



los andaluces
frente a la
salud
y sus
determinantes



TRABAJO ELABORADO POR:

Santiago Pérez Camarero

Álvaro Hidalgo

Juan del Llano

EDITADO POR:

Sanofi-Aventis

Fundación Gaspar Casal

10/12/2007

El contenido de esta publicación refleja exclusivamente las conclusiones propias de los autores.

Es para sanofi-aventis una satisfacción el poner a disposición de todos ustedes el informe “Los andaluces frente a la salud y sus determinantes” fruto de un riguroso estudio llevado a cabo en colaboración con la Fundación Gaspar Casal.

Cuando en julio de 2007 presentamos en el Senado el estudio “Los españoles frente a la salud y sus determinantes” tuvimos, con el Dr. Juan del Llano, la visión compartida de la conveniencia de declinar un informe de este tipo para las diferentes Comunidades Autónomas, estando de acuerdo en la elección de **Andalucía** como primera experiencia, por ser la comunidad con mayor población y por ser pionera en muchos de los esfuerzos realizados en el campo de la salud.

Nuestro objetivo con este estudio en **Andalucía** es, como lo fue en su día con el que presentamos a nivel nacional, poner a disposición de autoridades, profesionales sanitarios, así como de cualquier colectivo involucrado en temas de salud, una herramienta sólida y bien estructurada para el mejor conocimiento de los determinantes de la salud de una población, en la seguridad de que una mejor información sobre los problemas de salud, contribuirá a diseñar mejores estrategias para su prevención y tratamientos más adecuados.

La misión de sanofi-aventis es poner a disposición de médicos y pacientes, medicamentos que mejoren su calidad de vida, aunque nuestro compromiso con el entorno va mucho más allá. Y allí nos encontrarán, en todos los proyectos que tengan entre sus objetivos mejorar la salud de nuestros conciudadanos porque, para nosotros **la salud es lo esencial**

Sanofi-aventis

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	6
1. INTRODUCCIÓN	8
2. DETERMINANTES PERSONALES DE LA SALUD DE LOS ANDALUCES	10
2.1. CARACTERÍSTICAS BIOMÉTRICAS DE LOS ANDALUCES: ESTATURA, PESO E IMC	10
2.1.1. LA ESTATURA	12
2.1.2. EL PESO Y EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE LOS ANDALUCES	17
2.1.3. PESO, IMC Y SALUD	21
2.2. LA MORBILIDAD Y LA MORTALIDAD DE LOS ANDALUCES	24
2.2.1. LA MORBILIDAD	24
2.2.2. LA MORTALIDAD	31
2.3. ESTILOS DE VIDA	39
2.3.1. ACTIVIDAD FÍSICA Y DESCANSO	39
2.3.2. ALIMENTACIÓN	44
2.3.3. CONSUMO DE TABACO	49
2.3.4. CONSUMO DE ALCOHOL	53
3. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE LOS ANDALUCES	58
3.1. EDUCACIÓN Y FORMACIÓN	58
3.2. RENTA PROPIA E INGRESOS DEL HOGAR	62
3.3. ACTIVIDAD LABORAL Y PROFESIONAL	66
3.4. RESIDENCIA	69
3.5. ESTADO CIVIL Y SALUD	72
4. DETERMINANTES PERSONALES EN EL USO DE RECURSOS SANITARIOS	76
4.1. EL SEXO Y LA EDAD	76
4.1.1. LAS CONSULTAS MÉDICAS	77
4.1.2. LAS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	85
4.1.3. HOSPITALIZACIÓN	87
4.1.4. LOS SERVICIOS DE URGENCIAS	89
4.1.5. EL CONSUMO DE MEDICAMENTOS	91
4.2. ESTILOS DE VIDA	93
5. DETERMINANTES SOCIALES EN EL USO DE LOS RECURSOS SANITARIOS	98
5.1. EDUCACIÓN Y FORMACIÓN	99
5.2. RENTA PROPIA E INGRESOS DEL HOGAR	101
RESUMEN	104
BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA	116
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	118

PRESENTACIÓN

En todos los ámbitos de gestión la información constituye una de las herramientas más útiles a la hora de diseñar estrategias adecuadas y tomar decisiones certeras y fundamentadas.

Por ello, para quienes tenemos encomendada la apasionante tarea de planificar y optimizar los recursos sanitarios de una población, conocer determinados aspectos de la misma, de sus estilos de vida y de su situación de salud, resulta especialmente valioso y revelador.

En este contexto, me complace presentar la adaptación **andaluza** del libro “*Los españoles frente a la salud y sus determinantes*”, un proyecto impulsado por la Fundación Gaspar Casal en el que también ha participado Sanofi Aventis. La edición primigenia, de ámbito nacional, vio la luz hace apenas un semestre y su rotundo éxito ha motivado la extensión del proyecto a escala autonómica. De este modo, la propuesta inicial se irá enriqueciendo y completando con la información específica, y de mayor grado de desagregación territorial, que haga referencia a las correspondientes versiones autonómicas.

En este sentido, quiero expresar mi reconocimiento a la labor realizada por la Fundación Gaspar Casal con este trabajo, pues constituye una fuente de información que ofrece un análisis riguroso de la valoración que hace de su salud la población **andaluza**, y de la relación que ésta guarda con los estilos de vida. Asimismo, expone los determinantes sociales que afectan a la salud y los determinantes personales en el uso de los recursos sanitarios.

**FUENTE DE
INFORMACIÓN
QUE OFRECE
UN ANÁLISIS
RIGUROSO DE LA
VALORACIÓN QUE
HACE DE SU SALUD
LA POBLACIÓN
ANDALUZA**

Se trata de una información que completa otras fuentes alternativas, y contribuye a orientar la elaboración y puesta en marcha de medidas y políticas sanitarias adecuadas en orden a mejorar la salud y calidad de vida de la población de **Andalucía**.

La consecución de este proyecto pone de manifiesto que la colaboración entre entidades privadas y públicas es, además de necesaria, mutuamente enriquecedora. Un cauce fructífero que conduce al desarrollo de trabajos conjuntos rigurosos, completos y de calidad que, como éste, redundan en beneficio de todas las entidades participantes y, lo que es más satisfactorio aún, del sujeto y objeto del estudio: la sociedad **andaluza** y su salud.

M^a Jesús Montero Cuadrado

Consejera de Salud

1. INTRODUCCIÓN

Este texto tiene un claro antecedente en el libro “los españoles frente a la salud y sus determinantes”, presentado en mayo de 2007 en el Salón de Pasos Perdidos del Senado. La vocación territorial de esta Cámara parecía preluir una posible replica del mismo en algunas de nuestras Comunidades Autónomas. Así ha sido: la buena aceptación del referido texto y la mejor disposición de sus patrocinadores, ha propiciado la elaboración de una nueva edición del mismo especialmente elaborada para **Andalucía**. Acaso no podía haber mejor elección para el inicio de una serie que la comunidad con mayor población de España y que ha realizado un importante esfuerzo en materia de salud a lo largo de la última década.

El informe tiene un carácter eminentemente divulgativo y se orienta a contribuir al mejor conocimiento de la salud y de sus determinantes por parte de todos los ciudadanos y, en este caso de los **andaluces**. Aunque la practica totalidad de gráficos y textos se han preparado específicamente para este informe, se han utilizado algunos contenidos del referido libro en la medida en que eran de carácter introductorio o servían para enmarcar geográficamente los datos de la comunidad **andaluza**.

En los países más avanzados, el mayor esfuerzo económico para la construcción social de la salud se vuelca sobre el desarrollo de los sistemas sanitarios. Sin embargo, los determinantes socioeconómicos y el comportamiento de los individuos, siguen teniendo una importancia primordial. Muchos factores de orden económico, social y ambiental están unánimemente reconocidos como determinantes de la salud, al igual que lo son los estilos de vida o las políticas y la acción sanitaria. Uno de los pilares básicos de la actual política europea en salud pública es precisamente la actuación sobre los determinantes mismos de la salud. Es esta idea-objetivo el motivo director y vertebrador del libro inicial y también del texto que ahora presentamos para **Andalucía**.

Para este breve informe se han utilizado las mismas muestras que fueron analizadas en el informe sobre la salud de los españoles; básicamente, la ENS2003, los barómetros sanitarios de 2004, la encuesta de condiciones de vida de 2004 y 2005, la estadística de defunciones según la causa de muerte de 2005 y la encuesta de morbilidad hospitalaria de 2005. Igualmente, se han utilizado fuentes estadísticas de la Consejería de Sanidad de la Junta de **Andalucía** como las estadísticas vitales de **Andalucía** o las estadísticas de actividad hospitalaria.

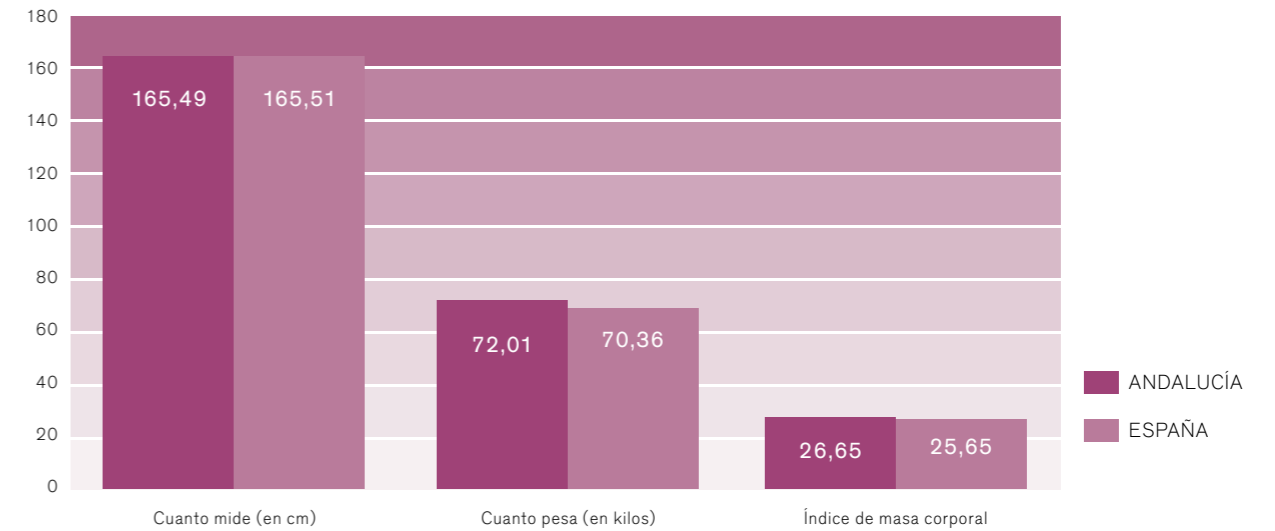
Complementamos el texto con un apéndice bibliográfico con diversas publicaciones de elevado interés, procedentes de diferentes instituciones y organismos públicos de la Comunidad Autónoma **andaluza**. Con todo ello, confiamos en que el texto pueda aportar a sus lectores una visión general de la salud de los **andaluces** en los últimos años y al mismo tiempo, una vía para ampliar la información sobre esta materia.

2. DETERMINANTES PERSONALES DE LA SALUD DE LOS ANDALUCES

2.1. CARACTERÍSTICAS BIOMÉTRICAS DE LOS ANDALUCES: ESTATURA, PESO E IMC

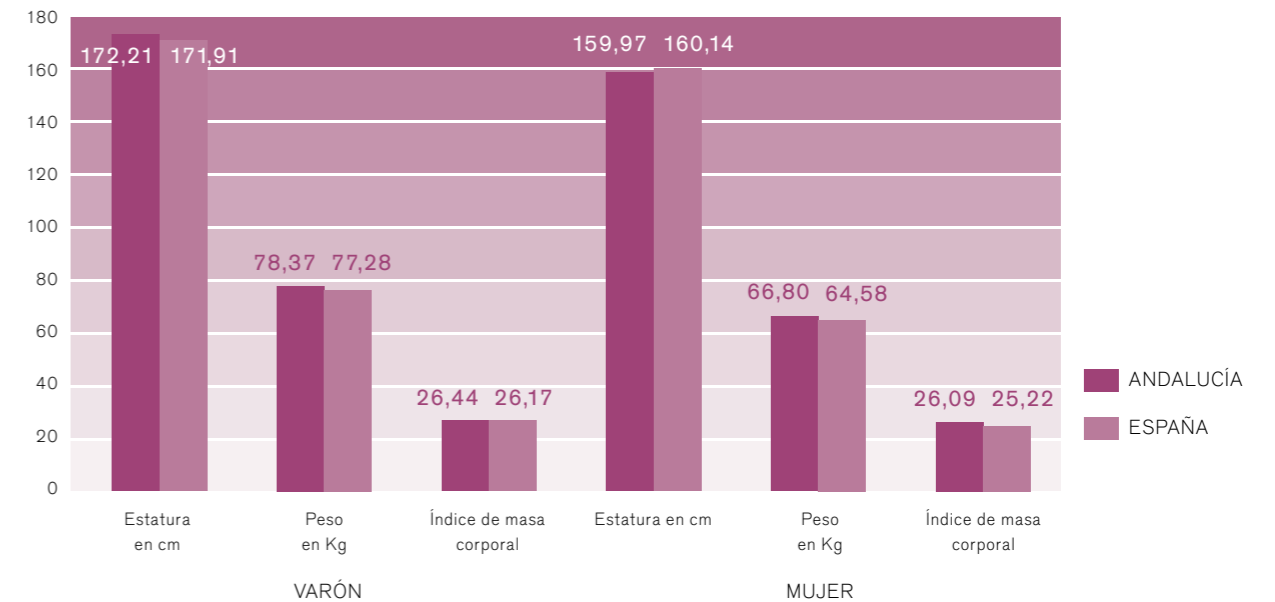
Las características biométricas, que podemos estudiar con los datos disponibles en la ENS'2003, son la altura, el peso y la combinación de ambas conocida como índice de masa corporal (IMC).

GRÁFICO 1 Estructura, peso e IMC media de la población andaluza y española.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

GRÁFICO 2 Estructura, peso e IMC media por sexo en población andaluza y española.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

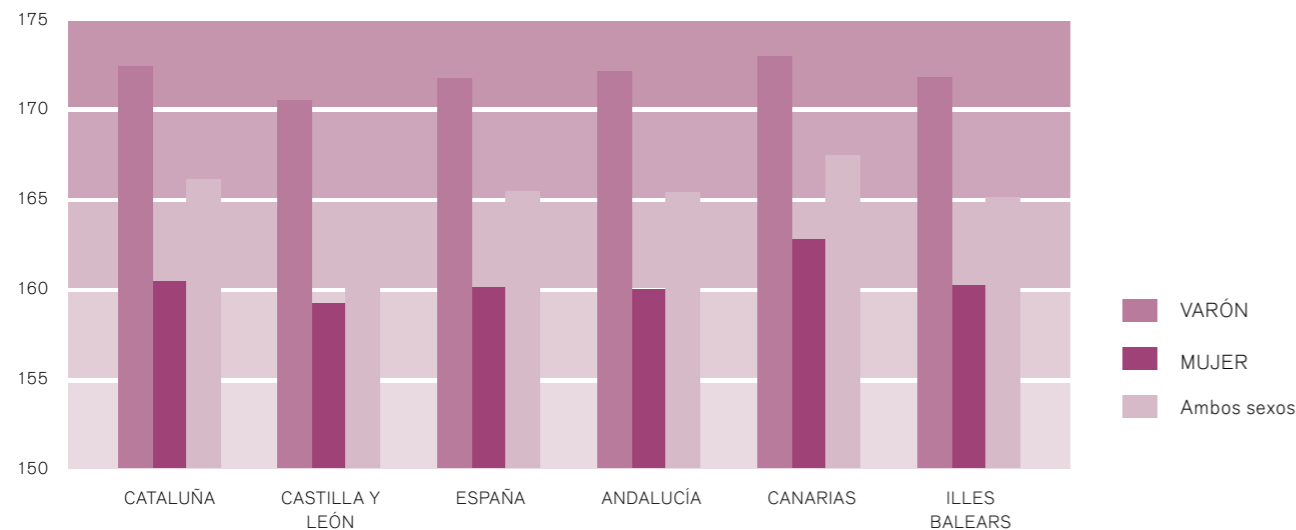
2.1.1. LA ESTATURA

La estatura de las personas está esencialmente determinada por factores genéticos. Por ello, la estatura tiende a ser similar entre los familiares, las personas de las mismas comunidades y en los individuos de las mismas razas y pueblos. Sin embargo, dentro de esta determinación que establece, en condiciones de normalidad, un máximo y un mínimo de altura en las personas, las diferencias de actividad, alimentación o salud, y, en general, las mejores o peores condiciones de vida, pueden producir variaciones de estatura en las poblaciones. Biólogos, nutricionistas y pediatras reconocen la importancia de los registros antropométricos como indicadores medioambientales y socioeconómicos que miden situaciones de carencia nutricional y de desigualdad frente a los recursos básicos de alimentación y sanidad.

Es frecuente la creencia de que con la edad se pierde estatura, pero esta pérdida, provocada por el normal adelgazamiento de los discos intervertebrales que conlleva el paso de los años, escasamente alcanza 4 centímetros de altura, siendo la explicación fundamental la de que las nuevas generaciones vienen progresivamente ganando altura. Esto es lo que ha venido sucediendo en España a lo largo del último siglo, durante el cual la estatura media de los españoles ha crecido más de doce centímetros.

BIÓLOGOS, NUTRICIONISTAS Y PEDIATRAS RECONOCEN LA IMPORTANCIA DE LOS REGISTROS ANTROPOMÉTRICOS COMO INDICADORES MEDIOAMBIENTALES Y SOCIOECONÓMICOS QUE MIDEN SITUACIONES DE CARENCIA NUTRICIONAL Y DE DESIGUALDAD FRENTE A LOS RECURSOS BÁSICOS DE ALIMENTACIÓN Y SANIDAD.

GRÁFICO 3 Estatura media de la población andaluza y otras comunidades.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

No puede pues extrañar que encontremos una perceptible diferencia de talla entre los diferentes segmentos de edad de la población, ya que son el reflejo del continuo crecimiento de la estatura media de los españoles. El hecho de que el crecimiento esté ligado tanto a factores genéticos como al contexto nutricional y sanitario supone que existan diferencias de altura en las personas asociadas con las diferentes regiones de la geografía española. En general, el desarrollo socioeconómico está ligado a una mayor estatura de las personas.

La estatura media de los adultos es en 2003 de 165,5 cm. En los hombres la altura media se sitúa en los 172 cm. y en la mujer en 160,1 cm. La diferencia en la distribución de tallas de hombres y mujeres es notable; mientras que más de la mitad (56,57%) de las mujeres no pasa de 1,60 centímetros, un 90% de los varones supera esta altura; asimismo, mientras que más de la mitad de los hombres superan el 1,70, en las mujeres este grupo solo representa un 6,5% de la población femenina. La talla de la población **andaluza**, tanto en altura media como en composición o distribución de los grupos de estatura es, de todas las regiones, la más próxima a la del conjunto de los españoles.

EN GENERAL, EL DESARROLLO SOCIOECONÓMICO ESTÁ LIGADO A UNA MAYOR ESTATURA DE LAS PERSONAS

TABLA 1 Distribución porcentual por estatura y estatura media de la población española y andaluza.

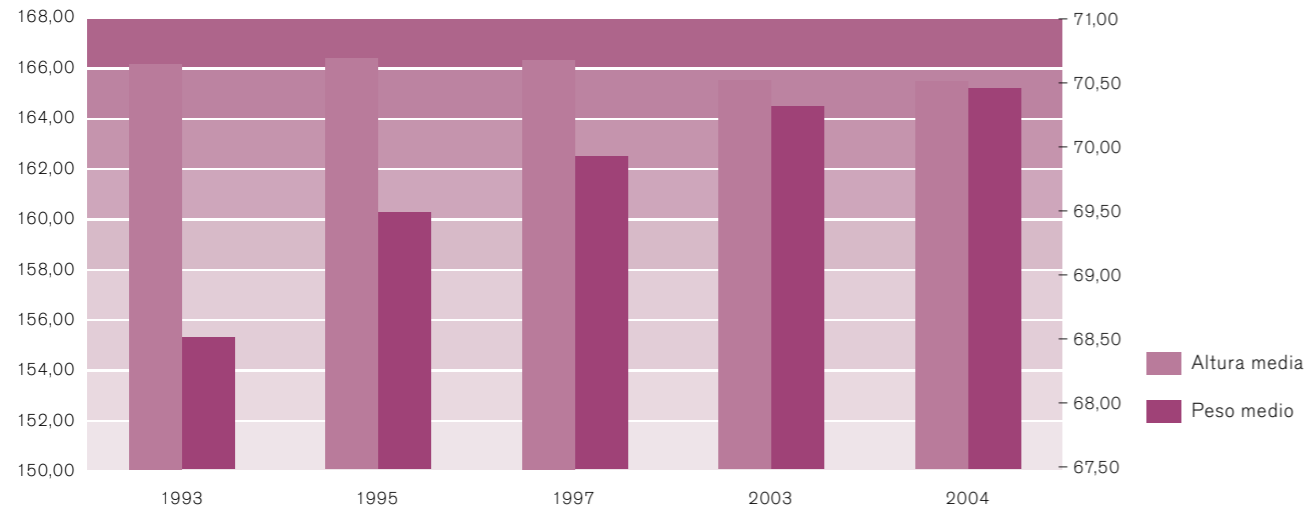
	Menos de 1,50	De 1,51 a 1,60	De 1,61 a 1,70	De 1,71 a 1,80	De 1,81 a 1,90	De 1,91 a 2,00	Más de 2,00	Estatura media
CASTILLA Y LEÓN	9,87	29,74	38,03	18,21	3,82	0,33	0,00	164,44
ANDALUCÍA	6,64	29,53	38,27	20,22	4,94	0,36	0,05	165,49
ESPAÑA	6,66	28,77	38,72	20,35	5,01	0,47	0,01	165,51
CANARIAS	2,81	20,84	46,49	22,60	6,79	0,47	0,00	167,46

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

LOS DATOS DE ESTATURA POR SEXO REVELAN QUE LA MENOR ESTATURA DE LOS ANDALUCES CON RESPECTO A LA MEDIA NACIONAL ES ACHACABLE A LAS MUJERES, QUE SE ENCUENTRAN POR DEBAJO DEL LISTÓN DEL 1,60

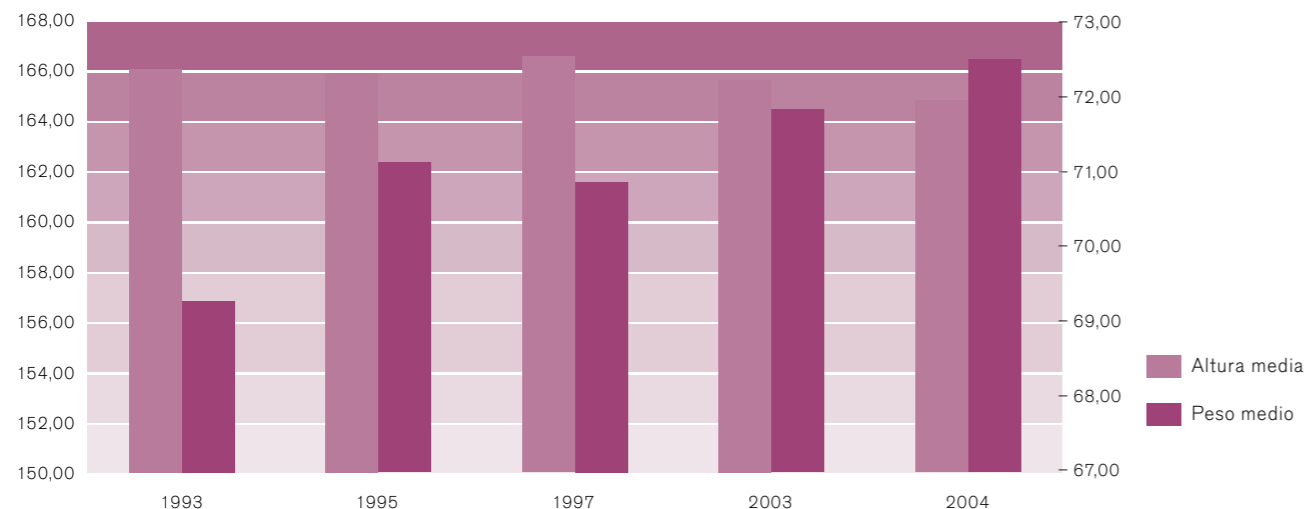
La estatura media de los **andaluces** (165,5 cm) es prácticamente la misma que la media de los españoles, un centímetro más altos que los habitantes de menor talla, los castellano leoneses (164,4 cm.) y dos centímetros más bajos que los ciudadanos de las Islas Canarias (167,4 cm.), los más altos del territorio nacional. Los datos de estatura por sexo revelan que la menor estatura de los **andaluces** con respecto a la media nacional es achacable a las mujeres, que se encuentran, junto a extremeñas y castellano-manchegas, por debajo del listón del 1,60. No así los varones **andaluces**, cuya altura media (172,2 cm.) esta incluso por encima de la media nacional (171,9 cm.).

GRÁFICO 4 Evolución de la estatura y peso medios de la población española.



Fuente: Encuestas Nacionales de Salud, INE

GRÁFICO 5 Evolución de la estatura y peso medios de la población andaluza.



Fuente: Encuestas Nacionales de Salud, INE

DESDE 1997, LA ESTATURA DEL CONJUNTO DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA – Y TAMBIÉN LA DE ANDALUCÍA HA EXPERIMENTADO UN LIGERO RETROCESO POR EFECTO DE LA INMIGRACIÓN, MÁS NOTABLE EN LA REGIÓN ANDALUZA QUE EN EL CONJUNTO DEL PAÍS

Con todo, no hay que olvidar que la incorporación a lo largo de la última década de algunos millones de inmigrantes, con desigual distribución en la geografía española, ha podido modificar los patrones biométricos de la población española. De hecho y desde 1997, la estatura del conjunto de la población española – y también la de **Andalucía** – lejos de haber crecido, ha experimentado un ligero retroceso, más notable en la región **andaluza** que en el conjunto del país.

a 24 años, edad en la que se presume terminado el proceso de crecimiento. Los datos de este grupo de edad muestran una altura media de 176,9 cm. en los varones y de 164,5 en las mujeres, alcanzando el conjunto de ambos sexos una estatura media de 170,7 cm.

Sin embargo, y dado el crecimiento continuo de la estatura media al que antes se aludía, la medida más correcta de la estatura de la población española es la que podemos observar en los jóvenes de 20

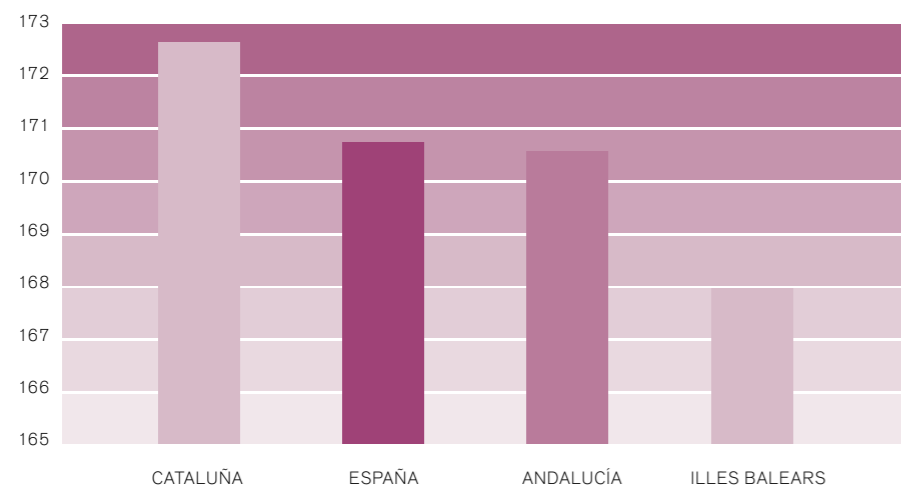
TABLA 2 Estatura media de los jóvenes de 20 a 24 años según sexo y Comunidad Autónoma.

	Varón	Mujer	Ambos sexos	Dif Hom -Muj.
ILLES BALEARS	178,8	164,2	168,0	14,7
GALICIA	178,6	165,5	171,3	13,1
CANTABRIA	178,6	162,9	170,3	15,7
COMUNIDAD DE MADRID	178,4	164,1	171,5	14,3
CATALUÑA	177,9	165,4	172,6	12,5
CASTILLA-LA MANCHA	177,5	163,2	171,0	14,3
CEUTA Y MELILLA	177,4	164,9	171,1	12,5
ARAGÓN	177,2	164,2	171,1	13,0
CASTILLA Y LEÓN	177,0	164,4	170,8	12,6
ESPAÑA	176,9	164,5	170,7	12,5
REGIÓN DE MURCIA	176,8	163,8	170,0	12,9
EXTREMADURA	176,7	164,5	170,6	12,2
ANDALUCÍA	176,5	164,5	170,6	12,0
COM. FORAL DE NAVARRA	176,5	163,5	170,5	12,9
PAÍS VASCO	176,2	163,4	169,1	12,8
CANARIAS	176,0	165,1	169,7	10,9
PRINCIPADO DE ASTURIAS	175,8	163,7	170,2	12,1
LA RIOJA	174,9	168,1	171,0	6,8
COMUNIDAD VALENCIANA	174,6	164,6	169,9	10,1

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

La estatura de los jóvenes **andaluces** de esta edad (170,6cm.) también es equiparable a la del conjunto nacional. La diferencia entre las tallas de ambos sexos es en la población **andaluza** muy similar a la del conjunto de España. Dada la juventud generalizada de la población inmigrante, su presencia puede alterar también las estaturas medias de las regiones también en estos segmentos.

GRÁFICO 6 Estatura media de los jóvenes de 20 a 24 años de edad.



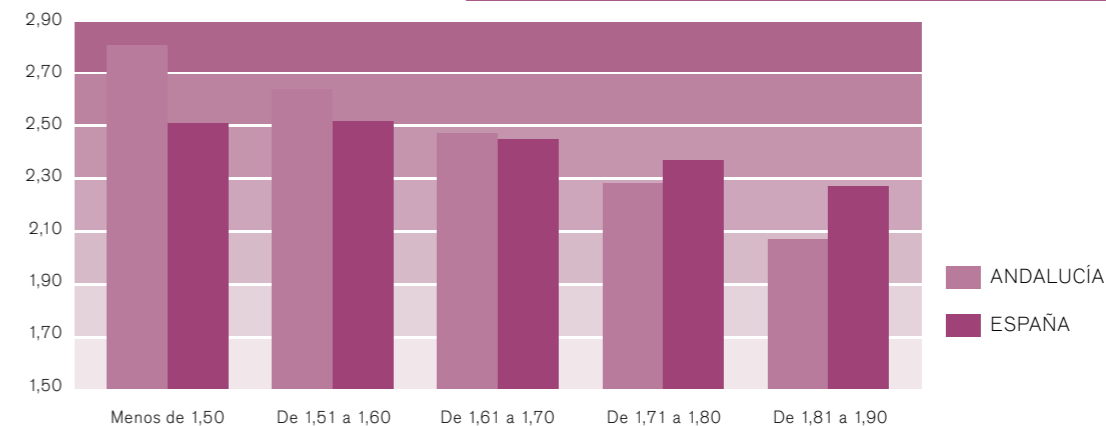
Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

La genealogía de la estatura humana está ligada al crecimiento económico y social y al desarrollo nutricional y las condiciones de vida y salud. Por ello, no es de extrañar la existencia de una correlación entre la talla de los individuos y su estado de salud percibido. En general y exceptuando los segmentos extremos (personas de más de 1,90 metros) las personas más altas manifiestan una mejor autovaloración de la salud.

Esta asociación entre más altura y mejor salud es bastante clara en todos los grupos de edad hasta los 80 años y se registra en ambos sexos, si bien es más intensa en el caso de los varones. También la población **andaluza** parece tener una mayor sensibilidad a la estatura en términos de salud y la correlación entre estatura y salud, ajustada por edad, es algo mayor que en el conjunto de los españoles.

LA POBLACIÓN ANDALUZA PARECE TENER UNA MAYOR SENSIBILIDAD A LA ESTATURA EN TÉRMINOS DE SALUD Y LA CORRELACIÓN ENTRE ESTATURA Y SALUD, ES ALGO MAYOR QUE EN EL CONJUNTO DE LOS ESPAÑOLES

GRÁFICO 7 Autovaloración de la salud según estatura media en Andalucía y España (corregida por edad; mayor puntuación equivale a peor valoración de la salud).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

2.1.2. EL PESO Y EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE LOS ANDALUCES

En el desarrollo de la vida adulta, el peso, la estatura y la masa corporal, y sobre todo, la combinación de unas y otras medidas constituyen vectores esenciales para propiciar una vida saludable. Los excesos y defectos en alguna de estas medidas suelen derivar en un incremento de la probabilidad mórbida que conocemos como factor de riesgo. Así, por ejemplo, la obesidad, se ha convertido en una de las enfermedades más características de las sociedades de consumo propias de los países desarrollados. El progreso de la obesidad en Europa en las últimas dos décadas puede considerarse preocupante.

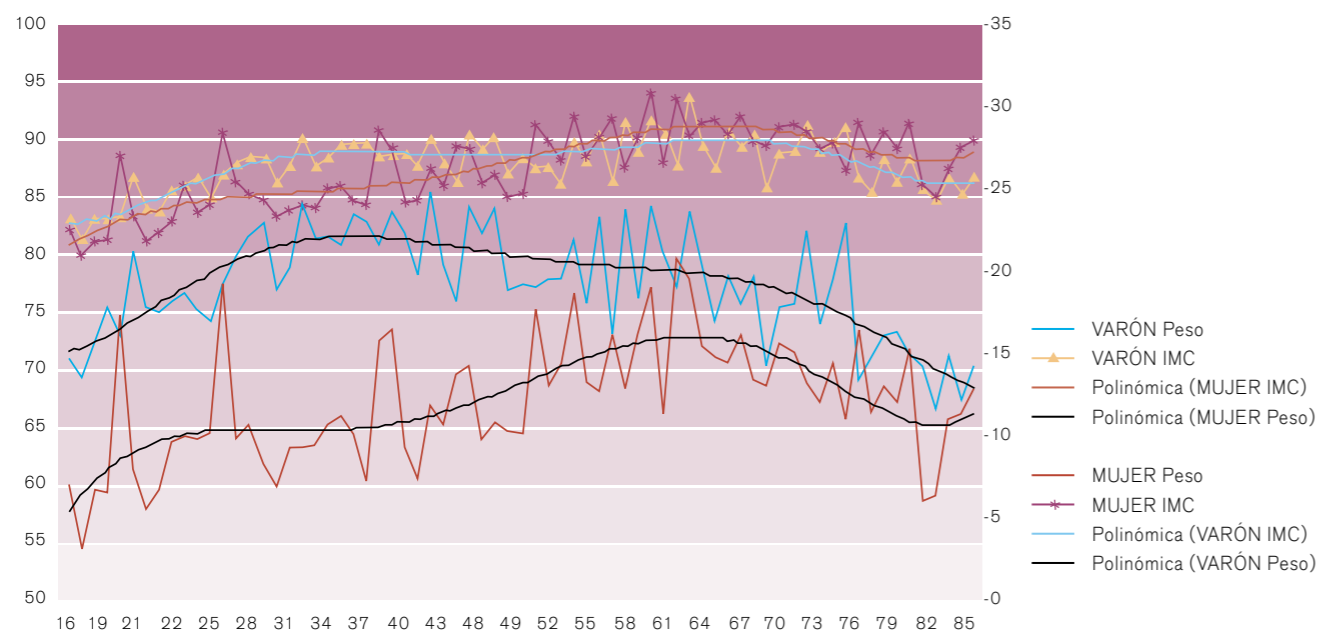
Existen diferencias de peso, altura y masa corporal derivadas de la raza y la adaptación al medio geográfico, pero la determinación de los patrones de normalidad se apoya en estadísticas de morbilidad. La menor tasa de mortalidad se asocia con un Índice de Masa Corporal (IMC) próximo a 22. La mortalidad y la morbilidad tienden a aumentar a medida que el IMC toma valores superiores a 25 o cae por debajo de 18,5. Presentamos aquí algunos datos de carácter general sobre el peso y el IMC de **andaluces** y españoles, dejando para el apartado de estilos de vida un examen más detenido sobre la conducta alimentaria y la obesidad en relación con algunas variables de carácter social y personal.

La prevalencia de la obesidad en la mayoría de los países de Europa occidental se sitúa entre el 10% y el 25% de los adultos y sube a cotas entre el 20% y el 25% en algunos países de América. Se estima que cerca de la mitad de los hombres y un tercera parte de las mujeres europeas tienen sobrepeso, es decir, un índice de masa corporal superior a 25 que puede considerarse la antesala de la obesidad.

Los últimos datos publicados de la Encuesta Nacional de Salud de 2006 revelan que más de la mitad (52,7%) de la población adulta tiene sobrepeso u obesidad. Esta situación afecta también a uno de cada cuatro niños (27,6%). Además, el 15% de los adultos presenta obesidad, con un Índice de Masa Corporal (IMC) superior a 30. **Andalucía** es una de las regiones donde el problema de la obesidad es mayor; la tasa de obesidad llegaba en 2003 al 18,7% de la población adulta (15,4% según la Encuesta **Andaluza** de Salud, 2003).

ANDALUCÍA ES UNA DE LAS REGIONES DONDE EL PROBLEMA DE LA OBESIDAD ES MAYOR; LA TASA DE OBESIDAD LLEGABA EN 2003 AL 18,7% DE LA POBLACIÓN ADULTA

GRÁFICO 8 Peso e índice de masa corporal medios de los andaluces por edad y sexo.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

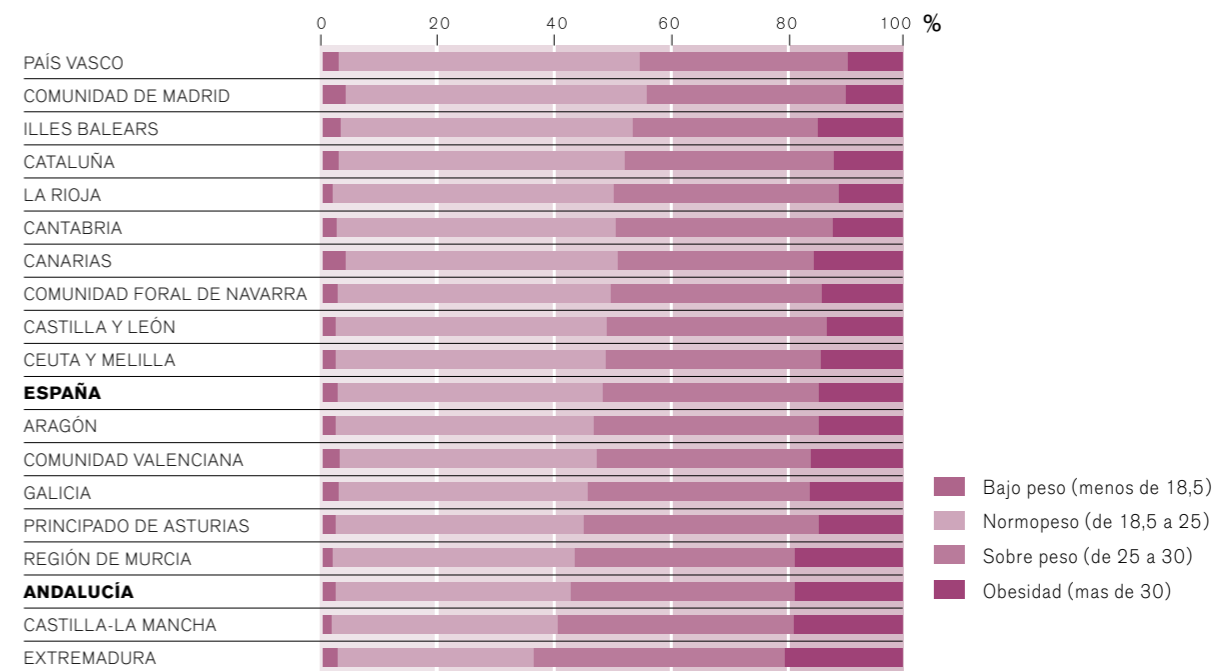
LOS ANDALUCES PESAN CASI DOS KILOGRAMOS MÁS QUE LA MEDIA DE LOS ESPAÑOLES: EN LOS VARONES LA DIFERENCIA ES DE ALGO MÁS DE UN KILO Y EN LAS MUJERES DE CASI DOS RESPECTO A LA MEDIA

El peso medio de los adultos españoles estaba, en 2003, en 77,3 kgs.; el de las mujeres en 64,6 kgs. Esta diferencia de más de 12 kilos entre los pesos medios de hombres y mujeres varía según el tramo de edad considerado ya que la evolución del peso de los adultos a lo largo de la vida es diferente según el sexo de las personas. Los **andaluces** pesan casi dos kilogramos más que la media de los españoles: en los varones la diferencia es de algo más de un kilo y en las mujeres de casi dos respecto a la media. El peso medio del andaluz se sitúa en 72.01 kg., mientras el del español está en 70,37 kg.

En España los varones alcanzan su máximo peso entre los 35 y 50 años, mientras que las mujeres lo hacen prácticamente veinte años después, entre los 55 y 70 años. La desviación de los **andaluces** hacia una mayor obesidad coincide también con estos periodos, con la misma diferenciación por sexo. Asimismo, el índice de masa corporal más elevado se alcanza en la población española entre los 60 y 69 años en ambos sexos. Durante ese periodo de edad el IMC, tanto de hombres como de mujeres, se encuentra en 27,4; el IMC de los **andaluces** se sitúa ya 28,35, muy cerca ya de la obesidad.

ENTRE LOS 60 Y 69 AÑOS EL IMC DE LOS ANDALUCES SE SITÚA YA 28,35, MUY CERCA YA DE LA OBESIDAD

GRÁFICO 9 Distribución porcentual de la población según grupo de masa corporal por comunidad autónoma.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

LAS POBLACIONES CON MAYORES PESOS MEDIOS SE ENCUENTRAN EN LAS REGIONES MERIDIONALES DE LA PENÍNSULA; EXTREMADURA, REGIÓN DE MURCIA, ANDALUCÍA, CASTILLA-LA MANCHA, CANARIAS Y CEUTA Y MELILLA PRESENTAN LOS VALORES MAS ELEVADOS

A efectos de posibles comparaciones hay que tener en cuenta que las poblaciones de las distintas comunidades tienen diferentes grados de envejecimiento¹, circunstancia que influye tanto en la altura y el peso medio de sus individuos como en su nivel de salud. Las poblaciones con mayores pesos medios se encuentran en las regiones meridionales de la península; Extremadura, Región de Murcia, **Andalucía**, Castilla-La Mancha, Canarias y Ceuta y Melilla presentan los valores más elevados.

TABLA 3 Peso medio y edad media de varones y mujeres por Comunidad Autónoma.

	VARÓN		MUJER		Ambos sexos	
	Peso medio	Edad media	Peso medio	Edad media	Peso medio	Edad media
EXTREMADURA	78,86	49,00	67,11	52,13	72,50	50,69
REGIÓN DE MURCIA	77,66	46,42	67,45	51,90	72,11	49,39
ANDALUCÍA	78,37	45,00	66,80	50,72	72,01	48,13
CASTILLA-LA MANCHA	78,14	48,53	66,50	53,47	71,92	51,18
CANARIAS	77,07	43,05	67,34	47,58	71,75	45,52
CEUTA Y MELILLA	76,17	44,04	66,87	46,22	71,07	45,23
GALICIA	77,07	50,65	65,58	53,38	70,70	52,17
C. FORAL DE NAVARRA	76,98	47,53	64,77	51,91	70,64	49,80
PDO. DE ASTURIAS	77,35	49,58	65,25	54,16	70,46	52,19
ESPAÑA	77,28	47,91	64,58	51,91	70,36	50,09
C. VALENCIANA	77,66	46,37	64,66	49,27	70,27	48,02
CANTABRIA	77,31	46,31	62,77	51,94	70,24	49,05
ARAGÓN	77,34	50,43	64,18	54,82	70,18	52,82
CATALUÑA	77,05	48,16	63,65	50,59	69,95	49,45
LA RIOJA	76,46	49,33	64,65	52,66	69,90	51,17
ILLES BALEARS	76,86	47,56	64,11	51,48	69,65	49,78
PAÍS VASCO	78,40	45,86	62,10	49,79	69,61	47,98
COMUNIDAD DE MADRID	78,30	44,85	62,33	48,19	69,39	46,69

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

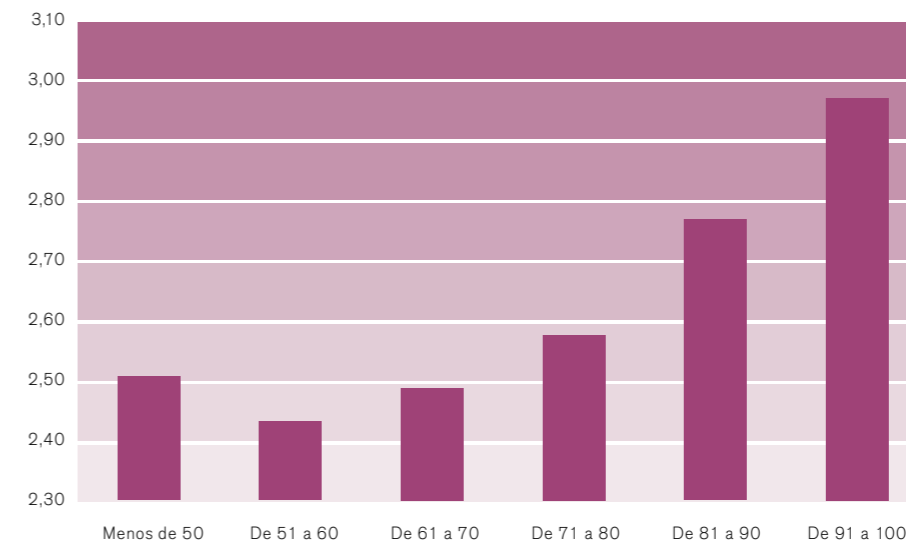
¹ Recogemos la edad media de las poblaciones para orientar al lector sobre el envejecimiento de cada población, si bien esta se define mejor por la composición porcentual de niños, jóvenes y personas mayores en relación al conjunto de la población

2.1.3. PESO, IMC Y SALUD

Dada la estrecha relación entre el peso y la edad, esta última debe tenerse siempre en cuenta a la hora de establecer cualquier tipo de comparación entre uno u otro grupo social. El ajuste de la edad de las personas nos permite establecer una relación más clara entre el estado de salud (autovaloración de la misma) y el peso de las personas. Independientemente de la altura, el mayor peso constituye en las mujeres un indicador biométrico nítidamente asociado con peor salud. A partir de los 60-70 Kgs. de peso, la correlación entre más peso y peor autovaloración de la salud es directa y creciente.

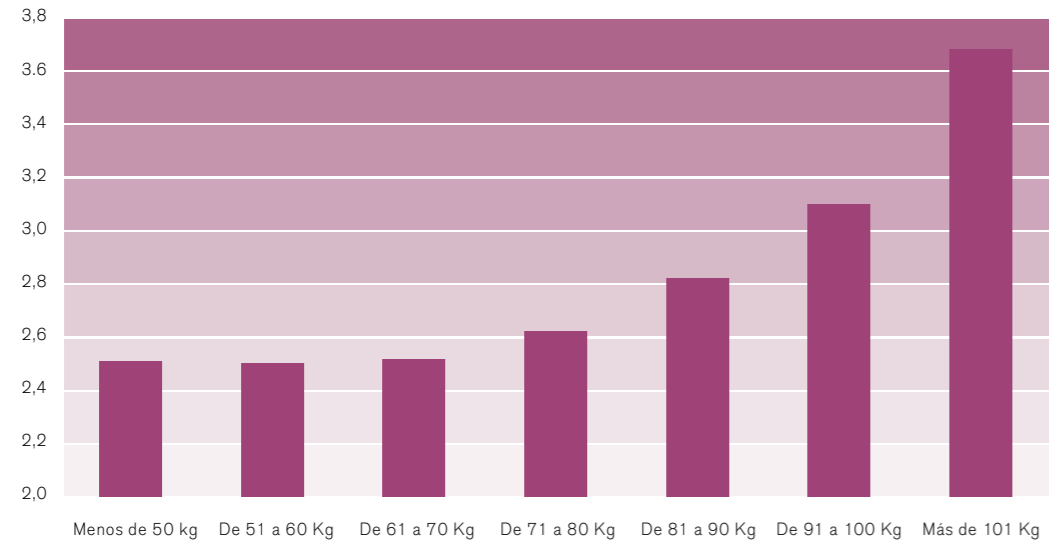
La relación, sin embargo, entre peso y salud no es tan clara en los hombres, ya que en éstos las variaciones de estatura son más importantes y diluyen la importancia relativa del peso. Solamente los hombres, cuyo peso se sitúa por debajo de los 50 Kgs. y por encima de los 100 Kgs., evidencian con claridad peor salud. Entre ambos pesos, las diferencias de salud relacionadas con el peso son poco significativas en los varones.

GRÁFICO 10 Autovaloración de la salud de las mujeres, ajustada por edad, según grupo de peso (mayor puntuación equivale a peor valoración de la propia salud).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

GRÁFICO 11 Autovaloración de la salud de las mujeres andaluzas (ajustado por edad), según peso (mayor puntuación equivale a peor valoración de la salud).



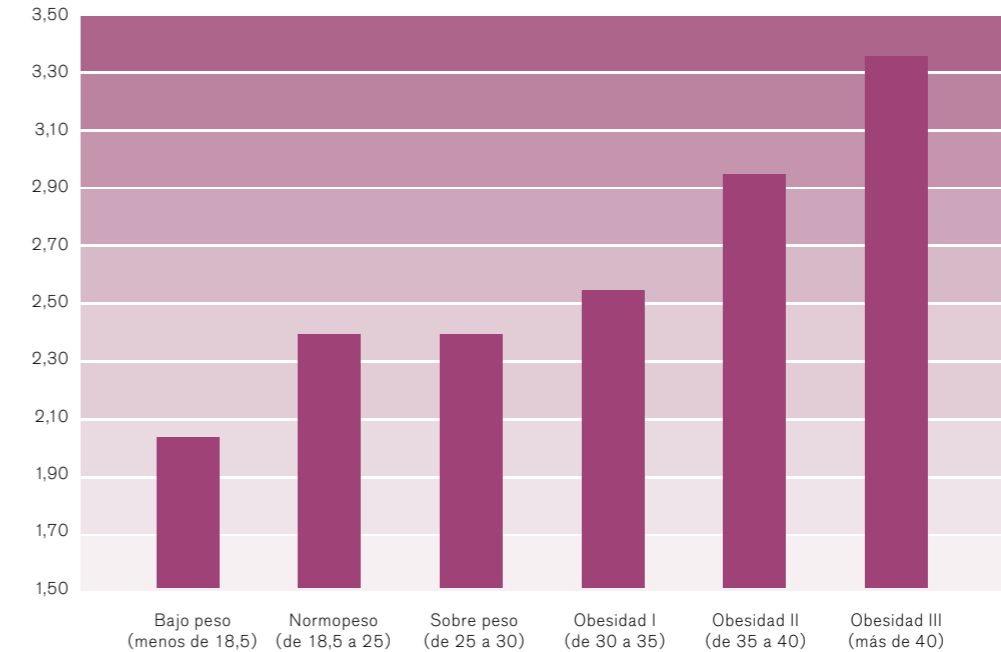
Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

Sin embargo, hay datos que sugieren que los hombres tienden a disimular los efectos negativos en la salud de su exceso de peso, ya que así como en las mujeres existe una consistencia entre su salud autovalorada y la morbilidad declarada, en los varones se da también una correlación clara entre más peso y mayor tasa de dolencias, pero esta no es consistente con la autovaloración de la salud. En otros estudios se ha podido constatar una tendencia de los hombres a sobrevalorar su estado de salud, actitud que parece acrecentarse en los hombres de más peso, acaso para restar importancia a los efectos nocivos de sus hábitos gastronómicos.

El Índice de Masa Corporal es la medida biométrica que relaciona la altura con el peso, y por tanto, la más adecuada como indicador de salud de los individuos. El IMC es el resultado de dividir el peso por el cuadrado de la altura. Se considera que una persona tiene sobrepeso si su IMC se encuentra por encima de 25. Algunos estudios sugieren que los intervalos entre 23.5 y 24.9 en los hombres y entre 22.0 y 23.4 en las mujeres se asocian con un menor riesgo para la salud en la medida en que dichos grupos están estadísticamente asociados con una menor tasa de mortalidad en años subsiguientes².

2. E Calle et al. Body-mass index and mortality in a prospective cohort of US adults. The New England Journal of Medicine 1999 341: 1097-1105.

GRÁFICO 12 Autovaloración de la salud de la población andaluza según IMC. (ajustado por edad, mayor puntuación equivale a peor valoración de la salud).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

La geografía de la masa corporal en la población española pone de evidencia una mayor obesidad en el sur y el oeste peninsulares. Aún más apropiado sería decir que tan solo el noreste peninsular resiste la epidemia de obesidad que se extiende por el mundo desarrollado. Con datos de 2003 solo las comunidades de Madrid (IMC=24,87) y País Vasco (IMC=24,98), presentan índices de masa corporal inferiores a 25. Mientras tanto doce comunidades tienen ya una mayoría de la población con sobrepeso u obesidad.

LA GEOGRAFÍA DE LA MASA CORPORAL EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA PONE DE EVIDENCIA UNA MAYOR OBESIDAD EN EL SUR Y OESTE PENINSULAR. SOLO EL NORESTE PENINSULAR RESISTE LA EPIDEMIA DE OBESIDAD QUE SE EXTIENDE POR EL MUNDO DESARROLLADO

2.2. LA MORBILIDAD Y LA MORTALIDAD DE LOS ANDALUCES

Las acciones de mejora continua en materia de salud, desarrolladas por los responsables sanitarios, se basan en la información existente sobre aspectos socio-sanitarios fundamentales para mantener nuestro bienestar. Entre ellos, sin lugar a duda, se encuentran la morbilidad y la mortalidad de la población **andaluza**. El análisis, por edad y sexo, de ambos aspectos podría servir de apoyo para el desarrollo de nuevas políticas sanitarias y para gestionar de forma más eficiente los recursos sanitarios de los que se dispone.

Aunque el eje del trabajo son los determinantes de la salud de los **andaluces**, creemos necesario comentar brevemente los aspectos fundamentales de la morbilidad y mortalidad en **Andalucía**, utilizando los últimos datos disponible de 2005.

2.2.1. LA MORBILIDAD

Los patrones de morbilidad de la población sirven para aproximar la carga de la enfermedad y otros problemas de la salud en general. Éstos ofrecen una información bastante clara, y pueden llegar a ser muy detallados, colaborando así, de forma muy notable, en la evaluación y el control de la eficacia de los procesos y de las actitudes que tienen como objetivo el mantener constante el estado de bienestar.

Uno de los indicadores que podemos destacar en relación a la morbilidad son las altas hospitalarias. Estos indicadores son específicos y arrojan, por un lado, una visión panorámica de la situación general y, por otro, pueden ser utilizados para analizar con detalle determinadas patologías. En la tabla siguiente se muestra el número de altas hospitalarias según el sexo, el diagnóstico principal y la provincia de hospitalización.

SI COMPARAMOS ESPAÑA Y ANDALUCÍA LA PRIMERA CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN EN AMBOS CASOS SON LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, EL PARTO Y PUERPERIO CON EL 12,86% DE LAS ALTAS EN ESPAÑA Y EL 17,84% EN ANDALUCÍA

Tal como podemos apreciar, si comparamos España y **Andalucía** la primera causa de hospitalización en ambos casos son las complicaciones del embarazo, el parto y puerperio con el 12,86% de las altas en España y el 17,84% en **Andalucía**. En segundo término a nivel nacional se encuentran las enfermedades del aparato circulatorio con el 12,42% del total de las altas, mientras que en **Andalucía** son las enfermedades del aparato digestivo las que ocupan ese segundo puesto con el 12,10% de las altas. En tercer lugar se invierten los órdenes anteriores, de esta forma para toda España son las enfermedades del aparato digestivo con el 11,79% de las altas y en **Andalucía** las enfermedades del aparato circulatorio con el 12,01%. En cuarto puesto, se encuentran en ambos casos las enfermedades relacionadas con el aparato respiratorio con el 10,64% de las altas a nivel nacional y el 8,72% en **Andalucía**.

TABLA 4 Altas hospitalarias según el sexo, el diagnóstico principal y CC.AA. de hospitalización.

	España			Andalucía		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
TODAS LAS CAUSAS	4.678.130	2.175.998	2.502.132	727.592	317.361	410.231
0100 Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	79.760	46.562	33.198	13.154	7.800	5.355
0200 Neoplasias	397.561	207.496	190.065	58.158	29.443	28.716
0300 Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan a la inmunidad	40.197	19.142	21.055	5.444	2.577	2.867
0400 Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	78.710	31.800	46.911	12.529	5.102	7.427
0500 Trastornos mentales	114.768	62.568	52.199	14.027	8.204	5.824
0600 Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso	80.727	38.483	42.244	11.136	5.477	5.658
0700 Enfermedades del ojo y sus anexos	60.868	29.781	31.087	10.290	5.231	5.059
0800 Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	27.895	13.579	14.317	3.978	2.050	1.928
0900 Enfermedades del sistema circulatorio 390-459 (excepto 435 y 446)	581.045	325.258	255.788	87.380	49.436	37.944
1000 Enfermedades del sistema respiratorio	497.637	300.908	196.729	63.433	39.153	24.280
1100 Enfermedades del aparato digestivo	551.340	315.545	235.795	88.039	49.620	38.419
1200 Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	49.749	27.973	21.776	7.645	4.331	3.313
1300 Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	308.248	144.219	164.029	41.133	18.301	22.833
1400 Enfermedades del sistema genitourinario	270.284	102.941	167.343	39.960	13.879	26.081
1500 Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	601.632	..	601.632	127.217	..	127.217
1600 Ciertas enfermedades con origen en el período perinatal	69.139	37.956	31.183	12.149	6.796	5.353
1700 Anomalías congénitas	41.854	23.040	18.814	7.133	4.064	3.069
1800 Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	312.301	174.935	137.366	43.986	24.789	19.197
1900 Lesiones y envenenamientos	389.860	214.598	175.262	61.089	32.818	28.271
2100 Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios Códigos V (sólo diagnósticos principales)	124.556	59.213	65.342	19.712	8.291	11.421

Fuente: Encuesta de morbilidad hospitalaria 2005. Resultados por CC.AA. y provincias según la lista reducida Eurostat/OCDE/OMS.

Para un análisis diferenciado por sexo en los gráficos siguientes se presentan los porcentajes de altas hospitalarias por sexo y diagnóstico principal.

GRÁFICO 13 Porcentaje de altas hospitalarias sobre el total. Varones. Año 2005.

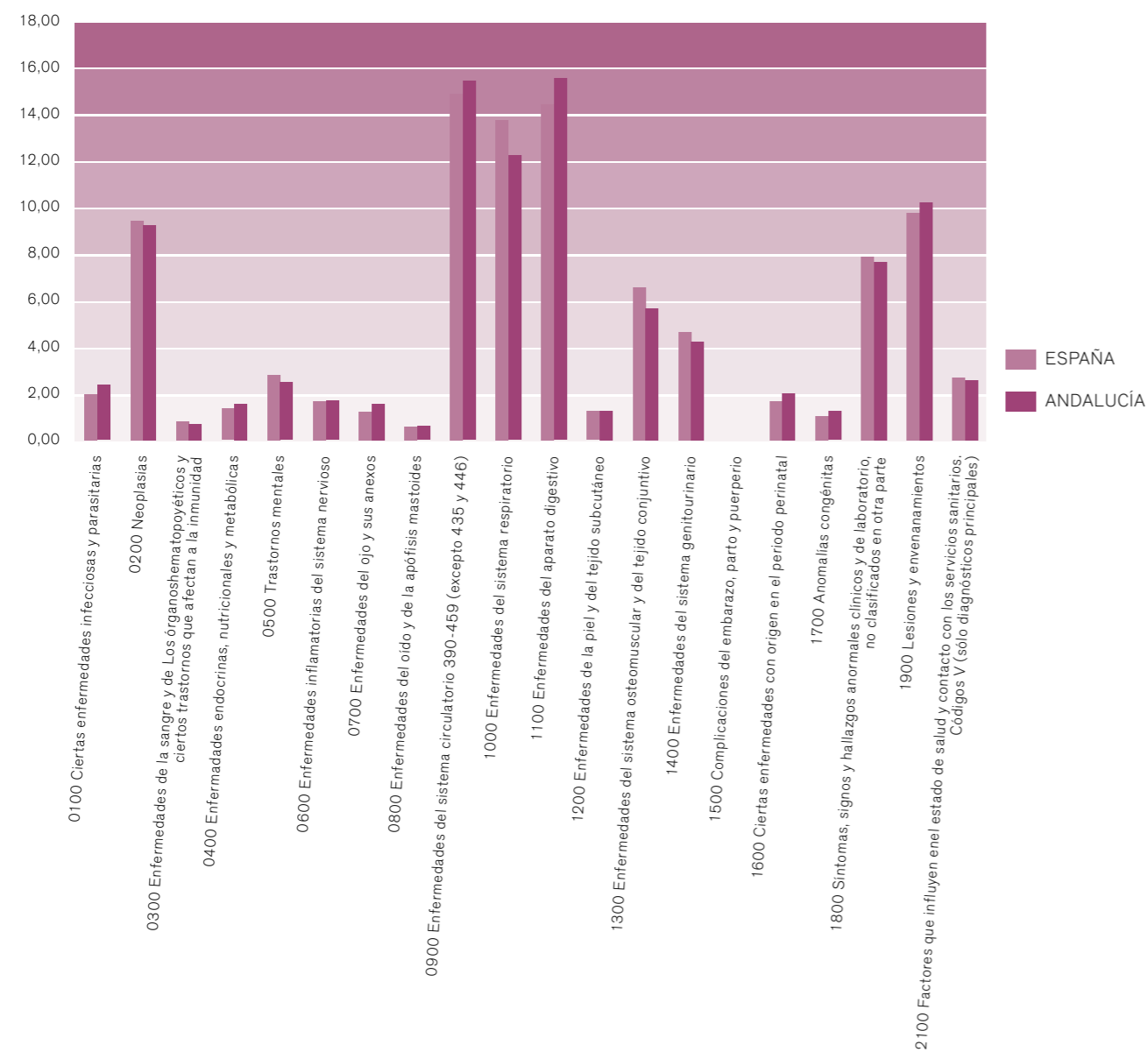
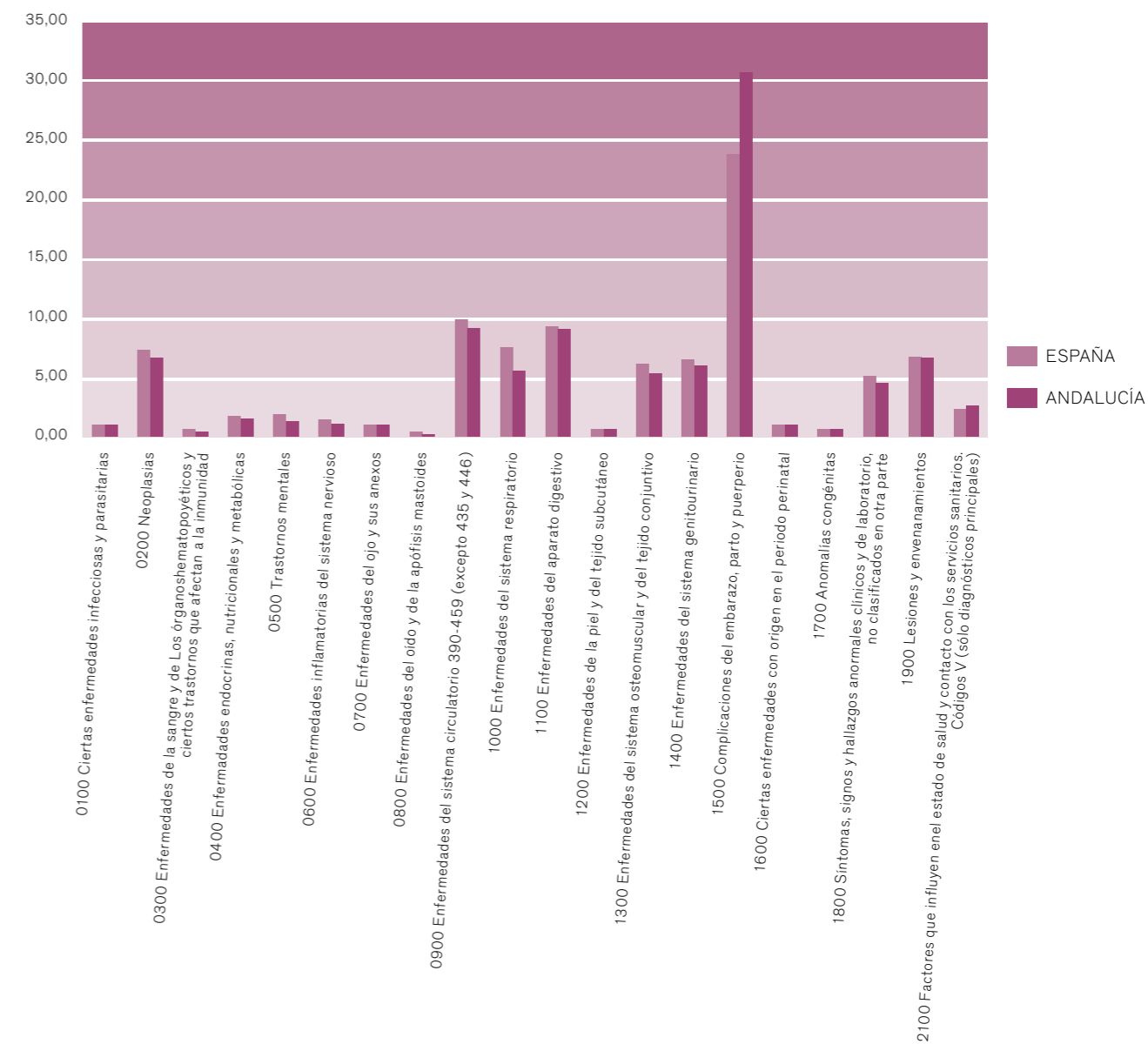


GRÁFICO 14 Porcentaje de altas hospitalarias sobre el total. Mujeres. Año 2005.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de morbilidad hospitalaria 2005. Resultados por CC.AA. y provincias según la lista reducida Eurostat/OCDE/OMS.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de morbilidad hospitalaria 2005. Resultados por CC.AA. y provincias según la lista reducida Eurostat/OCDE/OMS.

Para los varones **andaluces** son las enfermedades del aparato digestivo las que más morbilidad causan, el 15,64% del total, seguidas de las enfermedades del aparato circulatorio, el 15,58%, en tercer lugar se encuentran las enfermedades del aparato respiratorio, 12,34%, en cuarto puesto encontramos las lesiones y envenenamientos con el 10,34% y en quinto lugar las neoplasias con el 9,28%. El orden es prácticamente similar al de los varones nacionales a diferencia de las dos primeras en las que se invierten los puestos.

En el caso de las mujeres son las complicaciones del embarazo, parto y puerperio las que ocupan el primer puesto con el 31,01% del total, casi seis puntos por encima del porcentaje a nivel nacional, debido a la mayor tasa de natalidad de **Andalucía**, 11,87 nacidos por 1.000 habitantes en 2005 frente a los 10,75 de media nacional. En segundo término se encuentran las enfermedades del aparato digestivo con el 9,37%, seguidas por las enfermedades del aparato circulatorio, 9,25%, de las neoplasias, 7%, y en quinto lugar las lesiones y envenenamientos con el 6,89%. En comparación con el total nacional las **andaluzas** presentan menos ingresos por enfermedades respiratorias con una tasa inferior casi en un 2%.

EN COMPARACIÓN CON EL TOTAL NACIONAL LAS ANDALUZAS PRESENTAN MENOS INGRESOS POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CON UNA TASA MENOR CASI EN UN 2%

Si obtenemos los porcentajes para hombres y mujeres restando los ingresos producidos por el parto en el caso de las mujeres comprobamos cómo son las enfermedades del aparato digestivo y del circulatorio las que ocupan los dos primeros lugares, ocupando el tercer puesto en importancia las enfermedades del aparato respiratorio para los hombres y las neoplasias para las mujeres.

PARA LOS VARONES ANDALUCES SON LAS ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO LAS QUE MÁS MORBILIDAD CAUSAN, EL 15,64% DEL TOTAL, SEGUIDAS DE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO, EL 15,58%

Si analizamos las altas producidas según la provincia de hospitalización y la de residencia, podemos observar cómo en el caso de **Andalucía** las altas registradas en función del criterio de hospitalización alcanzan las 727.592, de las cuales 712.087 corresponden a residentes en **Andalucía**, motivo por el que 15.505 hospitalizaciones son de residentes de fuera de **Andalucía**. Por el contrario, de los 722.141 **andaluces** hospitalizados 712.087 lo son en la propia **Andalucía**, con lo que 10.054 lo son fuera de la comunidad autónoma. Estos datos, suponen un saldo neto desfavorable para **Andalucía** de 5.451 hospitalizaciones.

TABLA 5 Altas hospitalarias según la provincia de residencia, la de hospitalización y comunidad autónoma.

	Total: residencia	Andalucía	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
Total: hospitalización	4.678.130	722.141	56.375	124.582	73.641	76.870	47.420	59.884	128.656	154.712
Andalucía	727.592	712.087	54.797	122.836	72.814	75.860	46.930	58.397	127.153	153.301
Almería	52.953	52.020	51.472	8	14	430	7	37	32	21
Cádiz	118.866	117.317	32	115.869	85	42	86	43	215	944
Córdoba	74.858	74.258	106	393	70.656	156	107	2.046	219	574
Granada	82.237	81.377	2.501	218	168	74.374	87	3.552	322	156
Huelva	44.003	42.757	2	36	22	8	42.369	17	6	296
Jaén	53.809	52.242	18	28	50	100	24	51.933	35	53
Málaga	139.162	131.823	472	3.686	578	499	71	306	125.868	344
Sevilla	161.704	160.294	195	2.597	1.241	250	4.179	463	456	150.912

Fuente: Encuesta de morbilidad hospitalaria 2005. Resultados por CC.AA. y provincias según la lista reducida Eurostat/OCDE/OMS.

TABLA 6

Altas hospitalarias por 100.000 habitantes según el diagnóstico principal, la provincia de hospitalización y comunidad autónoma.

	Total	Andalucía	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
TODAS LAS CAUSAS (ver excepciones en metodología)	10.780	9.410	8.773	10.233	9.675	9.527	9.196	8.290	9.786	9.082
0100 Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	184	170	208	252	108	194	164	156	135	155
0200 Neoplasias	916	752	574	836	799	868	640	659	711	778
0300 Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan a la inmunidad	93	70	67	100	52	80	72	83	59	59
0400 Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	181	162	138	191	159	194	133	120	164	159
0500 Trastornos mentales	264	181	182	180	121	191	173	183	192	197
0600 Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso	186	144	130	175	140	166	184	128	128	127
0700 Enfermedades del ojo y sus anexos	140	133	77	203	115	113	109	116	205	79
0800 Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	64	51	47	60	49	60	60	26	52	51
0900 Enfermedades del sistema circulatorio 390-459 (excepto 435 y 446)	1.339	1.130	894	1.250	1.206	1.113	1.327	972	1.145	1.100
1000 Enfermedades del sistema respiratorio	1.147	820	1.050	978	881	814	855	822	725	682
1100 Enfermedades del aparato digestivo	1.270	1.139	1.075	1.253	1.291	1.134	986	1.081	1.227	1.013
1200 Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	115	99	102	135	124	95	75	65	102	82
1300 Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	710	532	444	480	734	515	488	451	481	599
1400 Enfermedades del sistema genitourinario	623	517	437	722	446	432	501	452	552	482
1500 Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	1.386	1.645	1.727	1.627	1.403	1.712	1.685	1.432	1.842	1.613
1600 Ciertas enfermedades con origen en el periodo perinatal	159	157	199	200	129	185	127	124	166	127
1700 Anomalías congénitas	96	92	70	112	107	94	44	31	83	122
1800 Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	720	569	492	613	806	370	669	426	541	607
1900 Lesiones y envenenamientos	898	790	698	665	763	929	741	783	824	836
2100 Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios Códigos V (sólo diagnósticos principales)	287	255	162	201	241	270	162	181	452	215

Fuente: Encuesta de morbilidad hospitalaria 2005. Resultados por CC.AA. y provincias según la lista reducida Eurostat/OCDE/OMS.

En términos de tasas por 100.000 habitantes, **Andalucía** se encuentra por debajo de la media nacional con 9.410 altas por 100.000 habitantes frente a las 10.780 de media nacional lo que supone un 13% menos. Por provincias, es Cádiz la que presenta una mayor tasa, 10.233, mientras que Jaén es la que menor tasa tiene, 9.290.

2.2.2. LA MORTALIDAD

La muerte se puede considerar como la pérdida absoluta, e irreversible, de salud en los seres vivos. Quizás por ello, un indicador propio para estudiar el nivel general de salud de los **andaluces**, ya que nos permite extraer información sobre la evolución del número de muertes producidas a lo largo del tiempo. Asimismo, el conocer las causas de estas muertes puede servir de herramienta básica para la gestión y política sanitaria.

TABLA 7

Esperanza de vida al nacimiento por CC.AA y sexo.

	1995			2005		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Total Nacional	77,98	74,41	81,56	80,23	76,96	83,48
Andalucía	77,00	73,48	80,58	78,83	75,60	82,11
Aragón	78,87	75,79	82,02	80,50	77,36	83,74
Asturias (Principado de)	77,37	73,28	81,50	79,76	76,10	83,39
Baleares (Illes)	77,30	73,73	80,98	80,44	77,39	83,53
Canarias	77,26	73,65	81,03	79,16	76,09	82,31
Cantabria	78,30	74,45	82,18	80,85	77,10	84,64
Castilla y León	79,42	76,16	82,76	81,28	78,08	84,58
Castilla - La Mancha	78,75	75,94	81,61	80,78	77,99	83,67
Cataluña	78,18	74,54	81,79	80,50	77,21	83,76
Comunitat Valenciana	77,36	74,06	80,68	79,57	76,46	82,70
Extremadura	77,77	74,38	81,24	79,68	76,34	83,18
Galicia	77,75	73,85	81,61	80,44	76,83	84,00
Madrid (Comunidad de)	78,63	74,64	82,36	81,39	78,12	84,37
Murcia (Región de)	77,69	74,40	80,99	79,60	76,50	82,75
Navarra (Comunidad Foral de)	79,19	75,86	82,55	81,51	78,46	84,55
País Vasco	78,16	74,05	82,31	80,75	77,20	84,26
Rioja (La)	78,90	75,64	82,26	81,18	78,02	84,45
Ceuta	.	.	.	78,62	75,66	81,61
Melilla	.	.	.	79,32	76,65	81,88

Fuente: Indicadores demográficos básicos. INE. 2007

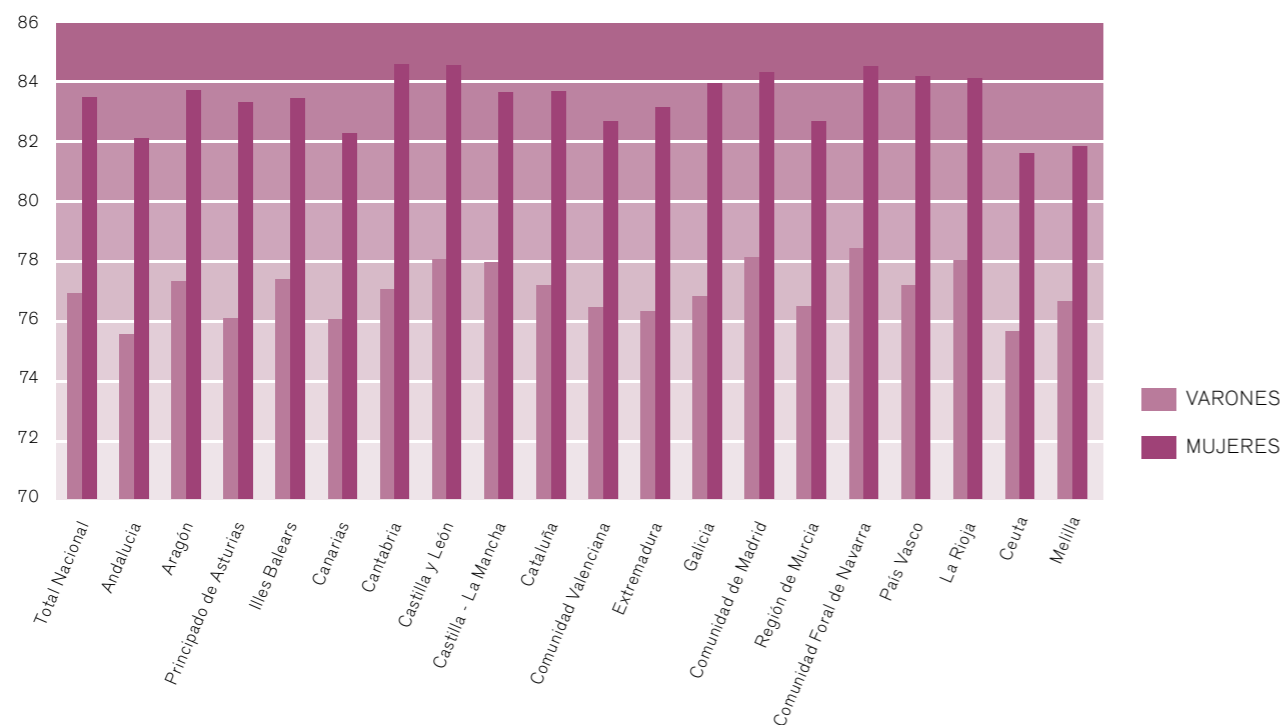
Sin embargo, antes de analizar la evolución de la mortalidad en **Andalucía** vamos a comentar la esperanza de vida, indicador estrechamente relacionado con el de la mortalidad. La esperanza de vida al nacimiento en **Andalucía** para los varones es de 75,60 años en 2005, frente a los 76,96 años de esperanza media a nivel nacional. En el caso de las mujeres **andaluzas** la esperanza media es de 82,11 años, igualmente por

EN LA ÚLTIMA DÉCADA, LA ESPERANZA DE VIDA EN ANDALUCÍA HA CRECIDO EN 2,12 AÑOS PARA LOS VARONES Y EN 1,83 AÑOS PARA LAS MUJERES

debajo de la media nacional de 83,48 años. En la última década, la esperanza de vida en **Andalucía** ha crecido en 2,12 años para los varones y en 1,83 años para las mujeres.

LA ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO EN ANDALUCÍA PARA LOS VARONES ES DE 75,60 AÑOS EN 2005, FRENTE A LOS 76,96 AÑOS DE ESPERANZA MEDIA A NIVEL NACIONAL

GRÁFICO 15 Esperanza de vida al nacimiento por sexo y CC.AA. Año 2005.



Fuente: Indicadores demográficos básicos. INE. 2007

Como se puede apreciar en la tabla, la principal causa de muerte en **Andalucía** son las enfermedades del sistema circulatorio, siendo el número de defunciones que producen de 13.176 en el caso de las mujeres y de 10.940 en el de los hombres. Estas defunciones suponen el 42,16% del total en las mujeres y el 31,57% en los hombres. En segundo lugar, se encuentran los tumores con 10.039 varones fallecidos por dicha causa y 5.651 mujeres, lo que suponen el 28,97% del total en el primer caso y el 18,08% en el segundo. La tercera causa de muerte en **Andalucía** son las enfermedades del sistema respiratorio con 4.566 varones fallecidos y 3.070 mujeres, lo que implica el 13,18% y el 9,82% del total respectivamente.

ESTAS DEFUNCIONES SUPONEN EL 42,16% DEL TOTAL EN LAS MUJERES Y EL 31,57% EN LOS HOMBRES

Este patrón de mortalidad no difiere sustancialmente del que se produce a nivel nacional.

LA PRINCIPAL CAUSA DE MUERTE EN ANDALUCÍA SON LAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO

TABLA 8 Defunciones por causa de muerte en Andalucía. 2005.

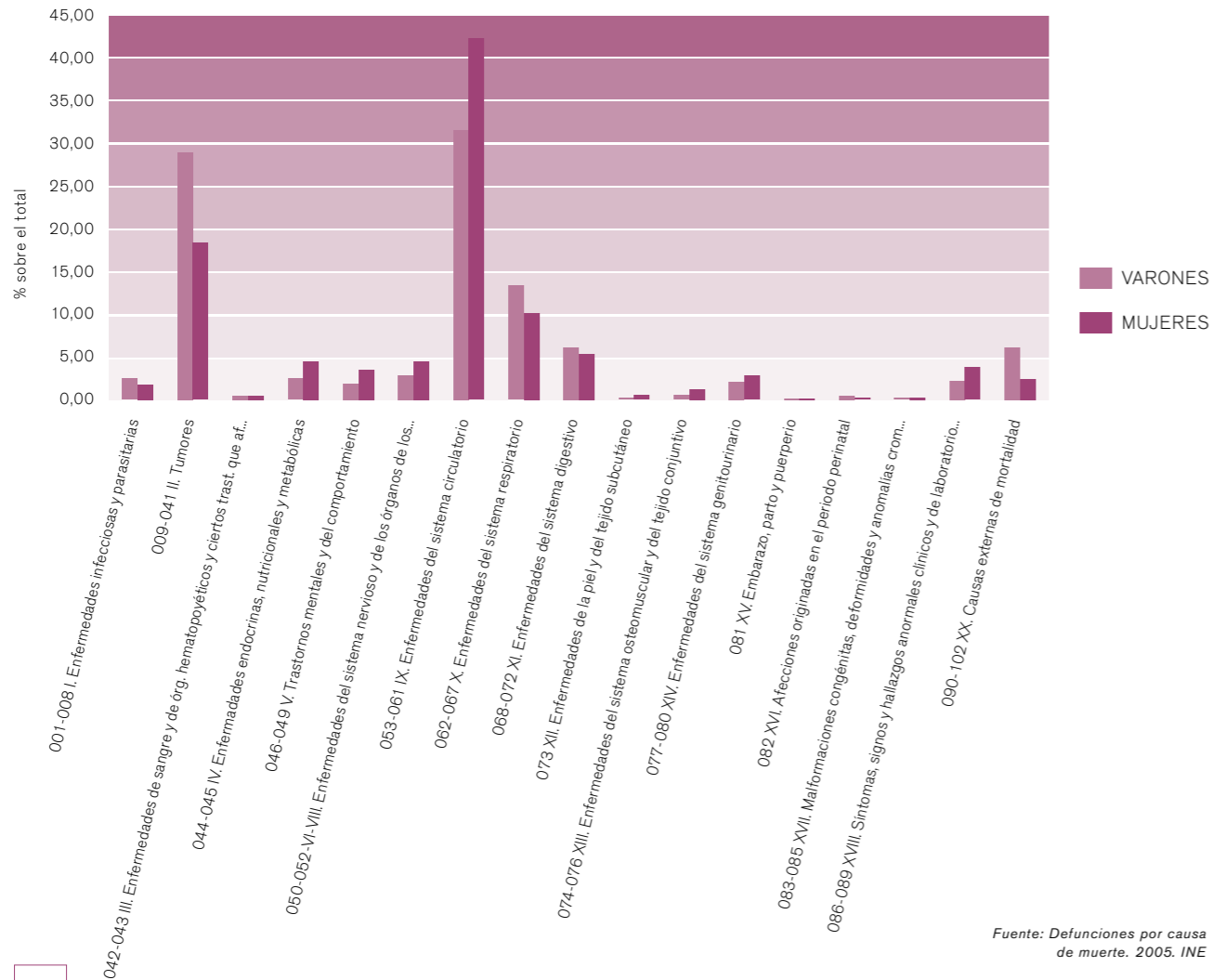
	Ambos sexos	Varones	Mujeres
001-102 I-XX. Todas las causas	65.904	34.655	31.249
001-008 I. Enfermedades infecciosas y parasitarias (1)	1.265	790	475
009-041 II. Tumores	15.690	10.039	5.651
042-043 III. Enf. de sangre y de órg. hematopoyéticos y ciertos trast. que afectan mecan. inmunidad	183	87	96
044-045 IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2.175	809	1.366
046-049 V. Trastornos mentales y del comportamiento	1.545	565	980
050-052 VI-VIII .Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	2.271	877	1.394
053-061 IX. Enfermedades del sistema circulatorio	24.116	10.940	13.176
062-067 X. Enfermedades del sistema respiratorio	7.636	4.566	3.070
068-072 XI. Enfermedades del sistema digestivo	3.763	2.094	1.669
073 XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	202	65	137
074-076 XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	529	149	380
077-080 XIV. Enfermedades del sistema genitourinario	1.547	707	840
081 XV. Embarazo, parto y puerperio	5	0	5
082 XVI. Afecciones originadas en el periodo perinatal	220	135	85
083-085 XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	210	108	102
086-089 XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (2)	1.774	669	1.105
090-102 XX. Causas externas de mortalidad	2.773	2.055	718

Fuente: Defunciones por causa de muerte. 2005. INE

LAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO PRESENTAN UNAS TASAS DE MORTALIDAD DE 3,76 PARA LAS MUJERES Y DE 3,11 PARA LOS VARONES, VALORES MUY SUPERIORES A LA MEDIA NACIONAL

Este patrón de mortalidad se repite igualmente cuando analizamos las tasas estandarizadas de mortalidad. Como se puede apreciar en la tabla la tasa de mortalidad de los varones es en **Andalucía** del 9,81 por 1.000, mientras que de las mujeres es de 8,85 por 1.000. Estos valores son superiores a la media nacional situada respectivamente en 8,72 y 7,55 por 1.000 respectivamente. En cuanto a las principales causas de muerte, las enfermedades del sistema circulatorio presentan unas tasas de mortalidad de 3,76 para las mujeres y de 3,11 para los varones, valores muy superiores a la media nacional de 2,46 y 2,77 respectivamente.

GRÁFICO 16 Defunciones por causa de muerte como porcentaje. Andalucía 2005.



En cuanto a los tumores, la tasa estandarizada de mortalidad para **Andalucía** se encuentra en el 1,57 para las mujeres y en el 2,86 para los hombres. En este caso, la tasa de las mujeres es ligeramente inferior a la media nacional con el 1,61, mientras que la de los hombres es superior al situarse la tasa media a nivel nacional en el 2,78. Respecto a la tercera causa de muerte, las enfermedades del sistema respiratorio, la tasa estandarizada es para las mujeres **andaluzas** del 0,88, superior al 0,79 que presentan las españolas en su conjunto, mientras que para los hombres su valor es de 1,3, superior igualmente al 1,14 que tienen los españoles de media.

TABLA 9 Tasas estandarizadas de mortalidad por causa de muerte. 2005.

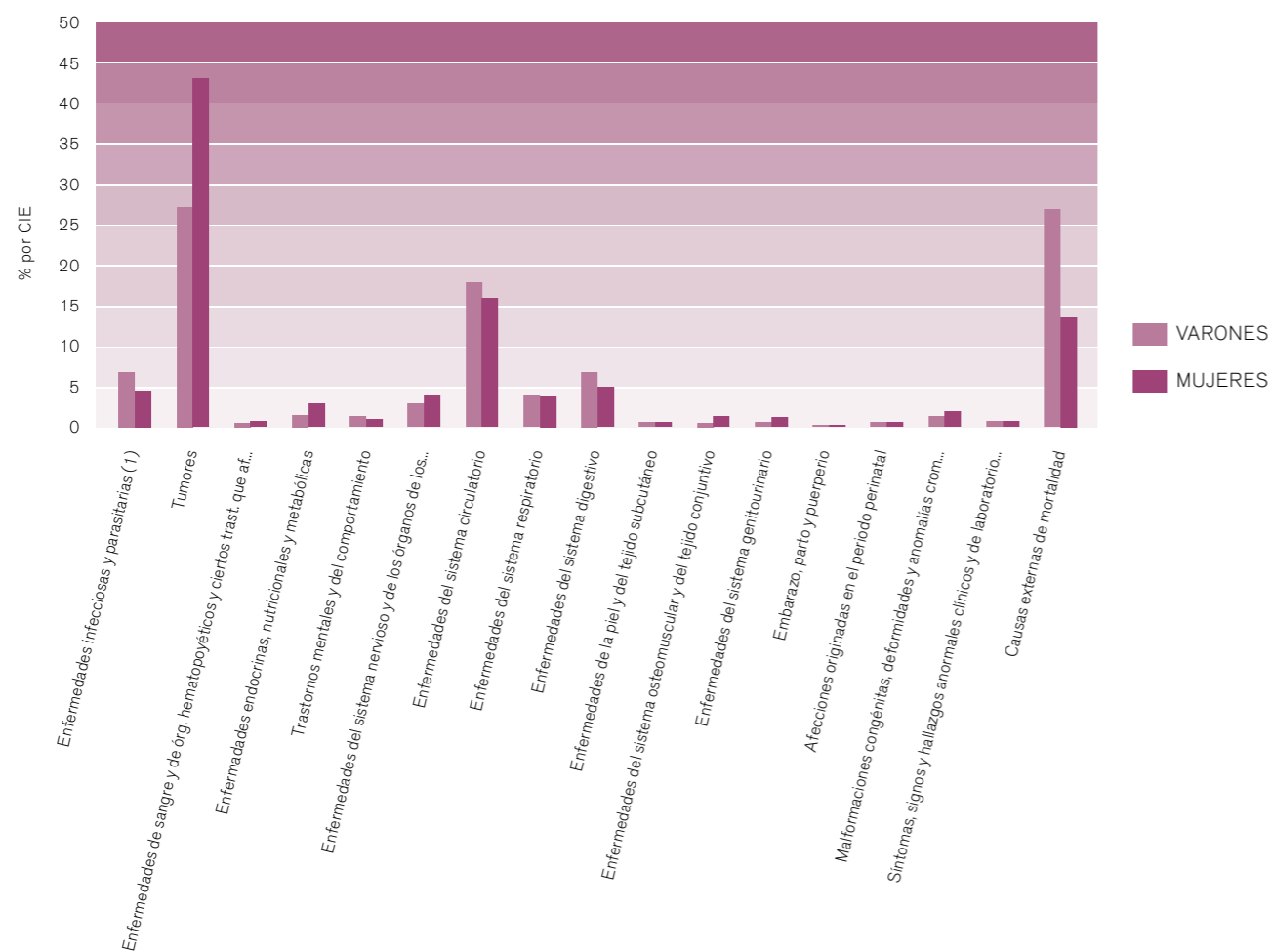
	Total			Andalucía		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Todas las causas	8,16	8,72	7,55	9,35	9,81	8,85
Enfermedades infecciosas y parasitarias (1)	0,16	0,18	0,13	0,17	0,21	0,13
Tumores	2,19	2,78	1,61	2,22	2,86	1,57
Enfermedades de sangre y de órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad	0,03	0,02	0,03	0,03	0,02	0,03
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,26	0,21	0,31	0,31	0,23	0,39
Trastornos mentales y del comportamiento	0,25	0,17	0,33	0,22	0,16	0,28
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	0,33	0,26	0,39	0,32	0,25	0,39
Enfermedades del sistema circulatorio	2,63	2,46	2,77	3,45	3,11	3,76
Enfermedades del sistema respiratorio	0,97	1,14	0,79	1,1	1,3	0,88
Enfermedades del sistema digestivo	0,42	0,46	0,37	0,53	0,59	0,47
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	0,02	0,01	0,03	0,03	0,02	0,04
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	0,07	0,05	0,1	0,08	0,04	0,11
Enfermedades del sistema genitourinario	0,2	0,19	0,2	0,22	0,2	0,24
Embarazo, parto y puerperio	0	..	0	0	..	0
Afecciones originadas en el periodo perinatal	0,02	0,02	0,02	0,02	0,03	0,02
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (2)	0,22	0,2	0,24	0,25	0,19	0,31
Causas externas de mortalidad	0,38	0,54	0,22	0,37	0,55	0,2

Fuente: Defunciones por causa de muerte. 2005. INE. Unidades en tanto por 1000

Para finalizar este apartado presentamos el número de años de vida potencialmente perdidos tanto en España como en **Andalucía**, clasificados por la causa de muerte. Observamos que el número de años de vida potencialmente perdidos en **Andalucía** asciende a 236.190, mientras que en España es de 1.271.133. Por tanto, los años perdidos en **Andalucía** son el 18,58 del total nacional. Si comparamos el número medio de años de vida potencialmente perdidos vemos como en **Andalucía** es de 13,94 para las mujeres y de 15,01 para los hombres, mientras que a la media nacional se encuentra en los 14,58 para las mujeres y 14,86 para los hombres.

EL NÚMERO DE AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS EN ANDALUCÍA ASCIENDE A 236.190, MIENTRAS QUE EN ESPAÑA ES DE 1.271.133. POR TANTO, LOS AÑOS PERDIDOS EN ANDALUCÍA SON EL 18,58 DEL TOTAL NACIONAL

GRÁFICO 17 Distribución porcentual por capítulos de la CIE de los años de vida potencialmente perdidos en Andalucía 2005.



Fuente: Defunciones por causa de muerte. 2005. INE

Si analizamos la distribución porcentual por capítulos de la CIE de los años de vida potencialmente perdido, observamos como son los tumores, tanto en los hombres como en las mujeres, la principal causa de años de vida potencialmente perdidos, representando el 27,51% del total en el caso de los varones y el 43,52% en el de las mujeres. En segundo término, para los varones se encuentran las causas externas de muerte con el 26,31% del total, mientras que para las mujeres son las enfermedades del aparato circulatorio con el 16,06% del total. En tercer término se sitúan las enfermedades del aparato circulatorio para los varones con el 17,98% del total y las causas externas de muerte para las mujeres con el 13,77% del total. Las diferencias existentes por sexo son atribuibles a la mayor incidencia que tienen los accidentes de circulación y laborales sobre los varones. Estos porcentajes son muy similares a los registrados para el conjunto nacional.

SON LOS TUMORES, TANTO EN LOS HOMBRES COMO EN LAS MUJERES, LA PRINCIPAL CAUSA DE AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS, REPRESENTANDO EL 27,51% DEL TOTAL EN EL CASO DE LOS VARONES Y EL 43,52% EN EL DE LAS MUJERES

TABLA 10 Años de vida potencialmente perdidos. España 2005.

	Ambos sexos			Varones			Mujeres		
	Nº de APVP	Distribución capítulos de la CIE	Nº medio APVP	Nº de APVP	Distribución capítulos de la CIE	Nº medio APVP	Nº de APVP	Distribución capítulos de la CIE	Nº medio APVP
Todas las causas	1.271.133,00	100	14,78	900.696,50	100	14,86	370.436,50	100	14,58
Enfermedades infecciosas y parasitarias (1)	61.954,50	4,87	21,56	46.391,00	5,15	21,99	15.563,50	4,2	20,37
Tumores	445.348,00	35,04	12,08	275.448,00	30,58	11,32	169.900,00	45,86	13,57
Enfermedades sangre y de órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad	4.702,00	0,37	20,18	3.011,00	0,33	21,51	1.691,00	0,46	18,18
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	20.378,00	1,6	11,67	12.853,00	1,43	11,98	7.525,00	2,03	11,18
Trastornos mentales y del comportamiento	10.690,00	0,84	16,45	8.497,50	0,94	17,03	2.192,50	0,59	14,52
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	40.485,50	3,18	18,25	24.789,50	2,75	18,85	15.696,00	4,24	17,38
Enfermedades del sistema circulatorio	197.368,50	15,53	11,35	148.191,50	16,45	11,58	49.177,00	13,28	10,7
Enfermedades del sistema respiratorio	57.853,00	4,55	11,77	42.613,50	4,73	11,38	15.239,50	4,11	13
Enfermedades del sistema digestivo	70.889,00	5,58	13,41	54.397,50	6,04	13,65	16.491,50	4,45	12,7
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	912,5	0,07	11,85	607,5	0,07	13,5	305	0,08	9,53
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	4.789,50	0,38	14,6	2.017,00	0,22	13,91	2.772,50	0,75	15,15
Enfermedades del sistema genitourinario	8.844,50	0,7	10,41	5.047,00	0,56	10,11	3.797,50	1,03	10,82
Embarazo, parto y puerperio	655	0,05	36,39	..	..	..	655	0,18	36,39
Afecciones originadas en el periodo perinatal	1.596,00	0,13	49,88	910	0,1	47,89	686	0,19	52,77
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalias cromosómicas	13.628,50	1,07	35,22	7.846,50	0,87	38,09	5.782,00	1,56	31,94
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (2)	40.227,00	3,16	19,4	30.635,00	3,4	19,41	9.592,00	2,59	19,34
Causas externas de mortalidad	290.811,50	22,88	28,84	237.441,00	26,36	29,23	53.370,50	14,41	27,2

Fuente: Defunciones por causa de muerte. 2005. INE

TABLA 11 Años de vida potencialmente perdidos. Andalucía 2005.

	Ambos sexos			Varones			Mujeres		
	Nº de APVP	Distribución capítulos de la CIE	Nº medio APVP	Nº de APVP	Distribución capítulos de la CIE	Nº medio APVP	Nº de APVP	Distribución capítulos de la CIE	Nº medio APVP
Todas las causas	236.190,50	100	14,69	170.079,00	100	15,01	66.111,50	100	13,94
Enfermedades infecciosas y parasitarias (1)	14.794,00	6,26	23,52	11.902,50	7	24,29	2.891,50	4,37	20,8
Tumores	75.562,00	31,99	12,15	46.793,50	27,51	11,37	28.768,50	43,52	13,69
Enfermedades sangre y de órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad	1.003,50	0,42	21,82	673,5	0,4	24,05	330	0,5	18,33
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4.577,00	1,94	12,08	2.657,00	1,56	12,13	1.920,00	2,9	12
Trastornos mentales y del comportamiento	2.890,00	1,22	18,29	2.365,00	1,39	18,77	525	0,79	16,41
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	7.771,00	3,29	19,53	5.199,00	3,06	21,4	2.572,00	3,89	16,59
Enfermedades del sistema circulatorio	41.199,00	17,44	10,86	30.584,50	17,98	11,34	10.614,50	16,06	9,68
Enfermedades del sistema respiratorio	9.346,00	3,96	10,08	6.870,00	4,04	9,68	2.476,00	3,75	11,41
Enfermedades del sistema digestivo	14.766,50	6,25	13,06	11.499,50	6,76	13,25	3.267,00	4,94	12,42
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	255	0,11	11,59	117,5	0,07	10,68	137,5	0,21	12,5
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	1.175,00	0,5	13,99	372,5	0,22	12,02	802,5	1,21	15,14
Enfermedades del sistema genitourinario	1.822,50	0,77	11,05	1.112,50	0,65	11,71	710	1,07	10,14
Embarazo, parto y puerperio	207,5	0,09	41,5	..	..	..	207,5	0,31	41,5
Afecciones originadas en el periodo perinatal	751	0,32	50,07	566,5	0,33	51,5	184,5	0,28	46,13
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3.233,50	1,37	40,93	1.974,00	1,16	44,86	1.259,50	1,91	35,99
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (2)	1.277,50	0,54	13,74	937,5	0,55	14,88	340	0,51	11,33
Causas externas de mortalidad	55.559,50	23,52	28,71	46.454,00	27,31	29,35	9.105,50	13,77	25,87

Fuente: Defunciones por causa de muerte. 2005. INE

2.3. ESTILOS DE VIDA

Los individuos tienden a desarrollar una serie de hábitos relacionados con aspectos fundamentales de la vida, como son la alimentación, el descanso, la realización de actividades físicas, etc. Todos ellos varían en función de distintos factores personales y sociales: el entorno familiar, las motivaciones individuales, la actividad laboral, y en general, en función del marco interno y externo de referencia de cada persona. En los países desarrollados la morbilidad y la mortalidad derivadas de las enfermedades infecciosas se han reducido enormemente, pero han surgido muchas dolencias derivadas de hábitos perniciosos propios de la sociedad del bienestar, como el consumo de tabaco y alcohol, la nutrición inadecuada y la obesidad o la falta de ejercicio físico y mental.

LOS HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA TIENEN ASÍ UNA IMPORTANCIA CAPITAL EN EL INCREMENTO O REDUCCIÓN DE LA PROBABILIDAD DE ENFERMEDAD Y DE DISCAPACIDAD

Los hábitos y estilos de vida tienen así una importancia capital en el incremento o reducción de la probabilidad de enfermedad y de discapacidad. El análisis de los hábitos de vida en interacción con el estado de salud y la accidentalidad, a través de los datos recogidos en la Encuesta Nacional de Salud, 2003, pone de manifiesto su enorme incidencia sobre los perfiles de morbilidad y mortalidad de la sociedad española.

2.3.1. ACTIVIDAD FÍSICA Y DESCANSO

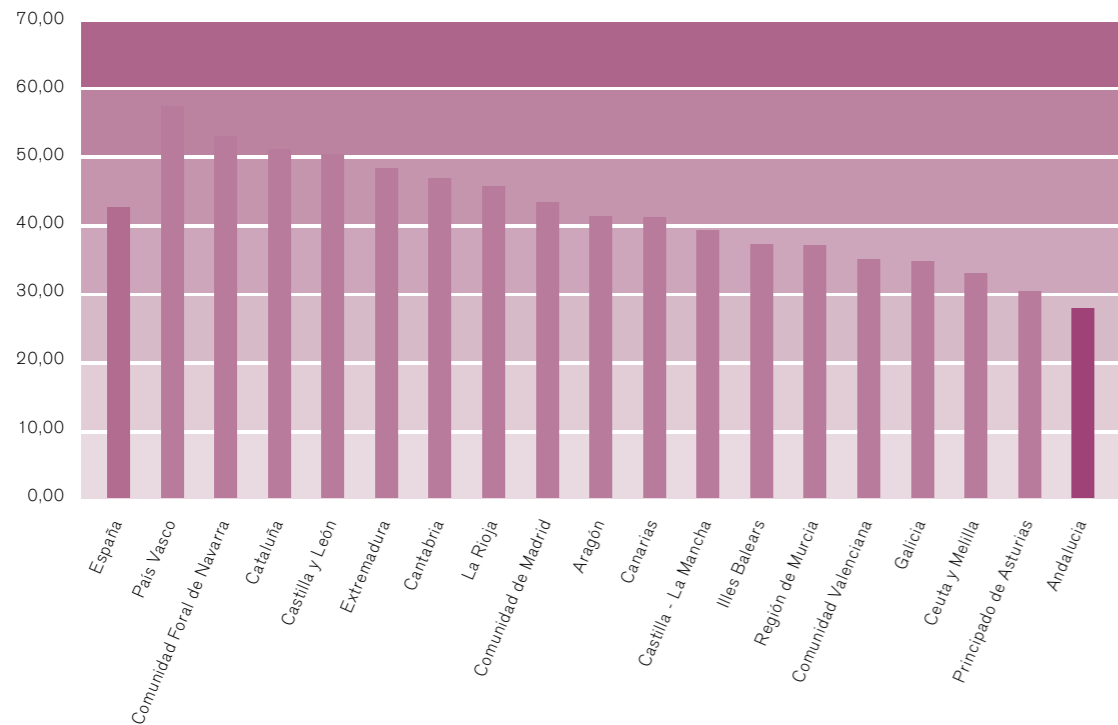
La evolución del mundo del trabajo y la extensión de las ocupaciones ligadas a tecnologías de la información han sido sin duda positivas para el desarrollo económico, pero traen consigo una importante secuela de sedentarismo cuyos efectos nocivos sobre la salud están ya demostrados. Es bien sabido que la falta de actividad es una de las primeras causas de la obesidad y las enfermedades cardiovasculares. Por ello, la concienciación de la población para la realización de ejercicio semanal es, por su contribución a la buena salud, un gran reto para los ciudadanos, los profesionales de la salud y las autoridades sanitarias.

UN TERCIO DE LA POBLACIÓN LABORAL (33,5%) PASA LA PRÁCTICA TOTALIDAD DEL TIEMPO DE TRABAJO SENTADO

LA FALTA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN TIEMPO LIBRE DE LOS ANDALUCES LOS SITÚA EN EL ÚLTIMO LUGAR DEL RANKING DE ACTIVIDAD

Los datos sobre actividad de la población española ponen de manifiesto que un tercio de la población laboral (33,5%) pasa la práctica totalidad del tiempo de trabajo sentado y bastante más de la mitad de la población española (57,2%) no realiza ninguna actividad física en su tiempo libre. Aunque los datos sobre el tipo de actividad laboral en **Andalucía** reflejan que su actividad en conjunto es algo menos sedentaria que la media española, la falta de actividad física en tiempo libre de los **andaluces** los sitúa en el último lugar del ranking de actividad.

GRÁFICO 18 Porcentajes de población que afirma realizar algún tipo de actividad física en tiempo libre, por CC.AA.



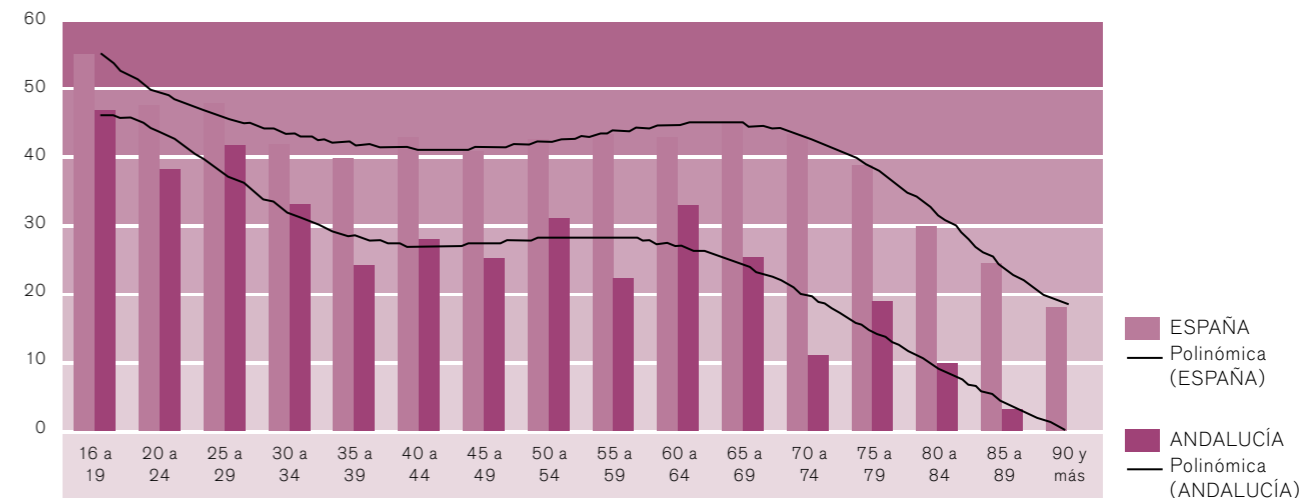
Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

Las Comunidades Autónomas menos activas físicamente son **Andalucía** y Asturias, donde la gran mayoría de la población no practica actividad física o deportiva en su tiempo libre y únicamente el 28% de los **andaluces** y el 30% de los asturianos muestran interés y/o capacidad para realizar ejercicio físico. Por el contrario, un ejemplo a seguir son las Comunidades Autónomas del País Vasco, Navarra y Cataluña, en las que son mayoría las personas que practican actividades físicas en su tiempo libre. La escasa actividad física de los **andaluces** es creciente; empieza siendo del orden del 80% en relación al conjunto nacional antes de los 30 años y cae por debajo del 50% pasada la edad de jubilación.

LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS MENOS ACTIVAS FÍSICAMENTE SON ANDALUCÍA Y ASTURIAS

La edad es un determinante básico para la realización de actividad física. A partir de los 70 años para los hombres, y de los 60 años para las mujeres, se reduce progresivamente la práctica de actividades físicas tanto en el trabajo, en quienes aún tienen actividad laboral, como fuera del mismo, debido probablemente a una peor salud, entendida no sólo en términos de morbilidad severa, sino también como consecuencia de la pérdida de flexibilidad, la reducción de masa muscular, mayor cansancio, etc.

GRÁFICO 19 Porcentajes de la población que afirma realizar algún tipo de actividad física, por grupos de edad.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

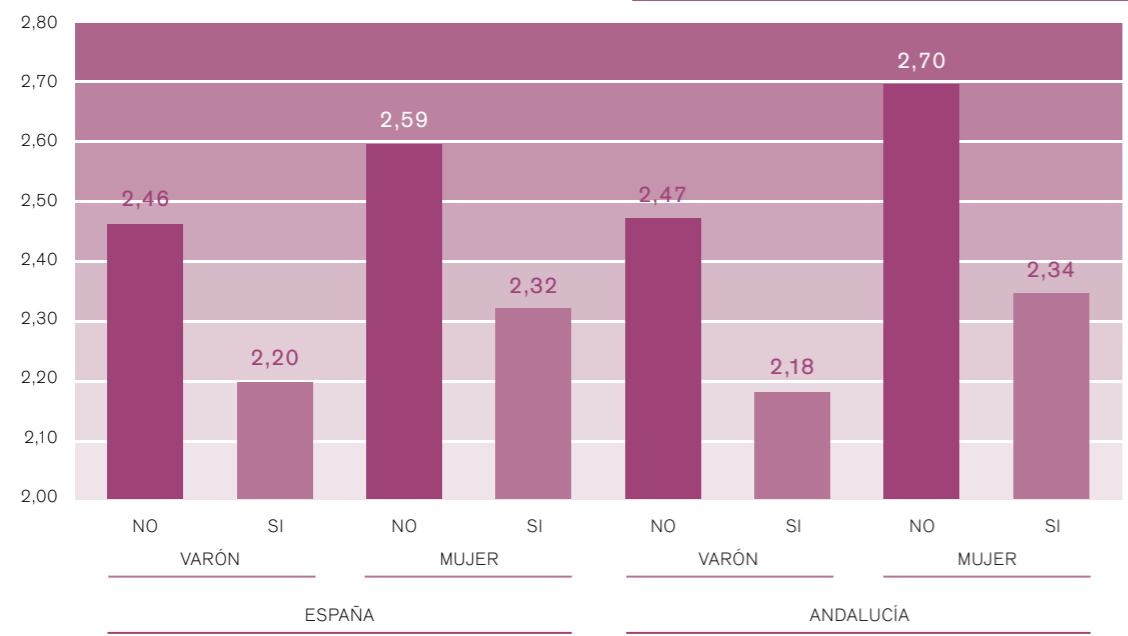
En todo el conjunto del país el hombre realiza más actividad física en tiempo libre que la mujer, pero las diferencias son aún mayores en **Andalucía**, en donde tres de cada cuatro mujeres (77,6%) no realizan ninguna actividad, mientras en los hombres esto ocurre en dos de cada tres (65,7%); en España estos porcentajes son del 60,4% y el 53,4% respectivamente. Entre las mujeres que desarrollan su actividad principal sentadas, la falta de actividad en tiempo libre alcanza al 83,8%.

TRES DE CADA CUATRO MUJERES (77,6%) NO REALIZAN NINGUNA ACTIVIDAD, MIENTRAS EN LOS HOMBRES ESTO OCURRE EN DOS DE CADA TRES (65,7%)

EL NIVEL DE SALUD AUTOVALORADA DE LAS MUJERES ANDALUZAS QUE NO REALIZAN ACTIVIDAD FÍSICA ES SENSIBLEMENTE PEOR QUE EL DEL RESTO DE LAS ESPAÑOLAS. POR EL CONTRARIO ENTRE LAS MUJERES QUE SI HACEN EJERCICIO EL NIVEL DE SALUD ES EL MISMO EN ANDALUCÍA Y EN EL CONJUNTO NACIONAL

Existe una correlación evidente entre la mejor salud y la actividad física; quienes tienen mejor salud pueden hacer más ejercicio físico y quienes lo hacen contribuyen a mejorar su salud. La valoración de la propia salud experimenta variaciones a medida que aumenta la edad y en función de realizar o no ejercicio físico. Los datos evidencian una menor relevancia de la actividad física para alcanzar buena salud entre las personas jóvenes que entre los mayores de 50 años. El ejercicio físico resulta mejor indicador de salud en las personas que sobrepasan el medio siglo de vida, que en los jóvenes. Sin embargo, la práctica de la actividad en la juventud incrementa la probabilidad de hacerlo en edades avanzadas. El nivel de salud autovalorada de las mujeres **andaluzas** que no realizan actividad física es sensiblemente peor que el del resto de las españolas. Por el contrario entre las mujeres que si hacen ejercicio el nivel de salud es el mismo en **Andalucía** y en el conjunto nacional.

GRÁFICO 20 Autovaloración de la salud, según se realiza o no actividad física, corregida por edad (mayor puntuación indica peor salud).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

La actividad desarrollada genera un determinado nivel de cansancio, que varía en función de las condiciones físicas personales y de la capacidad de recuperación de cada individuo. El descanso natural del cuerpo y la mente es el sueño. Las horas que una persona necesita dormir dependen de la edad, pero también de la actividad física y mental desarrollada durante el día. En general, a medida que las personas tienen más años necesitan dormir menos. El 95 % de los españoles duermen entre 5 y 10 horas y la media de sueño de todos ellos se sitúa en siete horas y media; 7 horas, 32 minutos en los varones y 7 horas, 17 minutos en las mujeres.

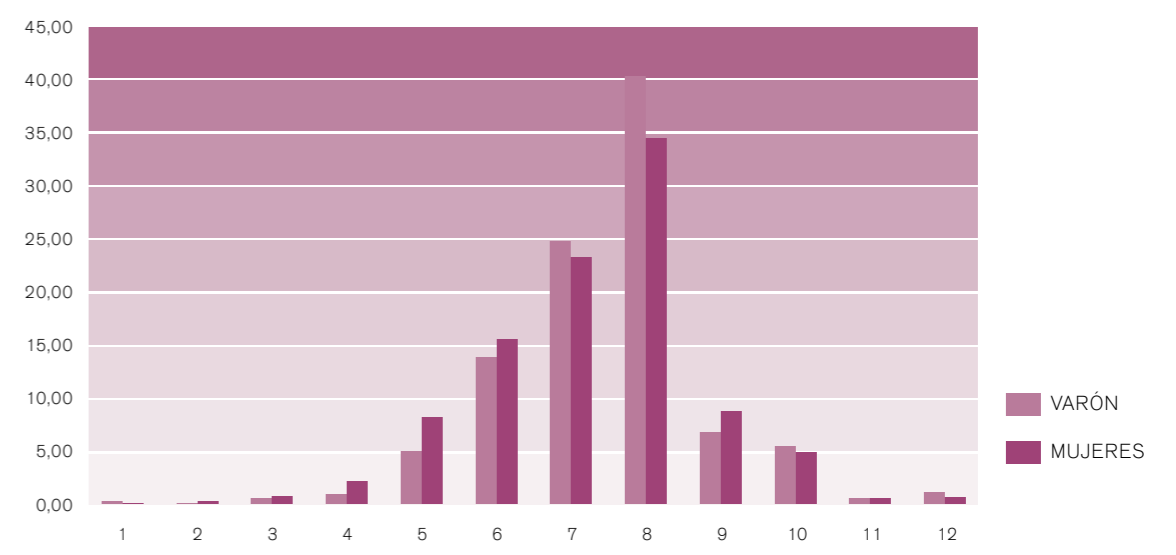
Las recomendaciones médicas indican que, para las personas adultas, son necesarias y suficientes 7-8 horas al día, aunque entre 5 y 10 horas pueden considerarse normal. La autovaloración media más positiva de la salud se da en las personas que duermen entre 7 y 9 horas, que representan el 68,5 % de la población española. Por encima y por debajo del citado intervalo (7 a 9 horas) las medias de autovaloración de la salud se deterioran progresivamente según nos alejamos del mismo.

TABLA 12 Realización de actividad física en tiempo libre según el nivel de actividad realizado en la actividad principal.

ANDALUCÍA ACTIVIDAD FÍSICA PRINCIPAL	VARÓN		MUJER	
	NO REALIZA	REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA O DEPORTIVA	NO REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA	REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA O DEPORTIVA
SENTADO LA MAYOR PARTE DE LA JORNADA	66,0%	34,0%	83,8%	16,2%
DE PIE LA MAYOR PARTE DE LA JORNADA SIN EFECTUAR GRANDES DES	65,1%	34,9%	75,1%	24,9%
CAMINANDO, LLEVANDO ALGÚN PESO, EFECTUANDO DESPLAZAMIENTOS F	66,3%	33,7%	75,6%	24,4%
REALIZANDO TAREAS QUE REQUIEREN GRAN ESFUERZO FÍSICO	67,1%	32,9%	72,7%	27,3%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

GRÁFICO 21 Distribución porcentual de la población andaluza por sexo, según el número de horas de sueño.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

Una cuarta parte de la población española duerme menos de las 7 horas y sólo un 7,3 % duerme más de 9 horas, por lo que podríamos afirmar que en conjunto existe un cierto déficit de sueño en una parte significativa de la población. En general, los hombres duermen algo más que las mujeres. En **Andalucía**, los varones duermen algo menos que la media española y las mujeres algo más, si bien las diferencias son muy pequeñas. La mitad de las **andaluzas** duermen menos de 8 horas, porcentaje que en los varones de la región es del 45%.

EN ANDALUCÍA, LOS VARONES DUERMEN ALGO MENOS QUE LA MEDIA ESPAÑOLA Y LAS MUJERES ALGO MÁS

TABLA 13 Horas de sueño diarias según sexo y nivel de actividad realizado en la actividad principal.

ACTIVIDAD PRINCIPAL DIARIA	ESPAÑA		ANDALUCÍA	
	VARÓN	MUJER	VARÓN	MUJER
SENTADO LA MAYOR PARTE DE LA JORNADA	7,63	7,42	7,5	7,35
DE PIE LA MAYOR PARTE DE LA JORNADA SIN EFECTUAR GRANDES DESPLAZAMIENTOS	7,52	7,23	7,52	7,33
CAMINANDO, LLEVANDO ALGÚN PESO, EFECTUANDO DESPLAZAMIENTOS	7,46	7,12	7,39	7,11
REALIZANDO TAREAS QUE REQUIEREN GRAN ESFUERZO FÍSICO	7,34	7,03	7,43	7,09
TODAS LAS ACTIVIDADES	7,53	7,28	7,49	7,32

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

2.3.2. ALIMENTACIÓN

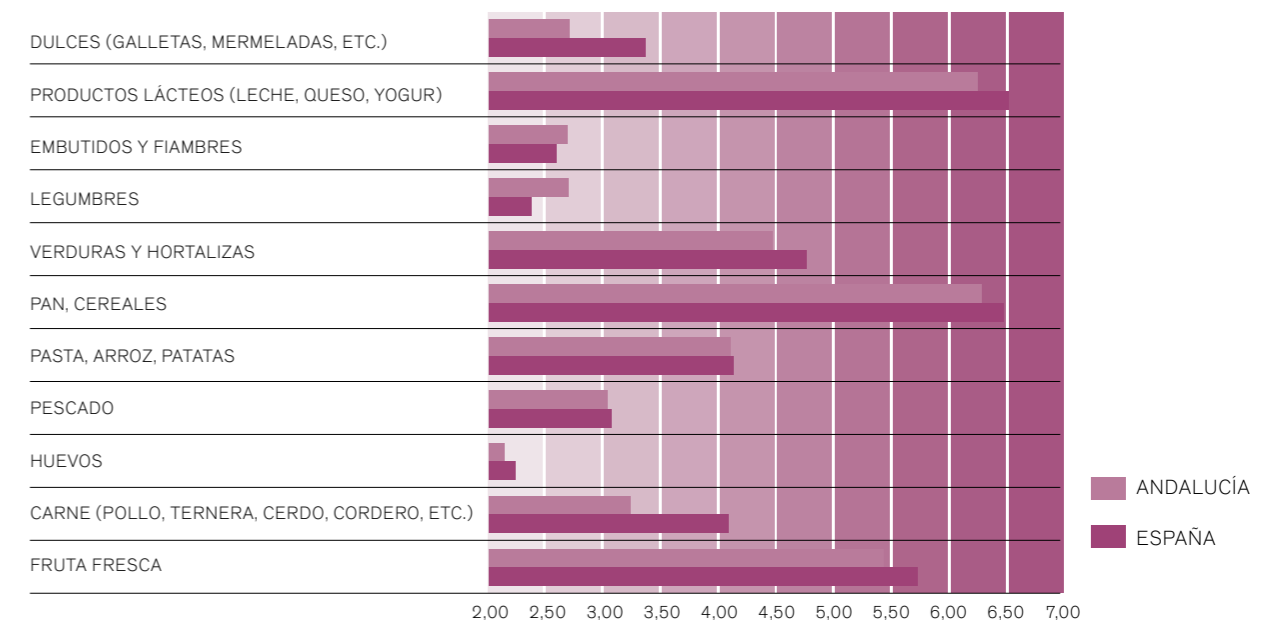
La correcta alimentación constituye uno de los vectores básicos de la vida sana. El consumo de los alimentos adecuados, en la cantidad, proporción y orden convenientes resulta ya un conocimiento obligado para mantener una dieta equilibrada. Asimismo, la ingestión incorrecta de los mismos, en cantidad, calidad, orden u ocasión puede resultar perjudicial para la salud o restar algunas de las ventajas que aporta una alimentación adecuada. El conocimiento aportado por la ciencia de la nutrición y la bromatología, apoyado por una información cada vez más detallada en el etiquetado y envasado de los productos proporcionan amplia información al alcance de los consumidores.

Aunque los patrones de alimentación en España son muy similares al estar vinculados con la cultura y los hábitos de vida, existen algunas diferencias dignas de resaltar. Quizá la primera de ellas es que en todos los grupos de alimentos los porcentajes de población que no consumen o lo hacen en pequeña medida son mayores que los correspondientes a la media del país, lo que *a priori* indica

que la alimentación de los **andaluces** es menos rica o variada. Así, por ejemplo, el porcentaje de los **andaluces** que consumen fruta fresca menos de una vez por semana es doble del resto de España (9,8% frente al 4,6%); Otro tanto ocurre con el consumo de hortalizas y verduras, notablemente inferior al del resto de España (el 11,2% de los **andaluces** lo consume menos de una vez por semana, frente al 6% en el resto del país).

EL PORCENTAJE DE LOS ANDALUCES QUE CONSUMEN FRUTA FRESCA MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA ES DOBLE DEL RESTO DE ESPAÑA (9,8% FRENTE AL 4,6%)

GRÁFICO 22 Frecuencia de consumo de alimentos en España y Andalucía por grupos de alimentos (7, a diario, 1,5, uno o dos días por semana, 0 sin consumo).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

EL CONSUMO ALIMENTARIO EN ANDALUCÍA ES SUPERIOR A LA MEDIA NACIONAL EN LOS GRUPOS DE LEGUMBRES Y EMBUTIDOS Y FIAMBRES

En cuanto al consumo de mayor frecuencia, es de destacar un menor consumo de carne en los **andaluces** (solo el 55,9% de los **andaluces** consume carne más de tres veces por semana, mientras que este porcentaje en España es del 71%). Por el contrario, el consumo alimentario en **Andalucía** es superior a la media nacional en los grupos de legumbres y embutidos y fiambres. En el primero de ellos, el porcentaje de consumidores diarios en **Andalucía** es doble del consumo medio en España y el de embutidos un 30% más elevado.

TABLA 14 Frecuencia de consumo de los diferentes grupos de alimentos en Andalucía y España.

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS:	ANDALUCÍA				
	A DIARIO	DE TRES A SEIS VECES A LA SEMANA	UNA O DOS VECES A LA SEMANA	MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA	NUNCA O CASI NUNCA
FRUTA FRESCA	69,58	9,33	7,33	5,69	8,08
CARNE (POLLO, TERNERA, CERDO, CORDERO, ETC.)	6,33	49,53	34,36	7,13	2,64
HUEVOS	2,09	25,24	50,07	17,21	5,39
PESCADO	4,49	46,68	37,91	7,53	3,39
PASTA, ARROZ, PATATAS	23,94	44,74	25,24	4,39	1,70
PAN, CEREALES	84,69	6,48	4,24	1,95	2,64
VERDURAS Y HORTALIZAS	40,10	30,02	18,65	6,88	4,34
LEGUMBRES	6,88	31,82	47,08	10,72	3,49
EMBUTIDOS Y FIAMBRES	19,00	19,20	23,54	21,85	16,41
PRODUCTOS LÁCTEOS (LECHE, QUESO, YOGUR)	83,94	6,73	4,29	2,14	2,89
DULCES (GALLETAS, MERMELADAS, ETC.)	24,74	13,37	18,30	19,60	23,99

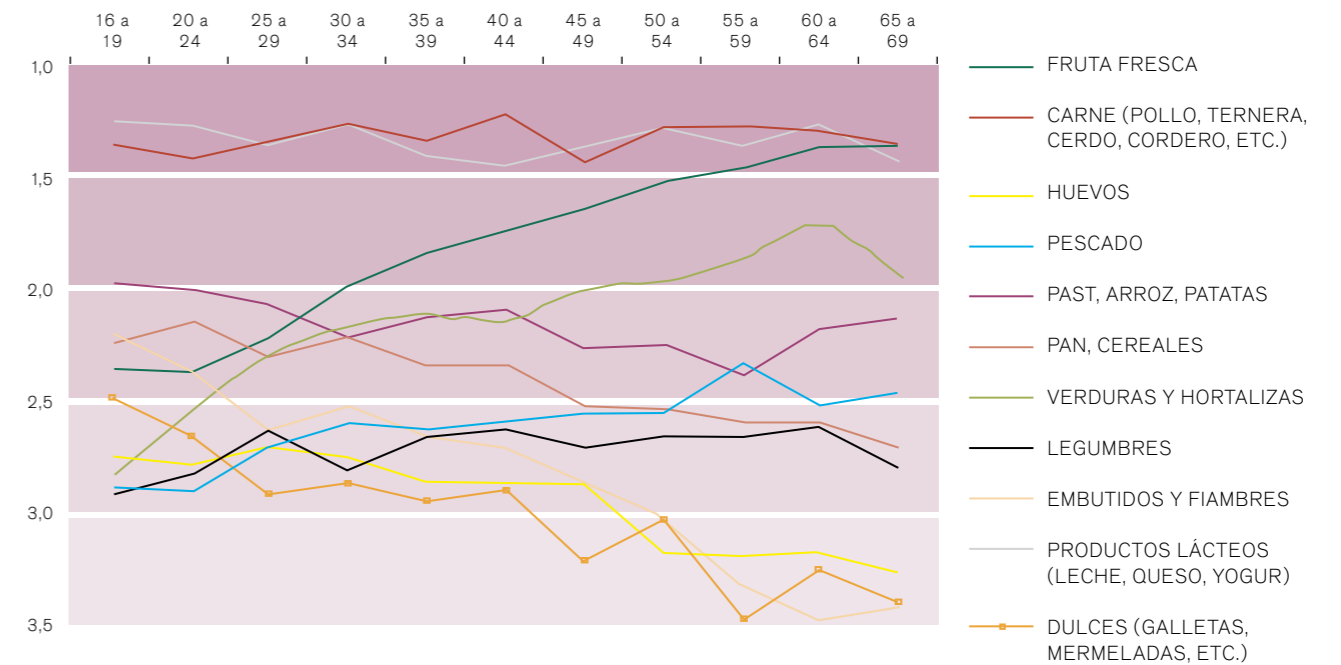
FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS:	ESPAÑA				
	A DIARIO	DE TRES A SEIS VECES A LA SEMANA	UNA O DOS VECES A LA SEMANA	MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA	NUNCA O CASI NUNCA
FRUTA FRESCA	73,23	10,34	7,94	3,72	4,77
CARNE (POLLO, TERNERA, CERDO, CORDERO, ETC.)	20,08	50,87	24,43	3,14	1,47
HUEVOS	2,63	25,13	56,34	12,47	3,43
PESCADO	6,70	43,08	40,85	6,73	2,63
PASTA, ARROZ, PATATAS	21,21	50,09	25,24	2,55	0,91
PAN, CEREALES	88,94	4,66	2,84	1,46	2,11
VERDURAS Y HORTALIZAS	42,72	32,34	18,95	3,65	2,34
LEGUMBRES	3,38	27,15	56,40	10,16	2,92
EMBUTIDOS Y FIAMBRES	15,52	21,69	28,03	19,17	15,60
PRODUCTOS LÁCTEOS (LECHE, QUESO, YOGUR)	89,76	4,41	2,57	1,22	2,04
DULCES (GALLETAS, MERMELADAS, ETC.)	34,59	12,76	18,84	16,44	17,37

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

Lógicamente, tanto la variedad como la frecuencia e intensidad de los consumos alimentarios se modifican con el paso de los años. Carne, embutidos, dulces y huevos son consumidos por los **andaluces** con menos frecuencia a medida que tienen más años. En sustitución parcial de estos alimentos, los **andaluces** van incrementando su frecuencia de consumo en fruta, verduras y hortalizas, pescados y legumbres.

CARNE, EMBUTIDOS, DULCES Y HUEVOS SON CONSUMIDOS POR LOS ANDALUCES CON MENOS FRECUENCIA A MEDIDA QUE TIENEN MÁS AÑOS. EN SUSTITUCIÓN DE ESTOS ALIMENTOS, LOS ANDALUCES VAN INCREMENTANDO SU CONSUMO EN FRUTA, VERDURAS Y HORTALIZAS, PESCADOS Y LEGUMBRES

GRÁFICO 23 Evolución del consumo de alimentos en Andalucía según la edad. (1 = diario, 2 = 3 o más días por semana, 3 = 1 o 2 días por semana, 4 = menos de un día por semana, 5 = nunca o casi nunca).



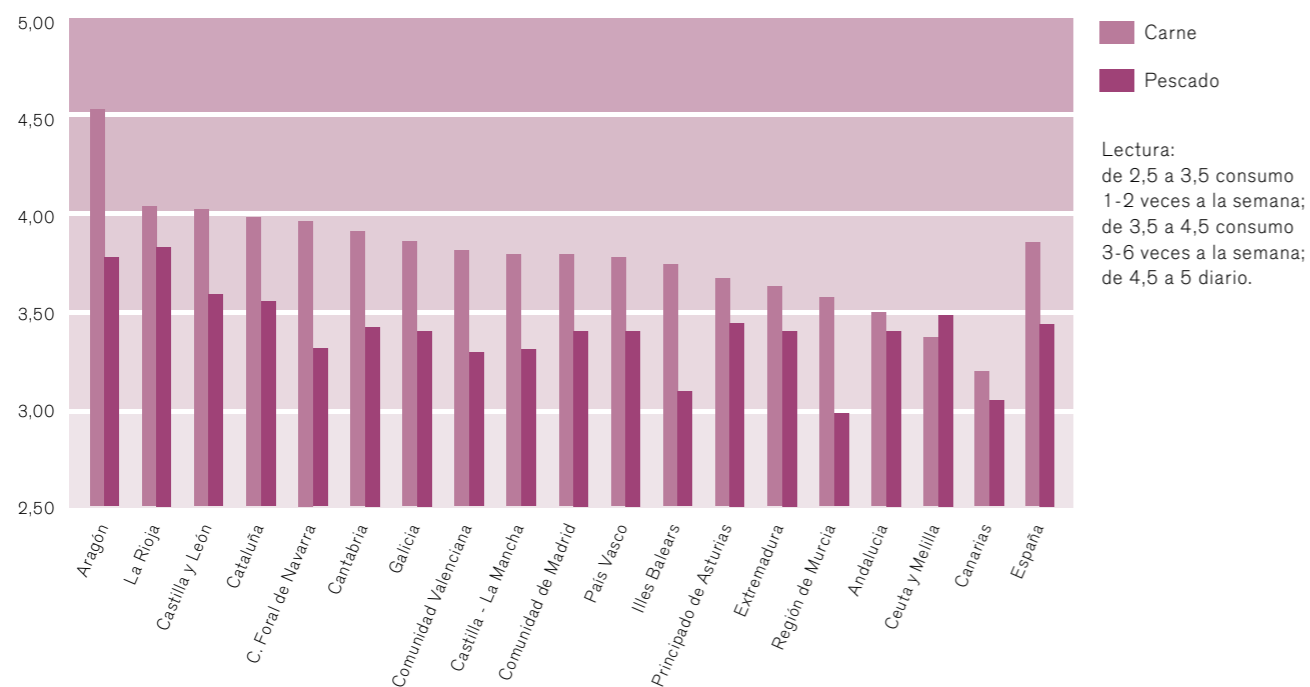
Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

En comparación con otras comunidades autónomas, hay que resaltar el consumo bastante equilibrado, aunque no elevado en ninguno de los dos casos, de carne y pescado en **Andalucía**, productos que pueden considerarse tradicionalmente alternativos. No puede decirse lo mismo de la fruta y las verduras, alimentos altamente recomendados y cuyo consumo en la región es relativamente bajo.

No obstante, al interpretar los gráficos, hay que señalar que la ENS no contempla las cantidades consumidas de los alimentos, ni tampoco el momento del día en el que se ingieren (almuerzo o cena), sino solo la frecuencia con que se consumen. Estos aspectos guardan estrecha relación con la mayor o menor conveniencia de un alimento para la salud. Aunque los datos que proporciona la ENS son insuficientes para establecer relaciones de causalidad entre los consumos de alimentos y el mejor o peor estado de salud, si que sirven como indicadores, para orientar sobre los hábitos saludables o perniciosos de la población.

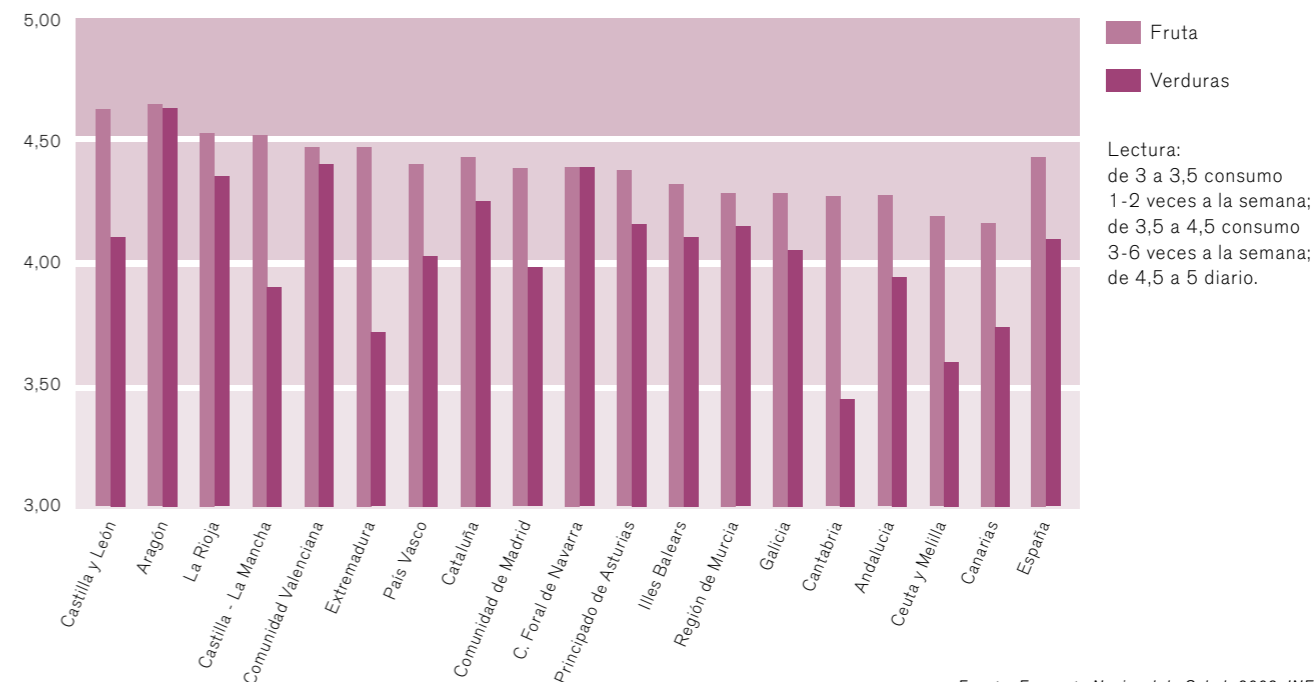
HAY QUE RESALTAR EL CONSUMO BASTANTE EQUILIBRADO, AUNQUE NO ELEVADO EN NINGUNO DE LOS DOS CASOS, DE CARNE Y PESCADO EN ANDALUCÍA

GRÁFICO 24 Porcentajes de población en función de la frecuencia de consumo de carne y pescado, por CC.AA.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

GRÁFICO 25 Porcentajes de población en función de la frecuencia de consumo de fruta y verdura, por CC.AA.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

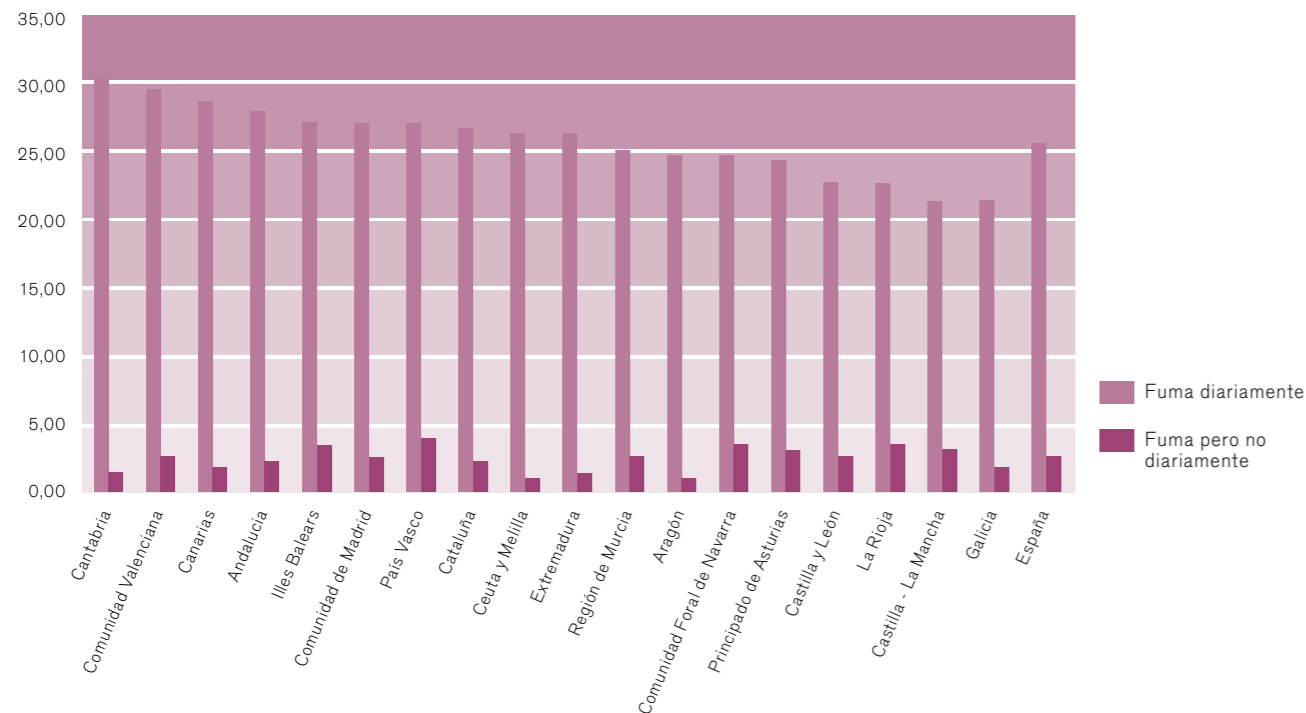
2.3.3. CONSUMO DE TABACO

En el año 2003 algo más de la cuarta parte de la población (25,7%) tenía el hábito de fumar diariamente. El total de fumadores se completa con los fumadores eventuales, la décima parte de los diarios (2,56%), que unidos a los anteriores suman el 28,2% de la población española. Podría haber sido un dato relativamente positivo dado que en la ENS de 1997 la tasa de fumadores diarios para ambos sexos se encontraba en el 33%. Sin embargo el avance de resultados de 2006 coloca el porcentaje de fumadores diarios en una cifra intermedia del 27%, que de confirmarse supondría un paso atrás en la lucha contra el estigma sanitario del consumo de tabaco.

Andalucía no ofrece mejores resultados en el consumo de tabaco que la media nacional. La tasa de fumadores en **Andalucía** se sitúa en 2003 en el 30,7%, de los que el 92% son fumadores diarios. Estos datos la sitúan como la cuarta región en tasa de fumadores diarios y la tercera en fumadores en general. La tasa de fumadores diarios de los varones **andaluces** (37,05%) es algo más elevada que la media nacional (33,3%) y alcanza entre los 35 y 45 años a más de la mitad de la población **andaluza** masculina.

LA TASA DE FUMADORES EN ANDALUCÍA SE SITÚA EN 2003 EN EL 30,7%, DE LOS QUE EL 92% SON FUMADORES DIARIOS. ESTOS DATOS LA SITÚAN COMO LA CUARTA REGIÓN EN TASA DE FUMADORES DIARIOS Y LA TERCERA EN FUMADORES EN GENERAL

GRÁFICO 26 Porcentajes de población según hábito de fumar, por CC.AA.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

TABLA 15 Tasas de población fumadora en Andalucía y España.

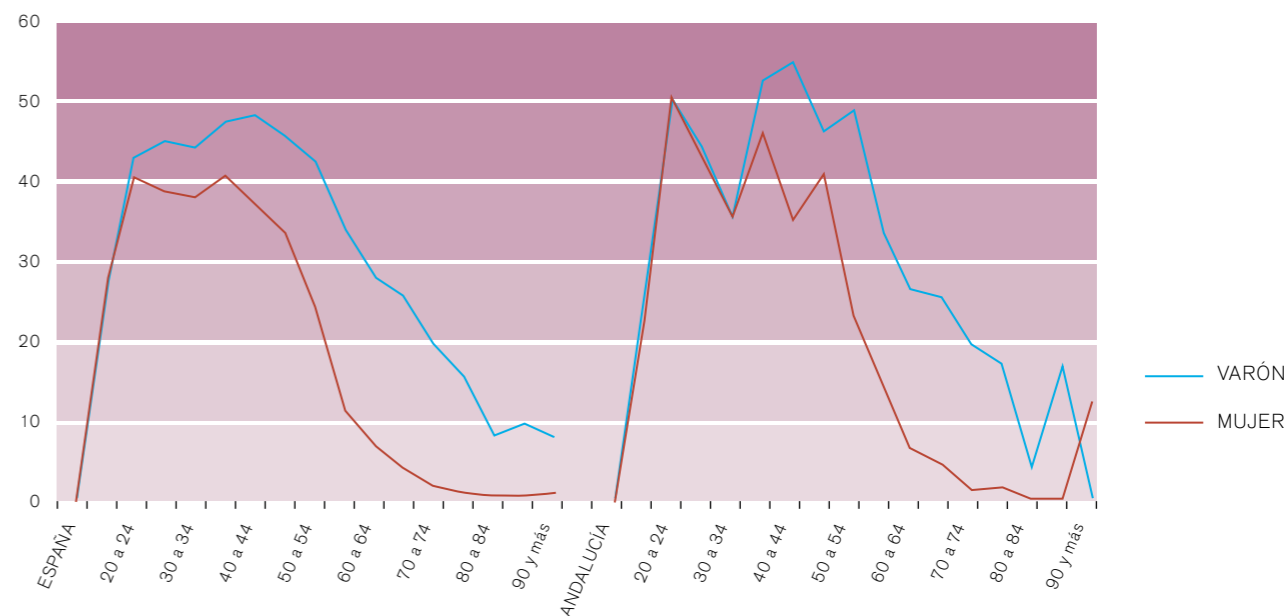
		ESPAÑA	ANDALUCÍA
VARÓN	SÍ, FUMA DIARIAMENTE	33,33	37,05
	SÍ FUMA, PERO NO DIARIAMENTE	3,31	2,54
	TASA DE FUMADORES	36,64	39,58
MUJER	SÍ, FUMA DIARIAMENTE	19,24	21,13
	SÍ FUMA, PERO NO DIARIAMENTE	1,94	2,28
	TASA DE FUMADORES	21,18	23,41
AMBOS SEXOS	SÍ, FUMA DIARIAMENTE	25,67	28,33
	SÍ FUMA, PERO NO DIARIAMENTE	2,56	2,39
	TASA DE FUMADORES	28,23	30,72

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

También la tasa de fumadoras es más elevada que la media del país (21,1% frente a 19,2%). Las mujeres, en general, alcanzan el cenit de consumo antes que los varones; en **Andalucía** las fumadoras superan también la mitad de la población femenina en el grupo de edad de 20 a 24 años, si bien la tasa de consumo desciende muy rápidamente a partir de los 45-50 años al encontrarnos ya con una población donde la inmensa mayoría (el 90%) no ha fumado nunca.

EN ANDALUCÍA LAS FUMADORAS SUPERAN TAMBIÉN LA MITAD DE LA POBLACIÓN FEMENINA EN EL GRUPO DE EDAD DE 20 A 24 AÑOS

GRÁFICO 27 Tasas de fumadores por grupos de edad y sexo, España y Andalucía.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

TABLA 16 Tasas de población fumadora en Andalucía por grupos de edad.

EDAD	VARÓN				MUJER				AMBOS SEXOS			
	SÍ, FUMA A DIARIO	SÍ FUMA, PERO NO A DIARIO	TASA DE FUMADORES	NUNCA HA FUMADO	SÍ, FUMA A DIARIO	SÍ FUMA, PERO NO A DIARIO	TASA DE FUMADORES	NUNCA HA FUMADO	SÍ, FUMA A DIARIO	SÍ FUMA, PERO NO A DIARIO	TASA DE FUMADORES	NUNCA HA FUMADO
16 a 19	24,53	1,89	26,42	69,81	22,73	0,00	22,73	75,00	23,71	1,03	24,74	72,16
20 a 24	47,62	3,17	50,79	49,21	47,54	3,28	50,82	49,18	47,58	3,23	50,81	49,19
25 a 29	39,34	4,92	44,26	47,54	38,46	5,13	43,59	50,00	38,85	5,04	43,88	48,92
30 a 34	33,33	2,15	35,48	52,69	35,48	0,00	35,48	51,61	34,41	1,08	35,48	52,15
35 a 39	49,59	3,25	52,85	30,89	43,27	2,88	46,15	32,69	46,70	3,08	49,78	31,72
40 a 44	52,63	2,63	55,26	28,07	30,12	4,82	34,94	46,99	43,15	3,55	46,70	36,04
45 a 49	42,50	3,75	46,25	31,25	36,36	4,55	40,91	47,73	39,29	4,17	43,45	39,88
50 a 54	49,06	0,00	49,06	20,75	21,31	1,64	22,95	70,49	34,21	0,88	35,09	47,37
55 a 59	28,79	4,55	33,33	34,85	9,46	4,05	13,51	81,08	18,57	4,29	22,86	59,29
60 a 64	23,68	2,63	26,32	28,95	2,47	3,70	6,17	92,59	9,24	3,36	12,61	72,27
65 a 69	25,49	0,00	25,49	27,45	4,49	0,00	4,49	91,01	12,14	0,00	12,14	67,86
70 a 74	17,65	1,96	19,61	33,33	0,99	0,00	0,99	97,03	6,58	0,66	7,24	75,66
75 a 79	17,24	0,00	17,24	17,24	0,00	1,56	1,56	95,31	5,38	1,08	6,45	70,97
80 a 84	4,00	0,00	4,00	24,00	0,00	0,00	0,00	100,00	1,41	0,00	1,41	73,24
85 a 89	16,67	0,00	16,67	33,33	0,00	0,00	0,00	100,00	3,45	0,00	3,45	86,21
90 y más	0,00	0,00	0,00	0,00	12,50	0,00	12,50	87,50	11,11	0,00	11,11	77,78

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

El hábito de fumar hace de los fumadores un grupo de riesgo no sólo en enfermedades broncopulmonares directamente relacionadas con el consumo del tabaco, sino también frente a otro tipo de enfermedades. No obstante, los fumadores habituales (nueve de cada diez lo son) son muy renuentes a dejar este hábito y sólo lo hacen cuando empiezan a experimentar algún síntoma o deterioro de la salud. Esto hace que muchas dolencias se encuentren estadísticamente asociadas con los exfumadores en mayor medida que con los fumadores. Además muchos fumadores sobrevaloran su salud para reducir la disonancia que les produce seguir fumando, siendo así a menudo “cómplices” y/o “encubridores” de los efectos negativos del tabaco.

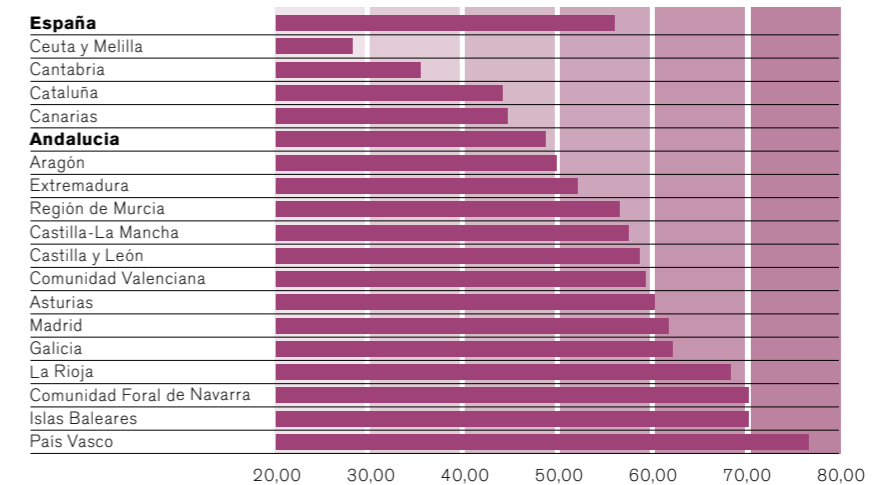
2.3.4. CONSUMO DE ALCOHOL

Aunque en pequeñas dosis algunas bebidas alcohólicas como el vino pueden tener ciertos efectos beneficiosos para la salud³, en general, el consumo de alcohol se encuentra asociado a peor salud. Incluso en situaciones que no generan adicción o dependencia del alcohol los excesos de consumo pueden resultar perjudiciales. El alcohol causa entre el 10 y el 15% de las urgencias, el 4% de los ingresos hospitalarios, entre el 30 y el 50% de los accidentes mortales de tráfico y entre el 15 y el 25% de los accidentes graves de tráfico⁴.

A nivel nacional, más de la mitad de la población (55,8%) reconoce haber consumido algún tipo de alcohol durante los últimos doce meses. La tasa de consumidores es claramente mayoritaria entre los varones (70,2%) frente a las mujeres (43,7%). Estos datos no tienen porqué ser preocupantes a priori, teniendo en cuenta el amplio margen de respuestas y de consumo que caben en dicha pregunta. A diferencia del consumo de tabaco, donde el 90% de los fumadores son diarios, en el alcohol nos encontramos con numerosas combinaciones entre frecuencia, cantidad y tipo de bebida consumidas.

Los datos de avance de 2006 señalan que el 82,3% de los varones y el 59,3% de las mujeres han consumido algún tipo de bebida alcohólica en los últimos 12 meses. Por tanto, y al igual que ya hemos visto con el tabaco, el consumo de alcohol es también creciente, si bien, a falta de información mas amplia de la ENS'2006, y a tenor de las enormes diferencias que en intensidad y frecuencia de consumo pueden darse, mas bien debemos afirmar que la tasa de abstemios (que no bebieron bebida alcohólica alguna en el ultimo año) disminuyó notablemente entre 2003 y 2006.

GRÁFICO 28 Tasas de consumidores de alcohol en el último año, por CC.AA (2003).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

3. Diversos estudios parecen haber demostrado de forma concluyente el efecto positivo del vino tinto en la reducción de las enfermedades cardíacas, la obesidad y otros tipos de morbilidad. Sin embargo, no existe acuerdo sobre las cantidades recomendables y sobre la importancia relativa en este efecto de las diversas sustancias contenidas en el vino (tanino, flavinoides, ácido salicílico, alcohol...).

4. Datos del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Los datos de 2003 señalan que **Andalucía** tiene una tasa de bebedores relativamente baja, cuando menos sensiblemente mas reducida que la media nacional. La tasa de bebedores de las mujeres **andaluzas** es en todos los grupos de edad claramente inferior a la media nacional. La de los varones **andaluces**, aunque también lo es debido al peso específico de los grupos de mayor edad (mas de 55 años), ya que en los tramos mas jóvenes existen muy pocas diferencias, e incluso es superior la tasa de los **andaluces** en algunos grupos de edad. La edad de inicio en la bebida de los **andaluces** se sitúa por encima los 18 años, muy cerca de la media del conjunto de España.

LA TASA DE BEBEDORES DE LAS MUJERES ANDALUZAS ES EN TODOS LOS GRUPOS DE EDAD CLARAMENTE INFERIOR A LA MEDIA NACIONAL. LA DE LOS VARONES ANDALUCES, AUNQUE TAMBIÉN LOS ES DEBIDO AL PESO ESPECÍFICO DE LOS GRUPOS DE MAYOR EDAD

TABLA 17 Tasas de consumidores de alcohol en Andalucía en los últimos doce meses, por sexo y grupo de edad (2003).

	ESPAÑA			ANDALUCÍA		
	VARÓN	MUJER	Ambos sexos	VARÓN	MUJER	Ambos sexos
16 a 19	46,36	41,89	44,20	33,96	25,00	29,90
20 a 24	68,55	52,18	60,37	60,32	44,26	52,42
25 a 29	70,62	56,44	63,12	70,49	48,72	58,27
30 a 34	72,00	54,14	62,89	66,67	45,16	55,91
35 a 39	74,79	53,78	64,25	76,42	40,38	59,91
40 a 44	77,37	55,05	66,84	74,56	46,99	62,94
45 a 49	77,11	54,67	65,94	78,75	50,00	63,69
50 a 54	72,93	53,09	62,63	71,70	47,54	58,77
55 a 59	75,25	44,02	57,66	63,64	33,78	47,86
60 a 64	74,12	39,24	54,48	71,05	29,63	42,86
65 a 69	68,23	35,23	49,19	58,82	24,72	37,14
70 a 74	65,51	29,95	43,12	56,86	15,84	29,61
75 a 79	59,74	26,27	39,11	48,28	12,50	23,66
80 a 84	57,75	21,31	33,26	52,00	10,87	25,35
85 a 89	55,20	20,37	31,39	33,33	8,70	13,79
90 y más	45,10	21,14	28,16	0,00	0,00	0,00
Todas las edades	70,21	43,68	55,78	65,93	34,06	48,48

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

TABLA 18 Edad media de inicio en el consumo de alcohol en Andalucía, España y las CCAA con inicio más temprano y mas tardío (2003).

	Edad media
ARAGÓN	17,41
ESPAÑA	18,58
ANDALUCÍA	18,60
GALICIA	19,85

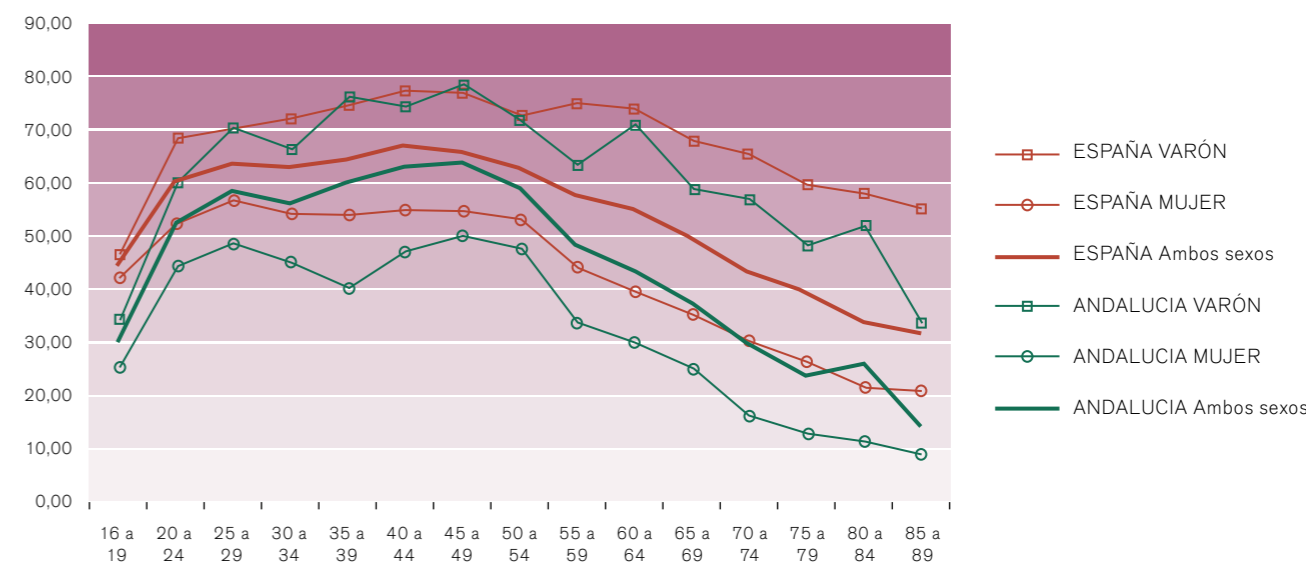
Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

En conjunto y por la intensidad o cantidad de alcohol consumida por los bebedores, la población **andaluza** puede considerarse moderada en su consumo medido en gramos, situándose claramente por debajo de la media nacional. Al igual que sucede en el conjunto del país y en otras muchas regiones, el consumo de alcohol es mucho mas elevado en los hombres que en las mujeres, tanto en frecuencia como en intensidad. Los hombres **andaluces** que beben en fin de semana consumen más del doble de la cantidad de alcohol que las mujeres. Esta diferencia es también muy marcada en el consumo diario realizado a lo largo de los días laborables de la semana.

LOS HOMBRES ANDALUCES QUE BEBEN EN FIN DE SEMANA CONSUMEN MÁS DEL DOBLE DE LA CANTIDAD DE ALCOHOL QUE LAS MUJERES

LA POBLACIÓN ANDALUZA PUEDE CONSIDERARSE MODERADA EN SU CONSUMO MEDIDO EN GRAMOS, SITUÁNDOSE CLARAMENTE POR DEBAJO DE LA MEDIA NACIONAL

GRÁFICO 29 Tasas de consumidores de alcohol en Andalucía en los últimos doce meses, por sexo y grupo de edad (2003).



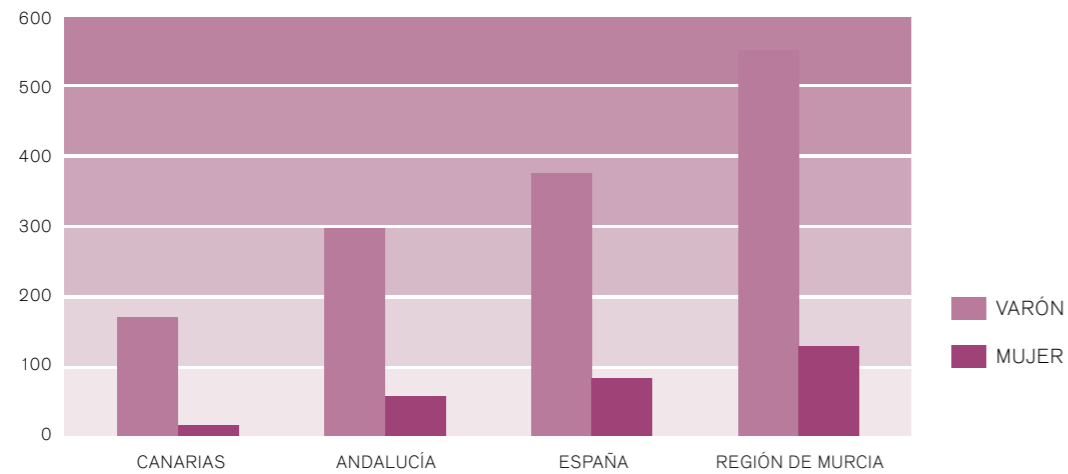
Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

TABLA 19 Cantidad media de gramos de alcohol ingeridos al mes por la población bebedora en fin de semana y entre semana, por sexo, en Andalucía, España.

TOTAL GRAMOS ALCOHOL INGERIDOS AL MES	ESPAÑA		ANDALUCÍA	
	VARÓN	MUJER	VARÓN	MUJER
EN FIN DE SEMANA	314,5	129,6	263,3	112,6
ENTRE SEMANA	212,4	85,3	197,2	73,9

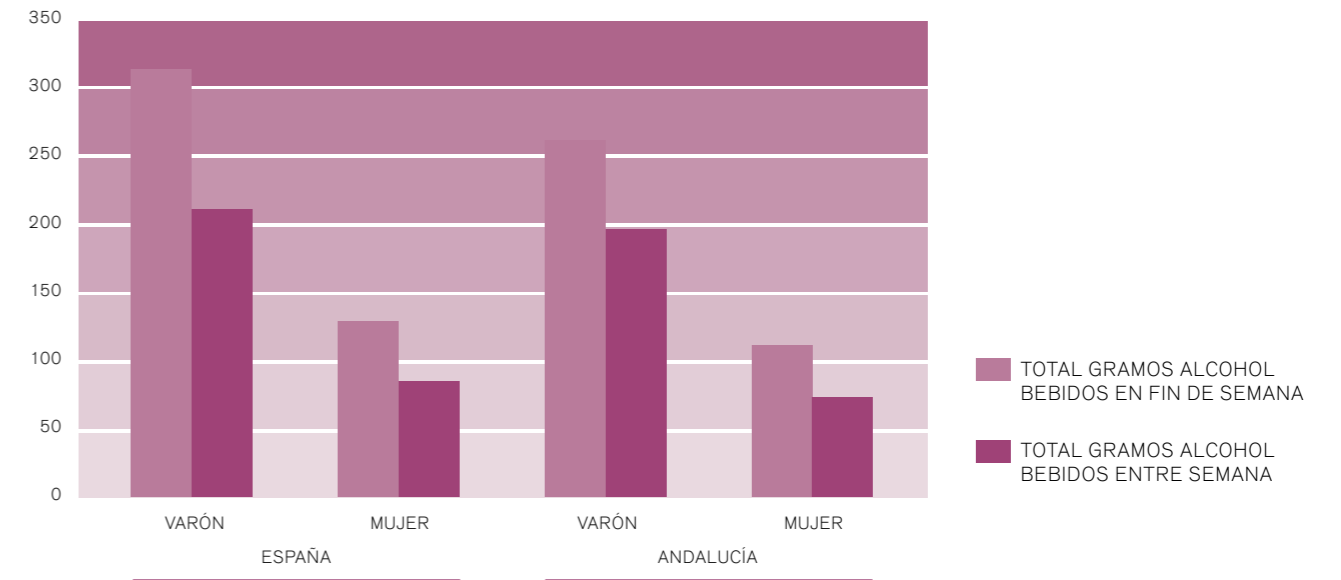
Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

GRÁFICO 30 Consumo de alcohol por sexo, en Andalucía, España y CCAA con menor y mayor cantidad media de consumo en gramos/mes.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

GRÁFICO 31 Consumo medio de alcohol en gramos/mes por sexo, entre semana y en fin de semana, en Andalucía y España.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

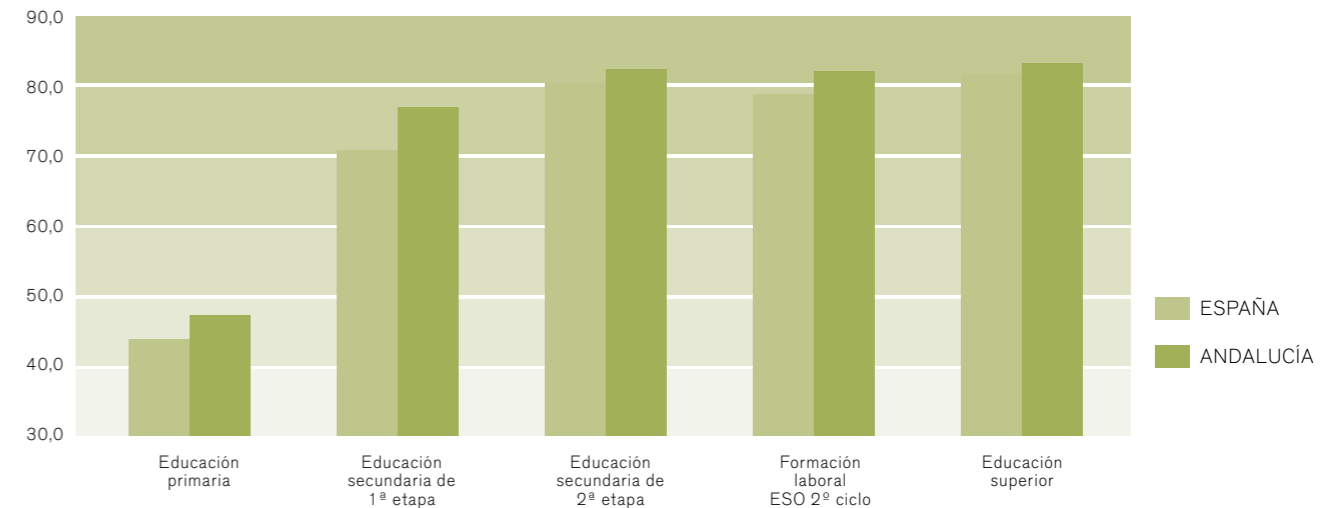
3. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE LOS ANDALUCES

3.1. EDUCACIÓN Y FORMACIÓN

El nivel de educación de los padres es uno de los primeros determinantes de la salud de los hijos. Muchos estudios han demostrado que la educación de los progenitores guarda estrecha relación con el nivel educacional de sus hijos y que la educación de la madre suele ser más influyente para la salud de los hijos que la del padre, determinando su salud reproductiva y perinatal, y condicionando la salud de los hijos desde su propia gestación. Este hecho es enormemente visible en las tasas de mortalidad infantil de los países menos desarrollados, pero la repercusión de la educación sobre la salud es también patente en la morbilidad de los países desarrollados en todas las edades.

GRÁFICO 32

Porcentaje de población que dice disfrutar de buena o muy buena salud en España y Andalucía según su nivel educativo.



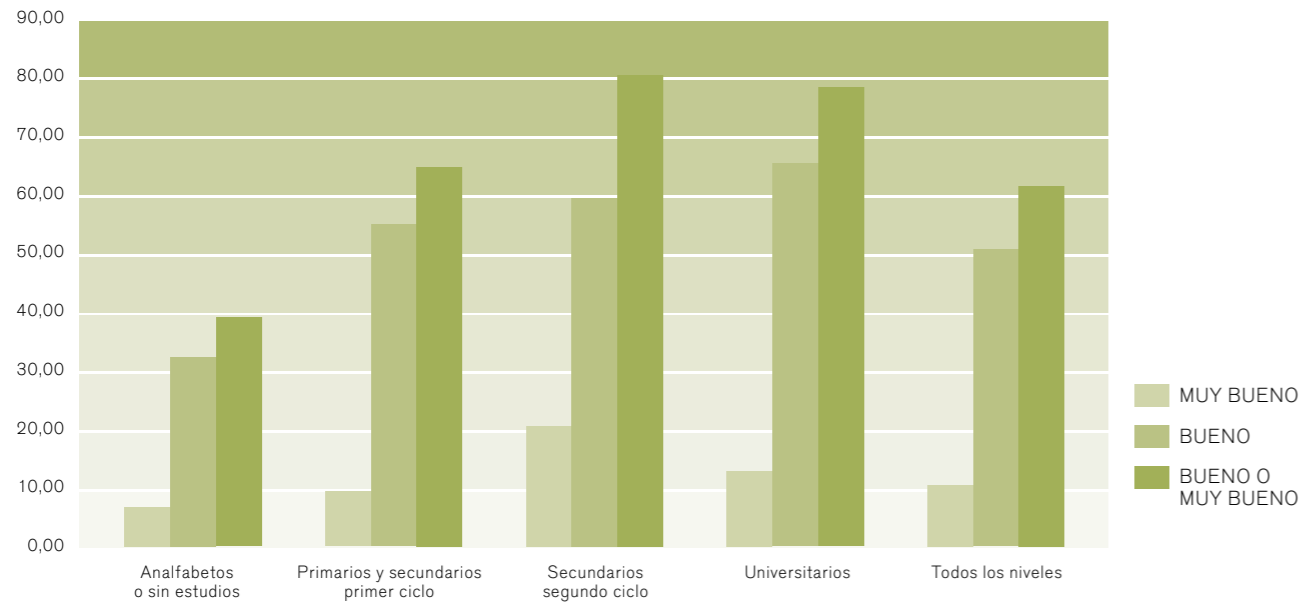
Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2005. INE

Aunque la vinculación entre el menor nivel de formación y la peor salud es identificable en todos los segmentos de edad y también de educación, es más fuerte en los escalones más bajos de esta última, siendo relativamente reducida la influencia en la salud de los niveles superiores de formación. Ello pone de relieve la importancia de la información y la formación básicas como instrumentos de prevención y mejora de la salud de los individuos, así como la necesidad de concentrar los mayores esfuerzos en los niveles inferiores de educación general y sanitaria.

Tanto los datos de la Encuesta Nacional de Salud como los de la Encuesta de Condiciones de Vida ponen de relieve que en España el propio nivel educativo y el del contexto del hogar en que se vive están estrechamente correlacionados con el grado de salud autopercebida. Tanto en **Andalucía** como en el conjunto de España, es el nivel de estudios secundarios de segundo ciclo el que alcanza una cota con mayor tasa de población con buena o muy buena salud. Las mejoras en salud por encima de dicho tramo educativo son perceptibles pero poco significativas, además de encontrarse fuertemente asociadas con los mejores niveles de renta.

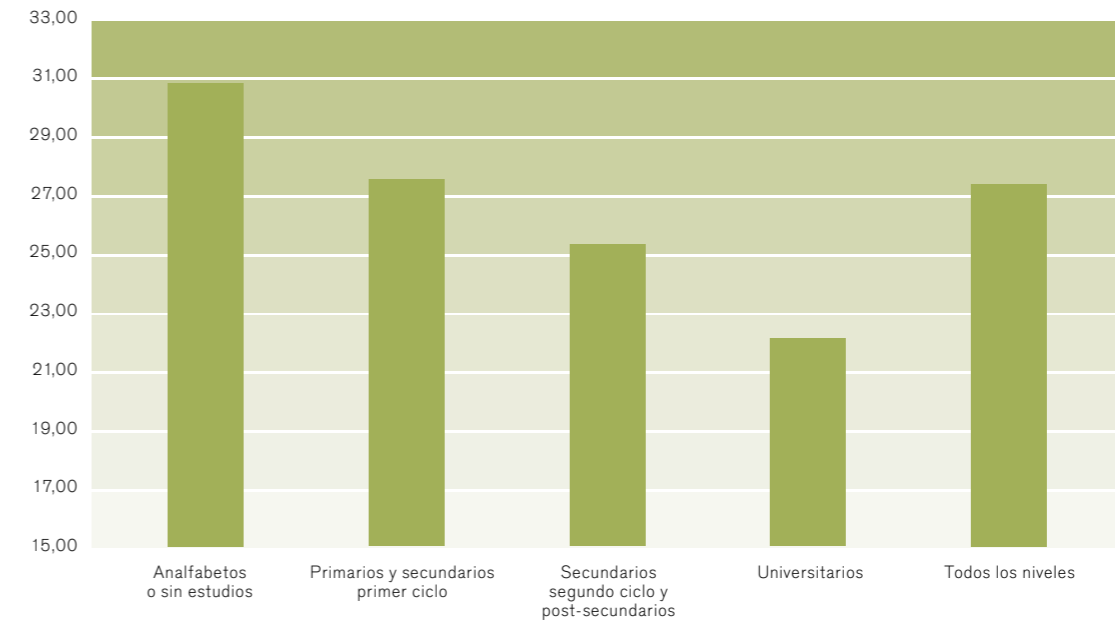
TANTO EN ANDALUCÍA COMO EN EL CONJUNTO DE ESPAÑA, ES EL NIVEL DE ESTUDIOS SECUNDARIOS DE SEGUNDO CICLO EL QUE ALCANZA UNA COTA CON MAYOR TASA DE POBLACIÓN CON BUENA O MUY BUENA SALUD. LAS MEJORAS EN SALUD POR ENCIMA DE DICHO TRAMO EDUCATIVO SON PERCEPTIBLES PERO POCO SIGNIFICATIVAS

GRÁFICO 33 Porcentaje de población que dice disfrutar de buena o muy buena salud en Andalucía según nivel educativo del sustentador del hogar.



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2005. INE

GRÁFICO 34 Porcentaje de personas con alguna dolencia en los últimos diez días, por nivel de estudios del sustentador principal del hogar (corregida por edad). España.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

Según los datos de la propia ENS, algo más de la mitad de la población **andaluza** se encuentra por debajo del nivel de estudios secundarios de 2º ciclo, si bien hay que señalar que en casi todos los niveles de formación la salud autopercebida de los **andaluces** es algo mejor que la del conjunto de la población española. La asociación entre educación y salud se hace patente no solo en la percepción subjetiva de la misma, sino también en la morbilidad declarada de las personas. Con datos de todo el país puede estimarse que cada año de formación esta asociado con una reducción de 0,5% en la tasa de población que ha tenido alguna dolencia reciente, constituyendo así la educación un excelente indicador de salud.

EN CASI TODOS LOS NIVELES DE FORMACIÓN LA SALUD AUTOPERCIBIDA DE LOS ANDALUCES ES ALGO MEJOR QUE LA DEL CONJUNTO DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

TABLA 20 Distribución porcentual por estudios de la población española y andaluza (2005).

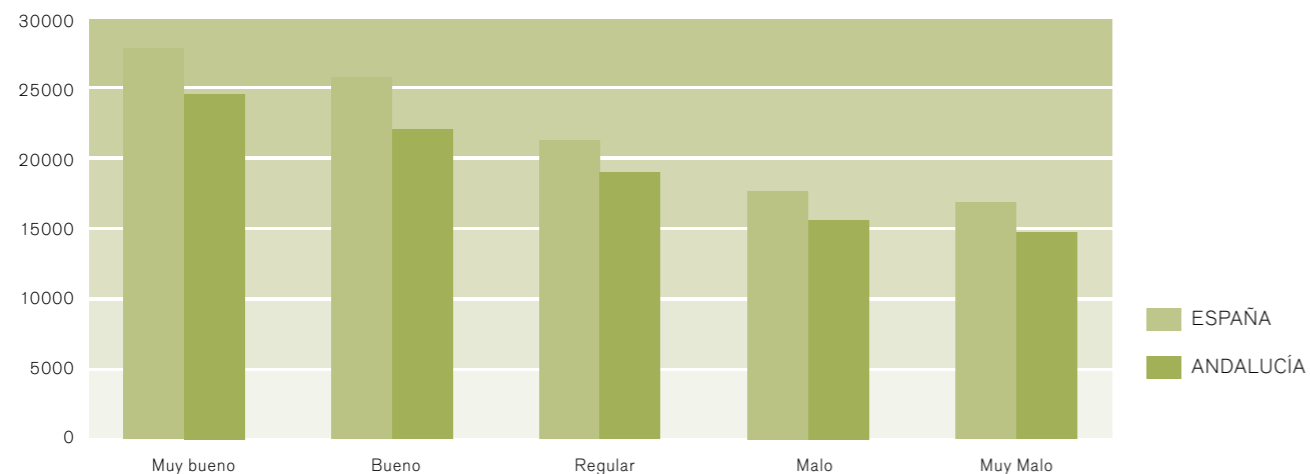
	ESPAÑA			ANDALUCÍA		
	VARÓN	MUJER	Ambos sexos	VARÓN	MUJER	Ambos sexos
Educación primaria	33,97	38,90	36,52	36,86	42,24	39,64
Educación secundaria de 1ª etapa	23,07	20,20	21,59	24,87	21,54	23,14
Educación secundaria de 2ª etapa	20,21	18,92	19,54	18,37	17,67	18,01
Formación laboral, con título ESO 2º ciclo	1,55	1,18	1,36	2,07	1,21	1,63
Educación superior	21,20	20,80	20,99	17,84	17,34	17,58

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2005. INE

3.2. RENTA PROPIA E INGRESOS DEL HOGAR

A pesar de estar bien demostrada la efectividad de una cobertura pública completa de servicios básicos sanitarios, minimizando barreras financieras y otras dificultades de acceso para fomentar un uso igualitario de los servicios de salud, en muchos países – España entre ellos - todavía existen desigualdades importantes perceptibles en materia de salud. Factores relacionados con la atención preventiva, la nutrición, la salud medioambiental y laboral, y un entorno con mejores condiciones de vida determinan diferencias importantes de salud en los individuos. No hay que olvidar que la atención sanitaria tiene una eficacia muy limitada si no se actúa también sobre otros factores más relacionados con la prevención de la enfermedad y frecuentemente ajenos al ámbito propio del sistema sanitario.

GRÁFICO 35 Ingresos medios del hogar según su autovaloración de la salud. España y Andalucía.



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2005. INE

LA RENTA MEDIA DE QUIENES GOZAN DE MUY BUENA SALUD SE SITÚA EN ANDALUCÍA EN UN 67% POR ENCIMA DE LOS QUE TIENEN MUY MALA SALUD Y UN 62% SOBRE LOS QUE TIENEN MALA SALUD

La vinculación entre renta y salud es muy consistente. Entre quienes gozan de muy buena salud hay, por supuesto, rentas altas y bajas, al igual que sucede con el grupo de los que tienen peor salud, pero las rentas medias de unos y otros grupos son bien concluyentes. La renta media del hogar de quienes gozan de muy buena salud se sitúa en **Andalucía** en un 67% por encima de los que tienen muy mala salud y un 62% sobre los que tienen mala salud. Estas diferencias de salud y renta son muy similares en el conjunto del País, aunque hay regiones en las que son aún mayores (en Ceuta y Melilla, Canarias y Madrid, las rentas de los hogares de quienes tienen muy buena salud duplican a las de los que la tienen muy mala; por el contrario, en Rioja solo son un 37% más elevadas).

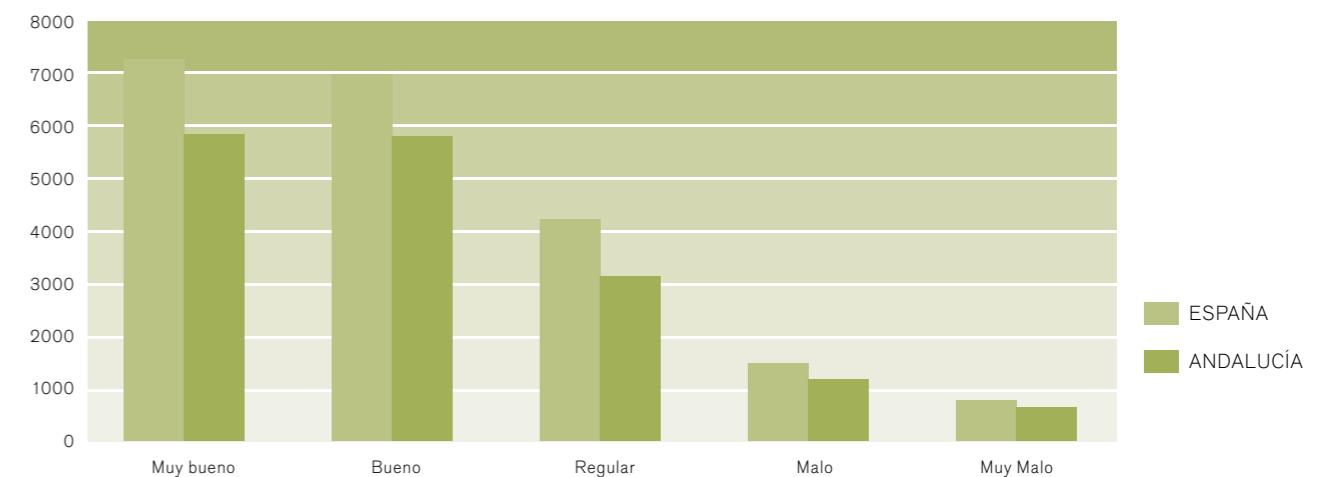
Sin embargo, el uso del indicador de renta conjunta del hogar, en la que confluyen las rentas de los diferentes miembros de la familia, ejerce un efecto igualador, reflejo del que realiza la propia institución familiar, ya que permite compartir las ventajas de las rentas más elevadas y repartir los inconvenientes de las bajas. Así, si correlacionamos la valoración de la salud con las rentas individuales las diferencias son aún mayores. En España la renta media de los que afirman disfrutar de muy buena salud (7281) es diez veces superior a la de los que dicen padecer muy mala salud (720). En **Andalucía** estas diferencias también son importantes y los que disfrutan de mejor salud también tienen una renta nueve veces más elevada que la de los

LA RENTA MEDIA DE QUIENES SE PERCIBEN CON BUENA SALUD ES CASI CINCO VECES SUPERIOR A LA DE LOS QUE SE AUTOVALORAN CON MALA SALUD

peor favorecidos por la salud. De igual forma, la renta media de quienes se perciben con buena salud es casi cinco veces superior a la de los que se autovaloran con mala salud.

EN ANDALUCÍA, LOS QUE DISFRUTAN DE MEJOR SALUD TAMBIÉN TIENEN UNA RENTA NUEVE VECES MÁS ELEVADA QUE LO PEOR FAVORECIDOS POR LA SALUD

GRÁFICO 36 Ingresos medios anuales personales según valoración de su estado de salud. España y Andalucía.

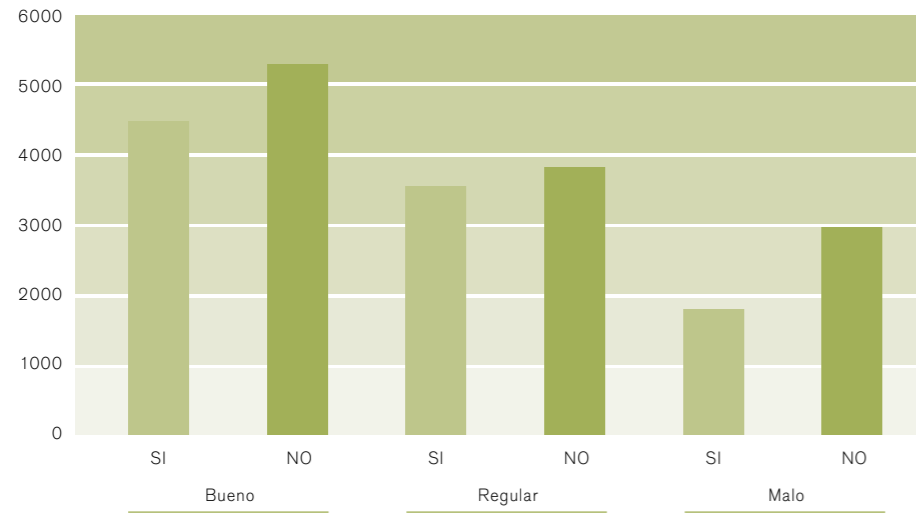


Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2005. INE

La relación entre salud y renta se deja ver no solo en el estado de salud autopercibido, sino también en la morbilidad declarada como diagnosticada. Dentro del mismo nivel de salud percibida, las personas que tienen alguna dolencia o enfermedad diagnosticada poseen niveles de renta inferiores que aquellos que se encuentran libres de ellas, lo que también puede ser un indicador de que las enfermedades con mejor renta son más soportables o llevaderas.

GRÁFICO 37

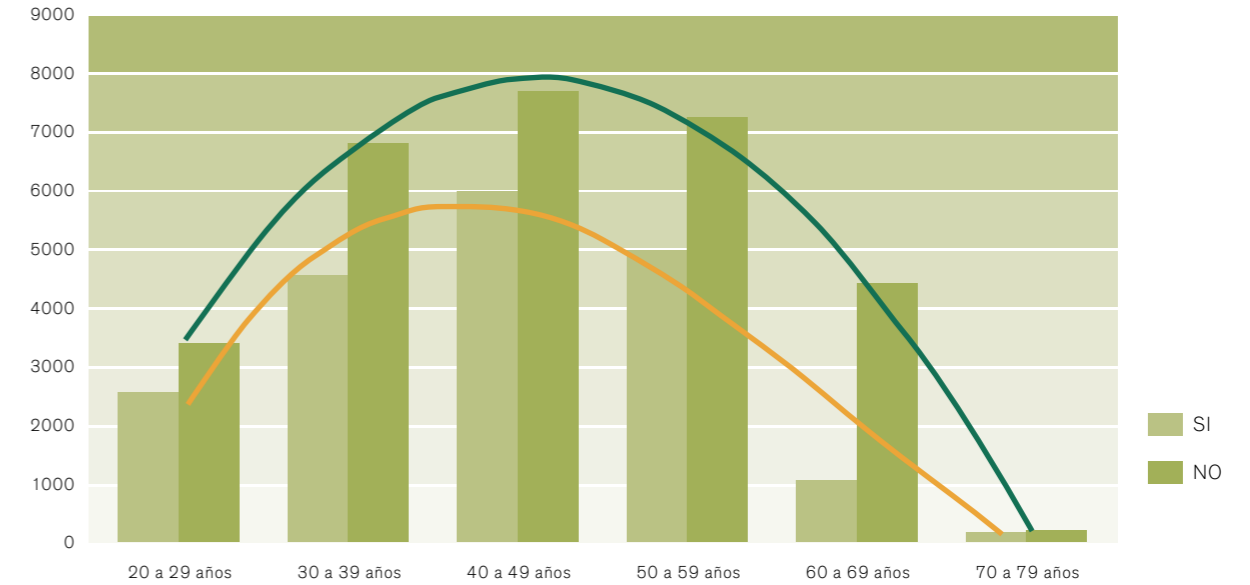
Ingresos medios personales anuales según autovaloración del estado de la salud y según tengan o no enfermedad o dolencia crónica diagnosticada (corregida por edad). Andalucía.



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2005. INE

GRÁFICO 38

Ingresos medios personales anuales por grupos de edad, según tengan o no enfermedad o dolencia crónica diagnosticada. Andalucía.



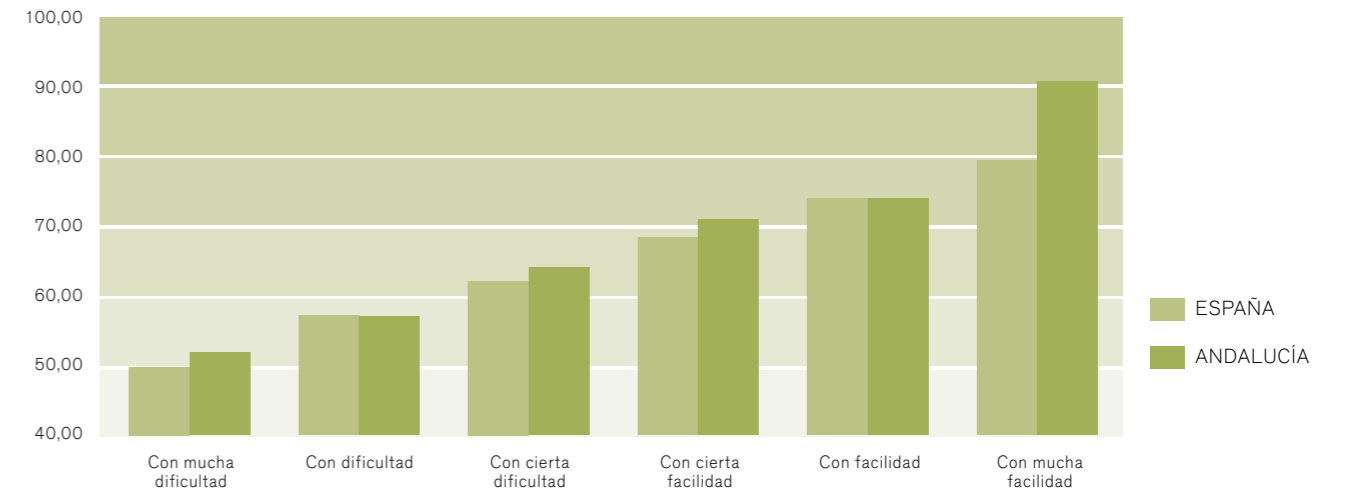
Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2005. INE

Las dolencias y enfermedades crónicas son mucho más frecuentes entre las rentas más bajas que entre las elevadas, como también lo son las consecuencias de la mala salud, en lo que se refiere a la limitación de la actividad diaria. Aunque en los grupos de rentas más bajas la edad media es bastante superior a los de las rentas altas, las diferencias no son esencialmente achacables a la edad. Al analizar la proporción de dolencias crónicas por segmentos de edad, encontramos también importantes diferencias según el nivel de renta del hogar, que se atenúan en los segmentos extremos de edad, al igual que sucedía con la autovaloración de la salud con respecto a la renta. Allí donde hay sensibles diferencias de renta hay también importantes diferencias de salud y viceversa.

ALLÍ DONDE HAY SENSIBLES DIFERENCIAS DE RENTA HAY TAMBIÉN IMPORTANTES DIFERENCIAS DE SALUD Y VICEVERSA

GRÁFICO 39

Porcentaje de personas que dicen tener buena o muy buena salud, según su facilidad o dificultad para llegar a fin mes. España y Andalucía.



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2005. INE

3.3. ACTIVIDAD LABORAL Y PROFESIONAL

La actividad laboral puede ser una valiosa fuente de bienestar psicológico y social para los seres humanos en cuanto puede estructurar y proveer de significado las vidas de los adultos. Sin embargo, unas condiciones físicas o psicológicas inadecuadas del entorno laboral pueden provocar inadaptaciones y ser fuente de dolencias y enfermedades para las personas. Los cambios tecnológicos y las transformaciones en el mercado de trabajo son una referencia para afrontar condiciones de trabajo más saludables que reduzcan la accidentalidad y las enfermedades laborales. Junto a los riesgos para salud derivados del progreso y la actividad laboral se sitúan también los devenidos de la inactividad, la exclusión o la marginalidad.

El estatus laboral y profesional de los individuos, vinculado con la educación y el nivel de renta personal y del hogar, desempeñan un papel crucial en la modelación de los estilos de vida y también de la salud. El examen del estado de salud percibido, las dolencias crónicas y la limitación de actividad entre las diferentes situaciones profesionales básicas nos presenta un primer panorama sobre la salud de la población **andaluza** en relación a su actividad laboral.

TABLA 21 Autovaloración de la salud, porcentaje de afectados crónicos y de individuos que han visto limitada su actividad por motivos de salud, según situación profesional. Andalucía.

	Estado general de salud	¿Tiene alguna enfermedad crónica o alguna incapacidad o deficiencia crónicas?		¿Se ha encontrado limitado en el desarrollo de su actividad diaria durante los últimos 6 meses debido a un problema de salud?		
		SI	NO	Si intensamente	Sí, hasta cierto punto	No
Empleador	2,30	21,6%	78,4%	9,2%	13,5%	77,3%
Empresario sin asalariados o autónomo	2,48	29,1%	70,9%	10,6%	18,3%	71,1%
Asalariado	2,37	25,4%	74,6%	9,6%	14,8%	75,5%
Ayuda familiar	2,51	28,6%	71,4%	12,1%	18,7%	69,2%

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2005. INE

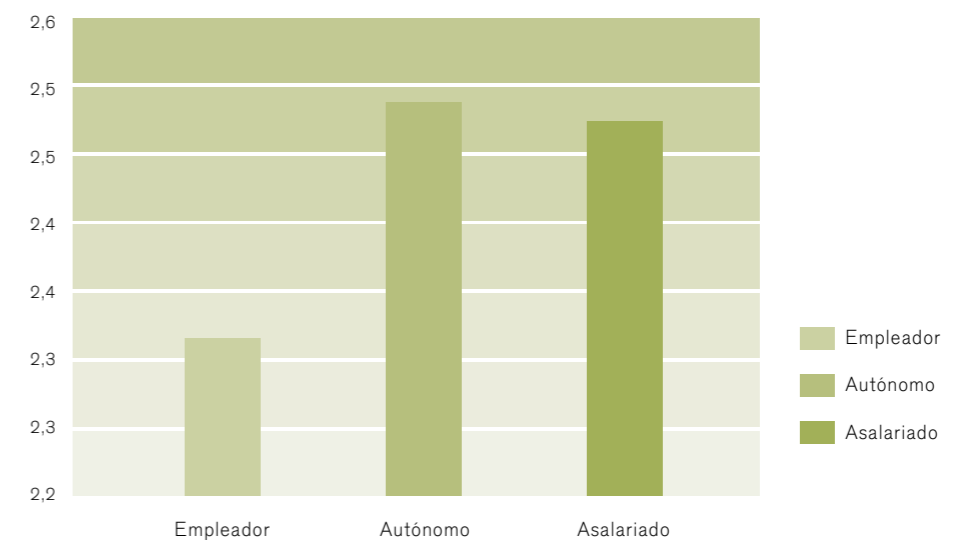
LOS EMPRESARIOS DISFRUTAN DE MEJOR SALUD QUE EL RESTO DE LAS SITUACIONES PROFESIONALES, SIGUIÉNDOLES EN SALUD LOS PROPIOS ASALARIADOS

Los empresarios disfrutan de mejor salud que el resto de las situaciones profesionales, siguiéndoles en salud los propios asalariados. Empleadores y asalariados, copartícipes en similares espacios laborales, presentan datos de salud bastante parejos, con una ligera diferencia de salud a favor de los primeros. Estas

diferencias se reflejan igualmente en los respectivos porcentajes que padecen dolencias crónicas o que, con mayor o menor intensidad ven limitada su actividad diaria, ligeramente favorables a los empresarios. Las personas encuadradas como ayudas familiares, los empresarios sin trabajadores y los trabajadores autónomos muestran peores cifras en la percepción de su propia salud.

LOS EMPRESARIOS SIN TRABAJADORES Y LOS TRABAJADORES AUTÓNOMOS MUESTRAN PEORES CIFRAS EN LA PERCEPCIÓN DE SU PROPIA SALUD

GRÁFICO 40 Autovaloración de la salud según actividad laboral. Andalucía. (mayor puntuación indica peor valoración de la salud).



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2005. INE

Después de los estudiantes, cuya juventud justifica sobradamente sus buenas cifras de salud, son los trabajadores a tiempo completo y parcial los que refieren mejor salud, mientras que los desempleados, con una edad media más baja que aquellos, muestran peores indicadores de salud. En **Andalucía**, uno de cada cinco parados padece una dolencia crónica y sufre algún tipo de limitación. El

EN ANDALUCÍA, UNO DE CADA CINCO PARADOS PADECE UNA DOLENCIA CRÓNICA Y SUFRE ALGÚN TIPO DE LIMITACIÓN

grupo de amas de casa o individuos al cuidado de niños u otras personas manifiesta una salud inferior a la media de la población, debido en gran parte al efecto de la elevada edad media a la que contribuye el importante colectivo de cuidadores/as, en su mayoría mujeres mayores. Los dos grupos con peor salud son, por un lado, los incapacitados permanentemente para trabajar, por su propia condición, y, por otra parte, los jubilados, por su elevada edad media que supera los setenta años.

TABLA 22 Autovaloración de la salud, porcentaje de afectados crónicos y de individuos que han visto limitada su actividad por motivos de salud, según situación laboral. Andalucía.

	Estado general de salud ⁵	¿Tiene alguna enfermedad crónica o alguna incapacidad o decencia crónicas?		¿Se ha encontrado limitado en el desarrollo de su actividad diaria durante los últimos 6 meses debido a un problema de salud?		
		SI	NO	Sí intensamente	Sí, hasta cierto punto	No
Trabajando a tiempo completo	2,01	12,2%	87,8%	2,7%	8,4%	88,9%
Trabajando a tiempo parcial	2,07	12,5%	87,5%	3,3%	9,7%	86,9%
Parado	2,19	18,8%	81,2%	5,5%	13,2%	81,3%
Estudiante, escolar o en formación	1,60	6,2%	93,8%	2,0%	3,0%	95,0%
Jubilado, /ha cerrado un negocio	3,09	51,6%	48,4%	21,8%	28,7%	49,4%
Incapacitado para trabajar	3,74	91,5%	8,5%	56,5%	28,3%	15,2%
Ama de casa, o cuidado de personas	2,68	32,4%	67,6%	12,5%	19,8%	67,7%
Otro clase de inactividad económica	2,83	44,5%	55,5%	24,2%	23,3%	52,5%

5. Mayor puntuación indica peor valoración de la salud

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2005. INE

TABLA 23 Edad media según situación laboral en Andalucía, España y otras cc.aa.

	Murcia	Andalucía	ESPAÑA	Castilla y León
Trabajando a tiempo completo	42,1	42,2	43,4	44,8
Trabajando a tiempo parcial	41,1	39,8	41,6	41,7
Parado	38,0	40,5	40,4	41,3
Estudiante, escolar o en formación	23,4	23,7	23,4	23,8
Jubilado, /ha cerrado un negocio	74,7	73,6	74,3	74,0
Incapacitado permanente para trabajar	56,1	56,1	56,6	57,0
Ama de casa, al cuidado de personas	53,5	57,6	59,2	62,2
Otro clase de inactividad económica	56,6	58,3	60,8	64,8
Todas las situaciones	47,4	49,2	50,6	53,2

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2005. INE

3.4. RESIDENCIA

La pertenencia a una nación, región o zona geográfica supone pertenecer a un grupo humano caracterizado por una interrelación específica de diversas variables, como el nivel general de desarrollo socioeconómico, la educación, el nivel de renta, el acceso a determinadas condiciones de vida o a un determinado sistema sanitario. La mayoría de estas variables están fuertemente interrelacionadas entre sí, reforzándose con ello los efectos positivos o negativos de unos u otros determinantes y haciendo más visibles las diferencias de salud determinadas por vectores sociales. A ello hay que añadir factores climáticos y medioambientales que tienen una influencia más o menos importante en las diferencias de salud.

TABLA 24 Autovaloración de la salud según Comunidad Autónoma.

	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
España	17,1%	47,9%	21,5%	10,9%	2,6%
Andalucía	16,9%	48,9%	19,6%	11,6%	3,0%
Aragón	18,2%	45,7%	22,7%	10,7%	2,6%
Canarias	19,5%	44,0%	21,5%	11,5%	3,5%
Cantabria	6,6%	61,2%	19,7%	11,4%	1,1%
Castilla y León	8,3%	55,7%	22,1%	11,8%	2,1%
Castilla-La Mancha	27,7%	39,3%	19,5%	12,0%	1,5%
Cataluña	22,2%	46,4%	19,9%	8,9%	2,6%
Ceuta y Melilla	14,9%	49,5%	20,1%	13,7%	1,8%
Comunidad de Madrid	24,0%	46,3%	18,9%	8,7%	2,1%
Comunidad Foral de Navarra	13,7%	52,8%	22,6%	9,1%	1,8%
Comunidad Valenciana	17,6%	46,0%	22,3%	11,6%	2,5%
Extremadura	21,1%	46,4%	18,5%	10,4%	3,6%
Galicia	9,9%	43,4%	27,5%	14,9%	4,2%
Illes Balears	27,1%	40,4%	23,0%	6,7%	2,7%
La Rioja	12,8%	58,8%	18,6%	8,2%	1,7%
País Vasco	14,9%	51,4%	23,6%	7,5%	2,6%
Principado de Asturias	9,3%	50,3%	25,3%	12,7%	2,3%
Región de Murcia	16,7%	48,1%	20,4%	13,2%	1,6%

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2005. INE

La valoración de la propia salud de las personas es tan solo uno de los muchos indicadores que pueden utilizarse para medir el grado de salud de una colectividad. Asimismo, las tablas comparativas admiten diversas lecturas que pueden hacer atender unos u otras medidas estadísticas. Islas Baleares (mejor valoración media) y la Rioja (mayor tasa de población con salud buena o muy buena) presentan muy buenos datos de autovaloración de la salud. La edad media de la población tiene lógicamente un peso muy importante ya que la juventud tira fuertemente de la salud.

TABLA 25 Edad media y autovaloración de la salud, por sexo y Comunidad Autónoma de residencia.

	HOMBRE		MUJER		AMBOS SEXOS	
	Edad Media	Estado de salud	Edad Media	Estado de salud	Edad Media	Estado de salud
ESPAÑA	47,16	2,26	49,16	2,41	48,19	2,34
Andalucía	45,46	2,26	47,52	2,43	46,53	2,35
Aragón	49,65	2,28	51,03	2,39	50,36	2,34
Canarias	44,54	2,25	47,09	2,45	45,87	2,36
Cantabria	48,34	2,36	50,02	2,42	49,20	2,39
Castilla y León	49,63	2,36	52,09	2,51	50,88	2,44
Castilla-La Mancha	47,04	2,13	49,01	2,28	48,03	2,20
Cataluña	47,34	2,13	49,88	2,33	48,67	2,23
Ceuta y Melilla	43,91	2,28	46,78	2,47	45,40	2,38
Comunidad de Madrid	46,42	2,11	48,26	2,26	47,38	2,19
Comunidad Foral de Navarra	48,14	2,25	49,34	2,39	48,77	2,32
Comunidad Valenciana	46,30	2,28	47,63	2,42	46,98	2,35
Extremadura	47,38	2,24	47,80	2,34	47,60	2,29
Galicia	49,08	2,54	51,70	2,66	50,47	2,60
Illes Balears	45,54	2,09	48,50	2,25	47,08	2,17
La Rioja	47,14	2,21	49,27	2,33	48,20	2,27
País Vasco	48,98	2,23	50,47	2,39	49,74	2,32
Principado de Asturias	49,88	2,41	52,23	2,55	51,13	2,48
Región de Murcia	44,05	2,27	45,61	2,43	44,86	2,35

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2005. INE

ANDALUCÍA MEJORÓ LA AUTOVALORACIÓN MEDIA DE LA SALUD DE SU POBLACIÓN RESPECTO AL PASADO AÑO, PASANDO DE UN 2,41 A UN 2,35 Y REDUCIENDO TAMBIÉN SU TASA DE DOLENCIAS CRÓNICAS /PASO DEL (28% AL 24,2%) Y DE PERSONAS CON SU ACTIVIDAD DIARIA LIMITADA (ERA EN 2004 DEL 27,5% Y ES EN 2005 DEL 23,3%)

Andalucía mejoró la autovaloración media de la salud de su población respecto al pasado año, pasando de un 2,41 a un 2,35 y reduciendo también su tasa de dolencias crónicas /paso del (28% al 24,2%) y de personas con su actividad diaria limitada (era en 2004 del 27,5% y es en 2005 del 23,3%). Todo ello ha venido acompañado de una reducción de la edad media

de la población adulta, que pasó de 47,3 a 45,6 años. Un rejuvenecimiento que se está registrando en casi todas las regiones y que viene favorecido por la fuerte entrada de inmigración y el concomitante incremento de la población joven, circunstancia que redundará en mejores datos de salud. Como en otros muchos aspectos, **Andalucía** muestra datos muy similares a la media nacional.

TABLA 26 Autovaloración de la salud, porcentaje de afectados crónicos y de individuos que han visto limitada su actividad por motivos de salud, según CC.AA.

CCAA	Estado general de salud	¿Tiene alguna enfermedad crónica o alguna incapacidad o decencia crónicas?		¿Se ha encontrado limitado en el desarrollo de su actividad diaria durante los últimos 6 meses debido a un problema de salud?		
		SI	NO	Si intensamente	Si, hasta cierto punto	No
ESPAÑA	2,34	25,5%	74,5%	9,3%	14,6%	76,1%
Andalucía	2,35	24,2%	75,8%	9,1%	14,2%	76,7%
Aragón	2,34	27,3%	72,7%	11,0%	13,5%	75,5%
Canarias	2,36	29,5%	70,5%	11,3%	15,2%	73,5%
Cantabria	2,39	22,9%	77,1%	6,9%	15,6%	77,4%
Castilla y León	2,44	28,7%	71,3%	8,8%	14,8%	76,4%
Castilla-La Mancha	2,20	20,4%	79,6%	8,2%	14,9%	76,8%
Cataluña	2,23	25,0%	75,0%	8,8%	14,8%	76,4%
Ceuta y Melilla	2,38	24,3%	75,7%	7,0%	19,7%	73,2%
Comunidad de Madrid	2,19	20,7%	79,3%	7,7%	9,3%	83,0%
C. Foral de Navarra	2,32	22,2%	77,8%	9,5%	13,6%	76,8%
Comunidad Valenciana	2,35	26,0%	74,0%	9,1%	15,1%	75,8%
Extremadura	2,29	22,3%	77,7%	10,5%	12,1%	77,4%
Galicia	2,60	31,1%	68,9%	14,0%	19,3%	66,8%
Illes Balears	2,17	20,3%	79,7%	7,5%	12,7%	79,8%
La Rioja	2,27	21,4%	78,6%	6,1%	14,7%	79,2%
País Vasco	2,32	25,0%	75,0%	8,7%	12,9%	78,4%
Principado de Asturias	2,48	35,1%	64,9%	10,7%	17,3%	72,0%
Región de Murcia	2,35	27,4%	72,6%	9,0%	12,9%	78,2%

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2005. INE

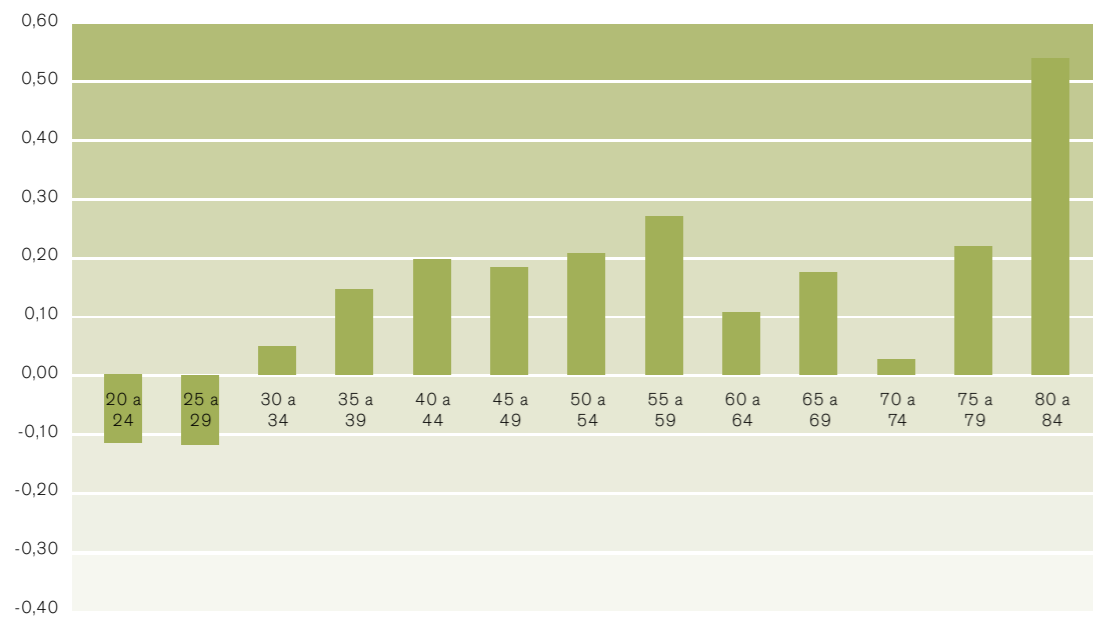
En general, la distribución geográfica de la salud en España se alinea con el propio desarrollo socioeconómico; la salud se desplaza de norte a sur y de este a oeste. Además del desarrollo económico y la renta per capita, otros factores como el clima, el grado de envejecimiento o la presencia de inmigración pueden corregir en uno u otro sentido el nivel de salud de la población de cada región. Al igual que sucedía con la renta del hogar, la correlación entre la salud media percibida y la edad media de cada una de las comunidades es muy elevada.

3.5. ESTADO CIVIL Y SALUD

El número de personas divorciadas, separadas o viudas de la muestra resulta, para la población andaluza, insuficiente para permitir la comparación de estas situaciones con los estados de casados y solteros, bastante mas numerosos. No obstante, a nivel del conjunto de la población española, hay algunos hechos que pueden constatarse con bastante certeza, como es la mejor salud percibida de las personas casadas frente al resto de las situaciones y la peor autovaloración de la salud de los viudos y separados, quedando divorciados y solteros en una situación intermedia. En términos de salud percibida, el matrimonio es más beneficioso para el hombre que para la mujer.

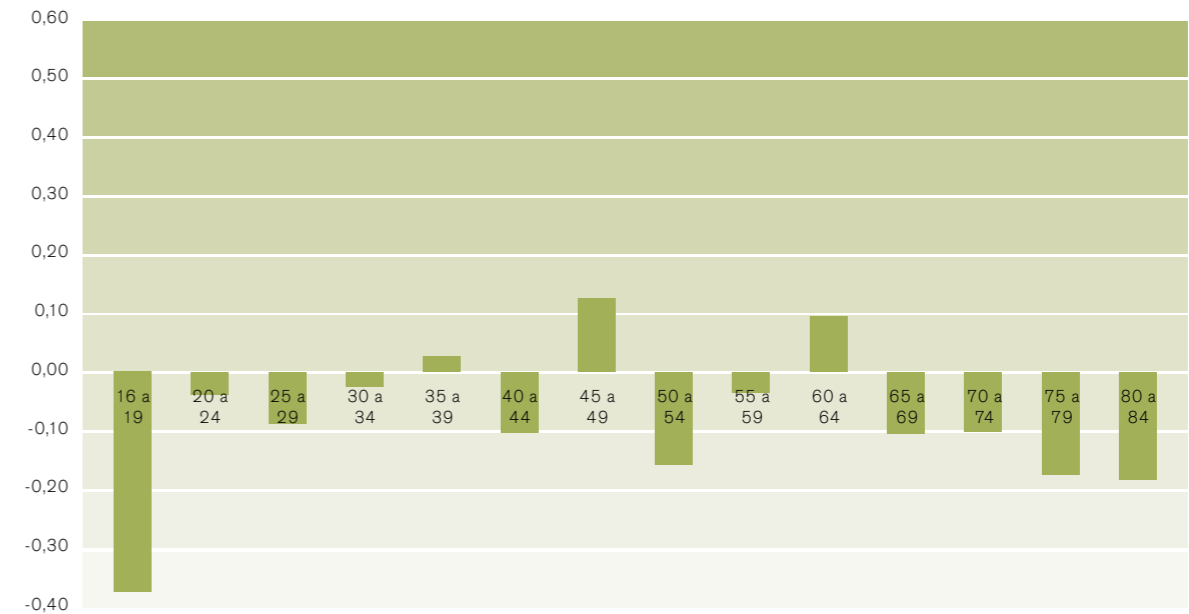
EN TÉRMINOS DE SALUD PERCIBIDA, EL MATRIMONIO ES MÁS BENEFICIOSO PARA EL HOMBRE QUE PARA LA MUJER

GRÁFICO 41 Diferencial de salud asociado al matrimonio en los hombres según grupos de edad. España.



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004. INE

GRÁFICO 42 Diferencial de salud asociado al matrimonio en las mujeres según grupos de edad. España.



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004. INE

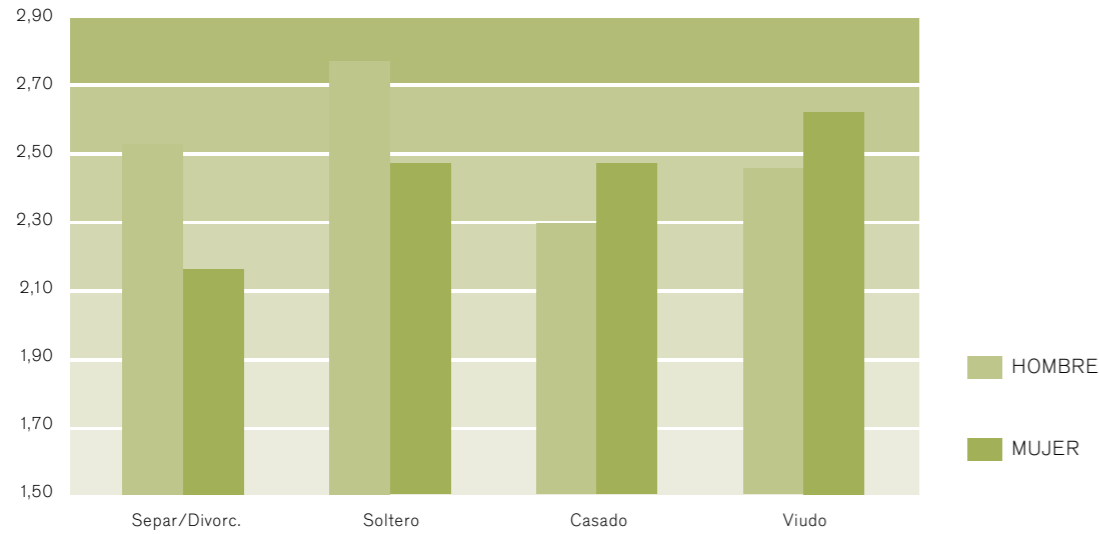
Tal como puede apreciarse en los datos, la relación entre matrimonio y una mejor salud percibida es bastante notable en los hombres, mientras que el empeoramiento de la misma en las mujeres es algo más débil pero también significativo. Dicho de otra forma, el matrimonio

EL MATRIMONIO RESULTA, SIN DUDA, MÁS SALUDABLE PARA EL HOMBRE QUE PARA LA MUJER; AL HOMBRE LE MEJORA BASTANTE Y A LA MUJER LA EMPEORA LEVEMENTE

resulta, sin duda, más saludable para el hombre que para la mujer; al hombre le mejora bastante y a la mujer la empeora levemente.

Los datos de la muestra de población andaluza, en la que se han unido los grupos de divorciados y separados para paliar el reducido tamaño de las submuestra, confirman, en líneas generales, las anteriores consideraciones. Los varones mejoran notablemente la valoración de su salud, tanto si lo comparamos con la de los solteros como si lo hacemos con la de los separados o divorciados. Por el contrario, la salud de las mujeres casadas no presenta demasiadas variaciones respecto a las solteras, pero las divorciadas y separadas parecen cobrar un plus de salud, mostrando notables diferencias respecto a los varones de su misma situación.

GRÁFICO 43 : Autovaloración de la salud según sexo y estado civil. Andalucía (corregido por grupos de edad; mayor puntuación indica peor valoración de la propia salud).



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2005. INE

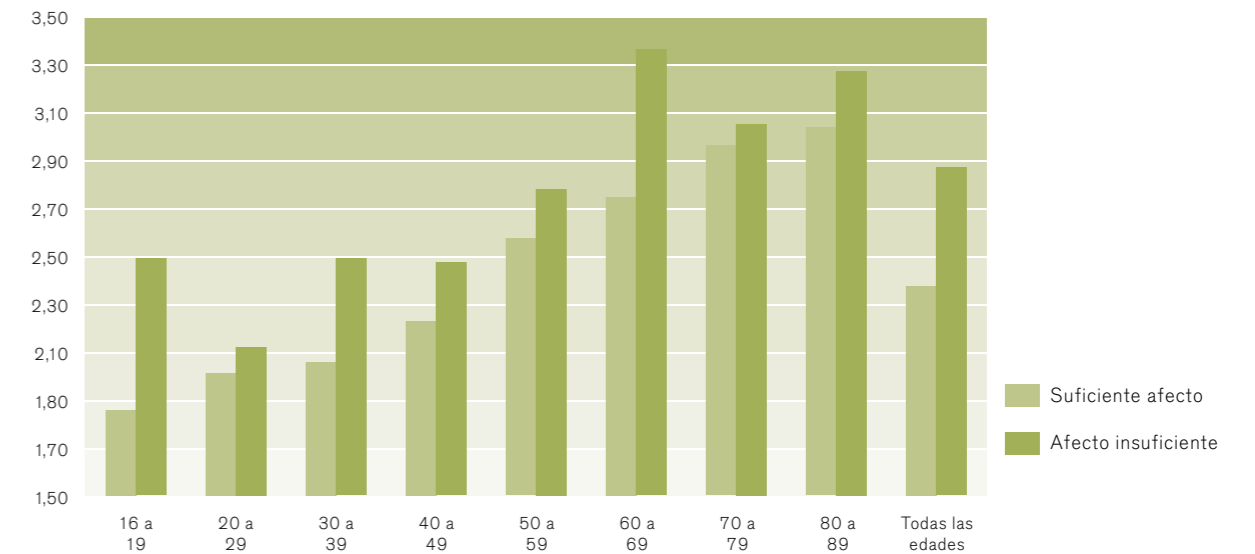
Lógicamente, la diferencia de salud entre solteros y casados no se debe a la mera condición conyugal, sino a diversas conductas, y hábitos, asociadas con el matrimonio. El matrimonio induce a los hombres a llevar una vida más estable y equilibrada, con mejores hábitos alimenticios y una mayor reducción de conductas de riesgo. Por el contrario, los buenos hábitos relacionados con la salud son aprendidos por la mujer antes del matrimonio y éste no resulta especialmente beneficioso para su salud, sino levemente perjudicial, posiblemente debido a una mayor acumulación de las tareas laborales y domésticas y las derivadas del ciclo reproductivo, lo que acaso provoque que la mujer se despreocupe algo de su propia salud.

EL EFECTO POSITIVO DEL MATRIMONIO EN LA SALUD NO CONSTITUYE UNA NOVEDAD, COMO TAMPOCO LO ES QUE ESTE IMPACTO PARECE MÁS NÍTIDO E IMPORTANTE EN LOS HOMBRES

El efecto positivo del matrimonio en la salud no constituye una novedad, como tampoco lo es que este impacto parece más nítido e importante en los hombres. Hay bastantes estudios sociológicos y médicos que han verificado esta evidencia⁶. Sin embargo, resulta más novedoso comprobar que en España el beneficio salutífero derivado del status matrimonial se encuentra más reservado a los varones que a las mujeres, que experimentan incluso una leve minoración en su salud percibida.

6. Rogers, Richard, *Marriage, Sex, and Mortality*, *Journal of Marriage and the Family*, nº 57 (1995)

GRÁFICO 44 Autovaloración de la salud según nivel de afecto percibido. Andalucía (Mayor puntuación indica peor salud percibida).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

En el papel positivo del matrimonio para la salud no se puede ignorar el importante efecto protector de la misma que desempeña el sentimiento de pertenencia y afecto proporcionado por el matrimonio y la familia. También en este punto los datos son bastantes concluyentes: las personas que se sienten satisfechas por el nivel de afecto recibido tienen también una mejor percepción de su salud; una constante que se verifica, con mayor o menor intensidad, en todos los grupos de edad.

LAS PERSONAS QUE SE SIENTEN SATISFECHAS POR EL NIVEL DE AFECTO RECIBIDO TIENEN TAMBIÉN UNA MEJOR PERCEPCIÓN DE SU SALUD; UNA CONSTANTE QUE SE VERIFICA, CON MAYOR O MENOR INTENSIDAD, EN TODOS LOS GRUPOS DE EDAD

4. DETERMINANTES PERSONALES EN EL USO DE RECURSOS SANITARIOS

4.1. EL SEXO Y LA EDAD

En este apartado analizaremos la influencia de los factores personales en la utilización de recursos sanitarios a fin de percibir las diferencias existentes en la utilización de la asistencia sanitaria en función del sexo y la edad de las personas. Para ello, vamos a centrar nuestro análisis en los datos suministrados por la Encuesta Nacional de Salud del año 2003⁷ centrandolo la atención en los siguientes aspectos: Consultas médicas, Consultas odontológicas, Hospitalización, Urgencias y Consumo de medicamentos.

Para nuestro estudio hemos considerado más conveniente estudiar cada uno de estos recursos sanitarios por separado. Es decir, vamos a describir la influencia de la edad y el sexo sobre cada uno de las clases de asistencia sanitaria para poder realizar una comparación más homogénea. Mostraremos totales poblacionales ya que la ENS, al ser representativa de la población total, permite, mediante la utilización de un factor de expansión, el cálculo de resultados a nivel de toda **Andalucía**, teniendo en cuenta la población de 16 o más años en 2003. Por ello, normalmente utilizaremos dos tipos de valores, el total de cada grupo, medido en personas, y el porcentaje.

4.1.1. LAS CONSULTAS MÉDICAS

Como es sabido, el pilar fundamental de la asistencia sanitaria es la atención primaria, ya que suele ser el primer contacto del paciente con el sistema sanitario y sirve de puerta de entrada al mismo. Por ello, no es de extrañar que la ENS recoja bastante información sobre las consultas médicas, su número, motivo y clase. En consecuencia, este subapartado será el más amplio de los cinco considerados.

TABLA 27 Andaluces que han consultado a un médico en las últimas dos semanas.

	No	%	Si	%	Total
Varón	2.352.369	78,53	643.159	21,47	2.995.528
Mujer	2.069.444	66,04	1.064.035	33,96	3.133.479
Ambos sexos	4.421.814	72,15	1.707.193	27,85	6.129.007

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

EL 27,85% DE LOS ANDALUCES HAN CONSULTADO AL MÉDICO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS

En primer lugar analizaremos el número de **andaluces** que han consultado a un médico. El 27,85% de los **andaluces** han consultado al médico en las últimas dos semanas. Como se aprecia, 643.159 varones y 1.064.035 mujeres sí lo habían consultado, lo que implica que el 21,47% de los hombres y el 33,96% de las mujeres. Estos valores son ligeramente inferiores a la media nacional en hombres, 23,93%, y prácticamente idénticos en el caso de las mujeres, 33,39%.

TABLA 28 Número de veces que ha consultado con algún médico en las últimas dos semanas.

	Varón	%	Mujer	%	Ambos sexos	%
1	551.776	85,79	899.358	84,52	1.451.134	85,00
2	68.524	10,65	113.721	10,69	182.245	10,68
3	5.340	0,83	34.504	3,24	39.843	2,33
4	17.518	2,72	14.029	1,32	31.547	1,85
5	-	-	2.423	0,23	2.423	0,14
Total	643.159	-	1.064.035	-	1.707.193	-

⁷ En el momento de realizar el informe no estaban disponibles los microdatos de la ENS de 2006, ya que el MSC sólo ha presentado un avance preliminar de la misma.

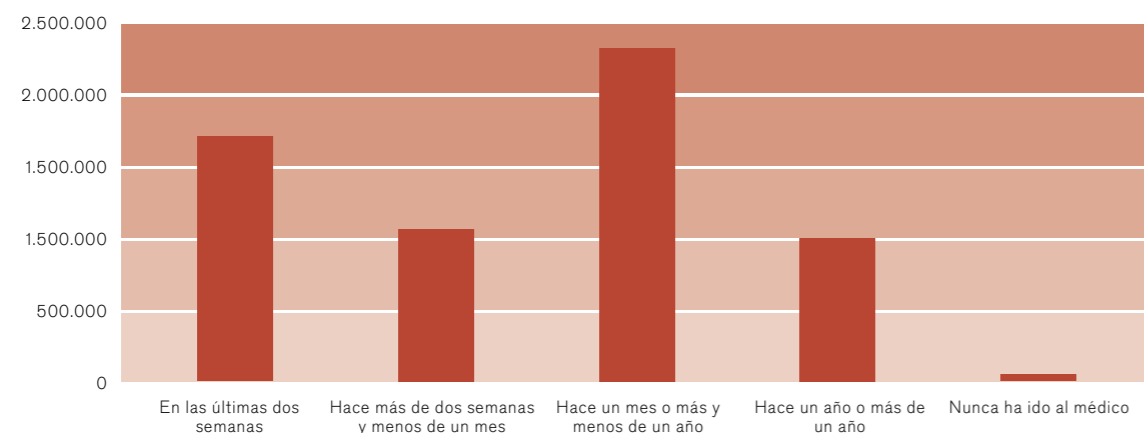
Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

Entre aquellos que han consultado al médico, es necesario conocer el número de veces que lo han hecho a lo largo del periodo considerado. De esta forma, podemos conocer el grado de frecuentación y la intensidad de las citadas consultas. De los 1.707.193 **andaluces** que han consultado al médico en las dos últimas semanas, el 95,68% lo han hecho menos de tres veces. La recurrencia elevada (cinco visitas en dos semanas) es muy reducida quedando circunscrita a un 0,14% de la población. Los datos ponen de manifiesto que no existen diferencias importantes por sexo en cuanto a la frecuentación de los **andaluces**.

Puede destacarse que 40.206 **andaluces** declaran no haber ido nunca al médico, siendo hombres el 93,40% de éstos. De igual forma, uno de cada cuatro hombres no ha ido al médico a lo largo del último año (21,37%), porcentaje que se sitúa en las mujeres en menos de la mitad (11,05%), es decir, una de cada ocho.

UNO DE CADA CUATRO HOMBRES NO HA IDO AL MÉDICO A LO LARGO DEL ÚLTIMO AÑO (21,37%), PORCENTAJE QUE SE SITÚA EN LAS MUJERES EN MENOS DE LA MITAD (11,05%), ES DECIR, UNA DE CADA OCHO

GRÁFICO 45 Número de personas en función del tiempo que hace que consultó a un médico por última vez.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

UNA TERCERA PARTE DE LAS VISITAS MÉDICAS SE REALIZAN PARA ACTOS CON UN MAYOR COMPONENTE DE GESTIÓN; ASÍ, MÁS DE UNO DE CADA TRES ANDALUCES (34,77%) VA AL MÉDICO SÓLO PARA OBTENER RECETAS

Respecto al motivo de la consulta, se observa que el 41,57% de los **andaluces** van al médico para que se diagnostique su enfermedad o para su tratamiento y un 18,74% para revisión. Sin embargo, frente a ello, una tercera parte de las visitas médicas se realizan para actos con un mayor componente de gestión; así, más de uno de cada tres **andaluces** (34,77%) va al médico sólo para obtener recetas. A ello hay que añadir un 2,13% que acuden para obtener un parte de baja, confirmación o alta; grupo en el que son mayoría los varones (4,34%; 0,79% en las mujeres) debido a su mayor tasa de actividad y también a su mayor siniestralidad laboral.

TABLA 29 Tiempo que hace que consultó a un médico por última vez.

	Varón	%	Mujer	%	Ambos sexos	%
En las últimas dos semanas	643.159	21,47	1.064.035	33,96	1.707.193	27,85
Hace más de dos semanas y menos de un mes	461.804	15,42	602.919	19,24	1.064.723	17,37
Hace un mes o más y menos de un año	1.213.011	40,49	1.117.760	35,67	2.330.771	38,03
Hace un año o más de un año	640.001	21,37	346.113	11,05	986.114	16,09
Nunca ha ido al médico	37.553	1,25	2.653	0,08	40.206	0,66
Total	2.995.528	100,00	3.133.479	100,00	6.129.007	100,00

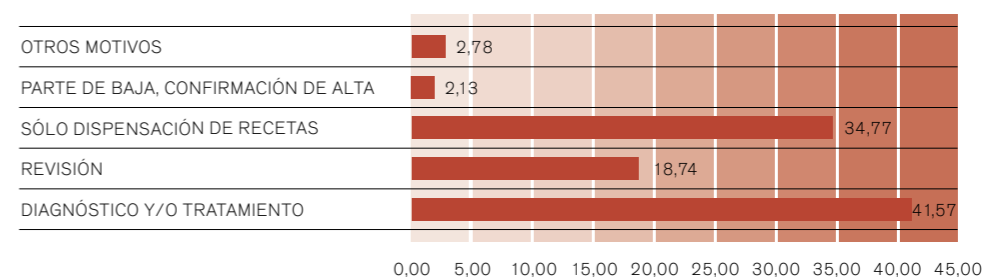
Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

TABLA 30 Motivo de la consulta con el médico.

	Varón	%	Mujer	%	Ambos sexos	%
Diagnóstico y/o tratamiento	239.263	37,20	470.498	44,22	709.760	41,57
Revisión	109.317	17,00	210.691	19,80	320.008	18,74
Sólo dispensación de recetas	251.746	39,14	341.827	32,13	593.572	34,77
Parte de baja, confirmación o alta	27.911	4,34	8.411	0,79	36.322	2,13
Otros motivos	14.922	2,32	32.608	3,06	47.530	2,78
Total	643.159	100,00	1.064.035	100,00	1.707.193	100,00

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

GRÁFICO 46 Porcentaje de personas en función del motivo de consulta a un médico.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

Por último, destacamos que el 90,29% de los médicos consultados por los **andaluces** pertenecían a la seguridad social, siendo el porcentaje de la medicina privada el 9,71% si sumamos las sociedades médicas, igualas médicas y médicos de empresa y la consulta privada pura. El porcentaje por sexos es prácticamente idéntico, siendo superior el de la consulta privada para el caso de las mujeres y el de la iguala médica o médico de empresa en los hombres, debido el primero a las consultas ginecológicas privadas y el segundo a la mayor tasa de actividad masculina.

EL 90,29% DE LOS MÉDICOS CONSULTADOS POR LOS ANDALUCES PERTENECÍAN A LA SEGURIDAD SOCIAL

TABLA 31 Régimen al que pertenece el médico al que acudió.

	Varón	%	Mujer	%	Ambos sexos	%
Seguridad social	589.093	91,59	952.342	89,50	1.541.436	90,29
Sociedad médica	16.382	2,55	56.086	5,27	72.468	4,24
Consulta privada	21.773	3,39	41.637	3,91	63.411	3,71
Iguala médica, médico de empresa, etc.	15.910	2,47	13.969	1,31	29.879	1,75
Total	643.159	100,00	1.064.035	100,00	1.707.193	100,00

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

Si analizamos estas mismas variables en función de la edad comprobamos que el mayor porcentaje de visitas al médico se da en el grupo de 90 y más años, con un 74,86% de la población de esa edad que si ha consultado al médico en las dos últimas semanas, seguido del grupo de 80 a 89 años, con el 50,99%. En el otro extremo se sitúan los jóvenes entre 20 a 29 años con sólo el 14,37% de los mismos que declaran haber consultado al médico.

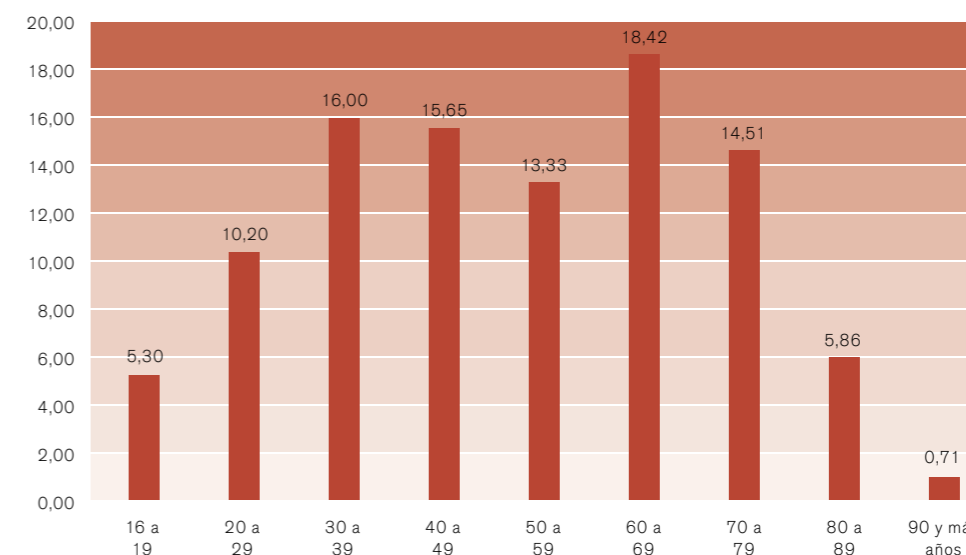
TABLA 32 Ha consultado a un médico en las últimas dos semanas por grupo de edad.

	No	%	Sí	%	Total
16 a 19 años	343.082	79,13	90.487	20,87	433.569
20 a 29 años	1.038.405	85,63	174.219	14,37	1.212.624
30 a 39 años	951.485	77,70	273.125	22,30	1.224.610
40 a 49 años	864.503	76,39	267.215	23,61	1.131.718
50 a 59 años	526.001	69,81	227.515	30,19	753.517
60 a 69 años	320.855	50,50	314.547	49,50	635.401
70 a 79 años	277.148	52,80	247.764	47,20	524.911
80 a 89 años	96.238	49,01	100.120	50,99	196.358
90 y más años	4.098	25,14	12.201	74,86	16.299
Total	4.421.814	72,15	1.707.193	27,85	6.129.007

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

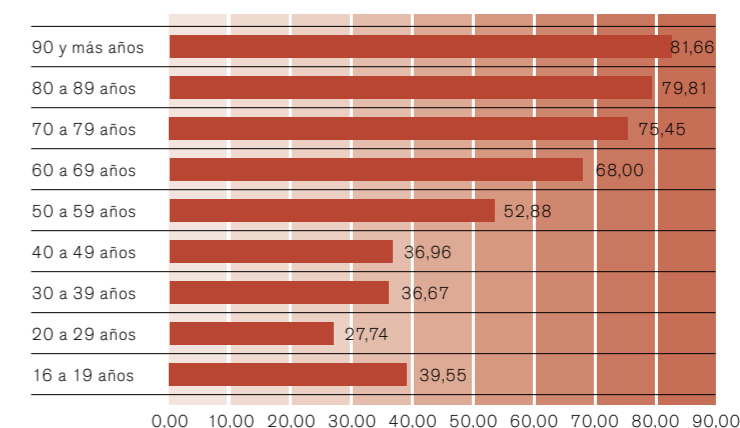
Si obtenemos las tasas de visitación médica sobre el total de la población **andaluza** observamos que son los grupos de 60 a 69 años y de 30 a 39 los que representan el mayor porcentaje con el 18,42% y el 16,00 % del total respectivamente, seguidos por las personas de 40 a 49 años con un 15,65%, perdiendo peso las personas de 80 y más años debido al efecto del estrechamiento de la pirámide poblacional.

GRÁFICO 47 Porcentaje de personas, sobre el total de la población, que han consultado a un médico en las dos últimas semanas por grupo de edad.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

GRÁFICO 48 Porcentaje de personas que han consultado a un médico en menos de un mes por grupo de edad.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

Como se ha señalado, en general, la tasa de personas que acude al médico se va incrementando a medida que lo hace la edad. Más de la mitad de la población **andaluza** perteneciente a los grupos de edad por encima de los 50 años ha consultado con un médico hace menos de un mes, siendo ese porcentaje máximo entre el grupo de 90 y más años, donde el 81,65% de la población de ese grupo de edad ha consultado con algún facultativo en un intervalo inferior al mes. Por el contrario, entre las personas de 20 a 29 años, sólo el 27,74% ha consultado a un médico en el último mes. La edad resulta un factor esencial a la hora de explicar no sólo las consultas sino el número de las mismas, aunque su incidencia en la conducta de uso es diferente.

MÁS DE LA MITAD DE LA POBLACIÓN PERTENECE A LOS GRUPOS DE EDAD POR ENCIMA DE LOS 50 AÑOS HA CONSULTADO CON UN MÉDICO HACE MENOS DE UN MES

TABLA 33 Motivo de consulta al médico por grupo de edad.

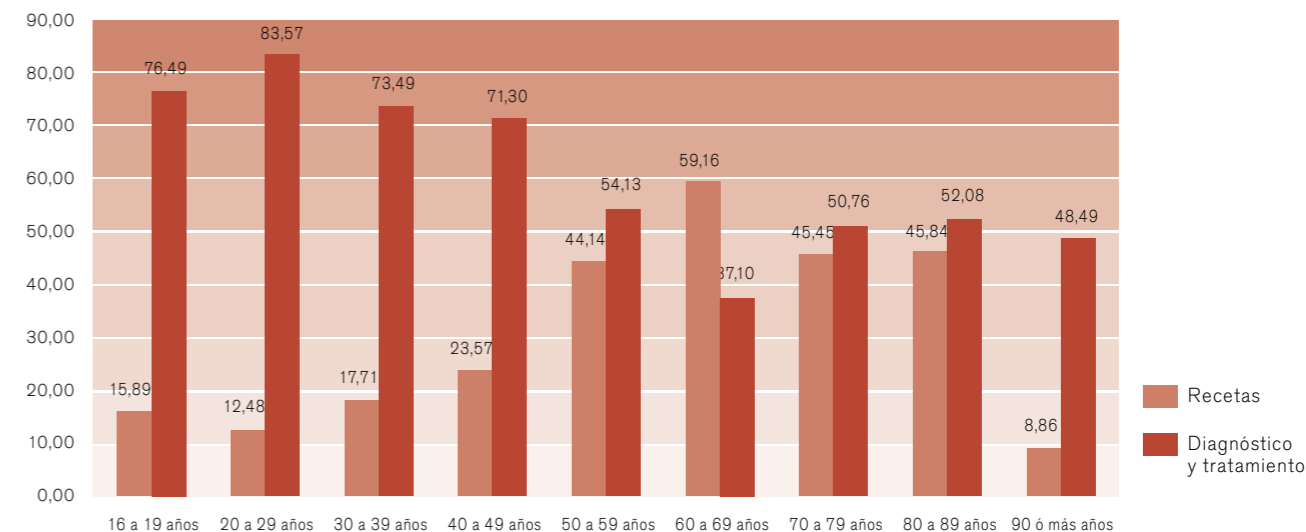
	Diagnóstico y/o tratamiento	Revisión	Sólo dispensación de recetas	Parte de baja, confirmación o alta	Otros motivos	Total
16 a 19	52.409	16.805	14.375	0	6.899	90.487
%	57,92	18,57	15,89	0,00	7,62	100,00
20 a 29	98.275	47.316	21.749	3.880	2.999	174.219
%	56,41	27,16	12,48	2,23	1,72	100,00
30 a 39	162.145	38.583	48.370	17.158	6.869	273.125
%	59,37	14,13	17,71	6,28	2,52	100,00
40 a 49	125.452	65.083	62.992	4.560	9.128	267.215
%	46,95	24,36	23,57	1,71	3,42	100,00
50 a 59	84.664	38.500	100.419	0	3.932	227.515
%	37,21	16,92	44,14	0,00	1,73	100,00
60 a 69	71.305	45.403	186.075	9.754	2.009	314.547
%	22,67	14,43	59,16	3,10	0,64	100,00
70 a 79	82.103	43.668	112.612	970	8.411	247.764
%	33,14	17,62	45,45	0,39	3,39	100,00
80 a 89	28.572	23.570	45.900	0	2.079	100.120
%	28,54	23,54	45,84	0,00	2,08	100,00
90 y más	4.836	1.081	1.081	0	5.204	12.201
%	39,63	8,86	8,86	0,00	42,65	100,00
Total	709.760	320.008	593.572	36.322	47.530	1.707.193
%	41,57	18,74	34,77	2,13	2,78	100,00

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

Un aspecto importante es diferenciar por el motivo de consulta, para ver si existen diferencias significativas por grupo de edad. Como se aprecia en el gráfico siguiente, en los grupos de edad más jóvenes el motivo primario de consulta es el diagnóstico y el tratamiento, mientras que a partir de los 50 años la dispensación de recetas se iguala con el diagnóstico y tratamiento, lo que supone que más de 39% de las consultas que realizan las personas mayores de 50 años están únicamente relacionadas con la dispensación de recetas, motivo por el que una gestión eficiente de la misma puede suponer un importante ahorro en tiempo y recursos para el Sistema Andaluz de Salud.

MÁS DE 39% DE LAS CONSULTAS QUE REALIZAN LAS PERSONAS MAYORES DE 50 AÑOS ESTÁN ÚNICAMENTE RELACIONADAS CON LA DISPENSACIÓN DE RECETAS

GRÁFICO 49 Tasas de visitación por motivo más frecuente y grupo de edad.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

El porcentaje de médicos de sociedades médicas o de consultas privadas crece con el grupo de edad hasta alcanzar un máximo del 10,27% en el grupo de 40 a 49 años, porcentaje muy inferior a la media nacional del 20,35%. Existe una lógica correlación entre los grupos de mayor renta y el mayor uso de la sanidad privada.

La curva de utilización de la sanidad privada discurre cercana a la de los ingresos y en el caso de las mujeres el crecimiento salarial coincide además con la edad fértil, siendo importante el porcentaje de mujeres que tienen doble aseguramiento para cubrir, en la sanidad privada, la asistencia ginecológica y los partos. Igualmente destaca que la suma de las consultas de las personas

EL SISTEMA ANDALUZ DE SALUD EL QUE ATIENDE EN SU CASI TOTALIDAD A LAS PERSONAS MAYORES, EL GRUPO DE EDAD QUE MAYOR GASTO GENERA

de más de 50 años no llega al 10% del total de las consultas privadas, por lo que es el Sistema Andaluz de Salud el que atiende en su casi totalidad a las personas mayores, el grupo de edad que mayor gasto genera.

LA CURVA DE UTILIZACIÓN DE LA SANIDAD PRIVADA DISCURRE CERCANA A LA DE LOS INGRESOS Y EN EL CASO DE LAS MUJERES EL CRECIMIENTO SALARIAL COINCIDE ADEMÁS CON LA EDAD FÉRTIL

TABLA 34 Régimen del médico consultado por grupo de edad.

	Seguridad social	Sociedad médica	Consulta privada	Iguala médica, médico de empresa, etc.	Total
16 a 19 años	78.891	3.568	3.568	4.460	90.487
%	87,18	3,94	3,94	4,93	100,00
20 a 29 años	145.511	10.104	9.872	8.731	174.219
%	83,52	5,80	5,67	5,01	100,00
30 a 39 años	249.015	8.953	5.119	10.039	273.125
%	91,17	3,28	1,87	3,68	100,00
40 a 49 años	220.339	19.420	25.184	2.272	267.215
%	82,46	7,27	9,42	0,85	100,00
50 a 59 años	205.469	9.634	8.036	4.377	227.515
%	90,31	4,23	3,53	1,92	100,00
60 a 69 años	301.980	9.841	2.725	0	314.547
%	96,00	3,13	0,87	0,00	100,00
70 a 79 años	235.282	5.626	6.856	0	247.764
%	94,96	2,27	2,77	0,00	100,00
80 a 89 años	93.829	4.241	2.051	0	100.120
%	93,72	4,24	2,05	0,00	100,00
90 y más años	11.120	1.081	0	0	12.201
%	91,14	8,86	0,00	0,00	100,00
Total	1.541.436	72.468	63.411	29.879	1.707.193
%	90,29	4,24	3,71	1,75	100,00

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

4.1.2. LAS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS

El hecho de que la cobertura pública sanitaria en España no alcance más que aspectos muy específicos y limitados de la asistencia odontológica influye en la menor visitación y frecuentación del dentista. En el caso de las consultas odontológicas, 1.176.459 andaluces han ido al dentista en los últimos tres meses, lo que supone el 19,19% del total. De nuevo, son las mujeres las que más van al odontólogo, con un porcentaje del 20,88% frente al 17,43% de los hombres.

TABLA 35 Ha ido al dentista en los últimos tres meses.

	SÍ	%	NO	%	Total
Varón	522.098	17,43	2.473.430	82,57	2.995.528
Mujer	654.361	20,88	2.479.118	79,12	3.133.479
Ambos sexos	1.176.459	19,19	4.952.548	80,81	6.129.007

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

Aunque la visitación es mayor en la estomatología que en las consultas médicas en general, no ocurre lo mismo con la frecuentación. Si analizamos el número de visitas de aquellos que han acudido al dentista vemos como en este caso el porcentaje de personas que sólo han ido una vez baja al 62,46% frente al porcentaje de más del 80% en el caso de las consultas médicas. Esto es debido en gran medida a las propias características de la asistencia bucodental en la que se suelen realizar diversas intervenciones en varias visitas más o menos consecutivas. Esta evolución no presenta diferencias significativas por sexo dado que es una práctica habitual de los odontólogos no propiciada por los pacientes o usuarios.

TABLA 36 Número de veces que ha ido al dentista en los últimos tres meses.

	Varón	%	Mujer	%	Ambos sexos	%
1	304.488	58,32	430.383	65,77	734.871	62,46
2	121.855	23,34	123.301	18,84	245.157	20,84
3	46.860	8,98	58.643	8,96	105.502	8,97
4	15.641	3,00	14.570	2,23	30.211	2,57
5	6.486	1,24	11.759	1,80	18.245	1,55
6	3.055	0,59	3.066	0,47	6.120	0,52
7	-	-	6.280	0,96	6.280	0,53
8	9.054	1,73	950	0,15	10.003	0,85
9	6.522	1,25	-	-	6.522	0,55
10	5.138	0,98	-	-	5.138	0,44
12	-	-	5.409	0,83	5.409	0,46
14	2.999	0,57	-	-	2.999	0,25
Total	522.098	-	654.361	-	1.176.459	-

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

Si analizamos la utilización de las consultas odontológicas comprobamos que son los grupos más jóvenes los que presentan mayores tasas de visitación; desde los 20 a los 49 años la tasa de población **andaluza** que ha acudido al dentista en los últimos 3 meses está por encima del 18%, reduciéndose este porcentaje a medida que aumenta la edad.

Tanto la visitación como la frecuentación odontológicas tienen pautas muy diferentes de la consulta médica en general. Si tenemos en cuenta únicamente las personas que efectivamente acudieron al dentista en los últimos tres meses comprobamos que los grupos de edad comprendidos entre los 20 a los 49 años suponen más del 73% del total de la población que acudió al dentista. A diferencia de lo que ocurre en las consultas médicas en general, las tasas de visitación odontológica son decrecientes con la edad: las personas mayores van menos al dentista que las más jóvenes.

DESDE LOS 20 A LOS 49 AÑOS LA TASA DE POBLACIÓN QUE HA ACUDIDO AL DENTISTA EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES ESTÁ POR ENCIMA DEL 18%, REDUCIÉNDOSE ESTE PORCENTAJE A MEDIDA QUE AUMENTA LA EDAD

TABLA 37 Ha ido al dentista en los últimos tres meses.

	SÍ	%	NO	%
16 a 19 años	123.954	10,54	309.615	6,25
20 a 29 años	286.186	24,33	926.438	18,71
30 a 39 años	233.428	19,84	991.182	20,01
40 a 49 años	216.790	18,43	914.928	18,47
50 a 59 años	135.140	11,49	618.377	12,49
60 a 69 años	95.090	8,08	540.311	10,91
70 a 79 años	55.779	4,74	469.132	9,47
80 a 89 años	26.213	2,23	170.145	3,44
90 y más años	3.879	0,33	12.419	0,25
Total	1.176.459	100,00	4.952.548	100,00

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

4.1.3. HOSPITALIZACIÓN

En este apartado se describe la utilización de los servicios hospitalarios por parte de la población **andaluza**. Según la ENS de 2003, más de medio millón de **andaluces** (520.716) estuvieron hospitalizados al menos una noche en los últimos doce meses, lo que representa el 8,50% del total. En cuanto a las diferencias por sexos, comprobamos que el porcentaje de hombres y mujeres difiere en cerca de 4 puntos, siendo el de los primeros un 6,64% y el de las segundas un 10,27%. Esta diferencia en la tasa de hospitalización de las mujeres puede tribuirse íntegramente al ciclo reproductivo de la mujer. Hay que recordar que uno de cada seis ingresos hospitalarios de la mujer se produce por motivo de parto.

MÁS DE MEDIO MILLÓN DE ANDALUCES (520.716) ESTUVIERON HOSPITALIZADOS AL MENOS UNA NOCHE EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES

TABLA 38 Ha estado hospitalizado al menos una noche en los últimos doce meses.

	SÍ	%	No	%	Total	%
Varón	198.826	6,64	2.796.702	93,36	2.995.528	100,00
Mujer	321.889	10,27	2.811.590	89,73	3.133.479	100,00
Ambos sexos	520.716	8,50	5.608.291	91,50	6.129.007	100,00

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

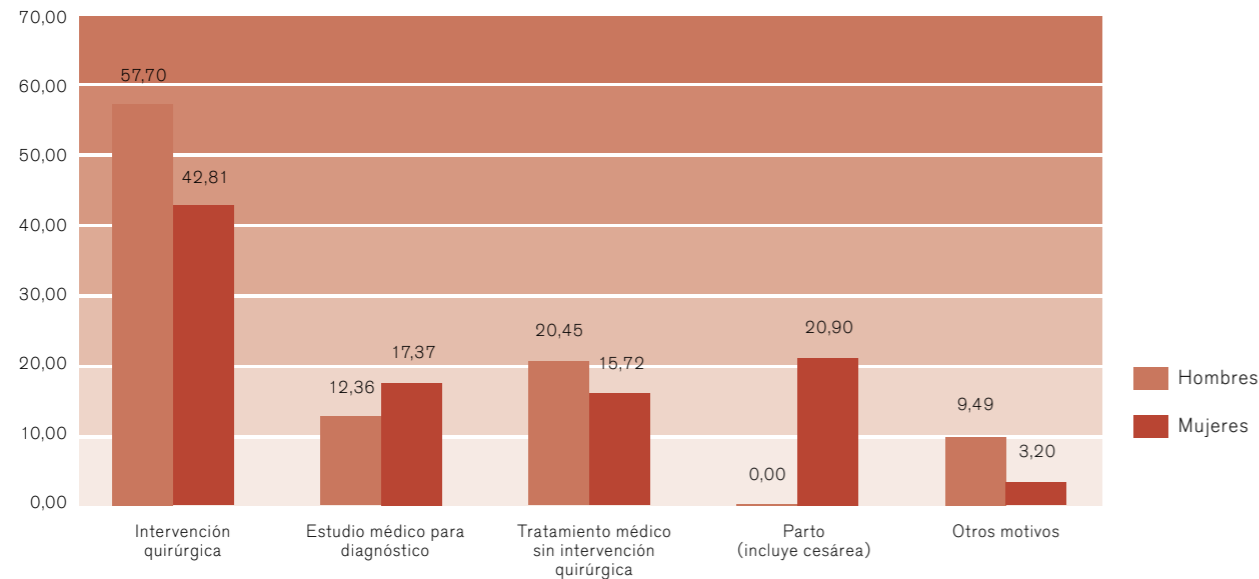
En cuanto a los reingresos, no existen apenas diferencia entre hombres y mujeres, ya que el 81,3% de los hombres ingresan sólo una vez, frente al 84,1% de las mujeres.

TABLA 39 Motivo del último ingreso en el hospital.

	Varón	%	Mujer	%	Total	%
Intervención quirúrgica	114.725	57,70	137.788	42,81	252.513	48,49
Estudio médico para diagnóstico	24.569	12,36	55.909	17,37	80.477	15,46
Tratamiento médico sin intervención quirúrgica	40.659	20,45	50.604	15,72	91.263	17,53
Parto (incluye cesárea)	0	0,00	67.285	20,90	67.285	12,92
Otros motivos	18.873	9,49	10.304	3,20	29.177	5,60
Total	198.826	100,00	321.889	100,0	520.716	100,0

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

GRÁFICO 50 Porcentaje de personas por motivo de ingreso en el hospital.



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2005. INE

EL 20,90% DE LAS MUJERES ACUDEN AL MISMO PARA DAR A LUZ, YA SEA CON PARTO O CESÁREA

El sexo es un factor muy diferenciador en la hospitalización, ya que el 20,90% de las mujeres acuden al mismo para dar a luz, ya sea con parto o cesárea. Sin embargo, una vez que descontamos las 67.285 mujeres que acuden al hospital por esta causa, los números absolutos y los porcentajes entre hombres y mujeres se igualan, ya que el 54,11% de las mujeres que acuden la hospital por causas diferentes al parto lo hacen para una intervención quirúrgica, porcentaje similar al de los hombres.

TABLA 40 A cargo de quién corrieron los gastos de su última hospitalización.

	Varón	%	Mujer	%	Ambos sexos	%
Seguridad social	187.059	94,08	267.450	83,09	454.509	87,29
Mutualidad obligatoria	2.027	1,02	22.932	7,12	24.959	4,79
Sociedad médica privada	3.385	1,70	17.254	5,36	20.639	3,96
A su propio cargo o de su hogar	6.356	3,20	14.253	4,43	20.609	3,96
Total	198.826	100,00	321.889	100,00	520.716	100,00

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

En cuanto al pago de los servicios hospitalarios, el 87,29% de los **andaluces** cargan sobre el Sistema Andaluz de Salud los gastos de hospitalización, existiendo diez puntos de diferencia entre hombres y mujeres. Ahora bien, si diferenciamos el tipo de asistencia y analizamos quién corre con los gastos, el porcentaje de mayor utilización de la asistencia sanitaria privada se da en el caso de las mujeres y el parto.

TABLA 41 Ha estado hospitalizado al menos una noche en los últimos doce meses.

	SÍ	%	NO	%
16 a 19 años	17.474	3,36	416.096	7,42
20 a 29 años	89.925	17,27	1.122.699	20,02
30 a 39 años	87.578	16,82	1.137.032	20,27
40 a 49 años	54.726	10,51	1.076.992	19,20
50 a 59 años	62.943	12,09	690.573	12,31
60 a 69 años	64.241	12,34	571.160	10,18
70 a 79 años	104.026	19,98	420.885	7,50
80 a 89 años	34.599	6,64	161.759	2,88
90 y más años	5.204	1,00	11.095	0,20
Total	520.716	100,00	5.608.291	100,00

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

Si distinguimos por grupo de edad, observamos cómo a partir del grupo de 40 a 49 años el porcentaje de **andaluces** que ha estado hospitalizado al menos una noche a lo largo del último año sube paulatinamente hasta alcanzar su máximo en el grupo de edad de 70 a 79 años con una tasa del 19,89%. Por tanto a partir de la mediana edad, la tasa de hospitalización se incrementa progresivamente a medida que avanza la edad, siendo especialmente importante en los grupos de edad más elevados.

4.1.4. LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

EL 28,00% DE LA POBLACIÓN ANDALUZA HA ACUDIDO A URGENCIAS AL MENOS UNA VEZ DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES

Tal como muestra la tabla siguiente, el 28,00% de la población **andaluza** ha acudido a urgencias al menos una vez durante los últimos 12 meses. Aunque con escasa diferencia, la tasa de utilización de los servicios de urgencias es algo más elevada en las mujeres (35,59%). Los avatares del ciclo reproductivo dejan también su efecto en estas diferencias. La edad es el factor más importante para explicar la utilización de este servicio sanitario. El uso de las urgencias en cada grupo de edad es decreciente hasta los 50-59 años, edad a partir de la cual vuelve a ser creciente hasta alcanzar casi al 68,23% de los mayores de 90 años.

Si analizamos el porcentaje de personas que ha utilizado algún servicio de urgencias por grupo de edad vemos que en el grupo de 16 a 19 años el 34,70% de las personas de esa edad ha acudido a urgencias, siendo este porcentaje decreciente hasta llegar al grupo de edad de 40 a 49 años. A partir de los 50 años, el porcentaje de personas que utilizan los servicios de urgencias es creciente hasta alcanzar el máximo en el grupo de 90 y más años. La trayectoria catenaria (descendente-ascendente) de la utilización de las urgencias es atribuible al efecto conjunto de la accidentalidad, decreciente hasta los 50 años, y la morbilidad creciente a partir de esta edad.

LA TRAYECTORIA CATENARIA (DESCENDENTE-ASCENDENTE) DE LA UTILIZACIÓN DE LAS URGENCIAS ES ATRIBUIBLE AL EFECTO CONJUNTO DE LA ACCIDENTALIDAD, DECRECIENTE HASTA LOS 50 AÑOS, Y LA MORBILIDAD CRECIENTE A PARTIR DE ESTA EDAD

TABLA 42 Ha utilizado algún servicio de urgencias durante los últimos doce meses.

		SÍ	% fila	% col	NO	% fila	% col
Varón	16 a 19 años	63.069	27,63	8,32	165.186	72,37	7,38
	20 a 29 años	144.787	24,26	19,11	452.047	75,74	20,20
	30 a 39 años	165.644	26,31	21,86	463.938	73,69	20,73
	40 a 49 años	104.307	18,53	13,77	458.704	81,47	20,50
	50 a 59 años	103.315	26,04	13,63	293.492	73,96	13,12
	60 a 69 años	77.962	27,64	10,29	204.090	72,36	9,12
	70 a 79 años	66.640	30,88	8,79	149.139	69,12	6,66
	80 a 89 años	30.716	37,51	4,05	51.167	62,49	2,29
	90 y más años	1.324	100,00	0,17	0	0,00	0,00
	Total	757.764	25,30	100,00	2.237.764	74,70	100,00
Mujer	16 a 19 años	87.366	42,55	9,12	117.949	57,45	5,42
	20 a 29 años	176.068	28,59	18,37	439.722	71,41	20,22
	30 a 39 años	148.624	24,98	15,51	446.404	75,02	20,52
	40 a 49 años	123.825	21,77	12,92	444.882	78,23	20,45
	50 a 59 años	96.728	27,12	10,09	259.981	72,88	11,95
	60 a 69 años	125.985	35,65	13,14	227.364	64,35	10,45
	70 a 79 años	139.855	45,24	14,59	169.277	54,76	7,78
	80 a 89 años	50.195	43,85	5,24	64.279	56,15	2,96
	90 y más años	9.796	65,42	1,02	5.179	34,58	0,24
	Total	958.443	30,59	100,00	2.175.036	69,41	100,00
Ambos sexos	16 a 19 años	150.435	34,70	8,77	283.134	65,30	6,42
	20 a 29 años	320.855	26,46	18,70	891.769	73,54	20,21
	30 a 39 años	314.268	25,66	18,31	910.342	74,34	20,63
	40 a 49 años	228.132	20,16	13,29	903.586	79,84	20,48
	50 a 59 años	200.043	26,55	11,66	553.473	73,45	12,54
	60 a 69 años	203.947	32,10	11,88	431.454	67,90	9,78
	70 a 79 años	206.495	39,34	12,03	318.416	60,66	7,22
	80 a 89 años	80.912	41,21	4,71	115.446	58,79	2,62
	90 y más años	11.120	68,23	0,65	5.179	31,77	0,12
	Total	1.716.207	28,00	100,00	4.412.800	72,00	100,00

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

4.1.5. EL CONSUMO DE MEDICAMENTOS

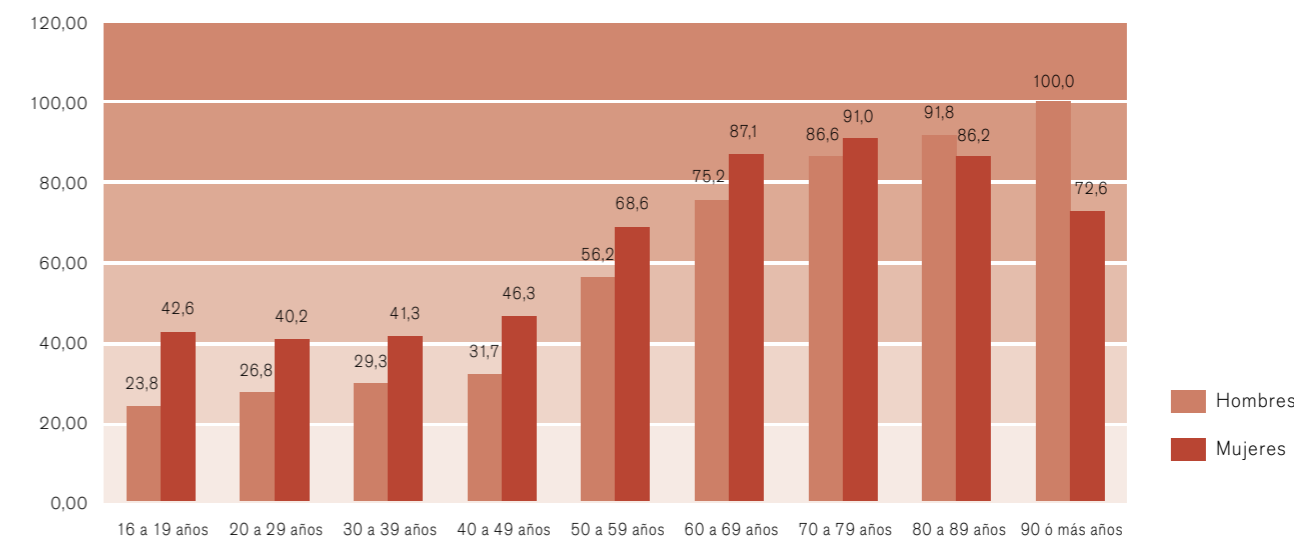
Tal como se muestra en la tabla, el 49% de la población **andaluza** consume al menos un medicamento en las últimas dos semanas, que representan el 42,59% de los hombres y el 72,73% de las mujeres. Esta diferencia por sexo es patente en todos los grupos de edad. Tanto la tasa de consumo de medicamentos como el número absoluto de usuarios crecen a medida que lo hace la edad hasta los 80 años.

49% DE LA POBLACIÓN ANDALUZA CONSUME AL MENOS UN MEDICAMENTO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS

Tanto la tasa de consumo de medicamentos como el número absoluto de usuarios crecen a medida que lo hace la edad hasta los 80 años.

TANTO LA TASA DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS COMO EL NÚMERO ABSOLUTO DE USUARIOS CRECEN A MEDIDA QUE LO HACE LA EDAD HASTA LOS 80 AÑOS

GRÁFICO 51 Porcentaje de personas que han consumido al menos un medicamento en las últimas dos semanas por grupo de edad.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

Independientemente del sexo, apreciamos cómo a medida que aumenta la edad el porcentaje de personas que consumen medicamentos se incrementa, llegando a ser del 90% en las personas de 90 y más años. Esta tendencia no se refiere únicamente al número de personas que consumen medicamentos, sino también al número de fármacos que consumen.

TABLA 43 Número de personas en función del consumo de medicamentos.

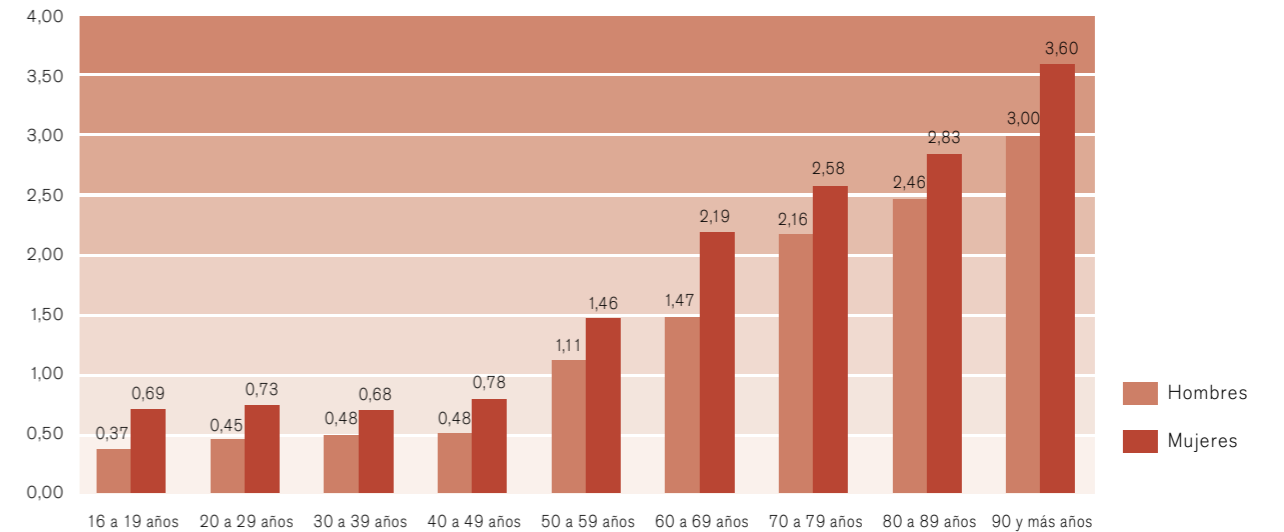
		No consume medicamentos			Consume medicamentos		
		Personas	% fila	% col	Personas	% fila	% col
Varón	16 a 19 años	173.987	76,23	10,12	54.268	23,77	4,25
	20 a 29 años	437.087	73,23	25,42	159.748	26,77	12,52
	30 a 39 años	444.856	70,66	25,87	184.725	29,34	14,48
	40 a 49 años	384.378	68,27	22,35	178.632	31,73	14,00
	50 a 59 años	173.839	43,81	10,11	222.967	56,19	17,48
	60 a 69 años	69.831	24,76	4,06	212.222	75,24	16,63
	70 a 79 años	28.986	13,43	1,69	186.794	86,57	14,64
	80 a 89 años	6.726	8,21	0,39	75.158	91,79	5,89
	90 y más años	0	0,00	0,00	1.324	100,00	0,10
	Total	1.719.691	57,41	100,00	1.275.837	42,59	100,00
Mujer	16 a 19 años	117.866	57,41	8,75	87.448	42,59	4,89
	20 a 29 años	368.219	59,80	27,35	247.571	40,20	13,85
	30 a 39 años	349.252	58,69	25,94	245.777	41,31	13,75
	40 a 49 años	305.563	53,73	22,70	263.144	46,27	14,72
	50 a 59 años	111.925	31,38	8,31	244.784	68,62	13,70
	60 a 69 años	45.672	12,93	3,39	307.677	87,07	17,22
	70 a 79 años	27.881	9,02	2,07	281.251	90,98	15,74
	80 a 89 años	15.822	13,82	1,18	98.652	86,18	5,52
	90 y más años	4.098	27,37	0,30	10.876	72,63	0,61
	Total	1.346.298	42,96	100,00	1.787.181	57,04	100,00
Ambos sexos	16 a 19 años	291.853	67,31	9,52	141.716	32,69	4,63
	20 a 29 años	805.306	66,41	26,27	407.318	33,59	13,30
	30 a 39 años	794.108	64,85	25,90	430.502	35,15	14,05
	40 a 49 años	689.941	60,96	22,50	441.777	39,04	14,42
	50 a 59 años	285.765	37,92	9,32	467.752	62,08	15,27
	60 a 69 años	115.503	18,18	3,77	519.899	81,82	16,97
	70 a 79 años	56.867	10,83	1,85	468.045	89,17	15,28
	80 a 89 años	22.548	11,48	0,74	173.810	88,52	5,67
	90 y más años	4.098	25,14	0,13	12.201	74,86	0,40
	Ambos sexos	3.065.989	50,02	100,00	3.063.018	49,98	100,00

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

LAS MUJERES NO SÓLO PRESENTAN UN MAYOR PORCENTAJE EN COMPARACIÓN A LOS HOMBRES QUE CONSUMEN MEDICAMENTOS, SINO QUE ADEMÁS SU CONSUMO MEDIO ES SUPERIOR EN CADA TRAMO DE EDAD

Por otro lado, se aprecia que el número medio de medicamentos se incrementa paulatinamente a medida que nos desplazamos a grupos de edad más elevados. De hecho, pasa del 0,69 para las mujeres en el grupo de edad de 16 a 19 años al 3,60 en el grupo de 90 y más años. De la misma forma, las mujeres no sólo presentan un mayor porcentaje en comparación a los hombres que consumen medicamentos, sino que además su consumo medio es superior en cada tramo de edad.

GRÁFICO 52 Número medio de medicamentos diferentes consumidos en las últimas dos semanas por grupo de edad.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

4.2. ESTILOS DE VIDA

Ahora vamos a describir cómo afectan los estilos de vida a la utilización de recursos sanitarios en Andalucía. Para este apartado nos centraremos en el efecto de la obesidad, el tabaco y el consumo de alcohol en el uso de los recursos sanitarios. Para ello tendremos en cuenta las variables que se refieren a la frecuencia de la utilización de los recursos, más que aquellas que únicamente añaden información sobre la forma de uso. Por ello, en los tres casos analizaremos la influencia de la obesidad, el tabaco y el alcohol en:

- Número de veces que ha consultado con algún médico en las últimas dos semanas.
- Número de visitas al dentista en los tres últimos meses.
- Número de veces que ha estado hospitalizado en los últimos doce meses.
- Número de días que estuvo ingresado en el hospital durante el último ingreso.
- Número de veces que ha utilizado un servicio de urgencias.
- Número de tipos de medicamentos que consume.

La incidencia de la obesidad es especialmente importante en el número de días de ingreso, en el número de visitas a urgencias y en el hecho

de estar polimedicado. En cambio, en el número de hospitalizaciones y en la visita al médico no parece que exista un factor de incidencia muy superior a medida que aumenta el IMC.

EXISTE UNA INCIDENCIA MUY IMPORTANTE EN EL NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES, DÍAS DE INGRESO Y NÚMERO DE VECES QUE SE ACUDE A URGENCIAS DE LOS INDIVIDUOS QUE TIENEN UN BAJO PESO

Un factor relevante es que también existe una incidencia muy importante en el número de hospitalizaciones, días de ingreso y número de veces que se acude a urgencias de los individuos que tienen un bajo peso. Un hecho importante en relación al bajo peso es que si bien su incidencia es mayor en mujeres que en hombres, el consumo de recursos sanitarios por parte de los varones con un IMC inferior a 18,5 es muy superior al de las mujeres. En este sentido, la anorexia y las complicaciones asociadas a los individuos con bajo peso son muy importantes, aunque su incidencia global sobre el consumo de recursos es escasa al no tener una prevalencia equivalente a la de los obesos.

LA INCIDENCIA DE LA OBESIDAD ES ESPECIALMENTE IMPORTANTE EN EL NÚMERO DE DÍAS DE INGRESO, EN EL NÚMERO DE VISITAS A URGENCIAS Y EN EL HECHO DE ESTAR POLIMEDICADO

Otro factor diferenciador es el patrón de utilización de recursos por parte de hombres y mujeres en función del IMC. Tal como se puede observar en la tabla anterior, en el caso de los hombres no existe una correlación positiva entre la utilización de recursos sanitarios y el IMC, salvo en el caso de consumo de medicamentos y utilización de urgencias. Sin embargo, en el caso de las mujeres, existe una mayor utilización de recursos sanitarios a medida que aumenta el IMC. A ello contribuye que la edad media de las mujeres en los tres grupos de obesidad es 6 años superior a la de los hombres (60 años en comparación a los 54 de los varones).

EN EL CASO DE LAS MUJERES, EXISTE UNA MAYOR UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS A MEDIDA QUE AUMENTA EL IMC. A ELLO CONTRIBUYE QUE LA EDAD MEDIA DE LAS MUJERES EN LOS TRES GRUPOS DE OBESIDAD ES 6 AÑOS SUPERIOR A LA DE LOS HOMBRES

Si analizamos ahora el efecto del tabaco sobre la utilización de recursos sanitarios comprobamos que está correlacionado positivamente, ya que el tabaco es la primera causa de enfermedad, invalidez y muerte evitable en el país, y está relacionado directamente con más de 25 enfermedades (especialmente con el cáncer de pulmón y otros tumores, y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares).

En el caso de los fumadores vamos a utilizar distintos grupos en función de la intensidad del hábito tabáquico. De esta forma, distinguiremos entre:

- Aquellas personas que no han fumado nunca.
- Los que actualmente no fuman pero si que han fumado a lo largo de su vida.
- Fumador leve: que consume menos de 5 cigarrillos en promedio por día. Tiene hasta 15 veces mayor probabilidad de padecer cáncer de pulmón que los no fumadores.
- Fumador moderado: que fuma entre 6 y 15 cigarrillos promedio por día. Aumenta hasta 40 veces las probabilidades de cáncer de pulmón.
- Fumador severo: fuma más de 16 cigarrillos por día en promedio. Incrementa hasta 60 veces la probabilidad de cáncer de pulmón.

LA RENUENCIA DE LOS FUMADORES A LA CONSULTA MEDICA ACABA RINDIENDO CUENTAS EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

La utilización de recursos por parte de los fumadores no es mucho más intensiva que la de los no fumadores. Sin embargo, los fumadores utilizan más la visita al hospital y el número de días que permanecen ingresados es mayor en los fumadores moderados y severos, lo que parece poner de manifiesto que la renuencia de los fumadores a la consulta medica acaba rindiendo cuentas en la atención hospitalaria.

TABLA 44 Utilización de recursos sanitarios en función del IMC del individuo.

Sexo	Grupos de IMC	Número de veces que ha consultado con algún médico en las últimas dos semanas	Número de visitas al dentista en los tres últimos meses	Número de veces que ha estado hospitalizado en los últimos doce meses	Número de días que estuvo ingresado en el hospital durante el último ingreso	Número de veces que ha utilizado un servicio de urgencias	Número de tipos de medicamentos que consume
Varón	BajoPeso (menos de 18,5)	1,00	1,92	1,00	96,24	1,62	0,53
	Peso normal (de 18,5 a 25)	1,25	1,88	1,06	8,09	1,37	0,64
	Sobre peso (de 25 a 30)	1,22	1,69	1,35	10,10	1,39	0,89
	Obesidad I (de 30 a 35)	1,16	2,82	1,21	6,88	1,52	1,10
	Obesidad II (de 35 a 40)	1,22	1,00	1,69	5,70	1,51	1,32
	Obesidad III (más de 40)	1,16	1,00	.	.	1,00	1,46
Mujer	Bajo Peso (menos de 18,5)	1,31	1,14	1,00	13,07	3,16	1,17
	Peso normal (de 18,5 a 25)	1,24	1,79	1,20	8,47	1,76	0,92
	Sobre peso (de 25 a 30)	1,18	1,59	1,61	9,35	1,49	1,43
	Obesidad I (de 30 a 35)	1,21	1,56	1,76	7,33	1,99	1,86
	Obesidad II (de 35 a 40)	1,24	1,00	1,39	11,95	2,45	1,92
	Obesidad III (más de 40)	1,68	3,00	1,00	10,00	1,51	2,18
Ambos sexos	Bajo Peso (menos de 18,5)	1,25	1,46	1,00	50,37	2,31	0,93
	Peso normal (de 18,5 a 25)	1,25	1,83	1,16	8,37	1,62	0,80
	Sobre peso (de 25 a 30)	1,20	1,65	1,46	9,77	1,43	1,12
	Obesidad I (de 30 a 35)	1,19	2,04	1,67	7,26	1,81	1,49
	Obesidad II (de 35 a 40)	1,24	1,00	1,44	10,87	2,17	1,74
	Obesidad III (más de 40)	1,47	2,64	1,00	10,00	1,40	1,92

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

TABLA 45 Utilización de recursos sanitarios según el número medio de cigarrillos fumados.

Sexo	Tipo de fumador	Número de veces que ha consultado con algún médico en las últimas dos semanas	Número de visitas al dentista en los tres últimos meses	Número de veces que ha estado hospitalizado en los últimos doce meses	Número de días que estuvo ingresado en el hospital durante el último ingreso	Número de veces que ha utilizado un servicio de urgencias	Número de tipos de medicamentos que consume
Varón	No ha fumado nunca	1,14	2,51	1,14	8,59	1,36	0,70
	No fuma pero ha fumado	1,28	1,58	1,41	14,03	1,41	1,43
	Fumador leve (Menos de 6 cigarrillos)	1,15	1,49	1,00	6,09	1,07	0,71
	Fumador moderado (Entre 6 y 15 cigarrillos)	1,41	1,62	1,64	16,10	1,84	0,60
	Fumador severo (Más de 15 cigarrillos)	1,11	1,90	1,19	6,89	1,51	0,50
Mujer	No ha fumado nunca	1,22	1,70	1,62	10,13	1,77	1,48
	No fuma pero ha fumado	1,33	1,59	1,05	3,97	2,19	0,99
	Fumador leve (Menos de 6 cigarrillos)	1,17	1,97	1,00	5,49	1,48	0,78
	Fumador moderado (Entre 6 y 15 cigarrillos)	1,21	1,69	1,09	4,39	1,70	0,78
	Fumador severo (Más de 15 cigarrillos)	1,15	1,39	1,26	12,63	1,90	0,80
Ambos sexos	No ha fumado nunca	1,20	1,95	1,50	9,75	1,64	1,19
	No fuma pero ha fumado	1,29	1,58	1,28	10,38	1,63	1,32
	Fumador leve (Menos de 6 cigarrillos)	1,16	1,80	1,00	5,84	1,26	0,74
	Fumador moderado (Entre 6 y 15 cigarrillos)	1,27	1,66	1,33	9,31	1,74	0,70
	Fumador severo (Más de 15 cigarrillos)	1,13	1,73	1,22	9,79	1,63	0,59

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

Para finalizar este apartado, veremos el efecto que tiene el consumo de alcohol en la utilización de los servicios sanitarios. Para ello hemos utilizado las clasificaciones habituales de bebedores en función del sexo y de los gramos de alcohol ingeridos:

- Abstemios, aquellas personas que consumen menos de 8 gramos de alcohol.
- Bebedor ligero, aquel que consume entre 8 y 21 gramos de alcohol.
- Bebedor moderado, entre 21 y 61 gramos si es hombre y entre 21 y 50 si es mujer.
- Bebedor alto, entre 61 y 81 gramos si es hombre y entre 40 y 61 si es mujer.
- Bebedor excesivo, entre 81 y 120 gramos en hombres y entre 61 y 80 en mujeres.
- Bebedor de alto riesgo, más de 120 gramos si es hombre y más de 80 si es mujer.

El consumo de alcohol en la población **andaluza** no es un factor que genere un uso intensivo de recursos sanitarios, en comparación de los no bebedores. El aspecto en el que existe una mayor influencia de la ingesta de alcohol sobre la utilización de recursos sanitarios es el número de visitas al dentistas, ya que los bebedores excesivos tienen 2,52 vistas medias frente a las 1,78 de los abstemios.

EL ASPECTO EN EL QUE EXISTE UNA MAYOR INFLUENCIA DE LA INGESTA DE ALCOHOL SOBRE LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS ES EL NÚMERO DE VISITAS AL DENTISTAS, YA QUE LOS BEBEDORES EXCESIVOS TIENEN 2,52 VISTAS MEDIAS FRENTE A LAS 1,78 DE LOS ABSTEMIOS

TABLA 46 Utilización de recursos sanitarios en función del número de gramos de alcohol que consume.

Sexo	Tipo de bebedor	Número de veces que ha consultado con algún médico en las últimas dos semanas	Número de visitas al dentista en los tres últimos meses	Número de veces que ha estado hospitalizado en los últimos doce meses	Número de días que estuvo ingresado en el hospital durante el último ingreso	Número de veces que ha utilizado un servicio de urgencias	Número de tipos de medicamentos que consume
Varón	Abstemio	1,21	2,16	1,09	11,20	1,27	0,95
	Bebedor ligero	1,27	1,66	1,41	12,30	1,24	0,61
	Bebedor moderado	1,30	1,90	1,78	5,84	2,20	0,96
	Bebedor alto	1,04	1,66	1,00	10,35	1,54	0,75
	Bebedor excesivo	1,09	6,00	1,00	4,00	1,00	0,42
	Gran riesgo	1,00	3,00	1,49	2,49	1,85	0,61
Mujer	Abstemio	1,23	1,60	1,53	8,38	1,74	1,37
	Bebedor ligero	1,29	1,89	1,07	6,56	2,14	0,95
	Bebedor moderado	1,00	3,52	1,29	2,96	1,12	0,81
	Bebedor alto	1,22	1,00	1,00	2,40	1,96	1,59
	Bebedor excesivo	2,00	1,00	.	.	1,00	0,53
	Gran riesgo	1,00	.	.	.	.	0,00
Ambos sexos	Abstemio	1,22	1,78	1,40	9,21	1,58	1,22
	Bebedor ligero	1,28	1,77	1,25	9,48	1,62	0,75
	Bebedor moderado	1,21	2,43	1,69	5,29	1,94	0,92
	Bebedor alto	1,09	1,63	1,00	7,90	1,62	0,86
	Bebedor excesivo	1,30	2,53	1,00	4,00	1,00	0,45
	Gran riesgo	1,00	3,00	1,49	2,49	1,85	0,51

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

5. DETERMINANTES SOCIALES EN EL USO DE LOS RECURSOS SANITARIOS

La sociedad española y los agentes públicos y privados del sistema sanitario están cada vez más involucrados en la búsqueda de medios y acciones que favorezcan la mejora continua de las condiciones y la calidad de vida, cuyo pilar básico es, sin lugar a duda, la mejora de la salud de la población. La correcta gestión y el uso racional de los recursos sanitarios son de vital importancia para el alcance de los objetivos en sanidad. Por ello, centraremos esta parte del estudio en el análisis de los factores más relevantes de carácter social y personal, que influyen en el uso de los recursos sanitarios, utilizando como fuente de información a los Barómetros Sanitarios 2004 que ofrece el MSC.

Como ya se ha puesto de manifiesto en los capítulos precedentes, existe una amplia gama de factores sociales que enmarcan las coordenadas del espacio vital que rodea a cada individuo. Las personas construyen su sistema de valores, sus actitudes y su conducta habitual en base a estas circunstancias (situación laboral, renta del hogar, educación, estado civil, etc.), algunas de las cuales se reciben al nacer y otras se van adquiriendo a lo largo de la vida. El análisis de la relación existente entre las distintas variables sociales y las preferencias y/o prácticas individuales en el uso de servicios sanitarios y el consumo de medicamentos ayuda a construir el perfil de los usuarios de servicios sanitarios y a desvelar muchas de las desigualdades sociales aún persistentes.

5.1. EDUCACIÓN Y FORMACIÓN

A partir de 1991, la asistencia sanitaria cubre a más del 99,5 % de los andaluces, es decir, a la práctica totalidad de la población de la comunidad autónoma, incluida la de los inmigrantes. Más del 95 % de los **andaluces** reciben asistencia sanitaria a través del Sistema Andaluz de Salud y otro 3,57% dispone de ella por medio de las diferentes Mutualidades del Estado, totalizando, en 2004, un 99,19% de cobertura pública.

Junto a la asistencia sanitaria pública, prácticamente generalizada, encontramos un 0,81% de **andaluces** que optan por el seguro médico privado como primera cobertura sanitaria, bien concertado a través de las empresas en las que trabajan, bien contratados directa e individualmente. Además, hay que señalar que el 7,8 % de los **andaluces** gozan de doble cobertura sanitaria: de ellos, el 80,88% están cubiertos en segunda instancia por aseguramiento privado, y el 19,12% por mutualidades del Estado (la mayoría de ellas acogidas, a su vez, al seguro privado). La evolución de la última

EL CRECIMIENTO DEL SEGURO PRIVADO SE ESTÁ REALIZANDO PRIMORDIALMENTE DENTRO DE LA DOBLE COBERTURA

década muestra una situación de cobertura prácticamente universal estabilizada, en la que el crecimiento del seguro privado se está realizando primordialmente dentro de la doble cobertura.

LA PRÁCTICA TOTALIDAD DE LA POBLACIÓN DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA, INCLUIDA LA DE LOS INMIGRANTES. MÁS DEL 95% DE LOS ANDALUCES RECIBEN ASISTENCIA SANITARIA A TRAVÉS DEL SISTEMA ANDALUZ DE SALUD

TABLA 47 Cobertura sanitaria según institución, pública o privada, que la presta.

Año 2004	Primera cobertura sanitaria	Segunda cobertura sanitaria
Seguridad Social	95,63	0,00
Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, acogidas a la S.S.)	0,92	5,88
Mutualidades del Estado (MUFACE, acogidas seguro privado)	2,65	13,24
Seguro médico privado concertado individualmente	0,23	44,12
Seguro médico privado concertado a través de la empresa	0,58	36,76
No tengo seguro médico, utilizo médicos privados	0,00	0,00
N.C.	0,00	0,00

Fuente: Barómetros Sanitarios, 2004; MSC

De los datos obtenidos parece razonable esperar que la educación pueda afectar a las decisiones y/u opiniones individuales de los **andaluces** en materia de sanidad. En todo caso, el sector público resulta predominante, dado que la gran mayoría de la población pone su salud en manos de la Sanidad pública, en gran medida porque tiene una mayor confianza en ella o bien porque no tiene acceso económico a la sanidad privada.

TABLA 48 Preferencia por la provisión privada o pública de asistencia sanitaria por nivel de estudios en Andalucía.

	Atención Primaria (consultas de medicina general y pediatría)				Asistencia especializada (consultas de especialistas, salvo dentistas)				Urgencias			
	Público	Privado	Ambos	N.C.	Público	Privado	Ambos	N.C.	Público	Privado	Ambos	N.C.
Menos de 5 años de escolarización	74,07	25,93	0,00	0,00	55,56	40,74	3,70	0,00	81,48	18,52	0,00	0,00
Educación primaria de LOGSE	65,76	29,35	4,35	0,54	52,72	38,59	7,61	1,09	67,93	26,09	5,43	0,54
ESO o Bachiller elemental	52,13	40,76	5,21	1,90	38,39	54,03	6,16	1,42	62,09	32,23	3,79	1,90
Formación Profesional de grado medio	52,94	41,18	5,88	0,00	35,29	55,88	8,82	0,00	61,76	29,41	8,82	0,00
Bachillerato de LOGSE	61,54	27,88	10,58	0,00	46,15	43,27	9,62	0,96	64,42	21,15	14,42	0,00
Formación Profesional de grado superior	45,76	45,76	6,78	1,69	33,90	54,24	10,17	1,69	50,85	35,59	11,86	1,69
Arquitecto e Ingeniero Técnico	42,86	42,86	14,29	0,00	14,29	71,43	14,29	0,00	42,86	42,86	14,29	0,00
Diplomado	47,76	49,25	2,99	0,00	44,78	52,24	2,99	0,00	70,15	26,87	1,49	1,49
Arquitecto e Ingeniero Superior	50,00	50,00	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	25,00	75,00	0,00	0,00
Licenciado	58,00	38,00	2,00	2,00	56,00	36,00	6,00	2,00	70,00	22,00	6,00	2,00
Estudios de Postgrado o especialización	100,00	0,00	0,00	0,00	50,00	50,00	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: Barómetros Sanitarios, 2004; MSC

A MEDIDA QUE SE ELEVA EL NIVEL FORMATIVO, ASOCIADO CASI SIEMPRE CON EL NIVEL DE RENTA, SE OBSERVA UNA EVOLUCIÓN DE LAS PREFERENCIAS HACIA LO PRIVADO, EN TODOS LOS TIPOS DE ATENCIÓN SANITARIA

Es evidente que los niveles superiores de formación vienen respaldados por mayores niveles de ingresos del hogar, razón que justifica el hecho de que el grupo de población con menos de 5 años de escolarización tiene claras preferencias por la asistencia sanitaria pública en todas sus ramas, siendo los porcentajes en 2004 los siguientes: 74,07% manifiesta sus preferencias por los servicios sanitarios públicos en atención primaria, 55,50% en atención especializada y 81,48% para urgencias. Sin embargo, a medida que se eleva el nivel formativo, asociado casi siempre con el nivel de renta, se observa una evolución de las preferencias hacia lo privado, en todos los tipos de atención sanitaria.

5.2. RENTA PROPIA E INGRESOS DEL HOGAR

Como se ha venido señalando en las páginas de este texto, se pueden verificar diferencias muy significativas de estado de salud asociadas a los niveles de renta. Partiendo de esta base, y sabiendo que el más elevado nivel de salud corresponde a los hogares con mayores recursos económicos, parece razonable, a priori, pensar que los miembros de hogares con alto nivel de renta tengan menor necesidad de utilizar los servicios médicos y sanitarios.

En el 2004 se observan claramente que el uso de los servicios sanitarios disminuye a medida que aumenta la renta, teniendo en cuenta que los niveles más bajos de renta, por debajo de los 361 euros al mes utilizan muy poco la atención sanitaria.

EL USO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DISMINUYE A MEDIDA QUE AUMENTA LA RENTA

Por otra parte, como señalábamos anteriormente, se constata que a medida que aumenta el nivel de renta

A MEDIDA QUE AUMENTA EL NIVEL DE RENTA EXISTE UNA PREFERENCIA POR LOS SERVICIOS PRIVADOS

existe una preferencia por los servicios privados, sobre todo a partir de los 1.500 euros al mes.

TABLA 49 Utilización de asistencia sanitaria por nivel de renta en Andalucía.

	Utilización de atención primaria				Utilización de urgencias			Utilización de atención especializada			Ingreso en un hospital		
	Sí	No	No recuerda	N.C.	Sí	No	N.C.	Sí	No	N.C.	Sí	No	N.C.
Menos de 361 € al mes	2,25	1,40	0,00	0,00	2,45	1,72	0,00	1,74	2,11	0,00	6,49	1,52	0,00
De 362 a 601 € al mes	14,01	8,74	0,00	0,00	12,59	12,01	0,00	14,24	10,92	0,00	15,58	11,87	0,00
De 602 a 901 € al mes	20,24	14,69	0,00	0,00	23,08	15,95	0,00	20,06	17,05	33,33	20,78	18,06	0,00
De 902 a 1.202 € al mes	16,09	17,83	20,00	0,00	18,18	15,95	0,00	16,28	17,05	0,00	12,99	17,05	0,00
De 1.203 a 1.502 € al mes	8,13	10,84	0,00	0,00	6,99	9,95	0,00	7,56	9,96	0,00	5,19	9,34	0,00
De 1.503 a 1.803 € al mes	2,94	2,80	0,00	0,00	2,10	3,26	0,00	3,20	2,68	0,00	6,49	2,53	0,00
De 1.804 a 2.404 € al mes	3,11	3,50	0,00	0,00	5,24	2,23	0,00	3,49	2,87	33,33	1,30	3,41	0,00
Más de 2.404 € al mes	3,11	2,45	40,00	0,00	1,05	4,12	0,00	3,20	3,07	0,00	3,90	3,03	0,00
N.S.	15,57	19,58	20,00	0,00	15,73	17,50	0,00	15,99	17,62	0,00	15,58	17,05	0,00
N.C.	14,53	18,18	20,00	0,00	12,59	17,32	0,00	14,24	16,67	33,33	11,69	16,16	0,00

Fuente: Barómetros Sanitarios, 2004; MSC

TABLA 50 Preferencia por la provisión privada o pública de asistencia sanitaria por nivel de estudios en Andalucía.

	Atención Primaria (consultas de medicina general y pediatría)				Asistencia especializada (consultas de especialistas, salvo dentistas)				Urgencias			
	Público	Privado	Ambos	N.C.	Público	Privado	Ambos	N.C.	Público	Privado	Ambos	N.C.
Menos de 361 € al mes	2,67	1,02	0,00	0,00	2,39	1,56	1,72	0,00	1,88	1,76	4,08	0,00
De 362 a 601 € al mes	14,89	8,16	9,09	0,00	16,27	8,05	10,34	12,50	14,02	8,37	10,20	0,00
De 602 a 901 € al mes	20,04	14,29	20,45	42,86	20,33	16,36	15,52	25,00	18,46	16,30	22,45	37,50
De 902 a 1.202 € al mes	16,41	18,03	11,36	14,29	15,79	18,70	10,34	12,50	17,09	18,50	4,08	12,50
De 1.203 a 1.502 € al mes	9,35	8,16	11,36	0,00	9,09	8,57	12,07	0,00	10,43	5,73	8,16	0,00
De 1.503 a 1.803 € al mes	3,05	3,06	0,00	0,00	2,15	3,90	1,72	0,00	3,08	2,64	2,04	0,00
De 1.804 a 2.404 € al mes	1,72	5,44	6,82	0,00	2,15	4,42	3,45	0,00	2,56	4,41	6,12	0,00
Más de 2.404 € al mes	2,86	3,40	4,55	0,00	3,11	2,86	5,17	0,00	2,91	3,52	4,08	0,00
N.S.	13,93	22,11	18,18	14,29	13,64	20,00	18,97	25,00	14,19	23,79	18,37	12,50
N.C.	15,08	16,33	18,18	28,57	15,07	15,58	20,69	25,00	15,38	14,98	20,41	37,50

Fuente: Barómetros Sanitarios, 2004; MSC

RESUMEN

CARACTERÍSTICAS BIOMÉTRICAS

La estatura media de los **andaluces** (165,5 cm) es prácticamente la misma que la media de los españoles, un centímetro más altos que los habitantes de menor talla, los castellano leoneses (164,44 cm.) y dos centímetros más bajos que los ciudadanos de las Islas Canarias (167,46 cm.), los más altos del territorio nacional. La menor estatura de los **andaluces** con respecto a la media nacional se debe atribuir a las mujeres, que se encuentran, junto a extremeñas y castellano-manchegas, por debajo del listón del 1.60. No así los varones **andaluces**, cuya altura media (172,2 cm.) es incluso algo superior a la media nacional (171,9 cm.).

La incorporación a lo largo de la última década de varios millones de inmigrantes, con desigual distribución en la geografía española, ha podido modificar los patrones biométricos de la población española. Desde 1997 la estatura del conjunto de la población española – y también la de **Andalucía** – lejos de haber crecido, ha registrado un retroceso, más notable en la región **andaluza** que en el conjunto del país.

Dada la genealogía de la estatura humana, ligada al crecimiento económico y social y al desarrollo nutricional y las condiciones de vida y salud, existe una correlación entre la talla de los individuos y su estado de salud percibido. En general y exceptuando los segmentos extremos (más de 1,90 metros) las personas más altas manifiestan una mejor autovaloración de la salud. Esta relación se registra también en la población **andaluza**, en la que existe una estrecha correlación, ajustada por edad, entre estatura y salud, algo mayor que en el conjunto de los españoles.

Los últimos datos publicados de la última Encuesta Nacional de Salud revelan que en 2006 más de la mitad (52,7%) de la población adulta en España tiene sobrepeso u obesidad. Esta situación afecta también a uno de cada cuatro niños (27,6%). **Andalucía** es una de las regiones

donde el problema de la obesidad es mayor; la tasa de obesidad llegaba en 2003 al 18,7% de la población adulta (15,4% según la Encuesta **Andaluza** de Salud, 2003).

El peso medio de los adultos españoles estaba, en 2003, en 77,3 kgs.; el de las mujeres en 64,6 kgs. Los **andaluces** pesan casi dos kilogramos más que la media de los españoles: en los varones la diferencia es de algo más de un kilo y en las mujeres de casi dos respecto a la media. El peso medio del andaluz se sitúa en 72.01 kg., mientras el del español está en 70,37 kg.

En España los varones alcanzan su máximo peso entre los 35 y 50 años, mientras que las mujeres lo hacen veinte años después, entre los 55 y 70 años. La desviación de los **andaluces** hacia una mayor obesidad coincide con estos periodos, con la misma diferenciación por sexo. El índice de masa corporal más elevado se alcanza en la población española entre los 60 y 69 años. En ese tramo de edad el IMC, de hombres y de mujeres, se encuentra en 27,4; el IMC de los **andaluces** se sitúa ya 28,35, muy cerca ya de la obesidad. Las poblaciones con más sobrepeso se encuentran en las regiones meridionales de la península; Extremadura, Región de Murcia, **Andalucía**, Castilla-La Mancha, Canarias y Ceuta y Melilla presentan los valores más elevados.

El Índice de Masa Corporal es la medida biométrica que relaciona la altura con el peso, y por tanto, la más adecuada como indicador de salud de los individuos. La geografía de la masa corporal en la población española pone de evidencia una mayor obesidad en el sur y oeste peninsular. En realidad, tan solo el noreste peninsular resiste la epidemia de obesidad que se extiende por el mundo desarrollado. Con datos de 2003 solo las comunidades de Madrid (IMC=24,87) y País Vasco (IMC=24,98), presentan índices de masa corporal inferiores a 25. Mientras tanto, doce comunidades tienen ya una mayoría de la población con sobrepeso u obesidad.

LA GEOGRAFÍA DE LA MASA CORPORAL EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA PONE DE EVIDENCIA UNA MAYOR OBESIDAD EN EL SUR Y OESTE PENINSULAR

MORBILIDAD Y MORTALIDAD

Si comparamos España y **Andalucía** la primera causa de hospitalización en ambos casos son las complicaciones del embarazo, el parto y puerperio con el 12,86% de las altas en España y el 17,84% en **Andalucía**, si bien hay que recordar que la inmensa mayoría de estas hospitalizaciones son ingresos normales por parto sin incidencia patógena alguna. En segundo término a nivel nacional se encuentran las enfermedades del aparato circulatorio, con el 12,42% del total de las altas, mientras que en **Andalucía** son las enfermedades del aparato digestivo las que ocupan ese segundo puesto con el 12,10% de las altas, siendo las relativas al sistema circulatorio el tercer motivo de ingreso hospitalario en la región **andaluza**.

EN 2006 MÁS DE LA MITAD (52,7%) DE LA POBLACIÓN ADULTA EN ESPAÑA TIENE SOBREPESO U OBESIDAD. ESTA SITUACIÓN AFECTA TAMBIÉN A UNO DE CADA CUATRO NIÑOS (27,6%). ANDALUCÍA ES UNA DE LAS REGIONES DONDE EL PROBLEMA DE LA OBESIDAD ES MAYOR

ENTRE LAS MUJERES SON LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO LAS QUE OCUPAN EL PRIMER PUESTO CON EL 31,01% DEL TOTAL, SEIS PUNTOS POR ENCIMA DEL PORCENTAJE A NIVEL NACIONAL, DEBIDO A LA MAYOR TASA DE NATALIDAD DE ANDALUCÍA, SI BIEN LA MAYORÍA DE ESTOS REGISTROS DE MORBILIDAD SON PARTOS PLENAMENTE NORMALES

Para los varones **andaluces** son las enfermedades del aparato digestivo las que más morbilidad causan, el 15,64% del total, seguidas de las enfermedades del aparato circulatorio, con el 15,58%. Entre las mujeres son las complicaciones del embarazo, parto y puerperio las que ocupan el primer puesto con el 31,01% del total, seis puntos por encima del porcentaje a nivel nacional, debido a la mayor tasa de natalidad de **Andalucía**, si bien la mayoría de estos registros de morbilidad son partos plenamente normales. En segundo término se encuentran las enfermedades del aparato digestivo con el 9,37%, seguidas por las del aparato circulatorio, 9,25%.

La esperanza de vida al nacimiento en **Andalucía** para los varones es de 75,60 años en 2005, frente a los 76,96 años de esperanza media a nivel nacional. En el caso de las mujeres **andaluzas** la esperanza media es de 81,11 años, igualmente por debajo de la media nacional de 83,48 años. En la última década, la esperanza de vida en **Andalucía** ha crecido en 2,12 años para los varones y en 1,83 años para las mujeres.

La principal causa de muerte en **Andalucía** son las enfermedades del sistema circulatorio. En segundo lugar, se encuentran los tumores. La tercera causa de muerte en **Andalucía** son las enfermedades del sistema respiratorio. Este patrón de mortalidad no difiere sustancialmente del que se produce a nivel nacional y se repite igualmente cuando analizamos las tasas estandarizadas de mortalidad. La tasa de mortalidad de los varones es en **Andalucía** del 9,81 por 1.000, mientras que la de las mujeres es de 8,85 por 1.000. Estos valores son superiores a la media nacional situada respectivamente en 8,72 y 7,55 por 1.000 respectivamente.

Si analizamos la distribución porcentual por capítulos de la CIE de los años de vida potencialmente perdido, observamos como son los tumores tanto para hombres como mujeres la principal causa de años de vida potencialmente perdidos, representando el 27,51% del total en el caso de los varones y el 43,52% en el de las mujeres. En segundo término, para los varones se encuentran las causas externas de muerte con el 26,31% del total, mientras que para las mujeres son las enfermedades del aparato circulatorio con el 16,06% del total.

ESTILOS DE VIDA: ACTIVIDAD FÍSICA Y DESCANSO

Los datos sobre actividad de la población española ponen de manifiesto que un tercio de la población laboral (33,5%) pasa la práctica totalidad del tiempo de trabajo sentado y bastante más de la mitad de la población española (57,2%) no realiza ninguna actividad física en su tiempo libre. Aunque los datos sobre el tipo de actividad laboral en **Andalucía** reflejan que su actividad en conjunto es algo menos sedentaria que la media española, la falta de actividad física en tiempo libre de los **andaluces** los sitúa en el último lugar del ranking de actividad.

Las Comunidades Autónomas menos activas físicamente son **Andalucía** y Asturias, donde la gran mayoría de la población no practica actividad física o deportiva en su tiempo libre y únicamente el 28% de los **andaluces** y el 30% de los asturianos muestran interés y/o capacidad para

realizar ejercicio físico. La escasa actividad física de los **andaluces** es creciente; empieza siendo del orden del 80% en relación al conjunto nacional antes de los 30 años y cae por debajo del 50% pasada la edad de jubilación.

En todo el conjunto del país el hombre realiza más actividad física en tiempo libre que la mujer, pero las diferencias son aún mayores en **Andalucía**, en donde tres de cada cuatro mujeres (77,6%) no realizan ninguna actividad, mientras en los hombres esto ocurre en dos de cada tres (65,7%); en España estos porcentajes son del 60,4% y el 53,4% respectivamente.

Entre las mujeres que desarrollan su actividad principal sentadas la falta de actividad en tiempo libre alcanza al 83,8%. El nivel de salud autovalorada de las mujeres **andaluzas** que no realizan actividad física es sensiblemente peor que el del resto de las españolas. Por el contrario entre las mujeres que sí hacen ejercicio el nivel de salud es el mismo en **Andalucía** y en el conjunto nacional.

ENTRE LAS MUJERES QUE DESARROLLAN SU ACTIVIDAD PRINCIPAL SENTADAS LA FALTA DE ACTIVIDAD EN TIEMPO LIBRE ALCANZA AL 83,8%

Una cuarta parte de la población española duerme menos de las 7 horas y sólo un 7,3 % duerme más de 9 horas, por lo que podríamos afirmar que en conjunto existe un cierto déficit de sueño en una parte significativa de la población. En general, los hombres duermen algo más que las mujeres. En **Andalucía**, los varones duermen algo menos que la media española y las mujeres algo más, si bien las diferencias son muy pequeñas. La mitad de las **andaluzas** duermen menos de 8 horas, porcentaje que en los varones de la región es del 45%.

ALIMENTACIÓN

Aunque los patrones de alimentación en España son muy similares en todos los grupos de alimentos los porcentajes de población **andaluza** que no consumen o lo hacen en pequeña medida son mayores que los correspondientes a la media del país, lo que a priori indica que la

LA ALIMENTACIÓN DE LOS ANDALUCES ES MENOS RICA O VARIADA QUE EN EL CONJUNTO DE ESPAÑA

alimentación de los **andaluces** es menos rica o variada que en el conjunto de España. Así, por ejemplo, el porcentaje de **andaluces** que consumen fruta fresca menos de una vez por semana es doble del resto de España (9,8% frente al 4,6%); Otro tanto ocurre con el consumo de hortalizas y verduras, notablemente inferior al del resto de España (el 11,2% de los **andaluces** lo consume menos de una vez por semana, frente al 6% en el resto del país).

En cuanto al consumo de mayor frecuencia, es de destacar un menor consumo de carne en los **andaluces** (solo el 55,9% de los **andaluces** consume carne más de tres veces por semana, mientras que este porcentaje en España es del 71%). Por el contrario, el consumo alimentario en **Andalucía** es superior a la media en los grupos de legumbres, pescados y embutidos y fiambres. En el primero de ellos, el porcentaje de consumidores diarios es en **Andalucía** doble del consumo medio en España; el de pescado un 50% superior y el de embutidos un 30% más elevado.

En comparación con otras comunidades autónomas, hay que resaltar el consumo bastante equilibrado, que no elevado en ninguno de los dos casos, de carne y pescado en **Andalucía**, alimentos que pueden considerarse tradicionalmente alternativos. No puede decirse lo mismo de la fruta y las verduras, alimentos altamente recomendados y cuyo consumo en la región es relativamente bajo.

CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL

El avance de resultados de la ENS de 2006 coloca el porcentaje de fumadores diarios en una cifra del 27%, que de confirmarse supondría un paso atrás en la lucha contra el estigma sanitario del consumo de tabaco. **Andalucía** no ofrece mejores resultados en el consumo de tabaco que la media nacional. La tasa de fumadores en **Andalucía** se sitúa en 2003 en el 30,7%, de los que el 92% son fumadores diarios. Estos datos la sitúan como la cuarta región en tasa de fumadores diarios y la tercera en fumadores en general. La tasa de fumadores diarios de los varones **andaluces** (37,05%) es algo más elevada que la media nacional (33,3%) y alcanza entre los 35 y 45 años a más de la mitad de la población **andaluza** masculina.

ANDALUCÍA NO OFRECE MEJORES RESULTADOS EN EL CONSUMO DE TABACO QUE LA MEDIA NACIONAL

También la tasa de fumadoras es más elevada que la media del país (21,1% frente a 19,2%). Las mujeres, en general, alcanzan el cenit de consumo antes que los varones; en **Andalucía** las fumadoras superan también la mitad de la población femenina en el grupo de edad de 20 a 24 años, si bien la tasa de consumo desciende muy rápidamente a partir de los 45-50 años al encontrarnos ya con una población donde la inmensa mayoría (el 90%) no ha fumado nunca.

LA TASA DE BEBEDORES DE LAS MUJERES ANDALUZAS ES EN TODOS LOS GRUPOS DE EDAD CLARAMENTE INFERIOR A LA MEDIA NACIONAL

Andalucía tiene una tasa de bebedores relativamente baja, cuando menos sensiblemente mas reducida que la media nacional. La tasa de bebedores de las mujeres **andaluzas** es en todos los grupos de edad claramente inferior a la media nacional. La de los varones **andaluces**, aunque también es inferior a la de la media nacional masculina, ello se debe al peso específico de los grupos de mayor edad (mas de 55 años), ya que en los tramos mas jóvenes existen muy pocas diferencias, e incluso es superior la tasa de los **andaluces** en algunos grupos de edad. La edad de inicio en la bebida de los **andaluces** se sitúa por encima los 18 años, muy cerca de la media del conjunto de España.

En conjunto y por la intensidad o cantidad de alcohol consumida por los bebedores, la población **andaluza** puede considerarse moderada en su consumo medido en gramos, situándose claramente por debajo de la media nacional. Al igual que sucede en el conjunto del país y en otras muchas regiones, el consumo de alcohol es mucho mas elevado en los hombres que en las mujeres, tanto en frecuencia como en intensidad. Los hombres **andaluces** que beben en fin de semana consumen más del doble de la cantidad de alcohol que las mujeres. Esta diferencia es también muy importante en el consumo diario realizado a lo largo de los días laborables de la semana.

EDUCACIÓN Y RENTAS

Tanto los datos de la Encuesta Nacional de Salud como los de la Encuesta de Condiciones de Vida ponen de relieve que en España el propio nivel educativo y el del contexto del hogar en que se vive están estrechamente correlacionados con el grado de salud autopercebida. Tanto en **Andalucía** como en el conjunto de España, es el nivel de estudios secundarios de segundo ciclo el que alcanza una cota con una mayor tasa

de población con buena o muy buena salud. Las mejoras en salud por encima de dicho tramo educativo son poco perceptibles pero poco significativas, además de encontrarse fuertemente asociadas con los mejores niveles de renta.

Más de la mitad de la población **andaluza** se encuentra por debajo del nivel de estudios secundarios de segundo ciclo, pero en casi todos los niveles de formación la salud autopercebida de los **andaluces** es algo mejor que la del conjunto de la población española. Con datos de todo el país puede estimarse que cada

CADA AÑO DE FORMACIÓN ESTA ASOCIADO CON UNA REDUCCIÓN DE 0,5% EN LA TASA DE POBLACIÓN QUE HA TENIDO ALGUNA DOLENCIA RECIENTE

año de formación esta asociado con una reducción de 0,5% en la tasa de población que ha tenido alguna dolencia reciente, constituyendo así la educación un excelente indicador de salud.

La vinculación entre renta y salud es muy consistente. Entre quienes gozan de muy buena salud hay, por supuesto, rentas altas y bajas, al igual que sucede con el grupo de los que tienen peor salud, pero las rentas medias de unos y otros grupos son bien

concluyentes La renta media de quienes gozan de muy buena salud se sitúa en **Andalucía** en un 67% por encima de los que tienen muy mala salud y un 62% sobre los que tienen mala salud. Estas diferencias de salud y renta son muy similares en el conjunto de España.

El uso del indicador de renta conjunta del hogar, en la que confluyen las rentas de los diferentes miembros de la familia, ejerce un efecto igualador, reflejo del que realiza la propia institución familiar, ya que permite compartir ventajas de las rentas mas elevadas y repartir los inconvenientes de las bajas. Si correlacionamos la valoración de la salud con las rentas individuales las diferencias son aún mayores. En España la renta media de los que afirman disfrutar de muy buena salud (7281) es diez veces superior a la de los que dicen padecer muy mala salud (720). En **Andalucía** estas diferencias también son importantes y los que disfrutaban de mejor salud también tienen una renta nueve veces más elevada que lo peor favorecidos por la salud. De igual forma, la renta media de quienes se perciben con buena salud es casi cinco veces superior a la de los que se autovaloran con mala salud.

SI CORRELACIONAMOS LA VALORACIÓN DE LA SALUD CON LAS RENTAS INDIVIDUALES LAS DIFERENCIAS SON AÚN MAYORES. EN ESPAÑA LA RENTA MEDIA DE LOS QUE AFIRMAN DISFRUTAR DE MUY BUENA SALUD ES DIEZ VECES SUPERIOR A LA DE LOS QUE DICEN PADECER MUY MALA SALUD

RESIDENCIA Y ESTADO CIVIL

La pertenencia a una nación, región o zona geográfica supone pertenecer a un grupo humano caracterizado por una interrelación específica de diversas variables, como el nivel general de desarrollo socioeconómico, la educación, el nivel de renta, el acceso a determinadas condiciones de vida o a un determinado sistema sanitario. A ello hay que añadir factores climáticos y medioambientales que pueden tener una influencia más o menos importante en las diferencias de salud.

Andalucía mejoró la autovaloración media de la salud de su población respecto al pasado año, pasando de un 2,41 a un 2,35 y reduciendo también su tasa de dolencias crónicas /paso del (28% al 24,2%) y de personas con su actividad diaria limitada (era en 2004 del 27,5% y es en 2005 del 23,3%). Todo ello ha venido acompañado de una reducción de la edad media de la población adulta, que pasó de 47,3 a 45,6 años. El rejuvenecimiento de la población española propiciado por la entrada de inmigración y el incremento de la población mas joven se ha traducido en mejores indicadores de salud.

A nivel del conjunto de la población española, en términos de salud percibida, el matrimonio es más beneficioso para el hombre que para la mujer. Tal como puede apreciarse en los datos, la relación entre matrimonio y una mejor salud percibida es bastante notable en los hombres, mientras que el empeoramiento de la misma en las mujeres es algo más débil pero también significativo. Dicho de otra forma, el matrimonio resulta, sin duda, más saludable para el hombre que para la mujer; al hombre le mejora bastante y a la mujer la empeora levemente.

Los datos obtenidos con la población **andaluza**, en la que se han unido los grupos de divorciados y separados para paliar la reducida submuestras de estas situaciones, confirma en líneas generales las anteriores consideraciones. Los varones parecen mejorar notablemente la valoración de

su salud, tanto si lo comparamos con la de los solteros (que es peor) como si lo hacemos con la de los separados o divorciados (que también es peor). Por el contrario la salud de las casadas no presenta demasiadas variaciones respecto a las solteras, pero las divorciadas y separadas parecen “recuperar” algo de salud, mostrando notables diferencias respecto al grupo de varones de su misma situación.

En el papel positivo del matrimonio para la salud no se puede ignorar el importante efecto protector de la misma que desempeña el sentimiento de pertenencia y afecto proporcionado por el matrimonio y la familia. También en este punto los datos de la población **andaluza** son bastantes concluyentes: las personas que se sienten satisfechas por el nivel de afecto recibido tienen también una mejor percepción de su salud; una constante que se verifica, con mayor o menor intensidad, en todos los grupos de edad.

EL REJUVENECIMIENTO DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA PROPICIADO POR LA ENTRADA DE INMIGRACIÓN Y EL INCREMENTO DE LA POBLACIÓN MAS JOVEN SE HA TRADUCIDO EN MEJORES INDICADORES DE SALUD

LA SALUD DE LAS CASADAS NO PRESENTA DEMASIADAS VARIACIONES RESPECTO A LAS SOLTERAS, PERO LAS DIVORCIADAS Y SEPARADAS PARECEN “RECUPERAR” ALGO DE SALUD, MOSTRANDO NOTABLES DIFERENCIAS RESPECTO AL GRUPO DE VARONES DE SU MISMA SITUACIÓN

UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS

El 27,85% de los **andaluces** han consultado al médico en las últimas dos semanas, 643.159 varones y 1.064.035 mujeres sí lo habían consultado, lo que implica que el 21,47% de los hombres y el 33,96% de las mujeres. Estos valores son ligeramente inferiores a la media nacional en hombres, 23,93%, y prácticamente idénticos en el caso de las mujeres, 33,39%.

Puede destacarse que 40.206 **andaluces** declaran no haber ido nunca al médico, siendo hombres el 93,40% de ellos. De igual forma, uno de cada cuatro hombres no ha ido al médico a lo largo del último año (21,37%), porcentaje que se sitúa en las mujeres en menos de la mitad (11,05%), es decir, una de cada ocho.

El 41,57% de los **andaluces** van al médico para que se diagnostique su enfermedad o para su tratamiento y un 18,74% para revisión. Sin embargo, frente a ello, una tercera parte de las visitas médicas se realizan para actos con un mayor componente de gestión; así, más de uno de cada tres **andaluces** (34,77%) va al médico sólo para obtener recetas. A ello hay que añadir un 2,13% que acuden para obtener un parte de baja, confirmación o alta; grupo en el que son mayoría los varones (4,34%; 0,79% en las mujeres) debido a su mayor tasa de actividad y también a su mayor siniestralidad laboral.

Por último, destacamos que el 90,29% de los médicos consultados por los **andaluces** pertenecían a la seguridad social, siendo el porcentaje de la medicina privada el 9,71% si sumamos las sociedades médicas, igualas médicas y médicos de empresa y la consulta privada pura.

La mayor tasa de visitación se da en el grupo de 90 y más años, con un 74,86% de población de esa edad que ha consultado al médico en las dos últimas semanas, seguido del grupo de 80 a 89 años, con el 50,99%. En el otro extremo se sitúan los jóvenes entre 20 a 29 años con sólo el 14,37% de los mismos que declaran haber consultado al médico.

En los grupos de edad más jóvenes el motivo primario de consulta es el diagnóstico y el tratamiento, mientras que a partir de los 50 años la dispensación de recetas se iguala con el diagnóstico y tratamiento, lo que supone que más de 39% de las consultas

EXISTE UNA LÓGICA CORRELACIÓN ENTRE LOS GRUPOS DE MAYOR RENTA Y EL MAYOR USO DE LA SANIDAD PRIVADA. LA SUMA DE LAS CONSULTAS DE LAS PERSONAS DE MÁS DE 50 AÑOS NO LLEGA AL 10% DEL TOTAL DE LAS CONSULTAS PRIVADAS

LA MAYOR TASA DE VISITACIÓN SE DA EN EL GRUPO DE 90 Y MÁS AÑOS, CON UN 74,86% DE POBLACIÓN DE ESA EDAD QUE HA CONSULTADO AL MÉDICO EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS

que realizan las personas mayores están únicamente relacionadas con la dispensación de recetas, motivo por el que una gestión eficiente de la misma puede suponer un ahorro fundamental en tiempo y recursos para el Sistema Andaluz de Salud.

El porcentaje de médicos de sociedades médicas o de consultas privadas crece con el grupo de edad hasta alcanzar un máximo del 10,27% en el grupo de 40 a 49 años, porcentaje muy inferior a la media nacional del 20,35%. Existe una lógica correlación entre los grupos de mayor renta y el mayor uso de la sanidad privada. Igualmente destaca que la suma de las

consultas de las personas de más de 50 años no llega al 10% del total de las consultas privadas, viendo como es el Sistema Andaluz de Salud el que atiende en su casi totalidad a las personas mayores, el grupo de edad que mayor gasto genera.

El hecho de que la cobertura pública sanitaria en España no alcance más que aspectos muy específicos y limitados de la asistencia odontológica influye en la menor visitación y frecuentación del dentista. En el caso de las consultas odontológicas, 1.176.459 **andaluces** han ido al dentista en los últimos tres meses, lo que supone el 19,19% del total. De nuevo, son las mujeres las que más van al odontólogo, con un porcentaje del 20,88% frente al 17,43% de los hombres.

Aunque la visitación es mayor en la estomatología que en las consultas médicas en general, no ocurre lo mismo con la frecuentación. Si analizamos el número de visitas de aquellos que han acudido al dentista vemos como en este caso el porcentaje de personas que sólo han ido

A DIFERENCIA DE LO QUE OCURRE EN LAS CONSULTAS MÉDICAS EN GENERAL, LAS TASAS DE VISITACIÓN ODONTOLÓGICA SON DECRECIENTES CON LA EDAD: LAS PERSONAS MAYORES VAN MENOS AL DENTISTA QUE LAS MÁS JÓVENES

una vez baja al 62,46% frente al porcentaje de más del 80% en el caso de las consultas médicas. Tanto la visitación como la frecuentación odontológicas tienen pautas muy diferentes de la consulta médica en general. Los grupos de edad comprendidos entre los 20 a los 49 años suponen más del 73% del total de la población que acudió al dentista. A diferencia de lo que ocurre en las consultas médicas en general, las tasas de visitación odontológica son decrecientes con la edad: las personas mayores van menos al dentista que las más jóvenes.

Más de medio millón de **andaluces** (520.716) estuvieron hospitalizados al menos una noche en los últimos doce meses, lo que representa el 8,50% del total. En cuanto a las diferencias por sexos, comprobamos que el porcentaje de hombres y mujeres difiere en cerca de 4 puntos, siendo el de los primeros

un 6,64% y el de las segundas un 10,27%. Esta diferencia en la tasa de hospitalización de las mujeres puede achacarse íntegramente al ciclo reproductivo de la mujer. Uno de cada seis ingresos hospitalarios de la mujer se produce por motivo de parto.

En relación al pago de los servicios hospitalarios, el 87,29% de los **andaluces** cargan al Sistema Andaluz de Salud los gastos de hospitalización, existiendo diez puntos de diferencia entre hombres y mujeres. Si diferenciamos el tipo de asistencia y analizamos quién corre con los gastos, observamos como el porcentaje de mayor utilización de la asistencia sanitaria privada se da en el caso de las mujeres y el parto.

SON LAS MUJERES LAS QUE MÁS VAN AL ODONTÓLOGO, CON UN PORCENTAJE DEL 20,88% FRENTE AL 17,43% DE LOS HOMBRES

EL PORCENTAJE DE MAYOR UTILIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA SE DA EN EL CASO DE LAS MUJERES Y EL PARTO

El 28,00% de la población **andaluza** ha acudido a urgencias al menos una vez durante los últimos 12 meses. Aunque con escasa diferencia, la tasa de utilización de los servicios de urgencias es algo más elevada en las mujeres (35,59%). La edad es el factor más importante para explicar la utilización de este servicio sanitario. El uso de las urgencias por grupos de edad es decreciente hasta los 50-59 años, edad a partir de la cual vuelve a ser creciente hasta alcanzar casi al 68,23% en los mayores de 90.

El 49% de la población **andaluza** consume al menos un medicamento en las últimas dos semanas, que representan el 42,59% de los hombres y el 72,73% de las mujeres. Esta diferencia por sexo es patente en todos los grupos de edad. Tanto la tasa de consumo de medicamentos como el número absoluto de usuarios crecen a medida que lo hace la edad hasta los 80 años. A medida que aumenta la edad la tasa de personas

A MEDIDA QUE AUMENTA LA EDAD LA TASA DE PERSONAS QUE CONSUMEN MEDICAMENTOS SE INCREMENTA, LLEGANDO A SER DEL 90% EN LAS PERSONAS DE 90 Y MÁS AÑOS

EL USO DE LAS URGENCIAS POR GRUPOS DE EDAD ES DECRECIENTE HASTA LOS 50-59 AÑOS, EDAD A PARTIR DE LA CUAL VUELVE A SER CRECIENTE HASTA ALCANZAR CASI AL 68,23% EN LOS MAYORES DE 90

que consumen medicamentos se incrementa, llegando a ser del 90% en las personas de 90 y más años. Esta tendencia no se refiere únicamente al número de personas que consumen medicamentos, sino también al número de fármacos que consumen.

Por otro lado, se aprecia nítidamente cómo el número medio de medicamentos se incrementa paulatinamente a medida que nos desplazamos a grupos de edad más elevados. De hecho, pasa del 0,69 para las mujeres en el grupo de edad de 16 a 19 años al 3,60 en el grupo de 90 y más años. Las mujeres no sólo presentan una mayor tasa de consumidores de medicamentos, sino que además su consumo medio es superior en cada tramo de edad.

La incidencia de la obesidad es especialmente importante en el número de días de ingreso, en el número de visitas a urgencias y en el hecho de estar polimedcado. En cambio, en el número de hospitalizaciones y en la visita al médico no parece que exista un factor de incidencia muy superior a medida que aumenta el IMC. También existe una incidencia muy importante en el número de hospitalizaciones, días de ingreso y número de veces que se acude a urgencias de los individuos que tienen un bajo peso.

La utilización de recursos por parte de los fumadores no es mucho más intensiva que la de los no fumadores. Pero si es claro que los fumadores, moderados y severos, visitan más veces el hospital y el número de días que permanecen ingresados es mayor que en el resto de los grupos.

En general, el consumo de alcohol no genera un uso intensivo de recursos sanitarios, en comparación de los no bebedores. Sin embargo, si existe una mayor influencia de la ingesta de alcohol sobre la utilización de recursos sanitarios en el número de visitas al dentista, ya que los bebedores excesivos tienen 2,52 vistas medias frente a las 1,78 de los abstemios.

ES CLARO QUE LOS FUMADORES, MODERADOS Y SEVEROS, VISITAN MÁS VECES EL HOSPITAL Y EL NÚMERO DE DÍAS QUE PERMANECEN INGRESADOS ES MAYOR QUE EN EL RESTO DE LOS GRUPOS

A partir de 1991, la asistencia sanitaria cubre a más del 99,5 % de los **andaluces**, es decir, a la práctica totalidad de la población de la comunidad autónoma, incluida la de los inmigrantes. Más del 95 % de los **andaluces** reciben asistencia sanitaria a través del Sistema Andaluz de Salud y otro 3,57% dispone de ella por medio de las diferentes Mutualidades del Estado, totalizando, en 2004, un 99,19 % de cobertura pública.

Junto a la asistencia sanitaria pública, prácticamente generalizada, encontramos un 0,81% de **andaluces** que optan por el seguro médico privado como primera cobertura sanitaria, bien concertado a través de las empresas en las que trabajan, bien contratados directa e individualmente. Además, hay que señalar que el 7,8 % de los **andaluces** gozan de doble cobertura sanitaria: de ellos, el 80,88% están cubiertos en segunda instancia por aseguramiento privado, y el 19,12% por mutualidades del Estado (la mayoría de ellas acogidas, a su vez, al seguro privado). La evolución de la última década muestra una situación de cobertura prácticamente universal estabilizada, en la que el crecimiento del seguro privado se está realizando bajo la doble cobertura.

EL 7,8 % DE LOS ANDALUCES GOZAN DE DOBLE COBERTURA SANITARIA

Es evidente que los niveles superiores de formación vienen respaldados por mayores niveles de ingresos del hogar, razón que justifica el hecho de que el grupo de población con menos de 5 años de escolarización tiene claras preferencias por la asistencia sanitaria pública en todas sus ramas. Sin embargo, a medida que se eleva el nivel formativo se observa una evolución de las preferencias hacia lo privado, en todos los tipos de atención sanitaria.

En el 2004 se observa claramente que a medida que aumenta el nivel de renta existe una preferencia por los servicios privados sobre todo a partir de los 1.500 euros al mes. Asimismo, se constata que el uso de los servicios sanitarios disminuye a medida que aumenta la renta, teniendo en cuenta que los niveles más bajos de renta, por debajo de los 361 euros al mes utilizan muy poco la atención sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- “Cuidarte: una estrategia para los cuidados en la Andalucía del siglo XXI” / Autores, Rosa Mª Pérez Hernández... et al. -- [Sevilla]: Consejería de Salud : Servicio Andaluz de Salud, [2007]
- “Profesionales. Una mirada al Servicio Andaluz de Salud. 20 años.” – Servicio Andaluz de Salud 2007.
- “Actividad Asistencial en Atención Hospitalaria. Andalucía 2006” - Servicio Andaluz de Salud 2007.
- “Plan estratégico de investigación, desarrollo e innovación en salud (2006-2010).” - [Sevilla]: Consejería de Salud, [2006]
- “Cifras y datos 2006” / [dirección, Jesús Huerta Almendro ; coordinación, Francisco de la Fuente Serrano ; redacción y realización, Carlos Díez Baro ... (et al.)]. -- Sevilla : Consejería de Salud, 2006.
- “Modelo de gestión por competencias en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.” - [Sevilla]: Consejería de Salud, [2006]
- “Estrategia para la seguridad del paciente.” - [Sevilla] : Consejería de Salud, [2006]
- “Atención temprana: proceso asistencial integrado.” - [Sevilla] : Consejería de Salud, [2006]
- “Memoria 2005. Servicio Andaluz de Salud” – Autor: Servicio Andaluz de Salud 2006.
Recoge las actividades del Servicio Andaluz de Salud durante el año 2005.
- “Los cuidados en el Servicio Andaluz de Salud. Anuario 2005” - Servicio Andaluz de Salud 2006.
- “Estadísticos andaluces de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico. Andalucía 2006” – Autor: Servicio Andaluz de Salud 2006.
- “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006”. Editores: Gustavo Olaiz, Juan Rivera, Teresa Shamah, Rosalba Rojas, Salvador Villalpando, Mauricio Hernández, Jaime Sepúlveda. Instituto nacional de Salud Pública.
- “Estadística hospitalaria andaluza” (E.E.S.C.R.I.): [estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado: 2004] / [coordinación] Dirección General de Innovación Sanitaria, Sistemas y Tecnologías, Servicio de Información y Evaluación ; [equipo de trabajo, González Andrés, Vicente L. - Rodríguez Ocaña, José - Cepero Muñoz, Javier. -- [Sevilla] : Consejería de Salud, [2006]
- “Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2005” - Junta de Andalucía
- “Hospitales. La actividad y calidad de los hospitales andaluces (2004)”- Autor: Servicio Andaluz de Salud 2005.
- “Andalucía. Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público (2005-2008)”. Caminando hacia la excelencia: II Plan de calidad del sistema sanitario público de Andalucía 2005-2008. - [Sevilla] : Consejería de Salud, [2005]

- “3er Plan Andaluz de Salud 2003-2008: Andalucía en salud, construyendo nuestro futuro juntos. “ - [Sevilla]: Consejería de Salud, 2003
- “Estadística hospitalaria andaluza”: (E.E.S.R.I.) : [estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado : 2003] / [coordinación] Viceconsejería de Salud, Servicio de Información y Evaluación ; [equipo de trabajo, González Andrés, Vicente L. - Rodríguez Ocaña, José - Cepero Muñoz, Javier. - [Sevilla] : Consejería de Salud, [2006]
- “Encuesta andaluza de salud 1999: muestra de adultos” / [autores, José Juan Sánchez Cruz (coordinador) et al.]. -- Sevilla: Consejería de Salud, [2003]
- “Encuesta andaluza de salud 1999: muestra de menores” / [autores, José Juan Sánchez Cruz (coordinador) et al.]. -- Sevilla: Consejería de Salud, [2003]
- “Informe de situación de salud Andalucía.” - Sevilla: Consejería de Salud, 2002
- “Plan de calidad: nuevas estrategias para la sanidad andaluza.” - [Sevilla] : Consejería de Salud, [2000]
- “Red Andaluza de Ciudades Saludables. Proyecto en Acción” 1995 Editada por la Red Andaluza de Ciudades Saludables.
- “Investigación sobre salud en Andalucía” / [coordinador de la publicación, Juan D. Tutosaus]. -- Sevilla: Consejería de Salud, 1995.
En port.: Dirección General de Coordinación, Docencia e Investigación, Servicio de Ordenación Profesional, Docencia e Investigación ISBN 84-87247-83-0.

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA 1.	Distribución porcentual por estatura y estatura media de la población española y andaluza	13
TABLA 2.	Estatura media de los jóvenes de 20 a 24 años según sexo y Comunidad Autónoma	15
TABLA 3.	Peso medio y edad media de varones y mujeres por Comunidad Autónoma	20
TABLA 4.	Altas hospitalarias según el sexo, el diagnóstico principal y CC.AA. de hospitalización	25
TABLA 5.	Altas hospitalarias según la provincia de residencia, la de hospitalización y comunidad autónoma	29
TABLA 6.	Altas hospitalarias por 100.000 habitantes según el diagnóstico principal, la provincia de hospitalización y comunidad autónoma	30
TABLA 7.	Esperanza de vida al nacimiento por CC.AA y sexo	31
TABLA 8.	Defunciones por causa de muerte en Andalucía. 2005	33
TABLA 9.	Tasas estandarizadas de mortalidad por causa de muerte. 2005	35
TABLA 10.	Años de vida potencialmente perdidos. España 2005	37
TABLA 11.	Años de vida potencialmente perdidos. Andalucía 2005	38
TABLA 12.	Realización de actividad física en tiempo libre según el nivel de actividad realizado en la actividad principal	43
TABLA 13.	Horas de sueño diarias según sexo y nivel de actividad realizado en la actividad principal	44
TABLA 14.	Frecuencia de consumo de los diferentes grupos de alimentos en Andalucía y España	46
TABLA 15.	Tasas de población fumadora en Andalucía y España	50
TABLA 16.	Tasas de población fumadora en Andalucía por grupos de edad	52
TABLA 17.	Tasas de consumidores de alcohol en Andalucía en los últimos doce meses, por sexo y grupo de edad (2003)	54
TABLA 18.	Edad media de inicio en el consumo de alcohol en Andalucía, España y las CCAA con inicio más temprano y más tardío (2003)	54
TABLA 19.	Cantidad media de gramos de alcohol ingeridos al mes por la población bebedora en fin de semana y entre semana, por sexo, en Andalucía, España	56
TABLA 20.	Distribución porcentual por estudios de la población española y andaluza (2005)	61
TABLA 21.	Autovaloración de la salud, porcentaje de afectados crónicos y de individuos que han visto limitada su actividad por motivos de salud, según situación profesional. Andalucía	66
TABLA 22.	Autovaloración de la salud, porcentaje de afectados crónicos y de individuos que han visto limitada su actividad por motivos de salud, según situación laboral. Andalucía	68
TABLA 23.	Edad media según situación laboral en Andalucía, España y otras cc.aa.	68
TABLA 24.	Autovaloración de la salud según Comunidad Autónoma	69
TABLA 25.	Edad media y autovaloración de la salud, por sexo y Comunidad Autónoma de residencia	70
TABLA 26.	Autovaloración de la salud, porcentaje de afectados crónicos y de individuos que han visto limitada su actividad por motivos de salud, según CCAA	71
TABLA 27.	Andaluces que han consultado a un médico en las últimas dos semanas	77
TABLA 28.	Número de veces que ha consultado con algún médico en las últimas dos semanas	77
TABLA 29.	Tiempo que hace que consultó a un médico por última vez	79

TABLA 30.	Motivo de la consulta con el médico	79
TABLA 31.	Régimen al que pertenece el médico al que acudió	80
TABLA 32.	Ha consultado a un médico en las últimas dos semanas por grupo de edad	80
TABLA 33.	Motivo de consulta al médico por grupo de edad	82
TABLA 34.	Régimen del médico consultado por grupo de edad	84
TABLA 35.	Ha ido al dentista en los últimos tres meses	85
TABLA 36.	Número de veces que ha ido al dentista en los últimos tres meses	85
TABLA 37.	Ha ido al dentista en los últimos tres meses	86
TABLA 38.	Ha estado hospitalizado al menos una noche en los últimos doce meses	87
TABLA 39.	Motivo del último ingreso en el hospital	87
TABLA 40.	A cargo de quién corrieron los gastos de su última hospitalización	88
TABLA 41.	Ha estado hospitalizado al menos una noche en los últimos doce meses	89
TABLA 42.	Ha utilizado algún servicio de urgencias durante los últimos doce meses	90
TABLA 43.	Número de personas en función del consumo de medicamentos	92
TABLA 44.	Utilización de recursos sanitarios en función del IMC del individuo	94
TABLA 45.	Utilización de recursos sanitarios según el número medio de cigarrillos fumados	96
TABLA 46.	Utilización de recursos sanitarios en función del número de gramos de alcohol que consume	97
TABLA 47.	Cobertura sanitaria según institución, pública o privada, que la presta	99
TABLA 48.	Preferencia por la provisión privada o pública de asistencia sanitaria por nivel de estudios en Andalucía	100
TABLA 49.	Utilización de asistencia sanitaria por nivel de renta en Andalucía	101
TABLA 50.	Preferencia por la provisión privada o pública de asistencia sanitaria por nivel de estudios en Andalucía	102

GRÁFICO 1.	Estatura, peso e IMC media de la población andaluza y española	11
GRÁFICO 2.	Estatura, peso e IMC media por sexo en población andaluza y española	11
GRÁFICO 3.	Estatura media de la población andaluza y otras comunidades	12
GRÁFICO 4.	Evolución de la estatura y peso medios de la población española	14
GRÁFICO 5.	Evolución de la estatura y peso medios de la población andaluza	14
GRÁFICO 6.	Estatura media de los jóvenes de 20 a 24 años de edad	16
GRÁFICO 7.	Autovaloración de la salud según estatura media en Andalucía y España	17
GRÁFICO 8.	Peso e índice de masa corporal medios de los andaluces por edad y sexo	18
GRÁFICO 9.	Distribución porcentual de la población según grupo de masa corporal por comunidad autónoma	19
GRÁFICO 10.	Autovaloración de la salud de las mujeres, ajustada por edad, según grupo de peso	21
GRÁFICO 11.	Autovaloración de la salud de las mujeres andaluzas (ajustado por edad), según peso	22
GRÁFICO 12.	Autovaloración de la salud de la población andaluza según IMC	23
GRÁFICO 13.	Porcentaje de altas hospitalarias sobre el total. Varones. Año 2005	26
GRÁFICO 14.	Porcentaje de altas hospitalarias sobre el total. Mujeres. Año 2005	27
GRÁFICO 15.	Esperanza de vida al nacimiento por sexo y CC.AA. Año 2005	32
GRÁFICO 16.	Defunciones por causa de muerte como porcentaje. Andalucía 2005	34

GRÁFICO 17.	Distribución porcentual por capítulos de la CIE de los años de vida potencialmente perdidos en Andalucía 2005.....	36
GRÁFICO 18.	Porcentajes de población que afirma realizar algún tipo de actividad física en tiempo libre, por CC.AA.....	40
GRÁFICO 19.	Porcentajes de la población que afirma realizar algún tipo de actividad física, por grupos de edad.....	41
GRÁFICO 20.	Autovaloración de la salud, según se realiza o no actividad física, corregida por edad (mayor puntuación indica peor salud).....	42
GRÁFICO 21.	Distribución porcentual de la población andaluza por sexo, según el número de horas de sueño.....	43
GRÁFICO 22.	Frecuencia de consumo de alimentos en España y Andalucía por grupos de alimentos.....	45
GRÁFICO 23.	Evolución del consumo de alimentos en Andalucía según la edad.....	47
GRÁFICO 24.	Porcentajes de población en función de la frecuencia de consumo de carne y pescado, por CC.AA.....	48
GRÁFICO 25.	Porcentajes de población en función de la frecuencia de consumo de fruta y verdura, por CC.AA.....	49
GRÁFICO 26.	Porcentajes de población según hábito de fumar, por CC.AA.....	50
GRÁFICO 27.	Tasas de fumadores por grupos de edad y sexo, España y Andalucía.....	51
GRÁFICO 28.	Tasas de consumidores de alcohol en el último año, por CC.AA (2003).....	53
GRÁFICO 29.	Tasas de consumidores de alcohol en Andalucía en los últimos doce meses, por sexo y grupo de edad (2003).....	55
GRÁFICO 30.	Consumo de alcohol por sexo, en Andalucía, España y CCAA con menor y mayor cantidad media de consumo en gramos/mes.....	56
GRÁFICO 31.	Consumo medio de alcohol en gramos/mes por sexo, entre semana y en fin de semana, en Andalucía y España.....	57
GRÁFICO 32.	Porcentaje de población que dice disfrutar de buena o muy buena salud en España y Andalucía según su nivel educativo.....	59
GRÁFICO 33.	Porcentaje de población que dice disfrutar de buena o muy buena salud en Andalucía según nivel educativo del sustentador del hogar.....	60
GRÁFICO 34.	Porcentaje de personas con alguna dolencia en los últimos diez días, por nivel de estudios del sustentador principal del hogar (corregida por edad). España.....	61
GRÁFICO 35.	Ingresos medios del hogar según su autovaloración de la salud. España y Andalucía.....	62
GRÁFICO 36.	Ingresos medios anuales personales según valoración de su estado de salud. España y Andalucía.....	63
GRÁFICO 37.	Ingresos medios personales anuales según autovaloración del estado de la salud y según tengan o no enfermedad o dolencia crónica diagnosticada (corregida por edad). Andalucía.....	64
GRÁFICO 38.	Ingresos medios personales anuales por grupos de edad, según tengan o no enfermedad o dolencia crónica diagnosticada. Andalucía.....	65
GRÁFICO 39.	Porcentaje de personas que dicen tener buena o muy buena salud, según su facilidad o dificultad para llegar a fin de mes. España y Andalucía.....	65
GRÁFICO 40.	Autovaloración de la salud según actividad laboral. Andalucía. (mayor puntuación indica peor valoración de la salud).....	67
GRÁFICO 41.	Diferencial de salud asociado al matrimonio en los hombres según grupos de edad. España.....	72
GRÁFICO 42.	Diferencial de salud asociado al matrimonio en las mujeres según grupos de edad. España.....	73
GRÁFICO 43.	Autovaloración de la salud según sexo y estado civil. Andalucía (corregido por grupos de edad).....	74
GRÁFICO 44.	Autovaloración de la salud según nivel de afecto percibido. Andalucía.....	75
GRÁFICO 45.	Número de personas en función del tiempo que hace que consultó a un médico por última vez.....	78
GRÁFICO 46.	Porcentaje de personas en función del motivo de consulta a un médico.....	79
GRÁFICO 47.	Porcentaje de personas, sobre el total de la población, que han consultado a un médico en las dos últimas semanas por grupo de edad.....	81
GRÁFICO 48.	Porcentaje de personas que han consultado a un médico en menos de un mes por grupo de edad.....	81
GRÁFICO 49.	Tasas de visita por motivo más frecuente y grupo de edad.....	83
GRÁFICO 50.	Porcentaje de personas por motivo de ingreso en el hospital.....	88
GRÁFICO 51.	Porcentaje de personas que han consumido al menos un medicamento en las últimas dos semanas por grupo de edad.....	91
GRÁFICO 52.	Número medio de medicamentos diferentes consumidos en las últimas dos semanas por grupo de edad.....	93

