

# Demografía y Situación de Salud

Informe Anual  
del Sistema Nacional  
de Salud 2017



# Demografía y Situación de Salud

Informe Anual  
del Sistema Nacional  
de Salud 2017



Edita:

©MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

CENTRO DE PUBLICACIONES

NIPO en línea: 731-19-046-0

<https://cpage.mpr.gob.es>

# Índice

<b>Introducción</b>	7
<b>Resumen</b>	9
Cifras de población e indicadores demográficos básicos	9
Mortalidad	9
Valoración del estado de salud	10
Problemas de salud crónicos	10
Limitaciones para las actividades básicas de la vida diaria	10
Limitaciones para las actividades instrumentales de la vida diaria	11
Vigilancia epidemiológica	11
Bajo peso al nacer	12
Interrupción voluntaria del embarazo	12
Accidentes de tráfico, de trabajo y en el hogar o en tiempo de ocio	12
<b>1 Demografía y situación de salud</b>	13
1.1 Demografía y contexto sociodemográfico	13
1.1.1 Cifras de población	13
1.1.2 Natalidad, edad media materna	14
1.1.3 Dependencia	16
1.1.4 Contexto socioeconómico	17
1.2 Esperanzas de vida	21
1.2.1 Esperanza de vida al nacer	21
1.2.2 Esperanza de vida a los 65 años	22
1.3 Mortalidad	23
1.3.1 Mortalidad general	23
1.3.2 Mortalidad por las principales causas	24
1.3.3 Mortalidad infantil y mortalidad perinatal	31
1.3.4 Mortalidad materna	33
1.4 Morbilidad	33
1.4.1 Autovaloración del estado de salud	33
1.4.2 Enfermedades y problemas de salud crónicos en adultos	37
1.4.3 Problemas bucodentales	40

1.4.4	Limitaciones para las actividades básicas de la vida diaria	42
1.4.5	Limitaciones para las actividades instrumentales de la vida diaria	44
1.4.6	Vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles mediante vacunación: difteria, enfermedad meningocócica, parotiditis, poliomielitis, rubéola, sarampión, tosferina, tétanos y varicela	46
1.4.7	Vigilancia epidemiológica de las enfermedades de transmisión aérea: gripe, legionelosis, lepra y tuberculosis	48
1.4.8	Vigilancia epidemiológica de las enfermedades de transmisión sexual: VIH / SIDA, infección gonocócica y sífilis	49
1.4.9	Vigilancia epidemiológica de las hepatitis: hepatitis A, hepatitis B, otras hepatitis y hepatitis C	52
1.4.10	Bajo peso al nacer	54
1.4.11	Interrupción voluntaria del embarazo	56
1.4.12	Accidentes de tráfico, de trabajo y domésticos o en tiempo de ocio	58
	<b>Índice de Tablas</b>	63
	<b>Índice de Gráficos</b>	67
	<b>Abreviaturas, acrónimos y siglas</b>	69
	<b>Fuentes</b>	71
	<b>Equipo de Trabajo</b>	77

# Introducción

Este documento corresponde al capítulo de “Demografía y situación de salud” del Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2017<sup>1</sup> cuyo índice completo recoge datos e información en once secciones:

1. Demografía y situación de salud
2. Hábitos de vida
3. Recursos asistenciales
4. Promoción, prevención de la Salud
5. Actividad y calidad de los servicios sanitarios
6. Ordenación profesional y formación continuada
7. Prestación farmacéutica
8. Gasto sanitario
9. e-Salud
10. Percepción y opinión de los ciudadanos
11. Comparaciones internacionales

Individualizar los capítulos tiene como propósito facilitar su uso de forma independiente y hacer más visible su contenido ayudando así a su difusión. De forma similar al informe completo, cada documento se acompaña de:

- Resumen
- Índice de tablas y gráficos,
- Relación de abreviaturas, acrónimos y siglas
- Fuentes
- Equipo de trabajo

En la mayoría de los casos los datos recopilados hacen referencia a los años 2015 y 2016 ya que corresponden a la información disponible y difundida por los diferentes sistemas de información hasta el mes de diciembre de 2017.

Cuando en el documento se utiliza la forma de masculino genérico deben entenderse aplicable al conjunto de mujeres y hombres.

En el informe participan las direcciones y subdirecciones generales del Ministerio de Sanidad responsables de las materias tratadas a las que agradecemos la colaboración prestada.

---

<sup>1</sup> El Informe Anual del SNS 2017 es la entrega número catorce de la serie iniciada en 2003. Los Informes Anuales del Sistema Nacional de Salud están disponibles en la página electrónica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

<http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>



# Resumen

## Cifras de población e indicadores demográficos básicos

- A 1 de enero de 2017 residen en España 46,5 millones de habitantes con una tasa bruta de natalidad era de 8,8 nacimientos por cada 1.000 habitantes y una edad media materna de 32 años. La tasa de dependencia es de 53,3% con un aumento de 4,5 puntos desde el año 2000.
- Las personas de 16 y más años con estudios terminados de educación secundaria y superiores ha aumentado alcanzando el 70,2%. La evolución de la tasa de paro se ha reducido para los hombres en 2,7 puntos y para las mujeres en 2,2 puntos. Se ha elevado la tasa del producto interior bruto en una décima hasta alcanzar el 3,3%.
- La esperanza de vida al nacer alcanza 82,8 años, con 80 años en los hombres y 85,6 años en las mujeres. Desde el año 2001 la esperanza de vida al nacer ha aumentado en 3,7 años. A los 65 años la esperanza de vida es de 21 años, 18,9 en los hombres y 22,9 en las mujeres que esperan vivir 4 años más que los hombres.
- A los 65 años se espera tener 12,2 años de vida saludable, 12,6 los hombres y 11,9 las mujeres.

## Mortalidad

- La tasa bruta de mortalidad es de 910,5 fallecidos por cada 100.000 habitantes. Desde 2001, el riesgo de muerte se ha reducido un 23%. El grupo de las enfermedades del sistema circulatorio (que supone un 29,7% del total de las defunciones) y los tumores (un 26,8% del total de las defunciones), siguen siendo las principales causas de muerte.
- Entre las enfermedades cardiovasculares, la causa de muerte predominante es la enfermedad isquémica del corazón, que causa algo más del 8% del total de defunciones, si bien el riesgo de muerte por esta causa ha disminuido un 45% desde principios del siglo XXI. Dentro del mismo grupo, las enfermedades cerebrovasculares causan el 7,0% del total de los fallecimientos. El riesgo de muerte por esa causa ha disminuido un 50,0% desde el inicio del presente siglo.
- El cáncer de pulmón es responsable del 20,0% de las muertes por tumores malignos. En hombres es la neoplasia más frecuente con el 26,0% de las defunciones por cáncer. El riesgo de muerte por cáncer de pulmón desde 2001 ha disminuido un 20,3% entre los hombres, pero se ha incrementado un 83% entre las mujeres. El tumor maligno de mama sigue siendo la neoplasia más frecuente en la mujer, suponiendo el 15,0% de las muertes por cáncer en mujeres. Desde inicios del presente siglo, el riesgo de muerte por cáncer de mama en la mujer se ha reducido un 25,5%.
- Respecto a las muertes por causas externas, en los últimos años se ha reducido el número y la importancia relativa de los accidentes de tráfico, que suponen en la actualidad un 13,0% del total de las defunciones debidas a causas externas y cuyo riesgo de muerte ha disminuido en un 72,0% desde 2001. De este modo, el suicidio ha tomado la primera posición relativa dentro de este grupo: supone alrededor de la cuarta parte de las defunciones por causas externas y el 0,8% de total de las defunciones registradas.

- La tasa de mortalidad infantil es de 2,7 defunciones en menores de un año por 1.000 nacidos vivos, y la tasa de mortalidad perinatal de 4,3 defunciones perinatales por 1.000 nacidos vivos. La tendencia creciente en el porcentaje de nacimientos con peso inferior a 2.500 gramos se ha frenado en los últimos años, siendo del 8,3%.
- La tasa de mortalidad materna refleja el riesgo de muerte de las madres durante la gestación y el parto, estando influida por las condiciones socioeconómicas generales y las condiciones de la atención materno-infantil. En 2015 ocurrieron 15 defunciones por complicaciones del embarazo, parto y puerperio, manteniéndose aproximadamente en la media de las muertes maternas ocurridas anualmente desde el año 2000.

## Valoración del estado de salud

- El 71,0% de la población de 15 y más años valora su estado de salud como bueno o muy bueno. Los hombres declaran un mejor estado de salud que las mujeres: el 75,1% y el 67,0% respectivamente.
- Los hombres valoran su salud favorablemente con mayor frecuencia que las mujeres. La mayor diferencia se observa en el grupo de 65 a 74 años, en el que alcanza los 13 puntos, y la menor entre 45-54 años, de solo 4 puntos. La diferencia por sexo se va agrandando según se desciende en la escala social.

## Problemas de salud crónicos

- Los problemas de salud crónicos más frecuentes en la población adulta son la hipertensión arterial (18,4%) el dolor de espalda lumbar (17,3%), la hipercolesterolemia (16,5%), la artrosis (16,4%), y el dolor cervical crónico (14,7%).
- Los cambios metabólicos y fisiológicos derivados de los factores de riesgo ligados al estilo de vida muestran una tendencia desfavorable en el tiempo: en los últimos veinte años la hipertensión ha pasado de afectar al 11,2% de la población adulta al 18,4%, la diabetes del 4,1% al 6,8%, la hipercolesterolemia del 8,2% al 16,5% y la obesidad del 9,4% al 16,9%, aunque parece ralentizarse en los últimos años.

## Limitaciones para las actividades básicas de la vida diaria

El 20,7% de las personas que viven en su hogar (no incluye personas que viven en residencia) de 65 y más años, el 15,0% de los hombres y el 25,2% de las mujeres, tiene dificultad para realizar alguna de las actividades de cuidado personal, también llamadas básicas de la vida diaria. Como cabe esperar, estas dificultades aumentan con la edad. En el grupo de 85 y más años afectan al 53,7%, (el 38,8% de los hombres y el 61,8% de las mujeres).

Por tipo de actividad, asearse, con el 17,3%, es la limitación que la población de 65 y más años, tanto en hombres (11,7%) como en mujeres (21,6%) declara como más frecuente. Las dificultades para sentarse o acostarse y para vestirse le siguen en frecuencia (14%), y a continuación para ir al servicio (9,9%) y alimentarse (5,4%), tanto en hombres como en mujeres.

## Limitaciones para las actividades instrumentales de la vida diaria

- El 47,2% de la población de 65 y más años, 34,1% de los hombres y el 57,3% de las mujeres, tiene dificultad para realizar alguna de las actividades domésticas o instrumentales de la vida diaria. Estas dificultades aumentan con la edad. En el grupo de 85 y más, el 82,6% tiene algún grado de dificultad para las tareas domésticas habituales, 68,5% de los hombres y 90,3% de las mujeres. Por tipo de limitación, las tareas domésticas, tanto pesadas (49,7%) como ligeras (31,9%) son las que presentan dificultad con mayor frecuencia, tanto en hombres como en mujeres. Usar el teléfono y tomar la medicación son las menos frecuentes en la población de 65 y más años (13,5%).

## Vigilancia epidemiológica

- Rubéola, sarampión y parotiditis, incluidas en el calendario de vacunación, presentan una tendencia decreciente desde los años noventa, aunque la parotiditis presenta ondas epidémicas, la última de las cuales tuvo lugar entre 2010-2014. En 2015 la incidencia de parotiditis aumentó ligeramente, con una tasa de 8,1 casos declarados por 100.000 habitantes. En el mismo año se declaran en España 0,09 casos de sarampión y 0,009 casos de rubéola por cada 100.000 habitantes. La tosferina mantiene su patrón epidémico cíclico y desde 2010 se observa un progresivo aumento de la incidencia, la hospitalización y la mortalidad por esta enfermedad. En el año 2015 el número de casos declarados de tosferina por cada 100.000 habitantes fue de 18,3.
- En el año 2015, se notificaron 4.604 casos de tuberculosis, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 9,9 casos por 100.000 habitantes, cifra un 8,2% inferior a la del año 2014. La incidencia de la tuberculosis sigue disminuyendo, fundamentalmente por el sensible descenso que se viene observando de las formas respiratorias, que han pasado de una tasa por 100.000 habitantes de 14,2 en 2007 a 7,6 en 2015.
- En el periodo 2009-2016 la tendencia de nuevos diagnósticos de VIH es descendente en personas que se inyectan drogas (PID) y en la transmisión heterosexual, tanto en hombres como en mujeres. La tendencia permanece estable en hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH). Los casos de sida tras casi dos décadas de tratamiento antirretroviral muestran una tendencia decreciente.
- En el periodo 1995-2015 se ha producido un marcado descenso en la incidencia de la infección gonocócica, las tasas han decrecido desde el 11,7 por 100.000 habitantes en 1995 a 11,1 en 2015. Sin embargo esta tendencia no es homogénea, tras el descenso inicial entre 1995 y 2001 se viene produciendo un incremento continuado desde el 2,0 por 100.000 habitantes en 2001 a algo más de 8,0 en 2015.
- Los datos de sífilis a lo largo de estos años también muestran un descenso en las tasas de incidencia en el periodo 1995-2001, desde 2,6 por 100.000 habitantes hasta 1,8 observándose un aumento a partir de ese año hasta alcanzar una tasa de 8,4 por 100.000 habitantes en 2015. En este año las tasas de incidencia de la infección gonocócica superan a las tasa de incidencia de la sífilis a partir de 2014.
- La hepatitis A ha descendido importantemente en los últimos años pasando de 6,0 casos por 100.000 habitantes en el año 2009 a 1,3 en el año 2015; también descienden, aunque no tan llamativamente, los casos de hepatitis B y otras hepatitis víricas que presentan una incidencia de 1,4 y 1,2 casos por 100.000 habitantes, respectivamente.

- En cuanto a la hepatitis C, se estima que la prevalencia de anticuerpos en adultos es de 1,7%. Se estima una tasa de mortalidad anual de la enfermedad en 10,7 fallecimientos por 100.000 habitantes que equivale a un 1-1,2% de la mortalidad por todas las causas.

## Bajo peso al nacer

- Se mantiene la tendencia apreciada anteriormente del incremento del número de recién nacidos con bajo peso, si bien se ha estabilizado en los últimos años. En el año 1990, el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer era de algo más del 5%, en el año 2000 de 6,9%, llegando en el año 2015 a ser de 8,3%.

## Interrupción voluntaria del embarazo

- El número de interrupciones voluntarias del embarazo (IVEs) en 2015 se sitúa en 94.188 lo que supone una incidencia del 10,4 por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años y confirma la tendencia descendente de los últimos cinco años con 2,07 puntos menos que en 2011. En el grupo de menores de 20 años la incidencia se sitúa en 9,4 interrupciones voluntarias de embarazo, siendo 4,3 puntos menos que en 2011.
- El número de interrupciones voluntarias del embarazo y la incidencia en el grupo de mujeres en edad fértil (entre 15 y 44 años) muestra signos claros de descenso, si revisamos el número de abortos inducidos en relación al número de nacimientos, en 2015 aumenta ligeramente, situándose en 224,1 IVEs por cada 1.000 nacidos vivos.

## Accidentes de tráfico, de trabajo y en el hogar o en tiempo de ocio

- En los últimos veinticinco años el número de víctimas por accidentes de tráfico viene mostrando un claro descenso tanto en relación con el número de accidentes como en relación al número de habitantes. El número de víctimas por 1.000 accidentes ha descendido de 1.529 en 2000 a 1.389 en 2016. La tasa por 100.000 habitantes ha pasado de 384 en el año 2000 a 305 por 100.000 habitantes en 2016.
- La construcción es el sector económico donde más accidentes de trabajo se producen, seguida de la industria. En 2016, el número de accidentes de trabajo con baja por millón de horas trabajadas es 41,8 en la construcción y 31,6 en la industria. En líneas generales, en la última década la frecuencia de accidentes en jornada de trabajo con baja presenta una tendencia descendente, concretamente, entre 2007 y 2016, la frecuencia de accidentes de trabajo con baja se redujo en 15 puntos.
- Los accidentes domésticos o en tiempo de ocio, además de por su magnitud, son el tipo de accidente más habitual, su importancia radica en la distinta manera en que afectan a la población; son más frecuente en la vejez y en el sexo femenino. El 7,2% de la población española dice que en los últimos 12 meses ha tenido un accidente en el hogar o en tiempo de ocio, siendo de 8,1% en las mujeres y 6,2% en los hombres.

# 1 Demografía y situación de salud

## 1.1 Demografía y contexto sociodemográfico

### 1.1.1 Cifras de población

A 1 de enero de 2017 residen en España 46,5 millones de personas. La población española ha crecido en 88.867 personas respecto al mismo periodo del año anterior, lo que supone un aumento del 0,19% en términos relativos.

La población se concentra en las comunidades costeras del sureste y en el centro de la península: Andalucía, Cataluña, Madrid y Comunidad Valenciana aglutinan el 58,6% de los habitantes.

**Tabla 1-1 Cifras de población residente a 1 de enero de 2017 por sexo y comunidad autónoma**

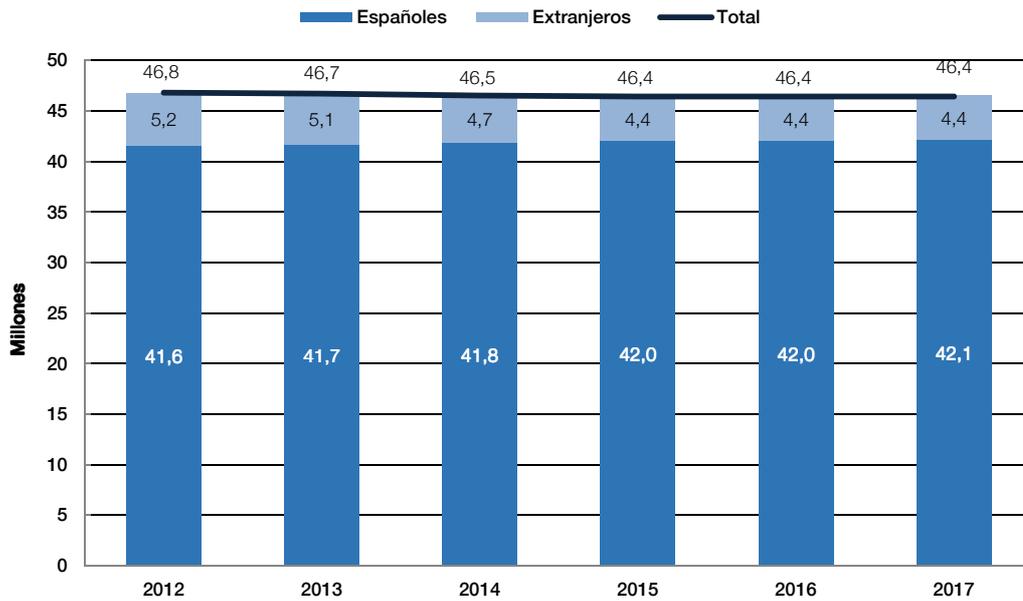
	<b>Ambos sexos</b>	<b>% sobre el total</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
Andalucía	8.409.657	18,1	4.156.814	4.252.843
Aragón	1.317.076	2,8	651.342	665.734
Asturias	1.034.449	2,2	494.601	539.848
Baleares, Illes	1.150.839	2,5	575.337	575.502
Canarias	2.154.905	4,6	1.070.782	1.084.123
Cantabria	581.477	1,2	283.922	297.555
Castilla y León	2.435.797	5,2	1.203.749	1.232.049
Castilla-La Mancha	2.040.379	4,4	1.024.910	1.015.469
Cataluña	7.441.176	16,0	3.639.809	3.801.366
Comunitat Valenciana	4.934.993	10,6	2.434.845	2.500.148
Extremadura	1.077.715	2,3	535.579	542.136
Galicia	2.710.607	5,8	1.309.684	1.400.923
Madrid	6.475.872	13,9	3.108.411	3.367.461
Murcia	1.472.949	3,2	738.076	734.873
Navarra	640.502	1,4	317.037	323.464
País Vasco	2.167.707	4,7	1.050.049	1.117.657
Rioja, La	312.647	0,7	154.307	158.340
Ceuta	85.107	0,2	43.253	41.854
Melilla	85.116	0,2	43.168	41.948
<b>España</b>	<b>46.528.966</b>	<b>100,0</b>	<b>22.835.674</b>	<b>23.693.293</b>

Observaciones: datos provisionales.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Cifras de población.

Desde el 1 de enero de 2016, la población residente en España crece, tanto el número de españoles, que aumenta en 81.975, como el de extranjeros, que aumenta en 6.892.

**Gráfico 1-1 Evolución de las cifras de población residente en millones, 2012-2017**



Observaciones: Las cifras de población están referidas a 1 de enero de cada año. Los datos del año 2017 son provisionales.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Cifras de Población.

## 1.1.2 Natalidad, edad media materna

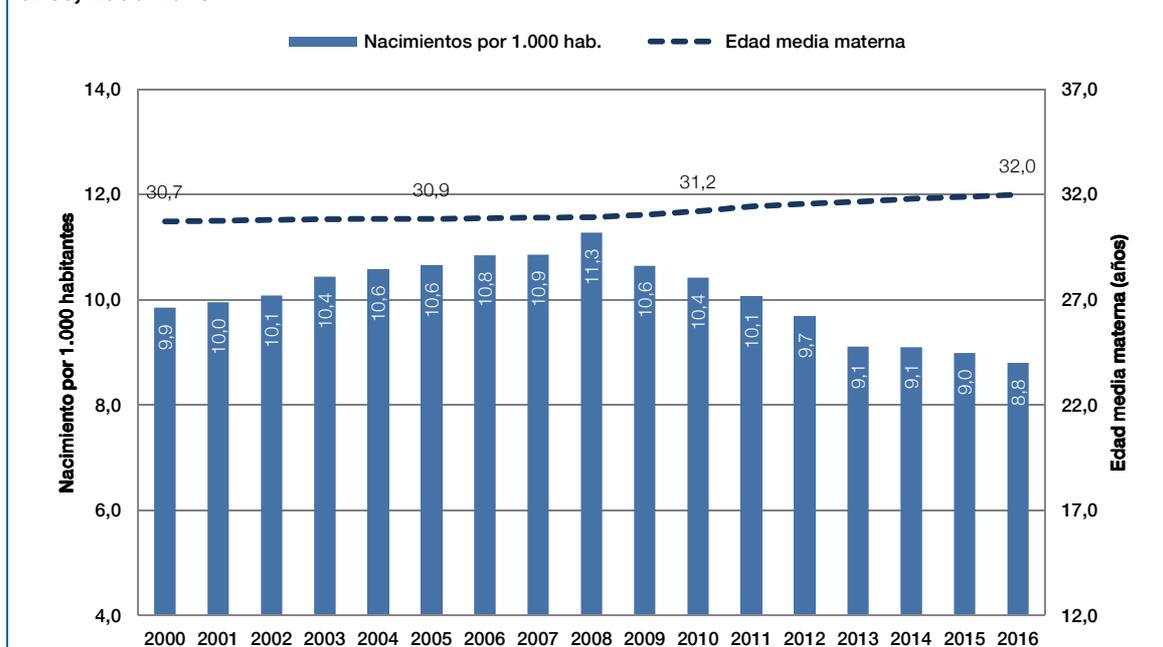
La tasa bruta de natalidad es de 8,8 nacimientos por cada 1.000 habitantes. Se mantiene la tendencia decreciente iniciada en 2008. La tasa de natalidad más alta la presenta Melilla (17,4) y la más baja, Asturias (6,1). La edad media materna se mantiene entorno a los 32 años, y presenta un rango amplio que oscila desde los 32,9 años en el País Vasco, a los 30,1 años en Melilla.

**Tabla 1-2 Tasa de natalidad por 1.000 habitantes y edad media materna en años, según comunidad autónoma, 2016**

	Tasa de natalidad por 1.000 hab.	Edad media materna (años)
Andalucía	9,4	31,5
Aragón	8,3	32,2
Asturias	6,1	32,3
Balears, Illes	9,2	31,6
Canarias	7,5	31,5
Cantabria	7,3	32,6
Castilla y León	6,8	32,6
Castilla-La Mancha	8,7	32,0
Cataluña	9,2	31,9
Comunitat Valenciana	8,5	31,9
Extremadura	8,1	32,0
Galicia	7,0	32,6
Madrid	9,7	32,7
Murcia	10,5	31,2
Navarra	9,2	32,4
País Vasco	8,4	32,9
Rioja, La	8,5	31,9
Ceuta	12,6	30,4
Melilla	17,4	30,1
<b>España</b>	<b>8,8</b>	<b>32,0</b>

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Indicadores demográficos.

**Gráfico 1-2 Evolución del número de nacimientos por 1.000 habitantes y la edad media materna en años, 2000-2016**



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Movimiento Natural de la Población. Indicadores demográficos.

### 1.1.3 Dependencia

La tasa de dependencia es el índice demográfico que expresa en forma de porcentaje la relación existente entre la población dependiente (menor de 16 años y mayor de 64 años) y la población productiva (de 16 a 64 años) de la que aquella depende. La tasa de dependencia se puede descomponer en tasa de dependencia de jóvenes (menores de 16 años) y tasa de dependencia de mayores (mayores de 64 años).

La tasa de dependencia en España es del 53,4% desagregada en 28,7% la tasa de dependencia de mayores y 24,7% la tasa de dependencia de jóvenes.

Según comunidades autónomas las mayores tasas de dependencia se observan en Castilla y León (59,5%), Galicia (58,9%) y País Vasco (58,3%) y las más bajas en Canarias (43,5%) y Baleares (46,4%).

**Tabla 1-3 Evolución de la tasa de dependencia total según comunidad autónoma, 2000, 2004, 2008 y 2016**

	2000	2004	2008	2016	Diferencia 2016 - 2000
Andalucía	50,5	48,7	47,4	51,0	0,5
Aragón	53,7	52,8	51,0	57,1	3,4
Asturias	49,5	48,9	48,5	56,7	7,2
Baleares, Illes	46,6	43,9	42,2	46,4	-0,2
Canarias	43,2	41,5	40,8	43,5	0,3
Cantabria	48,3	47,2	46,6	54,3	6,0
Castilla y León	55,1	54,6	53,7	59,5	4,4
Castilla-La Mancha	59,0	56,5	51,7	53,7	-5,3
Cataluña	47,3	46,7	46,7	55,1	7,8
Comunitat Valenciana	48,3	46,8	46,6	53,9	5,6
Extremadura	58,1	56,4	53,2	53,7	-4,4
Galicia	51,2	51,0	51,3	58,9	7,7
Madrid	43,4	42,4	42,9	51,7	8,3
Murcia	50,0	48,7	49,1	51,6	1,6
Navarra	48,3	45,0	47,2	56,4	8,1
País Vasco	43,6	49,2	48,6	58,3	14,7
Rioja, La	51,2	49,3	49,4	56,5	5,3
Ceuta	50,2	53,7	52,7	50,8	0,6
Melilla	54,1	48,5	46,9	54,9	0,8
<b>España</b>	<b>48,9</b>	<b>47,8</b>	<b>47,2</b>	<b>53,4</b>	<b>4,5</b>

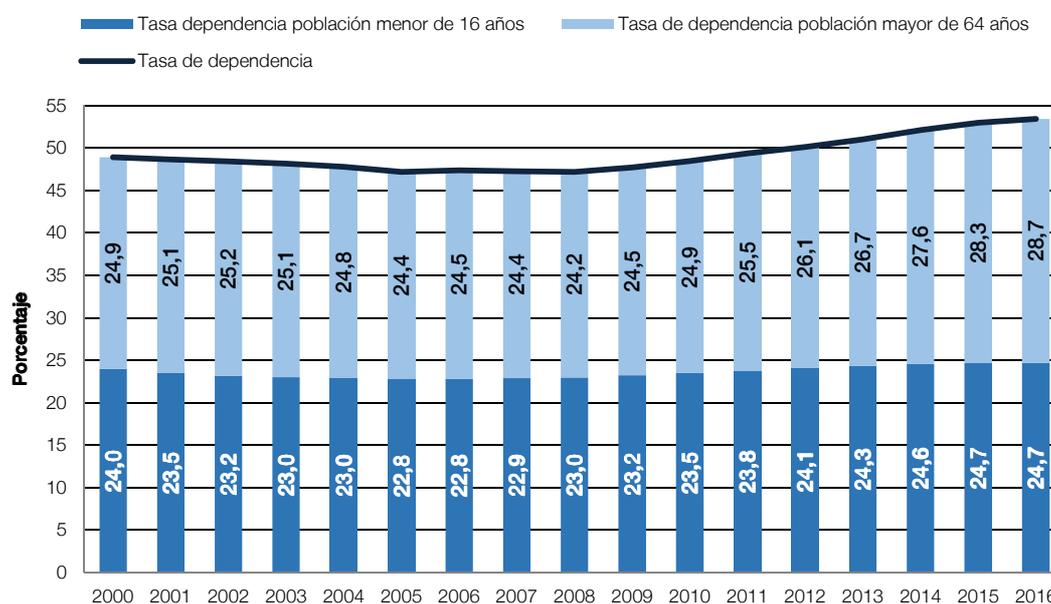
Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Indicadores demográficos.

Entre el 2000 y el 2016, la tasa de dependencia creció en la mayoría de las comunidades autónomas. El crecimiento de esta tasa fue mayor en el País Vasco, con un incremento del 14,7%, seguida de Madrid con 8,3%, Navarra con 8,1%, Cataluña con 7,8% y Galicia, con un incremento de 7,7% durante el periodo estudiado. Por el contrario, la tasa de dependencia disminuyó entre esos dos años en Castilla-La Mancha (5,3%), Extremadura (4,4%) y Baleares (0,2). En España, la tasa de dependencia aumentó un 4,5% entre 2000 y 2016.

Las comunidades autónomas del noroeste peninsular presentan las tasas de dependencia de mayores más altas son Castilla y León, con un 38,8%, seguida de Galicia, con un 38,6% y Asturias, con un 38,2%. La tasa de España es de 28,7%.

Las comunidades autónomas que presentan mayores tasas de dependencia juvenil son Melilla, con un 39,5%, Ceuta, con un 33,7% y Murcia, con un 28,4%. En España la tasa es de 24,7%.

**Gráfico 1-3 Evolución de la tasa de dependencia de menores de 16 años y tasa de dependencia de mayores de 64 años, 2000-2016**



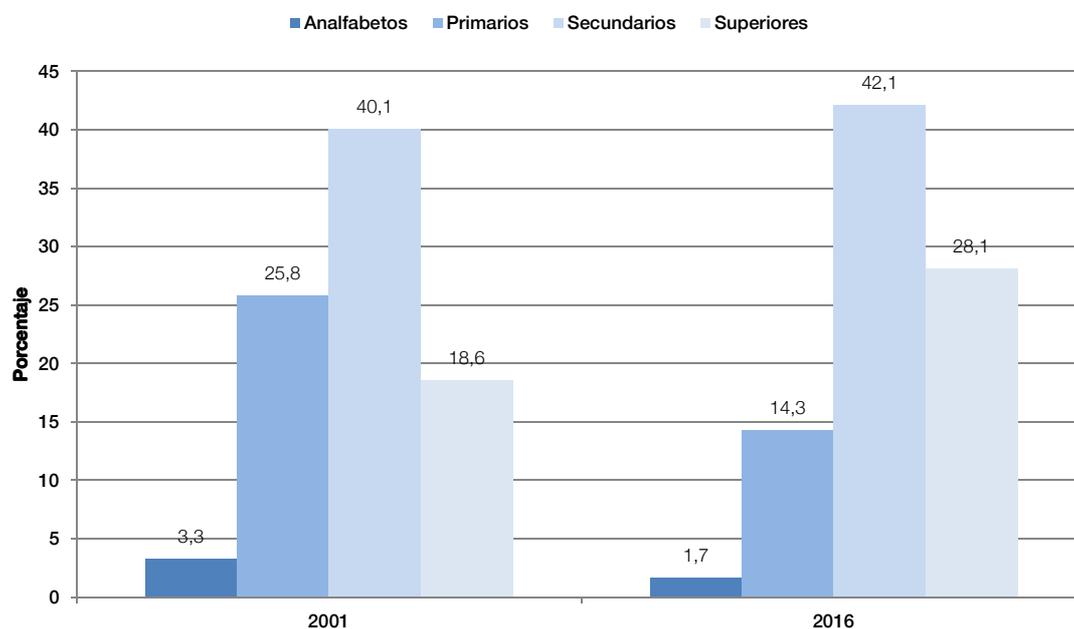
Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Indicadores demográficos.

## 1.1.4 Contexto socioeconómico

### 1.1.4.1 Nivel de estudios

En los últimos quince años, se ha producido en España un importante incremento en el nivel medio de educación de la población de 16 y más años, pasando de un porcentaje de personas con estudios terminados de educación secundaria y superiores de 58,7 %, en 2001, a un 70,2 %, en 2016.

**Gráfico 1-4 Evolución del nivel de estudios alcanzado en población de 16 y más años de edad, 2001 y 2016**



Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

El porcentaje de hombres con estudios terminados de educación secundaria o superiores se ha incrementado de 61,9%, en 2001, a 72,6%, en 2016, y en mujeres de 55,5%, en 2001, a 68%, en 2016.

El porcentaje de mujeres con estudios superiores es más alto que en hombres, 28,8% frente a 27,3%, y el porcentaje de hombres con educación secundaria es más alto, 45,3% frente a 39,2%.

**Tabla 1-4 Distribución porcentual de hombres y mujeres de 16 y más años, según nivel de formación alcanzado, 2001 y 2016**

	2001	2016
<b>HOMBRES</b>		
Analfabetos	2,0	1,1
Educación primaria	25,2	13,4
Educación secundaria	42,4	45,3
Educación superior	19,5	27,3
<b>MUJERES</b>		
Analfabetos	4,4	2,3
Educación primaria	26,5	15,2
Educación secundaria	37,7	39,2
Educación superior	17,8	28,8

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

### 1.1.4.2 Actividad laboral

En 2016 se confirma la tendencia positiva de evolución de las tasas de paro respecto a los dos años anteriores para ambos sexos, aunque en mayor cuantía para los hombres que para las mujeres. Respecto a 2015 se redujo para los hombres en 2,7 puntos y para las mujeres en 2,2 puntos.

**Tabla 1-5 Evolución de la tasa de actividad y tasa de paro por sexo, 2014-2016**

	2014	2015	2016
<b>AMBOS SEXOS</b>			
Actividad	59,6	59,5	59,2
Paro	24,4	22,1	19,6
<b>HOMBRES</b>			
Actividad	65,8	65,7	65,1
Paro	23,6	20,8	18,1
<b>MUJERES</b>			
Actividad	53,7	53,7	53,6
Paro	25,4	23,6	21,4

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Aunque la tasa de paro ha disminuido en todas las franjas de edad, sigue siendo muy elevada en la población de 16 a 24 años con un 44,3%, respecto a la de 25 a 44 años (18,5%) y de 45 a 64 años (16,7%).

La evolución de las tasas de empleo respecto a los dos años anteriores ha sido positiva en todas las comunidades y ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

**Tabla 1-6 Evolución de las tasas de empleo por comunidad autónoma, 2014-2016**

	2014	2015	2016
Andalucía	38,4	40,2	41,1
Aragón	47,0	49,2	50,6
Asturias	40,9	41,2	42,6
Baleares, Illes	51,9	54,3	56,2
Canarias	41,4	43,9	45,2
Cantabria	45,5	46,2	47,8
Castilla y León	43,6	44,8	46,4
Castilla-La Mancha	42,0	43,2	44,7
Cataluña	49,9	50,7	52,3
Comunitat Valenciana	43,8	45,6	47,1
Extremadura	38,7	39,1	40,0
Galicia	42,1	43,1	44,3
Madrid	51,9	53,6	53,7
Murcia	44,9	44,8	47,4
Navarra	50,4	50,7	51,2
País Vasco	47,7	48,5	49,8
Rioja, La	49,3	50,2	51,2
Ceuta	40,2	41,5	43,1
Melilla	39,6	37,8	40,5
<b>España</b>	<b>45,0</b>	<b>46,4</b>	<b>47,6</b>

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

### 1.1.4.3 Producto interior bruto

La estimación realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) para 2016, elevó en una décima la tasa de crecimiento del Producto Interior Bruto (PIB) hasta el 3,3%. Las comunidades autónomas que registraron el mayor crecimiento fueron Baleares con un 3,8%, seguida de Cataluña, Madrid, Galicia y Castilla y León, todas ellas con un 3,6%. Las que registraron un menor crecimiento fueron La Rioja (1,0%) y Asturias (1,8), junto a las ciudades autónomas de Ceuta (1,6%) y Melilla (1,7%).

**Tabla 1-7 Evolución de las tasas interanuales del Producto Interior Bruto por comunidad y ciudad autónoma, 2013-2016**

	2013	2014	2015 (P)	2016 (A)
Andalucía	-2,2	1,6	2,9	2,8
Aragón	0,2	1,1	1,7	2,7
Asturias	-3,5	-0,4	2,5	1,8
Baleares, Illes	-1,9	3,0	2,3	3,8
Canarias	-1,3	0,8	2,4	3,0
Cantabria	-3,7	1,3	2,5	2,4
Castilla y León	-2,5	0,2	2,7	3,6
Castilla-La Mancha	-0,7	-1,4	3,5	3,5
Cataluña	-1,5	1,8	4,2	3,6
Comunitat Valenciana	-1,5	2,1	3,3	3,5
Extremadura	-1,0	-0,1	2,5	2,3
Galicia	-1,6	0,6	4,2	3,6
Madrid	-1,7	1,5	3,5	3,6
Murcia	-1,5	2,2	6,2	3,2
Navarra	-1,1	2,3	3,6	3,1
País Vasco	-2,3	2,0	3,8	2,9
Rioja, La	-3,1	0,7	2,9	1,0
Ceuta	0,3	-0,3	2,2	1,6
Melilla	-0,1	1,2	2,4	1,7
<b>España</b>	<b>-1,7</b>	<b>1,4</b>	<b>3,4</b>	<b>3,3</b>

Observaciones: (P) Estimación provisional y (A) Estimación avance.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

En 2016, en relación al PIB per cápita, la media de España se situó en 24.080 euros. Los valores mayores los registraron las comunidades de Madrid con 32.815 euros por habitante, seguida del País Vasco con 31.784 euros y Navarra con 30.006 euros. Las comunidades con menor PIB per cápita fueron Extremadura, con 16.558 euros por habitante, la Ciudad Autónoma de Melilla, con 17.589, y Andalucía con 17.790.

## 1.2 Esperanzas de vida

### 1.2.1 Esperanza de vida al nacer

La Esperanza de Vida al nacer (EVn) en España es de 82,8 años, 80,0 en hombres y 85,6 en mujeres. Durante el periodo 2001-2015, la EVn aumentó en 3,1 años (3,7 en hombres y 2,5 en mujeres). Al nacer, las mujeres españolas esperan vivir 5,6 años más que los hombres.

**Tabla 1-8 Evolución de la esperanza de vida al nacer por sexo, 2001 y 2015**

	EVn	
	2001	2015
<b>Ambos sexos</b>	<b>79,7</b>	<b>82,8</b>
Hombres	76,3	80,0
Mujeres	83,2	85,6

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria y Evaluación.  
Esperanzas de vida en España.

**Tabla 1-9 Evolución de la esperanza de vida al nacer por comunidad autónoma, 2001 y 2015**

	2001	2015	Diferencia 2015/2001
Andalucía	78,5	81,5	3,0
Aragón	80,5	83,0	2,5
Asturias	79,5	82,3	2,8
Baleares, Illes	79,5	82,6	3,1
Canarias	78,7	82,3	3,6
Cantabria	80,3	82,9	2,6
Castilla y León	80,4	83,1	2,6
Castilla-La Mancha	81,0	83,8	2,9
Cataluña	80,1	83,4	3,2
Comunitat Valenciana	79,1	82,5	3,4
Extremadura	79,4	82,2	2,8
Galicia	80,2	82,9	2,7
Madrid	81,0	84,4	3,4
Murcia	79,0	82,4	3,5
Navarra	81,1	84,0	2,9
País Vasco	80,3	83,4	3,1
Rioja, La	80,7	83,6	3,0
Ceuta y Melilla	77,0	80,5	3,5
<b>España</b>	<b>79,7</b>	<b>82,8</b>	<b>3,1</b>

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria y Evaluación.

Por comunidades autónomas, Madrid, con 84,4 años, Navarra, con 84 años, y Castilla y León, con 83,8 años, son las comunidades con una mayor EVn. Por su parte, Ceuta y Melilla, con 80,5, Andalucía con 81,6 y Extremadura, con 82,2, son las comunidades donde la EVn es menor.

Entre 2001 y 2015, la EVn creció en todas las comunidades autónomas. Canarias, con un incremento de 3,6 años, seguida de Murcia, Madrid y ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla, con 3,5 años, fueron donde más aumentó. Por su parte, Aragón con un aumento de 2,3 años, Cantabria, con 2,6 años, y Castilla-La Mancha y Galicia, ambas con 2,7 años, fueron las comunidades con un menor incremento de la esperanza de vida.

## 1.2.2 Esperanza de vida a los 65 años

Según datos de 2015, la Esperanza de Vida a los 65 años (EV65) es de 21,0 años: 18,9 años en hombres y 22,9 en mujeres.

La EV65 amentó durante el periodo 2001-2015 en 2 años, tanto en los hombres como en las mujeres. A los 65 años de edad, las mujeres españolas esperan vivir 4 años más que los hombres.

**Tabla 1-10 Evolución de la esperanza de vida a los 65 años por sexo, 2001 y 2015**

	EV65	
	2001	2015
<b>Ambos sexos</b>	<b>19,1</b>	<b>21,0</b>
Hombres	16,9	18,9
Mujeres	21,0	22,9

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria y Evaluación.

Las comunidades autónomas con cifras más altas en la EV65 son Madrid, con 22,2 años, Castilla y León, con 21,9 y Navarra, con 21,8 años. Por su parte, Ceuta y Melilla, con menos de 20 años, Andalucía, con 19,8, y Extremadura, con 20,4 años, son las comunidades con menor EV65. Entre 2001 y 2015 la EV65 creció en todas las comunidades autónomas, siendo las ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla, con 2,7 años, y las comunidades de Madrid, con 2,4, y Canarias, con 2,3 años, las que experimentaron un mayor incremento. Aragón, Castilla-La Mancha y Galicia, todas ellas con 1,6 años, es donde la EV65 aumento en menor medida.

**Tabla 1-11 Evolución de la esperanza de vida a los 65 años por comunidad autónoma, 2001 y 2015**

	2001	2015	Diferencia 2015/2001
Andalucía	18,0	19,8	1,8
Aragón	19,6	21,1	1,6
Asturias	18,8	20,7	1,9
Baleares, Illes	18,8	20,6	1,8
Canarias	18,5	20,8	2,3
Cantabria	19,5	21,3	1,8
Castilla y León	19,2	21,0	1,8
Castilla-La Mancha	20,3	21,9	1,6
Cataluña	19,2	21,4	2,2
Comunitat Valenciana	18,5	20,7	2,2
Extremadura	18,6	20,4	1,8
Galicia	19,8	21,4	1,6
Madrid	19,8	22,3	2,4
Murcia	18,3	20,4	2,1
Navarra	20,1	21,8	1,7
País Vasco	19,5	21,7	2,1
Rioja, La	19,9	21,6	1,8
Ceuta y Melilla	17,0	19,7	2,7
<b>España</b>	<b>19,1</b>	<b>21,0</b>	<b>2,0</b>

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria y Evaluación.

## 1.3 Mortalidad

### 1.3.1 Mortalidad general

En el año 2015 se produjeron en España 422.568 defunciones, 26.738 más que las registradas en el año anterior. Han fallecido 209.259 mujeres (un 7,7% más que el año anterior) y 213.309 hombres (un 5,8% más).

La tasa bruta de mortalidad fue de 910,5 fallecidos por cada 100.000 habitantes, lo que supone un incremento del 6,8% respecto al año anterior. Por sexos, la tasa femenina fue de 886,3 fallecidas por cada 100.000 mujeres, mientras que la masculina fue de 935,5 por cada 100.000 hombres. Los dos grandes grupos de causas de muerte fueron las enfermedades del sistema circulatorio (29,4%) y los tumores (25,4%).

En relación al riesgo de mortalidad, expresado mediante la tasa de mortalidad ajustada por edad, Madrid, seguida de Navarra y Castilla y León fueron las comunidades con menor riesgo de muerte, mientras que Melilla, Ceuta, Andalucía y Extremadura registraron las mayores tasas ajustadas por edad de mortalidad.

**Tabla 1-12 Tasa de mortalidad general ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2015 y porcentaje de cambio 2015/2001**

	2015	% cambio 2015/2001
Andalucía	520,4	-21,8
Aragón	454,5	-19,0
Asturias	485,2	-19,4
Baleares, Illes	470,4	-23,8
Canarias	486,8	-28,2
Cantabria	458,0	-18,6
Castilla y León	422,1	-18,6
Castilla-La Mancha	451,9	-21,1
Cataluña	440,8	-24,3
Comunitat Valenciana	478,2	-25,3
Extremadura	487,8	-21,6
Galicia	459,3	-20,5
Madrid	400,9	-26,5
Murcia	479,3	-24,8
Navarra	413,5	-21,2
País Vasco	437,5	-22,9
Rioja, La	430,6	-20,1
Ceuta	525,0	-22,5
Melilla	574,0	-12,8
<b>España</b>	<b>462,1</b>	<b>-22,9</b>

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria y Evaluación.

Desde 2001, el riesgo de muerte descendió en España en términos relativos un 23%. La tasa de mortalidad ajustada por edad se redujo entre 2001 y 2015 en todas las comunidades autónomas. El descenso fue mayor en Canarias, donde la tasa de mortalidad disminuyó el 28,2%, y en Madrid, el 26,5%. Este descenso fue menor en Melilla con 12,8% y Cantabria y Castilla y León, ambas, con 18,6%.

## 1.3.2 Mortalidad por las principales causas

### 1.3.2.1 Enfermedad isquémica del corazón

La enfermedad isquémica del corazón constituye una parte importante de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares. El 27,0% de las defunciones por enfermedades cardiovasculares (35,0% en hombres y 21,0% en mujeres) se deben a esta enfermedad, que causa algo más del 8% del total de las defunciones ocurridas en España.

El riesgo de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón varía de forma evidente entre las distintas comunidades autónomas: Navarra, País Vasco, Madrid y Cantabria son las que tienen una menor tasa ajustada de mortalidad, mientras que Asturias, Canarias, Andalucía y Melilla son las que tienen un mayor riesgo de muerte por enfermedad isquémica del corazón.

La evolución del riesgo de muerte entre 2001 y 2015 ha sido descendente, tanto en el conjunto del Estado donde ha disminuido un 45%, como en todas las comunidades y ciudades con estatuto de autonomía.

Ceuta, con un 58% de descenso, Canarias, con un 53%, Navarra, con un 52% y Madrid, con el 45,8%, ha sido donde el riesgo se redujo más, mientras que en Cantabria, con el 16,6% y Asturias, con el 28,9%, se registraron los menores descensos.

**Tabla 1-13 Tasa de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2015 y porcentaje de cambio 2015/2001**

	2015	% cambio 2015/2001
Andalucía	44,9	-42,4
Aragón	33,6	-36,0
Asturias	47,8	-28,9
Baleares, Illes	37,1	-37,1
Canarias	47,5	-53,3
Cantabria	30,0	-15,6
Castilla y León	33,8	-31,2
Castilla-La Mancha	34,0	-39,5
Cataluña	30,6	-44,1
Comunitat Valenciana	42,5	-45,0
Extremadura	42,5	-37,0
Galicia	33,3	-43,1
Madrid	28,1	-45,8
Murcia	39,2	-38,8
Navarra	27,1	-52,3
País Vasco	27,6	-42,3
Rioja, La	35,1	-29,1
Ceuta	40,4	-58,4
Melilla	44,9	-28,6
<b>España</b>	<b>36,7</b>	<b>-41,7</b>

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria y Evaluación.

### 1.3.2.2 Enfermedad cerebrovascular

La enfermedad cerebrovascular causó el 7,0% del total de defunciones ocurridas en España y aproximadamente el 23% de las muertes cardiovasculares (con un 21% en hombres y con un 24% en mujeres).

**Tabla 1-14 Tasa de mortalidad por enfermedad cerebrovascular ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2015 y porcentaje de cambio 2015/2001**

	2015	% cambio 2015/2001
Andalucía	37,6	-50,3
Aragón	26,7	-49,2
Asturias	28,7	-44,2
Baleares, Illes	24,2	-51,9
Canarias	24,1	-51,6
Cantabria	28,7	-28,9
Castilla y León	22,1	-49,4
Castilla-La Mancha	26,7	-55,6
Cataluña	23,7	-51,1
Comunitat Valenciana	29,1	-54,2
Extremadura	35,4	-43,7
Galicia	26,4	-54,5
Madrid	19,9	-47,5
Murcia	31,1	-56,0
Navarra	25,6	-38,9
País Vasco	24,8	-48,2
Rioja, La	29,0	-35,0
Ceuta	33,0	-55,0
Melilla	35,5	-42,7
<b>España</b>	<b>27,4</b>	<b>-50,2</b>

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria y Evaluación.

El riesgo de mortalidad por enfermedad cerebrovascular en 2015 varió entre 19,9 por 100.000 habitantes de Madrid, que fue la comunidad autónoma con menor riesgo, hasta 37,6 por 100.000 habitantes de Andalucía, donde el riesgo de muerte por esta causa fue mayor. Las comunidades de Castilla y León (22,1), Cataluña (23,7) y Canarias (24,1) registraron también bajos riesgos de mortalidad, mientras que en Melilla (35,5), Extremadura (35,4) y Ceuta (33,0) se observaron, junto con Andalucía, las mayores tasas de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes.

La evolución de ese riesgo de muerte entre 2001 y 2015 fue descendente tanto en el conjunto del Estado, donde disminuyó un 50%, como en cada una de las comunidades autónomas. La Comunidad de Murcia, con el 56,0% de descenso y la de Castilla-La Mancha con el 55,6%, junto con Ceuta con el 55,0% registraron los mayores descensos, mientras que Cantabria con 28,9%, La Rioja, con 35% y Navarra, con 38,9% registraron los menores descensos de la tasa de mortalidad por enfermedad cerebrovascular ajustada por edad por 100.000 habitantes.

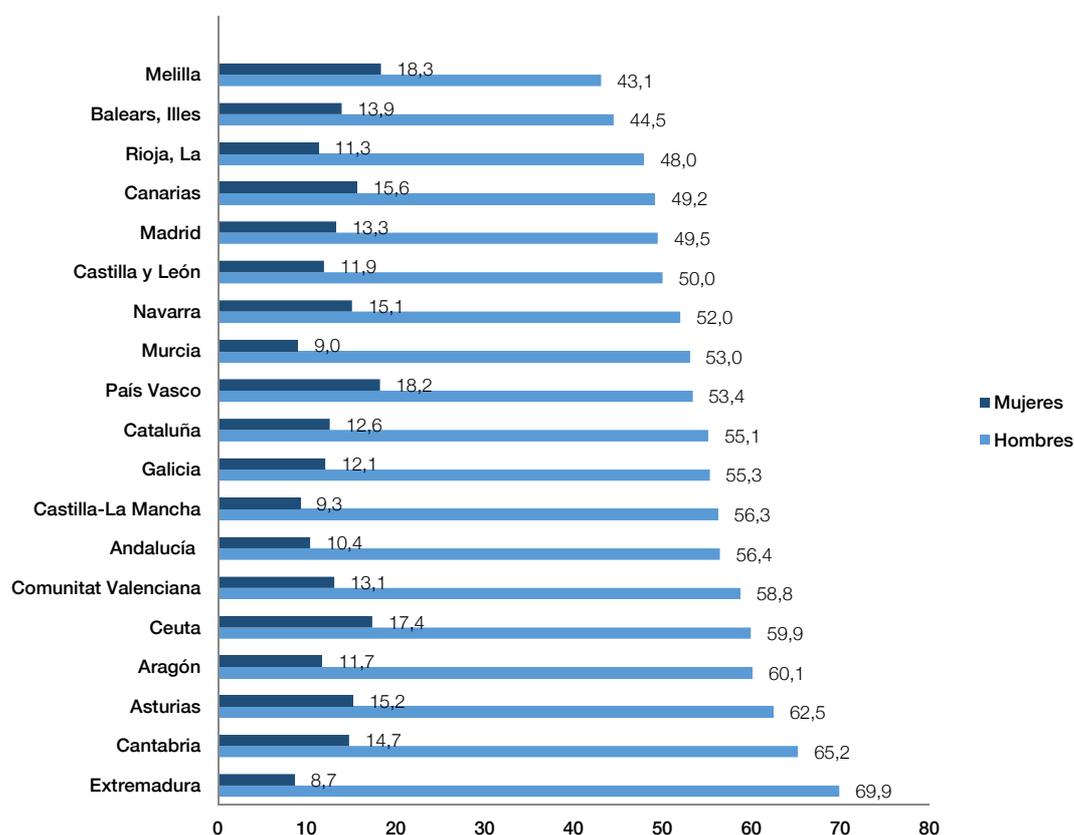
### 1.3.2.3 Cáncer de pulmón y de mama

El cáncer de pulmón causó el 20,0% de las muertes por tumores malignos en España. En hombres es la neoplasia que más muertes causa con alrededor de un 26% de las defunciones por cáncer. Este porcentaje es de un 10% entre las mujeres.

Tanto el patrón geográfico como, sobre todo, la evolución del riesgo de muerte por este tumor maligno son diferentes en uno y otro sexo, posiblemente como consecuencia de las diferencias en el hábito tabáquico: paulatino abandono observado desde hace tiempo en los hombres e incorporación progresiva, y más tardía, al hábito en las mujeres.

La menor magnitud en el riesgo de muerte en hombres por cáncer de pulmón ajustada por edad por 100.000 habitantes se observó en Melilla (43,1), Baleares (44,5), La Rioja (48,0) y Canarias (49,2), mientras que en mujeres, son Extremadura (8,7), Murcia (9,0), Castilla-La Mancha (9,3) y Andalucía (10,4) las comunidades con menor tasa de mortalidad. Los mayores riesgos de muerte se observaron en los hombres en Extremadura (69,9), Cantabria (65,2) y Asturias (62,5), y en las mujeres en País Vasco (18,2), Ceuta (17,4) y Melilla (18,3).

**Gráfico 1-5 Tasa de mortalidad por cáncer de pulmón ajustada por edad por 100.000 habitantes y por sexo, según comunidad autónoma, 2015**



Observaciones: Datos ordenados de menor a mayor según valor en hombres en 2015.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria y Evaluación.

La evolución de riesgo de muerte por cáncer de pulmón ha sido diferente en hombres y mujeres: mientras que en aquellos la tasa de mortalidad ajustada por edad descendió el 20,3% durante el período 2001/2015, en las mujeres aumentó el 82,6%.

Los territorios donde el riesgo en hombres descendió más fueron Melilla, con 52,3%, Baleares, con 41,6%, Madrid, con 29,8%, y Andalucía, con 25,4%. Por su parte, entre las mujeres, el riesgo de muerte por cáncer de pulmón aumentó en todas las comunidades autónomas y ciudades con estatuto de autonomía, siendo el incremento de magnitud superior al 100% en Navarra (105,3%), Ceuta (110,5%), La Rioja (133,7%) y País Vasco (149,6%).

**Tabla 1-15 Porcentaje de cambio en la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón ajustada por edad en hombres y mujeres, según comunidad autónoma, 2015/2001**

	% cambio 2015/2001	
	Hombres	Mujeres
Andalucía	-25,4	72,6
Aragón	-8,4	76,2
Asturias	-16,7	57,2
Baleares, Illes	-41,6	69,4
Canarias	-22,1	87,0
Cantabria	-22,0	96,3
Castilla y León	-10,9	94,0
Castilla-La Mancha	-2,2	78,6
Cataluña	-22,6	89,8
Comunitat Valenciana	-20,8	79,6
Extremadura	-23,7	94,4
Galicia	-15,9	87,1
Madrid	-29,8	69,0
Murcia	-16,9	31,2
Navarra	-21,8	105,3
País Vasco	-19,6	149,6
Rioja, La	-16,6	133,7
Ceuta	3,4	110,5
Melilla	-52,3	37,7
<b>España</b>	<b>-20,3</b>	<b>82,6</b>

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria y Evaluación.

El tumor maligno de mama es la neoplasia más frecuente en la mujer. Las 6.235 defunciones por cáncer de mama en la mujer, sucedidas en el año 2015, suponen alrededor del 15% de las muertes por tumores malignos y algo menos del 3% del total de las defunciones entre las mujeres. Ese año, las tasas de mortalidad ajustadas por edad variaron entre el 6,3 de Ceuta, que junto a La Rioja, con 11, Navarra, con 13,6 y Castilla-La Mancha con 14,2 fueron las comunidades con menor riesgo de muerte, y el 34,1 de Melilla, que junto a Extremadura, con 20,6, Canarias, con 18,1 y Galicia, con 17,8 muertes por 100.000 mujeres fueron las comunidades que registraron mayores tasas.

La evolución de riesgo de muerte por cáncer de mama en la mujer entre 2001 y 2015 es descendente en todas las comunidades autónomas, con la excepción de Extremadura, donde creció un 2,5% y Melilla. En el conjunto de Estado, el descenso fue del 25,5%. Los territorios donde el descenso fue de mayor magnitud son Ceuta, con 64%, La Rioja, con 43,5% y Navarra, con 35,3%.

**Tabla 1-16 Tasa de mortalidad por cáncer de mama en mujeres ajustada por edad por 100.000, según comunidad autónoma, 2015 y porcentaje de cambio 2015/2001**

	2015	% cambio 2015/2001
Andalucía	15,8	-23,9
Aragón	15,0	-30,5
Asturias	15,8	-29,1
Baleares, Illes	16,2	-22,2
Canarias	18,1	-17,3
Cantabria	16,5	-7,7
Castilla y León	16,6	-10,3
Castilla-La Mancha	14,2	-27,2
Cataluña	15,3	-33,0
Comunitat Valenciana	15,5	-28,7
Extremadura	20,6	2,5
Galicia	17,8	-7,5
Madrid	14,3	-31,4
Murcia	16,5	-24,8
Navarra	13,6	-35,3
País Vasco	15,4	-33,1
Rioja, La	11,0	-43,5
Ceuta	6,3	-64,0
Melilla	34,1	111,1
<b>España</b>	<b>15,8</b>	<b>-25,5</b>

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria y Evaluación.

#### 1.3.2.4 Cirrosis hepática

Es la causa de 4.430 defunciones, 3.213 en hombres y 1.217 en mujeres, que suponen el 1,0% del total de defunciones ocurridas en el año (1,5% en hombres y 0,5% en mujeres).

La tasa ajustada de mortalidad varía moderadamente entre las distintas comunidades autónomas y ciudades con estatuto de autonomía. Melilla, con 2,4 por 100.000 habitantes, seguida de Navarra, con 4,3, y Extremadura, con 4,5 fueron las comunidades con menor riesgo de muerte por esta causa, mientras que Canarias, con 9,2, Asturias con 9,0 y Murcia, con 9,2, registraron las mayores tasas.

Desde 2001, el riesgo de muerte por cirrosis hepática ha descendido el 33,1% en el conjunto de España. El descenso se observa en la mayoría de las comunidades autónomas, siendo de mayor magnitud en Melilla, donde la mortalidad por cirrosis descendió un 67,0%, País Vasco, un 50,7%, Comunidad Valenciana, un 45,3%, y Asturias, un 41,5%. La mortalidad por esta causa entre 2001 y 2015 aumentó solamente en Castilla-La Mancha y Ceuta, con 2,0% y 8,6% respectivamente.

**Tabla 1-17 Tasa de mortalidad por cirrosis hepática ajustada por edad por 100.000 habitantes, según comunidad autónoma, 2015 y porcentaje de cambio 2015/2001**

	2015	% cambio 2015/2001
Andalucía	8,5	-34,1
Aragón	6,3	-23,1
Asturias	9,0	-41,5
Baleares, Illes	7,3	-20,0
Canarias	9,2	-31,9
Cantabria	6,2	-10,9
Castilla y León	5,3	-37,9
Castilla-La Mancha	7,2	2,0
Cataluña	7,4	-28,7
Comunitat Valenciana	7,5	-45,3
Extremadura	4,5	-39,1
Galicia	6,6	-25,5
Madrid	4,7	-34,3
Murcia	8,5	-33,2
Navarra	4,3	-35,5
País Vasco	5,6	-50,7
Rioja, La	7,0	-30,0
Ceuta	7,4	8,6
Melilla	2,4	-67,0
<b>España</b>	<b>7,0</b>	<b>-33,1</b>

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria y Evaluación.

### 1.3.2.5 Accidentes de tráfico

La importancia relativa de los accidentes de tráfico como causa de muerte entre las causas externas se ha reducido de forma considerable en los últimos años. Si en 2001 los accidentes de tráfico en España representaban el 36% de las defunciones debidas a causas externas, en 2015 ese porcentaje es del 13%.

El riesgo de muerte por accidentes de tráfico varía ligeramente entre unas comunidades y otras. La Ciudad Autónoma de Melilla<sup>2</sup>, con 2,1 por cada 100.000 habitantes, y Madrid, con 2,2, Canarias, con 2,8 y País Vasco, con 3 muertes por cada 100.000 habitantes, son las comunidades con menor tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de tráfico en 2015. Siendo las que tienen mayor riesgo de mortalidad por accidente de tráfico La Rioja y Galicia, ambas con una tasa de 5,3 por cada 100.000 habitantes, y Navarra, con 5,1.

El riesgo de mortalidad por accidentes de tráfico en España ha descendido un 72% entre 2001 y 2015. Ese importante descenso, que se observa en la totalidad de las comunidades autónomas, es de mayor magnitud en Murcia, con 82,5% de descenso, Aragón, con 79,6%, y La Rioja, con 75,7%.

<sup>2</sup> Las tasas para Melilla se refieren a 2000 y 2015, por ausencia de defunciones por accidente de tráfico en el año 2001.

**Tabla 1-18 Accidentes de tráfico. Tasa de morbilidad ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2015 y porcentaje de cambio 2015/2001**

	2015	% cambio 2015/2001
Andalucía	3,2	-72,9
Aragón	3,1	-79,6
Asturias	3,5	-65,3
Baleares, Illes	4,1	-74,1
Canarias	2,8	-67,5
Cantabria	3,8	-65,5
Castilla y León	4,6	-72,4
Castilla-La Mancha	4,3	-69,6
Cataluña	3,6	-71,1
Comunitat Valenciana	3,3	-73,9
Extremadura	4,5	-67,4
Galicia	5,3	-69,3
Madrid	2,2	-69,9
Murcia	3,4	-82,5
Navarra	5,1	-67,2
País Vasco	3,0	-72,4
Rioja, La	5,3	-75,7
Ceuta	4,6	-61,9
Melilla	2,1	-67,1
<b>España</b>	<b>3,6</b>	<b>-72,1</b>

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria y Evaluación.

### 1.3.2.6 Suicidio

En 2015, el suicidio ha causado 3.604 muertes (2.681 en hombres y 923 en mujeres), lo que supone el 24,0% de las defunciones por causas externas y el 0,8% del total de las defunciones ocurridas en España.

El riesgo de mortalidad por suicidio varía moderadamente entre unas comunidades y otras. La Ciudad Autónoma de Ceuta, con una tasa de 3,7 por 100.000 habitantes, registra el menor riesgo, seguida de Extremadura, con una tasa ajustada de 4,2 por 100.000 habitantes, y Madrid, con 4,4. Las comunidades con una tasa mayor son Asturias, con 8,9, Galicia, con 8,8, y Aragón y Canarias, ambas con 7,7 muertes por suicidio por 100.000 habitantes.

Entre 2001 y 2015, el riesgo de muerte por suicidio ha descendido un 4,5%. La tendencia es descendente en aproximadamente la mitad de las comunidades autónomas, siendo La Rioja, con 27,2%, Extremadura, con 24,9%, y Andalucía, con 18,7%, donde se observa el mayor descenso. Por su parte, la Ciudad Autónoma de Melilla, con un incremento del 104,4%, y las comunidades de Cantabria y Baleares, con ascensos del 55,4% y 47,2% respectivamente, son las que experimentan un mayor incremento de la tasa ajustada por edad por 100.000 habitantes.

**Tabla 1-19 Tasa de mortalidad por suicidio ajustada por edad por 100.000 habitantes, según comunidad autónoma, 2015 y porcentaje de cambio 2015/2001**

	2015	% cambio 2015/2001
Andalucía	6,8	-18,7
Aragón	7,7	36,1
Asturias	8,9	-6,1
Baleares, Illes	7,2	47,2
Canarias	7,7	14,5
Cantabria	5,7	55,4
Castilla y León	6,3	-4,6
Castilla-La Mancha	6,4	4,2
Cataluña	5,7	-12,6
Comunitat Valenciana	5,9	-16,4
Extremadura	4,2	-24,9
Galicia	8,8	10,7
Madrid	4,4	7,5
Murcia	6,6	-8,2
Navarra	7,2	7,0
País Vasco	6,5	11,3
Rioja, La	6,5	-27,2
Ceuta	3,7	16,6
Melilla	5,3	104,4
<b>España</b>	<b>6,4</b>	<b>-4,5</b>

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria y Evaluación.

### 1.3.3 Mortalidad infantil y mortalidad perinatal

La mortalidad infantil sigue siendo un indicador imprescindible en cualquier valoración del estado de salud de una población, aunque en los países desarrollados ha perdido sensibilidad como testigo de nivel social y económico de una comunidad.

La tasa de mortalidad infantil fue de 2,7 defunciones en menores de un año por 1.000 nacidos vivos, lo que supuso un descenso de casi un 34%, en el periodo entre 2001 y 2015. Por su parte, la mortalidad perinatal, indicador más sensible que la mortalidad infantil para la evaluación de la cobertura y la calidad de la atención a la salud, especialmente la atención materno-infantil, se sitúa en 4,3 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Entre 2001 y 2015, la mortalidad perinatal ha descendido un 22,5%.

Las 10 primeras causas de muerte infantil de acuerdo al número de defunciones son:

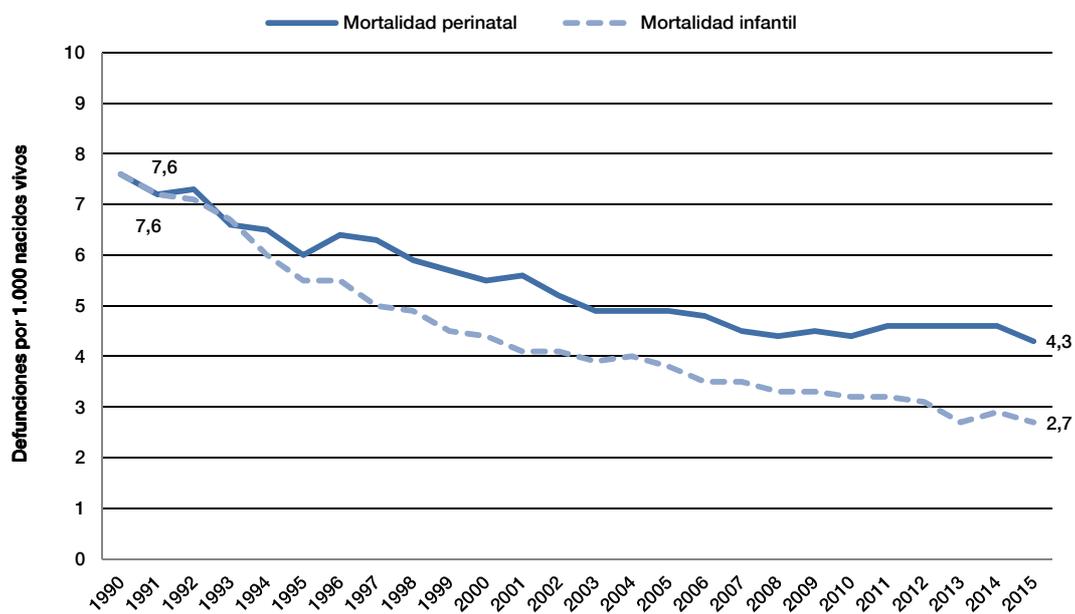
1. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.
2. Hipoxia intrauterina y asfixia al nacimiento
3. Hemorragia del recién nacido.
4. Sepsis bacteriana del recién nacido.
5. Dificultad respiratoria del recién nacido.
6. Síndrome de la muerte súbita infantil.
7. Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer.
8. Feto y recién nacido afectados por complicaciones maternas del embarazo.
9. Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido.
10. Feto y recién nacido afectados por complicaciones de la placenta y las membranas.

**Tabla 1-20 Tasa de mortalidad infantil y perinatal por cada 1.000 nacidos según comunidades, 2015**

	Mortalidad infantil	Mortalidad perinatal
Andalucía	2,9	4,4
Aragón	2,7	4,1
Asturias	1,9	5,1
Baleares, Illes	2,7	4,7
Canarias	2,7	3,8
Cantabria	3,4	5,5
Castilla y León	2,2	4,3
Castilla-La Mancha	2,5	3,8
Cataluña	2,4	4,5
Comunitat Valenciana	2,4	4,0
Extremadura	3,5	5,2
Galicia	2,8	3,2
Madrid	2,5	3,5
Murcia	2,8	5,1
Navarra	2,8	5,0
País Vasco	2,7	5,3
Rioja, La	1,8	5,8
Ceuta	8,2	11,8
Melilla	11,3	11,2
<b>España</b>	<b>2,7</b>	<b>4,3</b>

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria y Evaluación.

**Gráfico 1-6 Tendencia de la tasa de mortalidad infantil y mortalidad perinatal por 1.000 nacidos vivos, 1990-2015**

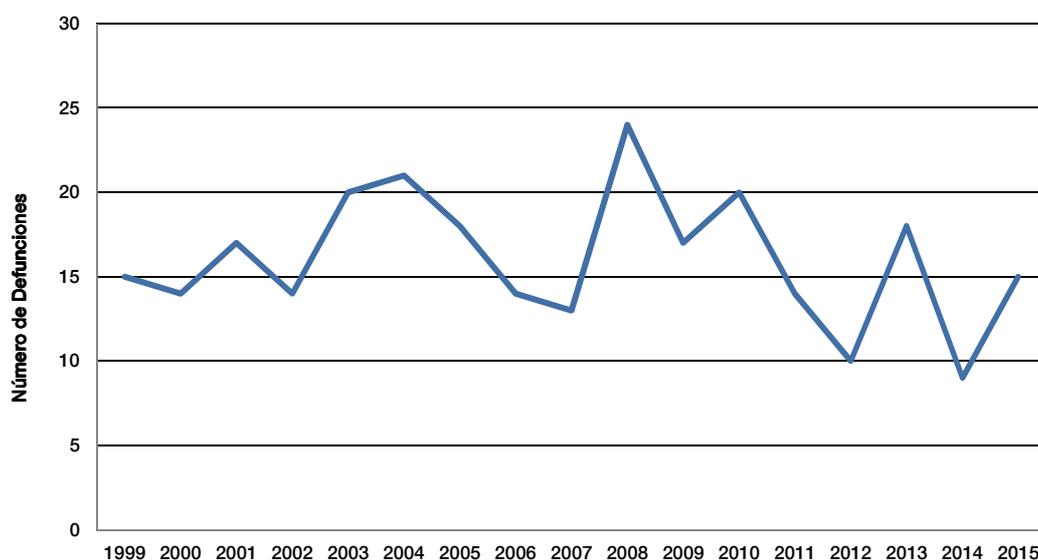


Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.

## 1.3.4 Mortalidad materna

En España, en 2015 ocurrieron 15 defunciones por complicaciones del embarazo, parto y puerperio, aproximadamente la media de las muertes maternas ocurridas anualmente desde el año 2000.

**Gráfico 1-7 Tendencia del número de defunciones maternas durante la gestación y el parto, 1999-2015**



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria y Evaluación.

## 1.4 Morbilidad<sup>3</sup>

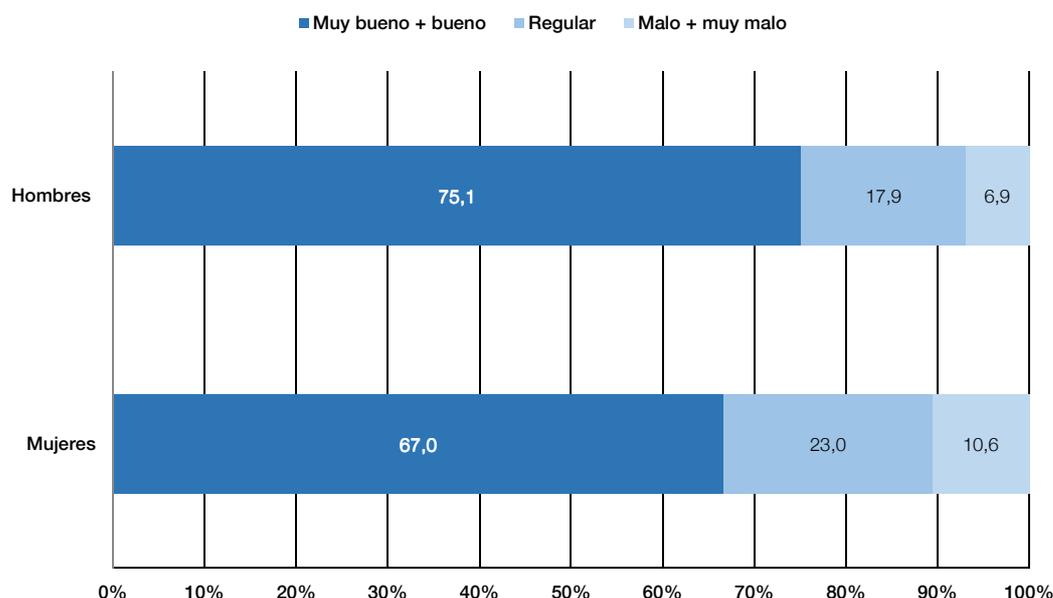
### 1.4.1 Autovaloración del estado de salud

La salud auto-percibida complementa a otros indicadores de la salud objetivos, habiéndose mostrado como un buen predictor de la mortalidad y del uso de los servicios sanitarios.

En España, el 71% de la población de 15 y más años valora su estado de salud como bueno o muy bueno. Los hombres declaran un mejor estado de salud que las mujeres: el 75,1% y el 67,0% respectivamente.

<sup>3</sup> La información de la morbilidad percibida es similar a la del Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016 por tener como fuente las encuestas de salud, tanto nacional como europea, ambas de periodicidad quinquenal. Los últimos datos disponibles de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) corresponden a 2011/2012 y de la Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) a 2014. Coincidiendo con la elaboración de la entrega anual 2017 del Informe, por iniciativa del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el Instituto Nacional de Estadística (INE) está desarrollando el trabajo de campo de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) 2016/2017 que pondrá al día, entre otros, los datos referidos a: autovaloración del estado de salud, enfermedades y problemas de salud crónicos, problemas bucodentales limitaciones para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

**Gráfico 1-8 Percepción del estado de salud en población de 15 y más años según sexo, 2014**



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España.

Como cabe esperar, la percepción de un estado de salud bueno o muy bueno disminuye con la edad: en el grupo de 65 y más años, el 50,5% de los hombres y el 39,3% de las mujeres perciben su estado de salud como positivo, mientras que en la población de 85 y más años lo valoran de dicha manera el 36,8% de los hombres y el 26,8% de las mujeres. La mayor diferencia entre hombres y mujeres se observa en el grupo de 65 a 74 años, en el que alcanza los 13 puntos, y la menor entre 45-54 años, de solo 4 puntos.

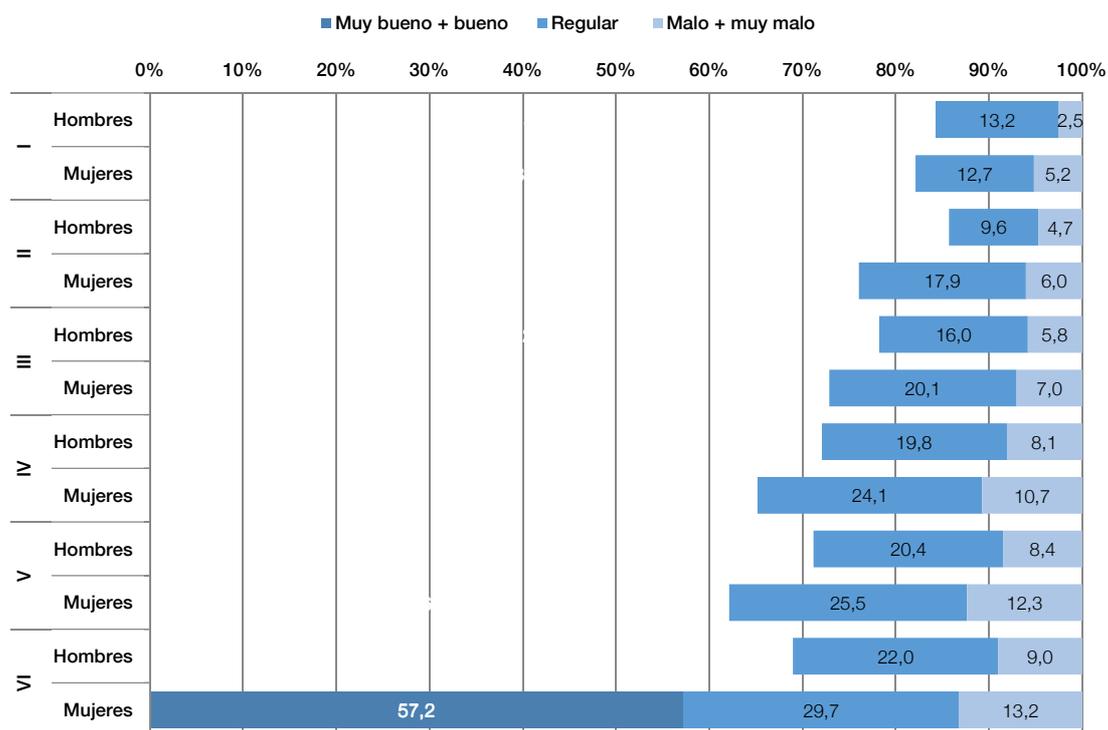
El nivel socioeconómico<sup>4</sup> muestra una clara relación con el estado de salud auto-percibido; según se desciende en la escala social se observa una caída en la valoración positiva del estado de salud, que pasa de 83,2% en la clase I a 57,2% en la clase VI. El gradiente es más acentuado en mujeres, de 82,1% en clase I a 57,2% en clase VI.

Por comunidades autónomas el porcentaje más alto de población de 15 y más años con autovaloración positiva del estado de salud corresponde a Navarra (74,9%) y el más bajo a Galicia (60%). También es en Navarra donde se encuentra la menor diferencia entre sexos (2,9 puntos).

<sup>4</sup> Clase social ocupacional: Las seis clases sociales utilizadas en la EESE 2014 son las propuestas en 2012 por la Sociedad Española de Epidemiología para la Encuesta Nacional de Salud. Corresponde a una agrupación de ocupaciones codificadas según la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO-11). Son las siguientes:

- I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
- II. 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.
- III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.
- IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas.
- V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as.
- VI. Trabajadores no cualificados.

**Gráfico 1-9 Salud percibida en población de 15 y más años según sexo y clase social, 2014**



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España.

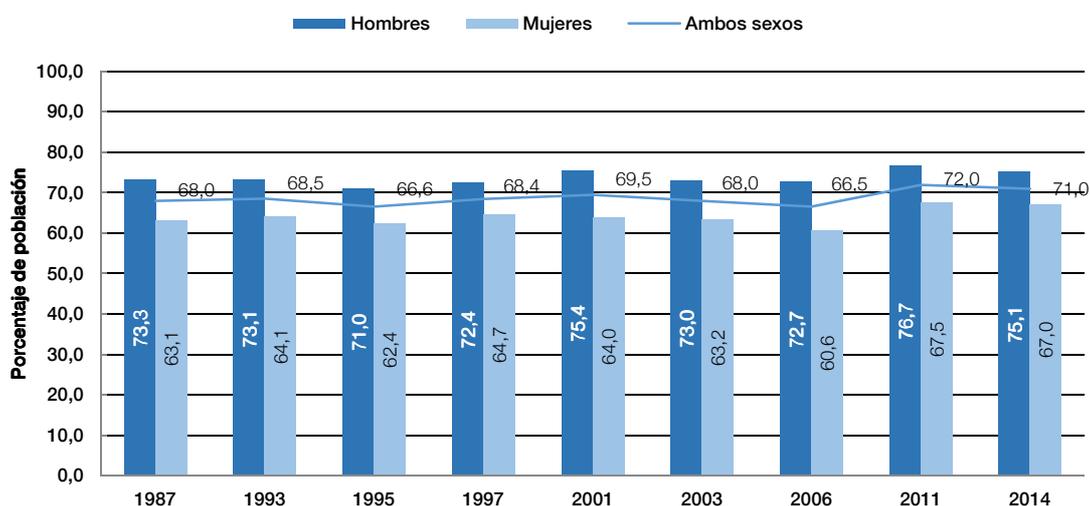
En el grupo de 65 y más años los hombres de Cantabria (59,4%) y las mujeres de Melilla (55,8%) presentan los mayores porcentajes de autovaloración positiva del estado de salud; los más bajos se encuentran en los hombres y las mujeres de Galicia (32,7% y 25,3% respectivamente).

**Tabla 1-21 Autovaloración positiva del estado de salud en la población de 65 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2014**

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Andalucía	43,6	54,5	35,1
Aragón	47,3	54,9	41,3
Asturias	45,5	56,3	37,8
Balears, Illes	41,4	51,7	32,9
Canarias	31,3	32,8	30,0
Cantabria	52,6	59,4	47,5
Castilla y León	44,3	53,9	36,6
Castilla-La Mancha	35,7	40,5	31,9
Cataluña	47,9	53,1	43,8
Comunitat Valenciana	45,9	53,7	39,7
Extremadura	45,8	47,7	44,3
Galicia	28,5	32,7	25,3
Madrid	51,1	53,4	49,4
Murcia	34,7	44,4	27,0
Navarra	54,2	57,8	51,4
País Vasco	50,5	52,9	48,7
La Rioja	48,5	57,5	41,2
Ceuta	40,7	56,0	29,0
Melilla	49,2	40,9	55,8
<b>España</b>	<b>43,6</b>	<b>50,5</b>	<b>39,3</b>

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España.

**Gráfico 1-10 Tendencia de la autovaloración positiva de la salud en población de 15 y más años según sexo, 1987 - 2014**



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España.

Desde un punto de vista temporal, se observa una evolución estable con ligera tendencia al aumento en el porcentaje de población de 15 y más años que valora su estado de salud como positivo (bueno o muy bueno), tanto en hombres como en mujeres, y siempre superior en los

primeros. Entre 2006 y 2011 se observaba una mejora marcada, especialmente en mujeres. En 2014 prácticamente se mantiene esta mejora en la percepción subjetiva del estado de salud (71% frente a 72%).

## 1.4.2 Enfermedades y problemas de salud crónicos en adultos

Los problemas de salud crónicos más frecuentes en la población de 15 y más años son hipertensión arterial (18,4%), dolor de espalda lumbar (17,3%), colesterol elevado (16,5%), artrosis (16,4%) y el dolor cervical crónico (14,7%).

**Tabla 1-22 Problemas de salud crónicos en población de 15 y más años. Distribución porcentual según sexo, 2014**

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Hipertensión arterial	18,4	18,0	18,8
Dolor de espalda crónico (lumbar)	17,3	13,8	20,8
Colesterol alto	16,5	15,7	17,2
Artrosis (excluyendo artritis)	16,4	10,3	22,1
Dolor de espalda crónico (cervical)	14,7	9,3	19,9
Alergia crónica	13,4	11,3	15,4
Varices en las piernas	9,3	4,2	14,2
Migraña o dolor de cabeza frecuente	8,3	4,4	12,0
Depresión	6,9	3,9	9,7
Ansiedad crónica	6,9	4,0	9,6
Diabetes	6,8	7,3	6,4
Cataratas	5,0	3,8	6,1

Observaciones: Enfermedades o problemas de salud crónicos con prevalencia igual o superior a 5%.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España.

La hipertensión arterial y la hipercolesterolemia, junto con la obesidad y la hiperglucemia son las principales alteraciones metabólicas que incrementan el riesgo de enfermedad crónica. Por comunidades autónomas los valores de prevalencia de hipertensión arterial más altos se encuentran en Canarias (24,2%) y los más bajos en Baleares (14,1%). Los hombres y las mujeres de Canarias (22,0% y 26,4%) tienen la prevalencia más alta y los hombres de Ceuta (8,7%) y las mujeres de Baleares (14,6%) la más baja.

Los valores más altos de prevalencia de colesterol elevado se encuentran en Galicia (25,0%) y los más bajos en Asturias (12,1%). Según sexo, los hombres y las mujeres de Galicia (22,0% y 27,8%) presentan la prevalencia más alta de valores elevados de colesterol y los hombres de Ceuta (8,0%) y las mujeres de Baleares (14,0%) los más bajos.

**Tabla 1-23 Prevalencia declarada de hipertensión arterial en población de 15 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2014**

	<b>Ambos sexos</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
Andalucía	15,8	14,3	17,2
Aragón	21,3	21,7	20,9
Asturias	19,0	16,2	21,5
Balears, Illes	14,1	13,6	14,6
Canarias	24,2	22,0	26,4
Cantabria	17,5	16,8	18,1
Castilla y León	20,3	20,4	20,1
Castilla-La Mancha	20,5	19,1	21,9
Cataluña	19,2	20,5	18,0
Comunitat Valenciana	18,9	19,5	18,3
Extremadura	20,5	21,4	19,5
Galicia	21,1	20,4	21,7
Madrid	16,3	15,4	17,2
Murcia	19,3	18,6	20,1
Navarra	15,3	14,9	15,7
País Vasco	17,4	17,6	17,2
La Rioja	17,2	18,2	16,3
Ceuta	16,9	8,7	26,1
Melilla	17,7	17,5	17,9
<b>España</b>	<b>18,4</b>	<b>18,0</b>	<b>18,8</b>

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud de España.

**Tabla 1-24 Prevalencia declarada de colesterol alto en población de 15 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2014**

	<b>Ambos sexos</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
Andalucía	14,3	14,1	14,5
Aragón	17,4	17,6	17,2
Asturias	12,1	10,0	14,1
Balears, Illes	13,6	13,3	14,0
Canarias	18,1	16,9	19,4
Cantabria	18,8	18,1	19,5
Castilla y León	17,6	17,1	18,0
Castilla-La Mancha	15,3	13,9	16,6
Cataluña	15,7	15,2	16,2
Comunitat Valenciana	15,9	15,8	15,9
Extremadura	17,8	17,7	18,0
Galicia	25,0	21,9	27,8
Madrid	16,5	14,3	18,5
Murcia	16,3	15,1	17,6
Navarra	14,9	14,9	15,0
País Vasco	18,5	20,4	16,7
La Rioja	15,8	14,1	17,4
Ceuta	12,8	8,0	18,3
Melilla	14,8	11,6	17,8
<b>España</b>	<b>16,5</b>	<b>15,7</b>	<b>17,2</b>

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud de España

El 69,3% de los mayores de 14 años declara haberse tomado la tensión arterial en el último año, proporción que llegaba al 94,4% en el grupo de edad de 75 a 84 años. Más del 90% de la población por encima de los 64 años declara haberse tomado la tensión arterial en los últimos dos años. Se ha medido el colesterol en el último año el 69,5% de la población mayor de 14 años siendo también en el grupo de 75 a 84 años donde se encuentra la proporción más alta, con más del 90%. La diabetes es la enfermedad metabólica crónica más extendida entre la población. Se sitúa entre las cinco principales causas de muerte en países desarrollados. La prevalencia de la diabetes en adultos en España es del 6,8%, sin diferencias significativas entre mujeres (7,3%) y hombres (6,4%). El diagnóstico y control correcto de la diabetes disminuye el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares como el infarto de miocardio o el ictus.

**Tabla 1-25 Prevalencia de la diabetes en población de 15 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2014**

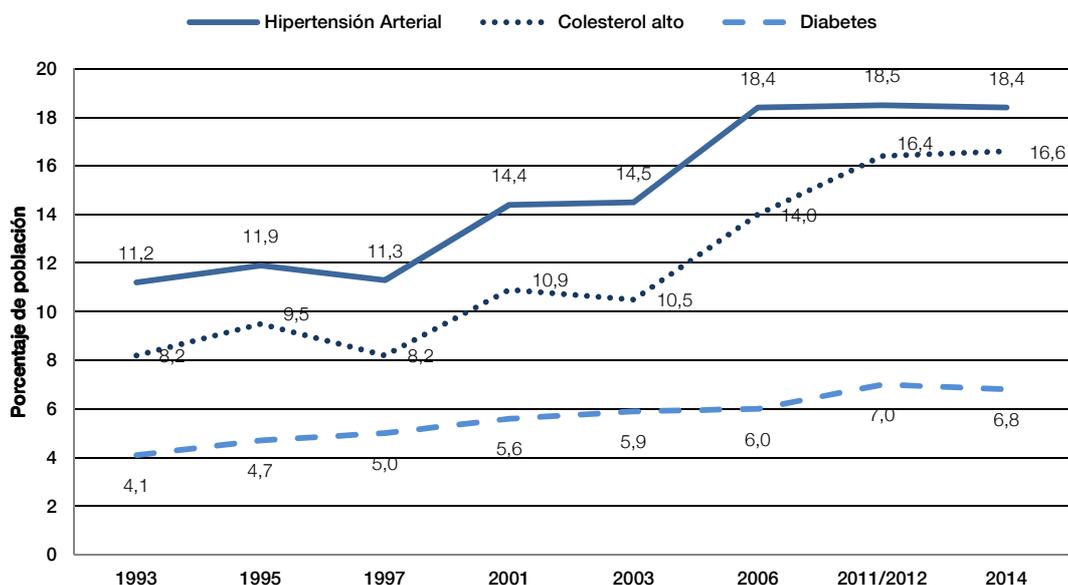
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Andalucía	7,1	6,8	7,4
Aragón	5,3	6,3	4,4
Asturias	7,4	7,5	7,3
Baleares, Illes	5,2	5,2	5,3
Canarias	8,1	8,0	8,1
Cantabria	5,3	5,7	5,0
Castilla y León	6,6	7,3	5,8
Castilla-La Mancha	6,4	7,4	5,3
Cataluña	7,1	8,7	5,5
Comunitat Valenciana	8,0	8,2	7,9
Extremadura	7,4	6,7	8,1
Galicia	7,5	6,5	8,3
Madrid	5,4	6,1	4,7
Murcia	8,6	8,3	9,0
Navarra	5,4	7,2	3,5
País Vasco	5,8	6,7	5,0
La Rioja	5,8	8,9	2,7
Ceuta	11,0	7,6	15,0
Melilla	10,7	10,8	10,6
<b>España</b>	<b>6,8</b>	<b>7,3</b>	<b>6,4</b>

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud de España.

La mayor prevalencia de diabetes, con un rango entre 11 y 8 por cada 100 habitantes, se encuentra en Ceuta, Melilla, Murcia, Canarias y Comunidad Valenciana. Los valores menores se encuentran en Baleares, Aragón y Cantabria, con valores entre 5,2 y 5,3 por cada 100 habitantes. El 68,2% de la población mayor de 14 años declara haberse medido el nivel de glucosa en sangre en los últimos 12 meses. Este porcentaje aumenta con la edad hasta un 89% en el grupo de 75 a 84 años.

La hipertensión arterial, el colesterol elevado y la diabetes continúan su tendencia ascendente en España. De hecho, desde 1993 la hipertensión habría pasado a afectar del 11,2% al 18,4% de los adultos, la diabetes del 4,1% al 6,8% y el colesterol elevado del 8,2% al 16,6%. No obstante, desde 2006 no ha aumentado la hipertensión y, en el último año tampoco aumenta la población con hipercolesterolemia ni con diabetes.

**Gráfico 1-11 Tendencia en la prevalencia de problemas de salud crónicos en población de 15 y más años, 1993-2014**



Observaciones: La población de referencia para los años anteriores a 2011 es de 16 y más años.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional y Encuesta Europea de Salud en España.

### 1.4.3 Problemas bucodentales

El 26,1% de la población de 15 y más años conserva toda la dentadura natural. El 72,5% ha sufrido alguna extracción de dientes o muelas y el 64,1% tiene dientes o muelas obturados. La caries está presente en el 25,5% y el 17,6% dice padecer sangrado de las encías al cepillarse o espontáneamente.

**Tabla 1-26 Estado de la dentadura en población de 15 y más años. Distribución porcentual según sexo, 2014**

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Extracción de dientes/muelas	72,5	70,6	78,3
Dientes/muelas empastados (obturados)	64,1	60,6	67,4
Ausencia de dientes/muelas	54,7	53,7	55,6
Llevar fundas, puentes, otro tipo de prótesis o dentadura postiza	39,8	35,8	43,5
Caries	25,5	26,8	24,3
Conservación de toda la dentadura natural	26,1	27,5	24,9
Sangrado de las encías al cepillarse o espontáneamente	17,6	16,0	19,2
Se le mueven los dientes/muelas	6,4	6,3	6,6

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España.

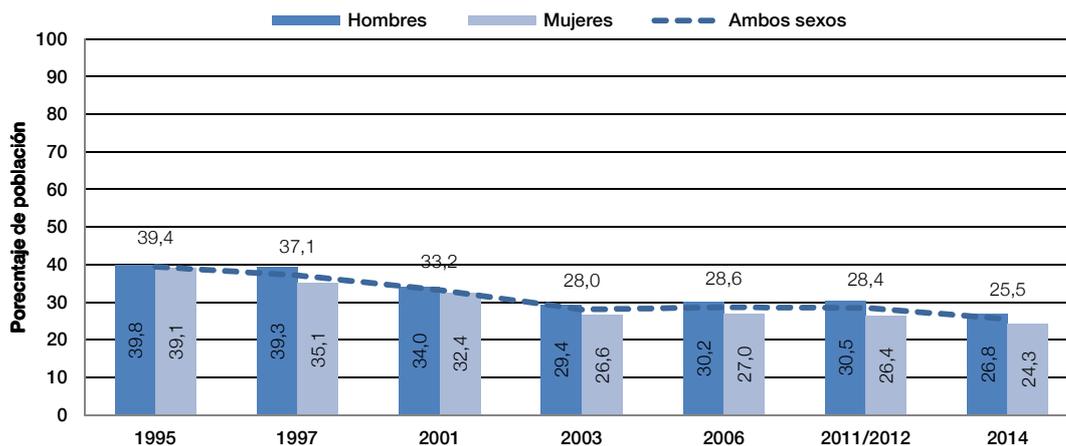
Por comunidades autónomas los valores de prevalencia de caries más altos en la población de 15 y más años se encuentran en Melilla (37,2%), Canarias (35,0%) y Ceuta (34,3%) y los más bajos en, Cantabria (9,5%) y Asturias (16,4%).

**Tabla 1-27 Prevalencia declarada de caries en población de 15 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2014**

	Ambos sexos (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)
Andalucía	29,9	32,3	27,7
Aragón	27,0	31,3	22,8
Asturias	16,4	16,5	16,2
Balears, Illes	19,1	20,1	18,1
Canarias	35,0	36,9	33,2
Cantabria	9,5	10,8	8,2
Castilla y León	21,8	20,1	23,5
Castilla-La Mancha	30,6	28,8	32,5
Cataluña	24,5	25,5	23,5
Comunitat Valenciana	25,1	27,3	22,9
Extremadura	26,2	26,1	26,2
Galicia	28,1	30,8	25,6
Madrid	21,7	22,1	21,4
Murcia	34,0	34,7	33,4
Navarra	17,5	18,2	16,9
País Vasco	18,6	20,7	16,6
La Rioja	21,7	25,3	18,3
Ceuta	34,3	31,2	37,9
Melilla	37,2	41,6	33,4
<b>España</b>	<b>25,5</b>	<b>26,8</b>	<b>24,3</b>

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España.

**Gráfico 1-12 Tendencia de la prevalencia de caries en población de 15 y más años según sexo, 1995-2014**



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional y Encuesta Europea de Salud en España.

Desde un punto de vista temporal, en el periodo 1995-2014 se observa una tendencia a la disminución patente en el porcentaje de la población de 15 y más años que dice tener caries (13,9 puntos), siendo la minoración más intensa en las mujeres (14,8 puntos) que en los hombres (13,0 puntos).

En cuanto a la prevalencia de sangrado de las encías al cepillarse o espontáneamente, los valores más altos se encuentran en la población de 15 y más años de Ceuta (27,6%), Murcia (26,1%) y Extremadura (24,3%) y los más bajos en Cantabria (5,4%) y Asturias (13,3%).

**Tabla 1-28 Prevalencia declarada de sangrado de las encías en población de 15 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2014**

	<b>Ambos sexos (%)</b>	<b>Hombres (%)</b>	<b>Mujeres (%)</b>
Andalucía	18,8	16,0	19,7
Aragón	21,5	16,6	26,4
Asturias	13,3	12,6	13,9
Baleares	16,5	14,7	18,3
Canarias	21,3	20,7	22,0
Cantabria	5,4	5,5	5,3
Castilla y León	17,3	16,3	18,3
Castilla-La Mancha	22,2	19,8	24,5
Cataluña	16,1	14,4	17,7
Comunidad Valenciana	14,0	11,9	16,8
Extremadura	24,3	22,4	26,2
Galicia	18,6	15,2	21,8
Madrid	15,8	14,7	16,8
Murcia	26,1	24,4	27,8
Navarra	16,5	15,7	17,4
País Vasco	17,1	16,7	17,4
La Rioja	19,2	15,9	22,9
Ceuta	27,6	17,1	39,9
Melilla	14,6	9,9	18,8
<b>España</b>	<b>17,6</b>	<b>16,0</b>	<b>19,2</b>

Observación: Sangrado de las encías al cepillarse o espontáneamente.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España.

## 1.4.4 Limitaciones para las actividades básicas de la vida diaria

La medida de la prevalencia de las limitaciones para las actividades básicas de la vida diaria en términos de capacidad funcional, con independencia de las razones de estas limitaciones (congénita, por enfermedad, accidente, envejecimiento...) constituye una evaluación básica de la discapacidad en la población.

El 20,7% de la población de 65 y más años, el 15,0% de los hombres y el 25,2% de las mujeres, tiene dificultad para realizar alguna de las actividades básicas de la vida diaria<sup>5</sup>. Estas dificultades

<sup>5</sup> Como actividades de cuidado personal se han considerado: alimentarse; sentarse y levantarse de la silla o de la cama; vestirse y desvestirse; ir al servicio; y ducharse o bañarse.

aumentan con la edad. En el grupo de 85 y más años las limitaciones afectan al 53,7%. En este grupo de edad, el 38,8% de los hombres y 61,8% de las mujeres tienen alguna dificultad.

**Tabla 1-29 Distribución porcentual de la limitación para las actividades básicas de la vida diaria en población de 65 y más años. según sexo y grupo de edad, 2014**

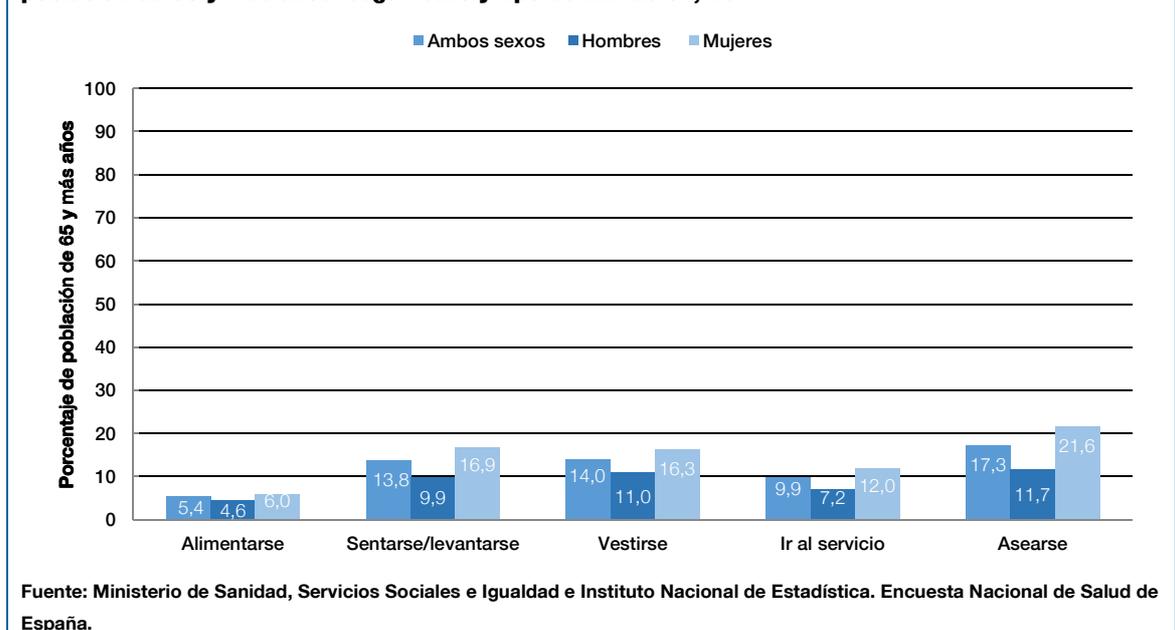
	Total	de 65 a 69 años	de 70 a 74 años	de 75 a 79 años	de 80 a 84 años	de 85 y más años
<b>Ambos sexos</b>	20,7	8,4	11,1	18,9	30,6	53,7
<b>Hombres</b>	15,0	5,8	8,7	15,7	25,2	38,8
<b>Mujeres</b>	25,2	10,4	13,4	21,4	34,1	61,8

Observaciones: Como actividades básicas de la vida diaria se han considerado: alimentarse; sentarse y levantarse de la silla o de la cama; vestirse y desvestirse; ir al servicio; y ducharse o bañarse.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España.

Por tipo de limitación, asearse, con el 17,3%, es la limitación que la población de 65 y más años declara como más frecuente, tanto en hombres (11,7%) como en mujeres (21,6%); le sigue vestirse y desvestirse con el 14,0%. Con un 5,4%, alimentarse, es la limitación que se declara con menor frecuencia, tanto en hombres (4,6%) como en mujeres (6,0%).

**Gráfico 1-13 Distribución porcentual de la limitación para las actividades básicas de la vida diaria en población de 65 y más años. según sexo y tipo de limitación, 2014**



Se observa un gradiente social en la limitación para las actividades de cuidado personal en población de 65 y más años, desde el 10% que lo refiere en la clase más favorecida al 30% en clase más baja. El gradiente se da en todas las limitaciones de actividades, aunque es menor en la dificultad para alimentarse y para ir al servicio que para el resto de los cuidados personales.

Por comunidades autónomas el porcentaje más alto de población de 65 y más años que declara limitaciones para las actividades básicas de la vida diaria corresponde a Murcia (26,8%) y el más bajo a Castilla y León (13,4%). En Navarra es donde se encuentra la menor diferencia entre sexos

(0,4 puntos) y la mayor en Murcia (22,0 puntos). Los hombres de Aragón (19,8%) y las mujeres de Murcia (32,7%) presentan los porcentajes más altos; los más bajos se encuentran en los hombres de Castilla-La Mancha (9,2%) y las mujeres de La Rioja (16,4%).

**Tabla 1-30 Limitación para las actividades básicas de la vida diaria en población de 65 y más años. Distribución porcentual según sexo y comunidad autónoma, 2014**

	<b>Ambos sexos</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
Andalucía	26,2	15,0	31,1
Aragón	19,8	19,8	26,9
Asturias	16,2	11,0	19,2
Baleares	18,7	12,1	20,2
Canarias	20,7	16,8	21,9
Cantabria	20,8	19,3	29,2
Castilla y León	13,4	9,6	16,8
Castilla-La Mancha	22,5	9,2	27,1
Cataluña	21,1	16,8	25,6
Comunidad Valenciana	21,7	15,3	25,0
Extremadura	17,8	17,5	23,5
Galicia	23,0	10,6	28,9
Madrid	17,9	15,1	23,1
Murcia	26,8	10,7	32,7
Navarra	16,1	19,2	18,8
País Vasco	16,8	12,6	20,7
La Rioja	15,6	11,5	16,4
Ceuta	-	-	-
Melilla	16,9	-	23,1
<b>España</b>	<b>20,7</b>	<b>14,9</b>	<b>25,2</b>

Observaciones: - sin datos por muestra de población insuficiente. Como actividades básicas de la vida diaria se han considerado: alimentarse; sentarse y levantarse de la silla o de la cama; vestirse y desvestirse; ir al servicio; y ducharse o bañarse.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud de España.

## 1.4.5 Limitaciones para las actividades instrumentales de la vida diaria

La medida de la dificultad encontrada al realizar las actividades instrumentales de la vida diaria constituye una segunda evaluación básica del grado de discapacidad de la población. La medida de la prevalencia de estas limitaciones se hace en términos de capacidad funcional, con independencia de las razones de estas limitaciones.

El 47,2% de la población de 65 y más años, 34,1% de los hombres y el 57,3% de las mujeres, tiene dificultad para realizar alguna de las actividades instrumentales de la vida diaria<sup>6</sup>. Estas dificultades aumentan con la edad. En el grupo de 85 y más, el 82,6% tiene algún grado de dificultad para las tareas domésticas habituales, 68,5% de los hombres y 90,3% de las mujeres.

<sup>6</sup> Como actividades instrumentales de la vida diaria se han considerado: preparar las comidas, utilizar el teléfono, realizar compras, tomar la medicación, realizar las tareas domésticas (ligeras y pesadas) y administrar el dinero.

**Tabla 1-31 Limitación para las actividades instrumentales de la vida diaria en población de 65 y más años. Distribución porcentual según sexo y grupo de edad, 2014**

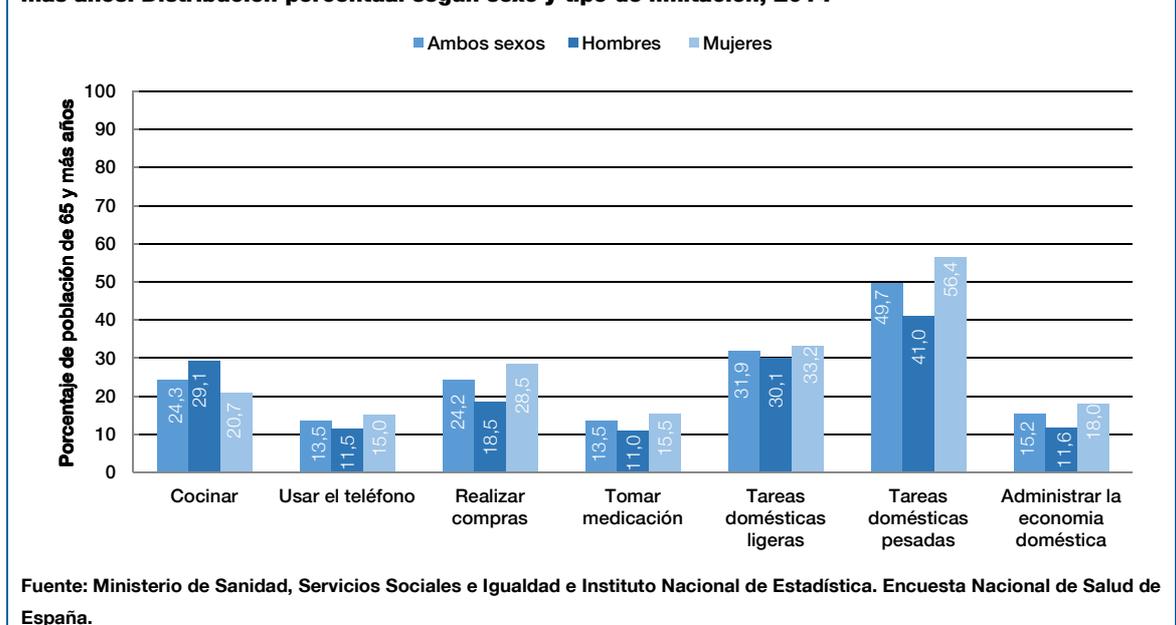
	Total	de 65 a 69 años	de 70 a 74 años	de 75 a 79 años	de 80 a 84 años	de 85 y más años
<b>Ambos sexos</b>	47,2	27,1	36,3	49,6	65,6	82,6
Hombres	34,1	16,5	25,2	36,2	55,9	68,5
Mujeres	57,3	35,7	47,2	59,9	72,0	90,3

Observaciones: Como actividades instrumentales de la vida diaria se han considerado: preparar las comidas, utilizar el teléfono, realizar compras, tomar la medicación, realizar las tareas domésticas (ligeras y pesadas) y la administración del dinero.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España.

Por tipo de limitación, usar el teléfono y tomar la medicación, con el 13,5% ambas, son las limitaciones que la población de 65 y más años declara como menos frecuentes, tanto en hombre (11,5% y 11,0% respectivamente) como en mujeres (15,0% y 15,5%). La dificultad para realizar las tareas domésticas, tanto pesadas (49,7%) como ligeras (31,9%) son las que declaran con mayor frecuencia tanto los hombres como las mujeres.

**Gráfico 1-14 Limitación para las actividades instrumentales de la vida diaria en población de 65 y más años. Distribución porcentual según sexo y tipo de limitación, 2014**



Por comunidades autónomas los porcentajes más altos de población de 65 y más años que declara limitaciones para las actividades instrumentales de la vida diaria corresponden a Canarias (64,0%) y a Castilla-La Mancha (61,1%), y los más bajos a Navarra (28,3%) y Castilla y León (30%). En Canarias es donde se encuentra la menor diferencia entre sexos (4,9 puntos) y la mayor en el País Vasco (36,9 puntos). Los hombres de Canarias (61,3%) y las mujeres de Castilla-La Mancha (73,8%) presentan los porcentajes más altos; los más bajos se encuentran en los hombres de La Rioja (17,6%) y las mujeres de Navarra (35,2%).

**Tabla 1-32 Limitación para las actividades instrumentales de la vida diaria en población de 65 y más años. Distribución porcentual según sexo y comunidad autónoma, 2014**

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Andalucía	43,8	28,8	55,4
Aragón	35,7	24,0	44,9
Asturias	34,8	25,4	41,5
Baleares	47,7	37,6	55,9
Canarias	64,0	61,3	66,2
Cantabria	49,9	34,0	61,7
Castilla y León	30,0	20,3	37,9
Castilla-La Mancha	61,1	45,4	73,8
Cataluña	54,3	40,2	65,0
Comunidad Valenciana	44,6	33,1	53,7
Extremadura	53,0	35,3	66,6
Galicia	57,2	43,4	67,4
Madrid	45,0	33,6	53,3
Murcia	46,8	29,2	60,7
Navarra	28,3	19,7	35,2
País Vasco	48,3	27,2	64,1
La Rioja	32,0	17,6	43,5
Ceuta	-	-	-
Melilla	65,4	-	84,6
<b>España</b>	<b>47,2</b>	<b>34,1</b>	<b>57,3</b>

Observaciones: - sin datos. Como actividades instrumentales de la vida diaria se han considerado: preparar las comidas, utilizar el teléfono, realizar compras, tomar la medicación, realizar las tareas domésticas (ligeras y pesadas) y administrar el dinero.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud de España.

#### 1.4.6 Vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles mediante vacunación: difteria, enfermedad meningocócica, parotiditis, poliomielitis, rubéola, sarampión, tosferina, tétanos y varicela

La vacunación sistemática de la población infantil ha contribuido en gran medida a la disminución de la morbilidad y mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunación<sup>7</sup>. Rubeola, sarampión y parotiditis, incluidas en calendario de vacunación, presentan una tendencia decreciente desde los años noventa, aunque la parotiditis presentó algunas ondas epidémicas, la última de las cuales ha tenido lugar entre 2010-2014. En 2015 la incidencia de parotiditis ha aumentado ligeramente con una tasa de 8,1 casos declarados por cada 100.000 habitantes.

<sup>7</sup> Consultar en este mismo Informe el epígrafe de Vacunación Infantil del apartado 4. Actividad y accesibilidad en el Sistema Nacional de Salud.

**Tabla 1-33 Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes de difteria, enfermedad meningocócica, parotiditis, poliomielitis, rubéola, sarampión, tétanos, tosferina y varicela, 2015**

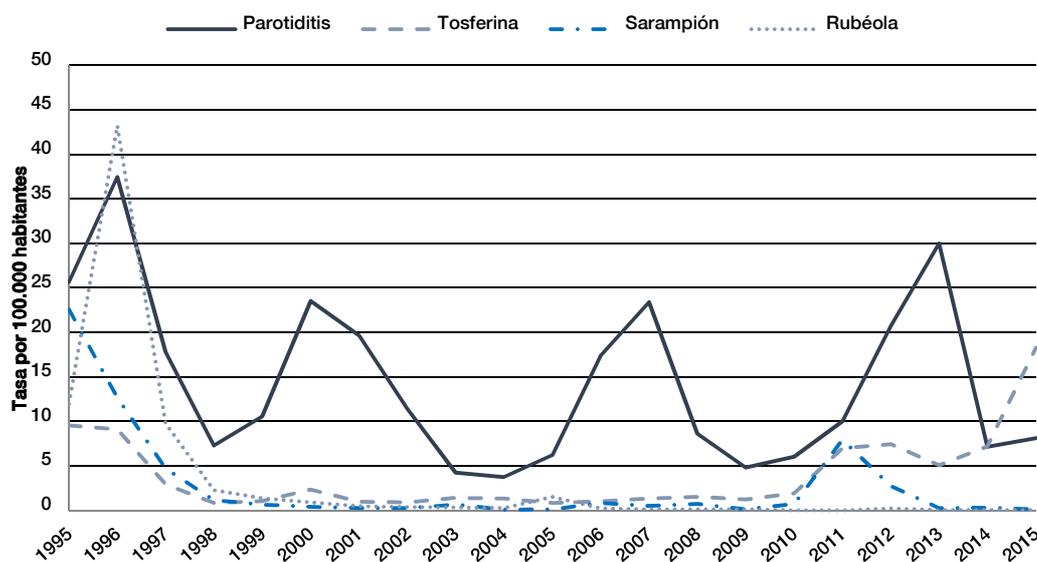
	Casos	Tasa por 100.000 habitantes
Difteria	1	0,0
Enfermedad Meningocócica	307	0,7
Parotiditis	3.763	8,1
Poliomielitis	0	0,0
Rubéola (excluye la Rubéola congénita)	4	0,009
Rubéola congénita	0	0,0
Sarampión	37	0,09
Tétanos (excluye Tétanos neonatal)	8	0,02
Tétanos neonatal	0	0,0
Tosferina	8.471	18,3
Varicela	179.255	386,1

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Ministerio de Economía y Competitividad. Elaboración: Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología.

En el mismo año se han declarado en España 0,09 casos de sarampión y 0,009 casos de rubéola por cada 100.000 habitantes.

La tosferina mantiene su patrón epidémico cíclico y desde 2010 se observa un progresivo aumento de la incidencia, la hospitalización y la mortalidad por esta enfermedad. En el año 2015 el número de casos declarados de tosferina por cada 100.000 habitantes es de 18,3.

**Gráfico 1-15 Tasas de casos declarados de parotiditis, tosferina, sarampión y rubéola por 100.000 habitantes, 1995-2015**



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Ministerio de Economía y Competitividad. Elaboración: Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología.

## 1.4.7 Vigilancia epidemiológica de las enfermedades de transmisión aérea: gripe, legionelosis, lepra y tuberculosis

### 1.4.7.1 Gripe, legionelosis y lepra

En el año 2015 se han notificado 731.513 casos de síndromes gripe, 1.333 de legionelosis y 6 de Lepra (tasas por 100.000 habitantes de 1.575,8; 2,9 y 0,01 respectivamente).

En 2015 se recibió información individualizada de 1.310 casos de legionelosis en residentes en España, 1.298 fueron casos autóctonos (1,98 casos por 100.000 habitantes) y 12 casos fueron importados.

Durante el año 2015, se notificó al Registro Estatal 8 casos incidentes de lepra. En 6 de los 8 casos incidentes consta un país de origen distinto de España lo que pone de manifiesto que la lepra en España es una enfermedad importada, cuya incidencia está en unos niveles muy bajos y siguen disminuyendo. No obstante, hay que aumentar la sensibilización del personal sanitario en la sospecha de esta enfermedad en personas procedentes de países endémicos de lepra.

**Tabla 1-34 Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes de gripe, legionelosis y lepra, 2015**

	Casos	Tasa por 100.000 habitantes
Gripe	731.513	1.575,8
Legionelosis	1.310	2,6
Lepra	8	0,01

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Ministerio de Economía y Competitividad. Elaboración: Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología.

### 1.4.7.2 Tuberculosis

En España en el año 2015 se han notificado 4.604 casos de tuberculosis, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 9,9 casos por 100.000 habitantes siendo un 8,2% inferior a la del año 2014.

**Tabla 1-35 Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes de tuberculosis, según categoría de localización, 2015**

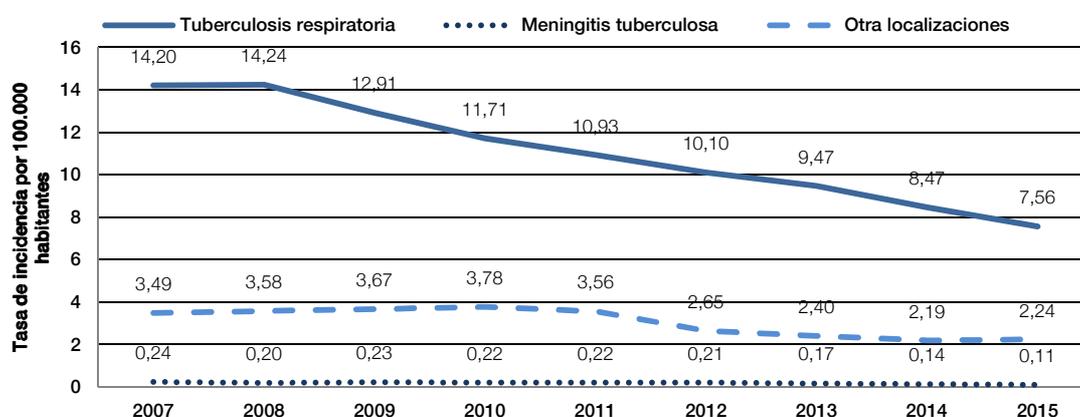
	Casos	Tasa por 100.000 habitantes
Tuberculosis respiratoria	3.510	7,6
Meningitis tuberculosa	52	0,1
Otras Localizaciones	1.042	2,2
<b>Total</b>	<b>4.604</b>	<b>9,9</b>

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Ministerio de Economía y Competitividad. Elaboración: Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología.

Del total de casos notificados, 3.510 corresponden a tuberculosis respiratoria, 52 a meningitis tuberculosa, y 1.042 a tuberculosis de otras localizaciones (tasas de 7,6; 0,1 y 2,2 casos por 100.000 habitantes, respectivamente). En la meningitis tuberculosa la tasa ha descendido de 0,14 en 2014 a 0,11 en 2015; en otras localizaciones no se produce descenso aunque ha pasado de 2,19 a 2,24 casos por 100.000 habitantes.

La incidencia de tuberculosis en España sigue disminuyendo, fundamentalmente por el sensible descenso que se viene observando de las formas respiratorias.

**Gráfico 1-16 Tendencia de casos de tuberculosis notificados, según localización, 2007-2015**



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Ministerio de Economía y Competitividad. Elaboración: Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología.

## 1.4.8 Vigilancia epidemiológica de las enfermedades de transmisión sexual: VIH/SIDA, infección gonocócica y sífilis

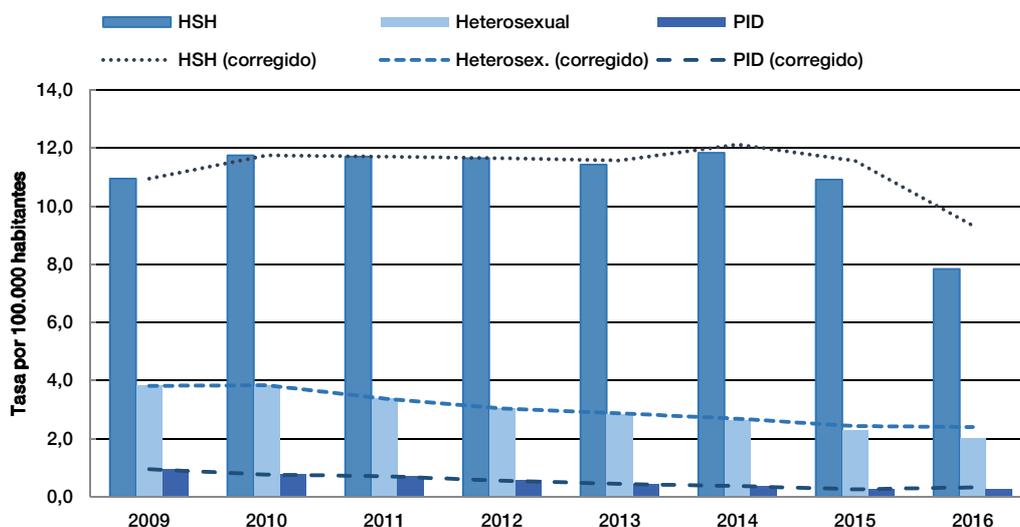
España cuenta con dos registros poblacionales que son esenciales para monitorizar la evolución de la epidemia de VIH: el Sistema de Información sobre nuevos diagnósticos de VIH (SINIVIH)<sup>8</sup> y el Registro Nacional de sida.

### 1.4.8.1 Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH

En el año 2016, se notificaron 3.353 nuevos diagnósticos de VIH lo que supone una tasa de 7,2 por 100.000 habitantes sin corregir por retraso en la notificación. Tras corregir por este retraso, se estima que la tasa será de 8,6 por 100.000 habitantes cuando se haya completado la notificación de todos los diagnósticos realizados ese año.

<sup>8</sup> Aunque algunas comunidades autónomas comenzaron a recoger datos en los años 80, la Orden de creación del SINIVIH a nivel estatal es del 18 de diciembre del año 2000; no obstante el sistema de información se implantó más tarde. Desde el año 2003 se dispone de datos de 8 comunidades autónomas y de la ciudad con estatuto de autonomía de Ceuta. A partir de esa fecha se han ido sumando comunidades autónomas, hasta 2013, año en el que la cobertura es completa. Los datos obtenidos a través de este sistema son la mejor aproximación a la incidencia de VIH de que se dispone, aunque, por ser la infección asintomática, los nuevos diagnósticos de VIH incluyen no sólo infecciones recientes, sino también otras que se produjeron años atrás.

**Gráfico 1-17 Tasa por 100.000 habitantes de nuevos diagnósticos de VIH por año de diagnóstico y modo de transmisión, 2009-2016**



Observaciones: Datos corregidos por retraso en la notificación (línea de puntos). Actualización 30 de junio de 2017. Datos procedentes de 15 CCAA y 2 ciudades autónomas que han notificado de forma consistente en el periodo 2009-2016. HSH = Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres; PID= Personas que se inyectan drogas; Heterosex. = Hombres y mujeres heterosexuales.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. S.G. de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública.

Elaboración: Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia Epidemiológica del VIH/Sida en España 2016: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida.

Del total notificado en 2016, el 83,9% son hombres y la edad mediana es de 36 años. Por modo de transmisión el 79,6% de los nuevos diagnósticos de VIH son de transmisión sexual: 53,1% en hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y 26,5% en hombres y mujeres heterosexuales. El porcentaje de casos en personas que se inyectan drogas (PID) supone el 3,6%. En el periodo 2009-2016, la tendencia global en la tasa de nuevos diagnósticos es ligeramente descendente. Sin embargo, se aprecian diferentes tendencias según el mecanismo de transmisión. En las PID la tendencia es descendente y también en la transmisión heterosexual, tanto en hombres como en mujeres. La tendencia permanece estable en los HSH.

#### 1.4.8.2 Registro Nacional de casos de sida

Se ha recibido la notificación de 412 casos diagnosticados de sida en 2016, que tras corregir por retraso en la notificación, se estima que serán 607. Esto supone una tasa de 1,2 por 100.000 habitantes sin corregir por retraso y 1,8 ajustada. Por razones técnicas, no ha sido posible incorporar a la base de datos nacional los datos de la Comunidad Valenciana a partir de 2014 ni los de Cataluña desde 2015. El 80,8% de las personas diagnosticadas son hombres y la mediana de edad es de 44 años.

**Tabla 1-36 Casos nuevos de sida, distribución por modo de transmisión según sexo, 2016**

Vigilancia del sida	Hombres	Mujeres	Total
<b>Nuevos casos</b>	<b>333</b>	<b>79</b>	<b>412</b>
<b>Distribución (%) según categoría de transmisión</b>			
Hombres que mantienen relaciones con hombres	39,6		32,0
Personas que se inyectan drogas	13,2	10,1	12,6
Relaciones heterosexuales	25,8	79,7	36,2
Receptores de hemoderivados	0,0	0,0	0,0
Receptores de transfusiones	0,0	1,3	0,2
Madre - hijo	0,3	1,3	0,5
Otras exposiciones/ desconocido/No consta	21,0	7,6	18,4
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Observaciones: Datos no corregidos por retraso en la notificación, por lo que las cifras aumentarán en próximas actualizaciones. Actualización 30 de junio de 2017. Por razones técnicas, no ha sido posible incorporar a la base de datos nacional los datos de la Comunidad Valenciana desde el año 2014 ni de Cataluña desde 2015

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. S.G. de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública.

Elaboración: Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia Epidemiológica del VIH/Sida en España 2016: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida.

Los casos de sida diagnosticados en personas que han contraído la infección por relaciones heterosexuales suponen el 36,2% del total, en los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres representan el 32,0% y en las personas que se inyectan drogas el 12,6%. El 18,4% de los casos son por otras exposiciones, desconocido o sin constancia. Se notificaron dos casos de sida que habían contraído la infección por transmisión materno-infantil en los años noventa y un caso por transfusión que había sido transfundido fuera de España. En el caso de las mujeres, el mecanismo de transmisión de especial relevancia son las relaciones heterosexuales que suponen el 79,7% de los casos de sida.

Desde el inicio de la epidemia en España hasta el 30 de junio de 2017 se han notificado un total de 86.663 casos de sida.

Tras casi dos décadas de tratamiento antirretroviral eficaz la reducción de la incidencia ha sido enorme. No obstante, este descenso, inicialmente espectacular (especialmente debida a la transmisión a través del uso drogas inyectadas) se ha ido ralentizando en los últimos años.

#### 1.4.8.3 Infección gonocócica y sífilis

La información poblacional sobre infección gonocócica y sífilis procede de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica a través del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Hasta la aprobación en el año 2015 de la modificación del Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, la notificación de estas enfermedades a nivel central era solo numérica, es decir, no se declaraba ninguna variable individual a excepción del año y la comunidad autónoma de notificación. A partir de 2015, algunas Comunidades Autónomas han comenzado a notificar los casos de forma individualizada (12 Comunidades para la infección gonocócica y 14 para la sífilis).

En el año 2015 se han notificado 5.170 casos de infección gonocócica y 3.886 casos de sífilis lo que supone una tasa por 100.000 de 11,1 y 8,4 respectivamente.

**Tabla 1-37 Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes de infección gonocócica y sífilis, 2015**

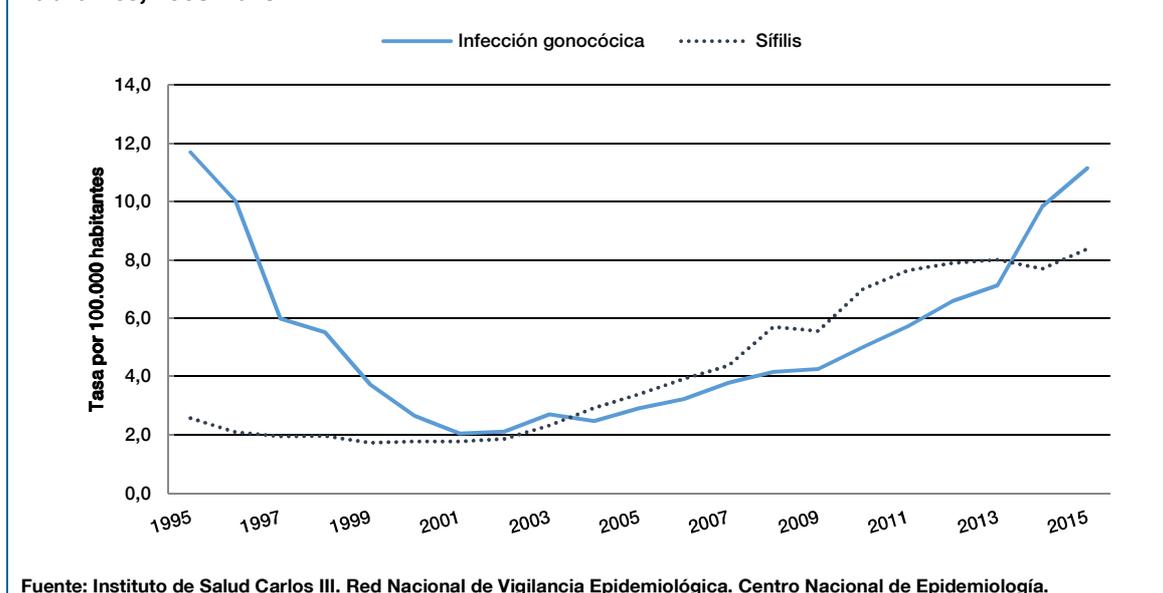
	Casos	Tasa por 100.000 habitantes
Infección gonocócica	5.170	11,1
Sífilis (excluye sífilis congénita)	3.886	8,4
Sífilis congénita (casos confirmados + casos probables)	4 (1+3)	0,01

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. S.G. de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública.

Elaboración: Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología.

En el periodo 1995-2015 se ha producido un marcado descenso en la incidencia de la infección gonocócica, las tasas han decrecido desde el 11,7 por 100.000 habitantes en 1995 a 11,1 en 2015. Sin embargo esta tendencia no es homogénea, ya que tras el descenso inicial entre 1995 y 2001 se viene produciendo un incremento continuado.

**Gráfico 1-18 Tendencia de la incidencia de la infección gonocócica y la sífilis en tasa por 100.000 habitantes, 1995-2015**



Fuente: Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología.

Los datos de sífilis a lo largo de estos años también muestran un descenso en las tasas de incidencia en el periodo 1995-2001, desde 2,6 por 100.000 habitantes hasta 1,8 observándose un aumento a partir de ese año hasta alcanzar una tasa de 8,4 por 100.000 habitantes en 2015. A partir de 2014 las tasas de incidencia de la infección gonocócica superan a las tasa de incidencia de la sífilis.

## 1.4.9 Vigilancia epidemiológica de las hepatitis: hepatitis A, hepatitis B, otras hepatitis y hepatitis C

### 1.4.9.1 Hepatitis A, hepatitis B y otras hepatitis

La incorporación de la declaración de los diferentes tipos de hepatitis víricas a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica tuvo lugar en la segunda mitad de los años noventa. Hasta el año 2004,

la declaración de los casos de hepatitis muestran una tendencia descendente; la hepatitis A especialmente y la B, se incrementan hasta el año 2009 y, a partir de ese año, se observa otra vez una tendencia descendente.

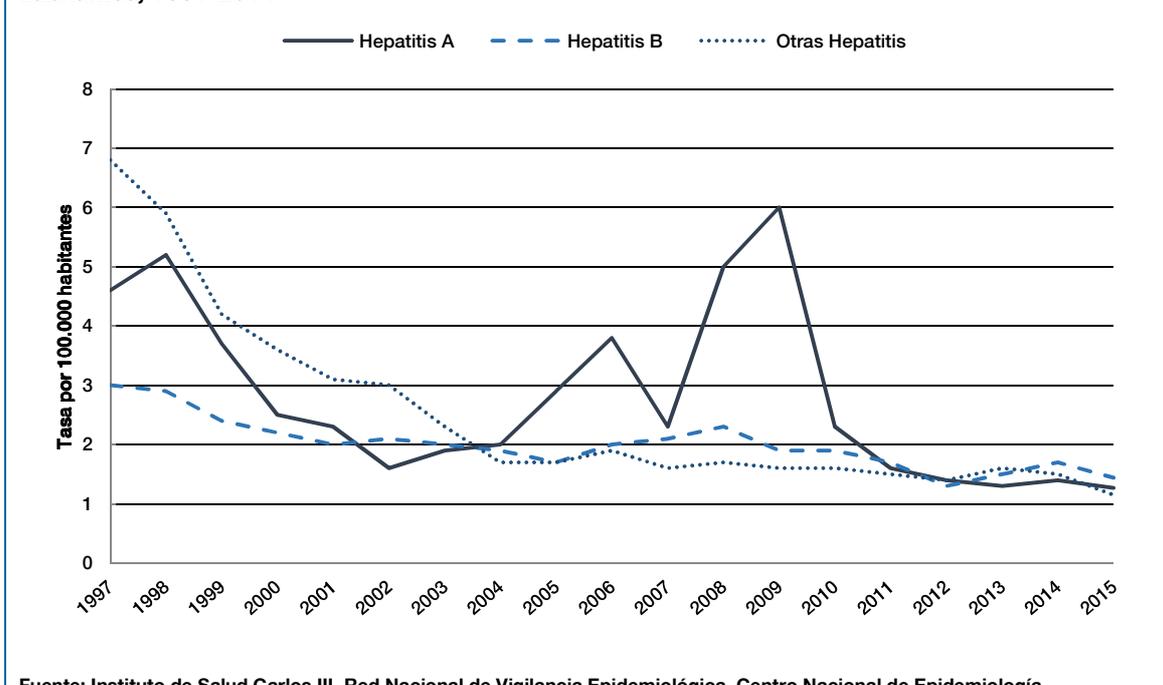
Desde 2009 a 2014 y 2015, el número de casos declarados por 100.000 habitantes ha pasado de 6,0 a 1,4 y 1,3 en la hepatitis A, de 1,9 a 1,7 y 1,4 en la hepatitis B y de 1,6 a 1,5 y 1,2 en otras hepatitis víricas.

**Tabla 1-38 Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes de hepatitis A, hepatitis B, y otras hepatitis, 2015**

	Casos	Tasa por 100.000 habitantes
Hepatitis A	591	1,3
Hepatitis B	670	1,4
Otras Hepatitis	500	1,2

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. S.G. de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública.  
Elaboración: Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología.

**Gráfico 1-19 Hepatitis A, hepatitis B y otras hepatitis. Tasas de casos declarados por 100.000 habitantes, 1997-2014**



Fuente: Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología.

#### 1.4.9.2 Hepatitis C

La hepatitis C es una enfermedad hepática viral, tanto aguda como crónica, cuyas manifestaciones pueden variar desde una dolencia leve a una enfermedad grave de por vida. Por lo general la infección aguda es asintomática. Aproximadamente un 15-45% de las personas infectadas eliminan el virus en un plazo de seis meses sin necesidad de tratamiento alguno, el 55-85% desarrollarán la infección crónica. Entre el 15-30% de estos pacientes en un plazo de 20 años evolucionarán a una cirrosis hepática.

La prevalencia de anticuerpos (seroprevalencia) en adultos es de 1,7% (0,4-2,6%). Además de una importante causa de morbilidad la infección crónica puede ser causa de mortalidad, se estima una tasa de mortalidad anual de la enfermedad en 10,7 fallecimientos por 100.000 habitantes y equivale a un 1-1,2% de la mortalidad por todas las causas. Ante el problema de salud que supone la hepatitis C crónica en nuestro país, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en su sesión del 14 de enero de 2015 adoptó por unanimidad elaborar un Plan Estratégico para el abordaje de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud. El Plan se estructura en 4 líneas estratégicas estableciendo objetivos y acciones prioritarias a desarrollar en el trienio 2015-2017. Su puesta en marcha implica a: el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, los Servicios Regionales de Salud, Instituciones Penitenciarias y el Instituto de Salud Carlos III.

<b>Tabla 1-39 Plan Estratégico para el abordaje de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud</b>			
<b>OBJETIVO GENERAL: Disminuir la morbimortalidad causada por el virus de la hepatitis C en la población española, abordando eficientemente la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de los pacientes.</b>			
<b>Línea estratégica 1</b>	<b>Línea estratégica 2</b>	<b>Línea estratégica 3</b>	<b>Línea estratégica 4</b>
Cuantificar la magnitud del problema, describir las características epidemiológicas de los pacientes con infección y establecer las medidas de prevención.	Definir los criterios científico-clínicos que permitan establecer la adecuada estrategia terapéutica considerando el uso de los antivirales de acción directa por el tratamiento de la hepatitis C en el ámbito del SNS.	Establecer los mecanismos de coordinación para la adecuada implementación de la Estrategia para el abordaje de la hepatitis C en el SNS.	Fomentar el avance en el conocimiento de la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hepatitis C en el SNS a través de actuaciones específicas en el área de la I+D+i.

**Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría General de Sanidad y Consumo. Plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud.**

El Plan cuenta con un Comité Institucional que coordina la puesta en marcha del mismo en el Sistema Nacional de Salud. La reciente aparición en el mercado de nuevos fármacos antivirales contra la hepatitis C, hace vislumbrar un cambio radical en el abordaje de esta enfermedad.

### 1.4.10 Bajo peso al nacer

El bajo peso al nacer es un importante indicador de salud infantil por su estrecha relación con la morbilidad y mortalidad infantil; además es reflejo de diversas circunstancias adversas que acompañan al embarazo, y se asocia a factores biológicos, demográficos y socioeconómicos. Sin embargo, los factores más importantes parecen ser el estado general y la nutrición de la madre, por lo que es un buen indicador del estado nutricional de la comunidad.

España se ha producido en las últimas décadas un incremento de la proporción de nacidos con peso inferior a 2.500 gramos, aunque parece que en los últimos años esta tendencia ascendente tiende a la estabilización. En el año 1990, el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer era de algo más del 5%, en el año 2000 de 6,9%, llegando en el año 2015 a ser de 8,3%.

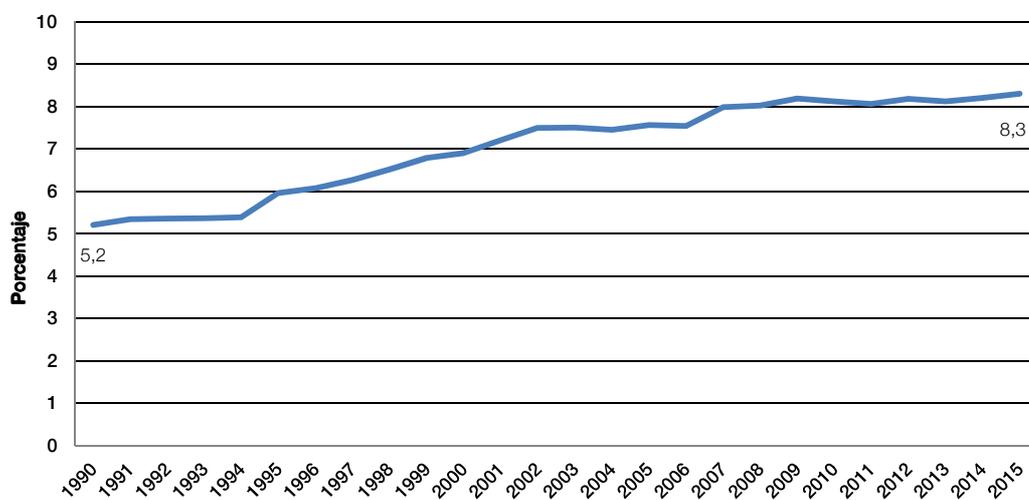
Los principales factores de riesgo de bajo peso al nacer son el aumento de la edad materna, la maternidad en adolescentes, los tratamientos de fertilidad in vitro y hábitos perjudiciales como el tabaquismo y el consumo de alcohol.

**Tabla 1-40 Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer (peso inferior a 2.500 gramos), según comunidad autónoma, 2015**

Andalucía	8,1
Aragón	8,8
Asturias	7,6
Baleares, Illes	7,9
Canarias	8,2
Cantabria	7,9
Castilla y León	8,9
Castilla-La Mancha	8,8
Cataluña	8,0
Comunitat Valenciana	9,1
Extremadura	8,9
Galicia	7,9
Madrid	8,9
Murcia	7,8
Navarra	8,2
País Vasco	7,2
Rioja, La	7,6
Ceuta	5,6
Melilla	6,0
<b>España</b>	<b>8,3</b>

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria y Evaluación.

**Gráfico 1-20 Tendencia de la proporción de recién nacidos con peso inferior a 2.500 gramos al nacer por cada 100 nacidos vivos, 1990-2015**



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria y Evaluación.

## 1.4.11 Interrupción voluntaria del embarazo

El número de Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) en 2015<sup>9</sup> se sitúa en 94.188 lo que supone una incidencia del 10,4 por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años y confirma la tendencia descendente de los últimos cinco años con 2,07 puntos menos que en 2011<sup>10</sup>. En el grupo de menores de 20 años la incidencia se sitúa en 9,4 interrupciones voluntarias de embarazo, siendo 4,3 puntos menos que en 2011.

El seguimiento de las IVE se lleva a cabo a través de un sistema de vigilancia epidemiológica que recibe información de todo el Estado<sup>11</sup>.

La mayoría de las intervenciones (81,4%) se han notificado desde un centro extra-hospitalario de dependencia patrimonial privada y responden a una petición de la mujer (89,5%) con 8 semanas o menos de gestación (69,8%). Las causas médicas están presentes en el 10,5% de los motivos de interrupción del embarazo, con un claro predominio (6,5%) por riesgo grave para la vida o salud de la embarazada, seguido (4,0%) por riesgo de graves anomalías en el feto y anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad grave e incurable.

**Tabla 1-41 Incidencia de Interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres menores de 20 años y entre 15 y 44 años, según comunidad autónoma de residencia, 2015**

	Menores de 20 años	Entre 15-44 años
Andalucía	9,9	10,6
Aragón	7,8	9,5
Asturias	14,3	12,5
Balears, Illes	10,3	13,0
Canarias	10,2	11,6
Cantabria	9,3	8,8
Castilla y León	6,3	6,3
Castilla-La Mancha	7,4	7,4
Cataluña	10,6	12,7
Comunitat Valenciana	8,0	7,9
Extremadura	5,5	5,9
Galicia	6,5	6,6
Madrid	9,6	12,5
Murcia	9,8	11,1
Navarra	8,9	8,0
País Vasco	8,1	9,6
Rioja, La	5,6	5,6
Ceuta	1,0	0,7
Melilla	3,9	6,6
<b>España</b>	<b>9,9</b>	<b>10,4</b>

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Interrupciones Voluntarias del Embarazo.

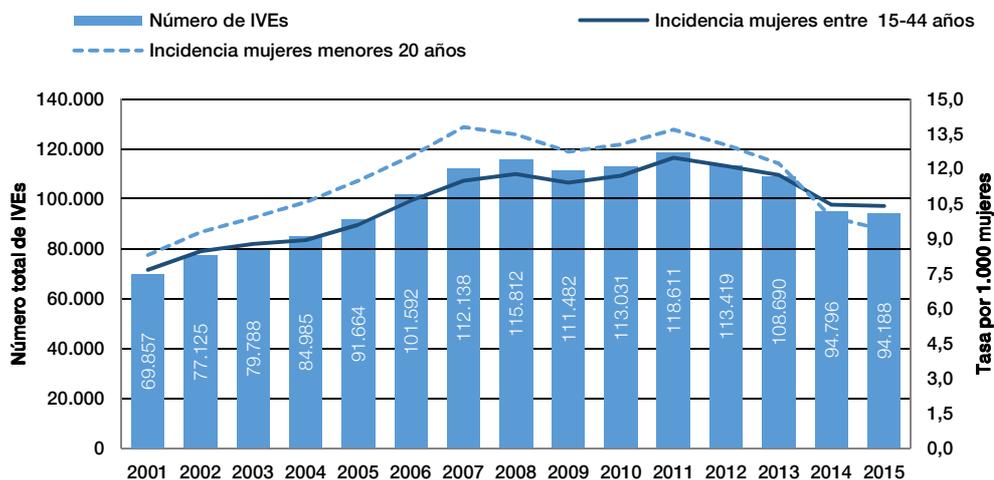
<sup>9</sup> Último dato disponible en el momento de elaborar el informe.

<sup>10</sup> A partir del año 2010 las interrupciones del embarazo se han practicado dentro de los supuestos recogidos en la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo de salud sexual y reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo a partir de la fecha que entró en vigor el 5 de julio de 2010.

<sup>11</sup> En el año 2015 se han corregido los datos publicados de los años 2011 y 2012 al haberse producido una mejora de la información consolidada de Navarra.

Las incidencias más altas por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años se observan en Balears, Illes (13,0), Cataluña (12,7) y Madrid (12,5). En el grupo de menores de 20 años Asturias (14,3), Cataluña (10,59) y Balears, Illes (10,26) ocupan las primeras posiciones.

**Gráfico 1-21 Tendencia del número total de IVE notificadas y de la incidencia en mujeres entre 15 - 44 años, y en menores de 20 años 2001-2015**

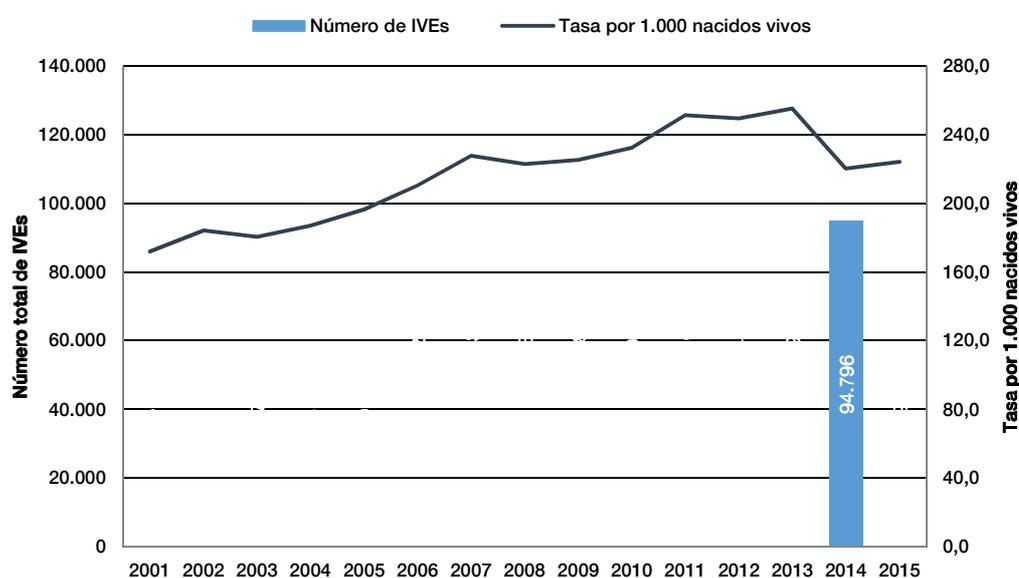


Observaciones: A partir del año 2010 las interrupciones del embarazo se han practicado dentro de los supuestos recogidos en la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo de salud sexual y reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

El número de IVEs y la incidencia en el grupo de mujeres en edad fértil (entre 15 y 44 años) muestra signos claros de descenso, si revisamos el número de abortos inducidos en relación al número de nacimientos, aumenta ligeramente, situándose en 224,1 IVEs por cada 1.000 nacidos vivos.

**Gráfico 1-22 Tendencia del número total de IVEs notificadas y la tasa por 1.000 nacidos vivos, 2001-2015**



Observaciones: A partir del 2010 las Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) se han practicado dentro de los supuestos recogidos en la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo de salud sexual y reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo a partir de la fecha que entró en vigor el 5 de julio de 2010.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

## 1.4.12 Accidentes de tráfico, de trabajo y domésticos o en tiempo de ocio

### 1.4.12.1 Víctimas de accidentes de tráfico

El número de víctimas por accidentes de tráfico se sigue manteniendo por debajo de los datos de 2000 tanto en relación con el número de accidentes como en relación al número de habitantes. El número de víctimas por 1.000 accidentes ha descendido de 1.529 en 2000 a 1.389 en 2016. La tasa de víctimas por 100.000 habitantes ha pasado de 384 en el año 2000 a 305 víctimas por 100.000 habitantes en 2016.

**Tabla 1-42 Evolución del número de accidentes de tráfico con víctimas, número de víctimas, tasa de víctimas por 1.000 accidentes y tasa de víctimas por 100.000 habitantes, 2000 y 2011-2016**

	2000	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Accidentes	101.729	83.027	83.115	89.519	91.570	97.756	102.362
Victimas (total)	155.557	117.687	117.793	126.400	128.320	136.144	142.200
-Muertos	5.776	2.060	1.903	1.680	1.688	1.689	1.810
-Heridos hospitalizados	27.764	11.347	10.444	10.086	9.574	9.495	9.755
-Heridos no hospitalizados	122.017	104.280	105.446	114.634	117.058	124.960	130.635
Victimas por 1.000 accidentes	1.529	1.417	1.417	1.415	1.401	1.393	1.389
Victimas por 100.000 habitantes	384	252	252	271	276	293	305

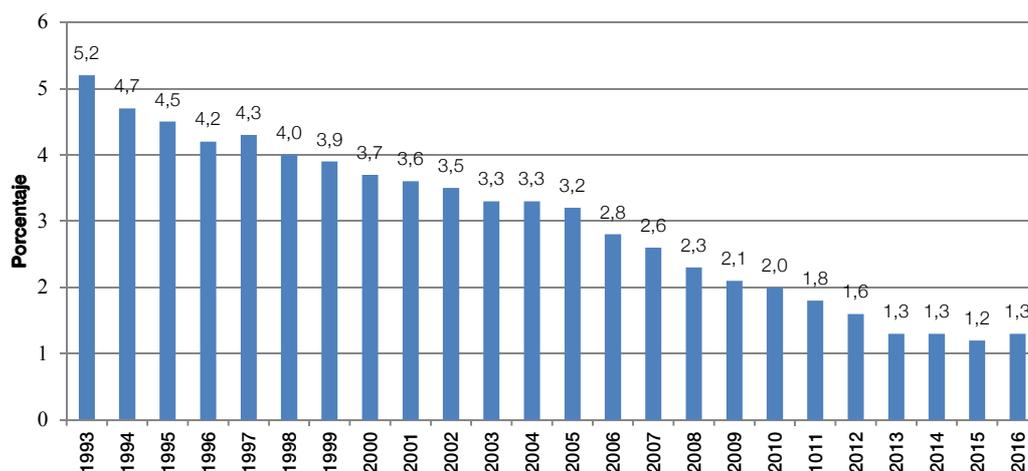
Observaciones: Víctimas incluye muertos y heridos hospitalizados y no hospitalizados. Desde 1993 a 2010, el cómputo de muertos se realiza a 30 días como resultado de la aplicación de los factores correctores deducidos del seguimiento real de una muestra representativa de heridos graves. En 2011 se hizo una revisión metodológica de su cálculo.

Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de Tráfico. Anuario Estadístico.

Desde el 2011 se observa un ligero ascenso en el número de accidentes, pasando de 83.027 en 2011 a 102.362 en 2016, aumentando el número de víctimas de 117.793 a 142.200, manteniéndose un mayor porcentaje de fallecidos de sexo masculino, con una proporción de hombres sobre el total de alrededor del 79%.

La letalidad, definida como la razón entre el número de fallecidos y el número de víctimas ha disminuido desde 1993, no sólo debido a la disminución de los fallecidos, sino también al aumento de los registros de heridos no hospitalizados que en 2016 supone el 92% de las víctimas registradas, mientras que en 1993 eran el 65%.

**Gráfico 1-23 Evolución de la letalidad en los accidentes de tráfico con víctimas, 1993-2016**



Observaciones: Letalidad (Número de fallecidos/número de víctimas x 100). Víctimas incluye muertos y heridos hospitalizados y no hospitalizados.

Fuente: Ministerio de Interior. Dirección General de Tráfico. Anuario Estadístico.

#### 1.4.12.2 Accidentes en jornada de trabajo

Los accidentes laborales constituyen un importante problema de salud en los países desarrollados, produciendo una elevada morbilidad que tiene como resultado graves consecuencias individuales y sociales.

**Tabla 1-43 Evolución del índice de frecuencia de accidentes en jornada de trabajo con baja según sector económico, 2006-2015**

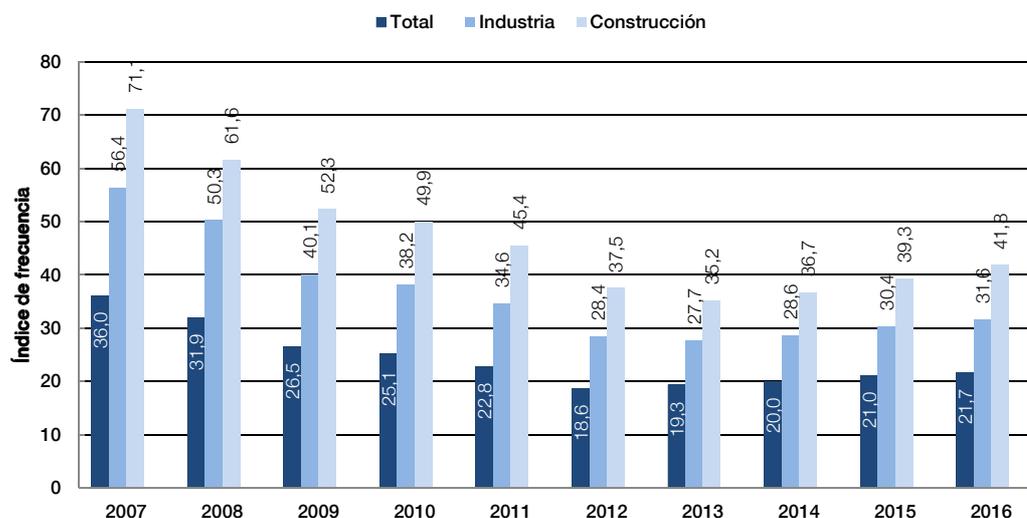
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Total</b>	36,6	36,0	31,9	26,5	25,1	22,8	18,6	19,3	20,0	21,0
<b>Sectores</b>										
-Agrario	20,2	21,0	22,0	21,8	25,2	24,8	23,2	24,1	25,1	27,4
-Industria	57,1	56,4	50,3	40,1	38,2	34,6	28,4	27,7	28,6	30,4
-Construcción	73,0	71,1	61,6	52,3	49,9	45,4	37,5	35,2	36,7	39,3
-Servicios	24,7	24,4	22,6	20,1	19,3	17,8	14,9	16,1	16,7	17,3

Observaciones: Índice de frecuencia corresponde al número de accidentes durante la jornada de trabajo con baja por millón de horas trabajadas. Como actividad económica se considera la del centro de trabajo donde se haya producido el accidente, y en su defecto (accidentes en desplazamiento) se toma la actividad económica del centro de trabajo habitual del trabajador accidentado. Serie homogénea que permite la comparación de todo el periodo mostrado.

Fuente: Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Estadística de Accidentes de Trabajo.

La construcción es el sector económico donde más accidentes de trabajo se producen, seguida de la industria. En 2016, el número de accidentes de trabajo con baja por millón de horas trabajadas es 41,8 en la construcción y 31,6 en la industria. En líneas generales, en la última década la frecuencia de accidentes en jornada de trabajo con baja presenta una tendencia descendente, concretamente, entre 2006 y 2016, la frecuencia de accidentes de trabajo con baja se redujo en España 15 puntos.

**Gráfico 1-24 Evolución del índice de frecuencia de accidentes en jornada de trabajo con baja según sector económico donde más accidentes de trabajo se producen, 2007-2016**



Observaciones: Índice de frecuencia corresponde al número de accidentes durante la jornada de trabajo con baja por millón de horas trabajadas. Como actividad económica se considera la del centro de trabajo donde se haya producido el accidente, y en su defecto (accidentes en desplazamiento) se toma la actividad económica del centro de trabajo habitual del trabajador accidentado. Serie homogénea que permite la comparación para todo el periodo mostrado.

Fuente: Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Estadística de Accidentes de Trabajo.

### 1.4.12.3 Accidentes en el hogar o en tiempo de ocio

Los accidentes domésticos o en tiempo de ocio parecen constituir el tipo de accidente más habitual<sup>12</sup>. Su importancia radica en la distinta manera en que afectan a la población; los accidentes domésticos son más frecuentes en la vejez y en el sexo femenino, mientras que los accidentes en el tiempo de ocio lo son en hombres y sobre todo en los más jóvenes. El 7,2% de la población española dice que en los últimos 12 meses ha tenido un accidente en el hogar o en tiempo de ocio, siendo de 8,1% en las mujeres y 6,2% en los hombres. La edad está íntimamente relacionada con haber sufrido este tipo de accidente.

Por nivel de estudios las mujeres con estudios básicos o inferiores presentan las cifras más altas, 9,3% con 3,6 puntos por encima de los hombres del mismo nivel de estudios.

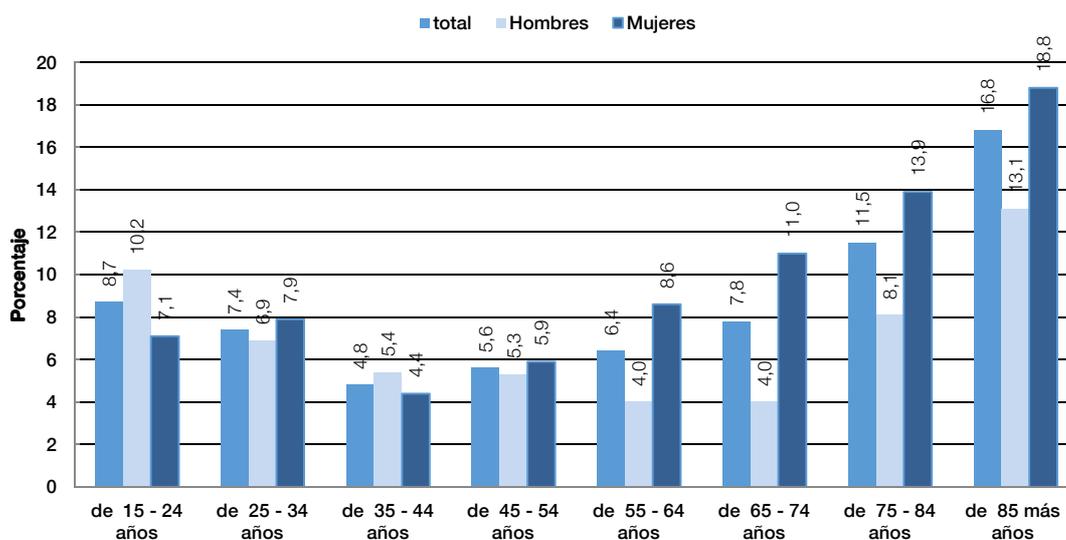
<sup>12</sup> Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España. El 8,6% de los encuestados dice haber padecido al menos uno de los tres tipos de accidente que se recogen en los doce meses previos a la entrevista, 1,9% dice que el accidente es de tráfico, el 3,4% un accidente en el hogar y un 3,8% un accidente en tiempo de ocio.

**Tabla 1-44 Porcentaje de población que ha sufrido accidentes en el hogar o en tiempo de ocio en los últimos 12 meses, según sexo y nivel de estudios, 2014**

	Total	Básico e inferior	Intermedio	Superior
<b>Ambos sexo</b>	7,2	7,5	6,1	7,3
Hombre	6,2	5,7	6,1	7,3
Mujer	8,1	9,3	6,1	7,4

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España.

**Gráfico 1-25 Porcentaje de accidentes domésticos o de ocio en los últimos 12 meses, según sexo y grupo de edad, 2014**



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España.

# Índice de Tablas

Tabla 1-1 Cifras de población residente a 1 de enero de 2017 por sexo y comunidad autónoma	13
Tabla 1-2 Tasa de natalidad por 1.000 habitantes y edad media materna en años, según comunidad autónoma, 2016	15
Tabla 1-3 Evolución de la tasa de dependencia total según comunidad autónoma, 2000, 2004, 2008 y 2016	16
Tabla 1-4 Distribución porcentual de hombres y mujeres de 16 y más años, según nivel de formación alcanzado, 2001 y 2016	18
Tabla 1-5 Evolución de la tasa de actividad y tasa de paro por sexo, 2014-2016	19
Tabla 1-6 Evolución de las tasas de empleo por comunidad autónoma, 2014-2016	19
Tabla 1-7 Evolución de las tasas interanuales del Producto Interior Bruto por comunidad y ciudad autónoma, 2013-2016	20
Tabla 1-8 Evolución de la esperanza de vida al nacer por sexo, 2001 y 2015	21
Tabla 1-9 Evolución de la esperanza de vida al nacer por comunidad autónoma, 2001 y 2015	21
Tabla 1-10 Evolución de la esperanza de vida a los 65 años por sexo, 2001 y 2015	22
Tabla 1-11 Evolución de la esperanza de vida a los 65 años por comunidad autónoma, 2001 y 2015	22
Tabla 1-12 Tasa de mortalidad general ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2015 y porcentaje de cambio 2015/2001	23
Tabla 1-13 Tasa de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2015 y porcentaje de cambio 2015/2001	24
Tabla 1-14 Tasa de mortalidad por enfermedad cerebrovascular ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2015 y porcentaje de cambio 2015/2001	25
Tabla 1-15 Porcentaje de cambio en la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón ajustada por edad en hombres y mujeres, según comunidad autónoma, 2015/2001	27
Tabla 1-16 Tasa de mortalidad por cáncer de mama en mujeres ajustada por edad por 100.000, según comunidad autónoma, 2015 y porcentaje de cambio 2015/2001	28
Tabla 1-17 Tasa de mortalidad por cirrosis hepática ajustada por edad por 100.000 habitantes, según comunidad autónoma, 2015 y porcentaje de cambio 2015/2001	29
Tabla 1-18 Accidentes de tráfico. Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes según comunidad autónoma, 2015 y porcentaje de cambio 2015/2001	30
Tabla 1-19 Tasa de mortalidad por suicidio ajustada por edad por 100.000 habitantes, según comunidad autónoma, 2015 y porcentaje de cambio 2015/2001	31
Tabla 1-20 Tasa de mortalidad infantil y perinatal por cada 1.000 nacidos según comunidades, 2015	32

Tabla 1-21 Autovaloración positiva del estado de salud en la población de 65 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2014	36
Tabla 1-22 Problemas de salud crónicos en población de 15 y más años. Distribución porcentual según sexo, 2014	37
Tabla 1-23 Prevalencia declarada de hipertensión arterial en población de 15 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2014	38
Tabla 1-24 Prevalencia declarada de colesterol alto en población de 15 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2014	38
Tabla 1-25 Prevalencia de la diabetes en población de 15 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2014	39
Tabla 1-26 Estado de la dentadura en población de 15 y más años. Distribución porcentual según sexo, 2014	40
Tabla 1-27 Prevalencia declarada de caries en población de 15 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2014	41
Tabla 1-28 Prevalencia declarada de sangrado de las encías en población de 15 y más años según sexo y comunidad autónoma, 2014	42
Tabla 1-29 Distribución porcentual de la limitación para las actividades básicas de la vida diaria en población de 65 y más años. según sexo y grupo de edad, 2014	43
Tabla 1-30 Limitación para las actividades básicas de la vida diaria en población de 65 y más años. Distribución porcentual según sexo y comunidad autónoma, 2014	44
Tabla 1-31 Limitación para las actividades instrumentales de la vida diaria en población de 65 y más años. Distribución porcentual según sexo y grupo de edad, 2014	45
Tabla 1-32 Limitación para las actividades instrumentales de la vida diaria en población de 65 y más años. Distribución porcentual según sexo y comunidad autónoma, 2014	46
Tabla 1-33 Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes de difteria, enfermedad meningocócica, parotiditis, poliomielitis, rubéola, sarampión, tétanos, tosferina y varicela, 2015	47
Tabla 1-34 Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes de gripe, legionelosis y lepra, 2015	48
Tabla 1-35 Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes de tuberculosis, según categoría de localización, 2015	48
Tabla 1-36 Casos nuevos de sida, distribución por modo de transmisión según sexo, 2016	51
Tabla 1-37 Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes de infección gonocócica y sífilis, 2015	52
Tabla 1-38 Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes de hepatitis A, hepatitis B, y otras hepatitis, 2015	53
Tabla 1-39 Plan Estratégico para el abordaje de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud	54
Tabla 1-40 Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer (peso inferior a 2.500 gramos), según comunidad autónoma, 2015	55

Tabla 1-41 Incidencia de Interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres menores de 20 años y entre 15 y 44 años, según comunidad autónoma de residencia, 2015	56
Tabla 1-42 Evolución del número de accidentes de tráfico con víctimas, número de víctimas, tasa de víctimas por 1.000 accidentes y tasa de víctimas por 100.000 habitantes, 2000 y 2011-2016	59
Tabla 1-43 Evolución del índice de frecuencia de accidentes en jornada de trabajo con baja según sector económico, 2006-2015	60
Tabla 1-44 Porcentaje de población que ha sufrido accidentes en el hogar o en tiempo de ocio en los últimos 12 meses, según sexo y nivel de estudios, 2014	62



# Índice de Gráficos

Gráfico 1-1 Evolución de las cifras de población residente en millones, 2012-2017	14
Gráfico 1-2 Evolución del número de nacimientos por 1.000 habitantes y la edad media materna en años, 2000-2016	15
Gráfico 1-3 Evolución de la tasa de dependencia de menores de 16 años y tasa de dependencia de mayores de 64 años, 2000-2016	17
Gráfico 1-4 Evolución del nivel de estudios alcanzado en población de 16 y más años de edad, 2001 y 2016	18
Gráfico 1-5 Tasa de mortalidad por cáncer de pulmón ajustada por edad por 100.000 habitantes y por sexo, según comunidad autónoma, 2015	26
Gráfico 1-6 Tendencia de la tasa de mortalidad infantil y mortalidad perinatal por 1.000 nacidos vivos, 1990-2015	32
Gráfico 1-7 Tendencia del número de defunciones maternas durante la gestación y el parto, 1999-2015	33
Gráfico 1-8 Percepción del estado de salud en población de 15 y más años según sexo, 2014	34
Gráfico 1-9 Salud percibida en población de 15 y más años según sexo y clase social, 2014	35
Gráfico 1-10 Tendencia de la autovaloración positiva de la salud en población de 15 y más años según sexo, 1987 – 2014	36
Gráfico 1-11 Tendencia en la prevalencia de problemas de salud crónicos en población de 15 y más años, 1993-2014	40
Gráfico 1-12 Tendencia de la prevalencia de caries en población de 15 y más años según sexo, 1995-2014	41
Gráfico 1-13 Distribución porcentual de la limitación para las actividades básicas de la vida diaria en población de 65 y más años. según sexo y tipo de limitación, 2014	43
Gráfico 1-14 Limitación para las actividades instrumentales de la vida diaria en población de 65 y más años. Distribución porcentual según sexo y tipo de limitación, 2014	45
Gráfico 1-15 Tasas de casos declarados de parotiditis, tosferina, sarampión y rubéola por 100.000 habitantes, 1995-2015	47
Gráfico 1-16 Tendencia de casos de tuberculosis notificados, según localización, 2007-2015	49
Gráfico 1-17 Tasa por 100.000 habitantes de nuevos diagnósticos de VIH por año de diagnóstico y modo de transmisión, 2009-2016	50
Gráfico 1-18 Tendencia de la incidencia de la infección gonocócica y la sífilis en tasa por 100.000 habitantes, 1995-2015	52
Gráfico 1-19 Hepatitis A, hepatitis B y otras hepatitis. Tasas de casos declarados por 100.000 habitantes, 1997-2014	53

Gráfico 1-20 Tendencia de la proporción de recién nacidos con peso inferior a 2.500 gramos al nacer por cada 100 nacidos vivos, 1990-2015	55
Gráfico 1-21 Tendencia del número total de IVE notificadas y de la incidencia en mujeres entre 15 – 44 años, y en menores de 20 años 2001-2015	57
Gráfico 1-22 Tendencia del número total de IVEs notificadas y la tasa por 1.000 nacidos vivos, 2001-2015	58
Gráfico 1-23 Evolución de la letalidad en los accidentes de tráfico con víctimas, 1993-2016	60
Gráfico 1-24 Evolución del índice de frecuencia de accidentes en jornada de trabajo con baja según sector económico donde más accidentes de trabajo se producen, 2007-2016	61
Gráfico 1-25 Porcentaje de accidentes domésticos o de ocio en los últimos 12 meses, según sexo y grupo de edad, 2014	62

# Abreviaturas, acrónimos y siglas

## A

AVS <sub>65</sub>	Años de Vida Saludable a los 65 años
AVSn	Años de Vida Saludable al nacer

## B

BOE	Boletín Oficial del Estado
-----	----------------------------

## C

CA	Comunidad Autónoma
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
C. Valenciana	Comunitat Valenciana

## E

EDOs	Enfermedad de Declaración Obligatoria
EES	Encuesta Europea de Salud
EESE	Encuesta Europea de Salud en España
EHIS	<i>European Health Interview Survey</i> (Encuesta Europea de Salud)
ENSE	Encuesta Nacional de Salud de España
Eurostat	Oficina estadística de la Unión Europea
EV <sub>65</sub>	Esperanza de Vida a los 65 años
EVn	Esperanza de Vida al nacer

## H

Hab.	Habitantes
Heterosex	Relaciones heterosexuales de riesgo
HSH	Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres

## I

I+D+i	Investigación + Desarrollo + innovación
INE	Instituto Nacional de Estadística
IVEs	Interrupciones Voluntarias del Embarazo

## **M**

MJUS            Ministerio de Justicia

## **P**

PID            Personas que se Inyectan Drogas

## **S**

SEE            Sociedad Española de Epidemiología

SIDA           Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SINIVIH       Sistema de Información sobre nuevos diagnósticos de Virus de Inmunodeficiencia Humana

SNS            Sistema Nacional de Salud

## **V**

VIH            Virus de la Inmunodeficiencia Humana

# Fuentes

## Anuario de Estadísticas del Ministerio de Empleo y Seguridad Social

Elaborado y publicado anualmente por Ministerio de Empleo y Seguridad Social - Subsecretaría de Empleo y Seguridad Social recopila los principales datos socio-laborales de España sobre los siguientes temas: mercado de trabajo, inmigración y emigración, formación profesional y medidas de apoyo al empleo; condiciones de trabajo y relaciones laborales y prestaciones de seguridad social y otra protección social. Dentro del tema condiciones de trabajo y relaciones laborales se proporciona información sobre los accidentes de trabajo.

Más información:

<http://www.empleo.gob.es/es/estadisticas/contenidos/anuario.htm>

## Cifras de Población

Las Cifras de Población, con fuente en el Instituto Nacional de Estadística, proporcionan una medición cuantitativa de la población residente en España, en cada comunidad autónoma, en cada provincia y en cada isla (en las provincias insulares), desagregada según características demográficas básicas, como el sexo, el año de nacimiento, la edad, la nacionalidad y el país de nacimiento. La serie poblacional se obtiene de las estimaciones intercensales de la población para el período 1971-2012 y a partir de 2012, de la operación Cifras de Población.

Estos datos son empleados como cifras poblacionales de referencia en todas las operaciones estadísticas del INE (encuestas, contabilidad nacional, indicadores, etc.) y son transmitidas a nivel internacional como datos oficiales de población de España a todos los efectos.

Más información:

[http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176951&menu=ultiDatos&idp=1254735572981](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176951&menu=ultiDatos&idp=1254735572981)

## Defunciones según la causa de muerte

Operación estadística responsabilidad del Instituto Nacional de Estadística (INE) en colaboración con los institutos de estadística de todas las comunidades autónomas, consejerías/departamentos con competencia en sanidad de las comunidades autónomas, Registros Civiles (MJUS), está incluida en el Plan Estadístico Nacional 2013-2016.

Proporciona el conocimiento del fenómeno de la mortalidad atendiendo a la causa básica de la defunción, distinguiendo entre muertes fetales tardías y el resto, y suministra información para la construcción de indicadores de salud. Como variables de estudio utiliza personas fallecidas y muertes fetales tardías. Como variables de clasificación la causa de la defunción, sexo, edad, mes de fallecimiento, provincia de residencia y de fallecimiento. La periodicidad de la recogida de los datos es mensual y de la difusión anual.

Más información:

[http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175)

## Encuesta Europea de Salud en España

La Encuesta Europea de Salud en España (ESEE), realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), es la parte española de la European Health Interview Survey (EHIS), coordinada por Eurostat. El cuestionario para España fue adaptado conjuntamente por el INE y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para permitir la comparación con los principales indicadores de la Encuesta Nacional de Salud, añadiéndose además una serie de variables. La metodología utilizada permite continuar las series de los principales indicadores nacionales.

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. Esta información permite planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria, tanto europeas como nacionales.

El cuestionario consta de 4 módulos: módulo sociodemográfico (hogar e individual), módulo de estado de salud, módulo de asistencia sanitaria y módulo de determinantes de la salud

Más información:

[http://www.msrebs.gov.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc\\_Eur\\_Salud\\_en\\_Esp\\_2014.htm](http://www.msrebs.gov.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2014.htm)

## Encuesta Nacional de Salud de España

La Encuesta Nacional de Salud de España, es una estadística responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística. Incluida en el Plan Estadístico Nacional 2013-2016, tiene como objetivo general informar sobre morbilidad percibida, utilización de servicios sanitarios, comportamiento y hábitos de vida y actividades preventivas.

Como variables de estudio utiliza, a través de un cuestionario y una entrevista personal directa, la autovaloración del estado de salud, limitación de la actividad, uso de servicios sanitarios y de medicamentos, hábitos de vida, cobertura sanitaria. Como variables de clasificación la edad, sexo, tamaño del hábitat, país de origen y estatus socioeconómico (nivel de estudios, ocupación e ingresos). La periodicidad de la recogida y difusión de los datos es quinquenal.

Más información:

<http://www.msrebs.gov.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>

## Enfermedades de Declaración Obligatoria

La vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles se realiza en nuestro país a través del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDOs) que, a partir de la observación continuada de la aparición y distribución de los casos de las enfermedades consideradas, permite el establecimiento de patrones de riesgo y la adopción de medidas de control pertinentes.

Los datos proceden del Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

Más información:

<http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/enfermedades.shtml>

## Esperanzas de Vida y Años de Vida saludable en España

Las estimaciones de esperanza de vida se han obtenido de las tablas de vida de periodo abreviada con grupos edad quinquenales, elaboradas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e

Igualdad, las defunciones ocurridas en el año-calendario, proporcionadas por el Movimiento Natural de la Población, y las Cifras de Población residente a mitad de año, ambas publicadas por el Instituto Nacional de Estadística.

Para el cálculo de las estimaciones de años de vida saludable, elaboradas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se han utilizado la prevalencia de limitaciones de actividad tomando como fuente las encuestas nacionales de salud.

Más información:

<http://www.msrebs.gov.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/nivelSalud.htm>

## Estadística de accidentes de tráfico con víctimas-anuario estadístico general

La Dirección General de Tráfico del Ministerio del Interior elabora y difunde anualmente los datos del número de los accidentes de tráfico con víctimas, con especificación de las circunstancias que concurren en ellos y sus consecuencias; como variables de estudio se identifican los accidentes de circulación con víctimas, muertes, heridos graves y leves y como variables de clasificación la zona de ocurrencia del accidente, características de la vía, condiciones meteorológicas, tipo de vehículo, tipo de usuario, edad y sexo de los usuarios y de las víctimas.

Más información:

<http://www.dgt.es/es/seguridad-vial/estadisticas-e-indicadores/publicaciones/anuario-estadistico-accidentes/>

## Estadísticas de Interrupciones Voluntarias del Embarazo

Proporciona información estadística sobre las características sociodemográficas y sobre las condiciones sanitarias en que se realiza las Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVEs), las características de las mujeres que se someten a una interrupción y de los centros en que se realizan. Como variables de estudio utiliza los motivos, semanas de gestación y método empleado. La periodicidad de la difusión es anual y la recogida de los datos es trimestral.

Su elaboración es responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las Consejerías/Departamentos con competencia en la materia de las comunidades autónomas. Está incluida en el Plan Estadístico Nacional 2013-2016.

Más información:

<http://www.msrebs.gov.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm>

## Indicadores demográficos. Tasa de dependencia total, juvenil y de mayores

La tasa de dependencia es un indicador demográfico básico que elabora el Instituto Nacional de Estadística (INE). La tasa de dependencia total se define como el cociente entre la población residente en España a 1 de enero del año “x” menor de 16 años o mayor de 64 entre la población de 16 a 64 años expresada en tanto por cien.

Es un indicador con un claro significado económico, representa la medida relativa de la población potencialmente inactiva sobre la potencialmente activa.

La tasa de dependencia juvenil o de población menor de 16 años se define como el cociente entre la población residente a 1 de enero del año “x” menor de 16 años entre la población de 16 a 64 años, expresado en tanto por cien.

La tasa de dependencia de mayores o de población mayor de 64 años se define como el cociente entre la población residente en España a 1 de enero del año “x” mayor de 64 años entre la población de 16 a 64 años, expresado en tanto por cien.

Más información:

<http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1453&L=0>

## Movimiento Natural de la Población

Las estadísticas que conforman el Movimiento Natural de la Población son la estadística de nacimientos, la estadística de defunciones y la estadística de matrimonios, su publicación anual es responsabilidad del Instituto Nacional de Estadística.

La Estadística de Nacimientos recoge los nacimientos ocurridos en España cada año. Se elabora en colaboración con las comunidades autónomas siendo los Registros Civiles la fuente primaria de información, que se recoge a partir del boletín estadístico de parto. Estos boletines se cumplimentan en el momento de inscribir el hecho demográfico en el Registro Civil, por los padres, parientes o personas obligadas por la ley a declarar el parto o, en su defecto, por el encargado del Registro Civil.

La Estadística de Defunciones, recoge los fallecimientos ocurridos en España cada año. Se elabora en colaboración con las comunidades autónomas. Los datos se recogen en el denominado Certificado Médico de Defunción/Boletín Estadístico de Defunción. Este documento lo cumplimenta el médico que certifica la defunción, en la parte relativa a los datos personales y las causas del fallecimiento. El Registro Civil en el que se inscribe la defunción, cumplimenta los datos relativos a la inscripción y el declarante o los familiares los datos relativos a la residencia, nacionalidad y profesión del fallecido. En el caso de defunciones que ocurren en circunstancias especiales y en las que interviene un juzgado, la información la cumplimenta el juzgado.

Más información:

Movimiento Natural de la Población. Estadística de Nacimientos

[http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736177007&menu=ultiDatos&idp=1254735573002](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177007&menu=ultiDatos&idp=1254735573002)

Movimiento Natural de la Población. Estadística de Defunciones:[http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736177008&menu=ultiDatos&idp=1254735573002](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177008&menu=ultiDatos&idp=1254735573002)

## Sistema de Información de Atención Especializada. Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada

El Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) proporciona información de la actividad asistencial, económica y docente de los centros con internamiento (hospitales) y sus características estructurales, y de los centros sin internamiento, principales provisoros de servicios de atención especializada, que permite además de la obtención de índices, mostrar el funcionamiento del sector y hacer seguimiento y análisis de su evolución.

Como variables de estudio utiliza la oferta asistencial, dotación, personal, altas, estancias, consultas, ingresos, técnicas de diagnóstico, actividad en otras áreas, actividad quirúrgica, actividad obstétrica, servicios de urgencia, gastos, inversiones e ingresos. Como variables de clasificación utiliza tipo de centro de atención especializada: con internamiento (hospital), sin internamiento, finalidad asistencial del centro, dependencia funcional según entidad financiadora, forma jurídica, contrato con el Sistema Nacional de Salud, acreditación docente. La periodicidad de la recogida y difusión de los datos son anuales.

Como operación estadística es responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con Consejerías/Departamentos con competencia en la materia de

todas las comunidades autónomas y ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla y está incluida en el Plan Estadístico Nacional 2013-2016.

Más información:

<http://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospInternado/inforAnual/homeESCRI.htm>

## Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de casos de sida

Los datos obtenidos a través del Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH (SINIVIH) son la mejor aproximación a la incidencia de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) de que se dispone, aunque, por ser la infección asintomática, los nuevos diagnósticos de VIH incluyen no sólo infecciones recientes, sino también otras que se produjeron años atrás. El SINIVIH inició su implantación en los años 2000 y progresivamente se han ido sumando comunidades autónomas, habiéndose completado en 2013.

El Registro Nacional de sida recoge información sobre los nuevos diagnósticos de sida y está implantado en toda España desde el inicio de la epidemia. Al proporcionar información sobre la infección avanzada por VIH, sus datos son muy útiles para evaluar la efectividad de la terapia antirretroviral de alta eficacia.

Más información:

<http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/sistemas-de-informacion-poblacionales-sobre-vih.shtml>



# Equipo de Trabajo

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación  
Elena Andradar Aragonés

Subdirectora General de Información Sanitaria y Evaluación  
Mercedes Alfaro Latorre

Dirección y coordinación  
Santiago Esteban Gonzalo

Recopilación de los datos y análisis (orden alfabético del primer apellido):

Abad Bassols, Ángel  
Esteban Gonzalo, Santiago  
López Rodríguez, Alicia

Maquetación y tratamiento de textos e información (orden alfabético del primer apellido):

Calvo Esteban, María Jesús  
Campos Carrizo, Elena  
Lozano Sánchez, José Antonio

Corrección de estilo

Lozano Sánchez, José Antonio

Colaboradores (orden alfabético del primer apellido):

Arce Arnaiz, Araceli <sup>(2)</sup>	Neira León, Montserrat <sup>(1)</sup>
Cano Portero, Rosa <sup>(3)</sup>	Pérez Menéndez-Valdés, Ricardo <sup>(2)</sup>
Díaz Franco, Asunción <sup>(3)</sup>	Regidor Poyatos, Enrique <sup>(1)</sup>
Esteban Gonzalo, Santiago <sup>(1)</sup>	Rodríguez Ortiz de Salazar, Begoña <sup>(2)</sup>
Gutiérrez Fisac, Juan Luis <sup>(1)</sup>	Ruíz Alguero del Centro, Marta <sup>(3)</sup>
Mateu Sanchís, Sagrario <sup>(2)</sup>	Suárez Cardona, Mónica <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Subdirección General de Información Sanitaria y Evaluación

<sup>(2)</sup> Subdirección General de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública

<sup>(3)</sup> Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Economía, Industria y Competitividad).

Como la elaboración del Informe Anual del SNS, 2017 concluyó en mayo de 2018, se ha mantenido el nombre del Ministerio y el de las unidades participantes que estaban vigentes durante la preparación del documento. En junio de 2018 se ha producido el cambio de denominación del Departamento, pasándose a llamar Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, y en julio Pilar Aparicio Azcárraga relevó en la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación a Elena Andradar Aragonés. La Subdirección General de Información Sanitaria y Evaluación ha pasado a denominarse Subdirección General de Información Sanitaria manteniéndose al frente Mercedes Alfaro Latorre.



MINISTERIO  
DE SANIDAD, CONSUMO  
Y BIENESTAR SOCIAL

[www.msbs.gob.es](http://www.msbs.gob.es)