

Efectividad



Efectividad

La efectividad en la atención sanitaria hace referencia al grado en el que una intervención -servicio, proceso, procedimiento, prueba diagnóstica o tratamiento- produce el resultado deseado. El concepto de efectividad incluye, por tanto, el nivel de adecuación de la provisión asistencial, en la medida en que ésta se presta a las personas que pueden beneficiarse de ella.

Aproximarse a la medida de resultados que la atención sanitaria produce dentro de un contexto determinado es de tal amplitud que requiere de una selección de indicadores que representen las áreas prioritarias de mejora en grupos específicos de población. En este sentido, teniendo en cuenta el modelo de prestación asistencial del Sistema Sanitario Público de Andalucía, la selección de medidas que se ofrece a continuación responde a resultados de interés común, tales como mortalidad, morbilidad, calidad de la prestación y salud percibida, tanto en población general o en grupos de población como en la atención a las principales causas de morbimortalidad de la población andaluza o a los principales determinantes de salud.

Así pues, como **resultados de interés común** en la población o en grupos de población se presenta la esperanza de vida al nacer (4.1 a 4.5) y a los 65 años (4.6 y 4.7) según sexo; la esperanza de vida en buena salud (4.8) y libre de incapacidad (4.9); la mortalidad estandarizada por edad según sexo (4.10 y 4.11); la mortalidad infantil (4.12 a 4.14) y perinatal (4.15). Como indicadores trazadores de la calidad de la prestación, se ofrecen resultados del proceso de atención al embarazo, parto y puerperio – partos con anestesia epidural (4.16 y 4.17), partos mediante cesárea (4.18) y recién nacidos con bajo peso (4.19 y 4.20); resultados de programas de vacunación –incidencia de tétanos (4.32), tos ferina (4.33) y cobertura vacunal frente a la gripe en mayores de 64 años; y los reingresos hospitalarios como indicador de calidad de la atención en hospitalización. Además, se presenta la percepción del estado de salud (4.30 y 4.31) como medida comparada del nivel de salud global de la población.

Desde la perspectiva de las **principales causas de morbimortalidad** en Andalucía se ofrecen indicadores referidos a **Cáncer**, - mortalidad (4.21), años potenciales de vida perdidos por cáncer de pulmón, colon y recto y mama (4.22), mortalidad por cáncer de pulmón, colon y recto (4.23 a 4.25), incidencia, mortalidad y cirugía conservadora en cáncer de mama (4.26 y 4.27); **Enfermedades Cardiovasculares** – incidencia y mortalidad de cardiopatía isquémica (4.28) y de accidente cerebro vascular (4.29); **Salud Mental** –hospitalizaciones por trastorno mental (4.36)- ; y **SIDA** –incidencia (4.36 y 4.37).

Finalmente se ofrecen indicadores sobre **determinantes de la salud** cuya prevalencia podría verse afectada por una prestación de servicios efectiva, tal es el caso del consumo de tabaco (4.39); el sobrepeso y la obesidad (4.40); el consumo de alcohol (4.41); el sedentarismo (4.42); y el consumo de fruta y verdura (4.43).

EFECTIVIDAD

Código	Indicador
4.1.	Esperanza de vida al nacer según sexo. Andalucía, 1999-2009.
4.2.	Esperanza de vida al nacer según sexo y provincia. Andalucía, 2009.
4.3.	Esperanza de vida al nacer en hombres. Andalucía, España e Internacional, 2009.
4.4.	Esperanza de vida al nacer en mujeres. Andalucía, España e Internacional, 2009.
4.5.	Esperanza de vida al nacer según sexo. Andalucía y España, 1909-2006.
4.6.	Esperanza de vida a los 65 años según sexo. Andalucía, 1999-2009.
4.7.	Esperanza de vida a los 65 años según sexo y provincia. Andalucía, 2009.
4.8.	Esperanza de vida en buena salud. Andalucía, otras Comunidades Autónomas y España, 1991 y 2007.
4.9.	Esperanza de vida libre de incapacidad. Andalucía, otras Comunidades Autónomas y España, 1986 y 2007.
4.10.	Mortalidad estandarizada según sexo. Andalucía, 1999-2009.
4.11.	Mortalidad estandarizada según sexo. Andalucía, otras Comunidades Autónomas y España, 2009.
4.12.	Mortalidad infantil. Andalucía, otras Comunidades Autónomas y España, 1975-2009.
4.13.	Mortalidad infantil. Andalucía, España e Internacional, 1975-2009.
4.14.	Mortalidad infantil. Andalucía, España e Internacional, 2009.
4.15.	Mortalidad perinatal. Andalucía, España e Internacional, 1999-2009.
4.16.	Partos con anestesia epidural. Andalucía por grupos de edad, 2000-2010.
4.17.	Partos con anestesia epidural. Provincias de Andalucía por grupos de edad, 2010.
4.18.	Cesáreas en hospitales del Sistema Sanitario Público. Andalucía, otras Comunidades Autónomas y España, 2001-2010.
4.19.	Recién nacidos con bajo peso. Andalucía, otras Comunidades Autónomas y España, 2000-2008.
4.20.	Recién nacidos con bajo peso. Andalucía, España e Internacional, 2009.
4.21.	Mortalidad estandarizada por cáncer según sexo. Andalucía, 1999-2009.
4.22.	Años potenciales de vida perdidos por cáncer de pulmón, colon y recto y mama. Andalucía, España y Europa, 2009.
4.23.	Mortalidad estandarizada por cáncer de pulmón según sexo. Andalucía, 1999-2009.
4.24.	Mortalidad estandarizada por cáncer de colon según sexo. Andalucía, 1999-2009.



EFECTIVIDAD

Código	Indicador
4.25.	Mortalidad estandarizada por cáncer de recto según sexo. Andalucía, 1999-2009.
4.26.	Incidencia y mortalidad estandarizada en cáncer de mama. Andalucía, 1996-2008 y 2008-2009.
4.27.	Cirugía conservadora de cáncer en mama. Andalucía, España e Internacional, 2000-2009.
4.28.	Incidencia y mortalidad estandarizada en cardiopatía isquémica por sexo. Andalucía, 1996-2008 y 2000-2009.
4.29.	Incidencia y mortalidad estandarizada en Accidente Cerebro Vascular (ACV) por sexo. Andalucía, 1996-2008 y 2000-2009.
4.30.	Percepción del estado de salud "Bueno" y "Muy bueno". Andalucía y España, 2001, 2003, 2006/2007 y 2009.
4.31.	Percepción del estado de salud "Bueno" o "Muy bueno". Andalucía, España e Internacional, 2008-2009.
4.32.	Incidencia de tétanos. Andalucía y España, 2005-2010.
4.33.	Incidencia de tosferina. Andalucía y España, 2005-2010.
4.34.	Personas mayores de 64 años vacunadas de gripe. Andalucía, 2007-2010.
4.35.	Reingresos en hospitales del Sistema Sanitario Público. Andalucía, otras Comunidades Autónomas y España, 2001-2009.
4.36.	Hospitalizaciones por trastorno mental. Andalucía, España e Internacional, 2000-2009.
4.37.	Incidencia de SIDA según sexo. Andalucía, 2004-2009.
4.38.	Incidencia de SIDA. Andalucía, España e Internacional, 2000-2009.
4.39.	Prevalencia de personas que fuman a diario por sexo. Andalucía, 1999-2011.
4.40.	Prevalencia de personas con Índice de Masa Corporal superior al normopeso, por sexo. Andalucía, 1999-2011.
4.41.	Prevalencia de sospecha de consumo excesivo de alcohol por sexo. Andalucía 1999-2007.
4.42.	Prevalencia de sedentarismo en tiempo libre por sexo. Andalucía, 1999-2011.
4.43.	Consumo de fruta y verdura al menos tres veces por semana por sexo. Andalucía, 2007-2011.



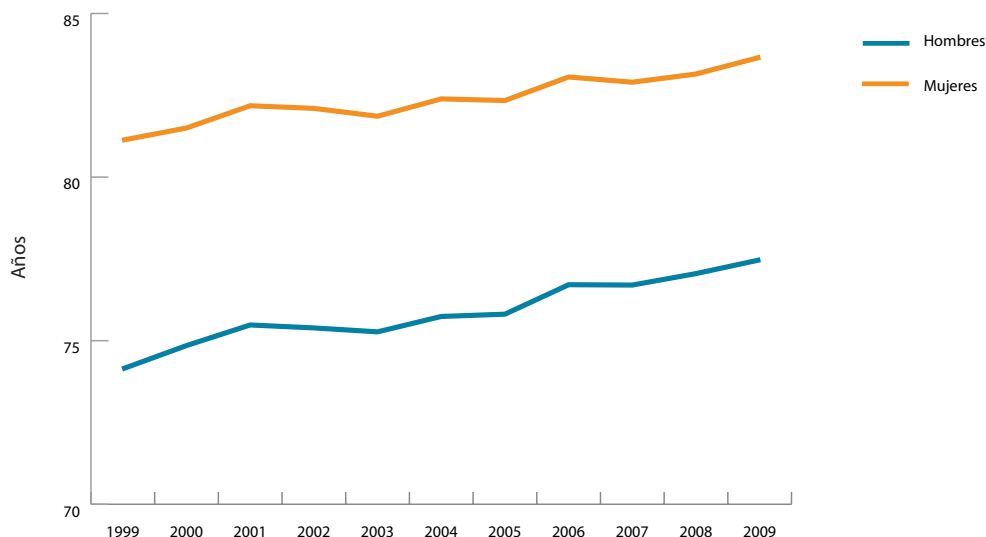
4.1. Esperanza de vida al nacer según sexo. Andalucía, 1999-2009.

La **Esperanza de Vida** (EV) es el indicador con mayor tradición y uso en la valoración del estado de salud de la población. Está relacionado no solamente con el nivel de salud sino también con las circunstancias sociales y económicas de la población. Se trata, de una medida hipotética, puesto que no mide las probabilidades reales de supervivencia. Su cálculo está basado en las tasas actuales de mortalidad que están lógicamente sometidas a cambios en el tiempo. Su ventaja, radica en que es independiente de la estructura por edad de la población, por lo que puede usarse para comparar diferentes países o regiones y para estudiar la evolución en el tiempo.

El descenso de la mortalidad ha sido el fenómeno demográfico y sanitario más importante del pasado siglo en los países desarrollados.

En el Gráfico 4.1 se muestra la evolución de la EV en la última década. La EV en 2009 en Andalucía era de 77,3 años en varones y 83,3 años en mujeres, habiéndose producido una ganancia de aproximadamente 3 años para ambos sexos durante la última década.

Gráfico 4.1



Fuente: Movimiento Natural de Población - INE



4.2. Esperanza de vida al nacer según sexo y provincia. Andalucía, 2009.

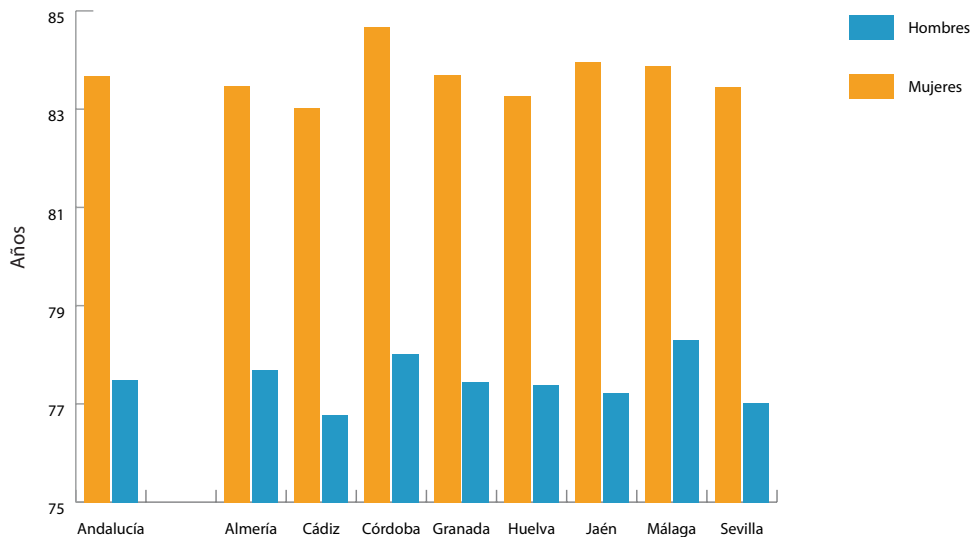
La **Esperanza de Vida (EV)** tiene un **patrón geográfico** en Andalucía que se ha mantenido. Para el conjunto de Andalucía, la EV en mujeres en 2009 es de 83,66 y la de hombres de 77,47; seis años menos en el hombre respecto a la mujer.

Las provincias occidentales de Cádiz, Sevilla y Huelva mantienen una EV inferior a la media de Andalucía tanto en hombres como en mujeres, mientras que en las provincias de Córdoba y Málaga es más elevada en hombres y mujeres, que la media de Andalucía.

La diferencia en años entre la mayor EV en hombres en Andalucía y la menor está en 1,5 años. Mayor EV de vida en hombres registran provincias como Málaga y Córdoba; y menor registran las provincias de Sevilla y Cádiz.

En el caso de las mujeres, la diferencia en años entre la mayor EV y la menor en Andalucía está en 1,6 años. Mayor EV de vida en mujeres registran provincias como Córdoba y Jaén; y menor registran las provincias de Huelva y Cádiz.

Gráfico 4.2



Fuente: Movimiento Natural de Población - INE

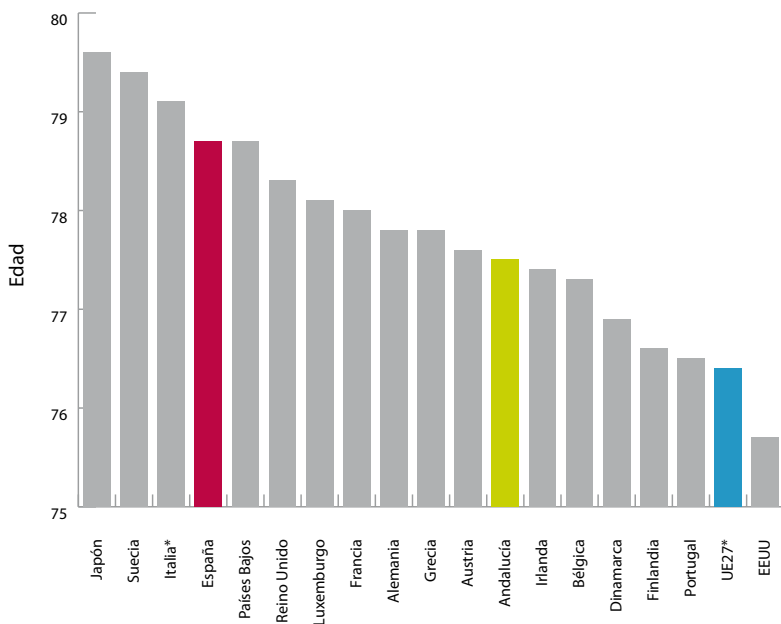


4.3. Esperanza de vida al nacer en hombres. Andalucía, España e Internacional, 2009.

En la actualidad, la longevidad media de la población andaluza (77,5 hombres; 83,7 mujeres), aunque aún con valor algo más de un año inferior en hombres y mujeres a la del conjunto de España (78,7 hombres; 84,9 mujeres), es superior a la de países de la Unión Europea (UE27) (76,4 hombres; 82,4 mujeres) y de la OCDE y similar a la media de la Unión Europea (UE15) (77,9 hombres; 83,2 mujeres) con un PIB más elevado.

Este hecho es especialmente relevante entre las mujeres andaluzas que ocupan el quinto puesto en EV entre países de la OCDE, tras Japón, Francia, España e Italia. En el caso de los hombres andaluces, ocupan la duodécima posición, si bien es superior en 1,5 años al promedio de la UE27 y similar al de la UE15 (77,9 para hombres).

Gráfico 4.3



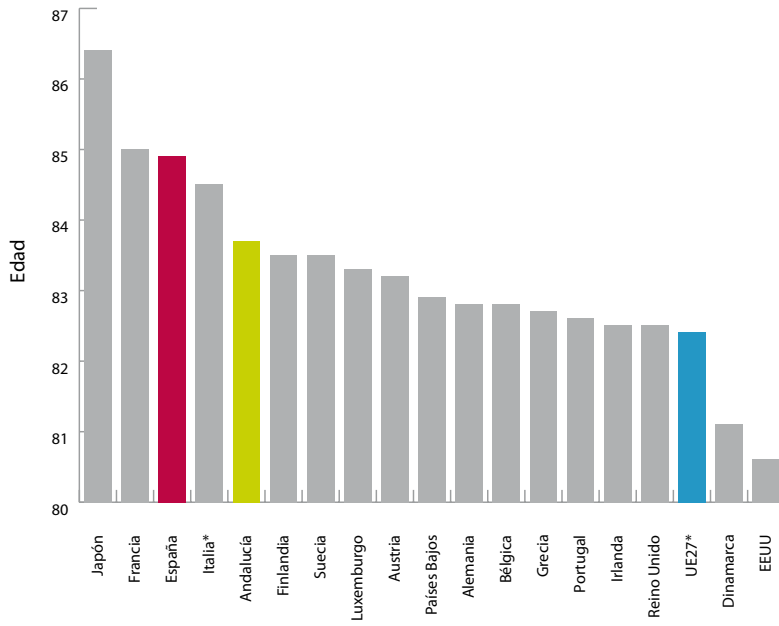
* Datos 2008

Fuente: Movimiento Natural de Población - INE
OCDE



4.4. Esperanza de vida al nacer en mujeres. Andalucía, España e Internacional, 2009.

Gráfico 4.4



* Datos 2008

Fuente: Movimiento Natural de Población - INE
OCDE



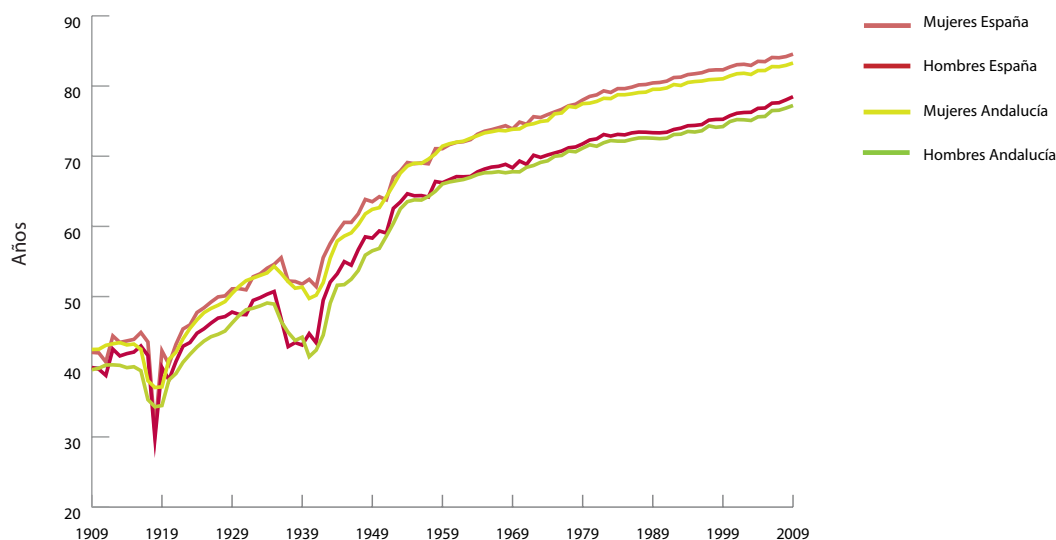
4.5. Esperanza de vida al nacer según sexo. Andalucía y España, 1909-2006.

La **Esperanza de Vida** (EV) es el indicador con mayor tradición y uso en la valoración del estado de salud de la población. Está relacionado no solamente con el nivel de salud sino también con las circunstancias sociales y económicas de la población. Su cálculo está basado en las tasas actuales de mortalidad que están lógicamente sometidas a cambios en el tiempo. Es independiente de la estructura por edad de la población, por lo que puede usarse para comparar diferentes países o regiones y para estudiar la evolución en el tiempo.

El descenso de la mortalidad ha sido el fenómeno demográfico y sanitario más importante del pasado siglo en los países desarrollados. En el Gráfico 4.5 se muestra la evolución de la esperanza de vida en Andalucía en los últimos cien años (1909-2009). La esperanza de vida al nacer en Andalucía 1909 era para los hombres de 39,6 años y para las mujeres de 42,5 años (para España, era de 39,9 en hombres y de 42,0 en mujeres).

En la evolución de la EV en el último siglo en Andalucía, se ha producido una ganancia aproximada de 40 años de vida para ambos sexos (38 para los hombres y 41 para las mujeres). Se ha duplicado pues la EV en los últimos cien años en Andalucía. También en la evolución se observa en la segunda mitad de la década de los 30, ligada a la guerra civil, una disminución importante en la EV (reducción de 8 años para los hombres y de 4 para las mujeres en Andalucía; reducción menor en el caso de España, 6 para los hombres y 2 en las mujeres).

Gráfico 4.5



Fuente: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía
Human Mortality Database (datos España)

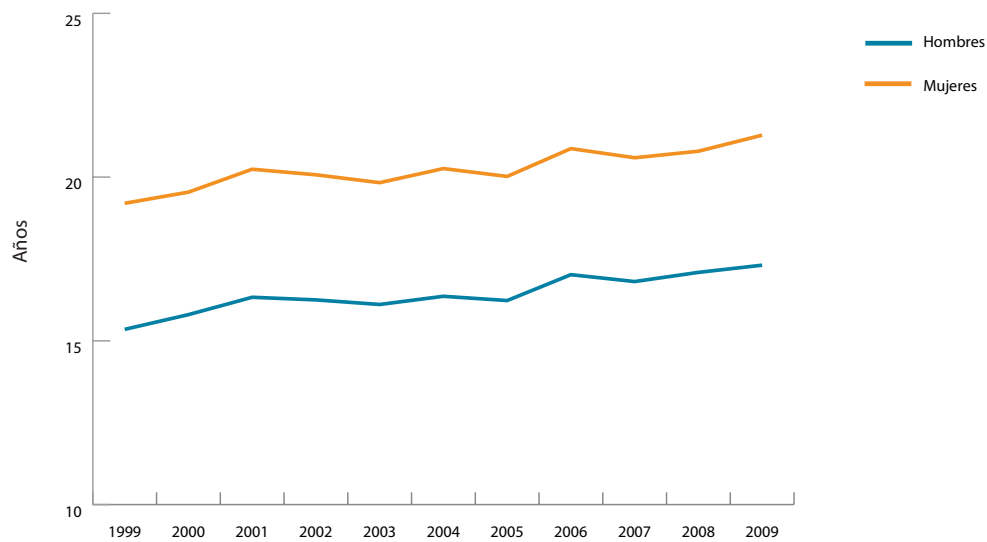


4.6. Esperanza de vida a los 65 años según sexo. Andalucía, 1999-2009.

La **esperanza de vida a los 65 años** en 2009 en Andalucía es de 17,3 años para los hombres y de 21,3 años en las mujeres y ha ido aumentando de manera constante también a lo largo del siglo XXI.

Solamente en esta última década (1999-2009) se ha producido en Andalucía una ganancia en la esperanza de vida a los 65 años de dos años, tanto para los hombres como para las mujeres.

Gráfico 4.6



Fuente: Movimiento Natural de Población - INE



4.7. Esperanza de vida a los 65 años según sexo y provincia. Andalucía, 2009.

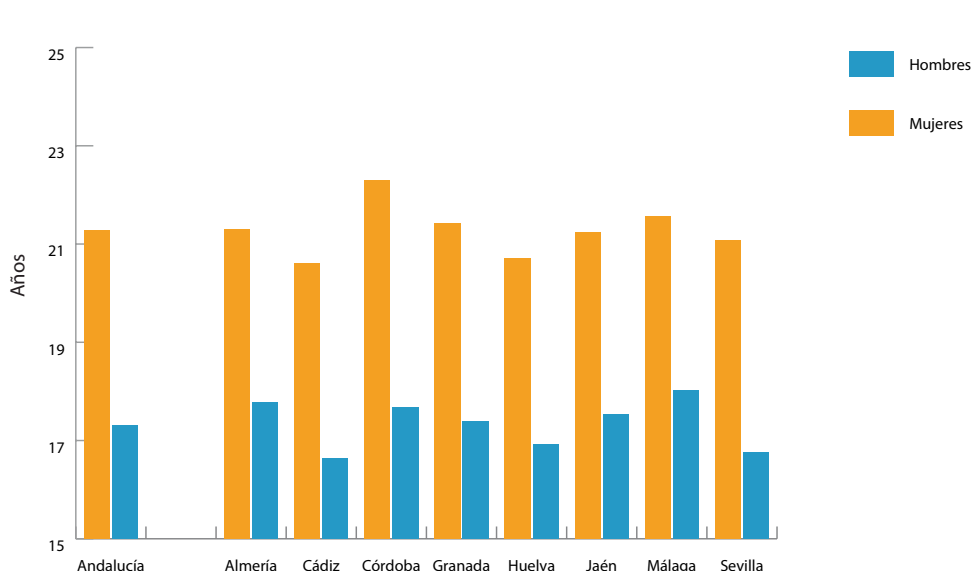
La **esperanza de vida a los 65 años** mantiene en Andalucía el mismo **patrón geográfico** que la esperanza de vida al nacer (ver Gráfico 4.2).

Las provincias occidentales de Cádiz, Huelva y Sevilla mantienen una EV a los 65 años inferior a la media de Andalucía tanto en hombres como en mujeres, mientras que en las provincias de Málaga, Almería, Córdoba y Granada es más elevada tanto en hombres como en mujeres que la media de Andalucía.

La diferencia en años entre la mayor EV a los 65 años en hombres en Andalucía y la menor está en 1,37 años. Mayor EV de vida a los 65 años en hombres registran provincias como Málaga y Almería; y menor registran las provincias de Sevilla y Cádiz.

En el caso de las mujeres, la diferencia en años entre la mayor EV a los 65 años y la menor en Andalucía está en 1,68 años. Mayor EV de vida en mujeres registran provincias como Córdoba y Málaga; y menor registran las provincias de Huelva y Cádiz, del mismo modo que sucede con la esperanza de vida al nacer.

Gráfico 4.7



Fuente: Movimiento Natural de Población - INE



4.8. Esperanza de vida en buena salud. Andalucía, otras Comunidades Autónomas y España, 1991 y 2007.

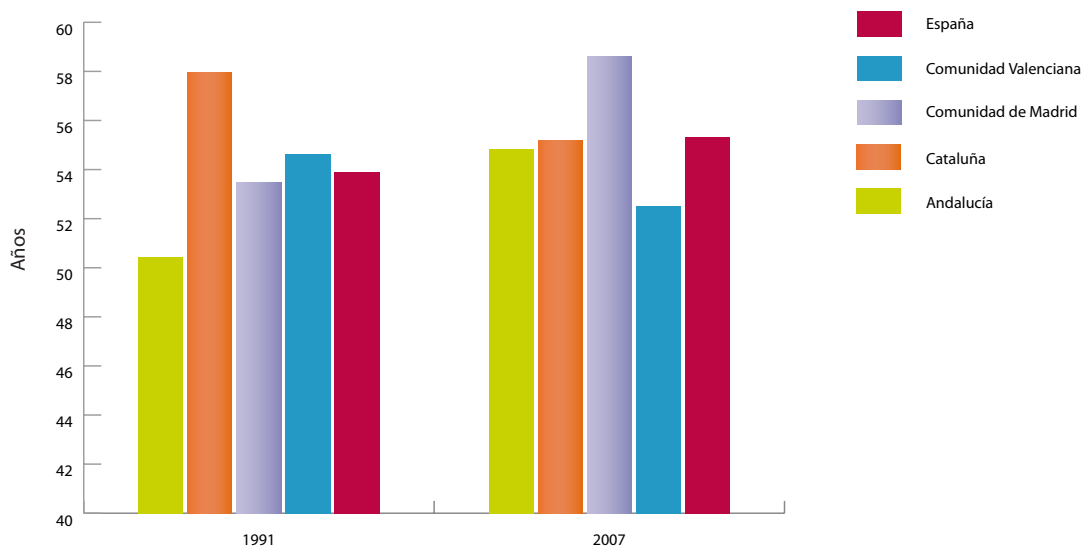
El importante aumento relativo de las personas de más avanzada edad y el predominio de las enfermedades crónicas y la incapacidad, como consecuencia del aumento de la esperanza de vida, hacen que los indicadores de salud basados exclusivamente en la mortalidad sean insuficientes. Por ello, se han venido desarrollando una serie de indicadores que tienen en cuenta alguna medida de la salud o la incapacidad de la población. Entre estos indicadores está la **Esperanza de Vida en Buena Salud (EVBS)**, que pondera los años de vida por la percepción subjetiva de la salud.

Así, la EVBS al nacimiento indicaría el número medio de años que esperaría vivir, con buena salud, una persona de esa población si se mantuvieran las tasas de mortalidad y de percepción de la salud actuales.

En 2007 la esperanza de vida en buena salud en Andalucía era de 54,8 años, 55,3 en España. Inferior en Andalucía a dos de las tres Comunidades Autónomas de comparación.

En su evolución, Andalucía se encuentra entre las Comunidades Autónomas con mayor incremento de la EVBS entre 2002 y 2007. En el conjunto de España el valor de este indicador prácticamente no varía mientras que en Andalucía aumenta en 3,6 años y decrece en las Comunidades Autónomas de mayor población.

Gráfico 4.8



Fuente: Indicadores de salud 2009 - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad



4.9. Esperanza de vida libre de incapacidad. Andalucía, otras Comunidades Autónomas y España, 1986 y 2007.

La **Esperanza de Vida Libre de Discapacidad** para las actividades de la vida diaria (EVLD) es el indicador más pertinente para aproximarnos a una estimación de los años que las andaluzas y los andaluces viven en situación de dependencia.

Con datos referidos a la Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y Situaciones de dependencia 2008 del INE, la EVLD en España y Andalucía se ha incrementado de manera llamativa durante los últimos 20 años a medida que también ha ido aumentando la esperanza de vida. En 1986 la EVLD en Andalucía era algo superior a los 65 años superando en 2007 los 70 años, mientras que en el conjunto de España ha pasado de 66,5 años a 72,3 años.

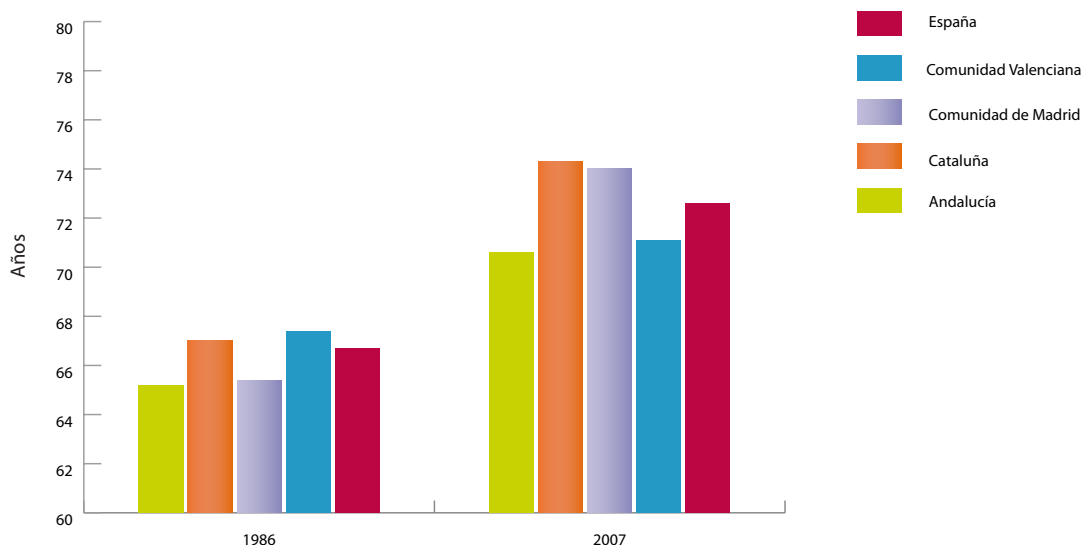
De hecho, según la Encuesta de Redes Familiares (ERF) del Instituto de Estadística de Andalucía (IEA), 2005, el 47,4% de las mujeres mayores de 65 años afirman que necesitan ayuda para las actividades básicas de la vida diaria, mientras que esto sucede en el 35,9% de los hombres de esa edad.

Con todo, esta diferencia de “necesidad de ayuda”, registrada en la ERF entre hombres y mujeres mayores de 65 años, tiene que ser interpretada tomando en consideración los roles de género.

La dependencia afecta más a las áreas geográficas y poblaciones pequeñas, con mayor tasa de envejecimiento. La distribución por provincias no es homogénea, explicándose las disparidades por las diferencias existentes en la distribución de la población según el tamaño de los municipios o el índice de envejecimiento.



Gráfico 4.9



Fuente: Movimiento Natural de Población - INE

4.10. Mortalidad estandarizada según sexo. Andalucía, 1999-2009.

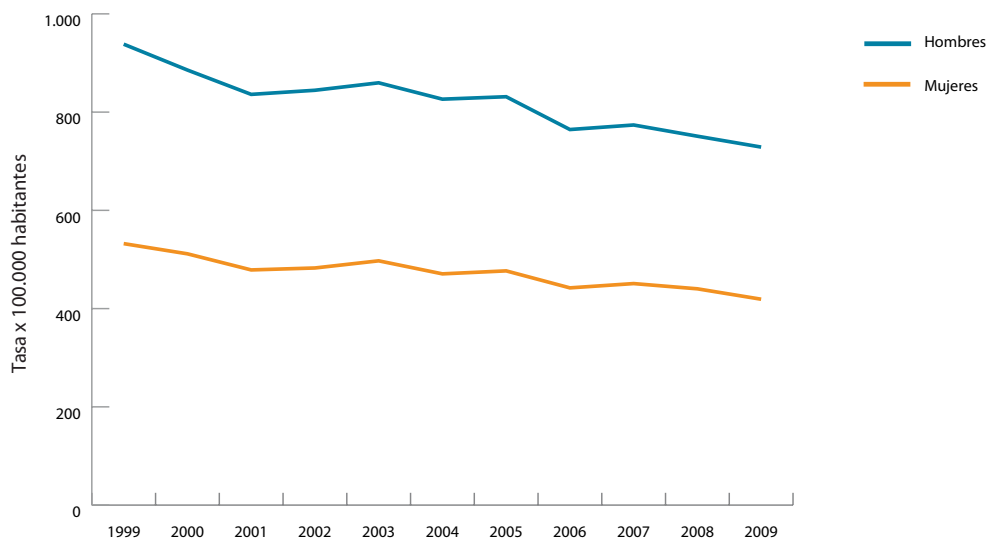
Dentro de una sobremortalidad masculina sobre la femenina, con tasas en torno a un 80% de más **mortalidad** que en las mujeres, la tendencia de la mortalidad en los hombres en los últimos 10 años, es claramente descendente en todas las provincias de Andalucía. El descenso ha sido del 24,3% para el conjunto de Andalucía. Hay que destacar las provincias de Cádiz con un descenso de un 27%, Málaga (26,7%), Sevilla (24,4%) y Granada (25,1%), como en las que más ha descendido. Aunque al ser la mortalidad un fenómeno estadísticamente poco frecuente y con tanta variabilidad anual, estos datos deben interpretarse con precaución.

En cuanto al patrón, aunque con las fluctuaciones en las tasas anuales, las provincias occidentales de Huelva, Sevilla y Cádiz presentan las tasas más altas de mortalidad, superiores a la media de Andalucía, y el resto de las provincias en 2009 presentan tasas iguales o inferiores al conjunto de Andalucía.

La tendencia en las tasas ajustadas por edad de mortalidad general también ha sido en mujeres claramente descendente en todas las provincias andaluzas. El descenso entre 1999 y 2009 ha sido en Andalucía del 21,3% aunque destacan Granada con un porcentaje total de descenso de un 27,3% entre 1999 y el 2009, seguida de Málaga (23,5%), Cádiz (22,1%) y Sevilla (21,7%).

En cuanto al patrón provincial la provincia de Cádiz, Sevilla y Huelva también presenta las tasas más altas de mortalidad en 2009.

Gráfico 4.10

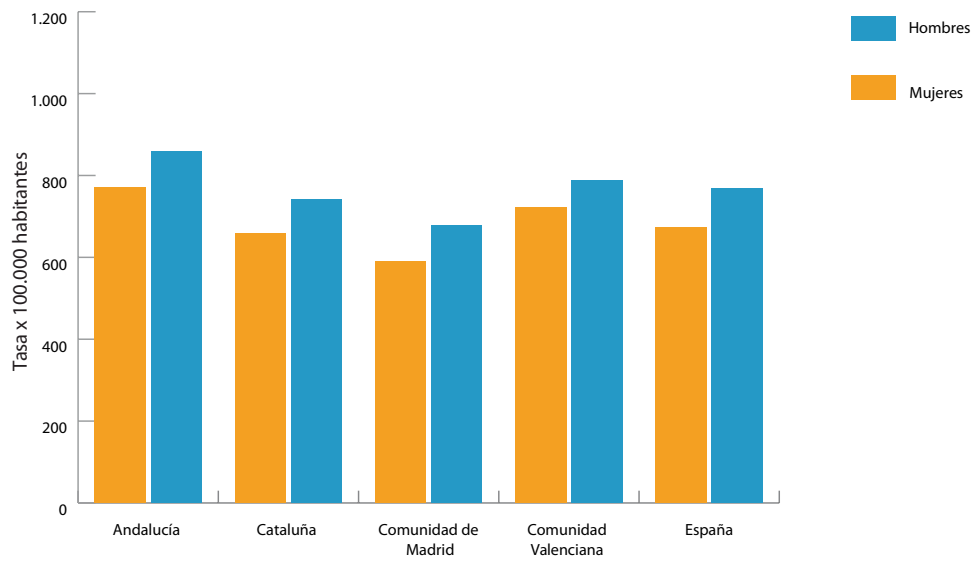


Fuente: Movimiento Natural de Población - INE



4.11. Mortalidad estandarizada según sexo. Andalucía, otras Comunidades Autónomas y España, 2009.

Gráfico 4.11



Fuente: Movimiento Natural de Población - INE



4.12. Mortalidad infantil. Andalucía, otras Comunidades Autónomas y España, 1975-2009.

A pesar de que en los países económicamente desarrollados la tasa de **mortalidad infantil** ha perdido sensibilidad para indicar el nivel socioeconómico de la población y su estado de salud, este indicador sigue siendo imprescindible en cualquier evaluación de la situación sanitaria de una población.

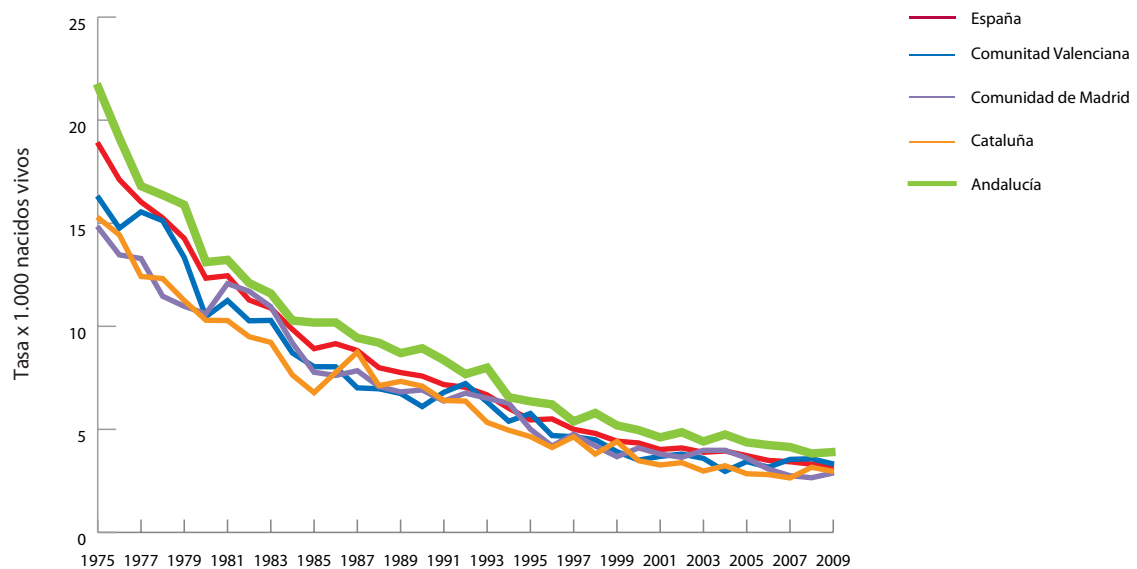
Las tasas en España fueron inferiores a las del conjunto de países de UE15 y también mostraron un descenso porcentual mayor entre 1990 y 2007.

La mortalidad infantil presenta cifras muy bajas, por debajo de 5 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, en el conjunto de Andalucía y por provincias, aunque se ha mantenido a lo largo de los últimos 15 años algo por encima de la media de España, con un descenso de la tasa en este periodo, de 48,8% y 54,6% respectivamente.

Granada, con alguna fluctuación, presenta la tasa mas elevada de Andalucía, mientras que Huelva ha tenido durante los últimos años tasas inferiores a la media española.

La mayor parte de estas muertes ocurrieron en periodo neonatal (primeros 28 días de vida) y en menor proporción en el postneonatal (de 28 días a 1 año), las causas que provocan estas defunciones son principalmente perinatales y congénitas.

Gráfico 4.12



Fuente: Indicadores Demográficos Básicos - INE

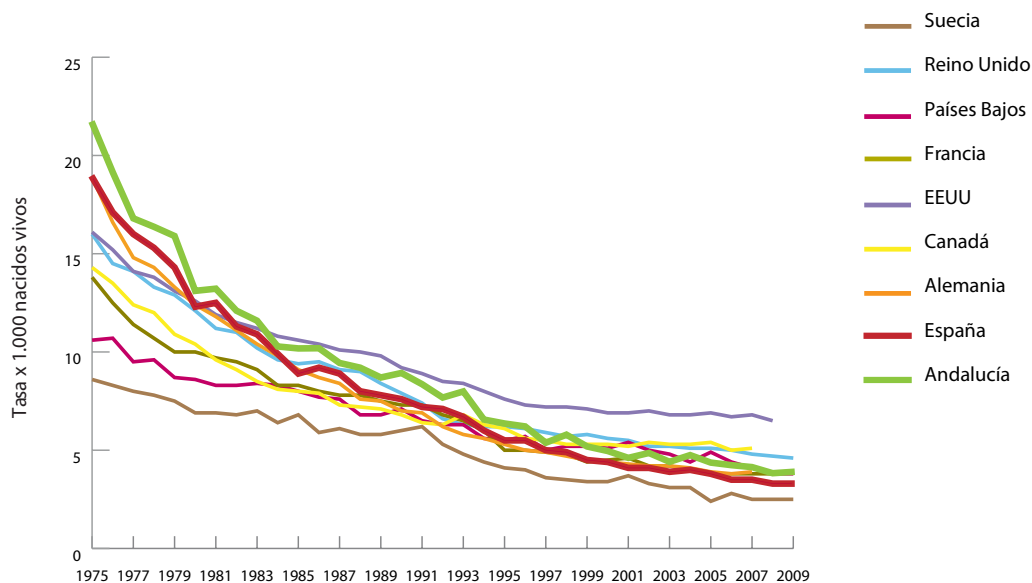


4.13. Mortalidad infantil. Andalucía, España e Internacional, 1975-2009.

España y Andalucía han pasado de tener las tasas más elevadas de **mortalidad infantil** en Europa occidental hasta mediados de la década de los 80, a estar entre los países y regiones con mejores indicadores de mortalidad infantil.

En 2009 España (3,3 muertes por cada 1.000 nacidos vivos) ocupaba el séptimo lugar en cuanto a la menor mortalidad infantil de países de la OCDE, mientras que Andalucía (3,9) ocupaba el decimocuarto. En ambos casos, con tasas inferiores a 4 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, se registran cifras con menor mortalidad infantil en comparación con países como Reino Unido (4,6), Canadá (5,1) o Estados Unidos (6,5), que presentan tasas superiores.

Gráfico 4.13

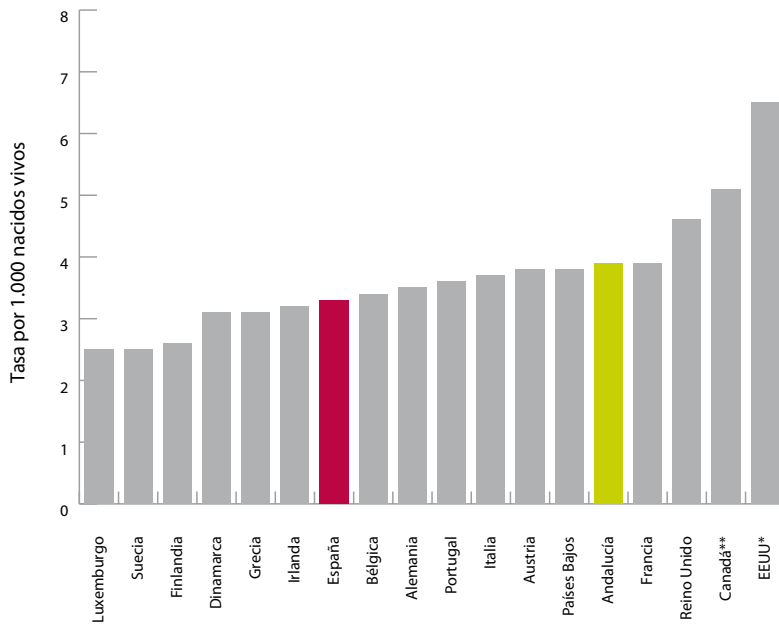


Fuente: *Indicadores Demográficos Básicos - INE*
OCDE



4.14. Mortalidad infantil. Andalucía, España e Internacional, 2009.

Gráfico 4.14



* Datos 2008

** Datos 2007

Fuente: Indicadores Demográficos Básicos - INE
OCDE

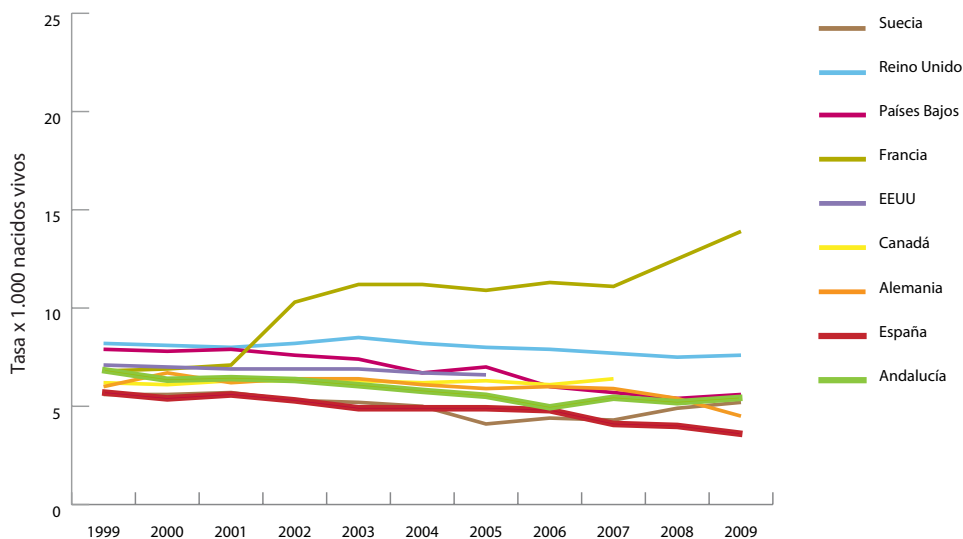


4.15. Mortalidad perinatal. Andalucía, España e Internacional, 1999-2009.

La **mortalidad perinatal** tanto en España como en Andalucía presenta una tendencia descendente en la serie desde 1999 como la mayoría de países de la Unión Europea, Canadá y EEUU. Destacar la tendencia ascendente que se está produciendo en Francia y en el Reino Unido desde 2001. En Andalucía, la mortalidad perinatal se ha reducido en un 21% en el periodo 1999-2009, con una tasa en 2009 situada en 5,4 por 1.000 nacidos vivos. En España la tasa se sitúa en el 3,6.

La mortalidad perinatal es un indicador de impacto importante que puede ser usado a nivel nacional y global y a nivel local si la población es suficientemente grande. Refleja directamente la atención prenatal, intraparto y neonatal, y por lo tanto sirve como demarcador de la calidad del servicio de salud materno-infantil. También refleja la salud materna, la condición de la nutrición materna y el entorno en que vive la madre. Debe tenerse en cuenta que las mejoras en el conteo y/o registro de defunciones fetales también pueden producir un aumento aparente en la tasa.

Gráfico 4.15



Fuente: Indicadores Demográficos Básicos - INE
OCDE



4.16. Partos con anestesia epidural. Andalucía por grupos de edad, 2000-2010.

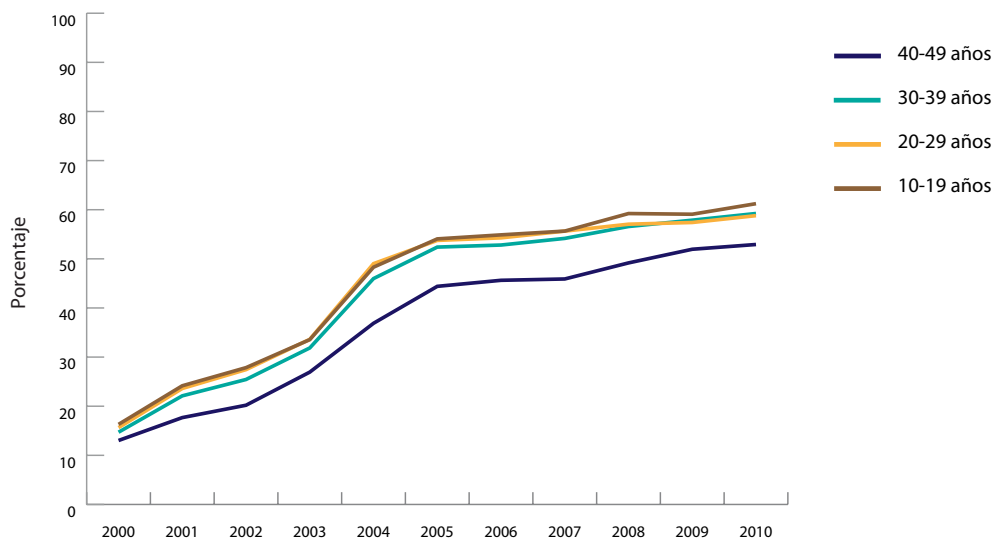
Dentro del Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, Parto y Puerperio se establece como indicador de calidad, la oferta de técnicas de analgesia, incluyendo la epidural, a todas las gestantes. La **analgesia epidural** es el método más eficaz para liberar del dolor en todas las fases del **parto**, e incluso puede ser útil si fuera necesario realizar una cesárea.

Desde el año 2000, en el que solo se practicaba la epidural en el 15% de los partos, se ha producido un aumento progresivo de la analgesia epidural y las mujeres que se beneficiaron en el año 2005 alcanzaron el 50%. En estos últimos cinco años, ha seguido el incremento del número de partos con analgesia epidural, llegando en el año 2010 a valores próximos al 60%.

Si analizamos la edad de las mujeres que se han beneficiado de este tipo de analgesia, el porcentaje de partos con epidural, es inversamente proporcional a la edad de las gestantes. Es decir, mayor número de partos con epidural en mujeres más jóvenes y esta tendencia se mantiene a lo largo de los años.

Este menor porcentaje en mujeres entre 40-49 años, puede estar en relación con factores como: mayor facilidad en la fase de dilatación y expulsiva en multíparas, aumento de factores de riesgo que impiden la aplicación de técnicas anestésicas y porcentaje mayor de cesáreas en estos tramos de edad.

Gráfico 4.16



Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos - SSPA



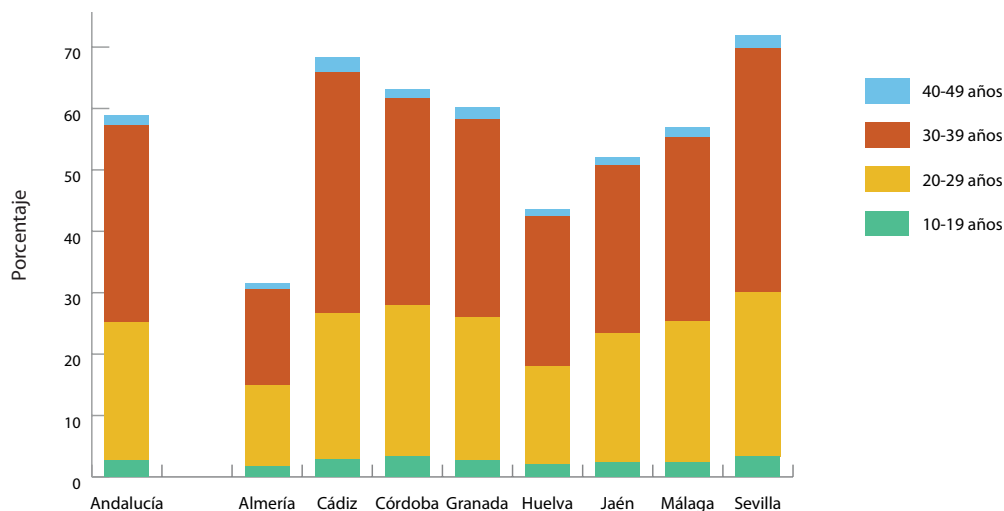
4.17. Partos con anestesia epidural. Provincias de Andalucía por grupos de edad, 2010.

Sevilla, es la provincia de Andalucía que registra un mayor número de partos con analgesia epidural, durante el año 2010, con un porcentaje superior al 70%. Le siguen Cádiz y Córdoba que superan el 60% y las provincias de Granada y Jaén que presentan porcentajes entre el 50-60%.

Almería solo ha realizado con anestesia epidural el 30% de los partos, seguido de Huelva que muestra un valor ligeramente superior al 40%.

Estas diferencias pueden tener relación con el número de recursos disponibles por provincia, diferentes criterios clínicos sobre la indicación de analgesia durante el parto, y a otros factores socio-culturales que pudieran aumentar la negativa de las gestantes a este tipo de técnicas durante el parto.

Gráfico 4.17



Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos - SSPA



4.18. Cesáreas en hospitales del Sistema Sanitario Público. Andalucía, otras Comunidades Autónomas y España, 2001-2010.

La **tasa de cesáreas** se ha identificado como un indicador de buena práctica relacionando una baja tasa con un buen control del embarazo y con una correcta asistencia al parto. Sin embargo, los centros que concentran unidades de tratamiento de la infertilidad o unidades neonatales de referencia pueden justificar una mayor tasa de cesáreas.

El porcentaje de cesáreas en nuestra Comunidad Autónoma está entre los más bajos de los comparados en el gráfico, pero por encima de las recomendaciones actuales.

En el Sistema Sanitario Público de Andalucía, en el Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, Parto y Puerperio se establece como indicador de calidad que la tasa de cesáreas sea inferior al 18%, y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia en el 16%.

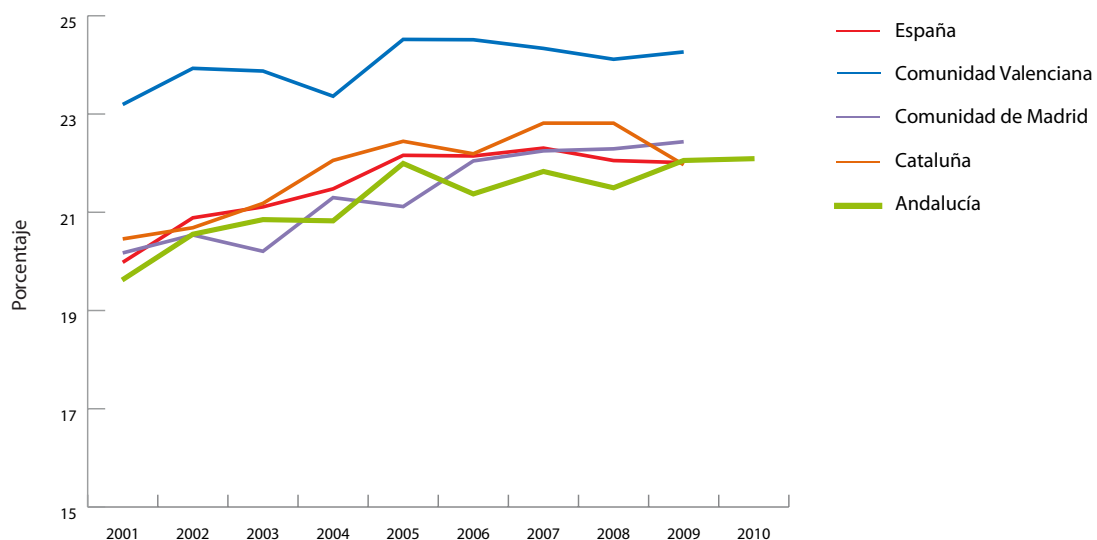
En los últimos 10 años, el porcentaje de cesáreas ha aumentado un 12% en Andalucía (un 10% en España). En el año 2009, el porcentaje de cesáreas en Andalucía es similar al español, situándose en el 22%. Cataluña registra también un 22%, frente a la Comunidad de Madrid que tiene un 22% y la Comunidad Valenciana con un 24% de cesáreas.

La Organización de Naciones Unidas está estudiando la relación del aumento de cesáreas con la salud de la madre y del niño, tratando de identificar las causas que pueden ser de tipo médico, pero también antropológico y cultural.

Son muchos los aspectos a considerar. Como por ejemplo el retraso en la edad de maternidad de las mujeres primíparas, el amplio desarrollo de las técnicas de fecundación artificial en los últimos años, junto con los tratamientos de infertilidad que han provocado un incremento de los embarazos múltiples.

La evidencia científica demuestra que esta política de incremento de cesáreas es perjudicial a medio y largo plazo para la salud de la madre y del neonato, además de incrementar ostensiblemente los costes de la sanidad. En este sentido es necesario establecer estrategias orientadas a disminuir la tasa de cesáreas.

Gráfico 4.18



Fuente: iCMBD - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Conjunto Mínimo Básico de Datos - SSPA (dato Andalucía 2010)

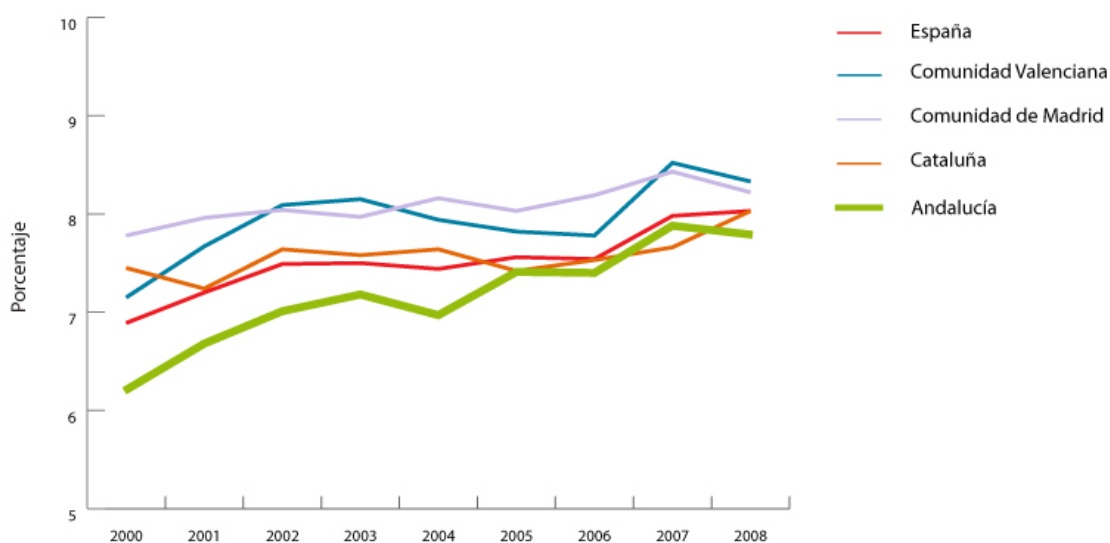


4.19. Recién nacidos con bajo peso. Andalucía, otras Comunidades Autónomas y España, 2000-2008.

El porcentaje de **recién nacidos con bajo peso** en Andalucía (ver Gráfico 1.5) ha seguido una tendencia ascendente en los últimos 30 años, junto con una marcada reducción de las diferencias existentes entre provincias. En estos últimos años (2000-2008), no obstante, este indicador está experimentando un incremento tanto en Andalucía (un 25%) como en España (17%). Del mismo modo se observan incrementos en otras Comunidades Autónomas como Cataluña, la Comunidad de Madrid y la Comunidad Valenciana.

En 2009, el porcentaje en Andalucía de bajo peso al nacer se situaba en el 7,8% del total de recién nacidos y en España en el 8%. Otras Comunidades Autónomas como Cataluña (8%), la Comunidad Valenciana (8,3%) y la Comunidad de Madrid (8,2%) registraban valores ligeramente por encima del dato andaluz, en el indicador de recién nacidos con bajo peso al nacer.

Gráfico 4.19



Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad



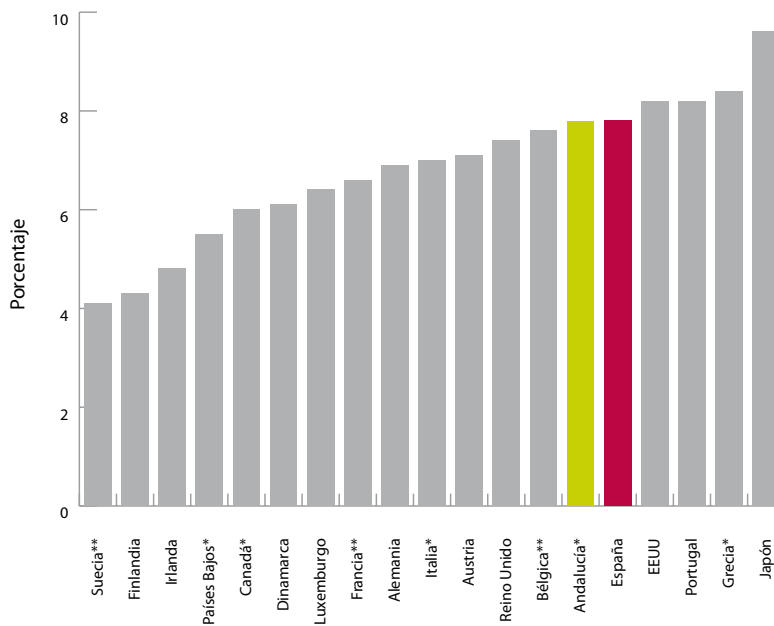
4.20. Recién nacidos con bajo peso. Andalucía, España e Internacional, 2009.

El porcentaje de **recién nacidos con bajo peso** en Andalucía (7,8% del total de recién nacidos) y España (8%) se encontraba en 2009 en valores superiores, respecto a los países europeos, más Canadá, Japón y Estados Unidos.

Solamente Japón (9,6%), Grecia (8,4%), Portugal (8,2%) y Estados Unidos (8,2%) son países en los que se observa un mayor porcentaje de bajo peso al nacer, respecto a la cifra para Andalucía y España. El resto de países presenta un mejor resultado en este indicador.

Países como Suecia o Finlandia presentan valores en este indicador alrededor del 4%.

Gráfico 4.20



* Datos 2008

** Datos 2007

Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
OCDE



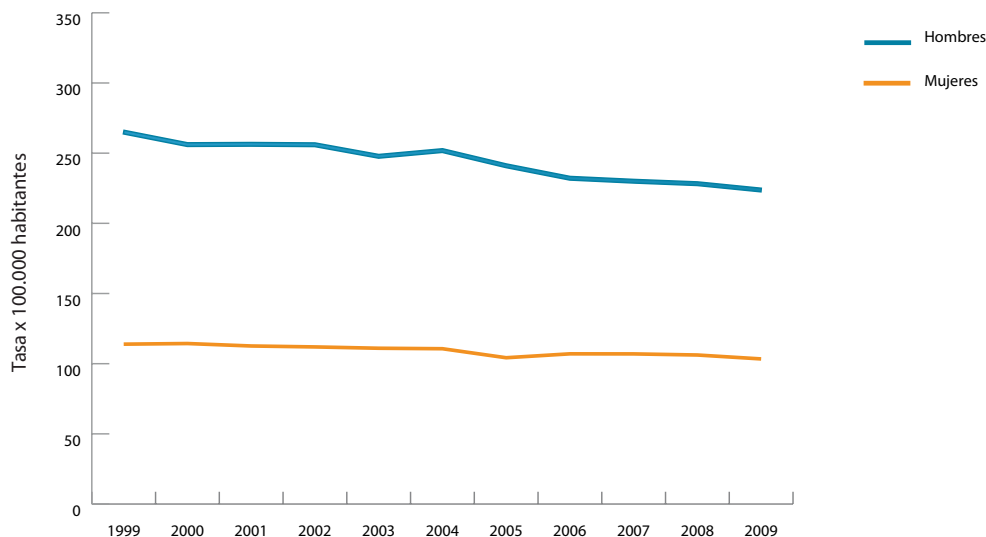
Efectividad

4.21. Mortalidad estandarizada por cáncer según sexo. Andalucía, 1999-2009.

El cáncer es la segunda causa de muerte, después de las enfermedades cardiovasculares, siendo la primera en el grupo de edad de 15 a 64 años. En los últimos años, la **mortalidad por cáncer** en Andalucía presenta una tendencia descendente tanto en hombres como en mujeres siendo este descenso más acusado en los hombres. Aún encontrándose por encima de los valores de la media nacional este descenso se corresponde con el que se está produciendo en el resto del país. Desde 1990, el riesgo de muerte por cáncer está disminuyendo en los países de la Unión Europea. La disminución en la incidencia o el resultado de las políticas de detección precoz por un lado y los avances del tratamiento por otro, han contribuido en la disminución de la mortalidad en muchos tumores malignos. Fundamentalmente, este descenso se debe a la disminución de la mortalidad por cáncer de pulmón en los hombres y cáncer de mama en las mujeres. El descenso de la prevalencia de tabaquismo sería el responsable de la disminución de la mortalidad por cáncer de pulmón, mientras que en el de mama está en relación con el aumento de la supervivencia debido a un mejor y precoz diagnóstico y a un tratamiento en estadios más precoces que aumentaría la supervivencia y en algunos casos la curación.

En 2009, la tasa de mortalidad estandarizada por cáncer en Andalucía para los hombres es de 223,7 por 100.000 habitantes (con una reducción en la última década de un 16%), y para las mujeres de 103,4 por 100.000 habitantes (con una reducción en la última década de un 9%) .

Gráfico 4.21



Fuente: Movimiento Natural de Población - INE



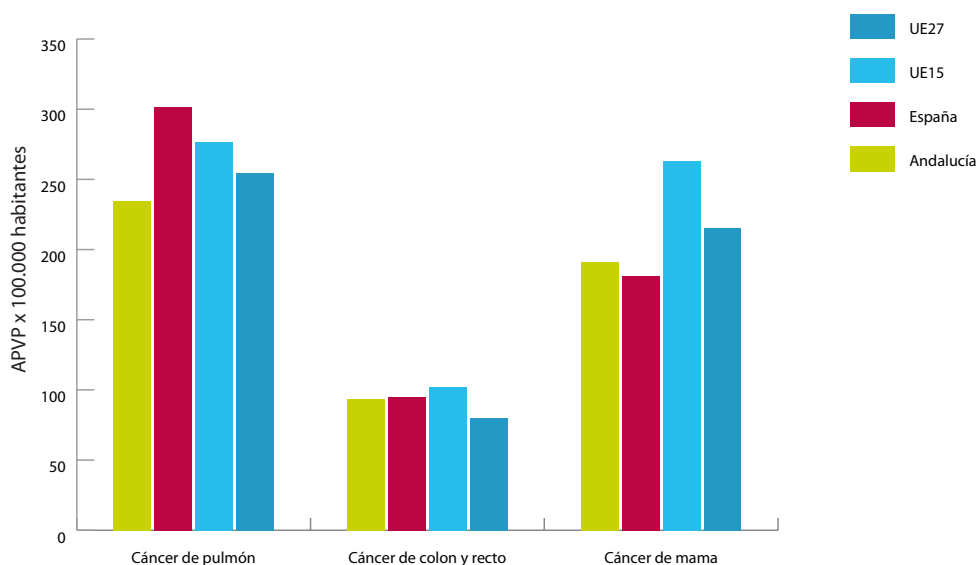
4.22. Años potenciales de vida perdidos por cáncer de pulmón, colon y recto y mama. Andalucía, España y Europa, 2009.

Los **años potenciales de vida perdidos** (APVP) es una medida de mortalidad prematura que pondera las muertes en grupos de edad jóvenes. Es otra óptica desde donde mirar el comportamiento de una enfermedad, dando mayor preponderancia a la edad en que muere una persona que al hecho inevitable de la muerte. En los países con buenos indicadores de desarrollo humano se ha conseguido que las muertes se concentren en las edades extremas de la vida, con lo cual los APVP son cada vez más bajos.

En el caso del cáncer y las cardiovasculares, segunda y primera causa de muerte en Andalucía, se invierte el orden en cuanto a magnitud cuando se utiliza para medirlas los APVP, pasando el cáncer a la primera posición. En el cáncer de pulmón, mama y colorectal lo más importante es ver como los dos primeros afectan más a personas jóvenes que el tercero.

Las comparaciones entre las distintas zonas geográficas, con datos de solo un año, deberían de tratarse con cautela debido a la alta variabilidad de este indicador que solo utiliza muertes de menores de 70 años, que son eventos escasos desde el punto de vista estadístico. En otros análisis, Andalucía está por encima de la media española; y España en su conjunto presenta unos buenos indicadores de mortalidad dentro del contexto europeo.

Gráfico 4.22



Fuente: *Movimiento Natural de Población – INE*
Eurostat



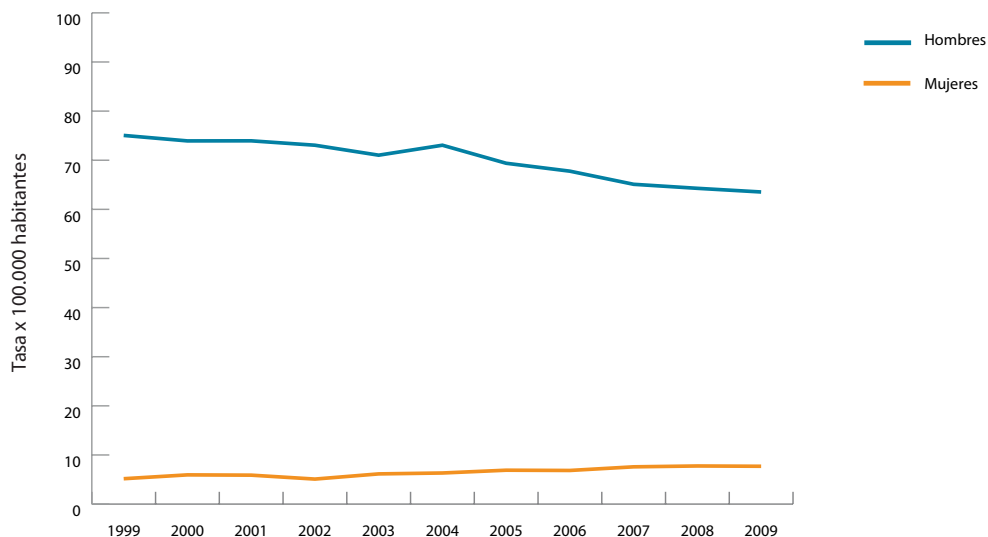
4.23. Mortalidad estandarizada por cáncer de pulmón según sexo. Andalucía, 1999-2009.

El cáncer de pulmón es la primera causa de mortalidad por cáncer en los hombres en Andalucía, y comienza a tener una importancia relativa como causa de muerte en las mujeres. En los hombres está descendiendo (un 15% entre 1999 y 2009) y en las mujeres está aumentando (un 49% entre 1999 y 2009), efecto que no se observa con claridad en el gráfico debido a que la razón de sexos es mayor de ocho, es decir los hombres mueren ocho veces más por este cáncer que las mujeres. En 2009, la tasa de mortalidad estandarizada por cáncer de pulmón en hombres era de 63,5 por 100.000 habitantes y en mujeres era de 7,7 por 100.000 habitantes.

En este sentido la **mortalidad por cáncer de pulmón** está experimentando en los últimos años un descenso en los hombres al igual que está sucediendo en el resto de España, aunque los valores de los hombres en Andalucía siguen estando por encima de la media nacional.

El principal factor de riesgo bien establecido para la incidencia del cáncer de pulmón es el tabaquismo tanto en los hombres como en las mujeres. En los hombres se ha producido una reducción en el número de fumadores que posiblemente sea la causa del descenso de la mortalidad, y el efecto contrario ha ocurrido en las mujeres. Pudiendo ser esta la explicación de las tendencias en ambos sexos.

Gráfico 4.23



Fuente: Movimiento Natural de Población - INE



4.24. Mortalidad estandarizada por cáncer de colon según sexo. Andalucía, 1999-2009.

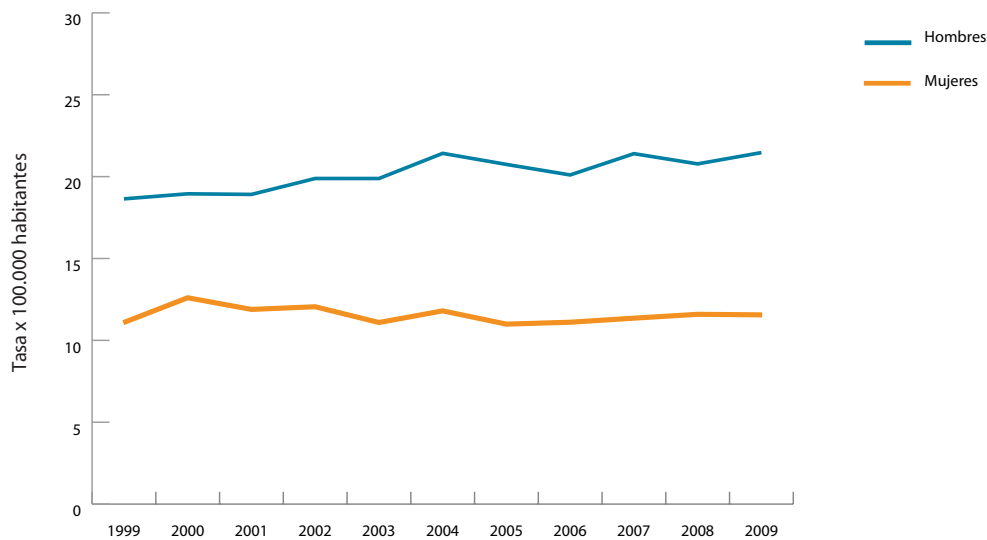
La **mortalidad por cáncer de colon** habitualmente se estudia junto a la de recto, aunque por otro lado tiene sus diferencias en cuanto a factores de riesgo.

En Andalucía como en el resto de España y países desarrollados es de los cánceres que mayor mortalidad están produciendo, de hecho es la segunda causa de mortalidad por cáncer con una tendencia ascendente en especial en los hombres (incremento de un 15% entre 1999 y 2009) y con menor incremento en las mujeres (incremento de un 4% en el mismo periodo), aunque en éstas en Andalucía a partir del año 1996 aparece un descenso cuando se estudia junto con el cáncer de recto. En 2009, la tasa de mortalidad estandarizada por cáncer de colon en hombres era de 21,5 por 100.000 habitantes y en mujeres era de 11,6 por 100.000 habitantes.

Otra de las características de este cáncer es que afecta a personas mayores, con un incremento exponencial a partir de los 55 años, con lo cual su impacto en cuanto a años de vida perdidos es mucho menor que cánceres de otras localizaciones. El diagnóstico precoz es la principal medida para disminuir la mortalidad. Se recomienda los cribados poblacionales a personas mayores de 50 años. De hecho es lo que se está haciendo en Andalucía impulsado por el Plan Integral de Oncología.

Con estas medidas y actuando sobre los factores de riesgo conocidos como las dietas con altos contenidos proteínicos y grasas saturadas posiblemente se consiga disminuir la incidencia y por ende la mortalidad.

Gráfico 4.24



Fuente: Movimiento Natural de Población - INE



4.25. Mortalidad estandarizada por cáncer de recto según sexo. Andalucía, 1999-2009.

La **mortalidad por cáncer de recto** suele estudiarse conjuntamente con la de colon porque es difícil hacer el diagnóstico entre estas dos localizaciones que por otro lado tiene sus diferencias en cuanto a factores de riesgo.

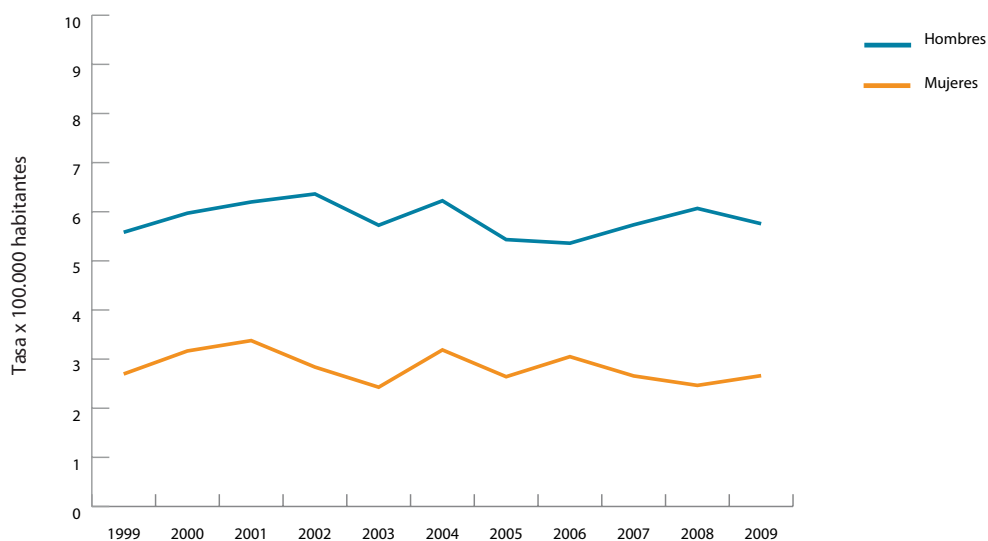
Junto con el de colon representa la segunda causa de muerte por cáncer en ambos sexos.

En la serie representada en el Gráfico 4.25 de mortalidad por cáncer de recto observamos que en Andalucía, tanto en hombres como en mujeres, las tasas se mantiene, con una tendencia ligeramente ascendente en hombres (incremento de un 3% entre 1999 y 2009) y ligeramente descendente en mujeres (descenso de un 1%). En 2009, la tasa de mortalidad estandarizada por cáncer de recto en hombres era de 5,7 por 100.000 habitantes y en mujeres era de 2,6 por 100.000 habitantes.

En ambos sexos las tasas se encuentran por debajo de la media nacional. La afectación es mayor a partir de los 50 años por lo que en años potenciales de vida su impacto es menor que en cánceres de otras localizaciones.

El diagnóstico precoz es la principal medida para disminuir la mortalidad. Se recomienda los cribados poblacionales a personas mayores de 50 años. De hecho es lo que se está haciendo en Andalucía impulsado por el Plan Integral de Oncología. Con estas medidas y actuando sobre los factores de riesgo conocidos como las dietas con altos contenidos proteínicos y grasas saturadas posiblemente se consiga disminuir la incidencia y por ende la mortalidad.

Gráfico 4.25



Fuente: Movimiento Natural de Población - INE



4.26. Incidencia y mortalidad estandarizada en cáncer de mama. Andalucía, 1996-2008 y 2008-2009.

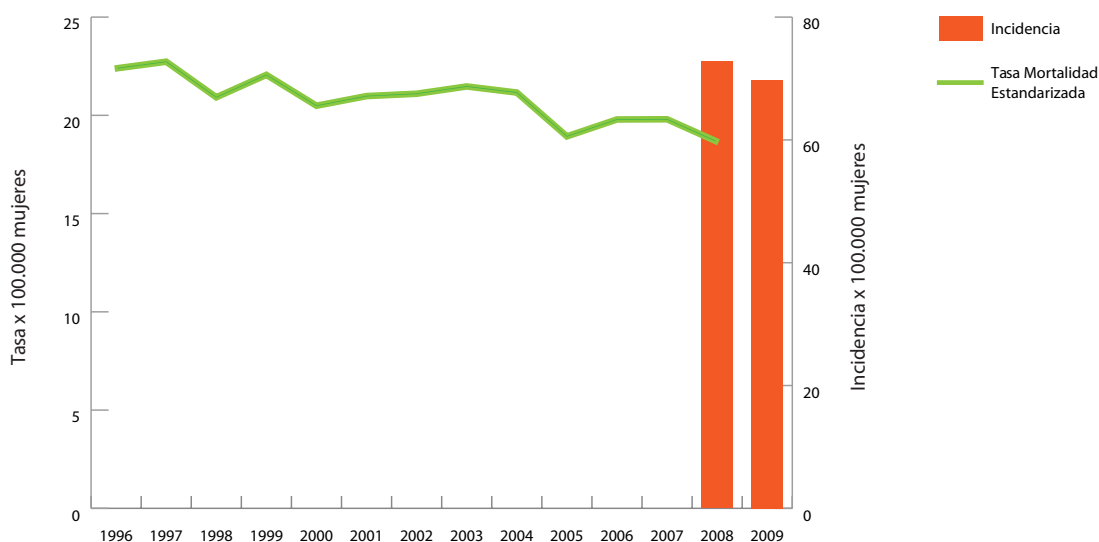
Andalucía, mantiene durante las últimas décadas una **tasa de mortalidad por cáncer de mama** que ha seguido una ligera tendencia descendente, siendo en 1996 de 22,39 muertes por 100.000 mujeres y en 2008 de 18,66 por 100.000 mujeres, lo que supone una disminución en la tasa de mortalidad por cáncer de mama de un 17% en el periodo 1996-2008, en Andalucía.

Andalucía, mantiene durante las últimas décadas una tasa de mortalidad por cáncer de mama similar a la de España.

En cuanto a la incidencia, las estimaciones para el cáncer de mama apuntan una estabilización o ligero aumento de la incidencia en Andalucía y en el resto de España relacionado con los programas de cribado.

En 2009 la tasa bruta de casos incidentes de cáncer de mama en Andalucía fue de 69,74 casos por 100.000 mujeres, lo que supone una ligera reducción de un 4% respecto al año anterior.

Gráfico 4.26



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología - Instituto de Salud Carlos III
Registro de Cáncer de Andalucía



Efectividad

4.27. Cirugía conservadora de cáncer en mama. Andalucía, España e Internacional, 2000-2009.

La cirugía conservadora hace referencia a la cirugía limitada a una parte de la mama (extirpación del tumor o de un cuadrante mamario). Esta cirugía es posible en tumores de pequeño tamaño que han sido diagnosticados precozmente.

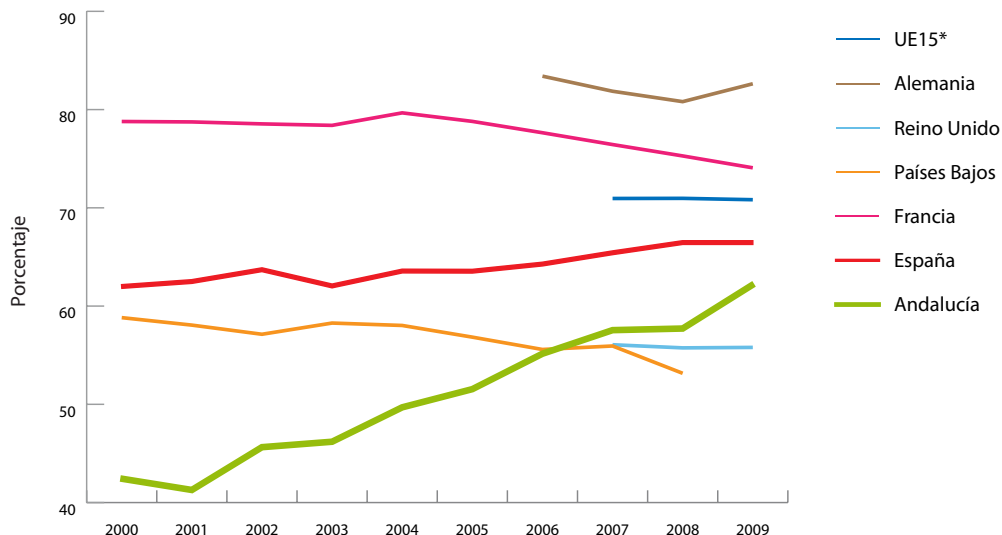
El porcentaje de **cirugía conservadora en cáncer de mama** en Andalucía en 2009 era del 62%.

La tendencia de esta cirugía en Andalucía es ascendente (con un incremento de un 47% en el periodo 2000-2009) acercándose en los últimos años a la española (66% en el año 2009) y superando a países como Reino Unido (55%) y Países Bajos (53%).

En Andalucía, el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama se extendió al 100% de la población en el año 2004, momento en el que se observa una inversión entre tratamiento quirúrgico radical/conservador.

Se puede afirmar que el programa de detección precoz junto con las nuevas técnicas diagnósticas ha hecho posible el incremento de la cirugía conservadora en el cáncer de mama.

Gráfico 4.27



* UE15 salvo Grecia

Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos - SSPA
Sistema de Información de Vigilancia de la Salud - SSPA



4.28. Incidencia y mortalidad estandarizada en cardiopatía isquémica por sexo. Andalucía, 1996-2008 y 2000-2009.

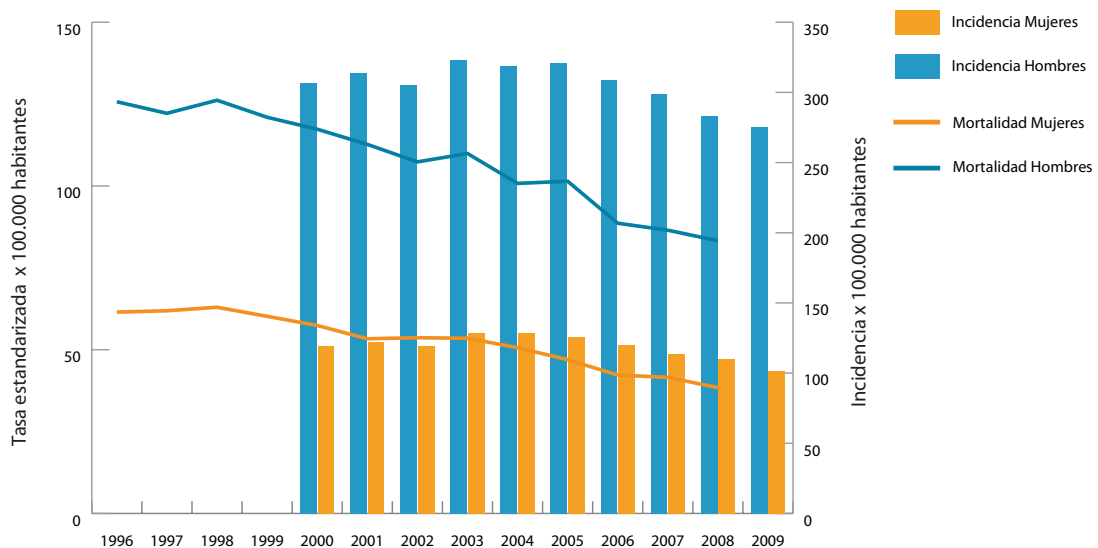
En Andalucía, la **incidencia de cardiopatía isquémica** en 2009 fue de 275 por 100.000 en hombres y de 101 por 100.000 en mujeres. Durante la última década los valores de la tasa de incidencia han estado próximos a los 300 casos por 100.000 en hombres y a 100 casos por 100.000 en mujeres. Un fenómeno similar ha ocurrido con los accidentes cerebro vasculares (ver Gráfico 4.29).

Respecto a la **mortalidad por cardiopatía isquémica** en Andalucía y en mayor medida la mortalidad por accidente cerebro vascular, ha tenido un importante descenso estadísticamente significativo durante las últimas décadas. La estabilización de la incidencia, incluso su disminución, junto con el descenso de la mortalidad, implican un progresivo incremento de la prevalencia de pacientes con antecedentes de enfermedad cerebrovascular.

En definitiva, la mortalidad por cardiopatía isquémica en Andalucía ha descendido en un 34% para los hombres y en un 38% para las mujeres, en el periodo 1996-2008.

Y la incidencia por cardiopatía isquémica en Andalucía ha descendido en un 10% en los hombres y en un 15% en las mujeres, en el periodo 2000-2009.

Gráfico 4.28



Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos - SSPA
Sistema de Información de Vigilancia de la Salud - SSPA



4.29. Incidencia y mortalidad estandarizada en Accidente Cerebro Vascular (ACV) por sexo. Andalucía, 1996-2008 y 2000-2009.

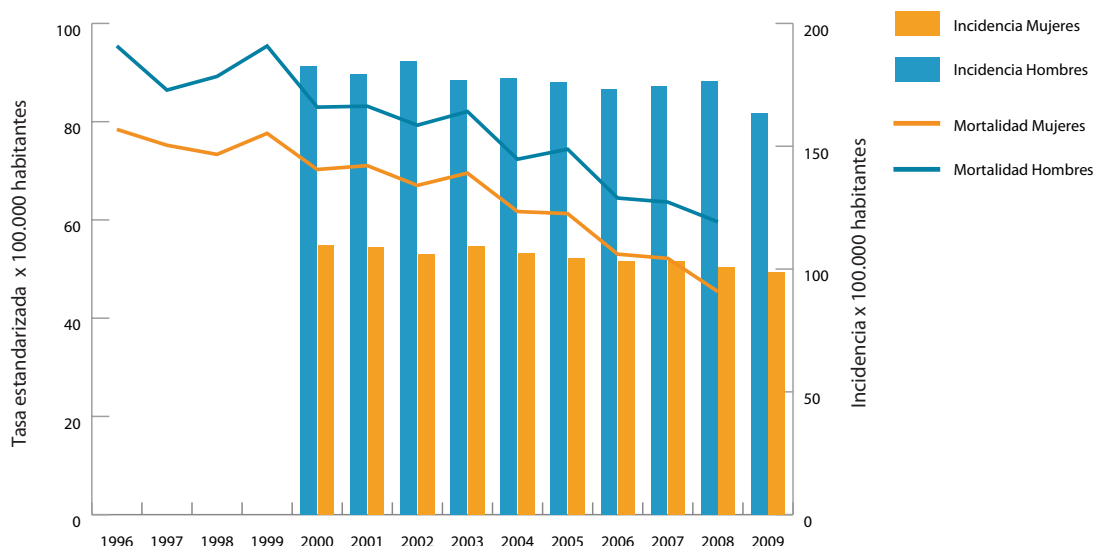
La **incidencia de Accidente Cerebro Vascular** (ACV) en Andalucía tanto en hombres como en mujeres se mantiene en valores muy similares durante la última década como se observa en el Gráfico 4.29. En hombres la incidencia se sitúa para el año 2009 en 163,4 por 100.000 siendo en mujeres de 98,6 por 100.000, algo inferior a los valores de años anteriores.

Por el contrario, la **tasa de mortalidad** por ACV ha experimentado un notable descenso, de casi la mitad de su valor, durante el mismo periodo, tanto en hombres como en mujeres, atribuible a una mejor atención sanitaria a este proceso. En el año 2000 la tasa de mortalidad por ACV era de 83 por 100.000 en hombres y de 70,3 por 100.000 en mujeres, descendiendo en el año 2008 a 59,6 por 100.000 y a 45,4 por 100.000 respectivamente. Tendencia ya observada desde 1996.

En resumen, la mortalidad por accidente cerebro vascular en Andalucía ha descendido en un 38% para los hombres y en 42% para las mujeres, en el periodo 1996-2008.

Y la incidencia por accidente cerebro vascular en Andalucía ha descendido en un 11% en los hombres y en un 10% en las mujeres, en el periodo 2000-2009.

Gráfico 4.29



Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos – SSPA
 Sistema de Información de Vigilancia de la Salud - SSPA



4.30. Percepción del estado de salud "Bueno" y "Muy bueno". Andalucía y España, 2001, 2003, 2006/2007 y 2009.

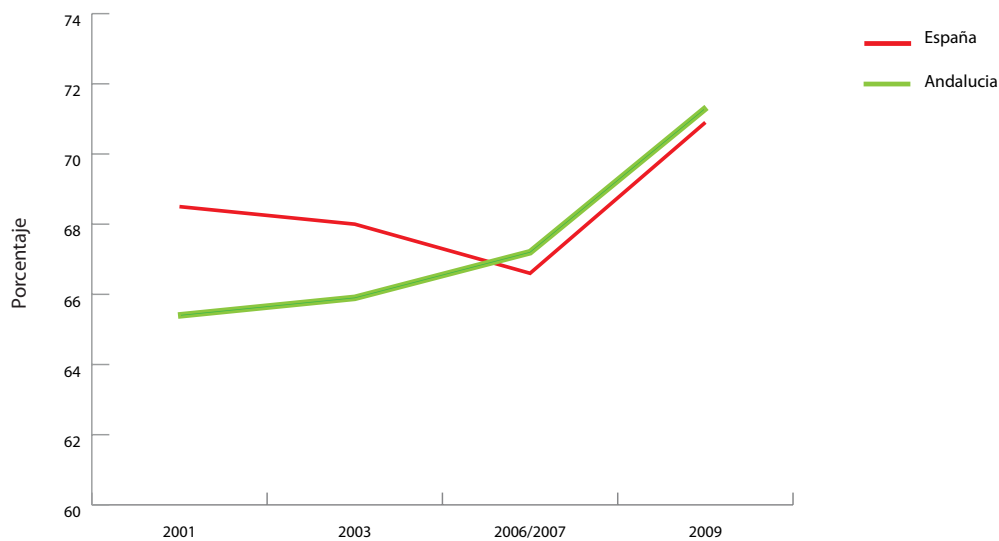
El 71,3% de los andaluces consideran que su **estado de salud** es **bueno o muy bueno**. Esta valoración del estado de salud percibida, cuyo registro se refiere a la población de 16 años y más, es ligeramente superior a la de España que consideran que su estado de salud es bueno o muy bueno en un 70,9%.

Observando la evolución temporal de dicha percepción, a lo largo de la década, se aprecia para Andalucía una evolución positiva en dicha percepción, siendo en 2001 la autovaloración positiva (calificaciones de buena más muy buena) del 65,4% pasando a alcanzar el 71,3% en 2009 con más de cinco puntos porcentuales de diferencia.

Los indicadores de salud percibida, pese al carácter subjetivo que implica y que a las respuestas pueden ser interpretables en claves culturales, psicológicas y sociales, constituyen un indicador presente en todos los análisis de la salud de las poblaciones y están descritos como una medida útil por su valor predictivo para evaluar utilización futura de los ciudadanos respecto a la atención sanitaria e incluso en términos de mortalidad (Miilunpalo et al., 1997)⁽ⁱ⁾.

Los datos correspondientes a 2001, 2003 y 2006/2007 proceden de los Barómetros Sanitarios del Ministerio de Sanidad; y el correspondiente a 2009 procede de los resultados para España de la Encuesta Europea de Salud, valoración en los últimos doce meses, elaborada por el INE y Ministerio de Sanidad.

Gráfico 4.30



Fuente: Barómetro Sanitario - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
European Social Survey 2008/2010 (datos 2009)

(i) Miilunpalo S, Vuori I, Oja P, Pasanen M, Urponen H. Self-rated health status as a health measure: The predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *Journal of Clinical Epidemiology* 1997; 50(5): 517-528.



4.31. Percepción del estado de salud “Bueno” o “Muy bueno”. Andalucía, España e Internacional, 2008-2009.

En el gráfico se observa cómo **valoran su estado de salud** los ciudadanos en **Europa**. Los datos proceden de la Encuesta Social Europea, encuesta que se realiza cada dos años por un conjunto de siete instituciones académicas europeas y es financiada entre otras instituciones por la Comisión Europea. Los datos corresponden a la cuarta edición (entre septiembre 2008 y enero 2009) -al cierre de esta publicación se estaban realizando los trabajos de campo de la quinta ola, 2010-2011- y en el gráfico se ofrecen los resultados de la muestra de Andalucía.

El objetivo de esta encuesta es generar indicadores de calidad que permitan comparar las actitudes y valores de los europeos y estudiar su evolución a lo largo del tiempo.

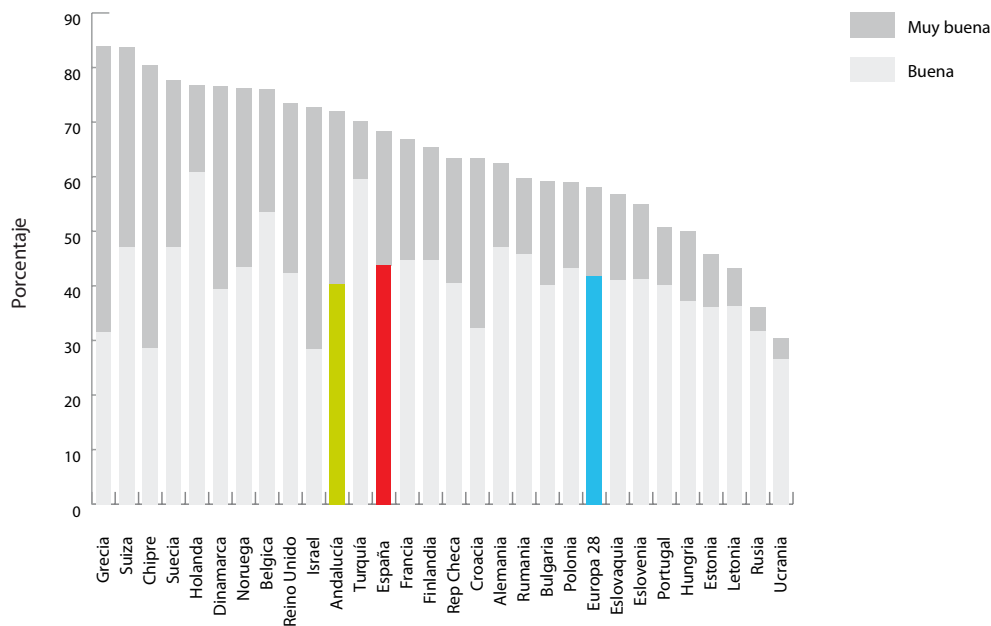
A la pregunta de cómo diría que es su estado de salud, el 71,9% de los andaluces expresa que es bueno o muy bueno, porcentaje ligeramente superior al de España (68,3%).

Asimismo, la valoración que hacen los españoles y andaluces de su estado de salud es apreciablemente superior a la salud percibida media de los ciudadanos europeos, que se sitúa en el 58,1%.

En el conjunto de los países europeos se observa un gradiente importante en la valoración subjetiva del estado de salud, registrándose diferencias de hasta 50 puntos entre los ciudadanos de aquellos países que tienen un mejor promedio de salud autopercebida, y los de los países con peor resultado.



Gráfico 4.31



Fuente: European Social Survey 2008/2010

4.32. Incidencia de tétanos. Andalucía y España, 2005-2010.

El **tétanos** es en la actualidad una enfermedad con casos esporádicos en Andalucía que se presenta habitualmente entre personas mayores no vacunadas o no vacunadas correctamente, generalmente en ámbito rural y relacionada con actividades de agricultura o jardinería.

La incidencia en Andalucía fluctúa en la serie de estos últimos años, entre una tasa de 0,06 casos por 100.000 habitantes en 2006, a una tasa de 0,01 en 2009 (0,02 para el conjunto de España en el mismo año).

Gráfico 4.32



Fuente: Sistema de Información de Vigilancia de la Salud - SSPA
Centro Nacional de Epidemiología - Instituto de Salud Carlos III



4.33. Incidencia de tosferina. Andalucía y España, 2005-2010.

En Andalucía, a partir de 1992, las tasas de **tosferina** han seguido una tendencia decreciente progresiva hasta situarse por debajo de 1 caso por 100.000 habitantes.

Aunque esta tendencia se ha mantenido, la incidencia en Andalucía en el último quinquenio ha experimentado un ligero incremento, desde una tasa de 0,24 en 2005 a 0,61 en 2009.

Un incremento similar en la evolución se ha observado para el conjunto de España, que ha pasado de 0,77 casos por 100.000 habitantes en 2005 a 1,94 en 2009. Tasa de incidencia esta última que triplica la del mismo año para Andalucía.

Este fenómeno además se ha producido en todas las provincias andaluzas. La mayor proporción de casos corresponden a menores de 6 meses que no han iniciado o finalizado la primovacunación.

Gráfico 4.33



Fuente: Sistema de Información de Vigilancia de la Salud - SSPA
Centro Nacional de Epidemiología - Instituto de Salud Carlos III



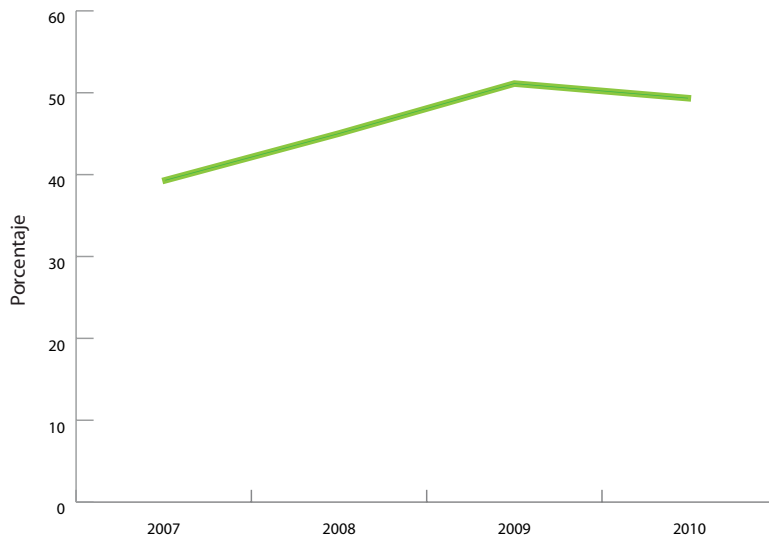
4.34. Personas mayores de 64 años vacunadas de gripe. Andalucía, 2007-2010.

La incidencia de gripe es habitualmente más elevada entre niños y adultos jóvenes que en ancianos. Sin embargo, fuera de temporadas pandémicas, las complicaciones de la gripe, como la presentación de neumonía bacteriana y complicaciones de enfermedades de base, consecuencia de la infección por el virus de la gripe, se presentan con mayor frecuencia entre personas ancianas.

La vacuna debe adaptarse cada año a las cepas de virus circulantes que identifica la OMS. Si bien los diferentes estudios de efectividad no son habitualmente concluyentes respecto a la presentación de síntomas de gripe en personas mayores vacunadas, sin embargo sí se admite que la vacuna reduce la incidencia de complicaciones graves y episodios de hospitalización por complicaciones de la gripe en este grupo de edad.

Las coberturas de **vacunación frente a la gripe en mayores de 64 años** son bajas en Andalucía, situándose en los últimos 2 años en torno a la mitad de la población diana.

Gráfico 4.34



Fuente: Sistema Integrado de Gestión e Información para la Atención Sanitaria (Diraya) - SSPA



Efectividad

4.35. Reingresos en hospitales del Sistema Sanitario Público. Andalucía, otras Comunidades Autónomas y España, 2001-2009.

Esta tasa se ha elaborado con los criterios que establece para este indicador el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que define reingreso a todo ingreso inesperado (ingreso urgente) tras un alta previa, en el mismo hospital.

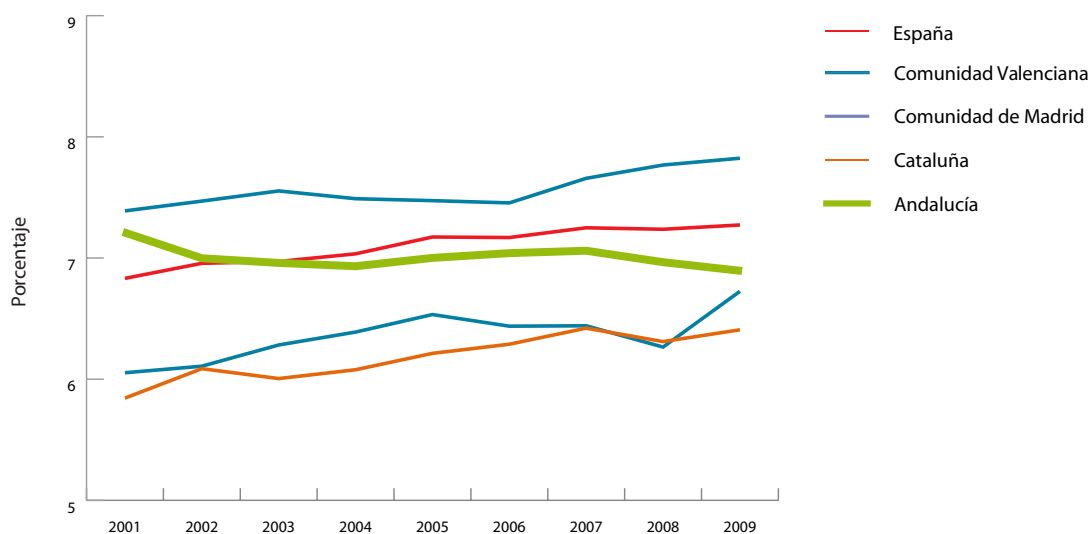
Los **reingresos** tienen una dependencia con la morbilidad atendida en el hospital y con la comorbilidad de los pacientes. Un número importante de los reingresos hospitalarios están vinculados a la patología crónica respiratoria y cardíaca. Con carácter general, los reingresos pueden estar relacionados con:

1. Curso evolutivo de la patología atendida: Los reingresos están motivados por complicaciones surgidas después del alta. Puede ser un indicador que refleje un inadecuado seguimiento del paciente tras el alta.
2. En el momento del alta hospitalaria: Pueden indicar un alta de hospitalización prematura.

Por consiguiente, es un indicador de calidad asistencial muy importante. Se ve afectado por la complejidad y severidad de la casuística atendida junto con la edad del paciente.

En 2009, el porcentaje de reingresos en Andalucía estaba en el 6,9% (en España, 7,3%). En la última década, desde el año 2001 el porcentaje de reingresos ha descendido en Andalucía en un 4%. Por el contrario se observa que dicho indicador ha experimentado un ligero incremento de un 6% en el conjunto de España y en la Comunidad Valenciana, mayor en Cataluña (10%) y en la Comunidad de Madrid (11%).

Gráfico 4.35



Fuente: iCMBD - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad



4.36. Hospitalizaciones por trastorno mental. Andalucía, España e Internacional, 2000-2009.

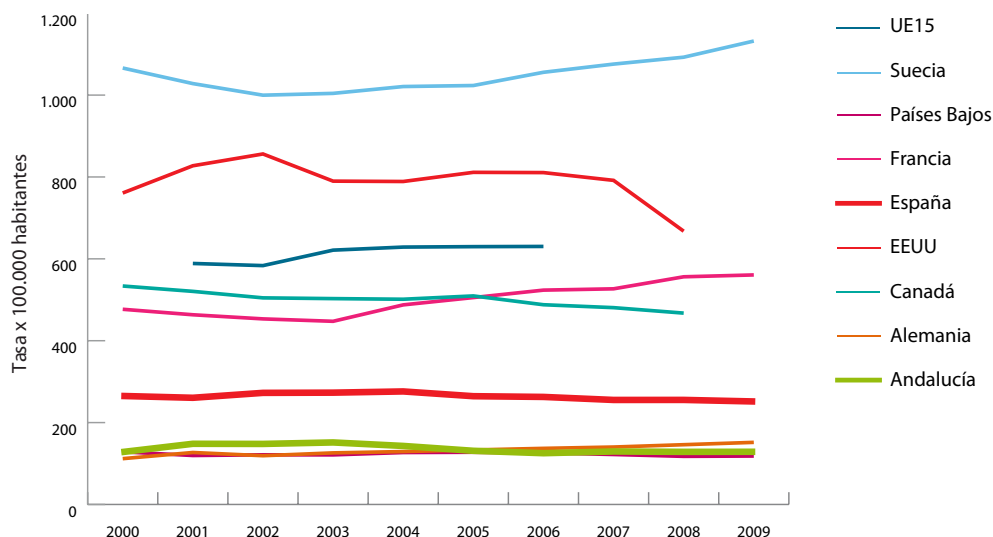
El Gráfico 4.36 muestra las **hospitalizaciones por trastorno mental** tanto para Andalucía como para España y un conjunto de países miembros de la OCDE.

En 2009, Andalucía (con 128,7 ingresos hospitalarios por trastorno mental por 100.000 habitantes) junto con Alemania (con 151,7) y los Países Bajos (con 118,3), presentan las tasas más bajas de ingresos hospitalarios por trastorno mental. España se situaba en 251,6 ingresos.

Estos datos sugieren que, aunque susceptible de mejora, el modelo comunitario de atención a la salud mental de Andalucía, con un conjunto diverso de dispositivos asistenciales, es un modelo bastante eficiente, que previene y evita ingresos hospitalarios, proporcionando al Sistema Sanitario Público una considerable eficiencia en la atención y, lo que es más importante, reduciendo el sufrimiento de los pacientes al mantenerlos más tiempo estables en su entorno.

No obstante, los datos proporcionados deben de interpretarse con cautela dada la disparidad de las fuentes. En algunos países se incluyen datos de hospitales públicos y privados como es el caso de España; hospitalizaciones de cualquier duración, caso de Estados Unidos; o altas en el mismo día en Canadá. Los datos de Andalucía se refieren a ingresos en unidades de hospitalización de corta estancia en hospitales públicos.

Gráfico 4.36



Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos - SSPA
OCDE



4.37. Incidencia de SIDA según sexo. Andalucía, 2004-2009.

Tras el pico epidémico de **sida** en el año 1994 en Andalucía (incidencia de 162,9 casos por 1.000.000 habitantes) y España (189,8), el número de casos notificados de sida ha descendido progresivamente. Los 175 casos notificados en 2009 supone un descenso del 85% respecto a los diagnosticados en 1994. Y de un 81% respecto a los notificados durante 1996 en España y un 83% en Andalucía, año previo a la generalización de los tratamientos antirretrovirales de gran actividad.

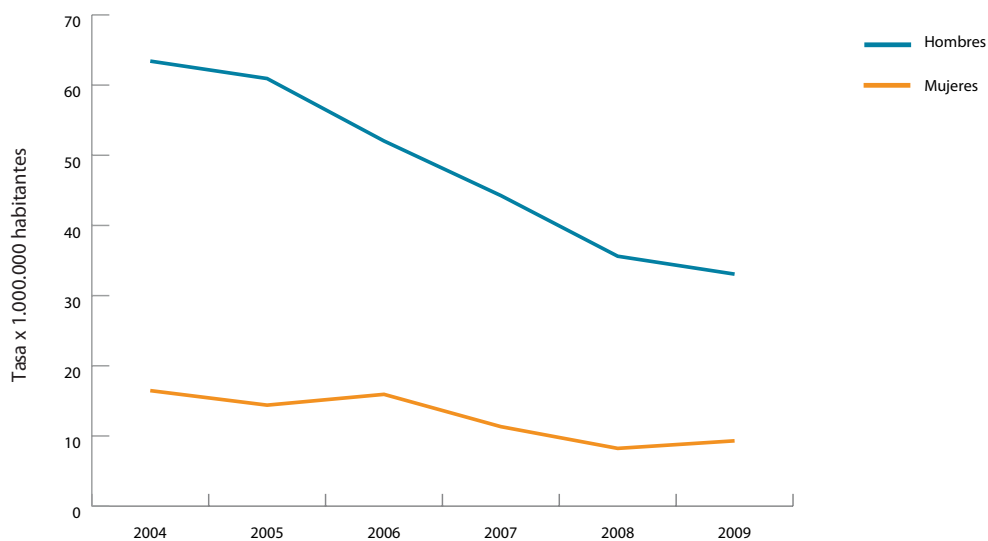
El uso de estos tratamientos en Andalucía se ha ido incrementado a lo largo de este periodo, estabilizándose en torno al 80% de todos los pacientes ambulatorios en los últimos años.

En el año 2009 la tasa notificada por Andalucía al Registro Nacional de Sida fue de 21,1 por 1.000.000 de habitantes ligeramente por debajo de la incidencia nacional, de 22,6.

El 78% de los casos totales declarados son hombres, aunque la razón hombre/mujer ha variado en el tiempo, y ha ido disminuyendo a lo largo del tiempo: la proporción mayor de hombres se sitúa en el año 1986, con una razón de casi 7 hombres por 1 mujer. En la actualidad se sitúa cerca de 4 hombres por cada mujer.

En 2009 el grupo de usuarios de drogas por vía parenteral sigue siendo el más numeroso, representando el 41% de los casos nuevos. La vía de transmisión por relaciones heterosexuales de riesgo, representa el 27%. Un 14% se infectaron por mantener relaciones homo/bisexuales sin protección.

Gráfico 4.37



Fuente: Registro Andaluz de Casos de SIDA



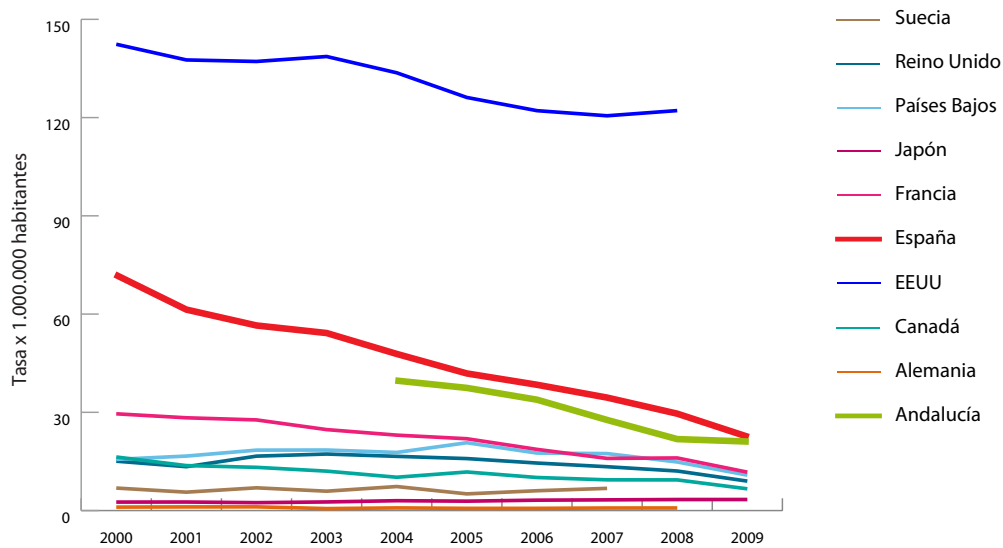
4.38. Incidencia de SIDA. Andalucía, España e Internacional, 2000-2009.

A pesar del marcado descenso de la incidencia de **sida** en nuestro medio desde la extensión de los tratamientos antirretrovirales de gran actividad, España sigue siendo uno de los países con mayor incidencia de sida de Europa Occidental.

Para mantener la tendencia decreciente, además de reforzar las medidas de prevención, es necesario potenciar las intervenciones destinadas a promover la prueba del VIH, el consejo y el diagnóstico precoz de la infección en personas que hayan tenido prácticas de riesgo.

Andalucía registró en 2009 una tasa de 21,1 casos por 1.000.000 de habitantes (con una disminución en el periodo 2004-2009 del 47%) y España de 22,6 (y una reducción del 59% en el periodo 2000-2009).

Gráfico 4.38



Fuente: Registro Andaluz de Casos de SIDA
OCDE



Efectividad

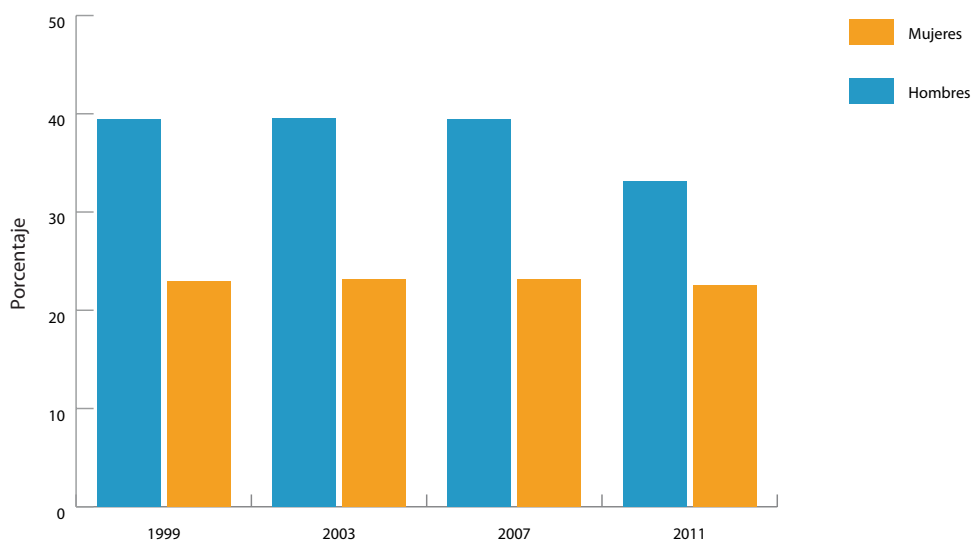
4.39. Prevalencia de personas que fuman a diario por sexo. Andalucía, 1999-2011.

La prevalencia de fumadores, mantiene desde 1999 a 2007 valores prácticamente constantes tanto en hombres como en mujeres. En 2007, el **tabaquismo** diario en varones (39,4%) se aproximaba a casi duplicar al de las mujeres (23,1%), mientras que los exfumadores (19,5%) casi triplicaban al de exfumadoras (7,5%). En la población total, el tabaquismo diario estaba en 2007 en el 31,1%.

Sin embargo, en el año 2011 (datos provisionales correspondientes a la primera oleada de la Encuesta Andaluza de Salud) el 27,7% de la población andaluza manifestó consumir tabaco a diario, porcentaje superior en hombres (33,1%) que en mujeres (22,5%), mientras que aumenta el porcentaje de exfumadores (25%) y sigue siendo muy superior al de exfumadoras (10,3%). Desde 2007 el porcentaje de población que consume tabaco a diario ha descendido un 11%, del 31,1% al 27,7% en 2011. Este descenso se ha producido a expensas de los hombres (un descenso del 16%) que abandonaron el consumo diario de tabaco, mientras que continúa prácticamente igual en 2007 para las mujeres (descenso de un 2%).

Según la última Encuesta Nacional de Salud publicada en 2006, la prevalencia de tabaquismo en Andalucía se situaba en hombres y mujeres algo por encima de la de España. Por debajo de las Islas Canarias, Ceuta y Melilla en hombres, y por debajo de Aragón, Cantabria, Comunidad Valenciana, Comunidad de Madrid y Región de Murcia en mujeres.

Gráfico 4.39



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud - SSPA



4.40. Prevalencia de personas con Índice de Masa Corporal superior al normopeso, por sexo. Andalucía, 1999-2011.

Se ha utilizado la definición de **sobrepeso** y **obesidad** de la OMS, considerado sobrepeso un Índice de Masa Corporal (IMC) de 25 a 29,9 Kg./m², y obesidad cuando el IMC era mayor o igual a 30 Kg./m².

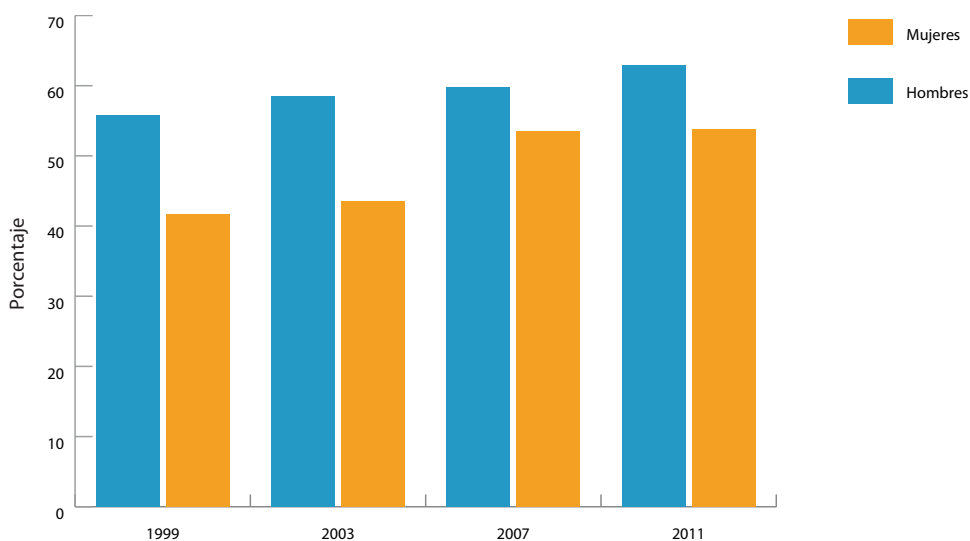
En el año 2011 (datos provisionales correspondientes a la primera oleada de la Encuesta Andaluza de Salud) el 58,2% de la población andaluza tenía un peso superior al normal (sobrepeso u obesidad), mayor en hombres (62,9%) que en mujeres (53,7%).

Desde 1999 se observa, tanto en hombres como en mujeres, un aumento en el porcentaje de personas con exceso de peso (48,9% en 1999 y 58,2% en 2011). La obesidad también aumentó desde 2007 a 2011 del 14% al 19%. Este incremento se refleja en todos los grupos de edad y especialmente en edades adultas. La frecuencia de sobrepeso y la obesidad en la población andaluza aumenta con la edad tanto para hombres como para mujeres, los grupos de edad con mayor prevalencia están entre los 45 y 75 o más años.

Mientras que el sobrepeso es más frecuente en hombres (44,9%) que en mujeres (33,3%), la prevalencia de obesidad es algo superior en las mujeres (20,4%) frente a los hombres (17,9%).

En el periodo 1999-2011, las personas con exceso de peso en Andalucía aumentaron en un 19% (incremento mayor en las mujeres con un 29%, que en los hombres cuyo incremento fue del 13%). Aunque en los hombres se observa más exceso de peso en todos los años, el incremento en este periodo ha sido del doble en las mujeres respecto al de los hombres.

Gráfico 4.40



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud - SSPA



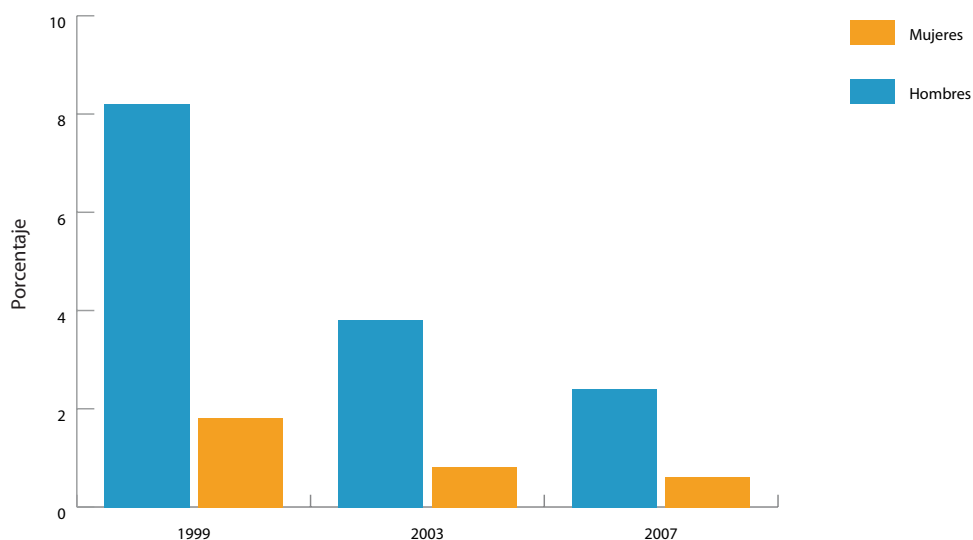
4.41. Prevalencia de sospecha de consumo excesivo de alcohol por sexo. Andalucía 1999-2007.

Este indicador se estima a partir de la Encuesta Andaluza de Salud con el siguiente método: tras preguntar a la persona si bebía alcohol de manera habitual, la edad de inicio y la frecuencia y cantidades consumidas, se realizan otra serie de preguntas sobre la actitud ante el consumo de alcohol, pertenecientes al test CAGE. Se considera sospecha de alcoholismo los casos en los que al menos una de las cuatro preguntas realizadas tenía respuesta afirmativa.

El **consumo abusivo de alcohol** ha venido descendiendo en la población andaluza, tanto en hombres como en mujeres, desde que se dispone de información a través de esta encuesta. En 1999 un 5% de la población andaluza (8,2% hombres y 1,8% mujeres) consumía alcohol de manera abusiva. En 2007 este porcentaje descendió al 1,5%.

Existen grandes diferencias entre los hombres (2,4%) y las mujeres (0,5%), así como dependiendo de la edad. Son en los jóvenes de 16 a 24 años y en adultos de entre 55 y 64 años, en los que existe mayor frecuencia de consumo excesivo de alcohol.

Gráfico 4.41



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud - SSPA

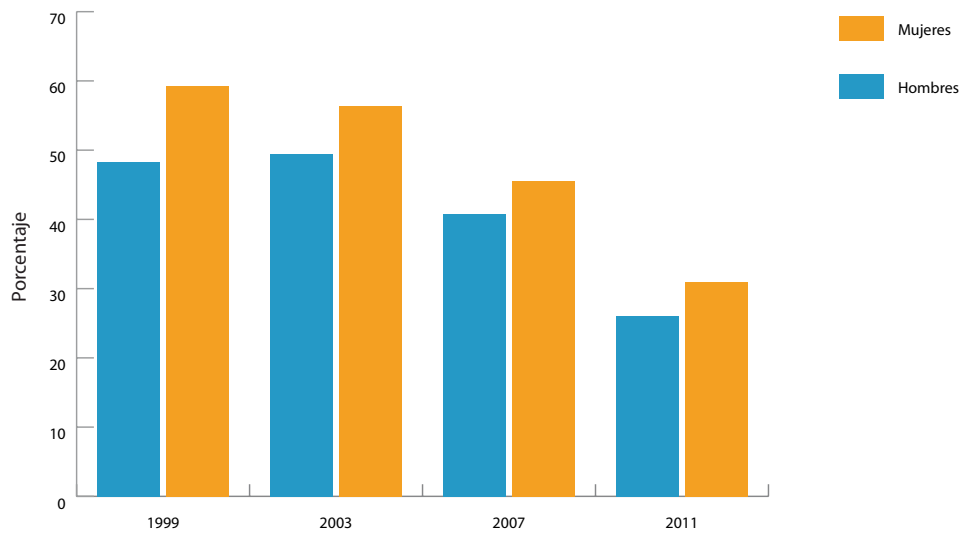


4.42. Prevalencia de sedentarismo en tiempo libre por sexo. Andalucía, 1999-2011.

El **sedentarismo** durante el tiempo de ocio ha descendido de manera continua en Andalucía desde que disponemos de la información procedente de la Encuesta Andaluza de Salud (EAS). En 1999 un 57,3% de la población andaluza (48,2% hombres y 59,2% mujeres) no realizaban ejercicio en tiempo libre. Este porcentaje descendió al 43,1% (40,7% hombres y 45,5% mujeres) en 2007.

En 2011 (datos provisionales correspondientes a la primera oleada de la encuesta) el sedentarismo durante el tiempo libre ha descendido al 28,5% de la población, siendo superior en mujeres (30,9%) que en hombres (26,0%).

Gráfico 4.42



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud - SSPA



Efectividad

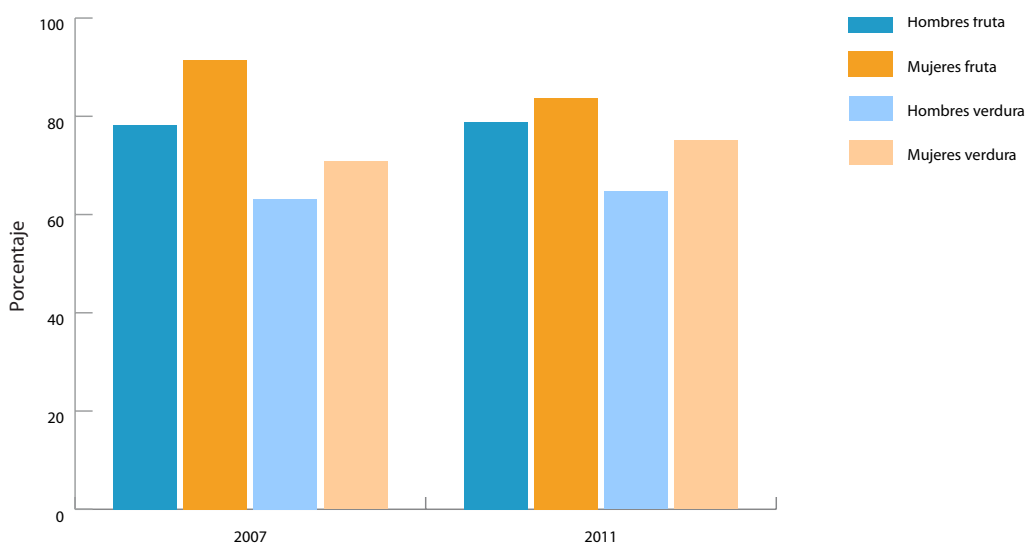
4.43. Consumo de fruta y verdura al menos tres veces por semana por sexo. Andalucía, 2007-2011.

En 2007, primer año en el que se recoge esta información en la Encuesta Andaluza de Salud, el porcentaje de población andaluza que consumía de manera regular fruta era del 79,9% (78,2% los hombres y 91,4% las mujeres) y verduras frescas del 67% (63,2% los hombres y 70,8% las mujeres).

En 2011 (datos provisionales correspondientes a la primera oleada de la encuesta) aumentó el consumo de estos alimentos respecto a 2007. El 81,3% y 70% de la población andaluza manifestó consumir al menos tres veces a la semana fruta fresca y verduras, respectivamente. Para ambos productos se mantiene el mayor porcentaje de consumo en las mujeres que en los hombres.

El consumo aumenta progresivamente con la edad, desde el 70% frutas y 55,6% verduras y hortalizas en el grupo de 16 a 24 años, hasta 92,8% y 77,1% respectivamente a los 75 o más años.

Gráfico 4.43



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud - SSPA



