 y 2014. Aun así, hubo ligeros aumentos en la Comunidad Valenciana y en Murcia. Contrastando con este resultado, la tasa de puestos en hospitales de día por 1000 habitantes aumentó, en promedio, un 2,5% y, también lo hicieron, la tasa de quirófanos en funcionamiento por 100.000 habitantes (un 1,41%, en promedio), la tasa de equipos de tomografía axial computarizada (TAC) en funcionamiento por 100.000 habitantes (un 0,63%, en promedio), la tasa de equipos de resonancia magnética nuclear (RMN) por 100.000 habitantes (un 5,98%, en promedio) y la tasa de equipos de hemodiálisis en funcionamiento por 100.000 habitantes (un 3,09%, en promedio). La tasa de equipos de hemodinámica en funcionamiento por 100.000 habitantes permaneció inamovible en promedio, pero aumentó en Andalucía, Canarias, la Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia y el País Vasco.

Además de lo anterior, otros datos completan la visión de la inversión dedicada a mejorar el estado de salud de la población. Entre ellos se puede destacar, por ejem-

plo, el aumento de la cobertura de primovacunación frente a la poliomielitis; se observan unos resultados de cobertura muy elevados, de forma que, en 2015, todas las CC.AA. tenían porcentajes superiores al 92%. El aumento promedio para España de este indicador fue muy discreto (0,31%) porque ya se partía de una tasa de cobertura muy elevada en 2012. En cambio, la cobertura de triple vírica en niños de 1-2 años disminuyó en promedio un 0,93% en España entre 2012 y 2015, así como también lo hizo en un 1,58% la cobertura de personas mayores de 64 años vacunadas frente a la gripe. Sería interesante conocer los porqués de esta reducción. Finalmente, aunque aumenta en promedio un 3,56% el porcentaje de mujeres de 50 a 69 años con mamografía realizada con la frecuencia recomendada entre los años 2011 y 2014, aún hay muchas CC.AA. en que este indicador disminuyó en lugar de aumentar. Estas autonomías fueron: Canarias, Cataluña, Extremadura, Murcia, Navarra y el País Vasco.

Como resultado de la gestión, el gasto sanitario público territorializado por habitante protegido ha disminuido (un promedio de 3,42% entre 2012 y 2014, con sólo 6 CC.AA. -Canarias, Baleares, Extremadura, Galicia, País Vasco y La Rioja- con ligeros aumentos). Sin embargo, acorde con la interpretación del conjunto de resultados obtenidos al analizar la evolución de los indicadores clave seleccionados, este resultado es el fruto de la contención y redistribución de las partidas, de forma que la población sufriese el menor impacto posible en cuanto a atención. Por consiguiente, en contraste con el resultado general de gasto, el porcentaje del gasto sanitario en atención primaria aumentó en España, en promedio, un 44,24% entre los años 2012 y 2014, y también lo hicieron el porcentaje del gasto de los servicios de atención especializada (un 11,42%, en promedio), el porcentaje del gasto en farmacia, si bien muy levemente (un 0,12%, en promedio), así como el porcentaje del gasto en remuneración de personal (un 6,24%, en promedio) y el porcentaje del gasto dedicado a formación de residentes (un 12,88%, en promedio). En cambio, disminuyeron: el porcentaje del gasto en consumos intermedios (un 9,77% en promedio) y el porcentaje del gasto dedicado a conciertos (un 3,83% en promedio).

Fruto de todo lo anterior, el balance en resultados de salud es mayormente positivo y la evolución de los indicadores de este apartado así lo pone de manifiesto.
Atendiendo en primer lugar a los indicadores de mortalidad, no hay duda de que el resultado más destacable del estudio es el que indica que la tasa de mortalidad general ajustada por edad por 100.000 habitantes ha disminuido por término medio en España un 6,15% entre los años 2012 y 2014. Esta reducción es reflejo de las que se producen en todas las CC.AA. sin excepción, si bien con distintos niveles, el menor de los cuáles se da en Navarra (que no alcanza el 1%) y el mayor de los cuales se da en Extremadura (que supera el 9% de reducción).
Los efectos de la crisis, no han empañado los esfuerzos del colectivo que integra el sistema nacional de salud y su gestión, implicación personal y racionalización del uso de recursos, que arrojan este balance positivo que, además se concreta en reducciones de tasas de mortalidad ajustadas por edad en patologías destacadas como son: la cardiopatía isquémica (reducción promedio de un 9,44%); la enfer-

medad cerebrovascular (reducción promedio de un 11,32%); el cáncer (reducción promedio de un 4,31%); la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (reducción promedio de un 12,6%); la neumonía e influenza (reducción promedio de un 8,34%); la enfermedad crónica del hígado (reducción promedio de un 8,26%); la diabetes mellitus (reducción promedio de casi un 8%) y la mortalidad perinatal (reducción promedio de un 1,51%).

Asimismo, se registran reducciones en las tasas de mortalidad prematura ajustada por edad para: la cardiopatía isquémica (un 4,93%, en promedio), la enfermedad vascular cerebral (un 7,35% en promedio), por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores (10,5%), por diabetes (3,11%) y, por cáncer (4,53%). También se redujo la tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos en un 6,8% y, por último, fruto de otras gestiones públicas y de la implicación de la propia población, se redujo el número medio de víctimas mortales de accidentes de tráfico en un 11.34%, todo ello, entre los años 2012 y 2014.

Las únicas tasas de mortalidad que aumentaron a lo largo del período, escapan al control de la gestión pública, o no se ha avanzado lo suficiente en su paliación a través de las líneas de investigación abiertas como para lograr un impacto significativo. Estas tasas son: la de mortalidad ajustada por edad por accidentes no intencionales, que aumentó, en promedio, un 0,36%; la tasa de mortalidad ajustada por edad por suicidio, que aumentó, en promedio, un 11,25% y, por último, la tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad de Alzheimer, que aumentó en promedio, un 0,67%.

En este bloque de conclusiones también es interesante remarcar otras mejoras como son, la disminución de la tasa de infección hospitalaria en España en el mismo período (en promedio, un 3,88%); el aumento del porcentaje de colecistectomía por laparoscopia (un 2,53%, en promedio), afectando a todas las CC.AA. excepto La Rioja y Melilla; el discreto, pero positivo, aumento del porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama (0,93%) que sigue siendo más que moderado en muchas CC.AA.; la disminución promedio de la tasa de mortalidad intrahospitalaria global por cada 100 altas hospitalarias (un 2,75%); la disminución de la tasa de mortalidad intrahospitalaria tras intervención quirúrgica por cada 100 altas quirúrgicas (un 5,56%); el aumento promedio del porcentaje de pacientes con fractura de cadera intervenidos en las primeras 48 horas (un 3,85%); la disminución de la tasa de mortalidad intrahospitalaria tras fractura de cadera por cada 100 altas por dicho diagnóstico (un 4,09%); la disminución promedio de la tasa de mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto (un 4,66%); la disminución del porcentaje de reingresos urgentes postinfarto (4,51%); la disminución promedio de la tasa de mortalidad intrahospitalaria de pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) por cada 100 altas por ICC (un 4,31%); el aumento promedio de la tasa de supervivencia funcional del trasplante de hígado a los tres años (un 3,91%) y la estabilidad de la tasa de amputaciones de miembro inferior en personas diabéticas.

Por el contrario, algunos aspectos de los apartados de pertinencia y seguridad, han empeorado en cuanto a su evolución, como es el caso de: el porcentaje global de reingresos, que ha aumentado, en promedio, en España entre los años 2012 y 2014 un 4,04%; el porcentaje global de reingresos urgentes tras cirugía programada, que ha aumentado un 5,77% en promedio; la tasa de notificación de reacciones adversas a medicamentos total, que aumentó en promedio, un 11,77%; la tasa de mortalidad intrahospitalaria tras angioplastia coronaria por cada 100 altas con dicho procedimiento, que aumentó, en promedio, un 8,90%; la tasa de supervivencia funcional del trasplante de pulmón a los tres años que disminuyó un 0,49% entre 2012 y 2015 y las dosis diarias por 1000 habitantes y día (DHD) de antibióticos, que aumentaron un 8,99% en promedio, y en cuya reducción ya se está trabajando siguiendo las nuevas consignas internacionales basadas en evidencias científicas.

Por su parte, la población española, apoyada por el Sistema Nacional de Salud, también ha puesto de su parte en diversos apartados que contribuyen a lograr mejores resultados en salud, si bien, su comportamiento también muestra algunas sombras.

Así, en la parte positiva, destaca el aumento de la tasa de donantes de órganos, que ha crecido, en promedio, entre los años 2012 y 2015 un 14,08%. Asimismo, destaca la disminución promedio de la prevalencia de consumo de tabaco (un 4,05% entre 2011 y 2014); la disminución del porcentaje de riesgo de bebedores de alcohol (un 5,92% entre 2011 y 2014); la disminución promedio del porcentaje de consumidores de cánnabis (un 4,06% entre 2011 y 2013), para la población de entre 15 y 64 años; la disminución promedio del porcentaje de consumidores de cánnabis en escolares adolescentes de 14 a 18 (un 3,79% entre los años 2010 y 2014); la disminución promedio de la prevalencia de sedentarismo en población adulta (un 17,5% entre los años 2011 y 2014); la disminución promedio de la prevalencia de sobrepeso en población de 18 y más años (un 2,5% entre los años 2011 y 2014); la reducción promedio, aunque discreta, de la prevalencia de obesidad en población de 18 y más años (un 0,70% entre 2011 y 2014) y la reducción de la proporción de población de 25 a 64 años con nivel de estudios de primera etapa de educación secundaria o inferior (un 5,96% entre los años 2012 y 2015). Por otro lado, en la parte negativa, destaca el aumento del porcentaje de recién nacidos a término con bajo peso, tanto en promedio como por CC.AA. entre los años 2012 y 2014, con una variación porcentual del 114,84%; el aumento promedio de las dosis diarias por 1000 habitantes y día (DHD) de antidepresivos (un 8,07% entre los años 2012 y 2014)

El balance de la evolución de los indicadores es, como se ha demostrado, bastante más positivo que negativo, pero no se puede negar que, desde el punto de vista del usuario, la crisis ha tenido impacto en apartados del bloque de listas de espera, cuyo estado influye directamente en la satisfacción de la población con el sistema de salud.

Una dificultad que hay que señalar a la hora de evaluar este bloque es la falta de datos por CC.AA. Trabajando con datos de nivel nacional, en la parte positiva, se ha hallado que la tasa de pacientes en espera por los principales tipos de cirugía disminuyó en todos los casos con variaciones porcentuales de diversa magnitud entre los años 2012 y 2015. En cambio, la tasa de intervenciones quirúrgicas no urgentes aumentó un 3,3% y, también lo hicieron, la tasa de pacientes en espera para consultas especializadas (un 35,94%, en promedio), y las de los principales tipos de consulta, correspondiendo el menor aumento a las consultas de cirugía general. Las variaciones porcentuales de los tiempos de espera fueron todas positivas entre los años 2012 y 2015, debiendo concluirse que la situación de todos los indicadores de este apartado ha empeorado. El mayor aumento se produjo en los tiempos de espera para intervenciones de traumatología y, el menor, para las intervenciones de cirugía cardíaca (de nuevo aparece la racionalización en términos de gravedad). Finalmente, en el caso de los tiempos de espera para consultas, el aumento más grande se produjo en ginecología y el más pequeño en las consultas de cirugía general.

La información más reciente acerca del porcentaje de población cubierta por el sistema sanitario público por CC.AA. es del año 2011 y arroja una media del 98,97%. La tasa más alta la ostentaba Extremadura con un valor de 99,93 y la más baja Melilla con un valor de 95,77. En todos los territorios la tasa se aproxima al 99%, lo que pone de manifiesto que el nivel de cobertura era ya muy elevado hace cinco años. Por consiguiente, la población española goza de uno de los sistemas con mayor cobertura en el plano internacional, que desarrolla una gestión que proporciona un balance notablemente positivo en términos de resultados en salud, pero que sigue lastrado por las listas de espera y las desigualdades territoriales derivadas de una descentralización progresiva a la cual aún le falta bastante para converger.

Como consecuencia de este perfil, el grado de satisfacción de los ciudadanos con el funcionamiento del sistema sanitario público, ha disminuido un 2,89% en promedio, en España, entre los años 2012 y 2015. Así, de una nota media de 6,57 puntos, se pasó a 6,38 puntos. También, el grado medio de satisfacción del ciudadano con el conocimiento del historial y el seguimiento de sus problemas de salud por el médico de familia y el pediatra, disminuyó un 0,27%, pasando de una nota de 7,52 puntos a otra de 7,50 puntos. Finalmente, el grado medio de satisfacción del ciudadano con la información recibida en la consulta del médico especialista sobre su problema de salud, disminuyó un 2,33%, pasando de una nota de 7,30 puntos a una de 7,13 puntos. Ningún servicio regional de salud suspende y todas las notas medias se mantienen alrededor del notable, salvo en el caso de Melilla, en que son algo más bajas. Tanto Ceuta como Melilla, destacan a lo largo del informe como las zonas más necesitadas de convergencia con el resto de las Autonomías en muchos apartados. Hallazgo ya constatado en el anterior libro (3).

Las diferencias señaladas, desde un punto de vista estadístico, no son muy signifi-

cativas y casi se podría hablar de estabilidad en las notas, pero las tres muestran tendencia a la baja, y el análisis de la información ha puesto de manifiesto que el Sistema de Salud ha resistido con carencias, y que los usuarios han aceptado las restricciones sin penalizarlo de forma notable, pudiendo haber sido más críticos, especialmente en lo que se refiere a las esperas y a la falta de personal frente a un aumento de necesidades que se ha plasmado en términos de morbilidad y justificado plenamente, pese a la disminución de la población acaecida en el período. Se trata, en definitiva, de un toque de atención por parte de la población, que no menoscaba la buena imagen que tiene el Sistema Nacional de Salud, pero que las entidades responsables de su gestión deben tomar en consideración, aprovechando la oportunidad de progreso que está brindando la todavía discreta situación de superación de la reciente recesión.

Por último, y como aportación destacada en esta edición, es importante señalar que, el hecho de que los resultados de las prestigiosas fuentes presentadas el apartado 11 concuerden con los ofrecidos por los indicadores clave seleccionados, en cuanto al impacto de la crisis sobre el Sistema Nacional de Salud, es un hallazgo de nueva factura y supone una oportunidad para nuevos desarrollos. La utilización de distintas fuentes para la elaboración de diagnósticos territoriales complejos acerca del estado del Sistema Nacional de Salud se puede ver enriquecida gracias a los matices que aportan los micro-datos compilados por encuestas sustentadas por un diseño muestral científico y ampliamente validadas como es el caso de todas las que ofrece el INE en el apartado de salud. Aprovechar esta riqueza informativa para complementar la información agregada que aporta el INCLAS supone un nuevo reto a dimensionar para próximas ediciones.

14
Recomendaciones

A la luz de las conclusiones extraídas, las recomendaciones que se desprenden, son las que se exponen a continuación ordenadas en función de los grandes apartados desarrollados.

Configuración socio-económica del entorno del usuario del sistema sanitario

La recomendación lógica y general acerca de este apartado excede las competencias de los gestores de la sanidad y se adentra en otros terrenos como son los de creación de empleo, riqueza y bienestar de la población, pues el paro, el nivel de renta y las condiciones de vida son factores altamente condicionantes del estado de salud de la población, de forma que su progreso ayudará, sin duda, a mejorar determinados indicadores clave de salud.

Complementaria de esta recomendación general, también es lógico citar aquellas que deriven en acciones de mejora de educación e información de la población para que ésta tenga cada vez, mayor grado de concienciación acerca de los estilos de vida saludables, mejores condiciones para encarar la tercera edad y también el autocuidado y la prevención.

Asimismo, es deseable el progreso en todo lo que atañe a la conciliación de la vida profesional y personal, especialmente, en lo que afecta a la maternidad, pues los indicadores no sólo de natalidad, sino de fecundidad y condiciones de los neonatos, así lo señalan.

Estado de salud

Seguir progresando en los factores que están conteniendo exitosamente todas aquellas patologías que venían arrojando las mayores tasas de incidencia.

Analizar el incremento de la morbilidad en asma y enfermedades asociadas con alergias, que muestran un aumento de prevalencia reciente.

Poner más medios en el tratamiento y contención de enfermedades mentales, ya que, si bien, parte de esta prevalencia está dependiendo de los resultados en otras áreas como son las de educación, empleo, aumento de la población mayor, estilos de vida

y otros factores, también es cierto que existe una notable falta de personal público de atención en esta área, así como de programas y de planificación, para hacer frente a la demanda que existe en la actualidad en tiempo y forma. La limitación de la prescripción de fármacos antidepresivos a los casos realmente necesarios, debería ser un objetivo a conseguir, igual que el que se ha marcado la sanidad en cuanto a los antibióticos, pero los fármacos deben ser sustituidos por atención personal. El notable aumento de la tasa de suicidios es un aviso acerca del problema, pero también hay otras muchas tendencias que así lo aconsejan como el aumento del acoso escolar, el fracaso escolar, los problemas de adolescentes, el mobbing laboral, la violencia de género y otros. Otro caso particular al que hay que prestar atención es el de la población mayor, a la vista de la tasa de personas de 64 y más años que tienen una percepción negativa de su salud: el factor psicológico es clave en cuanto a este apartado en una notable proporción de personas mayores, siendo necesario invertir en más recursos para mantener dinámica y motivada a este segmento de la población que, aunque afectado por enfermedades crónicas en muchos casos, aún puede dar de sí más de los que lo está haciendo.

Analizar la necesidad de diseñar nuevas medidas de prevención y campañas de concienciación y tratamiento en relación a las enfermedades hipertensivas, comenzando a distinguir entre distintos perfiles de pacientes, dado el aumento de casos debidos a cuadros ansiosos.

Apoyar a las instituciones que gestionan el tráfico y la educación vial en su esfuerzo por tratar de reducir el número de víctimas totales de accidentes de tráfico, ya que, si bien, la tasa de mortalidad ha disminuido, el número de víctimas totales ha aumentado cerca de un 9% en el período analizado, y muchas de estas víctimas, pasan a ser, desafortunadamente, usuarios crónicos de servicios del sistema de salud.

Lo mismo en referencia a los accidentes de trabajo: seguir diseñando mejoras y aumentar la capacitación de personal sanitario en el ámbito de la prevención de riesgos laborales y control de salud en los ámbitos laborales con el objetivo de reducir la morbilidad en este sector.

Seguir impulsando la investigación en la lucha contra el Alzheimer, el Parkinson, la diabetes, el cáncer y otras patologías cuya prevalencia seguirá siendo elevada en los próximos años, a pesar de la mejora en términos de mortalidad en la mayoría de ellas.

Trabajar para aumentar el número de personas integradas en el sistema socio-sanitario público habilitadas para cuidar casos de dependencia asociados a algunas de estas patologías y poder mejorar las condiciones, no sólo de los afectados, sino de los cuidadores que tienen dificultades para hacer frente a la atención de familiares afectados.

El sector de enfermos crónicos y dependientes está en expansión y constituye uno de las áreas en que es necesaria la creación de empleo para hacer frente a la creciente

demanda de servicio: es un tema que no puede seguir demorándose porque el problema existe aquí y ahora, y ya es más que evidente.

Accesibilidad

Revisar el estado de las tasas de vacunación y tratar de reducir diferencias territoriales. Estudiar la influencia de los padres en el cumplimiento de la vacunación infantil. Mejorar la información acerca de los distintos tipos y generar un clima de confianza en torno a las que puedan estar creando dudas o suspicacias por algún motivo.

Analizar los conciertos en cuanto a problemas de familias que tienen miembros mayores que viven en distintas CC.AA. y que deben trasladarse para recibir atención en su última etapa, para estar cerca de sus familiares próximos o directos: facilitar los procesos de traslado e integración en el sistema de atención a la persona mayor en la nueva C.A. de acogida. En muchos de estos casos, no basta con el empadronamiento, pue éste, al ser tan reciente, limita los derechos de la persona mayor frente a otras de la misma edad y problemática.

Analizar la problemática en torno a la tasa de realización de mamografías, todavía insuficiente en algunas CC.AA.

Efectividad

Mejorar la tasa de vacunación contra la gripe en mayores de 64 años en algunas CC.AA. Analizar la relación con el clima y la zona geográfica.

Analizar las posibles causas de aumento del número de pacientes con insuficiencia renal crónica con trasplante renal funcionante por 1.000.000 de habitantes. Promover algún estudio, realización de tesis o similar.

Analizar las causas que influyen en que la tasa de supervivencia funcional del trasplante de hígado a tres años vista, sea significativamente mayor que la de pulmón. Promover algún estudio, realización de tesis doctoral o similar para explicar por qué la efectividad del primer tipo de trasplante parece gozar de mayor consolidación que la del segundo.

Recursos

Ajustar la demanda a los recursos humanos. Aumentar la contratación de personal de forma racional, analizando los tipos de atención más necesitados por CC.AA. Un apartado claramente deficitario en el sistema público es el de atención de enfermedades mentales y el de atención psicológica.

Promover la formación y entrenamiento de profesionales en las áreas de dependencia, prevención de riesgos laborales, pruebas médicas, prevención e investigación.

Seguir con la provisión de recursos materiales favoreciendo la convergencia territorial en este apartado y ajustándolo a las necesidades de atención de la población. Especial mención a las carencias detectadas en Ceuta y Melilla.

Utilización

Mejorar la gestión de listas de espera en general. Es un problema enquistado y, aunque la gestión ha mejorado, los tiempos en muchos casos, siguen siendo excesivamente dilatados. Dedicar más recursos a su estudio y búsqueda de soluciones. Relacionar esta problemática con la cantidad de recursos humanos disponibles. En España se realiza una ingente inversión en educación y formación de personal sanitario, pero exceptuando el caso de la enfermería a nivel español, la contratación está estancada, salvo para algunas CC.AA. y, aun así, los aumentos son muy discretos. La demanda actual, no puede atenderse de forma satisfactoria, aunque no se quede sin cobertura lo más grave y urgente.

Seguir mejorando los sistemas de información que recopilan los datos de utilización del sistema: cuanto más completa e inmediata sea la información, más rápidamente se pueden efectuar análisis, diagnósticos, toma de decisiones y correcciones y ajustes.

Gasto

El gasto se ha contenido, pero no de forma homogénea en todos los territorios. Se recomienda estudiar este tema a fondo, relacionándolo, además, con el tipo de gobierno que gestiona cada sistema, la demanda a la que ha tenido que hacer frente y sus características, su orientación social y otras informaciones cualitativas que proporcionen claves acerca de porqué unas CC.AA. han podido contener más el gasto que otras.

Seguir trabajando en el diseño de prescripción racional de fármacos y controlar la sobre prescripción, la tendencia a la automedicación y la falta de información acerca de terapias alternativas y programas para mejorar la salud en determinadas situaciones sin necesidad de fármacos.

Pertinencia

Aumentar el porcentaje de casos de cirugía conservadora en cáncer de mama, trabajando para reducir las diferencias territoriales en un tema tan sensible.

Analizar los factores que hay tras el aumento del reingreso hospitalario y su relación con la reducción de la estancia hospitalaria y las aspiraciones de rapidez de recuperación tras las intervenciones, así como con los recortes y resto de elementos que hayan podido incidir en este resultado. Aplicar medidas correctoras.

Seguridad

Controlar y analizar las causas que motivaron un aumento de la tasa de notificación de reacciones adversas a medicamentos total entre los años 2012 y 2015. Hacer seguimiento de este indicador para ver si sigue la tendencia y en qué territorios se produce.

Tratar de mejorar la tasa de amputaciones de miembro inferior en personas diabéticas, aprovechando las mejoras recientes en el tratamiento de la diabetes y el hecho de que los pacientes de declaración reciente tienen mejores expectativas de gestión de la enfermedad. Aumentar las campañas de prevención de la misma y la concienciación de la necesidad de diagnóstico precoz.

Opinión

Tratar de reducir los períodos de encuestación acerca de la salud de la población. La realización de la encuesta de salud tiene un tiempo excesivo de realización entre ediciones. En seis años se producen muchos cambios y la falta de información actualizada entorpece la gestión. En la era de la información digital en la que estamos inmersos, la inmediatez en la disposición de información es crítica. Evidentemente, se puede aducir que los resultados de las preguntas de la encuesta de salud varían muy poco de una edición a otra y que dicha encuesta está coordinada con el sistema europeo de información en la actualidad, pero todo ello no es incompatible con el diseño de otras encuestas más cortas en cuanto a contenido y de realización anual para muestras más pequeñas pero representativas de la población española. Pulsar la opinión acerca de temas candentes de salud es imprescindible para proporcionar un servicio excelente y sensible a las expectativas de la población. Hay muchos temas acerca de los cuales no se dispone de información y que pueden dar lugar a estudios monográficos de gran utilidad.

Para terminar, dentro de este apartado, no se puede obviar el tema de que España tiene un Sistema Nacional de Salud descentralizado. Esto es un hecho y una realidad que hace que el estado sea cada vez más subsidiario en este ámbito. Por consiguiente, otra recomendación para poder llevar a cabo un control eficiente y racional de la gestión de cada territorio de los que componen España es la de homogeneizar los sistemas de información de los mismos, de forma que proporcionen informaciones con el mismo grado de veracidad, calidad garantizada, igualmente codificada y manejable por los analistas. Asimismo, los sistemas de información deben proporcionar la misma lista de indicadores, sujetos a las mismas definiciones y códigos o, de otra forma, en unos años, la información sería inmanejable e inútil fuera de cada territorio, condicionando nuestra participación en estudios internacionales y comparativos entre territorios. La falta de datos por CC.AA. acerca de las listas de espera, es un ejemplo de estas carencias en la actualidad y no es la única. Por consiguiente, aunque descentralizado, el sistema debe tender a la homogeneización técnica, ya que no garantizar este aspecto, condicionaría la gestión, el control y la producción científica en torno al análisis de la información sobre salud en nuestro país.

Bibliografía

(1) Gallego, R. y Barbieri, N. (2016). Descentralización y desigualdad en el estado autonómico. Raquel Gallego (directora). Editorial: Tirant lo Blanch. Colección: Serie Ciencia Política, 1ª Edición / 423 págs. ISBN13:9788490863299.

(2) Moreno, L. (2016). Preámbulo. Descentralización y desigualdad en el estado autonómico. Raquel Gallego (directora). Editorial: Tirant lo Blanch. Colección: Serie Ciencia Política, 1ª Edición / 423 págs. ISBN13:9788490863299.

(3) Coduras, A., Clemente J.A., y del Llano J. (2014). La Sanidad Española en cifras 2014. Edita: Círculo de la Sanidad. ISBN: 978-84-6065926-6.

(4) Reques L., Miqueleiz E., Giráldez, C., Santos, J.M., Martínez, D. y Regidor, E. (2015). Patrones geográficos de la mortalidad y las desigualdades socioeconómicas en mortalidad en España. Rev. Esp. Salud Pública, 89: 137-147.

(5) Urbanos, R. (2016). Las desigualdades en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. Gac. Sanit. 30(S1): 25-30.

(6) Simó, J. (2016). Salud, dinero y atención primaria: *http://saludineroap.blogspot.com.es/*

(7) Arias, J., Artazcoz, L., Molina, A.J., Fernández, T., Martín, V. (2016). Inequalities in mental health in the working population of Spain: a National Health Survey-based study. Gac. Sanit. 30(5): 339-344.

(8) Sánchez-Bayle, M. y Palomo, L. (2007). Informe sobre la situación de salud y de los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas. Revista de la Administración Sanitaria, Vol. 5, Nº 1, pp. 147-173.

(9) OECD/ (2016), Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. DOI: *http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en*

Círculo de la Sanidad

La sanidad española en cifras 2016

El Círculo de la Sanidad es una asociación de empresarios relacionados con la sanidad que se acerca a los 15 años. Promueve estudios sobre la función de la empresa privada en la mejora del sistema sanitario, contribuyendo a un conocimiento más completo y a una mayor transparencia a través de análisis de fuentes de información sanitarias.

Este segundo estudio de la serie "La Sanidad española en cifras" del Círculo ha sido dirigido, supervisado y parcialmente elaborado por el Dr. Juan E. del Llano Señarís, director general de la Fundación Gaspar Casal y realizado por la Dra. Alicia Coduras Martínez, investigadora senior de dicha fundación.

La administración estatal española y, por extensión, las autonómicas, encaran anualmente el reto de ajustar el presupuesto destinado a sanidad en función del estado de sus respectivas economías, sabiendo que deben dar el mejor servicio a las poblaciones a su cargo en una parcela tan sensible. La planificación de estos ajustes, está asociada a la problemática derivada de la descentralización del sistema sanitario, que ha venido generando diferencias entre Comunidades Autónomas acerca de la disponibilidad y el acceso a la prestación de los servicios sanitarios. Este problema es fuente de continuas tensiones en la arena política española.

Este trabajo constituye un análisis de la evolución de los indicadores seleccionados de 2008 a 2014, últimos existentes. Un objetivo complementario ha sido plantear diversas hipótesis sobre las relaciones entre variables clave descriptoras del funcionamiento del sistema nacional de salud, variables de la composición socio-demográfica de la población y también del desarrollo económico de las CC.AA., con el ánimo de contribuir a la explicación de las diferencias que se advierten entre las mismas en cuanto a la provisión de servicios sanitarios y al estado de salud de sus poblaciones.

El balance de la evolución de los indicadores es bastante más positivo que negativo, pero no se puede negar que, desde el punto de vista del usuario, la crisis con las medidas de austeridad implantadas, ha tenido impacto en las listas de espera, cuyo aumento influye directamente en la menor satisfacción de la población con el sistema de salud. En morbilidad y mortalidad el sistema y, muy especialmente, el buen trabajo de sus profesionales han hecho que sus tasas apenas se resintieran, salvo en la esfera de la salud mental.

España tiene un Sistema Nacional de Salud descentralizado. La principal recomendación para poder llevar a cabo un control eficiente y racional de la gestión de cada territorio de los que componen España es la de homogeneizar los sistemas de información de los mismos, de forma que proporcionen indicadores con el mismo grado de veracidad, calidad garantizada, igualmente codificada y manejable por los analistas, sujetos a las mismas definiciones y códigos o, de otra forma, en unos años, la información sería inmanejable e inútil fuera de cada territorio, condicionando nuestra participación en estudios internacionales y comparativos entre CC.AA. Por consiguiente, aunque descentralizado, los indicadores del sistema de información sanitaria deben tender a la exquisitez técnica, a contar con un alto valor predictivo e ir siempre acompañados de buenas explicaciones, ya que no garantizar este aspecto, condicionaría la gestión, el control y la producción científica en torno al análisis de la información sobre la salud en nuestro país. Se ha avanzado mucho pero todavía queda camino por recorrer.