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 pueda 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 autopercibida como de prevalencia de enfermedades crónicas, limitaciones funcionales y nivel de dependencia[15].

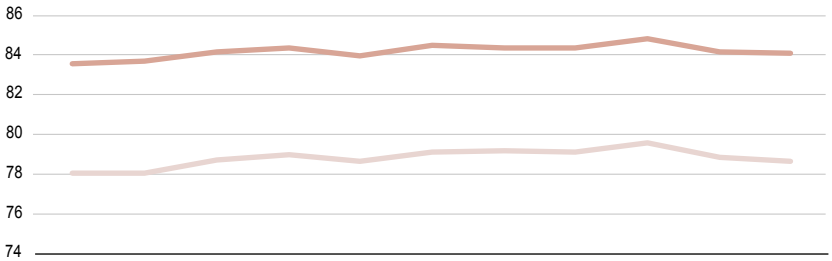
Los datos de esperanza de vida del último año disponible cobran mayor significación en su comparación con años anteriores y con otros territorios. La tendencia creciente de la esperanza de vida, tanto en hombres como en mujeres, está documentada en los países desarrollados desde hace más de un siglo, 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.

Durante el siglo XXI, en Andalucía, entre 2001 y 2019 (año pre-pandemia de COVID-19), 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 hubo una

15. Carmel S. Health and well-being in late life: gender differences worldwide. Front. Med, 2019. https://doi.org/10.3389/fmed.2019.00218

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, tanto para hombres como para mujeres) y a los 65 años (0,6 años para ambos sexos). En 2021, segundo año de la pandemia, se mantienen los valores de 2020 para la esperanza de vida al nacer y a los 65 años, con la excepción de la esperanza de vida al nacer en los hombres, donde aún se pierden 0,1 años adicionales. Los dos primeros años de la pandemia de COVID-19 han supuesto una pérdida en esperanza de vida que empeora el balance de lo ganado desde el comienzo de siglo, reduciéndose a 3,6 años la ganancia en esperanza de vida al nacer en los hombres entre 2001 y 2021 y a 2,5 años en las mujeres en el mismo período.

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



	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
EV al nacer. Mujeres	83,7	83,7	84,2	84,4	84,0	84,5	84,4	84,4	84,9	84,2	84,2
EV al nacer. Hombres	78,1	78,1	78,8	79,0	78,7	79,2	79,2	79,1	79,6	78,9	78,7

Nota: Años de vida. Avance de datos de 2021.
Fuente: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA).

La esperanza de vida al nacer en Andalucía en 2021 fue de 84,2 en las mujeres y de 78,8 en los hombres, mientras que en España se observaron datos superiores (85,8 para ellas y 80,2 para ellos). La esperanza de vida fue 5,4 años mayor en las mujeres que en los hombres en Andalucía y 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 fue de 21,6 años para ellas y de 18 para ellos (diferencia de 3,6 años); y en España de 23,1 y 19 años respectivamente (4,1 años de diferencia).

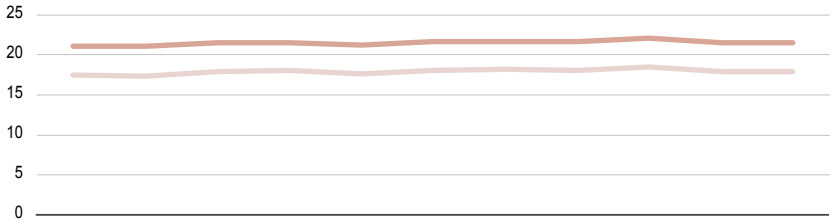
La comparación entre los dos primeros años de la pandemia de COVID-19, muestra que en Andalucía en 2021, la esperanza de vida al nacimiento se ha mantenido igual a la de 2020 para las mujeres (84,2 años) y ha descendido 0,1 años en los hombres (78,9 años en 2020). En España, por el contrario, en 2021 se recuperó parte de la pérdida de esperanza de vida ocurrida entre 2019 y 2020, aumentando 0,7 años en las mujeres y 0,6 años en los hombres (85,1 y 79,6 años respectivamente en 2020).

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

Al comparar las provincias andaluzas, en 2021, las que tuvieron mayor esperanza de vida al nacer y a los 65 años fueron Córdoba en las mujeres, y Málaga y Granada en los hombres. La provincia con las cifras más bajas, tanto de esperanza de vida al nacimiento como a los 65 años, fue Cádiz en hombres y mujeres, salvo en la esperanza de vida al nacer en los hombres, donde Almería estuvo por debajo de Cádiz. Cabe destacar que las 3 provincias occidentales (Cádiz, Sevilla y Huelva) y Almería tuvieron los valores más bajos en ambos indicadores, sobre todo en los hombres.

Entre 2019 y 2020, la reducción de la esperanza de vida al nacimiento y a los 65 años asociada a la pandemia se produjo en todas las provincias andaluzas y en ambos sexos, llegando a ser mayor de 1 año en Granada (ambos indicadores y ambos sexos) y en Jaén (esperanza de vida al nacer en los hombres). Entre 2020 y 2021, en Andalucía en su conjunto apenas hubo cambios en la esperanza de vida; sin embargo, esto refleja situaciones distintas entre las provincias. De hecho, entre estos dos años, Granada y Jaén – las provincias con mayor pérdida el año anterior- recuperaron parte de la esperanza de vida, con incrementos en los dos indicadores entre 0,4 y 0,7 años (en ambos sexos). Al mismo tiempo, cabe destacar en 2021 una reducción de la esperanza de vida en algunas provincias, siendo Almería una de las que tuvieron mayores pérdidas en los dos indicadores y en ambos sexos (entre - 0,4 y - 0,7 años). También destaca el descenso de la esperanza de vida al nacer en Huelva y Córdoba en los hombres (-0,4 años) y Cádiz en las mujeres (-0,5 años).

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



	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
EV 65 años. Mujeres	21,2	21,1	21,6	21,7	21,4	21,8	21,7	21,8	22,2	21,6	21,6
EV 65 años. Hombres	17,5	17,4	18,0	18,1	17,7	18,2	18,3	18,2	18,6	18,0	18,0

Nota: Años de vida. Avance de datos de 2021.
Fuente: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA).

Al comparar los datos de Andalucía con los de España, en 2020 se siguió observando la desventaja histórica en la esperanza de vida al nacer en Andalucía, pero con una diferencia menos acusada 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 2019 era de 1,3 años en los hombres y 1,4 en las

mujeres, mientras que en 2020 fue de 0,7 y 0,8 años respectivamente. Sin embargo, en 2021, el impacto de la pandemia en la mortalidad fue superior en Andalucía que en España, volviendo de nuevo a unas diferencias similares a las previas a la pandemia e incluso algo más altas que en 2019 (1,4 años en los hombres y 1,6 en las mujeres). En 2021, Andalucía sigue siendo la Comunidad Autónoma con la esperanza de vida más baja de España, después de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, que presentaron cifras menores.

En resumen, sobre los efectos de la COVID-19, puede decirse en primer lugar que el impacto de la pandemia en la esperanza de vida durante 2020 en Andalucía estuvo por debajo de la media nacional. Así, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), entre 2019 y 2020, la disminución de la esperanza de vida al nacer en España fue de 1,3 años en los hombres y 1,2 en las mujeres y en Andalucía de 0,7 años en ambos sexos; y también la esperanza de vida a los 65 años sufrió una reducción por encima del año de vida en España (1,2 y 1,1 años en hombres y mujeres respectivamente), mientras que en Andalucía fue de 0,6 años para ambos sexos. Este impacto se observó en la mayoría de los países[16]. Sin embargo, la situación en España mejoró en 2021 respecto a 2020, con un incremento de la esperanza de vida al nacer (de 0,6 años en los hombres y 0,7 en las mujeres) y a los 65 años (de 0,6 en los hombres y 0,8 en las mujeres); mientras que Andalucía entre el primer y segundo año de pandemia ambos indicadores se mantuvieron en valores similares.

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 2021. 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 2021 (en torno a 3,6 años).

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. Y entre 2020 y 2021, la esperanza de vida en la UE descendió 0,3 años adicionales, tanto en hombres como en mujeres. Según esta misma fuente, en 2019 España fue el país de la UE-27 con la esperanza de vida al nacer más alta en las mujeres y ocupó el octavo lugar en los hombres (86,7 y 81,1 años, respectivamente). Sin embargo, en 2020, retrocedió un puesto en las mujeres (segundo país, con EV de 85,2, después de Francia) y cinco puestos en los hombres (decimotercer país en esperanza de vida, 79,6 años); y en 2021, continuó con el segundo puesto en las mujeres (con EV de 86,2, después de Liechtenstein) y pasó al décimo en los hombres (con EV de 80,4)[17].

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,

16. 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.

17. Los datos del INE para España difieren ligeramente de los publicados por Eurostat. Datos de Eurostat disponibles en: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00205/default/table?lang=en

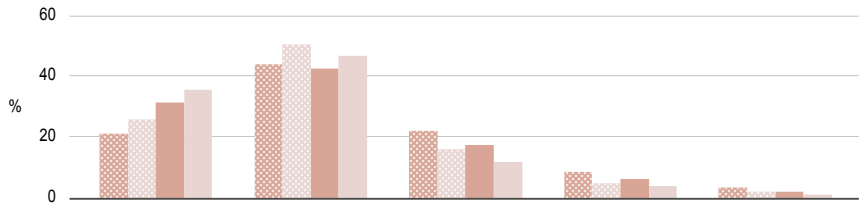
se han realizado también estudios sobre los avances en medicina y tecnologías sanitarias, en el sentido de una mayor utilización, y por tanto, mayor beneficio, en los hombres que en las mujeres. En España, se realizó un estudio que puso de manifiesto que la reducción de la brecha de género entre 1995 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 tráfico[18].

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.

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



	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
2014 Mujeres	21,3%	44,0%	22,3%	8,9%	3,5%
2014 Hombres	26,0%	50,6%	16,0%	5,1%	2,4%
2020 Mujeres	31,5%	42,6%	17,6%	6,2%	2,2%
2020 Hombres	35,8%	46,9%	11,8%	4,1%	1,4%

Nota: Personas de 15 o más años de edad.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Europea de Salud en España.

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.

18. 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.

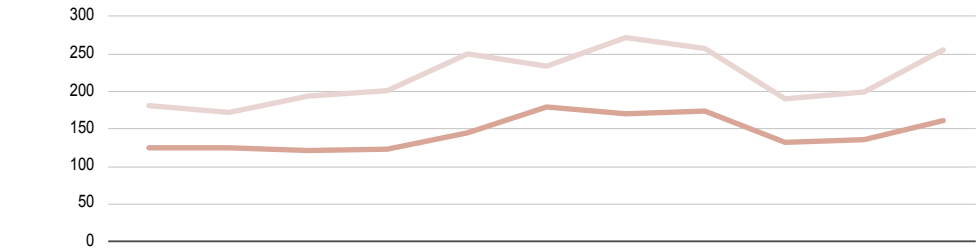
Entre 2014 y 2020 se ha producido un aumento de la valoración del estado de salud percibido como bueno o muy bueno tanto en hombres como en mujeres en Andalucía (6,1 puntos porcentuales en hombres y 8,7 en mujeres) y algo menor en España (4,1 puntos porcentuales en hombres y 4,9 puntos en mujeres), siendo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

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, facilitando información a la población de modo que la ciudadanía pueda tener una opinión libre, consciente y argumentada al respecto, y facilita que todo ciudadano/a que ha manifestado su deseo a ser donante 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 los y las donantes, fundamentalmente accidentes cerebrovasculares, en el caso de donantes en muerte encefálica, y patologías cardíacas, en el caso de donantes en asistolia. Tantos 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 a 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, encontramos una situación similar. En los hombres existe una serie de factores que predisponen a padecer vasculopatía, hipertensión, entre otros, que genera una mayor tasa de indicación de trasplante y que conlleva diferencias en el número de pacientes trasplantados, cuando son comparados por género.

GRÁFICO 3.8.3. Evolución de donantes de órganos de personas fallecidas según sexo en Andalucía. Periodo 2012-2022



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Mujeres	125	125	121	123	145	179	169	173	131	136	161
Hombres	180	172	194	200	250	234	271	257	190	199	255

Fuente: Consejería de Salud y Consumo.

La evolución de las donaciones ha mantenido, históricamente y con ligeras oscilaciones, una tendencia creciente en ambos sexos hasta la llegada de la pandemia del SARS-CoV-2, debido a la mayor ocupación de camas de UCI por enfermos afectados por la COVID-19, lo que conllevó no sólo una menor disponibilidad de camas de UCI para poder llevar a cabo el mantenimiento de posibles donantes de órganos, sino a que los propios coordinadores de trasplantes, intensivistas en su mayoría, tuvieran que hacer frente a una sobrecarga asistencial que también impactó negativamente en la actividad de donación. Adicionalmente, la propia pandemia condujo a que muchos de los posibles donantes de órganos se desestimaran debido a la propia infección por un principio de prudencia. Debido a ello, el número de donantes en ambos sexos experimentó una brusca disminución en 2020, comenzando en 2021 una tímida recuperación que se consolidó en 2022, una vez superada la situación de pandemia.

La Organización Nacional de Trasplantes (ONT) facilita a nivel nacional un dato relacionado con este indicador, que es el porcentaje de donantes por sexo[19]. La distribución de los donantes por sexo se mantiene relativamente estable en torno al 40% de donantes mujeres y el 60% de donantes varones, con pequeñas oscilaciones, al igual que ocurre en Andalucía, donde en el año 2022 los hombres representaron el 61,3% (255) y las mujeres el 38,7% (161) de quienes donan.

3.8.4. Pacientes residentes en Andalucía según principales neoplasias diagnosticadas

Consejería de Salud y Consumo

Desde una perspectiva de género, la relevancia y pertinencia de los indicadores que se detallan a continuación, vienen dadas por la necesidad de un análisis de la realidad de la asistencia sanitaria en relación con las neoplasias, que permita planificar una asistencia eficaz e idónea a todos los y las pacientes, teniendo en consideración sus particularidades y necesidades específicas.

La relevancia de los indicadores queda explicitada en la capacidad de estos en resumir aquellos aspectos más relevantes de la asistencia sanitaria, además de permitir concluir aspectos claves del modelo de atención y su distribución por sexo.

Así, la pertinencia de género es un modo de aproximarse y analizar una realidad, en este caso la sanitaria, en la que la variable sexo, es el eje vertebrador del análisis que se realiza.

En este comentario se usan los términos cáncer, neoplasias y tumores de forma indistinta según la fuente de obtención de los datos, pero todos están referidos a patologías malignas, excluyendo los procesos benignos.

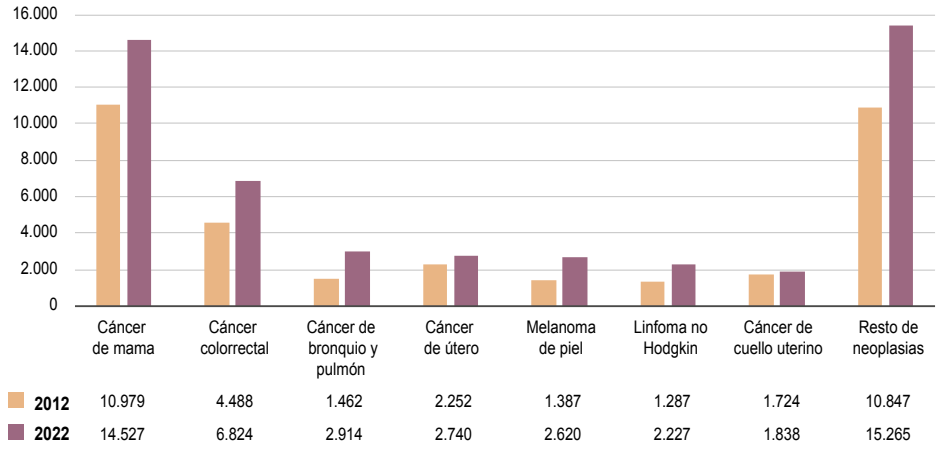
La Consejería de Salud y Consumo, bajo la coordinación de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica y la dirección del Plan Integral de Oncología, y con el apoyo metodológico de la línea IAVANTE de la Fundación Progreso y Salud, promueve la Estrategia de Cáncer en Andalucía que se está desarrollando para el periodo 2021-2023. Cabe destacar que Andalucía es la primera Comunidad Autónoma que garantiza la atención multidisciplinar de las personas que sufren estos tumores, de manera que todo paciente con cáncer en Andalucía es atendido por un equipo multidisciplinar que decidirá la mejor opción diagnóstica y terapéutica.

19. Extraído de la memoria de Actividad de donación y trasplante en España 2022 de la Organización Nacional de Trasplantes: https://www.ont.es/wp-content/uploads/2023/06/DONACION-Y-TRASPLANTE-GENERAL-2022.pdf

El cáncer es uno de los principales problemas de salud pública en la actualidad. El número total de diagnósticos de cáncer en Andalucía en 2012, para ambos sexos, fue de 79.787 casos correspondiendo a los hombres 45.261 (un 56,9%) y 34.426 a las mujeres (un 43,1% del total). Una década después, en 2022 el número total de diagnósticos de cáncer fue de 107.320 casos (54,4% hombres y 45,6% mujeres) lo que supone 27.533 casos más y una tasa de variación de un 34,5%. Entre los años 2022 y 2021, se ha producido de un incremento de un 12,1% (11.557 casos más), lo que supone un aumento de un 11,7% entre los hombres, y de un 12,5% en mujeres.

La tendencia al alza en el número de cánceres diagnosticados en ambos sexos, como ya se ha comentado, es un hecho. La estructura poblacional, la mayor esperanza de vida y las políticas de prevención a través de los cribados, han hecho que aumente la incidencia.

GRÁFICO 3.8.4.1. Pacientes mujeres residentes en Andalucía según principales neoplasias diagnosticadas. Años 2012 y 2022



Nota: Pacientes mujeres que han tenido su primer diagnóstico en los años 2012 y 2022 o su respectivo año anterior (2011 y 2021).
Selección de las siete principales patologías del año 2022 incluidas en el grupo de patologías BPS de Neoplasias.
Fuente: Consejería de Salud y Consumo. Base poblacional de Salud (BPS).

En el gráfico se recoge el número de pacientes mujeres diagnosticadas según las principales neoplasias, y se observa un incremento de un 42,2%, entre 2012 y 2022 para el total de casos. El número total de neoplasias en 2012 es de 34.426 y en 2022 ascienden a 48.955, por lo que se produce un incremento de 14.529 casos diagnosticados más. Entre los años 2011 y 2021 analizado en el Informe anterior, los datos mostraron una diferencia de 18.819 casos más en 2021 y una tasa de variación de un 76,2%.

Ocupan los primeros puestos en diagnósticos efectuados en 2012, los cánceres de mama (31,9%), colorrectal (13%) y útero (6,5%). En cambio, en 2022 el cáncer de mama (29,7%) y

el colorrectal (13,9%) siguen siendo los más diagnosticados pero el tercero es el de bronquio y pulmón (6%). Este último tipo de cáncer así, como el de melanoma destacan por su tasa de variación entre 2012 y 2022 (99,3% y 88,9% respectivamente). En el caso del cáncer de mama, los cribados tienen peso en el aumento de 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. Pero, aunque la incidencia haya aumentado con 3.548 diagnósticos más que en 2012, el porcentaje que representa este tipo de cáncer en 2022 con respecto al total de cáncer en mujeres (29,7%) ha disminuido por el repunte de otro tipo de tumores como el de pulmón y bronquios y el melanoma de piel.

En relación con el cáncer colorrectal, en los dos años analizados, el número de casos ha aumentado pasando de 4.488 casos en 2012 a 6.824 en 2022 es decir, una variación de un 52%. El cribado de cáncer de colon es un cribado "joven", con una trayectoria de menos de dos años, el cual se ha visto afectado por el difícil año 2020 marcado 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 del proceso patológico.

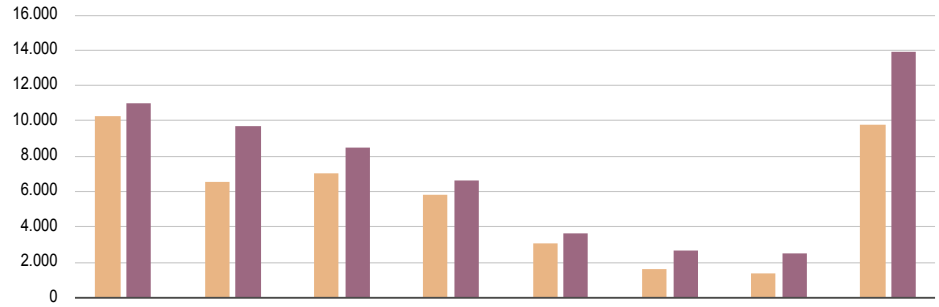
El cáncer de cuello uterino presenta una variación moderada con un 6,6% y ha pasado de un cuarto puesto en incidencia en 2012 al séptimo lugar en 2022. Esta disminución que se observa en los últimos años, se puede relacionar con las buenas prácticas implantadas en lo referente a prevención de las enfermedades 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 la disminución del diagnóstico anual de cáncer de cuello uterino.

El cáncer de pulmón y bronquios en las mujeres ha mostrado un incremento de 1.452 casos más en 2022 con respecto a 2012, lo que supone una tasa de variación de un 99,3% (por encima de la variación del cáncer de mama y del colorrectal) y ha pasado de un quinto lugar en 2012 a ocupar el tercer puesto diez años después. Todo esto, relacionado con el hábito tabáquico.

También hay incremento importante en el cáncer de piel melanoma, que ha pasado de una sexta posición en 2012 a una quinta en 2022 con una tasa de variación de un 88,9%. Según expertos, el aumento de la esperanza de vida y especialmente de los estilos de vida con mayores exposiciones al sol, son dos de los factores que han influido en la elevada incidencia de cáncer de piel melanoma, registrada en los últimos años.

El diagnóstico precoz y campañas anuales como "Euromelanoma", pretenden concienciar de la importancia de los cuidados de la piel, la protección solar y la vigilancia y detección precoz para prevenir el cáncer cutáneo más letal. En España más de 300 pacientes son diagnosticados de melanoma cutáneo cada mes y su incidencia se ha duplicado en las últimas décadas.

GRÁFICO 3.8.4.2. Pacientes hombres residentes en Andalucía según principales neoplasias diagnosticadas. Años 2012 y 2022



	Cáncer de próstata	Cáncer colorrectal	Cáncer de bronquio y pulmón	Cáncer de vejiga	Cáncer de cabeza y cuello	Linfoma no Hodgkin	Melanoma de piel	Resto de neoplasias
2012	10.240	6.517	6.994	5.829	3.057	1.593	1.328	9.803
2022	11.000	9.692	8.450	6.614	3.579	2.653	2.496	13.881

Nota: Pacientes hombres que han tenido su primer diagnóstico en los años 2012 y 2022 o su respectivo año anterior (2011 y 2021).
Selección de las siete principales patologías del año 2022 incluidas en el grupo de patologías BPS de Neoplasias.
Fuente: Consejería de Salud y Consumo. Base poblacional de Salud (BPS).

En Andalucía en 2022, el número de diagnósticos de neoplasias en hombres suman 58.365. Con respecto a 2012, aumentó en 13.004 personas, lo que supone una tasa de variación del 28,7%. Comparado con 2021, la tasa de variación ha sido de un 11,7%.

Por tipo de cáncer, el de próstata es el más frecuente en los años analizados y ha representado el 22,6% del total de neoplasias en los hombres en 2012 y el 18,8% en 2022. Sin embargo, la variación experimentada en este tipo de cáncer, entre 2012 y 2022 ha sido la menor (un 7,4%) de los 7 tipos de tumores analizados.

El cáncer colorrectal ha sufrido un incremento considerable en la última década tanto para hombres como para mujeres. En 2022 se han diagnosticado en hombres, 3.175 casos más que en 2012 lo que supone una variación de un 48,7%, pasando a ocupar el segundo puesto de incidencia en hombres en 2022 frente al tercer puesto de 2012. Con la implantación del cribado de cáncer colorrectal este aumento continuará, con el objetivo antes comentado de un diagnóstico precoz para aumentar el porcentaje de curación.

En cuanto al cáncer de bronquio y pulmón, este representa el 14,5% de los cánceres en hombres en 2022, y dada su letalidad, es la primera causa de muerte en España. Se observa que el número de casos ha aumentado, pero en menor porcentaje (20,8%) que el colorrectal, por lo que ha pasado de la segunda posición en 2012 a la tercera en 2022.

También se observa cómo en los hombres, el melanoma es el tipo de cáncer que mayor incremento en el número de diagnósticos ha experimentado, con una tasa de variación de un 88% en la década.

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

Consejería de Salud y Consumo

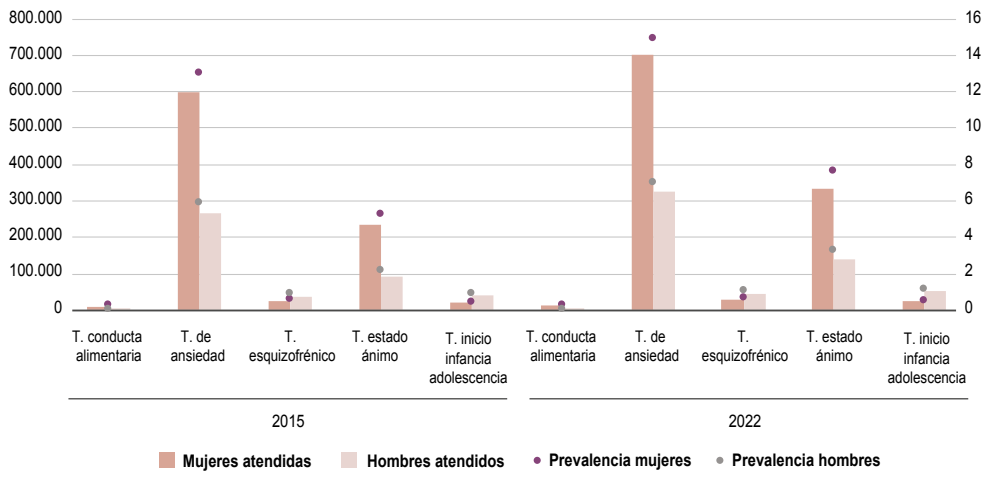
Las personas atendidas con problemas de salud mental en el periodo que va desde 2015 a 2022 han aumentado en un 25,3%, pasando de 1.332.810 en 2015 a 1.669.354 en 2022. El número de nuevas personas atendidas en estas patologías ha aumentado en 336.544 entre estos años, de las cuales el 63,5% corresponde a mujeres.

Las personas atendidas en 2022 con un diagnóstico de trastorno de ansiedad y del ánimo son, en términos absolutos, el mayor número (1.500.820), suponiendo 306.054 personas más atendidas en consulta con relación a 2015. Las mujeres atendidas son el 69% frente a un 31% de hombres con estas patologías.

Según los datos referidos a los trastornos de conducta alimentaria, en 2022 había 16.735 personas con este diagnóstico frente a las 14.012 personas diagnosticadas en 2015. En ese año las mujeres quintuplicaron la cifra de los hombres y prácticamente se mantiene la proporción en 2022. Sin embargo, en los trastornos mentales de inicio en la infancia y la adolescencia se invierte la tendencia, ya que los hombres representan el doble que las mujeres en los años analizados.

En cuanto al trastorno esquizofrénico, los datos reflejan mayor proporción de hombres que de mujeres en consultas, en una proporción aproximadamente de 60%-40% respectivamente tanto en 2015 como en 2022.

GRÁFICO 3.8.5.1. Prevalencia de trastornos mentales en la población usuaria del Servicio Andaluz de Salud. Años 2015 y 2022



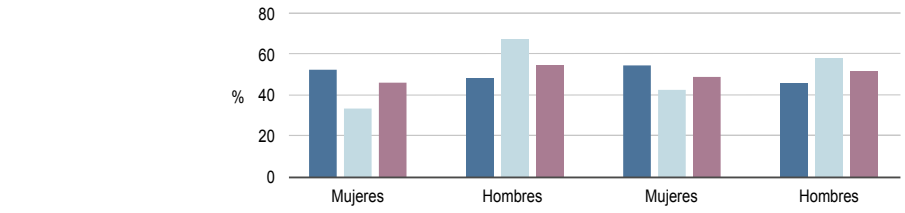
Fuente: Consejería de Salud y Consumo. Base poblacional de salud del Servicio Andaluz de Salud (SAS).

En 2022, los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad muestran las prevalencias más altas de todas las patologías, duplicando la prevalencia del trastorno de ansiedad a la del estado de ánimo. Prácticamente en todos los grupos etarios, el número de mujeres que los padecen dobla al de los hombres, llegando incluso a triplicarlo en el caso de las mujeres de 65 y más años con un diagnóstico de alguno de estos trastornos en 2022.

Por otra parte, es en la franja de 45 a 64 años donde hay más prevalencia de casos en ambas patologías, tanto en hombres (13,1% atendidos por trastorno de ansiedad y 13,4% en trastorno del estado de ánimo) como en mujeres (26,6% y 28,6% respectivamente), siendo ellas las más prevalentes. Para las mujeres, la siguiente franja etaria con mayor prevalencia es la de 65 y más años tanto en trastornos por ansiedad (19,7% de los casos) como por estado de ánimo (28,6%). En el caso de los hombres, tras la franja de 45 a 64 años, le sigue para el trastorno de ansiedad, la de 20 a 44 años (10,6% hombres atendidos), y para el trastorno de estado de ánimo, la de 65 y más años (8,7% sobre el total de pacientes). Las mujeres atendidas con un diagnóstico de trastorno de conducta alimentaria a lo largo de 2022 ascienden al 82,5% frente al 17,5% de los hombres. Llama la atención como el grupo etario con mayor porcentaje de personas diagnosticadas (37,8%) es el relativo a mujeres de entre 20 y 44 años, siendo los hombres en la misma franja de edad un 5%.

En cuanto a los trastornos mentales de inicio en la infancia y adolescencia, estos tienen una entidad propia diferenciada del mundo adulto, lo que implica tener patrones de edad diferentes. De esta manera, de las 76.701 personas con diagnóstico de este trastorno en el año 2022, más del 50% son chicos y chicas de entre 0 y 19 años. Por otro lado, considerando el sexo, la suma total de hombres atendidos durante el año 2022 es del 67,2%, de los cuales el 40% son niños de entre 0 y 19 años, frente a un 16,6 % de niñas en la misma franja etaria.

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



	2017 Mujeres	2017 Hombres	2021 Mujeres	2021 Hombres
Total consultas Unidades Salud Mental Comunitaria	51,9%	48,1%	53,9%	46,1%
Total consultas Unidades Salud Mental Infanto-Juvenil	32,9%	67,1%	42,5%	57,5%
Estancias Unidades de hospitalización de Salud Mental	46,0%	54,0%	48,4%	51,6%

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

La red de recursos destinados a la atención de personas con problemas de salud mental está compuesta por: Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC), Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ), Unidad de Rehabilitación de Salud Mental (URSM), Hospital de Día de Salud Mental (HDSM), Unidades de Hospitalización de Salud Mental (UHSM), Comunidad Terapéutica de Salud Mental (CTSM), Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA). Distribuidos por toda la geografía andaluza, ofrecen una atención especializada e integral a las personas que padecen problemas de salud mental en esta Comunidad.

En el gráfico se muestra el total de consultas recibidas por mujeres y hombres en los dispositivos de la red asistencial que cuentan con mayor número de personas atendidas. Es importante tener en cuenta que, en el total de consultas llevadas a cabo, se encuentran las primeras consultas procedentes de primaria y/o atención especializada, las llamadas telefónicas, la elaboración de informes, las sesiones de grupo, los seguimientos de cada disciplina, en definitiva, todas aquellas actuaciones que pueda recibir una persona usuaria de los servicios sanitarios de salud mental.

Las Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC) 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. Se observa que no existen diferencias significativas en cuanto a las consultas entre hombres y mujeres, sin embargo, es algo superior el porcentaje de mujeres los años analizados (51,9% en 2017 y 53,9% en 2021).

En relación con las personas atendidas en estos dispositivos, en 2017 fueron atendidas un total de 263.209 personas, siendo 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 57,3% fueron pacientes mujeres.

Por su parte, las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) desarrollan programas especializados para la atención a la salud mental de la población infantil y adolescente, en régimen ambulatorio. En este dispositivo se observa en 2017 una marcada diferencia entre las consultas recibidas por los chicos (67,1%) y las recibidas por las chicas (32,9%), sin embargo, en 2021, aun siendo mayor el porcentaje de consultas recibidas por los chicos (57,5%) frente a las recibidas por las chicas (42,5%), se ha reducido la diferencia de género.

Respecto al número total de jóvenes andaluces atendidos en estos dispositivos el incremento no ha sido tan acentuado entre los dos años de la comparativa (un 3,5%), 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 (UHSM) son las que atienden las necesidades de hospitalización en salud mental en situaciones de crisis aguda. Los datos analizados hacen referencia al total de las estancias, es decir, la suma total de los días de todas las personas que han estado hospitalizadas en estas unidades del Servicio Andaluz de Salud.

Al contrario que en las unidades analizadas anteriormente, el número total de estancias en las unidades de hospitalización descendió en un 6,1% 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 sobre 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 anualmente, 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 2022 se produjeron 18.205 admisiones, 967 más respecto al año 2021, las mujeres admitidas a tratamiento representan el 18,7%, porcentaje muy inferior respecto al de hombres (81,3%), aunque algo mayor que en el año 2021 (18,5%).

En cuanto a las sustancias psicoactivas que motivan la demanda de tratamiento, tras tres años consecutivos en los que la cocaína había sido la sustancia que más admisiones había motivado, en 2022 el alcohol ocupa el primer lugar con un 29% del total de las admisiones de ese año (28,5% en 2021), siendo la primera causa de admisión para mujeres (34,4% del conjunto de admisiones de ellas y 27,7% de las de ellos).

En 2022 le siguen las admisiones por cocaína (28,9% sobre el total frente al 29,8% en 2021), siendo esta la principal causa de admisiones masculinas (30,9% y 20,1% de las femeninas).

Las siguientes sustancias que motivan el tratamiento para las mujeres son el cannabis (16,9% del total de admisiones femeninas), el tabaco (9,7%), la heroína y/o rebujao (8,7%) y los hipnosedantes que representan el 3,3%.

En el caso de los hombres, las sustancias que siguen a la cocaína y el alcohol son el cannabis (14,7%), la heroína y/o rebujao (14,1%) y el juego patológico, que representa para ellos un porcentaje mayor que para las mujeres (6,1% frente a 1,9%).

A continuación se ofrece un análisis de los perfiles de admisiones a tratamiento de una selección de sustancias:

CUADRO 3.8.6. Admisiones a tratamiento por consumo de drogas según sexo, variables demográficas y sustancia principal en Andalucía. Año 2022

	Heroína / Rebujao			Cocaína			MDMA y derivados		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
Nº de admisiones	297	2.086	2.383	684	4.574	5.258	4	26	30
Edad media	43,2	46	45,7	39,5	37,8	38	20,2	29,9	28,6
Nivel de estudios (%)									
Analfabetos	2,7	1,4	1,6	0,3	0,6	0,6	0,0	3,8	3,3
Enseñanza primaria incompleta	29,0	29,6	29,5	18,0	18,2	18,2	0,0	3,8	3,3
Enseñanza primaria finalizada	35,7	41,8	41,0	34,6	41,4	40,5	0,0	26,9	23,3
Enseñanza obligatoria (secundaria)	17,5	14,7	15,0	24,7	23,5	23,7	75,0	30,8	36,7
Ha finalizado Bachillerato o Ciclo formativo de Grado Medio	8,1	6,2	6,5	16,8	11,6	12,3	25,0	15,4	16,7
Ha finalizado Estudios Superiores	3,0	1,2	1,4	4,5	3,6	3,7	0,0	19,2	16,7
Desconocido	4,0	5,2	5,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0
Situación Laboral (%)									
Empleado	14,5	23,8	22,7	30,6	49,3	46,9	0,0	38,5	33,3
Desempleado	68,0	57,0	58,4	56,7	42,2	44,0	0,0	50,0	43,3
Otros	17,5	19,2	19,0	12,7	8,5	9,1	100,0	11,5	23,3
Modelo de convivencia en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)									
Solo/a	16,5	19,7	19,3	13,5	13,0	13,1	0,0	30,8	26,7
Únicamente con pareja	16,5	9,6	10,4	12,3	11,8	11,8	0,0	0,0	0,0
Únicamente con hijos/as	8,1	1,2	2,1	14,6	1,4	3,1	0,0	3,8	3,3
Con la pareja e hijos/as	11,4	14,3	13,9	18,4	26,5	25,5	0,0	3,8	3,3
Con la familia de origen	22,9	35,2	33,7	27,6	34,8	33,9	75,0	53,8	56,7
Otros	24,5	20,0	20,5	16,6	12,4	12,6	25,0	7,7	10,0

CUADRO 3.8.6. Admisiones a tratamiento por consumo de drogas según sexo, variables demográficas y sustancia principal en Andalucía. Año 2022 *(continuación)*

	Hipnóticos y sedantes			Cannabis			Alcohol		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
Nº de admisiones	112	177	289	573	2.169	2.742	1.171	4.105	5.276
Edad media	46	40	42,3	29	28,3	28,5	48,4	47,1	47,4
Nivel de estudios (%)									
Analfabetos	0,9	0,6	0,7	0,2	0,9	0,7	1,0	0,7	0,8
Enseñanza primaria incompleta	17,0	20,9	19,4	12,0	16,6	15,6	10,7	17,9	16,3
Enseñanza primaria finalizada	34,8	31,6	32,9	41,5	43,6	43,1	24,4	33,8	31,7
Enseñanza obligatoria (secundaria)	11,6	28,8	22,1	26,4	24,9	25,2	20,8	20,6	20,7
Ha finalizado Bachillerato o Ciclo formativo de Grado Medio	21,4	11,3	15,2	13,6	10,8	11,4	22,6	15,7	17,2
Ha finalizado Estudios Superiores	13,4	6,2	9,0	6,1	2,2	3,0	16,1	7,7	9,6
Desconocido	0,9	0,6	0,7	0,2	1,1	0,9	4,3	3,6	3,7
Situación Laboral (%)									
Empleado	20,5	23,7	22,5	22,0	28,8	27,4	39,5	47,6	45,8
Desempleado	54,5	57,6	56,4	45,9	41,3	42,2	43,2	35,0	36,8
Otros	25,0	18,6	21,1	32,1	30,0	30,4	17,3	17,4	17,4
Modelo de convivencia en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)									
Solo/a	17,0	18,6	18,0	9,6	10,9	10,6	19,6	20,6	20,4
Únicamente con pareja	20,5	7,3	12,5	9,9	6,3	7,0	16,1	14,8	15,1
Únicamente con hijos/as	11,6	1,7	5,5	9,1	0,8	2,6	15,5	2,6	5,5
Con la pareja e hijos/as	19,6	14,1	16,3	11,7	13,0	12,8	22,6	28,5	27,2
Con la familia de origen	24,1	39,0	33,2	44,5	53,6	51,7	15,5	24,6	22,6
Otros	7,2	19,2	14,6	15,1	15,4	15,2	10,7	8,9	9,2

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

En 2022, las mujeres admitidas a tratamiento presentan una media de edad mayor que la de los hombres (42,7 y 40,4 años respectivamente), al igual que en 2021 (41,8 para ellas y 39,4 para ellos).

Incorporando al análisis el tipo de sustancia que motiva el tratamiento, en todas las sustancias, salvo en heroína/rebujao y MDMA y derivados, las mujeres tienen mayor media de edad cuando acceden al tratamiento. La mayor brecha entre mujeres y hombres se observa en 2022 en esta última, ya que la media de edad de ellas es de 20,2 años y la de ellos, de 29,9 años, (diferencia de 9,7 años). Le siguen las admisiones por hipnóticos y sedantes, donde la brecha de género en la media de edad es de 6 años (46 años las mujeres y 40 los hombres).

Las mujeres admitidas a tratamiento por cocaína presentan una media de edad algo mayor que la de los hombres (39,5 y 37,8 años respectivamente). En las admisiones por alcohol, las mujeres tienen 1,3 años más de media que los hombres (48,4 años ellas y 47,4 ellos). Por cannabis no existe diferencia significativa entre mujeres y hombres (29 y 28,3 años respectivamente). En las admisiones a tratamiento por heroína/rebujao, son los hombres (46 años) los que tienen una mayor media de edad que las mujeres (43,2 años), siéndo la brecha de género de 2,8 años.

Respecto a la situación laboral, excepto para la cocaína y el alcohol, el desempleo es la situación laboral más habitual. En el caso de las mujeres, las tasas de desempleo más altas se encuentran en las admitidas a tratamiento por heroína/rebujao (68% ellas y 57% ellos) y cannabis (un 45,9% femenino frente al 41,3% masculino). Los hombres presentan mayores porcentajes de desempleo cuando son admitidos a tratamiento por hipnóticos y sedantes (57,6% hombres y 54,5% mujeres).

Entre las admitidas por alcohol son empleadas la mayoría (45,8%), un 47,6% entre los hombres y un 39,5% entre las mujeres. Estar empleado o empleada también es la situación principal de las personas admitidas a tratamiento por cocaína (46,9%), más en el caso de los hombres (49,3%) que de las mujeres (30,6%).

En relación al nivel de estudios, entre las personas admitidas a tratamiento por MDMA y derivados se encuentran los porcentajes más elevados de personas con estudios superiores (16,7%), seguidas de las personas admitidas por alcohol (9,6%) e hipnóticos y sedantes (9%). También 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 las adicciones con sustancia, excepto en MDMA y derivados, en los que los hombres admitidos con este nivel de estudios alcanzan una mayor proporción.

Analizando el modelo de convivencia de las personas admitidas a tratamiento, el denominado únicamente con hijas e hijos, es más elevado entre las mujeres que entre los hombres con independencia de la sustancia. En el caso de la convivencia con la familia de origen, es 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.

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

Consejería de Salud y Consumo

El análisis general de la actividad realizada por el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SAS), permite observar que no hay diferencias de género en las patologías que causan un mayor número de estancias, excluidas las obstétricas. Dicho análisis, permite identificar una distribución por género, diagnóstico principal y volumen de estancias hospitalarias.

Desde 2016 la nueva clasificación de enfermedades y diagnósticos principales se hace según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE10. De manera que, en referencia a las enfermedades cardíacas, se analizan de forma independiente las enfermedades cardíacas hipertensivas con insuficiencia cardiaca de las insuficiencias cardíacas no especificadas.

Por tanto, para poder realizar la comparación de los años 2012 y 2022 se recurre a las tres enfermedades más frecuentes: infecciones e inflamaciones pulmonares, insuficiencia cardíaca y a otra neumonía.

En 2022, en Andalucía, el número de estancias hospitalarias resultante de estas tres enfermedades ha sido de 391.812, lo que supone 140.419 más que en 2012 (55,9%). Por sexo, la distribución en 2022 es de un 46,3% por parte de las mujeres y un 53,7% por parte de los hombres. Se observa que en el caso de ellas, las estancias totales han aumentado 61.156 en la década y en los hombres, 79.263, lo que ha significado unas tasas de variación del 50,8% y 60,5% respectivamente.

El mayor número de estancias se han producido por causa de infecciones e inflamaciones pulmonares mayores (188.759), seguidas de las producidas por insuficiencia cardiaca (123.644) y finalmente, por otra neumonía (79.409).

Las estancias hospitalarias por infecciones e inflamaciones pulmonares mayores en Andalucía se han quintuplicado en 2022 con respecto a 2012 y se ha posicionado como la causa más frecuente de las estancias hospitalarias. De esta manera, se ha pasado de 37.445 estancias en 2012 a 188.759 en 2022, lo que supone un incremento del 404%.

Por otra parte, se observa que una mayor proporción de hombres (58,4%) que de mujeres (41,6%) han estado ingresados en 2022 por esta causa, situación que ya ocurría en 2012 (62,6% y 37,4% respectivamente). Sin embargo, ampliando el marco temporal de análisis, la variación entre 2012 y 2022 del número de estancias es mayor en las mujeres, con un 461,6% (13.986 y 78.542 respectivamente) mientras que para los hombres ha sido de un 369,8% (23.459 en 2012 y 110.217 diez años más tarde).

El incremento observado evidencia el impacto que la pandemia por SARS-CoV-2 ha tenido en el ámbito de hospitalización en Andalucía. Su alto grado de contagio y la rápida propagación de la enfermedad, junto con su tendencia a causar neumonía grave especialmente en las personas mayores requiriendo hospitalización, es la consecuencia del aumento de enfermedades respiratorias. Además este incremento se ha debido a la utilización del código correspondiente a esta patología (GRD137) para los ingresos ocasionados por la pandemia de COVID-19. Hace una

década este código explicaba principalmente los ingresos ocasionados por afectación pulmonar relacionada con hábitos tóxicos como el tabáquico, patología pulmonar profesional o por agentes ambientales.

La segunda causa más numerosa de estancias hospitalaria en 2022 es insuficiencia cardíaca, con 123.644 estancias. En 2012 este diagnóstico era la principal causa de ingreso causando 126.571 estancias, el 50,3% de las producidas por las tres enfermedades analizadas. En la década se ha producido un descenso de estancias por esta patología de un 2,3%. La distribución por sexo para esta enfermedad se mantiene en torno al 45% en hombres respecto al 55% en las mujeres. De esta manera, en 2012 la proporción de mujeres era de un 56,9% y pasa a un 54,8% diez años más tarde (descenso de estancias de un 5,9%), Las estancias masculinas en 2012 eran del 43,1% y se elevan a 45,2% en 2022 (aumento de 2,4% en la década). El riesgo de desarrollar insuficiencia cardíaca en las mujeres se incrementa con la edad y llega a ser más frecuente en mujeres que en hombres por encima de los 79 años.

Las estancias hospitalarias por otra neumonía ocupan el tercer lugar y han disminuido ligeramente en los dos años analizados. En 2012, en Andalucía, se registraron 87.377 estancias frente a 79.409 en 2022, produciéndose una disminución de un 9,1% en la década. Por sexo, las estancias por este grupo de patologías en 2022 corresponden un 55,7% a hombres frente al 44,3% de mujeres. Se observa que mientras que en los hombres ha habido un decremento del 16,6% en la década (53.068 estancias en 2012 y 44.244 en 2022), para las mujeres se produce un incremento de un 2,5% (34.309 y 35.165 respectivamente).

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 las 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 centros demandando dicha atención o la requieren a domicilio, o bien a solicitud de los servicios de urgencias y emergencias.

En Andalucía, durante el año 2022 se atendieron un total de 6.643.000 urgencias. En relación con el año 2021, se observa un crecimiento del 21,2% en el número de episodios urgentes en su conjunto (5.479.383). 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.

Analizando su distribución por sexo, el 54,1% (3.592.456) corresponden a urgencias atendidas a mujeres frente al 45,9% (3.050.544) de hombres. Esto ha supuesto un incremento de la proporción de mujeres de 0,2 puntos porcentuales con respecto a 2012 (53,9% y 46,1% ellos).

En cuanto al lugar de atención, las urgencias atendidas en el centro de salud son mayores a las realizadas en el domicilio (6.462.153 frente a 180.847 respectivamente), en una proporción de 97,3% frente a 2,7%. En ambos ámbitos de atención predomina el sexo femenino, pero dentro

de los márgenes de equilibrio. De esta manera, en el caso de las urgencias de atención primaria atendidas en el centro de salud, en 2022 la distribución por sexo es de un 54% mujeres y 46% hombres. Y en las urgencias domiciliarias, la atención a las mujeres ocupa el 55,8% frente al 44,2% en el caso de los hombres.

En comparación con 2021, las urgencias atendidas en el centro de salud han aumentado tanto para hombres como para mujeres (22% y 22,8% respectivamente), sin embargo, las realizadas en domicilio han disminuido también para ambos sexos (10,6% para hombres y 9,8% para mujeres).

A pesar del análisis anterior, no se puede afirmar de manera categórica que las mujeres son más frecuentadoras que los hombres, ya que se puede dar el caso de que una misma usuaria acumule varios episodios de atención urgente. La distribución por sexo de la población andaluza (50,8% mujeres y 49,2% hombres), puede influir en mayores cifras de personas del sexo femenino con episodios de atención urgentes. Por otra parte, la población de Andalucía de 65 y más años se distribuye en un 56,3% mujeres y el 43,7% hombres, con una mayor esperanza de vida por parte del 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.

El análisis de las urgencias de Atención Hospitalaria muestra que su número ha ido aumentando a lo largo de los años. En 2022 en Andalucía se han registrado 5.786.659 urgencias hospitalarias en los centros públicos del Servicio Andaluz de Salud. Si se compara con las cifras de 2012 (3.235.727), ha habido un incremento de un 78,8%, lo que se traduce en 2.550.923 episodios más. Con respecto a los totales de 2021, también ha habido un aumento de 1.630.546 episodios, lo que supone variación del 39,2%.

La distribución por sexo señala que las urgencias de Atención Hospitalaria de 2022 correspondieron en un 53,8% (3.110.619) a mujeres y en un 46,2% (2.672.663) a hombres, lo que supone una brecha de 7,6 puntos porcentuales. Esta distribución es similar a la encontrada tanto el año anterior (53,7% y 46,3% respectivamente) como diez años antes (54,3% ellas y 45,7% ellos en 2012).

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 mediante las recetas prescritas por el personal facultativo y dispensadas en las oficinas de farmacia. El análisis de género permite conocer las diferencias de consumo farmacéutico de mujeres y hombres.

En 2022, fueron prescritas y dispensadas 209.159.023 recetas, de las cuales el 58,7% correspondieron a mujeres (122.880.642) y el 41,3% a hombres (86.278.642). Esto supone una brecha de género de 17,4 puntos, disminuyendo 1 punto porcentual respecto al año 2021, ya que la distribución fue de 59,2% de mujeres y 40,8% de hombres. Esta diferencia entre mujeres y hombres también se observa en los datos de actividad asistencial en Atención Primaria, nivel en el que se prescribe el mayor número de recetas.

3.8.10. Mortalidad prematura sensible a la prevención y atención sanitaria

Consejería de Salud y Consumo

Para este análisis 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 sanitaria[20]. Estos indicadores (denominados en origen como *avoidable mortality*) incluyen las defunciones ocurridas antes de los 75 años (rango: 0-74) 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 aquellas que 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.

Ambas tasas 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. Sin embargo, no debe perderse 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.

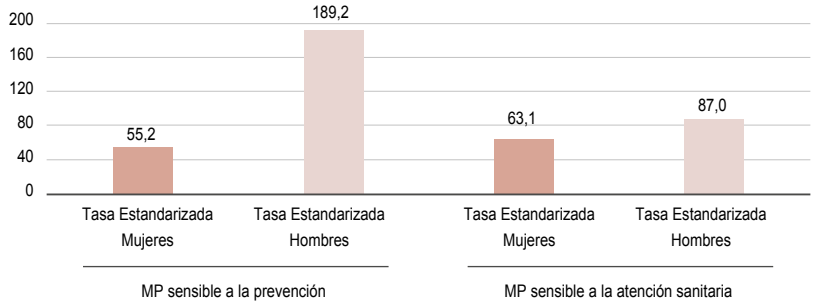
En Andalucía, en 2021 se produjeron 9.167 defunciones prematuras por causas sensibles a la prevención, de las cuales un 76% correspondieron a hombres y un 24% a mujeres. Por su parte, las defunciones por causas sensibles a la atención sanitaria sumaron 5.610, con una distribución equilibrada (56% en hombres y 44% 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 3,4 para la Mortalidad Prematura Sensible a la Prevención y de 1,4 para la Mortalidad Prematura Sensible a la Atención Sanitaria.

Las tasas de mortalidad potencialmente evitable más bajas por parte de las mujeres que de los hombres pueden estar relacionadas en parte con la adopción de estilos de vida más saludables, incluyendo el autocuidado; como se observa, la diferencia entre sexos es mayor en la mortalidad sensible a la prevención que en la sensible a la atención sanitaria. Un reciente estudio 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 (de 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)[21].

20. 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 / Eurosat, 2022. Disponible en: http://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf

21. Kiadalari 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.

GRÁFICO 3.8.10. Tasa estandarizada de mortalidad prematura sensible a la prevención y a la atención sanitaria según sexo en Andalucía. Año 2021



Nota: Tasa estandarizada por edad (por 100.000 personas/año). MP: Mortalidad prematura.
Fuente: Consejería de Salud y Consumo e Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA). Sistema de Información de Mortalidad por Causas.

Según los datos de Eurostat para el año 2020 (últimos publicados)[22], 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 Unión Europea, sobre todo en el caso de las mujeres, ocupando España el tercer lugar con la tasa más baja en Mortalidad Prematura Sensible a la Atención Sanitaria y el sexto lugar en la Mortalidad Prematura Sensible a la Prevención. Las tasas de Andalucía en 2021 fueron más altas que las publicadas para España por la OCDE en 2017[23], 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 Jaén, Almería, Huelva y Cádiz en los hombres, y Almería, Huelva, Cádiz y Málaga en las mujeres. Para la Mortalidad Prematura Sensible a la Atención Sanitaria, las tasas más altas en los hombres fueron las de Sevilla, Almería y Cádiz, y en las mujeres, las de Cádiz, Granada y Almería.

3.8.11. Tasa de muertes por suicidio

Consejería de Salud y Consumo

Según los últimos datos oficiales definitivos de mortalidad correspondientes a 2021, en España se produjeron un total de 4.003 defunciones por suicidio, 849 de las cuales ocurrieron en la población de Andalucía (21,2% sobre el total de España).

En Andalucía, estas muertes correspondieron en un 77,9% a hombres (661) y un 22,1% (188) a mujeres. La tasa estandarizada de mortalidad por suicidio en Andalucía en 2021 por 100.000 personas fue de 16,2 para los hombres y de 4,2 para las mujeres, con una razón de tasas entre sexos de 3,9.

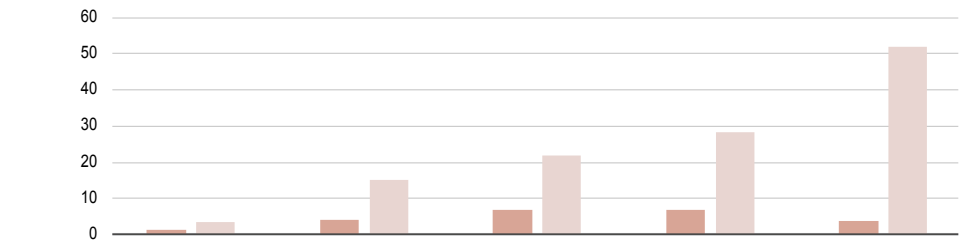
22. Eurostat. Preventable and treatable mortality statistics. Disponible en: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventable_and_treatable_mortality_statistics.

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

Las últimas tasas estandarizadas de suicidios publicadas por Eurostat datan de 2020 y muestran que la tasa de España estuvo por debajo de la media Europea (UE-27), ocupando el quinto lugar, con la tasa más baja en los hombres, y el décimo en las mujeres.

La comparativa de los datos de mortalidad por suicidios del último año disponible en relación con años anteriores muestra que en Andalucía las tasas estandarizadas de suicidios por edad siguieron una tendencia descendente desde principio del siglo XXI hasta 2019 en ambos sexos, si bien de forma más acusada en los hombres[24]. Sin embargo, en 2020 se produjo un aumento de la tasa de suicidios en Andalucía en relación con 2019, tanto en hombres (11,5 en 2019 y 14,4 en 2020) como en mujeres (3,8 y 4,8 respectivamente). En 2021, la mortalidad por suicidio vuelve a aumentar en los hombres, pasando la tasa estandarizada de 14,4 por 100.000 en 2020 a 16,2 en 2021; mientras que en las mujeres, se produce un ligero descenso, pasando de 4,8 a 4,2.

GRÁFICO 3.8.11. Tasa bruta de muertes por suicidio según sexo y edad en Andalucía. Año 2021



	Hasta 29 años	De 30 a 44 años	De 45 a 64 años	De 65 a 84 años	De 85 y más años
Mujeres	1,2	4,0	6,7	6,8	3,5
Hombres	3,3	15,2	21,8	28,3	51,9

Nota: Tasa por 100.000 personas/año.
Fuente: Consejería de Salud y Consumo. Sistema de Información de Mortalidad por Causas.

En Andalucía, la tasa bruta de muertes por suicidios (tasa por 100.000 personas/año) se incrementa con la edad, lo que es mucho más evidente en los hombres. De esta manera, estos pasan de una tasa de 3,3 por 100.000 en menores de 30 años a 51,9 en los mayores de 84 años. En el caso de las mujeres, se observan tasas inferiores a las masculinas en todos los grupos de edad, siendo de 1,2 por 100.000 en menores de 30 años y alcanzando el máximo (6,8) en el grupo de 65 a 84 años. La comparativa de las tasas brutas de muertes por suicidio por grupos de edad entre 2021 y 2020 muestra que en el caso de los hombres se produce un incremento en todos los grupos de edad, salvo en los más jóvenes (menores de 30) y más mayores (85 y más años). El mayor incremento se observa en la franja etaria de 45 a 65 años, cuya tasa pasa de 17,7 por 100.000 personas en 2020 a 21,8 en 2021. Sin embargo, en las mujeres descienden ligeramente los suicidios en la mayoría de los grupos de edad, excepto en la franja de edad de 30 a 44 años (3,5 por 100.000 personas en 2020 y 4 en 2021).

24. 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 2021, las tasas brutas de mortalidad por suicidio en los hombres fueron más altas en Andalucía que en España en todos los grupos de edad, salvo en los menores de 30 años (3,5 por 100.000 en España), con las mayores diferencias en el grupo de 65 a 84 años (razón de tasas de 1,5 entre ambos territorios). Las diferencias fueron menores en el caso de las mujeres, siendo las tasas más bajas en Andalucía que en España en las menores de 30 años (1,2 por 100.000 y 1,3 respectivamente) y en las mayores de 84 años (3,5 sobre 100.000 en Andalucía y 5,6 en España), y más altas en el resto de grupos de edad, con la máxima diferencia en el grupo de 65 a 84 años (razón de tasas de 1,14 entre territorios).

3.8.12. Tasa estandarizada de mortalidad según sexo y principales causas

Consejería de Salud y Consumo

Las últimas estadísticas oficiales de mortalidad, facilitadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y por el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA) corresponden a 2021. El indicador más adecuado para poder comparar distintas poblaciones o la misma población en diferentes momentos del tiempo, es la tasa de mortalidad estandarizada por edad, ya que evita la influencia de los cambios de la estructura etaria de las poblaciones.

Tanto en 2020 como en 2021, dado el importante incremento de las defunciones debido a la pandemia de COVID-19, a los habituales primeros seis grupos de causas de muerte (circulatorias, tumores, respiratorias, digestivas, sistema nervioso y causas externas) se ha sumado el grupo de las enfermedades infecciosas. Como prueba de ello, en ambos años, el 85% las muertes por causas infecciosas correspondieron al COVID-19 (confirmado o sospecha). De las 6.701 muertes por COVID-19 ocurridas en Andalucía en 2021 (6.627 confirmado y 74 sospecha), 3.826 se dieron en hombres (57,1%) y 2.875 en mujeres (42,9%), suponiendo un 9,3% y 7,5% del total de defunciones respectivamente para cada sexo. Un 15% de las muertes por COVID-19 se dieron en personas menores de 65 años y un 85% en el grupo de mayor edad.

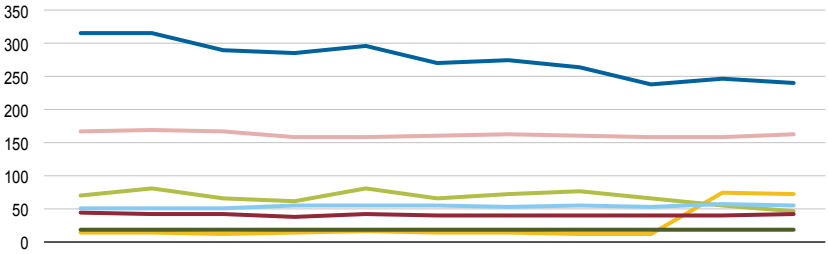
En 2021, en Andalucía, los siete principales grupos de causas sumaron 35.713 defunciones en los hombres (87% del total de defunciones por todas las causas) y 30.691 en las mujeres (80% del total). Atendiendo a las tasas de mortalidad estandarizadas según las principales causas de muerte (grandes grupos de causas de la CIE-10; tasas por 100.000 personas-año), en 2021, la primera causa de muerte fueron las enfermedades del sistema circulatorio en las mujeres (238,1) y los tumores en los hombres (324,9).

La segunda causa fueron los tumores en las mujeres (160,7) y las enfermedades circulatorias en los hombres (316,8), cuya tasa es muy cercana a la producida por enfermedades circulatorias. El tercer lugar lo ocuparon las enfermedades infecciosas en ambos sexos (tasas estandarizadas de 127,7 para ellos y 70,7 para ellas). La mortalidad en estos siete principales grupos de causas fue siempre más alta en los hombres que en las mujeres, exceptuando en el grupo de las enfermedades del sistema nervioso, donde ellas presentan una mayor tasa estandarizada (55,1 y 54 ellos) aunque sin diferencias significativas por sexo.

Analizando las defunciones por provincias, la tasa estandarizada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio 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 esta causa en ambos sexos. Este patrón occidental también se dio en la mortalidad por

tumores en los hombres, con la tasa más alta en Huelva, seguida de Sevilla y Cádiz; mientras que en las mujeres las tasas más altas se dieron en Cádiz y Almería.

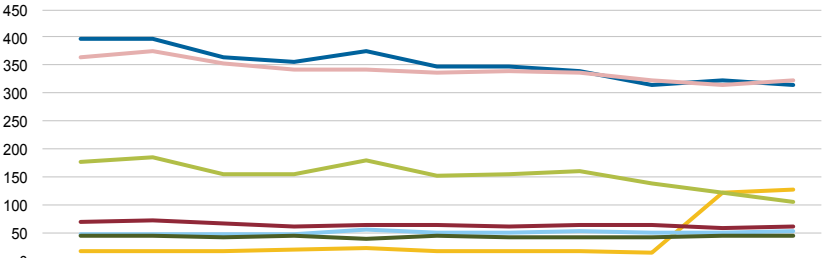
GRÁFICO 3.8.12.1. Tasa estandarizada de mortalidad en mujeres según las principales causas en Andalucía. Periodo 2011 - 2021



	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Circulatorias	313,7	311,7	287,1	283,2	292,7	268,8	272,8	262,1	235,1	243,7	238,1
Tumores	166,2	168,0	164,6	156,3	157,1	158,6	160,4	159,6	157,0	157,0	160,7
Infecciosas	13,0	13,3	12,4	13,7	16,2	14,4	14,0	12,1	11,6	73,4	70,7
Respiratorias	69,0	78,9	64,9	61,6	79,9	64,8	72,1	75,8	65,0	53,8	45,2
Digestivas	42,7	42,3	40,6	37,9	40,8	39,2	39,6	40,1	40,0	38,5	40,9
Sistema nervioso	49,0	51,0	49,2	53,4	55,0	53,7	52,2	54,0	51,7	55,3	55,1
Causas externas	17,5	17,1	17,4	17,4	17,8	18,1	18,8	18,6	17,4	17,8	18,0

Fuentes: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA) y Consejería de Salud y Consumo. 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 - 2021



	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Circulatorias	399,8	398,0	365,0	358,1	376,1	349,4	349,9	341,9	315,5	324,7	316,8
Tumores	366,8	375,9	355,8	345,4	344,4	337,4	341,1	337,3	326,0	317,4	324,9
Infecciosas	19,6	17,8	18,4	20,9	23,7	19,8	18,5	18,2	17,2	124,5	127,7
Respiratorias	178,2	187,0	157,4	155,8	181,1	154,9	157,1	162,3	140,6	124,6	108,1
Digestivas	71,2	73,3	67,8	62,9	65,2	66,0	63,3	66,3	66,1	61,2	63,0
Sistema nervioso	47,7	49,9	48,1	49,8	56,7	52,8	51,6	53,9	51,1	52,2	54,0
Causas externas	45,7	45,9	44,1	45,2	41,8	45,6	44,5	44,3	42,4	46,1	46,9

Fuentes: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA) y Consejería de Salud y Consumo. Sistema de Información de Mortalidad por Causas.

En la comparativa con la media a nivel nacional, en 2021 Andalucía presentó tasas más bajas de mortalidad por causas externas en las mujeres (razón de tasas entre ambos territorios de 0,9) y similares en los hombres (razón de tasas de 1). Sin embargo, en todas las demás causas, la mortalidad fue más alta en Andalucía que en España, con las menores diferencias en los tumores (razón de tasas de 1,03 en mujeres y 1,05 en hombres); y las mayores en las enfermedades del sistema circulatorio en ambos sexos (razón de tasas de 1,4 para ellas y 1,2 para ellos). Así, cabe resaltar que la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio fue un 36,4% superior en las mujeres andaluzas y un 20,8% en los hombres andaluces respecto a la media española. En las enfermedades del sistema digestivo, Andalucía tuvo una sobremortalidad respecto a España de un 27,1% en las mujeres y un 18,3% en los hombres; y en las enfermedades del sistema de nervioso, del 26,6% en ellas y del 14,8% en ellos.

Ampliando la comparación a 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 2020), 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 son similares a 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 distintas causas en términos de años potenciales de vida perdidos (APVP), en Andalucía en 2021, 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, en la que la tasa estandarizada de APVP de los hombres casi cuadriplica la de las mujeres, seguida de las enfermedades del sistema circulatorio.

Los tumores fueron la causa de mayor impacto en los años potenciales de vida tanto en hombres como en mujeres (1.123,7 y 860,1 respectivamente en la tasa estandarizada de APVP). Las causas externas (761,4) y las enfermedades circulatorias (726,9) fueron las siguientes, en este orden en los hombres y al contrario en las mujeres (226,1 las circulatorias y 191,3 las causas externas). En 2021, el cuarto lugar lo ocuparon las enfermedades infecciosas (principalmente por COVID-19) en ambos sexos (345 para ellos y 162,9 para ellas).

Realizando un análisis de la década 2011-2021 en Andalucía, 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 en 2020. Sin embargo, en 2021 se produce un descenso, aunque sigue estando por encima de lo esperado considerando la línea de tendencia previa. De hecho, un estudio que compara la mortalidad esperada en el bienio 2020-2021 (según la tendencia anterior) con la mortalidad observada, pone de manifiesto que en este bienio se produjo en Andalucía un exceso de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio de en torno al 5,3% en los hombres y 7,1% en las mujeres[25]. Esto puede

25. Del Río García V, Márquez Calderón S. Mortalidad durante los dos primeros años de la pandemia de COVID-19 en Andalucía. Cambios y variabilidad entre distritos. Sevilla: Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía, 2023. Disponible en: https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/servicios/estadistica-cartografia/actividad/detalle/72426/422938.html

estar relacionado con la pandemia por SARS-CoV-2, dado que diversas investigaciones han puesto de manifiesto la relación entre la COVID-19 y la enfermedad cardiovascular[26], así como con la sobrecarga de los servicios sanitarios durante la pandemia, que ha podido contribuir de forma indirecta a la mortalidad[27].

Por su parte, la mortalidad por tumores en Andalucía ha seguido una tendencia ligeramente descendente en los hombres y en las mujeres durante el siglo XXI, si bien a un ritmo bastante más lento en las mujeres[28]. En los dos últimos años se aprecia un cierto estancamiento de esta tendencia. Finalmente, la mortalidad por enfermedades digestivas, del sistema nervioso y causas externas también se ha mantenido relativamente constante en los últimos años para ambos sexos. Cabe destacar que la mortalidad por enfermedades respiratorias, que había sufrido pocos cambios en este periodo, en los últimos años presentó un descenso tanto en hombres como en mujeres, que puede en parte estar relacionado con las medidas de aislamiento y protección durante la pandemia. De igual manera, las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas, habitualmente bajas, se incrementan de forma importante en 2020 y 2021 debido a la COVID-19, pasando a ser el tercer gran grupo de causas de muerte en esos años.

26. 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.

27. Clarke JM, Majeed A, Beaney T. Measuring the impact of covid 19. BMJ 2021; 373 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.n1239.

28. Villalobos Herrera S, Márquez Calderón S. Mortalidad por tumores en el siglo XXI: Diferencias entre Andalucía y España. Sevilla: Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía, 2023. Disponible en: https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/servicios/estadistica-cartografia/actividad/detalle/72426/404116.html