

# Sistema de vigilancia de la mortalidad

Análisis de los modelos organizativos  
y aspectos de homogeneización  
de la vigilancia en salud pública  
en el Sistema Nacional de Salud



# Sistema de vigilancia de la mortalidad

Análisis de los modelos organizativos  
y aspectos de homogeneización  
de la vigilancia en salud pública  
en el Sistema Nacional de Salud



**Financiado por  
la Unión Europea**  
NextGenerationEU



**Plan de Recuperación,  
Transformación  
y Resiliencia**



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD

CENTRO DE PUBLICACIONES

Paseo del Prado, 18 - 28014 MADRID

NIPO en línea: 133-24-115-0

Imprime: Grafo, S. A.

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

# Sistema de vigilancia de la mortalidad

Análisis de los modelos organizativos  
y aspectos de homogeneización  
de la vigilancia en salud pública  
en el Sistema Nacional de Salud



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD



## COORDINACIÓN TÉCNICA

Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud-Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias: Silvia Rivera Ariza y Pilar Soler Crespo.

## PARTICIPANTES

### **Comunidades autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía:**

**Andalucía:** Nicola Lorusso, Isabel M.<sup>a</sup> Vázquez Rincón, Isidoro Pérez Madroñal, Ulises Pablo Ameyugo catalán, Soledad Márquez Calderón y Andrés Cabrera León.

**Aragón:** Juan Pablo Alonso, Antonio Español, Ángeles Roca, Nieves Martínez y Begoña Adiego.

**Asturias (Principado de):** Mario Juan Margolles Martins, Antón González Fernández, José Feliciano Tato Budiño, José Ramón Quirós García y Valentín Rodríguez.

**Baleares (Islas):** Amadeo Vázquez, Antonio Nicolau Riutort, Eusebi Castaño Riera, Carmen Sánchez-Contador Escudero, M.<sup>a</sup> Jesús Martín Sánchez, Celia Personat y Mercedes Alemany Alemany.

**Canarias:** Álvaro Luis Torres Lana, Araceli Alemán Herrera, Javier Darías y Dolores Rojas Martín.

**Cantabria:** Luis Javier Viloria Raymundo, Isabel María de la Fuente Jiménez y Carmen Amalia Gómez Chomón.

**Castilla-La Mancha:** Gonzalo Gutiérrez Ávila, Alfonso Abaigar Martínez y Javier Manzano.

**Castilla y León:** Carmen Pacheco Martínez, Rufino Álamo Sanz, Teresa Jiménez López.

**Cataluña:** Jacobo Mendioroz, Angelina González, Roberto Langarita Rivas, Anna Mompert Penina, Rafel Panadès y Saiko Allende Leal.

**Comunitat Valenciana:** Hermelinda Vanaclocha Luna, F. Javier Roig Sena, Francesc Botella, Valentín Esteban Buedo, Aurora López Maside y Raquel Matéu Rodrigo.

**Extremadura:** Juan Antonio Linares Dópido.

**Galicia:** Alberto Malvar Pintos, María Tajés Alonso, Isabel González García y Manuel Álvarez Cortiñas.

**Madrid (Comunidad de):** Araceli Arce Arnáez, Felicitas Domínguez Berjón, Ana María Gandarillas Grande, Nuria Aragonés Sanz, María Fernanda González Gómez, Fernando Fuster Loran y Carmen Fernández Aguado.

**Murcia (Región de):** Alonso Sánchez-Migallón Naranjo, Dolores Chirlaque López, Bienvenida Carpe Carpe y Manuel José Méndez Romera.

**Navarra (Comunidad Foral):** Jesús Castilla Catalán y Guillermo Ezpeleta Lobato.

**País Vasco:** Pello Latasa Zamalloa, Fernando González Carril, Idoia Camarón y Aitor Gisasola.

**La Rioja:** Eva Martínez Ochoa, Enrique Ramalle Gómara, Purificación Martínez Alonso, Rosario Martínez de la Hidalga Gil y M.<sup>a</sup> Belén Berradre Sáenz.

**Ceuta:** Ana Isabel Rivas, Violeta Ramos y Rebeca Benarroch.

**Melilla:** Daniel Castrillejo Pérez.

## Ministerio de Sanidad

### **Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud:**

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias: Fernando Simón, María José Sierra Moros, Enrique Gutiérrez González, Silvia Rivera Ariza y Pilar Soler Crespo.

**Apoyo a la realización de entrevistas y análisis:** Crowe.



# Índice

Introducción	9
1. Objetivo	11
2. Metodología	13
3. Resultados	15
4. Conclusiones	19
5. Recomendaciones	21
Anexo	23



# Introducción

La vigilancia en salud pública (VSP), tal y como se define en el artículo 12 de la [Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública](#)<sup>1</sup> es el *conjunto de actividades destinadas a recoger, analizar, interpretar y difundir información relacionada con el estado de la salud de la población y los factores que la condicionan, con el objeto de fundamentar las actuaciones de salud pública*. Además, la VSP es considerada una de las funciones esenciales de la Salud Pública ([OPS, 2020](#)<sup>2</sup>; [CDC 2020](#)<sup>3</sup>) y como se ha demostrado durante la pandemia de COVID-19, es el elemento clave para acceder a la información necesaria para la toma informada de decisiones ante situaciones de riesgo para la salud de la población.

Durante la pandemia de COVID-19, la importancia de la vigilancia de la salud pública se ha evidenciado de manera contundente. La crisis sanitaria ha revelado debilidades estructurales en los sistemas de salud y ha destacado la necesidad de mejorar la capacidad de respuesta ante situaciones de emergencia y específicamente de la VSP, llevando al límite la flexibilidad y adaptabilidad de las personas que trabajan en ella. Mejorar y fortalecer los sistemas de VSP, dotándolos de estructuras con personal capacitado en esta área, son aspectos clave para garantizar una respuesta efectiva ante situaciones de riesgo para la salud de las personas.

En este contexto de cambios, el fortalecimiento de la VSP es la medida más efectiva para mejorar la toma de decisiones basadas en el conocimiento de la situación, para la prevención y el control de las enfermedades. Para ello, el pasado junio se aprobó la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública con el objetivo de implementar una VSP integral y armonizada en todo el Sistema Nacional de Salud, creando el marco adecuado para desarrollar unos sistemas de vigilancia avanzados y homogéneos que midan la situación de salud y de sus determinantes y apoyen a la autoridad sanitaria y a los gestores con la mejor evidencia disponible para liderar y afrontar la respuesta a los problemas de salud de la población de forma oportuna y eficiente.

El Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (PRTR) aprobado por el Gobierno de España el 27 de abril de 2021, en su componente 18 e inversión 3 “Aumento de capacidades de respuesta ante crisis sanitarias” tiene como objetivo preparar al Sistema Nacional de Salud (SNS) para prevenir y afrontar posibles amenazas sanitarias globales como la derivada de la pandemia de COVID-19 e incrementar las capacidades de salud pública y los sistemas de vigilancia epidemiológica. Además, hace referencia a la necesidad de la creación de la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública, incorporando fondos para su desarrollo. Esta Red incorporará, además de la vigilancia de las enfermedades transmisibles, otros sistemas y fuentes de información necesarios para extender la vigilancia a todas las enfermedades y problemas de salud y a sus determinantes.

El proyecto 2 de esta inversión del PRTR hace referencia a la creación del *Nuevo sistema de Información de la Red de Vigilancia en Salud Pública*, que ampliará, mejorará

<sup>1</sup> <https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-15623-consolidado.pdf>

<sup>2</sup> <https://iris.paho/>

<sup>3</sup> <https://www.cdc.gov/publichealthgateway/publichealthservices/essentialhealthservices.html>

e integrará los sistemas de información existentes sobre enfermedades transmisibles y no transmisibles en España.

Este proyecto lleva asociado estudios técnicos de apoyo a la definición del sistema, que se realizarán con carácter previo, para implantar la nueva Estrategia de Vigilancia en Salud Pública (VSP) y la creación de la Red Estatal de VSP. En particular, un estudio de situación y recomendaciones para la integración de los diferentes sistemas de vigilancia existentes a nivel nacional y en las Comunidades Autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía (CC. AA.).

El estudio sobre el **Análisis de los modelos organizativos y aspectos de homogeneización de la vigilancia en salud pública en el Sistema Nacional de Salud** se enmarca dentro de estos estudios técnicos previos, constituyendo, además, el primer objetivo de la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública, que orienta su primera línea estratégica hacia el desarrollo homogéneo y de calidad de la VSP.

El estudio incluye a las CC. AA. tanto en su ámbito competencial como en su relación con el resto de integrantes de la Red de Vigilancia en Salud Pública. Por ello, el estudio se dirige tanto a CC. AA. como al Ministerio de Sanidad y al Centro Nacional de Epidemiología (CNE) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).

El alcance de los ámbitos y sistemas de vigilancia objeto de estudio son las enfermedades transmisibles, las enfermedades no transmisibles, la salud ambiental, la salud laboral, la vigilancia de los determinantes de salud y la vigilancia de la mortalidad.

Este informe se centra en el modelo organizativo de la vigilancia de la mortalidad.

# 1. Objetivo

La Estrategia de Vigilancia en Salud Pública establece el marco de actuación de desarrollo de la VSP en el SNS siendo su misión construir una Red Estatal de VSP que coordine los sistemas necesarios para vigilar el estado de salud de la población. La Estrategia establece, para evaluar su implementación, la necesidad de conocer la situación de la VSP en el SNS.

El objetivo de este trabajo es caracterizar los modelos organizativos en VSP en los niveles estatal y autonómico para describir y mejorar la coordinación e interoperabilidad entre los niveles de actuación, y en particular el modelo organizativo de la vigilancia de la mortalidad.



## 2. Metodología

El trabajo es un estudio descriptivo transversal realizado a través de una encuesta semiestructurada a nivel estatal y autonómico entre octubre y diciembre de 2022. La coordinación del trabajo corrió a cargo del CCAES del MS.

Se diseñaron cuestionarios específicos por cada sistema de vigilancia/ámbito de vigilancia, cuyos resultados se presentarán en informes independientes.

- Sistema de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles
- Sistema de vigilancia de Enfermedades No Transmisibles
- Sistema de Vigilancia de Salud Ambiental
- Sistema de Vigilancia de Salud Laboral
- Vigilancia de los determinantes de la salud
- Vigilancia de la mortalidad

Además, se analizó la situación de la VSP de manera global y no específicamente por sistemas.

Este informe presenta los resultados de la encuesta sobre el modelo organizativo de la vigilancia de la mortalidad.

La fecha a la que se refiere la encuesta es sobre la situación a 31 de diciembre de 2022.

El cuestionario se envió por correo electrónico a las personas responsables de la vigilancia en salud pública (VSP) en las CC. AA. y en el Ministerio de Sanidad al CCAES. Todas las instituciones han respondido a esta encuesta.

Posteriormente se mantuvo una entrevista con cada organismo participante.

La información recogida en los cuestionarios, se almacenó y analizó en Excel.

Este estudio ha sido financiado con fondos PRTR –Financiado por la Unión Europea– NextGenerationEU, aprobado por el Gobierno de España el 27 de abril de 2021, dentro componente 18 e inversión 3 “Aumento de capacidades de respuesta ante crisis sanitarias” y en concreto, en el proyecto 2 que hace referencia a la creación del Nuevo sistema de Información de la Red de Vigilancia en Salud Pública.



## 3. Resultados

Todas las Comunidades autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía (CC. AA.) excepto Ceuta respondieron a la encuesta.

### 3.1. Organización de la vigilancia de la mortalidad

#### Nivel autonómico

13 CC. AA. cuentan con Sistema de Vigilancia de Mortalidad (Aragón, Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Comunitat Valenciana, Extremadura, Galicia, Comunidad de Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco y La Rioja) (Tabla 1 del anexo).

Entre las CC. AA. que no disponen de un Sistema de Vigilancia de Mortalidad hay dos CC. AA. que están llevando a cabo acciones para su desarrollo:

- Andalucía: el SSII para la Vigilancia en Salud Pública que se está desarrollando (Plataforma ARGOSS), realizará una representación numérica y gráfica de la información, que permite la integración y visualización de datos de entre otras cosas la vigilancia de la mortalidad.
- Melilla: en 2023 se realizará un convenio con el INE con el fin de operar con datos abiertos y desarrollar la vigilancia de la mortalidad.

Seis CC. AA. (Comunitat Valenciana, Galicia, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco) de las 13 con sistema de vigilancia de la mortalidad disponen de una normativa que define la adscripción, estructura y gestión del mismo, aunque ninguna de ellas es específica para el sistema (Tabla 2 del anexo).

En 9 (Aragón, Castilla-La Mancha, Comunitat Valenciana, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, País Vasco y La Rioja) de las 13 CC. AA. con sistema de vigilancia de la mortalidad el sistema dispone de una estructura organizativa propia. En 8 CC. AA. (Aragón, Castilla-La Mancha, Comunitat Valenciana, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia y La Rioja) el órgano responsable del registro de mortalidad es la Dirección General de Salud Pública y en una C. A. (País Vasco) es la Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria. El servicio/unidad responsable del mismo es el responsable de la vigilancia epidemiológica en las 8 CC. AA.

En relación al **Registro de Mortalidad**, de las 18 CC. AA. de las que disponemos información, en 12 (Aragón, Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Comunitat Valenciana, Extremadura, Galicia, Comunidad de Madrid, Navarra, Murcia, Melilla) el registro de mortalidad depende de la Dirección General de Salud Pública e Instituto de Salud Pública, en 4 CC. AA. del Instituto regional de estadística/área de estadística (Andalucía, Baleares, Castilla y León, País Vasco), en una C. A. en la D.G. de Planificación e Investigación en Salud y en una C. A. en la Sección de Información Sanitaria (Tabla 3).

En un 89,5% (17/18) (todas excepto Extremadura) de las CC. AA. hay un convenio entre el órgano responsable de la vigilancia en salud pública y con el instituto regional y/o nacional de estadística para fines de vigilancia.

## Nivel central

Desde la Subdirección General de Información Sanitaria en el MS se lleva a cabo un análisis anual basado en la información del INE.

Se dispone de un sistema de vigilancia de la mortalidad diaria denominado MoMo, que da estimaciones de ésta sin definir la causa. El MoMo se desarrolló inicialmente en 2004 en el Centro Nacional de Epidemiología (CNE) como respuesta a un mandato del Ministerio de Sanidad dentro del Plan de Calor (sobre los efectos en la salud de los excesos de temperatura). Dentro de este plan se encargó que el CNE desarrollara un sistema que pudiera indicar los excesos de mortalidad que se estaban dando coincidentes con los excesos de temperatura solo durante los periodos estivales.

Adicionalmente, en el CNE se realizan análisis de mortalidad anuales donde se identifica la causa, pero debido a realizarse sólo anualmente no se considera un sistema de vigilancia. Dichos estudios están incluidos dentro de la aplicación Raziel (Servidor interactivo de información epidemiológica) que está en la página web del ISCIII (<http://raziel.cne.isciii.es/>), y las causa proceden de las estadísticas anuales realizadas por grupo de edad, sexo y provincia por parte del INE.

No existe una norma específica relativa a la vigilancia de mortalidad.

En el nivel central la vigilancia de la mortalidad se lleva en el Instituto de Salud Carlos III. Dentro del CNE, la Unidad de Vigilancia de gripe y otros virus respiratorios, es la responsable del SV de Mortalidad.

Con el INE existe un convenio para el envío anual de los datos de mortalidad diaria sin causa.

Por otra parte, el Ministerio de Justicia realiza el envío de defunciones diarias mediante INFOREG y la Agencia Española de Meteorología (AEMET) que envía las temperaturas máximas y mínimas provinciales y las predicciones a 5 días, ambos se enmarcan en la organización del Plan de Calor.

## 3.2. Aspectos que se vigilan por el sistema

### Nivel autonómico

En 12 CC. AA. se realiza vigilancia de la mortalidad general y por causas, mientras que en una C. A. sólo realiza vigilancia de mortalidad por causa.

Además, se realizan análisis específicos como:

- Análisis a medida en determinadas áreas geográficas o delimitación de problemas para realizar informes (P.ej. una localidad tiene un problema con una industria de la piedra (mármol) y se hace un análisis específico para ver si el análisis por causa es superior a lo esperado): 3 CC. AA.

- Monográficos sobre determinadas causas: suicidio, cáncer, cardiovasculares etc.: 1 C. A.
- Municipios/Análisis por áreas pequeñas: 2 CC. AA.
- Análisis de mortalidad anual por causas, sexo y grupo de edad para cada Departamento (Área) de Salud y municipios mayores de 50.000 hab: 1 C. A.
- Análisis de Mortalidad Perinatal anual por periodo (fetal y neonatal), sexo, edad y causas: 1 C. A.
- Por edad y sexo en específicos: 1 C. A.

## Nivel central

Se realiza una vigilancia de la mortalidad general diaria (sin causa y asociada a temperaturas extremas) mediante MoMo. Adicionalmente se realiza un análisis de la vigilancia por causas de forma anual mediante Raziel, en la página web del ISCIII (analizado por grupo de edad, sexo y provincia).

### 3.3. Integración de la vigilancia de la mortalidad con el resto de los sistemas de vigilancia

#### Nivel autonómico

En 3 CC. AA. (Aragón, Castilla-La Mancha, La Rioja) se hace un análisis de la mortalidad sin integrarse con el resto de los sistemas de vigilancia.

En 10 CC. AA. (Asturias, Canarias, Cantabria, Comunitat Valenciana, Extremadura, Galicia, Madrid, Navarra, Murcia, País Vasco) se hace un cruce periódico de la mortalidad con otros sistemas de vigilancia para conocer el estatus vital de cada caso registrado al disponer de identificadores comunes.

En 4 CC. AA. (Asturias, Comunitat Valenciana, Comunidad de Madrid, Navarra) se hace un cruce periódico de la mortalidad con otros sistemas de vigilancia para conocer la causa de muerte de cada caso registrado al disponer de identificadores comunes.

En 4 CC. AA. (Aragón, Asturias, Murcia y Navarra) el sistema de vigilancia de la mortalidad incluye la identificación de señales de riesgo más allá de los que da el MoMo nacional:

- Aragón: análisis específico con la metodología de canales endemo-epidémicos para ver desviaciones semanales de la mortalidad observada respecto a la esperada los 7 años previos.
- Asturias: analizan las causas de muerte asociadas a los episodios inusuales de mortalidad observados y se correlacionan con la temperatura ambiental y con los niveles de calidad del aire.
- Murcia: se monitoriza la mortalidad diaria, donde se produce, etc., para ver cuántos fallecidos hay y la evolución.
- Navarra: Se suelen utilizar los del MoMo, pero luego se realiza un análisis ad hoc. En el caso del análisis de mortalidad, donde se ha incorporado de manera

sistemática es en los análisis semanales que se hacen en el servicio a raíz de la pandemia para explicar excesos de mortalidad o picos por picos de temperaturas extremas. Antes de que se elaboren los informes del MoMo. Actualmente en Navarra se dispone de dos fuentes: los fallecimientos que se recogen en la tarjeta sanitaria y el MoMo.

## Nivel central

La información de la vigilancia de mortalidad se pone a disposición de cada Unidad de VSP y del público general para que se realicen análisis, pero no se realiza integración directa porque es información inespecífica y anónima, sin identificación.

Las señales de riesgo son las que da el MoMo, que son:

- Riesgo de mortalidad a través del índice KAIROS diariamente (atribuible tanto a excesos como a defecto de temperatura). Existen tres niveles de riesgo cualitativo, clasificados en forma de semáforo, asociado a un exceso o defecto de temperatura.
- Estimación numérica diaria de los excesos de mortalidad por todas las causas que sobrepasan un 99% del intervalo de confianza que se ha determinado con el modelo. Esta información se ofrece a nivel nacional y desagregada por CC. AA., provincia, sexo y grupo de edad.

### 3.4. Difusión de la información de la vigilancia de la mortalidad

#### Nivel autonómico

En 3 CC. AA. (Asturias, Cantabria, Navarra) el año de publicación del último informe fue el 2022, en 4 CC. AA. (C. Valenciana, Murcia, País Vasco, La Rioja) en 2021, Aragón en 2020, en 3 CC. AA. (Canarias, Galicia, Madrid) fue antes del 2019 y en 2 CC. AA. (Castilla-La Mancha, Extremadura) no hay informes publicados de mortalidad.

Todas las CC. AA. que han informado al respecto utilizan como canal de difusión de información páginas web, 8 CC. AA. (Aragón, Asturias, Canarias, C. Valenciana, Madrid, Navarra, País Vasco y La Rioja) utilizan informes y 6 CC. AA. (Canarias, C. Valenciana, Madrid, Murcia, País Vasco y La Rioja) usan publicaciones científicas.

#### Nivel central

Se utiliza la web del ISCIII y publicaciones científicas puntuales o publicaciones específicas de colaboraciones (con el INE sobre el papel del MoMo en la estimación de mortalidad de la pandemia).

## 4. Conclusiones

- En 13 Comunidades autónomas se dispone de un sistema de vigilancia de la mortalidad. En la mayoría el sistema dispone de una estructura organizativa propia estando el órgano responsable de esta vigilancia en la Dirección General de Salud Pública excepto en una Comunidad Autónoma en la que está en la Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria.
- En relación al Registro de Mortalidad, de las 18 Comunidades Autónomas de las que disponemos de información, en 12 el registro depende de la Dirección General de Salud Pública, en 4 del Instituto regional de estadística/área de estadística, en una de la D.G. de Planificación e Investigación en Salud y en otra en la Sección de Información Sanitaria.
- Todas las Comunidades Autónomas, excepto una, disponen de un convenio entre el órgano responsable de la vigilancia en salud pública y el instituto regional y/o nacional de estadística para fines de vigilancia.
- En el nivel central hay tres abordajes hacia la vigilancia de la mortalidad:
  - En el Ministerio de Sanidad se lleva a cabo un análisis anual basado en la información del INE.
  - En el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III se dispone de un sistema de vigilancia de la mortalidad diaria denominado MoMo, que da estimaciones de ésta sin definir la causa.
  - El Centro Nacional de Epidemiología realiza análisis de mortalidad anuales donde se identifica la causa.
- Doce Comunidades Autónomas realizan vigilancia de la mortalidad general y por causas, mientras que una realiza vigilancia de mortalidad por causa. Además, se realizan en algunas Comunidades Autónomas análisis específicos como análisis a medida en determinadas áreas geográficas y análisis en áreas pequeñas, monográficos sobre determinadas causas (suicidio, cáncer, cardiovasculares, etc.) y análisis de mortalidad perinatal. En 4 CC. AA. el sistema de vigilancia de la mortalidad incluye la identificación de señales de riesgo más allá de los que da el MoMo nacional.
- En relación a la integración de la vigilancia de la mortalidad con el resto de los sistemas de vigilancia la mayoría de las Comunidades Autónomas hace un cruce periódico de la mortalidad con otros sistemas de vigilancia para conocer el estatus vital de cada caso registrado. Este cruce permite conocer la causa de muerte de cada caso registrado en pocas Comunidades Autónomas.
- En relación a la difusión de la información de la vigilancia de la mortalidad solo en 3 Comunidades Autónomas el año de publicación del último informe fue el 2022.



## 5. Recomendaciones

1. Impulsar la organización y puesta en marcha de los Sistemas de Vigilancia de Mortalidad en aquellas CC. AA. que actualmente no disponen.
2. Avanzar en el desarrollo normativo de los Sistemas de Vigilancia de Mortalidad en el conjunto del SNS (tanto a nivel central como autonómico), detallando específicamente sus funciones, estructura, indicadores, gestión, herramientas y mecanismos necesarios.
3. Favorecer la existencia de una mayor coordinación entre el INE y las CC. AA. para el desarrollo de análisis conjuntos de mortalidad y el desarrollo de temas de interés para el ámbito de Salud Pública.
4. Fortalecer la integración en las CC. AA. del sistema de mortalidad con otros sistemas de vigilancia.



# Anexo

**Tabla 1. Existencia de sistema de vigilancia de la mortalidad en las Comunidades Autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía. Año 2022.**

Comunidad autónoma	Existencia sistema de vigilancia de mortalidad	Comentarios
Andalucía	No	Para el registro de mortalidad se reciben los certificados de defunción, se codifican las causas de muerte y se devuelven. El registro funciona con un convenio con el instituto estadístico de Andalucía y el de salud, el instituto estadístico forma parte del INE desde el año 1992. No se puede considerar que hay un SV de mortalidad, ya que se utiliza los datos de mortalidad para mejorar la calidad de los resultados de vigilancia, pero no se hace un estudio periódico y sistemático de mortalidad por causa específica.
Aragón	Sí	Registro de Mortalidad de Aragón.
Asturias, Principado de	Sí	Se analiza la sobremortalidad cuando se reciben los boletines estadísticos de defunción.
Balears, Illes	No	Se trabaja con un convenio con el IBESTAT, que se encargan de la publicación de datos oficiales en cuanto a casos de mortalidad y causas de muerte, para sacar las estadísticas oficiales y para alimentar los registros de enfermedades y realizar estudios relacionados con la mortalidad utilizando los datos individuales.
Canarias	Sí	No se utiliza el Registro de Mortalidad para ningún análisis más allá de con el Registro de Cáncer que es el único con el que se cruza. Registro de Mortalidad de Canarias, el cual realiza: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La codificación de las defunciones según la causa de muerte.</li> <li>• La elaboración de estudios relacionados con la mortalidad.</li> <li>• La respuesta a peticiones realizadas por estamentos e instituciones.</li> </ul>
Cantabria	Sí	No es un SV como tal, pero se hace la fase de codificación y selección de causa de muerte en colaboración con el INE y el ICANE a través de un convenio y eso permite tener una base de datos con toda la mortalidad que se genera en Cantabria. Hay un acuerdo para la utilización de los datos con lo que se dispone de una base de datos con lo cual, sin llegar a ser un SV establecido y convencional, pero sí se realiza vigilancia.

**Tabla 1. Existencia de sistema de vigilancia de la mortalidad en las Comunidades Autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía. Año 2022.**  
(Continuación).

Comunidad autónoma	Existencia sistema de vigilancia de mortalidad	Comentarios
Castilla y León	No	Se cuenta con un convenio firmado con el INE, donde participan la consejería con competencias de estadística y Salud Pública, quienes se encargan de realizar la certificación de la causa de mortalidad. Aunque se participa en el registro de mortalidad, somos parte activa en la codificación de la causa de muerte pero no de forma oficial y sistemática, ya que legalmente no está contemplada este tipo de actividad.
Castilla-La Mancha	Sí	Sistema de Información y Vigilancia Epidemiológica de CLM.
Cataluña	No	Sistema de monitorización de mortalidad relacionada con la COVID, pero no mortalidad por todas las causas.
Comunitat Valenciana	Sí	<p>Registro de Mortalidad de la Comunitat Valenciana. Es un sistema muy consolidado, tanto la explotación como las publicaciones periódicas y anuales.</p> <p>Se trabajan los datos en áreas pequeñas mediante una metodología estadística bayesiana, cuando se dan los datos las tasas están suavizadas ya que se tiene en cuenta que se trabaja en áreas pequeñas y da datos a nivel municipal y por barrios.</p> <p>Perinatal: Registro de Mortalidad Perinatal de la Comunitat Valenciana.</p> <p>Este registro es una parte de la mortalidad que aborda desde las muertes fetales desde 22 semanas de gestación y hasta los 28 días de vida. Se recoge a través del boletín estadístico de defunción (niños que nacen vivos) y las muertes fetales en los boletines de partos. Se crea en 2004 y se recoge en una hoja aspectos del feto y de la madre consensuado con una comisión en la que participan todo tipo de profesionales relacionados con la mortalidad perinatal (ginecólogos, pediatras...).</p> <p>Todos los entes sanitarios públicos y privados participan en el registro.</p> <p>Se ha trabajado con una aplicación propia durante muchos años, pero actualmente se están integrando en la aplicación general de mortalidad para facilitar todo tipo de procesamiento posterior de datos.</p> <p>De alguna forma, uno de los elementos de mejora será la integración de la declaración de este tipo de casos de mortalidad en la HCE, pero de momento se debe tener desarrollada la aplicación y más adelante se podrá realizar la integración para facilitar la notificación a los médicos. Esta integración es más complicada de llevar a cabo en el ámbito privado, en primera instancia se quiere facilitar la notificación de casos, pero en los públicos a la larga se espera integrar la aplicación en la HCE.</p> <p>Es el único registro específico de mortalidad perinatal a nivel nacional. Se siguen las normas de EuroPERISTAT.</p>

**Tabla 1. Existencia de sistema de vigilancia de la mortalidad en las Comunidades Autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía. Año 2022.**  
(Continuación).

Comunidad autónoma	Existencia sistema de vigilancia de mortalidad	Comentarios
<b>Extremadura</b>	Sí	Registro de mortalidad que vuelca directamente los casos al INE, además, en 2019 se contaba con un convenio con el IEE.
<b>Galicia</b>	Sí	Registro de Mortalidad de Galicia.
<b>Madrid, Comunidad</b>	Sí	
<b>Murcia, Región de</b>	Sí	Registro de Mortalidad.
<b>Navarra, Comunidad</b>	Sí	Registro de Mortalidad de Navarra.
<b>País Vasco</b>	Sí	Registro de Mortalidad de la Estadística de Defunciones.
<b>Rioja, La</b>	Sí	Registro de mortalidad de La Rioja.
<b>Ceuta</b>	No	
<b>Melilla</b>	No	Se está desarrollando, con todos los datos de Melilla en abierto del INE, se está estudiando como captar esos datos y ajustarlos a su aplicación. Se procede a realizar un convenio con el INE para desarrollar la vigilancia de la mortalidad.

**Tabla 2. Existencia de normativa en las Comunidades autónomas que defina la adscripción, estructura y gestión del Sistema de vigilancia de la Mortalidad. Año 2022.**

Comunidad autónoma	Existencia de norma	Existencia de norma específica	Comentarios
Andalucía	No procede		
Aragón	No	No	
Asturias, Principado de	No	No	Función atribuida a la Dirección General Salud Pública en Decreto de Estructura Orgánica de la Consejería de Salud.
Balears, Illes	No procede		
Canarias	No	No	Resolución de adscripción en que se indica que el Registro de Mortalidad está adscrito dentro de la Unidad de vigilancia.
Cantabria	No	No	Es un acuerdo en el año 1996 con el INE. No hay una norma que desarrolle el Sistema de vigilancia.
Castilla y León	No procede		
Castilla-La Mancha	No	No	Decreto 51/1997 de 29 de abril de la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla-La Mancha. Resolución de 20 de mayo de 2010, del Instituto Nacional de Estadística, por la que se publica el Convenio de colaboración con la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha y el Instituto de Estadística de Castilla-La Mancha, para la realización de las estadísticas de movimiento natural de población y defunciones según la causa de muerte (BOE 04/06/2010).
Cataluña	No procede		a) Ley 5/2016, de 23 de diciembre, del Plan Estadístico de Cataluña 2017-2020 y de modificación de la Ley 23/1998, de estadística de Cataluña. El Plan se encuentra prorrogado, se espera que en breve se apruebe el correspondiente al periodo 2023-2028. b) Decreto 129/2022, de 28 de junio, de reestructuración del Departamento de Salud.
Comunitat Valenciana	Sí	No	Decreto 16/1997, de 28 de enero, del Gobierno Valenciano, por el que se crea la Red Valenciana de Vigilancia en Salud Pública/Perinatal: se cuenta con una Orden específica del registro de mortalidad perinatal. Orden de 29 de marzo de 2004, de la Conselleria de Sanidad, por la que se crea el Registro de Mortalidad Perinatal de la Comunidad Valenciana.

**Tabla 2. Existencia de normativa en las Comunidades autónomas que defina la adscripción, estructura y gestión del Sistema de vigilancia de la Mortalidad. Año 2022.** (Continuación).

Comunidad autónoma	Existencia de norma	Existencia de norma específica	Comentarios
<b>Extremadura</b>	No	No	
<b>Galicia</b>	Sí	No	Orden de 14 de julio de 1998 por la que se desarrolla el Sistema básico de la Red gallega de vigilancia en Salud pública. En el Decreto de vigilancia de 1998 en donde uno de los ítems es el Registro de Mortalidad. En el Decreto de estructura de la Conselleria se establece el Registro al servicio de epidemiología.
<b>Madrid, Comunidad</b>	Sí	No	Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. (Creación de la Red de Vigilancia Epidemiológica en la Comunidad de Madrid) Decreto 1/2022, de 19 de enero, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad. Precisa entre las competencias de la Dirección General de Salud Pública: g) La vigilancia, análisis y control de las condiciones de salud y sus determinantes, así como de las enfermedades transmisibles y no transmisibles y su distribución en los distintos grupos de población. t) La elaboración del Informe del Estado de Salud de la Comunidad de Madrid con periodicidad bienal.
<b>Murcia, Región de</b>	Sí	No	Decreto nº 117/2002, de 27 de septiembre, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Consumo-Murcia Salud. Conforme al artículo 28 del Decreto nº 117/2002, de 27 de septiembre por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, el Servicio de Epidemiología adscrito a la Dirección General de Salud Pública, para el cumplimiento de sus funciones cuenta con los técnicos en materia de Estadísticas Sanitarias, encargados de la elaboración de estadísticas sanitarias, la gestión del registro de mortalidad y la coordinación con otras unidades estadísticas. Orden de 4 de febrero de 2004 de la Consejería de Sanidad sobre designación del Servicio de Epidemiología como órgano estadístico específico de la Consejería de Sanidad-Murcia Salud.
<b>Navarra, Comunidad</b>	Sí	No	Decreto Foral 242/2015, de 14 de octubre, por el que se modifica el Decreto Foral 63/2012, de 18 de julio, por el que se crea y se aprueban los Estatutos del Organismo Autónomo Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra.

**Tabla 2. Existencia de normativa en las Comunidades autónomas que defina la adscripción, estructura y gestión del Sistema de vigilancia de la Mortalidad. Año 2022.** (Continuación).

Comunidad autónoma	Existencia de norma	Existencia de norma específica	Comentarios
<b>País Vasco</b>	Sí	No	Estadística de Defunciones del Plan Vasco de Estadística 2019-2022, aprobado por la Ley 8/2019, de 27 de junio.
<b>Rioja, La</b>	No	No	Decreto 52/2021, de 22 de septiembre, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y sus funciones en desarrollo de la Ley 3/2003, de 3 de marzo, de Organización del Sector Público de la Comunidad Autónoma de La Rioja. (Art. 2.3. h). El establecimiento y desarrollo de los registros, sistemas de información y sistemas de vigilancia epidemiológica necesarios para el conocimiento de los determinantes de salud y de las enfermedades, así como la elaboración de estadísticas en materia de Salud Pública.
<b>Ceuta</b>	No procede		
<b>Melilla</b>	No procede		

**Tabla 3. Dependencia orgánica del Registro de Mortalidad en las Comunidades autónomas. Año 2022.**

Comunidad autónoma	Nombre del servicio/unidad responsable del Registro de Mortalidad	Clasificación
<b>Andalucía</b>	Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA). Con la participación en el Registro de Mortalidad del Servicio de Estadísticas Sanitarias de la Consejería de Salud, mediante convenio entre ambas instituciones	Instituto Regional de Estadística
<b>Aragón</b>	Dirección General de Salud Pública del Departamento de Sanidad	DGSP
<b>Asturias, Principado de</b>	Sección de Información Sanitaria de Servicio de Salud Poblacional de la Dirección General de Salud Pública	DGSP
<b>Balears, Illes</b>	IBESTAT (Instituto Balear de Estadística)	Instituto Regional de Estadística
<b>Canarias</b>	Unidad Funcional de Vigilancia, de la Dirección General de Salud Pública	DGSP
<b>Cantabria</b>	Sección de Vigilancia Epidemiológica	DGSP
<b>Castilla y León</b>	Consejería de Sanidad (ámbito estadístico)	Consejería de Sanidad
<b>Castilla-La Mancha</b>	Dirección General de Salud Pública	DGSP
<b>Cataluña</b>	Servicio de Gestión y Análisis de la Información para la Planificación Estratégica (Subdirección General de la Cartera de Servicios y Análisis de la Información/Dirección General de Planificación e Investigación en Salud/Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya)	Consejería de Sanidad
<b>Comunitat Valenciana</b>	Sección de Estudios e Información Epidemiológica del Servicio de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles	DGSP
<b>Extremadura</b>	Dirección General de Salud Pública	DGSP
<b>Galicia</b>	Servicio de Epidemiología	DGSP
<b>Madrid, Comunidad</b>	Unidad Técnica de Informe de Estado de Salud y Registros (Área de Vigilancia de Factores de Riesgo y Enfermedades No Transmisibles Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública, Dirección General de Salud Pública)	DGSP
<b>Murcia, Región de</b>	Servicio de Epidemiología	DGSP
<b>Navarra, Comunidad</b>	Servicio de Promoción de Salud Comunitaria	Consejería de Sanidad

**Tabla 3. Dependencia orgánica del Registro de Mortalidad en las Comunidades autónomas. Año 2022.** (Continuación).

Comunidad autónoma	Nombre del servicio/unidad responsable del Registro de Mortalidad	Clasificación
País Vasco	EUSTAT	Instituto Regional de Estadística
Rioja, La	Sección de Información Sanitaria	Consejería de Sanidad
Ceuta		NC
Melilla	Servicio de Epidemiología	DGSP



Este estudio, financiado por la Unión Europea – NextGenerationEU, se enmarca en el objetivo 1 de la línea estratégica 1 de la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública sobre la actualización del análisis de la situación basal de la vigilancia en salud pública en el Sistema Nacional de Salud. El objetivo del mismo es caracterizar los modelos organizativos en vigilancia en salud pública en el Sistema Nacional de Salud para describir y mejorar la coordinación e interoperabilidad entre los niveles de actuación, y en particular el modelo organizativo de la vigilancia de la mortalidad.

