

## 3.8. SALUD

### 3.8.1. Esperanza de vida al nacimiento y a los 65 años

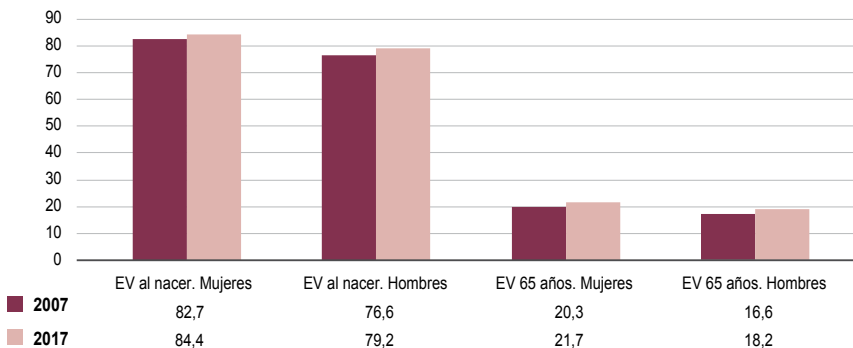
*Consejería de Salud y Familias*

El análisis de la esperanza de vida al nacimiento y a los 65 años que se viene realizando desde 1975, muestra que sigue la evolución ascendente de la esperanza de vida observada en los últimos años y que, si bien siguen existiendo valores superiores para las mujeres, la trayectoria está siendo más favorable para los hombres al aumentar su esperanza de vida en mayor medida. Por ello, las brechas de género existentes se están reduciendo.

En Andalucía en 2017, la esperanza de vida al nacimiento en mujeres alcanzó los 84,4 años, un aumento de 1,7 años con respecto al año 2007, cuando era de 82,7 años. Esta mejora ha sido menor que la que ha experimentado la esperanza de vida al nacer de los hombres para el mismo periodo, que se ha incrementado en 2,7 años, pasando de los 76,6 años en 2007 a 79,2 años en 2017.

Por tanto, debido al mayor aumento de la esperanza de vida al nacimiento de los hombres a lo largo de la década, la diferencia en esta esperanza de vida entre hombres y mujeres, que en 2007 era de 6,1 años, ha disminuido siendo en la actualidad de 5,2 años, lo que acorta la brecha de género existente.

**GRÁFICO 3.8.1. Esperanza de vida al nacimiento y a los 65 años según sexo en Andalucía. Años 2007 y 2017**



Nota: Años de vida. Datos de 2017 provisionales.

Fuente: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA).

La misma tendencia se observa al analizar la esperanza de vida a los 65 años, que en la última década ha aumentado 1,4 años en las mujeres y 1,7 años en los hombres. Si en 2007 las mujeres tenían una esperanza de vida de 20,3 años a la edad de 65, los hombres contaban con 16,6 años a la misma edad, mientras que en 2017 se espera que las mujeres con 65 años sigan viviendo 21,7 años y los hombres 18,2 años.

Por tanto, la diferencia entre la esperanza de vida a los 65 años de las mujeres y los hombres se ha reducido ligeramente de los 3,7 años que había en 2007 a los 3,5 años que hay en 2017. Al igual que en la esperanza de vida al nacer, la brecha a los 65 años también ha disminuido.

### 3.8.2. Defunciones registradas en Andalucía debido a las cinco primeras causas de muerte según sexo

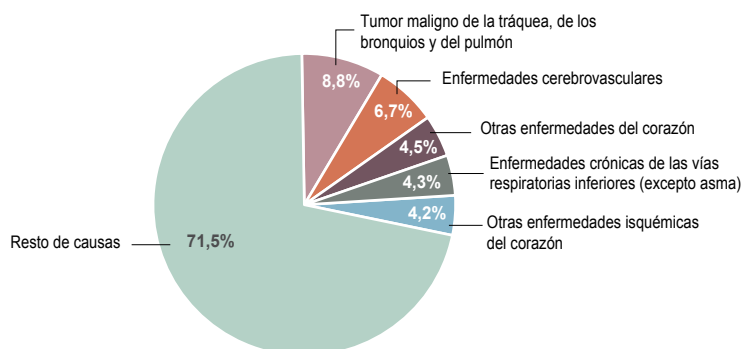
*Consejería de Salud y Familias*

Los datos de mortalidad para Andalucía correspondientes al tercer trimestre de 2017, facilitados por el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA) permiten analizar las principales causas de muerte de las defunciones registradas para mujeres y para hombres en Andalucía. Tal como se observa en los siguientes gráficos, entre las principales causas de muerte son comunes a ambos sexos las enfermedades cerebrovasculares y otras enfermedades del corazón.

En 2017 la principal causa de defunción entre los hombres son los tumores malignos de la tráquea, de los bronquios y del pulmón (8,8% de defunciones), seguidos por las enfermedades cerebrovasculares con un 6,7% de defunciones. Con respecto al mismo trimestre del año 2016, estas dos enfermedades se mantienen como las dos primeras causas de defunción y experimentan un acenso de 0,6 y 0,3 puntos porcentuales respectivamente.

La tercera causa en 2017 es “otras enfermedades del corazón” que ocasionan el 4,5% de defunciones. En cuarto lugar se encuentran las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto asma), con un 4,3% de defunciones y que ocupaba el tercer puesto en 2016 (5% de defunciones), experimentando un descenso de 0,7 puntos porcentuales. El infarto agudo de miocardio, que el año pasado era la quinta causa, es sustituido en 2017 por otras enfermedades isquémicas del corazón, provocando un 4,2% de defunciones en hombres, lo que significa un descenso de 0,3 puntos porcentuales respecto a 2016, momento en el que era la cuarta causa.

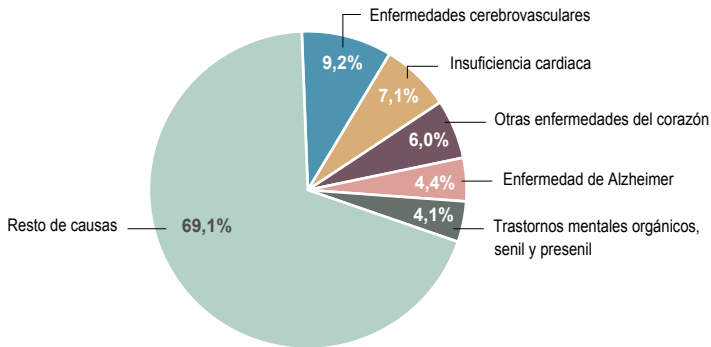
**GRÁFICO 3.8.2.1. Defunciones de hombres registradas en Andalucía según las principales causas (CIE. 10<sup>a</sup>) 3T/2017**



Fuente: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA). Estadísticas de mortalidad por causas en Andalucía.

Respecto a las mujeres, el orden de las cinco principales causas de muerte se mantiene igual que en 2016, si bien ha habido cambios en su peso sobre el total. Las dos primeras causas, las enfermedades cerebrovasculares y la insuficiencia cardiaca suben 0,5 puntos porcentuales, provocando un 9,2% y 7,1% de defunciones respectivamente. La tercera causa, otras enfermedades del corazón, desciende en 0,4 puntos porcentuales significando el 6% de las defunciones. La demencia tipo Alzheimer sigue siendo la cuarta causa, al causar el 4,4% de las defunciones entre las mujeres y experimentando un descenso de un punto porcentual respecto a 2016. También experimentan descenso los trastornos mentales orgánicos, seniles y preseniles, de 0,5 puntos porcentuales, siendo la quinta causa (4,1%).

GRÁFICO 3.8.2.2. Defunciones de mujeres registradas en Andalucía según las principales causas (C.I.E 10ª) 3T/2017



Fuente: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA). Estadísticas de mortalidad por causas en Andalucía.

### 3.8.3. Defunciones registradas en Andalucía por causa de suicidio

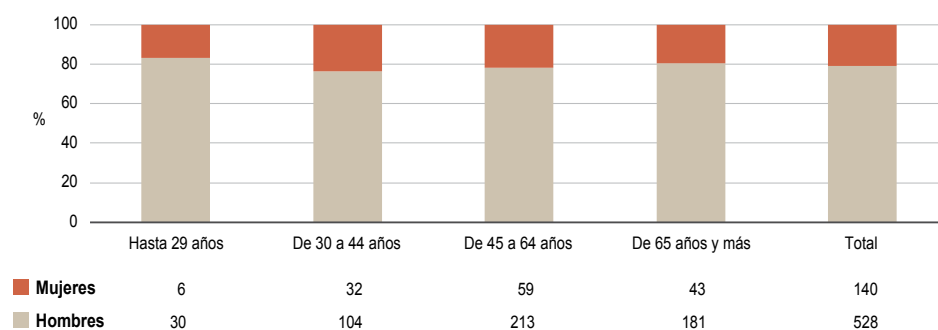
*Consejería de Salud y Familias*

En 2016 se han producido 668 muertes por suicidio, observándose nuevamente la progresiva reducción de este tipo de muertes en Andalucía en ambos sexos, pasando de 808 muertes registradas en 2013 a 784 muertes en 2014, y 682 en 2015, si bien este descenso no es tan acusado como en años anteriores, ya que alcanza el 2,1%. En conjunto, se observa que el porcentaje de suicidios de las mujeres (21%) es menor que el de los hombres (79%). También el descenso experimentado entre 2015 y 2016 afecta de manera diferente a unas y otros, ya que si bien en las mujeres se reduce el 10,8%, entre los hombres se observa un aumento de suicidios del 0,6%.

Por grupos de edad, se observa que en todas las cohortes hay mayor proporción de hombres que de mujeres y que se producen más muertes en la franja central de 45 a 65 años, tanto en hombres como en mujeres. Le sigue la cohorte del grupo de edad más avanzada, de 65 años en adelante. Respecto a 2015 se observan descensos en la cohorte de

hasta 29 años (45,5% en mujeres y 21,1% en hombres). En las mujeres, en la franja de 30 a 44 años, es en la única en la que se produce un aumento de suicidios (18,5%) frente a un descenso del 3,7% en los hombres. En las cohortes de 45 a 64 y de 65 y más se producen descensos en las mujeres (11,9% y 17,3% respectivamente) y por el contrario, aumentos en los hombres (3,4% y 4,6% respectivamente).

GRÁFICO 3.8.3. Muertes por suicidio según sexo y franja de edad en Andalucía. Año 2016



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

### 3.8.4. Donaciones de órganos registradas en Andalucía

*Consejería de Salud y Familias*

La Coordinación Autonómica de Trasplantes de Andalucía, vela por garantizar el acceso de las personas usuarias del Servicio de Salud Público de Andalucía a los programas de donación-trasplante. En este sentido, la red de coordinación de trasplantes facilita que todo ciudadano y ciudadana que ha manifestado su deseo a ser donante pueda llegar a serlo, siempre y cuando no exista un criterio clínico que lo contraindique. Por ello, la promoción de la donación de órganos y tejidos es una pieza crucial para garantizar que la información llegue a todas las personas usuarias, y que puedan tener una opinión libre, consciente y argumentada al respecto. No obstante, las causas que permiten iniciar el proceso de donación-trasplante, están íntimamente ligadas a las patologías responsables del fallecimiento de los y las donantes.

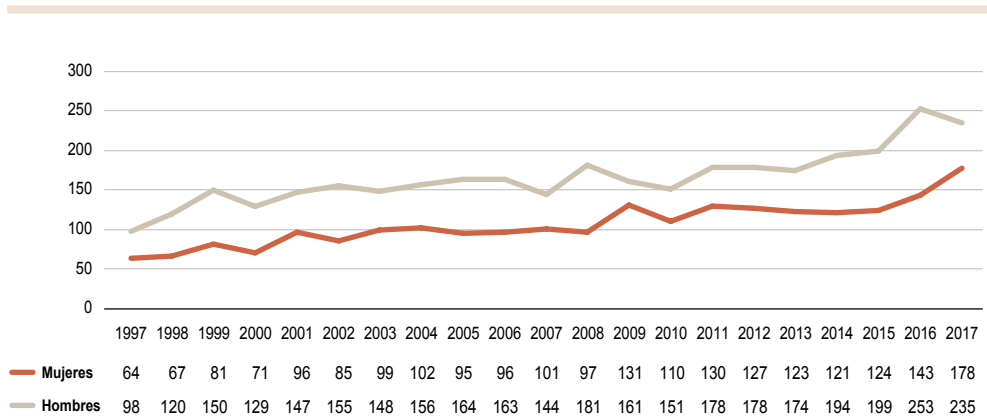
El análisis de género del proceso de donación-trasplante muestra la prevalencia asociada a determinadas enfermedades o conductas de riesgo por parte de hombres y de mujeres. En los últimos años, se ha producido un cambio en el perfil de la persona donante, en el que los accidentes vasculares cerebrales han ido tomando un protagonismo creciente, quedando en un segundo plano los derivados de los traumatismos cráneo-encefálicos graves debido a cambios en la normativa de seguridad vial de la Dirección General de Tráfico y a las mayores medidas de prevención de siniestralidad laboral, entre otras. Sin embargo, ambas patologías

asocian una serie de factores de riesgo que suelen ser más prevalentes en los hombres que en las mujeres. Esto motiva que en la ratio de donantes haya una menor proporción de mujeres.

En este sentido, se encuentra una situación similar cuando se considera el acceso al trasplante por fallo orgánico terminal. Existen una serie de factores que predisponen a los hombres a padecer vasculopatía e hipertensión, entre otros, que genera una mayor tasa de indicación de trasplante en hombres y que conlleva diferencias en el número de pacientes trasplantados, cuando se desagrega por sexo.

Con el ánimo de poder detectar desigualdades de género en el acceso a estos programas de donación y trasplante, se realizan análisis detallados del Sistema de Información de la Coordinación Autonómica de Trasplantes de Andalucía (SICATA), para revisar la actividad desarrollada de manera desagregada, y poder evaluar el impacto de género en el número de personas donantes/receptoras de órganos o tejidos en la Comunidad Autónoma Andaluza.

GRÁFICO 3.8.4. Evolución de donantes de órganos según sexo en Andalucía. Periodo 1997-2017



Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Centro Coordinador de Trasplantes.

El análisis evolutivo sobre las personas donantes de órganos registradas en Andalucía entre 1997–2017 muestra que existe un mayor porcentaje de hombres donantes, tendencia que se observa también en el resto de Comunidades Autónomas y la media de España. En 2017 se produjeron 413 donaciones de órganos, correspondiendo a hombres el 56,9% (235) y el 43,1% a mujeres (178). Las diferencias por sexo están motivadas, como ya se ha comentado anteriormente, por un mayor índice de mortalidad en hombres por accidentes laborales y de tráfico y Accidente Vascular Cerebral (AVC), favoreciendo la donación de órganos y tejidos.

Cabe destacar también que en una comparativa con el año 2016 se observa que las donaciones por parte de mujeres aumentan un 24,5%, mientras que las de hombres descienden en un 7,1%, cambiando la tendencia general de los últimos años y reduciendo ligeramente la brecha de género.

### 3.8.5. Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas

*Consejería de Salud y Familias*

Existen diferentes fuentes de información para conocer cómo se comporta la población andaluza en relación a las adicciones, en cuanto al perfil de las personas consumidoras y los patrones de consumo, así como sobre las tendencias que permiten detectar cambios.

Las fuentes principales son, por un lado, las encuestas de población, ya sean de ámbito autonómico o nacional y, por otro, los datos extraídos del indicador “Tratamiento” que informa sobre el número y las características de las personas que reciben asistencia por consumo de drogas en centros ambulatorios de adicciones. Esta información se extrae del Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas (SIPASDA), aplicación web alimentada por los y las profesionales de los Centros de Tratamiento.

En cuanto a las encuestas sobre consumo de sustancias psicoactivas, a nivel autonómico se utiliza la encuesta *La Población Andaluza ante las Drogas*, un estudio bienal que se inició en 1987, dirigido a población residente en Andalucía de 12 a 64 años, y cuya última edición corresponde a 2017. A nivel nacional, la más representativa es la *Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España, ESTUDES*. Se lleva a cabo de forma bienal, desde 1994, en estudiantes de 14 a 18 años de edad.

De la encuesta *La Población Andaluza ante las Drogas 2017* se extraen como fundamentales las siguientes conclusiones en cuanto al consumo de drogas, ya que este estudio no incluye las adicciones comportamentales.

Después del tabaco y el alcohol, las drogas con un uso más extendido en la población andaluza son el cannabis con un 29,2% de consumo alguna vez en la vida, la cocaína en polvo que el 7,5% de la población ha consumido alguna vez en la vida y el éxtasis/MDMA con 4,1% consumido alguna vez en la vida.

En general, las prevalencias de consumo se mantienen con respecto a la edición de 2015, con leves incrementos en el caso del cannabis y el clorhidrato de cocaína en los tramos temporales recientes (último año, últimos seis meses y último mes). Podríamos hablar por tanto de un escenario de estabilidad de los diversos consumos. En conjunto, los hombres presentan prevalencias de consumo más altas que las mujeres en prácticamente todas las sustancias analizadas, si bien las mujeres tienen prevalencias de consumo ligeramente más altas en lo que se refiere a tranquilizantes e hipnóticos sin receta médica.

El Cannabis es, después del tabaco y el alcohol, la droga más consumida en Europa, España y Andalucía. La prevalencia de consumo experimental de cannabis se sitúa en el 29,2% de la población andaluza de 12 a 64 años en 2017, lo que supone una disminución de 0,8 puntos porcentuales con respecto a 2015. Los hombres presentan prevalencias de consumo de cannabis más elevadas que las mujeres en todos los indicadores. La media de edad de inicio es algo mayor para las mujeres (18,9 frente a 18,1 en los hombres). Atendiendo a la evolución de este consumo, se observa una tendencia ascendente, especialmente desde 2009 hasta 2015. En 2017 baja ligeramente el consumo experimental hasta el 29,2%.

El consumo de cocaína en polvo o clorhidrato de cocaína en España y Andalucía aumenta de manera sostenida desde finales de los noventa. Sin embargo, en 2015 volvió a aumentar el consumo experimental (alguna vez en la vida). En este último estudio de 2017 se observa una estabilización en los indicadores de consumo de esta sustancia respecto a 2015, excepto en el consumo en el último año donde se detecta un cierto incremento. El consumo de cocaína presenta prevalencias notablemente más altas entre los hombres que entre las mujeres, tanto en indicadores de consumo experimental y esporádico como en los de consumo reciente.

En cuanto a los tranquilizantes e hipnóticos, cabe destacar que desde 2007 hasta 2015 se detecta un notable incremento de personas que refieren haber seguido un tratamiento médico con este tipo de fármacos: del 3,9% que lo había realizado alguna vez en la vida en 2007, se pasa al 9,2% en 2009, al 11,4% en 2011 y al 22,7% en 2015. La prevalencia de este tipo de tratamientos farmacológicos es más elevada entre las mujeres (9,6% de ellas lo recibieron en el mes previo a la entrevista frente al 4,7% de los hombres).

El consumo de heroína en Andalucía ha tenido una continua evolución descendente desde principios de los años noventa hasta mediados de la primera década del siglo. Desde entonces permanece estable, siempre por debajo del 1% su consumo alguna vez en la vida y siendo prácticamente inapreciable el consumo reciente. La prevalencia de consumo de heroína detectada es mayor entre los hombres (0,9% alguna vez en la vida) que entre las mujeres (0,0% de consumo alguna vez).

De la encuesta *ESTUDES 2016-2017* se puede destacar que el consumo de todas las drogas ilegales está más extendido entre los hombres y el de las drogas legales entre las mujeres. La edad media de inicio en el consumo de alcohol es a los 14 años, y de tabaco a los 14,1 años.

**CUADRO 3.8.5. Admisiones a tratamiento por consumo de drogas según sexo, variables demográficas y sustancia principal en Andalucía. Año 2017**

	Heroína / Rebujaio			Cocaína			MDMA y derivados		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
Nº de admisiones	329	2.513	2.842	537	4.684	5.221	3	18	21
Edad media	40,3	42,2	42	35,5	34,6	34,7	19,7	25,9	25
<b>Nivel de estudios (%)</b>									
Analfabetos/as	2,4	2,3	2,4	2	0,8	1	0	0	0
Enseñanza primaria incompleta	32,5	35,2	34,9	20,1	20,5	20,4	0	5,6	4,8
Enseñanza obligatoria	52,9	52	52,2	58,8	63,5	63	100	72,2	76,2
Bachillerato o Ciclo formativo de grado medio	6,2	5	5,1	13,4	9,6	10	0	11,1	9,5
Estudios superiores	3	1,4	1,5	4,1	3,1	3,2	0	11,1	9,5
Otros	3	4,1	3,9	1,6	2,5	2,4	0	0	0
<b>Situación Laboral (%)</b>									
Empleado/a	10,9	18,5	17,6	28,3	40,7	39,4	0	27,8	23,8
Desempleado/a	76	64,9	66,2	59	49,1	50,1	100	50	57,2
Otros	13,1	16,6	16,2	12,7	10,2	10,5	0	22,2	19
<b>Modelo de convivencia en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)</b>									
Solo/a	14,3	16,5	16,3	11,7	10,5	10,6	0	5,6	4,8
Únicamente con pareja	24	10,3	11,9	12,5	9,9	10,1	33,3	11,1	14,2
Únicamente con hijos/as	9,1	1,7	2,6	12,5	1,4	2,5	0	0	0
Con pareja e hijos/as	14	18,8	18,2	19,7	26,6	25,9	0	5,6	4,8
Con la familia de origen	18,5	32,6	31	29,6	34,8	34,2	33,3	44,4	42,9
Otros	20,1	20,1	20	14	16,8	16,7	33,3	33,3	33,3

	Hipnóticos y sedantes			Cannabis			Alcohol		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
Nº de admisiones	156	164	320	482	2.455	2.937	1.057	4.504	5.561
Edad media	47,3	38,7	42,9	27	26,7	26,8	46,9	45,5	45,8
<b>Nivel de estudios (%)</b>									
Analfabetos/as	1,9	1,8	1,9	0,4	1	0,9	0,9	1,2	1,2
Enseñanza primaria incompleta	26,9	28,7	27,8	16,6	21,3	20,5	14,7	21,4	20,1
Enseñanza obligatoria	44,2	54,2	49,4	69,7	64,5	65,3	49,5	52,7	52,1
Bachillerato o Ciclo formativo de grado medio	12,8	5,5	9,1	10,2	9,5	9,6	18,6	13,3	14,3
Estudios superiores	12,8	6,7	9,7	2,5	2,2	2,2	10,2	6,3	7,1
Otros	1,4	3,1	2,1	0,6	1,5	1,5	6,1	5,1	5,2
<b>Situación Laboral (%)</b>									
Empleado/a	23,7	21,3	22,5	14,1	21,7	20,5	30,9	41	39



	Hipnóticos y sedantes			Cannabis			Alcohol		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
Desempleado/a	44,2	61	52,9	48,7	46,3	46,7	46,4	39,2	40,6
Otros	32,1	17,7	24,6	37,2	32	32,8	22,7	19,8	20,4
<b>Modelo de convivencia en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)</b>									
Solo/a	16,7	11	13,8	10,6	7,8	8,3	16,7	19,4	18,9
Únicamente con pareja	19,9	9,8	14,7	11,2	5,5	6,4	16,2	14	14,4
Únicamente con hijos/as	14,1	2,4	8,1	6,4	0,9	1,8	16,9	2,8	5,5
Con pareja e hijos/as	30,1	19,5	24,7	12,9	13,1	13	25,3	28,9	28,2
Con la familia de origen	14,1	31,7	23,1	45,9	55,1	53,6	16,1	25	23,3
Otros	5,1	25,6	15,6	13	17,6	16,9	8,8	9,9	9,7

Fuente: Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.

En cuanto a las admisiones a tratamiento en 2017 por sustancias referenciadas en la tabla anterior, se han registrado en Andalucía un total de 16.902 admisiones a tratamiento en los Centros de Tratamiento Ambulatorio de la Red Pública de Atención a las Adicciones, situándonos prácticamente en el mismo nivel que el año anterior. Del total de admisiones, 14.338 (84,8%) correspondieron a hombres y 2.564 (15,2%) a mujeres, manteniéndose la estabilidad en el porcentaje que suponen las mujeres en el total de admisiones a tratamiento que se producen anualmente. Si tenemos en cuenta las distintas sustancias, las mujeres no suelen alcanzar el 20%, excepto para el caso de los hipnóticos y sedantes donde suponen el 48,8% de las admisiones a tratamiento por esa causa.

En cuanto al tipo de sustancia o adicción que motiva el tratamiento, el alcohol se mantiene como la adicción que mayor número de admisiones motiva, 32,9% del total, seguido de la cocaína con el 30,9% y del Cannabis con 17,4% de las admisiones. En el caso de los hombres, la cocaína es la sustancia que más admisiones motiva con el 32,7% de las admisiones, ligeramente por encima del 31,4% que motiva el alcohol. En las mujeres destacan las admisiones por alcohol, que suponen el 41,2% y, como se ha comentado anteriormente, los tratamientos por hipnóticos y sedantes, que producen el 6,1% de las admisiones a tratamiento entre las mujeres y el 1,1% de entre los hombres.

Las mayores diferencias entre ambos sexos se encuentran en las admisiones por cocaína, con una brecha de 11,7 puntos porcentuales, ya que suponen el 32,7% de las admisiones de los hombres y el 20,9% de las de mujeres.

La evolución de las admisiones a tratamiento según sustancia o adicción principal desde 2003 muestra que en 2017 continúa descendiendo el número de admisiones a tratamiento motivadas por cannabis. Este descenso se inició ya en 2014, tras casi una década de incremento continuado. Esta tendencia está muy relacionada con la entrada en vigor de la *Ley Orgánica 4/2015 del 30 de marzo*, que en su disposición adicional quinta establece que las personas menores de edad son las únicas susceptibles de solicitar suspensión de sanciones administrativas a cambio de someterse a tratamiento, a rehabilitación o a actividades de reeducación.

Por otro lado, en 2017 aumenta en 775 el número de admisiones motivadas por cocaína, sustancia que como se ha comentado, registra el mayor número de admisiones a tratamiento entre los hombres, por encima del alcohol. Este dato, también se observa en el estudio poblacional *La población andaluza ante las drogas*. En cuanto a las admisiones a tratamiento por adicción a heroína o “rebujao” se mantienen prácticamente estables, 2.853 en 2016 y 2.842 en 2017. Por tanto este indicador no detecta un incremento del consumo perjudicial ni de la dependencia a estas sustancias en Andalucía. En el último estudio de prevalencias de consumo en la población general, *La población andaluza ante las drogas*, tampoco se detecta un incremento del consumo de heroína, manteniéndose en niveles muy reducidos.

En el consumo de estas sustancias, las mujeres presentan una media de edad de 36,1 años, mientras que la de los hombres es de 35,6 años, y la media de edad del total de las personas admitidas es de 36,2 años.

Las personas que presentan las medias de edad más elevadas, con 45,8 años, son las admitidas a tratamiento por alcohol y con 42,9 años por hipnóticos y sedantes. Por el contrario, las admitidas por consumo abusivo o dependencia de cannabis y MDMA son las más jóvenes con una media de 26,8 y 25 años respectivamente. Por sexo, la diferencia más significativa está en las personas admitidas a tratamiento por hipnosedantes, donde las mujeres tienen una media de edad de 8,6 años más que los hombres: 47,3 años y 38,7 respectivamente.

El nivel de estudios más frecuentemente alcanzado es la Enseñanza obligatoria, sobre todo en las admisiones por MDMA (76,2%) y Cannabis (65,3%), seguido de la Enseñanza Primaria incompleta en la que destacan las admisiones por Heroína (34,9%). Aunque en estos dos niveles no se aprecian grandes diferencias según sexo (salvo en las admisiones por MDMA y con estudios de Enseñanza obligatoria), en todas las admisiones con estudios de Bachillerato y Estudios Superiores hay un mayor porcentaje de mujeres que de hombres, excepto en el alcohol y en el MDMA (solo tres casos de mujeres).

La situación laboral más habitual, independientemente del tipo de sustancia, es el desempleo, que oscila entre el 66,2% en las personas admitidas a tratamiento por heroína y “rebujao” y el 40,6% en las admitidas por alcohol. Son destacables los porcentajes de estudiantes entre las personas admitidas a tratamiento por cannabis (22,6%), que alcanza el 25,9% en el caso de las mujeres.

El modelo de convivencia varía principalmente en función del sexo. Se observa que en general los porcentajes de hombres que viven con su familia de origen son más elevados que los de las mujeres. Por otra parte, el porcentaje de familias monoparentales es más elevado entre las mujeres que entre los hombres, independientemente de la sustancia o adicción que motive el tratamiento. Se observan también diferencias por tipo de sustancia que motiva el tratamiento. Los porcentajes de personas que viven con su familia de origen llegan al 42,9% en las personas admitidas a tratamiento por MDMA y al 53,6% por Cannabis, si bien este resultado viene dado, muy probablemente, por la juventud de estos grupos de personas.

Este análisis revela tres realidades principales. Primero que existe una importante diferencia en el consumo de sustancias adictivas por parte de mujeres y hombres, no solo en cuanto a prevalencia, que es mucho mayor en los hombres, sino también en cuanto al tipo de sustancias. En este sentido, las sustancias de tráfico legal son más consumida por las mujeres y los

hombres son consumidores principales de las sustancias de tráfico ilegal. Segundo, también hay diferencias en los perfiles y patrones de consumo ya que las sustancias que presentan prevalencias más elevadas entre las mujeres son el alcohol, en los intervalos de edad más jóvenes y cuando este consumo es problemático, y los tranquilizantes e hipnosedantes, tanto bajo prescripción médica como sin ella. Finalmente, los perfiles y patrones de consumo cambian en cuanto a las tendencias; en 12 años se observa de forma genérica cómo el consumo de opiáceos ha ido descendiendo paulatinamente, el cannabis se ha ido incrementando mucho, la cocaína también pero más levemente con tendencia a la estabilización y el alcohol va bajando pero es la principal droga en cuanto a prevalencia y personas tratadas.

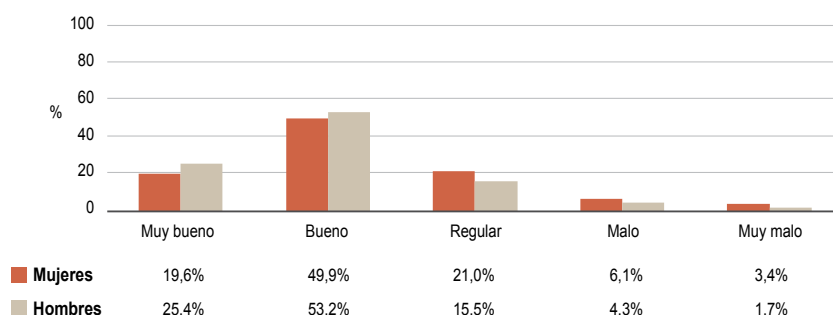
### 3.8.6. Valoración del estado de salud percibido en los últimos 12 meses según sexo

*Consejería de Salud y Familias*

La Encuesta Nacional de Salud de España, realizada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, permite conocer numerosos aspectos de la salud de la ciudadanía, para así planificar y evaluar actuaciones en materia sanitaria. Aborda cuatro áreas entre las que se encuentra el estado de salud.

Los datos de 2017 muestran que los hombres tienen una mejor percepción de su estado de salud, ya que el 78,6% de los hombres considera que su estado de salud es bueno o muy bueno. Este porcentaje es 9,1 puntos porcentuales menor en las mujeres (69,5%). En consecuencia, las mujeres presentan porcentajes más altos que los hombres en cuanto a la percepción de su estado de salud como regular, malo o muy malo (30,5% por parte de las mujeres frente a 21,5% en los hombres).

**GRÁFICO 3.8.6. Valoración del estado de salud percibida en los últimos 12 meses según sexo en Andalucía. Año 2017**



Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social e Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Nacional de Salud.

La situación en Andalucía es similar a la encontrada a nivel nacional, ya que para el conjunto de España el 77,8% de los hombres y el 70,4% de las mujeres estiman que su salud es buena o muy buena, siendo la diferencia entre hombres y mujeres menor

que a nivel andaluz (7,3 puntos porcentuales). Por otra parte, los valores de estado de salud regular, malo o muy malo alcanzan el 29,6% para las mujeres y el 22,3% para los hombres.

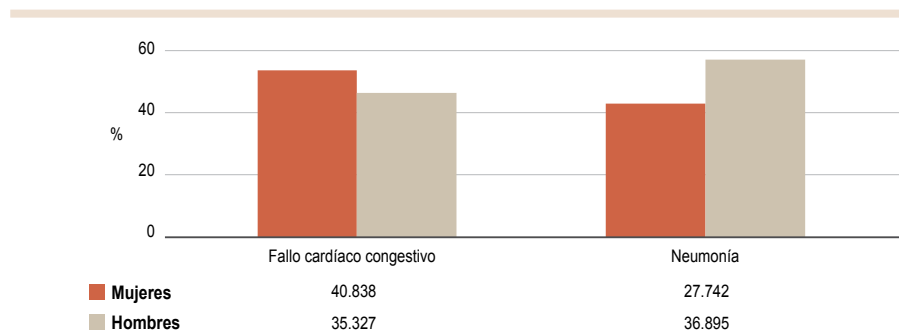
### 3.8.7. Estancias hospitalarias en el Servicio Andaluz de Salud según sexo y diagnóstico principal

*Consejería de Salud y Familias*

La relevancia y pertinencia de los siguientes indicadores desde el punto de vista de género, viene dada por la necesidad de un análisis de la realidad de la asistencia sanitaria que permita planificar una asistencia eficaz e idónea a todos los y las pacientes, teniendo en consideración sus particularidades y necesidades específicas de género.

El análisis sobre las estancias hospitalarias en el Sistema Sanitario Público de Andalucía muestra que, de manera generalizada, las patologías que causan mayor número de estancias, excluidas las causas obstétricas, son similares en hombres y mujeres, si bien el fallo cardíaco, produce más estancias de mujeres, y la neumonía, produce más estancias en hombres. Hay que tener en consideración que esta información mide el número de estancias, es decir, que una misma persona puede experimentar diversas estancias hospitalarias.

GRÁFICO 3.8.7. Estancias hospitalarias en el Servicio Andaluz de Salud según sexo y diagnóstico principal. Año 2017



Nota: Las estancias hospitalarias miden el número de estancias, de manera que una misma persona puede haber experimentado varias estancias. Patologías que causan mayor número de estancias (excluidas las causas obstétricas). Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Sistema Sanitario Público de Andalucía (CMBD SSPA).

En el año 2017, el número de estancias por fallo cardíaco ascendió a 76.165, distribuyéndose en un 53,6% de mujeres (40.838) y un 46,4% de hombres (35.327), prácticamente igual que el año anterior, tanto en número total como en distribución por sexo (52,5% mujeres y 47,5% hombres). Por otra parte se observa que entre 2016 y 2017 ha aumentado la brecha de género de 5 a 7,2 puntos porcentuales, con mayor número de mujeres en estancias por fallo cardíaco.

En el caso de la neumonía, se ha producido un incremento del 9,1% en el número total de estancias, pasando de 59.245 a 64.637, respecto al año anterior. Según sexo, en 2017 estas se distribuyeron en un 42,9% por parte de mujeres (27.742) y un 57,1% por hombres (36.895). El incremento interanual correspondería en un 65,2% a las mujeres y en un 34,8% a los hombres.

También se observa claramente que existe brecha de género en las estancias por neumonía, que en 2016 era de 18,2 puntos porcentuales, con mayoría de hombres, disminuyendo en 2017, hasta situarse en 14,2 puntos porcentuales.

Respecto a las estancias medias hospitalarias en el Servicio Andaluz de Salud por fallo cardíaco, en 2017 fueron de 9,5 días para las mujeres y 9,4 para los hombres. Respecto a 2016, la media se mantiene en mujeres (era de 9,5 días) y baja en hombres (era de 9,7 días).

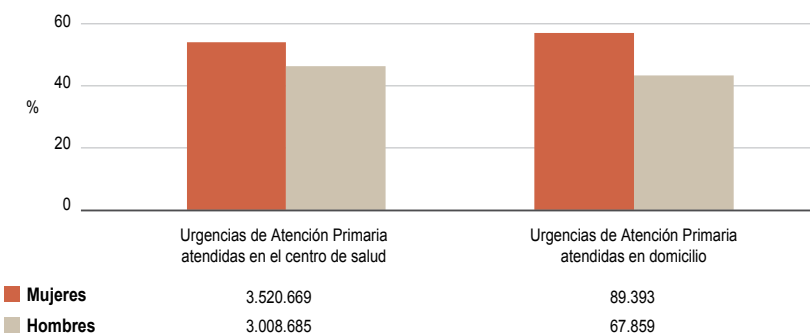
En el caso de las estancias medias hospitalarias por neumonía en el año 2016 eran de 8,7 días para las mujeres y de 9 días en los hombres. Comparando estos datos con los de 2017, se observa que disminuye muy discretamente el nº de días en hombres (8,7 días) y es prácticamente igual para mujeres (8,8 días).

### 3.8.8. Urgencias de Atención Primaria y de Atención Hospitalaria del Servicio Andaluz de Salud según sexo

*Consejería de Salud y Familias*

Las urgencias de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud atendidas tanto en centros de salud como en domicilio en 2017 se situaron en 6.686.606 atenciones, produciéndose un aumento respecto al año 2016 (6.500.122 atenciones). Hay que tener en cuenta que estos datos incluyen la actividad en urgencias, sumando las que realizan los y las profesionales de enfermería y medicina.

GRÁFICO 3.8.8.1. Urgencias de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud según sexo y lugar de atención. Año 2017



Nota: Atención Primaria incluye medicina de familia y enfermería.

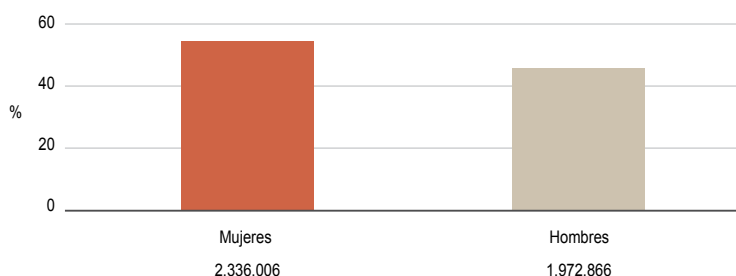
Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Diraya urgencias Andalucía. MTI urgencias de Atención Primaria.

En 2016, las urgencias de Atención Primaria atendidas en el centro de salud, las reciben el 53,8% mujeres y el 46,2% hombres.

Respecto a las urgencias de Atención Primaria atendidas en el centro de salud, en 2017, a pesar del aumento en valores absolutos del total de atenciones prestadas respecto a 2016 que pasa de 6.335.403 a 6.529.354 urgencias, los porcentajes de 53,9% mujeres y 46,1% hombres atendidos, permanecen prácticamente sin modificaciones apreciables con 53,8% y 46,2% en mujeres y hombres respectivamente en 2016.

Las urgencias médicas y de enfermería atendidas en domicilio pasan de 164.719 en 2016 a 157.252 en 2017, es decir, se reducen en un 4,5%, si bien la proporción por sexos permanece prácticamente sin modificaciones apreciables, 56,8% para mujeres (56,6% en 2016) y 43,2% para hombres (43,4% en 2016).

#### GRÁFICO 3.8.8.2. Urgencias de Atención Hospitalaria del Sistema Sanitario Público de Andalucía según sexo. Año 2017



Nota: El Sistema Sanitario Público de Andalucía incluye el Servicio Andaluz de Salud y el Consorcio del Aljarafe. Se incluyen todas las asistencias obstétricas, aunque sean ocasionadas por partos normales.  
Fuente: Servicio Andaluz de Salud. CMBD de Urgencias.

En 2017 se atendieron un total de 4.308.872 urgencias de Atención Hospitalaria del Servicio Andaluz de Salud y del Consorcio del Aljarafe, correspondiendo en mayor proporción a mujeres, 54,2% (2.336.006) que a hombres, 45,8% (1.972.866). Comparando con los valores de 2016, las urgencias de Atención Hospitalaria experimentaron un discreto incremento, 2,9%, sin embargo, los porcentajes por sexos, prácticamente, no varían (54,4% para mujeres y 45,6% para hombres en 2016).

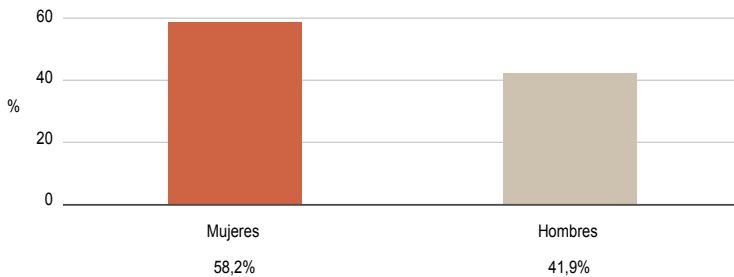
### 3.8.9. Recetas prescritas y dispensadas según sexo en Andalucía

*Consejería de Salud y Familias*

El indicador de recetas prescritas y dispensadas de medicamentos y productos sanitarios, incluidos en la prestación farmacéutica del Servicio Nacional de Salud, desagregadas por hombres y mujeres, permite conocer, en líneas generales, si existen diferencias de género en dicha prescripción y, por tanto, en el consumo de la prestación farmacéutica.

En 2018, el porcentaje de recetas prescritas y dispensadas de medicamentos y productos sanitarios, obtenidos del Sistema de Información de Farmacia del Servicio Andaluz de Salud, fue de un 58,2% para mujeres y un 41,9% para hombres, siendo, por tanto, mayor el porcentaje de recetas consumidas por mujeres que por hombres. Estos datos son muy similares a los obtenidos en los años 2014 a 2017, en los que las recetas prescritas y dispensadas a mujeres oscilan entre el 58% y el 58,2%, siendo la diferencia con respecto a los hombres en estos años de alrededor de 16 puntos porcentuales.

GRÁFICO 3.8.9. Recetas dispensadas según sexo en Andalucía. Año 2017



Fuente: Servicio Andaluz de Salud.

Esta diferencia entre mujeres y hombres también se observa en los datos de actividad asistencial en atención primaria, servicio en el que se prescriben mayor número de recetas. Según datos de la memoria del Servicio Andaluz de Salud de 2017, un 61,1% de las consultas de medicina de familia son realizadas por mujeres y un 38,9% por hombres, lo que supone que la asistencia de las mujeres a estas consultas se sitúa 22,2 puntos porcentuales por encima de la de los hombres.