

1

1. Estilos de vida

El estilo de vida constituye uno de los determinantes que más influencia ejercen en el estado de salud de una población. Teóricamente, la adopción generalizada de un estilo de vida saludable podría reducir la mortalidad global hasta en un 43%. De hecho, en el origen de muchas de las causas de morbilidad y de mortalidad se encuentran conductas de riesgo, como el consumo abusivo de sustancias tóxicas (alcohol, tabaco y drogas ilegales), dietas nutricionales incorrectas, o el sedentarismo.

1.1. Consumo de tabaco

El consumo de tabaco es el principal factor de riesgo de enfermedad y muerte que cada una de las personas, individualmente, puede evitar.

Se estima que entre los 35 y 64 años de edad el consumo de tabaco es responsable de aproximadamente el 90% de las muertes por neoplasia pulmonar, el 80% de las ocurridas por enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y el 50% y 45% de las que tienen lugar por accidente cerebrovascular y cardiopatía isquémica respectivamente (tabla 21). Para el conjunto de las causas de mortalidad, en los varones el consumo de tabaco es responsable del 28% de los fallecimientos, y en las mujeres del 10%.

Tabla 21. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco por grandes grupos de causas. CAPV, 1998

Grupo de causa	Varones		Mujeres	
	Total muertes	% atribuible al tabaco	Total muertes	% atribuible al tabaco
Tumores malignos	3.141	38	1.852	8
Enfermedades del aparato circulatorio	2.875	32	3.392	14
Enfermedades respiratorias	972	59	658	37

Fuente: Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad.

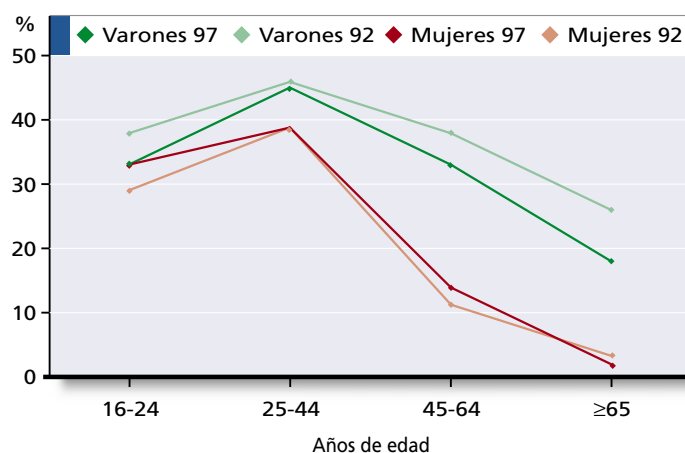
Los riesgos vinculados al tabaquismo se dividen en dos categorías, por un lado, los de los propios fumadores y por otro, los de la población en su conjunto. Para los individuos que han empezado a fumar al principio de la vida de adultos y que nunca han dejado de hacerlo, el riesgo es elevado. Se estima que la mitad de todas las personas que fuman habitualmente mueren a causa del tabaco, el 75% de ellos entre los 35 y 64 años de edad, y los restantes a edad más avanzada. Es importante destacar que las personas, incluso entre los 35 y 69 años, que dejan de fumar antes de caer enfermos consiguen evitar la mayoría de los riesgos de muerte.

En la población de la Unión Europea el consumo habitual de cigarrillos se estima que provoca 0,5 millones de muertes al año (0,4 en varones y 0,1 en mujeres). En la mayoría de los países europeos los varones han empezado a dejar de fumar antes que las mujeres, por ello, esta epidemia se ha estabilizado entre los primeros, mientras que en ellas no deja de aumentar.

Situación actual

Según la ESCAV-97, el 29% de la población vasca mayor de 16 años fuma habitualmente. Esta proporción es mayor entre los varones (35%) que entre las mujeres (24%). Tanto en uno como en otro sexo, el grupo de edad con mayor porcentaje de fumadores y fumadoras es el de 25 a 44 años. Por otro lado, las mayores diferencias en el hábito de fumar cigarrillos por sexo se encuentran en el grupo de mayores de 65 años de edad. (figura 11).

Figura 11. Proporción de personas que fuman por grupo de edad y sexo. CAPV, 1992 y 1997



Fuente: Encuesta de salud de la CAPV.

La proporción de personas que fumaban en 1997 era menor con respecto a 1992, a excepción de las mujeres de 16 a 24 años y de 45 a 64 años, donde el porcentaje aumentó. Sin embargo, en las mujeres de mediana edad se mantuvo constante, y entre las mayores de 65 años descendió.

La proporción de exfumadores y exfumadoras se incrementó con respecto al año 1992, lo cual vuelve a constatar que entre las mujeres la elevación de la tasa se debió a la incorporación de nuevas fumadoras, principalmente jóvenes.

En la ESCAV-97 el número de personas que había intentado dejar de fumar aumentó (66%) en relación a la ESCAV-92 (27%). La proporción de varones que intentaron dejar de fumar aumentaba con la edad. La distribución de las mujeres que hicieron esta tentativa era bimodal, con los picos de mayor frecuencia entre los 16 y 24 años y los 45 y 64 años de edad.

La prevalencia de personas expuestas a diario o muy frecuentemente al humo del tabaco ajeno parece que tiende a disminuir, ya que ha pasado del 60% en 1992 al 39% en 1997. El 32% de las familias vascas se ven afectadas por este tipo de exposición en el hogar. En el puesto de trabajo están expuestas al humo del tabaco ajeno el 38% de los trabajadores.

Analizando los patrones de consumo de tabaco por nivel social se ha podido ilustrar la evolución de la epidemia del tabaquismo según los distintos grupos de edad, sexo y posición social. Inicialmente el tabaquismo era una conducta excepcional, limitada a las clases socio-económicas altas. En una segunda etapa, el hábito de fumar se extendió de manera homogénea entre las diferentes clases sociales. Entre las mujeres, sin embargo, la difusión del tabaquismo se produjo con un retraso de 10 a 20 años con respecto a los varones, y predominaba en las clases sociales más altas. Finalmente, la etapa actual se caracteriza porque la prevalencia del tabaquismo ha comenzado a descender en los varones, principalmente en los de mayor nivel social, y en cambio entre las mujeres ha alcanzado su punto más elevado.

Los datos obtenidos en un estudio de seguimiento realizado a un grupo de personas entrevistadas por primera vez en la ESCAV-92, confirmaron el patrón anterior. Todos estos resultados sugieren que las diferencias socio-económicas en el hábito de fumar tenderán a aumentar, ya que el consumo será mayor entre las clases más desfavorecidas, especialmente en las mujeres.

Objetivos

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Proporción de no fumadores	Aumentar al 80%	71%	80%	ESCAV. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad
Proporción de personas expuestas al humo de tabaco ajeno	Disminuir al 10%	39%	10%	ESCAV. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad
Diferencias socio-económicas en el consumo de tabaco ¹	Disminuirlas un 25 %	43 %	32,3 %	ESCAV. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

* Año 1997.

Estrategias de intervención

La Carta de Madrid y el Plan de Acción para una Europa sin tabaco proporcionan el marco político para desarrollar las actividades

Actuaciones a nivel individual

1. Los profesionales de la salud, y en especial los de atención primaria, deben informar sistemáticamente en su práctica habitual sobre el hábito tabáquico, sus consecuencias para la salud, y los procedimientos de deshabituación. Se ha demostrado que las intervenciones breves, no selectivas, en atención primaria son eficaces y eficientes a la hora de promover el abandono del hábito tabáquico.

¹ Diferencias en consumo según nivel educativo para varones de 16-74 años y mujeres de 16-44 años. Estos grupos tienen un menor riesgo de ser fumadores en el caso de que su nivel de estudios sea superior al graduado escolar

2. Los tratamientos de apoyo con fármacos pueden ser útiles en ciertos colectivos, y requieren de la participación activa de los posibles candidatos.

Actuaciones a nivel comunitario

3. Los profesionales de atención primaria deben ser formados en la utilización de técnicas relacionadas con la administración del consejo antitabáquico.
4. Se debe formar a todos los agentes relacionados con salud sobre cuales son los factores que predisponen al hábito tabáquico, para que puedan intervenir preventivamente sobre las poblaciones diana.

Actuaciones a nivel intersectorial

5. Es obligatorio delimitar espacios sin tabaco y zonas específicas para fumar, haciendo un énfasis especial en el ámbito laboral.
6. Se debe impulsar el cumplimiento de la legislación vigente, principalmente en lo que respecta al respeto de las áreas donde esta prohibido fumar.
7. La normativa en materia de publicidad de los productos del tabaco y del patrocinio de marcas identificadas debe ser estrictamente aplicada.
8. La formación de los profesionales sanitarios en la promoción de estilos de vida saludables debe iniciarse ya en pregrado.

Otras actuaciones

9. Para la valoración del problema del tabaquismo resulta básico implantar subsistemas de registro e información sobre el hábito tabáquico en todos los sistemas de información clínica de Osakidetza / Svs.

Desigualdades

10. Las intervenciones educativas también deben ser enfocadas hacia los grupos de población de más riesgo y más vulnerables a la implantación del hábito tabáquico: los adolescentes, las mujeres y los grupos sociales más desfavorecidos.
11. Los programas y técnicas de deshabituación tabáquica deben de contar con estrategias específicamente dirigidas hacia los grupos sociales más desfavorecidos.

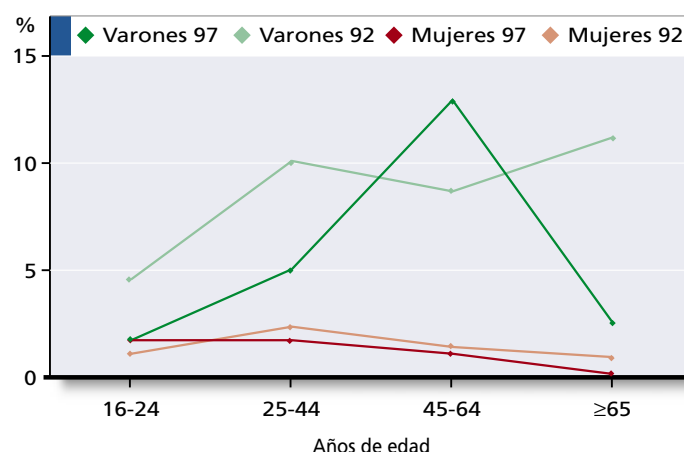
1.2. Consumo de alcohol

El consumo excesivo de alcohol aumenta el riesgo de padecer cirrosis hepática, determinados tipos de cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular y favorecen la aparición de malformaciones congénitas. Además, genera problemas de tipo familiar (como la violencia doméstica), laboral y social, y es el responsable de una parte importante de los accidentes, principalmente de tráfico.

Situación actual

Según la ESCAV-97, casi el 4% de los ciudadanos y las ciudadanas de la CAPV de más de 16 años consumen bebidas alcohólicas en exceso¹. Esta proporción es mucho más alta en varones (6,3%) que en mujeres (1,2%). El consumo excesivo de bebidas alcohólicas varía con la edad y el sexo. Los varones de 45 a 64 años son los que más declararon beber en exceso¹; por el contrario entre las mujeres la proporción disminuía con la edad. Con respecto a la ESCAV-92, a excepción de los varones de 45 a 64 años, el consumo excesivo de alcohol ha disminuido, y este descenso se ha producido principalmente en los mayores de 65 años. (figura 12).

Figura 12. Proporción de bebedores excesivos de alcohol, distribuida por edad y sexo. CAPV, 1992 y 1997



Fuente: Encuesta de salud de la CAPV.

Se ha demostrado que en personas mayores de 50 años, un consumo diario de alcohol inferior a 10 gramos disminuye el riesgo de padecer enfermedades del aparato circulatorio; sin embargo, por encima de esta cifra el riesgo supera el beneficio. En la CAPV, en 1997, el consumo diario medio de alcohol por persona fue de 16 cc (12,8 gr), y se distribuía de diferente manera entre los varones y mujeres. En los primeros, la ingesta diaria era de 26 cc (20,8 gr) y en las últimas de 6,4 cc (5,1 gr).

En la ESCAV-97 las características del consumo de alcohol variaban según la clase social. Así, mientras el consumo moderado de alcohol aumentaba con la clase social, la proporción de bebedores en exceso era mayor entre los varones de las clases menos favorecidas. El grupo constituido por los sospechosos de alcoholismo presentaba un patrón socio-económico más claro, ya que se apreciaba un gradiente ascendente a medida que disminuía la clase social. Por lo tanto, se puede decir que el consumo habitual de alcohol era mayor en las clases favorecidas, y por el contrario, el consumo 'problemático' mostraba un patrón inverso.

Las diferencias sociales también son apreciables en la mortalidad asociada al consumo de alcohol. Las clases sociales más desfavorecidas, que presentan menor proporción de personas con consumo moderado de alcohol pero mayor número de personas con consumo problemático, son las que consecuentemente sufren sus efectos en términos de mortalidad por cirrosis hepática y accidentes.

¹ Bebedor excesivo: varón bebedor habitual que declara consumir 91 cc (72 gr) diarios de alcohol; en el caso de las mujeres los valores son de 55 cc (42 gr).

Objetivos

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Proporción de bebedores excesivos entre los 16 y los 65 años	Disminuir a 3,5%	4,1%	3,5%	ESCAV. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad
Consumo de alcohol medio diario por personas mayores de 16 años	Disminuirlo un 15%	12,8 gr	10,9 gr.	ESCAV. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

* Año 1997.

Estrategias de intervención

La Carta Europea sobre el Alcohol elaborada en París en 1995 perfila las estrategias marco de promoción de la salud con relación al alcoholismo.

Actuaciones a nivel individual

1. En el ámbito asistencial se debe promover la detección precoz de las familias de riesgo, para poder realizar intervenciones preventivas.
2. Debe fomentarse la detección precoz de personas que presenten problemas socio-sanitarios relacionados con el alcohol.
3. Se deben fomentar las intervenciones breves de los profesionales de atención primaria sobre el efecto perjudicial del consumo excesivo de alcohol.

Actuaciones a nivel comunitario

4. La promoción del desarrollo de redes sociales de apoyo complementa la oferta terapéutica a las personas en tratamiento por consumo excesivo de bebidas alcohólicas.
5. Se debe promover la formación de los profesionales de la salud, bienestar social, educación y del ámbito judicial para potenciar en todos los agentes sociales la capacidad de respuesta a los problemas relacionados con el alcohol.

Actuaciones a nivel intersectorial

6. Se debe desarrollar la normativa para controlar el contenido de la información relativa a las bebidas que contengan alcohol.
7. Se deben desarrollar programas educativos desde la infancia para informar sobre las consecuencias del consumo del alcohol en la salud, la familia y la sociedad, así como sobre las medidas eficaces para reducir o minimizar los daños.
8. Se deben establecer programas para prevenir el consumo de bebidas alcohólicas en los centros de trabajo.
9. Se debe controlar de manera estricta la publicidad directa e indirecta de bebidas alcohólicas y, específicamente, garantizar que no haya publicidad selectivamente dirigida a la población joven, por ejemplo la que asocia el alcohol con el deporte.

10. Se deben desarrollar programas destinados a disminuir el consumo excesivo de bebidas alcohólicas en los jóvenes los fines de semana.
11. Se deben elaborar programas de intervención comunitaria para reducir los accidentes de tráfico asociados al consumo de bebidas alcohólicas.
12. La disuasión eficaz de la conducción bajo los efectos del alcohol, para reducir los accidentes de tráfico, exige la aplicación exhaustiva de todas las medidas existentes.

Desigualdades

13. Se deben impulsar los programas específicos de atención socio-sanitaria a las personas con dependencia alcohólica, con especial atención a los grupos sociales desfavorecidos.
14. Las intervenciones educativas deben ser enfocadas hacia los grupos de población vulnerables y de más riesgo: los adolescentes y los grupos sociales más desfavorecidos.

1.3. Drogas ilegales

Las drogas ilegales aumentan el riesgo de envenenamiento, dependencia, psicosis, suicidio, mortalidad global y conducta criminal. Además, el consumo de drogas ilegales contribuye aún más a la propagación masiva del VIH y de la hepatitis. Se ha estimado que el 40% de los casos de SIDA de la región europea son debidos al consumo intravenoso de drogas ilegales.

Situación actual

Sólo una pequeña proporción de la población de la CAPV de 15 a 79 años se ha iniciado en el consumo de drogas ilegales, exceptuando el *cannabis*, según el informe "Euskadi drogas 2000" del Observatorio Vasco de la Secretaría de Drogodependencias del Gobierno Vasco (tabla 22).

Tabla 22. Distribución de la población entre 15 y 79 años según su relación con el consumo de diversas drogas ilegales. CAPV, 2000

Tipo	Cannabis %	Speed %	Drogas sintéticas %	LSD %	Cocaína %
No iniciado	74,1	94,4	97,7	97,7	95,3
Experimental	10,3	1,7	0,9	1,0	1,7
Ocasional	2,7	0,9	0,4	0,3	0,9
Habituable	0,3	0,1	—	—	0,2
Habitual	5,1	0,9	0,4	—	0,8
Deshabituado	7,5	2,1	0,6	1,3	1,2

Fuente: Observatorio Vasco de Drogodependencias. Gobierno Vasco.

De todas las drogas ilegales, el *cannabis* es la más consumida en la CAPV. Casi el 26% de la población vasca la ha probado en alguna ocasión y cerca del 13% la ha consumido de forma habitual en alguna época de su vida. El consumo de *cannabis* entre los varones es el doble que entre las mujeres, y el grupo de edad más afectado es el de los jóvenes de 20 a 24 años.

Del resto de sustancias cabe destacar la cocaína. El consumo actual de cocaína está tan extendido como el de *speed* y anfetaminas, dado que aunque el número de iniciados es inferior, también es menor la proporción de los que han abandonado su consumo.

Objetivo

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Proporción de no iniciados en el consumo de drogas ilegales	Superior al 80%	74,1%	Superior al 80%	Secretaría General de Drogodependencias

* Año 2000.

Estrategias de intervención

Las estrategias adoptadas deben tener una perspectiva integrada, reduciendo tanto la oferta como la demanda.

Actuaciones a nivel comunitario

1. Se debe potenciar las campañas divulgativas y educativas sobre las nuevas formas de toxicomanías, para prevenir a la población.

Actuaciones a nivel intersectorial

2. Es imprescindible la cooperación entre los sectores sanitarios, educativo, legislativo y judicial.
3. Son necesarios los programas de educación en los centros escolares dirigidos a prevenir el consumo de drogas ilegales, y a reducir su consumo.
4. Debe aplicarse de manera estricta la legislación relativa a sustancias potencialmente adictivas.

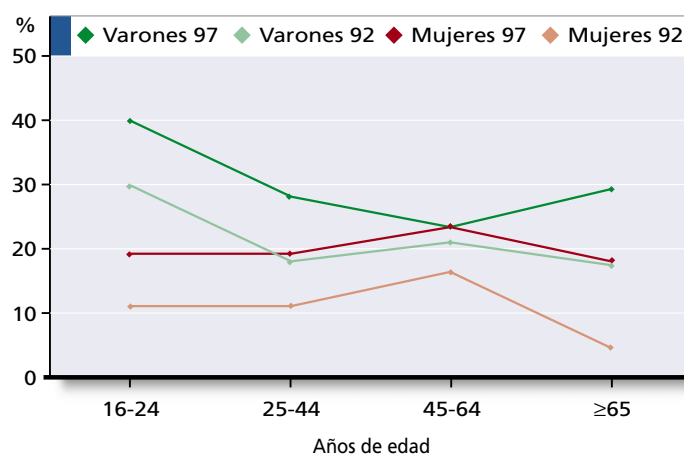
1.4. Actividad física

La actividad física moderada produce una reducción significativa de la mortalidad prematura, obesidad, hipertensión arterial, enfermedades del aparato circulatorio, diabetes mellitus no insulino dependiente, y osteoporosis. Entre sus efectos beneficiosos también se incluyen la mejora del aspecto físico y de la auto-estima.

Situación actual

En la ESCAV-97 la proporción de personas activas en su tiempo libre (24%) ha aumentado con respecto a la ESCAV-92 (17%). Entre los varones la realización de ejercicio físico en su tiempo libre es más frecuente (29%) que entre las mujeres (20%). La edad y el sexo se correlacionan con la actividad física que realizan las personas en su tiempo libre; el grupo de edad más activo entre los varones es el de los 25 a 44 años, y entre las mujeres el de 45 a 64 años (figura 13).

Figura 13. Proporción de personas activas en su tiempo libre por sexo y edad. CAPV, 1992 y 1997



Fuente: Encuesta de salud de la CAPV.

La práctica de ejercicio físico también varía en función del nivel social. Los varones y mujeres de las clases socio-económicas más altas (I y II) son más sedentarios (no realizan ninguna actividad física) que las personas de los niveles más bajos (clases IV y V), donde se concentran las que realizan mayor esfuerzo físico en su actividad laboral.

En lo que respecta a la actividad física durante el tiempo libre existía también un gradiente social, pero en sentido contrario. La realización de ejercicio físico era más frecuente tanto en los varones como en las mujeres de los niveles socio-económicos más elevados.

Objetivos

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Proporción de mayores de 15 años que realizan actividad física durante su tiempo libre	32%	24%	32%	ESCAV. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

* Año 1997.

Estrategias de intervención

Actuaciones a nivel comunitario

1. Deben desarrollarse programas para sensibilizar a la población sobre la mejoría en salud que se logra con la realización de 30 minutos de actividad física de intensidad moderada cinco días a la semana o tres si se trata de ejercicio intenso.
2. Se debe sensibilizar y promocionar desde la infancia el hábito de la práctica de actividad física habitual, mediante intervenciones en el ámbito escolar.
3. Se deben desarrollar nuevas estrategias y tácticas que induzcan a más personas a realizar más ejercicio, aprovechando las actividades cotidianas, por ejemplo promocionar el subir escaleras.

A nivel intersectorial

4. Es importante que las políticas de planificación urbanística garanticen la preservación de espacios abiertos que se puedan utilizar para un ocio activo.
5. Se debe promocionar el uso de la bicicleta como transporte urbano, ampliar las vías para bicicletas y peatones, y realizar modificaciones ambientales que permitan separar de manera segura a los peatones y ciclistas de los vehículos a motor.

Desigualdades

6. Se deben orientar los programas educacionales a las clases sociales, para que las personas de las clases más altas disminuyan el sedentarismo y las de las más bajas aumenten la actividad física en su tiempo libre.

1.5. Nutrición y seguridad alimentaria

Una buena alimentación se basa en la adecuada distribución de la ingesta de nutrientes a partir de alimentos nutritivos y variados (disponibilidad y conocimiento) y con garantías sanitarias (seguridad alimentaria).

La relación entre la alimentación y la salud es cada vez mas conocida, y son muchas las evidencias epidemiológicas que asocian la dieta con la aparición y/o prevención de ciertas enfermedades. Unos hábitos alimentarios inadecuados (bien por exceso o por defecto) se relacionan directa o indirectamente con la aparición de enfermedades como la enfermedad cerebro-vascular, la cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, hipertensión arterial, osteoporosis, además de patologías asociadas a carencias específicas de nutrientes. También existe evidencia científica que relaciona a diversos factores alimentarios con algunos de los tumores malignos mas frecuentes.

La nutrición es esencial y determinante en ciertos grupos de población. Durante la infancia y la adolescencia la nutrición tiene una gran importancia, dadas las necesidades nutricionales específicas para el normal crecimiento y desarrollo corporal. Además, éste es el periodo clave para la promoción y consolidación de los hábitos alimentarios. La salud de la personas de edad avanzada depende, entre otros factores, de una nutrición adecuada. También requieren una especial atención los cambios fisiológicos asociados a los procesos patológicos y terapéuticos, y los hábitos inadecuados de alimentación.

El exceso de peso es un factor de riesgo de mortalidad prematura al que se le atribuye cada vez más importancia. Su repercusión sobre la salud es negativa, no sólo por las muertes prematuras que por enfermedades del aparato circulatorio produce, sino también por la implicación en enfermedades crónicas que aunque, no siendo letales, disminuyen significativamente la calidad de vida de quienes las padecen. La obesidad puede ser consecuencia de una dieta con alto contenido energético y muchas grasas, la falta de actividad física, y, en ciertos casos, la predisposición genética.

El Libro Blanco sobre seguridad alimentaria de la Unión Europea afirma que, como resultado de la globalización del mercado y de las mayores posibilidades de acceso a los alimentos, se está produciendo una convergencia de los hábitos dietéticos; pero lamentablemente hacia una dieta desequilibrada y poco saludable, por lo que las enfermedades relacionadas con estos hábitos insalubres aumentarán en los próximos años.

La Oficina Regional de la OMS en Europa ha promovido la creación del Plan de acción Nacional en Nutrición 2000-2005, cuyo objetivo principal es desarrollar programas nutricionales entre sus 51 estados miembros con el fin de incluir y priorizar la nutrición en sus políticas de salud.

Situación actual

La Encuesta de Nutrición de la CAPV de 1990 concluyó que el 46% de los varones y 34% de las mujeres en edad comprendida entre los 25 y 65 años realizaban una ingesta energética superior a la recomendada para su edad y actividad física diaria, y que el balance energético procedente de los principios inmediatos, excluido el alcohol, era del 16% para las proteínas, 45% para los hidratos de carbono y 37% para las grasas.

Más recientemente, el estudio europeo, "Estudio Prospectivo de Investigación en Cáncer y Nutrición" (EPIC 1992-1996), realizado en Gipuzkoa en una población de edad comprendida entre los 35 y 65 años, revela igualmente el alejamiento de nuestros hábitos alimentarios (aporte energético a través de las grasas 35%, de las proteínas 18%, hidratos de carbono 47%) de la denominada dieta mediterránea o de las recomendaciones de la OMS (1987) o del Proyecto EURODIET 2000 de la Comisión Europea (tabla 23).

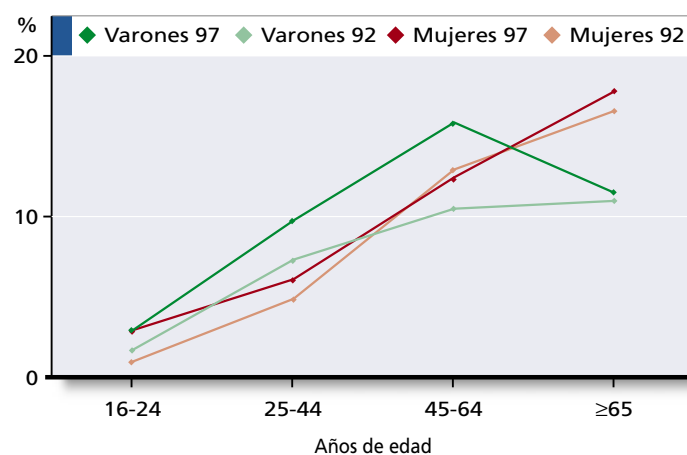
Tabla 23. Objetivos nutricionales para Europa (EURODIET 2000)

	% del aporte energético
Lípidos	<30
Ácidos grasos saturados	<10
Hidratos carbono	>55
Índice de masa corporal	21-22

La encuesta del Ministerio de Agricultura Pesca y Alimentación (1998) refleja que en la CAPV en comparación con el resto del Estado se supera la media diaria de consumo de pescado y lácteos, y sus ciudadanos son los mayores consumidores de vinos y carnes de vacuno mayor. Sin embargo, se encuentra por debajo de la media en consumo de carnes blancas, cereales, frutas y hortalizas.

La proporción de personas obesas¹ en la ESCAV-97 era del 10,0%, cifra superior a la observada en la ESCAV-92, que fue del 8,1%. Esta tendencia ascendente se apreció principalmente en los varones, donde pasó del 7,5% al 10,4% en los cinco años que transcurrieron entre ambas encuestas, y en menor medida en las mujeres (del 8,6% al 9,6%). En el sexo femenino la obesidad aumentaba claramente con la edad, alcanzando los porcentajes más elevados a partir de los 65 años. En los varones se aprecia un pico importante al superar la edad de 45 años y luego disminuye muy por debajo de las mujeres en los mayores de 65 años (figura 14).

Figura 14. Proporción de personas obesas distribuida por sexo y edad. CAPV, 1992 y 1997



Fuente: Encuesta de salud de la CAPV.

La proporción de personas de la CAPV con sobrepeso ha disminuido levemente entre los años 1992 a 1997: en 1997 el porcentaje era del 43%, siendo superior en los varones (54%) que en las mujeres (33%).

La distribución de la obesidad por clase social muestra un gradiente ascendente a medida que disminuye el nivel socio-económico. En las mujeres la prevalencia de obesidad es 4 veces superior en las de la clase social más baja con respecto a las de la más alta; entre los varones el patrón es similar. El sobrepeso muestra una distribución similar al de la obesidad. Por el contrario, el peso insuficiente es un riesgo que disminuye con la edad, tiene una mayor prevalencia en las clases sociales altas, y es tres veces más frecuente en las mujeres que en los varones.

¹ Obesidad: IMC (índice de masa corporal) ≥ 30 ; Sobrepeso: IMC ≥ 25 y <30

Objetivos

	Objetivo 2010	Situación actual	Situación 2010	Fuente
Proporción de personas obesas > de 16 años	Disminuirla un 20%	10% *	8%	ESCAV. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad
Aporte energético de los hidratos de carbono	> 45%	45% **	> 45%	Encuesta de nutrición. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad
Aporte energético de las grasas	< 35%	37% **	< 35%	Encuesta de nutrición. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad
Diferencias sociales en la proporción de personas obesas > de 16 años	Disminuirlas un 25 %	223% *	167,3%	ESCAV. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

* Año 1997.

** Año 1989.

Estrategias de intervención

Actuaciones a nivel individual

1. Se deben desarrollar en todos los niveles de atención actividades de educación sanitaria sobre hábitos alimentarios saludables, sobre todo en poblaciones de riesgo como diabéticos, personas de edad avanzada y mujeres embarazadas.
2. Se debe potenciar la formación de los profesionales sanitarios en los principios de la alimentación y nutrición, así como en la relación entre las dietas desequilibradas y la salud.
3. Asimismo, se deben detectar de manera precoz en la infancia y adolescencia los problemas de peso insuficiente y otros trastornos alimentarios.
4. En el ámbito de la atención primaria se debe detectar de manera sistemática a las personas adultas con sobrepeso y obesas, informarles de los riesgos que ello conlleva, y prescribirles un tratamiento.

Actuaciones a nivel comunitario

5. Se deben introducir programas de educación nutricional en el curriculum escolar desde la educación primaria.
6. Deben desarrollarse políticas de promoción de dietas saludables en los comedores colectivos (escolares, laborales, etc).
7. Se deben mantener los programas de suplementación de yodo en la sal de consumo alimentario.

Otras actuaciones

8. Se deben potenciar los sistemas de información sobre los hábitos alimentarios tanto en la población general como en los grupos específicos de riesgo.
9. Se debe potenciar la puesta en marcha de sistemas de vigilancia y control de la cadena alimentaria.
10. Se deben elaborar guías nutricionales para la población general de la CAPV y para grupos con necesidades específicas.

Actuaciones a nivel intersectorial

Las estrategias para mejorar la calidad de la nutrición deben basarse en la coordinación entre los profesionales relacionados con la nutrición, los reponsables de garantizar la seguridad alimentaria y el resto de agentes que participan en la producción, comercialización y control de los alimentos.

11. La cooperación de los profesionales de sectores como la agricultura, la industria de la alimentación, los mayoristas, los minoristas, y los consumidores debe ser reforzada.
12. Todos los sectores implicados deberán guiarse por políticas de seguridad alimentaria que garanticen el mínimo riesgo alimentario.
13. Se debe mejorar el etiquetado de los alimentos para que los consumidores puedan conocer con mayor precisión su composición.

Desigualdades

14. Se deben establecer políticas intersectoriales para mejorar la nutrición de las mujeres en edad fértil y de sus hijos menores, dando prioridad a la eliminación de la pobreza alimentaria, y a la prevención y reducción de la obesidad.
15. Las estrategias de información y educación deben ir dirigidas específicamente a los niños, los adolescentes, los ancianos y las personas desfavorecidas.

2. Desigualdades sociales en salud

La equidad es uno de los principios informadores del sistema sanitario vasco, junto con la universalidad, la solidaridad, la calidad de los servicios y la participación ciudadana. El análisis de la equidad en la provisión de servicios públicos de salud en la CAPV indica que su grado global de equidad es difícil de mejorar. Pero no es este ni el único ni el principal factor determinante del estado de salud. Así, como sucede en todos los países desarrollados, se encuentran sensibles diferencias en el nivel de salud de la población en función de su nivel socio-económico (figura 15). Las causas de estas diferencias y sus posibles soluciones son complejas y multifactoriales. No obstante, a nivel internacional se han acumulado evidencias sobre la efectividad de las políticas dirigidas a la disminución de las desigualdades sociales en salud.

Por todo ello, este Plan de Salud entiende que es prioritario desarrollar políticas de salud que reduzcan las diferencias de salud entre los diferentes colectivos de la CAPV.