

3.8. SALUD

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

Consejería de Salud y Familias

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.

Por este motivo, 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.

La EV 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 y nivel de dependencia⁸.

Los últimos datos oficiales definitivos son de 2017, si bien se dispone también de una estimación provisional para 2018. En 2017, la EV al nacer en Andalucía fue de 79,2 años para los hombres y de 84,4 para las mujeres, con una diferencia por tanto de 5,2 años entre ambos sexos. En cuanto a la EV a los 65 años, fue de 18,3 en los hombres y 21,7 en las mujeres (diferencia de 3,4 años). Los datos provisionales de 2018 son muy similares.

Al comparar las provincias andaluzas, las provincias occidentales presentaron en 2017 peores cifras de EV de vida al nacer (Sevilla y Cádiz fueron las provincias con EV al nacer más baja de Andalucía, tanto en hombres como en mujeres) y EV a los 65 años (Cádiz, Sevilla y Huelva). Esta desventaja de la EV en las provincias occidentales se viene poniendo de manifiesto en Andalucía desde hace años.

Los datos de EV del último año disponible cobran mayor significación en su comparación con años anteriores y con otros territorios, como se verá en los siguientes apartados.

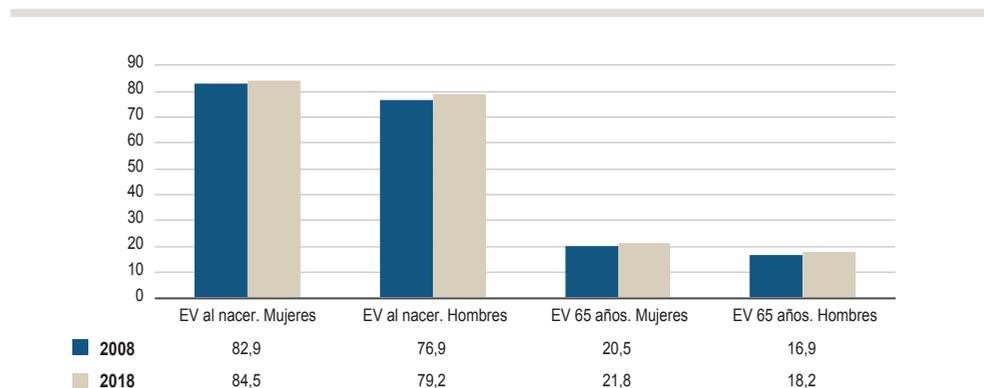
La tendencia creciente de la EV, tanto en hombres como en mujeres, está documentada en los países desarrollados desde hace más de un siglo. Primero se produjo una mejora en la mortalidad infantil y en población joven, y posteriormente, en las últimas décadas, mejoras en la mortalidad en la población mayor.

En Andalucía, entre 2008 y 2018, la EV al nacer ha aumentado 2,3 años en los hombres y 1,6 años en las mujeres; y la EV a los 65 años ha aumentado 1,3 años en ambos sexos. Sin

⁸ García González J.M. y Grande R. (2018), "Cambios en las diferencias por sexo en la esperanza de vida en España (1980-2012): descomposición por edad y causa". *Gaceta Sanitaria*, 32(2):151-157.

embargo, cabe subrayar aquí que se observa un cierto estancamiento en los últimos años en la EV al nacer: en los hombres ha sido de 79,2 años en los últimos tres años (2016 a 2018) y en las mujeres, desde 2014 a 2018 nunca ha sobrepasado los 84,5 años.

■ **GRÁFICO 3.8.1.** Esperanza de vida al nacimiento y a los 65 años según sexo en Andalucía. Años 2008 y 2018



Nota: Años de vida. Datos avance para 2018.

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

La diferencia en la esperanza de vida al nacimiento entre mujeres y hombres ha venido disminuyendo en la mayoría de los países desarrollados en al menos las últimas dos décadas, sobre todo por una mayor mejora en los hombres que en las mujeres. En Andalucía, si analizamos los últimos años, había una brecha de género de 6 años en la EV al nacer en 2008, que se ha reducido a 5,3 en 2018. Esta reducción no se observa en la EV a los 65 años, donde la brecha de género se ha mantenido prácticamente constante entre 2008 y 2018 (en torno a 3,6 años).

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 mayor disminución en la mortalidad de los hombres hasta los 74 años de edad, sobre todo por la mejora en la mortalidad masculina por VIH/sida, infarto agudo de miocardio y accidentes de tráfico⁹.

9 *Ibidem.*

Según Eurostat, la EV al nacer en la Unión Europea (UE-28 países) en 2017 fue de 83,5 años en las mujeres y de 78,3 años en los hombres. Según esta misma fuente, para 2017, España tuvo la EV al nacer más alta de la UE-28 en las mujeres (86,1 años) y ocupó el séptimo lugar en los hombres (80,6 años)¹⁰.

Al comparar los datos de Andalucía con la media de España en 2018 (datos del INE), se observa una clara desventaja de la esperanza de vida al nacer en Andalucía, con 1,4 años menos de EV al nacer en las mujeres y 1,3 en los hombres andaluces. Esta desventaja de Andalucía en relación a España se ha mantenido constante desde hace años, siendo exactamente igual en 2008 que en 2018. De hecho, Andalucía es la comunidad autónoma española con la EV al nacer más baja de España en 2018 en ambos sexos, con la única excepción de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, que presentaron cifras más bajas. Es más, todas las provincias andaluzas presentaron en las últimas estadísticas oficiales (2017) cifras de esperanza de vida al nacer por debajo de la media española.

En cuanto a la EV a los 65 años en 2018, la diferencia con la media española es también de 1,3 años en las mujeres, y algo menor (1 año) en los hombres; manteniéndose estas diferencias entre 2008 y 2018.

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

Consejería de Salud y Familias

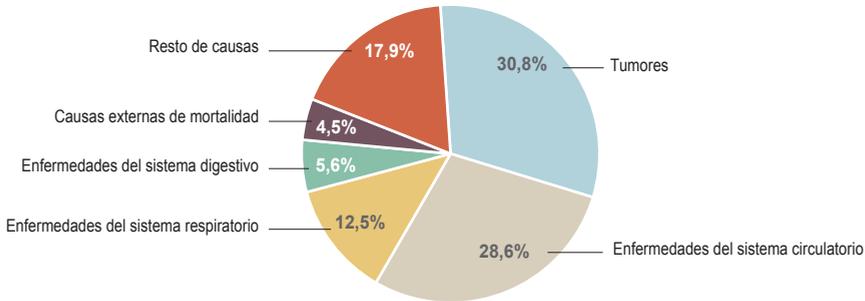
El último año de estadísticas oficiales de defunción, facilitadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y por el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA) es 2017. Atendiendo al porcentaje de defunciones por causas (grandes grupos de causas de la CIE-10), en los hombres la primera causa de muerte fueron los tumores y la segunda las enfermedades del sistema circulatorio; mientras que en las mujeres el orden de estas dos primeras causas fue el inverso. El tercer lugar lo ocuparon las enfermedades del sistema respiratorio en ambos sexos.

Sin embargo, en términos de tasas ajustadas por edad, las enfermedades del sistema circulatorio pasaron a ser la primera causa de muerte tanto en hombres como en mujeres, seguidas de los tumores y las enfermedades respiratorias en ambos sexos.

A partir de ahí, el orden de las tasas presentó algunas diferencias entre hombres y mujeres. Así, el cuarto lugar lo ocupó la mortalidad por enfermedades del sistema digestivo en los hombres y por enfermedades del sistema nervioso en las mujeres; y las causas externas ocuparon el sexto lugar de la mortalidad entre los hombres mientras que entre las mujeres estuvieron por debajo de otras causas como las enfermedades del sistema genitourinario y endocrino-metabólicas.

¹⁰ Los datos del INE para España en 2017 difieren ligeramente de los publicados por Eurostat, dando una EV al nacer de 85,7 años en las mujeres y 80,4 años en los hombres.

■ **GRÁFICO. 3.8.2.1.** Defunciones de hombres registradas en Andalucía según las principales causas (CIE 10^a). Año 2017

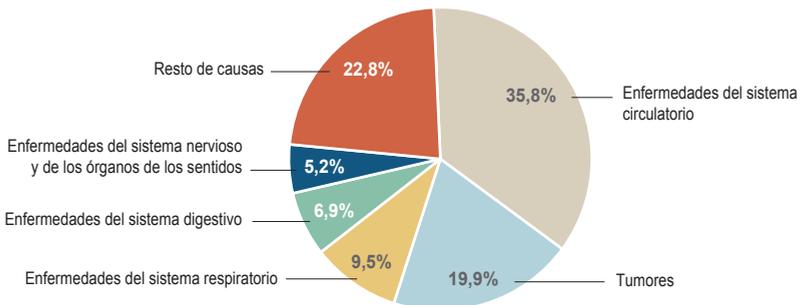


Fuente: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA). Estadísticas de mortalidad por causas en Andalucía.

En cuanto a la contribución de las causas en términos de años potenciales de vida perdidos (APVP), tanto en hombres como en mujeres, los tumores fueron la causa de mayor número de APVP, seguidos de las enfermedades circulatorias y las causas externas.

Entre 2012 y 2017, las tasas de mortalidad por enfermedades circulatorias han seguido una tendencia descendente en hombres y mujeres. La mortalidad por tumores ha descendido en los hombres y se ha mantenido prácticamente constante en las mujeres. La mortalidad por enfermedades respiratorias se ha mantenido constante en ambos sexos.

■ **GRÁFICO. 3.8.2.2.** Defunciones de mujeres registradas en Andalucía según las principales causas (CIE 10^a). Año 2017



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

En la comparativa sobre las tasas de mortalidad estandarizadas para los grupos de causas de defunción más frecuentes en España y Andalucía en 2017, Andalucía presenta tasas más altas que la media de España en las enfermedades del sistema circulatorio (22% y 37% superiores en hombres y mujeres respectivamente) y del sistema digestivo. En el resto de las causas las tasas son similares, e incluso algo más bajas en el grupo de causas externas.

La comparación con la Unión Europea (UE-28) en los tres grupos de causas más frecuentes, con los últimos datos que proporciona Eurostat (año 2016, tasas estandarizadas), muestra que tanto España como Andalucía se sitúan por debajo de Europa en las enfermedades del sistema circulatorio y en los tumores en ambos sexos, pero por encima en las enfermedades respiratorias.

Las causas de mortalidad varían con la edad, y en Andalucía cabe destacar también diferencias entre provincias.

En cuanto a la edad, la mortalidad infantil (menores de un año) obedece a causas perinatales y congénitas sobre todo, seguidas de las causas externas. La mortalidad en la población de 1 a 14 años es muy baja (120 defunciones en 2017, 72 en niños y 48 en niñas) y la razón de tasas entre sexos es de 1,42. La causa más frecuente en este grupo de edad fueron los tumores (28%), seguidas de las causas externas y del sistema nervioso.

En la población de 15 a 64 años la causa más frecuente de muerte son los tumores (en ambos sexos), seguidos de las enfermedades circulatorias y las causas externas. La razón de tasas entre hombres y mujeres fue superior a 3 en las enfermedades circulatorias, las causas externas y las enfermedades digestivas; sin embargo fue menor en los tumores (1,59).

Por último, en la población mayor de 64 años, la principal causa de muerte en ambos sexos fueron las enfermedades del sistema circulatorio, seguidas de los tumores y las enfermedades respiratorias. A diferencia de grupos más jóvenes, las causas externas tuvieron en las personas mayores menor importancia relativa (2,3% de las muertes en hombres y 1,8% en las mujeres). Las siguientes causas fueron las enfermedades del sistema digestivo y del sistema nervioso (en este orden en los hombres y en el inverso en las mujeres). En este grupo etario, las causas con mayor razón de tasas entre hombres y mujeres fueron los tumores (2,33) y con menor razón de tasas fueron las enfermedades del sistema nervioso (0,94) y del sistema circulatorio (1,20).

3.8.3. Defunciones registradas en Andalucía por causa de suicidio

Consejería de Salud y Familias

Los últimos datos oficiales definitivos de mortalidad son de 2017. En este año, hubo en España un total de 3.679 defunciones por suicidio, 692 de las cuales ocurrieron en la población de Andalucía (18,8% sobre el total de España).

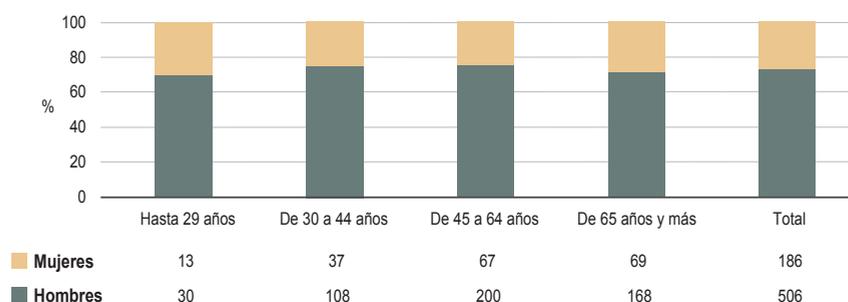
De las 692 muertes por suicidio en Andalucía, 506 fueron en hombres y 186 en mujeres. La tasa estandarizada de mortalidad por suicidio en Andalucía en 2017 por 100.000 personas fue de 13 en los hombres y 4,3 en las mujeres, es decir, se triplica en el caso de los hombres.

La frecuencia de suicidios se incrementa con la edad, siendo las tasas por 100.000 de 1,6 en menores de 30 años¹¹, 7,6 en el grupo de 30-44 años, 11,4 en el grupo de 45-64 años y 16,8 en el grupo de 65 y más años.

En un estudio sobre la distribución geográfica de la mortalidad por suicidio en Andalucía, con datos del periodo 2007-2011, se comprobó un patrón geográfico, con una concentración de las tasas más altas en la zona central y con las tasas más bajas en el litoral y la depresión bética¹².

Los datos de la mortalidad por suicidios del último año disponible cobran mayor significación en su comparación con años anteriores y con otros territorios, como se verá en los siguientes apartados. En Andalucía, la mortalidad por suicidios presenta una tendencia ligeramente descendente desde 1990 en ambos sexos.

■ GRÁFICO 3.8.3. Muertes por suicidio según sexo y franja de edad en Andalucía. Año 2017



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

Sin embargo, se observa un posible estancamiento a partir de 2012, si bien es necesario realizar análisis en mayor profundidad antes de extraer esta conclusión. De hecho, en la literatura científica existe cierta polémica sobre la evolución de la tasa de suicidios en España en los últimos años, sobre todo en los análisis para estudiar la relación con la crisis económica, sin que se llegue a resultados concluyentes.

Si comparamos las cifras por sexo entre 2016 y 2017, comprobamos que el incremento total de muertes por suicidio se ha debido al aumento en el grupo de mujeres, que pasa de 140 muertes en 2016 a 186 muertes en 2017 (un 32,9% más), mientras que en los hombres ha descendido; desde 528 en 2016 a 502 en 2017 (un 4,2% menos).

11 Una de las 43 muertes por suicidio ocurridas en el grupo de menores de 30 años fue en una persona menor de 15 años.

12 Alameda-Palacios J, Ruiz-Ramos M, García-Robredo B. (2015) "Mortalidad por suicidio en Andalucía: Distribución geográfica y relación con el uso de antidepresivos, la altitud y desigualdades socioeconómicas". *Rev. Esp. Salud Pública*; 89: 283-293.

Por grupos de edad, se mantiene la superioridad por muertes en el grupo de hombres, y se producen más muertes en los hombres en la franja de edad de 45 a 64 años, y en las mujeres en la franja de 65 años y más.

En 2017, respecto a 2016, en las mujeres se produce un incremento en todos los grupos de edad: 116,7% hasta 29 años (de 6 muertes en 2016 a 13 en 2017), 15,6% de 30 a 44 años (de 32 a 37 muertes), 13,6% de 45 a 64 años (de 59 a 67 muertes), 60,5% de 65 años y más (de 43 a 69 muertes); apreciándose los mayores incrementos, con gran diferencia, en los grupos de hasta 29 años y de 65 años y más. En el grupo de los hombres, desciende en las franjas, de 45 a 64 años, con un 6,1% menos (de 213 a 200 muertes), y en la de 65 años y más, con un 7,2% menos (de 181 a 168 muertes). Queda igual en la franja de hasta 29 años (30 muertes en ambos años), y tiene un ligero aumento en la de 30 a 44 años, un 3,8% más (de 104 a 108 muertes).

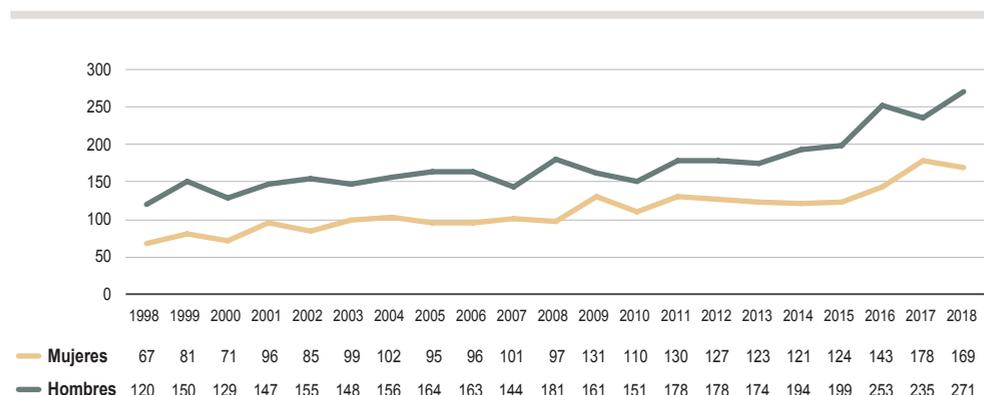
3.8.4. Donaciones de órganos registradas en Andalucía

Consejería de Salud y Familias

En el año 2018 se produjeron 271 donaciones de órganos en hombres fallecidos y 169 en mujeres fallecidas, cifras que se corresponden con el 61,6% y el 38,4% respecto al total de donantes registrados.

Las diferencias observadas entre varones y mujeres son algo superiores a las observadas en 2017, año en el que el 56,9% de los donantes fueron hombres y el 43,1% mujeres. Sin embargo, la media observada en Andalucía en los últimos 20 años es muy similar al dato observado en 2018, de modo que históricamente se observa que el 60,9% de los donantes de órganos fueron hombres y el 39,1% fueron mujeres.

GRÁFICO 3.8.4. Evolución de donantes de órganos según sexo en Andalucía. Período 1998-2018



Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Familias.

Finalmente, el dato observado en Andalucía en 2018 es muy similar al observado a nivel nacional, donde el 60% de los donantes de órganos fueron hombres y el 40% mujeres. Este dato refleja, la diferente tasa de mortalidad entre hombres y mujeres en condiciones de poder ser donantes, ya que las mujeres tienen una esperanza de vida al nacer superior a la de los hombres, o lo que es lo mismo, los hombres fallecen de media algunos años antes que las mujeres, lo que influye en la posibilidad de donación de órganos

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

Consejería de Salud y Familias

Para el análisis de realidad relativo al ámbito de las adicciones según sexo en Andalucía, se utilizan las encuestas de prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas realizadas a nivel nacional y autonómico, y en los indicadores obtenidos a través del Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas (SIPASDA).

En los datos extraídos de la última encuesta realizada a nivel nacional, EDADES, Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España 2017-2018, se observa que los hombres registran mayores prevalencias de consumo en todas las sustancias psicoactivas, a excepción de los hipnosedantes con o sin receta y los analgésicos opioides, sustancias que son consumidas en mayor medida entre las mujeres.

El alcohol es la sustancia que obtiene una mayor prevalencia tanto entre los hombres (93,6%) como entre las mujeres (88,8%), habiendo sido consumida alguna vez en la vida por la gran mayoría de la población de ambos sexos.

Es el cannabis la sustancia para la que se obtiene la mayor diferencia de prevalencia entre ambos sexos (el 43,6% de los hombres ha consumido cannabis alguna vez en la vida frente al 26,8% de mujeres), lo que se traduce en una diferencia de casi 17 puntos porcentuales.

También se registra un mayor porcentaje de hombres que ha consumido alguna vez en su vida cocaína polvo y/o base. Alrededor del 15% de hombres manifiestan haberla consumido frente al 5,9% de las mujeres. En 2017, respecto a 2015, se ha visto incrementado el consumo de esta sustancia psicoactiva tanto entre hombres como en mujeres.

Los hipnosedantes son la única sustancia consumida por una mayor proporción de mujeres que de hombres, siendo la diferencia entre ambos sexos de alrededor de 10 puntos porcentuales. Una de cada cuatro mujeres ha consumido alguna vez en su vida hipnosedantes, frente al 15,9% de los hombres que manifiestan haberlos consumido alguna vez.

Los datos expuestos confirman lo reflejado en análisis anteriores tanto a nivel nacional como en la Comunidad Autónoma. En la encuesta ESTUDES 2017, se refleja que el consumo de todas las drogas ilegales estaba más extendido entre los hombres y el de las drogas legales entre las mujeres. La edad media de inicio en el consumo de alcohol es a los 14 años y, de tabaco a los 14,1 años. La edad media del consumo de hipnosedantes ha caído ligeramente hasta los 13,7 años, continuando así el descenso iniciado en 2012. El consumo de cannabis comienza, por término medio, a los 14,8 años; el de cocaína y anfetaminas a los 15,1 años y el de éxtasis a los 15,2.

En la encuesta *La Población Andaluza ante las Drogas XIV 2017*, después del alcohol y el tabaco, las drogas con un uso más extendido en la población andaluza son el cannabis (29,2% de consumo alguna vez en la vida), la cocaína en polvo (7,5% alguna vez en la vida) y el MDMA (4,1% alguna vez en la vida). Los hombres presentan prevalencias de consumo más altas que las mujeres en prácticamente todas las sustancias analizadas. Las mujeres tienen prevalencias de consumo ligeramente más altas en los que se refiere a tranquilizantes e hipnóticos sin receta médica.

El indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias o conductas adictivas, es un indicador anual que refleja la prevalencia de la morbilidad asistida. Se define como el número de admisiones a tratamiento realizadas en los Centros de Tratamientos Ambulatorios por abuso o dependencia de cada una de las sustancias psicoactivas, que se recogen en la clasificación de sustancias adoptada por el Sistema Estatal de Información Permanente sobre Adicciones a Drogas (SEIPAD) y por dependencias sin sustancia. El indicador registra tanto a las personas admitidas anualmente a tratamiento por primera vez, como a las que han realizado tratamientos previos por la misma sustancia o adicción, o por otras.

CUADRO 3.8.5. Admisiones a tratamiento por consumo de drogas según sexo, variables demográficas y sustancia principal en Andalucía. Año 2018

	Heroína / Rebujaio			Cocaína			MDMA y derivados		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
Nº de admisiones	351	2.682	3.033	548	4.709	5.257	3	17	20
Edad media	41,9	42,8	42,7	36,6	35,2	35,3	19,7	30,4	28,8
Nivel de estudios (%)									
Analfabetos/as	2,8	2,1	2,2	0,7	0,7	0,7	0	0	0
Enseñanza primaria incompleta	28,8	34,9	34,1	17,8	21,3	21,1	33,3	23,5	25
Enseñanza obligatoria	55,6	51,8	52,3	61,8	63	62,8	66,7	41,2	45
Bacillerato o Ciclo Formativo de grado medio	8,8	6	6,3	14,8	10,2	10,7	0	35,3	30
Estudios Superiores	2	1,1	1,2	3,3	2,9	2,9	0	0	0
Otros	2,6	4,1	3,9	1,6	1,9	1,8	0	0	0
Situación Laboral (%)									
Empleado/a	12,2	22,2	21	26,15	42,5	40,8	33,3	35,3	35
Desempleado/a	74,3	63,1	64,4	61,5	47,9	49,3	66,6	47,1	50
Otros	13,5	14,7	14,6	12,4	9,6	9,9	0	17,6	15
Modelo de convivencia en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)									
Solo/a	18,2	16,5	16,7	10,8	10,8	10,8	0	17,6	15
Únicamente con pareja	23,7	10,5	11,9	12	11,3	11,3	0	5,9	5
Únicamente con hijos/as	7,4	1,6	2,3	12,6	1,6	2,8	0	0	0
Con la pareja e hijos/as	14	18,6	18	22,6	25,8	25,5	0	0	0
Con la familia de origen	18,5	33,7	32	27,9	34,4	33,7	100	41,2	50
Otros	18,2	19,1	19,1	14,1	16,1	15,9	0	35,3	30

	Hipnóticos y sedantes			Cannabis			Alcohol		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
Nº de admisiones	152	169	321	524	2.499	3.023	1.116	4.498	5.614
Edad media	49	39,8	44,2	26,3	26,8	26,7	47,4	45,7	46,1
Nivel de estudios (%)									
Analfabetos/as	1,3	2,4	1,9	0,4	0,9	0,8	0,5	0,9	0,8
Enseñanza primaria incompleta	24,4	27,8	26,1	14,8	20,4	19,5	16,2	21,5	20,4
Enseñanza obligatoria	46	50,3	48,3	67,6	66	66,3	45,2	54	52,3
Bacillerato o Ciclo Formativo de grado medio	15,1	11,8	13,4	12,6	8,9	9,5	20,3	12,9	14,4
Estudios Superiores	9,9	5,9	7,8	3,6	2,2	2,4	13,4	5,6	7,1
Otros	3,3	1,8	2,5	1	1,6	1,5	4,4	5,1	5
Situación Laboral (%)									
Empleado/a	28,2	20,1	24,1	15,9	22,6	21,5	30,4	41,5	39,3
Desempleado/a	45,4	57,4	51,7	46,5	43,4	43,9	47,5	38,4	40,2
Otros	26,4	22,5	24,2	37,6	34	34,6	22,1	20,1	20,5
Modelo de convivencia en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)									
Solo/a	15,2	17,7	16,4	8,4	8,1	8,1	20	18,9	19,2
Únicamente con pareja	23	13	17,8	8,4	6,7	7	17,6	13,8	14,5
Únicamente con hijos/as	11,8	2,4	6,9	6,3	0,7	1,7	14,8	2,6	5
Con la pareja e hijos/as	21,7	21,9	21,8	9,9	12,9	12,3	26,4	29,7	29
Con la familia de origen	17,1	24,3	20,9	51,7	54,6	54,1	13,4	24,4	22,2
Otros	11,2	20,7	16,2	15,3	17	16,8	7,8	10,6	10,1

Fuente: Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía

A través de este indicador se obtiene información sobre las características sociodemográficas y sanitarias y sobre las pautas de consumo de la población que es admitida a tratamiento en la Red Pública de Atención a las Adicciones (RPAA) en Andalucía.

El análisis de las admisiones a tratamiento en 2018 por las sustancias referenciadas en la tabla anterior permite definir perfiles de las personas usuarias de la Red en función de su tipo de adicción. En 2018 se han registrado en Andalucía un total de 17.268 admisiones a tratamiento en los Centros de Tratamiento Ambulatorio de la Red Pública de Atención a las Adicciones por consumo de heroína/rebujao, cocaína, MDMA y derivados, hipnóticos y sedantes, cannabis y alcohol, lo que supone un número algo superior al de 2017 (366 admisiones más). Del total de admisiones, 14.574 (84,4%) correspondieron a hombres y 2.694 (15,6%) a mujeres. La distribución entre hombres y mujeres se mantiene estable con respecto a años anteriores, con un leve incremento de 0,5 puntos respecto del porcentaje del año anterior.

Distinguiendo por tipo de sustancia se observa que entre las personas admitidas a tratamiento por hipnóticos y sedantes existe un porcentaje más elevado de mujeres admitidas a tratamiento que en el resto de grupos (47,4%). Las siguientes sustancias que motivan el tratamiento con un porcentaje más elevado de mujeres son el alcohol, con un 19,9% y el cannabis, con el 17,3%.

La edad media del total de personas admitidas a tratamiento se sitúa en torno a los 39,2 años. En general, las mujeres presentan una media de edad mayor que la de los hombres cuando solicitan tratamiento, aunque en el caso de alguna sustancia, como la MDMA, esta regla no se cumple, debido posiblemente al reducido número de mujeres consumidoras de esta sustancia que accedieron a los centros. En el lado opuesto se encuentran los casi 10 años de diferencia que existen entre las medias de edad de mujeres y hombres que solicitan tratarse por su adicción a los hipnóticos y sedantes. La media de edad de estas personas es de 44,2 años. En este caso, la media de edad de las mujeres admitidas a tratamiento es notablemente superior a la de los hombres, 9,2 años más (49 años las mujeres y 39,8 años los hombres).

En cuanto al tipo de sustancia o adicción que motiva el tratamiento, el alcohol se mantiene como la adicción que mayor número de admisiones motiva, 32,5% del total, seguido de la cocaína, heroína y cannabis (30,4%, 17,6% y 17,5%, respectivamente). En 2018 se observa una estabilización generalizada de las tendencias que venían observándose en los últimos años del número de admisiones por alcohol, cannabis, y por cocaína. Por el contrario, en el caso de las admisiones a tratamiento por heroína y “rebujao” se observa un leve incremento, que parece mantenerse desde 2013, pasando de 2.423 admisiones ese año a 3.033 en 2018, aunque estos incrementos no se producen en base a casos nuevos, se producen por la incorporación al tratamiento de personas que ya habían realizado anteriormente tratamiento para la adicción.

En el caso de los hombres, en 2018 la cocaína es el primer motivo de tratamiento, representando el 32,3% de las admisiones a tratamiento y superando por primera vez el porcentaje de admisiones por alcohol, 30,8%. Entre las mujeres las admisiones por alcohol suponen el 41,4%. Las mayores diferencias entre ambos sexos se encuentran en las admisiones por cocaína que suponen el 20,3% de las admisiones en el caso de las de mujeres.

En cuanto al nivel máximo de estudios alcanzado, se encuentran diferencias según la droga principal y en función del sexo. En general, se detecta que el porcentaje de personas con estudios superiores es mayor entre las mujeres que entre los hombres para casi todas las sustancias. Entre las personas admitidas por hipnóticos y sedantes y por alcohol sin distinguir por sexo, se encuentran los porcentajes más elevados de personas con estudios superiores, 7,8% en el caso de hipnóticos y sedantes, seguidas por las de alcohol (7,1%).

Entre las personas admitidas por heroína o ‘rebujao’, las dos categorías predominantes son la de finalización de la enseñanza primaria obligatoria (52,3%) y la de no haber finalizado la enseñanza primaria obligatoria (34,1%). El porcentaje de quienes han finalizado Bachillerato o Ciclo Formativo de Grado Medio sólo representa el 6,3% y el de quienes han finalizado Estudios Superiores, el 1,2%.

La situación mayoritaria de las personas admitidas a tratamiento, independientemente del tipo de sustancia que motiva la admisión, es el desempleo, que oscila entre el 67,2% de las personas admitidas a tratamiento por cocaína base y el 40,2% de las admitidas por alcohol. Entre los hombres, los porcentajes de los que se encuentran trabajando son superiores a los de las mujeres, excepto en el caso de las personas admitidas por hipnosedantes, donde se observa la situación contraria.

Es destacable el porcentaje de estudiantes entre las personas admitidas por cannabis, el 24,8% (aumentando hasta el 29% en el caso de las mujeres). El 15% de las personas admitidas por MDMA también están en esta situación. Este resultado está relacionado con la menor media de edad de las personas que inician tratamiento por estas sustancias.

Respecto a los porcentajes de personas dedicadas exclusivamente al trabajo en el hogar no remunerado, siguen siendo casi exclusivamente mujeres y son más elevados entre las admitidas por consumo de hipnosedantes (6,6%) y alcohol (5,6%).

El modelo de convivencia varía principalmente en función del sexo. Se observan también diferencias por tipo de sustancia que causa el tratamiento, si bien estas diferencias pueden estar relacionadas con la edad media de las personas que son admitidas a tratamiento según la droga principal.

La convivencia con los padres o la familia de origen es el modelo más habitual de las personas admitidas a tratamiento por cualquier sustancia, excepto las admitidas por alcohol e hipnosedantes, donde es más alto el porcentaje de personas que conviven con su pareja e hijos o hijas. El porcentaje más alto de convivencia con la familia de origen se observa entre las personas admitidas a tratamiento por cannabis (54,1%) y por MDMA (50%). Este resultado está relacionado, probablemente, con la media de edad más joven de estos grupos de personas.

Por otra parte, el porcentaje de familias compuestas por un solo progenitor y uno o más hijos o hijas a su cargo, es más elevado entre las mujeres que entre los hombres, independientemente de la sustancia. Entre las mujeres admitidas a tratamiento por alcohol se encuentra el porcentaje más elevado, 14,8%, de mujeres que viven solas con sus hijos o hijas. También es alto el porcentaje que se observa entre las mujeres admitidas por cocaína (12,6%) y por hipnosedantes (11,8%).

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

Consejería de Salud y Familias

En el año 2018, el número de estancias por insuficiencia cardiaca no especificada ha sido 133.314, cifra superior al año 2017, año en el que se dieron 76.165 estancias por esta causa; correspondiendo el 55% a mujeres y el 45% a hombres. En 2018 debemos tener en cuenta que la nueva clasificación de enfermedades y diagnósticos principales se hace según la CIE10 para las enfermedades cardíacas, por lo que se analizan de forma independiente las enfermedades cardíacas hipertensivas con insuficiencia cardiaca de las insuficiencias cardíacas no especificadas, siendo la categoría I11.0 Enfermedad cardíaca hipertensiva con insuficiencia cardiaca, la que más estancias registra.

En el caso de la neumonía, durante 2018 se ha producido un incremento en el número total de estancias respecto al año anterior. De este incremento, el 45,4% corresponde a las mujeres y el 54,6% a hombres. En esta patología, la clasificación CIE10 coincide con la CIE9, por lo que la comparación es posible con la de años anteriores.

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

Consejería de Salud y Familias

En 2018 se produjeron un total de 6.519.541 atenciones de urgencias de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud tanto en centros de salud como en domicilio. De ellas, 6.362.863 fueron atendidas en centros de salud y 15.678 en domicilio.

A pesar del incremento en valores absolutos del total de atenciones prestadas, los porcentajes de mujeres atendidas y la atención a los hombres, permanecen prácticamente sin modificaciones apreciables, distribuyéndose en un 53,9%, recibidas por mujeres, y un 46,1% por hombres.

Las urgencias médicas y de enfermería atendidas en domicilio permanecen prácticamente sin modificaciones apreciables, en términos absolutos, para ambos sexos entre 2017 (157.252) y 2018 (156.678), manteniéndose la proporción por sexo. En 2017, el 56,8% eran mujeres y 43,2%, hombres, mientras en 2018 las cifras son el 56,8% y el 43,2%, respectivamente.

En 2018 se produjeron un total de 4.309.831 atenciones de urgencias de Atención Hospitalaria del Servicio Andaluz de Salud, correspondiendo el 54,1% a mujeres y el 45,9% a hombres, disminuyendo en su totalidad con respecto a los datos de 2017, pero manteniendo los porcentajes de atención prácticamente iguales en lo que respecta a mujeres y hombres. 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.

Las patologías, atendidas exceptuando las originarias de Obstetricia y Ginecología, mantienen porcentajes iguales que al número de personas atendidas y que corresponde a mujeres por encima del 52%, excepto en las enfermedades que afectan al aparato circulatorio y enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas y trastornos de inmunidad, que afectan por encima del 52% a los hombres.

3.8.8. Recetas prescritas y dispensadas según sexo en Andalucía

Consejería de Salud y Familias

En 2018, el porcentaje de recetas prescritas y dispensadas de medicamentos y productos sanitarios, obtenidos del Sistema de Información de Farmacia del Servicio Andaluz de Salud, fue de un 58,5% para mujeres y un 41,5% para hombres, siendo, por tanto, mayor el porcentaje de recetas consumidas por mujeres que por hombres. Estos datos son muy similares a los obtenidos en los años 2014 a 2017, en los que las recetas prescritas y dispensadas a mujeres oscilan entre el 58% y el 58,2%, siendo la diferencia con respecto a los hombres en estos años de alrededor de 16 puntos porcentuales.

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. Según datos de la memoria del Servicio Andaluz de Salud de 2018, un 60,9% de las consultas de medicina de familia son realizadas por mujeres y un 39,1% por hombres, lo que supone que la asistencia de las mujeres a estas consultas se sitúa 21,8 puntos porcentuales por encima de la de los hombres, dato concordante con la citada diferencia en el número de recetas prescritas a hombres y mujeres.