INFORME

Masculinidad y salud: un análisis del estado de salud de los hombres en España

Noviembre de 2026

Índice

1. Resumen ejecutivo **4**
2. Introducción **7**
3. Fuentes de información **12**
3.1. Instituto Nacional de Estadística 12
3.2. Base de datos clínicos de atención primaria (BDCAP) 14
3.3. Barómetro Sanitario 16
3.4. Encuesta sobre Alcohol, otras Drogas y otras adicciones en Población General en España (EDADES) 17
3.5. Limitaciones de las fuentes información 18
4. Descripción sociodemográfica de la población masculina residente en España **20**
4.1. Estructura demográfica de la población residente en España 20
4.2. Distribución de la población según la posición socioeconómica 24
5. Situación de salud de los hombres en España **26**
5.1. Esperanza de vida y mortalidad 26
5.1.1. Esperanza de vida 26
5.1.2. Mortalidad 28
5.2. Estado de salud física 32
5.2.1. Problemas de salud física 33
5.2.2. Perfil de cronicidad 37
5.2.3. Salud mental 40
5.2.4. Adicciones 48
6. Interacción con el sistema sanitario **53**
7. Conclusiones **63**
Anexo I. Tabla de variables **66**
Anexo II. Gráficas **74**
Anexo III. Tablas **81**

1. Resumen ejecutivo

La salud de la población está determinada no solo por factores individuales, como los de orden biológico, sino también por las condiciones sociales, políticas, económicas y culturales en las que las personas nacen, crecen, viven y trabajan, lo que se conoce como los determinantes sociales de la salud. Entre estos determinantes, el género constituye un eje relevante para comprender las diferencias observadas entre hombres y mujeres en términos de mortalidad, morbilidad, conductas relacionadas con la salud y utilización de los servicios sanitarios. Las políticas de salud deben tener en cuenta cómo la construcción de la masculinidad en la actualidad puede tener implicaciones negativas para la salud de los hombres, con el fin diseñar intervenciones que busquen reducir este impacto negativo, mejorar la salud masculina y reducir las desigualdades de género. Sin embargo, los hombres no constituyen un grupo homogéneo, ya que otros determinantes como la posición socioeconómica o el país de origen condicionan de forma importante las oportunidades de salud y pueden generar desigualdades internas.

El presente informe evalúa la situación de salud de los hombres en España desde una perspectiva de género y equidad en salud, utilizando los sistemas de información disponibles con datos de salud.

El análisis aborda distintos ámbitos relacionados con la salud y el bienestar de los hombres, incluyendo indicadores como la esperanza de vida, la mortalidad, los problemas de salud física y mental, las adicciones y la interacción con el sistema sanitario. Se examinan las desigualdades existentes en función del sexo, además de las desigualdades existentes entre los hombres en función de la posición socioeconómica medida a través del nivel educativo y de la renta, y también en función del país de nacimiento.

Los resultados muestran que los hombres presentan una esperanza de vida inferior a la de las mujeres, aunque registran una esperanza de vida en buena salud ligeramente superior. Asimismo, presentan mayores tasas específicas de mortalidad para la mayoría de las causas analizadas, destacando especialmente las enfermedades isquémicas del corazón, el cáncer de pulmón, las causas externas de mortalidad y las enfermedades respiratorias crónicas, en las que las diferencias relativas con las mujeres son más marcadas. Por el contrario, las mujeres presentan tasas específicas de mortalidad superiores en el caso de las enfermedades cerebrovasculares o neurodegenerativas.

En relación con el estado de salud, los hombres presentan una mayor prevalencia de diversos problemas de salud física, entre ellos hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedades cardiovasculares, insuficiencia renal crónica y determinados tipos de neoplasias. La carga de multimorbilidad (la presencia de más de una enfermedad crónica) es superior en las mujeres, aunque la prevalencia de la cronicidad ha aumentado progresivamente en ambos sexos durante la última década, reduciéndose la diferencia existente entre ellos.

En el ámbito de la salud mental se observa un patrón diferenciado por sexo. Las mujeres presentan mayores prevalencias para los principales problemas de salud mental, como los trastornos de ansiedad, de depresión y del sueño, así como un mayor consumo de medicamentos relacionados con su tratamiento. Por el contrario, los hombres registran prevalencias mayores para problemas como la esquizofrenia o los trastornos hipercinéticos, aunque con magnitudes reducidas, y una tasa de mortalidad por suicidio superior.

Dentro del grupo de hombres, se observa un gradiente social en cuanto al estado de salud. Los hombres de menor posición socioeconómica, independientemente de si esta se mide a través del nivel educativo o del nivel de renta, presentan un peor estado de salud (menor esperanza de vida, mayor mortalidad y mayor prevalencia de problemas de salud) en comparación con los hombres que tienen una mayor posición socioeconómica. Para algunos de los indicadores analizados, estas diferencias son incluso mayores que las diferencias existentes entre hombres y mujeres.

El análisis de los hábitos de vida y las adicciones pone de manifiesto una mayor frecuencia entre los hombres de conductas asociadas a riesgos para la salud, incluyendo el consumo de alcohol, tabaco, cannabis y cocaína, así como una mayor participación en juegos de azar y una mayor prevalencia de posible juego problemático.

A pesar de tener un peor estado de salud y unas conductas menos saludables, los hombres utilizan los servicios sanitarios con menor frecuencia que las mujeres tanto a nivel de atención primaria como en consultas hospitalarias y visitas a urgencias, siendo únicamente el ámbito de los ingresos hospitalarios el que no presenta diferencias por sexo. Dentro del conjunto de hombres, son aquellos de menor posición socioeconómica los que hacen un mayor uso en términos relativos del sistema sanitario.

Los resultados en salud de los hombres en España muestran el efecto de factores de tipo contextual como el género, la posición socioeconómica o el país de origen en la carga de enfermedad y en las desigualdades en salud existentes. Un enfoque de salud pública a la hora de abordar estos resultados debe poner el foco en las causas que explican la mayor carga de

enfermedad y de mortalidad en los hombres, y cómo la socialización de género resulta un factor importante a la hora de desarrollar una serie de hábitos y comportamientos relacionados con la salud, como es el consumo de sustancias o la búsqueda de asistencia sanitaria, que afectan de forma negativa a la salud de los hombres. Políticas que promuevan el desarrollo de modelos de masculinidad saludables que no refuercen patrones de comportamientos con un impacto negativo en su salud y una exposición al riesgo de desarrollar enfermedades permitirían mejorar la salud de este colectivo y reducir las desigualdades en salud que presentan. Además, los hombres presentan desigualdades importantes en salud en función de su posición socioeconómica o del país de nacimiento, lo que pone de relieve la necesidad de reducir las desigualdades sociales existentes en la sociedad para que los hombres más vulnerables puedan tener una mejor salud.

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de desarrollar políticas públicas con perspectiva de género y con un enfoque de equidad que permitan abordar las causas y factores que afectan a la salud de los hombres, reducir las desigualdades entre hombres y mujeres y las desigualdades sociales dentro de la propia población masculina, contribuyendo así a mejorar la salud y el bienestar del conjunto de la población.

2. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como "un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"[1]. Por tanto, el estado de salud de las personas no responde únicamente a factores individuales, como los biológicos, sino que también es el resultado del efecto de factores contextuales que afectan a la salud de los individuos y de las poblaciones. Estos factores contextuales se conocen como determinantes sociales de la salud (DSS).

Los DSS hacen referencia a las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, y las fuerzas más amplias que conforman las condiciones de la vida cotidiana[2]. La salud, por tanto, se encuentra determinada por causas fundamentales ajenas al sistema sanitario, que incluyen cuestiones como el acceso a unas condiciones de vivienda y de trabajo dignas, contar con un sistema educativo de calidad o la disponibilidad de alimentos saludables y nutritivos, entre otros. También está influida por factores estructurales como son el sistema político y económico, la legislación, o las normas sociales y culturales.

El impacto de estos DSS conlleva la generación de desigualdades en salud, entendidas como aquellas diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente[3]. Estas desigualdades son el resultado de un acceso diferente a oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, raza o etnia y territorio[4]. Esto se debe a que la organización política, social y económica en un territorio y en un momento histórico determinado genera unos ejes de desigualdad que condicionan las oportunidades de tener una buena salud de los diferentes grupos sociales en función del lugar que ocupan las

[1] World Health Organization (2026.). La constitución de la OMS. World Health Organization. Disponible en: https://www.who.int/es/about/governance/constitution

[2] World Health Organization (2026). Determinantes Sociales de la Salud. World Health Organization. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health

[3] Basado en el Capitulo 1 del Informe de la Comisión, "Introducción: Las desigualdades en salud, marco conceptual, y principios para las políticas"; y en: Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. Gac Sanit. 2008;22:465-73.

[4] Whitehead M. (1992). The concepts and principles of equity and health. International journal of health services : planning, administration, evaluation, 22(3), 429–445. https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN

personas dentro de estos ejes. Uno de estos ejes que genera desigualdades en salud es el género.

El género como determinante de la salud hace referencia al conjunto de normas, convenciones, comportamientos y roles que condicionan a hombres y mujeres -incluidos niños y niñas-, y también las relaciones que se construyen entre ellos y dentro de cada grupo. Esta construcción social establece una jerarquía en la cual los hombres ocupan una posición de mayor poder frente a las mujeres, estableciéndose una serie de prácticas institucionales y relacionales que generan desigualdad. Es importante la distinción entre género y sexo, entendiéndose esta última como aquellas características de tipo biológico que se asignan a las personas en función de caracteres secundarios, gónadas, cromosomas, encuadrándose tradicionalmente en las categorías de hombre, mujer o intersexual[5]. Estas características pueden conllevar a diferentes resultados en salud entre hombres y mujeres, aunque, en ocasiones, estas diferencias no se deben a factores de tipo biológico vinculados al sexo, sino que están mediadas por cuestiones relativas a la construcción social del género[6]. El género, por tanto, al condicionar tanto las oportunidades como el acceso a determinados recursos, así como los comportamientos y roles de las personas, tiene un impacto en la salud y genera desigualdades en salud entre hombres y mujeres que deben analizarse desde una perspectiva de salud pública.

Las desigualdades de género en salud afectan de manera importante a las mujeres para algunos resultados en salud. Si bien las mujeres tienen una mayor esperanza de vida que los hombres, las mujeres experimentan mayores tasas de morbilidad y peor estado de salud que los hombres[7]. Es decir, las mujeres viven más que los hombres, pero con peor salud. A nivel mundial, las mujeres suelen presentar una mayor carga de enfermedad para patología musculoesquelética, desarrollo de ictus, problemas de salud mental, demencias o VIH, y más

[5] Krieger N. (2001). A glossary for social epidemiology. Journal of epidemiology and community health, 55(10), 693–700. https://doi.org/10.1136/jech.55.10.693

[6] Krieger N. (2003). Genders, sexes, and health: what are the connections--and why does it matter?. International journal of epidemiology, 32(4), 652–657. https://doi.org/10.1093/ije/dyg156

[7] Alberts SC, Archie EA, Gesquiere LR, et al. (2014). The Male-Female Health-Survival Paradox: A Comparative Perspective on Sex Differences in Aging and Mortality. In: Committee on Population; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; National Research Council; Weinstein M, Lane MA, editors. Sociality, Hierarchy, Health: Comparative Biodemography: A Collection of Papers. Washington (DC): National Academies Press (US); 2014 Sep 22. 15. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK242444/

limitaciones para las actividades de la vida diaria[8,9]. En el ámbito de la atención sanitaria, las mujeres sufren más problemas de diagnósticos incorrectos o retraso en el diagnóstico o en el tratamiento en patología cardiovascular y cáncer[10,11]. Algunos estudios han observado que las mujeres con riesgo cardiovascular que sufren un evento agudo muestran un mayor riesgo de diagnósticos incorrectos, peores resultados tras el evento e, incluso, mayores tasas de mortalidad[12]. En el ámbito de la asistencia a la salud mental, las mujeres suelen estar sobremedicadas ante un diagnóstico de ansiedad o de depresión en comparación con los hombres[13].

Es importante aplicar también un análisis con perspectiva de género sobre la salud y los factores de riesgo en el caso de los hombres. Si bien los hombres ocupan una posición de poder y de privilegio debido a la organización de la sociedad en función del género, este sistema prescribe un modelo de masculinidad que se asocia a determinados roles y comportamientos que pueden tener consecuencias negativas para la salud de los hombres[14].

En términos generales, los hombres presentan mayor prevalencia de hábitos de vida con un impacto negativo para la salud: mayor tasa de tabaquismo, mayor consumo de riesgo de alcohol y de otras sustancias, y menor consumo de verduras o niveles de actividad física; así

---

[8] Patwardhan, V., et al. (2024). Differences across the lifespan between females and males in the top 20 causes of disease burden globally: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. The Lancet. Public health, 9(5), e282–e294. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00053-7

[9] OECD (2025), Health at a Glance 2025: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en.

[10] Din, N. U., et al (2015). Age and Gender Variations in Cancer Diagnostic Intervals in 15 Cancers: Analysis of Data from the UK Clinical Practice Research Datalink. PloS one, 10(5), e0127717. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127717

[11] Maas, A. and Y. Appelman (2010), "Gender differences in coronary heart disease", Netherlands Heart Journal, Vol. 18/12, pp. 598–603, https://doi.org/10.1007/s12471-010-0841-y

[12] Wenzl, F. et al. (2022), "Sex-specific evaluation and redevelopment of the GRACE score in non-ST-segment elevation acute coronary syndromes in populations from the UK and Switzerland: a multinational analysis with external cohort validation", The Lancet, Vol. 400/10354, pp. 744-756, https://doi.org/10.1016/s0140-6736(22)01483-0.

[13] Bernal Arenas, et al. (2025). A systematic review and meta-analysis on gender differences in the treatment of anxiety and depression. The International journal of social psychiatry, 71(5), 835–843. https://doi.org/10.1177/00207640251331898

[14] Courtenay W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. Social science & medicine (1982), 50(10), 1385–1401. https://doi.org/10.1016/s0277-9536(99)00390-1

como una mayor mortalidad para la mayoría de enfermedades[15,16]. La tasa de años de vida ajustados por calidad para las principales causas de carga de enfermedad (13 de 20) a nivel mundial son mayores en hombres, destacando la COVID-19, la cardiopatía isquémica, el ictus o la diabetes[17]. La tasa de años de vida perdidos debido a muertes por causas externas, como suicidios, accidentes o actos de violencia, son tres veces superiores en los hombres[18]. Una parte de la peor salud de los hombres se relaciona con el uso diferencial del sistema sanitario en función del género. Debido a una construcción de la masculinidad vinculada con la autosuficiencia y la fortaleza, los hombres acuden menos al sistema sanitario en comparación con las mujeres[19], y también participan menos en servicios y actividades de prevención y promoción de la salud[20].

Las políticas de salud con perspectiva de género deben entender cuáles son los condicionantes que afectan a la salud de los hombres y a la adopción de comportamientos que suponen un riesgo para su bienestar. El objetivo de avanzar en la igualdad entre hombres y mujeres permite, además, mejorar la salud de ambos grupos. Diversos estudios muestran que cuando se reduce la desigualdad entre hombres y mujeres, mejoran los resultados en salud de los hombres en términos de hábitos de vida, salud mental y salud

[15] OECD (2025), Health at a Glance 2025: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en.

[16] Health Canada (2024), "Opioid- and Stimulant-related Harms in Canada", Federal, provincial, and territorial Special Advisory Committee on the Epidemic of Opioid Overdoses, Disponible en: https://health-infobase.canada.ca/substance-related-harms/opioids-stimulants/ (accessed on 2 September 2024).

[17] Patwardhan, V., et al. (2024). Differences across the lifespan between females and males in the top 20 causes of disease burden globally: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. The Lancet. Public health, 9(5), e282–e294. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00053-7

[18] OECD (2025), Health at a Glance 2025: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en.

[19] Noone, J. H., & Stephens, C. (2008). Men, masculine identities, and health care utilisation. Sociology of health & illness, 30(5), 711–725. https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01095.x

[20] Robertson, L. M., et al. (2008). What works with men? A systematic review of health promoting interventions targeting men. BMC health services research, 8, 141. https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-141

autopercibida[21—26]. Por tanto, para mejorar el estado de salud y reducir la carga de enfermedad en la población masculina, no solamente hay que poner el foco en cómo los determinantes sociales afectan a su bienestar, sino también tener un enfoque de igualdad que permita eliminar -o reducir- las desigualdades que existen entre hombres y mujeres, y así mejorar la salud del conjunto de la población.

El presente informe tiene como objetivo hacer un análisis de la salud de los hombres en España a partir de las fuentes de información disponibles a nivel estatal, comparándola con el nivel de salud de las mujeres, y estudiar cómo la salud de los hombres difiere en función de otros determinantes como la posición socioeconómica y el país de origen.

[21] Sörlin, A., Lindholm, L., Ng, N., & Ohman, A. (2011). Gender equality in couples and self-rated health - A survey study evaluating measurements of gender equality and its impact on health. International journal for equity in health, 10, 37. https://doi.org/10.1186/1475-9276-10-37 https://doi.org/10.1136/jech.2010.109231https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2012.01521.x

[22] Van de Velde, S., Huijts, T., Bracke, P., & Bambra, C. (2013). Macro-level gender equality and depression in men and women in Europe. Sociology of health & illness, 35(5), 682–698. https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2012.01521.x

[23] Harryson, L., Novo, M., & Hammarström, A. (2012). Is gender inequality in the domestic sphere associated with psychological distress among women and men? Results from the Northern Swedish Cohort. Journal of epidemiology and community health, 66(3), 271–276.

[24] Backhans, M. C., Burström, B., Lindholm, L., & Månsdotter, A. (2009). Pioneers and laggards - is the effect of gender equality on health dependent on context?. Social science & medicine (1982), 68(8), 1388–1395. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.01.023

[25] Månsdotter, A., Lindholm, L., Lundberg, M., Winkvist, A., & Ohman, A. (2006). Parental share in public and domestic spheres: a population study on gender equality, death, and sickness. Journal of epidemiology and community health, 60(7), 616–620. https://doi.org/10.1136/jech.2005.041327

[26] Johansson, K., Wennberg, P., & Hammarström, A. (2014). Parental leave and increased physical activity of fathers and mothers--results from the Northern Swedish Cohort. European journal of public health, 24(6), 935–940. https://doi.org/10.1093/eurpub/cku068

3. Fuentes de información

La información utilizada para la elaboración de este informe procede de diversas fuentes estadísticas oficiales de ámbito nacional. En concreto, se han consultado las fuentes de información disponibles en el propio Ministerio de Sanidad y en el Instituto Nacional de Estadística (INE). Entre las fuentes de información del Ministerio de Sanidad consultadas se encuentran la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP), el Barómetro Sanitario y la Encuesta sobre Alcohol, otras Drogas y otras adicciones en Población General en España (EDADES).

Se ha extraído la información para poder realizar un análisis desagregado por sexo, contrastando la situación de hombres y mujeres. Asimismo, para poder profundizar en el estado de salud de la población masculina, se han incorporado también variables de tipo sociodemográfico y socioeconómico.

Con carácter general, para la elaboración de este informe se ha recopilado información correspondiente a los diez últimos años disponibles, con el fin de analizar la evolución temporal de los principales indicadores de salud, hábitos de vida y utilización de los servicios sanitarios. Sin embargo, dado que las distintas fuentes de información presentan diferencias en cuanto a la periodicidad de recogida de datos, los intervalos temporales utilizados se han adaptado a la información disponible en cada una de ellas, por lo que la ventana temporal puede diferir ligeramente en función de los datos. En aquellos indicadores en los que se muestra la situación actual, se emplean los últimos datos disponibles en función de cada variable.

En el Anexo I se incluye una tabla resumen con las variables analizadas para el informe.

3.1. Instituto Nacional de Estadística[27]

El INE es el organismo responsable de la elaboración y difusión de las principales estadísticas oficiales de España. Entre sus múltiples operaciones estadísticas, proporciona información demográfica y sanitaria de gran relevancia para el análisis del estado de salud de la población.

[27] Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: https://www.ine.es/

En primer lugar, se presenta un resumen de la estructura de la población española en general, y masculina en particular. Para ello se han analizado los siguientes indicadores sociodemográficos de la población: la estructura de la población por edad y sexo, el índice de envejecimiento[28], el porcentaje de población de 65 y más años, la distribución de la población por renta, la tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (tasa AROPE)[29] y el nivel educativo.

Los indicadores de salud de la población que se han incluido son la esperanza de vida, la esperanza de vida en buena salud -o libre de discapacidad-[30], la mortalidad general (número de defunciones por cada mil habitantes) y específica (número de defunciones según la causa por cien mil habitantes) de las principales causas de mortalidad, incluyendo el suicidio dentro del ámbito de la salud mental. Estos indicadores se presentan desagregados por sexo y nivel educativo.

Con respecto al nivel educativo, se aplica la nueva Clasificación Nacional de Educación 2014 (CNED-2014) basada en la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación 2011 (CINE-2011) que garantiza la comparabilidad con los resultados de otros países. Los niveles educativos de acuerdo a la CNED-2014 son:

- Nivel 0-2: preescolar, primaria y 1ª etapa de educación secundaria.
- Nivel 3-4: 2ª etapa de educación secundaria y postsecundaria no superior.
- Nivel 5-8: 1° y 2° ciclo de educación superior y doctorado.

Para los análisis de mortalidad, esperanza de vida y distribución de la renta por nivel educativo, la clasificación del INE desagrega el nivel 0-2 en dos categorías: «Educación primaria e inferior» y «Primera etapa de Educación Secundaria y equivalente».

Algunos de los indicadores del INE que se han consultado provienen de la Oficina Europea de Estadística (Eurostat).

---

[28] El índice de envejecimiento se calcula dividiendo la población de 65 años o más entre la población menor de 15 o 16 años (según el criterio estadístico) y multiplicando el resultado por 100. Para la elaboración de este informe se calculará tomando como referencia a la población menor de 15 años.

[29] La tasa AROPE (At Risk of Poverty or Social Exclusion) es la proporción de la población total que está en riesgo de pobreza o exclusión social.

[30] La esperanza de vida en buena salud -o libre de discapacidad- es un indicador que refleja el promedio del número de años que vive una persona disfrutando de buena salud, incorporando tanto la mortalidad como la morbilidad. Se calcula en base al método Sullivan (tablas de mortalidad) y al indicador de limitaciones generales de actividad de Euro-REVES (Network on Health Expectancy). Disponible en: http://ec.europa.eu/eurostat/data/database?node_code=hlth_hlye

3.2. Base de datos clínicos de atención primaria (BDCAP)[31]

La Base de Datos Clínicos de Atención Primaria recoge información clínica codificada y normalizada, con carácter anual, sobre la atención prestada en el primer nivel de atención. Los datos se extraen de una muestra aleatoria de 13,1 millones de usuarios asignados a atención primaria. Las variables incluidas en el análisis comprenden datos de problemas de salud específicos, problemas de salud crónicos, frecuentación de los servicios de atención primaria, solicitud de interconsultas realizadas al ámbito hospitalario desde atención primaria y consumo de medicamentos relacionados con la salud mental.

Los datos de problemas de salud específicos se muestran en tasas estandarizadas por edad por mil personas asignadas. El uso de la tasa estandarizada por edad permite una comparación entre sexos más precisa, asumiendo una distribución similar por grupos de edad (se obtiene utilizando la población estándar Eurostat-2013[32]), evitando que la mayor esperanza de vida en mujeres en comparación con los hombres pueda suponer un sesgo en los análisis. La población asignada a atención primaria hace referencia a la población adscrita a una Zona Básica de Salud, con independencia de que haya utilizado o no los servicios sanitarios.

Se ha seleccionado un listado de problemas de salud en función de su prevalencia, del impacto en la salud o de los recursos necesarios del sistema sanitario para su abordaje. Los problemas de salud analizados a partir de los datos de BDCAP son los siguientes:

- Problemas de salud generales:
    - Accidente cerebrovascular/ictus/apoplejía [Código CIAP-2: K90].
    - Asma [Código CIAP-2: R96].
    - Bronquitis/bronquiolitis aguda [Código CIAP-2: R78].
    - Diabetes mellitus no insulinodependiente [Código CIAP-2: T90].
    - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) [Código CIAP-2: R95].
    - Hipertensión arterial no complicada [Código CIAP-2: K86].
    - Infarto agudo de miocardio [Código CIAP-2: K75].
    - Infección respiratoria aguda del tracto superior [Código CIAP-2: R74].
    - Insuficiencia cardíaca [Código CIAP-2: K77].
    - Insuficiencia renal crónica [Código CIAP-2: U99.01].

[31] Base de Datos Clínicos de Atención Primaria. Sistemas de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/S/base-de-datos-de-clinicos-de-atencion-primaria-bdcap

[32] Pace, M., et al. (2013). Revision of the European standard population: Report of Eurostat's Task Force.

    - Neoplasias malignas de colon/recto [Código CIAP-2: D75].
    - Neoplasias malignas de tráquea/bronquios/pulmón [Código CIAP-2: R84].
    - Trastornos del metabolismo lipídico [Código CIAP-2: T93].
- Problemas de salud mental:
    - Trastornos depresivos [Código CIAP-2: P76].
    - Esquizofrenia [Código CIAP-2: P72].
    - Psicosis afectivas [Código CIAP-2: P73].
    - Trastornos de ansiedad [Código CIAP-2: P74].
    - Trastornos hipercinéticos [Código CIAP-2: P81].
    - Trastornos del sueño [Código CIAP-2: P06].
- Suicidio/intento de suicidio [Código CIAP-2: P77].

Además, se han analizado los datos relativos al consumo de medicamentos, utilizando la dosis diaria definida (DDD), un indicador que refleja la dosis de mantenimiento en personas adultas para la principal indicación del medicamento y para una vía de administración determinada, siendo útil para determinar el consumo promedio de medicamentos; y al uso del sistema sanitario (tasa de visitas e interconsultas). En el caso de estas variables, los datos que se presentan son las tasas brutas.

Las variables se presentan desagregadas según sexo, así como, dentro del grupo de los hombres, según su renta y país de nacimiento –España/Extranjero–.

Para el análisis por renta, se toma como referencia la incluida en la Tarjeta Sanitaria Individual. La desagregación se hace por las siguientes categorías en función de la renta anual:

- ≥100.000€
- Entre 18.000€ y 99.999€
- <18.000€
- Renta muy baja. Se cataloga como tal cuando la renta disponible anual no procede ni deriva del trabajo, sino que se obtiene por otras vías ante situaciones de precariedad.
- Sin clasificar

Con el fin de facilitar la interpretación de los resultados, en los análisis por nivel de renta se han excluido los datos de los hombres incluidos en la categoría «sin clasificar».

3.3. Barómetro Sanitario[33]

El Barómetro Sanitario es una encuesta de opinión de periodicidad anual que el Ministerio de Sanidad realiza en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas desde 1993. Su objetivo es recoger información relacionada con la percepción y utilización de los servicios sanitarios por parte de la población residente en España.

Para la elaboración de este informe se han utilizado datos sobre uso del sistema sanitario procedentes del Barómetro Sanitario de 2025, concretamente los relativos a la utilización de los servicios de atención primaria, atención hospitalaria, urgencias, salud mental e ingresos hospitalarios, analizando, además, si acudieron a un centro público o privado, así como datos relativos al tipo de aseguramiento declarado por los encuestados –mutualidad o seguro médico privado–.

Los resultados se presentan desagregados por sexo y, en las variables relativas a la utilización de servicios, se comparan, entre los hombres, las diferencias según el nivel de renta y el país de nacimiento –España/Extranjero–. El nivel de renta hace referencia a los ingresos mensuales netos del hogar y se agrupa en las siguientes cinco categorías:

- Menos de 1.800 €
- De 1.801 a 2.700 €
- De 2.701 a 3.900 €
- De 3.901 a 5.000 €
- Más de 5.000 €

El tamaño muestral del Barómetro Sanitario 2025 fue de 7.197 personas (3.560 hombres y 3.637 mujeres). Las desagregaciones por nivel de renta y país de nacimiento se realizan exclusivamente en la población masculina y generan submuestras de tamaño reducido en algunas categorías. Por este motivo, los resultados se presentan sin aplicar coeficientes de ponderación y deben interpretarse como una descripción de las respuestas observadas en la muestra, sin pretensión de extrapolación al conjunto de la población.

[33] Barómetro sanitario. Sistemas de información sanitaria. Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/S/barometro-sanitario

3.4. Encuesta sobre Alcohol, otras Drogas y otras adicciones en Población General en España (EDADES)[34]

La encuesta EDADES forma parte del programa de encuestas del Sistema Estatal de Información sobre Drogas y Adicciones del Observatorio Español de las Drogas y Adicciones de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y cuenta con la colaboración de las comunidades autónomas.

Se lleva a cabo de forma bienal, desde 1995, en todo el territorio nacional en población general, de 15-64 años, residente en hogares. Los resultados son representativos a nivel nacional.

Para la elaboración de este informe se ha obtenido información de la encuesta realizada en 2024, cuyo tamaño muestral fue de 26.878 encuestas.

Se han analizado las prevalencias de consumo de tabaco, alcohol, cannabis y cocaína alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, así como indicadores adicionales específicos para el consumo de alcohol y tabaco. Asimismo, se presentan datos de indicadores sobre adicciones comportamentales como la participación en juegos de azar presenciales y online, así como la prevalencia de posible juego problemático.

Las variables se presentan desagregadas por el sexo de las personas encuestadas, y, entre los hombres, se comparan los datos en función del nivel de estudios –Sin estudios o con estudios primarios, estudios secundarios y estudios universitarios– y el país de nacimiento –España/Extranjero–.

En determinadas variables no se presentan los datos desagregados por nivel de estudios y país de nacimiento debido al reducido número de casos, con objeto de garantizar la protección de la confidencialidad de los datos. Estas variables son:

- Consumo diario de alcohol en los últimos 30 días.
- Consumo de riesgo de alcohol.
- Posible juego problemático
- Posible uso problemático de internet

[34] Encuesta sobre Alcohol, otras Drogas y otras adicciones en Población General en España (EDADES). Sistema de Información Sanitaria del SNS. Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/S/edades

3.5. Limitaciones de las fuentes información

Existen algunas diferencias en cuanto a la disponibilidad de variables en los sistemas de información consultados para desagregar los resultados por la posición socioeconómica. Por ejemplo, los datos relativos a la mortalidad y la esperanza de vida del INE o de la encuesta EDADES están disponibles por nivel educativo, mientras que las bases de datos del BDCAP y del Barómetro Sanitario disponen de los datos por nivel de renta -aunque agrupan de forma diferente-. Si bien tanto el nivel de renta como el nivel educativo se emplean para definir la posición socioeconómica a nivel individual, ambas variables reflejan asociaciones con los resultados en salud que pueden ser diferentes en cuanto al mecanismo causal y, por tanto, limitar la comparabilidad de los resultados en función de la posición socioeconómica. Asimismo, la falta de disponibilidad de la variable de país de nacimiento en los datos del INE no ha permitido realizar este análisis para los indicadores extraídos de sus bases de datos.

Una de las principales limitaciones de los datos es que el periodo analizado difiere ligeramente entre algunos indicadores en función de la disponibilidad de datos de los diferentes sistemas de información consultados. No obstante, se recoge la evolución temporal en algunos indicadores con una ventana de alrededor de diez años, lo que permite identificar cambios importantes en las tendencias de los indicadores. Además, la mayoría de las variables recogidas muestran un comportamiento estable por lo que se estima que, aunque la disponibilidad de datos según el año varía ligeramente, el potencial sesgo sería prácticamente inexistente.

Los datos desagregados por país de nacimiento se han categorizado en dos variables: España y extranjero como cualquier otro país. La realidad administrativa puede diferir entre quienes han nacido en España y quienes han nacido fuera, lo cual tiene repercusiones para la salud, aunque la categoría "Extranjero" es heterogénea si tenemos en cuenta los posibles países de procedencia. Además, una persona de ascendencia extranjera puede haber nacido en España y, a pesar de ello, presentar diferencias en salud por cuestiones de procedencia en comparación con una persona cuya ascendencia es nacida en España.

Los datos procedentes del Barómetro Sanitario y de la encuesta EDADES, se basan en información autorreportada por las personas encuestadas. Por ello, los resultados pueden estar sujetos a sesgos de recuerdo, sesgos de deseabilidad social y otros errores de declaración.

Por último, existe una limitación en la interpretación de los indicadores relacionados con la conducta suicida, concretamente aquellos relativos a los intentos de suicidio. Los datos proceden de registros de atención primaria que incluyen dentro del mismo código del

CIAP-2 (P77) los suicidios y los intentos de suicidio. No obstante, al tratarse de una variable registrada en atención primaria, puede asumirse que los casos registrados corresponden a intentos de suicidio y no a suicidios consumados, si bien esta interpretación debe realizarse con cautela.

4. Descripción sociodemográfica de la población masculina residente en España

Analizar la estructura poblacional por edad y sexo es importante a la hora de estudiar las diferencias en los resultados en salud, ya que dicha estructura influye en la exposición a factores de riesgo, en la aparición de problemas de salud y en la utilización de los servicios sanitarios.

A continuación, se presenta una caracterización de la población española y del grupo de los hombres residentes en España, desde una perspectiva sociodemográfica, analizando su estructura por edad y envejecimiento, así como su perfil socioeconómico.

4.1. Estructura demográfica de la población residente en España

La población residente en España ha experimentado un crecimiento sostenido durante el período 2014-2025, pasando de 46.495.744 millones a 49.128.297 millones de personas, lo que supone un incremento de aproximadamente 2,6 millones de habitantes. Este crecimiento se ha producido tanto entre hombres como entre mujeres, siendo la proporción de mujeres ligeramente superior a lo largo del periodo (Tabla 1).

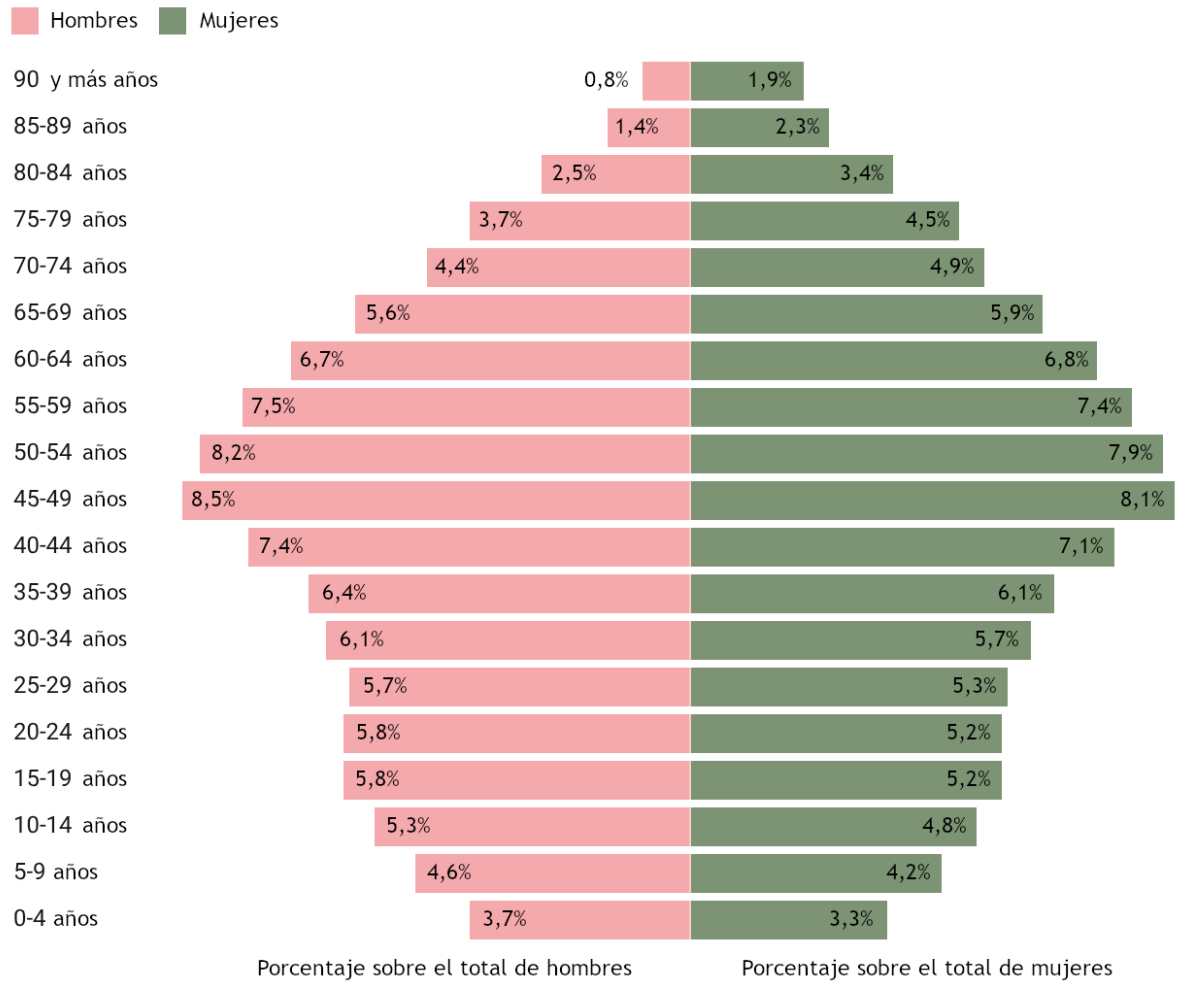
En 2025, el número de hombres residentes en España era de 24.090.369 millones (49,0%) de la población total, frente a 25.037.928 millones de mujeres (51,0%).

Tabla 1. Población residente en España según sexo (2014-2025). Instituto Nacional de Estadística

Año	Total	Hombres (%)	Mujeres (%)
2014	46.495.744	49,2%	50,8%
2015	46.425.722	49,2%	50,8%
2016	46.418.884	49,1%	50,9%
2017	46.497.393	49,1%	50,9%
2018	46.645.070	49,1%	50,9%
2019	46.918.951	49,1%	50,9%
2020	47.318.050	49,1%	50,9%
2021	47.400.798	49,0%	51,0%
2022	47.486.727	49,0%	51,0%
2023	48.085.361	49,0%	51,0%
2024	48.619.695	49,0%	51,0%
2025	49.128.297	49,0%	51,0%

La pirámide de población (Gráfica 1) muestra una estructura regresiva, característica de las sociedades envejecidas. La mayoría de la población se concentra en los grupos de edades intermedias y avanzadas, con una menor proporción en los primeros tramos de la pirámide, reflejando el descenso de la natalidad de las últimas décadas y el progresivo envejecimiento de la población. La pirámide muestra la mayor proporción de mujeres en las edades más avanzadas, reflejo de su mayor esperanza de vida.

Gráfica 1. Pirámide poblacional de España (2025). Instituto Nacional de Estadística

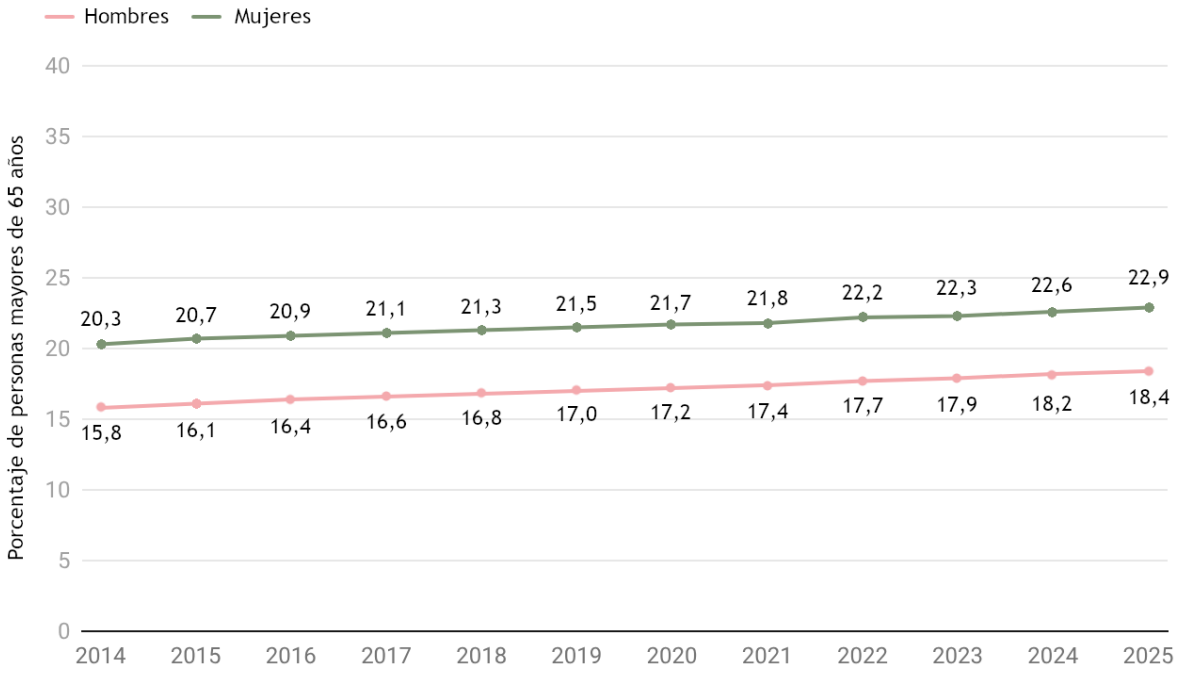


Estos datos se observan también al estudiar el índice de envejecimiento de la población española (Gráfica 2). Entre el 2014-2025, este índice ha aumentado en un 36,7% en el caso de los hombres y un 32,4% en el caso de las mujeres, mostrando cómo ha aumentado el número de personas por encima de los 65 años respecto de las personas por debajo de los 15 años. El porcentaje de personas mayores de 65 años respecto al total de la población también ha aumentado, aunque de forma más moderada, tanto en hombres como en mujeres (Gráfica 3).

Gráfica 2. Evolución del índice de envejecimiento de las personas residentes en España según el sexo (2014-2025). Instituto Nacional de Estadística



Gráfica 3. Evolución del porcentaje de personas mayores de 65 años residentes en España según el sexo (2014-2025). Instituto Nacional de Estadística



4.2. Distribución de la población según la posición socioeconómica

Además de los aspectos demográficos, los factores socioeconómicos tienen un impacto en las oportunidades y el acceso a recursos que afectan a la salud, en la adopción de hábitos de vida saludables y en la capacidad para prevenir y controlar los problemas de salud. Como consecuencia, las desigualdades socioeconómicas generan también desigualdades en salud. Por tanto, la posición socioeconómica que ocupan las personas en la sociedad condiciona el estado de salud que pueden alcanzar a lo largo de las diferentes etapas de la vida. Esta puede definirse a partir de diferentes indicadores, siendo dos de los más habituales el nivel de renta o el nivel educativo[35]. El nivel de renta se asocia con el acceso a activos que pueden tener un impacto en la salud de las personas, como puede ser la vivienda o la alimentación, entre otros; mientras que el nivel educativo se vincula, de forma indirecta, con el nivel de renta, pero también con el capital cultural y con la alfabetización en salud, lo cual influye en los resultados en salud.

En 2024, los hombres presentaban una renta media (22.089 euros) y mediana (19.723 euros) superior a la de las mujeres (21.442 y 18.932 euros, respectivamente), tal y como se muestra en la Tabla A2. Al observar cómo ha variado el riesgo de pobreza[36] en la población española desde el año 2014 hasta el 2025 (Gráfica A1), se constata una reducción general a lo largo del periodo. No obstante, mientras que en los hombres se ha reducido en 5,3 puntos (29,8% frente a 24,5%), en el caso de las mujeres la reducción ha sido de 3,8 puntos (30,6% frente a 26,8%), situándose en un mayor riesgo en comparación con los hombres. En la Gráfica A2 se muestra cómo, con carácter general, la tasa de riesgo de pobreza en los hombres disminuye a medida que aumenta la edad, concentrándose el riesgo en las primeras etapas de la vida.

El nivel de renta neta media por persona aumenta a medida que el nivel educativo es superior (Tabla A3): educación primaria o inferior (13.248 euros), educación secundaria primera etapa (13.288 euros), educación secundaria segunda etapa (15.295 euros) y educación superior (20.729 euros).

En cuanto a la proporción de hombres y mujeres en función del nivel educativo (Gráfica A3), los hombres tienen un menor nivel educativo en comparación con las mujeres. En el

[35] Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J. W., & Davey Smith, G. (2006). Indicators of socioeconomic position (part 1). Journal of epidemiology and community health, 60(1), 7–12. https://doi.org/10.1136/jech.2004.023531

[36] La tasa AROPE (At Risk of Poverty or Social Exclusion) es la proporción de la población total que está en riesgo de pobreza o exclusión social. Ver Tabla A1.

caso de la primera etapa de educación secundaria e inferior, la proporción de hombres era de 38,3% frente a 31,9% de las mujeres, mientras que en el caso de la educación superior la proporción era de 38,7% frente a 45,3%, respectivamente.

En resumen, a pesar de que los hombres presentan un menor nivel educativo en comparación con las mujeres, siendo su proporción mayor en la primera etapa o inferior de la educación secundaria, su renta media es ligeramente superior y la tasa de pobreza es inferior en comparación.

5. Situación de salud de los hombres en España

En este apartado, se analiza el estado de salud de los hombres en España a partir de diversos indicadores de salud como puede ser la esperanza de vida y la mortalidad, la prevalencia de problemas de salud físico y mentales, el consumo de medicamentos o las adicciones. Para un análisis más detallado, se presentan algunos de los indicadores en el caso de los hombres desagregados por variables socioeconómicas y sociodemográficas, en función de la disponibilidad de los sistemas de información, con el objetivo de observar si existen desigualdades dentro de este grupo.

5.1. Esperanza de vida y mortalidad

5.1.1. Esperanza de vida

España presenta unas cifras de esperanza de vida, tanto a nivel global como por sexo, superiores a las del resto de países de la Unión Europea[37] (Tabla 2), siendo la tercera más elevada después de Suiza y Japón de acuerdo con la OCDE[38].

Tabla 2. Esperanza de vida al nacer en España y en la Unión Europea (UE-27) por sexo (2023). Eurostat, 2023

	Esperanza de vida al nacer (años)	
	Hombres	Mujeres
España	81,2	86,7
UE-27	78,9	84,2

La Gráfica 4 muestra la tendencia de la esperanza de vida al nacer en la última década en España. La esperanza de vida al nacer, en términos generales, ha aumentado de manera

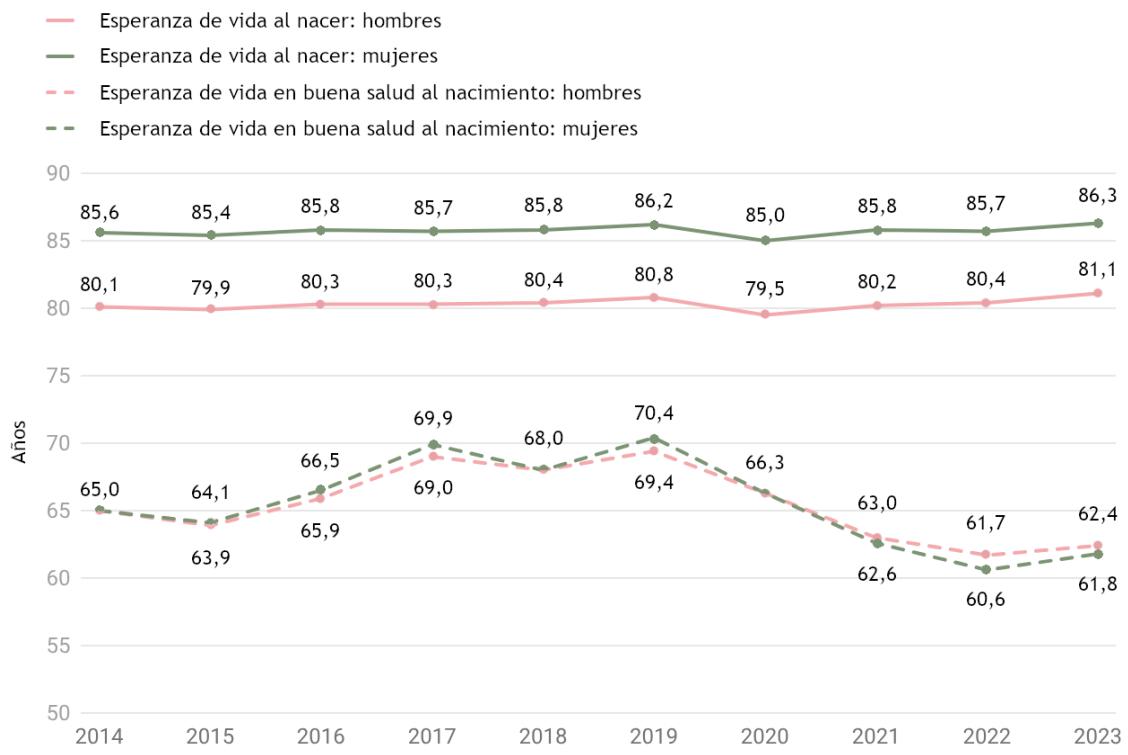
[37] Indicadores de Desarrollo Sostenible. Eurostat. Disponible en: http://ec.europa.eu/eurostat/data/database?node_code=demo_mlexpec

[38] OCDE. Informe "Health at a Glance 2025". Disponible en: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_8f9e3f98-en/full-report/life-expectancy-at-birth_8a8dee48.html#indicator-d1e20212-43fe60ce7e

progresiva tanto en hombres como en mujeres, si bien entre los años 2020-2022 se registró una reducción debida, principalmente, al impacto de la pandemia de COVID-19.

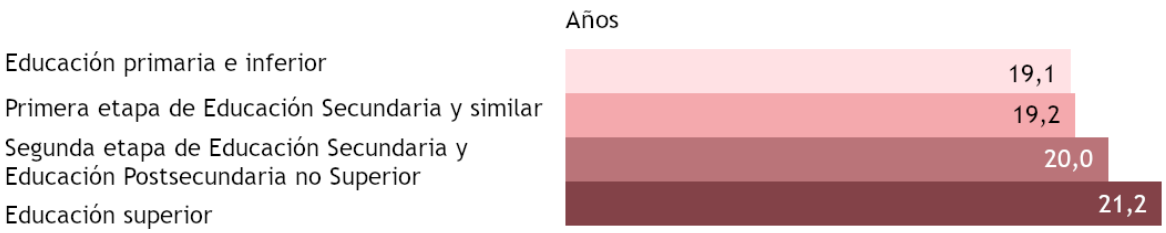
En el año 2023, la esperanza de vida en las mujeres (86,3 años) era superior a la de los hombres (81,1 años). Esta tendencia se mantiene a lo largo del periodo, si bien esta diferencia ha tendido a reducirse ligeramente. La brecha entre sexos pasó de 5,5 años en 2014 a 5,2 años en 2023, alcanzando su valor más bajo del periodo analizado. No obstante, cuando se analiza la esperanza de vida en buena salud, se observa que las diferencias no solo se reducen, sino que se invierten: los hombres, en el 2023, tenían una esperanza de vida en buena salud de 62,4 años frente a 61,8 años por parte de las mujeres. Es decir, aunque las mujeres viven más años, estos años tienen un peor estado de salud en comparación con los hombres. Esta inversión de la diferencia se hace patente a partir del año 2020, registrándose un mayo descenso de este indicador en el caso de las mujeres (-8,6 años) en comparación con los hombres (-7,0 años).

Gráfica 4. Evolución de la esperanza de vida y esperanza de vida en buena salud por sexo (2014-2023). Instituto Nacional de Estadística, 2024



La Gráfica 5 muestra la esperanza de vida a los 65 años de los hombres en 2023 según su nivel educativo, evidenciando un claro gradiente social de la salud, ya que a medida que aumenta el nivel educativo, también lo hace la esperanza de vida, siendo la diferencia entre los hombres con menor y mayor nivel educativo de alrededor de dos años.

Gráfica 5. Esperanza de vida de los hombres a los 65 años según el nivel educativo (2023). Instituto Nacional de Estadística



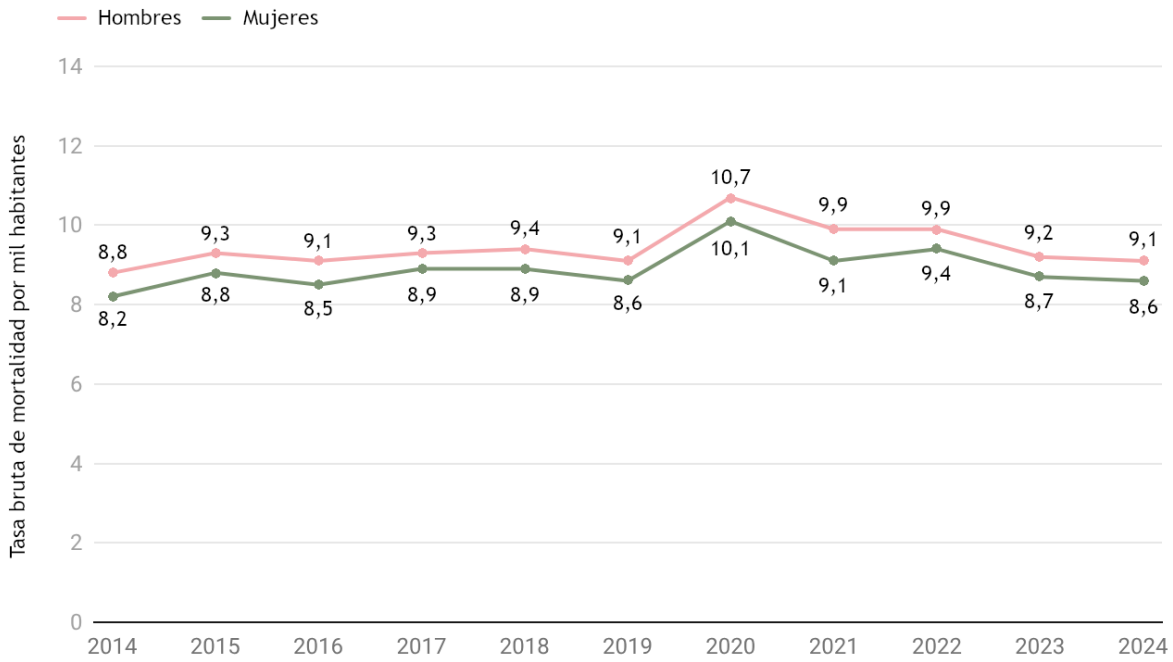
5.1.2. Mortalidad

La tasa de mortalidad es otro de los principales indicadores para estudiar el estado de salud de una población y las desigualdades en salud. La mortalidad general se expresa mediante la tasa bruta de mortalidad calculada como el número de defunciones por cada mil habitantes, mientras que para el análisis de la mortalidad por causas específicas las tasas se expresan por cien mil habitantes. Para este último análisis, se ha seleccionado un listado con las dieciocho causas principales de mortalidad.

En la Gráfica 6 se muestra que la tasa bruta de mortalidad ha sufrido variaciones ligeras desde el año 2014, situándose en el año 2024 en 9,1‰ en el caso de los hombres y 8,6‰ en el caso de las mujeres. Durante el periodo 2020-2022, la tasa bruta de mortalidad experimentó un aumento más marcado, llegando a ser de 10,7‰ en hombres y 10,1‰ en mujeres, debido a la pandemia de COVID-19, reduciéndose en el periodo inmediatamente posterior.

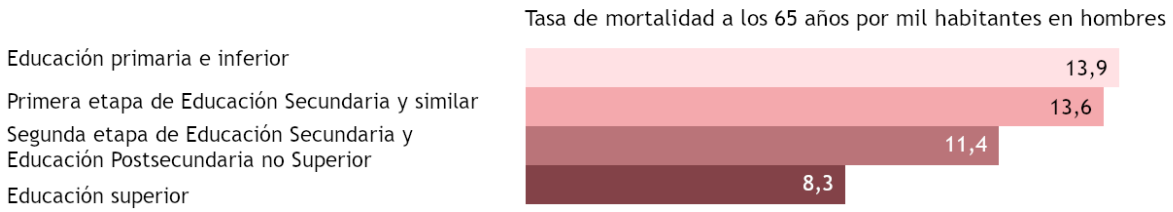
A lo largo de toda la serie, la tasa bruta de mortalidad en hombres fue mayor que en mujeres en un promedio de 0,5 puntos por encima. Las diferencias se han mantenido estables a lo largo de todo el periodo estudiado, siendo 2021 el año con la mayor diferencia registrada (+0,8 de tasa bruta de mortalidad en hombres).

Gráfica 6. Tasa bruta de mortalidad por mil habitantes por sexo (2014-2024). Instituto Nacional de Estadística



Al analizar los datos de la tasa de mortalidad a los 65 años en los hombres para ver las diferencias en función del nivel educativo (Gráfica 7), lo que se observa es que los hombres de menor nivel educativo tienen una tasa un 67,5% superior en comparación con los de mayor nivel educativo (13,9‰ frente a 8,3‰), mostrando la desigualdad existente por la posición socioeconómica.

Gráfica 7. Tasa de mortalidad a los 65 años por mil habitantes según el nivel educativo en hombres (2023). Instituto Nacional de Estadística



En el Gráfico 8 se muestran los resultados de las tasas de mortalidad específicas según el sexo para el año 2024. Excluyendo la mortalidad por cáncer de próstata, los hombres

presentan una tasa superior para nueve de ellas en comparación con las mujeres. Las mayores diferencias se observan en las enfermedades isquémicas del corazón (71,7 frente a 40,3), el cáncer de bronquios y pulmón (69,3 frente a 26,8), las causas externas[39] (48,4 frente a 27,1) y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (36,0 frente a 15,5). Asimismo, los hombres registran tasas más elevadas de mortalidad por cáncer de colon, cáncer de estómago, cáncer de páncreas, neumonía y COVID-19.

Entre las causas con mayor impacto específico sobre la salud masculina destacan las enfermedades isquémicas del corazón y el cáncer de bronquios y pulmón, que constituyen las dos causas analizadas con las tasas más elevadas en los hombres. En ambos casos, las diferencias respecto a las mujeres son especialmente marcadas, siendo la tasa masculina un 77,9% superior en las enfermedades isquémicas del corazón y un 158,6% superior en el cáncer de bronquios y pulmón.

Por el contrario, las mujeres presentan una mortalidad más alta por enfermedades cerebrovasculares (51,0 frente a 42,5), demencia (59,4 frente a 30,1), insuficiencia cardíaca (44,2 frente a 30,4), enfermedad hipertensiva (37,9 frente a 20,2), enfermedad de Alzheimer (37,3 frente a 15,7), diabetes mellitus (22,2 frente a 20,0) e insuficiencia renal (19,3 frente a 17,0).

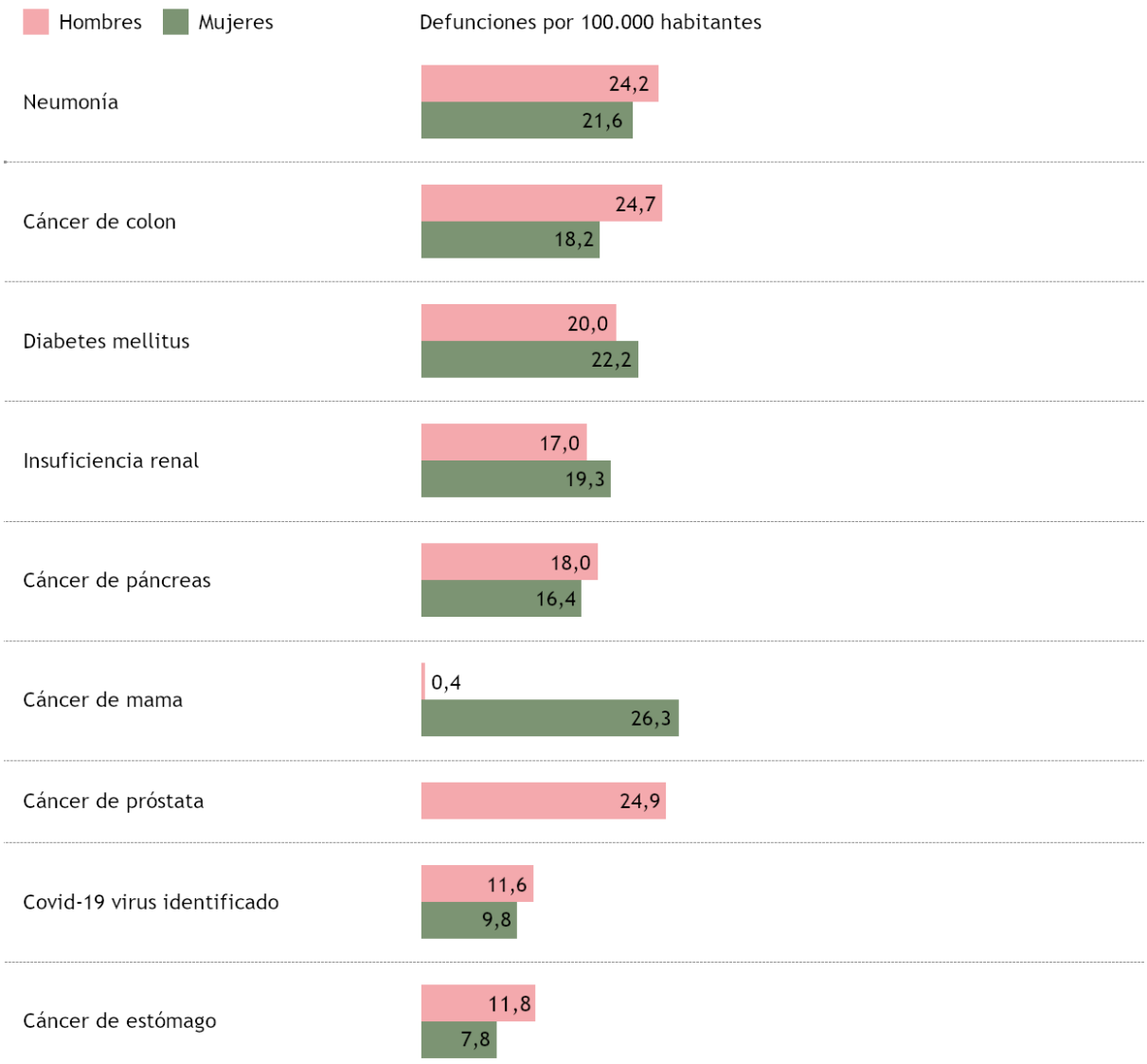
En cuanto a los tumores, además de la elevada mortalidad masculina por cáncer de bronquios y pulmón, destacan las tasas de cáncer de próstata (24,9), similares en magnitud a las observadas para el cáncer de colon (24,7). Por su parte, el cáncer de mama afecta principalmente a las mujeres en términos de mortalidad (26,3 frente a 0,4).

En conjunto, los resultados ponen de manifiesto que los hombres soportan una mayor carga de mortalidad asociada a enfermedades cardiovasculares isquémicas, tumores relacionados con factores de riesgo comportamentales y causas externas, mientras que en las mujeres adquieren mayor relevancia las enfermedades neurodegenerativas o cerebrovasculares.

[39] Las causas externas de mortalidad se recogen en la Tabla A4.

Gráfica 8. Tasa de mortalidad específica por 100.000 habitantes para las principales causas de mortalidad (2024). Instituto Nacional de Estadística





5.2. Estado de salud física

Para analizar el estado de salud física de los hombres, se examina la prevalencia de los principales problemas de salud, la carga de multimorbilidad -presencia de más de un problema de salud crónico-, así como diversos indicadores relacionados con la salud mental, incluyendo la conducta suicida, y el consumo de medicamentos utilizados para su tratamiento. Por último, el apartado incorpora el estudio de las adicciones y de los patrones de consumo de sustancias, debido a su repercusión sobre la salud física y mental, la calidad de vida y la mortalidad prematura.

5.2.1. Problemas de salud física

La Gráfica 9 muestra la prevalencia, expresada en número de personas con problemas de salud por mil personas asignadas, de los principales problemas de salud seleccionados a partir de los datos disponibles en BDCAP.

Los hombres presentan una prevalencia mayor para nueve de los trece problemas de salud analizados, destacando la mayor prevalencia en neoplasias, en enfermedades cardiovasculares, en la insuficiencia renal crónica, en la EPOC, en la diabetes o en la hipertensión no complicada.

Entre los problemas analizados, los más prevalentes en los hombres son los trastornos del metabolismo lipídico (215,4 por mil), la hipertensión no complicada (179,0 por mil) y las infecciones respiratorias agudas del tracto superior (116,1 por mil). En el caso de las mujeres, los problemas de salud más prevalentes son los mismos. En comparación con estas, los hombres presentan tasas superiores de hipertensión no complicada (179,0 frente a 160,1 por mil), diabetes mellitus no insulinodependiente (83,0 frente a 57,6 por mil), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (28,2 frente a 13,2 por mil), insuficiencia renal crónica (20,3 frente a 16,2 por mil), accidente cerebrovascular (14,2 frente a 8,9 por mil), infarto agudo de miocardio (14,5 frente a 3,5 por mil) y neoplasias malignas de colon y recto (7,9 frente a 5,2 por mil) y de tráquea, bronquios y pulmón (2,6 frente a 1,2 por mil). Las diferencias relativas más marcadas se registran en las tasas de infarto agudo de miocardio, siendo algo más de tres veces superior en hombres, y en la EPOC, donde la tasa es más del doble que en mujeres.

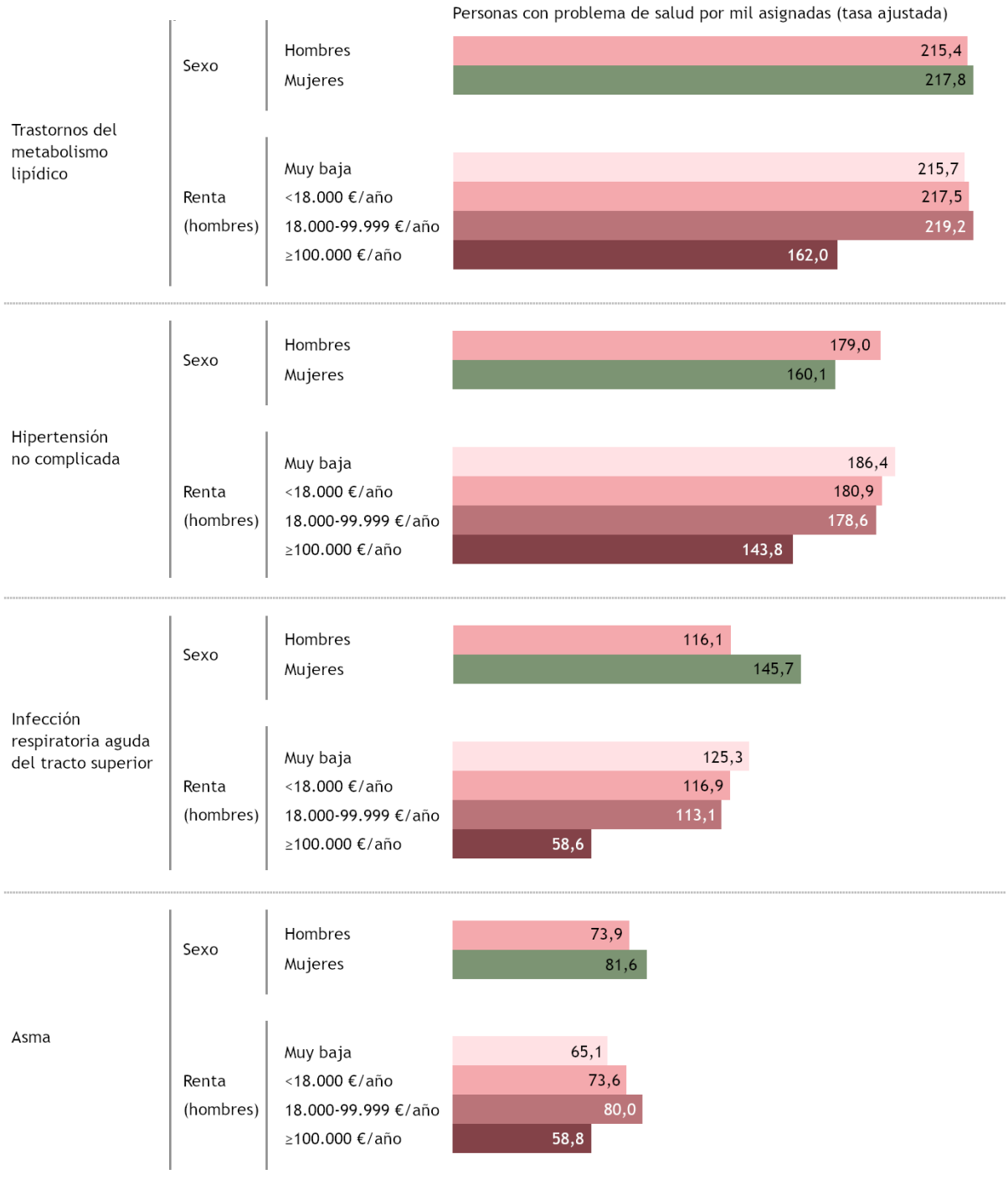
Por el contrario, las mujeres presentan una mayor prevalencia para algunos problemas de salud de tipo respiratorio, especialmente las infecciones respiratorias agudas del tracto superior (145,7 frente a 116,1 por mil), el asma (81,6 frente a 73,9 por mil), la bronquitis y bronquiolitis aguda (45,0 frente a 37,9 por mil) y, en menor medida, para los trastornos del metabolismo lipídico (217,8 frente a 215,4 por mil).

El análisis por renta permite observar el marcado gradiente social que hay para los problemas de salud en los hombres. En términos generales, los hombres de rentas anuales por encima de los 100.000 euros presentan la prevalencia más baja para todos los problemas de salud detectados, aumentando la prevalencia a medida que disminuye la renta. La desigualdad es especialmente llamativa en el caso de la EPOC, donde la tasa en hombres de rentas inferiores a 18.000 euros/año es un 114,5% superior a la de los hombres de rentas altas; en la infección respiratoria aguda del tracto superior (+99,5%); en la diabetes mellitus no insulinodependiente (+74,2%) o en la insuficiencia cardiaca (+71,9%). Estas diferencias

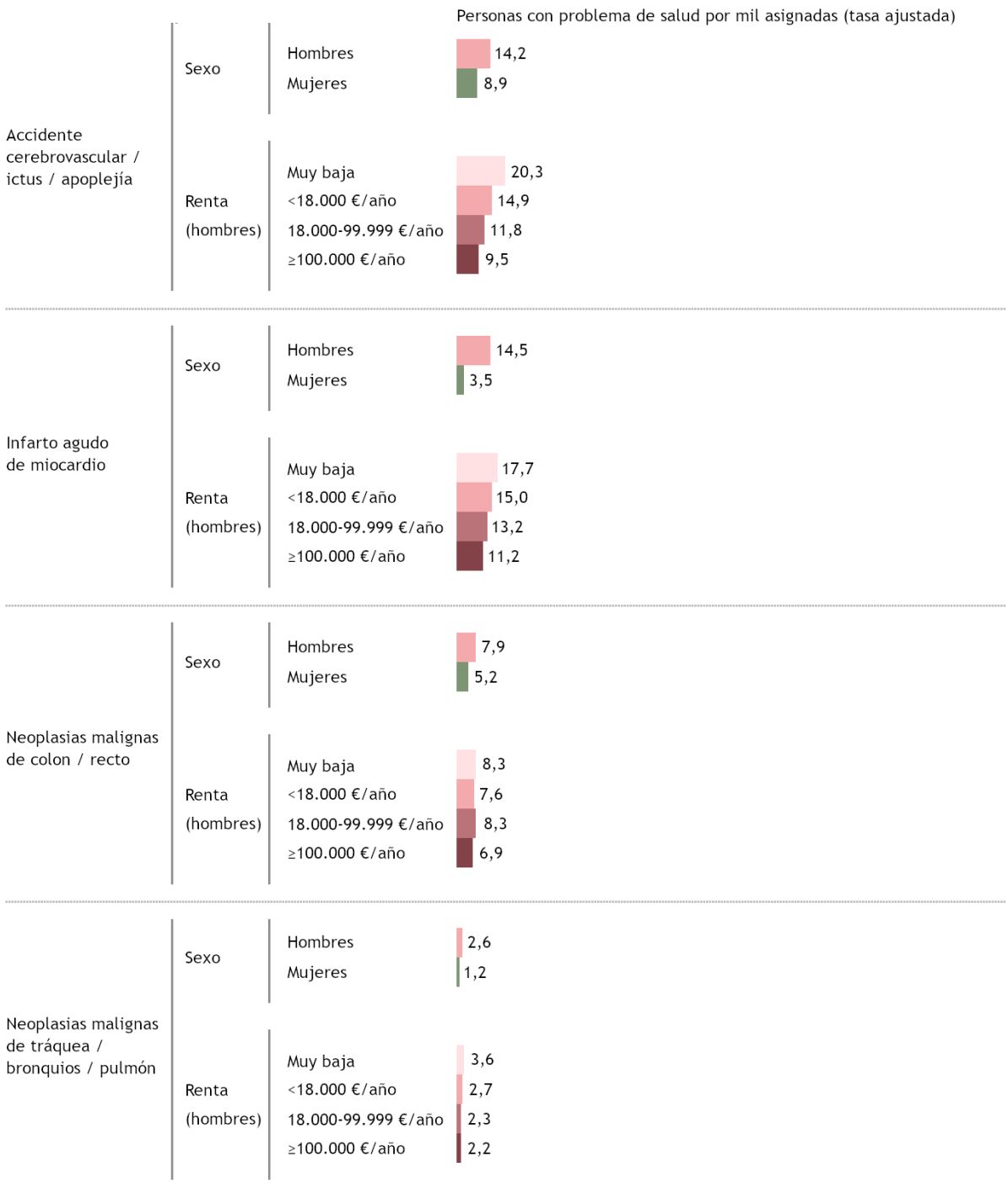
aumentan cuando comparamos con las personas con rentas muy bajas derivadas de situaciones de precariedad, las cuales suelen presentar las prevalencias más altas.

Este patrón no se observa tan claramente en el caso de los trastornos del metabolismo lipídico, donde la prevalencia es similar para los grupos de hombres por debajo de 100.000 euros anuales de renta (215-200 por mil) y es menor para las personas de mayor renta (162,0 por mil); y en el caso del asma, donde los hombres con una renta anual entre 18.000-99.999 euros registran la mayor prevalencia (80,0 por mil) en comparación con el resto. Al comparar los problemas de salud entre los hombres en función del país de nacimiento (Tabla A5), los hombres nacidos en España presentan prevalencias superiores en comparación con los hombres nacidos fuera de España. Destacan las diferencias en los trastornos del metabolismo lipídico (219,9 frente a 177,7 por mil), la hipertensión no complicada (184,0 frente a 144,0 por mil) y el asma (83,2 frente a 36,2 por mil).

Gráfica 9. Prevalencia de personas con problema de salud por mil personas asignadas ajustada por edad para los principales problemas de salud por sexo y renta (2024). Base de Datos Clínicos de Atención Primaria




Personas con problema de salud por mil asignadas (tasa ajustada)
Diabetes mellitus no insulinodependiente
Sexo
Hombres
Mujeres
83,0
57,6
Renta (hombres)
Muy baja
<18.000 €/año
18.000-99.999 €/año
≥100.000 €/año
103,9
89,7
72,6
51,5
Bonquitis / bronquiolitis aguda
Sexo
Hombres
Mujeres
37,9
45,0
Renta (hombres)
Muy baja
<18.000 €/año
18.000-99.999 €/año
≥100.000 €/año
42,1
38,3
36,7
22,2
Insuficiencia renal crónica
Sexo
Hombres
Mujeres
20,3
16,2
Renta (hombres)
Muy baja
<18.000 €/año
18.000-99.999 €/año
≥100.000 €/año
23,6
20,5
19,6
15,4
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
Sexo
Hombres
Mujeres
28,2
13,2
Renta (hombres)
Muy baja
<18.000 €/año
18.000-99.999 €/año
≥100.000 €/año
39,7
31,1
22,3
14,5
Insuficiencia cardiaca
Sexo
Hombres
Mujeres
13,2
10,4
Renta (hombres)
Muy baja
<18.000 €/año
18.000-99.999 €/año
≥100.000 €/año
18,5
14,1
10,7
8,2



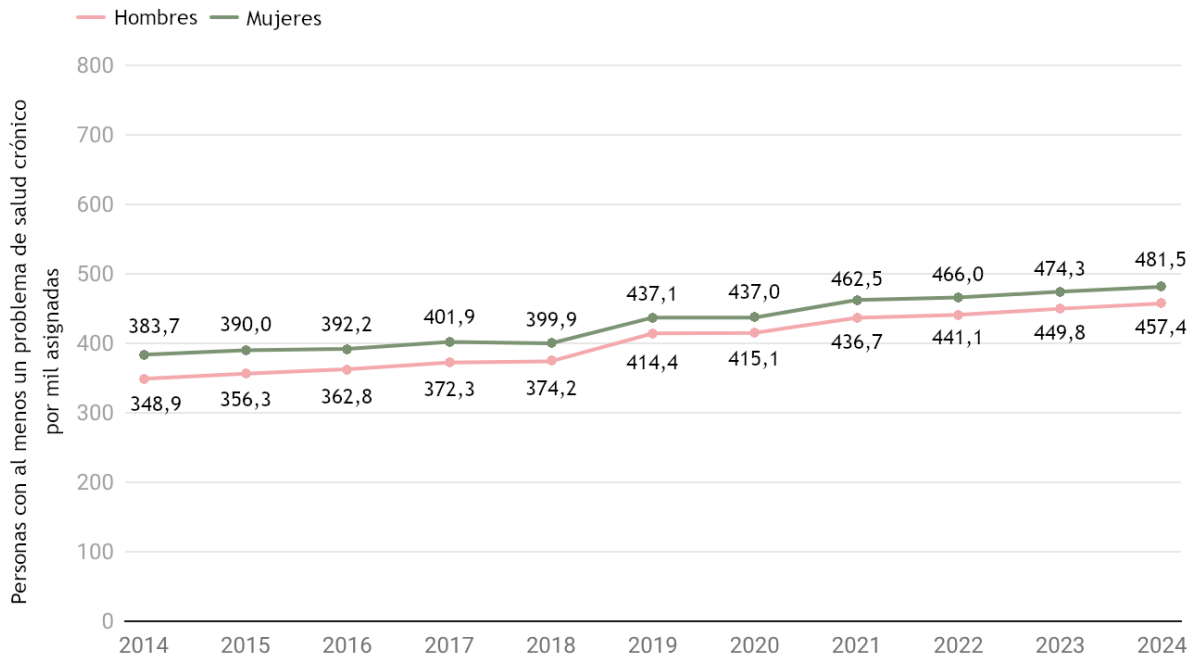
5.2.2. Perfil de cronicidad

En las últimas décadas, se ha producido un cambio a nivel epidemiológico en la sociedad española: las principales patologías responsables de la carga de enfermedad son las enfermedades crónicas, habiéndose reducido tanto la incidencia como la prevalencia de las enfermedades transmisibles. Además, el aumento de la esperanza de vida conlleva también

una mayor carga de cronicidad, esto es, la presencia de una o varias enfermedades crónicas que tienen impacto en la salud y en la calidad de vida de las personas. Así, para entender el impacto de este cambio a nivel de la salud de la población y de la asistencia sanitaria, es necesario evaluar el perfil de cronicidad de la población.

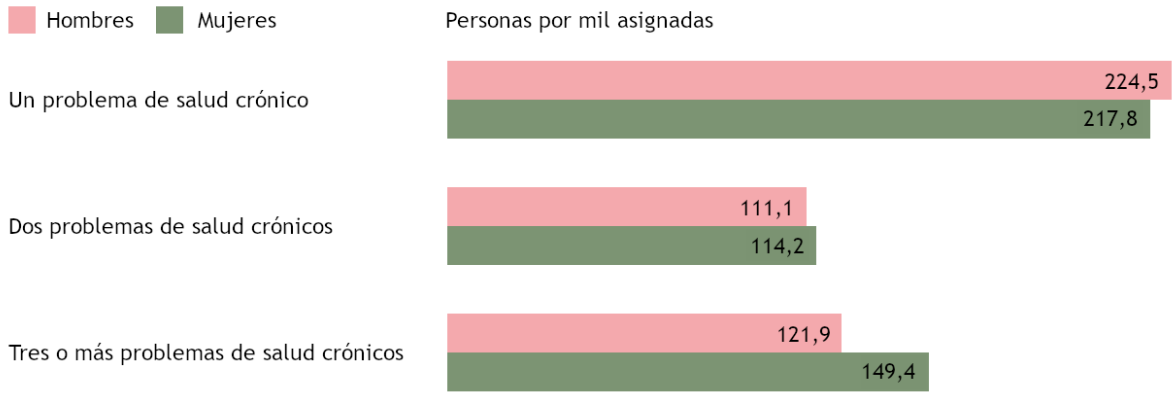
En la Gráfica 10 se observa la evolución de la tendencia de la cronicidad entre 2014-2024. En términos generales, la prevalencia de personas con al menos un problema de salud crónico ha aumentado en alrededor de cien puntos en dicho periodo, siendo la cifra en el último año de 481,5‰ en mujeres y de 457,4‰ en hombres. Esto supone una diferencia por sexo de un 5,3%, la cual se ha reducido a casi la mitad respecto de la del 2014 (10,0%).

Gráfica 10. Tasa de personas con al menos un problema de salud crónico por mil asignadas (2014-2024). Base de Datos Clínicos de Atención Primaria



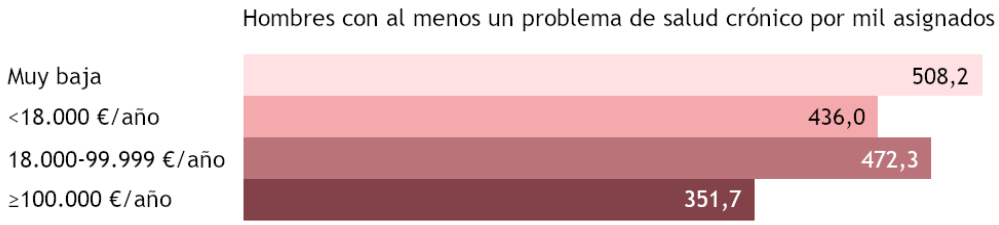
Al analizar los datos de prevalencia en función del número de problemas crónicos (Gráfica 11), se observa que, a mayor número de problemas de salud crónicos, mayor carga de enfermedad en el caso de las mujeres. Para un solo problema de salud crónico, los hombres presentan una prevalencia ligeramente superior en comparación con las mujeres (224,5‰ frente a 217,8‰), mientras que, para la categoría de tres o más problemas de salud, la prevalencia en mujeres es un 22,6% superior (149,4‰ frente a 121,9‰).

Gráfica 11. Prevalencia de cronicidad por mil personas asignadas según sexo (2024). Base de Datos Clínicos de Atención Primaria



Por su parte, a través del análisis de la prevalencia en función del nivel de renta en los hombres (Gráfica 12), se constata un marcado gradiente social en términos generales: a mayor renta, menor es la prevalencia de problemas de salud crónicos. En comparación con los hombres de mayor renta, los hombres de menor renta, de rentas por debajo de los 18.000 euros anuales y de rentas entre 18.000-99.999 euros anuales presentan una prevalencia un 44,5%, un 24,0% y un 34,3% superior, respectivamente. En el caso del análisis por país de nacimiento (Tabla A5), la prevalencia es un 64,1% superior en los hombres nacidos en España (489,6 frente a 298,4).

Gráfica 12. Tasa de hombres con al menos un problema de salud crónico según renta (2024). Base de Datos Clínicos de Atención Primaria



5.2.3. Salud mental

La salud mental constituye una dimensión fundamental de la salud y el bienestar de la población. Por ello, para caracterizar de manera integral el estado de salud de los hombres, este apartado analiza diversos indicadores de salud mental, incluyendo la prevalencia de determinados problemas de salud mental, el consumo de medicamentos y la conducta suicida, desagregando por sexo, renta o nivel educativo, y país de nacimiento en función del indicador.

Prevalencia de problemas de salud mental

La Gráfica 13 pone de manifiesto una mayor prevalencia de los problemas de salud mental en las mujeres que en los hombres. De los seis problemas analizados, las mujeres presentan una prevalencia superior en cuatro de ellos, entre los que se encuentran los tres más prevalentes en la población española: los trastornos de ansiedad, los trastornos del sueño y los trastornos depresivos.

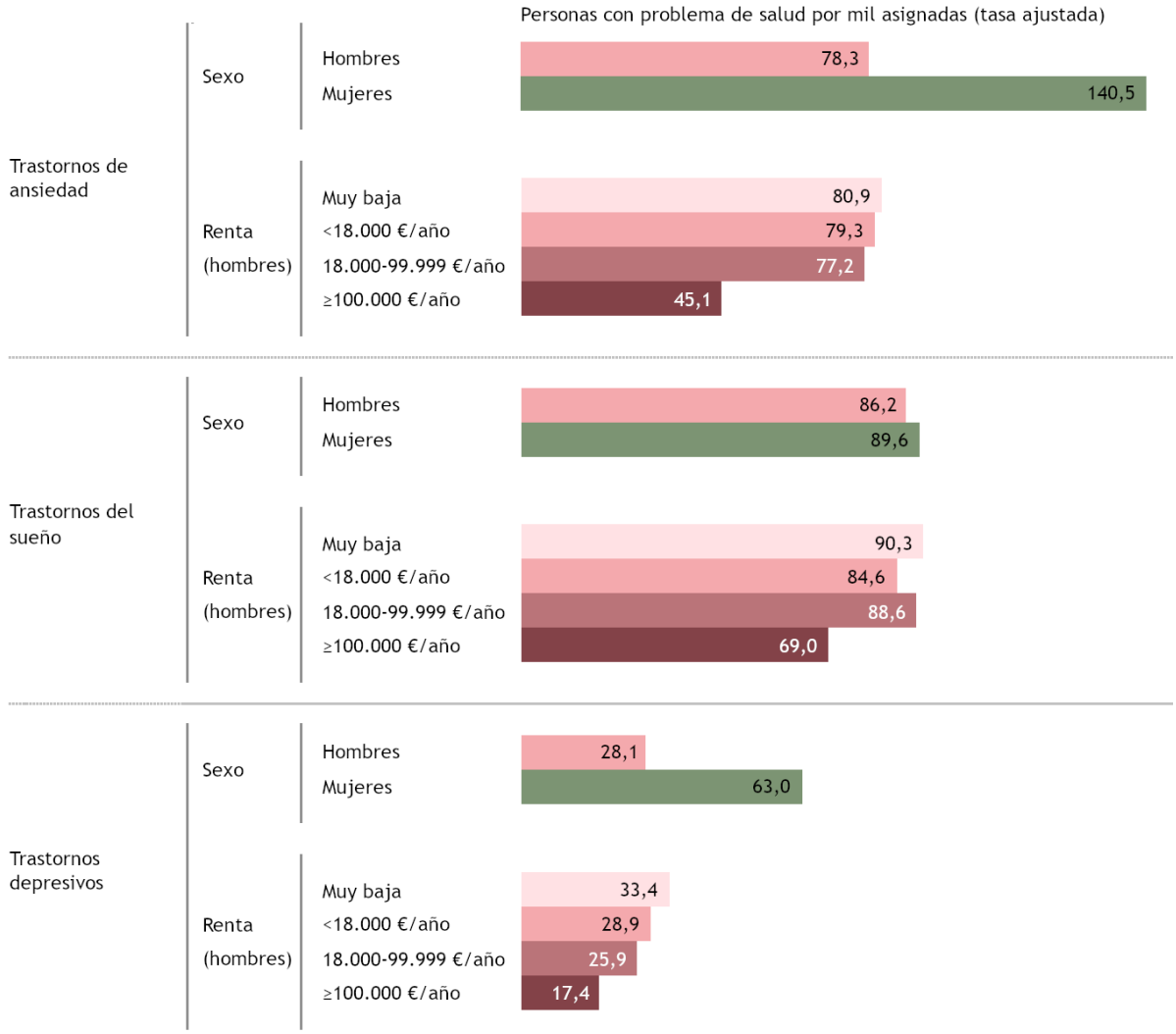
Los trastornos de ansiedad constituyen uno de los problemas de salud mental más frecuentes en hombres y en mujeres. La prevalencia en mujeres es un 79,4% superior que en hombres (140,5 frente a 78,3 personas por mil). Las diferencias en el caso de los trastornos depresivos también son llamativas: las mujeres presentan una prevalencia un 124,2% superior en comparación con la de los hombres (63,0 frente a 28,1 personas por mil). Para el resto de problemas de salud mental, las diferencias son más reducidas, incluso registrándose una mayor prevalencia en hombres en el caso de los trastornos hipercinéticos (14,2 frente a 5,9 personas por mil) y en la esquizofrenia (4,7 frente a 2,7 personas por mil).

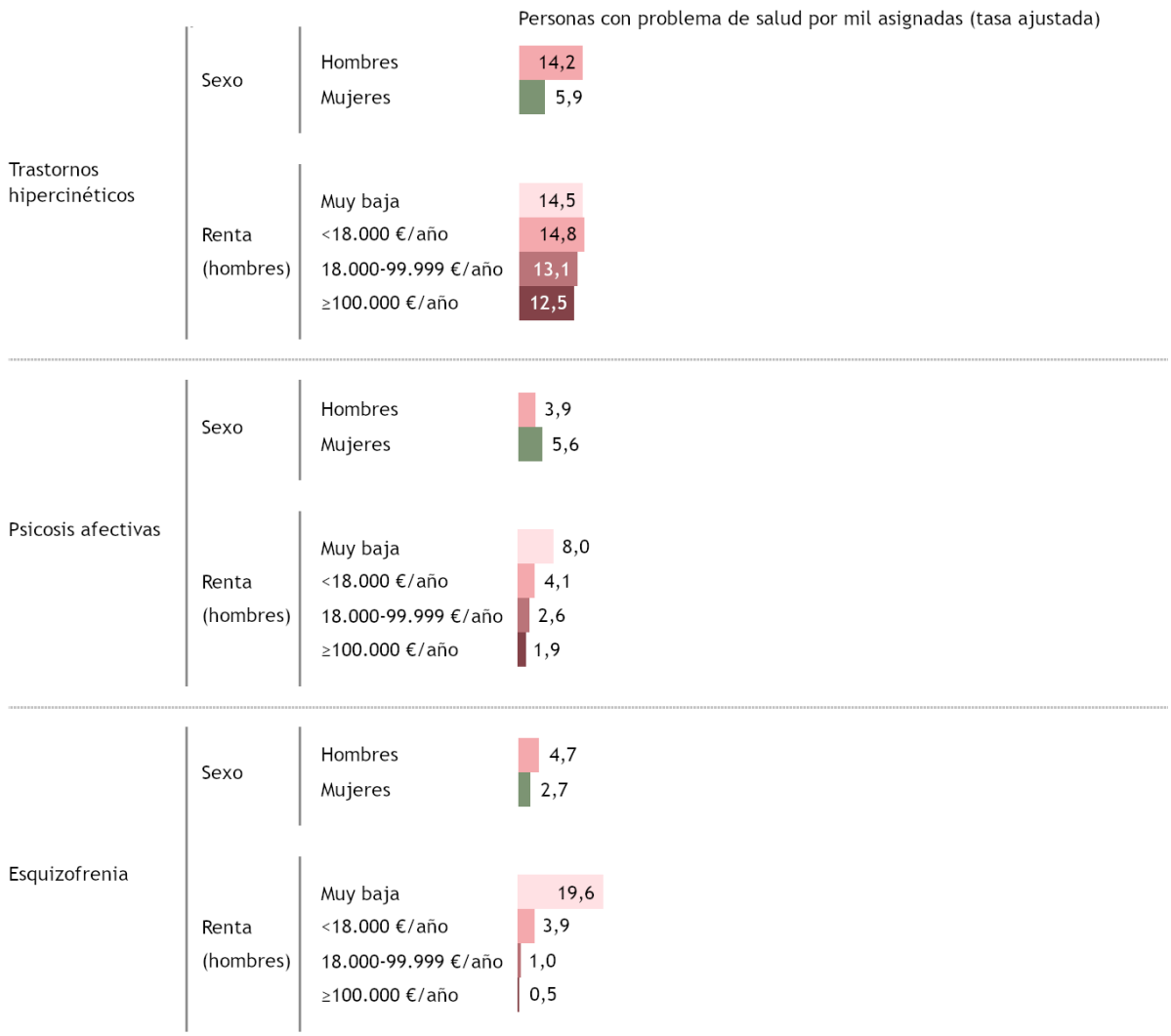
En todos los problemas de salud mental se observa un gradiente social por renta en los hombres, siendo aquellos con rentas superiores a los 100.000 euros anuales quienes presentan una menor prevalencia. En comparación con el grupo de hombres de rentas altas, la prevalencia en hombres con rentas inferiores a 18.000 euros fue un 75.8% superior para los trastornos de ansiedad, un 22,6% superior para los trastornos del sueño y un 66,1% superior para los trastornos depresivos. Este gradiente no es tan marcado en el caso de los trastornos hipercinéticos, las psicosis afectivas y la esquizofrenia, pero destaca la prevalencia más elevada en términos relativos para estos dos últimos problemas de salud entre los hombres con rentas muy bajas vinculadas a situaciones de precariedad.

De nuevo, el análisis de la Tabla A5 muestra prevalencias superiores en los hombres nacidos en España para todos los problemas de salud mental analizados. Destacan las diferencias

observadas en los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos y las psicosis afectivas, cuyas prevalencias son aproximadamente el doble que las registradas entre los hombres nacidos en el extranjero. Estas diferencias son aún más acusadas en los trastornos hipercinéticos y la esquizofrenia, donde las prevalencias casi triplican las observadas en la población nacida fuera de España.

Gráfica 13. Prevalencia de problemas de salud mental por mil personas asignadas según sexo y renta en hombres (2024). Base de Datos Clínicos de Atención Primaria





Consumo de medicamentos relacionados con la salud mental

El consumo de medicamentos en salud mental permite identificar la carga de problemas de salud mental o de situaciones de malestar, además de la atención sanitaria recibida y detectar también diferencias entre grupos de la población. La Gráfica 14 muestra el consumo de medicamentos relacionados con la salud mental expresado a partir de la dosis diaria definida (DDD), un indicador que refleja el consumo promedio de medicamentos.

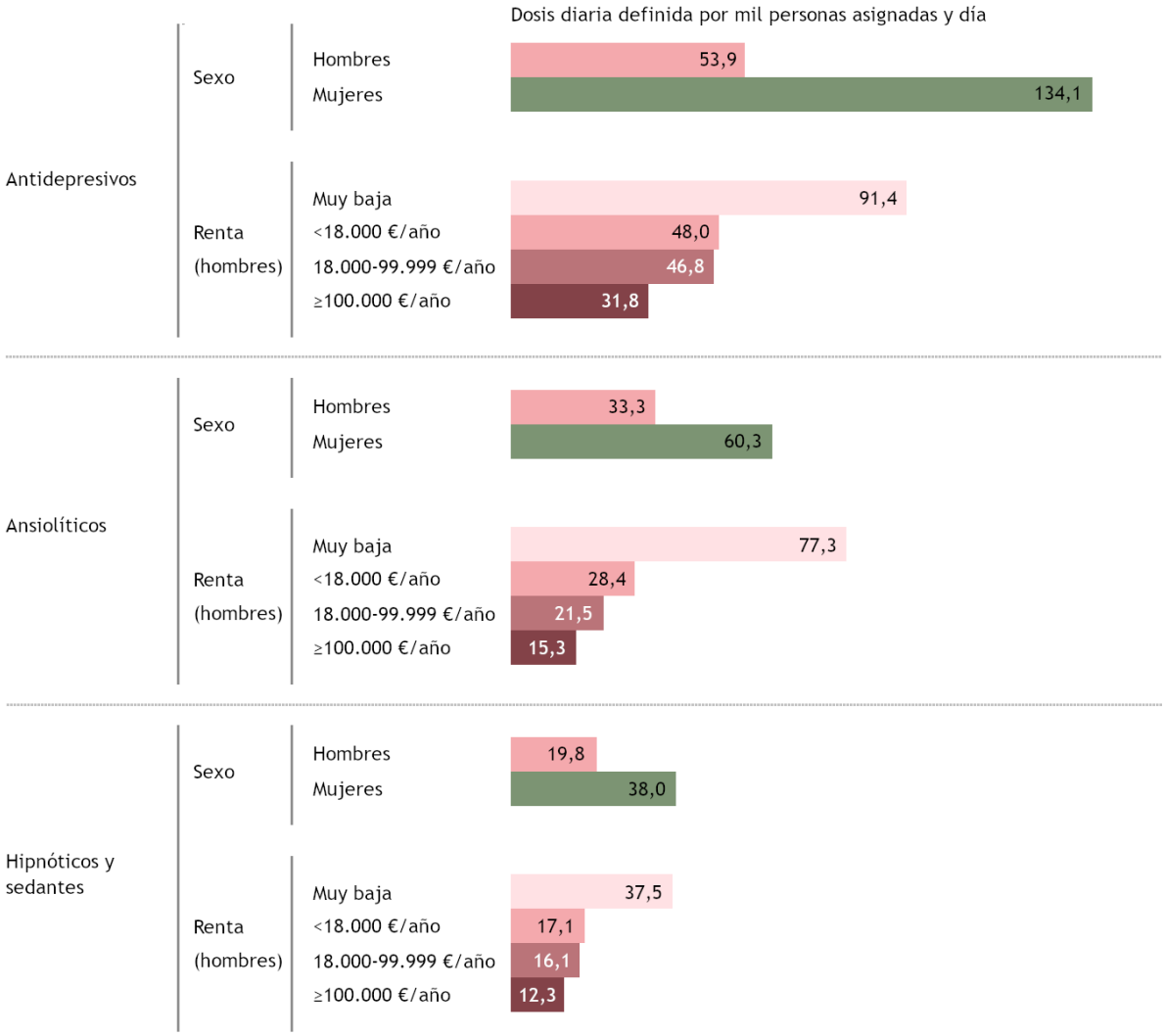
Los antidepresivos constituyen el grupo de medicamentos de salud mental de mayor consumo tanto en hombres como en mujeres. No obstante, las mujeres registran un consumo muy superior, con 134,1 DDD por mil personas asignadas y día, frente a las 53,9 de los hombres. Esta diferencia supone un 148,8% más en las mujeres cuando la prevalencia de depresión en mujeres es un 124,2% superior, pudiendo indicar una medicalización de

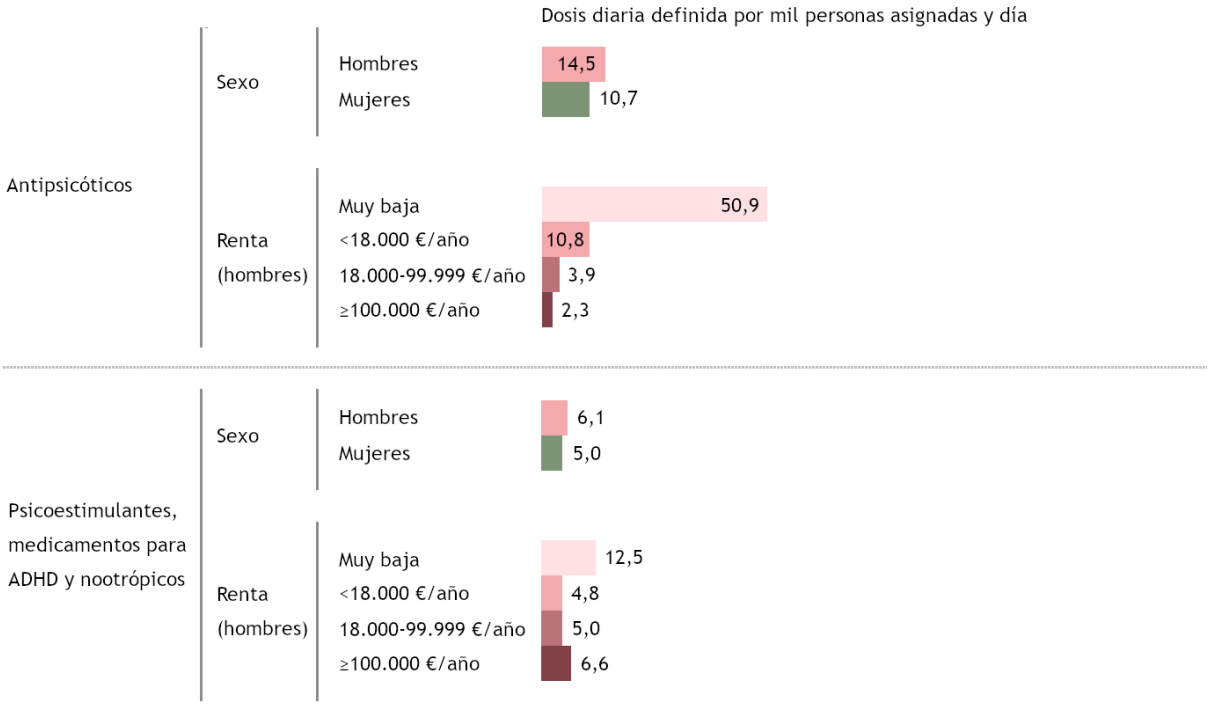
ciertos malestares en el caso de las mujeres. En el caso del consumo de ansiolíticos, el consumo en mujeres es alrededor del doble que en hombres (60,3 frente a 33,3 DDD por mil personas asignadas y día). Respecto del consumo de hipnóticos y sedantes, las mujeres presentan un consumo un 91,9% superior (38,0 frente a 19,8 DDD por mil personas asignadas y día). En el caso de los medicamentos antipsicóticos y psicoestimulantes, el consumo es ligeramente superior en hombres: 14,5 frente a 10,7 DDD en el caso de los antipsicóticos, y 6,1 frente a 5,0 DDD en el caso de los psicoestimulantes, medicamentos para ADHD y nootrópicos.

El gradiente social por renta en el consumo de medicamentos relacionados con la salud mental es patente al observar los datos de consumo en hombres, siendo aquellos con rentas muy bajas por situaciones de precariedad los que presentan un mayor consumo de medicamentos en términos generales, reduciéndose el consumo a medida que la renta aumenta. Respecto de los hombres con rentas muy altas (por encima de los 100.000 euros anuales), las personas de rentas por debajo de los 18.000 euros anuales registran un consumo de antidepresivos un 50,9% superior; de ansiolíticos un 85,6% superior; de hipnóticos y sedantes un 39,0% superior; y de antipsicóticos más de tres veces más. La única excepción se observa en el caso de los psicoestimulantes, donde los hombres con rentas muy altas consumen un 37,5% más de este tipo de medicamentos respecto de los hombres con rentas por debajo de 18.000 euros.

Los resultados de consumo de medicamentos para problemas de salud mental en función del país de nacimiento son coherentes con las diferencias en las prevalencias de los problemas de salud mental, siendo el consumo de psicofármacos sistemáticamente mayor entre los nacidos en España (Tabla A5). No obstante, las diferencias en el consumo son más acusadas que las observadas en la prevalencia de los trastornos mentales. Así, el consumo de antidepresivos en los hombres nacidos en España alcanzó las 59,8 DDD por mil, frente a las 17,9 DDD por mil registradas en los nacidos en el extranjero. De este modo, mientras que la prevalencia de trastornos depresivos fue aproximadamente 2 veces superior en los hombres nacidos en España (31,0 frente a 17,3 problemas de salud por mil hombres asignados), el consumo de antidepresivos fue más de tres veces mayor. Este mismo patrón se observa entre trastornos de ansiedad (96,0% más prevalentes) y ansiolíticos (consumo un 238,9% mayor), así como entre psicosis afectivas (130,0% más prevalentes) y antipsicóticos (consumo un 186,0% mayor).

Gráfica 14. Consumo de medicamentos relacionados con la salud mental (Dosis Diaria Definida por mil personas asignadas y día) según sexo y renta en hombres (2024). Base de Datos Clínicos de Atención Primaria



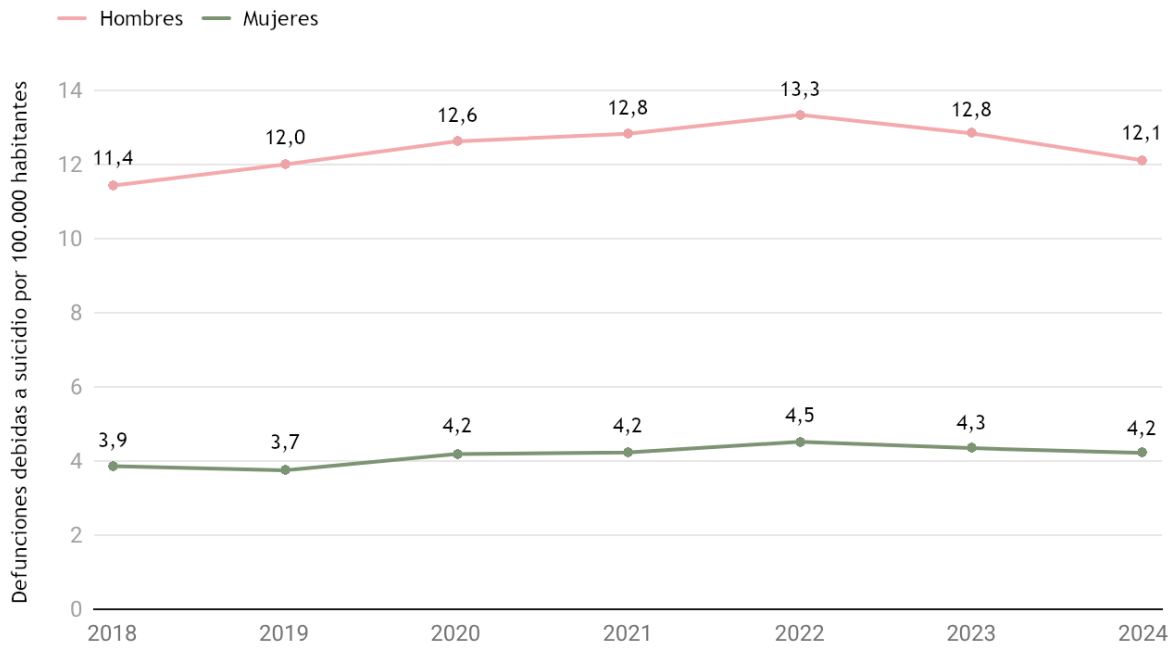


Conducta suicida

En este apartado se muestran los datos relativos a la tasa de mortalidad por suicidio (número de defunciones por 100.000 habitantes), a partir de datos del INE, y a la prevalencia de conducta suicida (número de personas por mil asignadas), a partir de los datos de BDCAP. Por este motivo, en los análisis desagregados de hombres en función de la posición socioeconómica, los datos de mortalidad del INE se detallan por el nivel educativo, mientras que en el caso de los datos de conducta suicida de BDCAP los datos se presentan por nivel de renta.

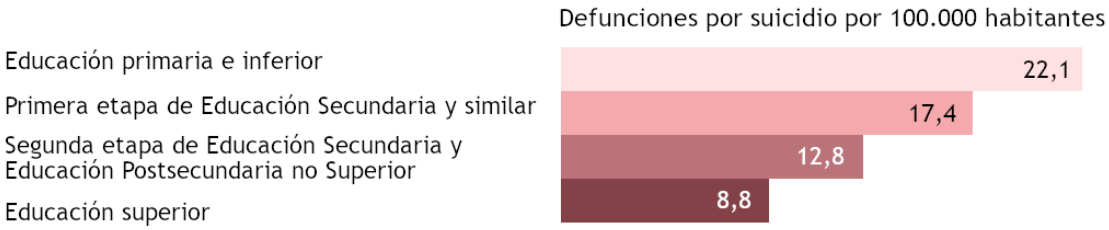
La Gráfica 15 muestra la evolución de la tasa de mortalidad por suicidio entre el periodo 2018-2024. A lo largo del periodo, la tasa en hombres aproximadamente triplica la de mujeres en todos los años. En el año 2024, la tasa en hombres fue de 12,1 frente a 4,2 en las mujeres, siendo el año 2022 en el que mayor diferencia en términos absolutos se registró (13,3 en hombres frente a 4,5 en mujeres). En el periodo analizado, mientras que la tasa de suicidios en mujeres se mantuvo relativamente estable (rango entre 3,9-4,5), esta tasa en hombres experimentó más variación (rango entre 11,4-13,3). La tasa de suicidios en hombres aumentó de forma sostenida desde 11,4 por 100.000 habitantes en 2018 hasta el año 2022 con una tasa de 13,3, para luego descender hasta el 12,1 registrado en 2024.

Gráfica 15. Evolución de la tasa de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes según sexo (2018-2024). Instituto Nacional de Estadística



Al estudiar las diferencias en la tasa de suicidio entre los hombres según el nivel educativo (Gráfica 16), se observa que, a menor nivel educativo, mayor es la tasa de suicidio. Los hombres con educación primaria e inferior presentan una tasa de suicidio un 151,1% mayor en comparación con los hombres con un nivel de educación superior (22,1 frente a 8,8 defunciones por suicidio por 100.000 habitantes).

Gráfica 16. Tasa de suicidio en hombres mayores de 16 años según el nivel educativo (2024). Instituto Nacional de Estadística

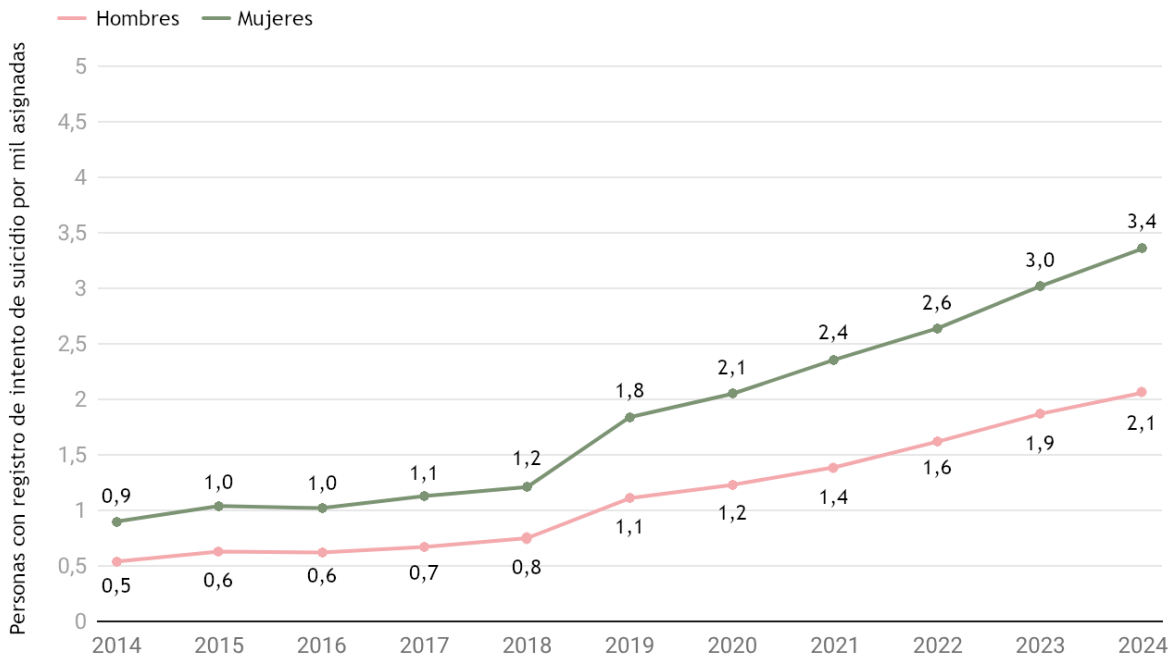


A partir de los datos de BDCAP podemos analizar las diferencias en los intentos de suicidio. Si bien la codificación del CIAP-2 hace referencia a suicidios e intentos de suicidio (P77: Suicidio/Intento de suicidio), al tratarse de datos registrado en atención primaria, es

razonable asumir que la gran mayoría de estos casos corresponden a tentativas de suicidio, siendo los datos del INE los más precisos a la hora de analizar los suicidios consumados. Las tasas que se muestran en este caso están estandarizadas por edad para eliminar la influencia de esta variable a la hora de su interpretación.

El patrón en los intentos de suicidio que se muestra en la Gráfica 17 recoge que son las mujeres las que presentan una mayor tasa de intentos de suicidios en comparación con los hombres para todo el periodo. En 2024, la tasa en mujeres fue de 3,4 frente a 2,1 en hombres. Se pueden distinguir dos periodos en los datos. Entre 2014-2018, las tasas se mantuvieron, tanto en hombres como en mujeres, relativamente estables y con diferencias menores entre sí (alrededor de +0,4 puntos por encima en las mujeres). A partir del 2019, las tasas aumentan en ambos sexos y la diferencia entre sí aumenta. En las mujeres, la tasa de intentos de suicidio aumenta de 1,8 en 2019 a 3,4 en 2024, mientras que en los hombres aumenta de 1,1 a 2,1 en el mismo periodo. La diferencia entre mujeres y hombres pasa de 0,7 puntos en 2019 a 1,3 en 2024. Si bien la tendencia muestra un aumento, la magnitud en términos absolutos se mantiene en cifras relativamente bajas.

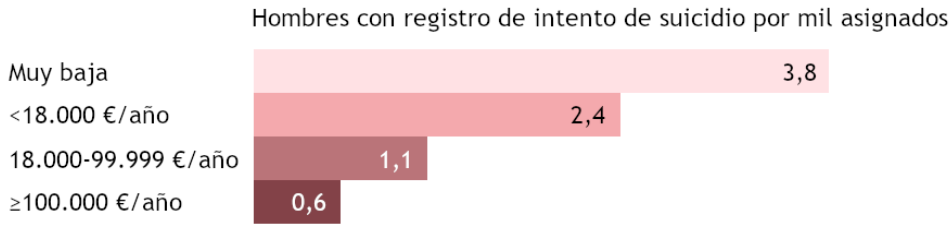
Gráfica 17. Evolución de la tasa estandarizada por edad de personas con registro de intento de suicidio por mil personas asignadas según sexo (2014-2024). Base de Datos Clínicos de Atención Primaria



Las tasas de intentos de suicidio también muestran el mismo patrón por nivel educativo observado en las tasas de mortalidad por suicidios mostradas previamente, siendo los

hombres con rentas bajas vinculadas a situaciones de precariedad los que reportan las mayores tasas. Los hombres con rentas inferiores a 18.000 euros anuales presentan una tasa de intentos de suicidio de 2,4 por mil personas asignadas; los hombres con rentas entre 18.000 y 99.999 euros anuales 1,1 intentos de suicidio por mil personas asignadas; y los hombres de mayor renta (más de 100.000 euros anuales) una tasa de 0,6 por mil personas asignadas. El grupo de hombres con rentas muy bajas por situaciones de precariedad presentan las tasas más altas (3,8 por mil).

Gráfica 18. Tasa estandarizada por edad de hombres con registro de intento de suicidio por mil personas asignadas según la renta anual (2024). Base de Datos Clínicos de Atención Primaria



Como se muestra en la Tabla A5 en relación con las tasas de intentos de suicidio en función del país de nacimeinto, la tasa fue más prevalente en hombres nacidos en España que en los hombres nacidos en el extranjero (2,2 frente a 1,5 por mil).

5.2.4. Adicciones

El consumo de sustancias y las adicciones es uno de los ámbitos de la salud donde el género tiene una influencia importante, condicionando tanto el acceso a determinadas sustancias como la edad de inicio, la frecuencia de consumo y los patrones de consumo problemático. Las normas de género y la construcción de la masculinidad hacen que los hombres sean más propensos a tener comportamientos de riesgo, lo cual repercute en el consumo de sustancias y en las adicciones, afectando de manera negativa a la salud de los hombres en particular.

Consumo de drogas

A partir de la encuesta EDADES, realizada a personas entre 15-64 años, se analizan los patrones de consumo de la población de alcohol, tabaco, cannabis y cocaína a partir de los siguientes indicadores: consumo alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los

últimos 30 días (Gráfica A4). Además, para el alcohol y el tabaco, al ser las drogas más consumidas, se incluyen otros indicadores que permiten disponer de información precisa sobre los patrones de consumo y las diferencias existentes.

El alcohol y el tabaco son las dos sustancias más consumidas por la población, y los hombres son los que registran un mayor consumo de todas las sustancias analizadas, de acuerdo con los indicadores estudiados. En cuanto al consumo en el último año, los hombres consumieron alcohol con mayor frecuencia que las mujeres (81,7% frente a 71,2%), así como tabaco (40,9% frente a 32,7%) y cannabis (16,0% frente a 9,2%). Estas tendencias también se observan para el consumo más reciente en el último mes para el alcohol (70,9% frente a 56,0%), el tabaco (37,9% frente a 30,0%) y el cannabis (13,4% frente a 7,6%). En el caso del consumo de cocaína, las diferencias en los indicadores de consumo reciente son menores debido a que la magnitud del consumo es más reducida para esta sustancia, registrándose las mayores diferencias para el consumo alguna vez en la vida donde casi uno de cada cinco hombres ha consumido cocaína, mientras que en el caso de las mujeres es menos de una de cada diez.

En cuanto a los indicadores de consumo de tabaco y alcohol (Tabla A6), la edad de inicio es similar en hombres y mujeres, situándose alrededor de los 16-17 años para ambas sustancias. En los indicadores de consumo intensivo de alcohol es donde se observan diferencias más marcadas entre hombres y mujeres. Un 15,4% de los hombres consumieron alcohol de forma diaria en el último mes frente a un 5,7% de las mujeres, lo que supone una proporción un 170,2% superior. En el caso del consumo en atracón[40] y las intoxicaciones etílicas, la proporción de hombres es un 74,4% superior (20,4% frente a 11,7%) y 83,7% superior (19,1% frente a 10,4%) en comparación con las mujeres, respectivamente.

La Gráfica A5 muestra que, con carácter general, las personas con menores niveles de estudios presentan porcentajes de consumo más elevados de tabaco, cannabis y cocaína. Esta prevalencia disminuye progresivamente a medida que aumenta el nivel educativo, alcanzando los valores más bajos entre las personas con estudios universitarios. Concretamente, la proporción de hombres que consumieron tabaco, cannabis y cocaína en el último año fue 50,6%, 17,4% y 4,2%, respectivamente, entre los hombres con menor nivel de estudios, y 32,0%, 12,4% y 2,6%, respectivamente, entre aquellos con estudios universitarios; patrón que se repite al observar el consumo en los últimos 30 días.

[40] El consumo en atracón se define como un consumo de cinco o más bebidas alcohólicas en el caso de los hombres (cuatro en el caso de las mujeres) en un intervalo de dos horas

En contraste, el consumo de alcohol muestra un patrón diferente, ya que los hombres con estudios universitarios presentan porcentajes de consumo superiores a los observados en aquellos con niveles educativos intermedios o más bajos.

El patrón expuesto se reproduce al analizar el consumo alguna vez en la vida, con la excepción del consumo de cannabis. En concreto, los hombres con estudios secundarios fueron los que en mayor porcentaje afirmaron haber consumido cannabis alguna vez en la vida (52,3%), seguidos de los hombres con estudios universitarios (50,5%) y de los hombres sin estudios o con estudios primarios (46,4%).

En concordancia, la Tabla A7 muestra un consumo diario de tabaco mayor en los hombres con menor nivel de estudios, de modo que el 40,5% había consumido diariamente en los últimos 30 días frente al 30,1% con estudios secundarios y el 19,8% de hombres con estudios universitarios. La edad media de inicio de consumo de tabaco también es menor en personas sin estudios o con estudios primarios (15,7 años frente a 16,3 y 16,9).

Los indicadores relacionados con el consumo de alcohol muestran una mayor prevalencia de consumo agudo entre los hombres con estudios secundarios y universitarios que entre aquellos sin estudios o con estudios primarios. En concreto, la prevalencia del consumo de alcohol en atracón durante los últimos 30 días alcanza el 20,8% en los hombres con estudios secundarios y el 20,7% en los universitarios, frente al 15,9% registrado en los hombres con menor nivel educativo. Del mismo modo, las intoxicaciones etílicas en los últimos 12 meses presentan porcentajes superiores en los hombres con estudios secundarios (19,4%) y universitarios (18,1%) respecto a aquellos sin estudios o con estudios primarios (17,9%), aunque las diferencias en este caso son menos acusadas.

Por último, el análisis del consumo de sustancias en hombres (Tabla A8) según su país de nacimiento muestra mayores consumos generalizados por parte de los encuestados nacidos en España. Las diferencias son especialmente relevantes en el caso del alcohol, tanto para el consumo alguna vez en la vida (95,7% frente a 84,4%), como en los últimos 12 meses (83,6% frente a 69,7%) y en los últimos 30 días (72,8% frente a 59,6%). Este patrón se repite en el caso del consumo de tabaco, cannabis y cocaína en todos los periodos analizados.
A su vez, el análisis de la Tabla A7 revela que los hombres nacidos en España presentan un mayor consumo diario de tabaco (30,2% frente a 21,3%), así como una mayor frecuencia de consumo de alcohol en atracón en los últimos 30 días (20,8% frente a 18,0%) y de intoxicaciones etílicas en los últimos 12 meses (19,5% frente a 16,2%). Asimismo, los hombres nacidos en el extranjero refieren una edad media de inicio más tardía tanto para el consumo de alcohol (16,7 frente a 15,8 años) como de tabaco (17,2 frente a 16,3 años).

Adicciones comportamentales

Las adicciones comportamentales -o sin sustancia- también conllevan una serie de repercusiones en la salud de las personas, así como de sus familias. En la Gráfica A6 se muestra la prevalencia de las principales adicciones comportamentales y su distribución por sexo en el año 2024.

Se puede observar que existe un patrón diferenciado en función del sexo. Los hombres recurrieron con mayor frecuencia al juego de azar, tanto online como presencial, bien sea en el último año o en el último mes. Las diferencias por sexo son más llamativas en el caso del juego de azar online, donde un 8,2% de los hombres había jugado en el último año frente a un 2,6% de mujeres, y en el último mes fueron un 3,6% de hombres frente a un 0,8% de mujeres. La proporción de hombres que presentaron un posible juego problemático también fue superior (2,2% frente a 0,7%). En el caso del juego de azar presencial, las diferencias fueron más reducidas en el indicador para los últimos 12 meses (54,8% de hombres frente a 51,1% de mujeres) en comparación con el último mes (26,3% en hombres frente a 20,1% en mujeres). En el indicador de posible uso problemático de internet, la proporción de hombres (3,6%) y mujeres (3,7%) fue similar.

En la Gráfica A7 se presenta la desagregación de la prevalencia de juego de azar con dinero en hombres según su nivel educativo. Su análisis pone de manifiesto una mayor participación en el juego de azar online, tanto en los últimos 12 meses como en los últimos 30 días, entre los hombres con mayores niveles de estudios. En cuanto al juego de azar presencial, no se observan diferencias relevantes en la participación durante los últimos 12 meses según el nivel educativo. Sin embargo, considerando los últimos 30 días, la proporción de jugadores es mayor entre los hombres sin estudios o con estudios primarios (33,4%), seguida de los hombres con estudios secundarios (26,3%) y de aquellos con estudios universitarios (22,9%).

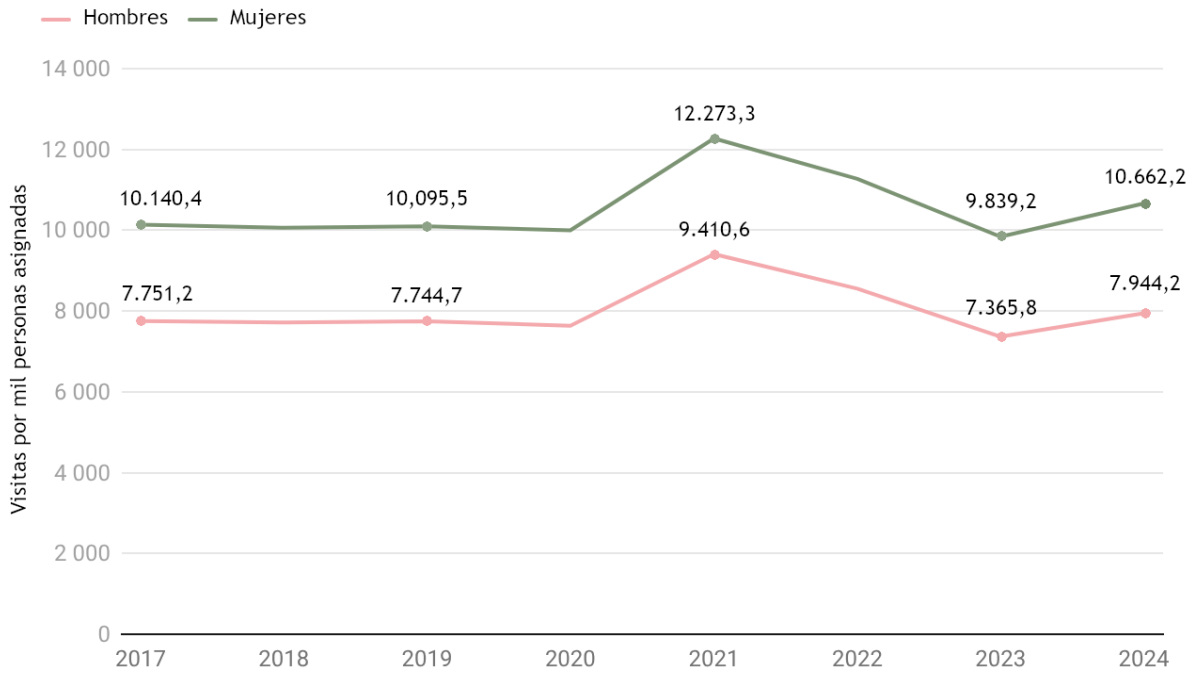
Por último, el análisis del juego de azar con dinero según el país de nacimiento (Tabla A9) muestra una mayor participación de los hombres nacidos en España tanto en el juego online como en el presencial. Las diferencias son especialmente acusadas en el juego presencial, cuya prevalencia en los últimos 12 meses alcanza el 57,0% entre los hombres nacidos en España, frente al 41,1% de los nacidos en el extranjero, y en los últimos 30 días el 27,9% frente al 16,4%, respectivamente. Asimismo, el juego de azar online presenta prevalencias superiores entre los hombres nacidos en España tanto en los últimos 12 meses (8,5% frente a 6,4%) como en los últimos 30 días (3,8% frente a 2,7%).

6. Interacción con el sistema sanitario

Cómo la población interactúa con el sistema sanitario aporta información sobre los comportamientos relacionados con la salud de las personas. En el caso de los hombres, su análisis adquiere especial interés debido a la existencia de determinados estereotipos de género asociados a la autosuficiencia, la resistencia al malestar o la menor búsqueda de ayuda sanitaria. Por ello, en este apartado se analizan diversos indicadores de utilización de los servicios sanitarios para explorar las posibles diferencias en las conductas de asistencia y atención a la salud a partir de los datos disponibles en BDCAP y en el Barómetro Sanitario.

Cuando analizamos el número de visitas a atención primaria por mil personas asignadas que realiza la población (Gráfica 19), se observa que las mujeres registran una mayor tasa de visitas en comparación con los hombres. En el 2024, la tasa de visitas en mujeres fue de 10.662,2 y en hombres fue de 7.944,2, lo que supone una tasa en mujeres un 34,2% superior. Las diferencias absolutas por sexo se mantuvieron estables a lo largo del periodo. Al comparar la tasa de visitas entre el 2017 y el 2024, esta experimentó en mujeres un aumento del 5,1% (tasa de 10.662,2 por mil frente a 10.140,4 por mil), mientras que en los hombres el incremento fue del 2,5% (tasa de 7.944,2 por mil frente a 7.751,2 por mil). La tendencia muestra como las visitas aumentaron en el año posterior a la pandemia (2021), para posteriormente disminuir entre el 2022-2023 y aumentar ligeramente en el último año de la serie.

Gráfica 19. Evolución del número de visitas por mil personas asignadas según sexo (2017-2024). Base de Datos Clínicos de Atención Primaria

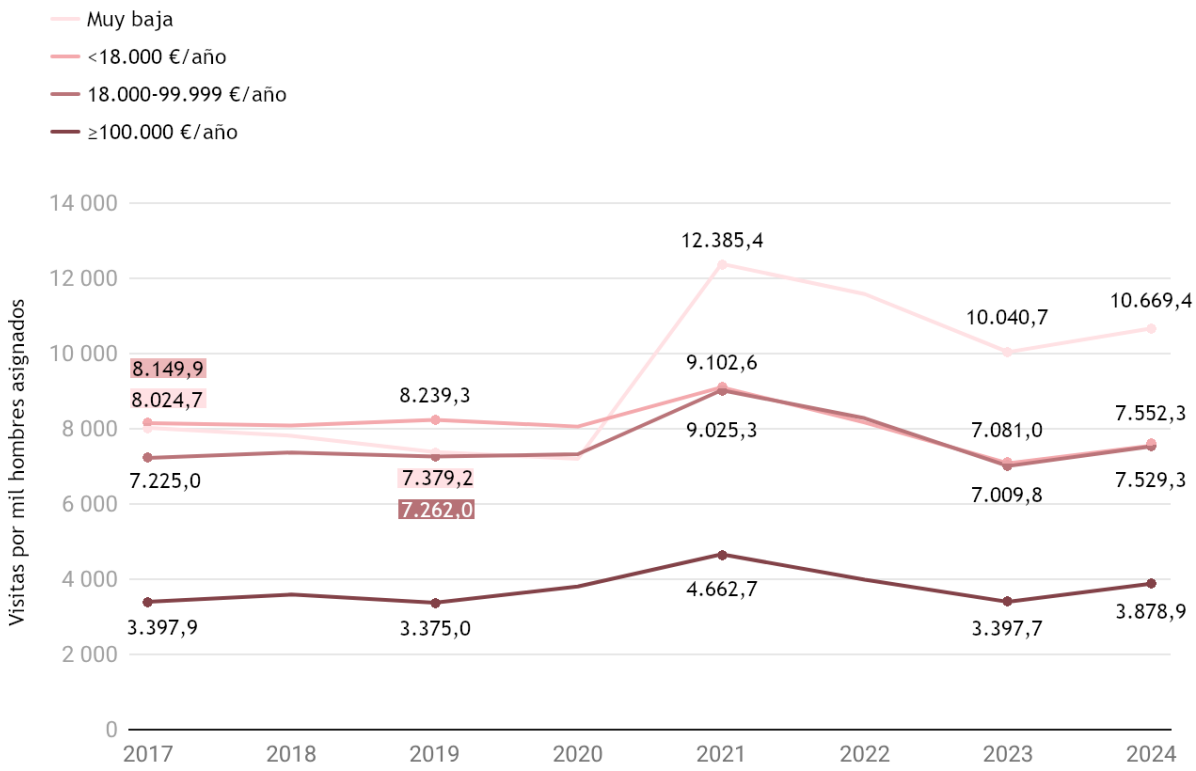


Al analizar las diferencias en la tasa de visitas en hombres en función de la renta (Gráfica 20), se observa un patrón coherente con lo observado en el caso de los problemas de salud. Los hombres con rentas muy bajas relacionadas con situaciones de precariedad registran la tasa de visitas más elevada (10.669,4) en comparación con los hombres con rentas por debajo de los 18.000 euros anuales (7.552,3), los hombres con rentas entre 18.000-99.999 euros anuales (7.529,3) y los hombres con las rentas más altas (3.878,9). Esto implica que este último grupo tiene una tasa de visitas que supone alrededor de la mitad respecto de los hombres con rentas por debajo de los 100.000 euros anuales y casi tres veces menos que los hombres en situación de vulnerabilidad.

No obstante, este patrón no es consistente a lo largo del periodo analizado. Entre 2017-2020, la tasa de visitas en los hombres con rentas muy bajas disminuyó hasta situarse por debajo de aquellos hombres con rentas por debajo de los 100.000 euros anuales. En el año 2021, la tasa en el grupo de hombres con menor renta fue la más elevada, con una diferencia importante en comparación con el resto de grupos, pudiendo deberse a un mayor impacto de la pandemia entre este colectivo. Ese mismo año, la tasa de visitas en hombres con rentas anuales entre los 18.000-99.999 euros aumentó hasta situarse al mismo nivel que la de los hombres con rentas por debajo de los 18.000 euros anuales, manteniéndose así los años

siguientes. La evolución de la tasa de visitas en cada grupo mantiene el patrón observado en hombres y mujeres, registrándose en el 2021 el máximo de visitas.

Gráfica 20. Evolución de la tasa de visitas a atención primaria por mil hombres asignados según renta (2017-2024). Base de Datos Clínicos de Atención Primaria



En el caso de las visitas por país de nacimiento (Tabla A5), la frecuencia de visitas fue un 71,7% mayor entre los hombres nacidos en España en comparación con las visitas registradas por los nacidos en el extranjero (8.588,8 frente a 5.000,9)

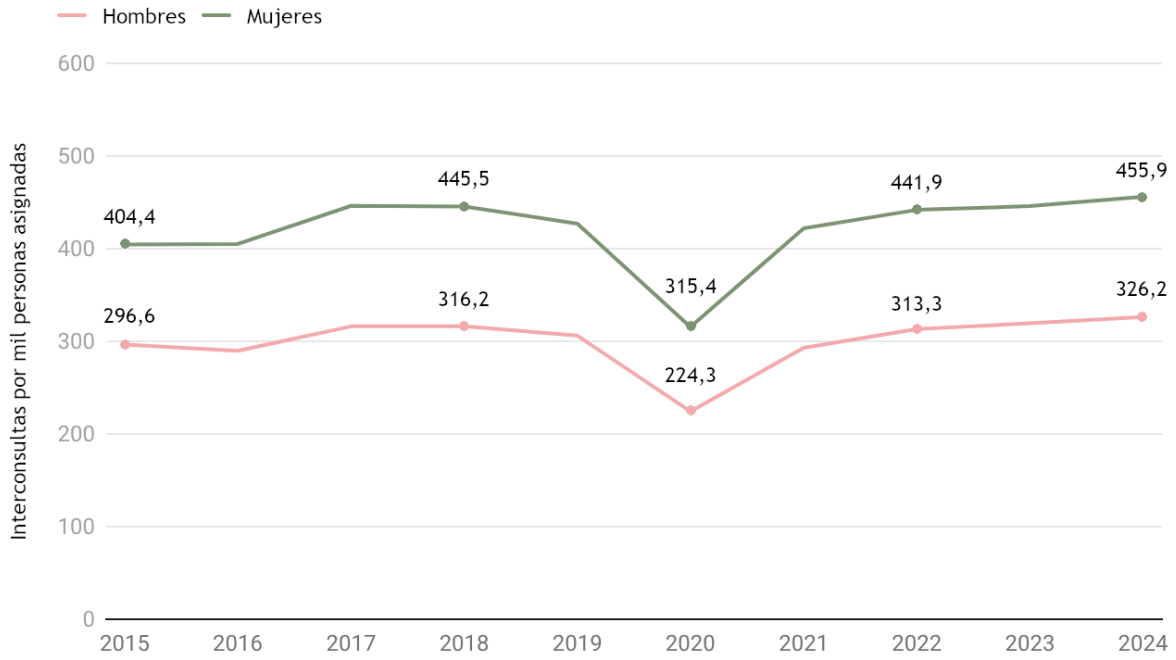
La Gráfica 21 muestra la evolución de las interconsultas para las consultas hospitalarias por mil personas asignadas entre 2015-2024 solicitadas desde atención primaria, lo que permite informar sobre el uso de este tipo de recursos. En 2024 se registraron 455,9 interconsultas por mil personas asignadas en mujeres, frente a 326,2 por mil en hombres, manteniéndose una diferencia cercana al 40% a favor de las mujeres, brecha que se observa de forma constante durante toda la serie. Esta tasa de interconsultas supone un incremento, respecto del 2015, del 12,7% en el caso de las mujeres y del 10,0% en hombres.

La evolución temporal presenta un patrón similar en ambos sexos. Tras un incremento moderado entre 2016-2018, las tasas se reducen ligeramente en 2019 y experimentan un acusado descenso en 2020, coincidiendo con el impacto de la pandemia sobre la actividad

asistencial. En los hombres, las interconsultas pasaron de 316,2 por mil personas asignadas en 2018 a 224,3, mientras que en las mujeres descendieron de 445,5 a 315,4 interconsultas, suponiendo un descenso en ambos casos de alrededor del 30,0%.

A partir de 2021 se observa una recuperación progresiva de las interconsultas, alcanzándose en 2024 los valores más elevados de la serie tanto en hombres como en mujeres. En conjunto, los resultados muestran que las mujeres no solo realizan más visitas a atención primaria, sino que también presentan una mayor tasa de interconsultas, lo que apunta a una interacción más intensa con el sistema sanitario en comparación con los hombres.

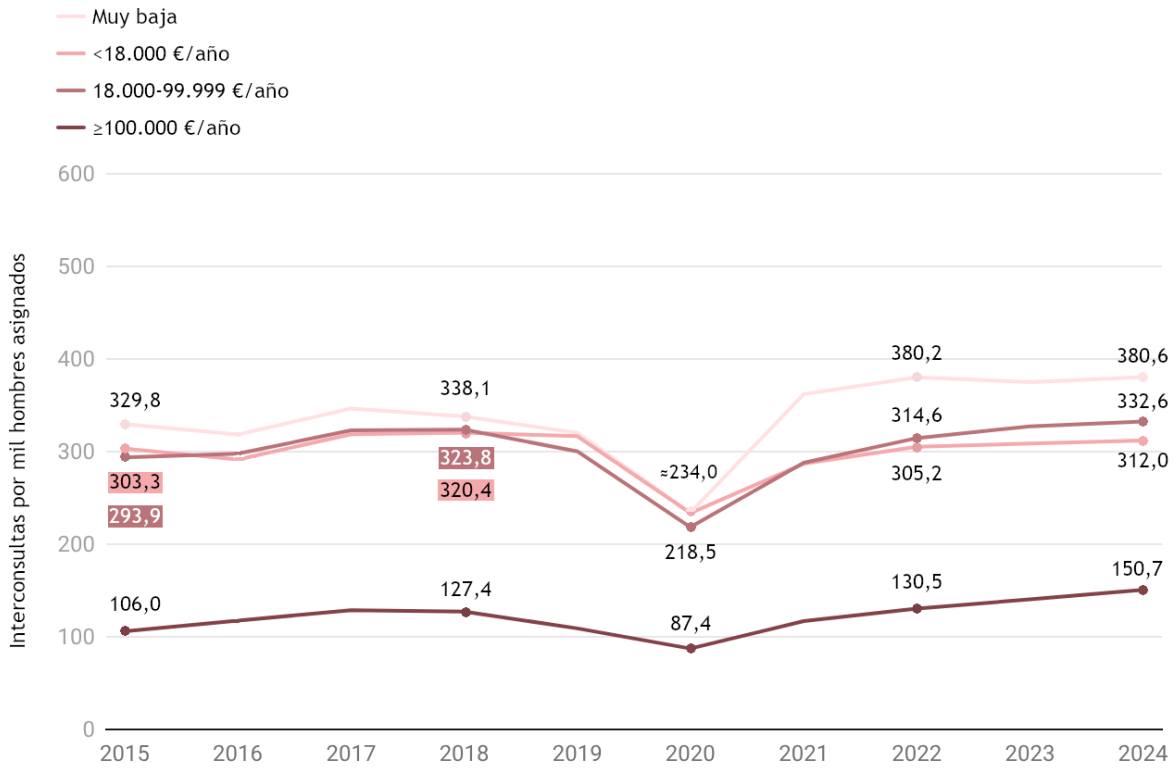
Gráfica 21. Evolución de la tasa de interconsultas por mil personas asignadas según sexo (2015-2024). Base de Datos Clínicos de Atención Primaria



En la Gráfica 22 se muestran los datos de la tasa de interconsultas en hombres en función del nivel de renta. Al igual que ocurría en el caso de las visitas a atención primaria, los hombres con rentas muy bajas presentan la tasa más elevada (380,6 interconsultas por mil), mientras que los hombres de mayor renta reportan una menor tasa de interconsultas (150,7 interconsultas por mil). La tendencia muestra que entre 2015-2020, la tasa de interconsultas entre hombres con rentas inferiores a 100.000 euros anuales se encontraba dentro de un rango limitado en las diferentes categorías, pero tras el año 2020, esta diferencia se hace más marcada. Entre el periodo 2020-2024, la tasa de interconsultas aumentó un 62,6% para los hombres con rentas muy bajas, un 33,6% en los hombres con rentas por debajo de los 18.000 euros anuales, un 52,2% en los hombres con rentas entre 18.000-99.999 euros

anuales y un 72,4% en los hombres de rentas más altas. También destaca que, a partir del año 2021, la tasa de interconsultas en hombres con rentas inferiores a 18.000 euros anuales es inferior a la tasa en hombres con rentas entre 18.000-99.999 euros anuales.

Gráfica 22. Evolución de la tasa de interconsultas por mil hombres asignados según renta (2015-2024). Base de Datos Clínicos de Atención Primaria



La tasa de interconsultas fue un 40,3% superior entre hombres nacidos en España que entre aquellos nacidos en el extranjero, con 352,5 visitas por mil hombres asignados frente a 251,3 (Tabla A5).

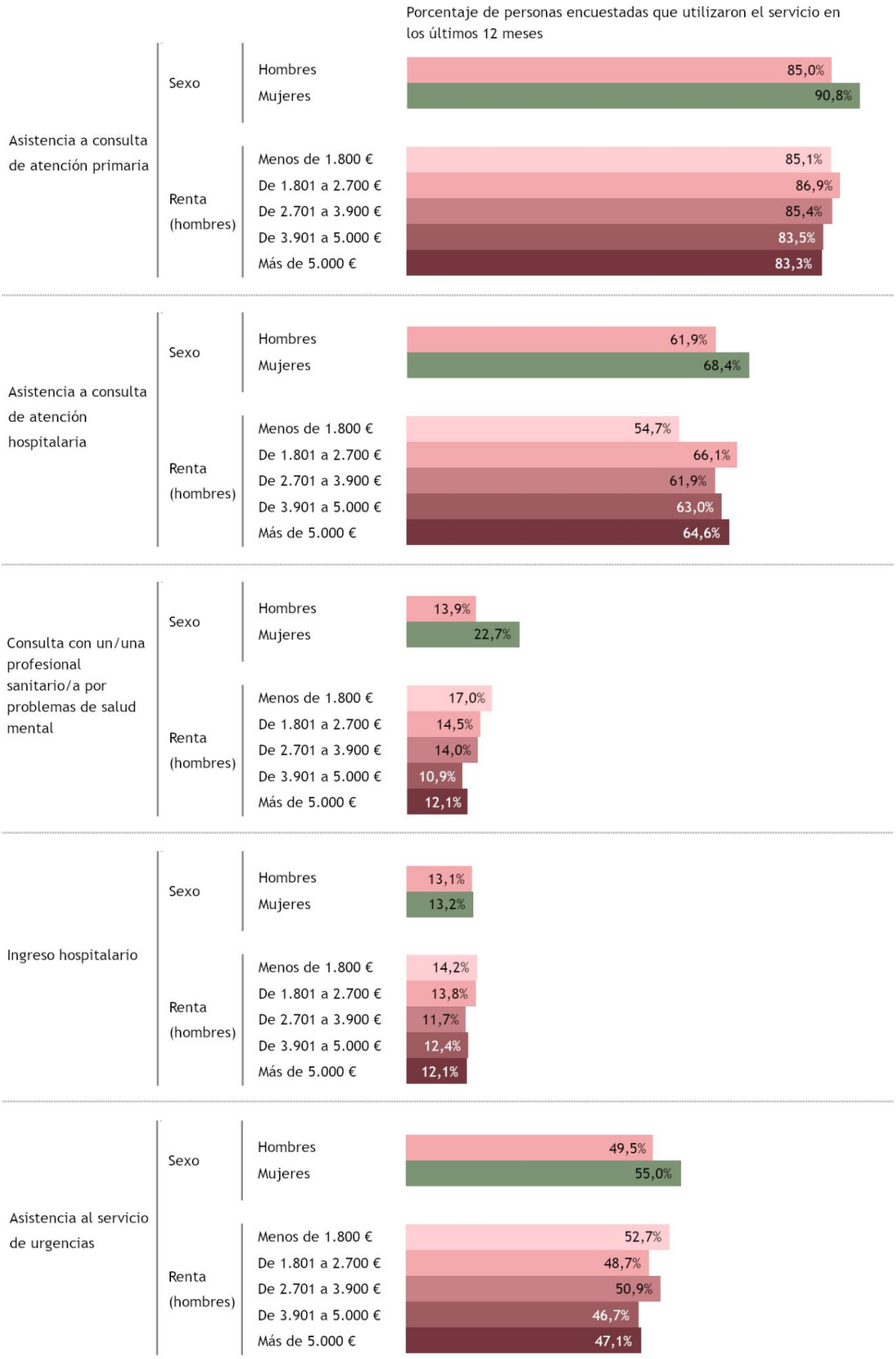
La Gráfica 23 muestra las respuestas sobre indicadores de uso del sistema sanitario correspondientes al Barómetro Sanitario de 2025. En términos generales, las mujeres reportaron un mayor uso del sistema sanitario para los diferentes niveles en comparación con los hombres. Esto se observa en atención primaria (90,8% frente a 85,0%), en consultas hospitalarias (68,4% frente a 61,9%), consultas por un problema de salud mental (22,7% frente a 13,9%) y en las urgencias (55,0% frente a 49,5%). Sin embargo, no se observan diferencias en el caso de los ingresos hospitalarios (13,1% en hombres y 13,2% en mujeres).

El análisis por nivel de renta entre los hombres muestra patrones diferentes según el servicio considerado. En el caso de la atención primaria, las consultas por problemas de

salud mental, los ingresos hospitalarios y la asistencia a servicios de urgencia, los hombres con rentas bajas reportaron un mayor uso de este tipo de servicios en comparación con los hombres de rentas más altas. Destaca el caso de las consultas hospitalarias, donde se registra que a medida que la renta aumenta, mayor es el uso de este tipo de servicios. Esto podría explicarse por ser un servicio sanitario con un fuerte componente del ámbito privado a través de seguros, lo que podría mostrar que los hombres con mayor renta podrían acceder vía seguro a las consultas de atención hospitalaria, siendo esta vía menos accesible para los hombres de rentas más bajas.

Por su parte, los datos recogidos en la Tabla A10 revelan diferencias en la utilización de los servicios sanitarios en hombres según su origen. Los hombres nacidos en España presentaron una mayor frecuentación de las consultas de atención primaria (85,6% frente a 79,4%) y de atención hospitalaria (63,0% frente a 51,5%) durante los últimos 12 meses. Asimismo, registraron una proporción ligeramente superior de ingresos hospitalarios (13,2% frente a 12,4%). Por el contrario, los hombres nacidos en el extranjero presentaron una mayor utilización de las consultas por problemas de salud mental (16,1% frente a 13,7%) y una asistencia algo más frecuente a los servicios de urgencias (51,3% frente a 49,3%).

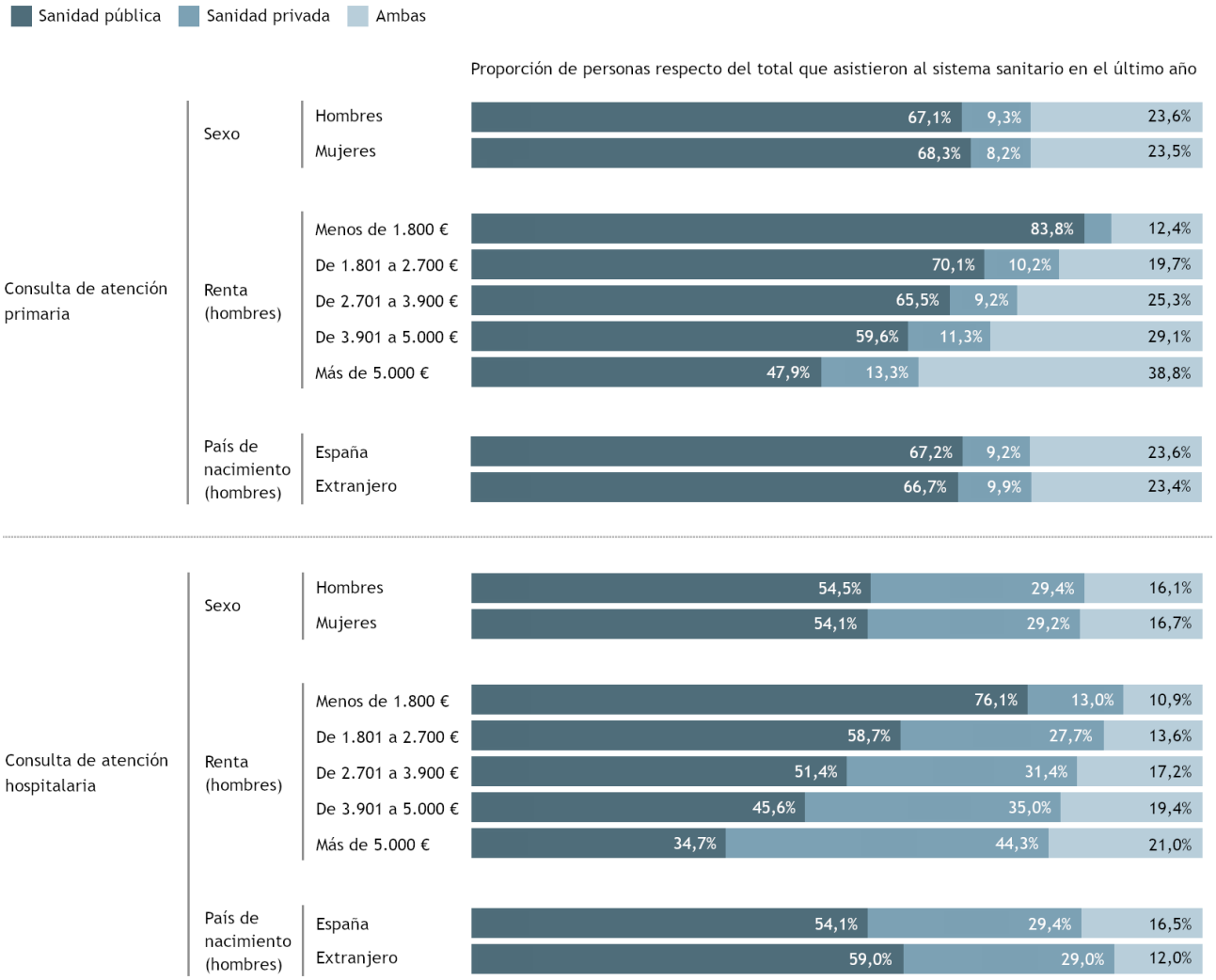
Gráfica 23. Asistencia a los servicios del sistema sanitario en el último año (2025). Barómetro sanitario

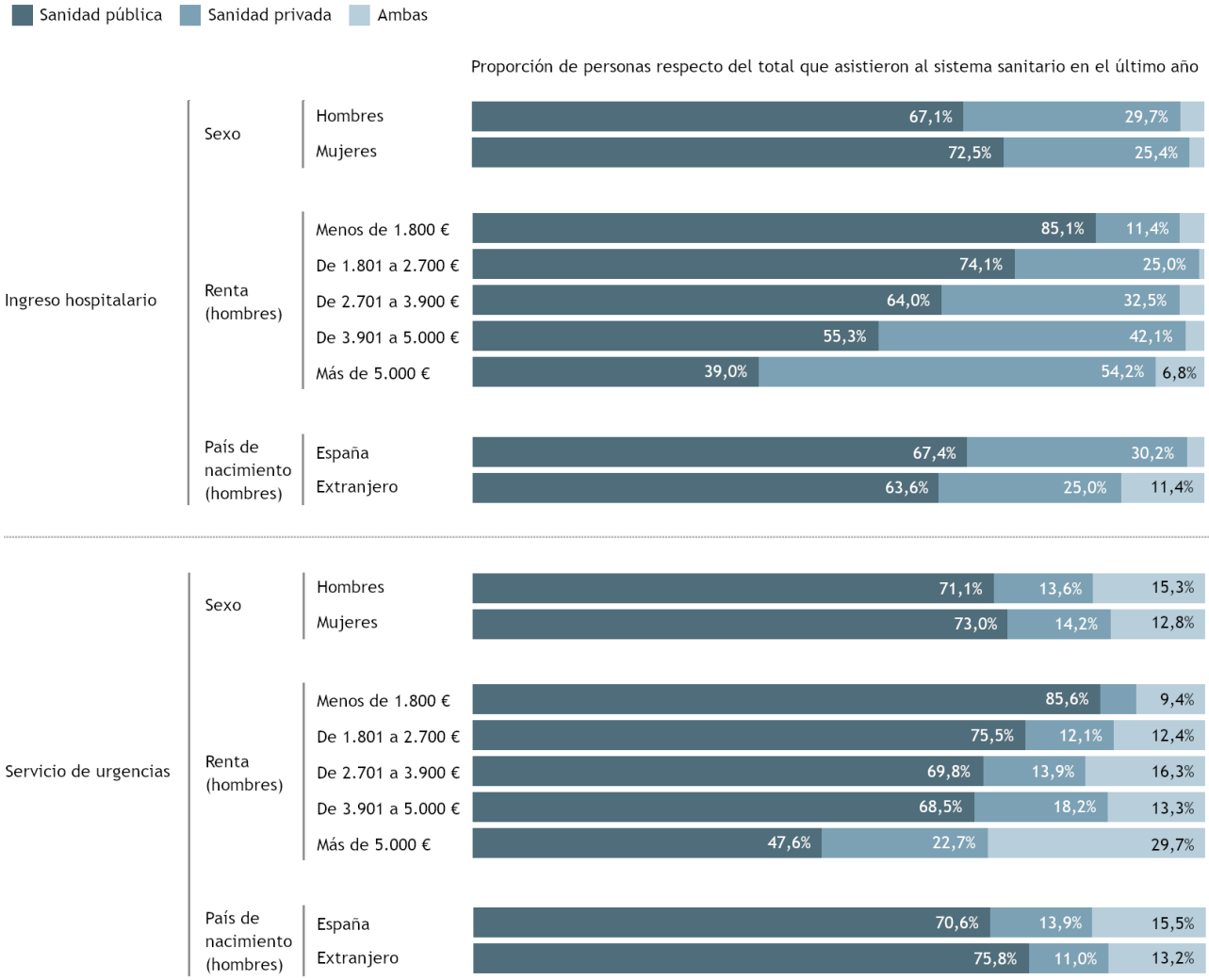


A la hora de analizar los datos de uso del sistema sanitario en función de la titularidad del servicio (público o privado) por nivel asistencial (Gráfica 24), no se observan grandes diferencias en función del sexo. Los datos reflejan que, en términos generales, los hombres hacen un mayor uso de la sanidad privada en comparación con las mujeres, siendo esta diferencia mayor en el caso de los ingresos hospitalarios (32,9% en hombres frente a 27,5% en mujeres). En el caso del análisis por país de nacimiento en los hombres, los nacidos fuera de España hacen un mayor uso de la sanidad privada para los ingresos hospitalarios (36,4% frente a 32,6%), mientras que son los nacidos en España los que reportan un mayor uso de la sanidad privada en las consultas de atención hospitalaria (45,9% frente a 41,0%) y en los servicios de urgencias (29,4% frente a 24,2%). En el caso del uso del sistema sanitario en función de la titularidad y la renta de los hombres, para todos los niveles asistenciales se observa el mismo gradiente: la visita a centros de titularidad privada aumenta a medida que el nivel de renta es mayor.

Cuando se observan los datos de aseguramiento que reporta la población (Tabla A11), la proporción de hombres con aseguramiento privado a través de una mutualidad de funcionarios es superior (4,7% en hombres frente a 3,8% en mujeres), pero especialmente en el caso de los seguros privados a través de la empresa (13,7% en hombres frente a 7,8% en mujeres). En el caso de los seguros contratados a título individual, la proporción de mujeres (23,8%) es ligeramente superior a la de hombres (22,3%). En cuanto al tipo de aseguramiento en los hombres en función del país de nacimiento, aquellos nacidos en España reportan tener un aseguramiento privado en mayor proporción que los nacidos fuera de España, salvo en el caso del seguro privado contratado por la empresa, donde la proporción es mayor en el caso de las personas nacidas fuera de España (18,3% frente a 13,2%). En cuanto al aseguramiento en función de los ingresos mensuales netos del hogar en los hombres, se muestra un gradiente por renta: la proporción de aseguramiento privado en cualquiera de sus modalidades aumenta a medida que la renta de los hombres es mayor, especialmente en el caso de los seguros contratados por la empresa o a título personal o por alguna persona de la familia.

Gráfica 24. Utilización de la sanidad pública o privada en las personas que refirieron haber acudido a cada servicio en el último año (2025). Barómetro Sanitario




Sanidad pública
Sanidad privada
Ambas
Proporción de personas respecto del total que asistieron al sistema sanitario en el último año
Ingreso hospitalario
Sexo
Hombres
67,1%
29,7%
Mujeres
72,5%
25,4%
Renta (hombres)
Menos de 1.800 €
85,1%
11,4%
De 1.801 a 2.700 €
74,1%
25,0%
De 2.701 a 3.900 €
64,0%
32,5%
De 3.901 a 5.000 €
55,3%
42,1%
Más de 5.000 €
39,0%
54,2%
6,8%
País de nacimiento (hombres)
España
67,4%
30,2%
Extranjero
63,6%
25,0%
11,4%
Servicio de urgencias
Sexo
Hombres
71,1%
13,6%
15,3%
Mujeres
73,0%
14,2%
12,8%
Renta (hombres)
Menos de 1.800 €
85,6%
9,4%
De 1.801 a 2.700 €
75,5%
12,1%
12,4%
De 2.701 a 3.900 €
69,8%
13,9%
16,3%
De 3.901 a 5.000 €
68,5%
18,2%
13,3%
Más de 5.000 €
47,6%
22,7%
29,7%
País de nacimiento (hombres)
España
70,6%
13,9%
15,5%
Extranjero
75,8%
11,0%
13,2%

7. Conclusiones

En términos generales, los hombres en España presentan un peor estado de salud en comparación con las mujeres para muchos de los indicadores analizados y, además, existe un gradiente social por el cual los hombres de menor posición socioeconómica presentan un peor estado de salud en comparación con los hombres de posición socioeconómica alta.

El peor estado de salud de los hombres en España se observa en indicadores como la esperanza de vida al nacer, siendo cinco años inferior en comparación con las mujeres (81,1 años frente a 86,3 años), aunque la esperanza de vida en buena salud es ligeramente superior en los hombres (62,4 años frente a 61,8 años). Esto es coherente al observar los datos de mortalidad. La tasa bruta de mortalidad es superior en los hombres, y la tasa de mortalidad específica es superior en la mitad de las causas analizadas, destacando las enfermedades isquémicas del corazón, los tumores de bronquios y pulmón, las causas externas y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores. En cambio, las mujeres presentan una tasa de mortalidad superior para enfermedades neurodegenerativas o cerebrovasculares.

El estado de salud de los hombres también es peor al analizar la prevalencia de problemas de salud. Los principales problemas de salud son los trastornos del metabolismo lipídico, la hipertensión no complicada y las infecciones respiratorias agudas del tracto superior, siendo las diferencias más marcadas en comparación con las mujeres las registradas en el infarto agudo de miocardio y en la EPOC. Aunque la prevalencia de problemas de salud sea superior en hombres, al estudiar el perfil de cronicidad y la prevalencia de presentar más de un problema de salud crónico, se observa que la tasa de personas con tres o más problemas de salud crónicos es superior en el caso de las mujeres. En el caso de los problemas de salud mental, la prevalencia de los principales problemas de salud -trastornos de ansiedad o depresivos- es superior en las mujeres, mientras que en el caso de los trastornos hipercinéticos o en la esquizofrenia es superior en hombres, aunque la prevalencia de estos problemas en términos absolutos es reducida. La tasa de suicidios es mayor en hombres que en mujeres, mientras que la tasa de intentos de suicidio es superior en mujeres. Por último, en el caso de las adicciones, los hombres presentan un consumo más frecuente y de mayor cantidad de alcohol, tabaco, cannabis y cocaína, además de que en mayor proporción reportan adicciones comportamentales relacionadas con las apuestas.

A pesar de tener un peor estado de salud en comparación con las mujeres, los hombres en España interactúan menos con el sistema sanitario. La tasa de visitas a atención primaria y la tasa de interconsultas hospitalarias es inferior en los hombres, y reportan un menor uso de otros servicios sanitarios (consultas hospitalarias, urgencias, consultas de salud mental) en comparación con las mujeres, exceptuando los ingresos hospitalarios, donde la proporción entre hombres y mujeres era similar.

Además, los hombres en una menor posición socioeconómica, medida bien a través del nivel educativo o del nivel de renta, presentan una mayor tasa de mortalidad, una mayor prevalencia de problemas de salud física o mental y una mayor tasa de suicidios en comparación con los hombres de mayor posición socioeconómica, siendo esto coherente con un mayor uso del sistema sanitario en promedio por parte de los hombres de menor posición socioeconómica. En cuanto al país de origen, aquellos nacidos en España tienen un peor estado de salud física y mental, mayor consumo de sustancias y una mayor interacción con el sistema sanitario en comparación con los nacidos en otros países.

El peor estado de salud responde a factores estructurales como es el género o la posición socioeconómica. El ideal de masculinidad prescribe una serie de comportamientos en los hombres que hace que presenten un mayor consumo de sustancias con impactos negativos para la salud, una alimentación menos saludable o una mayor tasa de suicidios. La construcción cultural y social de la masculinidad, con la asunción de comportamientos de mayor riesgo que conlleva, tiene implicaciones para la salud. No únicamente en una mayor carga de enfermedad y de mortalidad para algunos de los problemas de salud en España, sino también para limitar el uso del sistema sanitario cuando es un grupo de población que requeriría de un mayor uso del mismo. La idea de fortaleza y autosuficiencia puede suponer un retraso a la hora de solicitar asistencia sanitaria cuando se presenta un problema de salud. Esta construcción del género también afecta a la salud de las mujeres, que presentan peores resultados en salud en el ámbito de la salud mental, para algunas enfermedades crónicas, especialmente aquellas cerebrovasculares y neurodegenerativas, y también presentan un peor perfil de cronicidad. Por ello, el abordaje de la salud desde una perspectiva de género debe también tener en cuenta como la desigualdad que sufren las mujeres afecta a su salud.

La posición socioeconómica y el acceso diferencial a recursos que protegen o empeoran la salud también influye en la salud de los hombres. Los hombres en España tienen un menor nivel educativo en comparación con las mujeres, y la renta disminuye a medida que el nivel educativo es inferior. Al analizar la distribución de la población por sexo en función de la renta, los hombres presentan una renta ligeramente superior, aunque el nivel educativo de

los hombres es menor. Esto puede explicar en algunos indicadores de salud el peor resultado de los hombres. Además, la posición socioeconómica también influye porque los hombres de menor estatus tienen peor estado de salud para la mayoría de los indicadores analizados en comparación con los hombres de mayor estatus.

Las políticas de salud con una perspectiva de determinantes sociales con el objetivo de mejorar la salud de los hombres deben incorporar la perspectiva de género y tener en cuenta el efecto de la desigualdad social en la salud de los hombres. Las sociedades más igualitarias en términos de género, así como aquellas con menos desigualdades sociales, presentan no solo mejores resultados para el conjunto de la población, sino también para los hombres. Abordar la construcción de modelos de masculinidad saludables y que promuevan una manera de vivir en sociedad basada en el cuidado y la interdependencia puede ayudar a los hombres a reducir la prevalencia de factores de riesgo y mejorar su estado de salud desde una perspectiva integral.

Anexo I. Tabla de variables

Fuente de información	Variable	Definición
Instituto Nacional de Estadística	Población	Población residente en España a fecha de 1 de enero de 2025.
	Índice de envejecimiento	Indicador demográfico que expresa la relación entre la población de 65 o más años y la población menor de 15 años, calculado como el cociente entre ambos grupos de edad y multiplicado por 100. Para la elaboración del presente informe, el índice se calculará utilizando como denominador la población menor de 15 años.
	Población mayor de 65 años	Porcentaje de personas mayores de 65 años respecto al total de la población.
	Nivel educativo	Niveles educativos de acuerdo a la Clasificación Nacional de Educación 2014 (CNED-2014)[41]: ● Nivel 0-2: preescolar, primaria y 1ª etapa de educación secundaria. ● Nivel 3-4: 2ª etapa de educación secundaria y postsecundaria no superior. ● Nivel 5-8: 1° y 2° ciclo de educación superior y doctorado.

[41] Para los análisis de mortalidad, esperanza de vida y distribución de la renta por nivel educativo, la clasificación del INE desagrega el nivel 0-2 en dos categorías: «Educación primaria e inferior» y «Primera etapa de Educación Secundaria y equivalente».

Fuente de información	Variable	Definición
Instituto Nacional de Estadística	Unidad de consumo	La unidad de consumo se obtiene aplicando la escala OCDE modificada[42], que asigna un peso de 1 al primer adulto del hogar, de 0,5 a cada miembro adicional de 14 o más años y de 0,3 a los menores de 14 años.
	Renta media por unidad de consumo	Se obtiene dividiendo los ingresos totales del hogar entre el número de unidades de consumo del mismo.
	Renta mediana por unidad de consumo	Valor de renta por unidad de consumo que divide a la población en dos grupos iguales: el 50 % de las personas presenta una renta inferior a dicho valor y el otro 50 % una renta superior.
	Riesgo de pobreza o exclusión social	Para calcular el riesgo de pobreza se utiliza la tasa AROPE (At Risk of Poverty or Social Exclusion), definida como la proporción de la población total que está en riesgo de pobreza o exclusión social (Tabla A1).
	Esperanza de vida al nacimiento	Número medio de años que se espera que un individuo viva desde el momento de su nacimiento, si se mantiene el patrón de la mortalidad del periodo observado.
	Esperanza de vida a los 65 años	Número medio de años que se espera que un individuo viva a partir de los 65 años, si se mantiene el patrón de la mortalidad del periodo observado.
	Esperanza de vida en buena salud	Promedio del número de años esperados que vive una persona disfrutando de buena salud (en ausencia de limitaciones funcionales o de discapacidad).
	Tasa bruta de mortalidad	Número de defunciones registradas en un determinado año entre la población por cada 1.000 habitantes.

[42]Instituto Nacional de Estadística. Escalas de equivalencia. Disponible en: https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=5228

Fuente de información	Variable	Definición
Instituto Nacional de Estadística	Tasa de mortalidad específica por causas de mortalidad	Número de defunciones por causas específicas de mortalidad registradas en un determinado año entre la población por cada 100.000 habitantes.
	Tasa de mortalidad por suicidio	Número de defunciones por suicidio por cada 100.000 habitantes.
Base de Datos Clínicos de Atención Primaria	Población asignada	Población adscrita a una Zona Básica de Salud, con independencia de que haya utilizado o no los servicios sanitarios.
	Problemas de salud (tasa estandarizada por edad)	Incluye aquellos problemas de salud que han estado "activos" en el año de estudio y que constan registrados en la historia clínica de forma codificada. Se expresan en la tasa estandarizada por edad de problemas de salud por 1.000 personas asignadas. Se considera activo todo problema de salud agudo registrado en el año de estudio y también los problemas de salud crónicos que permanecen abiertos en el año de estudio bien por tratarse de problemas permanentes, bien por ser problemas de larga duración. Se utiliza la Clasificación Internacional en Atención Primaria (CIAP-2), que incluye tanto diagnósticos como determinados signos y síntomas. Los datos de problemas de salud específicos se expresan estandarizados por edad, asumiendo una distribución similar por grupos de edad a través de la utilización de la población estándar Eurostat-2013[43].

[43] Pace, M., et al. (2013). Revision of the European standard population: Report of Eurostat's Task Force.

Fuente de información	Variable	Definición
Base de Datos Clínicos de Atención Primaria	Problemas de salud crónicos	Problemas de salud crónicos incluidos en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud[44]. Los resultados se presentan como tasa bruta de personas con problemas de salud crónicos por 1.000 personas asignadas.
	Problemas de salud mental	Selección de problemas psicológicos clasificados en el capítulo P de la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2). Los resultados se presentan como tasas estandarizadas por edad de personas con problemas de salud por 1.000 personas asignadas.
	Consumo de medicamentos relacionados con la salud mental	Los datos analizados se refieren a los medicamentos dispensados con receta médica. Entre ellos, se ha seleccionado un conjunto de principios activos especialmente relacionados con la salud mental, de acuerdo con la clasificación Anatómica, Terapéutica y Química (ATC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Todos ellos se incluyen en el grupo terapéutico N, correspondiente a los medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso. El consumo se expresa mediante el indicador de Dosis Diaria Definida (DDD) por 1.000 personas asignadas. La DDD constituye una unidad técnica de medida estandarizada que representa la dosis media diaria de mantenimiento de un medicamento para su principal indicación en adultos y para una vía de administración determinada. Su utilización permite realizar comparaciones homogéneas del consumo farmacéutico entre distintos grupos de población y periodos temporales.
	Problema de salud: suicidio/intento de suicidio	Problema de salud recogido bajo la codificación CIAP-2: P77. Si bien la citada codificación hace referencia a suicidios consumados e intentos de suicidio, al ser datos registrados en atención primaria, es razonable asumir que la gran mayoría de estos casos corresponden a intentos de

[44] Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación. Año 2021. Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/Estrategia_de_Abordaje_a_la_Cronicidad_en_el_SNS_2021.pdf

Fuente de información	Variable	Definición
		suicidio. Los resultados se presentan como tasas estandarizadas por edad de personas con registro de suicidio/intento de suicidio por 1.000 personas asignadas.
Base de Datos Clínicos de Atención Primaria	Visitas a atención primaria	Cualquier contacto del usuario con alguno de los profesionales del centro de salud, pudiendo contabilizarse, si es el caso, varios contactos en un mismo día. Los resultados se presentan como tasa de visitas por 1.000 personas asignadas.
	Interconsultas	Solicitudes que se realizan desde atención primaria para que una persona sea atendida en consultas de atención hospitalaria Los resultados se presentan como tasa de interconsultas por 1.000 personas asignadas.
Encuesta sobre Alcohol, otras Drogas y otras adicciones en Población General en España	Consumo de sustancias alguna vez en la vida	Porcentaje de personas entre 15 y 64 años que consumieron cada sustancia (alcohol, tabaco, cannabis y cocaína) alguna vez en la vida.
	Consumo de sustancias en los últimos 12 meses	Porcentaje de personas entre 15 y 64 años que consumieron cada sustancia (alcohol, tabaco, cannabis y cocaína) en los 12 meses anteriores a la entrevista.
	Consumo de sustancias en los últimos 30 días	Porcentaje de personas entre 15 y 64 años que consumieron cada sustancia (alcohol, tabaco, cannabis y cocaína) en los 30 días anteriores a la entrevista.
	Edad de inicio de consumo	Edad media de inicio del consumo de alcohol y tabaco.
	Consumo diario de sustancias	Porcentaje de personas entre 15 y 64 años que consumieron alcohol o tabaco diariamente en los últimos 30 días.
	Consumo de alcohol en atracón en los últimos 30 días	Porcentaje de personas que efectuaron consumo en atracón en los 30 días anteriores a la entrevista. Se considera binge drinking o consumo en atracón el consumo de 5 o más bebidas alcohólicas (si es hombre) y 4 o más bebidas alcohólicas (si es mujer) en la misma ocasión, es decir, seguidas o en un

Fuente de información	Variable	Definición
		intervalo de dos horas.
Encuesta sobre Alcohol, otras Drogas y otras adicciones en Población General en España	Intoxicaciones etílicas en los últimos 12 meses	Porcentaje de personas que experimentaron al menos un episodio de embriaguez o borrachera aguda durante los últimos doce meses.
	Consumo de riesgo de alcohol	Prevalencia de personas entre 15 y 64 años que presentaron un consumo de riesgo de alcohol según AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test[45]), un instrumento de cribado simple, capaz de detectar problemas relacionados con el consumo de alcohol.
	Prevalencia de juegos de azar online y presencial	Prevalencia de personas entre 15 y 64 años que habían jugado a juegos de azar online o presencial tanto durante el año anterior a la entrevista como en los últimos 30 días.
	Posible juego problemático y/o trastorno del juego	El posible juego problemático se identifica mediante una escala basada en los criterios diagnósticos del DSM-5[46] incorporada en la encuesta EDADES. Esta escala se administra a las personas que declaran haber participado en juegos de azar durante los últimos 12 meses y permite detectar la presencia de conductas de juego de riesgo. Se considera que existe posible juego problemático cuando se obtiene una puntuación igual o superior a 1 en la escala, mientras que una puntuación de 4 o más indica un posible trastorno del juego. Los datos presentados se han estimado mediante la extrapolación de las respuestas de las personas que manifestaron haber participado en juegos de azar durante los últimos 12 meses al conjunto de la población residente en España de 15 a 64 años.

[45] 1. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on
Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption- II. Addiction 1993; 88: 791-804.

[46] American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders (fifth edition). Washington, DC, 2013.

Fuente de información	Variable	Definición
Encuesta sobre Alcohol, otras Drogas y otras adicciones en Población General en España	Posible uso problemático de internet	Porcentaje de personas entre 15 y 64 años que presentaban posible uso problemático de internet. El posible uso problemático de internet se evalúa mediante la Compulsive Internet Use Scale (CIUS)[47], una escala validada para la detección precoz de conductas de riesgo relacionadas con el uso compulsivo de internet. Esta herramienta permite identificar patrones de uso caracterizados por pérdida de control y posibles consecuencias negativas en la vida cotidiana. A efectos de este informe, en EDADES se considera posible uso problemático de internet una puntuación igual o superior a 28 puntos en la escala CIUS.
Barómetro sanitario	Utilización de servicios sanitarios	Porcentaje de personas encuestadas que declararon haber utilizado cada servicio en el último año: consulta de atención primaria, consulta de atención hospitalaria, consulta a un/a profesional sanitario/a por un problema de salud mental, malestar psicológico o emocional, ingreso hospitalario y servicio de urgencias.
	Utilización del sistema sanitario en función de la titularidad del centro utilizado	Porcentaje de personas encuestadas que utilizaron la sanidad pública, privada o ambas, entre aquellas que declararon haber utilizado alguno de los siguientes servicios en el último año: consulta de atención primaria, consulta de atención hospitalaria, ingreso hospitalario y servicio de urgencias.
	Tipo de aseguramiento	Tipo de aseguramiento declarado por las personas encuestadas: mutualidad de funcionarios (con atención por la sanidad pública o con atención por la sanidad privada) o seguro médico privado (contratado por la empresa o por el encuestado o un familiar).

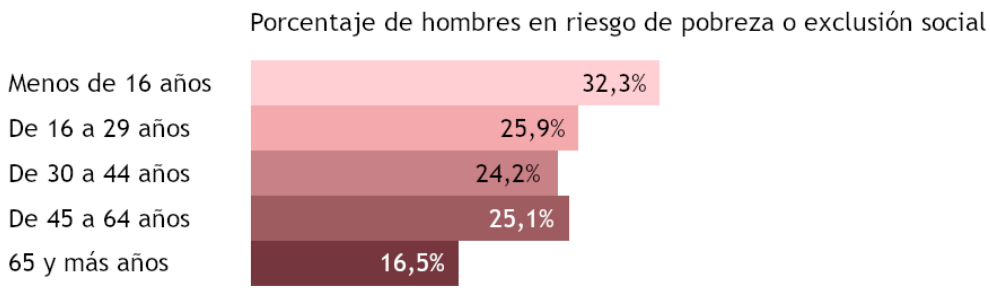
[47] Meerkerk, G. J., Van Den Eijnden, R. J. J. M., Vermulst, A. A., y Garretsen, H. F. L. (2009). The Compulsive internet Use Scale (CIUS): Some psychometric properties. CyberPsychology & Behavior, 12, 1-6.

Anexo II. Gráficas

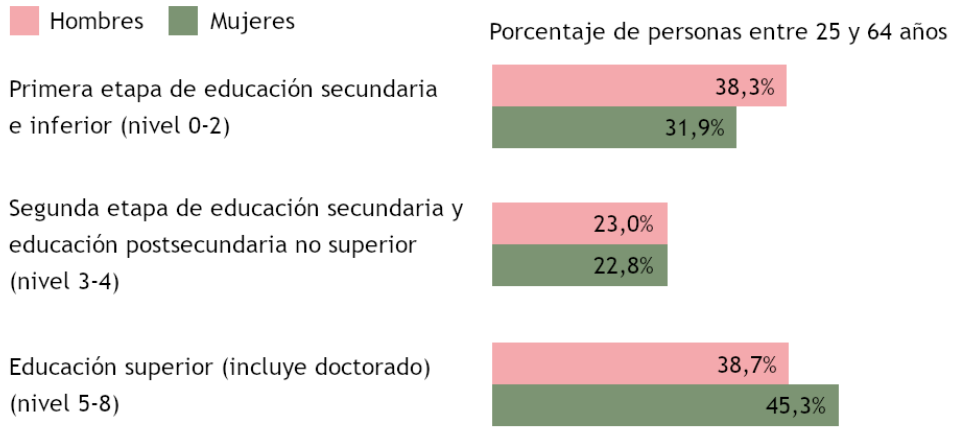
Gráfica A1. Evolución del riesgo de pobreza o exclusión social (indicador AROPE) en España (2014-2025). Instituto Nacional de Estadística



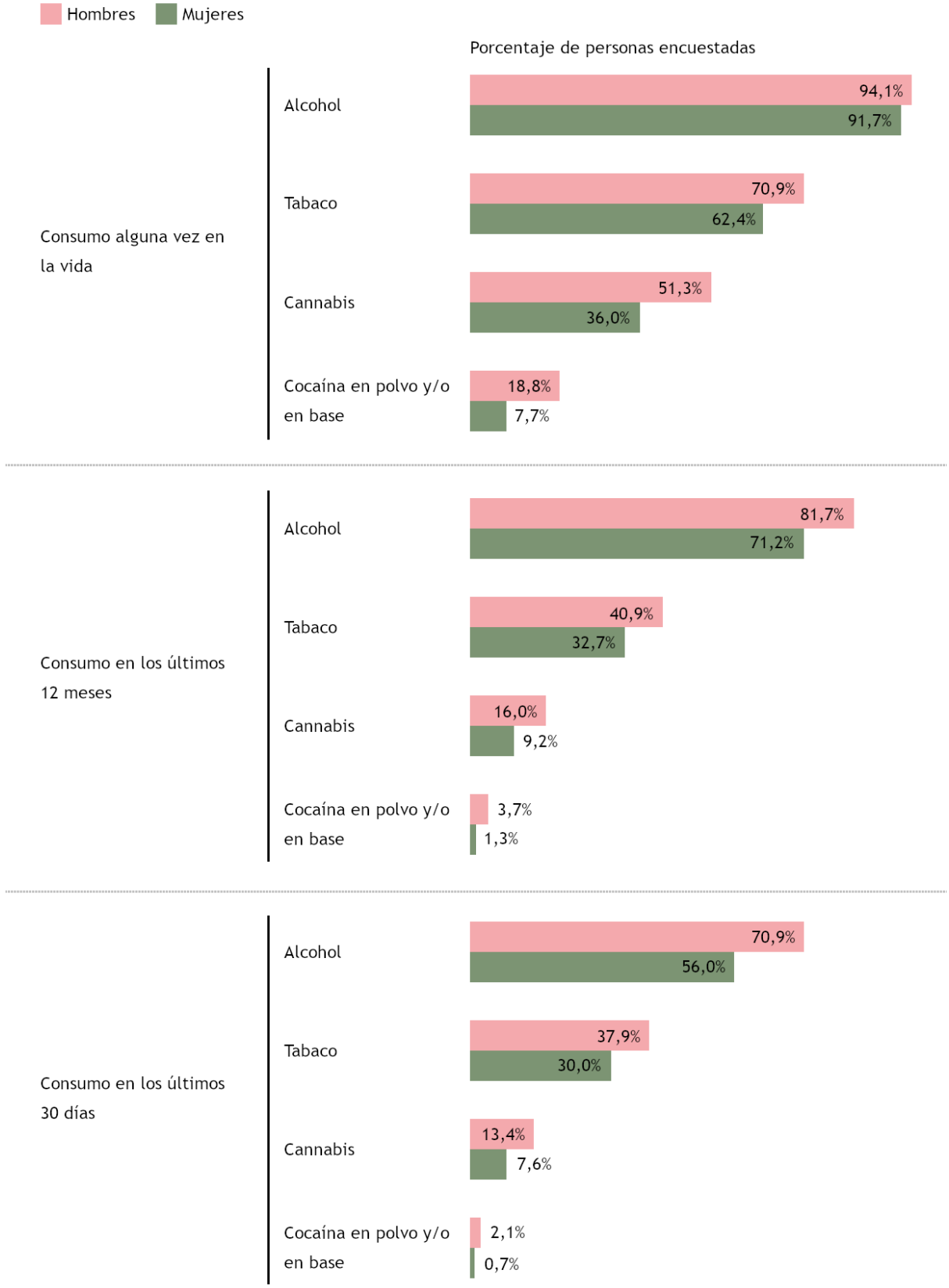
Gráfica A2. Riesgo de pobreza o exclusión social (indicador AROPE) en hombres en función de la edad (2025). Instituto Nacional de Estadística



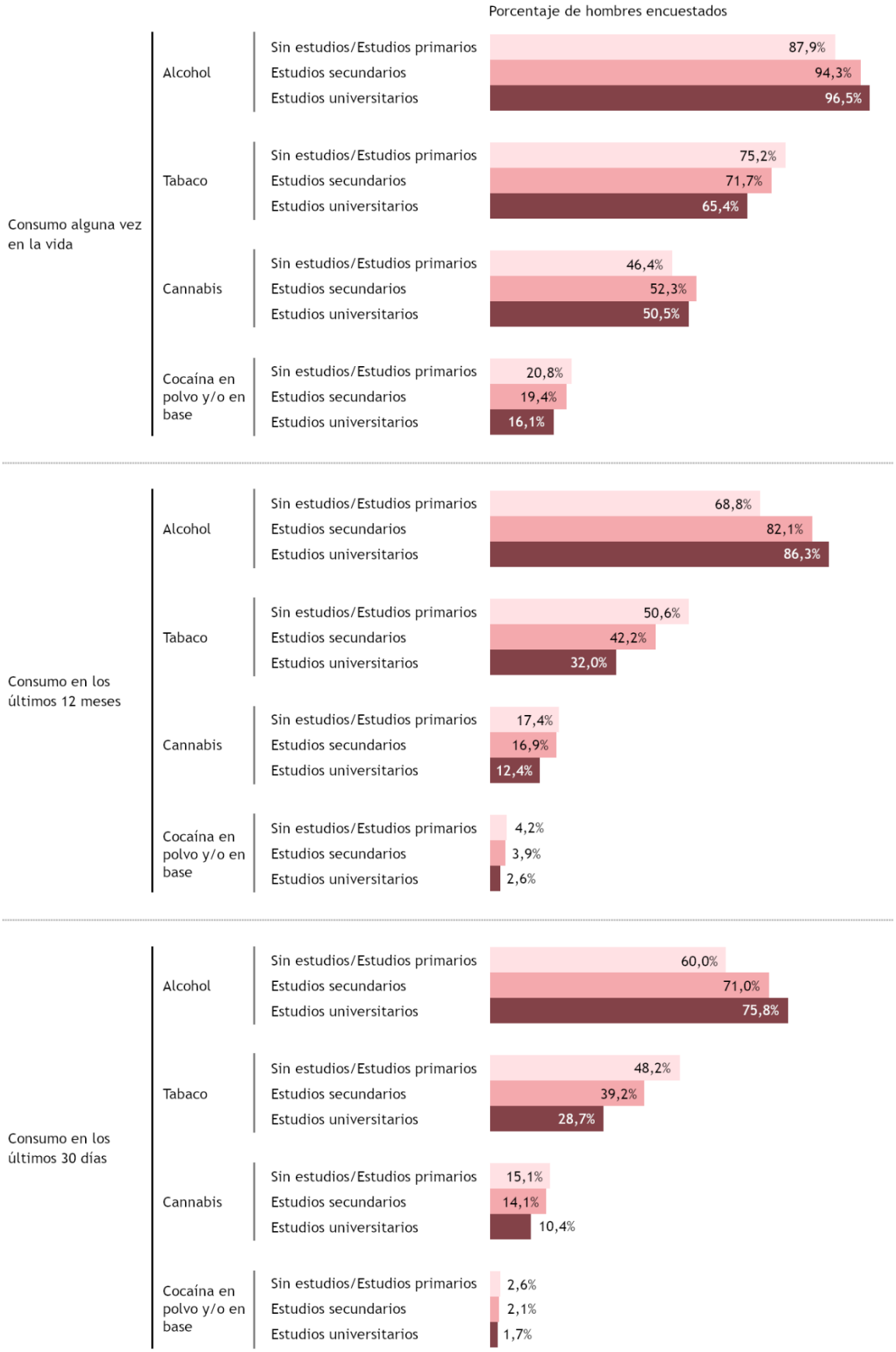
Gráfica A3. Proporción de hombres y mujeres entre 25-64 años en función del nivel educativo en la población adulta (2024). Instituto Nacional de Estadística



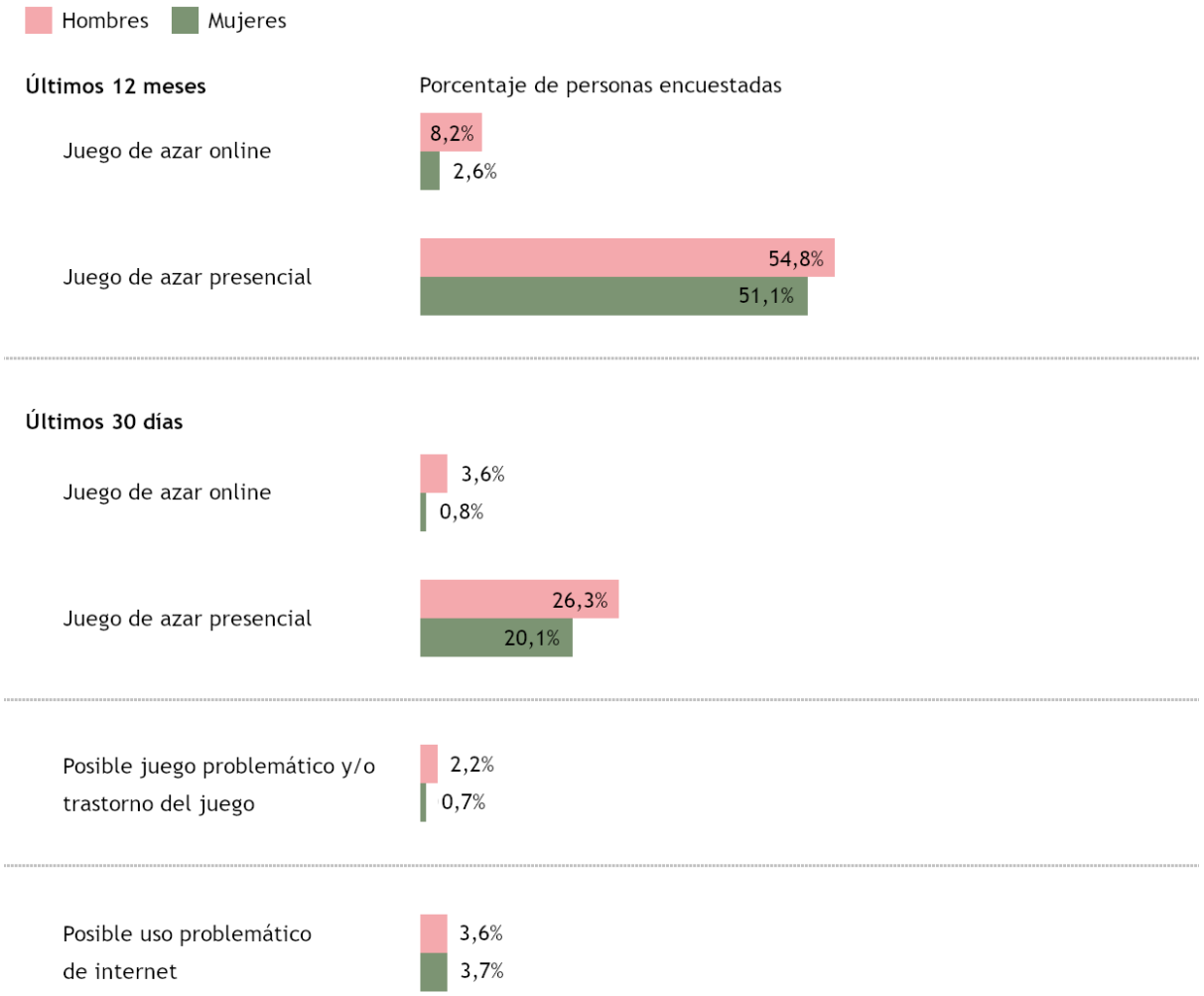
Gráfica A4. Consumo de sustancias en personas de 15 a 64 años residentes en España (2024). Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España



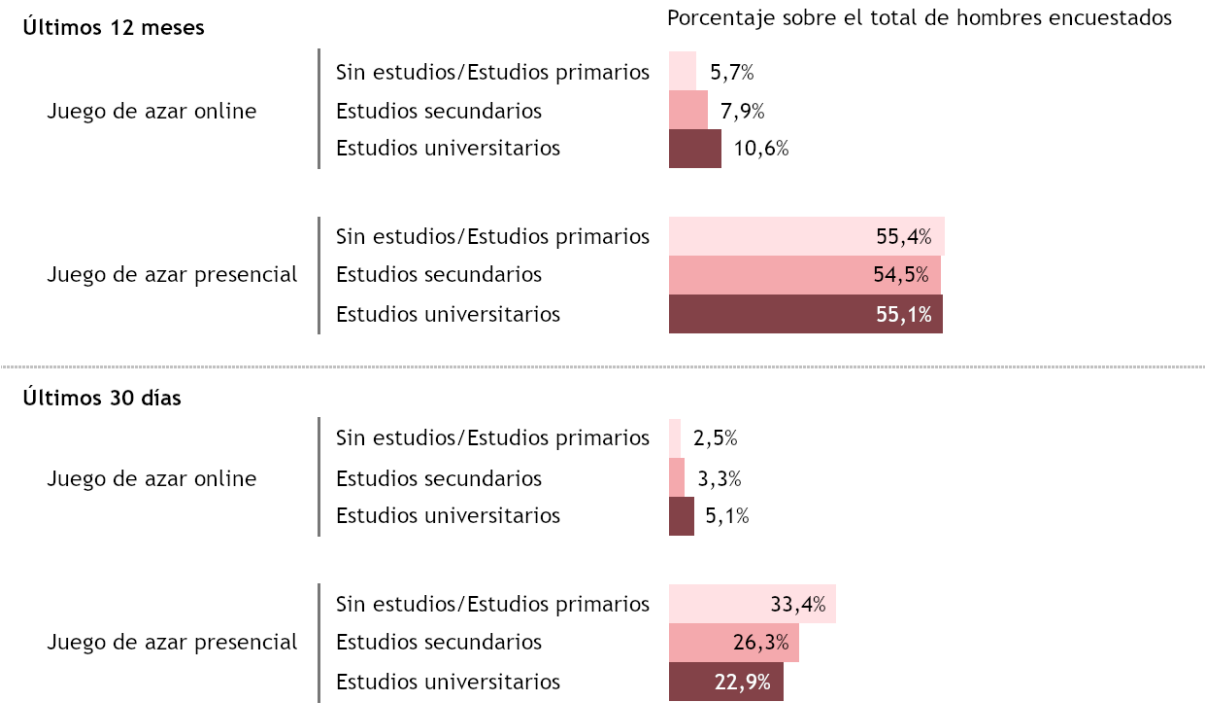
Gráfica A5. Consumo de sustancias en hombres de 15 a 64 años residentes en España según su nivel educativo (2024). Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España



Gráfica A6. Adicciones comportamentales en personas de 15 a 64 años residentes en España (2024). Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España



Gráfica A7. Adicciones comportamentales en hombres de 15 a 64 años residentes en España según su nivel educativo (2024). Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España



Anexo III. Tablas

Tabla A1. Componentes para el cálculo de la carencia material y social severa. Tasa AROPE[48,49]

Conceptos definidos a nivel de hogar	No puede permitirse ir de vacaciones al menos una semana al año.
	No puede permitirse una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días.
	No puede permitirse mantener la vivienda con una temperatura adecuada.
	No tiene capacidad para afrontar gastos imprevistos.
	Ha tenido retrasos en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal (hipoteca o alquiler, recibos de gas, comunidad…) o en compras a plazos en los últimos 12 meses.
	No puede permitirse disponer de un automóvil.
	No puede sustituir muebles estropeados o viejos.
Conceptos definidos a nivel de persona	No puede permitirse sustituir ropa estropeada por otra nueva.
	No puede permitirse tener dos pares de zapatos en buenas condiciones.
	No puede permitirse reunirse con amigos/familia para comer o tomar algo al menos una vez al mes.
	No puede permitirse participar regularmente en actividades de ocio.
	No puede permitirse gastar una pequeña cantidad de dinero en sí mismo.
	No puede permitirse conexión a internet.

[48] Una persona está en situación de carencia material y social severa si padece al menos siete de las trece limitaciones que forman la lista.

[49] Instituto Nacional de Estadística. Riesgo de pobreza o exclusión social (objetivo Europa 2030). Indicador AROPE.. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259941637944&p=%5C&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalle&param3=1259924822888

Tabla A2. Renta media y mediana por unidad de consumo (2024). Instituto Nacional de Estadística

Variable	Total (€)	Hombres (€)	Mujeres (€)
Renta media por unidad de consumo	21.759	22.089	21.442
Renta mediana por unidad de consumo	19.307	19.723	18.932

Tabla A3. Renta media de las personas de 16 y más años por persona y por unidad de consumo según nivel educativo (2025). Instituto Nacional de Estadística

Nivel educativo	**Renta neta media por persona (€)**	**Renta media por unidad de consumo (€)**
Educación primaria o inferior	13.248	18.146
Educación secundaria primera etapa	13.288	19.336
Educación secundaria segunda etapa	15.295	22.206
Educación superior	20.729	29.529

Tabla A4. Relación de causas externas de mortalidad. Instituto Nacional de Estadística

Causas externas de mortalidad
Accidentes de tráfico
Accidentes por fuego, humo y sustancias calientes
Agresiones (homicidio)
Ahogamiento, sumersión y sofocación accidentales
Caídas accidentales
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica
Envenenamiento accidental por psicofármacos y drogas de abuso
Eventos de intención no determinada
Otros accidentes
Otros accidentes de transporte
Otras causas externas y sus efectos tardíos
Otros envenenamientos accidentales
Suicidio y lesiones autoinflingidas

Tabla A5. Prevalencia de problemas de salud física y mental y consumo de medicamentos en hombres según el país de nacimiento (2024). Base de Datos Clínicos de Atención Primaria

Variable		País de nacimiento (hombres)	
		España	Extranjero
Tasa ajustada de hombres con problema de salud por mil asignados	Trastornos del metabolismo lipídico	219,9	177,7
	Hipertensión no complicada	184,0	144,0
	Infección respiratoria aguda del tracto superior	125,1	94,3
	Asma	83,2	36,2
	Diabetes mellitus no insulinodependiente	83,9	69,2
	Bronquitis/bronquiolitis aguda	42,2	28,2
	Insuficiencia renal crónica	21,1	17,5
	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	29,7	15,9
	Insuficiencia cardiaca	13,7	9,9
	Accidente cerebrovascular/ictus/apoplejía	14,5	10,3
	Infarto agudo de miocardio	14,8	12,3
	Neoplasias malignas de colon/recto	8,3	3,9
	Neoplasias malignas de tráquea/bronquios/pulmón	2,8	1,5

Tasa de hombres con algún problema de salud crónico por mil asignados		489,6	298,4
Tasa ajustada de problemas de salud mental en hombres por mil asignados	Trastornos de ansiedad	92,5	47,2
	Trastornos del sueño	94,7	64,0
	Trastornos depresivos	31,0	17,3
	Trastornos hipercinéticos	16,5	6,4
	Psicosis afectivas	4,6	2,0
	Esquizofrenia	5,5	2,1
Consumo de medicamentos relacionados con la salud mental en hombres (DDD) por mil asignados y día	Antidepresivos	59,8	17,9
	Ansiolíticos	36,6	10,8
	Hipnóticos y sedantes	22,1	6,5
	Antipsicóticos	16,3	5,7
	Psicoestimulantes, medicamentos para ADHD y nootrópicos	7,0	1,5
Tasa ajustada por edad de hombres con registro de "suicidio/intento de suicidio" por mil asignados		2,2	1,5
Tasa de visitas a atención primaria en hombres por mil asignados		8.588,8	5.000,9
Tasa de interconsultas en hombres por mil asignados		352,5	251,3

Tabla A6. Indicadores de consumo de alcohol y tabaco en personas de 15 a 64 años residentes en España según sexo (2024). Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España

Variable	Alcohol		Tabaco	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Consumo diario en los últimos 30 días (%)	15,4	5,7	28,9	22,6
Edad media de inicio de consumo (años)	15,9	16,9	16,4	16,8
Consumo de alcohol en atracón en los últimos 30 días (%)	20,4	11,7	-	-
Intoxicaciones etílicas en los últimos 12 meses (%)	19,1	10,4	-	-
Consumo de riesgo de alcohol (AUDIT>= 8 en hombres y >=6 en mujeres) (%)	7,2	4,7	-	-

Tabla A7. Indicadores de consumo de alcohol y tabaco en hombres de 15 a 64 años residentes en España según el nivel de estudios y el país de nacimiento (2024). Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España

Variable	Nivel de estudios más alto completado (hombres)			País de nacimiento (hombres)	
	Sin estudios / Estudios primarios	Estudios secundarios	Estudios universitarios	España	Extranjero
Consumo diario de tabaco en los últimos 30 días (%)	40,5	30,1	19,8	30,2	21,3
Edad media de inicio de consumo de alcohol (años)	15,7	15,9	16,0	15,8	16,7
Edad media de inicio de consumo de tabaco (años)	15,7	16,3	16,9	16,3	17,2
Consumo de alcohol en atracón* en los últimos 30 días (%)	15,9	20,8	20,7	20,8	18,0
Intoxicaciones etílicas en los últimos 12 meses (%)	17,9	19,4	18,1	19,5	16,2

**El consumo en atracón se define como un consumo de cinco o más bebidas alcohólicas en el caso de los hombres (cuatro en el caso de las mujeres) en un intervalo de dos horas*

Tabla A8. Consumo de sustancias en hombres de 15 a 64 años residentes en España según su país de nacimiento (2024). Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España

Periodo de referencia	Sustancia	País de nacimiento (hombres)	
		España (%)	Extranjero (%)
Consumo alguna vez en la vida	Alcohol	95,7	84,4
	Tabaco	72,4	61,3
	Cannabis	52,7	42,6
	Cocaína en polvo y/o en base	19,7	13,8
Consumo en los últimos 12 meses	Alcohol	83,6	69,7
	Tabaco	42,1	33,6
	Cannabis	16,2	14,5
	Cocaína en polvo y/o en base	3,9	2,3
Consumo en los últimos 30 días	Alcohol	72,8	59,6
	Tabaco	39,1	30,8
	Cannabis	13,7	11,8
	Cocaína en polvo y/o en base	2,2	1,2

Tabla A9. Adicciones comportamentales en hombres de 15 a 64 años residentes en España según el país de nacimiento (2024). Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España

Periodo de referencia	Tipo de juego	País de nacimiento (hombres)	
		España (%)	Extranjero (%)
Últimos 12 meses	Juego de azar online	8,5	6,4
	Juego de azar presencial	57,0	41,1
Últimos 30 días	Juego de azar online	3,8	2,7
	Juego de azar presencial	27,9	16,4

Tabla A10. Uso del sistema sanitario en el último año por parte de hombres según el país de nacimiento (2025). Barómetro sanitario

Servicio	País de nacimiento (hombres)	
	España (%)	Extranjero (%)
Asistencia en los últimos 12 meses a consulta de atención primaria	85,6	79,4
Asistencia en los últimos 12 meses a consulta de atención hospitalaria	63,0	51,5
Asistencia en los últimos 12 meses al servicio de urgencias	49,3	51,3
Ingreso hospitalario en los últimos 12 meses	13,2	12,4
Consulta a un/a profesional sanitario/a por un problema de salud mental, malestar psicológico o emocional en los últimos 12 meses	13,7	16,1

Tabla A11. Tipo de aseguramiento declarado (2025). Barómetro sanitario

Tipo de aseguramiento declarado	Sexo		País de nacimiento (solo en en hombres)		Ingresos mensuales netos del hogar (solo en hombres)				
	Hombres	Mujeres	España	Extranjero	Menos de 1.800 €	De 1.801 a 2.700 €	De 2.701 a 3.900 €	De 3.901 a 5.000 €	Más de 5.000 €
Una mutualidad de funcionarios con atención por la sanidad pública (%)	3,3	3,7	3,6	0,6	0,7	3,2	2,6	6,9	4,5
Una mutualidad de funcionarios con atención por la sanidad privada (%)	4,7	3,8	5,0	2,3	0,6	6,9	6,3	6,0	4,3
Un seguro médico privado, contratado por la persona encuestada o alguna persona de su familia (%)	22,3	23,8	22,6	20,3	11,6	18,2	23,1	26,4	38,7
Un seguro médico privado, contratado por la empresa (%)	13,7	7,8	13,2	18,3	9,2	14,0	14,1	15,8	18,5