

Informe Estadístico de Causas de Mortalidad en Andalucía 2018



MÁRQUEZ CALDERÓN, Soledad.

Informe estadístico de causas de mortalidad en Andalucía [Recurso electrónico] : 2018 / [autoría: Soledad Márquez Calderón]. – [Sevilla] : Consejería de Salud y Familias, 2020.

Texto electrónico (pdf), 45 p. : gráf., tablas

1. Mortalidad-Andalucía 2. Causas de muerte
3. Estadística 4. Andalucía I. Andalucía. Consejería de Salud y Familias II. Título
WA 900

Autoría:

Soledad Márquez Calderón

Coordinación: Servicio de Información y Evaluación, Juan Carlos Fernández Merino
Subdirección de Planificación.

Viceconsejería de Salud y Familias.



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Título: Informe Estadístico de Causas de Mortalidad en Andalucía 2018

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias. 2020

Consejería de Salud: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias.html>

Repositorio Institucional de Salud de Andalucía: www.repositoriosalud.es

Índice

Índice	3
1. Introducción	5
2. Métodos	8
3. Resultados	10
3.1. Mortalidad general.....	10
3.2. Mortalidad por causas (todas las edades).....	15
3.3. Mortalidad infantil y perinatal.....	19
3.4. Mortalidad en la población de 1 a 14 años	23
3.5. Mortalidad en la población de 15 a 64 años	24
3.6. Mortalidad en la población mayor de 64 años.....	28
3.7. Mortalidad prematura sensible a la prevención y atención sanitaria.....	32
4. Resumen: resultados clave.....	36
5. Anexo 1: Causas de mortalidad prematura sensible a la prevención y a la atención sanitaria en hombres y mujeres.....	42

1. Introducción

Las estadísticas de mortalidad son un reflejo de la situación de salud de una población, y por ello, uno de los componentes clave de cualquier sistema de información sanitaria. Junto a otros indicadores de salud, se utilizan en salud pública y planificación sanitaria, como información esencial para conocer la magnitud de los problemas de salud, monitorizar las tendencias a lo largo del tiempo, conocer diferencias entre distintas poblaciones y evaluar la consecución de objetivos de planes y programas de salud¹.

Las estadísticas sobre las causas de muerte en una población son además reflejo de las condiciones socioeconómicas. Así, en 2016, aproximadamente la mitad de las defunciones en países de renta baja se debieron a enfermedades transmisibles, y a afecciones maternas, perinatales y nutricionales; sin embargo, en los países de ingresos altos, el 88% de la mortalidad se debió a enfermedades no transmisibles, siendo de gran importancia el impacto en la mortalidad de las enfermedades crónicas, especialmente las cardiovasculares y el cáncer².

Por su utilidad para las autoridades de salud pública, el registro de la mortalidad es obligatorio en la mayoría de los países. Las estadísticas de mortalidad se basan en los datos recogidos en los Certificados Médicos de Defunción /Boletines Estadísticos de Defunción (CMD), y en aquellas muertes que requieren intervención judicial, en los Boletines Estadísticos de Defunción Judicial (BEDJ). A partir de la información que los médicos registran en los CMD y BEDJ, se obtienen las medidas que permiten caracterizar epidemiológicamente la mortalidad por causas de una población.

En la elaboración de las estadísticas de causas de muerte se siguen los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), que recomienda utilizar la causa básica de defunción para las estadísticas. La causa básica de defunción se define como “la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjeron la lesión fatal”³. Resulta evidente la importancia de la calidad en la certificación de las defunciones, y en el posterior proceso de codificación y selección de la causa básica de defunción. En España, la mayoría de los estudios sobre la calidad de la certificación de las causas de muerte (sin selección por causa) se realizaron en los años ochenta y noventa, y ponían de manifiesto que la calidad era aceptable para la

¹ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores de salud 2017. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017. Disponible en: <https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores2017.pdf>

² Organización Mundial de la Salud. Las 10 principales causas de defunción. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

³ Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10ª Revisión. Edición de 2018. Washington, D.C.: OPS, 2018.

categoría de grandes grupos de la CIE, pero no tanto para la causa específica⁴, y que había un porcentaje no desdeñable de causas mal definidas⁵.

Más adelante, los estudios de calidad de la causa de defunción se han ido centrando en grupos de causas determinadas y especialmente en cáncer, encontrando que en España el grado de validez es alto y equiparable al de la mayoría de los países occidentales^{6,7,8}. Asimismo, destaca un estudio reciente sobre calidad de las defunciones (todas las causas) en la comunidad autónoma de Murcia, que pone en evidencia una mejora importante a lo largo del tiempo⁹.

En 2014, se produjo en España un cambio sustancial en la codificación de las causas de muerte, al adoptarse el software IRIS de codificación automática. Este software es un instrumento cuyo desarrollo es apoyado por EUROSTAT (oficina estadística de la Unión Europea), con la finalidad de mejorar en Europa la comparabilidad de las estadísticas de causa de muerte. El programa IRIS permite codificar cada una de las causas recogidas en el CMD (codificación múltiple) y seleccionar la causa básica, excepto para las defunciones con intervención judicial, cuya codificación se ha seguido realizando manualmente¹⁰.

El Registro de Mortalidad de Andalucía produce las estadísticas de mortalidad por causas de esta comunidad autónoma. El trabajo del registro se enmarca en un convenio de colaboración entre la Consejería de Salud y Familias, por una parte, y el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA) por otro. Con los datos generados en el Registro de Mortalidad se elaboran las estadísticas de causa de muerte andaluzas. Asimismo, en virtud del convenio entre el IECA y el Instituto Nacional de Estadística (INE), y de la coordinación entre el INE y Eurostat, con estos datos se elaboran también las estadísticas españolas y europeas.

El presente informe tiene el objetivo de recoger la situación de la mortalidad en la población andaluza en el año 2018, último con datos definitivos disponibles. Se describen indicadores de mortalidad total y por grandes grupos de causas de la CIE-10, a nivel de Andalucía y provincias, por grupos de edad y sexo. La información contenida en este

4 Benavides FG, Bolumar F, Peris R. Quality of death certificates in Valencia, Spain. *Am J Public Health*. 1989;79:1352-4.

5 Regidor E, Rodríguez C, Ronda E, et al. La calidad de la causa básica de muerte del boletín estadístico de defunción. España, 1985. *Gac Sanit*.1993;7:12-20.

6 Martínez C, Sánchez MJ, Rodríguez M, et al. Accuracy of cancer diagnosis in death certificates in the province of Granada. *Revista de Oncología* 2000; 2:245-252.

7 Cirera L, Navarro C. Validity of death certificates for cancer in the Autonomous Community of Murcia. *Oncología* 2002; 25:264-72.

8 Pérez-Gómez B, Aragonés N, Pollán M, et al. Accuracy of cancer death certificates in Spain: a summary of available information. *Gac Sanit*. 2006;20(suppl3):42-51.

9 Cirera L, Salmerón D, Martínez C, et al. Más de una década de mejora de la certificación médica y judicial en la estadística de defunciones según causa de muerte. *Rev Esp Salud Pública [Internet]*. 2018;92:e201806031.

10 Floristán Y, Delfrade J, Carrillo J, et al. Codificación de las causas de muerte con el software IRIS. Impacto en las estadísticas de mortalidad de la comunidad foral de Navarra. *Rev Esp Salud Pública [Internet]*. 2016;90:e1-e9.

informe es una selección de la que anualmente elabora la Consejería de Salud y Familias y a la que puede accederse a través de la plataforma [BADEA](#) del IECA.

Como novedad, este año se añade información sobre la mortalidad prematura sensible a la prevención y a la atención sanitaria; utilizando los indicadores de mortalidad evitable de la OCDE/Eurostat¹¹, que se añaden al otro indicador de mortalidad prematura que tradicionalmente se venía utilizando en las estadísticas de mortalidad de Andalucía: los años potenciales de vida perdidos (APVP).

Se acepta que los indicadores de mortalidad prematura¹² se asocian al efecto de las intervenciones sanitarias y de salud. Por ello, se consideran de utilidad para el diagnóstico de salud de una población y para identificar medidas que deben impulsarse o mejorarse en el ámbito de la salud pública y la atención sanitaria. La mortalidad prematura por causas sensibles a las intervenciones de salud pública y atención sanitaria incluyen las defunciones por una serie de causas seleccionadas, siempre que éstas ocurran por debajo de un límite de edad establecido. Para estos indicadores se utiliza sobre todo el término “mortalidad evitable” (*avoidable mortality*)¹³, y ha habido muchas propuestas a lo largo de las últimas décadas, muy diferentes entre ellas. En España se introdujo primero el concepto de MIPSE (mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable)¹⁴, y años después se publicó una lista de consenso de mortalidad evitable que ha sido muy utilizada¹⁵. En el presente informe se han utilizado los dos indicadores de mortalidad evitable propuestos por la OCDE/Eurostat en 2019, que se basan en las defunciones ocurridas antes de los 75 años por una serie de causas potencialmente evitables mediante intervenciones de salud pública y prevención primaria (mortalidad prematura sensible a la prevención) o de atención sanitaria efectiva y a tiempo, con capacidad para mejorar el pronóstico de la enfermedad una vez que esta se ha producido (mortalidad prematura sensible a atención sanitaria).

¹¹ Disponible en: https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/Annexes/hlth_cdeath_esms_an3.pdf

¹² Se entiende por mortalidad prematura la ocurrida antes de una determinada edad, que está por debajo de la esperanza de vida. Según la propuesta de indicador o su versión, esa edad límite estará un poco o bastante por debajo de la esperanza de vida al nacer.

¹³ El término mortalidad evitable puede dar la falsa impresión de que todas las muertes prematuras por las causas incluidas en el indicador son evitables con la prevención o el tratamiento. Por ello, se ha considerado preferible utilizar los términos de causas “sensibles a” las intervenciones preventivas o de tratamiento, ya que el indicador así tiene una función de centinela o vigilancia. Es decir, si el valor del indicador en una población es alto, debería ser un signo de alarma y llevar a un estudio de la situación en mayor profundidad y analizar qué intervenciones deben mejorarse o impulsarse desde la salud pública y desde el sistema sanitario.

¹⁴ Ortún V, Gispert R. Exploración de la mortalidad prematura como guía de política sanitaria e indicador de calidad asistencial. *Med Clin (Barc)*. 1988;90:399-403.

¹⁵ Gispert R, Barés MA, Puigdefàbregas A, Grupo para el Consenso en la Mortalidad Evitable. La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España. *Gac Sanit*. 2006;20(3):184-93.

2. Métodos

La principal fuente de información para la elaboración de las estadísticas de mortalidad es el fichero estadístico que proporciona el Instituto Nacional de Estadística (INE) con los datos definitivos de las defunciones de 2018 de personas residentes en Andalucía (independientemente de la comunidad autónoma donde se produjeron dichas defunciones).

Además, se han utilizado las siguientes fuentes de datos proporcionadas por el INE:

- Poblaciones calculadas a 1 de julio de 2018, para Andalucía y sus provincias. Se obtienen desagregadas por grupos quinquenales de edad y sexo.
- Nacidos vivos en 2018 de madres residentes en Andalucía.
- Muertes fetales tardías en 2018 (para el cálculo de la mortalidad perinatal).

Los indicadores que se han calculado son las tasas brutas de mortalidad (TB), las tasas de mortalidad estandarizadas por edad por el método directo (TE), las tasas estandarizadas por edad de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) y de mortalidad prematura sensible a la prevención y a la atención sanitaria.

Para el cálculo de los APVP, se utiliza la metodología descrita por Romeder y McWhinnie¹⁶, que incluye las defunciones ocurridas antes de los 70 años, excepto las de menores de un año¹⁷. Para la mortalidad prematura se utilizaron los dos indicadores de OCDE/Eurostat¹⁸, que se basan en las defunciones ocurridas antes de los 75 años (rango: 0-74 años) por una serie de causas: causas sensibles a la prevención (intervenciones de salud pública y prevención primaria) y causas sensibles a la atención sanitaria (atención de calidad y a tiempo). La denominación que se ha utilizado en este informe para estos indicadores es la de mortalidad prematura sensible a la prevención (*preventable mortality*) y sensible a la atención sanitaria (*treatable mortality*). La versión utilizada fue la primera publicada a principios de 2019¹⁹. Parte de las causas del listado de la OCDE/Eurostat se consideran tanto sensibles a la prevención como a la atención sanitaria, por lo que se contabilizan la mitad de las defunciones por ellas en un indicador y la mitad en el otro (por ejemplo: tuberculosis, diabetes, cardiopatía isquémica).

¹⁶ Romeder JM, McWhinnie JR. Potential years of life lost between ages 1 and 70: an indicator of premature mortality for health planning. *Int J Epidemiol.* 1977;6(2):143-51.

¹⁷ Hay que tener en cuenta que otros organismos utilizan distintos rangos de edad para el cálculo de los APVP: así, Eurostat y la OCDE incluyen la mortalidad infantil en este indicador (rango de 0-69 años) y el INE ha ampliado el rango de edad hasta los 79 años, para acercarlo a la esperanza de vida actual.

¹⁸ 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_esms_an3.pdf [acceso 20-03-2020].

¹⁹ En noviembre de 2019 OCDE/Eurostat publicaron una segunda versión, con unos cambios mínimos sobre la anterior. Esta segunda versión es la que Eurostat ha empezado a utilizar en 2020. En los próximos informes de mortalidad de Andalucía se utilizará esta nueva versión, si bien se ha comprobado que el impacto en las tasas de mortalidad prematura calculadas con la versión anterior es mínimo.

Se presentan también los indicadores de esperanza de vida (EV): EV al nacer y EV a las edades de 15, 65 y 85 años. El cálculo de la EV lo realiza el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA).

Todas las tasas se presentan por 100.000 personas-año, salvo las de mortalidad infantil y sus componentes (neonatal precoz, neonatal tardía y postneonatal), que se presentan por 1000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad perinatal utiliza como denominador la suma de nacidos vivos y muertes fetales tardías.

La información se presenta desagregada por grupos de edad y sexo, para el total de Andalucía y cada una de las ocho provincias.

El estudio de la mortalidad por causas se ha realizado para toda la población y de forma diferenciada por grandes grupos de edad: de 1 a 14 años, de 15 a 64 años y mayores de 64 años. Para ello, las defunciones se han agregado en una lista corta de 17 grupos de causas procedentes de la CIE-10 (aunando en un único grupo las enfermedades del sistema nervioso y las de los órganos de los sentidos), de los cuales se describen los grupos más frecuentes en cada tramo de edad.

La población estándar que se ha utilizado para el ajuste de tasas por el método directo es la población europea de 2013 (PEE).

AVISO:

Los informes de la mortalidad por causas de 2017 y 2018 son los dos primeros que se han hecho en Andalucía utilizando la población estándar europea (PEE) de 2013 para la estandarización de tasas.

Los informes de años anteriores y las estadísticas de mortalidad publicadas en la plataforma [BADEA](#) del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía hasta 2016 contienen las tasas estandarizadas con la población estándar europea de 1976, que es la anterior publicada por Eurostat y la que se ha venido utilizando desde hace años.

Dada la diferencia de las tasas estandarizadas según la PEE usada para su cálculo, es muy importante tener presente que no se pueden comparar las tasas estandarizadas de este informe y del informe de 2017 (calculadas con PEE-2013) con las de años previos (calculadas con PEE-1976).

3. Resultados

3.1. Mortalidad general

En el año 2018 se produjeron un total de 72.806 defunciones de personas residentes en Andalucía, independientemente de si la muerte ocurrió en Andalucía (99,2%) o en otra comunidad autónoma (0,8%). Esto supuso un incremento de un 2,2% respecto a 2017.

Del total de defunciones de 2018, 37.360 correspondieron a hombres y 35.446 a mujeres, lo que supone unas tasas brutas de 900 defunciones por 100.000 hombres y 833 por 100.000 mujeres. Las tasas de mortalidad estandarizadas por edad fueron de 1.186 y 768 por 100.000 hombres y mujeres respectivamente (tabla 1). Las diferencias de estas tasas con las de 2017 no fueron estadísticamente significativas.

La razón de mortalidad entre hombres y mujeres fue de 1,08 al calcularla con tasas brutas y de 1,54 con tasas estandarizadas por edad. Es decir, en una población que tuviera la misma estructura en edad para hombres y mujeres, el riesgo de morir en un año sería un 54% mayor en los hombres. Esta razón presentó algunas diferencias entre provincias, siendo Málaga la provincia con la menor razón entre hombres y mujeres (1,49) y Almería la que tuvo el valor más alto (1,62).

Tabla 1. Mortalidad general en Andalucía y provincias en 2018: tasas y APVP

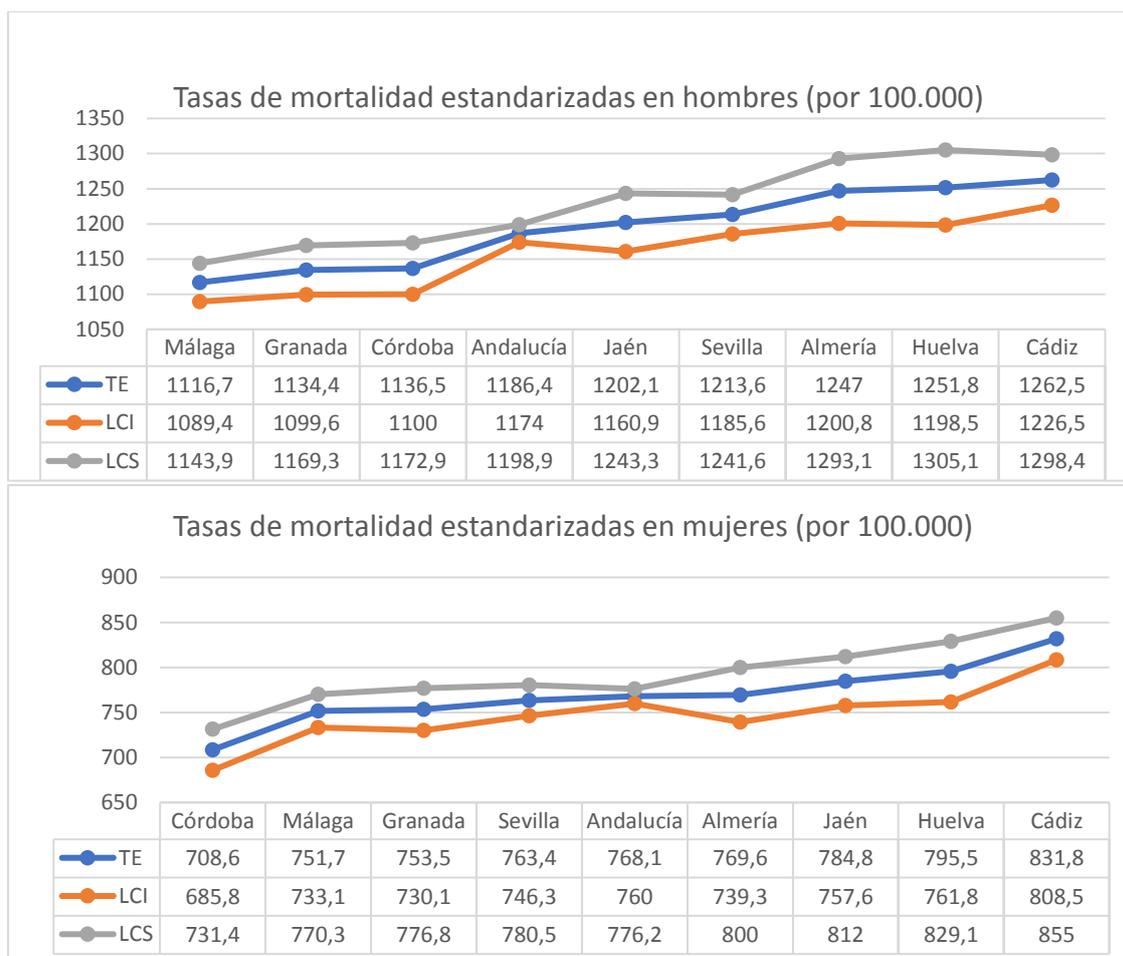
	Defunciones		TB		TE		APVP-TE	
	H	M	H	M	H	M	H	M
Andalucía	37360	35446	900,0	833,0	1186,4	768,1	3619	1749
Almería	3021	2522	850,8	727,3	1247,0	769,6	4168	2031
Cádiz	5461	5024	881,0	799,2	1262,5	831,8	3994	1766
Córdoba	3877	3945	1006,9	987,4	1136,5	708,6	3223	1646
Granada	4263	4164	937,7	898,9	1134,4	753,5	3655	1855
Huelva	2329	2209	901,2	834,2	1251,8	795,5	3520	1809
Jaén	3458	3418	1099,6	1070,1	1202,1	784,8	3656	1603
Málaga	6958	6365	858,1	758,5	1116,7	751,7	3417	1757
Sevilla	7993	7799	839,2	784,8	1213,6	763,4	3496	1654

H: Hombres; M: Mujeres; TB: Tasa bruta por 100.000 personas-año; TE: Tasa estandarizada por 100.000; APVP-TE: Tasa estandarizada de años potenciales de vida perdidos por 100.000 personas.

La comparación de las tasas estandarizadas de mortalidad entre las provincias andaluzas revela diferencias tanto en hombres como en mujeres (tabla 1 y figura 1).

Las provincias de Córdoba, Málaga y Granada presentaron las tasas de mortalidad más bajas, mientras que Cádiz y Huelva tuvieron las más altas, en ambos sexos. Almería y Jaén estuvieron por encima de la media andaluza en hombres y mujeres. Sin embargo, cuando se observan las tasas de APVP, cambia el orden de las provincias, reflejando la proporción de la mortalidad que ocurre en personas por debajo de los 70 años (más adelante se comentará en detalle la mortalidad por grupos de edad y el tema de la mortalidad prematura).

Figura 1. Mortalidad estandarizada en Andalucía y provincias en el año 2018



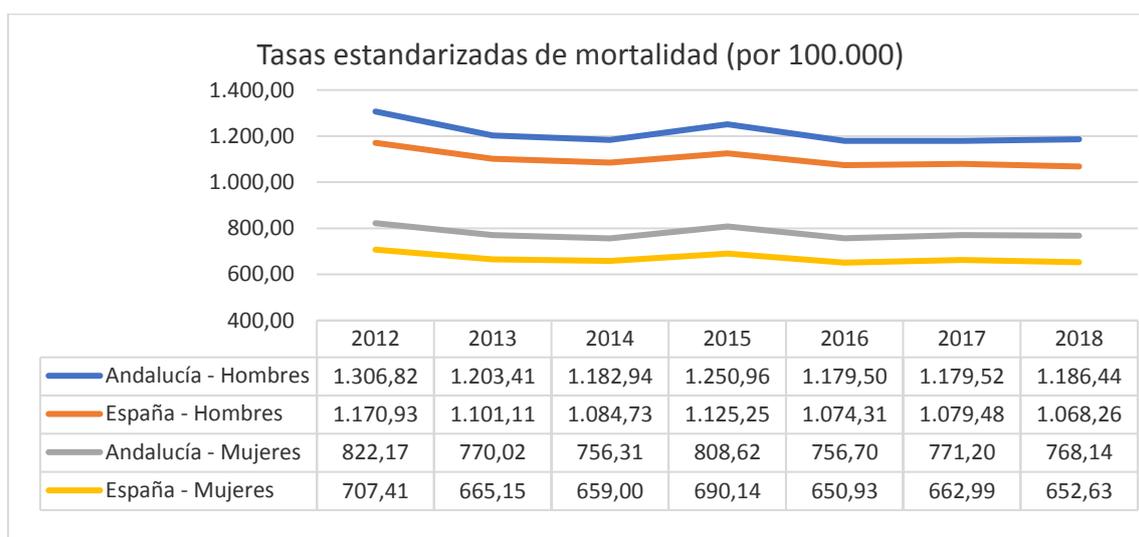
TE: tasa de mortalidad estandarizada; LCI y LCS: límites de confianza inferior y superior de la tasa estandarizada al 95%.

Al comparar las tasas de mortalidad estandarizadas de las provincias con el año anterior, las diferencias entre 2017 y 2018 no fueron estadísticamente significativas, salvo en el caso de Sevilla, donde hubo un descenso de la mortalidad en ambos sexos, y en Almería, donde se produjo un incremento de la tasa de mortalidad en los hombres.

Además, del Instituto Nacional de Estadística (INE) se han extraído las tasas estandarizadas para Andalucía y España en los últimos 7 años, observándose en este periodo que la mortalidad en Andalucía ha sido superior a la media española (figura 2). Las tasas de

mortalidad tuvieron un aumento en el año 2015, que rompió la tendencia descendente previa, hecho también observado en otros países europeos, para volver a descender en 2016 hasta los niveles anteriores a 2015. En los tres últimos años se observa un estancamiento de las tasas de mortalidad, tanto en hombres como en mujeres, en España y Andalucía.

Figura 2. Mortalidad estandarizada en Andalucía y España: 2012-2018



En la tabla 2 se presentan las tasas de mortalidad y el porcentaje de defunciones por grupos quinquenales de edad. Cabe destacar que el 21% de las defunciones en los hombres se produjeron en personas menores de 65 años, el 50% entre los 65 y los 84 años y el 29% en mayores de 84; sin embargo, en las mujeres el 52% de las defunciones se produjeron a partir de los 85 años, y sólo el 11% antes de los 65. La mortalidad en edades más tardías en las mujeres que en los hombres también se refleja en las tasas de mortalidad por grupos quinquenales de edad. Así, las tasas edad-específicas fueron superiores en los hombres en la mayoría de los grupos quinquenales de edad, siendo la excepción más relevante la del grupo mayor de 94 años (tasa superior en las mujeres).

La esperanza de vida es un indicador que se construye a partir de las tasas específicas por edad. En la tabla 3 se presenta la EV al nacer y a distintas edades en Andalucía. En 2018, la EV al nacer en Andalucía fue de 79,14 años para los hombres y 84,43 para las mujeres, con una diferencia por tanto de 5,29 años entre ambos sexos. La diferencia entre hombres y mujeres fue similar en la EV a los 15 años (5,27) y se redujo en las edades mayores, con menos de un año de diferencia en la EV a los 85 años.

En 2018, la provincia con mayor EV al nacer fue Córdoba, tanto en hombres como en mujeres; y las cifras más bajas en ambos sexos las tuvieron las provincias de Cádiz, Huelva y Almería. Comparando con el año anterior (2017), cabe destacar una mejora de la EV al nacer en Sevilla (0,42 años más en hombres y 0,49 más en mujeres) y en Córdoba (solo en

hombres, de 0,59 años más); y un empeoramiento sobre todo en los hombres en Almería (-1,02 años), Cádiz (-0,41) y Huelva (-0,38).

Tabla 2. Mortalidad por grupos quinquenales de edad y sexo en Andalucía en 2018

Grupos de edad	Defunciones		Porcentaje		Tasas (por 100.000)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Menores de 1	116	100	0,31	0,28	314,2	286,8
1-4	28	17	0,07	0,05	16,7	10,8
5-9	20	17	0,05	0,05	8,5	7,6
10-14	20	21	0,05	0,06	8,0	8,9
15-19	55	23	0,15	0,06	23,7	10,6
20-24	89	40	0,24	0,11	39,1	18,6
25-29	132	48	0,35	0,14	53,1	20,1
30-34	166	65	0,44	0,18	62,4	24,6
35-39	239	130	0,64	0,37	74,2	40,8
40-44	412	245	1,10	0,69	116,4	70,8
45-49	760	413	2,03	1,17	224,3	123,5
50-54	1323	679	3,54	1,92	403,6	205,0
55-59	1971	862	5,28	2,43	693,6	296,3
60-64	2511	1095	6,72	3,09	1077,8	447,9
65-69	3086	1385	8,26	3,91	1603,5	667,5
70-74	4251	2230	11,38	6,29	2556,0	1163,2
75-79	4750	3356	12,71	9,47	4152,4	2289,6
80-84	6625	6434	17,73	18,15	7786,1	5037,8
85-89	6532	8952	17,48	25,26	13353,1	10322,9
90-94	3336	6521	8,93	18,40	21618,2	19234,9
95 y más	938	2813	2,51	7,94	26896,9	30684,0
Total	37360	35446	100,00	100,00	900,0	833,0

Tabla 3. Esperanza de vida en Andalucía y provincias en 2018

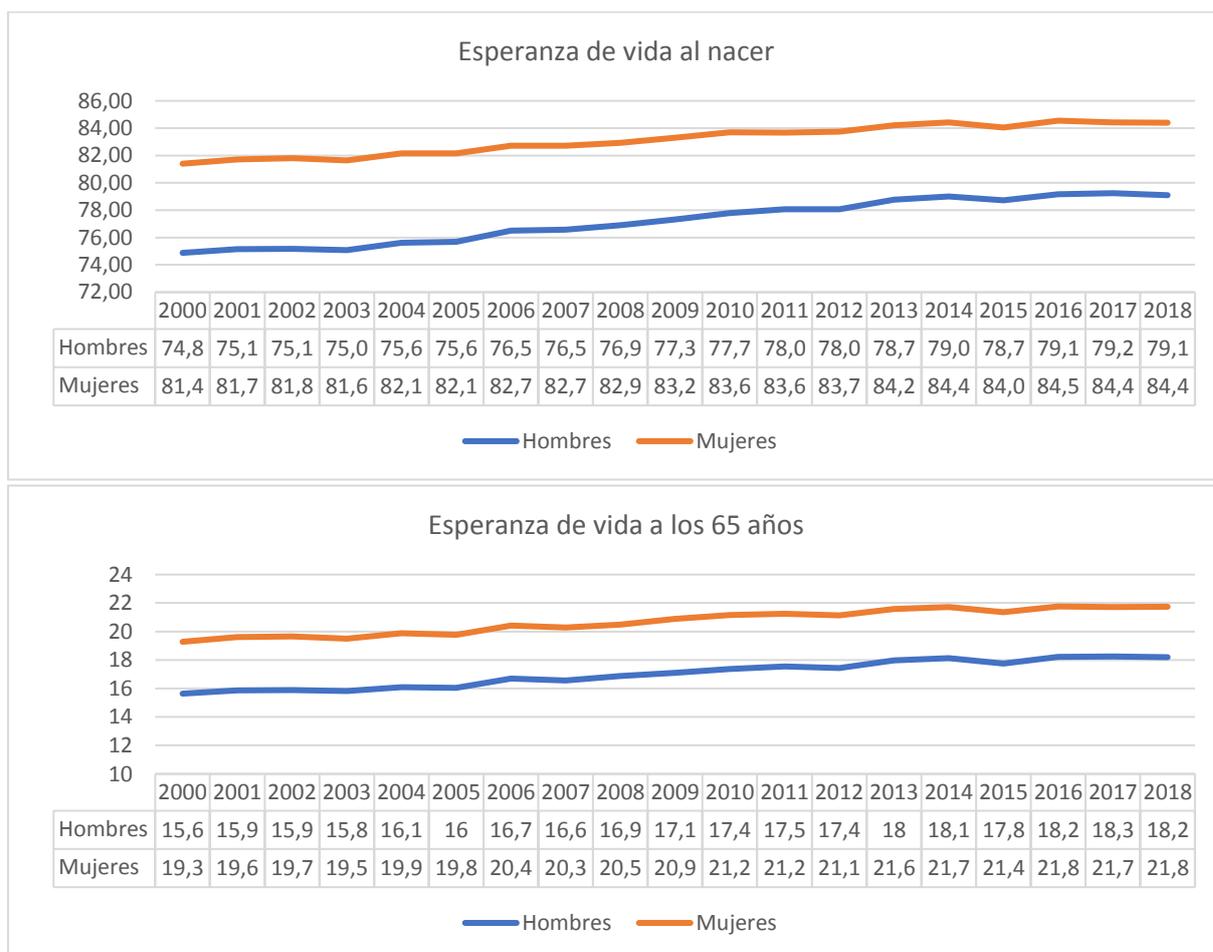
	EV Al nacer		EV A los 15 años		EV A los 65 años		EV A los 85 años	
	H	M	H	M	H	M	H	M
Andalucía	79,14	84,43	64,49	69,77	18,20	21,75	5,79	6,57
Almería	78,41	84,24	63,77	69,58	17,84	21,85	5,73	6,58
Cádiz	78,41	83,73	63,79	69,09	17,69	21,09	5,49	6,38
Córdoba	79,75	85,24	65,07	70,51	18,41	22,43	5,98	6,72
Granada	79,37	84,47	64,79	69,82	18,57	21,92	6,03	6,59
Huelva	78,90	84,15	64,26	69,56	17,98	21,50	5,28	6,49
Jaén	79,21	84,59	64,42	69,79	18,27	21,68	5,68	6,41
Málaga	79,71	84,48	65,02	69,82	18,62	21,77	6,14	6,82
Sevilla	79,03	84,57	64,42	69,92	18,00	21,86	5,65	6,50

H: Hombres; M: Mujeres; EV: Esperanza de vida

La EV en Andalucía ha seguido una tendencia ascendente durante muchos años. La ganancia de EV al nacer entre 2000 y 2018 ha sido de 4,26 años en los hombres y 3,03 en las mujeres; sin embargo, en los últimos años de este periodo se observa un estancamiento (figura 3). La diferencia entre hombres y mujeres se ha ido reduciendo, debido a una mayor ganancia en los hombres. No obstante, la tendencia de la EV a los 65 años ha sido similar en ambos sexos entre 2000 y 2018, con una ganancia de 2,5 años en el periodo, tanto en hombres como en mujeres.

Al comparar con la media de España (datos del INE), se observa una clara desventaja de la esperanza de vida al nacer en Andalucía, que además se incrementa respecto al año anterior. En 2018, la diferencia entre Andalucía y España en la EV al nacer fue de 1,4 años en las mujeres y 1,3 en los hombres. En cuanto a la EV a los 65 años, la diferencia con la media española fue de 1,3 años en las mujeres y de 1 en los hombres. De hecho, Andalucía es la comunidad autónoma española con la menor EV de España en ambos sexos, con la única excepción de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, que presentaron cifras más bajas.

Figura 3. Evolución de la esperanza de vida en Andalucía: 2000-2018



3.2. Mortalidad por causas (todas las edades)

En este apartado se presenta una visión general de la mortalidad por las principales causas (grupos de la CIE-10) incluyendo todas las defunciones. En la tabla 4 y la figura 4 se muestra la mortalidad por grandes grupos de causas en hombres y mujeres. En los nueve grupos de la CIE-10 que se presentan desagregados²⁰ se concentra el 93,4% de las defunciones de los hombres y el 91,0% de las defunciones de las mujeres. El resto se ha agrupado como “otras causas” (5659 defunciones, sumando las de ambos sexos), y corresponden a:

- Causas mal definidas²¹ (2709)
- Enfermedades infecciosas y parasitarias (1176)
- Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo (882)
- Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo (304)
- Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos (297)
- Malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas (148),
- Afecciones originadas en el periodo perinatal (142), y
- Embarazo, parto y puerperio (1).

Tabla 4. Mortalidad por causas en Andalucía en 2018 (todas las edades)

Causas (grupos CIE-10)	Defunciones		Porcentaje		TE	
	H	M	H	M	H	M
Circulatorias	10432	12274	27,92	34,63	341,9	262,1
Tumores	11265	6996	30,15	19,74	337,3	159,6
Respiratorias	4838	3537	12,95	9,98	162,3	75,8
Sistema Nervioso y OS	1679	2542	4,49	7,17	53,9	54,0
Digestivas	2171	1857	5,81	5,24	66,3	40,1
Externas	1646	835	4,41	2,36	44,3	18,6
Mentales y del comportamiento	868	1579	2,32	4,45	30,9	33,1
Genitourinarias	1011	1349	2,71	3,81	35,4	28,7
Endocrino-Metabólicas	978	1290	2,62	3,64	31,7	27,6
Otras causas	2472	3187	6,62	8,99	82,4	68,6
TOTAL	37360	35446	100,00	100,00	1186,4	768,1

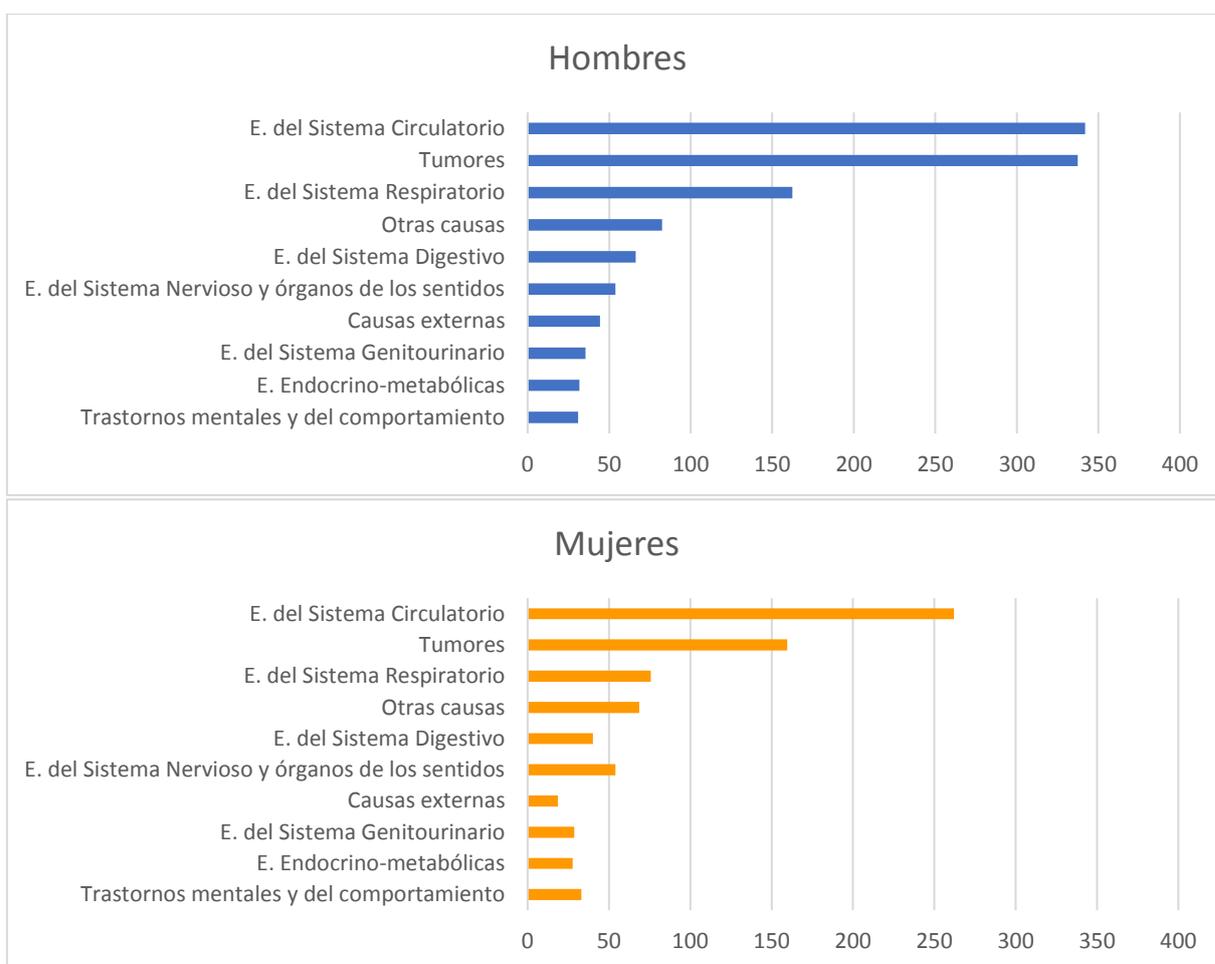
TE: tasa estandarizada por 100.000 personas-año; OS: órganos de los sentidos.

H: Hombres; M: Mujeres.

Figura 4. Tasas estandarizadas de mortalidad por las principales causas, 2018

²⁰ Son realmente 11 grupos, ya que en un único grupo se aúnan las causas del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos (ojo y oídos). Sin embargo, el número de muertes debidas a enfermedades de los órganos de los sentidos es muy pequeño (4 defunciones en 2018).

²¹ Capítulo XVIII de la CIE-10: síntomas, signos y hallazgos anormales no clasificados en otra parte.



Las tasas son estandarizadas por edad y expresadas por 100.000 personas-año.

Atendiendo al número de defunciones y al porcentaje que representan respecto del total, 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.

Al ajustar por edad, mediante la estandarización de tasas, las enfermedades del sistema circulatorio pasaron a ser la primera causa de muerte tanto en hombres como en mujeres, seguidas de los tumores y de las enfermedades respiratorias. A partir de ahí, el orden de las tasas de mortalidad por causas 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 en la mortalidad en hombres mientras que en las mujeres estuvieron por debajo del resto de las causas.

La contribución de las principales causas en términos de años potenciales de vida perdidos (APVP) se presenta en la tabla 5. En ambos sexos, los tumores fueron la causa de un mayor número de APVP, seguidos de las enfermedades circulatorias y de las causas externas.

Tabla 5. Años potenciales de vida perdidos por las principales causas de muerte:

Causas (grupos CIE-10)	Defunciones en la población de 1 a 69 años		TE-APVP	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Tumores	4272	2585	1196,3	865,4
Circulatorias	2516	884	731,6	252,3
Externas	1064	300	696,1	176,2
Digestivas	837	244	246,6	76,1
Respiratorias	792	293	230,5	90,2
Sistema Nervioso	324	227	135,3	82,7

TE-APVP: Tasas estandarizadas de años potenciales de vida perdidos (años perdidos por 100.000 personas de 1 a 69 años)

El análisis por provincias de la mortalidad por los cinco grupos de la CIE-10 más frecuentes se presenta en la tabla 6. Adicionalmente, las figuras 5 y 6 presentan las tasas estandarizadas con sus intervalos de confianza para enfermedades circulatorias y tumores.

Tabla 6. Tasas estandarizadas de mortalidad por las principales causas por provincias, 2018

	Circulatorias		Tumores		Respiratorias		Digestivas		S. Nervioso	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Andalucía	341,9	262,1	337,3	159,6	162,3	75,8	66,3	40,1	53,9	54,0
Almería	266,0	196,2	355,0	158,9	174,7	89,7	73,7	42,5	60,2	53,2
Cádiz	346,5	274,0	363,4	174,8	164,8	71,6	68,7	42,0	63,1	62,4
Córdoba	314,9	242,5	321,9	142,8	169,7	71,9	71,3	38,7	46,6	47,4
Granada	310,3	239,2	318,6	166,5	166,6	75,2	65,8	36,5	53,1	53,7
Huelva	381,5	278,6	358,3	161,2	138,9	72,0	85,7	45,4	60,1	56,8
Jaén	311,1	238,8	324,8	148,4	181,3	97,5	71,2	45,1	44,0	51,8
Málaga	342,4	250,8	318,9	163,6	138,6	70,9	54,6	35,1	55,5	57,8
Sevilla	406,9	314,0	348,5	154,4	167,0	70,6	62,1	41,0	52,7	50,5

Las tasas son por 100.000 personas-año.

Este análisis revela que las tasas de mortalidad más altas para las enfermedades circulatorias fueron las de las provincias occidentales de Andalucía, patrón que ya viene observándose desde hace años. Al igual que en 2017, Sevilla presentó la mortalidad más alta por enfermedades circulatorias y Cádiz por tumores, tanto en hombres como en mujeres.

Figura 5. Tasas estandarizadas de mortalidad por E. circulatorias: provincias andaluzas, 2018

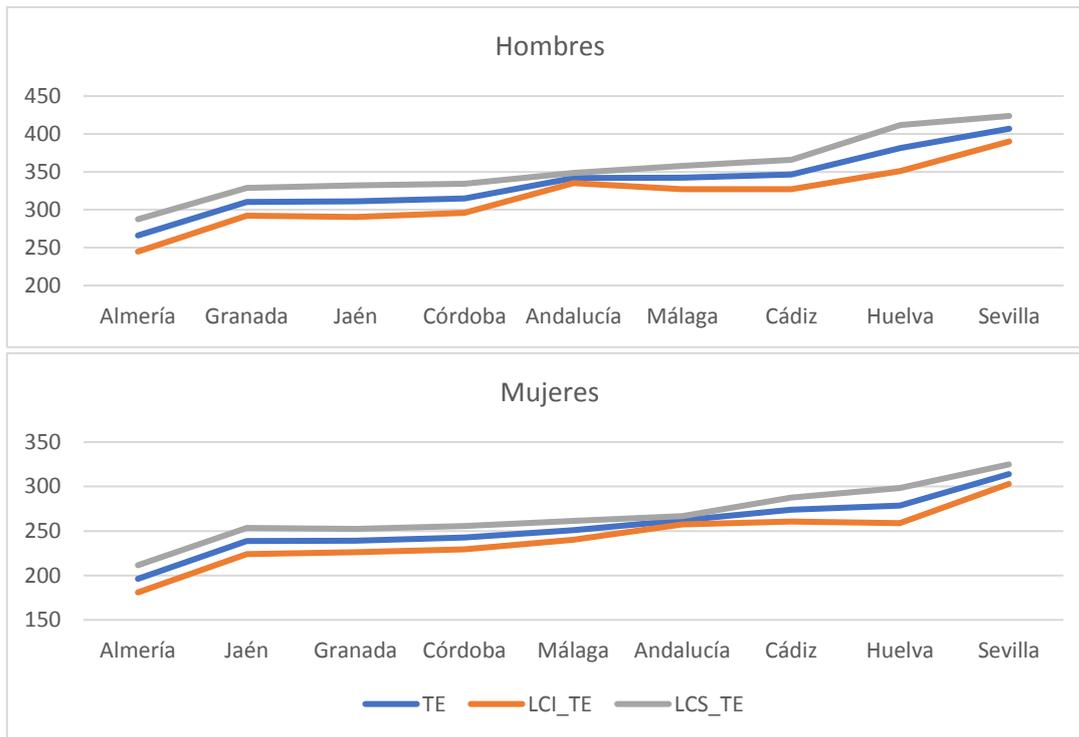
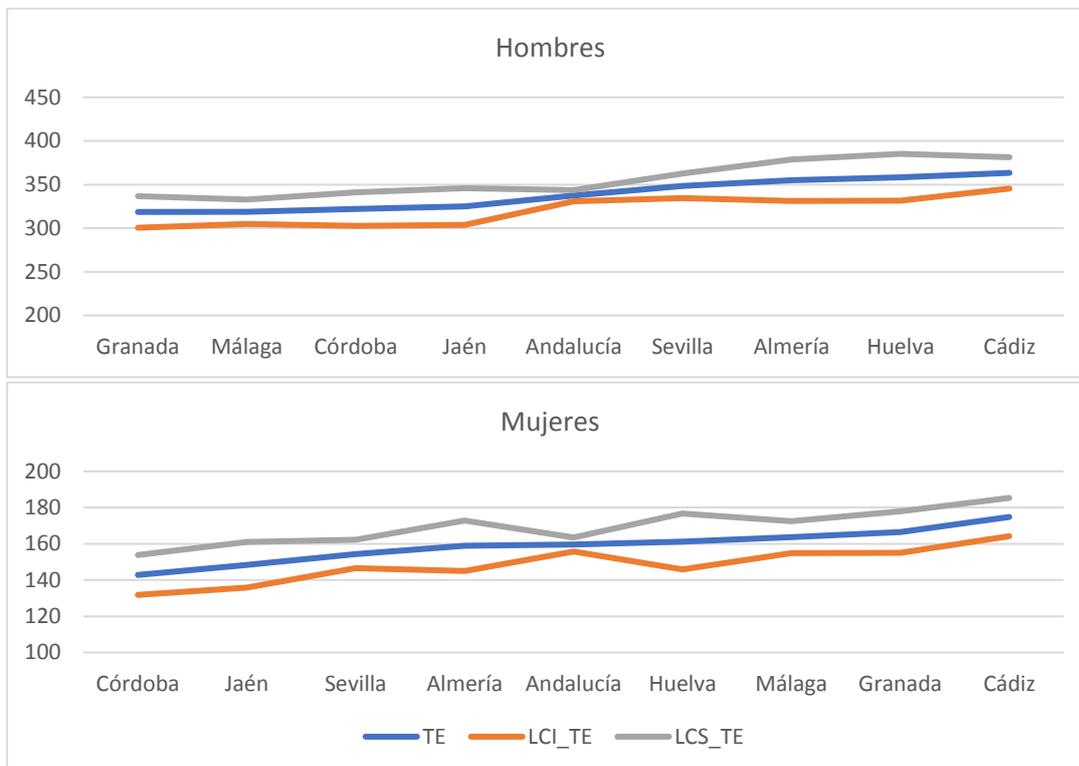


Figura 6. Tasas estandarizadas de mortalidad por tumores: provincias andaluzas, 2018



Un cambio respecto a años anteriores se produce en la tasa estandarizada de mortalidad por tumores en la provincia de Sevilla, que pasó de ocupar el segundo puesto (detrás de Cádiz) en ambos sexos en 2017 al cuarto puesto en hombres y sexto puesto en mujeres en 2018, con una reducción de un 7% y 8% respectivamente de la tasa entre estos dos años.

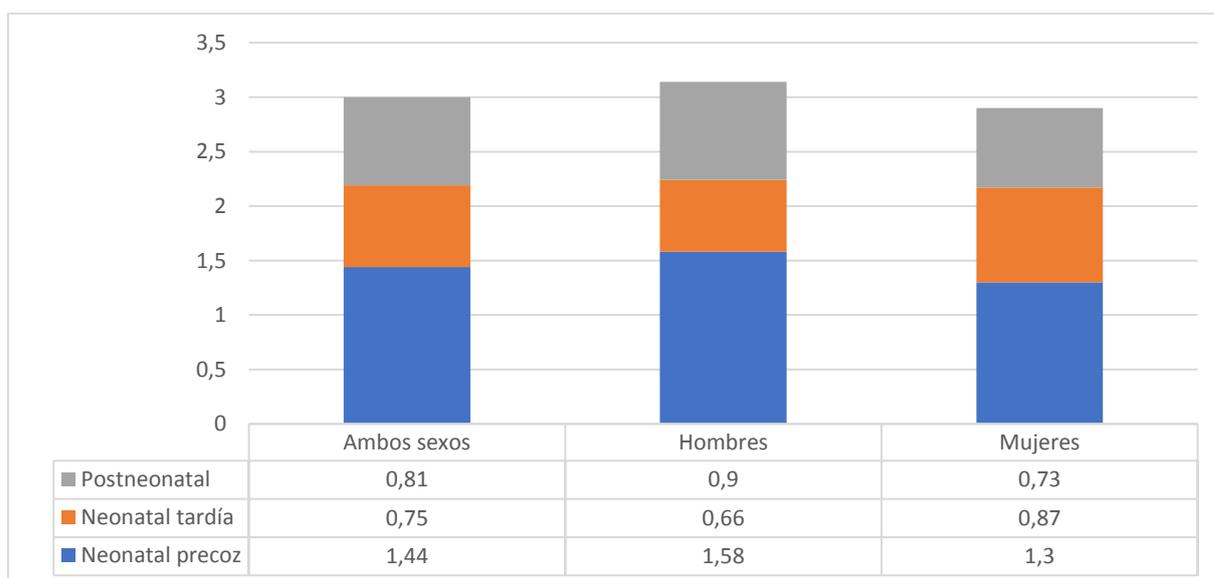
3.3. Mortalidad infantil y perinatal

Durante el año 2018 se registraron en Andalucía un total de 216 defunciones en menores de un año, lo que supone una tasa de mortalidad infantil de 3,0 defunciones por 1000 nacidos vivos (IC al 95%: 2,6 - 3,4), similar a la de 2017 (233 defunciones, tasa de 3,1 por 1000; IC al 95%: 2,7 - 3,5), y por encima de la media española (2,7 por 1.000).

De las 216 muertes infantiles, 116 fueron niños (53,7%) y 100 niñas (46,3%). Esta diferencia por sexos se refleja también en las tasas, que fueron de 3,2 y 2,9 por 1000 en niños y niñas respectivamente.

Un 73% de las muertes infantiles ocurrieron en el periodo neonatal (primeros 27 días de vida) y un 27% en el postneonatal (entre los 28 días de vida y el año). En la figura 7 pueden verse las tasas de cada uno de los componentes de la mortalidad infantil, donde se aprecia también que la tasa de mortalidad neonatal precoz (antes del séptimo día de vida) es casi el doble de la de neonatal tardía (entre los 7 y 27 días).

Figura 7. Tasa de mortalidad infantil y sus componentes por sexo: Andalucía 2018 (defunciones por 1000 nacidos vivos)



En la tabla 7 se presentan las tasas por provincia. Al ser un fenómeno poco frecuente, los intervalos de confianza de las tasas provinciales de mortalidad infantil se superponen.

Tabla 7. Mortalidad infantil y sus componentes en Andalucía y provincias, 2018

	Defunciones	TM Infantil (IC 95%)	TM neonatal	TM postneonatal
Andalucía	216	3,0 (2,6 - 3,4)	2,2	0,8
Almería	20	2,7 (1,5 - 3,9)	2,4	0,3
Cádiz	33	3,2 (2,1 - 4,3)	2,7	0,5
Córdoba	18	2,9 (1,6 - 4,2)	2,1	0,8
Granada	27	3,6 (2,3 - 5,0)	2,0	1,6
Huelva	15	3,5 (1,7 - 5,3)	2,1	1,4
Jaén	10	2,0 (0,8 - 3,3)	1,8	0,2
Málaga	35	2,6 (1,7 - 3,5)	2,0	0,6
Sevilla	58	3,4 (2,5 - 4,3)	2,3	1,1

Defunciones: número de defunciones en menores de 1 año; TM= tasa de mortalidad; IC 95%: intervalo de confianza al 95%. Las tasas son por 1.000 nacidos vivos.

En la tabla 8 se presentan las tasas de mortalidad infantil por las principales causas en Andalucía y provincias.

Tabla 8. Mortalidad infantil por las principales causas en Andalucía y provincias, 2018

	Perinatales		Congénitas		Externas		Otras causas	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Andalucía	136	1,9	51	0,7	2	0,03	27	0,4
Almería	17	2,3	1	0,1	0	0	2	0,3
Cádiz	23	2,2	8	0,8	0	0	2	0,2
Córdoba	10	1,6	5	0,8	0	0	3	0,5
Granada	19	2,6	6	0,8	2	0,3	0	0
Huelva	6	1,4	4	0,9	0	0	5	1,2
Jaén	6	1,2	3	0,6	0	0	1	0,2
Málaga	21	1,6	9	0,7	0	0	5	0,4
Sevilla	34	2,0	15	0,9	0	0	9	0,5

Tasas por 1.000 nacidos vivos

Las principales causas en la mortalidad en menores de un año fueron las afecciones originadas en el periodo perinatal (63% de las muertes infantiles), seguidas de las malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas (24%). Estas proporciones son similares a las de 2017 (56 y 25% respectivamente).

La tasa de mortalidad por afecciones perinatales fue de 1,9 por 1000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad por anomalías congénitas y cromosómicas de 0,7 por 1000. Dentro de “otras causas” (27 defunciones, el 12,5% del total), las más frecuentes fueron la muerte súbita infantil y las causas cardiocirculatorias (7 casos cada una). En la tabla 8 se ha incluido de forma diferenciada las causas externas por su especial interés, pero solo ha habido 2 defunciones en 2018.

En 2018 se declararon en Andalucía 229 muertes fetales tardías (MFT), que suponen un 69% de las muertes perinatales²². La tasa de mortalidad perinatal fue de 4,7 por 1000, algo superior en niños (4,9) que en niñas (4,4), y presentó una variabilidad importante entre provincias (de 2,1 en Huelva a 6,0 en Granada) (tabla 9). Esta variabilidad muy probablemente se explique por diferentes niveles de declaración de las MFT. Llama la atención el bajo número en Huelva (3 casos), como también se había observado en años previos.

Tabla 9. Mortalidad perinatal en Andalucía y provincias, 2018

	Número de muertes fetales tardías		Defunciones en periodo neonatal precoz		Tasas de mortalidad perinatal		
	H	M	H	M	H	M	Ambos
Andalucía	121	108	58	45	4,9	4,4	4,7
Almería	11	13	5	5	4,1	5,1	4,6
Cádiz	16	14	9	7	4,7	4,3	4,5
Córdoba	15	9	3	5	5,7	4,6	5,1
Granada	21	11	8	5	7,5	4,4	6,0
Huelva	2	1	4	2	2,8	1,4	2,1
Jaén	13	10	3	1	6,3	4,6	5,5
Málaga	18	25	10	7	4,0	4,9	4,4
Sevilla	25	25	16	13	4,7	4,5	4,6

H: hombres, M: mujeres, Ambos: ambos sexos

Las tasas de mortalidad perinatal son por 1.000, siendo el denominador la suma de nacidos vivos y muertes fetales tardías

²² Las muertes perinatales son la suma de las muertes fetales tardías y las que ocurren en el periodo neonatal precoz (primeros 6 días de vida). Las MFT se declaran en el boletín estadístico de partos.

En 2018, la tasa de mortalidad perinatal en Andalucía fue algo superior a la de la media española (4,4 por 1000). Sin embargo, es conocido que existe una infraestimación de este indicador en las estadísticas oficiales, lo que dificulta la comparación entre territorios. De hecho, la variabilidad entre comunidades autónomas en la tasa de mortalidad perinatal es muy alta, oscilando entre 2,98 por 1000 en la comunidad de Madrid y 11,12 por 1000 en la ciudad autónoma de Melilla.

La infraestimación de la mortalidad perinatal se debe sobre todo a una infradeclaración de las muertes fetales tardías (MFT), aunque no puede descartarse que exista también un problema en la declaración de las defunciones que ocurren en las primeras horas de la vida.

En cuanto a las MFT, hay que tener en cuenta en primer lugar que en España es obligatorio comunicar al Registro Civil las muertes de fetos de más de 6 meses de gestación, pero la estimación del tiempo de gestación está sujeta a variabilidad, por lo que podría evitarse en aquellos casos que rondan los límites de este periodo. En segundo lugar, la definición de MFT de la Organización Mundial de la Salud (que a su vez adoptan Eurostat y el INE) está relacionada con la viabilidad del feto (peso igual o mayor a 500 gramos o tiempo de gestación igual o superior a 22 semanas), por lo que la normativa española no obliga a la declaración de la totalidad de las MFT. Por otra parte, en cuanto a las defunciones ocurridas en los primeros momentos de la vida, sobre todo en las primeras horas, puede haber también una cierta infradeclaración. Hay que tener en cuenta que en 2011 hubo un cambio de normativa, que pasó de considerar las muertes en las primeras 24 horas de vida como MFT a considerarlas como muertes neonatales: esto conlleva un cambio en su declaración, que obliga a diligenciar no solo un boletín estadístico de partos, sino también un boletín de defunción. Es posible que parte de los casos de neonatos que fallecen en los primeros momentos tras el nacimiento se sigan declarando como MFT, con objeto de evitar a los padres en una situación de duelo el tener que ocuparse de declarar el nacimiento.

Para realizar un acercamiento al problema de la infradeclaración de las muertes fetales tardías, se realizó una comparación de las recogidas en la estadística oficial en Andalucía en 2017 (declaradas en el boletín de partos) y las registradas en el CMBD (conjunto mínimo de datos básicos) de los hospitales del Servicio Andaluz de Salud (SAS). Sería de esperar que la estadística oficial contabilizara un número mayor de MFT que los hospitales del SAS, ya que el CMBD consultado no incluía los partos ocurridos en centros privados, que pueden suponer una parte importante del total. Los datos ponen de manifiesto que existe una infraestimación de las MFT en la estadística oficial de Andalucía y la mayoría de sus provincias. En 2017, el número de MFT declaradas en Andalucía en los boletines de parto fue de 231, mientras que según el CMBD de los hospitales del SAS fue de 355 (con el criterio de la OMS: a partir de las 22 semanas de gestación) y de 237 (con el criterio de la normativa española: más de 25 semanas de gestación). Por provincias, la estadística oficial en Huelva solo recogía entre un 11 y un 14% de las MFT ocurridas en los hospitales del SAS (según los dos criterios mencionados, respectivamente); en el otro extremo, en Jaén los boletines estadísticos de parto registraron una cifra igual al de MFT del CMBD (con criterio OMS) y más del doble de las MFT del CMBD (con el criterio de la normativa española).

3.4. Mortalidad en la población de 1 a 14 años

En Andalucía en 2018 se produjeron 123 defunciones en el grupo de edad de 1 a 14 años, 68 en hombres y 55 en mujeres. Las defunciones en este grupo de edad supusieron el 0,17% del total de las ocurridas en la población andaluza, misma proporción que en 2017. Esto supone unas tasas brutas de mortalidad de 10,4 y 8,9 por 100.000 personas-año en hombres y mujeres respectivamente para el total de Andalucía²³. La razón de tasas entre ambos sexos fue de 1,17.

Tabla 10. Mortalidad en la población de 1 a 14 años en 2018

	Defunciones		Tasa bruta	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	68	55	10,4	8,9
Almería	8	7	13,6	12,6
Cádiz	15	7	15,2	7,5
Córdoba	5	1	8,9	1,9
Granada	6	6	8,6	9,3
Huelva	2	6	5,0	15,9
Jaén	1	2	2,3	4,8
Málaga	13	15	10,2	12,5
Sevilla	18	11	11,4	7,3

Las tasas son por 100.000 personas-año.

La aparente alta variabilidad interprovincial es debida al bajo número de defunciones, y de hecho los intervalos de confianza de las tasas estandarizadas se superponen entre todas las provincias (datos no presentados en la tabla).

Las principales causas de mortalidad en la población de 1-14 años se presentan en las figuras 8 (distribución porcentual) y 9 (tasas). Teniendo en cuenta ambos sexos, la causa más frecuente fueron los tumores (23% del total de las defunciones de este grupo etario), seguidas por las causas externas (20%) y del sistema nervioso (15%). Sin embargo, la distribución de la mortalidad por causas presentó algunas diferencias entre hombres y mujeres. Así, los tumores fueron la primera causa en las mujeres y tercera en los hombres (con tasas de 2,6 y 1,8 por 100.000 respectivamente), mientras que las causas externas ocuparon el primer lugar en los hombres y segundo en las mujeres (tasas de 2,3 en hombres y 1,6 en mujeres). Además, las enfermedades del sistema nervioso fueron más frecuentes en los hombres y las congénitas en las mujeres.

²³ No se presentan tasas estandarizadas, ya que en este grupo de edad apenas hay diferencias entre tasas brutas y estandarizadas.

Figura 8. Distribución porcentual de las principales causas de mortalidad en la población de 1-14 años en Andalucía, 2018 (ambos sexos)

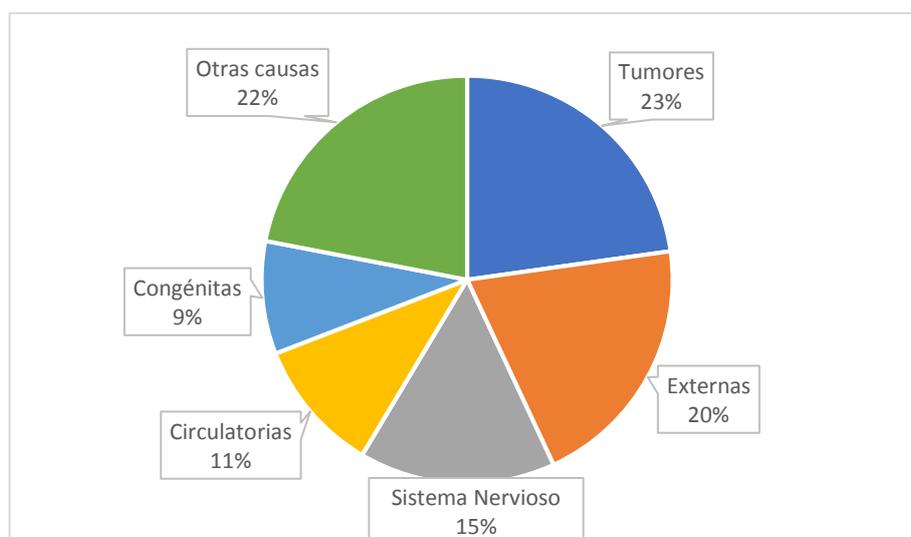
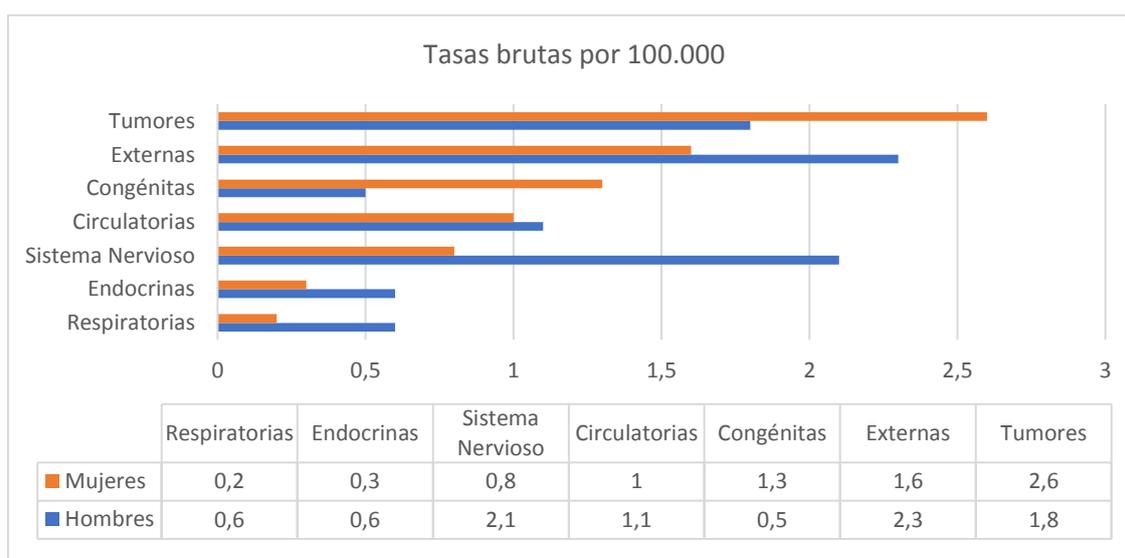


Figura 9. Tasas de mortalidad por las principales causas en la población de 1-14 años: 2018



3.5. Mortalidad en la población de 15 a 64 años

En 2018 se produjeron un total de 11.258 defunciones en la población andaluza de 15 a 64 años, 3.600 en mujeres y 7.658 en hombres, lo que supone un 10,2% y un 20,5% del total de las defunciones de uno y otro sexo respectivamente. Las tasas ajustadas por edad para el conjunto de Andalucía fueron de 126,3 y 275,9 defunciones por 100.000 personas-año respectivamente para mujeres y hombres. La razón de tasas fue de 2,18; es decir, que el riesgo de morir entre los 15 y 64 años es más del doble en los hombres que en las mujeres.

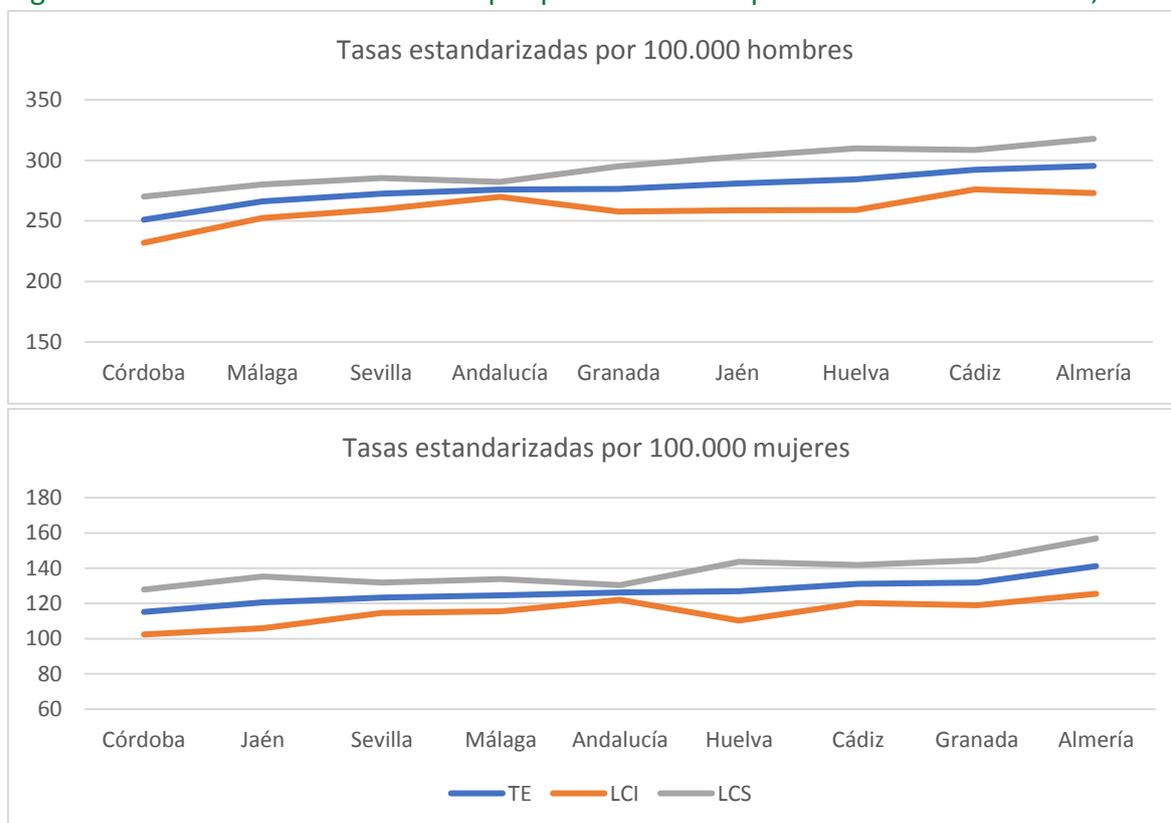
Almería, Cádiz, Huelva y Granada presentaron tasas estandarizadas por encima de la media andaluza en ambos sexos en este grupo de edad; y Córdoba, Málaga y Sevilla por debajo de la media. Jaén estuvo por debajo en mujeres y por encima en hombres (tabla 11 y figura 10). Sin embargo, es importante destacar que los intervalos de confianza de las tasas provinciales se superponen en la mayoría de los casos.

Tabla 11. Mortalidad en la población de 15 a 64 años: Andalucía y provincias, 2018

	Defunciones		Tasa bruta		Tasa estandarizada	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	7658	3600	270,2	128,6	275,9	126,3
Almería	677	313	276,9	136,2	295,4	141,2
Cádiz	1236	562	290,0	134,4	292,3	131,1
Córdoba	666	314	254,2	121,8	251,0	115,2
Granada	847	411	273,6	135,5	276,4	131,8
Huelva	482	226	271,5	127,9	284,4	126,9
Jaén	616	262	285,2	126,6	280,9	120,7
Málaga	1437	707	262,3	127,4	266,1	124,7
Sevilla	1697	805	260,9	123,3	272,4	123,3

Las tasas brutas y estandarizadas son por 100.000 personas-año.

Figura 10. Mortalidad estandarizada por provincias en la población de 15 a 64 años, 2018



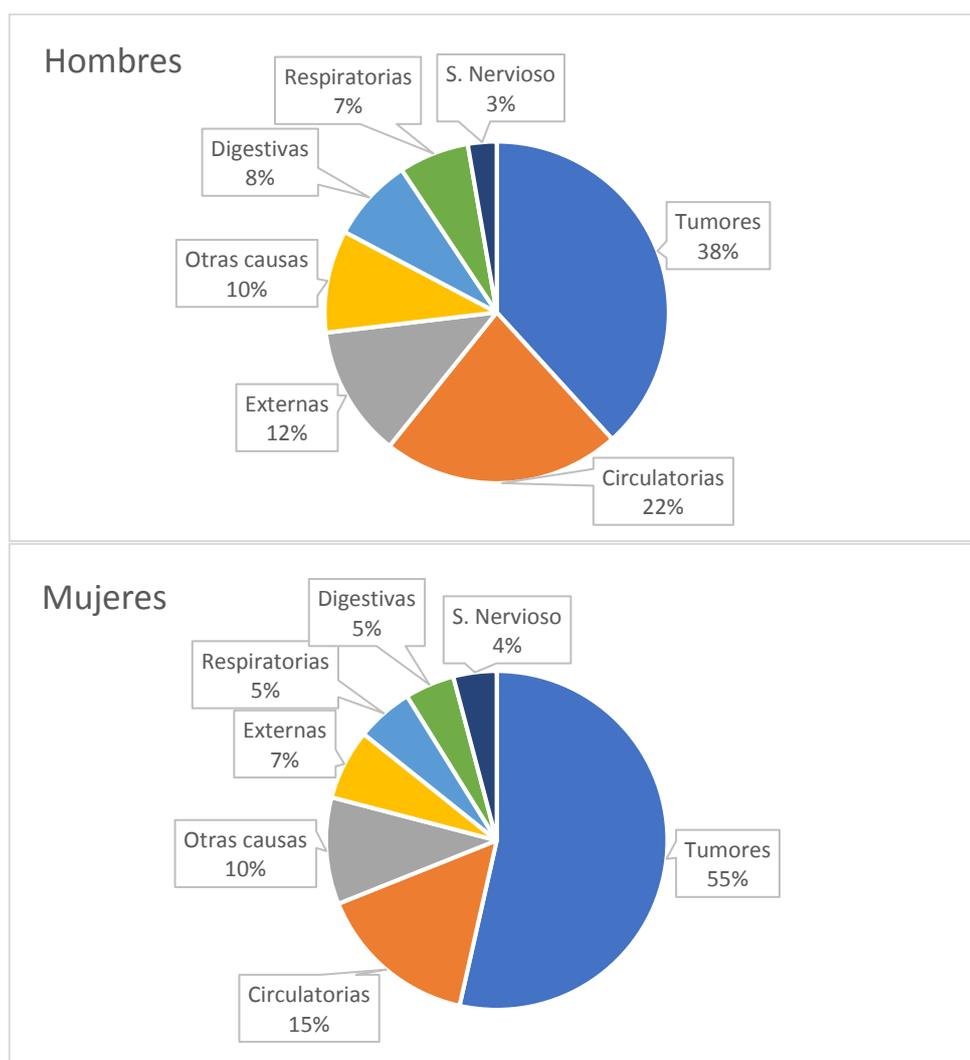
TE: tasa de mortalidad estandarizada; LCI y LCS: límites de confianza inferior y superior de la tasa estandarizada al 95%.

La variabilidad entre las provincias con la mayor y menor tasa estandarizada de mortalidad (Almería y Córdoba en ambos sexos) fue similar en mujeres (razón de tasas de 1,23) y hombres (1,18), si bien los intervalos de confianza de las tasas de estas provincias se solaparon en el caso de las mujeres.

Con relación al año 2017, las tasas de mortalidad en este grupo de edad no tuvieron cambios estadísticamente significativos ni para el conjunto de Andalucía ni por provincias, si bien cabe destacar que el mayor incremento se produjo en Almería (29 y 18,5 defunciones más por 100.000 hombres y mujeres respectivamente en 2018 respecto al año anterior).

La principal causa de muerte en la población de 15 a 64 años fueron los tumores, seguidos de las enfermedades circulatorias y las causas externas (figura 11). La suma de estos tres grupos de causas supuso el 72% de las defunciones en hombres y el 77% en mujeres.

Figura 11. Distribución porcentual de las principales causas de mortalidad en la población de 15-64 años en Andalucía, 2018



Este mismo orden de frecuencia de causas se encuentra en las tasas estandarizadas por edad (figura 12). Las tasas de mortalidad por las principales causas fueron siempre superiores en hombres que en mujeres; con las mayores diferencias en las causas externas y digestivas (razón de tasas de 4,0 y 3,7 respectivamente) y las menores en las enfermedades del sistema nervioso y tumores (razón de tasas de 1,5 y 1,6).

Figura 12. Tasas estandarizadas de mortalidad por las principales causas en la población de 15-64 años en Andalucía, 2018

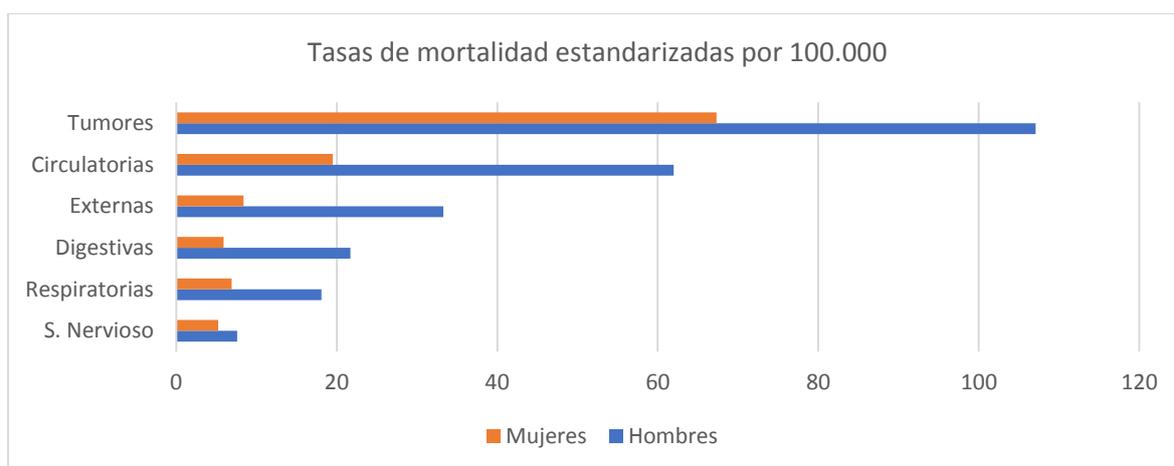


Tabla 12. Tasas estandarizadas de mortalidad por las principales causas en la población de 15 a 64 años: Andalucía y provincias, 2018

	Tumores		Circulatorias		Externas		Digestivas		Respiratorias	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Andalucía	107,1	67,3	62,0	19,5	33,3	8,4	21,7	5,9	18,1	6,9
Almería	108,6	76,3	54,9	17,1	48,8	9,1	20,7	6,0	19,4	7,8
Cádiz	114,7	69,2	61,0	20,4	33,6	9,0	20,4	6,2	17,6	4,2
Córdoba	92,6	62,7	61,4	18,0	28,7	8,7	21,2	4,4	14,3	4,5
Granada	105,9	75,1	63,0	19,5	36,7	8,4	23,8	4,1	15,1	9,5
Huelva	114,7	69,4	61,1	20,8	31,1	5,7	33,5	4,9	14,0	9,3
Jaén	108,4	60,2	58,4	18,4	40,7	10,0	22,1	7,1	12,0	8,0
Málaga	97,7	66,0	66,8	19,8	31,6	8,5	18,4	6,5	19,2	6,2
Sevilla	114,0	64,3	62,3	20,5	26,8	7,8	21,5	6,6	23,4	7,7

Las tasas son por 100.000 personas-año.

H: Hombres; M: Mujeres

Aunque se observa una aparente variabilidad de las tasas provinciales de mortalidad por las principales causas (tabla 12), los intervalos de confianza se solaparon en la mayor parte de los casos (no mostrados en la tabla). En los hombres de 15-64 años, las tres provincias con mayores tasas de mortalidad por tumores fueron Cádiz, Huelva y Sevilla, al igual que en 2017; no habiendo solapamiento de los intervalos de confianza entre las tasas de la provincia con menor mortalidad por tumores en hombres (Córdoba) con las de Cádiz y Sevilla. Las diferencias entre provincias en las tasas de mortalidad por tumores en las mujeres de 15-64 años no fueron estadísticamente significativas en ningún caso.

3.6. Mortalidad en la población mayor de 64 años

En 2018 se produjeron un total de 61.209 defunciones en la población andaluza mayor de 64 años, 29.518 en hombres y 31.691 en mujeres (79,0% y 89,4% del total de las defunciones de uno y otro sexo respectivamente). Las tasas ajustadas por edad en este grupo poblacional fueron de 5.148 y 3.500 defunciones por 100.000 personas-año para hombres y mujeres, con una razón de tasas entre ambos sexos de 1,47.

En la tabla 13 y figura 13 se presentan las tasas para Andalucía y provincias. Dado que la mayor parte de la mortalidad se produce en este grupo poblacional, el patrón por provincias es muy similar al que se observó en el análisis de la mortalidad en toda la población. Cádiz y Huelva presentaron las tasas estandarizadas más altas en ambos sexos; y Córdoba, Málaga y Granada las más bajas. Jaén se situó inmediatamente por encima de la media andaluza tanto en hombres como en mujeres. Las provincias de Almería y Sevilla presentaron un patrón diferente según sexo: en los hombres estuvieron por encima de la media andaluza y en las mujeres por debajo.

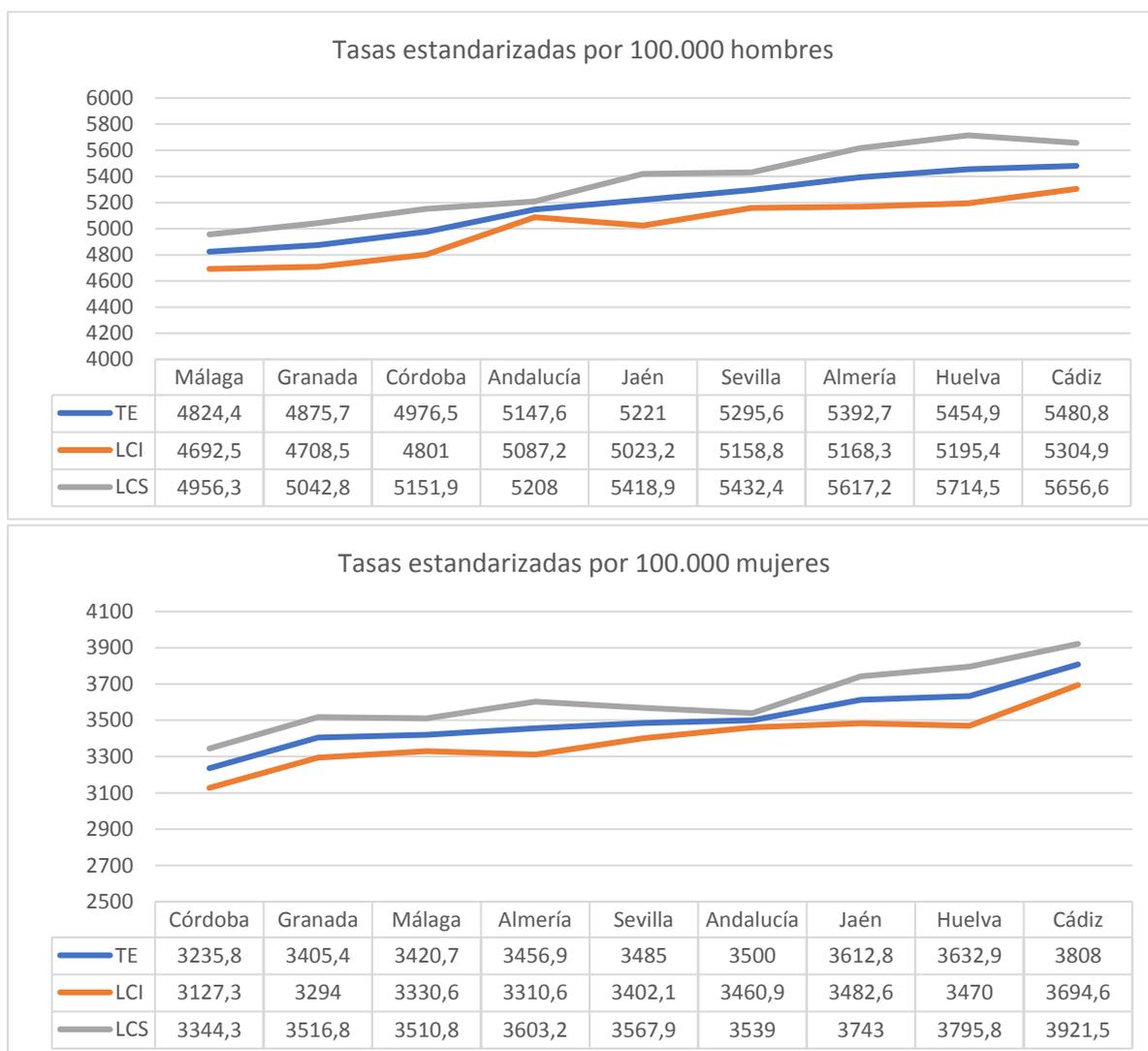
Tabla 13. Mortalidad en la población mayor de 64 años: Andalucía y provincias, 2018

	Defunciones		Tasa bruta		Tasa estandarizada	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	29518	31691	4714,7	3945,1	5147,6	3500,0
Almería	2325	2193	4871,0	3784,8	5392,7	3456,9
Cádiz	4195	4437	4659,5	3952,7	5480,8	3808,0
Córdoba	3197	3621	5052,0	4236,8	4976,5	3235,8
Granada	3394	3736	4746,3	4073,1	4875,7	3405,4
Huelva	1836	1971	4812,8	4099,9	5454,9	3632,9
Jaén	2835	3150	5458,9	4596,8	5221,0	3612,8
Málaga	5489	5627	4263,0	3572,5	4824,4	3420,7
Sevilla	6247	6956	4638,1	3826,2	5295,6	3485,0

Las tasas brutas y estandarizadas son por 100.000 personas-año.

En la población mayor de 64 años, muchas de las diferencias interprovinciales en la mortalidad fueron estadísticamente significativas. En los hombres, los intervalos de confianza de las tasas estandarizadas de las cuatro provincias con valores más altos no se superpusieron con los de las tres con valores más bajos. En las mujeres, las tasas de Cádiz fueron significativamente más altas que las de las cinco provincias con tasas por debajo de la media andaluza (figura 13).

Figura 13. Mortalidad estandarizada por provincias en la población mayor de 64 años, 2018



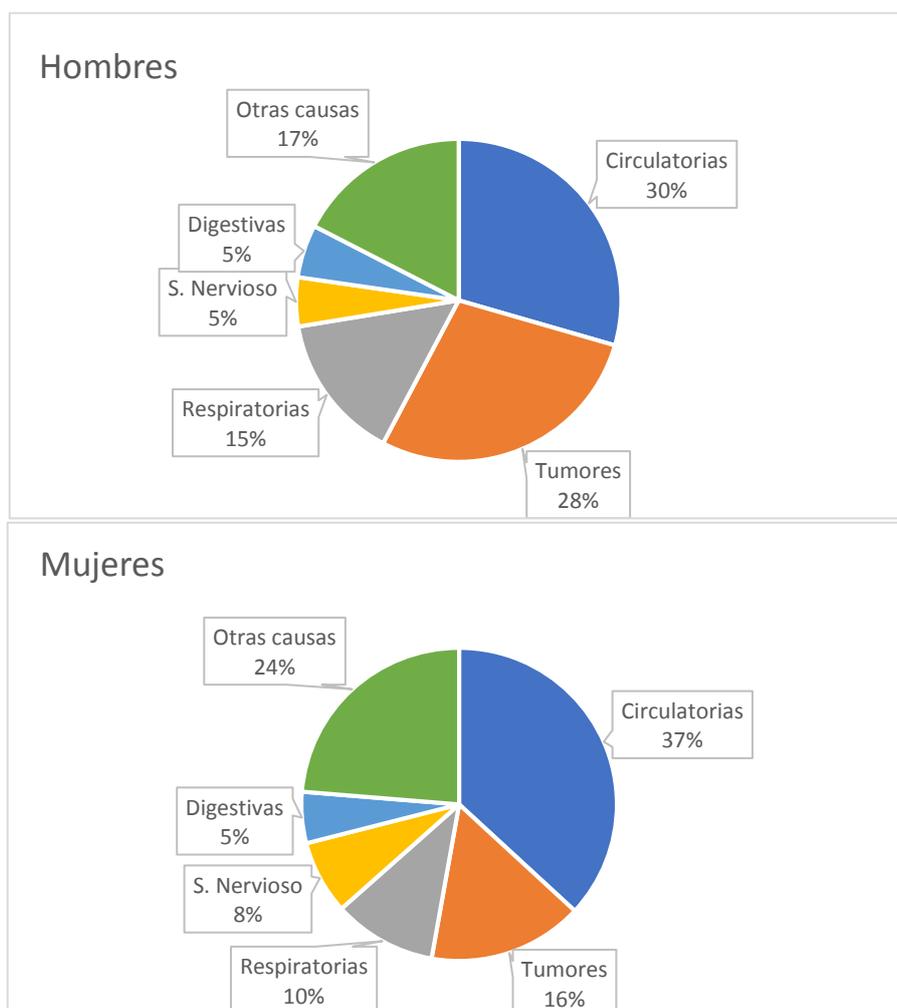
TE: tasa de mortalidad estandarizada; LCI y LCS: límites de confianza inferior y superior de la tasa estandarizada al 95%.

La variabilidad entre las provincias con mayor y menor tasa estandarizada fue similar en hombres (razón de tasas entre Cádiz y Málaga de 1,14) y mujeres (razón de tasas entre Cádiz y Córdoba de 1,18).

La mortalidad en la población mayor de 64 años fue similar en 2017 y 2018 en el conjunto de Andalucía (en 2018 hubo 20 defunciones más por 100.000 hombres y 19 menos por 100.000 mujeres, diferencias que no tuvieron significación estadística). En cuanto al cambio por provincias entre estos dos años, cabe resaltar que el mayor aumento de la mortalidad se produjo en Almería en los hombres y en Jaén en las mujeres (423 y 203 defunciones más en 2018 por 100.000 personas respectivamente); mientras que el mayor descenso ocurrió en Sevilla en ambos sexos (284 y 209 defunciones menos en 2018 por 100.000 en hombres y mujeres respectivamente). De todos estos cambios, los únicos estadísticamente significativos fueron los descensos en la provincia de Sevilla.

La principal causa de muerte en la población mayor de 64 años (en ambos sexos) fueron las enfermedades del sistema circulatorio, seguidas de los tumores y las enfermedades respiratorias (figura 14). Las siguientes causas en frecuencia fueron las enfermedades del sistema nervioso y sistema digestivo (en este orden en las mujeres y en proporción similar en los hombres). Estos cinco grupos de causas conjuntamente supusieron el 83% de las defunciones en hombres y el 76% en mujeres de este grupo etario.

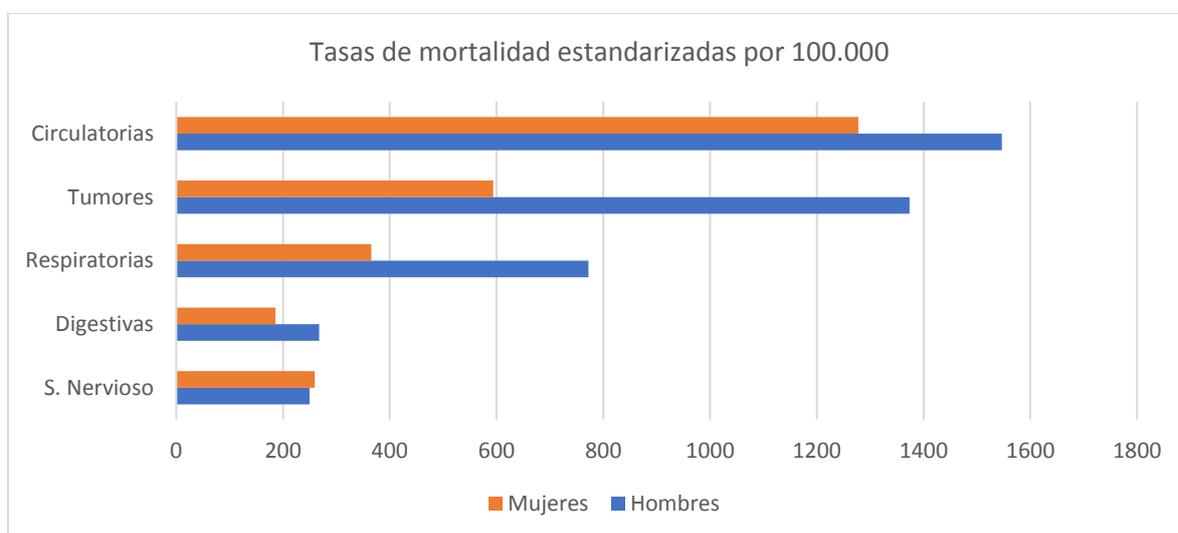
Figura 14. Distribución porcentual de las principales causas de mortalidad en la población mayor de 64 años en Andalucía, 2018



Este mismo orden de frecuencia de causas se encuentra en las tasas estandarizadas por edad (figura 15 y tabla 14). De las principales causas de mortalidad, la que tuvo una razón de tasas más alta entre sexos fueron los tumores (2,31) y una razón de tasas más baja las enfermedades del sistema nervioso (0,96) y del sistema circulatorio (1,21).

A diferencia de los grupos de edad más jóvenes, las causas externas no estuvieron entre las principales causas de muerte en las personas mayores de 64 años. Se produjeron 678 defunciones por causas externas en hombres (2,3% del total) y 582 en mujeres (1,8%), siendo la novena causa de muerte tanto en uno como en otro sexo en este grupo de edad.

Figura 15. Tasas estandarizadas de mortalidad por las principales causas en la población mayor de 64 años en Andalucía, 2018



Entre las tres primeras causas de muerte en la población mayor de 64 años, la que tuvo mayor variabilidad entre provincias fue el grupo de las enfermedades circulatorias, con una razón de tasas entre las provincias con tasas extremas (Sevilla y Almería) de 1,59 en los hombres y 1,62 en las mujeres. La tasa estandarizada de mortalidad por enfermedades circulatorias de Sevilla presentó diferencias estadísticamente significativas con las de todas las provincias (excepto con la tasa de los hombres en Huelva); asimismo las tasas de Cádiz y Huelva fueron significativamente superiores a las de las provincias con tasas más bajas.

En cuanto a los tumores, la razón de tasas entre las provincias con mayor y menor mortalidad fue de 1,16 en los hombres (Cádiz frente a Granada) y 1,27 en las mujeres (Cádiz frente a Córdoba), con diferencias estadísticamente significativas.

También en la mortalidad por enfermedades respiratorias las diferencias entre provincias con valores extremos alcanzaron significación estadística. En las demás causas se

superponían los intervalos de confianza de las tasas estandarizadas de la mayoría de las comparaciones interprovinciales.

Tabla 14. Tasas estandarizadas de mortalidad por las principales causas en la población mayor de 64 años por provincias, 2018

	Circulatorias		Tumores		Respiratorias		S. Nervioso		Digestivas	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Andalucía	1547,0	1278,2	1373,9	593,8	772,1	365,6	249,8	259,1	268,0	185,6
Almería	1181,3	949,5	1461,0	560,9	830,4	434,4	283,1	259,1	309,6	198,0
Cádiz	1574,6	1335,0	1482,4	665,0	786,1	353,0	287,9	300,8	283,0	194,6
Córdoba	1412,0	1184,0	1342,9	524,8	822,9	353,9	212,8	221,3	295,6	184,1
Granada	1383,0	1159,8	1281,5	604,0	804,4	354,2	236,6	259,2	259,1	173,3
Huelva	1752,4	1355,4	1456,2	591,3	665,9	338,3	289,9	276,3	328,4	216,5
Jaén	1400,7	1163,5	1306,9	559,7	890,3	473,5	200,8	245,9	292,2	207,6
Málaga	1534,4	1220,1	1310,9	618,3	647,5	342,4	260,7	278,8	219,1	157,7
Sevilla	1878,3	1541,2	1407,3	577,7	777,9	336,2	247,0	241,1	246,7	187,6

Las tasas son por 100.000 personas-año.

Las enfermedades del sistema circulatorio y los tumores suponen más de la mitad del total de la mortalidad en las personas mayores de 64 años (58% en los hombres y 53% en las mujeres). Al igual que en el año anterior, en ambos sexos, las provincias de Sevilla, Cádiz y Huelva tuvieron las tasas más altas de mortalidad por enfermedades circulatorias en los mayores de 64 años y las provincias de Almería, Granada y Jaén las tasas más bajas.

En cuanto a la mortalidad por tumores, Cádiz tuvo la tasa más alta en ambos sexos, al igual que en 2017. Los cambios más destacables se produjeron en la provincia de Málaga en las mujeres (pasó de ser la segunda provincia con tasa más baja en 2017 a la segunda con tasa más alta en 2018) y en Almería en ambos sexos (su tasa se incrementó en los hombres y descendió en las mujeres), aunque ninguno de estos cambios alcanzó significación estadística.

3.7. Mortalidad prematura sensible a la prevención y atención sanitaria

En Andalucía en 2018 se produjeron un total de 14.730 muertes potencialmente evitables: 9.036 sensibles a la prevención (61,3%) y 5.694 sensibles a la atención sanitaria (38,7%). De ellas, 10.193 fueron en hombres y 4.537 en mujeres, correspondiendo a un 67% y un 62% del total de la mortalidad antes de los 75 años, respectivamente para cada sexo.

Teniendo en cuenta toda la población de este grupo de edad (hombres y mujeres conjuntamente), las tasas estandarizadas fueron de 125 muertes sensibles a la prevención y 79,6 sensibles a la atención sanitaria por cada 100.000 personas. En la tabla 15 se muestran los datos por indicador, desagregados por sexo y provincia.

Tabla 15. Mortalidad prematura sensible a la prevención y a la atención sanitaria: Andalucía y provincias, 2018

	Mortalidad sensible a la prevención				Mortalidad sensible a la atención sanitaria			
	Defunciones		Tasa estandarizada		Defunciones		Tasa estandarizada	
	H	M	H	M	H	M	H	M
Andalucía	6936	2100	198,7	56,3	3257	2437	95,0	65,6
Almería	620	178	217,7	61,2	268	188	98,8	65,0
Cádiz	1075	357	203,1	64,4	519	386	100,3	70,8
Córdoba	649	187	198,6	52,5	291	230	90,9	64,5
Granada	708	219	184,2	54,0	337	276	89,9	67,9
Huelva	458	112	213,3	49,8	198	171	93,2	74,4
Jaén	542	143	201,9	49,9	230	163	89,2	57,9
Málaga	1318	456	186,2	60,4	637	468	90,5	61,9
Sevilla	1568	449	202,0	52,0	778	556	101,2	65,1

H: Hombres; M: Mujeres. Las tasas estandarizadas se expresan por 100.000 personas-año.

La mortalidad prematura fue más alta en los hombres que en las mujeres en los dos indicadores analizados, pero la diferencia entre sexos fue mucho más acusada en la mortalidad sensible a la prevención (razón de tasas entre hombres y mujeres de 3,53) que en la mortalidad sensible a la atención sanitaria (razón de tasas de 1,45).

Las diferencias interprovinciales no fueron muy altas, con una razón de tasas entre las dos provincias con valores extremos de 1,19 para la mortalidad sensible a la prevención y 1,17 para la mortalidad sensible a la atención sanitaria (teniendo en cuenta las tasas estandarizadas para el conjunto de ambos sexos: datos no mostrados en la tabla). Ninguna de las diferencias entre provincias fue estadísticamente significativa para la mortalidad sensible a la atención sanitaria ni en hombres ni en mujeres. En el caso de la mortalidad sensible a la prevención las únicas diferencias que alcanzaron significación estadística fueron las de la provincia con la tasa más alta en hombres (Almería) frente a las dos provincias con las tasas más bajas (Granada y Málaga).

Se comparó la mortalidad prematura de 2018 con la de 2017, para ambos indicadores en hombres y mujeres, en Andalucía y provincias, no hallándose ninguna diferencia estadísticamente significativa entre estos dos años.

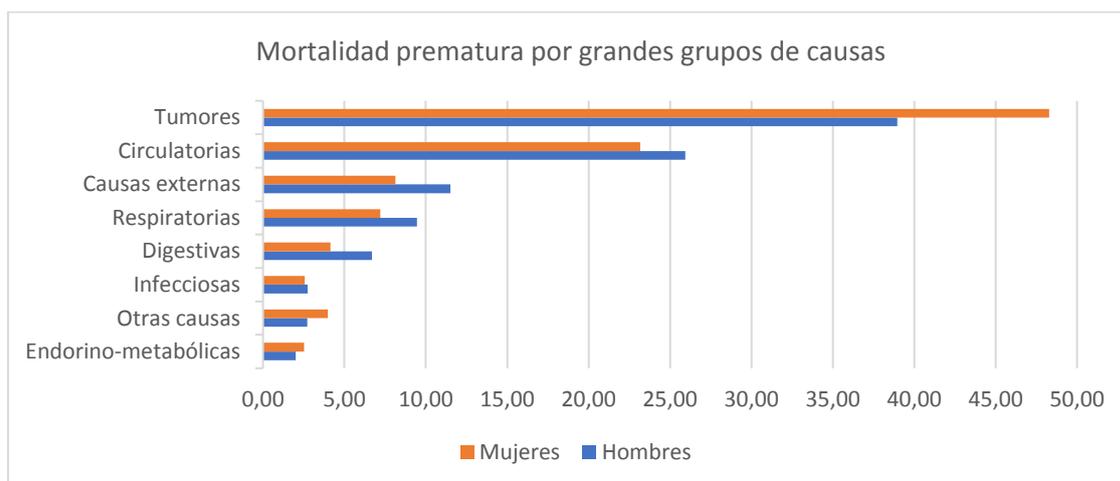
En 2019, Eurostat publicó un informe sobre la mortalidad evitable en la Unión Europea, donde se aportan las tasas estandarizadas para la UE-28 y para cada país, con datos de la mortalidad del año 2016²⁴. Dado que la población estándar que se utiliza para la estandarización es la europea publicada en 2013, los datos son comparables con los calculados para Andalucía en 2018.

En cuanto a la mortalidad sensible a la prevención, la tasa media europea (UE-28) fue de 161,5 defunciones por 100.000 personas menores de 75 años. Las tasas de los países con mayor mortalidad sensible a la prevención (Lituania, Letonia, Hungría y Rumanía) estuvieron por encima de las 300 defunciones por 100.000. España fue el cuarto país con la tasa más baja (117,8), después de Chipre (99,9), Italia (110) y Malta (115). La tasa de Andalucía fue algo mayor que la de España, tanto en 2017 (127,3) como en 2018 (125).

La tasa media de la UE-28 para la mortalidad sensible a la atención sanitaria fue de 92,7 defunciones por 100.000 personas menores de 75 años. Los países con las tasas más altas (Rumania, Lituania y Letonia) superaron los 200 casos por 100.000. España fue el tercer país con la tasa más baja (66,8), por detrás de Francia (62,5) e Italia (66,7), seguida de Suecia (67,6) y Holanda (68,9). La tasa de Andalucía estuvo por encima de la de España, tanto en 2017 (78,4) como en 2018 (79,6).

Los grandes grupos de causas más frecuentes de mortalidad prematura (analizando el conjunto de las defunciones sensibles a la prevención y a la atención sanitaria y ambos sexos) fueron los tumores (41,83%), seguidos de las circulatorias (25,08%), causas externas (10,47%), respiratorias (8,76%) y digestivas (5,90%). En la figura 16 se presentan los datos desagregados por sexo.

Figura 16. Mortalidad prematura: porcentajes por grandes grupos de causas y sexo: Andalucía, 2018



²⁴ Eurostat. Preventable and treatable mortality statistics. 2019. Disponible en: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventable_and_treatable_mortality_statistics#Leading_causes_of_avoidable_death_.E2.80.94_analysis_by_sex

Aunque el orden de frecuencia fue similar en hombres y mujeres, cabe destacar que los tumores tuvieron mayor importancia relativa en las mujeres, donde suponen casi la mitad de la mortalidad prematura.

En los hombres, las cinco causas específicas más frecuentes de mortalidad prematura fueron en este orden: el cáncer de pulmón, la cardiopatía isquémica, el cáncer colorrectal, la enfermedad cerebrovascular y la EPOC, que sumaron un 52,1% del total. En las mujeres, las cinco primeras causas fueron el cáncer de mama, el cáncer de pulmón, el cáncer colorrectal, la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular, que sumaron el 51,8% del total. En el anexo 1, se presentan todas las causas específicas para cada sexo.

Los indicadores de mortalidad prematura de la OCDE / Eurostat identifican una serie de causas relacionadas con el abuso de alcohol y drogas. En los hombres, un 5,56% de las muertes prematuras estuvieron relacionadas con el alcohol y un 1,07% con las drogas; mientras que en las mujeres estas proporciones fueron del 2,4% y 0,64% respectivamente.

4. Resumen: resultados clave

Una de las características de los datos de mortalidad es su estabilidad en el tiempo: los cambios en los patrones de mortalidad evolucionan lentamente. Otro aspecto importante es la dificultad de extraer conclusiones cuando el número de defunciones es pequeño, como ocurre al analizar diferencias entre provincias en las causas con menor frecuencia o en los grupos de edad más jóvenes. En el caso de la mortalidad infantil hay problemas adicionales, ya comentados en el apartado correspondiente de este informe.

Teniendo presentes estas limitaciones, se pueden extraer algunas conclusiones y subrayar los resultados más relevantes del análisis de la mortalidad de 2018:

SOBRE LA MORTALIDAD GENERAL:

- La tasa de mortalidad estandarizada (TME) en Andalucía viene siendo superior a la media española desde hace años, hecho que se mantiene en 2018. En los tres últimos años se detecta un estancamiento de la mortalidad, tanto en Andalucía como en España, sin apenas cambios desde 2016. Será importante el seguimiento de la mortalidad en los próximos años para ver si se prolonga este estancamiento o se produce algún otro cambio de tendencia.
- La desventaja respecto a España se refleja también en el indicador de la esperanza de vida (EV). La EV al nacer en Andalucía fue de 79,14 años para los hombres y 84,43 en las mujeres (1,3 y 1,4 años menos que en España) y la EV a los 65 años fue de 18,2 años en los hombres y 21,75 en las mujeres (1 y 1,3 años menos que en España). De hecho, Andalucía es la comunidad autónoma española con la menor EV de España en ambos sexos, con la única excepción de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, que presentaron cifras más bajas.
- La razón de las tasas de mortalidad estandarizadas entre hombres y mujeres fue de 1,54 en 2018. La mayor mortalidad en hombres que en mujeres se reflejó en la mayoría de los grupos quinquenales de edad, siendo la principal excepción el grupo mayor de 94 años, donde la tasa de las mujeres fue más alta.
- La concentración de la mortalidad en las edades más altas de la vida, fenómeno conocido como compresión de la mortalidad, está presente en Andalucía sobre todo en las mujeres. Por debajo de los 65 años se produjeron en 2018 un 21% de las defunciones en hombres y un 11% en mujeres. Más de la mitad de las defunciones en mujeres (52%) se produjeron a partir de los 85 años, frente al 29% de las defunciones en hombres.
- En cuanto a las TME por provincias, Cádiz y Huelva presentaron las tasas más altas (patrón de sobremortalidad mantenido respecto a años previos), mientras que Málaga, Córdoba y Granada estuvieron por debajo de la media andaluza, tanto en hombres como en mujeres. Respecto a 2017, cabe destacar un descenso de la tasa de mortalidad en Sevilla en ambos sexos y un incremento en Almería en los hombres.

SOBRE LA MORTALIDAD POR CAUSAS (TODAS LAS EDADES):

- El análisis de las TME por causas para el total de la población andaluza en 2018 presentó resultados similares a los obtenidos en el grupo poblacional de mayores de 64 años, lo que es lógico dado que la mayor parte de las defunciones ocurren en las edades mayores.
- En términos de distribución porcentual de las defunciones por causas, en los hombres la primera causa de muerte fueron los tumores (30,15% del total de defunciones) y en las mujeres las enfermedades circulatorias (34,6%). Sin embargo, al estandarizar por edad, las enfermedades circulatorias presentaron la TME más alta en ambos sexos, seguidas de los tumores y las enfermedades respiratorias. A partir de ahí, el orden de importancia de las causas fue diferente según sexo: en los hombres, el cuarto lugar lo ocuparon las enfermedades digestivas y en las mujeres las del sistema nervioso; mientras que las causas externas ocuparon el sexto lugar en los hombres y sólo el noveno en las mujeres.
- En cuanto a la contribución de las diferentes causas en términos de APVP, los tumores ocuparon el primer lugar, las enfermedades circulatorias el segundo y las causas externas el tercero, tanto en hombres como en mujeres.

SOBRE LA MORTALIDAD INFANTIL Y PERINATAL:

- La tasa de mortalidad infantil (menores de un año) fue de 3 defunciones por 1.000 nacidos vivos, similar a la de 2017 y algo por encima de la media española. Fue algo mayor en niños que en niñas (3,2 y 2,9 por 1.000 respectivamente).
- Casi tres cuartas partes de las muertes infantiles ocurrieron en el periodo neonatal (primeros 27 días de vida).
- Las principales causas de mortalidad infantil fueron las afecciones originadas en el periodo perinatal (63% del total), seguidas de las malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas (24%).
- La tasa de mortalidad perinatal fue de 4,7 por 1.000, similar a la de 2017, siendo las muertes fetales tardías el 69% del total de perinatales. La variabilidad interprovincial es posible que esté relacionada con diferentes niveles de subregistro.

SOBRE LA MORTALIDAD ENTRE 1 Y 14 AÑOS:

- Las 123 defunciones ocurridas en 2018 en niños y niñas de 1 a 14 años supusieron un 0,17% del total en la población andaluza, misma proporción que en 2017. Las tasas de mortalidad en este grupo etario fueron más altas en chicos que en chicas (10,4 y 8,9 por 100.000 personas-año, respectivamente).
- La causa de mortalidad más frecuente fueron los tumores (23% del total), seguidas de las causas externas (20%) y del sistema nervioso (15%).

SOBRE LA MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN DE 15 A 64 AÑOS:

- En 2018, en la población de 15-64 años se produjeron el 10,2% de las defunciones de las mujeres y el 20,5% de las ocurridas en los hombres. La TME de los hombres fue más del doble que la de las mujeres en este grupo etario (275,9 y 126,3 defunciones por 100.000 personas-año respectivamente), con una razón de tasas de 2,18, la más alta de los grandes grupos de edad analizados en este informe. Estas tasas no presentaron diferencias significativas respecto a las del año 2017.
- La principal causa de muerte en este grupo de edad, en ambos sexos, fueron los tumores, seguidos de las enfermedades circulatorias y las causas externas. En total, estas tres causas supusieron el 72% y 77 % de las defunciones en hombres y mujeres respectivamente. Las siguientes causas con mayores tasas de mortalidad fueron las digestivas, respiratorias y del sistema nervioso, en este orden.

SOBRE LA MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 64 AÑOS:

- En la población mayor de 64 años se produjeron el 79% de las defunciones de los hombres y el 89,4% de las defunciones de las mujeres. La TME de los hombres (5.418 por 100.000 personas-año) fue superior a las de las mujeres (3.500 por 100.000), con una razón de tasas entre ambos sexos de 1,47.
- Las diferencias con las tasas de 2017 fueron pequeñas y no significativas estadísticamente en Andalucía. Sin embargo, cabe destacar el descenso de la TME en la provincia de Sevilla en este grupo de edad, que sí fue estadísticamente significativo tanto en hombres como en mujeres.
- La principal causa de muerte en la población mayor de 64 años, en ambos sexos, fueron las enfermedades circulatorias, seguidas de los tumores y enfermedades respiratorias. Las siguientes causas fueron las del sistema nervioso y las digestivas. Estos cinco grupos de causas supusieron el 83% y 76% de la mortalidad en la población mayor, en hombres y mujeres respectivamente. Las causas externas no fueron proporcionalmente tan importantes como en edades más jóvenes (en torno al 2% del total).
- A diferencia de los demás grupos de edad, en muchas de las comparaciones interprovinciales de las TME de mayores de 64 años, los intervalos de confianza de las tasas no se superpusieron. La razón de las TME entre las provincias con las tasas mayor y menor fue de 1,14 en hombres y de 1,18 en mujeres.

SOBRE LA MORTALIDAD PREMATURA SENSIBLE A LA PREVENCIÓN Y A LA ATENCIÓN SANITARIA:

- En Andalucía en 2018 se produjeron 14.730 muertes potencialmente evitables: 9.036 sensibles a la prevención (61,3%) y 5.694 sensibles a la atención sanitaria (38,7%). De ellas, 10.193 fueron en hombres y 4.537 en mujeres, correspondiendo a un 67% y un 62% del total de la mortalidad antes de los 75 años, respectivamente para cada sexo.

- Las tasas de mortalidad prematura fueron más altas en los hombres que en las mujeres en los dos indicadores analizados, pero esta diferencia fue mucho más acusada en la mortalidad sensible a la prevención (razón de tasas entre hombres y mujeres de 3,53) que en la mortalidad sensible a la atención sanitaria (razón de tasas de 1,45).
- Las tasas estandarizadas de mortalidad sensible a la prevención y a la atención sanitaria de Andalucía (125 y 79,6 por 100.000 personas menores de 75 años y año) estuvieron por encima de las de España (117,8 y 66,8) y por debajo de la media de la Unión Europea (UE-28: 161,5 y 92,7).
- Cinco causas específicas supusieron más de la mitad del total de la mortalidad prematura sensible a la prevención y atención sanitaria, tanto en hombres como en mujeres. Por orden de frecuencia estas causas fueron el cáncer de pulmón, la cardiopatía isquémica, el cáncer colorrectal, la enfermedad cerebrovascular y la EPOC en los hombres; y los cánceres de mama, pulmón y colorrectal, la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular en las mujeres.

SOBRE EL PERFIL PROVINCIAL DE LA MORTALIDAD:

Se tiene en cuenta fundamentalmente la mortalidad general, los APVP y la mortalidad en los grupos de 15-64 años y mayores de 64 años. Se ha considerado también la tasa de mortalidad sensible a la prevención y atención sanitaria (indicador único para la suma de ambos tipos de causas²⁵). No se incluye la mortalidad por debajo de los 15 años en la valoración, ya que las tasas se basan en un número muy pequeño de defunciones y no pueden extraerse conclusiones sólidas de la comparación entre provincias.

Con todo, las tasas provinciales en el grupo de 15-64 años y de mortalidad sensible a la prevención y atención sanitaria hay que tomarlas con cautela, dado que los intervalos de confianza se superponen en la mayoría de los casos.

CÁDIZ:

- Presentó el peor perfil de mortalidad general de Andalucía, con las tasas de mortalidad más altas en ambos sexos, tanto para la población total como para los mayores de 64 años.
- También presentó valores altos en los indicadores relacionados con la mortalidad prematura: los hombres tuvieron la segunda tasa más alta de APVP y de mortalidad a los 15-64 años y las mujeres la tasa más alta en la mortalidad sensible a la prevención y atención sanitaria.
- Todo ello se tradujo en la peor esperanza de vida al nacer en las mujeres y la segunda peor en los hombres entre las provincias andaluzas.

²⁵ Los resultados de este indicador con la suma de ambos tipos de causas no se muestra en el informe.

ALMERIA:

- Almería presentó un peor perfil en hombres que en mujeres en la mortalidad general y de la población mayor de 64 años. Así, los hombres ocuparon el tercer puesto de tasas más altas en ambos indicadores, mientras que las mujeres tuvieron una tasa de mortalidad general similar a la media de Andalucía y de mortalidad en mayores de 64 años por debajo de ésta.
- Sin embargo, los peores datos de Almería fueron los de la mortalidad prematura. Tuvieron las tasas más altas de Andalucía de mortalidad en la población de 15-64 años y de APVP, en ambos sexos; así como la tasa más alta de mortalidad sensible a la prevención y atención sanitaria en los hombres y la segunda más alta en las mujeres.
- Las tasas en los distintos grupos de edad se tradujeron en la peor esperanza de vida al nacer en Andalucía en los hombres y la tercera peor en las mujeres.

HUELVA:

- Tanto en hombres como en mujeres, presentó la segunda tasa más alta de mortalidad general y en mayores de 64 años.
- Los hombres presentaron la tercera tasa más alta en el grupo de 15-64 años y la segunda más alta en la mortalidad sensible a la prevención y atención sanitaria; sin embargo, su tasa de APVP estuvo algo por debajo de la media andaluza. Las mujeres tuvieron una tasa de mortalidad entre los 15 y 64 años similar a la media de Andalucía, pero ocuparon el tercer lugar con mayor tasa de APVP y de mortalidad sensible a la prevención y atención sanitaria.
- Fue la provincia con la segunda peor esperanza de vida en las mujeres y la tercera peor en los hombres.

JAÉN:

- La mortalidad en Jaén presentó perfiles diferentes en hombres y mujeres.
- En la mortalidad general y en mayores de 64 años, las mujeres tuvieron tasas altas (tercer lugar, después de Cádiz y Huelva); sin embargo, presentaron las tasas más bajas de APVP y mortalidad sensible a la prevención y atención sanitaria y la segunda tasa más baja en la mortalidad de 15-64 años de Andalucía. Este perfil se tradujo en la segunda mejor esperanza de vida al nacer de Andalucía.
- En los hombres, la mortalidad general y en mayores de 64 años solo estuvo algo por encima de la media andaluza, pero su perfil fue peor en la mortalidad en población más joven, ocupando el tercer lugar más alto en la tasa de APVP y el cuarto en la tasa de mortalidad entre los 15 y 64 años.

SEVILLA:

- Sevilla también tuvo diferencias entre hombres y mujeres. Los hombres tuvieron tasas por encima de la media andaluza en mortalidad general, en el grupo de mayores de 64 años y en la mortalidad sensible a la prevención y atención sanitaria (cuarto puesto de tasas más altas), mientras que las mujeres tuvieron tasas por debajo de la media andaluza en esos tres indicadores.

- En la mortalidad de la población de 15-64 años y en las tasas de APVP, tanto hombres como mujeres estuvieron por debajo de la media andaluza.

GRANADA:

- Granada presentó un buen perfil en la mortalidad general y en mayores de 65 años, ocupando uno de los mejores lugares de Andalucía en hombres y mujeres.
- Sin embargo, la mortalidad en la población más joven estuvo muy por encima de la media andaluza en las mujeres y cercana a la media en los hombres. Las mujeres tuvieron la segunda tasa más alta de Andalucía en la mortalidad de 15-64 años y APVP y la tercera más alta en la mortalidad sensible a la prevención y atención sanitaria.

MÁLAGA:

- Fue la provincia con las tasas más bajas de mortalidad general y en mayores de 64 años en los hombres. En las mujeres tuvo la segunda tasa más baja de mortalidad general y tercera más baja en las mayores de 64 años.
- En la mortalidad en el grupo de 15-64 años, APVP y mortalidad sensible a la prevención y atención sanitaria, hubo diferencias entre hombres y mujeres: en los hombres, Málaga tuvo las segundas tasas más bajas de Andalucía; pero las mujeres tuvieron tasas en torno a la media (algo mejor en la mortalidad de 15-64 años y algo peor en los otros dos indicadores).
- Todo lo anterior se tradujo en la segunda mejor esperanza de vida de Andalucía en los hombres, mientras que en las mujeres solo tuvo el cuarto mejor puesto.

CÓRDOBA:

- Córdoba tuvo uno de los mejores perfiles de mortalidad, tanto en mortalidad general como en todos los grupos de edad, APVP y mortalidad evitable. Esto se tradujo en la mejor esperanza de vida al nacer de Andalucía tanto en hombres como en mujeres.

Como resumen y atendiendo a la totalidad de los indicadores valorados, podría concluirse en primer lugar que las provincias de Cádiz, Almería y Huelva presentaron en 2018 los peores perfiles de mortalidad en hombres y mujeres, y Córdoba el mejor perfil en ambos sexos. En los hombres, siguiendo a Córdoba, destacaron por su buena situación Málaga y Granada; estas dos provincias tuvieron bajas tasas de mortalidad general y en mayores de 64 años también en las mujeres, pero en los indicadores de mortalidad prematura Málaga se situó en torno a la media andaluza y Granada fue la segunda provincia con las tasas más altas. De hecho, en las mujeres, los mejores perfiles de mortalidad prematura (15-64 años, APVP, y mortalidad sensible a la prevención y atención sanitaria) después de Córdoba lo tuvieron Jaén y Sevilla.

5. Anexo 1: Causas de mortalidad prematura sensible a la prevención y a la atención sanitaria en hombres y mujeres

En las tablas A-1 y A-2 se presentan las causas específicas de mortalidad prematura (suma de muertes por causas sensibles a la prevención y a la atención sanitaria) para cada sexo.

Tabla A-1. Causas específicas de mortalidad prematura en los hombres (0-74 años): Andalucía 2018

Causas específicas	Defunciones	Porcentaje	Indicador MP **
Cáncer de pulmón	1846	18,11	Prevenible
Cardiopatía isquémica	1490	14,62	50%
Cáncer de colon y recto	782	7,67	Tratable
Enfermedad cerebrovascular	701	6,88	50%
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	487	4,78	Prevenible
Otras causas externas de accidentes	464	4,55	Prevenible
Suicidios	418	4,10	Prevenible
Cáncer de hígado	371	3,64	Prevenible
Cirrosis alcohólica	358	3,51	Prevenible
Cáncer de estómago	253	2,48	Prevenible
Accidentes de transporte	224	2,20	Prevenible
Cáncer de labio, boca, faringe	213	2,09	Prevenible
Diabetes	203	1,99	50%
Cáncer de vejiga	198	1,94	Prevenible
Neumonías (Otras)	183	1,80	Tratable
Enfermedad alcohólica del hígado	172	1,69	Prevenible
Cáncer de esófago	146	1,43	Prevenible
Edema pulmonar	139	1,36	Tratable
Enfermedad hipertensiva	129	1,27	50%
Aneurisma aórtico	128	1,26	50%
Tromboembolismo venoso	103	1,01	Tratable
Otras sepsis	102	1,00	Tratable
Insuficiencia renal	93	0,91	Tratable
Afecciones perinatales	78	0,77	Tratable
VIH/SIDA	74	0,73	Prevenible
Melanoma	64	0,63	Prevenible
Pancreatitis aguda (salvo por alcohol)	59	0,58	Tratable
Hepatitis virales	56	0,55	Prevenible
Gripe	52	0,51	Prevenible
Otras arteriosclerosis	49	0,48	50%
Enfermedad pulmonar por agentes externos	40	0,39	Prevenible
Colelitiasis / Colecistitis	39	0,38	Tratable
Enfermedad cardíaca reumática	38	0,37	Tratable

Homicidios	35	0,34	Prevenible
Epilepsia	35	0,34	Tratable
Leucemia linfoide	31	0,30	Tratable
Congénitas (defectos del corazón)	30	0,29	Tratable
Trastornos mentales por alcohol	27	0,26	Prevenible
Úlcera gastroduodenal	24	0,24	Tratable
Mesotelioma	23	0,23	Prevenible
Complicaciones de la atención sanitaria	18	0,18	Tratable
Asma y bronquiectasias	16	0,16	Tratable
Eventos de intención no determinada***	14	0,14	Prevenible
Tumores benignos	12	0,12	Tratable
Tuberculosis	12	0,12	50%
Enfermedades infecciosas intestinales	11	0,11	Prevenible
Abscesos de pulmón y mediastino	10	0,10	Tratable
Síndrome de distrés respiratorio del adulto	10	0,10	Tratable
Hernia abdominal	9	0,09	Tratable
Cáncer de testículo	9	0,09	Tratable
Cáncer de tiroides	9	0,09	Tratable
Infección respiratoria aguda de vías bajas	9	0,09	Tratable
Otras enfermedades de la vesícula	9	0,09	Tratable
Enfermedad de Hodgkin	8	0,08	Tratable
Otras enfermedades del páncreas	8	0,08	Tratable
Otras enfermedades pleurales	8	0,08	Tratable
Otras causas	64	0,63	--
TOTAL	10193	100,00	

** Indicador de mortalidad prematura: Prevenible (sensible a la prevención), Tratable (sensible a la atención sanitaria), 50%: sensibles a la prevención y a la atención sanitaria. *** Causas externas de muerte donde no se sabe la atención, por lo que no pueden clasificarse como accidentes, suicidios y homicidios.

Tabla A-2. Causas específicas de mortalidad prematura en las mujeres (0-74 años): Andalucía 2018

Causas específicas	Defunciones	Porcentaje	Indicador MP**
Cáncer de mama	635	14,00	Tratable
Cáncer de pulmón	491	10,82	Prevenible
Cáncer de colon y recto	421	9,28	Tratable
Cardiopatía isquémica	402	8,86	50%
Enfermedad cerebrovascular	402	8,86	50%
Otras causas externas de accidentes	159	3,50	Prevenible
Cáncer de estómago	137	3,02	Prevenible
Suicidios	128	2,82	Prevenible
Cáncer de útero	127	2,80	Tratable
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	102	2,25	Prevenible
Diabetes	102	2,25	50%
Enfermedad hipertensiva	93	2,05	50%
Neumonías (otras)	89	1,96	Tratable
Cáncer de hígado	86	1,90	Prevenible
Cáncer de cérvix uterino	84	1,85	50%
Cirrosis alcohólica	73	1,61	Prevenible
Insuficiencia renal	68	1,50	Tratable
Afecciones perinatales	64	1,41	Tratable
Enfermedad cardíaca reumática	63	1,39	Tratable
Cáncer de labio, boca, faringe	55	1,21	Prevenible
Tromboembolismo venoso	55	1,21	Tratable
Otras sepsis	52	1,15	Tratable
Accidentes de transporte	47	1,04	Prevenible
Melanoma	37	0,82	Prevenible
Enfermedad alcohólica del hígado	33	0,73	Prevenible
Edema pulmonar	33	0,73	Tratable
Gripe	31	0,68	Prevenible
Aneurisma aórtico	28	0,62	50%
Cáncer de vejiga	27	0,60	Prevenible
Cáncer de esófago	24	0,53	Prevenible
Pancreatitis aguda (salvo por alcohol)	24	0,53	Tratable
Asma y bronquiectasias	23	0,51	Tratable
Enfermedad pulmonar por agentes externos	22	0,48	Prevenible
Tumores benignos	21	0,46	Tratable
Epilepsia	20	0,44	Tratable
Congénitas (defectos del corazón)	19	0,42	Tratable
Colelitiasis / Colecistitis	18	0,40	Tratable
Cáncer de tiroides	17	0,37	Tratable
Enfermedades infecciosas intestinales	16	0,35	Prevenible
Homicidios	15	0,33	Prevenible
Hernia abdominal	15	0,33	Tratable
Hepatitis virales	13	0,29	Prevenible
Leucemia linfoide	13	0,29	Tratable

VIH/SIDA	11	0,24	Prevenible
Eventos de intención no determinada***	11	0,24	Prevenible
Úlcera gastroduodenal	10	0,22	Tratable
Enfermedad de Hodgkin	10	0,22	Tratable
Complicaciones de la atención sanitaria	9	0,20	Tratable
Otras arteriosclerosis	8	0,18	50%
Infección respiratoria aguda de vías bajas	8	0,18	Tratable
Otras enfermedades de la vesícula	8	0,18	Tratable
Enfermedades del tiroides	8	0,18	Tratable
Otras meningitis	6	0,13	Tratable
Mesotelioma	6	0,13	Prevenible
Tuberculosis	5	0,11	50%
Otras enfermedades pleurales	5	0,11	Tratable
Celulitis	5	0,11	Tratable
Apendicitis	5	0,11	Tratable
Otras causas	38	0,84	--
TOTAL	4537	100,00	

** Indicador de mortalidad prematura: Prevenible (sensible a la prevención), Tratable (sensible a la atención sanitaria), 50%: sensibles a la prevención y a la atención sanitaria. *** Causas externas de muerte donde no se sabe la atención, por lo que no pueden clasificarse como accidentes, suicidios y homicidios.



Junta de Andalucía