

# 5.5.

## ÁREA PRIORITARIA 5: ENTORNOS Y CONDUCTAS SALUDABLES

IMPULSAR LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, LOS ENTORNOS Y LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES MEDIANTE LA COLABORACIÓN INTERSECTORIAL EN LOS ÁMBITOS LOCAL Y COMUNITARIO.

Las medidas y actuaciones de esta Área se configuran desde una perspectiva amplia e intersectorial, trabajando conjuntamente con el resto de Departamentos del Gobierno Vasco e Instituciones de Euskadi. Incluye medidas de promoción de actividad física, salud alimentaria y salud mental y de entornos ambientales y laborales saludables; medidas de prevención de la obesidad, del tabaquismo, del consumo de alcohol y otras adicciones. (Tabla 4).

Tabla 4.  
Prevalencia (%) estandarizada de los principales factores de riesgo en población mayor de 14 años

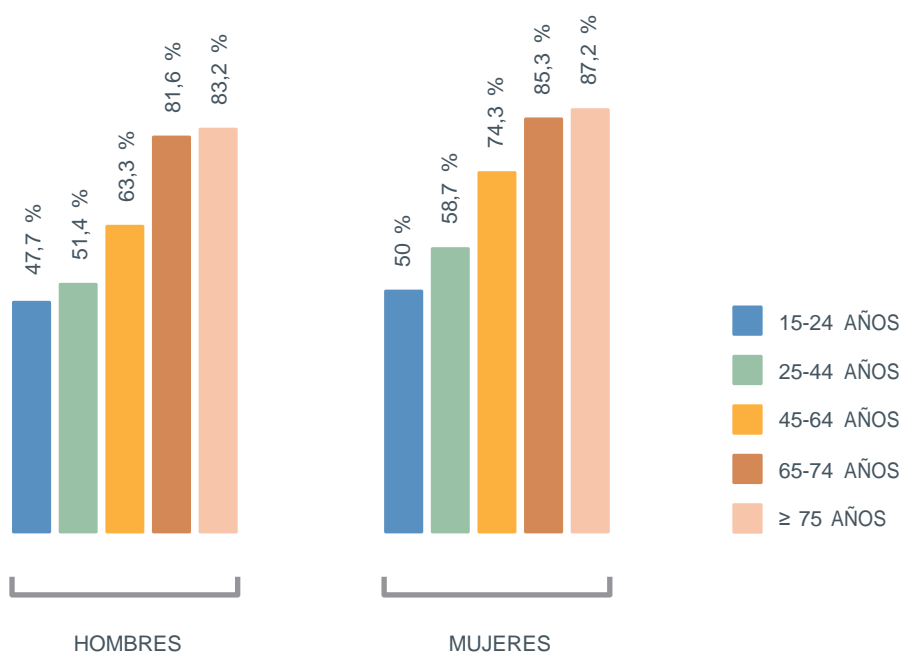
	HOMBRES	MUJERES
Sobrepeso	43,0	28,2
Obesidad	13,9	12,6
Tabaquismo	24,1	18,7
Personas bebedoras habituales	63,3	37,6
Sedentarismo	26,6	34,0

Fuente: Encuesta de Salud 2013

Según la ESCAV 2013, el consumo diario de fruta es más elevado en mujeres (69,2%) que en hombres (62,0); las mujeres consumen más verdura (32,1%) que los hombres (21,7%). El consumo aumenta con la edad en ambos sexos (Gráfico 23). El consumo diario de fruta y de verdura es menor en niveles socioeconómicos más desfavorecidos, tanto entre los hombres como entre las mujeres.

Consume carne tres o más veces por semana el 60,0% de los hombres y 54,0% de las mujeres; consume pescado tres o más veces por semana el 38,8% de los hombres y 43,5% de las mujeres; ambas prevalencias han disminuido respecto al año 2007 en los dos sexos.

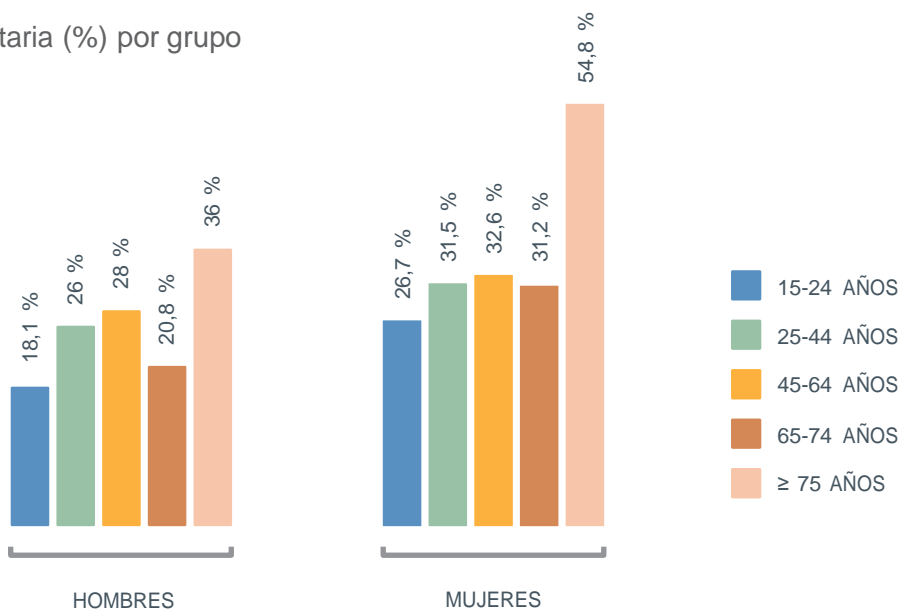
Gráfico 23.  
Prevalencia de consumo diario de fruta por sexo y grupo de edad.  
CAPV. 2013



Fuente: Encuesta de Salud 2013

La actividad física reduce la morbilidad y mortalidad asociada a enfermedad coronaria, hipertensión arterial, ictus, diabetes, osteoporosis, síndrome metabólico, cáncer de colon, cáncer de mama y trastornos mentales, entre otros. Según la ESCAV 2013, el sedentarismo fue más frecuente en las mujeres (34,0%) que en los hombres (26,6%) (Gráfico 24); entre 2007 y 2013, la prevalencia no cambió entre las mujeres (34,6% en 2007) y disminuyó entre los hombres (32,0% en 2007). El sedentarismo fue más frecuente en los grupos sociales más desfavorecidos.

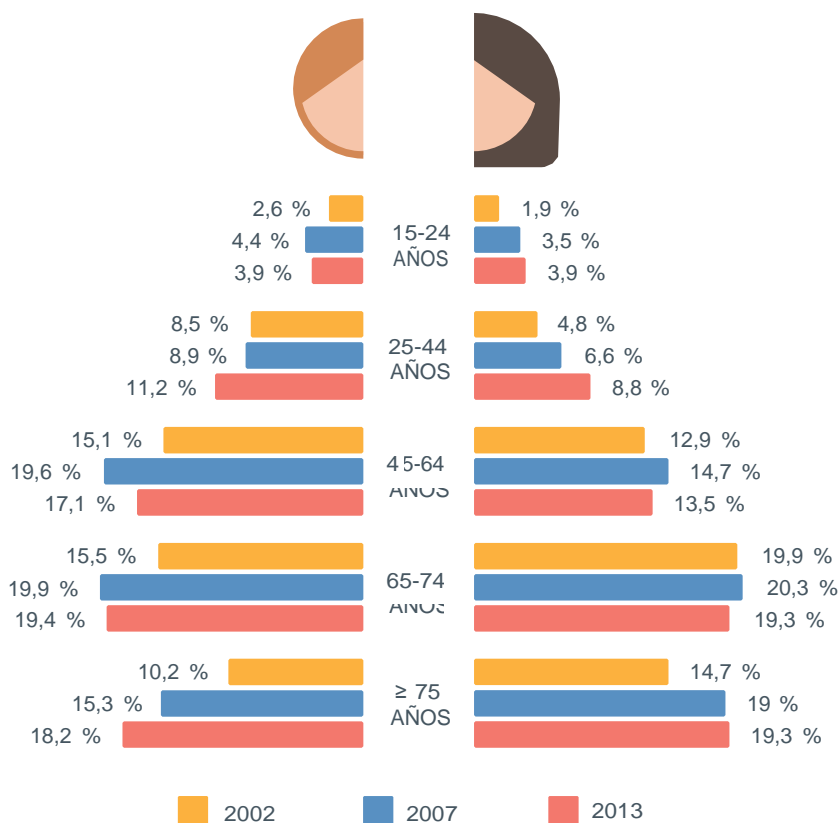
Gráfico 24.  
Población sedentaria (%) por grupo de edad y sexo.  
CAPV. 2013



Fuente: Encuesta de Salud 2013

La prevalencia de obesidad, según la ESCAV 2013, es mayor en hombres (14,1%) que en mujeres (12,3%) y mayor en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos. En los últimos años ha aumentado la prevalencia de obesidad sobre todo a expensas de los adultos jóvenes (25-44 años) tanto en hombres como en mujeres (Gráfico 25).

Gráfico 25.  
Población (%) con obesidad por grupo de edad y sexo. CAPV. 2002-2013.

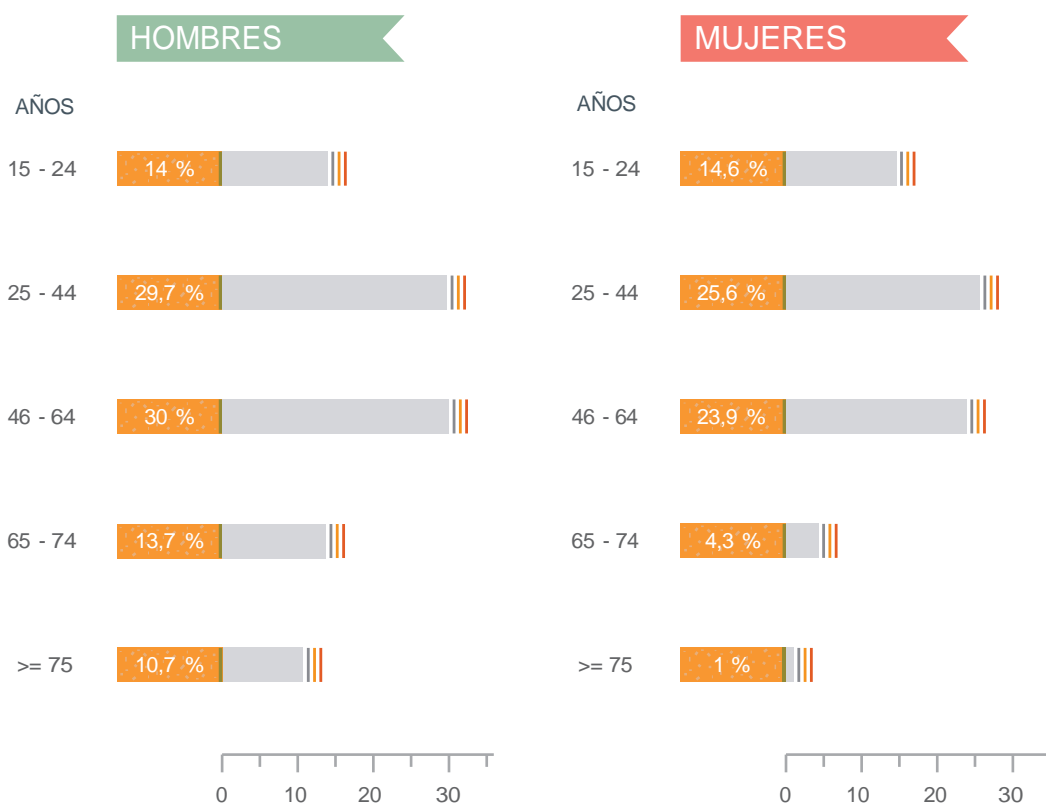


Fuente: Encuesta de Salud 2013

El consumo de tabaco constituye un importante factor de riesgo de enfermedad y muerte. Según la ESCAV, en los últimos años el tabaquismo entre los hombres ha disminuido de manera continuada desde 1997; en las mujeres, sin embargo, se mantuvo relativamente estable y aumentó ligeramente entre 2002 y 2007. En 2013, la prevalencia de consumo de tabaco fue 24,1% en hombres y 18,7% en mujeres. El descenso entre las mujeres, producido entre 2007 y 2013, se debe fundamentalmente a la disminución en la prevalencia de fumadoras de 25 a 44 años (6,2%) y de 15-24 años (10,9%) (Gráfico 26).

El consumo de tabaco es mayor en los grupos sociales más desfavorecidos en todas las edades, aunque las desigualdades observadas en los jóvenes (15-44 años) son mucho mayores. La exposición al tabaco de otros (tabaquismo pasivo) se redujo a la mitad entre 2007 (33,3%) y 2013 (15,5%) y también tiene un gradiente de mayor exposición cuanto más desfavorecida es la clase social.

Gráfico 26.  
Prevalencia de personas fumadoras por grupo de edad y sexo. CAPV. 2013



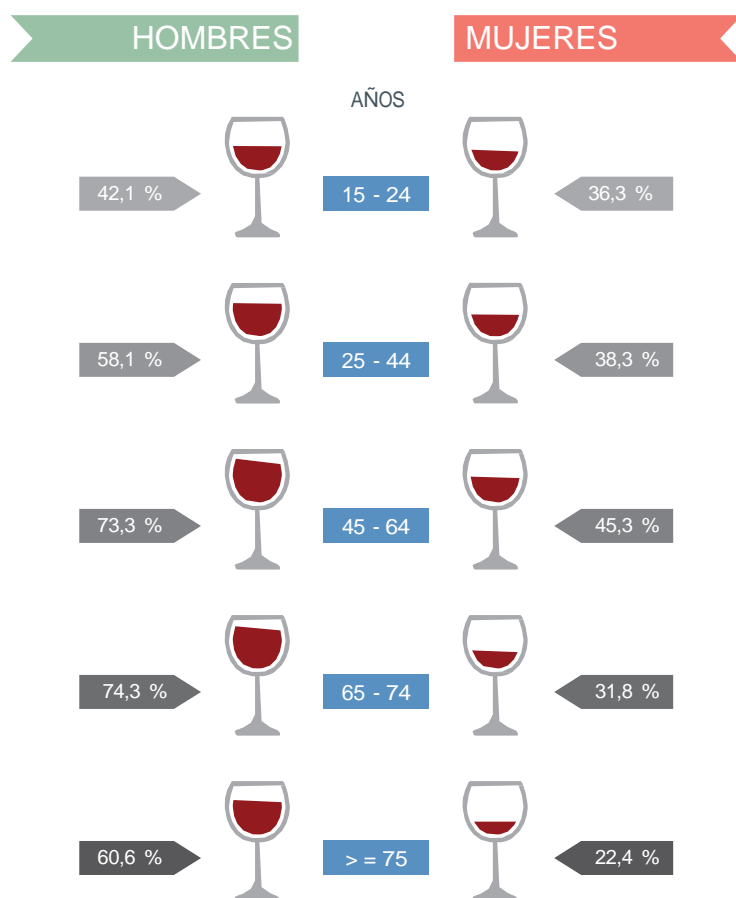
Fuente: ESCAV'2013

La edad media de inicio en el consumo de tabaco se mantiene en torno a los 17 años; se reduce la proporción de adolescentes que se iniciaron en el consumo antes de los 15 años.

El consumo excesivo de alcohol es un factor de riesgo de mala salud; su abuso es una de las principales causas evitables de trastornos neuropsiquiátricos, enfermedades cardiovasculares, cirrosis hepática y varios tipos de cánceres. Según la ESCAV 2013 en los últimos años el consumo habitual de alcohol ha aumentado entre 58,9% (2002) y 63,3% (2013) para los hombres y 29,3% (2002) y 37,6% (2013) para mujeres. El aumento se ha producido en todos los grupos de edad, excepto en el grupo de 15 a 24 años en que ha disminuido de 51,5% a 42,1% en los hombres y muy ligeramente en mujeres de 37% a 36,3% (Gráfico 27).

La prevalencia del consumo de alcohol es más alta en las clases sociales más favorecidas, especialmente entre las mujeres en las que la diferencia se duplica.

-  
Gráfico 27.  
Prevalencia de consumo habitual de alcohol, por grupo de edad y sexo (estandarizado por edad).  
CAPV. 2013



Fuente: Encuesta de Salud 2013

La prevalencia estandarizada de consumo intensivo de alcohol (binge drinking), en el año 2013, fue de 11,9% en hombres y 5,5% en mujeres. La prevalencia es mayor en los grupos de nivel socioeconómico más favorecido (Tabla 5).

Tabla 5.  
Prevalencia (%) de consumo intensivo de alcohol (binge drinking) por sexo y grupo de edad.  
CAPV 2013

	HOMBRES	MUJERES
15-24 años	17,5	9,1
25-44 años	13,5	7,9
45-64 años	13,5	5,2
65-74 años	8,0	1,3
75 años y más	3,0	0,7

Fuente: Encuesta de Salud 2013

El inicio del consumo de alcohol es temprano y se produce, en términos generales, entre los 14 y los 18 años (media: 17 años). Los inicios en el consumo antes de los 13 años son muy minoritarios (6,5%).

La edad de inicio en el consumo de cannabis y otras sustancias ilegales se sitúa también por debajo de los 20 años de edad, según el estudio Euskadi y Drogas 2012. La evolución de la edad media de inicio de las sustancias más habituales se ha mantenido relativamente estable y no presenta diferencias por grupo socioeconómico.

El consumo excesivo, problemático o de riesgo de drogas presenta diferencias significativas según el sexo. El consumo excesivo de alcohol, tabaco, cannabis y policonsumo de drogas es más frecuente en hombres y el de psicofármacos sin receta más frecuente en mujeres.

Otras adicciones que adquieren cada vez más importancia son el juego, y el uso problemático de Internet. El porcentaje de población afectada es ligeramente superior entre los hombres (Tabla 6).

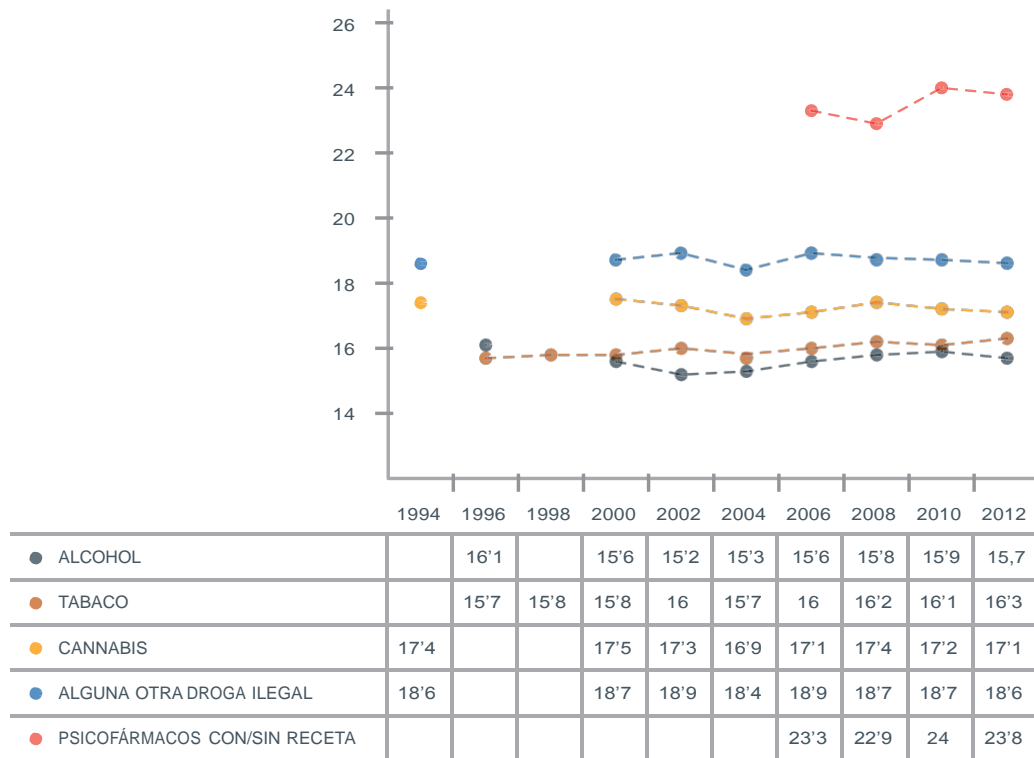
Tabla 6.  
Prevalencia (%) de personas con consumo problemático por sexo.  
CAPV 2012

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	RAZÓN: HOMBRE/ MUJER
Jugador/a activo/a	26,5	18,8	22,6	1,4
Jugador/a de riesgo o excesivo/a	3,6	2	2,8	1,8
Uso de riesgo o problemático de internet	3,3	2,7	3,0	1,2

Fuente: Euskadi y drogas 2012

Gráfico 28.  
Evolución de la edad media de inicio en consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias.

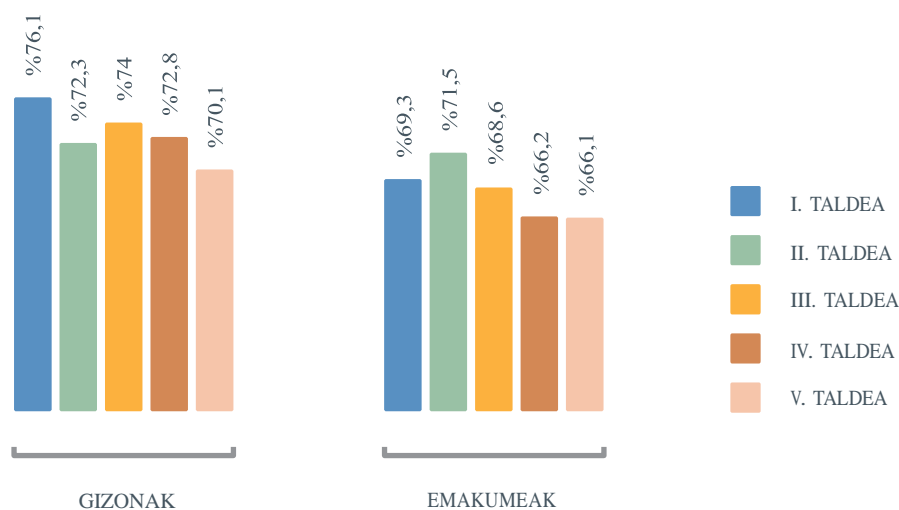
La evolución de la edad media de inicio de las sustancias más habituales se ha mantenido relativamente estable a lo largo de los años (Gráfico 28). Este inicio en el consumo no presenta diferencias por grupo socioeconómico.



Fuente: Euskadi y Drogas. 2012

Gráfico 29.  
Valor promedio estandarizado por edad del índice de salud mental MHI-5 según el sexo y el grupo socioeconómico. CAPV. 2013.

De acuerdo con el índice de salud mental utilizado en 2013 en la ESCAV, los hombres tienen mejor salud mental que las mujeres en el conjunto de la población y en cada grupo de edad; las diferencias entre sexos aumentan con la edad. En ambos sexos se observa que la salud mental empeora al descender en la escala social. Las desigualdades fueron mayores en las mujeres (Gráfico 29).

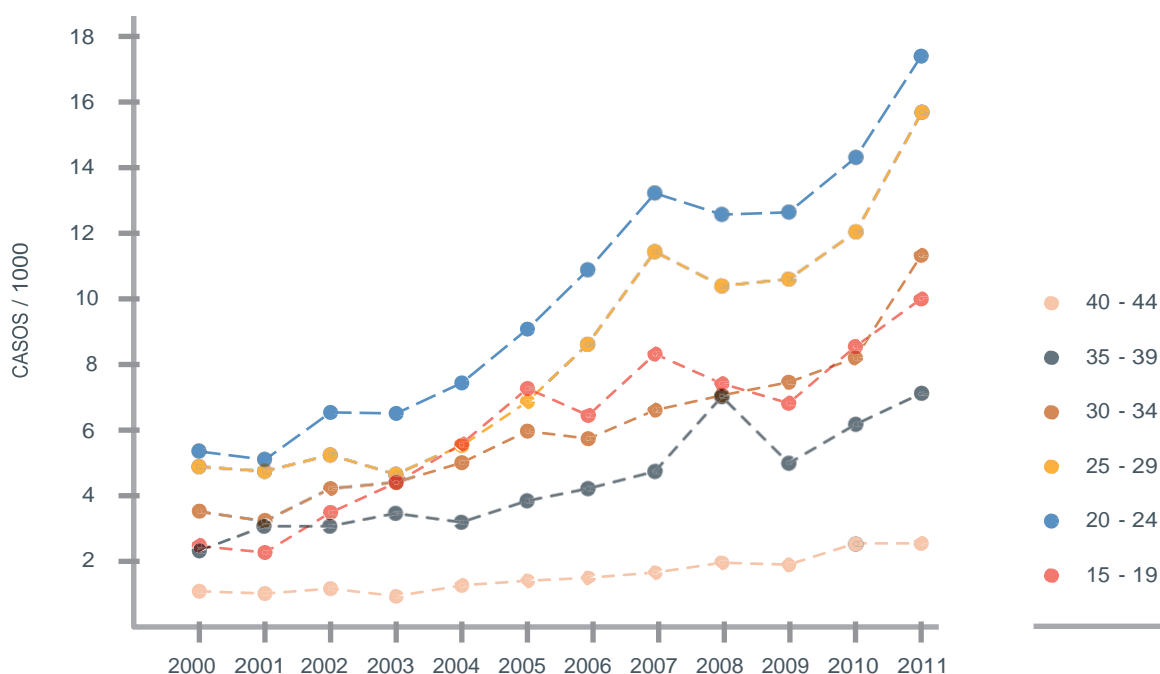


Fuente: ESCAV'2013

## SALUD REPRODUCTIVA

Según el Registro de Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) de la Comunidad Autónoma del País Vasco en 2011 se realizaron 4.138 interrupciones; el 24,2% tenían entre 25 y 29 años, y el 10,3% eran menores de 20 años. La tasa de IVE (número de IVEs por 1.000 mujeres de 15-44 años) ha aumentado de 2,60 en 1993 hasta 9,9 en 2011. Las tasas más altas se dan en las mujeres de 20-30 años de edad (Gráfico 30).

Gráfico 30.  
Tasas de Interrupción Voluntaria del Embarazo en mujeres residentes en la CAPV según grupo de edad.  
CAPV 2000-2011.



Fuente: Interrupciones voluntarias del embarazo en la CAPV. Departamento de Salud<sup>47</sup>

Según los datos del Eustat, en el período 2001-2011 el número de nacimientos en Euskadi aumentó un 15,7%. Este aumento se debe, fundamentalmente, al aumento de fecundidad en mujeres de 35 y más años, cuya tasa pasa de 21 a 32 nacimientos por mil mujeres en el periodo. Especialmente relevante es el incremento de nacimientos en los extremos de la edad fecunda. Las mujeres de 40 y más años alcanzan en 2011 una tasa de 7,9 nacimientos por mil mujeres frente a 3,3 en 2001, y las madres menores de 20 años pasan de 3,7 en 2001 a 6,0 en 2011.

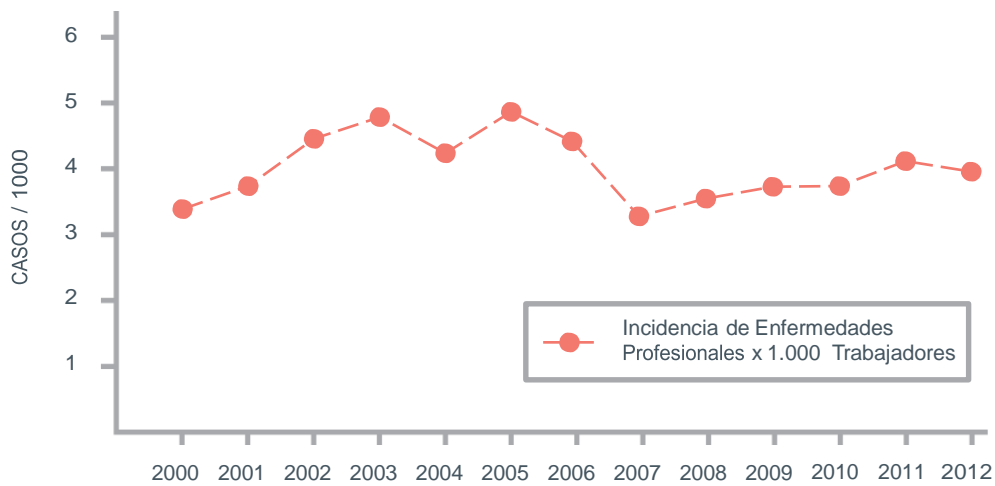


## SALUD LABORAL

Según datos de Osalan, se constata un fuerte aumento de las patologías del oído (hipoacusias por ruido), un progresivo incremento de las enfermedades del sistema nervioso (síndrome del túnel carpiano y trastornos similares) y de las enfermedades de las vías respiratorias, y un ligero incremento de los tumores profesionales. Se observa disminución progresiva de enfermedades infecciosas, enfermedades dermatológicas y trastornos músculo-tendinosos.

Entre los años 2000 y 2006 creció la tasa de incidencia de enfermedades profesionales. El marcado descenso en el año 2007 fue debido a un cambio en el sistema de declaración. En los siguientes años hubo un incremento leve, pero mantenido de la incidencia de enfermedades profesionales reconocidas, con un predominio creciente a partir del año 2007 de las enfermedades sin baja, a diferencia del periodo anterior (Gráfico 31).

Gráfico 31.  
Incidencia de enfermedad profesional.  
2000-2012. CAPV



Fuente: OSALAN-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales

---

# OBJETIVOS Y ACCIONES

## OBJETIVO 5.1.

# ACTIVIDAD FÍSICA

Promover la práctica de actividad física de la población, siguiendo las pautas y estrategias definidas en el Plan de Actividad Física de Euskadi.

## ACCIONES

5.1.1. Capacitar a profesionales de Salud, Educación y Servicios Municipales en la promoción de la actividad física y su consejo a la población.

5.1.2. Desarrollar iniciativas concretas en el ámbito local fortaleciendo los canales de comunicación entre centros sanitarios, centros educativos y recursos de actividad física en el municipio.

5.1.3. Impulsar la innovación para la promoción de la actividad física.

5.1.4. Promover un urbanismo saludable en los municipios de Euskadi, incluyendo medidas específicas para el fomento de la actividad física en los instrumentos de planeamiento y diseño urbano. Promover la Red de Ciudades que Caminan<sup>48</sup>.

5.1.5. Adecuar la oferta y los recursos de actividad física atendiendo a las necesidades y preferencias de los diferentes grupos de población, en particular las mujeres.

5.1.6. Aumentar las horas lectivas semanales de educación física en todos los niveles educativos.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Prevalencia de sedentarismo	Hombres: 26,6% Mujeres: 34,0% (2013)	Hombres: L10% Mujeres: L15%	ESCAV
Desigualdades sociales en sedentarismo según género y nivel social	IRD Hombres: 1,44 IRD Mujeres: 1,18 (2013)	Hombres: L10% Mujeres: L10%	ESCAV

## OBJETIVO 5.2.

# SALUD Y ALIMENTACIÓN

Diseñar e implantar una estrategia de alimentación saludable para la población de Euskadi teniendo en cuenta las desigualdades sociales y de género en los patrones de consumo.

## ACCIONES

5.2.1. Monitorizar el perfil nutricional de la población de Euskadi y formular recomendaciones alimentarias.

5.2.2. Mejorar la colaboración entre sectores (instituciones, la sociedad civil y la industria) con el objeto de llegar a acuerdos en lo relacionado con la disminución del consumo de azúcares, sal y grasas saturadas.

5.2.3. Facilitar, conjuntamente con las áreas de Consumo, Comercio y Desarrollo Económico, el acceso a una alimentación saludable de calidad, fresca y variada.

5.2.4. Formar al personal sanitario en salud alimentaria, incluyendo consejo breve y prescripción de hábito alimentario saludable.

5.2.5. Potenciar la innovación y la investigación en hábitos alimentarios saludables.

INDICADORES	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Personas que consumen fruta a diario	Hombres: 62,0% Mujeres: 69,2% (2013)	Hombres: K20% Mujeres: K20%	ESCAV
Personas que consumen verdura a diario	Hombres: 21,7% Mujeres: 32,1% (2013)	Hombres: K20% Mujeres: K20%	ESCAV
Contenido de grasas totales y saturadas en menús escolares	--	Grasas totales < 30% de kcal del menú Grasas saturadas <10% de kcal del menú	Dpto. de Salud
Contenido de sal en menús colectivos	9,8 g/día (2009)	<5 g/día	Dpto. de Salud

## OBJETIVO 5.3.

# SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Promover una vivencia de la sexualidad saludable, placentera e igualitaria.

Ofrecer una atención integral, continuada y de calidad durante el proceso reproductivo.

## ACCIONES

5.3.1. Diseñar programas de información y educación para la salud sexual basados en la igualdad de género y en el respeto a la diversidad sexual.

5.3.2. Promover una atención a la salud sexual en los distintos ámbitos asistenciales, teniendo en cuenta los diferentes contextos de vulnerabilidad y diversidad.

5.3.3. Mejorar la accesibilidad a la anticoncepción.

5.3.4. Garantizar un proceso asistencial integrado desde la fase preconcepcional, y durante el embarazo, parto, puerperio y atención al bebé, acorde a las guías de práctica clínica basadas en la mejor evidencia disponible.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Mujeres con aporte adecuado de ácido fólico pre y perigestacional	50% (2011) <sup>49</sup>	>70%	Osakidetza
Población con proceso asistencial integrado embarazo-parto-puerperio (%)	--	100%	Osakidetza
Episiotomía en parto eutócico (%)	36% (2010) <sup>50</sup>	<15%	Osakidetza
Interrupción voluntaria del embarazo (IVEs) tasa x 1.000 mujeres en edad fértil	9,9 (2011)	150%	Registro IVEs

## OBJETIVO 5.4.

# ADICCIONES

Prevenir conductas adictivas (alcohol, tabaco, otras sustancias, adicciones sin sustancia), reducir y retardar el inicio del consumo de tabaco y alcohol y otras sustancias, y minimizar el daño derivado de las adicciones.

## ACCIONES

5.4.1. Desarrollar las líneas estratégicas y acciones previstas en el VI Plan de Adicciones<sup>51</sup>, especialmente las medidas orientadas a:

- Retrasar la edad de inicio en el consumo de sustancias.
- Disminuir la presencia y las ofertas de tabaco, alcohol y otras sustancias que causan adicción.
- Afianzar los programas de prevención universal, así como los orientados a colectivos de especial vulnerabilidad, priorizando el ámbito escolar, familiar y comunitario.
- Promocionar estilos de vida, hábitos y valores saludables y pro-sociales, desde la coordinación interinstitucional y la cooperación con el tercer sector.

· consolidar la estrategia de reducción de riesgos y daños.

5.4.2. Avanzar en la estrategia "Euskadi libre de humo de tabaco<sup>52</sup>".

5.4.3. Desarrollar intervenciones para disminuir los consumos de riesgo de alcohol.

5.4.4. Impulsar el abordaje de las adicciones sin sustancia en sus dimensiones de prevención y tratamiento.

5.4.5. Revisar y actualizar la normativa reguladora de las adicciones.

INDICADORES	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Diferencias sociales en tabaquismo (15-44 años)	IRD Hombres: 2,03 IRD Mujeres: 2,37 (2013)	Hombres: L20% Mujeres: L20%	ESCAV
Personas expuestas al humo de tabaco ajeno	Hombres: 17,1% Mujeres: 15,6% (2013)	Hombres: L50% Mujeres: L50%	ESCAV
Consejo sanitario sobre tabaquismo en Atención Primaria (%)	33,7% (2012)	>60%	Osakidetza
Personas fumadoras en deshabitación tabáquica	Hombres: 1,9% Mujeres: 2,5% (2013)	K15%	Osakidetza
Edad (años) de inicio en el consumo de alcohol	Hombres: 15,8 Mujeres: 17,3 (2012)	18 años	Euskadi y Drogas
Prevalencia de problemas de salud en jóvenes de 15 a 24 años con consumo de riesgo de alcohol	Hombres: 17,3% Mujeres: 17,9% (2013)	L30%	ESCAV
Consumo excesivo de alcohol en fines de semana en jóvenes (15-34 años)	Chicos: 15,7% Chicas: 7,0% (2012)	Chicos: L20% Chicas: L20%	Euskadi y Drogas
Prevalencia de problemas de salud asociados a consumo de riesgo de alcohol	Hombres: 25,1 Mujeres: 14,7 (2013)	L10%	ESCAV
Consumo diario de cannabis en jóvenes (15-34 años)	Chicos: 2,5% Chicas: 0,9% (2012)	Chicos: L10% Chicas: L10%	Euskadi y Drogas

## OBJETIVO 5.5.

# SALUD MENTAL

Programa de la salud mental y emocional, teniendo en cuenta las diferencias sociales y de género.

## ACCIONES

5.5.1. Intervenciones y medidas intersectoriales para fortalecer las redes comunitarias de relación y participación social con especial énfasis en mujeres, menores y personas mayores.

5.5.2. Diseñar intervenciones para la prevención del estrés, la ansiedad y depresión dirigido a los grupos más vulnerables y al entorno laboral.

5.5.3. Diseñar intervenciones comunitarias en áreas con alto riesgo de exclusión social o marginalidad, con el fin de actuar sobre los determinantes de los trastornos mentales y de las adicciones.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Prevalencia de buena salud mental según nivel social y género (MHI-5)	Hombres Grupo I: 76,1 Grupo V: 70,1 Diferencia: 6,0%  Mujeres Grupo I: 69,3 Grupo V: 66,1 Diferencia: 3,2% (2013)	Hombres: L50% Mujeres: L30%	ESCAV

## OBJETIVO 5.6.

# ENTORNO

Garantizar la calidad del entorno ambiental mediante el control y seguimiento de los riesgos ambientales (agua, alimentos, aire y suelo) y la información a la ciudadanía de los mismos.

## ACCIONES

5.6.1. Impulsar la coordinación institucional en el control y seguimiento de los riesgos ambientales.

5.6.2. Mejorar la calidad y la accesibilidad de la población a la información ambiental.

5.6.3. Mejorar las garantías de seguridad de los alimentos y bebidas, reforzando el conocimiento y la participación de la población ante los riesgos de este tipo asociados a su salud.

5.6.4. Desarrollar la biomonitorización a exposiciones ambientales en la población general, y particularmente en grupos vulnerables (embarazadas, población infantil).

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Población de la CAPV residente en zonas con niveles de PM10 < 20 µg/m <sup>3</sup> en el aire <sup>j</sup> .	59% (2012)	75%	Dpto. de Salud
Población que recibe agua de consumo con sub-productos de su tratamiento < 50 µg/l	47% (2012)	>95%	Dpto. de Salud EKUIS

j. PM10: partículas en suspensión en el aire de tamaño menor de 10 micras. 20µg/m3: nivel guía de la OMS

## OBJETIVO 5.7.

# ENTORNO LABORAL

Prevenir los riesgos más importantes de enfermedad profesional y de accidentes entre personas trabajadoras, teniendo en cuenta las diferencias sociales y de género.

## ACCIONES

5.7.1. Desarrollar y mejorar los mecanismos de vigilancia de las enfermedades profesionales, los accidentes y los riesgos laborales.

5.7.2. Desarrollar la Estrategia de Seguridad y Salud en el Trabajo<sup>53</sup>.

5.7.3. Impulsar la investigación en salud y siniestralidad laboral.

5.7.4. Impulsar la intervención de los servicios de prevención y comités de salud laboral orientada a la prevención del estrés laboral y los trastornos mentales asociados al trabajo.

5.7.5. Promover y facilitar los hábitos saludables en el entorno laboral (actividad física, alimentación saludable, prevención de adicciones).

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Tasa de incidencia de enfermedad profesional	Hombres: 4,16‰ Mujeres: 1,51‰ (2012)	L10%	OSALAN
Tasa de incidencia de accidentes de trabajo mortales	Hombres: 8,7/100.000 Mujeres: 0,9/100.000 (2012)	L10%	OSALAN
Empresas tuteladas por servicios de prevención de riesgos laborales	54,3% (2012)	>95%	OSALAN