



**VNiVERSIDAD
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

TRABAJO FIN DE GRADO

GRADO EN DERECHO

Economía Aplicada

Aspectos económicos del Sistema Nacional de Salud

Curso 2019/2021

DETERMINANTES SOCIOECONOMICOS DE LAS ENFERMEDADES NO TRASNMISIBLES Y SU IMPACTO ECONÓMICO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Autora: Miriam Blanco Río

Tutor: José María Elena Izquierdo

Julio

2020

TRABAJO FIN DE GRADO

GRADO EN DERECHO

Economía Aplicada

Aspectos económicos del Sistema Nacional de Salud

DETERMINANTES SOCIOECONOMICOS

DE LAS ENFERMEDADES NO

TRASNMISIBLES Y SU IMPACTO

ECONÓMICO EN EL SISTEMA NACIONAL

DE SALUD

NON-COMMUNICABLE DISEASES'S SOCIO-

ECONOMIC DETERMINANTS AND THEIR

ECONOMIC IMPACT ON THE NATIONAL

HEALTH SYSTEM

Nombre del/la estudiante: Miriam Blanco Río

e-mail del/a estudiante: miriamblanco@usal.es

Tutor/a: José María Elena Izquierdo

RESUMEN

En el presente trabajo se analizará la prevalencia de las enfermedades no transmisibles y de su peso en los patrones de morbimortalidad en España. Se realizará una aproximación a los factores o determinantes que influyen en el desarrollo de estas enfermedades, centrandó la atención en los factores de riesgo conductuales modificables y como, éstos están relacionados con la situación socioeconómica de las personas. Se pondrá de relieve la conexión entre la predisposición al desarrollo de enfermedades no trasmisibles y la situación socioeconómica precaria.

Se mostrarán los efectos económicos tanto directos como indirectos, que tienen éstas enfermedades en una sociedad, incidiendo, especialmente, en la carga económica que representan las enfermedades no transmisibles para el Sistema Nacional de Salud.

Por último, se expondrá brevemente las actuaciones que se están implementando a nivel global para prevenir y reducir el impacto de dichas enfermedades.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, SOCIOECONÓMICO, DESIGUALDAD, IMPACTO.

ABSTRACT

In the present paper, the prevalence of non-communicable diseases and their weight in morbidity and mortality patterns in Spain will be analyzed. An approach will be made to the factors or determinants that influence the development of these diseases, focusing on modifiable behavioral risk factors and how these are related to the people's socioeconomic situation. The connection between the predisposition to the development of non-communicable diseases and the precarious socioeconomic situation will be highlighted.

The direct and indirect economic effects that these diseases have in a society will be shown, especially influencing the economic burden that non-communicable diseases represent for the National Health System.

Finally, the actions that are being implemented globally to prevent and reduce the impact of these diseases will be briefly explained.

KEYWORDS: NON COMMUNICABLE DISEASE, SOCIO-ECONOMIC, INEQUALITY, IMPACT

ÍNDICE:

I.	INTRODUCCIÓN.....	2
II.	ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES EN ESPAÑA.	3
III.	DETERMINANTES DE LAS ENT.....	8
	1) Determinantes estructurales	8
	2) Factores mediadores.....	11
	3) Factores conductuales.	17
	a) Nutrición	18
	b) Actividad física.....	22
	c) Consumo de alcohol.....	23
	d) Consumo de tabaco.....	25
	4) Sistema de salud.	28
IV.	EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. GASTO SANITARIO PÚBLICO EN ESPAÑA. IMPLICACIONES ECONÓMICAS DE LA ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.	31
V.	PLANES DE ACCIÓN ENCAMINADOS A REDUCIR LA INCIDENCIA DE LAS ENT.	37
VI.	CONCLUSIONES.....	40
VII.	BIBLIOGRAFÍA.....	42
VIII.	Anexos.	52
	1) Figura 1.	1
	2) Figura2.	2
	3) Figura3	3
	4) Figura 4	4

I. INTRODUCCIÓN.

El aumento de la esperanza de vida, las mejoras en la atención sanitaria y los cambios en los hábitos de vida, favorecidos por el desarrollo económico y la globalización, han condicionado los patrones de morbimortalidad a nivel global. Las enfermedades no transmisibles se han convertido en la primera causa de muerte en el mundo y se consideran, por su gran prevalencia, caracterizada por una tendencia creciente, la principal epidemia de este siglo. Este tipo de enfermedades no solo tienen un elevado impacto a nivel sanitario sino también económico, pues repercuten de forma directa en la capacidad productiva de las personas, limitando su capital humano; y suponen un elevado coste para los Sistemas de salud. Ante estos efectos, las principales organizaciones relacionadas con la vigilancia de la salud están creando planes de actuación para luchar contra las enfermedades no transmisibles y lograr estado de salud óptimo de las poblaciones.

En este trabajo se analizará las tasas de morbimortalidad asociada a dichas enfermedades, se realizará una aproximación a las principales cuestiones relacionadas con ellas, exponiendo qué factores son determinantes en el desarrollo de ENTs, cómo afecta la situación socioeconómica de las personas en esos determinantes; la importancia de un Sistema sanitario equitativo, eficiente y de atención integral, que dé una total cobertura, tanto hospitalaria como farmacológica, a los afectados por estas enfermedades; y el impacto económico directo e indirecto que éstas causan en la sociedad. Por último, se presentará, brevemente, las principales medidas, elaboradas por la Organización mundial de la Salud, para frenar el avance de las enfermedades no transmisibles.

La metodología utilizada será la revisión bibliográfica de los principales estudios disponibles sobre estas cuestiones.

II. ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ESPAÑA.

De acuerdo con la Organización mundial de salud (OMS), las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y de progresión generalmente lenta¹. Si bien la comunidad científica no ha determinado el límite temporal a partir del cual una enfermedad adquiere la condición de cronicidad, suele considerarse crónica toda enfermedad que supere los seis meses de duración². Esta revisión se centrará, en concreto, en las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), producidas por la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales³ pero determinadas, en gran medida, por el estilo de vida: la malnutrición, la inactividad física y el consumo de alcohol y/o tabaco cuya influencia, en dichas enfermedades, se analizará en apartados posteriores.

Este tipo de enfermedades constituyen la principal causa de mortalidad en España evolucionando de un 91,3% en 2010⁴, a un 92,37% en 2016⁵ y manteniéndose superiores al 92,4% en 2017⁶ lo que supone que de las 416.519,72 muertes que se produjeron en dicho año, 384.875,64 se deben a estas enfermedades.

Específicamente, las ENT que concentran el mayor número de muertes, de acuerdo con el Estudio de la carga mundial de la enfermedad (GBD por sus siglas en inglés), realizado por el Instituto de Medición y Evaluación de la Salud (IHME) en 2017 son⁷:

¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2013, marzo). Enfermedades crónicas. https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

² SANCHEZ, L., PÉREZ MARTÍN, J. J., NAVARRO ALONSO, J. A, et al. (2018, julio). “Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones”. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. http://www.ffis.es/ups/prl/vacunacion_grupos_riesgo.pdf

³ WORLD HEALTH ORGANIZATION: WHO. (2018, 1 junio). *Enfermedades no transmisibles*. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

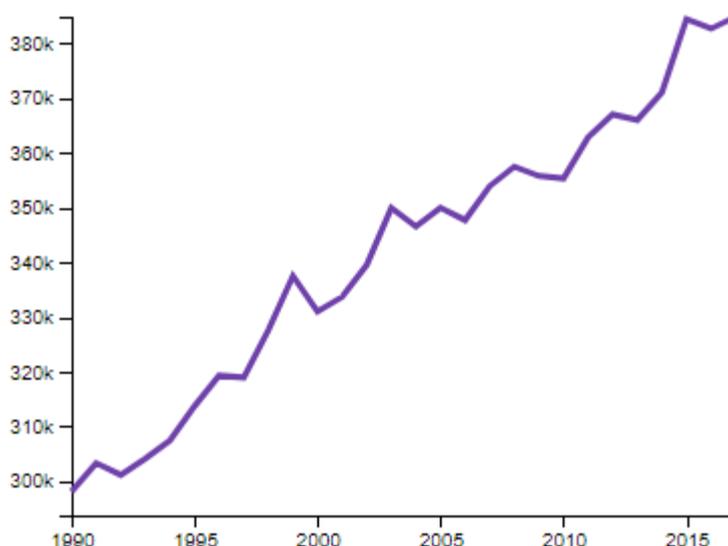
⁴ HARO, J.M., TYROVOLAS, S., GARIN, N. *et al.* “The burden of disease in Spain: results from the global burden of disease Study” 2010. *BMC Med* **12**, 236 (2014). <https://doi.org/10.1186/s12916-014-0236-9>

⁵ SORIANO, J. B., ROJAS-RUEDA, D., ALONSO, J., et al. (2018). La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016. *Medicina Clínica*, *151*(5), 171-190. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.05.011>

⁶ Anexo. Figura 1. Pág. 1

⁷ Anexo. Figura 2. Pág. 2.

1. Las enfermedades del sistema circulatorio (29,67%), como la enfermedad cardíaca isquémica (13,26%), o enfermedades cerebrovasculares (7,77%).
2. Tumores (27,77%). Los tumores malignos en las zonas de la tráquea, de los bronquios y del pulmón produjeron 22.566 muertes (5,42% del total).
3. Enfermedades neurológicas (14,46%), como el Alzheimer que produjo 51.758 muertes (12,43%) en 2017.
4. Enfermedades del sistema respiratorio (8,04%)
5. Enfermedades del sistema digestivo (5,18%). La cirrosis causó 8.132 muertes en España.



Evolución de las muertes por enfermedades no transmisibles en España (1990-2017)

Fuente: Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results. Disponible en <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2017-permalink/5ede4ed5cbcd2ee692438fdaf059a286>

Atendiendo a la relación factor de riesgo-muerte por ENT⁸, se observa que gran parte de estas muertes se deben a factores conductuales modificables, como el consumo de tabaco, cuyo peso en las muertes por cáncer de bronquios pulmón y laringe fue del 76,31%. Respecto a la primera causa de muerte, la enfermedad isquémica del corazón,

⁸ Anexo. Figura 3 y 4. Págs. 3,4

se estima que el 69,11% de las muertes se deben a dicho factor. Por lo tanto, podemos asumir que si se hubiera incidido en la necesidad de modificar el estilo de vida a uno saludable estas muertes podrían haberse evitado⁹. Otro factor que determinó la mayor cantidad de muertes por ENT es el síndrome metabólico, éste es el resultado de la combinación de al menos tres de los siguientes factores¹⁰: Obesidad abdominal, alto nivel de triglicéridos, presión arterial alta (mayor de 130/85 mmHg) y alto nivel de azúcar en sangre en ayunas. Incrementan el riesgo de sufrir dicho síndrome la inactividad física, la obesidad, la edad y la etnia, sin embargo, es posible prevenirlo¹¹ implementado un estilo de vida activo con una alimentación saludable y sometiéndose regularmente a exámenes médicos para controlar la presión arterial. De este modo, se podrían reducir las muertes por ENTs como la Diabetes mellitus, la Enfermedad renal crónica y la Cardiopatía hipertensiva causadas (100%) por el síndrome metabólico, además se observaría una gran disminución en las muertes por accidente cerebrovascular ya que el 68,09% de las muertes por esta ENT son atribuibles a dicho factor.

Las mayores tasas de mortalidad por ENT se registran en grupos de edades comprendidos entre 49-70 años representando el 33,68% del total de las muertes por ENT, lo que significa que estas personas no alcanzaron la expectativa de vida máxima para su grupo de edad¹². Por lo tanto, las muerte provocadas por ENT se pueden clasificar como prematuras, ya que se producen antes cumplir la edad teóricamente predeterminada para ese colectivo, que suele corresponder con la esperanza de vida al nacer en la población estudiada¹³, y evitables, pues en su mayoría se deben a factores de riesgo modificables.

⁹ VERGARA DUARTE, M., BENACH, J., MARTÍNEZ, JM. et al. (2009). “La mortalidad evitable y no evitable: distribución geográfica en áreas pequeñas de España (1990-2001)”. *Gaceta Sanitaria*, 23(1), 16-22. Recuperado en 14 de julio de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000100005&lng=es&tlng=es.

¹⁰ LIZARZABURU ROBLES, JC. (2013). Síndrome metabólico: concepto y aplicación práctica. *Anales de la Facultad de Medicina*, 74(4), 315-320. Recuperado en 14 de julio de 2020, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832013000400009&lng=es&tlng=es.

¹¹ BURKE, D. (535, junio 28). “Metabolic Syndrome. Healthline”. <https://www.healthline.com/health/metabolic-syndrome#risk-factors>

¹² SORIANO, J. B., ROJAS-RUEDA, D., ALONSO, J., ANTÓ, J. M., CARDONA, et al. (2018). La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016. *Medicina Clínica*, 151(5), 171-190. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.05.011>

¹³ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2013, junio). “Técnicas para la medición del impacto de la mortalidad: Años Potenciales de Vida Perdidos” (Vol. 24 No. 2). *Boletín Epidemiológico*. https://www.uv.es/~lsn/BIOTICS/Demo/Apunts/doc/APVP/be_v24n2-APVP.htm

Conocido el número de muertes prematuras por ENT se puede estimar los años de vida potenciales perdidos (AVPP) por dicha causa, esta magnitud ilustra las pérdidas que sufre una sociedad debido a los fallecimientos considerados prematuros¹⁴, suele emplearse para medir el impacto de determinadas enfermedades en un país, comparar la importancia relativa de distintas causas de muertes prematuras dentro de una población determinada y entre distintas poblaciones; y así, poder planificar el gasto en salud pública y priorizar inversiones destinadas a medidas de prevención contra dichas enfermedades¹⁵.

Para calcular esta magnitud, se tiene en cuenta el número de muertes de cada edad debidas a una enfermedad determinada (d_i), una edad límite superior (L), generalmente, la esperanza de vida al nacer, aunque suele considerarse como límite los 70 años¹⁶ y una edad límite inferior (I), que coincide con la edad a la que se produce la muerte originada por dicha causa (i). El cálculo de los AVPP se obtiene sumando las defunciones por esa causa en cada grupo de edad y multiplicando el resultado por los años que restan desde la edad central del grupo estudiado hasta la edad límite considerada¹⁷

$$AVPP = \sum_{i=1}^{L(70 \text{ años})} [(L - i) \times d_i]$$

En España los años de vida potencialmente perdidos ascendieron, según datos del Institute for Health Metrics and Evaluation, a 5.637.220,28 años, de los cuales 5.014.351,57 años se perdieron a causa de ENT, lo que supone un 88,95% del total de AVPP.

Además de los AVPP debidos a las muertes prematuras, es importante tener en cuenta las pérdidas de salud que sufre una población a causa de una enfermedad o conjunto de enfermedades determinadas, se consideran años perdidos, los años vividos

¹⁴OBSERVATORIO DE SALUD EN ASTURIAS. (2018). Años potenciales de vida perdidos (APVP) – Observatorio de Salud de Asturias. <https://obsaludasturias.com/obsa/?indicador=anos-potenciales-de-vida-perdidos&tipo=1&anio=2018>

¹⁵HEALTH KNOWLEDGE. (2019). “Years of Life Lost”. <https://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/research-methods/1a-epidemiology/years-lost-life>

¹⁶OECD Data. (2018). “Health status Potential years of life lost”. OECD. <https://data.oecd.org/healthstat/potential-years-of-life-lost.htm>

¹⁷ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2013, junio). “Técnicas para...”, óp. Cit.

con discapacidad o mala salud ya que esos años has sido vividos en un estado de salud distinto al que hubiera vivido en ausencia de esa enfermedades, el considerado óptimo¹⁸.

Para medir los años de vida vividos con discapacidad (AVD), se tienen en cuenta los siguientes factores: Población susceptible de enfermar para cada edad o nivel de edad considerado (0 - L), N_j . Incidencia de la enfermedad a cada edad (0 - L), I_j .: Duración media de la enfermedad desde la edad de inicio (0 - L), T_j . Valor que pondera la discapacidad entre valores de "0 = salud perfecta" y "1 = máxima discapacidad o equivalente al estado de muerte", D ¹⁹. Así, podríamos obtener los AVP mediante la siguiente expresión:

$$AVP = \sum_0^L N_j \times I_j \times T_j \times D$$

En España se perdieron más de seis millones de años por haber sido vividos con discapacidad o mala salud, de ellos 5.253.781,25 son atribuibles a ENT como el dolor crónico de espalda (10,59% de los AVD), el dolor de cabeza crónico (8,77%), el dolor de cuello y cervicales (4,73%) además de las causas relativas a salud mental, la carga de la depresión y ansiedad en los AVD alcanzó 8,36%.

Conocidos los AVPP y AVD, podemos obtener los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD o DAYLs), esta magnitud combinada se emplea para medir la carga de una enfermedad en una población, muestra las consecuencias mortales y no mortales de una enfermedad, lesiones o factores de riesgo²⁰. Es importante conocer los AVAD producidos por una enfermedad para elaborar políticas de gasto público en prevención o de gasto sanitario en intervención contra las enfermedades o grupos de enfermedades que causen mayores pérdidas en el país.

¹⁸ SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD CONSEJERÍA DE SANIDAD. (2008). "Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)". <http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/EstadoPoblacionFichaTecnica.aspx?ID=69#:~:text=D%20del%20indicador,distinto%20a%20la%20salud%20C3%B3ptima.>

¹⁹ ALVIS, N, VALENZUELA, MT. (2010). "Los QALYs y DALYs como indicadores sintéticos de salud". Revista médica de Chile, 138 (Supl. 2), 83-87. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010001000005>

²⁰ FERNÁNDEZ DE LARREA-BAZ, N., MORANT-GINESTAR, C., CATALÁ-LÓPEZ, F., GÈNOVA-MALERAS, R., et al. (2015). Años de vida ajustados por discapacidad perdidos por cardiopatía isquémica en España. *Revista Española de Cardiología*, 68(11), 968-975. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2014.11.027>

III. DETERMINANTES DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES. LA DESIGUALDAD EN LA SALUD.

Las enfermedades no transmisibles son la consecuencia de un conjunto de factores personales, ambientales, sociales y económicos; en este apartado, se analizarán los hábitos de vida y las características personales que suponen un riesgo para la salud, así como la influencia que los factores socioeconómicos tienen sobre ellos. Siguiendo las pautas establecidas por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS²¹, se analizarán los siguientes factores: 1) Determinantes estructurales, como el contexto político y la posición socioeconómica, 2) Factores mediadores, como la clase social, el género y la etnia o la raza, 3) Factores conductuales y 4) El sistema de salud

1) Determinantes estructurales.

Tanto el contexto socio-económico como el político determinan, en gran medida, el desarrollo y el estado de salud de una población. Los tipos de políticas macroeconómicas y sociales seguidas por el poder político imperante de cada momento, la fuerza del Estado de bienestar y su capacidad para proteger a los colectivos vulnerables, en épocas de recesión o crisis económica, contribuyen a preservar la salud de la ciudadanía y a mitigar los efectos de la desigualdad social²²..

Los ciclos económicos repercuten en la salud de la población, diversos estudios^{23,24,25} muestran los efectos, a corto y largo plazo, que las crisis económicas provocan en el estado de salud de una población. El crecimiento del desempleo, la reducción de la renta disponible de las familias y el aumento de las migraciones en busca de diferentes oportunidades, son consecuencias directas de los periodos de crisis

²¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2013, 9 julio). OMS “Determinantes sociales de la salud”. https://www.who.int/social_determinants/es/

²² MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. (2015). “Avanzando hacia la equidad Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades Sociales en salud en España”. INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Políticas_Reducir_Desigualdades.pdf

²³ MUÑIZ TOYOS, N. (2014). “Efecto de la crisis económica sobre el sistema sanitario: consecuencias económicas y de salud”. ENE, 8(3), 0. <https://doi.org/10.4321/s1988-348x2014000300012>

²⁴ DÁVILA QUINTANA, C.D, GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. (2009). “Crisis económica y salud”. Gaceta Sanitaria, 23(4), 261-265. Recuperado en 02 de julio de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000400001&lng=es&tlng=es.

²⁵ García TF. El estado de bienestar frente a la crisis política, económica y social. Portularia: Revista de Trabajo Social (revista en internet). 2012 (citado 2013 Dic 5). (12):3-12. Disponible en: http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/5903/El_estado_de_bienestar.pdf?sequence=2.

que se traducen en un empeoramiento de la salud de la población siendo especialmente vulnerables niños, mujeres, inmigrantes y ancianos. En este contexto, las medidas con las que los poderes políticos afronten dichos periodos, son sumamente importantes pues determinarán el alcance de esos efectos, así, si las políticas macroeconómicas se centran en reducir el gasto público, recortando en medidas sociales aumentará la pobreza, precariedad, desigualdad y exclusión social de estos colectivos, agravando sus problemas de salud^{26,27}. Si por el contrario, se protege a esos colectivos durante la crisis económica, su estado de salud no mostrará variaciones significativas a largo plazo.

El aumento del desempleo tiene efectos negativos en salud, a largo plazo, se asocia con un incremento en las enfermedades generales y de la mortalidad, a corto plazo, no se observan variaciones significativas en el estado de salud auto percibido^{28,29}, sin embargo, sí tiene repercusiones en la salud mental de la población, afectando especialmente a hombres en edad laboral o con empleos precarios; la incertidumbre, los problemas financieros producto de esa situación y la falta de recursos, influyen en la posibilidad de desarrollar enfermedades mentales como depresión y ansiedad, no obstante, en poblaciones en las que las políticas económicas se orientan proteger a la sociedad y/o cuentan con las prestaciones de un Estado de bienestar consolidado, se ha observado que el desempleo transitorio puede tener efectos positivos para la salud: reducción del consumo de alcohol y tabaco, mayor tiempo de descanso, mayor tiempo para el autocuidado y reducción del estrés laboral³⁰. Esta información pone de manifiesto que en épocas de crisis, los poderes políticos deben seguir políticas sociales de protección para prevenir el desarrollo y empeoramiento (a largo plazo) del estado de salud de los ciudadanos.

²⁶ MUÑIZ TOYOS, N. (2014). “Efecto de..., op., cit.

²⁷ STUCKLER D., KING L., MCKEE M. (2009). “Mass privatisation and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis”. *The Lancet*, 373(9661), 399-407. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(09\)60005-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(09)60005-2)

²⁸ “La salud auto percibida es un fenómeno multidimensional que proporciona información sobre la salud física, mental del individuo y se ha asociado con la mortalidad, morbilidad y el uso de los servicios sanitarios” UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE VALENCIA. (2017). “La salud auto percibida, fenómeno multidimensional de gran interés en el campo de la investigación en salud”. <https://www.universidadviu.es/la-salud-autopercibida-fenomeno-multidimensional-gran-interes-campo-la-investigacion-salud/>.

²⁹ GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCCEL, B. (2019, febrero). “¿Ha empeorado la crisis económica la salud en España?”. Nada es gratis. <https://nadaesgratis.es/beatriz-gonzalez-lopez-valcarcel/ha-empeorado-la-crisis-economica-la-salud-en-espana>

³⁰ Dávila Quintana, C.D, González López-Valcárcel, B. (2009). “Crisis..., op., cit..

El efecto perjudicial de la disminución de la renta disponible es evidente, las familias que ven reducidos sus ingresos empeoran sus hábitos de alimentación, los alimentos saludables son más caros que los alimentos densos en energía, lo que conduce a que las familias empobrecidas por la crisis, sufran una falta de acceso o déficit en el consumo de determinados alimentos esenciales para desarrollar una buena salud³¹ e incrementen el consumo de alimentos densos en energía, compuestos por granos refinados, de alimentos con alto contenido en grasas, y de azúcares³², este cambio en las pautas de alimentación concluye en problemas como obesidad, que constituye uno de los principales factores de riesgo en el desarrollo de ENT, o desnutrición³³. Estos problemas son especialmente graves en los niños, pues la nutrición, en etapas tempranas de la vida, tanto en el periodo prenatal como en la infancia, “*constituye uno de los determinantes más importantes del desarrollo y de la función de órganos y sistemas, es un factor importante para la prevención de las ENT y la mejora de la salud futura*”³⁴. La obesidad infantil es uno de los grandes problemas de salud pública a nivel mundial, tiene consecuencias sobre la salud física y mental, se asocia con un mayor riesgo de alteraciones como el síndrome metabólico, la resistencia a la insulina, la hipertensión arterial, problemas musculoesqueléticos, alteraciones del sueño y la diabetes de tipo 2 aumenta la posibilidad de sufrir depresión, provoca estigmatización, afectando a la socialización del menor y se relaciona con una reducción del logro educativo. La obesidad infantil, conduce a la obesidad adulta, incrementa el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, y en consecuencia, reduce el capital humano del adulto, condicionando su nivel económico³⁵.

La disminución de la renta no solo afecta a la calidad de la nutrición, también se asocia con el aumento del consumo de alcohol y tabaco³⁶, y determina las posibilidades de acceso a la educación. Las familias de rentas bajas no pueden afrontar la inversión en

³¹ ARANCETA-BARTRINA, J., PARTEARROYO, T., LÓPEZ-SOBALER, A. M., et al. (2019). “Updating the Food-Based Dietary Guidelines for the Spanish Population: The Spanish Society of Community Nutrition (SENC) Proposal”. *Nutrients*, 11(11), 2675. <https://doi.org/10.3390/nu11112675>

³² DREWNOWSKI A, SPECTER SE. “Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs”. *Am J Clin Nutr*. 2004; 79(1):6-16. doi:10.1093/ajcn/79.1.6

³³ MUÑIZ TOYOS, N. (2014). “Efecto de..., op., cit.

³⁴ Moreno-Villares, J.M, Collado, M.C, Larqué, E, et al.. (2019). “Los primeros 1000 días: una oportunidad para reducir la carga de las enfermedades no transmisibles”. *Nutrición Hospitalaria*, 36(1), 218-232. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.02453>

³⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (2016). “ENDING CHILDHOOD OBESITY”. WHO Library Cataloguing in Publication Data. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204176/9789241510066_eng.pdf?sequence=1

³⁶ ADELANTADO, J. (2000). Cambios en el estado del bienestar : políticas sociales y desigualdades de España. ICARIA. Pags 278-280

educación, la cual, supone una herramienta necesaria para luchar contra la pobreza, el hambre y las enfermedades, de acuerdo con el informe de los Objetivos del milenio, elaborado por las Naciones Unidas en 2009.

La salud y la educación están directamente relacionadas, numerosos estudios demuestran que las personas con educación superior padecen menos enfermedades que sus coetáneos menos educados³⁷, las razones pueden ser que las personas más formadas son más sensibles a las campañas de prevención, además, se observa una disminución del consumo de alcohol y tabaco, y del sedentarismo a medida que aumenta el nivel de formación.

Teniendo en cuenta la información anterior, podemos afirmar que la pobreza es hereditaria y marca todas las etapas de la vida, “*desde el útero a la tumba*”³⁸, para romper con este círculo de pobreza y desigualdad social, es imprescindible que los poderes públicos inviertan en políticas sociales, dirigidas a proteger a los colectivos vulnerables de estos efectos, centrándose en la educación y en la prevención de las enfermedades crónicas en la infancia para disminuir la carga económica que suponen este tipo de enfermedades al Sistema Nacional de Salud.

El peso de las enfermedades crónicas no transmisibles en el gasto público, así como las medidas específicas adoptadas desde organismos internacionales, supranacionales y nacionales para reducirlo se analizarán en apartados posteriores.

2) Factores mediadores.

La distribución de las enfermedades no transmisibles depende de la edad, el sexo, la clase social y la raza o la etnia, entre otros.

El aumento generalizado de la esperanza de vida³⁹, ha traído consigo un cambio en los patrones de morbilidad, las enfermedades crónicas no transmisibles junto con las degenerativas superan a las enfermedades infecciosas (en descenso), responsables, tradicionalmente, de la mayoría de las muertes. Actualmente, el patrón de enfermedades viene definido por las enfermedades no transmisibles, tanto para el grupo

³⁷ CUTLER D.M., LLERAS-MUNNEY A., VOGL T. “Socioeconomic status and health: dimensions and mechanisms”. National Bureau of Economic Research Working Paper Series. 2008; 14333. (DOI): 10.3386/w14333

³⁸ LLANO GÓMEZ, C. (2020). “La pastilla contra la pobreza”. Diario Sanitario. <https://diariosanitario.com/la-pastilla-contra-la-pobreza/>

³⁹ Entre el 2000 y 2016 el promedio de esperanza de vida ha aumentado 5,5 años alcanzando los 72 años.

de edad madura (45-65) años como para el grupo anciano (mayores de 65), este patrón de morbimortalidad, a nivel nacional, viene representado por las enfermedades cardiovasculares (31,31%), neoplasias (26,75%), desórdenes neurológicos (15,28%), seguidas por las enfermedades respiratorias (7,98%), la diabetes (6,5%), las enfermedades digestivas (3,06%)⁴⁰, etc. Este cambio viene determinado por el desarrollo de la ciencia médica y por el cambio de patrones del comportamiento, mencionados anteriormente: aumento del sedentarismo, mala nutrición y el incremento del consumo de alcohol y tabaco, que se han adoptado en todos los países desarrollados o en vías de desarrollo.

Se aprecia, además que más del 40% de los mayores de 45 y más del 73% de los mayores de 65 presentan más de una ENT⁴¹, esta concentración de enfermedades en una misma persona o comorbilidad, se asocia con una disminución de la autonomía del paciente, deterioro funcional y discapacidad⁴², como consecuencia se tiende a la poli-medicación⁴³.

Existe, además, una tendencia ascendente de enfermedades no transmisibles como la hipertensión, el colesterol, la diabetes y la obesidad, todas ellas factores de riesgo en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, principal causa de muerte a nivel global. La obesidad aumenta con la edad, hasta los 74 años, cuando empieza a descender, también aumentan los problemas articulares y reumáticos, y se percibe un aumento del dolor de cualquier etología con el aumento de los años⁴⁴.

El envejecimiento de la población es un determinante directo del aumento de ENTs, sin embargo estas enfermedades no solo afectan a los grupos de mayor edad. En los grupos de adultos jóvenes (21-44) y adolescentes (10-21), las ENT están presentes y presentan un importante factor conductual.

⁴⁰ GLOBAL BURDEN OF DISEASE. (2017). GBD Results Tool | GHDx. GLOBAL BURDEN OF DISEASE Results Tool. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2017-permalink/745a3a6452e4ccd4c0e246f28b33b703>

⁴¹ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. (2017). “Población con alguna enfermedad o problema de salud crónicos percibido según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años”. INE. <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p419/a2017/p01/10/&file=02001.px#!tabs-tabla>

⁴² RAMOS CORDERO, P., PINTO FONTANILLO, J.A. (2015). “Las personas mayores y su salud: situación actual. Avances en Odontología”, 31(3), 107-116. <https://dx.doi.org/10.4321/S0213-12852015000300001>

⁴³ BLASCO PATIÑO F, MARTÍNEZ LÓPEZ DE LETONA J, VILLARES P, JIMÉNEZ AI. “El paciente anciano polimedcado: efectos sobre su salud y sobre el sistema sanitario”. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud 2005; 29:6.

⁴⁴ RAMOS CORDERO, P., PINTO FONTANILLO, J.A. (2015). Las personas mayores..., op., cit.

En el caso de los adolescentes, la mortalidad se debe principalmente a accidentes (52,25%), seguida por las enfermedades crónicas (43,34%), destacando los tumores, neoplasias, enfermedades del aparato circulatorio, respiratorio y del sistema nervioso⁴⁵.

La atención deficitaria a los adolescentes, las escasas campañas de prevención enfocadas a ellos, unido a los comportamientos de riesgo adoptados a dicha edad como el sedentarismo, el consumo de alcohol, tabaco y drogas como el cannabis, determinan el grado de salud física y psíquica a esta edad, se observa un aumento de enfermedades mentales, como los trastornos depresivos unipolares y ansiedad; la obesidad va en incremento alcanzando al 14,2% de este grupo de población.

Los adultos jóvenes presentan un patrón de morbimortalidad que combina los analizados anteriormente, la mortalidad por lesiones se reduce (23,83%) y la mortalidad por ENT se incrementa llegando al 70,44%, siendo las principales causas de muerte neoplasias (36,41%), enfermedades cardiovasculares (15,99%) y diabetes (2,57%). Los factores de riesgo más importantes son los conductuales, destacando el consumo de tabaco y la mala nutrición.

Atendiendo al sexo, se observan diferencias en la salud entre hombres y mujeres, estas incluyen las diferencias biológicas, los patrones diferenciales de morbilidad y mortalidad entre hombres y mujeres, vienen determinados tanto por las diferencias genéticas, hormonales y metabólicas, como los distintos sistemas genitourinarios⁴⁶. Un ejemplo claro de este hecho, se aprecia las muertes que se producen por cáncer de cuello uterino en mujeres y por cáncer de próstata en los hombres. También las influencias hormonales afectan al desarrollo de enfermedades musculo-esqueléticas en mujeres o la mayor probabilidad de los hombres a padecer trastornos cardiacos incluso en edades jóvenes⁴⁷. Las mujeres tienen una esperanza de vida (85,8 años) mayor que los hombres (80,5 años), sin embargo, la esperanza de vida en buena salud⁴⁸ es superior en los

⁴⁵ GLOBAL BURDEN OF DISEASE. (2017). GBD Results Tool | GHDx. GLOBAL BURDEN OF DISEASE Results Tool. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2017-permalink/90a75dc1d4ca881e06679871630e7906>

⁴⁶ BORRELL, CARME, GARCÍA-CALVENTE, MARÍA DEL MAR, & MARTÍ-BOSCÀ, JOSÉ VICENTE. (2004). "La salud pública desde la perspectiva de género y clase social". Gaceta Sanitaria, 18(Supl. 1), 02-06. Recuperado en 05 de julio de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400002&lng=es&tlng=es.

⁴⁷ ARTAZCOZ L. "Salud y género". Documentación Social 2002; 127: 181-206. <https://www.researchgate.net/publication/257654192>

⁴⁸ "Los años de esperanza de vida en buena salud proporcionan información sobre la calidad de vida en términos de salud del horizonte de años de vida de los individuos. Se considera condición de buena salud la ausencia de limitaciones funcionales o de discapacidad. Las enfermedades crónicas, los problemas

hombres (84,5 años) que en las mujeres (79,2 años)⁴⁹, las mujeres viven todos los años de su vida en peores condiciones de salud que los hombres y viven más años con discapacidad que los hombres⁵⁰. No obstante, los hombres tienen tasas más altas de mortalidad en las 15 principales causas de muerte. Parece obvio, entonces, que las diferencias de salud entre hombres y mujeres no se explica únicamente mediante las diferencias biológicas, sino que existen roles o conductas que determinan estos resultados.

El rol tradicional de la mujer se ha asociado con el cuidado del hogar y de la familia, con el acceso de la mujer al mercado laboral estas tareas de cuidado no han variado significativamente y sigue siendo la mujer, la que carga con esas responsabilidades, esta doble jornada tiene un impacto negativo en salud y es más negativo cuanto menos cualificado es el trabajo fuera del hogar, o cuanto menor es el grado de formación de la mujer. Las condiciones laborales de las mujeres son más precarias que la de los hombres, enfrentándose además a una mayor tasa de desempleo. El acceso de la mujer a la educación, tradicionalmente, también ha sido menor que el de los hombres de su misma condición social. Estos factores sociales unidos al hecho de que la medicina enfocada a la mujer es relativamente nueva, es decir, hasta hace 25⁵¹ años se asumía que los síntomas, necesidades y resultados observados en varones eran extrapolables a la mujer; han condicionado el estado de salud de la mujer, que vive más años que los hombres pero con enfermedades crónicas, discapacidades y peor salud mental⁵².

¿Por qué, entonces, si los hombres tienen los factores sociales de su parte tienen mayores tasas de mortalidad? Estudios recientes⁵³, señalan que la masculinidad

mentales y la discapacidad física aumentan su prevalencia con la edad y reducen la calidad de vida de las personas que sufren estas condiciones de salud”.

⁴⁹ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. (2018). “Esperanza de vida en buena salud”. INE. https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926378861&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout#::%7E:text=En%20Espa%C3%B1a%20con%20informaci%C3%B3n%20correspondiente,su%20horizonte%20total%20de%20vida.

⁵⁰ MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. (2012). Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD CENTRO DE PUBLICACIONES. https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

⁵¹ ARTAZCOZ L. (2002) “Salud..., op., cit.

⁵² ARTAZCOZ, L., CORTÈS, I., BENACH, J., BORRELL, C. (2001) “Desigualdades de género en salud mental: desempleo, clase social y roles familiares”. Gaceta Sanitaria, noviembre 2001, vol. 15, pág. 52.

⁵³ SIEGFRIED, M., JADAD, A. (2001). “The future of men and their health”. British Medical Journal, noviembre 2001, vol. 323, págs.1013-1014.

tradicional se asocia con factores de riesgo como un mayor consumo de tabaco y alcohol, peor nutrición y mayor obesidad que las mujeres. Además, se observa que los hombres tienen menores tasas de enfermedades mentales pero mayores tasas de suicidio lo que se podría relacionar con el estereotipo masculino de no tratar sus emociones.

En definitiva, la salud entre hombres y mujeres no es solo diferente, es también desigual pues está condicionada por factores sociales que establecen diferencias evitables entre hombres y mujeres⁵⁴.

Analizando la distribución de enfermedades no transmisibles por raza o etnia, se comprueba que ciertas razas o etnias tienen mayor predisposición a sufrir ENTs.

Existe una mayor predisposición a desarrollar hipertensión para las personas afro descendientes que para las de raza blanca⁵⁵, o para los ciudadanos surasiáticos en comparación con los europeos, se debe a que “*los primeros tienen los vasos coronarios más pequeños que los europeos, triplicando el desarrollo de trombos y favoreciendo, así, la aparición de arterioesclerosis*”⁵⁶.

También se ha demostrado que tanto las personas de raza negra como las asiáticas y las etnias como los latinos tienden a sufrir el síndrome de resistencia a la insulina, que favorece a la aparición de obesidad abdominal y dislipidemia; y el síndrome metabólico factor de riesgo en las enfermedades cardiovasculares, más que los caucásicos⁵⁷. Estas tendencias pueden venir determinadas por los hábitos nutricionales ya que ambos síndromes se relacionan con la ingesta de alimentos altos en grasa.

La desigualdad en la salud entre razas no solo viene determinada por los factores conductuales, también se relaciona con la discriminación en el acceso, de determinadas

⁵⁴ BORRELL, C., GARCÍA-CALVENTE, M.M., MARTÍ-BOSCÀ, J.V. (2004). “La salud pública desde la perspectiva de género y clase social”. Gaceta Sanitaria, 18(Supl. 1), 02-06. Recuperado en 05 de julio de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400002&lng=es&tlng=es.

⁵⁵ RAMOS, W., VENEGAS, D., HONORIO, H., et al (2014). “Enfermedades no transmisibles: efecto de las grandes transiciones y los determinantes sociales”. Revista Peruana de Epidemiología, 18 (1), 1-10. ISSN: . Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2031/203132677006>

⁵⁶ SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA. (2017, 22 mayo). “La raza condiciona el riesgo cardiovascular”. <https://secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/notas-de-prensa-sec/4293-raza-condiciona-riesgo-cardiovascular#:~:text=%E2%80%9CAunque%2C%20en%20general%2C%20los,lo%20que%20favorece%20la%20arterioesclerosis.>

⁵⁷ CALDERÍN BRO, YANES QMÁ, YANES QM, et al. Resistencia a la Insulina y Síndrome Metabólico en pacientes dislipidémicos. Rev Acta Médica. 2015;16(1):

razas, a los sistemas de salud. Por ello, para reducir esta desigualdad es imprescindible garantizar un acceso universal a los sistemas sanitarios.

La clase social⁵⁸ marca directamente el estado de salud de una población, pertenecer a una clase social baja implica no contar con los recursos materiales suficientes y las oportunidades necesarias para poder determinar el propio destino; y determina tanto el estilo de vida como las posibilidades de cambiar⁵⁹.

Las enfermedades no transmisibles se han considerado, tradicionalmente, como las enfermedades de la opulencia o del primer mundo, sin embargo, tienen una mayor presencia en las personas que presentan menor nivel de renta, pertenecientes a clases sociales bajas. Como se ha mencionado anteriormente y se analizará detenidamente en el apartado siguiente, las ENT están condicionadas por los factores conductuales modificables como el consumo habitual de alcohol y tabaco, la nutrición insana y el sedentarismo, todos estos factores tienen un marcado gradiente económico, el consumo habitual de alcohol se asocia con un menor nivel de estudios aunque dicho consumo está generalizado en el país. El consumo de tabaco, sin embargo, aumenta a medida que desciende la posición social. En la nutrición esta relación es evidente, a menor clase social peor calidad de dieta y mayor consumo de comida rápida. En cuanto a la actividad física o ausencia de la misma, el 44% de las personas de clase baja afirmaban no practicar deporte nunca frente al 25,7% de las de clase alta, en el extremo opuesto, de las personas que afirman hacer ejercicio varias veces a la semana solo el 9,5% de ellas pertenecen a clase baja, en cambio el 22% de ellas son de clase alta⁶⁰.

Como se puede observar, la clase social determina todos los factores de riesgo modificables contemplados por la OMS, pero no solo eso, un estudio⁶¹ reciente encargado por la Comisión Europea, señalaba la importancia de considerar la clase

⁵⁸ La clase social se define en base a la posición ocupacional, se clasificó como alta (profesionales y gerentes superiores, empleados administrativos, de servicios y de ventas superiores), media (pequeños empleadores y trabajadores por cuenta propia, agricultores, supervisores inferiores y técnicos), o baja (trabajadores administrativos, de servicios y de ventas inferiores, trabajadores cualificados, semi-cualificados y trabajadores no cualificados)

⁵⁹ TOBIAS, M. (2017). "Social rank: a risk factor whose time has come?". *The Lancet*, 389(10075), 1172-1174. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)30191-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)30191-5)

⁶⁰ Llano, J. (2019). "El estado de la pobreza, 9º informe AROPE. Seguimiento del indicador de riesgo de pobreza y exclusión social en España 2008-2018". Madrid: Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social. Págs. 65-79

⁶¹ Stringhini, S., Carmeli, C., & Jokela, M. et al (2017). "Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women". *The Lancet*, 389(10075), 1229-1237. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)32380-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)32380-7)

social como un factor de riesgo modificable más, puesto que los poderes públicos nacionales e internacionales pueden intervenir para reducir el efecto que provoca en la morbilidad.

Este estudio, desarrollado por Silvia Stringhini, muestra que la baja posición social está asociada con una disminución de la expectativa de vida mayor que la que provoca alguno de los factores anteriores. En concreto, la baja posición social, se asoció con una disminución de 2,1 años de la expectativa de vida, similar a la provocada por el sedentarismo (2,4 años) y superior a la asociada al consumo de alcohol (1 año), la pérdida de expectativa de vida, asociada al tabaco, es la mayor (4,8 años).

Ante estas revelaciones, se pide a los gobiernos y a las instituciones relacionadas con la vigilancia de la salud que dejen de considerar la clase social como un factor estructural y pase a ser un factor modificable hacia el que se dirijan las políticas de prevención.

3) Factores conductuales.

El desarrollo económico, la urbanización y la globalización de los mercados, de las últimas décadas, han tenido efectos sobre los hábitos de vida de las poblaciones. Un mayor acceso a alimentos, más diversos y comercializados desde una base global, ha supuesto un cambio en los patrones de alimentación, incrementándose el consumo de alimentos muy energéticos con alto contenido en grasas, sodio, y azúcares refinados. Estos patrones alimentarios unidos a: la disminución de la actividad física, favorecida por el aumento de las redes de transporte y del uso de vehículos motorizados, la reducción de los trabajos físicamente exigentes, y los modelos de ocio sedentarios; el aumento generalizado del consumo de alcohol, de tabaco y de otras sustancias perjudiciales; han condicionado los patrones de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados y en vías de desarrollo, enfermedades crónicas como la obesidad, diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y algunos tipos de cáncer son las principales causas de discapacidad y muerte prematura en estas poblaciones. A continuación, se analizará el efecto perjudicial que cada uno de estos efectos tiene sobre la salud.

a) Nutrición.

Según la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria, una dieta saludable debe incluir “*al menos tres piezas de fruta, 300 g de verduras y hortalizas, 2 a 3 raciones de lácteos, al día, 3 raciones semanales de carne, 3 a 4 raciones semanales de pescado, tres a cinco huevos a la semana, 2 a 4 raciones semanales de legumbres, cuatro a seis raciones de cereales integrales y derivados al día y tres a siete raciones semanales de frutos secos. Además, se debe limitar el consumo de grasas saturadas, sal y azúcar en todas sus formas*”⁶².

Sin embargo, el acceso a determinados alimentos está condicionado al nivel de renta, estudios, clase social, edad, costumbres y en definitiva, posibilidades, por lo que este consumo, considerado óptimo, no está garantizado para gran parte de población. Un estudio reciente⁶³, ha puesto de manifiesto las implicaciones que tiene para la salud de una población no consumir el nivel óptimo de nutrientes; una ingesta insuficiente de cereales enteros y de frutas, junto con un elevado consumo de sodio son los principales factores de riesgo en el desarrollo de ENTs, por encima de las dietas altas en grasas saturadas y azúcares refinados. A nivel mundial, el consumo de la mayoría de nutrientes y alimentos saludables fue sub-óptimo mientras que la ingesta diaria de todos los alimentos y nutrientes no saludables superó el nivel óptimo.

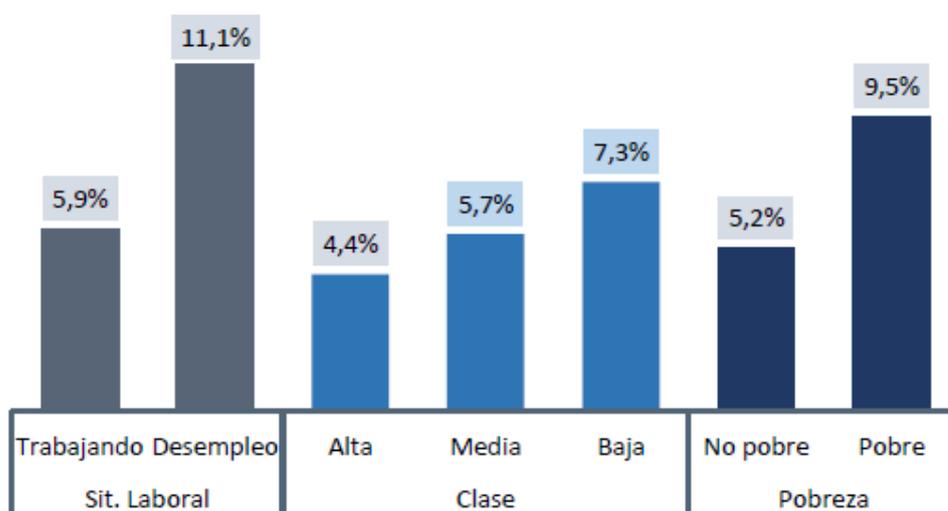
A nivel nacional, solo dos de cada tres personas alcanzan el consumo adecuado de frutas al día, siendo superior entre las mujeres, las familias de rentas altas, mayor nivel de estudios y pertenecientes a altas clases sociales, en cuanto a las personas desempleadas o de menores ingresos, consumen menos de un 15% de la cantidad recomendada⁶⁴. El consumo de verdura, se distribuye de forma similar, sin embargo el consumo de legumbres es contrario, se observa que las personas desempleadas, con menor nivel de estudios y pertenecientes a clases bajas consumen en mayor proporción, llegando al nivel adecuado, que las personas de mayores ingresos.

⁶² Dapcich, V., Salvador Castell, G., & Ribas Barba, L. (2010).” Guía de la alimentación saludable”. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria.

⁶³ AFSHIN, A., SUR, P. J., FAY, K. A., CORNABY, L., et al. (2019). “Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017”. The Lancet, 393(10184), 1958-1972. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)30041-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)30041-8)

⁶⁴ LLANO, J. (2019). “El estado de la pobreza...”, op., cit

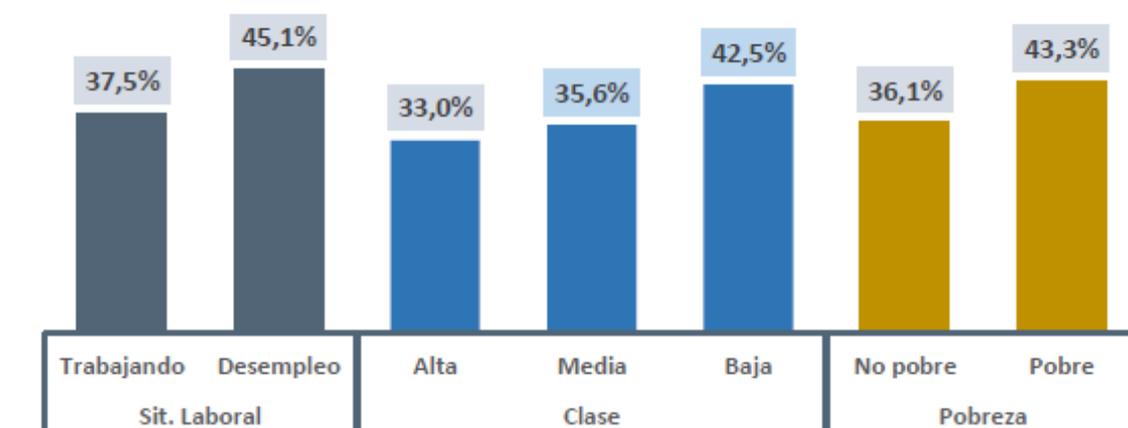
Porcentaje de población que no consume fruta fresca en función de diversas variables.



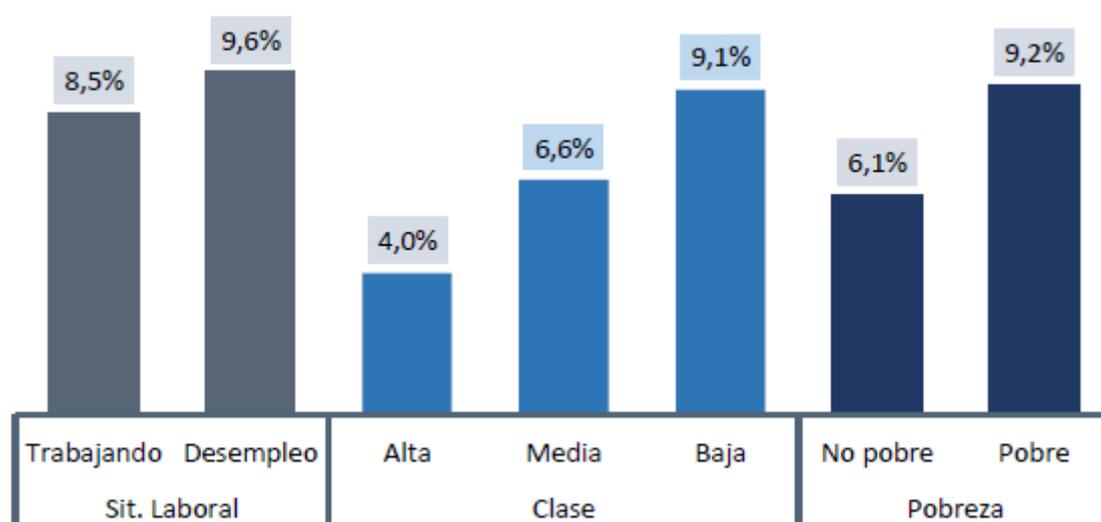
Fuente: Informe pobreza y salud. Datos: Encuesta Nacional de Salud del año 2017.

Respecto al consumo de carne y pesado, la proporción de consumo aumenta con la renta, edad, clase social y nivel de estudios, no obstante, solo dos de cada tres personas llegan al consumo óptimo. El consumo de alimentos baratos como arroz, pan, patatas y pasta es superior para jóvenes, hombres y personas pertenecientes a hogares desfavorecidos. Esta misma distribución es aplicable al consumo de comida rápida, son los jóvenes, hombres, desempleados y familias con menor nivel de estudios y renta las que consumen este tipo de alimentos con una frecuencia de más de tres veces por semana, cantidad superior a la óptima.

Porcentaje de población que consume 4 o más raciones de pasta, arroz o patatas por semana en función de diversas variables



Fuente: Informe pobreza y salud. Datos: Encuesta Nacional de Salud del año 2017.



Porcentaje de población que consume 3 o más raciones de comida rápida por semana en función de diversas variables

Fuente: informe pobreza y salud. Datos: Encuesta Nacional de Salud del año 2017.

Este consumo se asocia con enfermedades como la obesidad y el síndrome metabólico, principales factores de riesgo en el desarrollo de ENTs como enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, diabetes mellitus, hipertensión arterial y algunos tipos de cáncer⁶⁵. Es necesario incidir, por lo tanto, en una alimentación saludable, enfocando las políticas en promover la ingesta adecuada de alimentos saludables, pues tienen más relevancia en el desarrollo de ENTs que el consumo de alimentos grasos.

⁶⁵ GUTIÉRREZ-FISAC JL, SUÁREZ M, NEIRA M, REGIDOR E. “Tendencia de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas”. España, 2001-2011/12. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013.

El estudio, publicado en “The Lancet”, determinó que a nivel mundial, los riesgos alimentarios fueron responsables de 11 millones muertes y 255 millones AVAD. La enfermedad cardiovascular fue la principal causa de muertes relacionadas con la dieta (10 millones de muertes) y AVAD (207 millones de AVAD), seguida de cánceres (913 090 muertes y 20 millones de AVAD) y diabetes tipo 2 (338 714 muertes y 24 millones AVAD). De estos datos, fueron atribuibles a factores de riesgo dietéticos: alta ingesta de sodio (3 millones muertes y 70 millones AVAD), baja ingesta de granos enteros (3 millones muertes y 82 millones AVAD) y baja ingesta de frutas (2 millones muertes y 65 millones AVAD).

Por ello se pide a los poderes políticos que tomen medidas en dirección a promover el consumo adecuado de alimentos saludables. Pues, la dieta sub-óptima es responsable de más muertes que cualquier otro factor riesgo a nivel mundial, incluido el consumo de tabaco⁶⁶.

b) Actividad física.

Existen evidencias de que la actividad física es un factor protector en el riesgo de desarrollar diversas enfermedades no transmisibles como la enfermedad coronaria, la hipertensión, la diabetes mellitus⁶⁷, la osteoporosis y las enfermedades mentales como la ansiedad y la depresión⁶⁸, el efecto beneficioso sobre la salud se obtiene con la práctica regular de al menos 150 minutos a la semana de actividad física aeróbica de intensidad moderada.

La inactividad física está considerada, como el cuarto factor de riesgo de mortalidad más importante en todo el mundo, causando el 6% del conjunto de las defunciones⁶⁹. Se asocia con el incremento de la mortalidad por ENTs, en especial enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer⁷⁰.

⁶⁶ Afshin, A., Sur, P. J., Fay, K. A., Cornaby, L., et al (2019). “Health effects...”, op., cit.

⁶⁷ PETERMANN, F., DÍAZ-MARTÍNEZ, X., GARRIDO-MÉNDEZ, Á., et al (2018). “Asociación entre diabetes mellitus tipo 2 y actividad física en personas con antecedentes familiares de diabetes”. *Gaceta Sanitaria*, 32(3), 230-235. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.09.008>

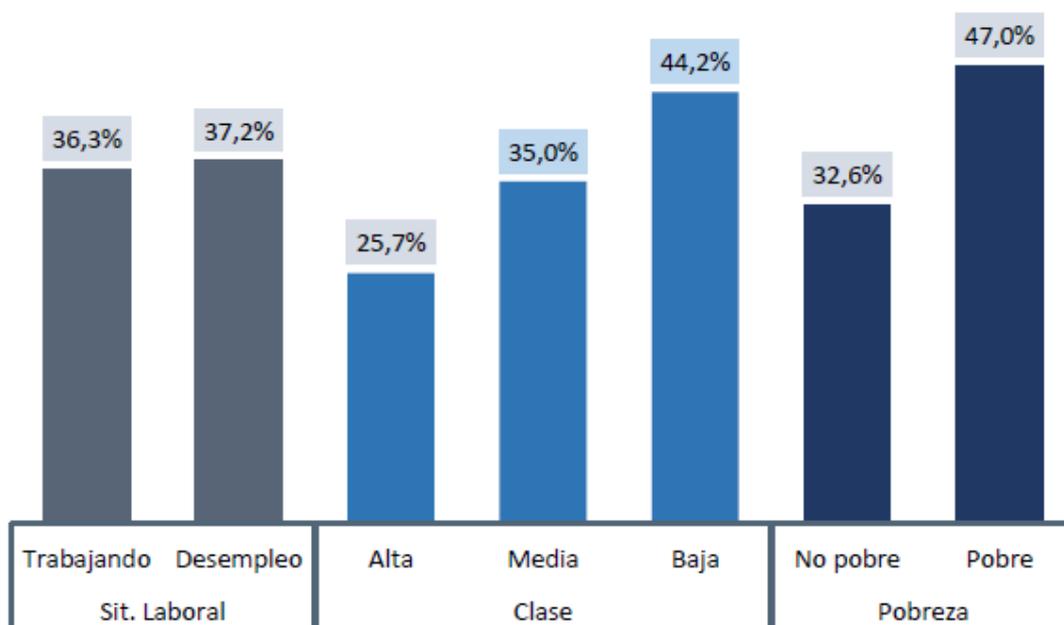
⁶⁸ MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. (2015). “Avanzando...”, op., cit.

⁶⁹ Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. OMS, Ginebra, 2010.

⁷⁰ MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. (2015). “Avanzando...”, op., cit.

La inactividad física, en nuestro país sigue una tendencia ascendente situándose por encima de la media europea⁷¹. De acuerdo con los datos el informe sobre pobreza y salud, el porcentaje de personas que no practican actividad física nunca alcanza el 37,8% y las que la realizan de forma ocasional (menos de los minutos semanales recomendados) representan el 36,3% del total de la población. La inactividad física es mayor a medida que avanza la edad, en mujeres, personas de clase humilde y con bajo nivel de estudios.

Porcentaje de población que no realiza ninguna actividad física en función de diversas variables.



Fuente: Informe pobreza y salud. Datos: Encuesta Nacional de Salud del año 2017.

En España, la inactividad física supuso el 11,81% de las muertes por enfermedad isquémica del corazón, el 6,41% de las muertes por infartos y el 4,07% de muertes por cáncer de colon.

c) Consumo de alcohol.

Se estima que el consumo nocivo⁷² de alcohol causa más de 3 millones de muertes al año, lo que supone el 5,3% de las muertes y 132,6 millones de años de vida

⁷¹ Organización Mundial de la Salud. (2010). “Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud”. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44441/9789243599977_spa.pdf?ua=1

⁷² “Abarca el consumo de alcohol que provoca efectos sanitarios y sociales perjudiciales para el bebedor, para quienes lo rodean y para la sociedad en general, así como las pautas de consumo de

ajustados por discapacidad (AVAD), es decir, el 5,1% de total, a nivel global. De las muertes atribuibles al consumo de alcohol, 1,7 millones fueron causadas por ENTs (21,3% enfermedades digestivas, 19% enfermedades cardiovasculares, y el 12,6% a cánceres)⁷³.

En España, el consumo nocivo de alcohol es responsable del 7,58% del total de las muertes, de ellas el 6,93% se asociaron a ENTs, además los años ajustado por discapacidad (AVAD) causados por la relación consumo de alcohol/ENT ascendieron a 629.987,69⁷⁴.

El consumo de alcohol, en nuestro país, está generalizado, según datos del “Informe 2019. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España”⁷⁵, el 91,2% de la población de entre 15-64 años ha consumido alcohol al menos una vez en su vida, siendo mayor su consumo entre los hombres, jóvenes, empleados y personas de clase baja, por ingresos el consumo de alcohol no presenta grandes diferencias.

Respecto al consumo de riesgo y la dependencia al alcohol⁷⁶, el 5,1% de las personas analizadas mostraron un consumo de riesgo, siendo mayor entre los jóvenes (15-24 años) 7,2%, representando el porcentaje más elevado para ese grupo de edad, el de los hombres (9,8% de los encuestados, de esas edades, presentaron un consumo de riesgo frente al 4,5% de las mujeres). La dependencia al alcohol afecta más a los hombres de mediana edad (55-64 años) 0,4% de ellos presentaba este rasgo.

alcohol asociadas a un mayor riesgo de resultados sanitarios perjudiciales”. OMS (2010) Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol. <http://bit.ly/1nAAA49>

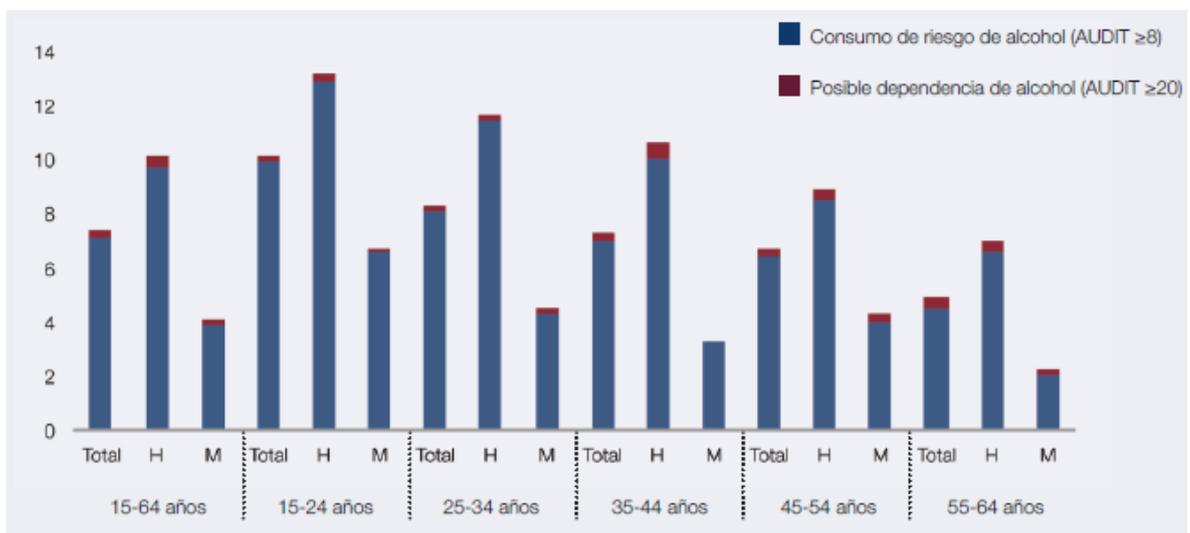
⁷³ Organización Panamericana de la Salud. (2019). “Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018”.

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

⁷⁴ GLOBAL BURDEN OF DISEASE. (2017). GBD Results Tool | GHDx. GLOBAL BURDEN OF DISEASE Results Tool. Disponible en: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2017-permalink/c1af1291f9604642c0d7c4ed232e49d6>

⁷⁵ OBSERVATORIO ESPAÑOL DE LAS DROGAS Y LAS ADICCIONES Y LA DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. (2019). “Informe 2019 alcohol, tabaco y drogas ilegales en España”. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social centro de publicaciones. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasinformacion/informesestadisticas/pdf/2019oeda-informe.pdf>

⁷⁶ El consumo de riesgo se estima mediante un cuestionario (AUDIT) de 10 preguntas. En las que se hace referencia a la cuantificación del consumo alcohólico, al comportamiento o actitud ante la bebida, a las reacciones adversas y a problemas relacionados con el consumo de alcohol. Dependiendo de la puntuación del cuestionario se puede clasificar el consumo como de riesgo o de dependencia.



Prevalencia del consumo de riesgo y de posible dependencia por sexo y edad

Fuente: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España, 2017 (EDADES)

Tanto el consumo generalizado como el perjuicio que causa a la salud hacen del alcohol uno de los principales factores de riesgo modificables a nivel global, por ello tanto las instituciones internacionales como nacionales están poniendo en marcha políticas sociales basadas en prevenir su consumo.

d) Consumo de tabaco.

El consumo de tabaco es el principal factor de riesgo evitable asociado al desarrollo de ENTs⁷⁷, constituye la principal causa de morbilidad y muerte prematura, tanto a nivel global como nacional⁷⁸. El tabaquismo, se relaciona con el empeoramiento de la calidad de vida y la pérdida de años de vida saludables de los fumadores debido al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles como: cáncer (principalmente de pulmón, laringe y esófago), enfermedades respiratorias (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), trastornos mentales (alzhéimer) y enfermedades cardiovasculares (infartos, enfermedad isquémica del corazón y diabetes).

Se estima que las muertes, en el mundo, por consumo de tabacos ascienden a más de 8 millones por año, de ellas 7 millones están relacionados con el consumo

⁷⁷ GLOBAL.TOBACCOFREEKIDS.ORG. (2013). "Tabaco y enfermedades no transmisibles". https://www.google.com/search?q=TABACO+Y+ENFERMEDADES+NO+TRANSMISIBLES.+global.tobaccofreekids.org&rlz=1C1WPZC_enES879ES879&oq=TABACO+Y+ENFERMEDADES+NO+TRANSMISIBLES.+global.tobaccofreekids.org&aqs=chrome.0.69i59.334519j0j9&sourceid=chrome&ie=UTF-8

⁷⁸ CONSEJO INTERTERRITORIAL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. (2019). "Líneas de actuación 2019-20 en el ámbito de la prevención y control del tabaquismo". Ministerio de sanidad, Consumo y Bienestar social. https://www.msbs.gob.es/eu/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Acuerdo_Lineas_actuacion_tabaquismo.pdf

directo y en torno a 1,2 millones de deben al consumo pasivo⁷⁹. Del total de muertes al menos 3 millones se debieron a enfermedades cardiovasculares⁸⁰, 1,5 millones a enfermedades respiratorias crónicas y 1,2 millones a cáncer⁸¹. En nuestro país las cifras de muertes relacionadas con el consumo de tabaco alcanzaron en 2017, 67.203,68; de ellas 64.600,39 se debieron a ENT⁸², si tenemos en cuenta que el total de muertes en nuestro país por ENT es de 384.875,64, el consumo de tabaco supone un 16,8% del total, porcentaje superior a cualquier otro factor de riesgo (nutrición 13,56%, alcohol 6,94% e inactividad física 2,52%)⁸³. Las muertes atribuibles al consumo pasivo se han reducido al 1,17%, esta reducción ha sido progresiva desde el 2006 año en el que entró en vigor la “Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco”, observándose una reducción más pronunciada a partir del 2011 cuando entra en vigor la reforma de dicha ley⁸⁴ que estableció la prohibición de fumar en los “a) Centros de trabajo públicos y privados, salvo en los espacios al aire libre. b) Centros y dependencias de las Administraciones públicas y entidades de Derecho público. c) Centros, servicios o establecimientos sanitarios, así como en los espacios al aire libre o cubiertos, comprendidos en sus recintos. d) Centros docentes y formativos, salvo en los espacios al aire libre de los centros universitarios y de los exclusivamente dedicados a la formación de adultos, siempre que no sean accesos inmediatos a los edificios o aceras circundantes. e) Instalaciones deportivas y lugares donde se desarrollen espectáculos públicos, siempre que no sean al aire libre. f) Zonas destinadas a la atención directa al público. g) Centros comerciales, incluyendo grandes superficies y galerías, salvo en los espacios al aire libre. h) Centros de atención social.

⁷⁹ WORLD HEALTH ORGANIZATION: WHO. (2020). “Tabaco”. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco#:~:text=La%20epidemia%20de%20tabaquismo%20es,fumadores%20expuestos%20al%20humo%20ajeno.>

⁸⁰ NOTICIAS ONU. (2018, 6 junio). “El tabaco causa 3 millones de muertes al año por enfermedades”. <https://news.un.org/es/story/2018/05/1434871>

⁸¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION: WHO. (2019). “Highlights huge scale of tobacco-related lung disease deaths”. [https://www.who.int/news-room/detail/29-05-2019-who-highlights-huge-scale-of-tobacco-related-lung-disease-deaths.](https://www.who.int/news-room/detail/29-05-2019-who-highlights-huge-scale-of-tobacco-related-lung-disease-deaths)

⁸² GLOBAL BURDEN OF DISEASE. (2017). GBD Results Tool | GHDx. GLOBAL BURDEN OF DISEASE Results Tool. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2017-permalink/65f6701a70e318384cb44f3107687d84>

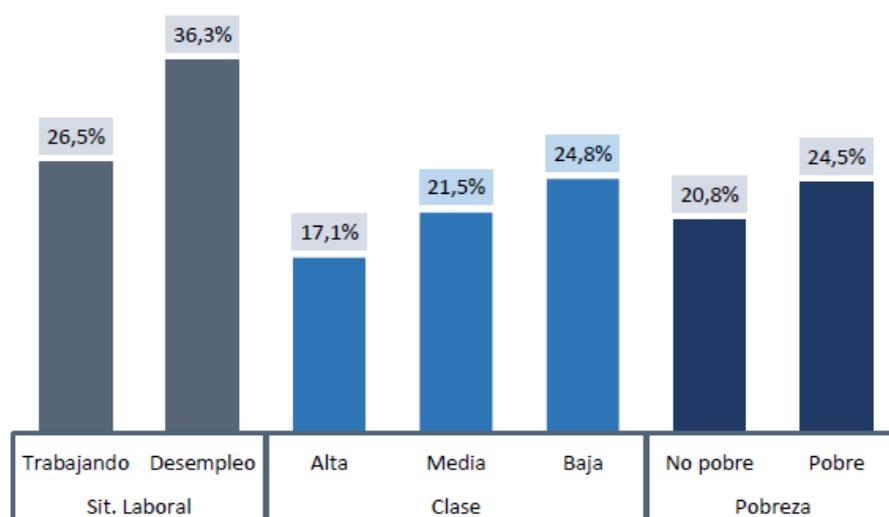
⁸³ GLOBAL BURDEN OF DISEASE. (2017). GBD Results Tool | GHDx. GLOBAL BURDEN OF DISEASE Results Tool <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2017-permalink/f9bb8db22882c1063a4c776559e7c692>

⁸⁴ España. Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Boletín Oficial del Estado, 31/12/2010, núm. 318.

i) Centros de ocio o esparcimiento, salvo en los espacios al aire libre. j) Centros culturales, salas de lectura, exposición, biblioteca, conferencias y museos. k) Salas de fiesta, establecimientos de juego o de uso público en general, salvo en los espacios al aire libre”.

En España el porcentaje de población que fuma diariamente un 22,1% de la población, son los hombres los que más fuman (25,6% frente al 18,8% de las mujeres), la prevalencia del consumo de tabaco es mayor en el grupo de edad de los 25-34 años en hombres (43,1%) y de 45-50 en las mujeres (36%). La distribución del tabaquismo también se ve afectada por la clase social, el nivel de renta y el desempleo siendo las personas pertenecientes a clases bajas, con menor renta y desempleadas las más consumidoras⁸⁵.

Porcentaje de población fumadora en función de diversas variables

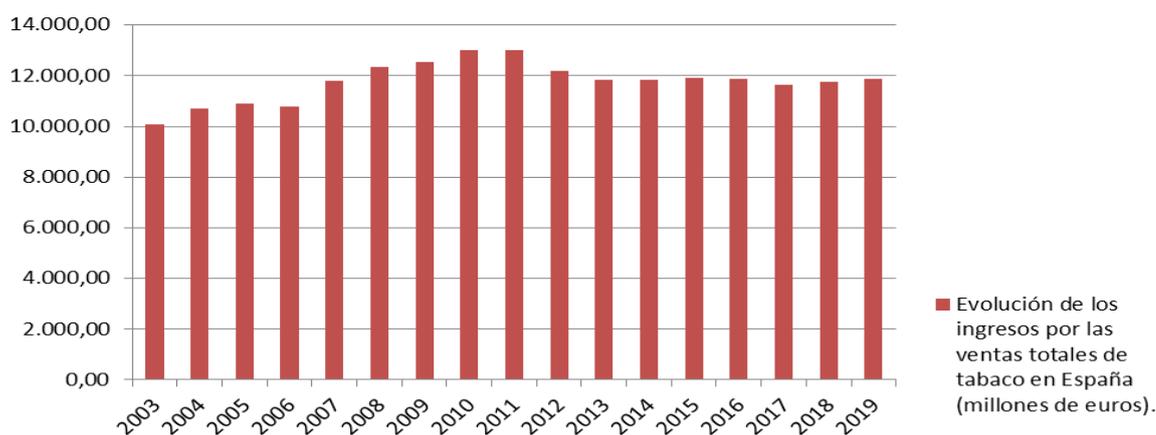


Fuente: Informe pobreza y salud. Datos: Encuesta Nacional de Salud del año 2017.

⁸⁵ RED EUROPEA DE LUCHA CONTRA LA POBREZA Y LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN EL ESTADO ESPAÑOL. (2018). “La desigualdad en la salud”. EAPN ESPAÑA. https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/noticias/1568024450_informe-pobreza-y-salud-vf.pdf

Las políticas implementadas hasta la fecha están teniendo resultados positivos en cuanto a la caída de la venta de tabaco, la disminución de los adolescentes⁸⁶ que lo consumen y la disminución de ciertas enfermedades asociadas al tabaco⁸⁷, sin embargo aunque el porcentaje de fumadores muestre una tendencia a la baja, está disminuyendo lentamente y se estima que no se cumplirán los objetivos marcados por la OMS⁸⁸.

Evolución de los ingresos por las ventas totales de tabaco en España (millones de euros).



Fuente: elaboración propia. Datos: información estadística sobre el mercado de tabacos. Ministerio de Hacienda.

Del análisis anterior podemos extraer que todos los determinantes de la salud están relacionados entre sí, siendo el nivel socioeconómico el que más afecta al resto, por ello, y en línea con las conclusiones del artículo publicado en “The Lancet” mencionado anteriormente, pensamos que para avanzar en la reducción de las enfermedades no transmisibles, es necesario empezar a considerar el nivel socioeconómico como un factor modificable hacia el que se dirijan las medidas sociales preventivas. Otorgando a las personas vulnerables la opción de cambiar sus hábitos, mediante el apoyo gubernamental, dirigido a la mejora de las condiciones de vida, de la educación y de la nutrición, conseguiremos reducir el impacto económico y social que estas enfermedades producen.

⁸⁶ SCIEDIRECT. (2012). “Cambios en la prevalencia del tabaquismo en los adolescentes en España.” <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711001612?via%3Dihub>

⁸⁷ FERNÁNDEZ DE BOBADILLA, J., DALMAU, R., GALVE, E. (2014). Impacto de la legislación que prohíbe fumar en lugares públicos en la reducción de la incidencia de síndrome coronario agudo en España. *Revista Española de Cardiología*, 67(5), 349-352. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2013.08.018>

⁸⁸ WORLD HEALTH ORGANIZATION: WHO. (2019c, diciembre 19). “La OMS presenta un nuevo informe sobre las tendencias mundiales del consumo de tabaco”. <https://www.who.int/es/news-room/detail/19-12-2019-who-launches-new-report-on-global-tobacco-use-trends>

4) Sistema de salud.

El desarrollo y las consecuencias para la salud de las enfermedades crónicas no transmisibles, están relacionados con la calidad, la eficacia de los servicios de atención médica y las posibilidades de acceso⁸⁹ al sistema sanitario de cada población. Un sistema de salud basado en los principios de universalidad, atención integral, equidad, eficiencia, funcionalidad e intersectorialidad, en el que se permita la participación de la población⁹⁰; tendrá la capacidad necesaria para afrontar los retos sanitarios mundiales y minimizar el efecto de las desigualdades en la salud de la población.

En España, el Sistema Nacional de Salud ha evolucionado a lo largo de las últimas décadas, partiendo de la creación del Instituto Nacional de Previsión (1908), que introdujo un régimen de libertad subsidiada, orientado a fomentar la previsión popular mediante las “pensiones de retiro” de configuración público-privada. Posteriormente, se introdujo el retiro obrero obligatorio (1919), para proteger a los trabajadores asalariados de menores rentas en la vejez, gestionado por este Instituto y financiado con participación de las empresas y del Estado⁹¹. No fue hasta 1938, que se instauró un régimen obligatorio de subsidios familiares cuya cobertura se amplió a los asalariados de varias ramas de producción, dependiendo, las prestaciones, de las condiciones particulares de cada familia. En el periodo de 1942-1947 se crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad, destinado a todos los productores vulnerables económicamente, se amplía el retiro obligatorio configurándose, entonces, como un seguro de vejez e invalidez. Sin embargo, ante la insuficiencia de los seguros sociales, se va desarrollando un sistema mutualista, cuya implantación no será definitiva hasta 1954, con la aprobación del Reglamento General del Mutualismo Laboral. La Ley de Bases de la Seguridad Social (1963) unificó e integró los diversos seguros existentes, en un sistema de protección social, con una base financiera de reparto, gestión pública y participación

⁸⁹ OCDE. (2019). “State of Health in the EU España Perfil sanitario nacional 2019”. European Observatory on Health Systems and Policies. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_es_spanish.pdf

⁹⁰ MIRANDA CAMARERO, M.V. (2014). “Revisión y reflexión sobre la sanidad pública española. Enfermería Nefrológica”, 17(2), 85-91. <https://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842014000200001>

⁹¹ AULA DE LA SEGURIDAD SOCIAL. (2018). “Etapa de definición prestacional e institucional (1900 - 1962)”. <http://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/PortalEducativo/Profesores/Unidad1/PESS51/PESS53>

del Estado en la financiación⁹². La Ley General de la Seguridad Social de 1966⁹³ y la Ley de Financiación y Perfeccionamiento de la acción protectora de 1972⁹⁴, tratan de corregir los problemas financieros heredados del antiguo mutualismo, “*se define una estructura de cotización mayor, calculada en el Régimen General de acuerdo con los salarios reales y en el resto de Regímenes Especiales, que define la Ley de Bases, en atención a la distinta naturaleza y condiciones de ciertas actividades profesionales, con arreglo a unas bases mínimas o de acuerdo con lo acordado en procedimientos negociados. Asimismo, se mejora el campo de la acción protectora y se inicia la progresiva homologación entre Regímenes*”⁹⁵. Sin embargo, la nueva estructura no logra corregir los problemas de financiación, por lo que las prestaciones siguen siendo insuficientes. El desarrollo de la Seguridad Social se completa con la llegada de la democracia. El artículo 41 de la Constitución (1978) declara la obligación de los poderes públicos de garantizar “*la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo*”, además, se reconoce en el artículo 43 el derecho a la protección de la salud⁹⁶, encomendando a los poderes públicos, “*organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios*”, asimismo, en este precepto, se incluye el mandato a los órganos de poder de “*fomentar la educación sanitaria, la educación física y el deporte*”, como medidas necesarias (como hemos visto) para mantener una buena salud. El desarrollo de éste artículo, se configura a través de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad⁹⁷ que marca la transición desde el antiguo sistema de seguridad social, al actual Sistema Nacional de salud, financiado mediante impuestos, establece la estructura y el funcionamiento del sistema sanitario público y proclama la universalidad del derecho a la protección de la salud; garantizando este derecho, en igualdad de condiciones, “*a todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional, a los extranjeros no residentes en*

⁹² España. Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social. «BOE» núm. 312, de 30 de diciembre de 1963, páginas 18181 a 18190.

⁹³ España. Decreto 907/1966, de 21 de abril, aprobando el texto articulado primero de la Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social. «BOE» núm. 96, de 22 de abril de 1966, páginas 4778 a 4807

⁹⁴ España. Ley 24/1972, de 21 de junio, de financiación y perfeccionamiento de la acción protectora del Régimen General de la Seguridad Social. «BOE» núm. 149, de 22 de junio de 1972, páginas 11174 a 11177

⁹⁵ Aula de la Seguridad Social. (2018). “Etapa de configuración normativa (1962 - 1978)”. <http://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/PortalEducativo/Profesores/Unidad1/PESS51/PESS53>

⁹⁶ Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311, pp. 29313 a 29424 Cita en texto: (CE 1978)

⁹⁷ España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. «BOE» núm. 102, de 29/04/1986.

España, así como los españoles fuera del territorio nacional”; y la gratuidad de las prestaciones. Con el reconocimiento de estas garantías, el Sistema Sanitario Español avanzaba paulatinamente hacia la reducción de las desigualdades socioeconómicas que amenazan la salud de los colectivos vulnerables. Sin embargo, la crisis económica de 2008 frenó este avance, las medidas dirigidas a recortar el gasto público, afectaron a la cobertura del Sistema Sanitario, la aprobación del Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones⁹⁸, supuso la exclusión del derecho al acceso a la salud para las personas no inscritas en el Régimen de la Seguridad Social; la desigual accesibilidad a los servicios sanitarios, afectando en gran medida a los núcleos rurales de menor población⁹⁹ y la generalización del copago farmacéutico para los pensionistas¹⁰⁰.

Los efectos de este contexto, económico-político, repercutieron en los colectivos más vulnerables amenazados por la exclusión social, como los pensionistas que tuvieron que afrontar el aumento en el copago farmacéutico, recordemos que en España al menos el 75% de los mayores de 65 tienen más de una ENT tratada con medicación¹⁰¹; a la población inmigrante en situación irregular, excluida de la atención sanitaria salvo causas especiales¹⁰², los desempleados y los habitantes de las zonas rurales.

Con la recuperación económica, se aprueba el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud¹⁰³, con el objetivo de blindar el derecho, proclamado en el artículo 43 de la Constitución, a la protección de la salud y a la atención sanitaria, en las mismas condiciones, a todas las personas que se encuentren en el Estado Español.

⁹⁸ España. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. «BOE» núm. 98, de 24/04/2012.

⁹⁹ TOLOSANA, E. S. (2018). “Crisis, austeridad y áreas rurales: estudio cualitativo de las percepciones sobre los impactos en el sistema sanitario y la salud en Navarra, España”. *Saúde e Sociedade*, 27(3), 898-908. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018170745>

¹⁰⁰ VEGA, G. E. (2012, 1 julio). “Real Decreto-Ley 16/2012. Análisis de consecuencias | Farmacia Profesional”. Elsevier. <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-real-decreto-ley-16-2012-analisis-consecuencias-X0213932412502205>

¹⁰¹ Ver apartado 2.2. factores mediadores en relación a la edad.

¹⁰² España. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE» núm. 98, de 24/04/2012. Art. 3. Ter.

¹⁰³ España. Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. «BOE» núm. 183, de 30 de julio de 2018.

IV. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. GASTO SANITARIO PÚBLICO EN ESPAÑA. IMPLICACIONES ECONÓMICAS DE LA ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.

El derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos, se hace efectivo a través del Sistema Nacional de Salud, definido como “*el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las comunidades autónomas que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos*”¹⁰⁴.

Las competencias en materia sanitaria están descentralizadas, el Estado tiene las competencias exclusivas en materia de Sanidad Exterior; Bases y coordinación general de la sanidad y Legislación sobre productos farmacéuticos¹⁰⁵. Mientras que las CCAA tienen la competencia directa en materia de planificación estratégica y operativa, asignación de recursos, adquisición y prestación de servicios¹⁰⁶. La asunción de competencias por las Comunidades Autónomas garantiza la equidad, calidad y la participación ciudadana en el sistema sanitario.

La evolución del gasto sanitario, desde el inicio del siglo ha ido en aumento tanto en relación con el PIB como en el gasto per cápita¹⁰⁷, sin embargo esta tendencia se invierte en 2009 con el inicio de la crisis y la puesta en marcha de las medidas de austeridad en el marco del plan de estabilidad de la Unión Europea, con la recuperación económica (2014) se pone fin a esta tendencia bajista, aunque el aumento es muy lento y aún se está lejos de alcanzar el gasto medio de la Unión europea. No obstante, la demanda creciente de los sistemas de salud debida a la estructura demográfica del país, caracterizada por las mayores tasas de envejecimiento del conjunto de la Unión

¹⁰⁴ SISTEMA NACIONAL DE SALUD. “SNS. España 2012”. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Secretaría General Técnica Centro de Publicaciones. https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012_Espanol.pdf

¹⁰⁵ MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL - ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL. (2010). “Organización Institucional CCAA. El Consejo Interterritorial. Introducción y Marco Lega”. <https://www.msbs.gob.es/organizacion/consejoInterterri/introduccion.htm#:~:text=Las%20competencias%20exclusivas%20del%20Estado,y%20Legislaci%C3%B3n%20sobre%20productos%20farmac%C3%A9uticos.&text=La%20LGS%20relaciona%20las%20actuaciones,las%20competencias%20de%20las%20CC>

¹⁰⁶ OCDE. (2019). “State of Health in the EU España Perfil sanitario nacional 2019”. Op., cit.

¹⁰⁷ España - Gasto público Salud 2019. (2020, 6 julio). [datosmacro.com. https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/espana](https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/espana)

Europea¹⁰⁸, la amplia presencia de enfermedades crónicas no transmisibles, la tendencia a la poli medicación y la creciente tasa de obesidad, ponen de manifiesto la necesidad de modificar el Sistema para garantizar su sostenibilidad, pues se estima que para 2025 la financiación del Sistema sanitario debería crecer entre 32.000 y 48.000 millones de euros para atender a la demanda asistencial¹⁰⁹.

Las enfermedades crónicas no transmisibles, además del impacto en la salud, tienen consecuencias económicas, tanto en relación a la disminución del capital humano debido a la discapacidad y muertes prematuras, como en relación con el coste que implica el tratamiento de dichas enfermedades.

Según cifras recientes, se estima que al menos el 80% del gasto sanitario autonómico total se asocia al tratamiento de ENT, en concreto al de cuatro: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, hipertensión e insuficiencia cardiaca¹¹⁰. Estas enfermedades se asocian con factores de riesgo modificables como el consumo de tabaco¹¹¹ y la obesidad^{112,113}, causada por la mala nutrición y el sedentarismo.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) tiene una alta prevalencia en España, alcanzando a más de dos millones de españoles, según los expertos, al menos el 81,7% de los casos de EPOC no han sido diagnosticados¹¹⁴ y es la tercera

¹⁰⁸ CONDE-RUIZ, I. J. (2016, 25 mayo). “España será el país más envejecido de Europa”. Nada es Gratis. <https://nadaesgratis.es/j-ignacio-conde-ruiz/espana-camino-de-ser-el-pais-mas-envejecido-de-europa>

¹⁰⁹ INSTITUT FOR HEALTHCARE MANAGEMENT (ESADE), ANTARES CONSULTING. (2017). “El futuro del sistema sanitario: ¿será posible financiar el sistema y reducir las desigualdades en salud?” Antares Consulting. Consultoría de salud. Antares Consulting. https://www.antares-consulting.com/es_ES/main/detallepublicacion/Publicacion/127/apartado/H/idUnidad/3

¹¹⁰ ISANIDAD. (2019, 23 mayo). “Cuatro enfermedades crónicas se llevan el 80% del gasto en salud”. <http://isanidad.com/96396/cuatro-enfermedades-cronicas-se-llevan-el-80-del-gasto-en-salud/>

¹¹¹ AMIGO C, HUGO, ERAZO B, MARCIA, OYARZÚN G, MANUEL, BELLO S, SERGIO, & PERUGA U, ARMANDO. (2006). “Smoking and chronic obstructive pulmonary disease: attributable risk determination”. *Revista médica de Chile*, 134(10), 1275-1282. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872006001000009>

¹¹² ZAMORA E, LUPÓN J, URRUTIA A, GONZÁLEZ B, MAS D, PASCUAL T. “¿El índice de masa corporal influye en la mortalidad de los pacientes con insuficiencia cardiaca?” *Rev Esp Cardiol*. 2007; 60:1027-34.

¹¹³ GALLETTI, F., D’ELIA, L., DE PALMA, D., RUSSO, O., BARBA, G., SIANI, A., MILLER, MICHELLE A., DR., CAPPUCCIO, FRANCESCO, ROSSI, G., ZAMPA, G. AND STRAZZULLO, P. (2012) “Hyperleptinemia is associated with hypertension, systemic inflammation and insulin resistance in overweight but not in normal weight men. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*”, Vol.22 (No.3). pp. 300-306.

¹¹⁴ SEPAR. (2018). “EL INFRADIAGNÓSTICO DE LA EPOC ASCIENDE HASTA EL 81,7%, SEGÚN DATOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO EPI-SCAN II PUESTO EN MARCHA POR GSK EN COLABORACIÓN CON SEPAR” SEPAR. <https://separ.es/node/1139>

causa de muerte por enfermedad en el país¹¹⁵. El coste sanitario asociado a esta enfermedad supera los 750 millones de euros al año, oscilando, el coste por paciente y año, entre 1.712-3.238 euros¹¹⁶. Un estudio más reciente llevado a cabo en Extremadura, muestra que el coste medio por paciente con EPOC al año en Extremadura asciende a 3.757,3 correspondiendo: el 43,8% a costes directos sanitarios [Medicación vinculada a la EPOC (44,5%), Ingresos hospitalarios (23,1%), Oxigenoterapia domiciliaria (11,3%), Uso de ambulancia de emergencias (6,6%), Urgencias (6,2%), Visitas a neumología (5,4%), Pruebas médicas (2,9%)]; 38,3% a costes directos no sanitarios [Cuidados informales (81,8%), Cuidados formales (13,1%), Estancia en residencia (5,0%)]; y el 17,9% a costes indirectos generados por las pérdidas de productividad laboral medidos a partir del cálculo de los salarios perdidos o dejados de ganar por el paciente a consecuencia de la enfermedad¹¹⁷.

De acuerdo a los datos mostrados por el estudio di@bet.es.¹¹⁸, el 13,8% de los españoles sufre diabetes mellitus, afectando a más de 5,3 millones de personas en el país, además se estima que el número de pacientes diabéticos aumenta cada año en 386.000 personas, estando asociada al desarrollo de otras patologías¹¹⁹, por lo que es especialmente preocupante su aumento. Esta enfermedad causó en 2018 más de 9.920 muertes a nivel nacional¹²⁰. Respecto al coste económico, la diabetes mellitus o tipo 2, se estima que los costes directos de la diabetes ascienden a más de 5.800 millones de euros anuales, un 8,2% del gasto sanitario total, de los cuales en torno a 2.140 millones

¹¹⁵ Menarini. (2019, 7 octubre). “La EPOC ya es la tercera causa de mortalidad en España. Grupo Menarini España, Laboratorio Farmacéutico al servicio de la salud”. <https://www.menarini.es/comunicacion-menarini/notas-de-prensa/6515-notasprensa-planner-nota-prensa-la-epoc-ya-es-la-tercera-causa-de-mortalidad-en-espaa-2019-10-07-pdf.html#:~:text=La%20enfermedad%20pulmonar%20obstructiva%20cr%C3%B3nica,de%20consulta%20en%20Atenci%C3%B3n%20Primaria.>

¹¹⁶ MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. (2012). Estrategia para el Abordaje., op., cit.

¹¹⁷ MERINO, M. (2017). “estimación de la carga económica y social de la epoc en extremadura”. Fundación Weber. http://www.fundesa salud.es/filescms/web/uploaded_files/Estimacion_carga_economia_y_social_EPOC_informe_Fundacion_Weber_2018.pdf

¹¹⁸ CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICO EN RED DE DIABETES Y ENFERMEDADES METABÓLICAS ASOCIADAS. (2011).” El 13,8% de la población española sufre diabetes tipo 2, según el Estudio di@bet.es.” https://www.fundaciondiabetes.org/upload/contenidos/297/NotaPrensa_Estudio_Diabetes_Ciberdem.pdf

¹¹⁹ FUNDACIÓN PARA LA DIABETES NOVO NORDISK. (2014). Los costes de la diabetes. <https://www.fundaciondiabetes.org/prensa/300/los-costes-de-la-diabetes>

¹²⁰ STATISTA. (2020). Diabetes mellitus: fallecimientos en España 2006-2018. <https://es.statista.com/estadisticas/590827/numero-de-muertes-por-diabetes-mellitus-en-espana/#:~:text=En%20el%20a%C3%B1o%202018%2C%20la,de%20manera%20persistente%20o%20cr%C3%B3nica.>

son debidos a las complicaciones asociadas a la enfermedad¹²¹, del total la mayor parte se asociaron a costes farmacológicos (38%), seguido por los costes hospitalarios (33%), la diabetes también causa costes indirectos en relación con la pérdida de capital humano debido a la incapacidad derivada de dicha enfermedad, en España se estima que la diabetes cuesta: 8.400 millones de euros debido al absentismo laboral: 9.484 millones de euros por jubilaciones anticipadas y 101 millones de euros en gastos sociales¹²².

La prevalencia de hipertensión arterial en población adulta varía entre el 33,3% y el 42,6%¹²³, llegando a alcanzar el 68% en mayores de 65 años, afectando a más de 10 millones de personas. Esta enfermedad es una de las principales causas de muerte a nivel global, en nuestro país se calcula que causa más de 12.600 muertes al año¹²⁴, la hipertensión, además, es un factor de riesgo en la mortalidad por enfermedad cardiovascular¹²⁵. Se calcula que los costes asociados a esta enfermedad para el Sistema Nacional de Salud, ascienden a 3.600 millones de euros al año un 7,5% del presupuesto¹²⁶.

La insuficiencia cardiaca (IC), según datos del estudio PRICE, tiene una prevalencia en España del 6,8%, alcanzando el 16% en los grupos de mayor edad, está enfermedad está directamente relacionada con el aumento de la edad. La mortalidad asociada a la IC constituyó el 13% del total de la población afectando especialmente a las mujeres (10% del total de muertes por IC)¹²⁷. Respecto al gasto sanitario asociado a esta enfermedad, se calcula que supone un 2,5% del total presupuestario, siendo la causa

¹²¹ FUNDACIÓN PARA LA DIABETES NOVO NORDISK. (2013, 20 octubre). “Costes directos de la diabetes mellitus y de sus complicaciones en España” (Estudio SECCAID).. <https://www.fundaciondiabetes.org/general/articulo/113/costes-directos-de-la-diabetes-mellitus-y-de-sus-complicaciones-en-espana-estudi%20o-seccaid>

¹²² MYTHERAPYAPP. (2017). “La Diabetes en Cifras: Impacto de la Diabetes en España”. <https://www.mytherapyapp.com/es/blog/dia-mundial-de-la-diabetes-2017>

¹²³ MENÉNDEZ E, DELGADO E, FERNÁNDEZ-VEGA F, PRIETO MA, BORDIÚ E, CALLE A, et al. “Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España”. Resultados del estudio Di@bet.es. Rev Esp Cardiol. 2016;69:572-578

¹²⁴ FUNDACIÓN ESPAÑOLA DEL CORAZÓN. (2018, 21 junio). “La hipertensión mata casi el doble que hace diez años”. <https://fundaciondelcorazon.com/prensa/notas-de-prensa/2967-la-hipertension-mata-casi-el-doble-que-hace-diez-anos.html>

¹²⁵ GIJÓN-CONDEA, T., GOROSTIDIC, M., CAMAFORT, M. et al. (2017). “Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEHLELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial”l. https://www.seh-lilha.org/wp-content/uploads/2018/06/TGijonDoc_SEHLELHAGuiasAHA2017.pdf

¹²⁶ Redacción Médica. (2015, 21 abril). “La hipertensión cuesta al Estado unos 3.600 millones de euros anuales”. Redacción Médica. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/gestion/la-hipertension-cuesta-al-estado-unos-3-600-millones-de-euros-anuales-81371>

¹²⁷ SAYAGO-SILVA, I., GARCÍA-LÓPEZ, F., & SEGOVIA-CUBERO, J. (2013). “Epidemiología de la insuficiencia cardiaca en España en los últimos 20 años”. Revista Española de Cardiología, 66(8), 649-656. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2013.03.014>

más frecuente de hospitalización de mayores de 65 (3% de todos los ingresos hospitalarios). Son interesantes los datos publicado en el estudio “*Costes sanitarios y no sanitarios de personas que padecen insuficiencia cardiaca crónica sintomática en España*”¹²⁸ Delgado F et al. 2014, pues ponen de relieve importancia de los cuidados no sanitarios. Estiman que el coste total medio por paciente “*osciló entre 12.995 y 18.220 euros, dependiendo del escenario*”¹²⁹ elegido. La partida de mayor peso fue la de *cuidados no profesionales (informales), entre un 59,1 y un 69,8% del coste total, seguido del gasto sanitario (26,7-37,4%) y los cuidados profesionales (3,5%). De los costes sanitarios, la partida de mayor peso fue la de los hospitalarios, seguida de la de medicación*”.

Las tres enfermedades anteriores están íntimamente relacionadas con la obesidad, como se ha mencionado anteriormente¹³⁰. La obesidad es un gran problema a nivel mundial, pues condiciona, enormemente, el estado de salud de una persona ya que además de reducir su calidad de vida, actúa como factor de riesgo en el desarrollo de otras enfermedades¹³¹. Por ello se analizará, brevemente, el impacto económico y social de la obesidad en España.

Más de la mitad de la población española sufre sobrepeso y se estima que más del 20% de los españoles son obesos. La obesidad se asocia a factores conductuales como el sedentarismo y una alimentación insana. Esta enfermedad se asocia con una pérdida de la esperanza de vida de 2,6 años¹³² y causa 25.000 muertes anuales (16.000 hombres y 9.000 mujeres)¹³³. El informe “la pesada carga de la obesidad” elaborado por la OCDE, muestra que “*el sobrepeso representa el 9,7 % del gasto en salud; y reduce la producción del mercado de trabajo en una cuantía equivalente a 479 000 trabajadores a tiempo completo por año. Todo ello se traduce en que el sobrepeso*

¹²⁸ DELGADO F. et al. (2014) “Costes sanitarios y no sanitarios de personas que padecen insuficiencia cardiaca crónica sintomática en España”. DOI: 10.1016/j.recesp.2013.12.016

¹²⁹ “Primer escenario, se empleó el valor medio de la hora de servicio de ayuda a domicilio de las tres comunidades autónomas que menor valor refieren (Informe 2008. Las personas mayores en España, IMSERSO21). En el segundo escenario se empleó el valor medio referido por todas las comunidades autónomas”.

¹³⁰ Véase referencias 141-143.

¹³¹ L. GAVIN, M. (2018). “Cuando el sobrepeso es un problema de salud (para Adolescentes” - Nemours KidsHealth. KIDSHEALTH. <https://kidshealth.org/es/teens/obesity-esp.html>

¹³² OCDE. (2019). “La Pesada Carga de la Obesidad La Economía de la Prevención”. <https://www.oecd.org/spain/Heavy-burden-of-obesity-Media-country-note-SPAIN-In-Spanish.pdf>

¹³³ MONEREO, A., RUBIO, S., & MARTÍNEZ-DE-ICAYA, M. A. et al. (2016). “Prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad. posicionamiento SEEDO 2016”. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad. <https://www.seedo.es/images/site/ConsensoSEEDO2016.pdf>

reduce el PIB español en un 2,9 %. Para cubrir estos costes, cada ciudadano en España paga 265 euros adicionales de impuestos al año”.

Para reducir esta enfermedad es imprescindible poner el foco en la prevención. La modificación de los hábitos de vida, combinando la reducción de la ingesta de calorías diarias junto con un estilo de vida activo serán claves en la lucha contra la obesidad. Sin embargo estos cambios que parecen tan evidentes, no son tan fáciles de implementar pues como se ha mencionado, la obesidad tiene un componente socioeconómico, afectando en mayor medida, a los colectivos vulnerables, por lo que cambiar estos hábitos no es una cuestión meramente de elección sino de posibilidad, por lo que son los poderes públicos los que tendrán que desarrollar políticas que favorezcan estos cambios.

V. PLANES DE ACCIÓN ENCAMINADOS A REDUCIR LA INCIDENCIA DE LAS ENT.

La preocupación por el impacto tanto económico como sanitario de las enfermedades no transmisibles, a nivel global, está llevando a los gobiernos, organizaciones e instituciones a desarrollar medidas enfocadas en reducir al máximo los efectos de estas enfermedades.

La Organización Mundial de la Salud, ha planteado un programa de acción mundial para la prevención y control de enfermedades no comunicables de aplicación para los Estados Miembros entre 2013 y 2020 cuyo principal objetivo es reducir la tasa de mortalidad prematura asociada a cuatro enfermedades no transmisibles (cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus y enfermedades respiratorias) en un 25% para 2025 (Plan 25x25)¹³⁴.

En este programa se fijan un conjunto de metas relativas a los factores de riesgo y a los sistemas de salud, cuyo cumplimiento supondría alcanzar dicho objetivo final.

Las metas propuestas son:

¹³⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2015). “Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020”. https://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/

1. Una reducción relativa de un 25% en el riesgo de mortalidad prematura por ENT.
2. La reducción en al menos un 10% del uso nocivo del alcohol.
3. Reducir en un 10% la prevalencia de la actividad física insuficiente.
4. La reducción relativa en un 30% de la ingesta de sal/sodio de la población.
5. Reducir en un 30% la prevalencia de fumadores en mayores de 15 años.
6. Una reducción relativa del 25% en la prevalencia de presión arterial elevada o contener la prevalencia de presión arterial elevada, de acuerdo con las circunstancias nacionales.
7. Detener el aumento de la Diabetes Mellitus y la obesidad infantil.
8. Que al menos el 50 % de las personas elegibles (mayores de 40 años de edad con un riesgo cardiovascular a 10 años (RCV) ≥ 30 %, (incluyendo los sujetos con ECV existentes)) reciban asesoramiento y terapia farmacológica (incluido el control glucémico) para prevenir las ECV.
9. Alcanzar una disponibilidad del 80 % en tecnologías y medicamentos esenciales (incluidos los genéricos) para tratar las principales ECNT.

Para alcanzar estas metas se propone a los Estados Miembros, teniendo en cuenta sus circunstancias específicas y prioridades sanitarias de cada región, las siguientes mediadas enmarcadas en seis objetivos interconectados:

- *“Priorizar la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las agendas mundiales, regionales y nacionales y en los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente, a través del fortalecimiento de la cooperación internacional y la promoción.*
- *Fortalecer la capacidad nacional, el liderazgo, la gobernanza, la acción multisectorial y las asociaciones para acelerar la respuesta de los países a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.*
- *Reducir los factores de riesgo modificables para las enfermedades no transmisibles y los determinantes sociales subyacentes mediante la creación de entornos que promuevan la salud.*
- *Fortalecer y orientar los sistemas de salud para abordar la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y los determinantes*

sociales subyacentes a través de la atención primaria de salud centrada en las personas y la cobertura universal de salud.

- *Promover y apoyar la capacidad nacional de investigación y desarrollo de alta calidad para la prevención y el control de enfermedades no transmisibles.*
- *Monitorear las tendencias y determinantes de las enfermedades no transmisibles y evaluar el progreso en su prevención y control”.*

A través de este plan, la OMS, hace un llamamiento a los gobiernos de los Estados miembros para que tomen conciencia de la urgencia de abordar el problema de las enfermedades no transmisibles y garanticen su aplicación mediante la creación de legislación específica y/o mediante inversión, asignando partidas presupuestarias para la prevención y el control de enfermedades no transmisibles.

Recientemente (2018) se ha publicado el informe “Es hora de actuar”¹³⁵ en el que se expone la falta de progresos mundiales en la implantación de medidas contra las ENT y por tanto, en la consecución de la meta de reducir las tasas de mortalidad prematuras asociadas a las mismas. En este informe, se plasman las recomendaciones elaboradas por la Comisión Independiente de Alto Nivel sobre Enfermedades No Transmisibles, dirigidas a los Jefes de Estado y de Gobierno y las instancias normativas de todos los sectores gubernamentales, relativas a: ampliar de la responsabilidad sobre el programa de enfermedades no trasmisibles incluyendo no solo a los ministros de sanidad, sino a los jefes de estado o de gobierno; identificar y priorizar las necesidades de salud pública de cada Estado; integrar o ampliar la cobertura de las enfermedades no transmisibles en sus Sistemas Sanitarios; legislar sobre la base del principio “la salud ante todo” introduciendo leyes firmes y eficaces, con metas definidas y objetivos claros, y colaborar con el sector privado según se requiera; desarrollar un modelo económico para financiar las actividades relativas a las enfermedades no transmisibles; y por último, promover la rendición de cuentas en relación con las ENTs ante sus ciudadanos.

Se espera que los poderes políticos apliquen estas recomendaciones cuanto antes para poder avanzar en la consecución de las metas anteriores, especialmente en la reducción de la obesidad infantil y de las muertes prematuras asociadas a ENT;

¹³⁵ INFORME DE LA COMISIÓN INDEPENDIENTE DE ALTO NIVEL DE LA OMS SOBRE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES. (2018). “Es hora de actuar” Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272712/9789243514161-spa.pdf?ua=1>

minimizar la carga económica que estas enfermedades tienen tanto para los Sistema de salud como para las personas; y promover el bienestar, a todos los niveles, de la población.

VI. CONCLUSIONES.

Los datos expuestos en la presente revisión, evidencian la relación directa entre las enfermedades no transmisibles y la falta de recursos económicos. Se muestra que ciertas enfermedades tienen una prevalencia mayor en grupos de edad avanzada (hipertensión), otras en mujeres (insuficiencia cardiaca); varias enfermedades aparecen, en mayor proporción en fumadores (EPOC), consumidores de alcohol (enfermedades cardiovasculares) y/o en personas sedentarias que presentan dietas insanas (diabetes). Sin embargo, todas ellas tienen un determinante común: una situación socioeconómica precaria. La pobreza condiciona el estado de salud desde antes de nacer y marca las posibilidades a lo largo de la vida.

Como se ha mostrado, las iniciativas de prevención impulsadas por las organizaciones de vigilancia de la salud, van dirigidas a controlar, mejorar o reducir los hábitos de vida insanos que constituyen un riesgo en el desarrollo de las enfermedades no transmisibles. Se demanda a los Estados que pongan en marcha programas para concienciar a sus ciudadanos del peligro de una mala nutrición, de lo perjudicial que puede ser no llevar un estilo de vida activo, del daño que provoca en la salud el consumo de alcohol y de tabaco, y se espera que las personas se den cuenta de lo nocivos que son sus hábitos de vida y de repente cambien, y de pronto coman más de tres raciones de fruta y verdura fresca al día, dejen de abusar de la comida rápida y de los alimentos baratos; y empiecen a hacer deporte, que se apunten a algún gimnasio o hagan algún tipo de actividad física después de sus trabajos precarios o de cuidar a sus familias y llevar a cabo las tareas del hogar, que encuentren la forma de combinar todo ello, y que cambien su estilo de ocio, que dejen de beber habitualmente sin importar la motivación que les conduce a ese comportamiento; y desde luego, que dejen de fumar, que añadan a la ansiedad derivada de los problemas económicos, como el pago de la

hipoteca o de las facturas, estando en paro o cobrando un sueldo mísero, la ansiedad derivada de dejar de fumar, que a la larga va a ser beneficioso. Y es indudable que será beneficioso, pero ¿qué ocurre si el cambio de ese estilo de vida no es una cuestión de elección sino de oportunidad? Nadie elige nacer en una familia desfavorecida, no se elige no tener acceso a una educación superior, no se elige que los alimentos sanos sean más caros que los perjudiciales, en definitiva, la situación socioeconómica de una persona no es una cuestión de elección, sin embargo, determina sus posibilidades de cambio.

Es evidente, por lo tanto, que para frenar el avance de las enfermedades no transmisibles, es imprescindible dirigir las medidas a modificar esa situación. Estamos de acuerdo con el estudio Silvia Stringhini y suscribimos sus palabras. Si se pretende prevenir el aumento de las ENTs y disminuir su impacto, es necesario que los poderes políticos y las instituciones dejen de considerar la posición socioeconómica como un factor estructural y se empiece a considerar como un factor de riesgo modificable más, y orienten sus planes en ofrecer apoyo a las personas vulnerables para que, de ese modo sí tengan la posibilidad de cambiar. La pobreza es el principal factor de riesgo por sí mismo y por su influencia sobre los demás, por ello, si la respuesta a esta epidemia de las ENTs se limita a intentar modificar los hábitos de vida, no será eficaz pues estos tienen implicaciones socioeconómicas. Este tipo de iniciativas, centradas en los estilos de vida, evocan la imagen de una gran tubería de agua a punto de estallar (la pobreza) con varias pequeñas fugas (los estilos de vida insanos) en las que el operario va colocando parches en esas fugas sin preocuparse por el principal problema, la tubería a punto de estallar.

VII. BIBLIOGRAFÍA.

- ADELANTADO, J. (2000). *Cambios en el estado del bienestar: políticas sociales y desigualdades de España*. ICARIA.
- Afshin, A., Sur, P. J., Fay, K. A., Cornaby, L., Ferrara, G., Salama, J. S., Mullany, E. C., Abate, K. H., Abbafati, C., Abebe, Z., Afarideh, M., Aggarwal, A., Agrawal, S., Akinyemiju, T., Alahdab, F., Bacha, U., Bachman, V. F., Badali, H., Badawi, A., ... Murray, C. J. L. (2019). Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 393(10184), 1958-1972. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)30041-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)30041-8).
- Aranceta-Bartrina, J., Partearroyo, T., López-Sobaler, A. M., Ortega, R. M., Varela-Moreiras, G., Serra-Majem, L., & Pérez-Rodrigo, C. (2019). Updating the Food-Based Dietary Guidelines for the Spanish Population: The Spanish Society of Community Nutrition (SENC) Proposal. *Nutrients*, 11(11), 2675. <https://doi.org/10.3390/nu11112675>.
- *Aula de la Seguridad Social*. (2018). Aula de la Seguridad Social Área de profesores. <http://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/PortalEducativo/Profesores/Unidad1/PESS51/P ESS5>.
- Burke, D. (535, junio 28). *Metabolic Syndrome*. Healthline. <https://www.healthline.com/health/metabolic-syndrome#risk-factors>.
- *Cambios en la prevalencia del tabaquismo en los adolescentes en España*. (2012, 1 enero). ScienceDirect. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711001612?via%3DiHub>.
- CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICO EN RED DE DIABETES Y ENFERMEDADES METABÓLICAS ASOCIADAS. (2011). *El 13,8% de la población española sufre diabetes tipo 2, según el Estudio di@bet.es*. https://www.fundaciondiabetes.org/upload/contenidos/297/NotaPrensa_Estudio_Diabetes_Ciberdem.pdf.

- Conde-Ruiz, I. J. (2016, 25 mayo). *España será el país más envejecido de Europa*. Nada es Gratis. <https://nadaesgratis.es/j-ignacio-conde-ruiz/espana-camino-de-ser-el-pais-mas-envejecido-de-europa>.
- CONSEJO INTERTERRITORIAL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. (2019). *LINEAS DE ACTUACIÓN 2019-20 EN EL ÁMBITO DE LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO*. ministerio de sanidad, consumo y bienestar social. https://www.msbs.gob.es/eu/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Acuerdo_Lineas_actuacion_tabaquismo.pdf.
- Dapcich, V., Salvador Castell, G., & Ribas Barba, L. (2010). *Guía de la alimentación saludable*. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria.
- Diabetes, F. P. (2013, 20 octubre). *Costes directos de la diabetes mellitus y de sus complicaciones en España (Estudio SECCAID)*. FUNDACIÓN PARA LA DIABETES NOVO NORDISK. <https://www.fundaciondiabetes.org/general/articulo/113/costes-directos-de-la-diabetes-mellitus-y-de-sus-complicaciones-en-espana-estudi%20o-seccaid>.
- *EL INFRADIAGNÓSTICO DE LA EPOC ASCIENDE HASTA EL 81,7%, SEGÚN DATOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO EPI-SCAN II PUESTO EN MARCHA POR GSK EN COLABORACIÓN CON SEPAR | separ*. (2018). SEPAR. <https://separ.es/node/1139>.
- *El tabaco causa 3 millones de muertes al año por enfermedades*. (2018, 6 junio). Noticias ONU. <https://news.un.org/es/story/2018/05/1434871>
- *España - Gasto público Salud 2019*. (2020, 6 julio). datosmacro.com. <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/espana>
- Fernández de Bobadilla, J., Dalmau, R., & Galve, E. (2014). Impacto de la legislación que prohíbe fumar en lugares públicos en la reducción de la incidencia de síndrome coronario agudo en España. *Revista Española de Cardiología*, 67(5), 349-352. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2013.08.018>
- Fernández de Larrea-Baz, N., Morant-Ginestar, C., Catalá-López, F., Gènova-Maleras, R., & Álvarez-Martín, E. (2015). Años de vida ajustados por discapacidad perdidos por cardiopatía isquémica en España. *Revista Española de Cardiología*, 68(11), 968-975. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2014.11.027>

- FUNDACIÓN ESPAÑOLA DEL CORAZÓN. (2018, 21 junio). *La hipertensión mata casi el doble que hace diez años.* <https://fundaciondelcorazon.com/prensa/notas-de-prensa/2967-la-hipertension-mata-casi-el-doble-que-hace-diez-anos.html>
- FUNDACIÓN PARA LA DIABETES NOVO NORDISK. (2014). *Los costes de la diabetes.* <https://www.fundaciondiabetes.org/prensa/300/los-costes-de-la-diabetes>
- Gijón-Condea, T., Gorostidic, M., & Camafort, M. (2017). *Documento de la Sociedad Española ~ de Hipertensión-Liga Española ~ para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial.* https://www.seh-lelha.org/wp-content/uploads/2018/06/TGijonDoc_SEHLELHAGuiasAHA2017.pdf
- GLOBAL BURDEN OF DISEASE. (2017). *GBD Results Tool | GHDx.* GLOBAL BURDEN OF DISEASE Results Tool. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2017-permalink/745a3a6452e4ccd4c0e246f28b33b703>
- global.tobaccofreekids.org. (2013). *TABACO Y ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.* https://www.google.com/search?q=TABACO+Y+ENFERMEDADES+NO+TRANSMISIBLES.+global.tobaccofreekids.org&rlz=1C1WPZC_enES879ES879&oq=TABACO+Y+ENFERMEDADES+NO+TRANSMISIBLES.+global.tobaccofreekids.org&aqs=chrome.69i59.334519j0j9&sourceid=chrome&ie=UTF-8
- González López-Valcárcel, B. (2019, febrero). *¿Ha empeorado la crisis económica la salud en España?* Nada es gratis. <https://nadaesgratis.es/beatriz-gonzalez-lopez-valcarcel/ha-empeorado-la-crisis-economica-la-salud-en-espana>
- Health Knowledge. (2019, 14 enero). *Years of Life Lost.* <https://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/research-methods/1a-epidemiology/years-lost-life>
- Informe de la Comisión Independiente de Alto Nivel de la OMS sobre Enfermedades No Transmisibles. (2018). *«Es hora de actuar».* Organización Mundial de la Salud.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272712/9789243514161-spa.pdf?ua=1>

- Institut for Healthcare Management (ESADE), Antares Consulting. (2017). *Antares Consulting. Consultoría de salud*. Antares Consulting. https://www.antares-consulting.com/es_ES/main/detallepublicacion/Publicacion/127/apartado/H/idUnidad/3
- Instituto Nacional de Estadística. (2017). *Población con alguna enfermedad o problema de salud crónicos percibido según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años*. INE. <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p419/a2017/p01/10/&file=02001.px#!tabs-tabla>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. (2018). *Esperanza de vida en buena salud*. INE. https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926378861&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout#:7E:text=En%20Espa%C3%B1a%20con%20informaci%C3%B3n%20correspondiente,su%20horizonte%20total%20de%20vida.
- ISANIDAD. (2019, 23 mayo). *Cuatro enfermedades crónicas se llevan el 80% del gasto en salud*. <http://isanidad.com/96396/cuatro-enfermedades-cronicas-se-llevan-el-80-del-gasto-en-salud/>
- L. Gavin, M. (2018). *Cuando el sobrepeso es un problema de salud (para Adolescentes) - Nemours KidsHealth*. KIDSHEALTH. <https://kidshealth.org/es/teens/obesity-esp.html>
- Llano Gómez, C. (2020, 30 mayo). *La pastilla contra la pobreza*. *Diario Sanitario*. <https://diariosanitario.com/la-pastilla-contr-la-pobreza/>
- Menarini. (2019, 7 octubre). *La EPOC ya es la tercera causa de mortalidad en España*. Grupo Menarini España, Laboratorio Farmacéutico al servicio de la salud. <https://www.menarini.es/comunicacion-menarini/notas-de-prensa/6515-notasprensa-planner-nota-prensa-la-epoc-ya-es-la-tercera-causa-de-mortalidad-en-espaa-2019-10-07->

pdf.html#:~:text=La%20enfermedad%20pulmonar%20obstruccion%20cr%C3%B3nica,de%20consulta%20en%20Atenci%C3%B3n%20Primaria.

- MERINO, M. (2017). *ESTIMACIÓN DE LA CARGA ECONÓMICA Y SOCIAL DE LA EPOC EN EXTREMADURA*. Fundación Weber. http://www.fundesalud.es/filescms/web/uploaded_files/Estimacion_carga_economia_y_social_EPOC_informe_Fundacion_Weber_2018.pdf
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Organización Institucional. (2010). *Organización Institucional CCAA. El Consejo Interterritorial. Introducción y Marco Legal*. <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/consejoInterterri/introduccion.htm#:~:text=Las%20competencias%20exclusivas%20del%20Estado,y%20Legislaci%C3%B3n%20sobre%20productos%20farmac%C3%A9uticos.&text=La%20LGS%20relaciona%20las%20actuaciones,las%20competencias%20de%20las%20CC>
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. (2012). *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD CENTRO DE PUBLICACIONES. https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Sistema Nacional de Salud. SNS. España 2012*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Secretaría General Técnica Centro de Publicaciones. https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012__Español.pdf
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. (2015). *Avanzando hacia la equidad Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades Sociales en salud en España*. INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Políticas_Reducir_Desigualdades.pdf

- Monereo, A., Rubio, S., & Martínez-de-Icaya, M. A. (2016). *PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD. POSICIONAMIENTO SEEDO 2016*. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad. <https://www.seedo.es/images/site/ConsensoSEEDO2016.pdf>
- Muñiz Toyos, N. (2014). Efecto de la crisis económica sobre el sistema sanitario: consecuencias económicas y de salud. *ENE*, 8(3), 0. <https://doi.org/10.4321/s1988-348x2014000300012>
- MYTHERAPYAPP. (2017). *La Diabetes en Cifras: Impacto de la Diabetes en España*. <https://www.mytherapyapp.com/es/blog/dia-mundial-de-la-diabetes-2017>
- OBSERVATORIO DE SALUD EN ASTURIAS. (2018). *Años potenciales de vida perdidos (APVP) – Observatorio de Salud de Asturias*. <https://obsaludasturias.com/obsa/?indicador=anos-potenciales-de-vida-perdidos&tipo=1&anio=2018>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2019). *INFORME 2019 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL Centro de Publicaciones. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2019OEDA-INFORME.pdf>
- OCDE. (2019a). *La Pesada Carga de la Obesidad La Economía de la Prevención*. <https://www.oecd.org/spain/Heavy-burden-of-obesity-Media-country-note-SPAIN-In-Spanish.pdf>
- OCDE. (2019b). *State of Health in the EU España Perfil sanitario nacional 2019*. european observatory on health systems and policies. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_es_spanish.pdf
- OECD Data. (2018). *Health status - Potential years of life lost*. OECD. <https://data.oecd.org/healthstat/potential-years-of-life-lost.htm>
- OPS. (2013, junio). *Técnicas para la medición del impacto de la mortalidad: Años Potenciales de Vida Perdidos* (Vol. 24 No. 2, junio 2003). Boletín Epidemiológico. https://www.uv.es/~lsn/BIOTICS/Demo/Apunts/doc/APVP/be_v24n2-APVP.htm

- Organización Mundial de la Salud. (20110). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44441/9789243599977_spa.pdf?ua=1
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2013, marzo). *Enfermedades crónicas*. https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español. (2018). *LA DESIGUALDAD EN LA SALUD*. EAPN ESPAÑA. https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/noticias/1568024450_informe-pobreza-y-salud-vf.pdf
- Redacción Médica. (2015, 21 abril). *La hipertensión cuesta al Estado unos 3.600 millones de euros anuales*. Redacción Médica. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/gestion/la-hipertension-cuesta-al-estado-unos-3-600-millones-de-euros-anuales-81371>
- SANCHEZ, L., Pérez Martín, J. J., Navarro Alonso, J. A., Urbiztondo Perdices, L. C., Borràs López, E., Armona Aquerreta, J. M., López Hernández, S., & Soler Soneira, M. (2018, julio). *Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones*. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Socia. http://www.ffis.es/ups/prl/vacunacion_grupos_riesgo.pdf
- Sayago-Silva, I., García-López, F., & Segovia-Cubero, J. (2013). Epidemiología de la insuficiencia cardiaca en España en los últimos 20 años. *Revista Española de Cardiología*, 66(8), 649-656. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2013.03.014>
- Servicio Madrileño de Salud Consejería de Sanidad. (2008). *Observatorio de resultados*. Portal de Salud de la Comunidad de Madrid. <http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/EstadoPoblacionFichaTecnica.aspx?ID=69#:~:text=Descripci%C3%B3n%20del%20indicador,distinto%20a%20la%20salud%20%C3%B3ptima.>

- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA. (2017, 22 mayo). *La raza condiciona el riesgo cardiovascular*. <https://secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/notas-de-prensa-sec/4293-raza-condiciona-riesgo-cardiovascular#:~:text=%E2%80%9CAunque%2C%20en%20general%2C%20los,lo%20que%20favorece%20la%20arterioesclerosis>.
- Soriano, J. B., Rojas-Rueda, D., Alonso, J., Antó, J. M., Cardona, P.-J., Fernández, E., Garcia-Basteiro, A. L., Benavides, F. G., Glenn, S. D., Krish, V., Lazarus, J. V., Martínez-Raga, J., Masana, M. F., Nieuwenhuijsen, M. J., Ortiz, A., Sánchez-Niño, M. D., Serrano-Blanco, A., Tortajada-Girbés, M., Tyrovolas, S., ... Trujillo, U. (2018). La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016. *Medicina Clínica*, 151(5), 171-190. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.05.011>
- Soriano, J. B., Rojas-Rueda, D., Alonso, J., Antó, J. M., Cardona, P.-J., Fernández, E., Garcia-Basteiro, A. L., Benavides, F. G., Glenn, S. D., Krish, V., Lazarus, J. V., Martínez-Raga, J., Masana, M. F., Nieuwenhuijsen, M. J., Ortiz, A., Sánchez-Niño, M. D., Serrano-Blanco, A., Tortajada-Girbés, M., Tyrovolas, S., ... Tyrovolas, S. (2018). La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016. *Medicina Clínica*, 151(5), 171-190. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.05.011>
- STATISTA. (2020). *Diabetes mellitus: fallecimientos en España 2006-2018*. <https://es.statista.com/estadisticas/590827/numero-de-muertes-por-diabetes-mellitus-en-espana/#:~:text=En%20el%20a%C3%B1o%202018%2C%20la,de%20manera%20persistente%20o%20cr%C3%B3nica>.
- Stringhini, S., Carmeli, C., & Jokela, M. (2017). Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *The Lancet*, 389(10075), 1229-1237. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)32380-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)32380-7)
- Stuckler, D., King, L., & McKee, M. (2009). Mass privatisation and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis. *The Lancet*, 373(9661), 399-407. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(09\)60005-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(09)60005-2)

- Tobias, M. (2017). Social rank: a risk factor whose time has come? *The Lancet*, 389(10075), 1172-1174. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)30191-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)30191-5)
- Tolosana, E. S. (2018). Crisis, austeridad y áreas rurales: estudio cualitativo de las percepciones sobre los impactos en el sistema sanitario y la salud en Navarra, España. *Saúde e Sociedade*, 27(3), 898-908. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018170745>
- UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE VALENCIA. (2017). *La salud autopercibida, fenómeno multidimensional de gran interés en el campo de la investigación en salud | VIU*. <https://www.universidadviu.es/la-salud-autopercibida-fenomeno-multidimensional-gran-interes-campo-la-investigacion-salud/>.
- Vega, G. E. (2012, 1 julio). *Real Decreto-Ley 16/2012. Análisis de consecuencias | Farmacia Profesional*. Elsevier. <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-real-decreto-ley-16-2012-analisis-consecuencias-X0213932412502205>
- World Health Organization. (2013, 9 julio). *OMS / Determinantes sociales de la salud*. https://www.who.int/social_determinants/es/
- World Health Organization. (2015, 5 octubre). *Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020*. https://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/
- World Health Organization. (2016). *ENDING CHILDHOOD OBESITY*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204176/9789241510066_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization: WHO. (2018, 1 junio). *Enfermedades no transmisibles*. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- World Health Organization: WHO. (2019a, abril 4). *El acceso desigual a los servicios de salud genera diferencias en la esperanza de vida: OMS*. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. <https://www.who.int/es/news-room/detail/04-04-2019-uneven-access-to-health-services-drives-life-expectancy-gaps->

who#: %7E:text=Entre%202000%20y%202016%2C%20la,63%2C3%20a%C3%
B1os%20en%202016.

- World Health Organization: WHO. (2019b, mayo 29). *WHO highlights huge scale of tobacco-related lung disease deaths*. <https://www.who.int/news-room/detail/29-05-2019-who-highlights-huge-scale-of-tobacco-related-lung-disease-deaths>
- World Health Organization: WHO. (2019c, diciembre 19). *La OMS presenta un nuevo informe sobre las tendencias mundiales del consumo de tabaco*. <https://www.who.int/es/news-room/detail/19-12-2019-who-launches-new-report-on-global-tobacco-use-trends>
- World Health Organization: WHO. (2020, 27 mayo). *Tabaco*. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/tobacco#: %7E:text=La%20epidemia%20de%20tabaquismo%20es,fumadores%20expuestos%20al%20humo%20ajeno>.

ANEXOS.

Figura 1. Muertes asociadas a enfermedades no transmisibles. España (2017)

MEDIDA	UBICACIÓN	AÑO	EDAD	SEXO	CAUSA	CIFRA	VALOR	SUPERIOR	INFERIOR
MUERTE	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	TODAS LAS CAUSAS	NUMÉRICA	416.519,72	432.610,60	400.322,97
MUERTE	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	TODAS LAS CAUSAS	PORCENTUAL	100	100	100
MUERTE	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NUMÉRICA	384.875,64	400.170,90	369.747,32
MUERTE	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	PORCENTUAL	92,4	92,66	92,11
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	TODAS LAS CAUSAS	NUMÉRICA	11.701.352,66	13.433.483,82	10.191.154,35
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	TODAS LAS CAUSAS	PORCENTUAL	100	100	100
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NUMÉRICA	10.268.132,81	11.777.176,92	8.967.451,14
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	PORCENTUAL	87,76	88,65	86,67

Fuente: elaboración propia. Datos: Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results. Disponibles en: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2017->

[permalink/5ede4ed5cbcd2ee692438fdaf059a286/](http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2017-permalink/aed8f2f0604406ca32011001767865d2) <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2017-permalink/aed8f2f0604406ca32011001767865d2>

Figura 2. Principales causas de muerte y AVAD por enfermedad no transmisible. España (2017)

MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS	PORCENTUAL	8,04	8,5	7,65
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES DIGESTIVAS	NUMÉRICA	21.592,74	23.038,40	20.151,70
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES DIGESTIVAS	PORCENTUAL	5,18	5,46	4,91
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	NEOPLASIAS	NUMÉRICA	115.657,28	121.211,95	109.900,86
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	NEOPLASIAS	PORCENTUAL	27,77	28,3	27,08
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	NUMÉRICA	123.576,85	129.936,54	117.635,34
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	PORCENTUAL	29,67	30,64	28,76
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO	NUMÉRICA	16.451,24	17.950,58	15.233,29
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO	PORCENTUAL	3,95	4,32	3,69
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	DESÓRDENES NEUROLÓGICOS	NUMÉRICA	60.242,67	63.384,57	57.045,88
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	DESÓRDENES NEUROLÓGICOS	PORCENTUAL	14,46	14,93	13,92
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NUMÉRICA	10.268.132,81	11.777.176,92	8.967.451,14
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	PORCENTUAL	87,76	88,65	86,67
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS	NUMÉRICA	586.626,94	647.994,47	533.455,56
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS	PORCENTUAL	5,03	5,48	4,57
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES DIGESTIVAS	NUMÉRICA	452.197,57	510.595,37	405.705,88
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES DIGESTIVAS	PORCENTUAL	3,87	4,2	3,55
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	NEOPLASIAS	NUMÉRICA	2.177.937,09	2.294.971,13	2.060.614,79
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	NEOPLASIAS	PORCENTUAL	18,7	21,11	16,42
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	NUMÉRICA	1.681.337,47	1.789.848,62	1.566.881,03
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	PORCENTUAL	14,42	15,87	12,93
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO	NUMÉRICA	232.768,05	260.127,45	203.851,15
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO	PORCENTUAL	1,99	2,18	1,77
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	DESÓRDENES NEUROLÓGICOS	NUMÉRICA	1.241.171,67	1.515.292,33	1.018.133,26
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	DESÓRDENES NEUROLÓGICOS	PORCENTUAL	10,6	12,02	9,34

Fuente: elaboración propia. Datos: Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results. Disponible en: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2017-permalink/71d96d474c08e0b01e55b0f4ae8e23a0>

Figura 3. Incidencia de los principales factores de riesgo en las muertes causadas por las ENT más importantes. España (2017)

MEDIDA	UBICACIÓN	AÑO	EDAD	SEXO	CAUSA	RIESGO	CIFRA	VALOR	SUPERIOR	INFERIOR
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	CONDUCTUALES	PORCENTUAL	34,28	36,31	32,2
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	CONDUCTUALES	PORCENTUAL	46,76	51,5	42,08
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS	CONDUCTUALES	PORCENTUAL	38,46	43,44	34,06
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	CONDUCTUALES	PORCENTUAL	44,5	49,57	39,42
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES DIGESTIVAS	CONDUCTUALES	PORCENTUAL	26,5	29,64	23,55
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	NEOPLASIAS	CONDUCTUALES	PORCENTUAL	39,85	41,74	38,11
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	CÁNCER TRAQUEAL, BRONQUIAL Y PULMONAR	CONDUCTUALES	PORCENTUAL	77,93	80,12	75,62
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	CÁNCER DE LARINGE	CONDUCTUALES	PORCENTUAL	88,32	93,02	81,66
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO	CONDUCTUALES	PORCENTUAL	40,79	50,55	31,55
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	DESÓRDENES NEUROLÓGICOS	CONDUCTUALES	PORCENTUAL	8,18	11,79	4,65
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	TABACO	PORCENTUAL	16,79	17,81	15,78
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	TABACO	PORCENTUAL	10,97	11,76	10,23
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS	TABACO	PORCENTUAL	38,46	43,44	34,06
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	TABACO	PORCENTUAL	44,5	49,57	39,42
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES DIGESTIVAS	TABACO	PORCENTUAL	1,25	1,49	1,04
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	NEOPLASIAS	TABACO	PORCENTUAL	27,98	29,63	26,34
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	CÁNCER TRAQUEAL, BRONQUIAL Y PULMONAR	TABACO	PORCENTUAL	76,31	78,37	74,27
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	CÁNCER DE LARINGE	TABACO	PORCENTUAL	74,45	82,8	63,63
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO	TABACO	PORCENTUAL	6,86	7,74	6,05
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	DESÓRDENES NEUROLÓGICOS	TABACO	PORCENTUAL	7,86	11,51	4,30
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	RIESGO METABÓLICO	PORCENTUAL	34,52	39,48	29,73
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	RIESGO METABÓLICO	PORCENTUAL	69,13	74,47	63,21
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS	RIESGO METABÓLICO	PORCENTUAL	0,85	1,33	0,48
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	RIESGO METABÓLICO	PORCENTUAL	0,00	0,00	0,00
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES DIGESTIVAS	RIESGO METABÓLICO	PORCENTUAL	4,85	6,94	2,92
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	NEOPLASIAS	RIESGO METABÓLICO	PORCENTUAL	11,32	18,04	5,95
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	CÁNCER TRAQUEAL, BRONQUIAL Y PULMONAR	RIESGO METABÓLICO	PORCENTUAL	10,29	22,57	2,10
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	CÁNCER DE LARINGE	RIESGO METABÓLICO	PORCENTUAL	0,00	0,00	0,00
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO	RIESGO METABÓLICO	PORCENTUAL	67,79	86,31	52,52
MUERTES	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	DESÓRDENES NEUROLÓGICOS	RIESGO METABÓLICO	PORCENTUAL	23,43	38,93	10,56

Fuente: elaboración propia. Datos: Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results. Disponible en: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2017->

permalink/8f7374e75cd99a620e540ed78688d939

Figura 4. Incidencia de los principales factores de riesgo en las AVAD causados por las ENT más importantes. España (2017)

AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	CONDUCTUALES	PORCENTUAL	27,99	30,36	25,65
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	CONDUCTUALES	PORCENTUAL	52,4	55,99	48,61
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS	CONDUCTUALES	PORCENTUAL	40,35	44,25	36,66
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	CONDUCTUALES	PORCENTUAL	51,55	55,94	46,96
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES DIGESTIVAS	CONDUCTUALES	PORCENTUAL	30,84	34,86	27,1
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	NEOPLASIAS	CONDUCTUALES	PORCENTUAL	43,52	45,25	41,84
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	CÁNCER TRAQUEAL, BRONQUIAL Y PULMONAR	CONDUCTUALES	PORCENTUAL	79,79	81,84	77,65
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	CÁNCER DE LARINGE	CONDUCTUALES	PORCENTUAL	90,41	94,21	84,72
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO	CONDUCTUALES	PORCENTUAL	50,75	59,43	42,58
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	DESÓRDENES NEUROLÓGICOS	CONDUCTUALES	PORCENTUAL	6,44	8,88	4,00
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	TABACO	PORCENTUAL	15,37	16,74	13,94
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	TABACO	PORCENTUAL	19,03	20,17	17,85
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS	TABACO	PORCENTUAL	40,35	44,25	36,66
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	TABACO	PORCENTUAL	51,55	55,94	46,96
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES DIGESTIVAS	TABACO	PORCENTUAL	1,2	1,4	1,03
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	NEOPLASIAS	TABACO	PORCENTUAL	31,55	33,25	29,86
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	CÁNCER TRAQUEAL, BRONQUIAL Y PULMONAR	TABACO	PORCENTUAL	78,34	80,29	76,32
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	CÁNCER DE LARINGE	TABACO	PORCENTUAL	77,4	83,93	68,64
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO	TABACO	PORCENTUAL	14,06	15,34	12,66
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	DESÓRDENES NEUROLÓGICOS	TABACO	PORCENTUAL	5,17	7,52	3,01
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	RIESGO METABÓLICO	PORCENTUAL	21,62	24,73	18,76
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	RIESGO METABÓLICO	PORCENTUAL	69,8	74,05	65,13
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS	RIESGO METABÓLICO	PORCENTUAL	4,7	7,24	2,69
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	RIESGO METABÓLICO	PORCENTUAL	0,00	0,00	0,00
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ENFERMEDADES DIGESTIVAS	RIESGO METABÓLICO	PORCENTUAL	2,22	3,15	1,34
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	NEOPLASIAS	RIESGO METABÓLICO	PORCENTUAL	10,37	16,25	5,63
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	CÁNCER TRAQUEAL, BRONQUIAL Y PULMONAR	RIESGO METABÓLICO	PORCENTUAL	8,72	19,5	1,72
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	CÁNCER DE LARINGE	RIESGO METABÓLICO	PORCENTUAL	0,00	0,00	0,00
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO	RIESGO METABÓLICO	PORCENTUAL	70,97	84,49	58,87
AVAD	ESPAÑA	2017	TODAS	AMBOS	DESÓRDENES NEUROLÓGICOS	RIESGO METABÓLICO	PORCENTUAL	11,57	19,47	5,37

Fuente: elaboración propia. Datos: Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results. Disponible en: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2017-permalink/8f7374e75cd99a620e540ed78688d939>

