

INFORME

Estado de salud y uso del sistema sanitario por la población migrante en España

Mayo de 2026



MINISTERIO
DE SANIDAD

Índice

Resumen ejecutivo.....	4
Introducción.....	6
Fuentes de información.....	12
Barómetro sanitario.....	13
Base de datos clínicos de atención primaria - BDCAP.....	14
Limitaciones de las fuentes información.....	16
Estado de salud.....	18
Asistencia y utilización los servicios sanitarios.....	21
Datos de uso del sistema sanitario del Barómetro sanitario.....	21
Datos de uso del sistema sanitario de BDCAP.....	30
Conclusiones.....	35
Anexo.....	40
Gráficas.....	40
Tablas.....	50

Resumen ejecutivo

El Sistema Nacional de Salud en España tiene como una de sus características fundamentales la vocación universal en el acceso a las prestaciones sanitarias, la cual se consolidó a través de las diferentes leyes que dieron forma al sistema sanitario a lo largo de las últimas cuatro décadas. Sin embargo, 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 prestaciones, restringió el acceso al sistema sanitario a las personas extranjeras, excluyendo de manera explícita a las personas extranjeras sin residencia legal en el territorio español exceptuando la atención a las urgencias, al embarazo y a las personas menores de edad. A pesar de la reforma introducida con el Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, que recuperó de forma parcial la universalidad, la implementación a nivel autonómico fue desigual, perpetuando algunas situaciones de exclusión sanitaria. Con el objetivo de evitar estas situaciones y facilitar los trámites administrativos para el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria, el Gobierno ha aprobado el Real Decreto 180/2026, de 11 de marzo, por el que se regula el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos de las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan su residencia legal en el territorio español.

En los últimos años han proliferado los discursos racistas con el objetivo de excluir del sistema sanitario al colectivo de personas migrantes, especialmente a aquellas personas en situación administrativa irregular. La evidencia científica, a nivel nacional e internacional, muestra que las personas migrantes gozan de un mejor estado de salud que la población nacida en el país de destino, y que esta empeora a medida que aumentan los años de estancia debido a las peores condiciones socioeconómicas que sufren. Por tanto, presentan menos necesidades de salud y un menor uso del sistema sanitario. Pero, además, este colectivo suele enfrentar barreras de tipo legal, administrativo o de discriminación por motivos raciales o de etnia que dificultan su acceso a las prestaciones sanitarias. Los estudios demuestran que los países con sistemas sanitarios con cobertura universal, incluyendo a las personas migrantes en situación administrativa irregular, presentan mejores resultados en salud y en cuanto a la eficiencia del uso de recursos públicos, con menores costes asociados a los tratamientos de urgencia y en estadios avanzados de la enfermedad.

Este informe analiza el estado de salud y el uso del sistema sanitario por parte de la población migrante en comparación con la población nacida en España a partir de los sistemas de información del Ministerio de Sanidad. Los resultados muestran que la población migrante en España presenta, en promedio, un mejor estado de salud que la población nacida en España, con una menor prevalencia para los principales problemas de salud estudiados y una menor carga de multimorbilidad. Respecto del uso del sistema sanitario, presentan un menor uso de los servicios de atención primaria y de las consultas a nivel hospitalario, menor tasa de interconsultas y de procedimientos, y menor consumo de medicamentos. Los ámbitos asistenciales en los que las personas migrantes presentan un mayor uso en comparación con las personas nacidas en España es en los servicios de urgencias y en los ingresos hospitalarios, como reflejo, en parte, de las dificultades de acceso al conjunto del sistema sanitario que permitiría un uso más eficiente de los recursos públicos y una mayor prevención y control de las enfermedades en el ámbito de la atención primaria.

Los resultados del informe muestran que las personas migrantes hacen un menor uso del sistema sanitario en términos generales. Además, estas personas contribuyen a la sostenibilidad del sistema al financiarse a través de los impuestos y los presupuestos generales del estado. Por tanto, su exclusión del sistema sanitario, o plantear limitar su acceso a las prestaciones sanitarias, supone una injusticia desde un punto de vista ético y democrático, pues la universalidad del sistema sanitario es la característica fundamental para garantizar su sostenibilidad en el tiempo, permitiendo construir así sociedades más justas, cohesionadas y equitativas.

Introducción

España ocupa una posición geográfica singular entre Europa y África, además de estar vinculada culturalmente con América. Esta situación de España la convierte en un punto de conexión intercontinental y en una de las principales puertas de entrada a Europa para poblaciones móviles procedentes de diversos orígenes. Las motivaciones de estas poblaciones para establecerse en España son heterogéneas. Algunos ejemplos son las personas jubiladas que eligen establecerse en el país como segunda residencia; las personas trabajadoras que buscan oportunidades laborales que permitan mejorar las condiciones de vida propias y de sus familias; las personas que tienen que dejar sus países de origen por factores humanitarios; y aquellas personas que deciden migrar por motivos emocionales o personales. De acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística para el año 2025, el país registraba algo más de 9 millones de personas residentes nacidas fuera de España, lo que representa el 19,3 % de la población total del país¹. Estas personas proceden de una amplia diversidad de regiones, entre las que destacan, excluyendo Europa, Latinoamérica y el Norte de África.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) en España tiene como una de sus características fundamentales la vocación universal en el acceso a las prestaciones sanitarias. En la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad se avanzó en el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria a las personas españolas, los ciudadanos extranjeros con la residencia establecida en territorio español y aquellas personas extranjeras no residentes en España, estas últimas de acuerdo con lo establecido en leyes y convenios internacionales. La normativa aprobada con posterioridad, tanto la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, como la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, reafirmó los principios de equidad, universalidad y cohesión del SNS, y extendió el derecho a la asistencia sanitaria a la población migrante, con independencia de su situación administrativa, alcanzándose el máximo de población cubierta por el SNS en el territorio.

Sin embargo, la aprobación en el año 2012 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

¹ Instituto Nacional de Estadística. Censo Anual de Población. Primeros resultados 2025. Ampliación 2022, 2023 y 2024. Disponible en: https://ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176992&menu=ultiDatos&idp=1254735572981

calidad y seguridad de sus prestaciones, cambió de manera sustancial la orientación universalista del SNS. La norma cambió la concepción del derecho a la asistencia sanitaria, vinculándolo a las contribuciones a la Seguridad Social, limitando de facto el acceso de las personas extranjeras a este derecho. Por tanto, la condición de asegurado era lo que otorgaba el derecho a la asistencia sanitaria, suponiendo un retroceso de derechos adquiridos históricamente en materia de acceso al sistema sanitario para los colectivos vulnerables. El texto excluía a aquellas personas extranjeras sin residencia legal en el territorio español, salvo para la atención de urgencia, al embarazo y a las personas menores de edad. A raíz de la aprobación del real decreto-ley, diversas entidades sociales registraron situaciones de exclusión sanitaria, incluso para las excepciones contempladas en la norma². Un estudio sobre las consecuencias del real decreto-ley observó que, en los tres primeros años tras su aprobación, aumentó la tasa de mortalidad mensual en la población migrante en situación irregular, lo que supuso 82 muertes adicionales cada año³.

La aprobación del Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, recuperó de forma parcial la universalidad del sistema, si bien la implementación fue heterogénea en las diferentes comunidades autónomas, permitiendo que las situaciones de exclusión sanitaria se perpetuaran⁴, como denunciaron las entidades sociales que trabajan por la universalidad de la asistencia sanitaria. Recientemente, el Gobierno de España ha aprobado el Real Decreto 180/2026, de 11 de marzo, por el que se regula el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos de las personas extranjeras que, encontrándose en España, no tengan su residencia legal en el territorio español. El objetivo de la norma es facilitar los trámites administrativos que deben realizar las personas migrantes sin residencia legal en España para que tengan reconocido el derecho a la asistencia sanitaria en el SNS y poder recibir la atención sanitaria necesaria, reforzándose así la universalidad del sistema.

Si bien los cambios normativos del 2012 y del 2018 generaron debates sobre la sostenibilidad del SNS y el derecho a la asistencia sanitaria, en los últimos años han aumentado los discursos racistas con el objetivo de excluir del sistema sanitario al colectivo

² Radiografía de la reforma sanitaria, La Universalidad de la Exclusión. REDER (Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012). Informe coordinado por Médicos del Mundo. 2025. Disponible en: <https://www.reder162012.org/wp-content/uploads/2022/02/REDER-2015-sep-ESP.pdf>

³ Mestres, A. J., Casasnovas, G. L., & Castelló, J. V. (2020). The deadly effects of losing health insurance. *European Economic Review*, 131, 103608. <https://doi.org/10.1016/j.euroecorev.2020.103608>

⁴ Informe sobre la exclusión sanitaria a un año del RDL 7/2018 sobre “el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. Yo Sí Sanidad Universal. 2019. Disponible en: <https://yosisanidaduniversal.net/media/pages/materiales/informes/informe-sobre-la-exclusion-sanitaria-un-ano-de-spues-del-rdl-7-2018/1275290117-1576313745/informe-sobre-exclusion-a-1-ano.pdf>

de personas migrantes, especialmente a aquellas personas en situación administrativa irregular. Sin embargo, un análisis de la universalidad de los sistemas sanitarios desde diferentes dimensiones nos permite concluir que la universalidad es una de las medidas que permiten garantizar la propia sostenibilidad del propio sistema.

En términos generales, la población migrante que llega a España suele presentar un mejor estado de salud en comparación con la población nacida en España. Este fenómeno se conoce como “efecto del inmigrante sano”⁵. La población migrante, independientemente de su origen, tiene un nivel de salud mayor que el de la población autóctona, tanto de su país de origen como del país de destino. El propio hecho de migrar, a veces superando condiciones extremas y que pueden poner en riesgo la vida de las personas, condiciona que aquellas personas con mejor estado de salud sean las que cuentan con más posibilidades de poder realizar el desplazamiento al país de destino.

Sin embargo, el “efecto del inmigrante sano” se va perdiendo a medida que aumenta la estancia en el país de destino, equiparándose el estado de salud de las personas migrantes al de la población autóctona. Esto se debe, principalmente, a las condiciones socioeconómicas adversas que sufren en mayor medida la población migrante, por las cuales tienen un menor acceso a recursos básicos para la salud como una alimentación saludable o una vivienda digna, entre otros; a las barreras de acceso al sistema sanitario por motivos administrativos, lingüísticos, culturales o por la discriminación; y a la exposición continuada a los mismos factores de riesgo existentes en la sociedad del país de destino. Estas condiciones impactan negativamente en su salud al aumentar su vulnerabilidad social y su susceptibilidad a múltiples enfermedades tanto infecciosas como crónicas^{6,7}. En cuanto al riesgo de multimorbilidad (presentar más de una enfermedad crónica concomitante), el nivel de salud percibida y o el estado de salud mental, la población migrante también se encuentra en peor situación que la población autóctona, especialmente las mujeres^{8,9}. Por tanto, aunque durante los primeros momentos de la estancia en el país de destino las personas migrantes

⁵ McDonald, J. T., & Kennedy, S. (2004). Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada. *Social science & medicine* (1982), 59(8), 1613–1627. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.02.004>

⁶ Alvarez-Del Arco, D., et al. (2017). High levels of postmigration HIV acquisition within nine European countries. *AIDS (London, England)*, 31(14), 1979–1988. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001571>

⁷ Lebano, A., et al. (2020). Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC public health*, 20(1), 1039. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08749-8>

⁸ Moreno-Juste, A., et al. (2023). Multimorbidity, social determinants and intersectionality in chronic patients. Results from the EpiChron Cohort. *Journal of global health*, 13, 04014. <https://doi.org/10.7189/13.04014>

⁹ Malmusi, D., & Ortiz-Barreda, G. (2014). Desigualdades sociales en salud en poblaciones inmigradas en España: revisión de la literatura. *Revista Española de Salud Pública*, 88(6), 687–701. <https://doi.org/10.4321/S1135-57272014000600003>

gozan de un mejor estado de salud, a medida que aumenta dicha estancia, tienen un mayor riesgo de presentar peores resultados de salud en comparación con la población nacida en el país de destino.

La evidencia científica disponible en nuestro país muestra cómo las personas migrantes usan menos los servicios sanitarios que la población nacida en España, tanto en atención primaria¹⁰ como en atención hospitalaria¹¹. En condiciones de igualdad de acceso, la utilización de la asistencia sanitaria es menor entre la población migrante en situación irregular que entre las personas nacidas en España, y también inferior a la del grupo de personas migrantes en situación regular, independientemente del país de origen o de la duración de la estancia. Esto se ha evidenciado a distintos niveles asistenciales como la atención primaria, consultas especializadas, ingresos hospitalarios, urgencias hospitalarias, así como al analizar datos de prescripción y consumo de medicamentos¹².

Además de registrar un menor uso del sistema sanitario, un estudio sobre la continuidad asistencial en la atención a enfermedades crónicas concluyó que, en los países de rentas altas, la población migrante enfrenta barreras que tienen que ver con el acceso al sistema sanitario relacionadas con el estatus legal, con la falta de adaptación cultural y lingüística de la información sanitaria o con la discriminación por motivos étnicos y raciales, dificultando su acceso a los servicios de prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades no transmisibles o crónicas¹³.

Garantizar el derecho a la salud de las personas migrantes no es solo una cuestión ética, sino también una obligación legal, una estrategia económicamente racional y una necesidad de salud pública¹⁴. Una comisión de expertos concluyó para la revista *The Lancet* que los

¹⁰ Ministerio de Sanidad. Utilización de la atención primaria por tramos de frecuentación, según el tipo de profesional y las características de la población: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. Series 8. Madrid 2025. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Utilizacion_de_la_AP_por_tramos_frecuentacion.pdf

¹¹ Gimeno-Feliu, L. A., et al. (2013). Differences in the use of primary care services between Spanish national and immigrant patients. *Journal of immigrant and minority health*, 15(3), 584–590.
<https://doi.org/10.1007/s10903-012-9647-x>

¹² Gimeno-Feliu, L. A., et al. (2021). Overuse or underuse? Use of healthcare services among irregular migrants in a north-eastern Spanish region. *International journal for equity in health*, 20(1), 41.
<https://doi.org/10.1186/s12939-020-01373-3>

¹³ Global evidence review on health and migration: continuum of care for noncommunicable disease management during the migration cycle. Geneva: World Health Organization; 2022. Disponible en:

<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/731485ab-fa42-4bc1-ad92-2cb7db3a2767/content>

¹⁴ Instituto de Salud Global de Barcelona. La atención sanitaria y sociosanitaria a las personas migrantes en España. Consejo General de Colegios de Farmacéuticos de España; 2026. Disponible en:

gobiernos deberían garantizar a la población migrante, independientemente de su edad, género o situación jurídica, un acceso universal y equitativo a los servicios sanitarios, al contribuir a la sociedad del país de destino por encima de los costes de la atención sanitaria que requieren¹⁵. Un análisis realizado por la Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea concluyó que la prestación estándar de servicios sanitarios para la población migrante irregular en igualdad de condiciones que el conjunto de la población era más costo-efectiva, reduciendo el gasto sanitario, en comparación con limitar el acceso únicamente a la atención de urgencias¹⁶. Permitir de manera exclusiva el tratamiento de los problemas de salud por los servicios de urgencia no solo pone en riesgo la salud del paciente, al demorarse la atención sanitaria a situaciones de mayor gravedad, sino que, además, conlleva una mayor carga económica para los sistemas de salud. Los países que garantizan la asistencia sanitaria a la población migrante muestran mejores resultados en cuanto a la utilización de los servicios sanitarios, especialmente en atención primaria, en la continuidad de la atención sanitaria, en el diagnóstico precoz, y en la reducción de los costes de los tratamientos de urgencia y en fases avanzadas¹⁷.

Por último, el Comité de Bioética en España realizó un análisis sobre la universalidad del Sistema Nacional de Salud en España en 2024¹⁸. En su informe destacaba que avanzar en la universalidad del sistema sanitario y su garantía por parte de los poderes públicos es una expresión del compromiso con el Estado social y democrático de Derecho, los valores de la libertad y la justicia, y la defensa de los derechos. Esto permite a las personas disponer de un nivel básico de salud, imprescindible para educarse, trabajar, disfrutar del tiempo libre, participar plenamente en sociedad y ejercer otras libertades básicas. Así, por tanto, la defensa de una sanidad universal está alineada con la protección de los derechos fundamentales a la vida y a la integridad, pues brinda a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

<https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2026/02/2026-Informe-Estudio-Atencion-Sociosanitaria-Personas-Migrantes-en-Espana-DEF.pdf>

¹⁵ Abubakar, I., et al. (2018). The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *Lancet* (London, England), 392(10164), 2606–2654. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32114-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32114-7)

¹⁶ European Union Agency for Fundamental Rights. Cost of exclusion from healthcare. The case of migrants in an irregular situation. European Union Agency for Fundamental Rights; 2015. Disponible en: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2015-cost-healthcare_en.pdf

¹⁷ World Health Organization. World report on promoting the health of refugees and migrants: monitoring progress on the WHO global action plan. Geneva: World Health Organization; 2026. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d62502a5-fd7a-431f-b90c-7864e227e9db/content>

¹⁸ Comité de Bioética de España. Informe del Comité de Bioética de España sobre el acceso universal al sistema sanitario. Comité de Bioética de España; 2024. Disponible en: https://comitedebioetica.isciii.es/wp-content/uploads/2024/09/CBE_Informe_sobre_el_acceso_universal_al_sistema_sanitario_2024_30.07.2024.pdf

El objetivo de este informe es realizar un análisis del estado de salud y del uso del sistema sanitario por parte de la población migrante en España, a partir de los sistemas de información disponibles a nivel nacional.

Fuentes de información

Para la realización de este informe, se ha partido de la información disponible en los sistemas de información del Ministerio de Sanidad. Las fuentes empleadas han sido, principalmente, el Barómetro Sanitario y la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). Para ambas fuentes de información se han empleado los datos correspondientes al año 2024, últimos datos disponibles en el caso de BDCAP, para una mayor coherencia en los datos de ambos sistemas de información.

A lo largo del informe se muestran los resultados de las variables analizadas sobre el estado de salud y uso de los servicios sanitarios comparando por región de nacimiento, con el objetivo de estudiar las diferencias entre personas nacidas en España y aquellas nacidas fuera de España. La variable región de nacimiento es una variable con seis categorías que se corresponden con una adaptación de las regiones que define la Organización Mundial de la Salud (OMS):

- España.
- Europa Unión Europea (UE).
- África.
- Latinoamérica.
- Mediterráneo Oriental.
- Otras regiones.

El listado de los países incluidos en cada una de las regiones se recoge en la tabla AI del anexo. Esta variable está recogida con estas categorías en la BDCAP. En el caso del Barómetro Sanitario, se ha partido de este listado para categorizar las respuestas a la variable “país de nacimiento” en las regiones de la OMS.

Para las variables sobre estado de salud y uso del sistema sanitario de las que se disponía de datos, se han desagregado los resultados por sexo.

A continuación, se resumen las fuentes de información utilizadas para el informe, así como las variables analizadas de cada una de ellas.

Barómetro sanitario¹⁹

El Barómetro Sanitario es una encuesta de opinión de periodicidad anual que, desde 1993, realiza el Ministerio de Sanidad en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas, en la que se recoge información relacionada con la percepción y utilización del sistema sanitario por parte de la población residente en España. La encuesta anual, base del estudio, la componen en torno a 7.800 entrevistas domiciliarias a personas de 18 años o más, en todas las provincias españolas. Se ha partido de los datos correspondientes a la encuesta del año 2024.

Para la elaboración del informe, se han obtenido los datos sobre el uso del sistema sanitario a nivel global y por nivel asistencial (atención primaria, consultas hospitalarias, atención de urgencias e ingresos hospitalarios), además de los datos sobre visitas a profesionales de salud mental. Estas variables se presentan desagregadas por el lugar de nacimiento, además de por la titularidad de los centros sanitarios (público, privado o ambos).

La distribución de las personas encuestadas en el Barómetro Sanitario de 2024 en función de la región de nacimiento se muestra en la Tabla I. Del conjunto de 7.623 personas que fueron encuestadas, dos personas no respondieron a la pregunta sobre si habían nacido en España o en otro país. Por ello, los resultados que comparan a las personas nacidas en España frente a las nacidas en otro país parten de una muestra de 7.621 personas. Para el análisis desagregado por regiones de la OMS, se descartaron a tres personas de esta muestra que no especificaron el país al que pertenecían, partiendo de una muestra final para los resultados por regiones de 7.618 personas.

Tabla I. Número de personas encuestadas en el Barómetro Sanitario según la región de nacimiento. Barómetro Sanitario 2024

	N (%)
España	6.627 (86,9)
Latinoamérica	674 (8,8)
Europa UE	199 (2,6)
Mediterráneo Oriental	46 (0,6)
África	27 (0,4)

¹⁹ Barómetro sanitario. Sistemas de información sanitaria. Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/S/barometro-sanitario>

Otras regiones	45 (0,6)
No indican país	3 (< 0,1)

Base de datos clínicos de atención primaria - BDCAP²⁰

La Base de Datos Clínicos de Atención Primaria recoge información clínica codificada y normalizada, con carácter anual, sobre la atención prestada en el primer nivel de atención. Los datos se extraen de una muestra aleatoria de 13,1 millones de usuarios asignados a atención primaria. Las variables incluidas en el análisis comprenden los problemas de salud activos, el perfil de multimorbilidad (número de personas con problemas de salud crónicos) y las intervenciones realizadas (interconsultas, procedimientos y consumo de medicamentos), correspondientes al 2024, último año con datos disponibles.

Para el análisis del uso de los servicios sanitarios, se han utilizado las variables relativas a la frecuentación (visitas, entendidas como cualquier contacto alguno de los profesionales sanitarios del centro de salud), a las interconsultas (solicitudes realizadas desde atención primaria para que un paciente sea valorado en consultas a nivel hospitalario) y al número total de procedimientos (actividades vinculadas al proceso de atención de un problema de salud, incluyendo pruebas de imagen, análisis de laboratorio, intervenciones terapéuticas, entre otras).

Se han recopilado los datos relativos a los problemas de salud más relevantes, bien por la prevalencia o el impacto en la calidad de vida, el número de contactos o visitas registradas en atención primaria, las interconsultas realizadas a facultativos especialistas de atención hospitalaria o el consumo de medicamentos. Se ha partido de los códigos de CIAP-2 de los problemas de salud recogidos en la base de datos.

Los datos de BDCAP se muestran en tasas estandarizadas por edad por mil personas asignadas, excepto en las tasas de interconsultas desagregadas por servicios hospitalarios que, debido a la reducida muestra disponible para algunos de los servicios y regiones, se utilizaron las tasas brutas por mil personas asignadas por no poder estandarizarlas. El uso de la tasa estandarizada por edad permite una comparación entre las regiones más precisa, asumiendo una distribución similar por grupos de edad en cada región (se obtiene utilizando

²⁰ Base de Datos Clínicos de Atención Primaria. Sistemas de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad.

Disponible en:

<https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/S/base-de-datos-de-clinicos-de-atencion-primaria-bdcap>

la población estándar Eurostat-2013²¹), evitando que el mayor envejecimiento de la población española en comparación con el resto de regiones pueda suponer un sesgo en los análisis. La población asignada a atención primaria hace referencia al conjunto de personas con tarjeta sanitaria individual vinculadas a un centro de salud y equipo profesional específico.

En la Tabla A2 del anexo se detallan las definiciones de las variables analizadas en el informe.

Los problemas o condiciones de salud analizados a partir de los datos de BDCAP, en función de la prevalencia en el grupo de personas nacidas en España, son los siguientes:

- Problemas/condiciones de salud de baja prevalencia (tasa < 20 por mil personas asignadas):
 - Accidente cerebrovascular/ictus/apoplejía [Código CIAP-2: K90].
 - Abuso de drogas [Código CIAP-2: P19].
 - Incapacidad/discapacidad no especificada [Código CIAP-2: A28].
 - Infarto agudo de miocardio [Código CIAP-2: K75].
 - Insuficiencia cardíaca [Código CIAP-2: K77].
 - Neoplasias malignas de colon/recto [Código CIAP-2: D75].
 - Neoplasias malignas de mama, en la mujer [Código CIAP-2: X76].
 - Neoplasias malignas de tráquea/bronquios/pulmón [Código CIAP-2: R84].
 - Problemas con el sistema sanitario [Código CIAP-2: Z10].
- Problemas/condiciones de salud de prevalencia intermedia (tasa 20-100 por mil personas asignadas):
 - Asma [Código CIAP-2: R96].
 - Bronquitis/bronquiolitis aguda [Código CIAP-2: R78].
 - Depresión/trastornos depresivos [Código CIAP-2: P76].
 - Diabetes mellitus no insulínica [Código CIAP-2: T90].
 - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) [Código CIAP-2: R95].
 - Obesidad [Código CIAP-2: T82].
 - Insuficiencia renal crónica [Código CIAP-2: U99.01].
 - Trastornos del sueño [Código CIAP-2: P06].
- Problemas/condiciones de salud de prevalencia alta (tasa > 100 por mil personas asignadas):
 - Hipertensión arterial no complicada [Código CIAP-2: K86].
 - Infección respiratoria aguda del tracto superior [Código CIAP-2: R74].

²¹ Pace, M., et al. (2013). Revision of the European standard population: Report of Eurostat's Task Force.

- Trastorno de la ansiedad/estado de ansiedad [Código CIAP-2: P74].
- Trastornos del metabolismo lipídico [Código CIAP-2: T93].

Limitaciones de las fuentes información

En el caso del Barómetro Sanitario, una limitación de los datos que corresponden con respuestas autorreportadas, por lo que están sujetas a posibles sesgos, como el sesgo de memoria, que pueden condicionar la precisión de la respuesta. El Barómetro Sanitario no permite identificar el motivo por el cual se ha acudido al sistema sanitario, no siendo posible distinguir la gravedad del problema de salud que ha motivado el uso de los servicios sanitarios.

Las fuentes de datos disponibles no permiten hacer un análisis del estado de salud o del uso de los servicios sanitarios a nivel hospitalario desagregado por regiones. No obstante, los datos de BDCAP provienen de una muestra de población de alrededor de trece millones, lo cual nos permite disponer de datos con una alta precisión para comparar entre regiones con la información correspondiente a este nivel asistencial. No obstante, el uso de las tasas de interconsultas realizadas desde atención primaria es una variable que permite disponer de información sobre el uso de este tipo de servicios de la atención hospitalaria. Si bien las tasas de interconsultas, de procedimientos y de consumo de medicamentos son globales, no disponiendo de datos para estudiar diferencias vinculadas a problemas de salud específicos, el uso de estos indicadores permiten aproximarse al uso de los servicios y recursos sanitarios. El listado de enfermedades y condiciones de salud analizado, aunque no es exhaustivo, incorpora aquellos problemas de salud más prevalentes o con un mayor impacto en el sistema sanitario disponibles en BDCAP. El Ministerio de Sanidad publicó recientemente un análisis más pormenorizado sobre las diferencias por regiones de otros problemas de salud que complementa la información incluida en este informe²².

La información relativa a la población migrante de ambas fuentes de información presenta limitaciones a la hora de representar la situación de las personas en situación administrativa irregular, al tener barreras para figurar en los sistemas de información, y por no poder desagregar la información sobre la salud y el uso del sistema sanitario en función de la situación administrativa. Así, los resultados del informe serán representativos en mayor medida del colectivo de población migrante en situación administrativa regular.

²² Problemas de salud y país de nacimiento. Ministerio de Sanidad, 2025. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/I8_Prev_enfermedades_pais_nacimiento.pdf

Por último, los datos analizados se han desagregado por regiones de la OMS y no por país de nacimiento. Esto responde a la necesidad de contar con una muestra lo suficientemente amplia para poder hacer comparaciones. Si bien pueden existir diferencias en el estado de salud o en el uso del sistema sanitario por países que pertenecen a una misma región, el análisis por regiones es coherente con la metodología empleada por la OMS para otros estudios, así como en informes del propio ministerio, y, además, es un método de agrupación válido para poder observar diferencias al comparar con los resultados de las personas nacidas en España.

Estado de salud

En este apartado se presenta un análisis del estado de salud de la población nacida en España y de la población migrante por regiones, con datos sobre la prevalencia de diferentes problemas de salud y del consumo de medicamentos. Se han seleccionado los principales problemas de salud, disponibles en BDCAP, en términos de prevalencia o de impacto en la salud de las personas o de necesidad de un uso intensivo de los recursos sanitarios. Los resultados se muestran en las Gráficas A1-A4 del anexo.

En términos generales, la población nacida en España presenta una prevalencia superior, en comparación con el resto de regiones, para dieciséis de los veintinueve problemas o condiciones de salud analizados. Aquellos problemas que presentan una diferencia de veinte puntos superior entre la población nacida en España frente al resto de regiones son el trastorno de ansiedad/estado de ansiedad, los trastornos del metabolismo lipídico, la infección respiratoria aguda del tracto superior y el asma. Los problemas de salud que presentan una mayor prevalencia, por debajo de los veinte puntos de diferencia, en las personas nacidas en España son el abuso de drogas, el accidente cerebrovascular/ictus/apoplejía, la bronquitis/bronquiolitis aguda, la depresión/trastornos depresivos, la EPOC, la incapacidad/discapacidad no especificada, la insuficiencia cardíaca, las neoplasias malignas de cualquier tipo, la obesidad y los trastornos del sueño.

En cuanto a aquellos problemas de salud que presentan una mayor tasa en algunos de los grupos de población de otras regiones frente a las personas nacidas en España, estos son la diabetes mellitus no insulino dependiente (Mediterráneo Oriental), la hipertensión arterial no complicada (África), el infarto agudo de miocardio (Europa UE), la insuficiencia renal crónica (África) y los problemas con el sistema sanitario (Latinoamérica). La condición que presenta una mayor diferencia respecto de la población nacida en España es la diabetes mellitus no insulino dependiente (Mediterráneo Oriental: 103,2 por mil personas asignadas; España: 69,3).

Además de observar las diferencias en problemas de salud específicos, ante un contexto epidemiológico de aumento de la prevalencia de problemas de salud crónicos, es importante analizar las diferencias existentes en cuanto a la cronicidad (presencia de problemas de salud crónicos), conforme a la clasificación establecida en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud²³. Esto permite analizar el perfil de

²³ Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación. Año 2021. Ministerio de Sanidad. Disponible en:

multimorbilidad de la población, es decir, la presencia de problemas de salud crónicos concomitantes. La Gráfica A2 muestra la tasa de personas con al menos un problema de salud crónico. La población nacida en España presenta una tasa más elevada (472,3 por mil personas asignadas). En comparación con otras regiones, esto supone una tasa superior del 23,7% respecto de Latinoamérica, del 32,3% respecto de África, del 32,6% respecto del Mediterráneo Oriental y del 38,1% respecto de Europa UE. Los datos desagregados por sexo y región muestran que, mientras que los hombres nacidos en España presentan una tasa de personas con al menos un problema de salud crónico superior a la de las mujeres (477,2 frente a 466,6), para el resto de regiones, especialmente en el caso de África, Latinoamérica y Mediterráneo Oriental, las mujeres presentan tasas superiores, además de diferencias más llamativas entre sexos.

Al analizar las diferencias por número de problemas de salud crónicos (Gráfica A3), las personas nacidas en España presentan tasas superiores respecto del resto de regiones. Estas diferencias oscilan entre el 14-33% en el caso de presentar un problema de salud crónico, entre el 23-41% en el caso de presentar dos problemas de salud crónicos, y entre el 14-65% en el caso de presentar tres o más problemas de salud crónicos. Comparando las tasas entre las personas que han nacido fuera de España, Latinoamérica presenta las tasas más elevadas de personas con un problema de salud crónico (197,8 por mil personas) como con dos problemas de salud crónicos (91,8 por mil personas), mientras que África presenta la tasa más elevada de personas con tres o más problemas de salud crónicos (117,7 por mil personas). Las diferencias por sexos se agrandan a medida que aumenta el número de problemas de salud crónicos, siendo las mujeres las que presentan una tasa superior a los hombres en el caso de regiones diferentes a España, exceptuando el caso de 3 o más problemas de salud crónicos, donde todas las regiones y también España presentan tasas mayores entre las mujeres.

Por último, la Gráfica A4 recoge la dosis diaria definida (DDD) por regiones. Esta variable es la unidad de medida estandarizada más habitual para calcular el uso de cualquier medicamento, que corresponde a la dosis de mantenimiento diaria de un fármaco utilizado para su principal indicación en adultos. Esta medida permite realizar comparaciones en el consumo de medicamentos entre diferentes grupos. La población nacida en España presenta un mayor consumo de medicamentos en comparación con el resto de regiones, con una

https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/Estrategia_de_Abordaje_a_la_Cronicidad_en_el_SNS_2021.pdf

DDD de 1.503,2, lo que supone un consumo superior del 32,1% respecto del Mediterráneo Oriental, del 49,7% respecto de Latinoamérica, del 62,7% respecto de África y del 69,0% respecto de la región Europa UE. Para todas las regiones estudiadas, las mujeres presentan un mayor consumo de medicamentos que los hombres, siendo la región del Mediterráneo Oriental la que presenta una mayor diferencia con una DDD en mujeres un 50,3% superior, mientras que en el caso de España esta diferencia es del 13,5%.

Asistencia y utilización los servicios sanitarios

Para el estudio sobre el uso de los servicios del sistema sanitario, se ha partido de las preguntas sobre esta cuestión recogidas en el Barómetro Sanitario, así como de los datos registrados en BDCAP.

Datos de uso del sistema sanitario del Barómetro sanitario

En cuanto a los resultados del Barómetro Sanitario, la Gráfica I muestra el porcentaje de personas encuestadas que remitió haber acudido al sistema sanitario (público, privado o ambos) para ser atendido en alguno de los siguientes servicios a lo largo del año 2024: atención primaria, consultas hospitalarias, ingreso hospitalario y urgencias.

El uso del sistema sanitario fue ligeramente superior entre las personas nacidas en España (92,3%) frente a las personas nacidas en otro país (90,6%). Al desagregar por regiones, las personas de las regiones de África y Latinoamérica presentan una menor proporción de uso del sistema sanitario en comparación con el resto de regiones, con un 85,2% y un 90,4% respectivamente. Las personas de la región de Europa UE presentan un uso similar (92,0%) al de las personas nacidas en España.

Gráfica I. Porcentaje de personas que acudieron a servicios del sistema sanitario (atención primaria, consultas hospitalarias, ingreso hospitalario o urgencias) en el último año. Barómetro Sanitario 2024.



Creado con Datawrapper

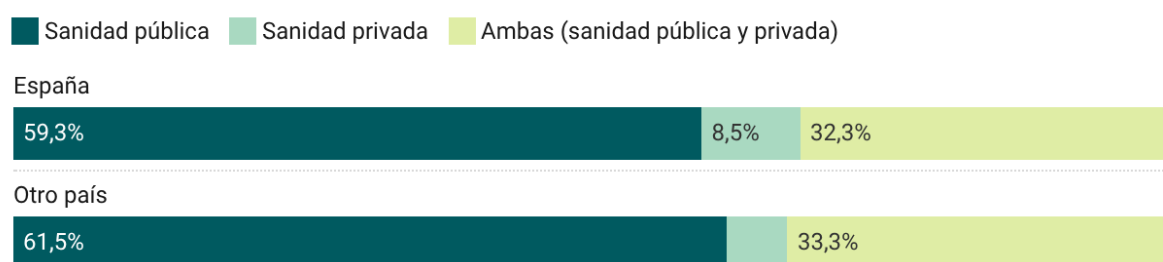


Creado con Datawrapper

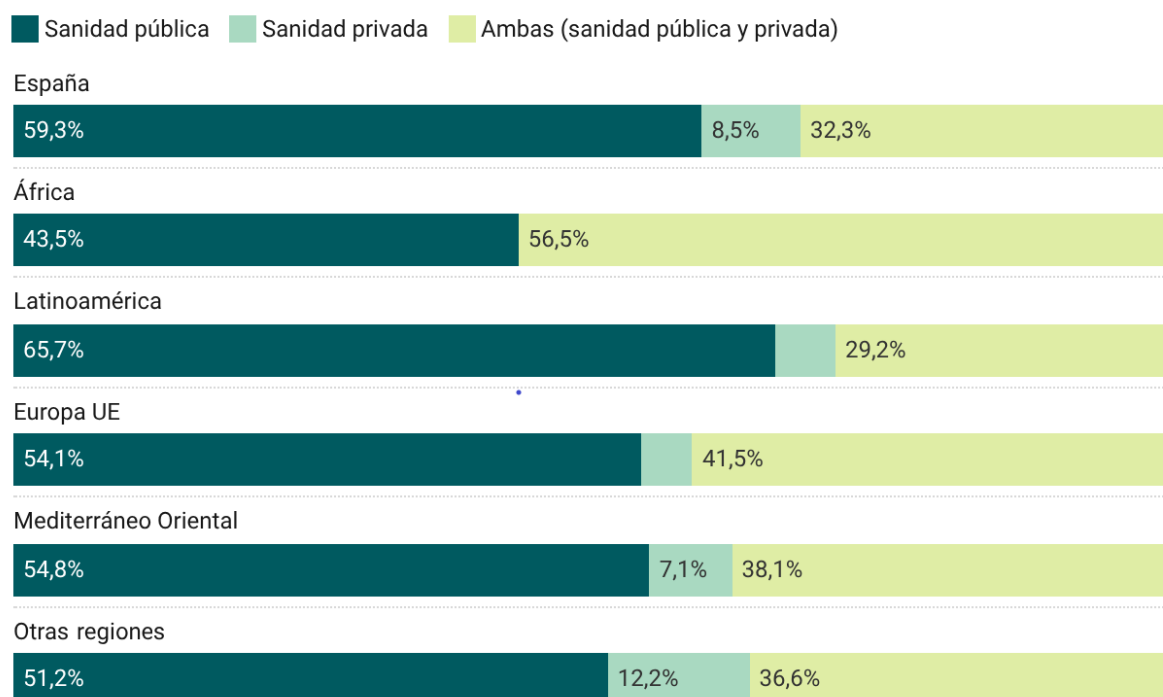
La Gráfica 2 muestra el porcentaje de uso del sistema sanitario en función de la titularidad de los centros sanitarios (público, privado o ambas) entre las personas que declararon haber acudido a alguno de los servicios mencionados. Se observa una mayor asistencia exclusiva a la sanidad pública por parte de los nacidos fuera de España (61,5% frente a 59,3%), con una predominancia de asistencia a servicios exclusivamente privados por parte de los nacidos en España (8,5% frente al 5,2%), a lo que se añade una asistencia a servicios tanto públicos como privados ligeramente más elevada en países diferentes a España (33,3% frente a 32,3%).

Al analizar los datos desagregados por regiones se constata una marcada predominancia de las personas de la región de Latinoamérica en el uso exclusivo de la sanidad pública (65,7%), seguidas por las nacidas en España (59,3%) y en la región del Mediterráneo Oriental (54,8%). África destaca como la región en la que predomina la visita a centros públicos y privados, con un 56,5% de encuestados que reportaron un uso dual de la sanidad, seguido por las personas de la región Europa UE (41,5%) y el Mediterráneo Oriental (38,1%).

Gráfica 2. Porcentaje de uso global de servicios asistenciales del sistema sanitario (atención primaria, atención especializada, ingreso hospitalario, urgencias) en función de la titularidad del servicio (pública, privada, ambas). Barómetro Sanitario 2024.



Creado con Datawrapper



Creado con Datawrapper

En la Gráfica 3a se muestra que el uso de los servicios de atención primaria fue ligeramente superior entre la población nacida en España (86,9%) frente a las personas nacidas fuera de

España (85,8%). Esta diferencia se observa especialmente en el caso de la sanidad privada (7,9% frente a 5,1%, respectivamente). Los resultados de uso de atención primaria para las personas nacidas fuera de España por regiones de la OMS (Gráfica 3b), muestran que las personas nacidas en el Mediterráneo Oriental son las que menos uso hacen de este ámbito asistencial en la sanidad pública (50,0%), con un uso reducido de la sanidad privada tanto para la región citada (4,3%) como para África (3,7%), mientras que las personas de Latinoamérica son las que hacen un mayor uso en estos sistemas (61,8% en la sanidad pública y 5,1% en el caso del sistema privado, respectivamente). En cuanto al uso dual de la sanidad pública y privada, quienes más reportaron acudir a ambos sistemas son las personas nacidas en Europa UE (26,1%) y las que menos las de Latinoamérica (19,2%).

En la asistencia a consultas hospitalarias (Gráfica 4a), existe una diferencia de casi ocho puntos porcentuales en favor de las personas nacidas en España (63,3%) frente a las nacidas en otro país (57,9%), siendo mayor la diferencia registrada en el sistema privado (19,1% frente a 15,9%) en comparación con el sistema público (34,1% frente a 31,6%) o el uso dual de ambos sistemas, donde las diferencias son reducidas (10,1% frente a 10,4%). El análisis por regiones de este nivel asistencial (Gráfica 4b) muestra que las personas nacidas en África son las que menos asistencia reportan en la sanidad pública (14,8%) y las personas nacidas en Latinoamérica en el caso de la sanidad privada (14,4%) o en ambos sistemas (8,2%). Cabe destacar un mayor uso en comparación con las personas nacidas en España en el caso del uso de ambos sistemas público y privado por parte de personas nacidas en Europa UE (10,1% frente a 16,1%).

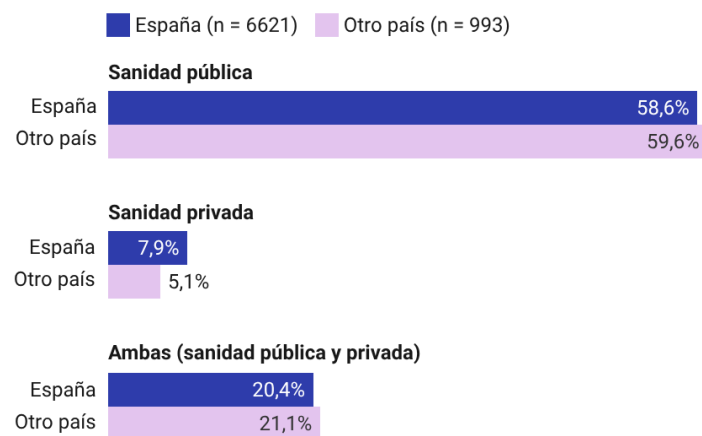
Los ingresos hospitalarios (Gráfica 5a) presentan un uso ligeramente superior por parte de las personas nacidas fuera de España (14,5%) en comparación con las personas nacidas en España (12,8%), siendo esta diferencia algo mayor para las personas nacidas en otro país en el ámbito de la sanidad pública (10,5% frente a 9,2%) y en el uso de ambos sistemas sanitarios (1,0% frente a 0,5%). Al desagregar los datos por regiones de la OMS (Gráfica 5b), observamos que las personas nacidas en Latinoamérica (11,3%) presentan una mayor porcentaje de ingresos en la sanidad pública, mientras que en el caso de la sanidad privada (4,3%) y de ambos sistemas sanitarios (6,5%) son las personas nacidas en la región del Mediterráneo Oriental las que reportan en términos relativos una mayor proporción de ingresos.

Por último, los datos correspondientes a la asistencia a los servicios de urgencias (Gráfica 6a) muestran una mayor proporción de personas nacidas fuera de España haciendo uso de estos servicios (56,5%) en comparación con las personas nacidas en España (51,2%), destacando esta diferencia en el ámbito de la sanidad pública (43,3% frente a 37,2%,

respectivamente). Al observar la asistencia a estos servicios por regiones (Gráfica 6b), las personas nacidas en Latinoamérica (44,7%), África (40,7%) y Europa UE (40,7%) son las que reportan un mayor uso en el sistema público, siendo aquellas nacidas en el Mediterráneo Oriental (13,0%) y en Europa UE (7,4%) las que refieren una mayor asistencia en el caso del uso dual de los sistemas públicos y privados. En el caso de la sanidad privada, las personas nacidas en países dentro de la categoría de “otras regiones” reportan un mayor uso de los servicios de urgencia (11,1%) en comparación con las personas nacidas en Europa UE (8,5%), siendo este el segundo grupo con mayor asistencia, seguido de España (7,2%).

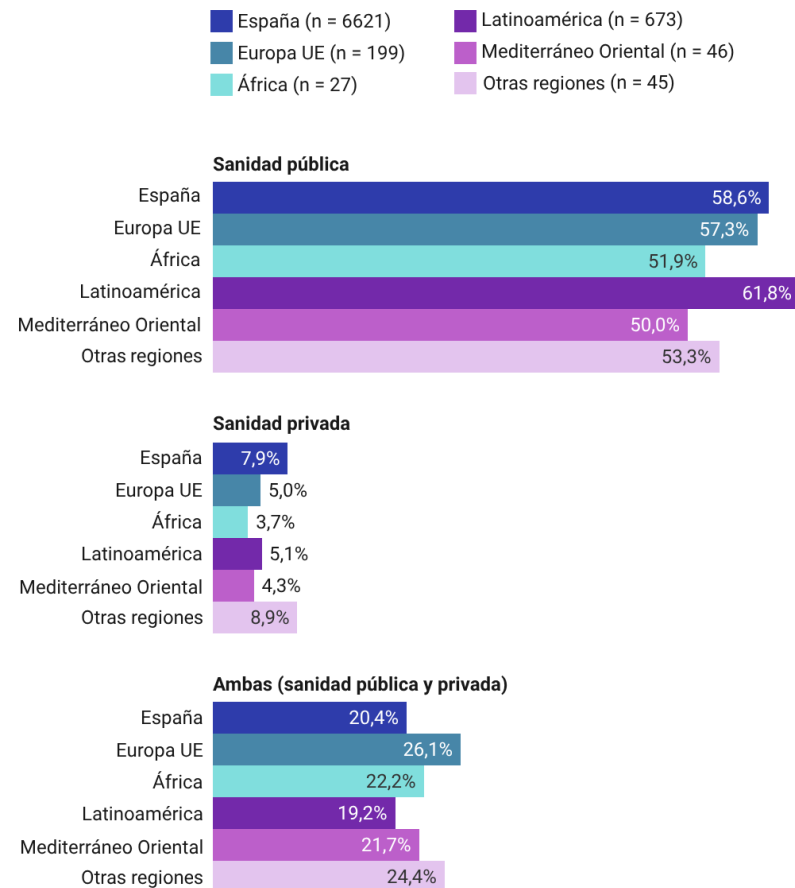
En resumen, de acuerdo con los datos del Barómetro Sanitario, las personas nacidas fuera de España presentan un menor uso de aquellos servicios sanitarios ligados a la longitudinalidad y la continuidad asistencial, y a un mayor acceso al sistema, como son la atención primaria o las consultas hospitalarias, al tiempo que reportan un mayor uso en aquellos servicios relacionados con una mayor gravedad de la enfermedad o a un empeoramiento agudo como son los servicios de urgencia o los ingresos hospitalarios.

Gráfica 3a. Asistencia a consulta de facultativo especialista de atención primaria (sanidad pública, privada o ambas) en el último año en función del lugar de nacimiento. Barómetro Sanitario 2024.



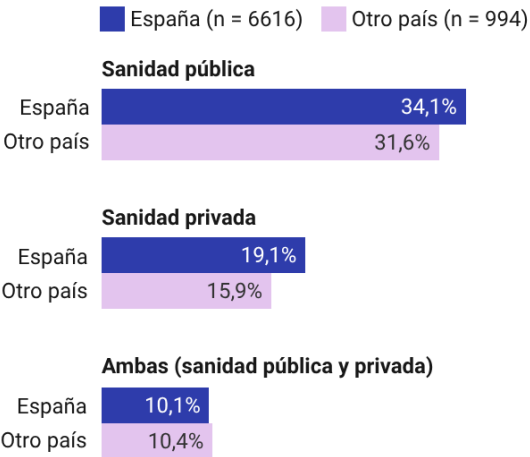
Creado con Datawrapper

Gráfica 3b. Asistencia a consulta de facultativo especialista de atención primaria (sanidad pública, privada o ambas) en el último año en función de la región de nacimiento. Barómetro Sanitario 2024.



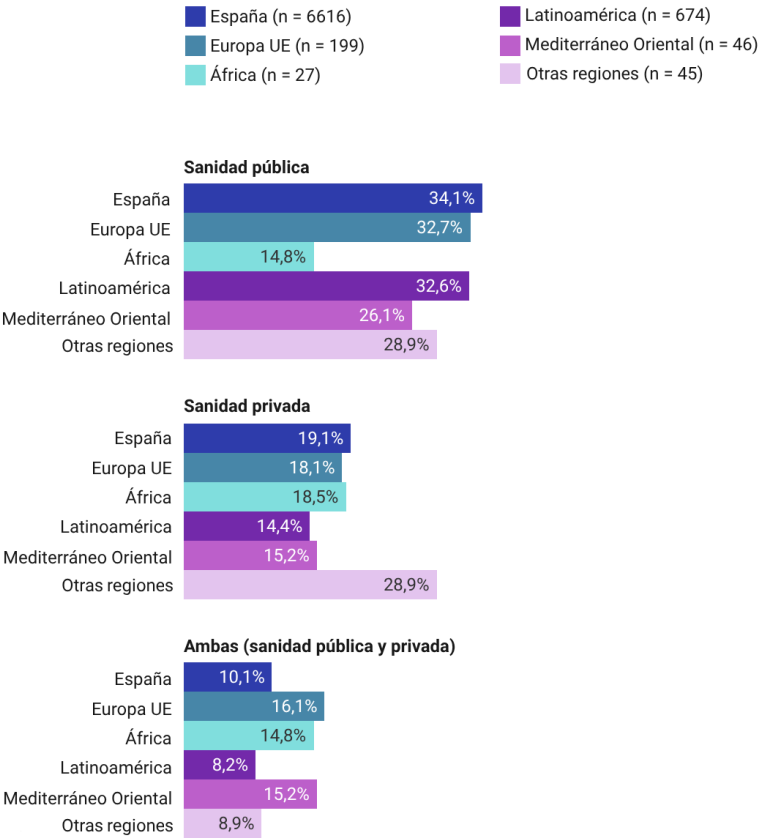
Creado con Datawrapper

Gráfica 4a. Asistencia a consulta de facultativo especialista de atención hospitalaria (sanidad pública, privada o ambas) en el último año en función del lugar de nacimiento. Barómetro Sanitario 2024.



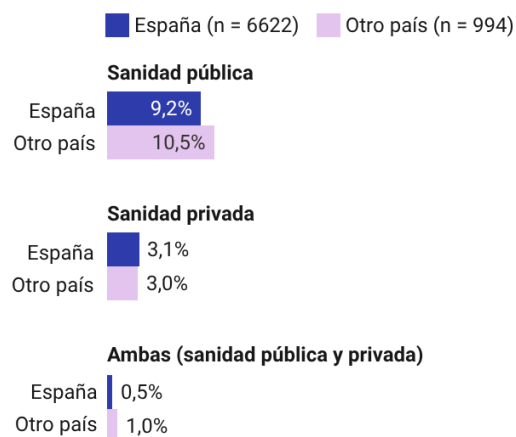
Creado con Datawrapper

Gráfica 4b. Asistencia a consulta de facultativo especialista de atención hospitalaria (sanidad pública, privada o ambas) en el último año en función de la región de nacimiento. Barómetro Sanitario 2024.



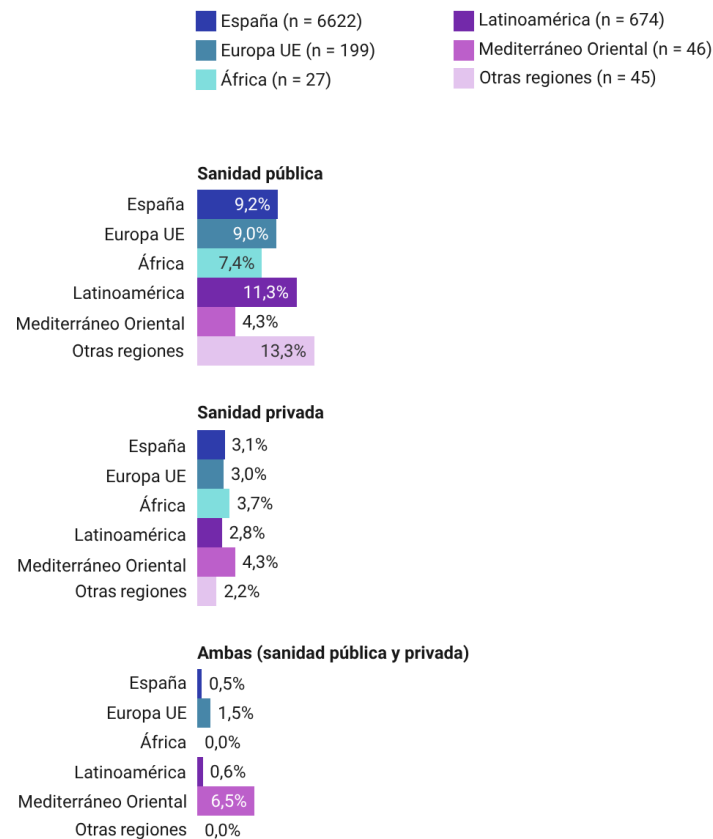
Creado con Datawrapper

Gráfica 5a. Ingresos hospitalarios (sanidad pública, privada o ambas) en el último año en función del lugar de nacimiento. Barómetro Sanitario 2024.



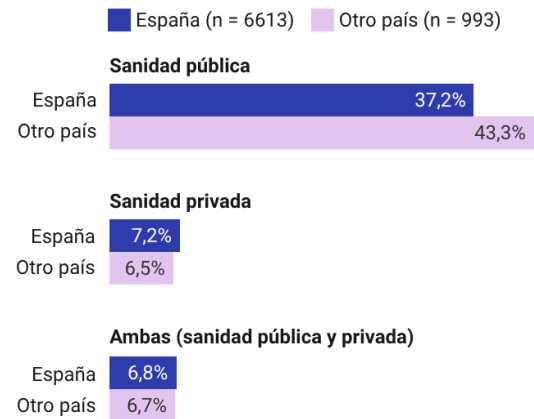
Creado con Datawrapper

Gráfica 5b. Ingresos hospitalarios (sanidad pública, privada o ambas) en el último año en función de la región de nacimiento. Barómetro Sanitario 2024.



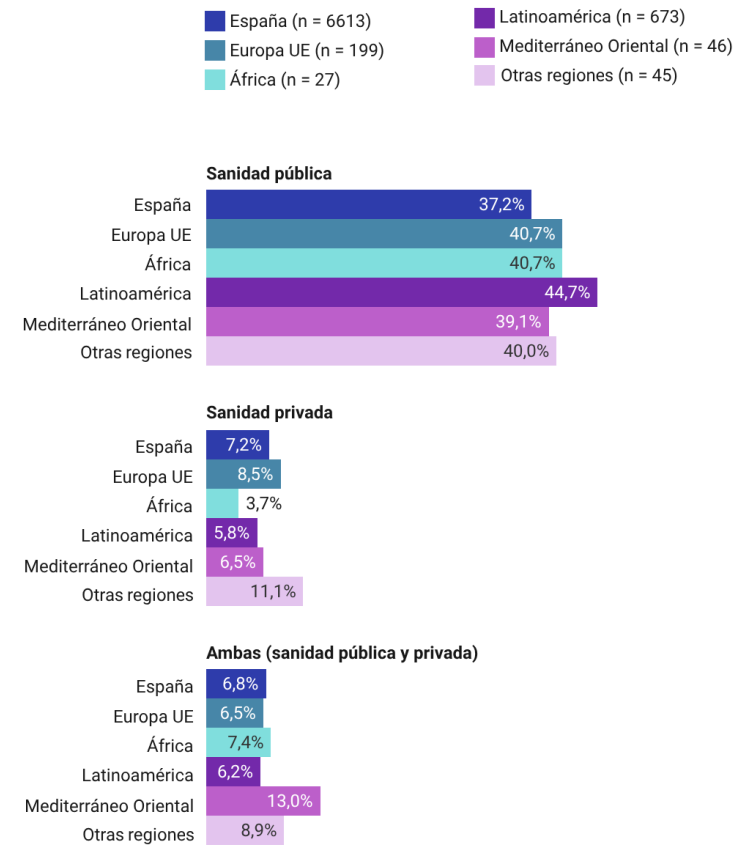
Creado con Datawrapper

Gráfica 6a. Asistencia a servicios de urgencias (sanidad pública, privada o ambas) en el último año en función del lugar de nacimiento. Barómetro Sanitario 2024.



Creado con Datawrapper

Gráfica 6b. Asistencia a servicios de urgencias (sanidad pública, privada o ambas) en el último año en función de la región de nacimiento. Barómetro Sanitario 2024



Creado con Datawrapper

En relación con los datos sobre la consulta a profesionales sanitarios de salud mental disponibles en el Barómetro Sanitario (Tabla 2), un 18,2% las personas nacidas en España reportan haber acudido en el último año frente a un 18,1% de las personas nacidas en otro país. Al observar la asistencia por regiones, en proporción las personas nacidas en África (22,2%) y en Europa UE (19,6%) son las que reportan mayor visitas a profesionales de salud mental.

Tabla 2. Consulta a un profesional sanitario de la salud mental en el último año en función de la región de nacimiento. Barómetro Sanitario 2024.

País de nacimiento	%	Región de nacimiento	%
España	18,2	España	18,2
Otro país	18,1	Europa UE	19,6
		África	22,2
		Latinoamérica	18,4
		Mediterráneo Oriental	10,9
		Otras regiones	11,1

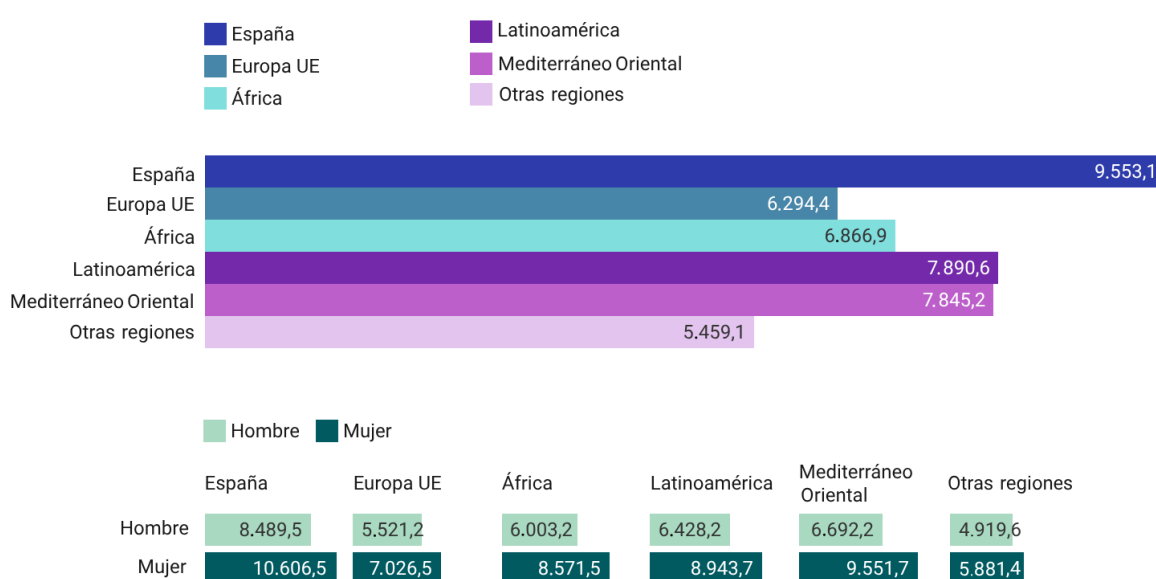
Datos de uso del sistema sanitario de BDCAP

Los datos de frecuentación expresados en número de visitas por mil personas asignadas (Gráfica 7) muestran una tasa superior en el caso de las personas nacidas en España, con 9.553,1 visitas por mil personas asignadas. Esto supone un 51,2% más que las personas nacidas en la región Europa UE (6.294,4 visitas por mil) y un 39,1% que las personas de África (6.866,9 visitas por mil). Las personas nacidas en Latinoamérica y en el Mediterráneo Oriental presentan tasas similares entre sí alrededor de las 7.850 visitas por mil, lo que supone un 17,8% menos de visitas a atención primaria en comparación con las personas nacidas en España.

En términos generales, las mujeres presentan unas tasas de frecuentación superiores a las de los hombres independientemente de la región de nacimiento. Sin embargo, las diferencias entre la población nacida en España frente al resto de regiones son superiores entre los hombres. Los hombres nacidos en España presentan una tasa de frecuentación por mil personas un 53,8% superior en comparación con los nacidos en Europa UE, un 41,4%

superior que los nacidos en África, un 32,1% mayor comparado con los nacidos en Latinoamérica y un 26,9% en el caso de los nacidos en el Mediterráneo Oriental. En el caso de las mujeres, las diferencias entre aquellas nacidas en España y el resto de regiones son menores, situándose en un rango de entre el 51-11% por encima a favor de las mujeres nacidas en España. Al comparar las diferencias entre hombres y mujeres por regiones, esta se sitúa en torno al 25% en España y en Europa UE, mientras que las diferencias entre sexos se agrandan en Latinoamérica (39,1%), Mediterráneo Oriental (42,7%) y África (42,8%).

Gráfica 7. Tasa de visitas a atención primaria por mil personas asignadas en función de la región de nacimiento. Tasa estandarizada por edad. BDCAP 2024.



Creado con Datawrapper

En la Gráfica 8 se muestra la tasa de interconsultas por mil personas realizadas desde atención primaria, las cuales se solicitan por parte de los profesionales facultativos de atención primaria para que una persona sea valorada a nivel hospitalario. Esta variable permite hacer una aproximación al uso de los recursos hospitalarios. No obstante, la tasa de interconsultas está condicionada por el hecho de que la derivación a la atención hospitalaria depende de la valoración realizada por el personal facultativo de atención primaria, que es quien solicita dicha interconsulta en último término.

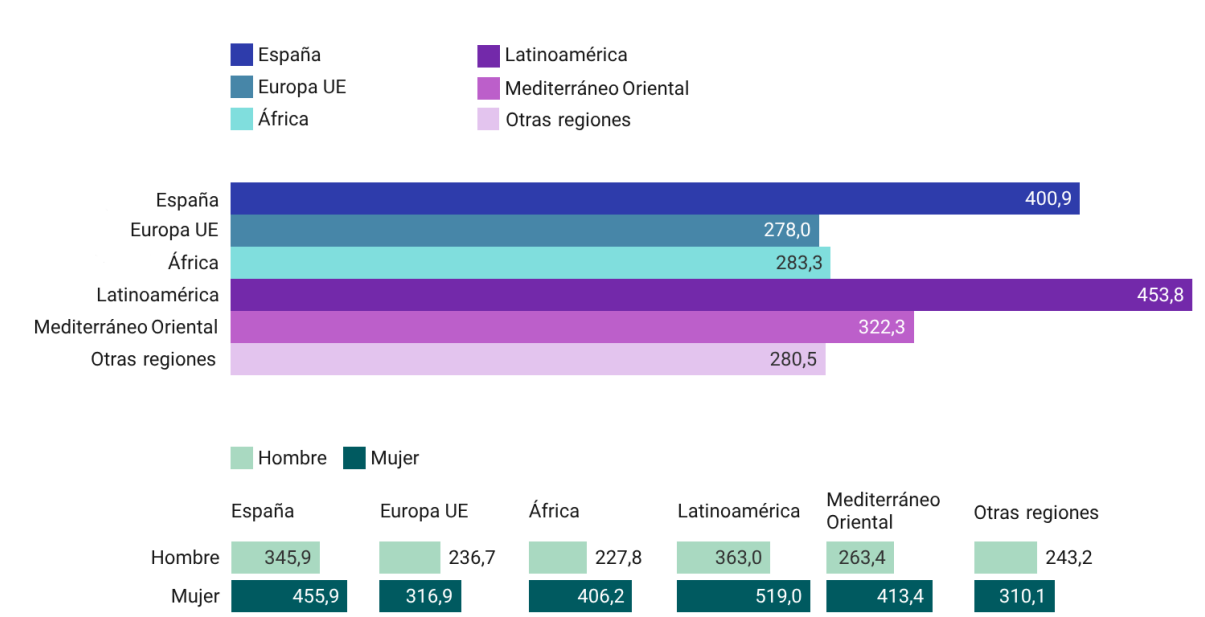
Las diferencias observadas en la tasa de interconsultas permiten identificar dos patrones relevantes. En primer lugar, la población de la región de Latinoamérica presenta las tasas más elevadas, superando a todas las demás regiones: entre un 13% y un 63% más que España, Europa, África, Mediterráneo Oriental u otros orígenes. En segundo lugar, se constata una

brecha de género en todas las regiones, con tasas de interconsultas de las mujeres superiores a las de los hombres. La magnitud de esta diferencia varía según el origen: se aprecian diferencias más moderadas en España y Europa (alrededor del 30–35%) y diferencias mucho más acusadas en África, Mediterráneo Oriental y Latinoamérica, donde las mujeres registran unas tasas de interconsultas un 78,3%, un 56,9% y un 43,0% superiores, respectivamente, en comparación con la de los hombres.

La mayor tasa de interconsultas entre las personas nacidas en Latinoamérica se explica, de manera importante, por la elevada derivación a interconsultas de Obstetricia y Ginecología de las mujeres de esta región (Tabla A3). La tasa bruta por mil personas asignadas de interconsultas a estos servicios en mujeres de Latinoamérica es un 120% superior a las tasas de las mujeres de España (120,7 frente a 55,1). También destacan las tasas elevadas de las mujeres procedentes de África (120,2) y del Mediterráneo Oriental (102,1), que se sitúan claramente por encima de los valores observados en las regiones europeas. En el resto de servicios, en términos generales, la tasa de interconsultas es superior en el caso de las personas nacidas en España. Esto es coherente también con los datos disponibles, para el año 2024, del Instituto Nacional de Estadística de la tasa bruta de natalidad (número de nacimientos por mil habitantes), que es superior en la población extranjera en comparación con la población con nacionalidad española (12,0 frente a 5,6), así como la comparación del indicador de fecundidad, con un número de hijos por mujer superior en el caso de las mujeres con nacionalidad extranjera frente a las españolas (1,27 frente a 1,0)²⁴. Por tanto, las diferencias observadas podrían explicarse por el mayor número de embarazos y nacimientos entre las mujeres nacidas en Latinoamérica.

²⁴ Instituto Nacional de Estadística. Fenómenos demográficos. Demografía y población. Indicadores demográficos básicos. Natalidad y fecundidad. Instituto Nacional de Estadística, 2024. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=1149&capsel=1149>

Gráfica 8. Tasa de interconsultas por mil personas asignadas en función de la región de nacimiento. Tasa estandarizada por edad. BDCAP 2024.

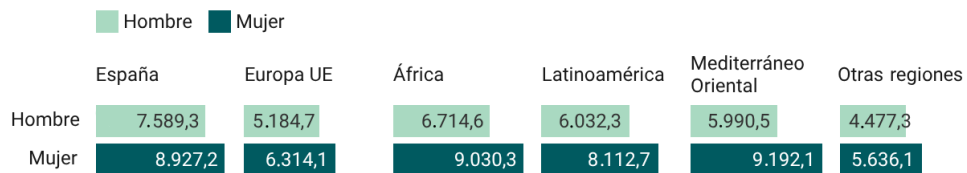


Creado con Datawrapper

En cuanto a la tasa estandarizada de procedimientos (Gráfica 9), España presenta la tasa más elevada en comparación con el resto de regiones (8.238,7 por mil personas), seguida por las regiones de África, Mediterráneo Oriental, Latinoamérica y, finalmente, la Unión Europea.

Se aprecia una marcada brecha de género, con máximos en la región del Mediterráneo Oriental, donde la tasa en mujeres superó en un 53,4% a la de los hombres, y mínimos en España y la Unión Europea, donde, si bien se mantiene la citada brecha, las tasas en mujeres superan en un 17,6% y 21,8%, respectivamente, a las de los hombres de cada región.

Tasa estandarizada por edad. BDCAP 2024.



Creado con Datawrapper

Conclusiones

La evidencia disponible, previa a la elaboración del informe, sobre el estado de salud y el uso de los sistemas sanitarios de la población migrante en comparación con la población nacida en el país era clara. En términos generales, la población migrante que llega al país de destino presenta un mejor estado de salud que la población local. No obstante, este nivel de salud empeora a medida que aumentan los años de estancia debido a que las personas migrantes sufren mayor desigualdad en el acceso a recursos básicos que condicionan el estado de salud, como una alimentación saludable o una vivienda digna, además de sufrir peores condiciones de trabajo. Además, la población migrante, en condiciones de igualdad de acceso, presenta un menor uso del sistema sanitario en diferentes niveles asistenciales. Este colectivo, a nivel global, se enfrenta a barreras en el acceso debido a factores legales, administrativos, por falta de adaptación cultural o lingüística de los servicios sanitarios, o por discriminación por motivos raciales o étnicos. Diversos análisis muestran que los países que garantizan una asistencia sanitaria universal a la población migrante presentan mejores resultados en salud y un mejor uso de los servicios sanitarios, reduciendo los costes asociados a los tratamientos de urgencias o en fases avanzadas de la enfermedad.

Los resultados de estado de salud y de uso del sistema sanitario en España, obtenidos a partir de las fuentes de información del Ministerio de Sanidad, son coherentes con la evidencia científica disponible.

Los datos de BDCAP muestran que, para la mayoría de problemas de salud incluidos en el análisis, la población nacida en España presenta una prevalencia superior en comparación con la población de otras regiones, especialmente en el caso de problemas como el trastorno de ansiedad/estado de ansiedad, los trastornos del metabolismo lipídico, la infección respiratoria aguda y el asma.

Factores de riesgo cardiovasculares como la hipertensión arterial no complicada o la diabetes presentan una prevalencia mayor en las personas de África y del Mediterráneo Oriental, respectivamente. La mayor desigualdad y las peores condiciones socioeconómicas entre las personas migrantes explican parte de esta diferencia, además de la predisposición genética en el caso de la asociación entre diabetes y las personas del Mediterráneo Oriental²⁵.

²⁵ Agyemang, C., van der Linden, E. L., & Bennet, L. (2021). Type 2 diabetes burden among migrants in Europe: unravelling the causal pathways. *Diabetologia*, 64(12), 2665–2675. <https://doi.org/10.1007/s00125-021-05586-1>

Al estudiar las diferencias en el perfil de multimorbilidad (la presencia de más de un problema de salud crónico), las personas nacidas en España presentan una tasa de presentar al menos un problema de salud crónico entre un 24-38% superior en comparación con el resto de regiones. La población con un perfil de mayor multimorbilidad presenta una mayor necesidad de asistencia sanitaria, en promedio, a nivel de atención primaria y hospitalaria debido al seguimiento y control que requiere el presentar más de una enfermedad crónica, así como a la atención de urgencia que pueden necesitar ante una descompensación de su estado de salud²⁶. Estudios realizados en España concluyen, además, que la población migrante en situación irregular tiene una menor prevalencia de enfermedades crónicas que la población migrante en situación administrativa regular y que la población nacida en España²⁷.

El informe también refleja diferencias por regiones en cuanto al uso del sistema sanitario. Los datos de BDCAP sobre consumo de medicamentos, tasa de frecuentación en atención primaria o tasa de procedimientos muestran el mismo patrón: la población nacida en España realiza un mayor consumo de recursos sanitarios. El menor consumo de medicamentos entre la población migrante, lo que conlleva un menor gasto farmacéutico para este colectivo, es un fenómeno observado en múltiples países a nivel europeo²⁸. En el caso de la tasa de interconsultas realizadas desde atención primaria, la cifra es mayor para las personas nacidas en Latinoamérica. Esto se explica, de manera importante, por las diferencias en las derivaciones a atención hospitalaria para servicios de Ginecología y Obstetricia, para las que destacan las diferencias entre las personas nacidas en Latinoamérica respecto de la población nacida en España. Respecto al resto de regiones distintas de Latinoamérica, la población nacida en España presenta una mayor tasa de interconsultas. En resumen, estos indicadores muestran una tendencia general de un mayor uso de los servicios y recursos sanitarios por parte de las personas nacidas en España.

Por último, los datos sobre uso global del sistema sanitario recogidos por el Barómetro Sanitario reflejan que la población nacida en España, en términos generales, acude en mayor proporción a centros sanitarios privados o reporta más acudir tanto a centros públicos

²⁶ Polanco, B., Oña, A., Gemperli, A., & Pacheco Barzal, D. (2025). Excess healthcare utilization and costs linked to chronic conditions: a comparative study of nine European countries. *European journal of public health*, 35(2), 216–227. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf012>

²⁷ Gimeno-Feliu, L. A., et al. (2020). Multimorbidity and chronic diseases among undocumented migrants: evidence to contradict the myths. *International journal for equity in health*, 19(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01225-0>

²⁸ Aljadeeah, S., Payedimarri, A. B., Kielmann, K., Michielsen, J., Wirtz, V. J., & Ravinetto, R. (2024). Access to medicines among asylum seekers, refugees and undocumented migrants across the migratory cycle in Europe: a scoping review. *BMJ global health*, 9(10), e015790. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-015790>

como privados que la población migrante, la cual presenta un mayor uso del sistema público de manera exclusiva. Este mayor uso de los servicios sanitarios por parte de la población nacida en España se mantenía para la atención primaria y las consultas hospitalarias. No obstante, en el caso de los ingresos hospitalarios y la atención de urgencias, las personas migrantes reportaban más visitas a estos servicios.

Así, los datos reflejan que las personas nacidas en España hacen un mayor uso de aquellos servicios sanitarios que permiten garantizar una atención sanitaria con continuidad asistencial como son las consultas de atención primaria y de atención hospitalaria, las cuales ofrecen un mejor control de las enfermedades crónicas y un uso más eficiente de los recursos. Esto podría explicarse por el hecho de que las personas nacidas fuera de España presentan más dificultades a la hora de recibir una atención sanitaria que garantice la continuidad asistencial, requiriendo este grupo, por tanto, una atención de urgencia o un ingreso por tener un peor control y seguimiento de sus patologías. Este factor podría explicar también, en parte, la mayor necesidad de ingresos hospitalarios reportados por parte de las personas nacidas fuera de España. Es importante señalar que los datos del Barómetro Sanitario de mayor uso por parte de la población migrante de algunos servicios sanitarios no son coherentes con los datos de uso observados en BDCAP o con la evidencia disponible tanto a nivel nacional como europeo. Esto podría explicarse por las propias limitaciones del Barómetro Sanitario, al tratarse de resultados autorreportados de una encuesta, en comparación con el uso de datos que provienen de registros sanitarios como el caso de BDCAP, donde los datos muestran un mayor uso de los recursos sanitarios por parte de las personas nacidas en España.

La universalidad del sistema sanitario y la atención sanitaria a todas las personas, independientemente de su país de origen y de su situación administrativa, es un principio democrático que vertebra el Sistema Nacional de Salud en España y que garantiza su sostenibilidad. En este sentido, el Gobierno aprobó recientemente el Real Decreto 180/2026, de 11 de marzo, por el que se regula el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos de las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan su residencia legal en el territorio español²⁹, con el objetivo de eliminar las barreras administrativas en el reconocimiento del derecho a la asistencia de la población migrante en situación administrativa irregular. Si bien existen otras barreras que pueden limitar el acceso al sistema sanitario, la aprobación del

²⁹ Real Decreto 180/2026, de 11 de marzo, por el que se regula el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos de las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan su residencia legal en el territorio español. Boletín Oficial del Estado, 2026. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2026-5714>

real decreto busca reducir aquellas que pueden dificultar que una persona migrante en situación administrativa irregular que requiere asistencia sanitaria acuda a un centro sanitario. Facilitar el reconocimiento del derecho, además, permite un mayor acceso a la atención primaria, mejorando el control y seguimiento de las patologías, evitando agravamientos de la salud que requieran de una asistencia sanitaria de urgencias o a nivel hospitalario, y garantizando un uso más eficiente de los recursos sanitarios.

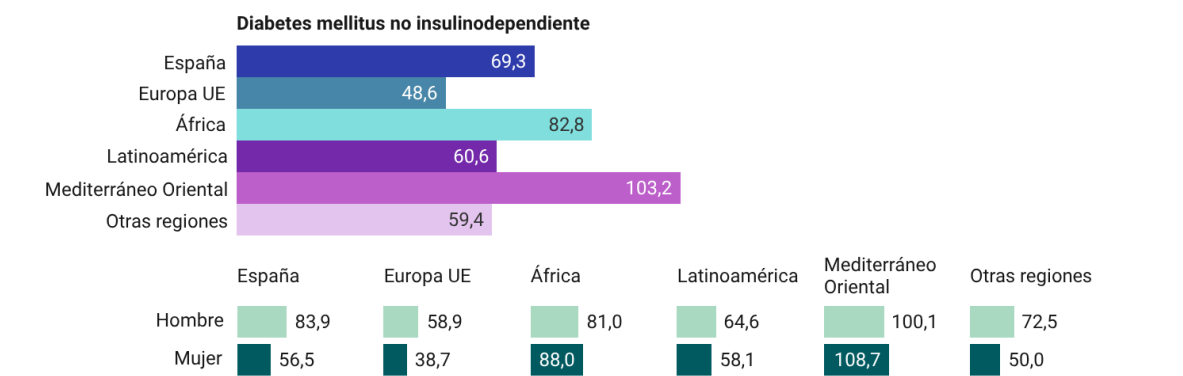
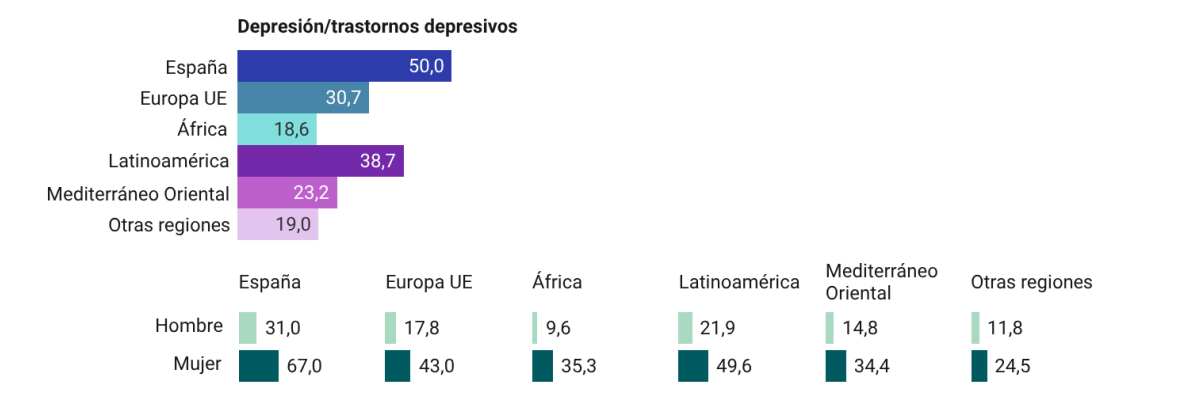
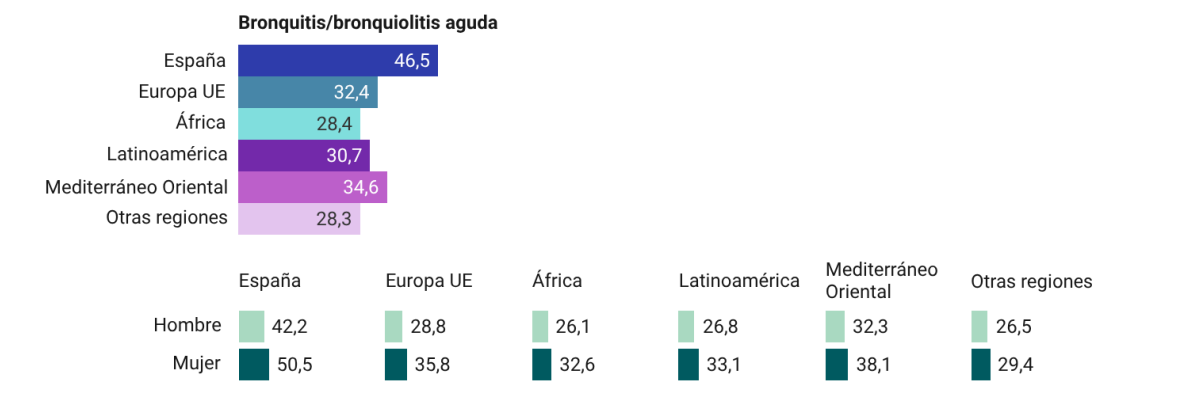
Las personas migrantes contribuyen al sostenimiento del SNS, el cual se financia a través de los impuestos y los presupuestos generales del estado desde hace más de dos décadas. Por tanto, merecen recibir una atención sanitaria de calidad. La universalidad es un mandato ético, pues es lo que permite garantizar unas condiciones básicas a las personas para que gocen de un buen estado de salud y puedan participar en sociedad. Pero, además, disponer de un sistema sanitario público y universal responde al principio democrático de construir sociedades cohesionadas y equitativas, donde las desigualdades por el país de origen no limiten las oportunidades que tienen las personas de disfrutar de una vida plena.

Anexo

Gráficas

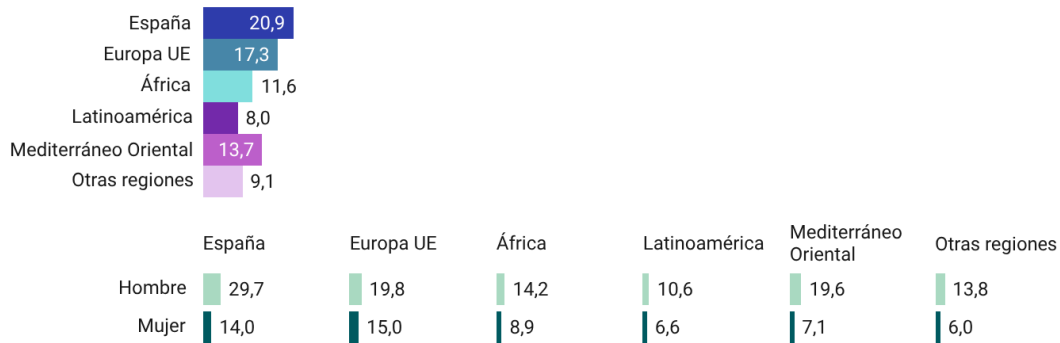
Gráfica A1. Tasa de personas con problemas de salud por mil personas asignadas en función de la región de nacimiento y el sexo. Tasa estandarizada por edad. BDCAP 2024.



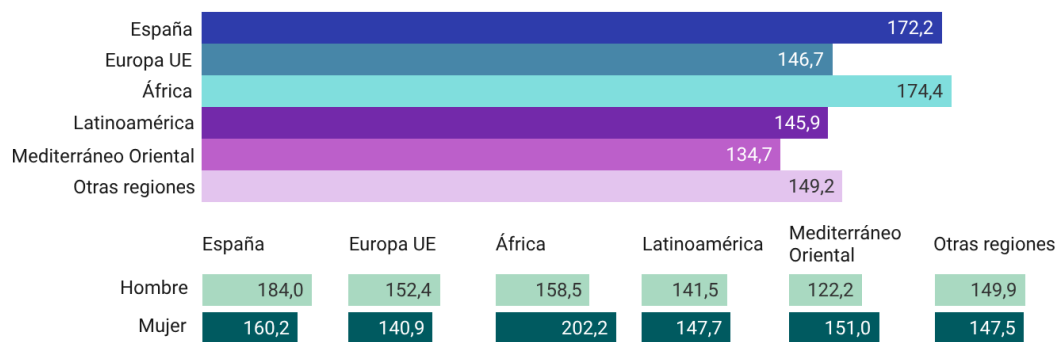


Creado con Datawrapper

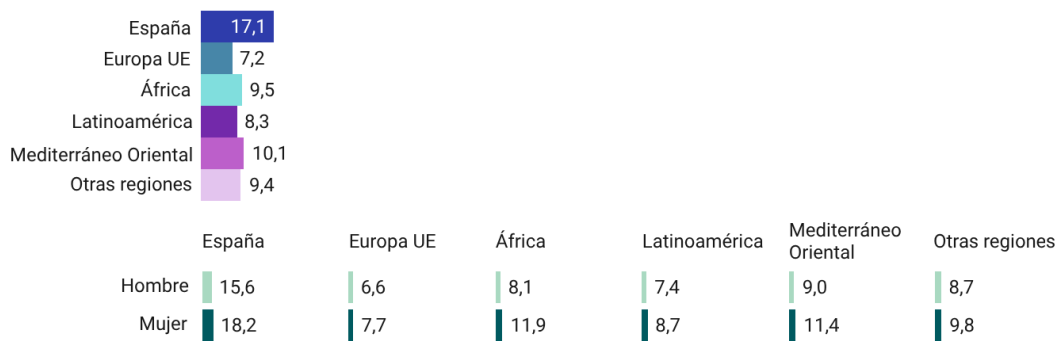
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)



Hipertensión arterial no complicada

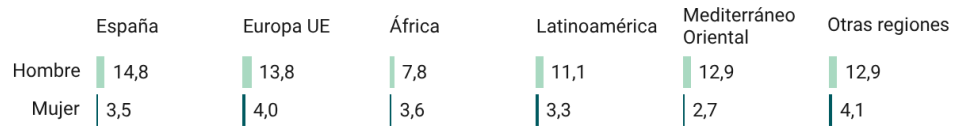
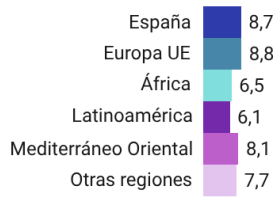


Incapacidad/discapacidad no especificada

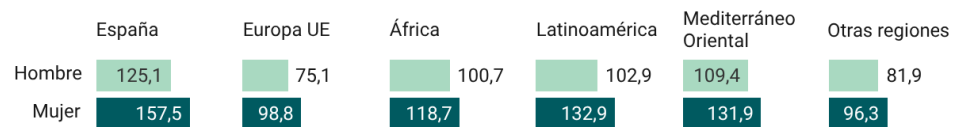


Creado con Datawrapper

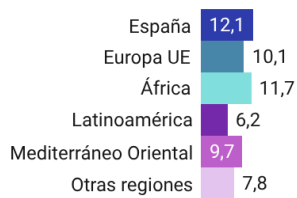
Infarto agudo de miocardio



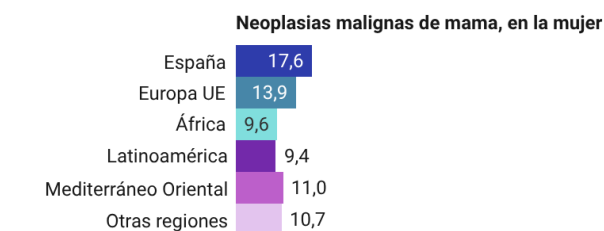
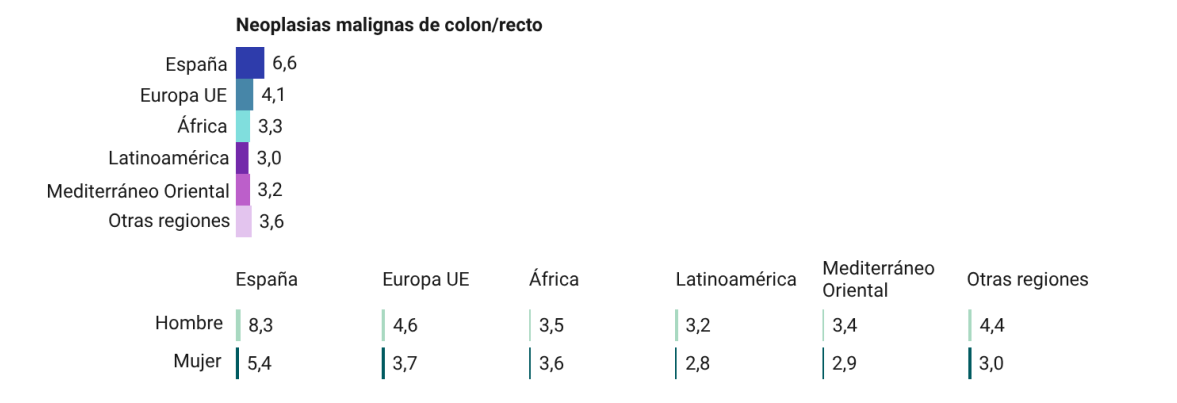
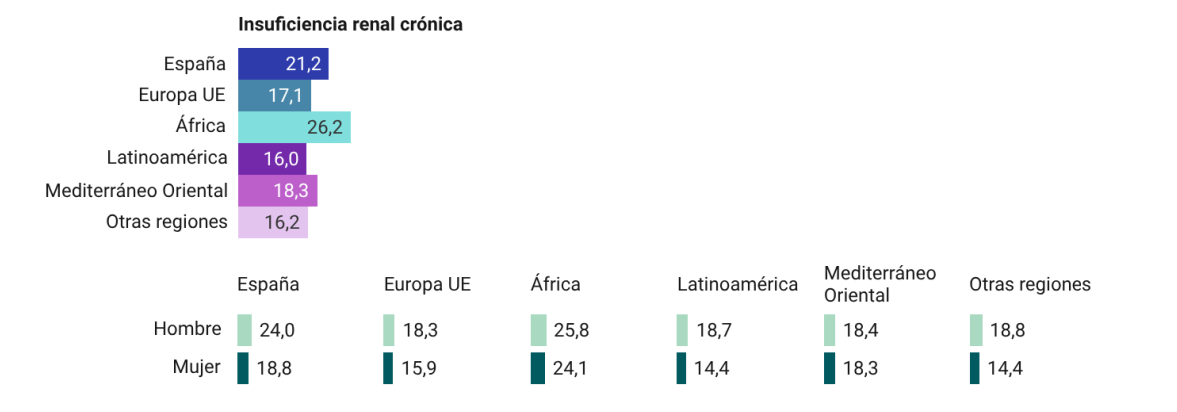
Infección respiratoria aguda del tracto superior



Insuficiencia cardiaca

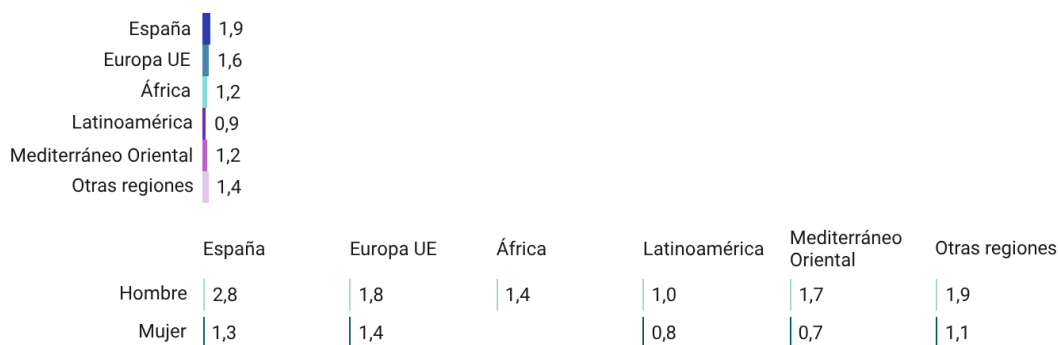


Creado con Datawrapper

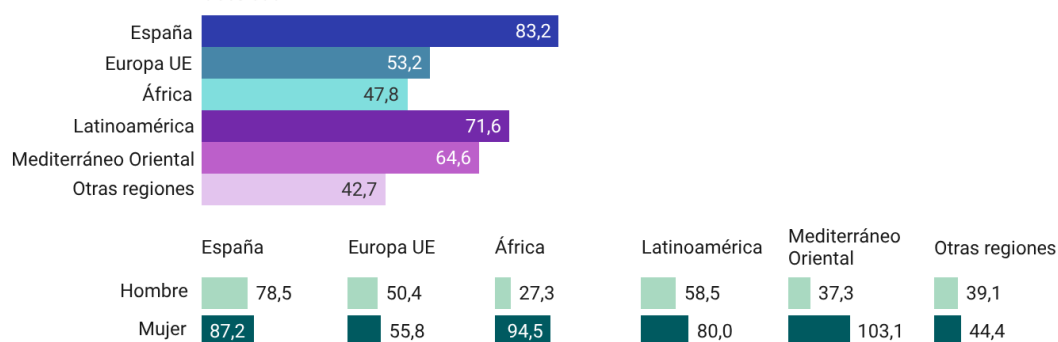


Creado con Datawrapper

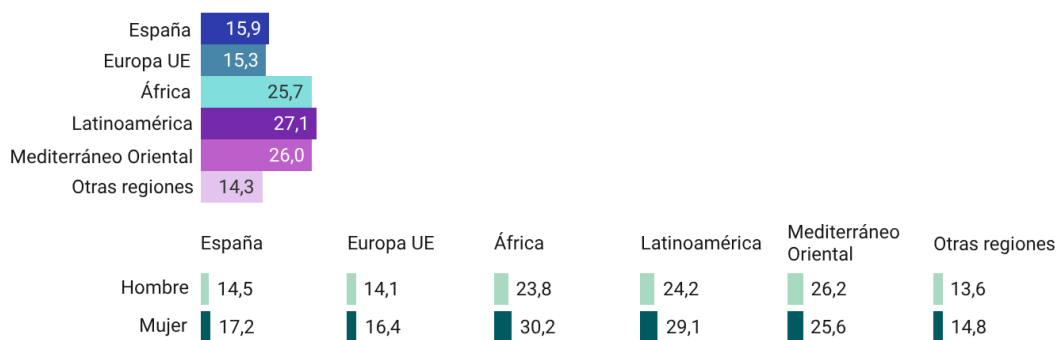
Neoplasias malignas de tráquea/bronquios/pulmón



Obesidad

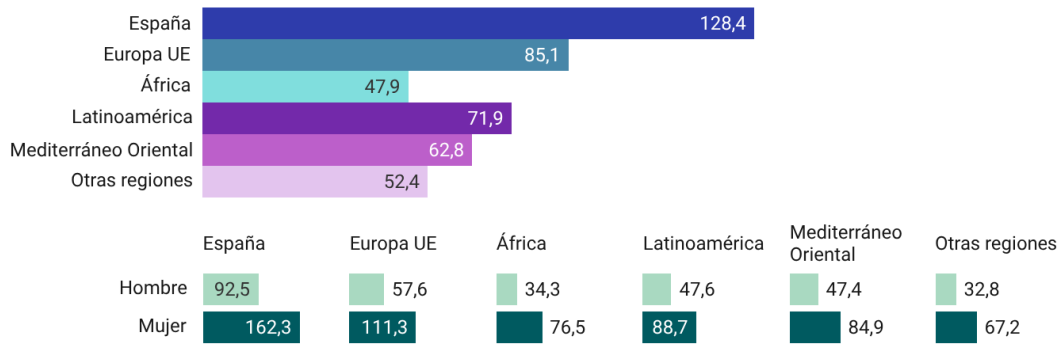


Problemas con el sistema sanitario

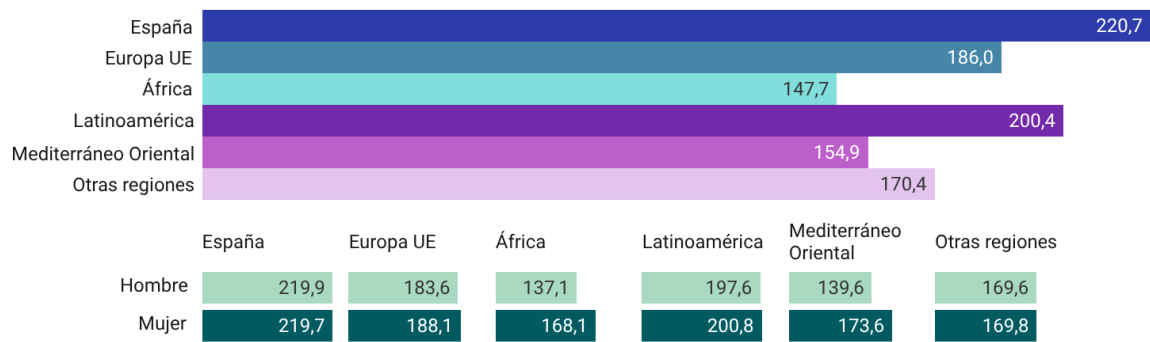


Creado con Datawrapper

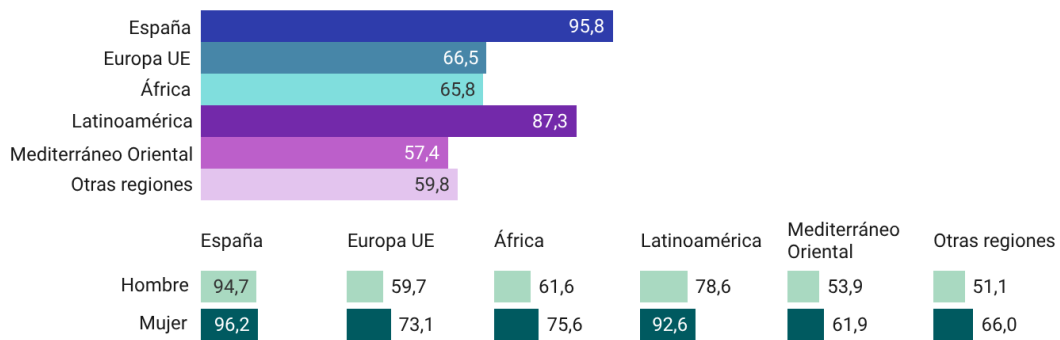
Trastornos de la ansiedad/estado de ansiedad



Trastornos del metabolismo lipídico

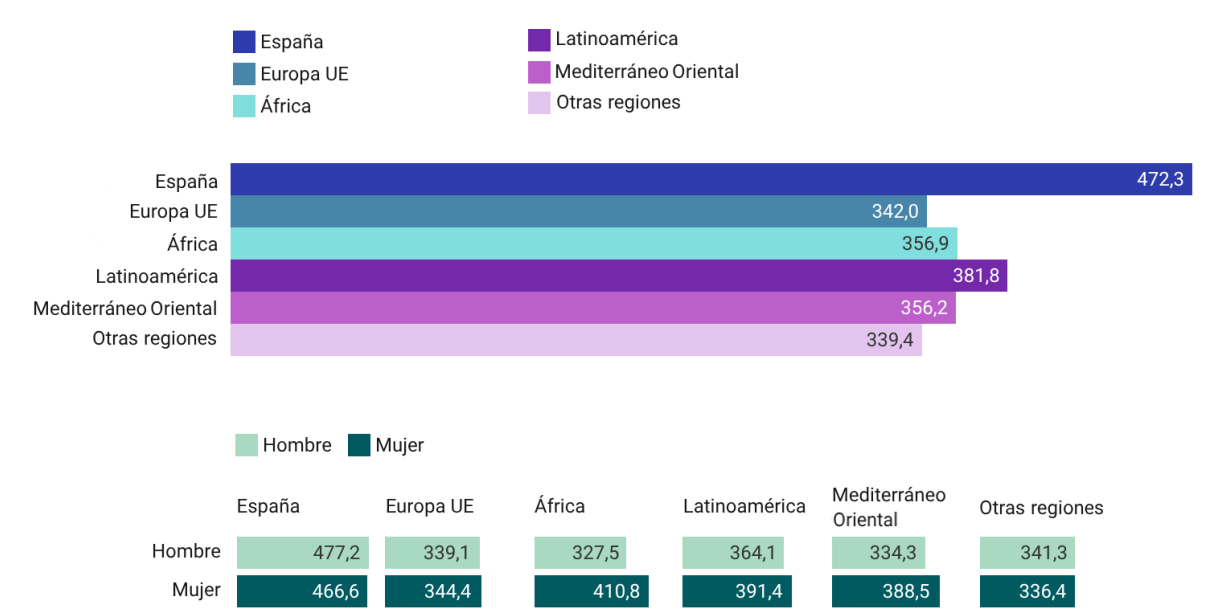


Trastornos del sueño



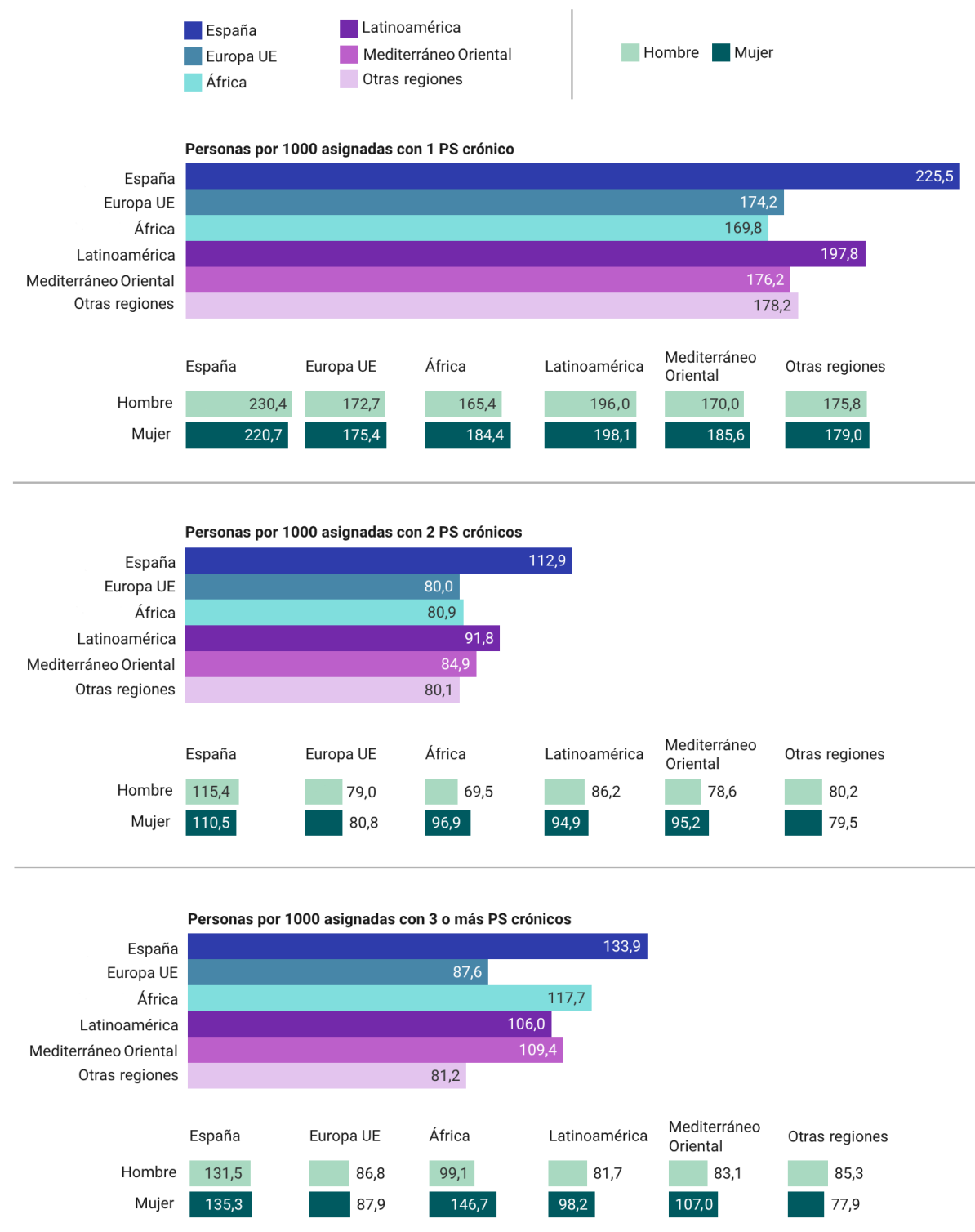
Creado con Datawrapper

Gráfica A2. Tasa de personas con al menos un problema de salud crónico por mil personas asignadas en función de la región de nacimiento. Tasa estandarizada por edad. BDCAP 2024.

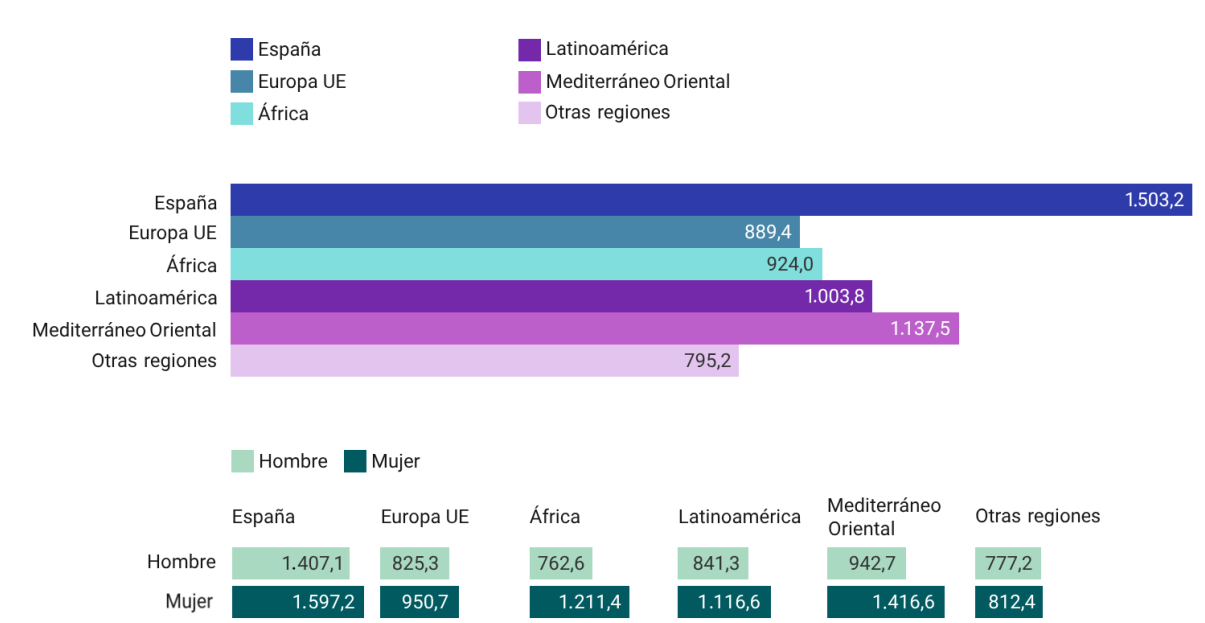


Creado con Datawrapper

Gráfica A3. Tasa de personas con al menos un problema de salud (PS) crónico por mil personas asignadas en función de la región de nacimiento y el número de problemas de salud crónicos. Tasa estandarizada por edad. BDCAP 2024.



Gráfica A4. Dosis diaria definida por mil personas asignadas y día en función de la región de nacimiento. Tasa estandarizada por edad. BDCAP 2024.



Creado con Datawrapper

Tablas

Tabla A1. Listado de países por región de nacimiento de acuerdo con la clasificación de la OMS

Región	Países
España	España
Europa UE	Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Rumania, Suecia.
África	Angola, Argelia, Benín, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camerún, Chad, Comoras, Costa de Marfil, Eritrea, Etiopía, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea Ecuatorial, Guinea-Bissau, Isla Bouvet, Kenia, Lesoto, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauricio, Mauritania, Mayotte, Mozambique, Namibia, Níger, Nigeria, República Democrática del Congo, República Árabe Saharaui Democrática, República Centroafricana, República del Congo, Reunión, Ruanda, Santa Helena, A. y T., Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Seychelles, Sierra Leona, Suazilandia, Sudáfrica, Sudán, Sudán del Sur, Tanzania, Territorio Británico del Océano Índico, Togo, Uganda, Zambia, Zimbabue.
Latinoamérica	Anguila, Antigua y Barbuda, Antillas Holandesas, Argentina, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guadalupe, Guatemala, Guayana Francesa, Guyana, Haití, Honduras, Islas Caimán, Islas Georgias del Sur y Sandwich del Sur, Islas Malvinas, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Jamaica, Martinica, México, Montserrat, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, San Bartolomé, San Cristóbal y Nieves, San Martín, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Surinam, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela.
Mediterráneo Oriental	Afganistán, Arabia Saudita, Autoridad Nacional Palestina, Bahrein, Catar, Egipto, Emiratos Árabes Unidos, Irak, Irán, Jordania, Kuwait, Líbano, Libia, Marruecos, Omán, Pakistán, Siria, Somalia, Túnez, Yemen, Yibuti.
Otras regiones	Åland, Andorra, Armenia, Australia, Azerbaiyán, Banglades, Bermudas, Bielorrusia, Bosnia Herzegovina, Brunei, Bután, Camboya, Canadá, Checoslovaquia, China, Ciudad del Vaticano, Corea del Norte, Corea del Sur, Croacia, Estados Unidos, Filipinas, Fiya, Georgia, Gibraltar, Groenlandia, Guam, Guernsey, Hong Kong, India, Indonesia, Isla de Man, Isla de Navidad, Islandia, Islas Cocos, Islas Cook, Islas Feroe, Islas Heard y McDonald, Islas Marianas del Norte, Islas Marshall, Islas

Región	Países
	Menores Alejadas de los EEUU, Islas Pitcairn, Islas Salomón, Israel, Japón, Jersey, Kazajistán, Kirguistán, Kiribati, Laos, Liechtenstein, Macao, Malasia, Maldivas, Micronesia, Moldavia, Mónaco, Mongolia, Montenegro, Myanmar, Nauru, Nepal, Niue, Norfolk, Noruega, Nueva Caledonia, Nueva Zelanda, Palaos, Papúa Nueva Guinea, Polinesia Francesa, República de Macedonia, Rusia, Samoa, Samoa Americana, San Marino, San Pedro y Miquelón, Serbia, Singapur, Sri Lanka, Suiza, Svalbard y Jan Mayen, Tailandia, Taiwán, Tayikistán, Territorios Australes Franceses, Timor Oriental, Tokelau, Tonga, Turkmenistán, Turquía, Tuvalu, Ucrania, URSS, Uzbekistán, Vanuatu, Vietnam, Wallis y Futuna, Yugoslavia, Zona Neutral.

Tabla A2. Definiciones de las variables analizadas en el informe

Concepto	Definición
Población asignada	Población adscrita a centros de atención primaria por Zona Básica de Salud, haya utilizado o no los servicios de salud.
Problemas de salud	Incluye aquellos problemas de salud que han estado “activos” en el año de estudio y que constan registrados en la historia clínica de forma codificada. Se considera activo todo problema de salud agudo registrado en el año de estudio y también los problemas de salud crónicos que permanecen abiertos en el año de estudio bien por tratarse de problemas permanentes, bien por ser problemas de larga duración. Se utiliza la Clasificación Internacional en Atención Primaria (CIAP), que incluye tanto diagnósticos como determinados signos y síntomas.
Interconsultas	Solicitudes realizadas por el personal médico de atención primaria para que un paciente sea atendido en una consulta hospitalaria. Se organiza por especialidades.
Procedimientos	Actividades relacionadas con el proceso de atención a un problema de salud. Engloba pruebas de imagen, pruebas de laboratorio, otros procedimientos diagnósticos, procedimientos terapéuticos y otros procedimientos sin clasificar.
Visitas	Se define como visita cualquier contacto del usuario con alguno de los profesionales del centro de salud, pudiendo contabilizarse, si es el caso, varios contactos en un mismo día.
Medicamentos	Recoge la medicación prescrita que ha sido dispensada a las personas incluidas en la muestra, en oficinas de farmacia. Se expresa en DDD (Dosis Diaria Definida), unidad de medida técnica internacional, establecida por la OMS, que representa la dosis media diaria de mantenimiento de un fármaco utilizado en su indicación principal en adultos. No es una dosis recomendada para un paciente específico, sino un estándar para medir y comparar el consumo de medicamentos.

Tabla A3. Tasa bruta de interconsultas por mil personas asignadas por región de la OMS y por especialidad. BDCAP 2024.

	España			Europa UE			África			Latinoamérica			Mediterráneo Oriental		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Angiología y Cirugía Vascular	3,8	4,9	4,4	3,4	4,5	4,0	1,0	1,7	1,2	2,3	4,9	3,8	1,4	2,6	1,9
Alergología	7,6	10,4	9,0	3,8	7,1	5,5	1,9	5,3	2,9	7,5	12,7	10,4	3,1	6,5	4,5
Anatomía Patológica	0,2	1,8	1,0	0,2	3,7	2,0	-	5,0	1,5	0,1	6,4	3,7	-	3,5	1,5
Cardiología	13,0	12,3	12,7	10,0	8,4	9,2	7,1	7,9	7,3	8,2	8,0	8,1	5,6	6,0	5,8
Cirugía General y Digestiva	19,4	16,5	17,9	16,4	13,3	14,8	10,8	12,2	11,2	16,9	18,5	17,8	13,3	15,5	14,2
Cirugía Maxilofacial	4,5	6,2	5,4	2,7	3,8	3,3	4,4	5,6	4,7	6,5	8,8	7,8	4,9	7,7	6,0
Cirugía Pediátrica	2,4	0,9	1,6	0,6	0,3	0,4	0,8	1,3	1,0	1,2	0,4	0,7	0,9	0,5	0,8
Cirugía Plástica y Reparadora	0,5	0,9	0,7	0,3	0,7	0,5	-	0,8	0,4	0,5	1,2	0,9	0,2	0,3	0,3
Dermatología	31,5	39,4	35,5	21,2	26,8	24,0	11,7	19,9	14,1	25,3	32,0	29,1	14,1	21,1	16,9
Digestivo	15,9	21,2	18,6	12,4	15,9	14,2	9,9	12,8	10,7	14,1	22,5	18,9	8,0	13,6	10,3
Endocrinología	6,3	12,5	9,5	4,6	9,8	7,2	3,7	12,8	6,3	5,8	14,2	10,6	4,7	15,5	9,1

	España			Europa UE			África			Latinoamérica			Mediterráneo Oriental		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Estomatología	1,00	1,4	1,2	0,9	1,4	1,2	2,7	3,4	2,9	1,6	2,5	2,1	2,0	3,1	2,5
Geriatría	0,7	1,4	1,1	0,1	0,1	0,1	-	-	-	0,1	0,2	0,2	-	-	0,1
Hematología Clínica	3,7	4,2	4,0	2,4	3,0	2,7	5,3	8,4	6,2	2,3	4,0	3,3	2,1	4,2	2,9
Medicina Interna	6,3	7,8	7,1	5,5	5,3	5,4	8,3	8,9	8,5	6,7	6,5	6,6	4,1	6,4	5,0
Nefrología	2,9	2,7	2,8	1,9	1,7	1,8	1,9	2,0	1,9	1,7	1,7	1,7	1,0	1,4	1,2
Neumología	10,7	8,4	9,5	7,7	5,4	6,6	3,5	3,9	3,6	8,6	6,4	7,4	3,8	3,7	3,8
Neurocirugía	1,0	1,1	1,1	0,8	0,8	0,8	0,5	-	0,6	0,7	1,0	0,9	0,4	0,5	0,5
Neurología	11,9	17,3	14,6	7,1	10,9	9,0	4,0	7,9	5,2	9,8	16,4	13,5	5,3	8,4	6,5
Obstetricia y Ginecología	-	55,1	28,1	-	59,5	30,3	-	120,2	34,9	-	120,7	68,5	-	102,1	41,4
Oftalmología	36,7	49,3	43,1	19,8	25,7	22,8	26,7	42,5	31,2	34,7	48,5	42,5	29,1	45,5	35,7
Oncología Médica	0,3	0,6	0,5	0,3	0,6	0,5	-	-	-	0,2	0,4	0,3	-	0,3	0,2
Otorrinolaringología	26,8	30,9	28,9	16,6	19,3	18,0	8,5	15,6	10,5	22,3	24,2	23,4	14,8	18,9	16,5

	España			Europa UE			África			Latinoamérica			Mediterráneo Oriental		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Pediatría	7,4	6,2	6,8	2,0	1,7	1,9	2,7	4,7	3,3	4,5	3,1	3,7	3,7	4,2	3,9
Psiquiatría	14,2	18,2	16,3	8,6	13,6	11,2	5,0	9,4	6,3	14,5	20,2	17,7	7,6	9,8	8,5
Rehabilitación	18,2	27,9	23,2	11,7	17,6	14,7	8,6	16,0	10,8	12,7	21,4	17,6	13,2	22,0	16,8
Reumatología	4,6	13,02	8,9	3,2	8,7	6,0	1,7	6,5	3,1	3,5	12,5	8,6	2,2	7,7	4,4
Traumatología y C. Ortopédica	36,3	48,5	42,5	29,2	37,2	33,3	20,0	29,9	22,8	35,8	51,2	44,5	25,6	34,7	29,3
Unidad de Cuidados Paliativos	0,2	0,2	0,2	-	-	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Urgencias	23,6	25,6	24,6	14,5	16,2	15,4	17,0	27,8	20,1	23,1	30,4	27,2	18,9	24,7	21,2
Urología	24,7	7,4	15,9	17,1	5,1	11,0	10,6	2,0	8,1	24,4	7,3	14,7	11,7	4,1	8,7
Otras interconsultas	16,0	18,1	17,1	8,1	11,0	9,6	6,4	10,8	7,7	8,3	13,8	11,4	9,8	15,6	12,2

H: hombres; M: mujeres; T: total. Las celdas con un (-) en su interior se corresponde con una muestra insuficiente para poder realizar una estimación de la tasa bruta de interconsultas.

