

3.8. SALUD

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

Consejería de Salud y Consumo

La Esperanza de Vida (EV) es un indicador clásico y resumen del nivel de mortalidad. Asimismo, es un indicador genérico, en el sentido que refleja la mortalidad de toda la población, pues se construye a partir de las tasas específicas de mortalidad en todas las edades. Al mismo tiempo se trata de un indicador sintético clave para caracterizar las condiciones de vida, de salud, de educación y de otras dimensiones sociales y económicas de una población.

La esperanza de vida al nacer cuantifica cuánto en promedio se espera que un recién nacido puede vivir si se mantienen las tasas actuales de mortalidad (pautas de mortalidad registradas en ese año). Es uno de los indicadores más conocidos sobre la mortalidad de las poblaciones, y aunque parece reflejar expectativas futuras, el indicador evidencia únicamente las condiciones de la mortalidad presente.

A medida que aumenta la edad, la esperanza de vida disminuye. Así, la esperanza de vida a los 65 años es el número de años que una persona que tuviera 65 años cumplidos en el año de referencia podría esperar vivir si a lo largo de la vida que le resta experimenta las pautas de mortalidad registradas en ese año.

La esperanza de vida también es el indicador más usado para comparar la mortalidad entre distintas poblaciones, y se utiliza para medir el desarrollo humano de los países. Forma parte de los Indicadores de Desarrollo Sostenible e Indicadores de Igualdad de Género de Eurostat.

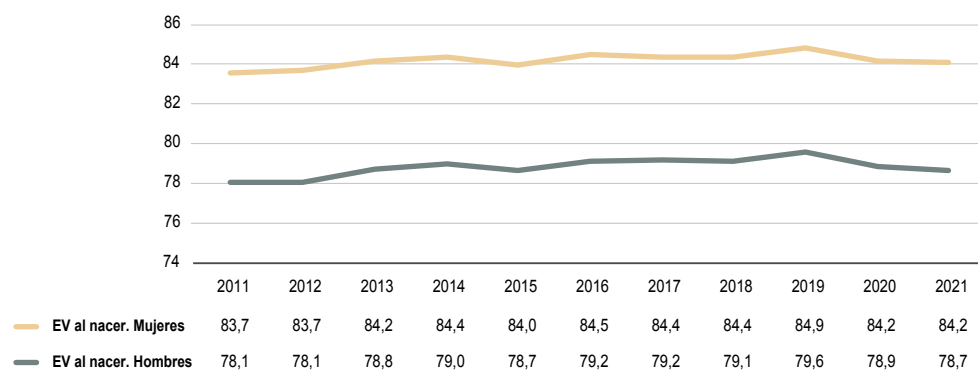
Analizado desde la dimensión de género, permite observar posibles desigualdades entre hombres y mujeres en una misma generación, que reflejan diferentes patrones de mortalidad. De esta manera, la esperanza de vida al nacer es mayor en las mujeres que en los hombres, por lo que siempre es deseable presentar este indicador desagregado por sexo. Sin embargo, hay que tener presente que las mujeres llegan a edades avanzadas con peor salud que los hombres, tanto en términos de salud autopercebida como de prevalencia de enfermedades crónicas, limitaciones funcionales y nivel de dependencia¹⁴.

Los datos de esperanza de vida del último año disponible cobran mayor significación en su comparación con años anteriores y con otros territorios. La tendencia creciente de la esperanza de vida, tanto en hombres como en mujeres, está documentada en los países desarrollados desde hace más de un siglo, primero se produjo una mejora en la mortalidad infantil y en población joven, y posteriormente, en las últimas décadas, mejoras en la mortalidad en la población mayor.

14 García González JM, Grande R. Cambios en las diferencias por sexo en la esperanza de vida en España (1980-2012): descomposición por edad y causa. *Gac Sanit.* 2018;32(2):151-157.
Carmel S. Health and well-being in late life: gender differences worldwide. *Front. Med.* 2019. <https://doi.org/10.3389/fmed.2019.00218>

Durante el siglo XXI, en Andalucía, entre 2001 y 2019, la esperanza de vida al nacer aumentó 4,4 años en los hombres y 3,2 en las mujeres; y la esperanza de vida a los 65 años aumentó 2,7 años en los hombres y 2,6 en las mujeres. Aunque se produjo una cierta ralentización de esta tendencia de mejora en los últimos años (hasta 2018), en 2019 se produjo un aumento de medio año respecto a 2018 en la esperanza de vida al nacer en ambos sexos. Sin embargo, la pandemia vuelve a revertir esta tendencia en 2020, con una pérdida importante en la esperanza de vida al nacer (0,7 años para hombres y mujeres) y a los 65 años (0,6 años para ambos sexos). Esta pérdida de 2020 empeora el balance de lo ganado desde el comienzo de siglo, reduciéndose a 3,7 años la ganancia en esperanza de vida al nacer en los hombres entre 2001 y 2020 y a 2,5 años en las mujeres en el mismo período. Las estimaciones provisionales para 2021 predicen el mantenimiento de los valores de 2020 o incluso una reducción adicional de la esperanza de vida al nacer en los hombres andaluces.

GRÁFICO 3.8.1.1. Esperanza de vida al nacimiento según sexo en Andalucía. Periodo 2011-2021



Nota: Años de vida. Avance de datos de 2021.

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

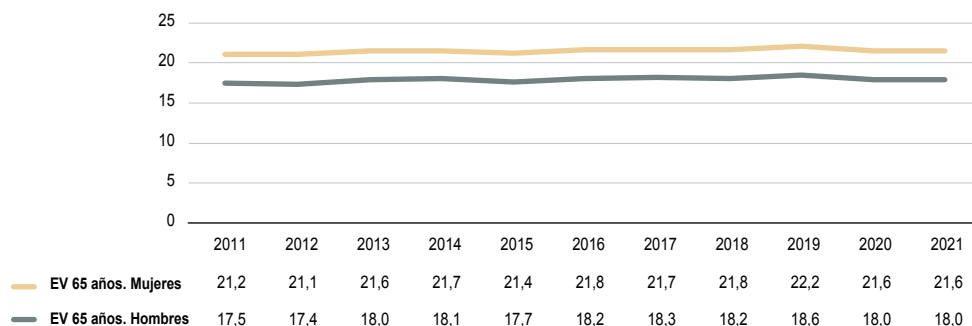
De esta manera, la esperanza de vida al nacer en Andalucía en 2021 (datos provisionales) era de 84,2 en mujeres y de 78,7 en hombres, mientras que en España se observan datos algo superiores (85,8 para ellas y 80,2 para ellos), por lo que la esperanza de vida es 5,5 años mayor en las mujeres que en los hombres en Andalucía y de 5,6 años en el conjunto del país.

Esta diferencia a favor de las mujeres se mantiene en la esperanza de vida a los 65, que en Andalucía en 2021 es de 21,6 años para ellas y de 18 para ellos (diferencia de 3,6 años). Y también se encuentra en España, 23,1 y 19 años respectivamente, (4,1 años de diferencia).

Aunque estos datos son provisionales, la comparación con 2020 (datos definitivos), primer año de la pandemia de COVID-19, muestra que en Andalucía la esperanza de vida al nacimiento se ha mantenido para las mujeres (84,2 años), pero ha descendido 0,2 años en el caso de los hombres (78,9 años en 2020). En España, por el contrario, se encuentran diferencias para ambos sexos, siendo además mayor para ellas (0,8 años) que para ellos (0,6 años), ya que la esperanza de vida al nacimiento para el conjunto del país en 2020 fue de 85,1 y 79,6 respectivamente.

En el caso de la esperanza de vida a los 65, entre 2021 y 2020 en Andalucía no se observan cambios en mujeres (21,6) ni en hombres (18). A nivel nacional, al igual que en la esperanza de vida al nacimiento, se muestran incrementos, siendo de 0,8 años para las mujeres y de 0,7 para los hombres (22,3 y 18,4 años respectivamente en 2020).

GRÁFICO 3.8.1.2. Esperanza de vida a los 65 años según sexo en Andalucía. Periodo 2011-2021



Nota: Años de vida. Avance de datos de 2021.

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

Al comparar las provincias andaluzas, en 2020 (datos definitivos), la provincia con mayor esperanza de vida al nacer y a los 65 años fue Córdoba en las mujeres y Málaga en los hombres. La provincia con cifras más bajas, tanto de esperanza de vida al nacimiento como a los 65 años, fue Cádiz en los hombres, mientras que en las mujeres, la provincia de Granada es la que presenta menor esperanza de vida al nacimiento y Cádiz, la menor esperanza de vida a los 65.

No todas las provincias han reducido su esperanza de vida al nacimiento y a los 65 años entre 2020 y 2021, de manera que en Granada, los hombres han incrementado en 0,3 años la primera y en 0,7 años, la segunda, y en Jaén, en 0,5 y 0,4 años respectivamente, mientras que en Sevilla, estas permanecen igual. En el caso de las mujeres, descienden ambas en todas las provincias salvo en Granada, donde se ha mantenido la esperanza de vida al nacimiento, pero se observa un aumento (0,3 años) en la esperanza de vida a los 65. También presenta un incremento de 0,2 años la esperanza de vida a los 65 en las mujeres de la provincia de Jaén.

Al comparar los datos de Andalucía con los de España en 2020, se sigue observando la desventaja histórica en la esperanza de vida al nacer en Andalucía, si bien la diferencia es menos acusada en 2020 que en los años anteriores, debido al menor impacto del primer año de pandemia en esta Comunidad Autónoma. De esta manera, la diferencia entre Andalucía y el conjunto del país en la esperanza de vida al nacer en 2020 fue de 0,7 años en los hombres y de 0,8 en las mujeres, mientras que en 2019 fue de 1,3 y 1,4 en 2019 respectivamente. Aun así, Andalucía es la Comunidad Autónoma con la esperanza de vida más baja de España en 2020 después de Castilla-La Mancha, y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, que presentaron cifras menores. Las estimaciones para 2021 predicen una vuelta a valores de la brecha que había entre Andalucía y España en 2019 o incluso mayor.

Continuando con los efectos de la COVID-19, el impacto de la pandemia en la esperanza de vida durante 2020 en Andalucía ha estado por debajo de la media nacional, ya que según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), la disminución de la esperanza de vida al nacer entre 2019 y 2020 en España fue de 1,3 años en los hombres y 1,2 en las mujeres (0,7 años para ambos sexos en Andalucía); y también la esperanza de vida a los 65 años sufrió una reducción por encima del año de vida en ambos sexos (1,2 y 1,1 años en hombres y mujeres respectivamente en España entre 2019 y 2020), mientras que en Andalucía es menor (0,6 años para ambos sexos). Este impacto se ha observado en la mayoría de los países¹⁵. Sin embargo, la predicción provisional para 2021 en España es de mejora de la esperanza de vida respecto a 2020, a diferencia de lo que se espera en Andalucía. Así, se estima que en 2021 en España habrá un incremento de la esperanza de vida al nacer y a los 65 años, tanto en hombres como en mujeres que, aunque no alcanzará los valores de 2019, será una mejora importante respecto a 2020.

La brecha de género en la esperanza de vida al nacimiento ha venido disminuyendo en la mayoría de los países desarrollados en al menos las últimas dos décadas, sobre todo por una mejora más acusada en los hombres que en las mujeres. En Andalucía, había una brecha de género de 6,5 años en la esperanza de vida al nacer en 2001, que se redujo a 5,6 en 2011 y a 5,4 en 2020. En 2021, la cifra provisional es de 5,5 años de diferencia entre ambos sexos. Esta reducción no se observa en la esperanza de vida a los 65 años, ya que la brecha de género se ha mantenido prácticamente constante entre 2001 y 2020 (en torno a 3,6 años) y parece que se va a mantener en 2021.

Según Eurostat, la esperanza de vida al nacer en la Unión Europea (UE-27) en 2020 fue de 83,2 años en las mujeres y de 77,5 años en los hombres, suponiendo una pérdida de 0,8 y 1 año respectivamente en relación a las cifras de 2019. Según esta misma fuente, en 2020 España fue el segundo país con la esperanza de vida al nacer más alta de la UE-27 en las mujeres (85,2 años) y ocupó el noveno lugar en los hombres (79,6 años)¹⁶.

Las explicaciones sobre la reducción de la brecha de género en la literatura científica se han centrado en varias líneas. Por una parte, el incremento de algunos comportamientos de riesgo en las mujeres (que eran más frecuentes en los hombres, como el consumo de tabaco y alcohol), que se asociaría con una mayor mortalidad por determinadas causas relacionadas. Por otra parte, se han realizado también estudios sobre los avances en medicina y tecnologías sanitarias, en el sentido de una mayor utilización, y por tanto, mayor beneficio, en los hombres que en las mujeres. En España, se realizó un estudio que puso de manifiesto que la reducción de la brecha de género entre 1995 y 2012 se debió a una mejora más acusada en la mortalidad de los hombres hasta los 74 años de edad, sobre todo por VIH/sida, infarto agudo de miocardio y accidentes de tráfico¹.

15 Islam N, Jdanov DA, Shkolnikov VM, Khunti K, Kawachi I, White M, et al. Effects of COVID-19 pandemic on life expectancy and premature mortality in 2020: time series analysis in 37 countries. *BMJ*. 2021;375:e066768. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj-2021-066768>.

16 Los datos del INE para España en 2020 difieren ligeramente de los publicados por Eurostat, dando una esperanza de vida al nacer de 85,1 años en las mujeres y 79,6 en los hombres.

3.8.2. Valoración del estado de salud percibida

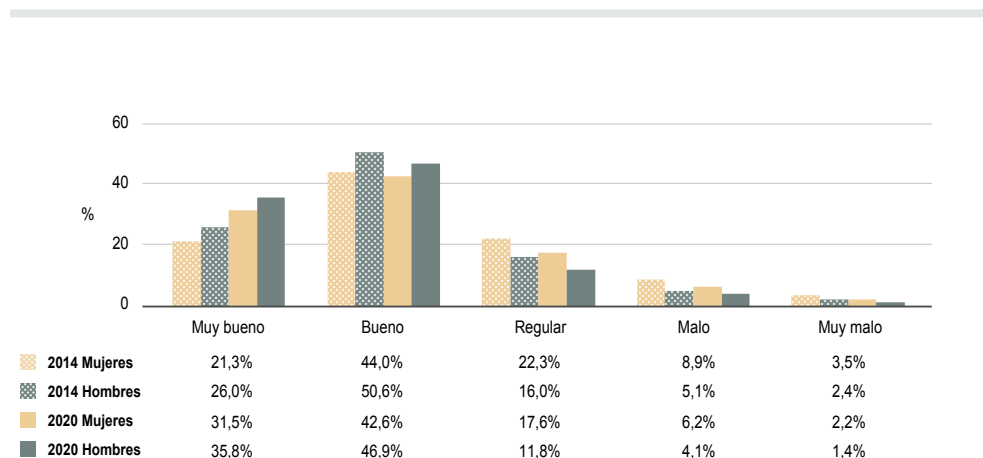
Consejería de Salud y Consumo

La valoración subjetiva de la salud es una de las medidas más empleadas en las encuestas y estudios que tienen como objetivo la medición de la salud y sus determinantes en la población. Es válida como medida general de la salud y se ha mostrado asociada a la enfermedad y a componentes de valoración subjetiva de la salud como puede ser el caso de la personalidad o de aspectos sociodemográficos, como la edad, el sexo, estado civil o el nivel de estudios. Se ha observado que existen diferencias en la percepción del estado de salud en función del sexo, pues las mujeres lo perciben peor que los hombres. A pesar de ello, se entiende como un buen predictor del estado de salud real.

En 2020, al igual que en 2014, la valoración del estado de salud como bueno o muy bueno en los últimos 12 meses fue mayor en hombres que en mujeres tanto en Andalucía como en España. Concretamente, en 2020 el 82,7% de los hombres y el 74,1% de las mujeres en Andalucía y el 79,3% y 71,9% en España respectivamente.

Entre el 2014 y 2020 se ha producido un aumento de la valoración del estado de salud percibido como bueno o muy bueno tanto en hombres como en mujeres en Andalucía (6,1 puntos porcentuales en hombres y 8,7 en mujeres) y algo menor en España (4,1 puntos porcentuales en hombres y 4,9 puntos en mujeres), siendo ligeramente superior este aumento en las mujeres.

GRÁFICO 3.8.2. Valoración del estado de salud percibido según sexo en Andalucía. Años 2014 y 2020



Nota: Personas de 15 o más años de edad.

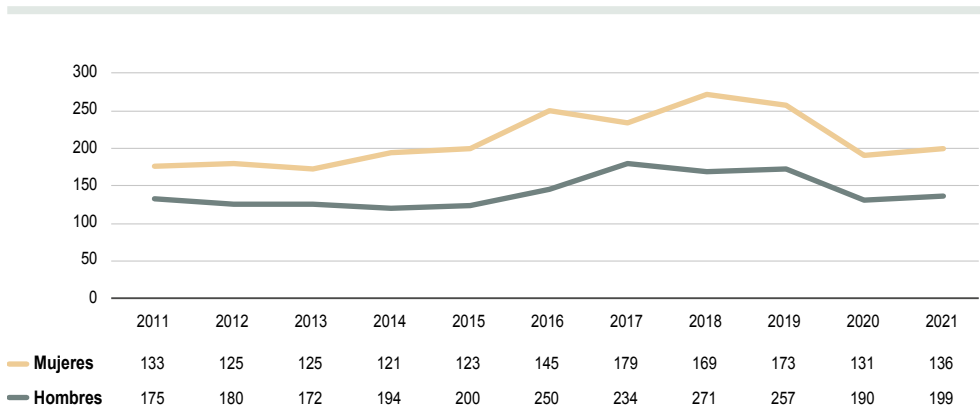
Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Europea de Salud en España.

3.8.3. Evolución de donantes de órganos de personas fallecidas

Consejería de Salud y Consumo

La Red de coordinación de trasplantes promueve la donación de órganos, facilitando información a la población de modo que la ciudadanía pueda tener una opinión libre, consciente y argumentada al respecto. También facilita que se manifieste el deseo a ser donante, y se pueda llegar a serlo, siempre y cuando no exista un criterio clínico que lo contraindique. No obstante, las causas que permiten iniciar el proceso de donación-trasplante, están íntimamente ligadas a las patologías responsables del fallecimiento de las personas donantes, fundamentalmente accidentes cerebrovasculares, en el caso de donantes en muerte encefálica, y patologías cardíacas, en el caso de donantes en asistolia. Tanto los accidentes cerebrovasculares como las patologías cardíacas se asocian a una serie de factores de riesgo que suelen ser más prevalentes en los hombres que en las mujeres y, lo que es más importante, conducen a una mortalidad en edades más tempranas en los hombres. Estos hechos motivan que predominen los hombres en la ratio de donantes. Por otro lado, cuando se considera el acceso al trasplante por fallo orgánico terminal, se encuentra una situación similar. Existen una serie de factores que predisponen al sexo masculino a padecer vasculopatía e hipertensión, entre otros, que generan una mayor tasa de indicación de trasplante y que conlleva diferencias en el número de pacientes trasplantados, cuando son comparados desde el punto de vista de género.

GRÁFICO 3.8.3. Evolución de donantes de órganos de personas fallecidas según sexo en Andalucía. Periodo 2011-2021



Fuente: Consejería de Salud y Consumo.

En las donaciones de personas fallecidas, en el año 2021 se produjeron un total de 335 donaciones, correspondiendo un 59,4% a hombres (199) y un 40,6% a mujeres (136). La Organización Nacional de Trasplantes (ONT) facilita a nivel nacional el porcentaje de donantes según sexo¹⁷,

17 Extraído de la memoria de actividad de donación y trasplante de España en 2021 de la Organización Nacional de Trasplantes: <http://www.ont.es/infesp/Paginas/Memorias.aspx>

cuya distribución se mantiene relativamente estable en torno al 40% de donantes mujeres y el 60% de donantes hombres, con pequeñas oscilaciones, al igual que ocurre en Andalucía.

La evolución de donaciones de personas fallecidas ha mantenido, históricamente y con ligeras oscilaciones, una tendencia creciente en ambos sexos hasta la llegada de la pandemia del SARS-CoV-2. La mayor ocupación de camas de UCI por personas enfermas afectadas por la COVID-19, conllevó no sólo una menor disponibilidad de las mismas para poder llevar a cabo el mantenimiento de posibles personas donantes de órganos, si no también que las personas coordinadoras de trasplantes, intensivistas en su mayoría, tuvieron que hacer frente a una sobrecarga asistencial que asimismo impactó negativamente en la actividad de donación. Adicionalmente, la propia pandemia condujo a que muchas de las potenciales donaciones de órganos se desestimaran debido a la propia infección por un principio de prudencia. Por todo ello, el número de personas donantes en ambos sexos experimentó una brusca disminución en 2020, comenzando en 2021 una tímida recuperación que puede llegar a consolidarse a lo largo de 2022, una vez superada la situación de pandemia.

3.8.4. Pacientes residentes en Andalucía según principales neoplasias diagnosticadas

Consejería de Salud y Consumo

El cáncer es uno de los principales problemas de salud pública, la incidencia de esta enfermedad en 2021 en Andalucía fue de 95.763 casos (52.231 hombres y 43.532 mujeres). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) estas cifras de incidencia aumentarán un 60% en las próximas dos décadas. Por otra parte, en su *Informe Mundial del Cáncer 2014*, señala que alrededor de un tercio de las muertes por cáncer son debidas a los cinco factores evitables más importantes, incluyendo el tabaco (responsable de hasta un 33% de los tumores a nivel global, y de hasta un 22% de las muertes por cáncer), las infecciones, el alcohol, el sedentarismo y las dietas inadecuadas (insuficiente cantidad de fruta y verdura).

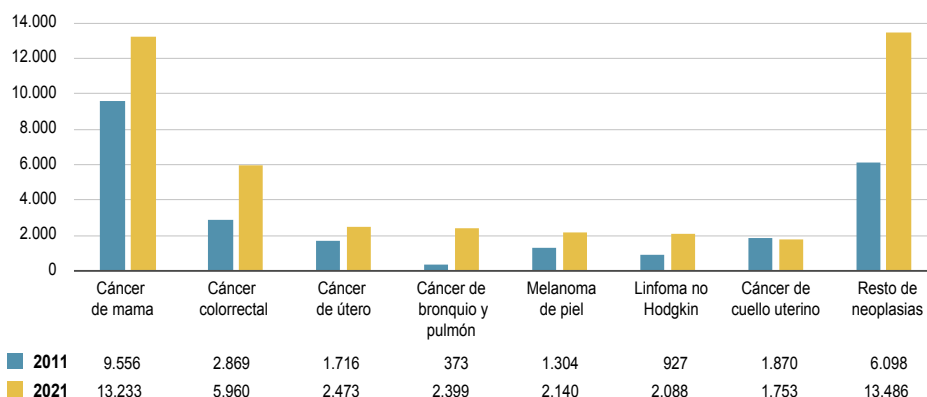
En 2020, el cáncer fue la segunda causa de muerte tras las enfermedades del sistema circulatorio (22,2% sobre el total de defunciones). De las diferentes neoplasias, el cáncer de bronquio y pulmón fue la primera causa de muerte en los hombres, con un 25,3% de los tumores, del mismo modo que para las mujeres, la primera causa de mortalidad en este grupo de patologías fue el cáncer de mama con un 14,9%, según la Estadística de defunciones según causa de muerte del Instituto Nacional de Estadística.

La Consejería de Salud y Consumo y la dirección del Plan Integral de Oncología, con el apoyo metodológico de la línea IAVANTE de la Fundación Progreso y Salud, ha promovido la elaboración de la Estrategia de Cáncer en Andalucía, que tiene su desarrollo durante los años 2021 a 2023. Por otra parte, cabe destacar que Andalucía es la primera Comunidad Autónoma que garantiza la atención multidisciplinar de las personas con cáncer, de manera que todo paciente con cáncer en Andalucía es atendido por un equipo multidisciplinar que decidirá la mejor opción diagnóstica y terapéutica.

En el gráfico se recogen las principales neoplasias diagnosticadas en mujeres en los años 2011 y 2021. De esta manera, en 2011 se diagnosticaron en Andalucía 24.713 cánceres en mujeres y en 2021 fueron diagnosticadas 42.532 lo cual supone un incremento de un 76,2%. En ambos años, del total de cánceres en las mujeres, los más frecuentes fueron el cáncer de mama

con un 30,4% en 2021 y un 38,7% en 2011, y el cáncer colorrectal, con un 13,7% y 11,6% respectivamente, lo que supone que entre ambos alcanzan el 44,1% de todos los cánceres en 2021, frente al 50,2% de diez años antes.

GRÁFICO 3.8.4.1. Pacientes mujeres residentes en Andalucía según principales neoplasias diagnosticadas. Años 2011 y 2021



Nota: Pacientes mujeres que han tenido su primer diagnóstico en los años 2011 y 2021 o su respectivo año anterior (2010 y 2020).

Selección de las siete principales patologías del año 2021 incluidas en el grupo de patologías BPS de Neoplasias.

Fuente: Consejería de Salud y Consumo. Base poblacional de Salud (BPS).

En cuanto a las variaciones experimentadas en las frecuencias según el tipo, se observa que el cáncer de cuello uterino muestra una disminución de 3,5 puntos porcentuales en 2021 (7,6% en 2011 y 4% diez años después). Esta reducción se puede relacionar con las buenas prácticas implantadas en lo referente a prevención de las enfermedades de transmisión sexual. También hay que destacar, que actualmente en Andalucía se está trabajando para pasar del cribado oportunista actual del cáncer de cérvix a un cribado poblacional. La Estrategia de Cáncer de Andalucía contempla esta mejora en uno de sus objetivos fundamentales, así como alcanzar un porcentaje de niñas vacunadas de un 90%. Ambas actuaciones, unidas a buenas prácticas en las relaciones sexuales, conllevarán a la disminución del diagnóstico anual de cáncer de cuello uterino.

En el caso del cáncer de mama, la frecuencia también ha disminuido en 2021 en 8,3 puntos porcentuales, pero el número de casos, se ha incrementado un 38,5%. Esto puede estar relacionado con campañas de detección precoz en las que, entre otras, se explican técnicas de autoexploración, signos y síntomas de alarma, etc. Los cribados también tienen peso en la incidencia puesto que el objetivo principal es el diagnóstico precoz y una actuación en estadios iniciales que aseguren un mayor porcentaje de éxito. Este programa cuenta con una larga trayectoria y un buen porcentaje de participación.

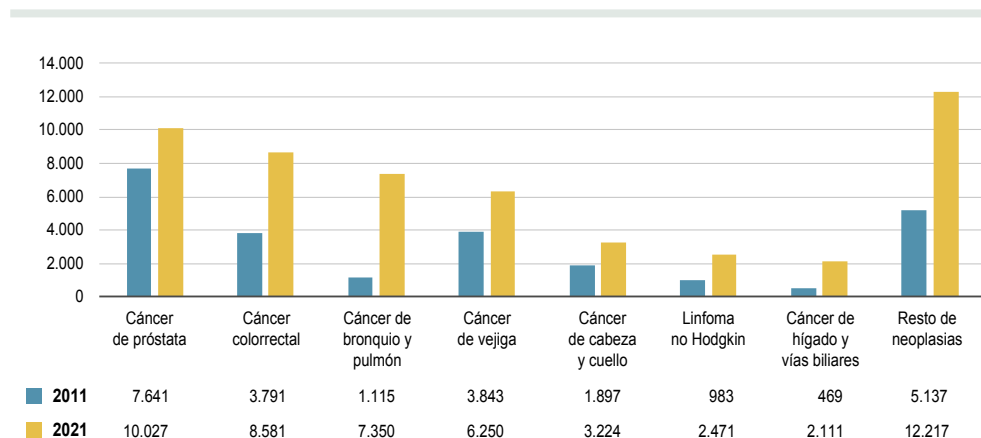
En el caso del cáncer colorrectal, entre los dos años analizados, la frecuencia ha aumentado 2,1 puntos porcentuales (11,6% en 2011 frente a 13,7% en 2021). El cribado de cáncer de colon cuenta con una trayectoria de menos de dos años, la cual se ha visto afectada en el año 2020

por la pandemia SARS-CoV-2. A pesar de ello, el impulso en estos años ha sido adecuado y ya se pueden valorar datos iniciales. El diagnóstico de este tipo de tumores en estadios iniciales condiciona la supervivencia a largo plazo de las y los pacientes. A medida que avance el programa de cribado, se diagnosticarán en números absolutos más tumores colorrectales, pero el análisis debe encaminarse al estadio de diagnóstico.

Por su parte, el cáncer de pulmón y bronquios en las mujeres ha mostrado un incremento de 4 puntos porcentuales más de casos en el año 2021, con 2.399 diagnósticos, frente a 373 de 2011.

Entre las 7 principales patologías incluidas en el grupo de patologías BSP de Neoplasias más frecuentes en mujeres, cuatro de ellas, cáncer de mama, cáncer de útero, cáncer de cuello uterino y cáncer de ovario son patologías casi exclusivamente del sexo femenino (un pequeño porcentaje del cáncer de mama que se diagnostica anualmente ocurre en varones). En el conjunto de estas cuatro patologías se ha producido en la última década un descenso de 12,7 puntos porcentuales, hecho que se relaciona con buenas prácticas de vida y las medidas implantadas dirigidas a la prevención.

GRÁFICO 3.8.4.2. Pacientes hombres residentes en Andalucía según principales neoplasias diagnosticadas. Años 2011 y 2021



Nota: Pacientes hombres que han tenido su primer diagnóstico en los años 2011 y 2021 o su respectivo año anterior (2010 y 2020). Selección de las siete principales patologías del año 2021 incluidas en el grupo de patologías BSP de Neoplasias. Fuente: Consejería de Salud y Consumo. Base poblacional de Salud (BPS)

En el segundo gráfico se recogen las principales neoplasias diagnosticadas en hombres en los años 2011 y 2021. En el año 2011, se diagnosticaron en Andalucía 24.876 cánceres en hombres frente a los 52.231 diagnosticados en el año 2021, lo cual supone un crecimiento de un 110%.

En ambos años, los cánceres más frecuentes en los hombres son el cáncer de próstata y el cáncer colorrectal, que suman el 46% y el 35,6% en 2011 y 2021, respectivamente, de todos los cánceres detectados. El cáncer de próstata se da en un 30,7% de hombres en 2011, pero desciende 11,5 puntos porcentuales en la década y alcanza el 19,2% diez años más tarde.

Por su parte, el cáncer colorrectal presenta un incremento entre los años analizados (1,2 puntos porcentuales), ya que en 2011 afecta a un 15,2% de hombres y pasa a un 16,4% en 2021. Este cáncer ocupa también el segundo lugar para las mujeres, siendo en este caso algo más alto el incremento en la década para ellas (2,1 puntos porcentuales).

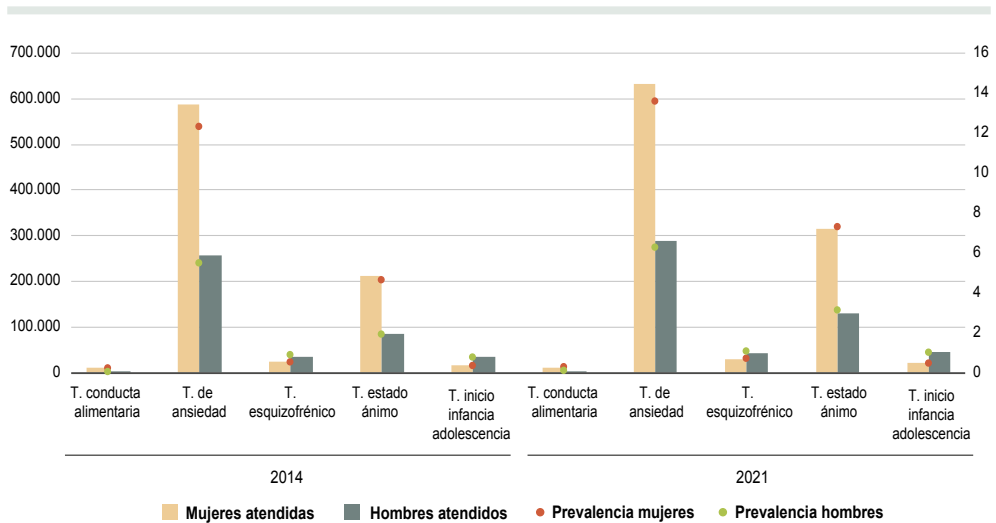
En esta última década se observa que el cáncer de bronquio y pulmón en los hombres presenta un incremento de 9,6 puntos porcentuales (4,5% en 2011 frente a 14,1% en 2021), mientras en las mujeres el aumento de esta patología también ha sido mayor (4 puntos porcentuales).

3.8.5. Pacientes de salud mental por sexo, edad, tipo de enfermedad y unidad asistencial

Consejería de Salud y Consumo

Las enfermedades de salud mental en pacientes diagnosticados cuentan con un importante sesgo de género, con una mayor prevalencia en mujeres que en hombres. De este modo, en Andalucía entre los años 2014 y 2021 y en función de la tipología, se observa que los trastornos que cuentan con más personas atendidas, son los los trastornos de ansiedad, seguidos de los trastornos del ánimo.

GRÁFICO 3.8.5.1. Prevalencia de trastornos mentales en la población usuaria del Servicio Andaluz de Salud. Años 2014 y 2021.



Fuente: Consejería de Salud y Consumo. Base Poblacional de Salud del SAS.

Partiendo del total de la población atendida, se constatan diferencias en función del sexo en los trastornos de ansiedad y del ánimo. Con respecto a los estados de ánimo, el 70,6% corresponde a mujeres, frente al 29,4% de hombres en 2021, siendo la franja de edad con mayor prevalencia la comprendida entre los 45 a 64 años en ambos sexos, duplicándose la proporción entre las mujeres.

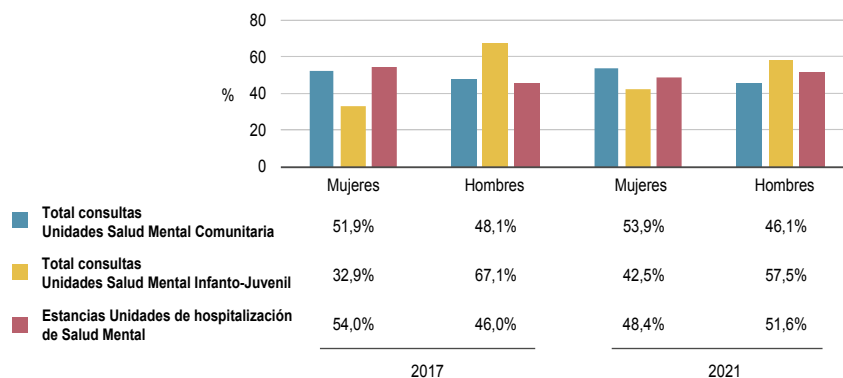
A la vista de los datos, la tendencia es similar en el trastorno del estado de ánimo, puesto que en la franja entre los 20 a 44 años, el 12,5% de las personas atendidas con trastornos del estado de ánimo son mujeres, frente a un 6,9% de hombres. En este mismo sentido, es significativo que, en la franja de edad de 65 a 99 años, casi se cuadruplica la población de mujeres atendidas con trastornos de ansiedad respecto a los hombres atendidos.

Por otra parte, la atención a personas por trastornos de ansiedad entre los años 2014 y 2021 ha aumentado, registrando un total de 845.506 personas atendidas en 2014 y pasando a 920.975 personas en 2021, de las que un 69% son mujeres.

En cuanto a los trastornos de la conducta alimentaria, con los datos registrados en el año 2021 destaca la existencia de llamativas brechas de género. En la franja de edad comprendida entre los 15 a 19 años, el 2% son hombres y el 10,7% mujeres, con una evolución exponencial que se refleja en la franja entre los 20 a 44 años, distribuidos en un 5,3% de hombres y un 40,1% de mujeres.

En los diagnósticos de la esfera de la esquizofrenia y en los de inicio en la infancia y la adolescencia, la presencia masculina entre la población atendida presenta cifras más elevadas. En 2021, el 80% de las personas atendidas fueron hombres frente a un 20% de mujeres, siendo en el caso de la esquizofrenia, el 70% hombres. Si se atiende a los datos del año 2014, la población masculina con esquizofrenia también fue superior a la femenina, pero con un porcentaje menor, de 60% frente al 40%.

GRÁFICO 3.8.5.2. Actividad asistencial por tipo de unidad según sexo en Andalucía. Años 2017 y 2021



Fuentes: Consejería de Salud y Consumo. Para Unidades de Salud Mental Comunitaria: MTI CitaWeb; para Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil: CMBD; y para Unidades de hospitalización de Salud Mental: PSM elaboración propia.

Por otra parte, las Unidades de salud mental las componen una red de centros sanitarios, distribuidos por toda la geografía andaluza, que ofrecen una atención especializada e integral a las personas que padecen problemas de salud mental en esta comunidad. Entre los dispositivos que ofrece esta Red, se destacan en este informe los tres que cuentan con mayor número de pacientes atendidos.

Las Unidades de salud mental comunitaria constituyen el primer nivel de atención especializada a la salud mental. Se trata del dispositivo de atención ambulatoria con el que se coordinan el resto de los dispositivos asistenciales de atención a la salud mental. En 2017 fueron atendidas un total de 263.209 personas en estas unidades en Andalucía, el 43,8% hombres y el 56,2%, mujeres. Durante 2021, la cifra total se incrementó en un 11%, alcanzando las 292.196 personas, de las cuales el 57,4% fueron pacientes mujeres.

Por su parte, las Unidades de salud mental infanto-juvenil desarrollan programas especializados para la atención a la salud mental de la población infantil y adolescente, en régimen ambulatorio y de hospitalización completa o parcial. En este caso el incremento de personas atendidas no ha sido tan acentuado entre los dos años de la comparativa (un 4%), con 21.827 pacientes en 2017 y 22.601 en el año 2021. Sin embargo, en estas unidades se observa una importante diferencia entre los sexos, ya que los varones representan casi tres cuartas partes de los pacientes en 2017 (70,8%). La brecha se reduce ligeramente en 2021, año en el que se registran un 68,3% de hombres y un 31,7% de mujeres.

Por último, las Unidades de hospitalización de salud mental son las que atienden las necesidades de hospitalización en salud mental en situaciones de crisis aguda. Al contrario que en las unidades analizadas anteriormente, el número de estancias en las unidades de hospitalización descendió en un 6% en la comparativa de los dos años analizados, de los 153.153 en 2017 se pasó a los 143.755 cuatro años más tarde. Los hombres también son más numerosos en estas estancias, con un 54% del total en 2017 y un 51,6% en 2021.

3.8.6. Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas

Consejería de Salud y Consumo

El indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias o conductas adictivas es un indicador anual que contabiliza el número de personas admitidas a tratamiento en la Red de Atención a las Adicciones, tanto por primera vez como si han realizado tratamientos previos por la misma sustancia o adicción. Es decir, es un indicador que refleja la prevalencia de la morbilidad asistida.

En 2021 se produjeron 15.141 admisiones, 2.490 más respecto al año 2020, las mujeres admitidas a tratamiento representan el 17,2% (2.598), porcentaje muy inferior respecto al de hombres (82,8%; 12.543), aunque un punto porcentual más que en el año 2020 (17,1% ellas y 82,9% ellos).

En cuanto a las sustancias psicoactivas que motivan la demanda de tratamiento, la cocaína por tercer año consecutivo es la sustancia que más admisiones ha motivado (33,9% frente a un 33,4% en 2020), presentando las mayores diferencias según sexo, ya que un 88,2% de hombres la consumen frente a un 11,8% de mujeres.

Por detrás de la cocaína se sitúa el alcohol, que en 2021 recoge el 32,4% de las admisiones (30,7% en 2020), siendo el 23,2% mujeres admitidas frente a un 76,8% de hombres.

El cannabis motiva el tratamiento de un 17,3% del total, de las cuales un 19% son mujeres y un 81%, hombres. Por su parte, las admisiones por consumo de heroína/rebujao suponen el 14,4% de total de admisiones en 2021, mostrando nuevamente mayor número de hombres (88,7%) que de mujeres (11,3%). Esta misma situación se encuentra en las admisiones por MDMA y derivados (0,2%), de las cuales, el 88,5% son realizadas por hombres y el 11,5%, por mujeres

Los hipnóticos y sedantes, que representan el 1,75% del total de las admisiones, presentan el porcentaje más elevado de mujeres (43,3%) aunque no llega a superar al de los hombres (56,7%).

A continuación se ofrece un análisis de los perfiles de admisiones a tratamiento de las sustancias más prevalentes en el indicador.

CUADRO 3.8.6. Admisiones a tratamiento por consumo de drogas según sexo, variables demográficas y sustancia principal en Andalucía. Año 2021

	Heroína / Rebujao			Cocaína			MDMA y derivados		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
Nº de admisiones	246	1.940	2.186	604	4.536	5.140	3	23	26
Edad media	42,3	45,6	45,2	38,6	37	37,2	32,7	30,4	30,6
Nivel de estudios (%)									
Analfabetos	1,6	1,9	1,8	1,0	0,5	0,5			0,0
Enseñanza primaria incompleta	26,0	31,9	31,2	19,9	18,1	18,3	0,0	13,0	11,5
Enseñanza primaria finalizada	36,2	40,1	39,6	33,4	42,6	41,5	33,3	34,8	34,6
Enseñanza obligatoria (secundaria)	15,0	13,6	13,7	23,5	22,7	22,8	0,0	17,4	15,4
Ha finalizado Bachillerato o Ciclo formativo de Grado Medio	7,7	5,8	6,0	15,1	11,8	12,2	66,7	21,7	26,9
Ha finalizado Estudios Superiores	1,6	1,4	1,5	5,3	3,2	3,4	0,0	13,0	11,5
Desconocido	11,8	5,4	6,1	1,8	1,1	1,2			
Situación Laboral (%)									
Empleado	10,2	22,1	20,7	30,3	47,3	45,3	33,3	26,1	26,9
Desempleado	68,3	58,8	59,9	57,5	43,6	45,2	33,3	60,9	57,7
Otros	21,5	19,1	19,4	12,3	9,1	9,5	33,3	13,0	15,4
Modelo de convivencia en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)									
Solo/a	13,0	20,8	19,9	10,1	11,8	11,6		13,0	11,5
Únicamente con pareja	23,2	9,7	11,2	14,6	11,9	12,2	33,3	4,3	7,7
Únicamente con hijos/as	11,4	1,8	2,9	14,2	1,7	3,2	0,0	4,3	3,8
Con la pareja e hijos/as	6,9	14,3	13,4	22,7	27,6	27,0	66,7	0,0	7,7
Con la familia de origen	20,3	31,0	29,8	27,2	34,0	33,2	0,0	47,8	42,3
Otros (5)	25,2	22,3	22,7	11,2	12,9	12,8	0,0	30,4	26,9

	Hipnóticos y sedantes			Cannabis			Alcohol		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
Nº de admisiones	110	144	254	498	2.127	2.625	1.137	3.773	4.910
Edad media	45,9	40,8	43	28,4	28,3	28,4	47,3	46,7	46,8
Nivel de estudios (%)									
Analfabetos		0,7	0,4	0,8	0,8	0,8	0,4	0,5	0,5
Enseñanza primaria incompleta	20,0	23,6	22,0	16,1	18,3	17,9	10,9	18,0	16,4
Enseñanza primaria finalizada	34,5	33,3	33,9	38,8	41,1	40,6	26,4	35,7	33,5
Enseñanza obligatoria (secundaria)	11,8	18,8	15,7	25,7	24,7	24,9	20,1	18,9	19,1
Ha finalizado Bachillerato o Ciclo formativo de Grado Medio	20,9	11,8	15,7	12,9	11,7	11,9	21,3	15,0	16,4
Ha finalizado Estudios Superiores	10,9	10,4	10,6	5,0	2,2	2,7	15,2	7,1	9,0
Desconocido	1,8	1,4	1,6	0,8	1,3	1,2	5,7	4,8	5,0
Situación Laboral (%)									
Empleado	22,7	23,6	23,2	19,1	26,7	25,2	34,4	45,6	43,0
Desempleado	47,3	53,5	50,8	50,0	45,1	46,1	42,9	35,5	37,2
Otros	30,0	22,9	26,0	30,9	28,2	28,7	22,7	18,9	19,8
Modelo de convivencia en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)									
Solo/a	13,6	23,6	19,3	8,6	10,6	10,2	21,6	20,5	20,7
Únicamente con pareja	20,0	13,2	16,1	11,4	7,7	8,4	16,4	16,3	16,3
Únicamente con hijos/as	13,6	1,4	6,7	6,8	0,9	2,0	15,0	3,1	5,8
Con la pareja e hijos/as	20,9	14,6	17,3	13,1	12,9	13,0	21,4	27,3	25,9
Con la familia de origen	25,5	30,6	28,3	45,4	52,2	50,9	17,6	23,3	22,0
Otros (5)	6,3	16,8	12,2	14,6	15,6	15,4	8,1	9,6	9,3

Fuente: Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (SIPASDA).

En 2021, las mujeres admitidas a tratamiento presentan una media de edad mayor que los hombres (41,8 y 39,4 años respectivamente), mientras que este dato en 2020 fue algo mayor para ambos sexos (42,7 años para ellas y 39,8 años para ellos). Según el tipo de sustancia que motiva el tratamiento, la diferencia de edad entre ambos sexos más significativa se encuentra en hipnosedantes, ya que las mujeres tienen una media de edad de 5,1 años más que los hombres (45,9 y 40,8 años respectivamente). A esta, le sigue la diferencia de edad media encontrada en heroína y/rebujao, de 3,3 años, pero en este caso, son mayores los hombres (45,6 años) que las mujeres (42,3 años).

Las mujeres admitidas a tratamiento por cocaína presentan una media de edad algo mayor que la de los hombres (38,6 y 37 años respectivamente). También el MDMA y derivados (32,7 años ellas y 30,4 años ellos). En el caso del cannabis, no existe diferencia significativa por sexo, ya que la edad media de las mujeres admitidas a tratamiento es de 28,4 años y 28,3 años la de los hombres. Tampoco se observa en el consumo de alcohol, con edades medias muy similares para unas (47,3 años) y para otros (46,7 años).

En relación con el nivel de estudios, se observa que, entre las mujeres el porcentaje de personas con estudios superiores y estudios de bachillerato o ciclo formativo de grado medio es mayor que entre los hombres en todas las adicciones con sustancia, pero está igualado en el caso de adicciones comportamentales¹⁸.

Entre las personas admitidas a tratamiento por hipnóticos y sedantes se encuentran los porcentajes más elevados de personas con estudios superiores, 10,6%, siendo esta proporción del 10,4% en el caso de los hombres y del 10,9% en el caso de las mujeres. Le siguen las personas admitidas por consumo de alcohol (9%), habiendo finalizado estos estudios un 7,1% de hombres y un 15,2% de mujeres.

Con respecto a la situación laboral, el desempleo es más habitual, independientemente del tipo de sustancia consumida, excepto para el alcohol. Estar empleado o empleada, es la situación más habitual para las personas admitidas por alcohol, con un 37,2% (45,6% los hombres y 34,4% las mujeres). En el caso de las mujeres, los porcentajes más altos de desempleo se observan en aquellas personas admitidas a tratamiento por heroína/rebujao (68,3% de las mujeres y 58,8% de los hombres) y por cocaína (57,5% de las mujeres y 43,6% de los hombres) y el más bajo en el caso de MDMA y derivados (33,3% las mujeres y 60,9% los hombres). Por otra parte, son destacables los porcentajes de estudiantes entre las admisiones por consumo de cannabis (21,1%), alcanzando un porcentaje superior en el caso de las mujeres, con un 23,7%.

Son las mujeres las que se dedican casi exclusivamente al trabajo en el hogar no remunerado, alcanzando los porcentajes más elevados las admitidas por consumo de hipnosedantes (7,3%), seguido del alcohol (3%).

Se observan diferencias entre hombres y mujeres, especialmente en aquellas con relación laboral, contrato indefinido o autónomo, donde los hombres representan los porcentajes más elevados (45,1% hombres y 22,6% mujeres), y con incapacidad permanente o pensionistas, el porcentaje de mujeres supera al de hombres (30,2% mujeres y 9,5% hombres).

En cuanto al modelo de convivencia, la convivencia con la familia de origen es el modelo más habitual entre los hombres admitidos a tratamiento por cualquier sustancia, excepto para los admitidos por alcohol, cuyo principal modelo de convivencia es con su pareja e hijos o hijas. El modelo de convivencia de las personas admitidas a tratamiento, únicamente con hijas e hijos, es más elevado entre las mujeres que entre los hombres con independencia de la sustancia.

Por otra parte, las mujeres indican convivir con personas con problemas de adicciones en un porcentaje más elevado que los hombres, alrededor del 30% de las admisiones por cannabis, heroína y rebujao, MDMA o cocaína.

18 Una adicción comportamental es aquella adicción que no implican el consumo problemático de sustancias sino la presencia de hábitos que escapan al control de la persona adicta.

3.8.7. Personas con estancias hospitalarias en el Servicio Andaluz de Salud según sexo y diagnóstico principal

Consejería de Salud y Consumo

En un análisis general de la actividad realizada por el Sistema Sanitario Público de Andalucía, se observa que las patologías que causan un mayor número de estancias, excluidas las obstétricas, son similares en hombres y mujeres. Dicho análisis, permite identificar una distribución por género, diagnóstico principal y volumen de estancias hospitalarias.

Desde 2018, se debe tener en cuenta que la nueva clasificación de enfermedades y diagnósticos principales se hace según la CIE10. Por ejemplo, en referencia a las enfermedades cardíacas, se analizan de forma independiente las enfermedades cardíacas hipertensivas con insuficiencia cardíaca de las insuficiencias cardíacas no especificadas.

Por tanto, para poder realizar la comparación de los años 2011 y 2021 se recurre a las infecciones e inflamaciones pulmonares, la insuficiencia cardíaca y a otra neumonía. En el año 2011, estas tres causas ocasionaron 265.713 estancias frente a las 485.087 de 2021, lo que ha supuesto un incremento del 82,6%. Según sexo, el incremento fue del 73,5% para las mujeres y del 90,6% para los hombres.

Los datos evidencian el impacto que la pandemia por SARS-CoV-2 ha tenido en la hospitalización en Andalucía. Las infecciones e inflamaciones pulmonares se han posicionado como la causa más frecuente de las estancias hospitalarias, siendo 7,5 veces mayor la ocupación hospitalaria por esta patología en el año 2021 (310.752) frente a 2011 (41.480). La explicación es la utilización del código correspondiente a esta patología (GRD137) para los ingresos ocasionados por la pandemia SARS-CoV-2. Hace una década este código explicaba más los ingresos ocasionados por afectación pulmonar relacionada con hábitos tóxicos como el tabáquico, patología pulmonar profesional o por agentes ambientales. En 2021, las infecciones respiratorias son más frecuentes en los hombres (59,1%) que en las mujeres (40,9%), situación que también ocurría en 2011 (65,2% y 34,8% respectivamente).

La segunda causa de estancias hospitalarias corresponde a la patología insuficiencia cardíaca, cuya ocupación hospitalaria ha sido menor en 2021, con 119.777 estancias, frente a las 129.637 en 2011 (decremento de 7,6%). Esta patología es más frecuente en las mujeres (56,2%) que en los hombres (43,8%) en 2021, manteniendo la tendencia de 2011 (55,6% y 44,4% respectivamente). El riesgo de desarrollar insuficiencia cardíaca en ellas se incrementa con la edad y llega a ser más frecuente en mujeres que en hombres por encima de los 79 años.

Las estancias por otra neumonía disminuyen ya que en 2011 presentaban 94.596 estancias frente a 54.558 en 2021 (descenso de 42,3%). El análisis por sexo en esta patología en 2021 señala que el 58,4% de estancias se produjeron en hombres frente al 41,6% en mujeres. También presenta mayoría de hombres aunque en equilibrio la distribución de 2011, ya que el 59,2% fueron estancias masculinas y el 40,8% las femeninas.

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

Consejería de Salud y Consumo

El nivel de Atención Primaria tiene un papel relevante en la atención y resolución de un gran volumen de demandas de atención urgente de la población. De manera que en este nivel se atiende diariamente en horario habitual de funcionamiento de los centros de Atención Primaria a todas aquellas personas que acuden directamente a los mismos demandando dicha atención o la requieran a domicilio, o bien se proporciona a solicitud de los servicios de urgencias y emergencias

En 2021 se atendieron un total de 5.479.383 urgencias, incluyendo las atendidas en centros de salud y domicilio, así como las asistencias obstétricas y las ocasionadas por partos normales. De estas, el 53,9% (2.955.141) correspondieron a mujeres frente al 46,1% a hombres (2.524.242). En relación con el año 2020 (4.625.841), se observa un crecimiento del 18,5% del número de episodios urgentes en su conjunto, lo que ha supuesto un incremento de la proporción de mujeres de 0,6 puntos porcentuales entre ambos años (53,3% ellas y 46,7% ellos). Cabe recordar que la pandemia por SARS-CoV-2 ha influido notablemente en la disponibilidad de citas en el ámbito de consultas externas tanto de Atención Primaria como de Atención Hospitalaria, lo cual puede explicar en parte este incremento de consultas urgentes. También 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.

La mayor parte de urgencias de Atención Primaria se atendieron en el centro de salud, 5.278 (96,3%), predominando las asistencia a mujeres (53,9%) sobre los hombres (46,1%). Con respecto a las urgencias a domicilio, que representan solo el 3,7% (201.353), también destaca el sexo femenino, con un 55,6 % de mujeres y un 44,4% de hombres atendidos.

A pesar de estos datos, no se puede afirmar categóricamente que las mujeres son más frequentadoras que los hombres, ya que se puede dar el caso de que una misma usuaria acumule varios episodios de atención urgente. Las diferencias observadas pueden explicarse por la distribución por sexo de la población andaluza (50,7% mujeres y un 49,3% hombres), lo que puede influir en mayores cifras en el sexo femenino de episodios de atención urgentes. Por otra parte, la población de Andalucía de 65 años y más se distribuye en un 56,2% mujeres y el 43,8% hombres, y la esperanza de vida es mayor en el sexo femenino, por lo que, presumiblemente, dado que la probabilidad de tener un problema de salud que requiera acudir a urgencias aumenta con la edad, es esperable que el porcentaje de mujeres que acuda a urgencias sea mayor.

En 2021, en el Sistema Sanitario Público de Andalucía se produjeron un total de 4.156.104 urgencias de Atención Hospitalaria. Se observa un aumento del 23,5% con respecto a 2011 (3.363.961) y de 25,1% con respecto al año 2020 (3.322.009). Nuevamente cabe mencionar la incidencia que ha tenido la pandemia por SARS-CoV-2 en todos los ámbitos y niveles asistenciales, de manera que muchos indicadores arrojaron cifras anormalmente bajas, sobre todo los referidos a la atención directa a la ciudadanía.

El 53,7% de las urgencias de Atención Hospitalaria en 2021 correspondieron al sexo femenino (2.233.333) y el 46,3% al sexo masculino (1.922.771), siendo la diferencia entre ambos de 7,5 puntos porcentuales. Una distribución similar, con mayoría de mujeres, también se encuentra en 2011, cuando se atendieron a un 54% de mujeres y a un 46% de hombres.

3.8.9. Recetas prescritas y dispensadas según sexo

Consejería de Salud y Consumo

La prestación farmacéutica se facilita a las personas usuarias del Servicio Andaluz de Salud a través de las recetas prescritas por el personal facultativo y dispensadas en las oficinas de farmacia. El análisis de estos datos según sexo aporta información sobre el consumo farmacéutico.

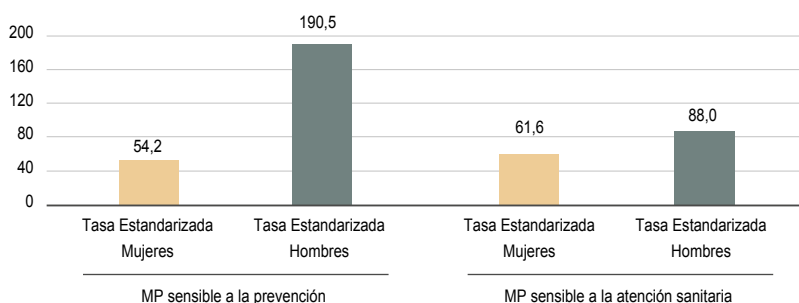
En 2021, el porcentaje de recetas prescritas y dispensadas de medicamentos y productos sanitarios fue de un 59,2% para mujeres y el 40,8% para hombres, presentando una diferencia de 18,5 puntos porcentuales. En comparación con 2020 se observa una ampliación de la brecha, ya que la diferencia entre mujeres y hombres fue de 17 puntos porcentuales (58,5% y 41,5%) el año anterior.

3.8.10. Mortalidad prematura sensible a la prevención y atención sanitaria

Consejería de Salud y Consumo

Se utilizan los indicadores que proponen conjuntamente la OCDE y Eurostat sobre mortalidad prematura por problemas de salud que podrían ser potencialmente evitables a través de intervenciones de salud pública o de atención sanitaria¹⁹. Estos indicadores (denominados en origen como *avoidable mortality*) incluyen las defunciones ocurridas antes de los 75 años (rango: 0 a 74) por una serie de causas, que se asignan a dos listas: mortalidad prevenible (*preventable*) para las causas sensibles a intervenciones de salud pública y prevención primaria, y mortalidad tratable (*treatable*) para las que lo son sensibles a la atención sanitaria efectiva y a tiempo, con capacidad para mejorar el pronóstico de la enfermedad una vez que esta se ha producido. En Andalucía se utilizan con la denominación de Mortalidad Prematura Sensible a la Prevención y Mortalidad Prematura Sensible a la Atención Sanitaria.

GRÁFICO 3.8.10. Tasa estandarizada de mortalidad prematura sensible a la prevención y a la atención sanitaria según sexo en Andalucía. Año 2020



Nota: TE: Tasa estandarizada por edad (por 100.000 personas año).

Fuente: Consejería de Salud y Consumo e Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Sistema de Información de Mortalidad por Causas.

¹⁹ Disponible en: Eurostat. Specifications of the public health theme tables (hlth_cd_pbt). Treatable and preventable death. Eurostat / OCDE 2019. Disponible en: https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/Annexes/hlth_cdeath_sims_an5.pdf
Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death (January 2022 version). OCDE / Eurostat, 2022. Disponible en: <http://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf>

Las tasas de Mortalidad Prematura Sensible a la Prevención y Mortalidad Prematura Sensible a la Atención Sanitaria se consideran indicadores potenciales de la influencia de las políticas y programas de salud pública y de la calidad de la atención sanitaria sobre la salud de la población. No obstante, no pierden de vista que la distribución de los factores de riesgo relacionados con los problemas de salud prevenibles está fuertemente asociada a los determinantes sociales y a las condiciones de vida de las personas, que han de abordarse desde todas las políticas.

En 2020, se produjeron en Andalucía 9.006 defunciones prematuras por causas sensibles a la prevención (77% en hombres y 23% en mujeres) y 5.497 por causas sensibles a la atención sanitaria (57% en hombres y 43% en mujeres). Estas diferencias por sexo se reflejan mejor en las tasas estandarizadas por edad, con una razón de tasas entre hombres y mujeres de 3,51 para la Mortalidad Prematura Sensible a la Prevención y de 1,43 para la Mortalidad Prematura Sensible a la Atención Sanitaria.

Las menores tasas de mortalidad potencialmente evitable en las mujeres que en los hombres pueden estar relacionadas en parte con la adopción de estilos de vida más saludables, incluyendo el autocuidado; de hecho la diferencia entre sexos es mayor en la mortalidad sensible a la prevención que en la sensible a la atención sanitaria. Un estudio reciente, realizado en Suecia, encontró que la mejora en la esperanza de vida ocurrida entre 1997 y 2018 en ese país podía atribuirse en gran medida a una reducción de la mortalidad evitable (en un 59% en los hombres y un 46% en las mujeres). Asimismo, un 78% de la reducción de la diferencia de esperanza de vida entre hombres y mujeres (gender gap) se debió a causas evitables; siendo la cardiopatía isquémica la causa principal (al haber una mayor reducción de la mortalidad por esta causa en hombres que en mujeres)²⁰.

Según los datos publicados por la OCDE para el año 2017, las tasas estandarizadas de Mortalidad Prematura Sensible a la Prevención y Mortalidad Prematura Sensible a la Atención Sanitaria de España estuvieron por debajo de la media de los países de la OCDE, sobre todo en las mujeres, en las que ocupó el tercer lugar con la tasa más baja en mortalidad prevenible y el quinto lugar en la mortalidad sensible a la atención sanitaria. Las tasas de Andalucía en 2020 son más altas que las publicadas para España por la OCDE en 2017²¹, tanto en hombres como en mujeres. En cuanto a la variabilidad entre las provincias andaluzas en la Mortalidad Prematura Sensible a la Prevención, las tasas más altas se dieron en las provincias de Cádiz, Huelva y Sevilla en los hombres, y Almería, Granada y Huelva en las mujeres. Para la Mortalidad Prematura Sensible a la Atención Sanitaria, las tasas más altas en los hombres fueron las de Sevilla, Huelva y Cádiz, y en las mujeres las de Huelva y Cádiz.

20 Kiyalari A. Avoidable deaths in Sweden, 1997–2018: temporal trend and the contribution to the gender gap in life expectancy. *BMC Public Health* 21, 519 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10567-5>.

21 Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). OCDE Statistics. Health status. Avoidable mortality. Disponible en: <https://stats.oecd.org/>

3.8.11. Tasa de muertes por suicidio

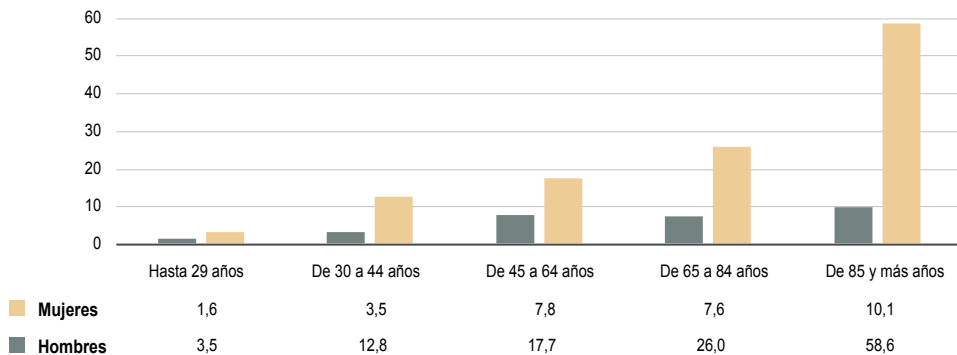
Consejería de Salud y Consumo

Los últimos datos oficiales definitivos de mortalidad corresponden a 2020. En este año, se produjeron en España un total de 3.941 defunciones por suicidio, 793 de las cuales ocurrieron en la población de Andalucía (20,1% sobre el total de España).

De las 793 muertes por suicidio en Andalucía, 576 fueron en hombres (72,6%) y 217 en mujeres (22,4%). La tasa estandarizada de mortalidad por suicidio en Andalucía en 2020 por 100.000 personas fue de 14,4 en los hombres y de 4,8 en las mujeres, con una razón de tasas entre sexos de 3. Las últimas tasas estandarizadas de suicidios publicadas por Eurostat son de 2017. En ese año, las tasas de Andalucía y de España estuvieron por debajo de la media Europea (UE-28).

Los datos de la mortalidad por suicidios del último año disponible cobran mayor significación en su comparación con años anteriores. En Andalucía la mortalidad por suicidios (tasas estandarizadas) ha seguido una tendencia descendente desde principio del siglo XXI hasta 2019 en ambos sexos, si bien de forma más acusada en los hombres²². Sin embargo, en 2020 ha habido un aumento de la tasa de suicidios en Andalucía en ambos sexos. Así, la razón de tasas entre el año 2020 y la media del último trienio (2017-2019) fue de 1,16 en los hombres y 1,25 en las mujeres.

GRÁFICO 3.8.11. Tasa bruta de muertes por suicidio según sexo y edad en Andalucía. Año 2020



Nota: Tasas por 100.000 personas/año.

Fuente: Consejería de Salud y Consumo. Sistema de Información de Mortalidad por Causas.

22 Pérez Contreras M, Márquez Calderón S. Mortalidad prematura potencialmente evitable en Andalucía, 2000-2019: análisis de tendencias. Sevilla: Consejería de Salud y Familias, 2021. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/servicios/estadistica-cartografia/actividad/detalle/182093/235520.html>

En Andalucía, la tasa bruta (tasa por 100.000 personas/año) de muertes por suicidio se incrementa con la edad, lo que es mucho más evidente en los hombres, que pasan de una tasa de 3,5 por 100.000 en menores de 30 años a 58,6 en los mayores de 84 años. En las mujeres, las tasas son inferiores a las de los hombres en todos los grupos de edad, siendo de 1,6 por 100.000 en menores de 30 años y llegando a su máximo (10,1) en el grupo de mayores de 84. Comparando las tasas brutas por grupos etarios entre 2019 y 2020, se observa un incremento en la mayoría de estos, tanto en hombres como en mujeres, especialmente importante en las edades más avanzadas. De esta manera, la tasa bruta de muertes por suicidio en hombres mayores de 84 fue de 32,4 por 100.000 en 2019 y pasa a 58,6 en 2020. En el caso de las mujeres, la tasa asciende de 3 a 10,1 por 100.000. Este cambio también se aprecia en España, aunque con menor intensidad, ya que la tasa bruta de hombres en este grupo de edad es de 37 por 100.000 en 2019 y de 45,6 en 2020, y para las mujeres la evolución es de 4,9 a 6,2 por 100.000.

En 2019, las tasas brutas de mortalidad por suicidio fueron más bajas en Andalucía que en España en los grupos de edad extremos (menores de 30 y mayores de 84 años), tanto en hombres como en mujeres (razones de tasas entre Andalucía y España en torno a 0,8 en hombres y 0,6 en las mujeres). Sin embargo esta situación cambia en 2020, siendo mayores las tasas en Andalucía que en España en todos los grupos etarios, tanto en hombres como en mujeres, exceptuando el grupo de estas de 30 a 44 años (3,5 por 100.000 en Andalucía y 3,6 en España), pasando a ser mayor de 1 las razones de tasas entre Andalucía y España en todos los grupos.

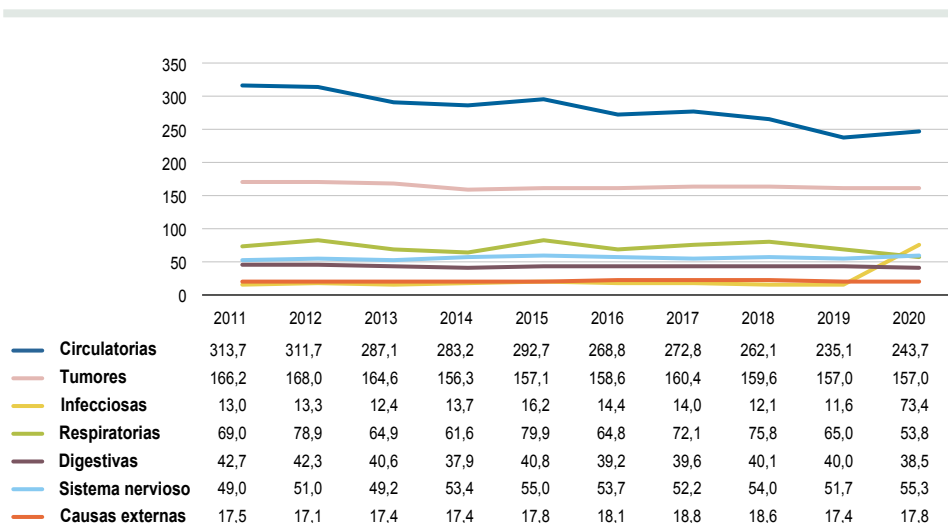
3.8.12. Tasa estandarizada de mortalidad según sexo y principales causas

Consejería de Salud y Consumo

El último año de estadísticas oficiales de defunción, facilitadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y por el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA), es 2020. Para poder comparar distintas poblaciones o la misma población en diferentes momentos del tiempo, el indicador más adecuado es la tasa de mortalidad estandarizada por edad, ya que evita la influencia de los cambios de la estructura etaria de las poblaciones.

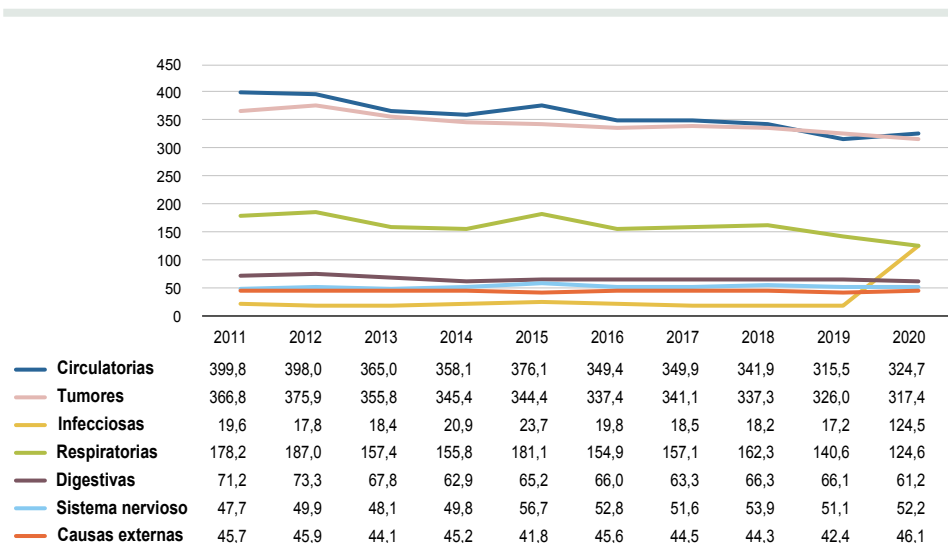
En 2020, a los habituales primeros seis grupos de causas de muerte (circulatorias, tumores, respiratorias, digestivas, sistema nervioso y causas externas) hay que sumarle el grupo de las enfermedades infecciosas, dado el importante incremento de las defunciones en este grupo debido a la pandemia de COVID-19. De hecho, las muertes por COVID-19 (confirmado o sospecha) supusieron el 85,3% de todas las infecciosas. De las 6.525 muertes por COVID-19 (5.815 confirmado y 710 sospecha), 3.520 se dieron en hombres (53,9%) y 3.005 en mujeres (46,1%). Un 90% de las muertes por COVID-19 en Andalucía en 2020 fueron en personas mayores de 64 años, suponiendo un 9,5% del total de las defunciones en los hombres de este grupo de edad y un 8,2% en el caso de las mujeres.

GRÁFICO 3.8.12.1. Tasa estandarizada de mortalidad en mujeres según las principales causas en Andalucía. Periodo 2011-2020



Fuente: Consejería de Salud y Consumo e Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Sistema de Información de Mortalidad por Causas.

GRÁFICO 3.8.12.2. Tasa estandarizada de mortalidad en hombres según las principales causas en Andalucía. Periodo 2011-2020



Fuente: Consejería de Salud y Consumo e Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Sistema de Información de Mortalidad por Causas.

Los siete principales grupos de causas sumaron en 2020 en Andalucía 35.206 defunciones en los hombres (87% del total de defunciones por todas las causas) y 30.840 en las mujeres (81% del total). Atendiendo a las tasas estandarizadas por edad según las principales causas de muerte (grandes grupos de causas de la CIE-10), en 2020, tanto en los hombres como en las mujeres, la primera causa de muerte fueron las enfermedades del sistema circulatorio (tasa estandarizada de 324,7 para ellos y 243,7 para ellas) y la segunda, los tumores (317,4 y 157 respectivamente). El tercer lugar en las mujeres lo ocuparon las enfermedades infecciosas (73,4) y en los hombres, las enfermedades infecciosas y las del sistema respiratorio (ambas con tasa similar, 124,5 y 124,6 respectivamente). La mortalidad en estos principales grupos de causas fue siempre más alta en los hombres que en las mujeres, con la excepción de las enfermedades del sistema nervioso, donde no se observan diferencias significativas por sexo (tasa estandarizada de 52,2 en los hombres y de 55,3 en las mujeres).

La mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio y por tumores en 2020 fue más alta en las tres provincias occidentales que en el resto de Andalucía, tanto en hombres como en mujeres, siendo Sevilla la provincia con mayor mortalidad por enfermedades circulatorias y Huelva, en el caso de los tumores, en ambos sexos.

En comparación con la media de España, Andalucía presentó en 2020 tasas más bajas de mortalidad por enfermedades infecciosas en ambos sexos (razón de tasas entre ambos territorios de 0,62 en hombres y 0,65 en mujeres) y por causas externas en las mujeres (razón de tasas de 0,96). También se observan tasas similares en Andalucía y España en la mortalidad por tumores en ambos sexos, por causas externas en hombres y por causas respiratorias en las mujeres. En el resto de las principales causas se encuentran tasas más altas a nivel regional. Sobre todo, cabe resaltar que la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio fue un 35,3% superior en las andaluzas y un 21,3% en los andaluces sobre la media española, respectivamente. Asimismo, en las enfermedades del sistema digestivo, Andalucía tuvo una sobremortalidad respecto a España de un 22,6% en las mujeres y un 17,9% en los hombres.

La comparación con la Unión Europea en los grupos de causas más frecuentes, con los últimos datos que proporciona Eurostat en términos de tasas estandarizadas por edad (año 2017 para UE-27 y año 2019 para España y Andalucía), muestra que tanto España como Andalucía se sitúan por debajo de la media de la UE en las enfermedades del sistema circulatorio, en los tumores y en las causas externas en ambos sexos; y algo por encima en las enfermedades respiratorias (sobre todo los hombres) y del sistema nervioso (sobre todo las mujeres). En las enfermedades digestivas, las tasas españolas están ligeramente por debajo de la media europea, y sin embargo las de Andalucía están por encima, tanto en hombres como en mujeres.

En cuanto a la contribución de las causas en términos de años potenciales de vida perdidos (APVP) en 2020 en Andalucía, tanto en hombres como en mujeres, los tumores fueron la causa de mayor número de años potenciales de vida perdidos, seguidos de las causas externas y las enfermedades circulatorias, en este orden en los hombres y al contrario, en las mujeres. En 2020, el cuarto lugar lo ocuparon las enfermedades infecciosas (principalmente COVID-19) en ambos sexos. Las tasas estandarizadas de APVP fueron más altas en hombres que en mujeres en los principales grupos de causas. La razón de sexos más alta fue en la mortalidad por causas externas (la tasa de APVP de los hombres casi cuadruplica la de las mujeres), seguida de las enfermedades del sistema circulatorio (razón de sexos de 3,1).

En 2020, la tasa estandarizada de mortalidad por enfermedades circulatorias, que había tenido una tendencia descendente entre 2011 y 2019, sufrió un aumento tanto en hombres como en mujeres. Este hecho puede estar relacionado con la pandemia de COVID-19, dado que diversas investigaciones han puesto de manifiesto la relación entre la COVID-19 y enfermedad cardiovascular²³. La mortalidad por tumores tuvo una ligera tendencia descendente en los hombres hasta 2016, con un cierto estancamiento entre ese año y 2018, para volver a bajar en 2019 y 2020, mientras que en las mujeres se ha mantenido prácticamente constante en el periodo 2011-2020. La mortalidad por enfermedades digestivas, del sistema nervioso y causas externas en ambos sexos también se ha mantenido constante en este periodo. Cabe destacar que la mortalidad por enfermedades respiratorias, que había sufrido pocos cambios en este periodo, en los dos últimos años (2019 y 2020) presentó un descenso tanto en hombres como en mujeres. Finalmente, las defunciones por COVID-19 en el primer año de la pandemia han hecho que las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas, habitualmente bajas, se multipliquen en 2020 por más de 6 en las mujeres y más de 7 en los hombres.

23 Abbasi J. The COVID Heart. One year after SARS-CoV-2 infection, patients have an array of increased cardiovascular risks. *JAMA*. 2022;327(12):1113-1114. doi:10.1001/jama.2022.2411.