

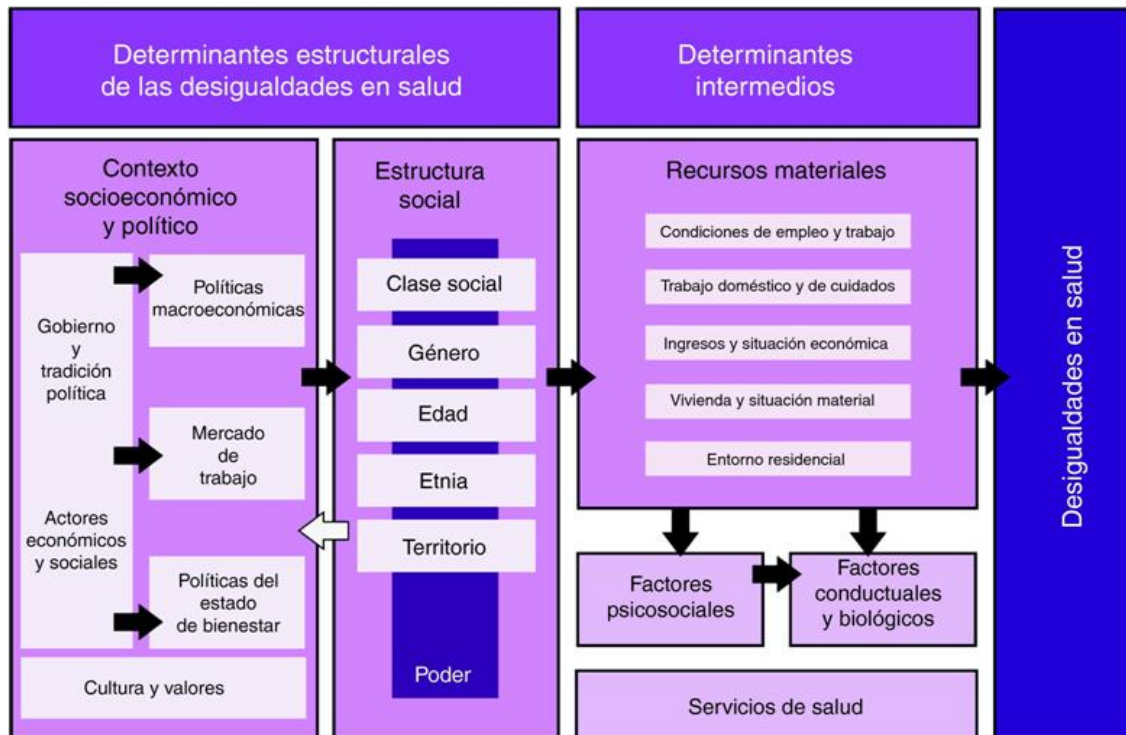


# Contenido

<b>Introducción</b> .....	<b>3</b>
<b>Situación geográfica</b> .....	<b>5</b>
<b>Historia</b> .....	<b>6</b>
<b>Clima</b> .....	<b>6</b>
<b>Situación de la salud y sus determinantes</b> .....	<b>7</b>
1. Aspectos demográficos .....	7
1.1. Estructura de la población .....	7
1.2. Envejecimiento y dependencia demográfica .....	11
1.3. Esperanza de Vida al Nacimiento.....	12
2. Condicionantes sociales de la salud (determinantes sociales) .....	13
2.1. Situación económica y social .....	13
2.2. Situación de empleo/desempleo .....	14
2.3. Condiciones de vivienda y el entorno urbanístico .....	15
2.4. Educación .....	16
2.5. Medio ambiente y salud.....	18
3. Factores de riesgo .....	20
3.1. Consumo de tabaco .....	20
3.2. Consumo de cannabis .....	23
3.3. Consumo de alcohol.....	24
3.4. Consumo de otras sustancias.....	25
3.5. Alimentación .....	27
3.6. Ejercicio físico.....	29
3.7. Sobrepeso y obesidad .....	30
4.- Situación de salud .....	31
4.1. Salud percibida:.....	31
4.2. Carga de Enfermedad.....	32
4.3. Ingresos hospitalarios .....	32
4.4. Mortalidad.....	33
4.4. Enfermedades cardiovasculares .....	37
4.5. Cáncer .....	38
4.6. Patologías crónicas: Diabetes, Hipertensión,.....	41
4.7. Salud mental .....	42
4.8. Violencia de género.....	45
4.9. Enfermedades de declaración obligatoria (EDO).....	46
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:</b> .....	<b>49</b>

## Introducción

Tal y como apunta el marco conceptual de la comisión de los determinantes sociales de la salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la posición social de las personas determina su salud a través de factores intermedios.



**Figura:** Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Fuente: Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010

Las oportunidades y elecciones que realizamos a diario están condicionadas por nuestra situación socioeconómica, nivel de educación, lugar de residencia y vivienda, situación y entorno laboral, relaciones sociales y familiares, así como por la accesibilidad a los servicios sanitarios. Todos estos aspectos que tienen que ver con la organización social y las condiciones de vida, van a influir sobre la adopción de unos estilos de vida más o menos saludables, tales como la alimentación, la utilización del ocio, las relaciones sociales, el consumo, etc.

Los trastornos cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, constituyen las causas más prevalentes de mortalidad y morbilidad en el mundo pero, sobre todo, son la principal causa de fallecimientos evitables. Todas ellas presentan factores de riesgo comunes y se pueden prevenir en gran medida mediante intervenciones eficaces sobre el consumo de tabaco, la dieta no saludable, la inactividad física y el consumo nocivo de alcohol. Además, el incremento en su incidencia y prevalencia está claramente vinculado a determinantes sociales como la distribución desigual de la riqueza, la educación, la rápida urbanización, el envejecimiento de la población, el género, factores políticos y medioambientales. Por ello, la respuesta al desafío de este problema no se debe centrar exclusivamente en el sector salud y debe implicar a la sociedad en su conjunto, mediante la elaboración de políticas públicas multisectoriales educativas, legislativas, reglamentarias y fiscales.

El enfoque de Salud en Todas las Políticas cuyo impulso y reconocimiento más reciente dio lugar a la Declaración de Adelaida (2010), supone que la salud sea asumida como un objetivo compartido por todos los niveles del gobierno: local, regional, nacional e internacional, y como un indicador común del desarrollo. Destaca las conexiones importantes que existen en las sociedades modernas entre la salud y los objetivos económicos y sociales más amplios ya que la promoción de la salud no es responsabilidad únicamente del sector de la salud, sino que va más allá de los modos de vida sana, hasta el bienestar y los entornos propicios. Asimismo, este enfoque sitúa las mejoras de la salud de la población y la reducción de las inequidades en salud como problemas complejos prioritarios que exigen una respuesta de política transectorial integrada. Esta respuesta ha de considerar las repercusiones de las políticas sobre los determinantes sociales, así como los beneficios que las mejoras en salud aportan a los objetivos de otros sectores.

La Red Local de Acción en Salud de Andalucía es una estrategia de la Consejería de Salud que facilita el trabajo en red para llevar los objetivos de Salud Pública a las diferentes agendas políticas de los gobiernos locales y mejorar la salud de la población de los municipios andaluces. Con ello se aspira a trabajar de forma continuada en la mejora de la salud y la calidad de vida en Andalucía con el horizonte de implantar y desarrollar la Gobernanza de la Salud Pública en el territorio (donde con el liderazgo de las Entidades y Gobiernos Locales de Andalucía, se desarrollen Políticas y Acciones de Salud que sean fruto de un Trabajo en Red basado en la Planificación Estratégica, la Participación, la Intersectorialidad, el enfoque Interdisciplinar, la implantación de Salud y Equidad en Todas las Políticas y la reducción de las Desigualdades en salud a nivel local). Asimismo, se aspira a una sociedad protagonista de su propia salud, con una Ciudadanía e Instituciones pro-activas que se esfuerzan en alcanzar mayores cotas de salud y calidad de vida, y en la que los distintos actores cooperan y establecen alianzas para el conocimiento y la acción en salud pública en nuestros pueblos y ciudades.

La Junta de Andalucía y el Ayuntamiento de Utrera, en Sevilla, han puesto en marcha el proyecto Red de Acción Local en Salud (RELAS), que tiene como objetivo fomentar la prevención, promoción y vigilancia en salud de sus más de 52.000 habitantes. Este proyecto supone el desarrollo de una estrategia de descentralización promovida por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales para que los Programas de Promoción y Prevención de la Salud Pública se acerquen hasta el ámbito más próximo a los ciudadanos; es decir, el nivel local<sup>1</sup>.

En la actual situación de crisis económica global, es más necesario que nunca desarrollar políticas públicas que favorezcan la equidad y la salud. El cambio climático, el envejecimiento demográfico y los posibles efectos del desempleo en términos de pobreza y exclusión social, constituyen retos actuales que pueden suponer una carga para las próximas generaciones<sup>2</sup>.

Este informe forma parte del desarrollo de la Red Local de Acción en Salud (RELAS) en dicho municipio. Las fuentes de datos que se han utilizado no coinciden siempre en el tiempo, por lo que la información que se expone no puede considerarse una “instantánea” del municipio en un momento dado, sino más bien un análisis de su evolución en los últimos años. Para aquellos indicadores en los que no ha sido posible desagregar la información a nivel municipal, se ha optado por describir la situación del entorno más cercano (Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla, provincial y autonómico) quedando reflejado en el texto.

- 
- 1.- En el ámbito local es donde hay más posibilidades de llevar a cabo medidas con impacto en el abordaje de los determinantes sociales de la salud. Desde los gobiernos locales es más fácil desarrollar políticas, porque es más fácil explicarlas, compartirlas y cumplir los objetivos.
  - 2.- El modelo de los determinantes sociales de la salud ha mostrado que intervenciones en ámbitos no sanitarios (educación, empleo, movilidad, etc...) pueden afectar decisivamente a la salud y a su distribución. Así, en aquellos lugares en los que se ha introducido la equidad y la salud en todas las políticas de gobierno, se generan beneficios duraderos que afectan a más de una generación.

## Situación geográfica

Utrera es el noveno municipio andaluz más extenso y se sitúa en la provincia de Sevilla, al sureste de la capital, en la comarca de la Campiña o tierras bajas del valle del Guadalquivir.

Enclavado en la Campiña o tierras bajas del Valle del Guadalquivir, el casco urbano se encuentra a una altitud de 49 metros sobre el nivel del mar. Sus coordenadas espaciales corresponden a 12º 5' 35,67" de longitud y 37º 10' 45,42" de latitud, con una extensión superficial de 332 hectáreas. Mientras que el término municipal abarca en su totalidad 681'34 km<sup>2</sup>. Este se extiende por los confines meridionales de la provincia de Sevilla, hasta llegar a lindar con la de Cádiz. Tiene por límites: al norte, Alcalá de Guadaíra y Los Palacios; al este, Arahal, Los Molares y El Coronil; al sur, la provincia de Cádiz (Villamartín y Espera); al oeste, Las Cabezas de San Juan, Dos Hermanas y Puebla del Río.



Noroeste: Dos Hermanas y Los Palacios y Villafranca	Norte: Alcalá de Guadaíra	Noreste: Los Molares
Oeste: Las Cabezas de San Juan y La Puebla del Río		Este: <a href="#">El Coronil</a> y el Arahal
Suroeste: <a href="#">Espera</a>	Sur: <a href="#">Villamartín</a>	Sureste

## Historia

Su cultura se remonta a los tiempos del Neolítico, como buena cuenta dan de ello los descubrimientos de restos de hachas, puntas de flecha, dólmenes y necrópolis encontradas. De esos descubrimientos, el más importantes fue la Necrópolis de Oliver Alto, con más de cien enterramientos e incineraciones halladas.

Durante la época romana, también juega Utrera un papel destacado. Plinio la consideró entre las poblaciones más importantes de la Bética con el nombre de "Castrum Binarium". Aunque no han aparecido restos de la ciudad romana, por la magnitud de su necrópolis nos podemos hacer una idea de la importancia de la ciudad.

Su actual nombre, Utrera, procede probablemente del vocablo "Odris" o "Utres", vasijas romanas donde se transportaba el vino.

Tras la conquista cristiana, llevada a cabo por el rey Fernando III, en 1253 Alfonso X reparte las tierras, construyendo una fortaleza amurallada. Vuelve a caer en manos de los musulmanes en el año 1340. Fue definitivamente conquistada por el infante Don Juan Manuel en tiempos de Alfonso XI. Sería destruida por Mohamed V en el año 1368. Enrique II hubo de aumentar sus privilegios para facilitar su repoblación.

Durante los siglos XVI y XVII adquiere un gran desarrollo urbanístico, principalmente causado por su privilegiada situación geográfica, a medio camino entre los puertos de Sevilla y Cádiz en plena Carrera de Indias. A mitad del siglo XVII, concretamente en el año 1649 (año de la epidemia de peste bubónica) se trunca dicho desarrollo y la localidad quedó reducida prácticamente a una ciudad fantasma, donde desapareció la mitad de la población<sup>3</sup>.

La Guerra de la Independencia supuso un duro golpe. Su recuperación sería lenta a lo largo de todo el siglo XIX.

## Clima

Utrera goza de cielos despejados la mayor parte del año, que aportan una gran cantidad de horas de sol. El tipo climático de la zona es mediterráneo del tipo subtropical —también clasificado como subhúmedo mesotérmico—, y se caracteriza por veranos cálidos y secos, e inviernos húmedos y templados. La época seca, centrada en la época estival, suele durar más de cuatro meses. El 41% de las lluvias del año se producen en otoño.

La temperatura media anual de la zona es de 17,5 °C. Las máximas absolutas tienen un promedio de 41,9 °C, siendo el mes más caluroso julio, donde se alcanza una media de 41,2 °C. Enero es el mes más frío del año, y la media de sus temperaturas mínimas absolutas es de 0,8 °C.

Los vientos predominantes durante los meses de enero y febrero son de dirección noreste. Durante el resto del año destacan los vientos del suroeste, especialmente entre los meses de mayo y agosto.

---

3.- Como suele ocurrir en todo este tipo de situaciones, los estratos más humildes de la población, fueron los que sufrieron de una manera más cruda los efectos de la epidemia.

### 1. Aspectos demográficos

La evolución de la población y su estructura de edades es una de las características biológicas determinantes de la salud de una población.

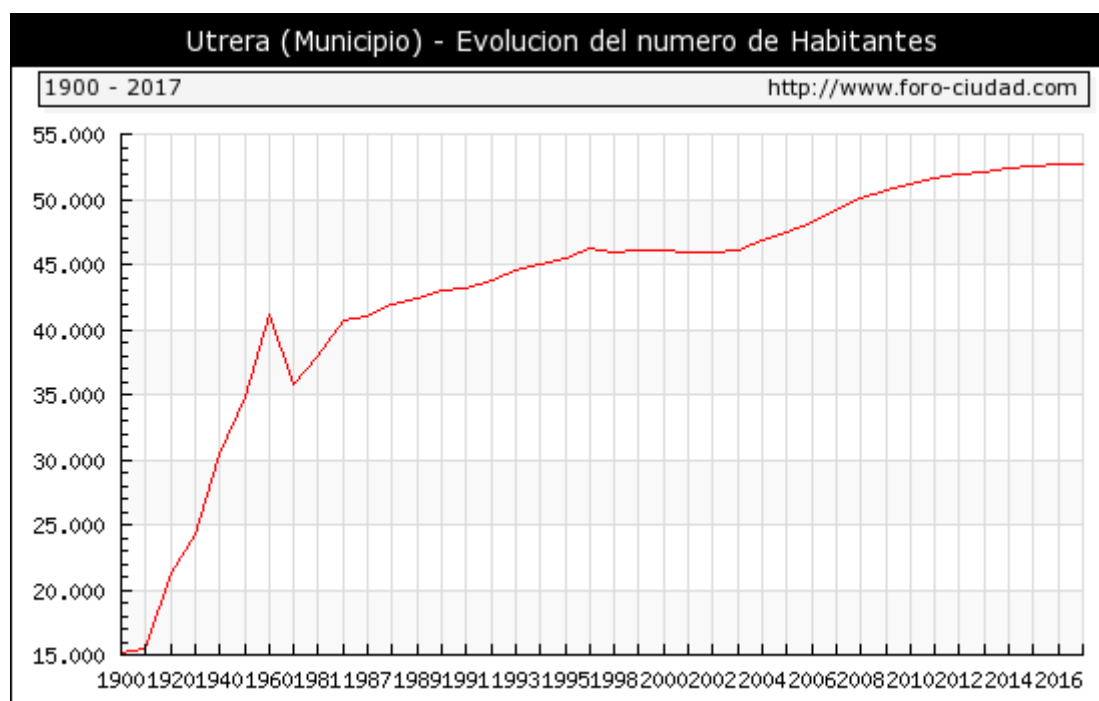
#### 1.1. Estructura de la población

En el transcurso del siglo XX, el municipio de Utrera triplicó su población, siguiendo una evolución en la que se distinguen tres periodos bien diferenciados:

- De 1900 a 1960 el crecimiento de la población es suave, contando con una población superior a los 40.000 habitantes en el año 1960
- De 1960 a 1975 se produce un fuerte retroceso poblacional debido a la creciente emigración y al descenso de la natalidad. El volumen de la población decrece un 15%.
- Desde 1975 se vuelve a un crecimiento positivo de la población, con base en el reflujo migratorio y el mantenimiento de un relativamente alto crecimiento vegetativo.

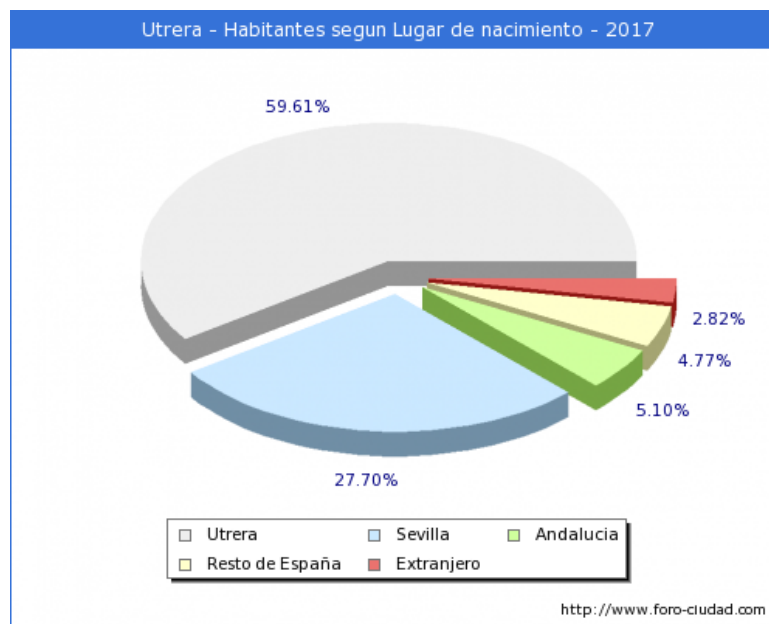
En los primeros años del siglo XXI, la localidad cerraba el año hasta con mil nuevos habitantes registrados en el censo, una tendencia que comenzó a frenarse en 2009, coincidiendo de pleno con la crisis económica.

Segun los datos publicados por el INE a 1 de Enero de 2017 el numero de habitantes en Utrera era de 52.701, 27 habitantes mas que el en el año 2016. En el grafico siguiente se puede ver cuantos habitantes tiene Utrera a lo largo de los años.



También hay que tener en cuenta fenómenos como la vuelta a sus países de origen de muchos inmigrantes que en su día se asentaron en Utrera, que han emprendido la operación retorno al perder sus trabajos y la emigración de muchos jóvenes utreranos.

Según los datos publicados por el INE procedentes del padrón municipal de 2017 el 59.61% (31.417) de los habitantes empadronados en el Municipio de Utrera han nacido en dicho municipio, el 37.57% han emigrado a Utrera desde diferentes lugares de España, el 27.70% (14.597) desde otros municipios de la provincia de Sevilla, el 5.10% (2.688) desde otras provincias de la comunidad de Andalucía, el 4.77% (2.513) desde otras comunidades autónomas y el 2.82% (1.486) han emigrado a Utrera desde otros países.

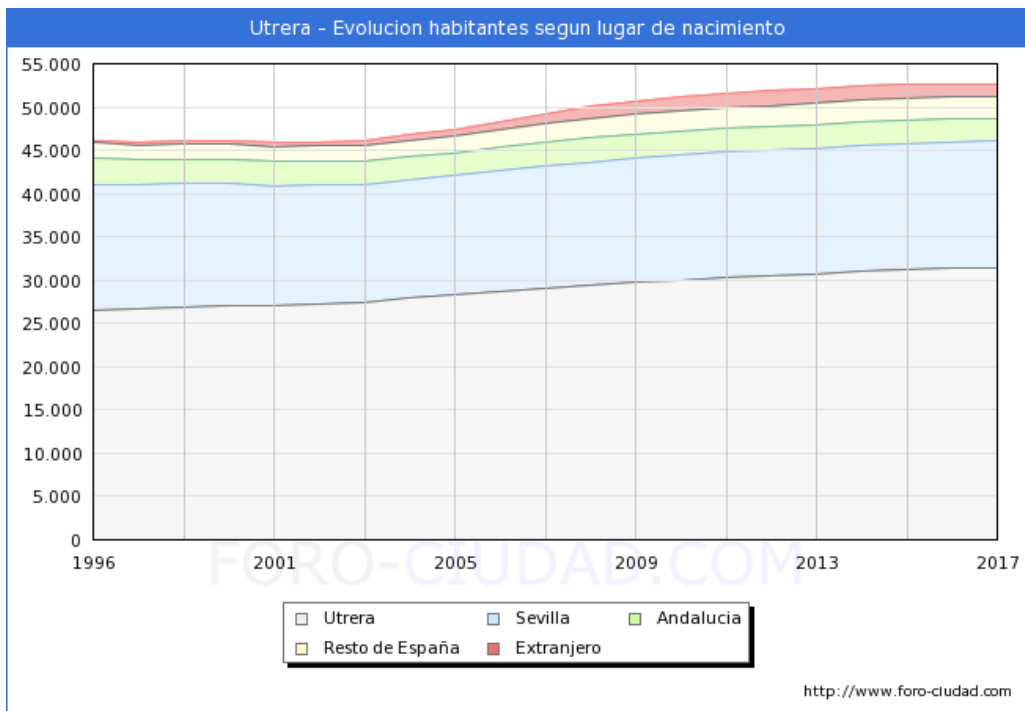


En el siguiente gráfico podemos ver la evolución de la estructura de la población en el municipio de Utrera si lo comparamos con 2016 vemos:

- Aumentan (111) los habitantes nacidos en Utrera, pasando del 59.43% al 59.61%.
- Disminuyen (-10) los habitantes nacidos en la provincia de Sevilla, pasando del 27.73% al 27.70%.
- Disminuyen (-43) los habitantes nacidos en la la comunidad de Andalucía, pasando del 5.18% al 5.10%.
- Aumentan (23) los habitantes nacidos en el resto de España, pasando del 4.73% al 4.77%.
- Disminuyen (-54) los habitantes nacidos en otros países, pasando del 2.92% al 2.82%.

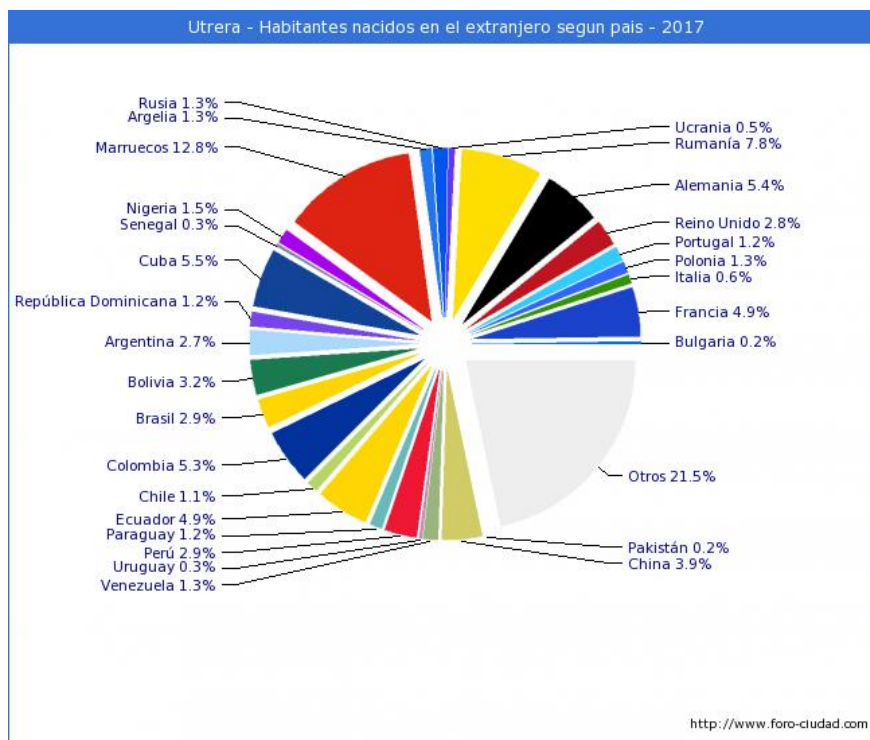
y si lo comparamos con 1996 hasta 2017

- Aumentan (5.050) los habitantes nacidos en Utrera, pasando del 57.10% al 59.61%.
- Disminuyen (-65) los habitantes nacidos en la provincia de Sevilla, pasando del 31.75% al 27.70%.
- Disminuyen (-382) los habitantes nacidos en la la comunidad de Andalucía, pasando del 6.65% al 5.10%.
- Aumentan (724) los habitantes nacidos en el resto de España, pasando del 3.87% al 4.77%.
- Aumentan (1.201) los habitantes nacidos en otros países, pasando del 0.62% al 2.82%.

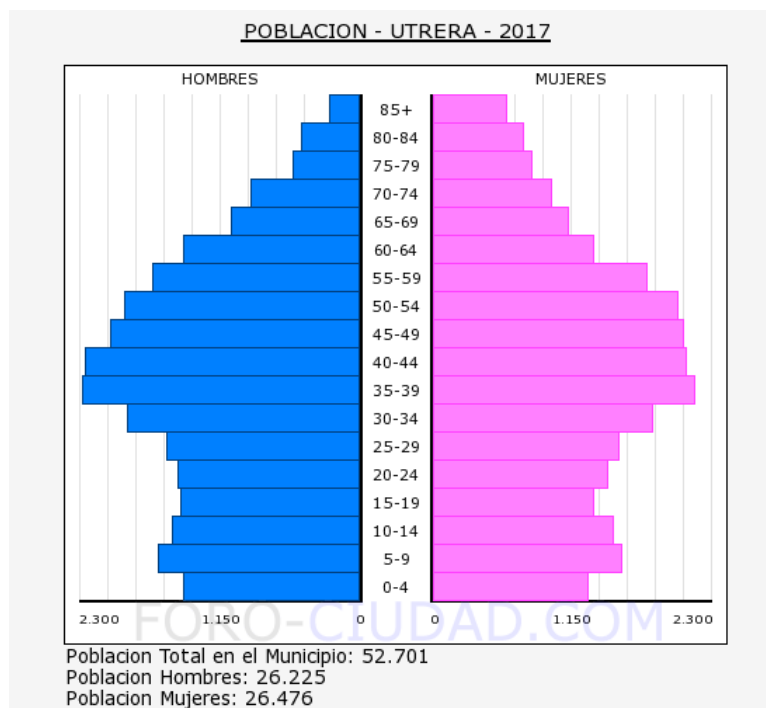


Segun los datos ofrecidos por el INE en la estadística del padrón los habitantes empadronados en Utrera que han nacido en otros países ascienden a 1.486.

- 624 habitantes, 255 hombres y 369 mujeres nacidos en América.
- 518 habitantes, 241 hombres y 277 mujeres nacidos en Europa.
- 262 habitantes, 141 hombres y 121 mujeres nacidos en África.
- 81 habitantes, 41 hombres y 40 mujeres nacidos en Asia.
- 1 hombre nacido en Oceanía.



El mejor modo de visualizar la distribución por sexo y edad de una población es, sin duda, la pirámide de población.



La pirámide de población muestra un patrón correspondiente a una población madura. Con una base estrecha, que refleja la disminución de natalidad, y un ensanchamiento progresivo hacia el centro para disminuir lentamente hasta el vértice como consecuencia de la disminución de la tasa de mortalidad y el aumento de la esperanza de vida, todas ellas características propias de países desarrollados.

La forma de la pirámide poblacional de Utrera, al igual que la de España, nos da una idea de una población en proceso de envejecimiento. El abultamiento en la parte correspondiente a las edades intermedias nos lleva a la conclusión de que en años sucesivos el contingente de población mayor de 65 años irá aumentando. Asimismo debemos tener en cuenta la mayor proporción de mujeres de edades avanzadas, con unas problemáticas y unas necesidades de atención específicas.

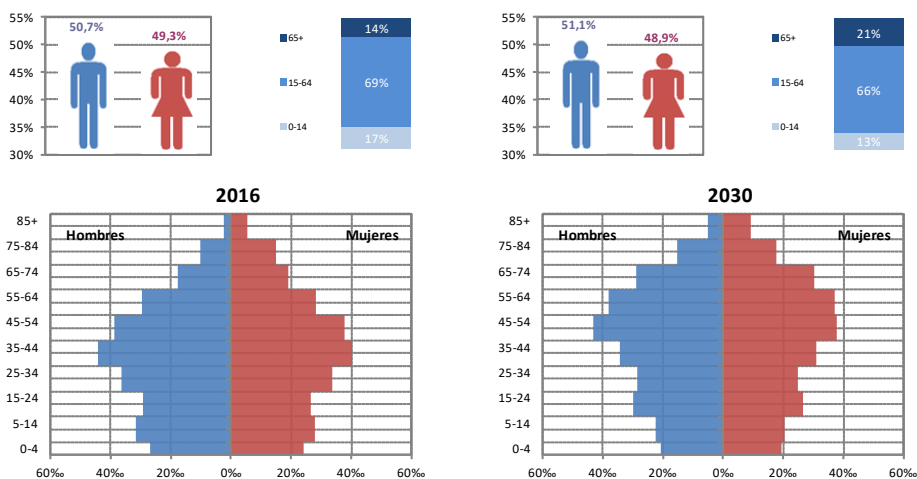
La proporción de menores de 15 años (jóvenes) es ligeramente superior en Utrera (17.0%) que en España (15.0%). La proporción de mayores de 65 años (mayores) con respecto al total de la población en Utrera es ligeramente inferior (14.2%) que en el conjunto de España (18.6%).

Con el objetivo de expresar de manera resumida la distribución de la población según sexo y edad se suele apelar a una serie de indicadores demográficos adaptados a las distintas necesidades de síntesis y comparación (en la siguiente tabla se muestran algunos de estos indicadores para Utrera y España en el año 2016). Todos ellos se calculan a partir de la distribución por edad y sexo, como en la pirámide de población.

	Utrera			España		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
<b>Proporciones sobre la población total</b>						
Jóvenes	17,8	16,6	17,2	15,7	14,3	15,0
Adultos	70,0	67,3	68,6	68,0	64,8	66,4
Mayores	12,2	16,1	14,2	16,3	20,8	18,6
<b>Indicadores de dependencia</b>						
Dependencia total	42,9	48,6	45,7	47,1	54,2	50,6
Dependencia en jóvenes	25,5	24,7	25,1	23,1	22,1	22,6
Dependencia en mayores	17,4	23,9	20,6	23,9	32,1	28,0
<b>Indicadores de envejecimiento</b>						
Envejecimiento	68,5	96,6	82,1	103,5	145,3	123,8
<b>Otros indicadores</b>						
Edad media	38,6	40,7	39,6	41,3	43,8	42,6
Edad mediana	38,7	40,6	39,6	41,6	43,8	42,7
Sundbarg(1)	35,1	34,5	34,8	32,5	31,6	32,0
Sundbarg(2)	61,9	72,6	67,2	74,0	88,9	81,4
Estructura de la población activa	103,3	107,8	105,5	116,3	120,3	118,3
Reemplazamiento de la población activa	95,7	98,0	96,8	110,5	124,5	117,3
Generacional de ancianos	362,7	267,6	308,5	277,9	208,6	238,4

## 1.2. Envejecimiento y dependencia demográfica

La disminución de la fecundidad y el aumento de la supervivencia de las personas mayores están modificando la estructura de edad de la población de Utrera. El porcentaje de personas de 65 o más años ha ido aumentando en los últimos años y seguirá aumentando, acompañado de lo que se ha denominado «*envejecimiento del envejecimiento*», o aumento porcentual del grupo de más de 80 años, un fenómeno que, además, es eminentemente femenino, ya que los grupos de más edad estarán compuestos mayoritariamente por mujeres. Esta tendencia llevará a un mayor número y duración de situaciones de discapacidad y dependencia.



El envejecimiento de la población conlleva un aumento de las personas dependientes. El aumento del volumen y del peso relativo de personas mayores en la pirámide de población, unido a cambios en las formas de organización de la familia y en el papel social de las personas cuidadoras, sitúa a la dependencia como un punto clave de las políticas sociales. Según los datos disponibles del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) del año 2014 el 68,4% del total de personas beneficiarias de prestaciones son mayores de 65 años, con un claro predominio de mujeres (74,5%).

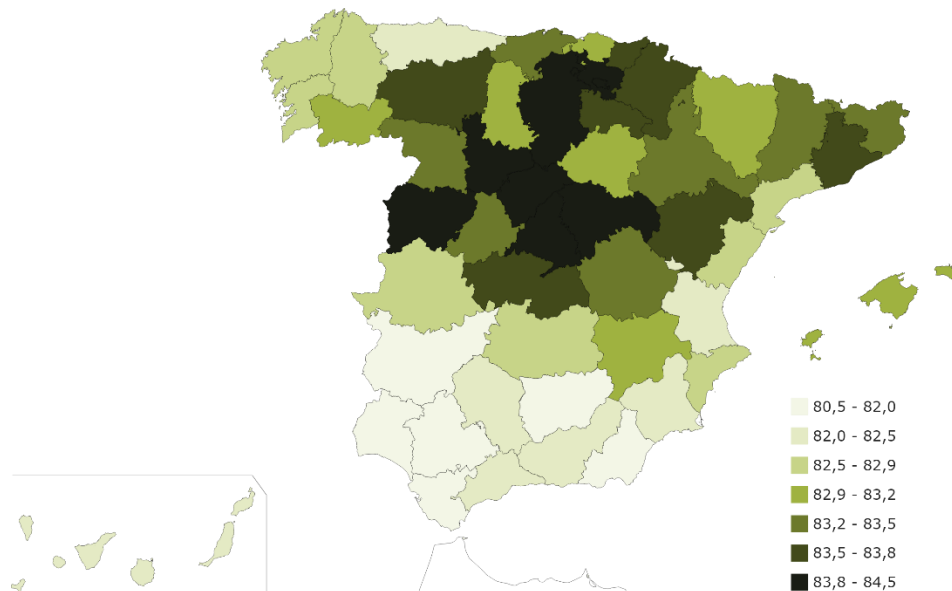
### 1.3. Esperanza de Vida al Nacimiento

La esperanza de vida es uno de los indicadores principales que reflejan consecuencias de las políticas sanitarias, sociales y económicas de un país.

Entre los años 2000 y 2015, la esperanza de vida media en el mundo ha aumentado cinco años, el mayor avance desde la década de los sesenta. Así, la media mundial en 2015 fue de 71,4 años, y sólo 29 países superaron los ochenta de media. España se encuentra entre los doce países que superaron los 82 años junto con Japón (83,7); Suiza (83,4); Singapur (83,1); Australia (82,8); Italia (82,7); Islandia (82,7); Israel (82,5); Francia (82,4); Suecia (82,4); Corea del Sur (82,3) y Canadá (82,2).

La clave del aumento de la esperanza de vida ha sido el descenso de la mortalidad, en especial la infantil, reflejo de progreso en las condiciones sanitarias, sociales, económicas, y mejora de los estilos de vida.

En la siguiente figura se muestra la Esperanza de Vida al nacimiento por provincias (2016). Sevilla (81,7) junto con Huelva (81,4), Cádiz (81,0), Ceuta (80,7) y Melilla (80,5) son las provincias españolas con menor esperanza de vida al nacimiento.



**Figura:** Esperanza de Vida al nacimiento por provincias (2016).

## 2. Condicionantes sociales de la salud (determinantes sociales)

### 2.1. Situación económica y social

En un contexto social cambiante, marcado por transformaciones profundas en el mercado de trabajo, la estructura familiar y las dinámicas de relación entre sus integrantes así como por algunos efectos de las políticas sociales, el perfil de las personas afectadas por situaciones de vulnerabilidad también se ha visto alterado.

Tradicionalmente estas situaciones se habían concentrado en las edades más avanzadas, provocadas por restricciones en la participación en el mercado de trabajo (por enfermedad, discapacidad, desempleo o abandono) o debido a la viudedad de las mujeres que se habían mantenido desvinculadas del ámbito laboral.

España tiene uno de los niveles de desigualdad, pobreza y exclusión social más elevados de la Unión Europea.

De acuerdo con el INE, 22,3% de la población española (2016) se encuentra en situación de riesgo de pobreza.

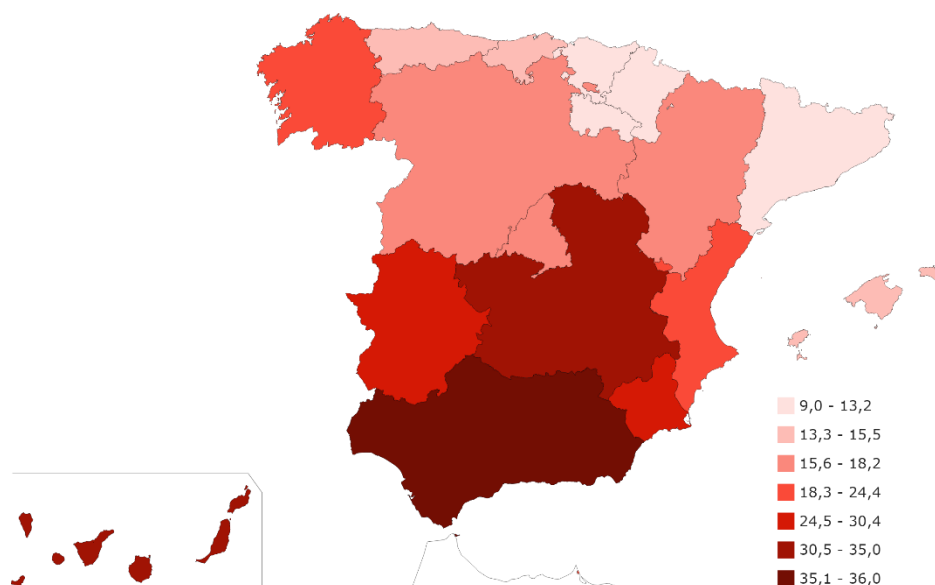


Figura: Encuesta de Condiciones de Vida (ECV), Comunidades y Ciudades Autónomas, Tasa de riesgo de pobreza (renta del año anterior a la entrevista), 2016

Los municipios españoles de más de 50.000 habitantes que presentan el mayor índice de población en riesgo de pobreza se concentran en las provincias andaluzas, principalmente en Cádiz y en Sevilla. De hecho el único municipio no andaluz de la lista de los 10 con la tasa más elevada de población en riesgo de pobreza es Torrevieja en Alicante, que presenta un 36,6%.

Municipio	Provincia	Población	Tasa de población en riesgo de pobreza
Sanlúcar de Barrameda	Cádiz	67.433	40,0%
Alcalá de Guadaíra	Sevilla	74.845	38,6%
Utrera	Sevilla	52.558	37,6%
Línea de la Concepción, La	Cádiz	63.352	37,6%
Córdoba	Córdoba	327.362	37,2%
Chiclana de la Frontera	Cádiz	82.777	36,7%
Almería	Almería	194.203	36,7%
Torrevieja	Alicante	88.447	36,6%
Linares	Jaén	59.737	36,5%
Dos Hermanas	Sevilla	131.317	36,1%

La situación socioeconómica de Utrera ha empeorado en el último año (2015). De hecho, la tasa de pobreza se ha incrementado un 2,8% en relación a 2014, haciendo que la localidad utrera sea la tercera peor situada de toda España, de entre las ciudades con más de 50.000 habitantes.

Una encuesta encargada por el Ayuntamiento de Utrera muestra la elevada dependencia que la población en edad laboral y con hijos tiene de sus mayores para subsistir. Así, casi un 40% (el 38,7%) de las personas mayores de 60 años reconoce que contribuye con sus ingresos a la manutención de hijos y nietos. Esa ayuda de mayores a hijos y nietos se produce aún cuando los sueldos o las pensiones no son muy elevados, algo habitual en una población de tradición agrícola como es Utrera. Sólo el 24,7% de los encuestados admite que en su casa entran unos ingresos superiores a los mil euros al mes. Pero la gran mayoría, el 61,6% no llega ni a mileurista: se queda entre los 500 y mil euros de ingresos y hay un 13,7% de mayores que ni siquiera llegan a los 500 euros al mes. Además, ese trasvase de ingresos de una generación a otra se produce aún cuando no hay una dependencia física de la persona mayor, porque la gran mayoría de los encuestados (más del 75%) afirma que no cuenta con ningún tipo de ayuda, ni familiar ni profesional en su casa. Sólo el 15,6% tiene alguna persona contratada o es beneficiario de ayuda a domicilio.

El estudio confirma además que los ingresos están directamente relacionados con el nivel de formación de la persona. Así, el 72% de los vecinos de Utrera mayores de 60 años que cobran menos de 500 euros no tiene estudios. El porcentaje de “sin estudios” baja hasta el 20,26% en el caso de los que ingresan más de mil euros al mes.

De forma genérica, sólo el 6,50% de la población utrera más veterana tiene formación universitaria. Por contra, el 51,45% no realizó ningún tipo de estudios, lo que evidencia el cambio con respecto a generaciones posteriores. El porcentaje de población mayor sin estudios es mayor entre las mujeres, que llegan a ser el 57,44%. Sólo el 2,92% de ellas tiene estudios universitarios, frente al 8,50% de los hombres.

## 2.2. Situación de empleo/desempleo

La estadística comunitaria evidencia el largo camino que la recuperación española sigue teniendo por delante. La tasa de paro cayó en 2016 del 22,1% al 19,6%, pero supera en más del doble la media europea (8,6%). Y como viene sucediendo en los últimos años, las comunidades españolas copan los primeros puestos de las más castigadas por el desempleo: cinco de las diez regiones europeas con más

paro son españolas: Melilla (30,8%), Andalucía (28,9%), Extremadura (27,5%), Canarias (26,1%) y Ceuta (24,9%).

En la siguiente figura se muestra la evolución del paro en Utrera:

Evolución del Paro Utrera (Sevilla)				
Fecha	Tasa de Paro Registrado		Nº de parados registrados	Población
Febrero 2018	28,80%		7.241	52.701
2017	28,69%		7.183	52.701
2016	29,98%		7.456	52.674
2015	33,51%		8.326	52.558
2014	33,48%		8.297	52.437
2013	35,18%		8.554	52.013
2012	35,67%		8.758	51.887
2011	31,45%		7.801	51.630
2010	29,74%		7.323	51.177
2009	28,37%		6.887	50.665
2008	24,86%		5.973	50.098
2007	20,06%		4.111	49.135
2006	17,65%		4.013	48.222

**Evolución del Paro Utrera**

Ranking municipios más Paro Sevilla (Andalucía) (+40.000 hab.)				
Nº	Municipio	Tasa de Paro	Nº parados	Población
1	Utrera - Sevilla - Andalucía	28,80%	7.241	52.701
2	Alcalá de Guadaíra - Sevilla - Andalucía	26,42%	9.281	75.106
3	Dos Hermanas - Sevilla - Andalucía	24,39%	15.488	132.551
4	Sevilla - Sevilla - Andalucía	23,20%	73.802	689.434
5	Écija - Sevilla - Andalucía	22,75%	4.330	40.087

### 2.3. Condiciones de vivienda y el entorno urbanístico

Las ciudades andaluzas comparten un conjunto de características propias de la ciudad mediterránea: un tipo de ciudad compacta, compleja, eficiente y multifuncional. Este modelo de ciudad genera espacios de sociabilidad, crea un territorio con cercanía a los servicios, propicia el encuentro de actividades y permite el desarrollo de la vida en comunidad. Los desarrollos urbanos residenciales de estos últimos 15 años han roto con la tradición de la ciudad compacta, abrazando un modelo de ciudad dispersa o difusa, consumista de territorio, basada en la movilidad del transporte privado, con un mayor consumo energético, aumento de la contaminación atmosférica, ruido etc. que tienen un impacto

negativo sobre la salud de su vecindad, lo que nos obliga a un replanteamiento de este modelo de crecimiento.

En la siguiente tabla se muestra la evolución del porcentaje de hogares que refieren problemas ambientales en la vivienda en Andalucía (2007 y 2011).

	2007	2011
Luz insuficiente	9,9%	6,1%
Ruidos producidos por la vecindad o de la calle	29,3%	18,9%
Contaminación y otros problemas ambientales	15,5%	9,1%
Delincuencia o vandalismo	18,6%	12,3%
Ningún problema	54,3%	70,4%

Uno de los problemas más sentidos respecto a la vivienda ha sido su proceso de encarecimiento durante las últimas décadas. La evolución del precio por metro cuadrado de la vivienda ha sido muy superior a la evolución de los salarios y rentas personales. Esto ha repercutido especialmente en los sectores más jóvenes y en los sectores inmigrantes, entre los que provoca situaciones de hacinamiento y de precarización en las condiciones de vida que en la mayoría de ocasiones no es posible visibilizar estadísticamente.

Al igual que ocurre en el territorio español, la mayoría de los hogares andaluces tienen vivienda en propiedad (83,2%). Un alto porcentaje (9,5%) goza de cesión gratuita de la misma. El nivel de satisfacción con la vivienda en los hogares andaluces es similar en Andalucía que en el estado Español (un 63,5%). Con respecto a las condiciones de hábitat, el 21,3% de los hogares andaluces no disponen de temperatura adecuada durante los meses fríos (mientras en España es el 12,8%) y el 25% no dispone de temperatura adecuada en verano.

## 2.4. Educación

La educación es uno de los determinantes sociales de la salud que más influye para la consecución de una vida saludable y lo hace en una doble vertiente. Por un lado, una buena educación tiene un fuerte impacto en el nivel de ingresos y crecimiento económico, en el desarrollo social, en las diferencias de género y en la posición social. Por otro, juega un rol fundamental en el abordaje de la salud desde el marco conceptual de la promoción de la salud, pues permite desarrollar la inteligencia y las habilidades cognitivas necesarias para tener un mayor control sobre la salud y mejorarla. El acceso a una educación de calidad desde las primeras etapas de la vida es pues, el mejor instrumento que podemos proporcionar a los niños y niñas para alcanzar un buen nivel de bienestar individual y colectivo.

En España, donde 1 de cada 3 niños vive en riesgo de pobreza o exclusión social, nos encontramos con tasas de repetición, abandono, fracaso escolar y absentismo alarmantes. A nivel estatal, uno de cada tres estudiantes a los 15 años ha repetido al menos una vez curso; alrededor del 30% de los estudiantes de secundaria no obtiene el graduado de la ESO y la tasa de abandono escolar temprano (23,5%) casi duplica a la media europea (12%).

El informe "Iluminando el Futuro: invertir en educación es luchar contra la pobreza infantil" elaborado por *Save the Children* pone de manifiesto la relación entre pobreza infantil y la falta de equidad de las políticas educativas. En España, la tasa de escolarización es prácticamente del 100%, pero el hecho de que los costes asociados (libros de texto, material escolar, etc.) recaigan en las familias

cuando éstas no pueden asumirlos, quiebra el principio de igualdad de oportunidades y gratuidad de la educación. En tan sólo tres cursos, los precios de los libros de texto se han incrementado en un 4,3%. Ceuta, Andalucía, Castilla La Mancha, Murcia, Extremadura y Canarias son las seis Comunidades y Ciudades Autónomas con mayores tasas de pobreza infantil y las que se encuentran en los últimos puestos del Índice de Equidad Educativa (analiza catorce factores relacionados con la calidad del acceso a la educación en el ámbito escolar y con la participación de los niños en actividades culturales y de ocio fuera de la escuela).

La tasa de abandono escolar en España (la proporción de jóvenes entre 18 y 24 años que han dejado el sistema educativo sin completar la educación secundaria) se ha reducido en los últimos años y ha pasado del 21,9% en 2014 al 19% en 2016. No obstante, todavía sigue siendo la más alta entre los 28 países de la UE. Además, persisten "grandes disparidades" entre las diferentes comunidades autónomas. Por ejemplo, el País Vasco registra una tasa de abandono escolar inferior al 10% de media en la UE, mientras que algunas comunidades superan el 20%.

En la siguiente tabla se muestra la evolución de la tasa de abandono escolar por Comunidades Autónomas (2007-2016).

**TABLA COMPARATIVA COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y AÑOS**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
TOTAL	30,8	31,7	30,9	28,2	26,3	24,7	23,6	21,9	20,0	19,0
Andalucía	37,1	37,9	37,2	34,6	32,1	28,8	28,7	27,7	24,9	23,1
Aragón	25,5	25,8	25,0	23,8	22,8	20,4	18,9	18,4	19,5	19,1
Asturias (Principado de)	23,1	20,0	21,3	22,2	21,9	19,8	19,1	13,6	16,8	16,6
Baleares (Illes)	42,1	42,5	40,3	36,5	29,7	28,9	29,8	32,1	26,7	26,8
Canarias	36,4	34,1	30,7	29,8	30,9	28,0	27,5	23,8	21,9	18,9
Cantabria	25,5	22,9	24,2	23,9	21,4	14,2	12,1	9,7	10,3	8,6
Castilla y León	23,7	26,4	26,9	23,4	27,5	21,7	19,2	16,8	16,7	17,3
Castilla-La Mancha	37,3	38,4	34,6	33,4	31,5	27,5	27,4	22,2	20,8	23,2
Cataluña	31,2	32,9	31,9	28,9	26,2	24,2	24,7	22,2	18,9	18,0
Comunitat Valenciana	31,2	32,6	31,9	28,4	26,7	25,9	21,7	23,4	21,4	20,2
Extremadura	34,4	33,8	34,1	31,6	30,1	32,6	29,2	22,9	24,5	20,4
Galicia	23,5	23,6	25,8	22,8	20,4	22,7	20,2	18,5	17,0	15,2
Madrid (Comunidad de)	25,8	27,1	26,2	22,3	19,5	21,5	19,7	18,3	15,6	14,6
Murcia (Región de)	39,2	40,6	36,8	34,9	30,3	26,9	26,3	24,1	23,6	26,4
Navarra (Comunidad Foral de)	16,3	18,8	18,7	16,8	12,0	13,0	12,9	11,8	10,8	13,4
País Vasco	14,3	14,8	16,6	13,1	13,8	12,4	9,9	9,4	9,7	7,9
Rioja (La)	30,6	37,0	31,9	27,2	30,6	24,3	21,7	21,1	21,5	17,8
Ceuta	49,1	42,7	34,1	45,8	38,9	38,5	33,5	29,5	29,8	21,5
Melilla	46,8	35,5	36,7	35,4	19,3	32,6	33,1	19,6	24,1	24,4

Fuente: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte

En Andalucía el abandono escolar temprano afecta a casi uno de cada cuatro alumnos andaluces, en concreto al 23,1%. Si bien la tasa se ha ido reduciendo en los últimos años es 4,1 puntos superior a la media nacional, y se aleja mucho del objetivo fijado por la Unión Europea para 2020 y que se sitúa en el 15 por ciento del alumnado.

El sistema educativo de Andalucía ha obtenido malos resultados en los tres ámbitos de conocimiento analizados en el Informe PISA 2015.

En Andalucía, aunque se ha avanzado bastante, el nivel de instrucción está por debajo de la población española y esto repercute en la calidad de vida y en la salud, ya que una población con mayor nivel de instrucción conoce más y mejor las formas de evitar riesgos y el acceso efectivo a los recursos sociosanitarios. (Más nivel de vida y/o clase social = mejor salud y calidad de vida).

En este sentido, las investigaciones demuestran que no existe desigualdad en el uso de servicios hospitalarios, urgencias o consumo de medicamentos, pero sí hay un mayor acceso a servicios preventivos (como el bucodental) entre las personas con un nivel educativo más alto y menor dificultad económica.

## 2.5. Medio ambiente y salud

---

Las zonas urbanas desempeñan un papel fundamental en la economía y son centros de comunicación, comercio e innovación, constituyendo verdaderos motores de creación de nuevos puestos de trabajo. Sin embargo, son también numerosos los problemas asociados a los entornos urbanos: generación creciente de residuos, incremento de la emisión de contaminantes atmosféricos, altos niveles de ruido, consumo elevado de suelo, de energía y de recursos naturales como el agua, pérdida de biodiversidad, etc.

La salud y el medio que nos rodea están íntimamente relacionados. El aire que respiramos, el agua que bebemos, el entorno de trabajo o el interior de los edificios tienen una gran implicación en nuestro bienestar y nuestra salud. Por ese motivo, la calidad y la salubridad de nuestro entorno son vitales para una buena salud.

Se estima que en 2012 perdieron la vida 12,6 millones de personas por vivir o trabajar en ambientes poco saludables: casi una cuarta parte del total mundial de muertes, según nuevas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los factores de riesgo ambientales, como la contaminación del aire, el agua y el suelo, la exposición a los productos químicos, el cambio climático y la radiación ultravioleta, contribuyen a más de 100 enfermedades o traumatismos.

La actual situación económica y el desempleo son actualmente las principales preocupaciones de los andaluces y andaluzas, según lo refleja el EcoBarómetro 2013<sup>4</sup>. Cuando son interrogados de forma directa por los temas ambientales expresan niveles muy altos de preocupación personal por el medio ambiente (un 60% de los encuestados se declara bastante o muy preocupado por estas cuestiones).

Los andaluces perciben como grave de la degradación ambiental a escala global, mientras que, por el contrario, tiene una opinión menos negativa de la situación del medio ambiente en su entorno más cercano.

En cuanto a los problemas concretos, son considerados como más importantes por los andaluces la suciedad de las calles, la escasez de zonas verdes, el ruido y la gestión de los residuos. En el ámbito regional y global los encuestados señalan los incendios forestales como el problema más grave de Andalucía, y el cambio climático como el problema más grave del planeta.

### Calidad del Aire

---

La calidad del aire está fundamentalmente determinada por el tráfico de vehículos, y en algunas zonas, por la actividad industrial. Los principales contaminantes atmosféricos en Andalucía son las partículas en suspensión y el ozono troposférico, que con carácter general y en el medio urbano se deben al tráfico.

---

4.- EcoBarómetro de Andalucía 2013. <http://www.juntadeandalucia.es/medioambiente/site/portalweb>

Los estudios realizados en zonas de alta industrialización de Andalucía ponen de manifiesto que aunque los niveles de exposición a sustancias como el arsénico, metales o benceno son significativamente más elevados que en zonas no industrializadas, están por debajo de los niveles recomendables en la normativa o por instituciones internacionales.

Desde 2011 el municipio de Utrera se considera incluido en la zona de Sevilla y área Metropolitana (para la evaluación de la calidad del aire) debido a los desplazamientos que se generan entre este municipio y el resto del área metropolitana. En 2011, los días con índice de calidad del aire buena o admisible alcanzaron el porcentaje más alto con respecto a los últimos años (2006-2011). Se ha pasado de registrar un porcentaje del 78% de días con calidad buena o admisible en el 2007 (año con el dato más desfavorable), a un porcentaje del 94% en 2011.

Esto puede atribuirse a: La existencia de condiciones meteorológicas favorables, principales responsables del descenso del número de situaciones de calidad no admisible debidas al ozono, las medidas puestas en marcha con motivo de los Planes de Mejora de la Calidad del Aire o a la reducción de emisiones provocada por la crisis económica actual.

Los días con calidad no admisible (índice de calidad del aire “mala” o “muy mala”) se deben fundamentalmente a niveles altos de partículas y de ozono. En el caso del ozono, los niveles más altos se registran durante la época estival, como consecuencia de su formación al reaccionar los óxidos de nitrógeno y compuestos orgánicos volátiles durante episodios de alta radiación solar, temperaturas elevadas y gran estabilidad atmosférica.

## Ruido

---

En los datos del EcoBarómetro de Andalucía correspondientes al año 2013 el ruido se percibe como el tercer problema local que más preocupa a la población andaluza, por detrás de la suciedad de las calles y la escasez de zonas verdes.

Aparte de emisiones focalizadas y temporales, la principal fuente de emisión acústica urbana en las ciudades andaluzas mayores de 50.000 habitantes es el tráfico terrestre.

## Temperaturas extremas

---

Es conocida la relación que la temperatura tiene con la morbilidad y mortalidad. Según las previsiones de cambio para el período 1950-2100 realizada por el IPPC (Intergovernmental Panel on Climate Change) se producirán cambios climáticos, entre los que destaca: la existencia de temperaturas máximas y mínimas más elevadas, más días de intenso calor y menos días helados en la mayoría de las regiones continentales y más precipitaciones intensas en la mayoría de las regiones.

Los informes anuales de evaluación del Plan Andaluz frente a los efectos de la temperaturas elevadas sobre la salud, han puesto de manifiesto que el número total de urgencias atendidas asociadas a los periodos de ola de calor, y su diferencia con respecto al mismo periodo en la semana anterior, aumentaron hasta un 36.6% en los días posteriores a periodos con temperaturas excesivas. Un dato relevante en este sentido es que el 21,3% de los hogares andaluces no dispone de temperatura adecuada durante los meses fríos y el 25%, durante el verano.. La mortalidad diaria en las ciudades andaluzas, especialmente en personas ancianas frágiles, está relacionada con las temperaturas máximas o mínimas alcanzadas.

## Alimentación e inocuidad (seguridad) de los alimentos

---

También es esencial seguir y mejorar en la prevención de riesgos alimentarios , ya que los alimentos son fuente de enfermedad para la ciudadanía debido a los pesticidas, las bacterias, los

contaminantes, plaguicidas o las alergias. Así como vigilar los nuevos canales de comercialización de productos (Internet).

El riesgo alimentario que la población andaluza considera más habitual es el de los residuos de pesticidas en frutas y verduras, a gran distancia del segundo riesgo que es la falta de higiene en los alimentos. Entre los alimentos que generan en Andalucía más confianza destacan enormemente los “frescos sin envasar” (62%) si bien es en éstos donde se producen los episodios de detección de residuos de fármacos o drogas en carnes o de plaguicidas en vegetales.

Un 20% de la población andaluza dice haber pasado algún episodio de Toxiinfección alimentaria (TIA), mientras que según la información notificada al SVEA, en 2012 se notificaron 170 brotes de TIA con un total 1371 personas afectadas, suponiendo un 45,8% del total de alertas epidemiológicas anuales en Andalucía).

En los últimos años la prevalencia de las alergias alimentarias ha despertado un gran interés. Actualmente, se estima que el 2-4 % de las personas adultas y el 6 % de menores sufren algún tipo de alergia alimentaria.

### 3. Factores de riesgo

#### 3.1. Consumo de tabaco

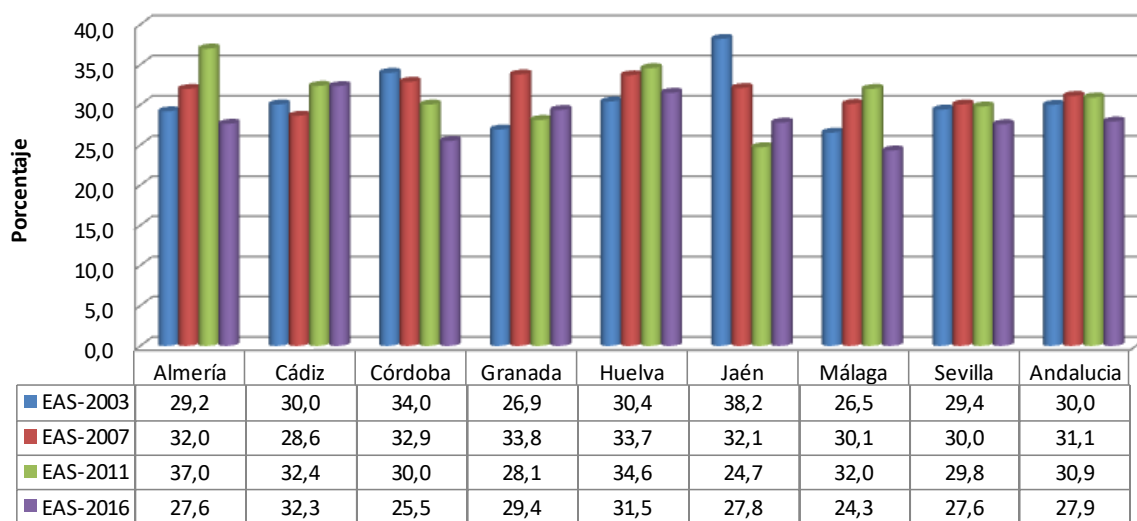
El consumo de tabaco es la principal causa de enfermedad, discapacidad y muerte en el mundo. Cada año mueren más de 5 millones de personas en el mundo a causa del tabaquismo y si no se toman medidas adecuadas en el año 2030 serían 10 millones de muertes; 7 millones de ellas en países pobres. Se estima que la mitad de los fumadores muere de una enfermedad relacionada al consumo de tabaco y que viven en promedio 10-15 años menos que los no fumadores.

Al tabaquismo se le atribuye un tercio de todas las muertes por cáncer, en torno a un 31% de los casos de Enfermedades Cardiovasculares en hombres y un 7% para mujeres. Está constatado que dejar de fumar evita en gran medida el exceso de riesgo debido al tabaco, incluso en la edad adulta.

Según los datos de la Encuesta Europea de Salud en España 2014 las comunidades autónomas con mayor porcentaje de fumadores diarios en la población de 15 y más años son Extremadura (25,6%), Región de Murcia (25,6%) y Andalucía (24,4%). Por su parte, la ciudad autónoma de Melilla (15,3%), Principado de Asturias (19,1%) y Galicia (19,1%) presentan los menores porcentajes.

En Andalucía las encuestas nacionales y andaluzas de salud ponen de manifiesto el descenso del hábito del tabaquismo, especialmente en hombres, durante los últimos 20 años, que se ha acompañado además de un descenso en la incidencia y mortalidad por cáncer de pulmón.

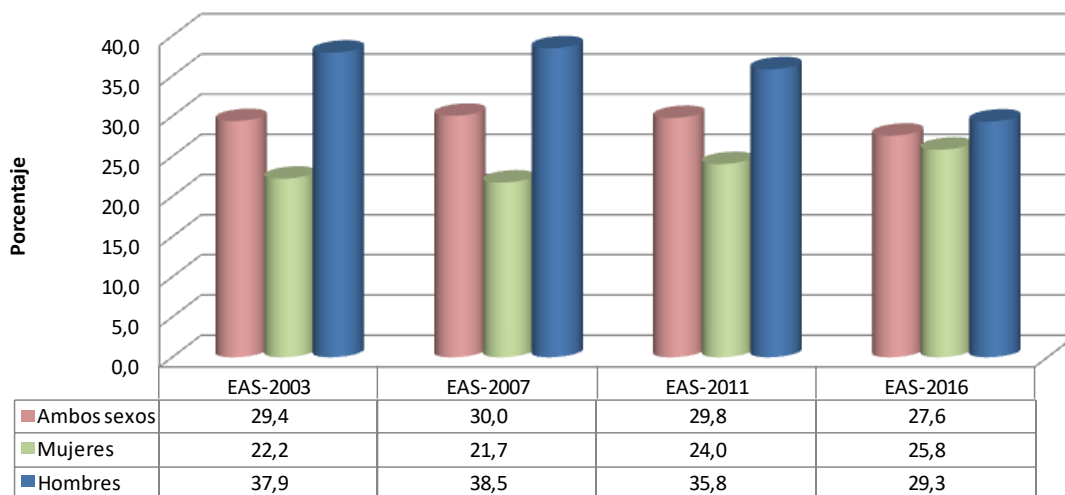
### Personas que fuman a diario



**Figura:** Evolución del nivel de consumo de tabaco (fumadores diarios) según provincias.

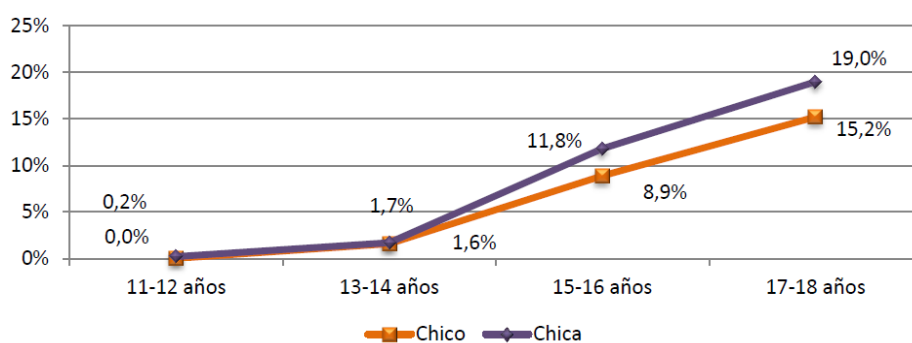
En el año 2016 el 27,9% de la población andaluza manifestó consumir tabaco a diario, porcentaje superior en hombres (31,4%) que en mujeres (24,6%). Entre los hombres ha pasado del 38,9% en 2003 a 31,4% en 2016, mientras que en las mujeres pasó de 22,6% a 24,6%.

### Personas que fuman a diario. Sevilla



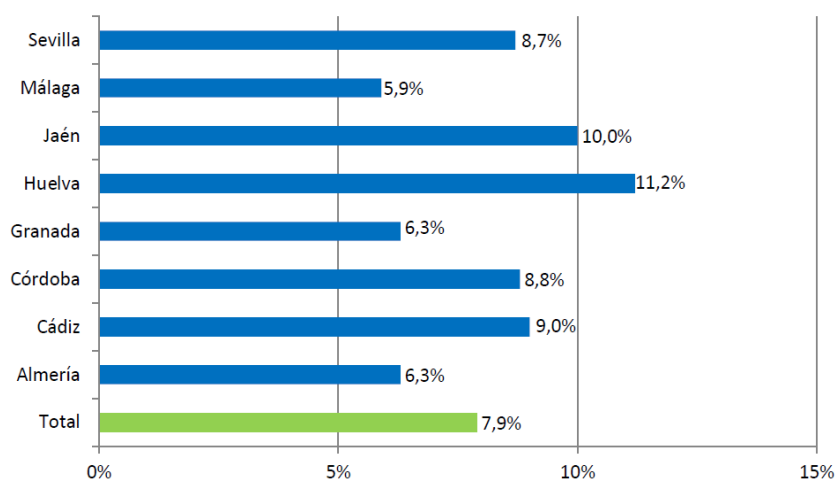
**Figura:** Evolución del nivel de consumo de tabaco (fumadores diarios) en Sevilla según sexo.

En un estudio realizado con población adolescente escolarizada andaluza<sup>5</sup>, los datos muestran un alto consumo de tabaco de forma habitual; un 10,3% de adolescentes entre 15 y 16 años, estarían fumando diariamente, elevándose dicha cifra a un 17,1 %, a los 17-18 años. Cuando se analizan sexo y edad de manera conjunta (ver la figura), chicas y chicos mantienen un consumo diario parecido a los 11-12 y 13-14 años. Sin embargo, a partir de los 15-16 años, ambos sexos muestran un marcado ascenso en el consumo diario, que es más acentuado en el caso de las chicas. Así, el consumo diario de las chicas de 17-18 años aumenta en 17,3 puntos porcentuales respecto a las de 13-14 años, mientras que en los chicos el aumento en el consumo diario de tabaco es de 13,6 puntos.



**Figura:** Consumo diario de tabaco en chicos y chicas de todas las edades

Un 7,9% de los adolescentes andaluces consumen tabaco diariamente. La comparación de la distintas provincias con el dato de la comunidad en su conjunto (siguiente figura) muestra que las provincias de Huelva (11,2%) y Jaén (10%) se encuentran algo por encima de la referencia andaluza. En cambio, Málaga (5,9%), Almería y Granada (ambas 6,3%) son las provincias con el menor porcentaje de consumo diario de tabaco entre sus adolescentes.



**Figura:** Consumo diario de tabaco por provincias andaluzas.

5.- Las conductas relacionadas con la salud y el desarrollo de los adolescentes andaluces. Resumen del estudio Health Behaviour in School-aged Children en Andalucía (HBSC-2011). Universidad de Sevilla, Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía.

### 3.2. Consumo de cannabis

El cannabis es, después del tabaco y el alcohol, la droga más consumida en Europa, España y Andalucía.

La prevalencia de consumo experimental de cannabis se sitúa en el 30% de la población de 12 a 64 años en 2015, lo que supone un incremento de 3 puntos porcentuales con respecto a 2011. Sin embargo, las prevalencias de consumo en el último año, últimos seis meses y último mes disminuyen ligeramente. En el conjunto de España, la encuesta EDADES 2013/2014 describe una evolución similar para esta sustancia, con un incremento continuado de su consumo hasta 2009, que parece estabilizarse a partir de 2011.

La edad del primer consumo de cannabis es de 18,3 años, sin que haya experimentado modificaciones relevantes en los últimos años.

	2005	2007	2009	2011	2015
Consumió alguna vez:	21,5%	22,0%	20,2%	27,0%	30,0%
Edad media del primer consumo (años):	18,3	17,2	17,9	18,5	18,3
Consumió en los últimos doce meses:	10,2%	12,7%	8,8%	11,4%	10,0%
Consumió en los últimos seis meses:	9,0%	9,5%	7,4%	9,8%	9,0%
Consumió en el último mes:	8,0%	8,3%	6,1%	8,5%	7,9%
Frecuencia de consumo en el último mes:					
• Menos de una vez por semana	2,3%	3,3%	1,2%	-	-
• Una vez por semana	1,3%	2,1%	1,3%	-	-
• De dos a seis veces por semana	1,5%	0,9%	0,8%	-	-
• Diariamente	2,9%	2,0%	2,8%	-	-

**Figura:** Consumo de cannabis (2005-2015)

Los hombres presentan prevalencias de consumo de cannabis más elevadas que las mujeres en todos los indicadores. En la media de edad de inicio apenas hay diferencias (18,2 años vs. 18,4).

Por grupos de edad, se observa un incremento progresivo del consumo hasta el grupo de 21 a 24 años, que presenta las prevalencias más altas en todos los indicadores. El 44,4% de las personas de este grupo de edad han consumido cannabis alguna vez en la vida, el 23,3% los ha consumido en los últimos seis meses y el 20,4% en el último mes. En el estudio anterior de 2011 las mayores prevalencias de consumo reciente (últimos seis meses y último mes) se encontraba en el grupo etario de 16 a 20 años.

En cuanto al inicio al consumo de esta sustancia, aproximadamente la mitad de las personas que la han consumido en alguna ocasión, lo hicieron por primera vez antes de los 18 años de edad (50,4%).

El Indicador admisiones a tratamiento por abuso o dependencia a sustancias o por adicciones comportamentales en Andalucía muestra también una tendencia a la estabilización de las admisiones a tratamiento motivadas por esta droga en los últimos años. Las admisiones a tratamiento por cannabis aumentan de manera constante hasta 2013, en 2014 parecen estabilizarse e incluso se apunta una cierta tendencia descendente en el último año analizado, 2015 (de un 23,0% en 2014 al 21,8% del total de admisiones en 2015). La media de edad de las personas admitidas por esta sustancia es joven, 26,2 años y entre los menores de edad motiva el 86% de las admisiones a tratamiento.

### 3.3. Consumo de alcohol

El consumo de bebidas alcohólicas es una de las tres prioridades más importantes en el ámbito de la salud pública en el panorama mundial. A pesar de que sólo la mitad de la población lo consume, el alcohol como factor de riesgo a escala global es la tercera causa de enfermedad y de muerte prematura tras el bajo peso al nacer y el sexo sin protección. En Europa, el alcohol es también el tercer factor de riesgo en relación con la salud y la mortalidad, por detrás sólo del tabaco y la hipertensión arterial<sup>6</sup>.

En 2012, se produjeron unos 3,3 millones de muertes, (el 5,9% de todas las muertes a nivel mundial) a causa del consumo de alcohol. Existen diferencias significativas por sexo en la proporción de muertes debidas al alcohol (7,6% en hombres y 4,0% en mujeres). Asimismo, se estima que el 5,1% de todas las enfermedades y lesiones que supusieron una merma importante en la calidad de vida (cerca de 139 millones de casos), fueron atribuibles al consumo de alcohol. Los mayores porcentajes de fallecimientos y de años de vida sana perdidos con respecto a las expectativas atribuibles al consumo del alcohol se encuentran en la región europea de la OMS.

Los daños relacionados con el alcohol dependen del volumen consumido, del patrón de consumo y, en raras ocasiones, la calidad de alcohol consumido.

Según la Encuesta Europea de Salud en España (2014) el porcentaje de personas de 15 y más años que consume alcohol diariamente ha aumentado respecto a 2009 (15,1% frente a 13%). Este incremento afecta a ambos sexos (23,3% frente a 20% en el caso de los hombres y 7,2 % frente a 6,2 en el de las mujeres).

El 36,77% de la población de 15+ años bebe alcohol al menos una vez por semana, lo que se define como 'consumo habitual', 50,28% en hombres y 23,88% en mujeres. El 9,1% de la población ha consumido alcohol de manera intensiva al menos una vez al mes, y un 2,5% semanalmente. Se entiende por consumo intensivo la ingestión de 60 gr de alcohol puro en el caso de los hombres y de 50 gr en el caso de las mujeres –es decir, el equivalente a seis cervezas o tres combinados, en un intervalo de cuatro a seis horas–. Por sexo, el consumo intensivo de alcohol es más relevante entre los hombres que entre las mujeres (13,5% frente a un 5,0%). Por edad, el consumo intensivo es más frecuente entre los jóvenes. De hecho, el 14,1% de las personas de 15 a 24 años declara beber alcohol de manera intensiva al menos una vez al mes (18,2% de los hombres y 9,8% de las mujeres).

#### Bebedores habituales. Sevilla

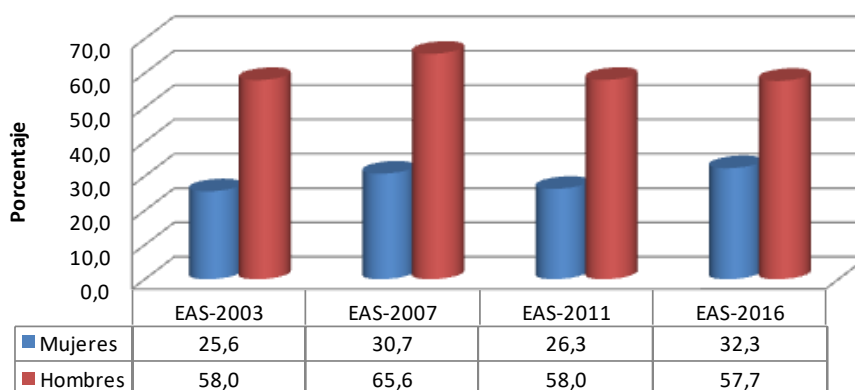
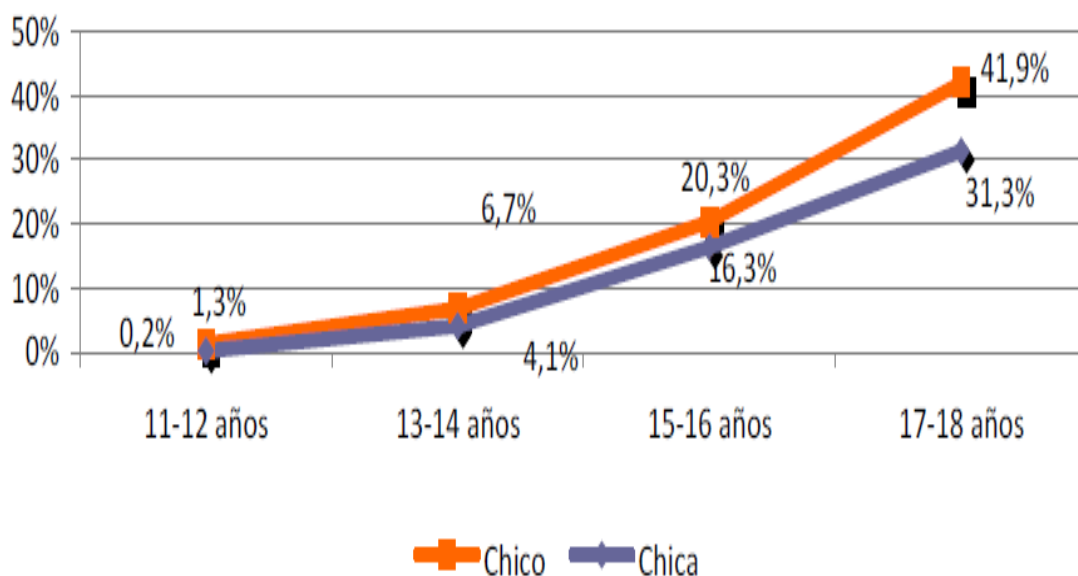


Figura: Evolución del porcentaje de bebedores habituales en Sevilla según sexo.

6.- Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. Disponible en: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/160680/e96457.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf)

Las cifras de bebedores habituales en la provincia de Sevilla se encuentran por encima de los valores medios a nivel nacional.

Según el estudio HBSC-2011, el consumo semanal de alcohol empieza a aparecer en un 4,3% de los escolares andaluces entre 13-14 años, pasando a un 16,8% a los 15-16 y a un 34,4 a los 17-18 años. Las diferencias por sexo son bastante claras, llegando a 10 puntos de diferencia a los 17-18 años. Recordemos que en nuestro país está prohibida la venta de alcohol a menores de 18 años, al igual que el tabaco.



**Figura:** Consumo semanal de alcohol entre escolares andaluces por sexo y edad. 2011

### 3.4. Consumo de otras sustancias

En la siguiente tabla se resume la prevalencia en Andalucía (población de 12-64 años) de consumo de distintas sustancias en porcentaje.

Los datos se ofrecen ordenados de mayor a menor prevalencia de consumo alguna vez en la vida. Como puede observarse, el alcohol es la sustancia con un consumo más extendido en la población andaluza (el 90,2% lo ha consumido alguna vez en la vida), si bien la más consumida diariamente, con gran diferencia con respecto al resto, es el tabaco (34,9%).

	Alguna vez en la vida			Último año			Últimos seis meses			Último mes			Diario		
	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M
Alcohol	90,2%	92,7%	87,7%	72,5%	78,2%	66,7%	–	–	–	55,2%	64,9%	45,3%	6,4%	10,7%	2,0%
Tabaco	61,0%	67,0%	54,7%	–	–	–	–	–	–	–	–	–	34,9%	38,6%	31,0%
Cannabis	30,0%	39,8%	20,0%	10,0%	14,3%	5,7%	9,0%	13,1%	4,7%	7,9%	11,7%	4,1%	–	–	–
C. cocaína	7,6%	11,8%	3,3%	1,5%	2,2%	0,7%	1,1%	1,6%	0,5%	0,8%	1,3%	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%
Éxtasis/ MDMA	4,0%	5,6%	2,4%	1,3%	1,8%	0,7%	1,0%	1,4%	0,6%	0,2%	0,4%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Alucinógenos	3,2%	5,1%	1,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	0,3%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Anfetaminas o speed	2,8%	4,2%	1,4%	0,4%	0,6%	0,2%	0,3%	0,5%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Tranquilizantes*	2,1%	1,8%	2,4%	0,9%	0,7%	1,2%	0,7%	0,6%	0,8%	0,3%	0,2%	0,5%	0,1%	0,0%	0,1%
Base y crack	1,7%	2,8%	0,5%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Legal highs	1,0%	1,8%	0,1%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hipnóticos*	0,9%	0,9%	0,9%	0,6%	0,5%	0,7%	0,5%	0,4%	0,5%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%
Heroína	0,8%	1,4%	0,2%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Inhalables	0,8%	1,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%
Éxtasis líquido	0,7%	1,3%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Ketamina	0,5%	0,9%	0,2%	0,1%	0,3%	0,0%	0,1%	0,2%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

\*Sin prescripción médica

Entre las sustancias ilegales, el cannabis es la que presenta mayores prevalencias de consumo. El 30% de la población de 12 a 64 años la ha consumido alguna vez y el 7,9% lo ha hecho en el último mes (un 11,7% en el caso de los hombres). La cocaína clorhidrato presenta una prevalencia del 7,6% alguna vez en la vida y el MDMA, del 4%. El porcentaje de personas que ha consumido alguna vez las sustancias conocidas como legal highs se encuentra en el 1%.

Es destacable que el consumo diario de sustancias de tráfico ilícito prácticamente ha desaparecido. Las prevalencias de consumo diario son inapreciables para casi todas las sustancias psicoactivas ilegales. Estas prevalencias pueden estar indicando que se asienta un patrón de consumo de carácter más esporádico u ocasional, vinculado a usos con intenciones recreativas.

Los hombres tienen prevalencias de consumo más altas que las mujeres para todas las sustancias estudiadas y para casi todos los periodos temporales considerados, excepto en el caso del consumo de tranquilizantes e hipnosedantes sin prescripción médica, que presentan prevalencias algo más altas entre las mujeres.

En cuanto a la edad de inicio al consumo de cada una de las sustancias, la siguiente tabla resumen indica que las personas que consumen tabaco a diario y el alcohol bajo un patrón de riesgo, se iniciaron en estos consumos, como media, a edades más tempranas que el resto, 16,3 y 15,5 años respectivamente. También el consumo de sustancias volátiles e inhalables tiene una media de edad de inicio muy temprana (15,7 años) y un 70,3% de primeros consumos antes de los 18 años. La media de inicio al consumo de cannabis es la siguiente más joven (18,3 años).

Por el contrario, los inicios en el uso no terapéutico de psicofármacos, tranquilizantes e hipnosedantes sin prescripción médica, son los más tardíos, 27,3 años de media para los tranquilizantes y hasta los 34,1 años en el caso de los hipnóticos. El resto de sustancias presentan edades medias de inicio que oscilan entre los 19 y los 24 años de edad.

	% antes de los 18 años	Edades medias
TABACO DIARIO	71,4%	16,3
ALCOHOL RIESGO	75,7%	15,5
CANNABIS	50,4%	18,3
CLORHIDRATO DE COCAÍNA	24,8%	20,8
MDMA	24,1%	20,4
ALUCINÓGENOS	27,8%	20,6
KETAMINA	5,3%	22,8
ANFETAMINAS/SPEED	35,7%	19,0
TRANQUILIZANTES*	13,0%	27,3
INHALABLES	70,3%	15,7
HEROÍNA	33,3%	23,6
EXTÁSIS LÍQUIDO/GHB	29,2%	20,3
BASE o CRACK	38,6%	20,6
HIPNÓTICOS*	12,9%	34,1

(\*) Sin prescripción médica

**Tabla:** % de inicios antes de los 18 años y edad media del primer consumo (Base: han consumido alguna vez)

### 3.5. Alimentación

En este apartado se describirán los resultados de las distintas encuestas sobre aspectos relevantes a la hora de definir una alimentación saludable como son: el desayuno, el consumo de frutas y verduras, y el consumo de refrescos en la infancia.

El desayuno es la primera comida tras el ayuno de las horas de sueño nocturno y es fundamental para proporcionar al organismo la energía y los nutrientes necesarios para hacer frente a todas las actividades que se realizan en esta parte del día. En escolares, hay evidencia de la influencia que tiene el desayuno en la capacidad para mantener la atención en las primeras horas, y en el rendimiento en general.

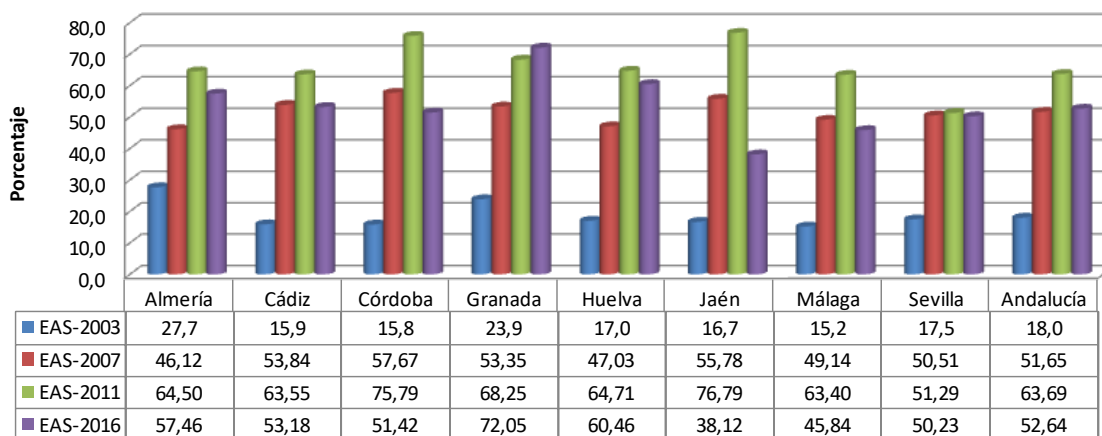
Según un estudio realizado en 2011 entre escolares andaluces (HBSC-2011), son un 49,3% los escolares andaluces que desayunan adecuadamente todos los días de la semana y es un hábito que va empeorando claramente según van creciendo; a los 11-12 años son un 63% los que desayunan todos los días frente a un 38,9% a los 17-18. Hay algunas diferencias constantes también en función del sexo, siendo algo peor este hábito en las chicas frente a los chicos.

Según los datos de la ENCUESTA EUROPEA DE SALUD EN ESPAÑA 2014, seis de cada 10 personas afirman comer fruta a diario (el 58,2% de los hombres y el 67,1% de las mujeres) y 4 de cada 10 comen verdura, ensaladas u hortalizas a diario. La frecuencia de consumo se incrementa con la edad. Así, solo cuatro de cada 10 jóvenes de 15 a 24 años consume fruta diariamente, frente a ocho de cada 10 personas de 75 y más años. Por su parte, el 6,0% de la población toma fruta menos de una vez a la

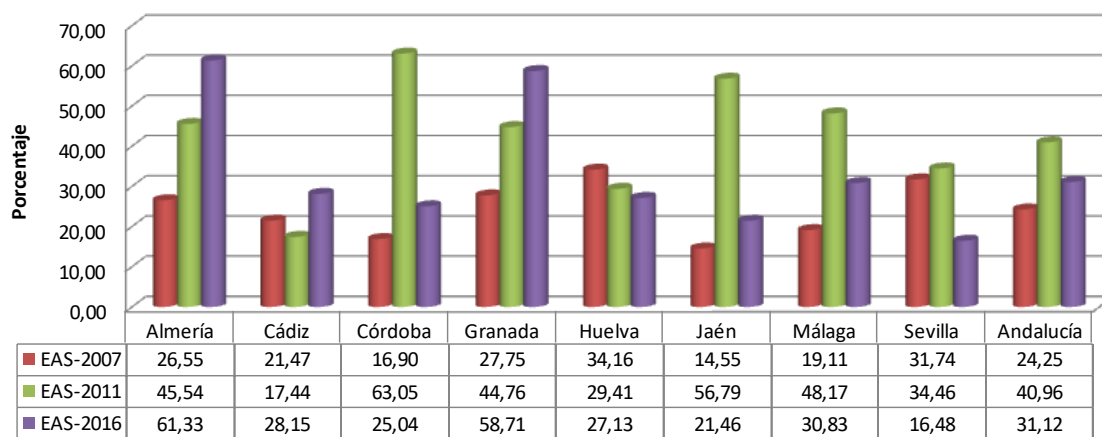
semana o no la consume (11,0% de los jóvenes de 15 a 24 años y 2,4% de los mayores de 75 años). El consumo de verduras es algo inferior al de fruta. Cuatro de cada 10 personas afirman consumir verdura a diario (el 39,1% de los hombres y el 50,0% de mujeres). Andalucía muestra unos valores ligeramente inferiores a los observados a nivel nacional tanto en el consumo diario de frutas (62,18% vs 62,72%) como en el de verduras (43,03% vs 44,64%). En relación al consumo de refrescos con azúcar la prevalencia en Andalucía (14%) es ligeramente superior a la media nacional (11%).

En las siguientes figuras se muestra la evolución del porcentaje de población que consume fruta fresca o verdura a diario en Andalucía según los datos de las sucesivas Encuestas de Salud de Andalucía.

**Porcentaje de población que consume fruta fresca a diario (adultos)**



**Porcentaje de población que consume verdura a diario (adultos)**



En Andalucía (2016), un 52,64% de las personas mayores de 16 años declaró consumir fruta fresca a diario y un 40,96% declaró consumir verdura a diario.

En población escolar, son un 29,5 % los que consumen fruta al menos una vez al día y un 14,5 % los que la consumen menos de 1 vez a la semana ó nunca. El consumo de verdura es diario para un 18,5 % de los escolares andaluces frente a un 10,2 % que lo consume 1 vez a la semana ó nunca. Al menos entre 2 y 4 veces a la semana estarían consumiendo verdura el 77% de ellos. Respecto al consumo de refrescos y bebidas azucaradas en población escolar, señalar que el 34,2 % del alumnado consume diariamente este tipo de bebidas, frente a un 15,1 % que no los consume nunca o menos de 1 vez a la semana.

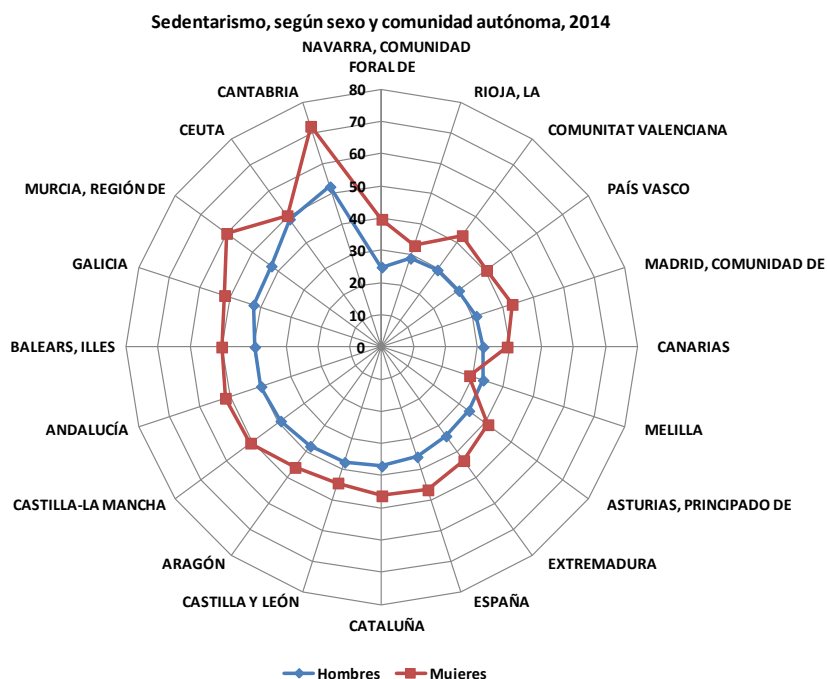
### 3.6. Ejercicio físico

Entre los hábitos de vida con efectos positivos sobre la salud de los individuos, se encuentra la práctica de actividad física regular que permite ganar salud y prevenir enfermedades, lesiones y discapacidades, así como ampliar el horizonte de años de vida con buena salud. Un nivel adecuado de actividad física regular en adultos, reduce el riesgo de un gran número de enfermedades crónicas mejorando la calidad de vida de las personas.

Por el contrario, la inactividad física (sedentarismo) es uno de los factores de riesgo junto al tabaquismo, abuso de alcohol y dieta desequilibrada que contribuyen al aumento de enfermedades crónicas y a la disminución del horizonte de años de vida en buena salud.

Respecto al sedentarismo, a nivel nacional según la Encuesta Europea de Salud en España del año 2014 un 36,7% de personas de 15 y más años se declaró sedentaria en su tiempo libre. Este porcentaje es inferior al que proporcionó la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012, según la cual un (44,4%) de personas de 15 y más años se declaraban sedentarias en su tiempo libre. Las diferencias por sexo son muy marcadas, 31% en hombres y 42% en mujeres.

A nivel de comunidad autónoma, los porcentajes más elevados de personas de 15 y más años que se declaraban sedentarias según la Encuesta Europea de Salud 2014 correspondieron a: Castilla-La Mancha (45,1%), Región de Murcia (44,5%), Aragón (41,6%), Cantabria (41,5%), Melilla (41,5%), Galicia (40,3%), Cataluña (37,8%), Comunidad de Madrid (37,3%). En Andalucía dicho valor fue del 37,1%.



En escolares andaluces, son un 42,7 % los que cumplen con las recomendaciones de la OMS, realizando una hora de actividad física de moderada a vigorosa al menos 5 veces a la semana. Además, las diferencias por sexo son muy significativas (54,4% de los chicos y 39,9% de las chicas) y la edad también, ya que la actividad va descendiendo de forma muy acusada (55,2 % a los 11-12 frente a un 32,9 a los 17-18 años).

### 3.7. Sobrepeso y obesidad

---

Existen muchos factores de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad. Algunos, como los hábitos (falta de actividad física, los patrones de alimentación poco saludables, una cantidad insuficiente de sueño y los niveles altos de estrés) y entornos poco saludables, se pueden modificar, mientras que otros, como la edad, los antecedentes familiares y la genética, la raza, la etnia y el sexo, no se pueden cambiar.

Muchos factores del entorno pueden aumentar el riesgo de tener sobrepeso y obesidad: factores sociales (por ejemplo tener un nivel socioeconómico bajo o vivir en un vecindario con un entorno social poco saludable o poco seguro) y factores propios del entorno, tales como la posibilidad de acceder fácilmente a comidas rápidas no saludables, un acceso limitado a establecimientos recreativos o parques y la ausencia de espacios seguros o accesibles para caminar en el vecindario.

El aumento de la obesidad es uno de los retos de la salud pública ya que se asocia a mayor mortalidad, discapacidad y deterioro de la calidad de vida, además de aumentar el gasto sanitario, al ser un factor de riesgo de enfermedades como la diabetes mellitus tipo 2, las enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer.

Según el informe elaborado a partir de datos de 2013 por el Institute for Health Metrics and Evaluation sobre la carga de enfermedad atribuible a los principales 15 factores de riesgo, expresada como porcentaje de años de vida ajustados por discapacidad, los riesgos asociados con un Índice de Masa Corporal alto y un perfil de dieta inadecuada ocupan los 2 primeros lugares en el análisis realizado para España<sup>7,8</sup>.

Según los datos de la ENCUESTA EUROPEA DE SALUD EN ESPAÑA en 2014, la prevalencia conjunta de obesidad y sobrepeso en la población adulta residente en España es el 52,7%, 60,7% de los hombres y 44,7% de las mujeres. En lo que se refiere a la población menor de edad (de 15 a 17 años), un 18,3% se encuentra por encima del peso considerado como normal (el 20,4% en el caso de los hombres y el 16,2% en el de las mujeres).

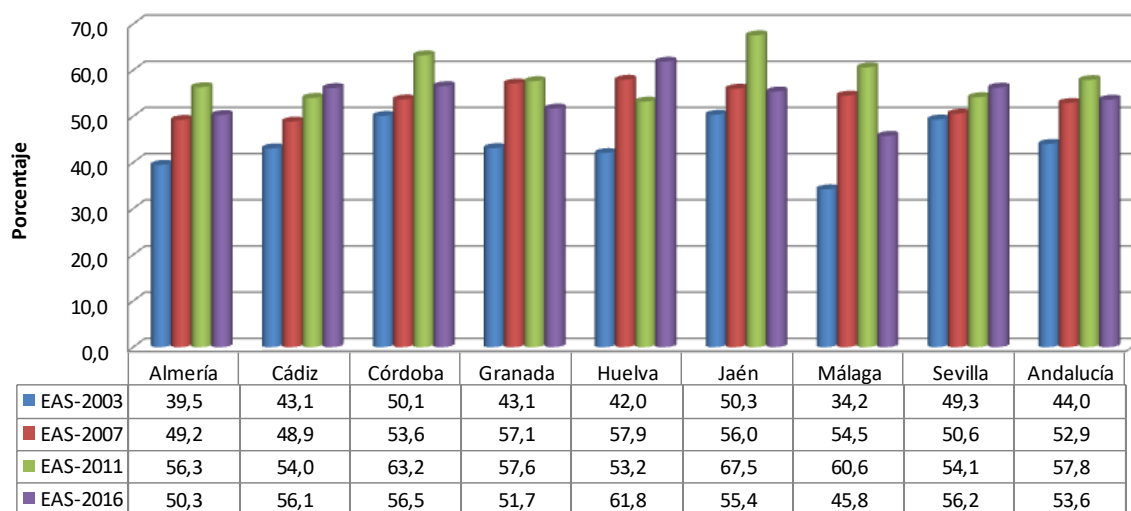
En la siguiente figura se muestra la evolución de sobrepeso y obesidad en Andalucía según provincias. El patrón de sobrepeso en Andalucía está fuertemente explicado por las condiciones de vida de los distintos grupos sociales. Las desigualdades en la prevalencia de obesidad varían en función de diferentes indicadores de posición social. Su frecuencia aumenta a medida que disminuye el nivel de ingresos, siendo en 2011 del 44,8% entre la población con mayor nivel de estudios y de un 68,4% entre menor nivel de estudios; de un 51,9% en el grupo de población de renta más elevada; del 66,9% en el de menor renta y de un 50,4% entre las personas que pertenecen a clase sociales mas favorecidas frente a un 62,7% entre quienes pertenecen a clases menos favorecidas o sin empleo.

---

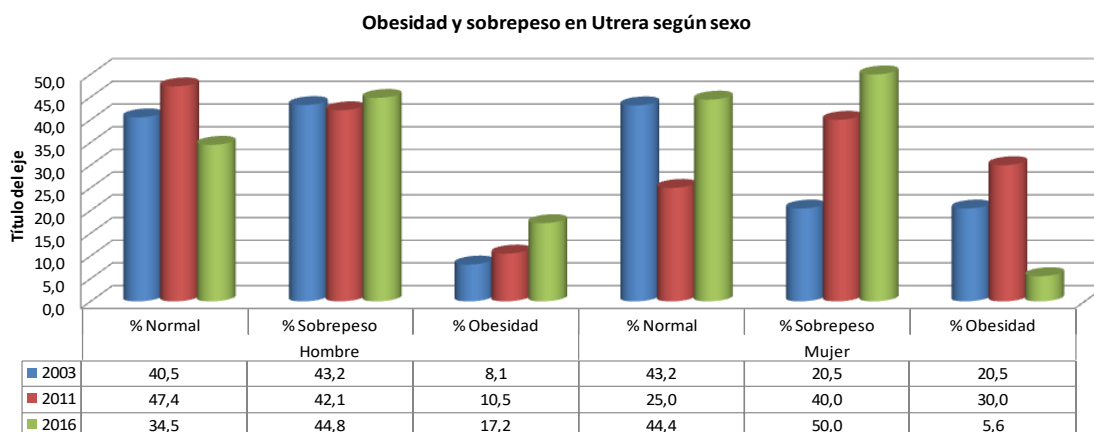
7.- Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, Biryukov S, Brauer M, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioral, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;386:2287-323.

8.- Institute for Health Metrics and Evaluation. The Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (GBD) 2015 [citado 1 de Mayo 2017]. Disponible en: <http://www.healthdata.org/spain>.

### Obesidad y sobrepeso según provincias



En la siguiente figura se muestra la evolución de obesidad y sobrepeso en Utrera según sexo.



## 4.- Situación de salud

### 4.1. Salud percibida:

El estado de salud percibido es uno de los indicadores de las encuestas de salud más utilizados para conocer y comparar la salud global. Se trata de una medida subjetiva que refleja la percepción que las personas tienen de su propia salud desde un punto de vista físico, psicológico y social. Este indicador

se considera un buen predictor de la esperanza de vida, de la mortalidad, del hecho de tener enfermedades crónicas y de la utilización de servicios sanitarios.

Según los datos de la Encuesta Europea de Salud en España 2014 un 76,6% de la población andaluza percibía su salud como buena o muy buena y solo el 2,9% declaró tener muy mala percepción de su salud, siendo en las mujeres donde se percibió la mala salud en mayor porcentaje (3,5% frente al 2,3% de los hombres). Tanto en hombres como en mujeres se ha producido un descenso en los porcentajes de personas residentes en Andalucía que tuvieron una percepción de mala salud. Los hombres pasaron del 3,1% en 1999 a 2,3% en 2014 y las mujeres del 5,3% a 3,5% respectivamente.

## 4.2. Carga de Enfermedad

---

Tradicionalmente los indicadores de mortalidad como la esperanza de vida, tasa de mortalidad infantil, o la de mortalidad por causas se han utilizado extensamente para medir el nivel de salud de las poblaciones. Sin embargo, la mayoría de las personas pertenecientes a una población se sitúan entre niveles óptimos de salud y la muerte. Para medir estas situaciones, se han propuesto medidas sintéticas de la salud de las poblaciones, que combinan morbilidad y discapacidad, con indicadores de mortalidad: "Carga de enfermedad".

Más del 90% de la carga de enfermedad en la población andaluza está relacionada con las enfermedades no transmisibles, accidentes y lesiones. Las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, del sistema circulatorio y los tumores, son los problemas de salud que más carga de enfermedad generan en el conjunto de la población de Andalucía. Entre las mujeres destacan además los trastornos mentales y del comportamiento y las enfermedades del sistema nervioso, y entre los hombres los accidentes y las enfermedades del sistema respiratorio.

Una gran parte de la discapacidad de la población andaluza está generada por las enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo, las enfermedades mentales, y las enfermedades nutricionales y metabólicas. Sin embargo, en los accidentes, las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos y los tumores la mortalidad tiene mayor peso que la discapacidad. Algo más de un tercio de la carga de enfermedad se concentra en las personas mayores de 75 años y la mitad de la carga de enfermedad se encuentra en las personas entre 45 y 74 años.

En Andalucía, según el sistema de información SIGILUM de la Consejería de Salud, en el año 2013 se produjeron 473.154 bajas laborales de las cuales 25.178 corresponden a bajas por trastornos mentales lo que supone un 5,32%. Este tipo de bajas tiene una duración media de 82,2 días, siendo muy superior a la media de días de baja por cualquier causa (49,5). Por otra parte, según la EAS del 2011, las personas en situación de incapacidad e invalidez conforman un grupo de mayor riesgo de padecer trastornos mentales.

## 4.3. Ingresos hospitalarios

---

La monitorización de indicadores de salud sigue jugando un papel esencial en la planificación de la asistencia sanitaria, permitiendo en muchos casos la puesta en marcha de programas orientados a la mejora de la salud de la población.

La hospitalización por enfermedades sensibles a los cuidados ambulatorios (PQI) es un indicador indirecto de problemas de accesibilidad a la atención sanitaria y, en especial, a los cuidados efectivos en el ámbito de la Atención Primaria (AP). La hipótesis de partida es que, la correcta aplicación de intervenciones habitualmente proporcionadas por Atención Primaria – prevención primaria, diagnóstico y tratamiento temprano y/o seguimiento y control adecuados-, los cuidados ambulatorios especializados y la cooperación entre niveles asistenciales supondría una importante reducción de las tasas de este tipo de hospitalizaciones. Pese a ello, hay factores que pueden provocar un ingreso y que están fuera del control directo del sistema sanitario, como son el nivel sociocultural de la población o el incumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes; otros factores que condicionan los ingresos por las patologías a las que hacen referencia los PQIs son los criterios de ingreso y la cartera de servicios de los Hospitales según la bibliografía.

En el periodo 2007-2015 las tasas de ingresos por enfermedades crónicas (PQI-92) han ido disminuyendo en nuestro Área. Sin duda alguna, las mejoras en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades y sus complicaciones (la aparición de nuevos fármacos, por ejemplo para el tratamiento de la EPOC y la prevención de la angina), la implementación de programas de atención a las enfermedades crónicas en los últimos años, y las innovaciones organizativas, desempeñan un papel relevante en la disminución global de las hospitalizaciones por enfermedades crónicas (PQI-92).

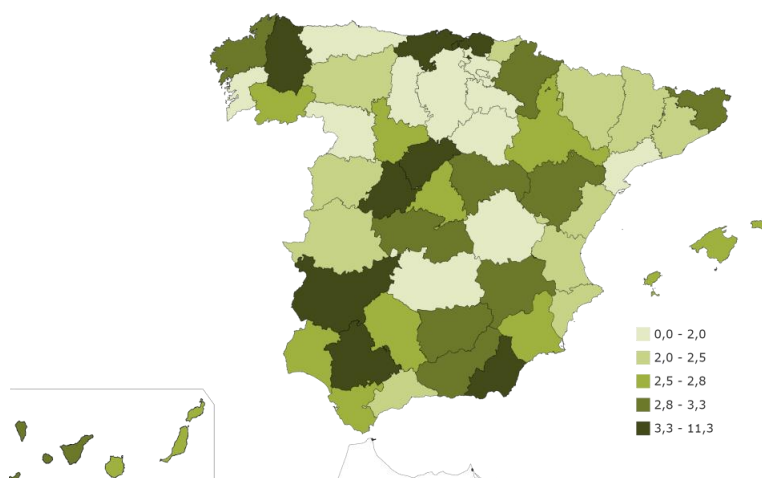
En la siguiente tabla se muestra el número de ingresos y las tasas correspondientes en Utrera y el Distrito Sevilla Sur en el año 2015. Se observa que las tasas de ingreso en Utrera son todas inferiores a las del Distrito.

	Utrera		Distrito Sevilla Sur	
	Ingresos	Tasa	Ingresos	Tasa
<b>PQI8-Insuficiencia cardiaca congestiva</b>	88	167,8	870	273,7
<b>PQI11-Neumonía bacteriana</b>	33	62,9	444	139,7
<b>PQI5-EPOC o asma en adultos de &gt;=40 años</b>	23	43,9	254	79,9
<b>PQI12-Infeción del tracto urinario</b>	21	40,0	236	74,3
<b>PQI13-Angina sin procedimiento</b>	27	51,5	225	70,8
<b>PQI3-Complicaciones crónicas de la diabetes</b>	9	17,2	126	39,6
<b>PQI10-Deshidratación</b>	4	7,6	58	18,2
<b>PQI16-Amputación de extremidades inferiores</b>	5	9,5	53	16,7
<b>PQI7-Hipertensión</b>	5	9,5	45	14,2
<b>PQI1-Complicaciones agudas de la diabetes</b>	0	0,0	22	6,9
<b>PQI14-Diabetes descontrolada</b>	0	0,0	4	1,3
<b>PQI15-asma en adultos menores de 40 años</b>	0	0,0	4	1,3

#### 4.4. Mortalidad

Andalucía, junto al resto de España, ha pasado de tener las tasas más elevadas de mortalidad infantil en Europa occidental hasta mediados de la década de los 80 del siglo XX, a estar entre los países y regiones con mejores indicadores de mortalidad infantil.

En la siguiente figura se muestra la tasa de mortalidad infantil por provincia (2015). Sevilla con una tasa de 3,4 defunciones por mil nacidos vivos ocupa el 8º lugar en cuanto a peores cifras.



Desde el año 1990 el descenso de la tasa de mortalidad infantil ha sido superior al 56% en Andalucía y para el conjunto de España. 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.

En 2015 fallecieron en España un total de 422.568 personas, 26.738 más que las 395.830 del año anterior, lo que representa un aumento del 6,8%. Durante 2015 se produjo un mayor incremento de fallecimientos provocados por enfermedades del sistema respiratorio, situándose como la tercera causa de muerte en España (un 12,3% del total de defunciones) por detrás de las enfermedades del sistema circulatorio (29,4%) y los tumores (26,4%).

**Tasas brutas por 100,000 habitantes según causa de muerte por capítulos de la CIE-10 y sexo. Año 2015**

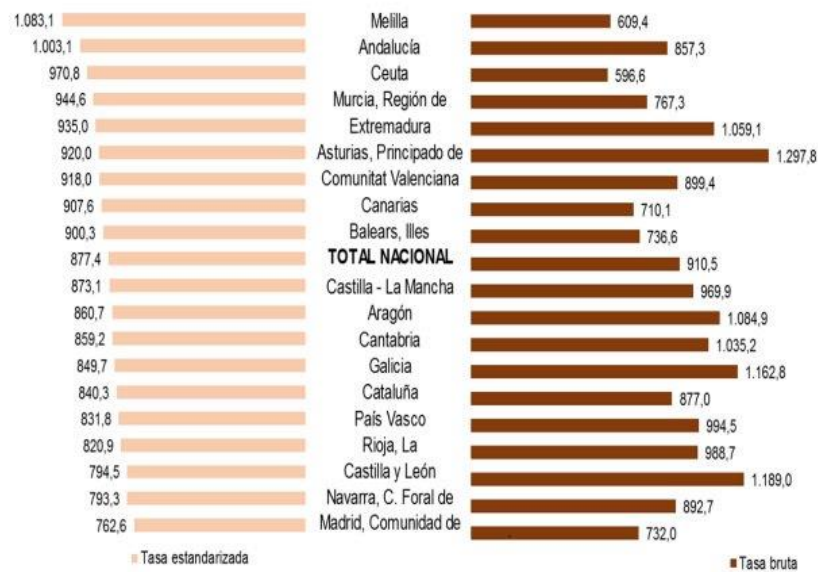


Fuente: Defunciones según la causa de muerte. Año 2015. INE

Diferenciando por sexos, la primera causa de muerte en los hombres fueron los tumores, con 297 fallecidos por cada 100.000, seguida de las enfermedades del sistema circulatorio. Mientras, éstas últimas fueron la primera causa de mortalidad entre las mujeres, con 286,9 defunciones por cada 100.000, seguida de los tumores.

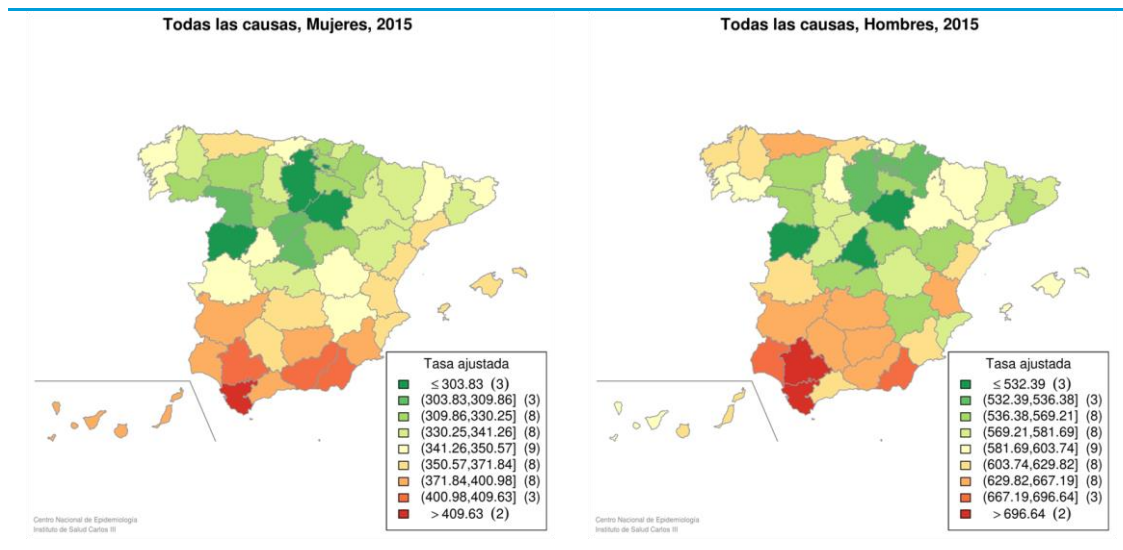
En la siguiente figura se muestran las tasas brutas y estandarizadas según Comunidad Autónoma en el año 2015.

**Tasas de mortalidad por CCAA de residencia. Año 2015**



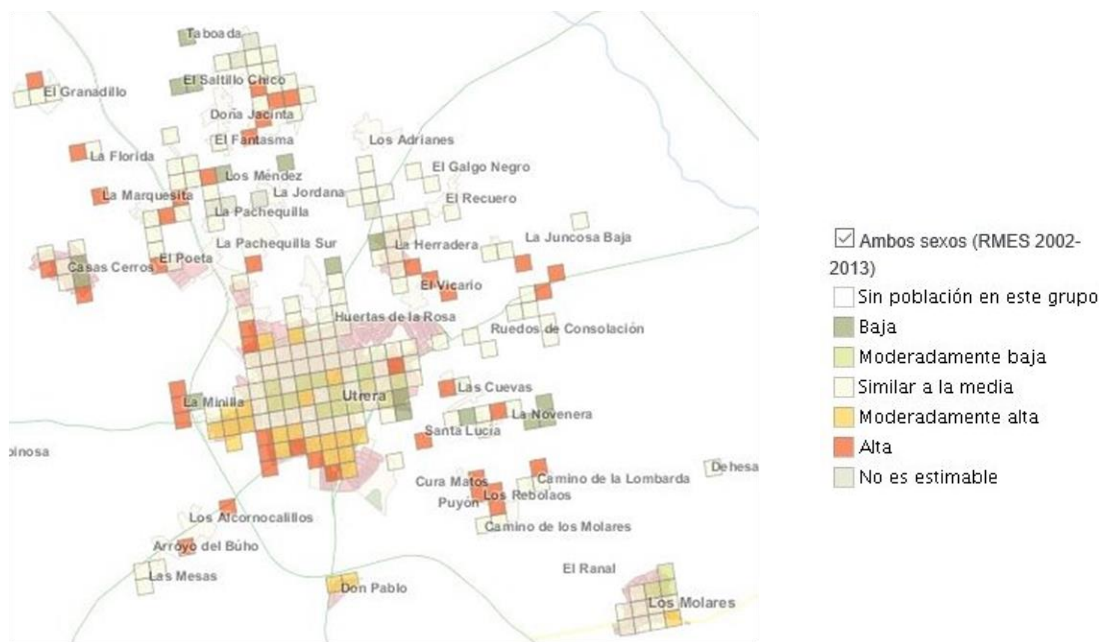
Fuente: Defunciones según la causa de muerte. Año 2015. INE

Las tasas brutas de mortalidad fueron más elevadas en los territorios envejecidos, ya que normalmente hay más defunciones por el efecto de la estructura de la población por edad. Para corregirlo, se calculan las tasas de mortalidad estandarizadas que representan la mortalidad de la comunidad autónoma si todas tuvieran la misma composición por edad. En este caso, las regiones con las tasas estandarizadas más elevadas fueron la Ciudad Autónoma de Melilla (1.083,1), Andalucía (1.003,1) y la Ciudad Autónoma de Ceuta (970,8).



En la siguiente figura se muestran la Razón de mortalidad general en el periodo 2002-2013 para ambos sexos<sup>9</sup>.

9.- Razón de mortalidad general. Celdas de 250 metros. Estadísticas Longitudinales de Supervivencia y Longevidad en Andalucía, 2002-2013.  
En: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/longevidad/mapa/index.htm>



El patrón de morbi-mortalidad de Utrera (2015), mantiene idéntico perfil al del conjunto del Estado y de países de la Unión Europea. Nos referimos a causas de enfermedad y muerte relacionadas con unos hábitos de vida inadecuados: una alimentación no equilibrada, el sedentarismo, el consumo de tabaco, etc. Estos hábitos están estrechamente relacionados con graves patologías como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, y determinados tipos de cáncer, enfermedades que además de la magnitud que actualmente representan, preocupan por la creciente incidencia entre la población.

	Defunciones	%	TB
<b>I. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias</b>	7	1,9%	13,3
<b>II. Tumores</b>	96	26,2%	182,9
<b>III. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad</b>	1	0,3%	1,9
<b>IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas</b>	7	1,9%	13,3
<b>V. Trastornos mentales y del comportamiento</b>	7	1,9%	13,3
<b>VI-VIII. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos</b>	19	5,2%	36,2
<b>IX. Enfermedades del sistema circulatorio</b>	142	38,7%	270,6
<b>X. Enfermedades del sistema respiratorio</b>	30	8,2%	57,2
<b>XI. Enfermedades del sistema digestivo</b>	21	5,7%	40,0
<b>XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo</b>	3	0,8%	5,7
<b>XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo</b>	4	1,1%	7,6
<b>XIV. Enfermedades del sistema genitourinario</b>	12	3,3%	22,9
<b>XV. Embarazo, parto y puerperio</b>	0	0,0%	0,0
<b>XVI. Afecciones originadas en el periodo perinatal</b>	1	0,3%	1,9
<b>XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas</b>	0	0,0%	0,0
<b>XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte</b>	2	0,5%	3,8
<b>XX. Causas externas de mortalidad</b>	15	4,1%	28,6
<b>TOTAL</b>	<b>367</b>		<b>699,3</b>

#### 4.4. Enfermedades cardiovasculares

El aumento de la incidencia de enfermedades cardiovasculares junto con la disminución de la mortalidad que se viene produciendo durante los últimos años, implica un progresivo incremento de su prevalencia, complicaciones y secuelas, con la correspondiente demanda de servicios sanitarios y sociales.

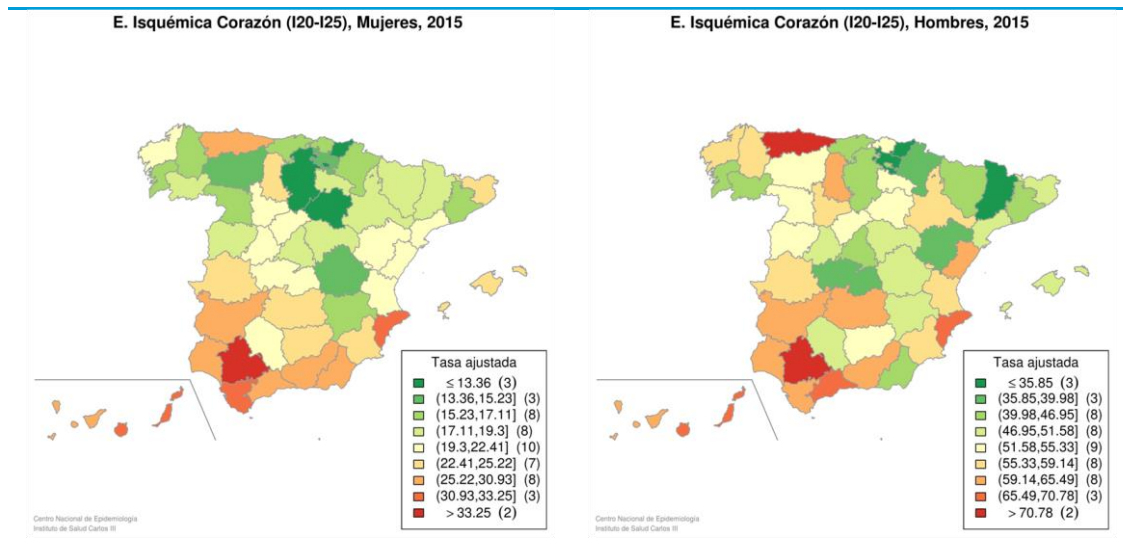
España ha sido considerada históricamente como una zona de bajo riesgo para las enfermedades cardiovasculares en general y para las enfermedades isquémicas del corazón (EIC) en particular (tasas de 53,8 y 20,8 por 100000 en hombres y mujeres respectivamente el año 2014), y ha mostrado unas tasas de mortalidad por debajo de los países del Este de Europa y de Estados Unidos. Dentro de España, Andalucía tiene las mayores tasas de mortalidad por EIC tanto en hombres (62,7) como en mujeres (28,1), sobre todo en las provincias occidentales (Sevilla, Cádiz y Huelva).

Sevilla (2015) es la provincia que muestra las tasas más altas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares tanto en mujeres como en hombres (161,18 y 232,69 por 100.000 en mujeres y hombres respectivamente) en España.

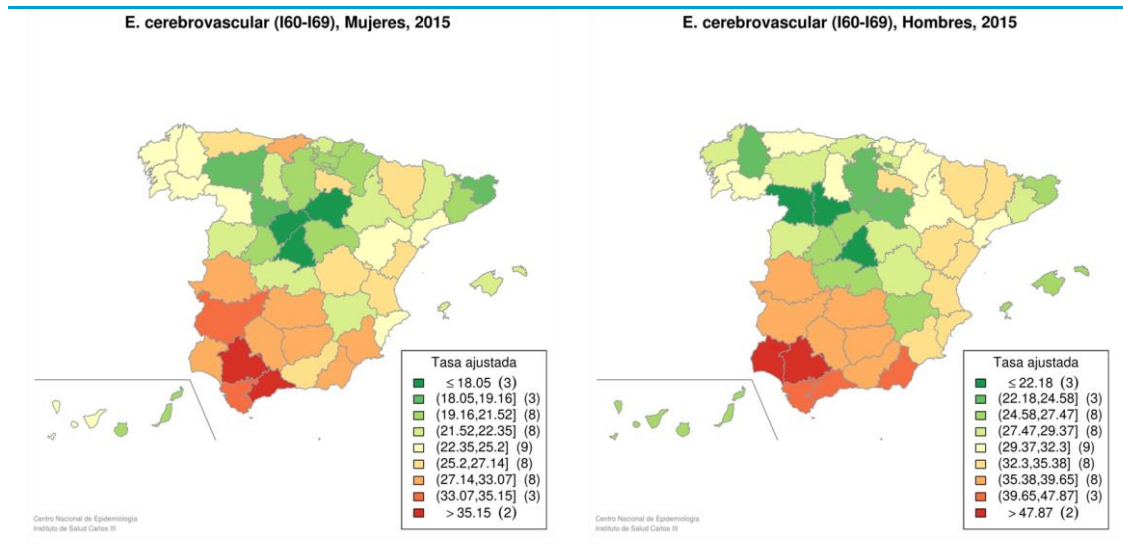
En Utrera (2015), las enfermedades cardiovasculares siguen situándose como la primera causa de muerte representando el 38,7% del total de fallecimientos, lo que la sitúa por encima del cáncer (26,2%) y de las enfermedades del sistema respiratorio (8,2%).

Dentro del grupo de enfermedades circulatorias, las enfermedades isquémicas del corazón (infarto o angina de pecho) y las cerebrovasculares ocupan el primer y segundo lugar en número de defunciones en España (2015). En ambos casos se produjo un incremento de muertes respecto al año anterior (del 3,7% y 3,1%, respectivamente). Por sexo, las enfermedades isquémicas del corazón fueron la primera causa de muerte en los hombres, con un aumento del 2,4% respecto a 2014. Entre las mujeres fueron las enfermedades cerebrovasculares (que incrementaron su número de defunciones un 2,2%).

Sevilla (2015) es la provincia que muestra las tasas más altas de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en hombres (81,96) y en mujeres ocupa el segundo lugar (33,2) detrás de Melilla (33,63).



En 2015 hubo 21 defunciones en hombres y 19 en mujeres por enfermedades isquémicas del corazón en Utrera y las tasas estandarizadas fueron de 60,8 en hombres y 32,4 en mujeres (muy por encima de la media nacional: 53,9 en hombres y 21,5 en mujeres).



#### 4.5. Cáncer

Durante los últimos años ha aumentado la incidencia del cáncer, y sin embargo ha descendido la mortalidad. Este fenómeno está muy relacionado con el envejecimiento de la población. Hay que destacar el descenso significativo tanto de la incidencia como de la mortalidad del cáncer de pulmón en hombres durante los últimos años.

En 2015 hubo en todo el mundo 17,5 millones de nuevos casos de cáncer y 8,7 millones de fallecimientos. Los cánceres que más muertes causaron fueron pulmón, colorrectal y estómago, según un reciente estudio sobre la evolución del cáncer en 195 países desde 1990<sup>10</sup>. En España hubo 303.809 nuevos casos de cáncer en 2015 y 110.491 muertes en total, de las cuales 44.877 se debieron a los tres que más matan en nuestro país: pulmón, colorrectal y mama.

La incidencia estimada de cáncer en Andalucía para el año 2012 en Andalucía fue de 32.311 casos (16.976 hombres y 15.335 mujeres).

Por género, el cáncer de mama es el más común entre las mujeres en España. También, en proporción, el que más fallecimientos causa, con 7.410 defunciones en 2015. Entre 1990 y 2015 el número de nuevos casos de cáncer de mama aumentó de 14.724 a 36.754. Durante el mismo periodo de tiempo, las muertes por cáncer de pulmón en las mujeres aumentaron en un 128,9%, pasando de 1.645 a 3.765 muertes, mientras que las muertes por cáncer de estómago disminuyeron un 16,5%, pasando de 3.146 a 2.625 muertes. En el caso de los hombres, el cáncer de próstata sumó el mayor número de casos nuevos, pero el cáncer de pulmón fue el más mortífero, causando 17.179 defunciones

10.- Global Burden of Disease Cancer Collaboration. Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life-years for 32 Cancer Groups, 1990 to 2015A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study. JAMA Oncol. 2017;3(4):524-548.

en 2015. Entre las principales causas de muertes por cáncer en los hombres, las de cáncer colorrectal aumentaron en un 111,2%, hasta 9.455 defunciones en 2015 de las 4.477 en 1990. Al igual que en el caso de las mujeres, las muertes por cáncer de estómago disminuyeron: un 13,8%, de las 4.632 muertes en 1990 a las 3.991 25 años después. Durante ese mismo periodo, los nuevos casos de cáncer colorrectal pasaron de 16.082 a 39.227 en ambos sexos.

Según la Encuesta Europea de Salud en España (2014) el 79,8% de las mujeres de 50 a 69 años declara haberse hecho una mamografía para la detección precoz del cáncer de mama en los dos últimos años. Por el contrario, el 6,3% de las mujeres de 50 a 69 años nunca se la ha realizado. Siete de cada 10 mujeres de 25 a 64 años (72,7%) se ha realizado una citología vaginal en los últimos tres años. El 13,8% de mujeres de este grupo de edad afirma no haberse realizado nunca esta prueba.

**TASA DE PARTICIPACIÓN DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA. AÑOS 2010-2014**

	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Almería</b>	78,78	78,39	81,24	74,50	76,28
<b>Cádiz</b>	82,62	81,27	81,98	75,02	79,24
<b>Córdoba</b>	83,91	84,00	84,45	75,33	75,68
<b>Granada</b>	82,57	84,00	83,23	82,33	73,70
<b>Huelva</b>	83,54	84,40	83,93	79,54	66,47
<b>Jaén</b>	85,88	86,59	88,46	83,50	81,76
<b>Málaga</b>	79,14	80,36	82,82	77,98	78,74
<b>Sevilla</b>	71,13	74,82	63,30	80,23	78,27
<b>Andalucía</b>	<b>79,46</b>	<b>80,16</b>	<b>78,82</b>	<b>78,43</b>	<b>77,02</b>

Fuente: Servicio Andaluz de Salud

En la siguiente tabla se muestran las estandarizadas de mortalidad por cáncer (TEe) en el Distrito Sevilla Sur, provincia de Sevilla y España en el año 2015.

Localización		Distrito Sevilla Sur	Sevilla	España
<b>Mujeres</b>	Mama	15,3	16,1	15,7
	Colorrectal	13,1	12,6	13,1
	Pulmón	6,8	10,6	12,5
	Cérvix	3,6	1,8	2,0
	Vejiga Urinaria	2,8	1,7	1,7
<b>Hombres</b>	Pulmón	67,0	60,4	54,8
	Colorrectal	32,8	31,5	26,3
	Próstata	16,6	16,8	14,6
	Vejiga Urinaria	10,7	12,1	10,5
	Laringe	3,2	3,9	3,9

En la siguiente tabla se muestran los indicadores de los procesos asistenciales en la Zona Básica de Utrera (2016) vinculados a cáncer de mama, cérvix y útero y próstata.

Procesos Asistenciales Zona Básica Utrera (2016)		
<b>CÁNCER DE MAMA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nº DE MUJERES INCLUIDAS EN EL P.A. CÁNCER DE MAMA	1.293	
Nº DE MUJERES DE LA POBLACIÓN ELEGIBLE PARA DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA	7.416	
Nº DE MUJERES INCLUIDAS EN EL PROCESO CÁNCER DE MAMA CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA	235	18,17
<b>CÁNCER DE CÉRVIX/ÚTERO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nº DE MUJERES INCLUIDAS EN EL P.A. CÁNCER DE CÉRVIX/ÚTERO	12.760	
Nº DE MUJERES INCLUIDAS EN EL PROCESO CÁNCER DE CÉRVIX/CÁNCER DE ÚTERO CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CÉRVIX	43	0,34
Nº DE MUJERES INCLUIDAS EN EL PROCESO CÁNCER DE CÉRVIX/CÁNCER DE ÚTERO CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE ÚTERO	48	0,38
MUJERES ENTRE 40 Y 50 AÑOS DE EDAD INCLUIDAS EN EL P.A. CÁNCER DE CÉRVIX/ÚTERO	3.307	
MUJERES ENTRE 40 Y 50 AÑOS DE EDAD INCLUIDAS EN EL P.A. CÁNCER DE CÉRVIX/ÚTERO CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CÉRVIX	11	
<b>HBP/CÁNCER DE PRÓSTATA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nº DE USUARIOS INCLUIDOS EN EL P.A. HBP/CÁNCER DE PRÓSTATA	1.641	
Nº DE USUARIOS INCLUIDOS EN EL P.A. HBP/CÁNCER DE PRÓSTATA CON SÍNTOMAS PROSTÁTICOS CON VALORACIÓN IPSS	1.210	73,74
Nº DE USUARIOS INCLUIDOS EN EL P.A. HBP/CÁNCER DE PRÓSTATA Y DIAGNOSTICADOS DE HBP	1.141	69,53
Nº DE USUARIOS INCLUIDOS EN EL P.A. HBP/CÁNCER DE PRÓSTATA Y DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER DE PRÓSTATA	203	12,37

En la siguiente tabla se muestra la mortalidad por cáncer en la Zona Básica de Utrera en el periodo 2010-2015.

	Mujeres			Hombres		
	Muertes	TB	TEe	Muertes	TB	TEe
<b>Total Cáncer</b>	183	101,1	75,6	429	236,5	220,7
<b>Pulmón</b>	15	8,3	7,6	130	71,7	66,3
<b>Colorrectal</b>	29	16,0	11,3	62	34,2	33,0
<b>Próstata</b>				40	22,1	18,9
<b>Vejiga Urinaria</b>	6	3,3	2,1	27	14,9	13,9
<b>Laringe</b>				11	6,1	6,2
<b>Piel No-Melanoma</b>	1	0,6	0,5	3	1,7	1,6
<b>Cérvix</b>	3	1,7	1,1			
<b>Mama</b>	28	15,5	11,1			

#### 4.6. Patologías crónicas: Diabetes, Hipertensión,...

En el año 2007 las enfermedades crónicas más prevalentes en la población andaluza fueron la alergia (8,1%), artrosis (12,6%), colesterol (9,2%), diabetes (6,4%), hipertensión (6,4%), problemas de nervios (10,4%), problemas cardiacos (4,3%) y varices en las piernas (13,3%). Todas ellas se presentan con mayor frecuencia en las mujeres, salvo los problemas cardiacos, los cuales son más comunes en los hombres.

En general las patologías descritas las padecen con más frecuencia las personas con mayor edad, exceptuando las alergias, más frecuentes en personas jóvenes, y los problemas de nervios, que son más característicos en las personas de mediana edad.

En cuanto a las características sociodemográficas de la población, se observa que, salvo en el caso de las alergias, en las que no existen grandes diferencias por grupos, para el resto de enfermedades las personas más afectadas suelen ser las pertenecientes a los grupos socioeconómicos más desfavorecidos (menor nivel de estudios y de renta y clase social más baja).

Los datos disponibles de incidencia de DM2 en población española oscilan entre 8,1 y 19 nuevos casos por 1.000 habitantes-año. Para la DM1, estudios en varias regiones de España describen tasas de incidencia entre 10 y 18 nuevos casos por 100.000 habitantes-año en menores de 15 años.

La prevalencia de DM en España varía mucho según los diversos estudios oscilando entre el 4% y el 18% pero hay que tener en cuenta las diferencias en los métodos y poblaciones estudiadas. En Andalucía, según los resultados del estudio DRECA-2 la prevalencia sería del 13,6% en hombres y del 9,5% en mujeres.

La serie histórica de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) muestra un incremento de la prevalencia de DM autodeclarada del 4,1 al 6,03% entre 1993 y 2006, alcanzando el 6,96% en 2011, posiblemente relacionado con el progresivo envejecimiento de la población, y los cambios en los estilos de vida. La Encuesta Andaluza de Salud (EAS) de 2011, estima un 8,8% la prevalencia declarada de diabetes en mujeres y un 7,4% en hombres de más de 15 años observándose también una tendencia creciente desde 2003.

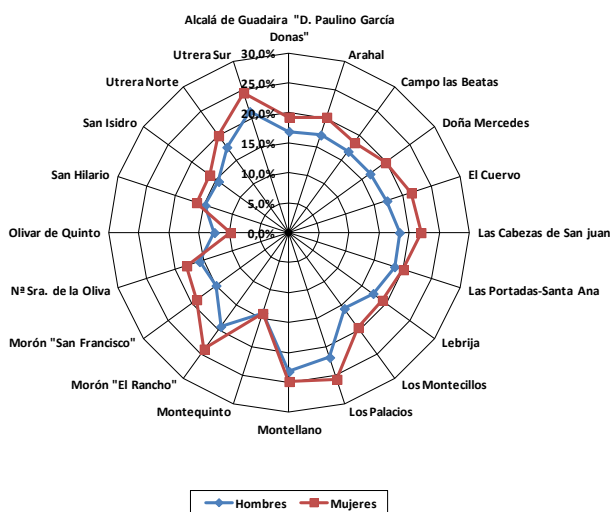
En la siguiente tabla se muestra la prevalencia de diabetes según sexo y zona básica de salud<sup>11</sup> para los años 2010, 2012 y 2014.

Evolución de la prevalencia de diabetes (Nº de pacientes incluidos en el PAI Diabetes * 100 / Población total)						
Zona Básica de Salud	HOMBRES			MUJERES		
	2010	2012	2014	2010	2012	2014
Alcalá de Guadaira	6,1	6,3	6,1	6,3	6,1	5,8
Cabezas de San Juan	6,0	7,4	8,2	7,0	7,8	8,4
Dos Hermanas	6,3	6,4	6,6	6,0	5,9	6,0
El Arahal	7,3	8,0	7,9	8,2	8,5	8,3
Lebrija	6,5	7,5	8,1	7,2	7,9	8,3
Los Palacios	6,1	6,9	7,2	7,4	7,7	7,8
Montellano	6,1	7,0	7,1	7,0	7,3	7,5
Morón de la Frontera	6,4	7,1	7,6	7,4	7,7	8,2
Utrera	7,3	7,4	7,7	7,3	7,2	7,2
Distrito Sevilla Sur	6,5	6,9	7,1	6,8	6,8	6,9

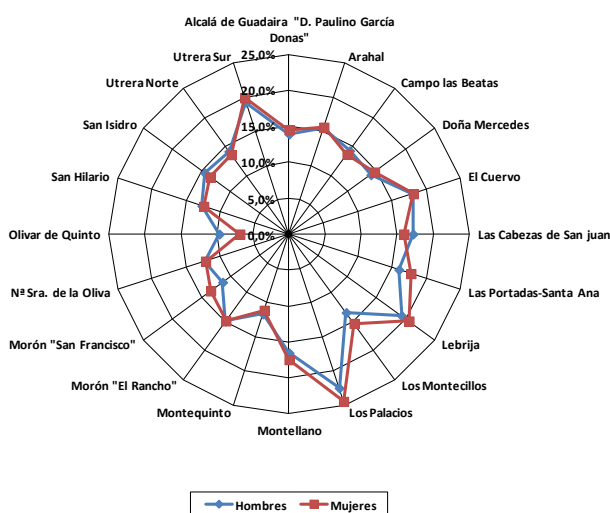
En las siguientes figuras se muestran las prevalencias detectadas para 2015 según UGCs de Hipertensión y Dislipemia.

11.- La prevalencia para Andalucía fue de 6,7 (2010), 7,20 (2012) y 6,9 (2014).

Prevalencia detectada según sexo y UGCs  
Hipertensión, 2015



Prevalencia detectada según sexo y UGCs  
Dislipemia, 2015



#### 4.7. Salud mental

La carga de enfermedad, expresada en años de vida ajustados por discapacidad, colocan a los problemas de salud mental en el cuarto lugar, con un 10 %, detrás de las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, del sistema circulatorio y los tumores. En mujeres, la carga de enfermedad correspondiente a los trastornos mentales y del comportamiento ocupa el segundo lugar.

Diversos estudios señalan que la alta frecuencia de problemas de salud mental está asociada, fundamentalmente, con la pobreza, bajos niveles educativos, fragmentación social, privación y desempleo. Un colectivo claramente afectado por la pobreza es la infancia y la adolescencia.

Distintas circunstancias relacionadas con la situación laboral como desempleo, estrés laboral, bajas prolongadas por enfermedad, permisos por maternidad, discapacidad o jubilación se señalan como factores de riesgo de sufrir trastornos mentales.

Desde una perspectiva de género, las diferencias socioeconómicas entre sexos influyen especialmente en la salud mental de las mujeres, así como la desigualdad producida por la distribución “clásica” de tareas, con la asignación a la mujer de la función de atender el cuidado del hogar y de la familia. A estas desigualdades hay que añadirle la mayor prevalencia de problemas de salud mental en mujeres que han sufrido violencia machista.

La Encuesta Andaluza de Salud (EAS) utiliza un cuestionario SF-12, que con una escala de 0 a 100 en sus puntuaciones se describe la salud física y la salud mental. El valor 50 (con una desviación estándar de 10) es la media de la población general. Los valores superiores o inferiores a 50 deben interpretarse como mejores o peores respectivamente que la media poblacional.

En 2011 se obtuvo un valor medio de salud mental de 50,6 para el total de la población. Los hombres obtuvieron una puntuación mayor (51,8 frente a 49,1 para mujeres), indicando en media una buena salud mental en ambos sexos, mejor en los hombres.

Con respecto a la edad del encuestado, se observa una mejor salud mental en personas más jóvenes: los valores medios descienden desde el 53,3 de personas entre 16 y 24 años hasta el 47,5 de personas con 75 años o más.

Las puntuaciones medias del componente de salud mental percibida disminuyen conforme aumenta la edad, no obstante, todos los grupos de edad se encuentran por encima del valor 50 en 2007, a pesar de que en este año el valor medio de la población andaluza (51,68) está un punto por debajo del valor alcanzado en 2003 (52,69).

El patrón geográfico es consistente con la distribución que se describe más adelante sobre los problemas de ansiedad y depresión en la población de Andalucía. Las provincias con menor media en salud mental fueron Cádiz (49,76) y Huelva (49,91) y las provincias con mayor media fueron Córdoba (54,44), Granada (52,78) y Málaga (52,71). Jaén no puede valorarse en esta distribución por la amplitud de su desviación estándar.

Según la EAS 2011-2012, la prevalencia de depresión o ansiedad diagnosticada por los servicios sanitarios, es de 5,4% en hombres y 7,8% en las mujeres y presentan un gradiente social inversamente relacionado con el nivel de ingresos económicos y el nivel de estudios alcanzados. Para los hombres presentan las prevalencias más altas las provincias de Almería (5,3%), Málaga (5,2%), Huelva (5,1%), Córdoba y Jaén con 5,0% ambas y para las mujeres se observa que la prevalencia más alta es en la provincia de Huelva (20,3%).

Además del predominio de declaración de estos trastornos entre las mujeres frente a los hombres, en ambos sexos su frecuencia aumenta con la edad, alcanzándose las prevalencias más elevadas a partir de los 65 años. Además, es llamativamente elevada entre las personas con invalidez o incapacidad permanente, seguido en menor grado por personas jubiladas (especialmente mujeres), paradas y amas de casa que ya han trabajado antes, sobre todo si son mujeres.

<b>PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD DIAGNOSTICADA. EAS 2011</b>			
<b>Nivel de ingresos</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>Total</b>
Hasta 999 €	6,5%	17,4%	12,6%
De 1.000 a 1.499 €	4,2%	13,2%	8,7%
De 1.500 a 1.999 €	3,1%	7,3%	5,2%
Más de 2.000 €	2,8%	4,9%	3,7%
NS/NC	2,5%	7,4%	4,9%
<b>Estudios</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>Total</b>
Sin estudios	7,6%	23,5%	17,6%
Primarios	4,7%	12,8%	8,9%
Secundarios / FP	2,8%	5,7%	4,1%
Universitarios	2,2%	5,4%	3,7%
Otros	1,9%	1,1%	1,6%
<b>Situación laboral</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>Total</b>
Trabaja	2,0%	5,8%	3,5%
En paro	4,1%	10,1%	6,6%
Busca 1er empleo	0,0%	2,3%	1,5%
Jubilado/a	6,5%	21,5%	11,4%
Persona ama de casa	0,0%	15,3%	15,3%
Estudiante	0,7%	1,3%	0,9%
Incapacidad / Invalidez	23,5%	32,8%	26,9%
Otros	14,3%	33,3%	25,0%
<b>Hábitat</b>			
Menos de 2.000 habitantes	3,3%	9,1%	5,9%
Entre 2.001 y 10.000 habitantes	4,0%	14,2%	9,1%
Entre 10.001 y 50.000 hab.	4,6%	11,3%	7,9%
Más de 50.000 habitantes	2,8%	10,4%	6,6%
Capitales de provincia	4,4%	11,6%	8,2%
<b>TOTAL</b>	<b>4,0%</b>	<b>11,6%</b>	<b>7,8%</b>

En la siguiente tabla se recoge la prevalencia de trastornos mentales, según los datos aportados por el estudio epidemiológico realizado en Andalucía (proyecto PISMA-ep).

Trastorno	Prevalencia*	Casos
<i>Cualquier trastorno mental</i>	14,8	666
<i>Episodio depresivo</i>	6,4	289
<i>Episodio depresivo recurrente</i>	4,8	215
<i>Depresión melancólica (DSM-IV)</i>	3,0	136
<i>Trastorno distímico</i>	0,9	39
<i>Episodio maníaco</i>	0,2	9
<i>Trastorno de angustia</i>	2,0	88
<i>Agorafobia</i>	0,6	26
<i>Trastorno obsesivo-compulsivo</i>	1,0	47
<i>Trastorno de estrés postraumático</i>	1,2	54
<i>Trastorno de ansiedad generalizada</i>	2,2	91
<i>Trastorno de la personalidad</i>	10,8	487
<i>Trastorno límite de la personalidad</i>	2,5	114
<i>Trastorno psicótico (Punto)</i>	1,6	73
<i>Trastorno psicótico (Vida)</i>	2,8	127
<i>Trastorno déficit atención/hiperactividad (Adulto)</i>	0,4	19
<i>Dependencia alcohol</i>	2,8	127
<i>Dependencia a otros tóxicos</i>	2,2	99

Se puede afirmar que la prevalencia de trastornos mentales es semejante a la de estudios similares y que casi 15 de cada 100 andaluces cumplen criterios de algún trastorno mental en el momento del estudio.

En la siguiente tabla se presenta el número de personas derivadas desde los centros de salud de los distintos Distritos Sanitarios de Atención Primaria (DSAP) o Áreas de Gestión Sanitaria (AGS) hacia las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC).

DSAP / AGS	Derivaciones 2008	Derivaciones 2013	% Variación 2008-2013	Tasa 2013 x 1.000 h.
<i>Sevilla Sur</i>	5.389	6.826	26,7	16,8
<i>Aljarafe</i>	4.852	5.780	19,1	15,9
<i>A.G.S. Osuna</i>	1.670	1.793	7,4	10,5
<i>Sevilla Norte</i>	2.384	3.954	65,9	14,6
<i>Sevilla</i>	11.007	12.512	13,7	17,9

Se ha producido un aumento significativo en el consumo de psicofármacos en el periodo 2008-2013: 14,15% en envases, 19,55% en dosis diaria definida y un 16,17% en dosis diaria definida por habitante y día. Este aumento se asocia fundamentalmente al incremento en el consumo de antidepresivos, en primer lugar, seguido de benzodiazepinas y ansiolíticos. En contraste, disminuye drásticamente el consumo de sustancias como los psicodélicos en combinación con psicoanalépticos o de hipnóticos y sedantes. Se mantiene estable el consumo de antipsicóticos y litio.

#### 4.8. Violencia de género

La violencia contra las mujeres es un importante problema de salud pública. Desde el año 2003 hasta finales de 2014 han fallecido en España 765 mujeres, de las cuales, el 20% corresponden a Andalucía (155 mujeres). No obstante, las muertes por violencia de género son sólo la punta del iceberg. Según la última macroencuesta realizada en España sobre violencia contra las mujeres, el tipo de maltrato que han sufrido a lo largo de la vida, es: el 10,3% físico, el 8,1% sexual, el 25,4% psicológico de control, el 21,9% psicológico emocional, y el 10,8% económico.

Del total de mujeres de 16 o más años residentes en España que tienen pareja actualmente, el 2,9% han sufrido violencia física y/o sexual de su pareja actual en algún momento de la relación y el 1,9% en los últimos 12 meses. Esta violencia de género afecta también al resto de la familia y a otros grupos en situación de vulnerabilidad. Según los datos de la macroencuesta anterior, del total de mujeres que sufren o han sufrido violencia de sus parejas o exparejas y que tenían hijos/as en el momento en el que se produjeron los episodios de violencia, el 63,6% afirma que sus hijos e hijas presenciaron o escucharon alguna de las situaciones de violencia, y de estas, el 64,2% afirma que estos hijos/as sufrieron a su vez violencia. Por otro lado, en un estudio realizado en Andalucía en 2011 con una muestra de 1.115 mujeres con discapacidad, el 31% afirmaba haber sido víctima de violencia.

Según el reciente estudio epidemiológico PISMA-ep, de un total de 1.958 mujeres con pareja, el 7,4% informaron haber sufrido algún tipo de maltrato, físico (2,8%), emocional (7,0%) o sexual (1,0%) en los últimos años.

Los resultados del mencionado estudio constatan que el 25,3% de las mujeres maltratadas presenta riesgo leve, moderado o alto de suicidio, frente al 6,4% de las que no han sido maltratadas. Asimismo, el 51,4% de las mujeres maltratadas cumple criterios para cualquier trastorno mental, frente al 17,9% de las que no han sido maltratadas.

#### 4.9. Enfermedades de declaración obligatoria (EDO)

---

La notificación de enfermedades de declaración obligatoria (EDO), constituye una de las actividades del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA), está regulada por el Decreto 66/1996.

A continuación presentamos la información recogida de Enfermedades de Declaración Obligatoria en el sistema de vigilancia epidemiológica RED DE ALERTA.

Las Alertas en Salud Pública incluyen:

- a) Aparición súbita de riesgos que requieran intervención inmediata de los servicios de salud pública.
- b) Aparición de brotes epidémicos o agrupaciones inusuales de casos, con independencia de su naturaleza y causa.
- c) Enfermedades de Declaración Obligatoria de Declaración Urgente

En la siguiente tabla se muestran las alertas (brotes) del periodo 2015-2017 en la provincia de Sevilla según Distritos Sanitarios.

2015			2016			2017			
Distrito Sanitario	Alertas	Población	Tasa	Alertas	Población	Tasa	Alertas	Población	Tasa
Aljarafe	40	381841	10,5	48	383960	12,5	62	385897	16,1
Sevilla	54	692516	7,8	84	690860	12,2	74	689058	10,7
Sevilla Este	12	172952	6,9	12	172431	7,0	9	171900	5,2
Sevilla Norte	19	279335	6,8	30	280135	10,7	32	280844	11,4
Sevilla Sur	18	424444	4,2	19	425799	4,5	19	426994	4,4
<b>Provincia Sevilla</b>	<b>143</b>	<b>1951088</b>	<b>7,3</b>	<b>193</b>	<b>1953185</b>	<b>9,9</b>	<b>196</b>	<b>1954693</b>	<b>10,0</b>

Los brotes epidémicos más frecuentes en nuestro ámbito (siguiente tabla), y en toda la geografía andaluza, siguen siendo las Toxiinfecciones alimentarias (TIAs).

Tipo de alerta	2015	2016	2017
Alerta no confirmada		4	1
Brote de Gastroenteritis inespecífica		1	1
Brote de Hepatitis A		1	2
Brote de origen Hídrico		1	
Brote de otra causa	1		
Brote de T.I.A.	15	11	12
Brote de Tuberculosis			1
Brote o Cluster de infección nosocomial			1
Brote o Cluster de Legionelosis	1		
Brote por infestación	1	1	1
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>19</b>

En la siguiente tabla se muestra el número de afectados y hospitalizados según tipo de alerta y Distrito Sanitario de la provincia de Sevilla en el año 2017.

**Número Afectados**

<b>Tipo de Alerta</b>	<b>Sevilla Sur</b>	<b>Aljarafe</b>	<b>Sevilla Este</b>	<b>Sevilla Norte</b>	<b>Sevilla</b>
Brote de enfermedad Vacunable		35		26	33
Brote de Gastroenteritis inespecífica	14	46		4	37
Brote de Hepatitis A	5	2	6	2	21
Brote de T.I.A.	130	163	30	110	259
Brote de Tuberculosis	2	11		4	8
Brote de otra causa		7	3	8	2
Brote o Cluster de infección nosocomial	3	5	6		20
Brote o Cluster de Legionelosis					3
Brote por exposición a tóxicos		184			
Brote por infestación CLUSTER	9	51		6	55
		49			
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>553</b>	<b>45</b>	<b>160</b>	<b>438</b>

**Nº hospitalizados**

<b>Tipo de Alerta</b>	<b>Sevilla Sur</b>	<b>Aljarafe</b>	<b>Sevilla Este</b>	<b>Sevilla Norte</b>	<b>Sevilla</b>
Brote de enfermedad Vacunable		1		3	5
Brote de Gastroenteritis inespecífica	0	0		0	0
Brote de Hepatitis A	0	1	2	0	8
Brote de T.I.A.	8	12	0	17	37
Brote de Tuberculosis	0	2		2	3
Brote de otra causa		1	2	0	0
Brote o Cluster de infección nosocomial	33	3	2		6
Brote o Cluster de Legionelosis					3
Brote por exposición a tóxicos		0			
Brote por infestación CLUSTER	0	3		0	1
		0			
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>23</b>	<b>6</b>	<b>22</b>	<b>63</b>

En las siguientes tablas se muestran las EDOs con cifras elevadas en Utrera:

### Legionelosis (confirmado-probable) - 2017

Zona básica	Casos			Población			Tasas por 100000		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Alcalá de Guadaira	0	0	0	37345	37761	75106	0,0	0,0	0,0
Dos Hermanas	0	2	2	65319	67232	132551	0,0	3,0	1,5
El Arahal	0	0	0	13122	13333	26455	0,0	0,0	0,0
Las Cabezas de San Juan	0	0	0	8253	8165	16418	0,0	0,0	0,0
Lebrija	0	0	0	18063	18045	36108	0,0	0,0	0,0
Los Palacios	0	0	0	19266	18980	38246	0,0	0,0	0,0
Montellano	0	0	0	4191	4180	8371	0,0	0,0	0,0
Morón de la Frontera	1	0	1	15177	15424	30601	6,6	0,0	3,3
Utrera	4	0	4	30402	30584	60986	13,2	0,0	6,6
<b>Distrito Sevilla Sur</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>211138</b>	<b>213704</b>	<b>424842</b>	<b>2,4</b>	<b>0,9</b>	<b>1,6</b>

### Infección gonocócica (confirmado-probable) - 2017

Zona básica	Casos			Población			Tasas por 100000		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Alcalá de Guadaira	6	2	8	37345	37761	75106	16,1	5,3	10,7
Dos Hermanas	11	4	15	65319	67232	132551	16,8	5,9	11,3
El Arahal	2	0	2	13122	13333	26455	15,2	0,0	7,6
Las Cabezas de San Juan	0	1	1	8253	8165	16418	0,0	12,2	6,1
Lebrija	1	0	1	18063	18045	36108	5,5	0,0	2,8
Los Palacios	4	2	6	19266	18980	38246	20,8	10,5	15,7
Montellano	0	0	0	4191	4180	8371	0,0	0,0	0,0
Morón de la Frontera	1	2	3	15177	15424	30601	6,6	13,0	9,8
Utrera	9	0	9	30402	30584	60986	29,6	0,0	14,8
<b>Distrito Sevilla Sur</b>	<b>34</b>	<b>11</b>	<b>45</b>	<b>211138</b>	<b>213704</b>	<b>424842</b>	<b>16,1</b>	<b>5,1</b>	<b>10,6</b>

### Infección genital por Chlamydia trachomatis (confirmado) - 2017

Zona básica	Casos			Población			Tasas por 100000		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Alcalá de Guadaira	2	4	6	37345	37761	75106	5,4	10,6	8,0
Dos Hermanas	10	12	22	65319	67232	132551	15,3	17,8	16,6
El Arahal	2	0	2	13122	13333	26455	15,2	0,0	7,6
Las Cabezas de San Juan	0	0	0	8253	8165	16418	0,0	0,0	0,0
Lebrija	0	3	3	18063	18045	36108	0,0	16,6	8,3
Los Palacios	3	0	3	19266	18980	38246	15,6	0,0	7,8
Montellano	0	0	0	4191	4180	8371	0,0	0,0	0,0
Morón de la Frontera	2	0	2	15177	15424	30601	13,2	0,0	6,5
Utrera	6	2	8	30402	30584	60986	19,7	6,5	13,1
<b>Distrito Sevilla Sur</b>	<b>25</b>	<b>21</b>	<b>46</b>	<b>211138</b>	<b>213704</b>	<b>424842</b>	<b>11,8</b>	<b>9,8</b>	<b>10,8</b>

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

Siguiendo el planteamiento de Lalonde en 1974, confirmado posteriormente por Diderischen y el grupo del Instituto Sueco de Salud Pública en su informe para la Comisión Europea del año 1997, el 42%

de la carga de enfermedad en el conjunto de los países europeos se debe a las condiciones sociales y los estilos de vida y el 11% a factores modificables por los servicios de salud.

En concordancia con esto, las medidas que se diseñen habrán de ser llevadas a cabo por una diversidad de actores y requerirán poner tanto o más énfasis en la modificación de los determinantes sociales y de hábitos de vida<sup>12</sup>, como en la mejora del funcionamiento del sistema de salud.

Es evidente que las intervenciones para reducir la pobreza, el tabaquismo, la alimentación desequilibrada, el sedentarismo, y otros determinantes conocidos no pueden ser abordadas desde los servicios de salud, al menos, no sólo desde estos.

Obviamente, profundizar en el conocimiento del origen de las desigualdades y de los factores determinantes que son la causa de morbi-mortalidad en el municipio de Utrera es una necesidad imperativa para poder diseñar estrategias eficaces “a la medida” de las necesidades objetivas del mismo.

### **Conclusiones:**

- Según se desprende del análisis demográfico, estamos ante una población envejecida y regresiva, con una alta tasa de dependencia y un importante porcentaje de población mayor de 65 años. Dadas las características de heterogeneidad, diversidad y vulnerabilidad de este sector de la población, que exige cuidados especiales, es necesario un PLAN DE ATENCION INTEGRAL, ágil y flexible, capaz de detectar precozmente los cambios en sus necesidades de Salud para poder ir dando respuestas a las mismas.

Para conocer las necesidades de salud de esta población es necesario continuar profundizando en el conocimiento de su situación socio-económica y cultural, los recursos que consumen y/o aportan, los factores específicos de riesgos relacionados con su morbi-mortalidad y los servicios que necesitan y/o utilizan (asociaciones, transportes, servicios de salud, polideportivos, residencias,...).

- Mejorar los hábitos alimenticios e incrementar el ejercicio físico sigue siendo una prioridad esencial de cara a la prevención de problemas importantes de salud. En escolares la prioridad sería el desayuno saludable, el aumento del consumo de fruta y verdura y el aumento del ejercicio físico, especialmente a partir de la pubertad (60 minutos diarios de ejercicio aeróbico, entre moderado a vigoroso). En población adulta, la prioridad sería mejorar el equilibrio calórico de las dietas, aumentar el consumo de fruta y verdura y aumentar el ejercicio físico (30 minutos diarios al menos 5 veces a la semana). Es también esencial tratar de mejorar estos hábitos en la población con menores recursos socioeconómicos, ya que parece que los hábitos menos saludables son más prevalentes en estos sectores de la población.
- El consumo problemático de alcohol en población adulta tiene un impacto muy importante, tal y como lo hemos podido ver. Hacer visible esta realidad es un objetivo esencial en salud pública, así como favorecer el acceso a los recursos disponibles a las personas que tienen problemas con esta sustancia. Respecto al consumo en jóvenes, los programas de prevención deberían complementarse con medidas activas y eficaces para hacer cumplir la legislación vigente que prohíbe la venta de alcohol a menores.

---

12.- Existen numerosas evidencias científicas que relacionan la morbi-mortalidad por enfermedad cardiovascular y cáncer con características de estilos de vida que son comunes (consumo de tabaco, consumo de alcohol, obesidad y sedentarismo). Realizar un análisis del entorno, que valore las condiciones del municipio para facilitar estilos de vida saludables (espacios de ocio y actividad física, cumplimiento de la normativa sobre tabaquismo...) e intensificar las acciones dirigidas a fomentarlos se consideran actividades fundamentales para intentar mejorar la salud de la población.

- El consumo de tabaco es todavía un hábito muy arraigado en todos los sectores poblacionales, y a la vista de los datos presentados, no estamos consiguiendo un descenso significativo en el número de personas fumadoras. En este campo la prioridad es la prevención del inicio en el consumo entre la población adolescente y juvenil, entre otras razones, porque es un hábito que crea adicción con mucha rapidez y porque resulta un hábito difícil de abandonar para muchas personas. La literatura técnica recomienda iniciar los programas preventivos hacia los 12 ó 13 años (1º de ESO). En población adulta, la prioridad sería apoyar a las personas que desean dejar de fumar, facilitando el acceso a los recursos disponibles.
- El consumo de cannabis es un consumo bastante extendido y normalizado, teniendo en cuenta que es una sustancia ilegal. La prioridad también es la prevención en población juvenil, recomendando la literatura técnica iniciar los programas preventivos específicos hacia 3º de ESO.