



La salud de Bilbao en cifras

Un diagnóstico cuantitativo



Universidad
del País Vasco
Euskal Herriko
Unibertsitatea



Bilbao
UDALA
AYUNTAMIENTO

Cita sugerida: Martín, Unai; González-Rábago, Yolanda (Coord.) La salud de Bilbao en cifras. Un diagnóstico cuantitativo. 2018. UPV/EHU y Ayuntamiento de Bilbao.

Septiembre 2018

Autores/as:

Martín, Unai
González-Rábago, Yolanda
Bacigalupe, Amaia
Morteruel, Maite
Font, Raquel
Mosquera, Isabel
Valero, Erika
Orduna, Javier
Etxebarria, Argizka
Barainka, Karmele
Saez, Damiana
Martínez, Félix

Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico-OPIK. Universidad del País Vasco UPV/EHU, y Área de Salud y Consumo, Ayuntamiento de Bilbao

© **Derechos de propiedad** La Universidad del País Vasco (UPV/EHU) y el Ayuntamiento de Bilbao son titulares de todos los derechos de propiedad intelectual del contenido original publicado aquí, que serán gestionados conforme a la licencia Creative Commons.



Edita: G Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico-OPIK. Universidad del País Vasco UPV/EHU, y Área de Salud y Consumo, Ayuntamiento de Bilbao.

Diseño y maquetación: Goikipedia.

ISBN: 978-84-09-05346-9

La salud de Bilbao en cifras. Un diagnóstico cuantitativo



Grupo de investigación en determinantes
sociales de la salud y cambio
demográfico



Universidad
del País Vasco Euskal Herriko
Unibertsitatea



Bilbao
UDALA
AYUNTAMIENTO

PRESENTACIÓN

1.

CAPÍTULO

**Introducción: Bilbao en la actualidad
y en perspectiva histórica**

2.

CAPÍTULO

**Salud, determinantes
de la salud y entorno urbano**

3.

CAPÍTULO

**Objetivos
y metodología**

4.

CAPÍTULO

**Contexto demográfico
de la población de Bilbao**

Índice

5. CAPÍTULO La salud de la población de Bilbao

6. CAPÍTULO Determinantes sociales de la salud de la población de Bilbao

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXO

1.1	Bilbao en cifras en la actualidad	18
1.2	Bilbao y su transformación durante los últimos dos siglos	18
2.1	La salud, sus determinantes y las desigualdades sociales en salud	22
2.2	Entorno urbano, salud y desigualdades sociales en salud	24
2.3	Las dimensiones físicas y socioeconómicas de los barrios: principales determinantes sociales de la salud en las ciudades.	26
2.3.1	Influencia del entorno físico en la salud	26
	Espacios verdes y azules	26
	Movilidad y transporte activo	27
	Contaminación acústica y atmosférica	28
	Calidad de las viviendas y pobreza energética	29
	Acceso a infraestructuras relacionadas con la salud.	31
	• Acceso a alimentación saludable	31
	• Acceso a infraestructuras relacionadas con la actividad física	31
	• Acceso a establecimientos de venta de tabaco y alcohol	31
2.3.2	La influencia del entorno socioeconómico en la salud	32
	Pobreza y desigualdad social	32
	Empleo, desempleo y precariedad laboral	33
	• Desempleo	33
	• Precariedad laboral	34
	Seguridad del entorno	35
	Capital social y redes sociales	35
2.3.3	Las conductas relacionadas con la salud	36
	Consumo de alcohol	36
	Consumo de tabaco	37
	Consumo de drogas ilegales	37
	Realización de actividad física	38
	Dieta y alimentación	38
3.1	Objetivos	42
3.2	Metodología	42
3.2.1	Establecimiento del marco teórico y de las dimensiones a analizar	42
3.2.2	Selección de indicadores y fuentes de datos	44
3.2.3	Edición de las bases de datos y cálculo de indicadores	45
4.1	Tamaño de la población y estructura de edades	48
4.2	Natalidad, mortalidad y migraciones	59

Índice

5.1	Estado de salud	66
5.1.1	Estado de salud general	66
5.1.2	Salud sexual y reproductiva	89
	Interrupciones Voluntarias del Embarazo	89
	Embarazo adolescente de entre 15 y 19 años	94
	Nacimientos de bajo peso y prematuros	96
5.2	Esperanza de vida y causas de muerte	98
5.2.1	Esperanza de vida	98
5.2.2	Causas de muerte	104
5.2.3	Esperanzas de salud	114
6.1	Conductas relacionadas con la salud	118
6.2	Entorno físico	129
6.2.1	Condiciones ambientales	129
	Principales problemas ambientales	129
	Contaminación acústica	132
	Contaminación del aire	134
	Contaminación del agua de consumo	137
	Seguridad alimentaria	140
	Plagas	141
	Presencia de ratas u otros roedores	142
6.2.2	Zonas verdes	144
6.2.3	Vivienda	148
6.2.4	Disponibilidad de opciones relacionadas con la salud en el entorno de la vivienda	153
6.2.5	Movilidad	159
6.3	Entorno social	163
6.4	Condiciones socioeconómicas y ejes de desigualdad social en salud	172
6.4.1	Ejes de desigualdad	172
6.4.2	Desempleo	179
6.4.3	Empleo y trabajo doméstico	183
	Condiciones de empleo	183
	Trabajo doméstico y de cuidados	186
6.4.4	Renta y dificultad para llegar a fin de mes	187
6.4.5	Prestaciones sociales	193
	Referencias Bibliográficas	195
Anexo 1.	Dimensiones, subdimensiones e indicadores utilizados según ámbito territorial	213

Presentación

Las características de los entornos que habitamos, así como las condiciones en que las que vivimos, trabajamos, jugamos y nos relacionamos, juegan un papel esencial en nuestra salud y bienestar. El sistema sanitario y los avances biomédicos experimentados en los últimos años han contribuido enormemente a la mejora de la salud, pero han sido otros factores, de carácter social, los principales responsables del descenso de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida de la población en la historia reciente. Estos factores son los llamados determinantes sociales de la salud que, ya en 1993, Dahlgren y Whitehead (1) representaron en un modelo configurando estratos o capas de influencia, desde las más cercanas a la persona, como la edad, el sexo o los aspectos genéticos, hasta las más lejanas, que tienen que ver con las condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales de cada sociedad. Este modelo de entender la salud de la población conduce necesariamente a planificar actuaciones e implicar a sectores y agentes que puedan modificar los principales determinantes sociales de la salud.

En la mayoría de las sociedades contemporáneas, los determinantes sociales de la salud se encuentran desigualmente distribuidos en la población, lo cual genera diferencias sistemáticas en la salud entre los grupos sociales definidos por su clase, género, lugar de procedencia, lugar de residencia y otros ejes de estratificación social. Estas diferencias se conocen como desigualdades sociales en salud y se caracterizan por su carácter injusto y evitable (1), siendo su reducción una de las mejores y más efectivas estrategias para la mejora de la salud de toda la población (2).

En la actualidad, las ciudades se han convertido en espacios que, en sí mismos, constituyen oportunidades de desarrollo vital, de bienestar y de salud. Sin embargo, también poseen un potencial muy importante para generar y perpetuar desigualdades y exclusión social, que se traducen en pérdidas de salud y bienestar. El modelo de los determinantes sociales de la salud a nivel urbano engloba cuatro dimensiones que condicionan los niveles de salud y bienestar alcanzados por las poblaciones que habitan en el medio urbano, y que son la gobernanza urbana, el contexto físico, el contexto socioeconómico y las características de los entornos (3).

Así, la política municipal resulta tremadamente importante y posee un gran potencial para la mejora de la salud de la población y la reducción de las desigualdades sociales en salud. Por una parte, porque el gobierno de las ciudades posee un importante ámbito de actuación en el área de salud pública, específicamente, en lo referente a la protección y la promoción de la salud de sus habitantes. Por ello, intensificar la orientación que posee hacia los determinantes sociales de la salud y la introducción de la perspectiva de la equidad en sus actuaciones, contribuirá de manera relevante a mejorar el bienestar y la salud en términos poblacionales. Por otra parte, porque el ámbito municipal posee un gran potencial para incidir sobre las condiciones de vida y trabajo de las personas a nivel urbano, en buena parte debido a que está pasando de proveer servicios para cubrir necesidades básicas a liderar iniciativas de índole social, cultural, económica, educativa o de salud comunitaria de primer orden.

El Ayuntamiento de Bilbao, a través del Área de Salud y Consumo, consciente de la relevancia que sus actuaciones tienen para la salud de la población de Bilbao, ha fijado entre sus prioridades para el mandato 2015-2019 la puesta en marcha del primer Plan Local de Salud de Bilbao. Dicho plan tiene como objetivo principal incrementar el bienestar de sus habitantes y reducir las desigualdades sociales en salud. Para la concepción y formulación del mismo, se ha considerado imprescindible realizar un diagnóstico que diera cuenta del estado de la salud y de los determinantes sociales de la salud a nivel urbano desde una perspectiva de barrios y distritos, así como del conjunto de la ciudad. Dicho diagnóstico ha tenido como objetivo, no sólo la cuantificación y descripción de los principales indicadores de salud y de los determinantes sociales de la salud, sino también la identificación de las necesidades y activos de salud de la ciudad, así como las principales áreas de actuación que deberían ponerse en marcha, desde la perspectiva subjetiva de sus vecinos y vecinas, del tejido asociativo de la ciudad, y de los y las profesionales del ámbito de la salud y de otras áreas relacionadas con el bienestar social a nivel municipal.

De esta manera, el diagnóstico de salud de Bilbao consta de dos partes. La primera parte, un diagnóstico de tipo cuantitativo, en base a indicadores medibles sobre la salud

y los determinantes sociales de la salud, que se han analizado en distintos niveles de desagregación geográfica (barrio, distrito, municipio, comparación con otras OSi-Orga-nización Sanitaria Integrada y comparación con las otras capitales vascas). Para su elaboración se ha contado con los datos aportados por diferentes administraciones como Osakidetza a través de la OSi Bilbao Basurto, el Departamento de Salud del Gobierno Vasco, EUSTAT y otras, y por las diferentes Áreas Municipales y empresas y entidades municipales que han realizado un gran esfuerzo para poder obtener y presentar los datos al nivel de desagregación necesario. A todas ellas expresamos nuestro mayor agra-dimiento.

La segunda parte se corresponde con un diagnóstico de tipo participativo, a través de la realización de técnicas de investigación social cualitativa, para conocer la percepción sobre las necesidades y los activos de salud de la ciudad y de sus barrios por parte de diferentes públicos y agentes sociales: profesionales que trabajan en los barrios de Bilbao, vecinos y vecinas, asociaciones vecinales y del tercer sector. Su perspectiva ha incorporado una visión más sub-jetiva y encarnada de lo que es la salud, los factores que la determinan, así como las barreras y facilitadores más relevantes que se dan en los barrios y en el conjunto de la ciudad y que inciden en su consecución. Queremos, por tanto, agradecer enormemente la participación de todos ellos y ellas, sin cuya colaboración no hubiera sido posible realizar esta parte fundamental del diagnóstico. Los resul-tados de ambas partes del diagnóstico guiarán el espíritu y la concepción del futuro Plan Local de Salud.

La publicación de los resultados del diagnóstico se divi-de en dos volúmenes. El primero recoge los resultados del análisis cuantitativo de los indicadores de salud y de los determinantes sociales de la salud, mientras que el segun-dó muestra los resultados del diagnóstico participativo so-bre las necesidades y los activos de salud de cada barrio y de la ciudad en su conjunto.

El primer volumen está dividido en 6 capítulos. En el pri-mer capítulo se realiza una pequeña descripción de la villa de Bilbao en la actualidad y un breve recorrido histórico de la misma. En el segundo capítulo, se plasma el modelo de salud desde el que se realiza el diagnóstico y se recoge

y sintetiza la evidencia científica en torno a la salud, los determinantes sociales de la salud y el entorno urbano, que servirá de base para la definición de las dimensiones e indicadores utilizados en este diagnóstico. En el tercer capítulo se definen los objetivos del diagnóstico cuantitativo y la metodología utilizada para llevarlo a cabo. A continuación, los capítulos 4, 5 y 6 recogen los resultados de todos los indicadores analizados, comenzando por el contexto demográfico de Bilbao (capítulo 4), siguiendo con la salud de la población de Bilbao (capítulo 5), que contiene datos relativos tanto al estado de salud de la población como a la esperanza de vida y las causas de muerte; y finalmente el capítulo 6, que aborda los determinantes sociales de la salud, recogiendo información sobre las conductas relacionadas con la salud, el entorno físico, el entorno social, los ejes de desigualdad social en salud, y las condiciones socioeconómicas.

El segundo volumen se divide en 4 capítulos. En el primero se realiza, a modo de introducción, un pequeño resumen de los resultados del diagnóstico cuantitativo, que sirve de marco para contextualizar los resultados del diagnóstico participativo. En el segundo capítulo se definen los objetivos del diagnóstico participativo y la metodología utilizada en cada una de las sesiones realizadas. Los capítulos 3 y 4 presentan los resultados del proceso participativo. Así, el capítulo 3 recoge el análisis de las percepciones acerca de la salud y sus determinantes por parte, tanto de los y las profesionales que trabajan en diferentes servicios y entidades en los barrios de Bilbao, como de los y las vecinas de los barrios de la ciudad. En el capítulo 4 se presentan los resultados acerca de las percepciones sobre los principales activos y problemáticas de salud de los barrios y del conjunto de la ciudad, por parte de los y las profesionales de los barrios, los y las vecinas, así como de las asociaciones vecinales de Bilbao.

Esperamos que los resultados que aquí se plasman os resulten de interés.

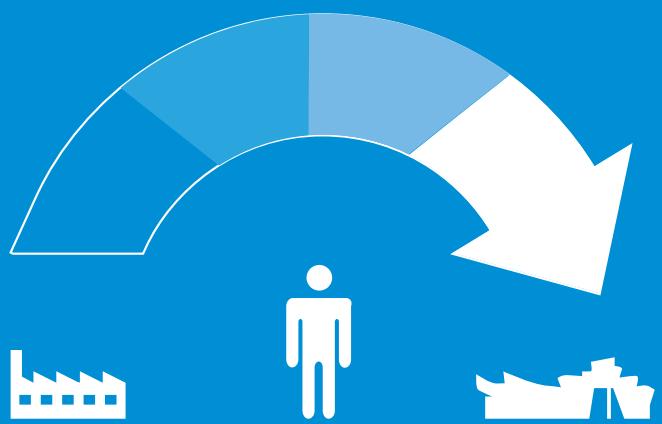
Salud!

1.

CAPÍTULO

Introducción: Bilbao en la actualidad y en perspectiva histórica

- 1.1 Bilbao en cifras en la actualidad**
- 1.2 Bilbao y su transformación durante los últimos dos siglos**



1.1 Bilbao en cifras en la actualidad

El municipio de Bilbao tenía en 2016 una población de 342.481 habitantes, repartida en 8 distritos y 40 barrios, y una superficie de 4.130 hectáreas. La densidad de población es de 8.437,6 habitantes por km² con una superficie media por vivienda familiar de 82 m² (2016). La población mayor de 65 años supone un 23,6% del total y la menor de 14 años un 12,1% según datos del 2016. El 29,4% de la población tiene estudios universitarios (2016) y el 29,0% son euskaldunes (2016).

Con respecto a la actividad económica, el sector primario representa menos del 1% del total, siendo el sector industrial de un 3,2% y el de la construcción del 9,31% (2016). Por su parte, el sector servicios es claramente el mayoritario, representando el 87,2% del total de la actividad económica de la ciudad. El PIB municipal per cápita es de 31.297 euros (€) y la renta personal disponible de las mujeres es 13.597€ y de los hombres 20.507€ (2015).

1.2 Bilbao y su transformación durante los últimos dos siglos

Los últimos años del siglo XIX constituyen para Bilbao una etapa clave en su devenir histórico, ya que comienza una época de desarrollo económico sin precedentes, basada en la explotación de las cercanas zonas mineras, el comercio y la actividad portuaria. De forma paralela, surge con fuerza la industria siderúrgica, y la construcción de buques se convierte en un elemento fundamental del crecimiento económico. Al calor de este desarrollo mercantil, aparecen los principales símbolos de su pujanza económica, como fueron el Banco de Bilbao (1857) y el Banco de Vizcaya (1901), así como la Bolsa (1890).

A comienzos de siglo XX, Bilbao es ya la gran referencia económica del País Vasco y una de las más importantes del Estado español. En 1900 se fundan los astilleros Euskalduna (situados en el solar que hoy ocupa el Palacio de Congresos del mismo nombre) y en 1902 se crea Altos Hornos de Vizcaya (AHV), la mayor empresa del Estado español durante gran parte de este siglo y que surge gracias a la fusión de varias empresas siderometalúrgicas de Bizkaia. El crecimiento espectacular de Bilbao viene acompañado de un importante desarrollo cultural que se verá interrumpido, sin embargo, con la Guerra Civil (1936-1939).

Acabada la Guerra Civil y después de una dura posguerra, la ciudad retomará su capacidad de creación de riqueza, convirtiéndose en un gran polo de atracción para gran cantidad de migrantes internos que llegaban a trabajar a partir de mediados del siglo XX. El paisaje urbano e industrial de la villa volverá a modificarse para afrontar una acelerada expansión, que desborda a la ciudad y se extiende por los municipios vecinos, en ambas márgenes de la ría del Nervión, constituyendo el actual Gran Bilbao.

Sin embargo, tras su auge económico, a finales del siglo XX la industria siderúrgica entra en una profunda crisis que obliga a la ciudad a repensar los fundamentos de su desarrollo económico. En 1988 se cierran las instalaciones de uno de los emblemas de esta época: los astilleros Euskalduna. Sus trabajadores se resistieron durante años al cierre y protagonizaron manifestaciones y duros enfrentamientos con las fuerzas de orden público que tuvieron como principal escenario el cercano puente de Deusto.

En pocos años, la villa y los municipios de su entorno se verán obligados a afrontar la difícil reconversión industrial y a gestionar sus consecuencias negativas. Se ejecutan infraestructuras como el Aeropuerto, el Superpuerto, la Solución centro y la Solución sur que se suman a otros importantes proyectos como: la Autopista Bilbao-Behobia y la Refinería de Somorrostro. A las puertas del siglo XXI, la capital vizcaína apuesta decididamente por las nuevas tecnologías y por el sector de servicios. Se afronta el difícil reto de transformar la sociedad industrial en una ciudad de servicios de calidad.

Ya desde finales del siglo XX, y con motivo de la reconversión industrial, Bilbao tiene que dar un cambio radical a su economía. Después de años de incertidumbre económica, la Villa recupera su dinamismo y se convierte en una ciudad de servicios, volcada en su regeneración medioambiental y urbana. Los terrenos industriales son el espacio de una transformación espacial (Abandoibarra) premiada internacionalmente y que ha situado a Bilbao como un potente destino turístico.

2.

CAPÍTULO

Salud, determinantes de la salud y entorno urbano

- 2.1 La salud, sus determinantes y las desigualdades sociales en salud
- 2.2 Entorno urbano, salud y desigualdades sociales en salud
- 2.3 Las dimensiones físicas y socioeconómicas de los barrios: principales determinantes sociales de la salud en las ciudades.

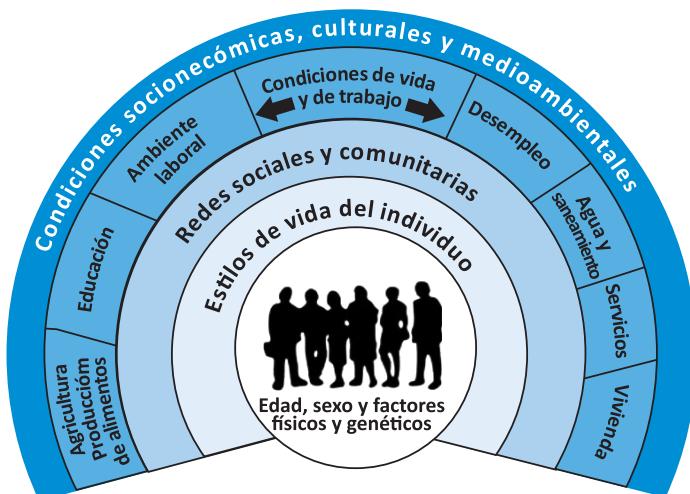


2.1 La salud, sus determinantes y las desigualdades sociales en salud

La salud de las personas y las poblaciones está determinada por un conjunto de factores que trascienden ampliamente aquellos de carácter biomédico, es decir, la carga genética y las características biológicas de las personas y su interacción con su entorno, así como la actuación de los servicios sanitarios. Por el contrario, son las condiciones de vida y trabajo, y otros factores más estructurales como las características del contexto social, económico y político, a los que denominamos determinantes sociales de la salud, los que tienen una influencia más directa sobre la salud de las personas y las poblaciones en nuestras sociedades.

Entre los modelos conceptuales que más claramente han descrito cuáles son los principales determinantes sociales de la salud, se encuentra el propuesto por Dahlgren y Whitehead (1). Tal y como puede comprobarse en la figura 1.1, este modelo representa los diferentes determinantes de la salud como estratos o capas de influencia. En la parte central se sitúan los factores que poseen las personas y que en principio son inmutables, como la edad, el sexo o los factores hereditarios. Alrededor de estos, se encuentra un conjunto de factores modificables por la intervención de diversas políticas, desde las más micro a las más macro. Así, en la segunda capa, aparecen las conductas relacionadas con la salud, como fumar, beber o realizar ejercicio físico. En una tercera capa, aparecen las influencias sociales y comunitarias, es decir, las relaciones interpersonales de las personas en forma de apoyo social y comunitario. En una cuarta capa, se incluyen aspectos como las condiciones de vida y trabajo, el sistema alimentario o el acceso a bienes y servicios básicos, como el sistema sanitario, que condicionan la posibilidad de las personas para mantener su salud. En último lugar, se muestran las condiciones socioeconómicas, culturales, políticas y medioambientales más generales, dentro de las cuales se sitúan las sociedades, y que condicionan la forma en que los determinantes sociales antes citados influyen sobre la salud de las personas y las comunidades.

FIGURA 1.1. Modelo de los determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead.

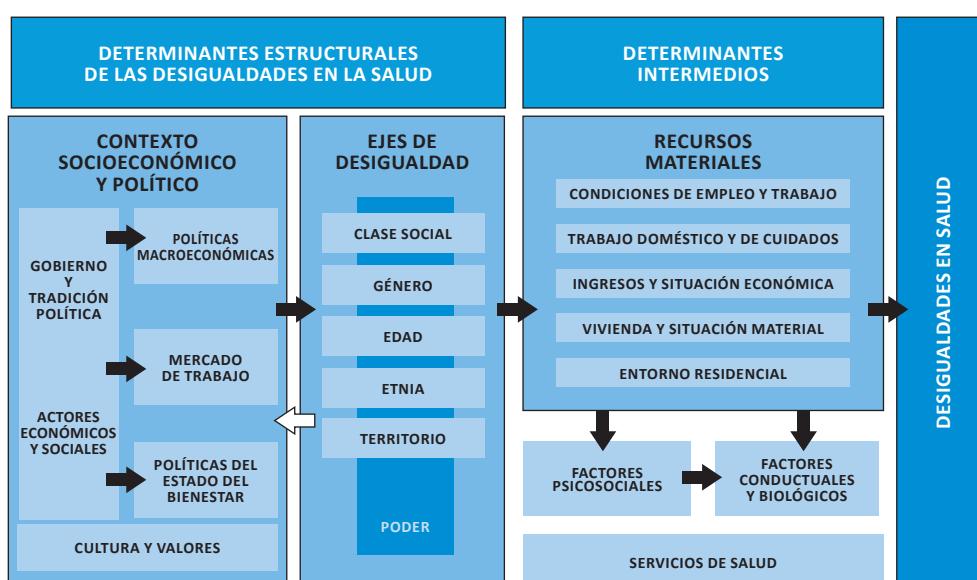


Fuente: Dahlgren y Whitehead, 1993.

El hecho de que estos determinantes sociales de la salud se encuentren desigualmente distribuidos en la población genera desigualdades sociales en salud, es decir, diferencias sistemáticas ligadas a la salud entre personas de distinta clase social, sexo, etnia o lugar de residencia, entre otros factores, que conllevan que los colectivos más desfavorecidos presenten sistemáticamente un peor estado de salud. Diferentes autores/as han descrito su magnitud, y destacado asimismo su evitabilidad y su carácter injusto (1), que genera una gran carga de enfermedad y cuya reducción sería una de las mejores y más efectivas estrategias para la mejora de la salud de toda la población (2).

Entre los modelos que han tratado de ordenar los factores principales que explican la aparición de las desigualdades sociales en salud se encuentra el que la Comisión Española para la Reducción de las Desigualdades Sociales en Salud adoptó y que se muestra en la figura 1.2. Así, puede observarse que la equidad en la salud está condicionada por los denominados determinantes estructurales y los determinantes intermedios. Los primeros incluyen los aspectos relacionados con el contexto socioeconómico y político, que hacen referencia a las características de la estructura social de una sociedad. Se trata de la tradición política de los gobiernos y sus consiguientes políticas macroeconómicas y sociales relacionadas con el mercado laboral, la vivienda, la educación y el bienestar social. Entre estos factores del contexto socioeconómico, se incluyen también la gobernanza, los valores sociales y normas culturales imperantes en una sociedad, así como el valor colectivo dado a la salud. Todos estos factores contextuales ejercen una gran influencia sobre los patrones de estratificación social, que determinan la posición social que las personas ocupan en la sociedad según su nivel socioeconómico, género, nivel de estudios, lugar de nacimiento y otras dimensiones. Esta posición social desigual genera, a su vez, desigualdades en la distribución de los determinantes intermedios, que incluyen las condiciones de vida y de trabajo, los factores psicosociales -como la extensión y calidad de las redes sociales, el estrés y la percepción de control sobre la vida propia- y las conductas relacionadas con la salud -como el consumo de alcohol, tabaco, la dieta o la práctica de actividad física-.

FIGURA 1.2. Marco conceptual sobre los determinantes de las desigualdades en salud de la Comisión Española para la Reducción de las Desigualdades Sociales en Salud (CRDSS).



Fuente: Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2010.

2.2 Entorno urbano, salud y desigualdades sociales en salud

Las ciudades o áreas urbanas tienen características propias que las diferencian de otros ámbitos o espacios, y que requieren, por tanto, de diagnósticos y actuaciones específicas a la hora de mejorar la salud de sus poblaciones. Así, en la mayoría de las ciudades existen zonas deprimidas en las que se concentran las poblaciones de menor nivel socioeconómico, por lo que las desigualdades entre los barrios de una misma ciudad suelen ser muy marcadas y es necesario tenerlas en cuenta (3). El marco conceptual de la figura 1.3, muestra cuáles son los determinantes de la salud y las desigualdades en salud más relevantes en el ámbito urbano, destacando 4 dimensiones relevantes: el alcance de la gobernanza urbana, el contexto físico, el contexto socioeconómico y las características de los entornos (y su segregación), que se encuentran todos ellos atravesados por los diferentes ejes de desigualdad social.

La gobernanza urbana y, en concreto, una buena gobernanza urbana tiene que estar comprometida con atajar las causas de la desigualdad construyendo e implementando acciones colaborativas y políticas intersectoriales entre los agentes relacionados con los entornos físicos y económicos de la ciudad (3, 4). Por su parte, el contexto físico se refiere al contexto natural (el clima, la orografía) y también a otros aspectos físicos como la planificación urbana y las políticas de vivienda, con relevantes implicaciones para el potencial de bienestar del que pueden llegar a disfrutar los habitantes de un contexto urbano. Específicamente, la planificación urbana determina el acceso a las distintas infraestructuras, zonas verdes y a los medios de transporte y, además, también influye sobre la calidad del aire y del agua (5) por lo que tiene un efecto directo sobre la salud de las personas. Las ciudades concentran personas, oportunidades y servicios, incluyendo los relativos al cuidado y promoción de la salud, pero también generan los mayores riesgos para la salud, como barreras para realizar ejercicio físico, la polución del aire, la disponibilidad de comida poco saludable, y la concentración de la pobreza en determinadas zonas (6).

En este sentido, la población que vive en los barrios más pobres tiene mayores tasas de obesidad y enfermedades crónicas, así como peor salud autopercebida y menor esperanza de vida. Asimismo, se han documentado peores resultados en salud mental y en varios indicadores de salud infantil (5, 8, 9). Además, suele estar expuesta a factores del ambiente que empeoran esas condiciones crónicas, como pueden ser los niveles de polución o la calidad del agua. La cantidad de accidentes sufridos por peatones también suele ser mayor en áreas deprimidas y estas áreas suelen tener menos acceso a espacios verdes de calidad. Finalmente, vivir en un barrio de condiciones desfavorecidas sin acceso a servicios y con poco transporte público, si se carece de transporte privado, limita el acceso tanto a supermercados como a los servicios de salud.

Por todo ello, la planificación urbana que no considera a las personas con menos recursos económicos tiene enormes costes sobre la salud en términos poblacionales, mientras que aquella que lo hace considerando las desiguales necesidades de personas, barrios y comunidades tiende a hacer un reparto de recursos mejor planificado, lo cual colabora a incrementar el ejercicio físico, a mejorar la calidad

del aire, a reducir los accidentes de tráfico, a incrementar la cohesión social y a facilitar el acceso de todas las personas al conjunto de infraestructuras y servicios de las ciudades (7).

Por su parte, el contexto socioeconómico hace referencia a cuestiones como el modelo de impuestos municipales vigentes, las condiciones de trabajo, el desempleo y también los servicios públicos y las prestaciones por desempleo y pensiones o subsidios, que sin ser necesariamente competencia municipal, impactan en la salud de las personas a nivel urbano.

Los entornos, en cuarto lugar, tienen que ver con los lugares en los que las personas viven, trabajan y crean o resuelven problemas relacionados con la salud. Están relacionados tanto con el contexto físico como con el socioeconómico y son clave para mejorar o empeorar la salud de la población.

Todos estos aspectos son esenciales a la hora de analizar la salud de la población de las ciudades e implementar políticas que ayuden a reducir las desigualdades en las áreas urbanas. Además, todos ellos son factores que han mostrado su relación con diferentes aspectos de la salud de la población y en la mayoría de ellos puede intervenirse mediante políticas públicas (3).

FIGURA 1.3. Determinantes de las desigualdades en salud a nivel urbano.



Fuente: Borrell et al., 2013 (3).

2.3 Las dimensiones físicas y socioeconómicas de los barrios: principales determinantes sociales de la salud en las ciudades

La configuración y naturaleza de los barrios en los entornos urbanos son el resultado de dos componentes: su dimensión física y su dimensión socioeconómica, las cuales se encuentran íntimamente relacionadas entre sí.

La dimensión física abarca tanto aspectos relacionados con la contaminación del aire o del agua, y el entorno construido (que incluye el uso del terreno y el transporte, el diseño de las calles y otros espacios de uso colectivo), así como el acceso a los recursos como la comida saludable o los polideportivos, con impacto directo en las conductas relacionadas con la salud. La dimensión social de los barrios, por otro lado, tiene que ver con su nivel socioeconómico, con el grado y el tipo de relación entre los/as vecinos/as, la presencia de normas sociales compartidas, y los niveles de seguridad y violencia padecidos. Las dimensiones física y social de los barrios pueden afectar a la salud, a través de restringir o favorecer determinadas conductas relacionadas con la salud y también a través de mecanismos relacionados con el estrés o con la amortiguación de éste, como puede ser el apoyo social y la cohesión del barrio (8).

Una síntesis de los principales determinantes relacionados con las características del entorno urbano y su impacto en la salud, siguiendo la clasificación de entornos de Borrell et al. (3), se describe en los siguientes apartados.

2.3.1 Influencia del entorno físico en la salud

Espacios verdes y azules

Los espacios verdes pueden ser espacios construidos en el ámbito urbano o espacios naturales conectados con las ciudades, y ambos tendrán impacto en la salud poblacional, a través de mecanismos similares (10, 11). El término “espacio azul” se refiere a entornos acuáticos, tanto naturales como artificiales (entendidos como infraestructuras azules: canales, puertos, etc.), que han comenzado también a ser considerados como relevantes promotores de la salud urbana (12).

El aumento de áreas verdes en los barrios se relaciona con una mejor autovaloración de la salud (13) y una mejor salud mental (autoestima, ansiedad, depresión, estrés, trastornos psicosomáticos) de sus vecinos/as, siendo esta relación más fuerte para los grupos socioeconómicos más desfavorecidos, las personas mayores y los/as jóvenes (14,15). La disponibilidad de parques fomenta la práctica de ejercicio físico, especialmente los paseos, que se relacionan con una reducción en la mortalidad por todas las causas, una mejora de la calidad de vida relacionada con la salud (16,17) y una reducción del riesgo de diabetes en edad adulta, obesidad, hipertensión y enfermedad cardiovascular (18,19). Además, los espacios verdes urbanos reducen la contaminación del aire (20).

Un espacio de encuentro en el barrio aumenta, asimismo, el nivel de interacción entre los/as vecinos/as, lo que repercute en una mayor cohesión social. Unas redes sociales más fuertes disminuyen el riesgo de mortalidad (21, 22), independientemente de la autovaloración de la salud, la edad, el nivel socioeconómico y las conductas relacionadas con la salud como fumar, beber alcohol, realizar actividad física o el tipo de dieta (23). La mejora de la interacción social y de las actividades comunitarias contribuye también a la reducción de los niveles de estrés y reduce la sensación de ansiedad y depresión (24).

Sin embargo, la utilización de estos espacios de esparcimiento como lugares para actividades conflictivas (consumo de alcohol y drogas ilegales) puede aumentar los niveles de ansiedad de la comunidad (25) y la tensión arterial (26), así como la adopción de conductas poco saludables, caso del hábito tabáquico (27).

Por su parte, vivir cerca de espacios naturales en la ciudad o tener contacto directo con la naturaleza se ha mostrado positivamente relacionado con la salud. En concreto, se ha observado que reduce los niveles de estrés (28,29) y mejora la atención en las actividades cotidianas (30). Además de los beneficios en la salud mental, también repercute positivamente en la salud física, incrementando la esperanza de vida y la autovaloración de la salud (31,32). Los mecanismos que se han identificado para explicar la influencia positiva, pueden resumirse en tres (33): 1) el contacto con la naturaleza suele favorecer la práctica de ejercicio físico; 2) las actividades realizadas en la naturaleza suelen facilitar las relaciones sociales y la socialización entre las personas; 3) los entornos naturales ofrecen vías de escape para las rutinas y demandas de la vida cotidiana.

Con respecto a los espacios azules, se definen como todos aquellos espacios naturales o artificiales en los que se vea agua (34). El vivir cerca de espacios azules o el tener relación con ellos se ha relacionado con mejoras en la salud, así, la visión de paisajes acuáticos es relajante y el sonido del agua calmante (34). Vivir cerca de espacios azules se asocia con mejor salud y menos estrés emocional y, en concreto, la evidencia sugiere que la gente que vive cerca o tiene vistas a la costa tienen mejor salud (34,35), experimenta menos síntomas de estrés o problemas emocionales y está más satisfecha con su vida que las personas que no viven en la costa (36). Estos efectos son más pronunciados para las personas con nivel socioeconómico más bajo, sugiriéndose menores desigualdades en salud en estas áreas (35).

En cuanto a los espacios azules urbanos (urban blue), se ha puesto de manifiesto que son los espacios favoritos de las ciudades en los que disfrutar del tiempo de ocio, hacer actividades recreativas y liberarse del estrés diario. Además, las personas que pasan tiempo en los espacios azules de la ciudad están más unidas emocionalmente a ésta y desarrollan un sentido de pertenencia mayor (36).

Movilidad y transporte activo

La evidencia disponible muestra que la realización de los desplazamientos habituales en las ciudades en bicicleta, andando o en transporte público promueve la salud de cuatro maneras diferentes: mediante la práctica de ejercicio físico, la reducción de accidentes de tráfico, la promoción del contacto social y la reducción de la polución del aire (37-39).

En relación con la práctica de ejercicio físico, se ha documentado extensamente que ésta tiene muchos beneficios para la salud, por su impacto en la reducción de la mortalidad por todas las causas, la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud (vitalidad, salud general y salud mental) (16, 17) y la reducción del riesgo de diabetes en edad adulta, obesidad (40), hipertensión y enfermedad cardiovascular (19, 41). Hacer los desplazamientos habituales andando o en bicicleta ayuda a hacer ejercicio a toda la población, incluidas las poblaciones más vulnerables, como aquella con bajos ingresos o la más sedentaria ya que no tiene coste y puede incorporarse con facilidad a las rutinas diarias (42).

Además, la posibilidad de hacer los desplazamientos habituales andando o en bicicleta (transporte activo) y el tener una buena red de transporte público favorecen las redes sociales y disminuyen la exclusión social de colectivos desfavorecidos, como personas mayores o personas con discapacidades que pueden presentar más dificultades para tener vehículos privados (43).

Con respecto a los accidentes de tráfico, se ha descrito que son la mayor causa de lesiones no intencionadas en la población (42, 44), particularmente en la población de 4 a 44 años (42). Además, los accidentes de tráfico no se distribuyen igual a lo largo del continuo social, sino que se concentran en las clases socioeconómicas más bajas (45, 46).

Por su parte, la polución ocasionada por los medios de transporte rodados afecta negativamente a la salud, ya que está relacionada con enfermedades pulmonares y cardiovasculares y se sabe que contiene elementos cancerígenos, además de afectar al medio ambiente (42). En cambio, vivir en entornos “caminables” (walkable) favorece el transporte activo (con todos los beneficios que tiene para la salud) y disminuye la polución del aire emitida por los vehículos, lo que redonda en una mejor salud para toda la población (47). Un mayor detalle del impacto de la contaminación sobre la salud puede consultarse en el apartado correspondiente.

Contaminación acústica y atmosférica

La contaminación acústica generada por los diferentes medios de transporte en el entorno urbano es una de las principales fuentes de malestar de sus poblaciones (48). Uno de los impactos en salud de la contaminación acústica mejor establecido es la pérdida de audición inducida por ruido (49), aunque ya se está comenzando a prestar atención a los efectos indirectos de la pérdida auditiva, como es el deterioro de la comunicación interpersonal (50, 51). La evidencia también muestra que la exposición a la contaminación acústica afecta al sistema cardiovascular (52, 53), así como a los patrones de sueño (54).

Para Europa, la OMS (Organización Mundial de la Salud) recomienda que no se excedan niveles sonoros de día (de 7 a 23 horas) de 55 decibelios [dB(A)] y de noche (23 a 7 horas) de 40 dB(A), puesto que la exposición a niveles superiores puede tener efectos sobre la salud de las personas (55, 56). Se han relacionado valores diarios (de día completo) a partir de 50 dB con el desarrollo de hipertensión, enfermedad coronaria e ictus (57), mientras que valores de noche a partir de 50 dB se han asociado con la presencia de hipertensión e infarto de miocardio, y de 60 dB con desórdenes psíquicos (56).

Los estudios que analizan la asociación entre la contaminación acústica y el nivel socioeconómico muestran resultados contradictorios, señalándose en algunos casos que una mayor contaminación acústica se relaciona con niveles socioeconómicos bajos (58) y en otros que los mayores niveles de ruido se dan entre las personas de posición económica más aventajada (59).

Por su parte, la polución del aire se produce sobre todo por las emisiones del tráfico y de la industria en las áreas urbanas. Los principales contaminantes del aire son el monóxido de carbono, el dióxido de azufre y las partículas en suspensión. Según la evidencia disponible, estos contaminantes tienen un impacto negativo en la salud, incluyendo cáncer de pulmón (60, 61), enfermedad cardiovascular (62-64), asma y otros problemas respiratorios (65, 66). Además, nuevas líneas de investigación sugieren que la contaminación del aire es un factor de riesgo para la diabetes tipo 2 (67).

Aunque en Europa no siempre las personas con nivel socioeconómico más bajo son las que viven en zonas más expuestas a la polución del aire, los efectos sobre la salud de la contaminación del mismo sí son más fuertes en las clases socioeconómicas menos favorecidas, ya que tienen más factores de riesgo, más enfermedades crónicas y menos acceso a factores de protección como la alimentación saludable (68).

Calidad de las viviendas y pobreza energética

Múltiples estudios han puesto de manifiesto la relación entre la mala calidad de la vivienda y el deterioro de la salud (69-71). Así, la falta de agua potable o la ausencia de agua caliente para lavar, una mala gestión de las basuras, la presencia de mosquitos o ratas y el inadecuado almacenamiento de comida se relaciona con la transmisión de enfermedades infecciosas (72). El hacinamiento, por su parte, se ha relacionado con tuberculosis y enfermedades respiratorias (73), y la exposición a sustancias tóxicas como pinturas y tuberías de plomo o a monóxido de carbono puede provocar desde envenenamiento a problemas en el neurodesarrollo (74). También la falta de medidas de seguridad en las viviendas puede hacer que sus ocupantes tengan mayor riesgo de accidentes tanto por la mala calidad de sus fuentes de calor, como por la mala calidad de los materiales de construcción (75). Además, la mala calidad de la vivienda se ha asociado con malnutrición, especialmente en niños/as (76).

Asimismo, las viviendas de calidad deficiente suelen compartir determinadas características que las hacen más perjudiciales para la salud: son caras de calentar o enfriar porque sus sistemas de conservación de la temperatura y ventilación son precarios, están en zonas que suelen ser ruidosas y en muchas ocasiones poco seguras, y suelen tener menos acceso a los recursos de la comunidad (77, 78).

En este sentido, la pobreza energética es la incapacidad de que un hogar disponga de una cantidad mínima de energía para cubrir las necesidades básicas, como unas condiciones de climatización adecuadas para la salud (18 a 20° C en invierno y 25° C en verano) y se produce como combinación de tres factores: los bajos ingresos familiares, los precios de la energía, y la baja eficiencia energética de las viviendas y sus equipamientos.¹ Los problemas de salud constituyen una de las consecuencias más evidentes

1. Información proporcionada en la web de la Asociación de Ciencias Ambientales. Disponible en:
<https://www.cienciasambientales.org.es>

de la pobreza energética, que afecta con mayor incidencia a los grupos sociales más vulnerables, como niños/as y jóvenes, personas mayores o personas con determinadas enfermedades crónicas (8):

Las principales conclusiones que se derivan de los estudios y revisiones publicadas acerca de la pobreza energética son las siguientes (79-83):¹

- Estar sometido/a de forma prolongada a temperaturas frías dentro del hogar puede generar situaciones de estrés térmico y afectar no sólo al sistema inmune (mayor riesgo de catarros y gripes), sino, también, al cardiovascular, incrementando la probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares e infartos.
- Vivir en una vivienda con temperaturas inadecuadas durante los meses fríos del año puede dar lugar a un empeoramiento de enfermedades osteoarticulares – como, por ejemplo, la artritis-, o reumatólogicas.
- Habitar en casas frías, puede conllevar también problemas de humedades (moho, mal olor) o ácaros, lo que puede entrañar un agravamiento de determinadas enfermedades respiratorias –como asma– o alérgicas, incluso una vez controlado el efecto del salario, la clase social, el consumo de tabaco, el hacinamiento y el desempleo.
- Vivir en viviendas húmedas y frías puede afectar también a la salud mental de las personas, particularmente, en lo que respecta a sufrir ansiedad, depresión o aislamiento social.
- Asimismo, se ha comprobado que las personas que están sometidas de manera continuada a temperaturas frías dentro del hogar tienen una probabilidad considerablemente mayor de utilizar los servicios médicos y que, particularmente en el caso de los/as niños/as, vivir en hogares que sufren pobreza energética aumenta en un 30% el riesgo de acudir al ambulatorio o a un hospital.
- La pobreza energética también se ha asociado con mortalidad prematura. Así, se estima que en España la pobreza energética podría ser la responsable de al menos 2.300 muertes prematuras al año (84).

Desde el punto de vista del impacto en las desigualdades en salud, es evidente que existirá un gradiente claro en la exposición a la pobreza energética por diversas variables de posición socioeconómica. Marmot (79) puso de evidencia que a medida que el quintil de renta del hogar era menor, la pobreza energética aumentaba gradualmente, hasta el punto de que la distancia entre los quintiles extremos era de 0,3%, en el más rico, frente un 33% en el más pobre.

Acceso a infraestructuras relacionadas con la salud

Acceso a alimentación saludable

Diversos estudios han puesto de manifiesto que el consumo de comida saludable depende de más factores que los gustos personales, ya que la disponibilidad y accesibilidad a la misma son los factores que más contribuyen a alimentarse de manera saludable o no. Así, en 1990 se acuñó el término “food desert” (85) que hace referencia a “áreas urbanas pobres donde sus residentes no tienen acceso a comida sana asequible” (86), lo que dificulta el acceso a una dieta saludable. Estos food deserts no se distribuyen equitativamente, sino que se relacionan directamente con niveles socioeconómicos bajos y elevados índices de privación (86). Además, vivir en entornos con alta accesibilidad a comida saludable y que además son “caminables” está relacionado con un menor IMC (índice de masa corporal) independientemente de la edad, el sexo, la clase social y el nivel de estudios (87).

Acceso a infraestructuras relacionadas con la actividad física

La práctica de ejercicio físico tiene múltiples beneficios sobre la salud; se relaciona con una reducción en la mortalidad por todas las causas, una mejora de la calidad de vida relacionada con la salud (vitalidad, salud general y salud mental) (16,17) y con una reducción del riesgo de diabetes en edad adulta, obesidad (40), hipertensión, osteoporosis, algunos tipos de cáncer (19) y enfermedad cardiovascular (19,41). Es sabido que la accesibilidad y una menor distancia a entornos relacionadas con la práctica de ejercicio físico aumentan la frecuencia del mismo (88- 92). La influencia de la cercanía de infraestructuras relacionadas con la salud en la práctica de ejercicio físico puede darse de dos formas; la primera tiene que ver con la influencia de ver a personas del entorno haciendo ejercicio físico, que se traduce en su percepción como norma social positiva (91). La segunda es que una de las razones que con más frecuencia se esgrimen para abandonar la práctica de ejercicio físico tiene que ver con la distancia al entorno en el que se practica, por lo que la cercanía de estas infraestructuras puede eliminar barreras físicas y psicológicas, y aumentar la frecuencia del ejercicio físico (91).

Acceso a establecimientos de venta de tabaco y alcohol

La proximidad y densidad de establecimientos que venden alcohol se ha relacionado con mayores tasas de conflictividad (93), mayores tasas de violencia intrafamiliar (94) y mayor número de accidentes de tráfico provocados por el consumo de alcohol (95). Además, en distintos estudios se ha encontrado una relación entre bajo nivel socioeconómico del barrio y mayor accesibilidad a establecimientos que venden alcohol (96), aunque ello no se relaciona con un mayor consumo a nivel individual (97), si bien sí existe un gradiente en el consumo excesivo de alcohol relacionado con la clase social.

Con respecto al aumento del consumo de alcohol individual influenciado por la proximidad de establecimientos que lo venden, la evidencia es mixta salvo en personas jóvenes (98), ya que en este colectivo el efecto del acceso a establecimientos que venden alcohol se ha asociado claramente con mayor consumo de alcohol y problemas relacionados con el alcohol (99,100).

En cuanto al consumo de tabaco, la evidencia pone de manifiesto que la disponibilidad del tabaco influye en su consumo. Algunos estudios han descrito que la proximidad y el acceso a venta de tabaco facilitan que las personas jóvenes fumen su primer cigarrillo, pero no afecta a que sigan fumando en el futuro (101).

2.3.2 La influencia del entorno socioeconómico en la salud

Pobreza y desigualdad social

El informe de la OMS, Objetivos de salud del milenio: caminos hacia el futuro, publicado en 2003, recoge una concepción de la pobreza que no se centra únicamente en los ingresos o la dimensión económica, sino que utiliza una noción más amplia de lo que puede constituir el bienestar humano. Así, la pobreza, además de relacionarse con un bajo nivel de ingresos, supone un “debilitamiento de toda una serie de capacidades humanas fundamentales, incluidas las relacionadas con la salud” (102). De igual forma, la pobreza, al determinar las condiciones materiales y sociales de quienes la padecen, limita el acceso a las condiciones básicas para la salud, como la vivienda, la alimentación saludable o las posibilidades de participar plenamente en la sociedad (103,104). Por ello, la literatura es consistente en concluir que la pobreza y los bajos ingresos son factores que favorecen la mala salud (105-107). Además, hay que tener en cuenta que la asociación entre pobreza y salud funciona en un doble sentido: la pobreza genera mala salud, y esta, a su vez, puede desencadenar una situación de pobreza o dificultar su superación (108).

Por otra parte, la desigualdad, entendida como una forma de pobreza relativa, constituye un fenómeno que incide significativamente en el estado de salud de las personas. En efecto, la desigualdad representa una condición sociocultural que no sólo se traduce en una privación material, sino en la reducción de “nuestras capacidades de funcionar como seres humanos, nuestra salud, nuestro respeto, nuestro sentido de sí mismos, nuestros recursos para participar y actuar en el mundo” (109).

La evidencia más relevante acerca del impacto de la pobreza y la desigualdad social en la salud indica que las personas en situación de pobreza mueren antes y presentan además mayores niveles de morbilidad que las personas que no sufren privaciones socioeconómicas (108). Asimismo, la pobreza tiende a generar procesos patológicos de larga duración, limitación en las actividades y peores resultados en la autoevaluación, tanto en el mundo industrializado como en los países empobrecidos (108).

Además, mayores ingresos también se asocian con mejores prácticas dietéticas y hábitos higiénicos más saludables entre la población infantil (108). Por otra parte, se ha observado que el consumo de alcohol es más elevado entre los grupos socioeconómicamente desfavorecidos en varios países de Europa (110). La alimentación poco saludable y el consumo de tabaco son asimismo prácticas más habituales entre las personas más pobres (110).

Por su parte, existen evidencias empíricas que sugieren que la asociación entre un estatus socioeconómico bajo y la mala salud mental es significativa e importante en determinados países industrializados (111). De igual forma, se ha sugerido que la pobreza puede conducir a la aparición de trastornos de salud mental como consecuencia de experiencias relacionadas con la privación socioeconómica, caso del estrés (112). En sentido inverso, los trastornos psíquicos pueden

empobrecer a las personas, al dificultarles el acceso al empleo y exigirles una mayor inversión en servicios sanitarios (113). Por otra parte, se estima que las personas pobres son más vulnerables y pueden estar más fácilmente expuestas a situaciones de estrés o de violencia, que constituyen factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de salud mental (114).

Empleo, desempleo y precariedad laboral

El empleo y sus características proporcionan en las sociedades actuales gran parte de la seguridad de ingresos a las personas. Por ello, la falta de empleo o la precariedad del mismo, supone un riesgo para la salud de las personas, tal y como se describe a continuación.

Desempleo

Las razones específicas que explicarían el efecto del desempleo sobre la salud pueden resumirse en las siguientes: por una parte, el desempleo conlleva un aumento del riesgo de privación económica, lo que dificulta el acceso a determinados bienes y servicios que influirían negativamente en la salud. Además, la actividad laboral funciona como un sistema regulador de la vida cotidiana, de forma que estar en desempleo aumenta la percepción sobre la falta de control de la vida diaria. Por su parte, el desempleo también incrementa el estrés por efecto de la combinación de dificultades económicas, y la falta de perspectivas vitales y profesionales, y desactiva el apoyo social y las redes sociales que proporciona la actividad laboral (115).

Los efectos específicos sobre la salud que la literatura ha descrito acerca del desempleo se resumen a continuación.

Con relación a la mortalidad, existen numerosas publicaciones que relacionan desempleo y aumento de mortalidad general, por cualquier causa (116-118), sobre todo entre los hombres. En un estudio en Reino Unido en 2000 se señaló que se habría producido un exceso de mortalidad de 2.504 muertes/año debido al desempleo (119). La mortalidad cardiovascular también se ve incrementada en las personas en desempleo. Asimismo se ha descrito un aumento de la hipertensión arterial y de la hipercolesterolemia entre los/as desempleados/as (120). En cuanto a la mortalidad infantil, se ha observado un aumento de la mortalidad perinatal, infantil y en las semanas 2-52 de vida en niños/as de familias en desempleo (121). Con respecto a la mortalidad por suicidio, el desempleo parece ser un factor de riesgo (122-124). Un estudio publicado tras el comienzo de la crisis, mostró que 4.884 muertes por suicidio sucedieron “en exceso” en 2009 en 54 países respecto a la tendencia que venía produciéndose y que, además, los mayores aumentos se habían producido en los países con mayor crecimiento del desempleo (125).

En relación con la salud autopercibida, los estudios que han mostrado una peor salud percibida entre las personas en desempleo son abundantes (126). El efecto que el desempleo tiene sobre la salud percibida varía en función del sexo, la edad, el nivel educativo, el nivel de renta del hogar, etc. Parece ser un hallazgo consistente el hecho de que el efecto del desempleo sobre la salud percibida es más negativo entre las personas con trabajos manuales y en aquellas con redes sociales poco consistentes. A nivel ecológico, la relación entre desempleo y mala salud

también ha sido descrita: en un estudio sobre regiones italianas, se observó que en aquellas en las que la población señalaba peor salud eran las que, asimismo, tenían mayores tasas de desempleo (127).

Además, la población desempleada acumula en mayor proporción factores de riesgo para su salud que la población empleada: mayor consumo de tabaco, obesidad, sobrepeso, consumo de alcohol y otras drogas, más inactividad, peor percepción de su salud y menor consumo de frutas y vegetales. Asimismo, los/as desempleados/as acumulan en mayor proporción tres o más de los factores de riesgo analizados y esta situación es mayor cuanto mayor es el periodo de desempleo (128).

Por último, uno de los aspectos más frecuentemente analizados ha sido el efecto del desempleo en la salud mental, más allá de los suicidios. En este sentido, se ha observado que el desempleo aumenta el riesgo de sufrir depresión (123) y otros problemas de salud mental acompañados de síntomas somáticos y psicológicos (129). La mayor presencia de migrañas también ha sido referida por las personas en desempleo (130). En cuanto al sueño, se ha mostrado cómo los/as desempleados/as tienen mayores trastornos que los/as trabajadores/as, siendo esta relación gradual a medida que aumenta el tiempo en desempleo (131).

Precariedad laboral

La precariedad laboral se ha descrito como un determinante social de la salud, existiendo varios enfoques a través de los cuales la epidemiología social ha explicado su asociación con la salud (132). Los más utilizados han sido la inestabilidad laboral, la inseguridad laboral percibida y la amenaza objetiva de pérdida de empleo asociada a las medidas de recortes y reestructuración de la organización de los lugares de trabajo.

Con relación al impacto del empleo temporal, su efecto en la salud se ha evidenciado en un mayor riesgo de accidentes laborales, el incremento de morbilidad psiquiátrica, así como de presentismo por enfermedad, con posibles efectos negativos en salud a largo plazo (132,133). Por su parte, la inseguridad laboral percibida se ha asociado con mala salud mental y física, demostrándose un efecto de dosis-respuesta. También se ha descrito una asociación moderada con la incidencia de enfermedad coronaria (132).

Enfoques multidimensionales de la flexibilidad y la precariedad laboral han demostrado que éstas afectan a la salud física y mental de manera consistente en algunos grupos de población (134-136), siendo esta última la respuesta más inmediata (132). El mismo instrumento, utilizado en Chile y Canadá, mostró además efectos negativos en la salud percibida, en la satisfacción laboral y en un mayor presentismo por enfermedad.

Diversos estudios describen que los empleos precarios siguen un patrón de distribución social, en función del género, clase social y relación laboral (132), de lo que se desprende que existen importantes desigualdades en la salud relacionadas con el impacto del empleo y sus diversas modalidades.

Seguridad del entorno

El miedo o la inseguridad percibida en el entorno urbano afectan negativamente a la salud y a la salud mental de sus habitantes. La percepción de vivir o habitar en un barrio o espacio seguro está influenciada tanto por el miedo a la violencia y/o al crimen como por el miedo a los accidentes de tráfico y atropellos. Además, la evidencia señala que la percepción de inseguridad viene dada no sólo por la inseguridad “real”, sino también por la impresión estética del barrio, que incluye la presencia de grafitis, basura y edificios sin arreglar (77). Sin embargo, la relación entre la percepción de inseguridad y el entorno físico es compleja ya que en muchas ocasiones, la familiaridad del entorno hace desaparecer la sensación de miedo y, por tanto, su impacto en la salud de la población (137).

Uno de los efectos más consistentemente encontrados en la literatura es que el miedo a la violencia y/o crimen produce una restricción de las actividades sociales y culturales, llegando incluso a provocar aislamiento social (137). Además, ciertos grupos sociales se ven más afectados por el miedo al crimen, como son las mujeres, las personas mayores y las personas discapacitadas (137).

Capital social y redes sociales

La implicación del individuo en distintas redes sociales puede constituir una forma de apoyo o sostén que tiene un impacto positivo sobre la salud, puesto que funciona como un factor de amortiguamiento para el estrés (138). Por otro lado, los/as compañeros/as o el entorno social pueden condicionar los comportamientos adoptados por el individuo en relación con la salud (139), de forma que determinadas conductas como el tabaquismo o las dietas dependen en parte del entorno que rodea a los sujetos (140). Asimismo, la participación social puede proporcionar oportunidades para el aprendizaje de nuevas habilidades, además de conferir sentido de pertenencia a la comunidad, fenómenos que suelen afectar positivamente a la salud (139).

Siguiendo con los resultados obtenidos por Berkman y Glass, la pertenencia a un grupo puede dar acceso a recursos materiales, oportunidades laborales y distintos servicios que pueden mejorar la salud (139).

Con respecto a la esperanza de vida, Wilkinson pone de manifiesto que este indicador, así como otros indicadores de salud, son mejores en las poblaciones con bajos niveles de desigualdad de renta (141). Según este autor, la explicación a este fenómeno se debe a que las sociedades más igualitarias cuentan con un entorno más positivo, caracterizado por la confianza y la cohesión social. Esta misma lógica explica que las importantes diferencias de estatus entre los ciudadanos de las sociedades más desiguales con un menor nivel de confianza y cohesión social, presenten mayores cuotas de ansiedad social y criminalidad (141). Turner, por su parte, sugiere que la igualdad de renta no sólo incrementa la cohesión social en la comunidad, sino que también influye en el grado de inversión pública en vivienda, sanidad, etc., con un impacto importante sobre la salud comunitaria e individual (142).

En este sentido, Kavachi et al. detectan que los vecindarios o las comunidades cohesionadas tienen un mayor poder de influencia sobre las decisiones políticas que afectan a la comunidad (143). Así, una colectividad unida puede, por ejemplo, enfrentarse con más éxito a las iniciativas de recortes sobre el gasto sanitario en la comunidad (143). De igual forma, las comunidades con un alto capital social (colectivo) pueden favorecer la obtención de mejores resultados en salud mediante la promoción de normas saludables. Asimismo, los entornos caracterizados por la confianza, la participación y el apoyo mutuo tendrían mayor capacidad para promover estilos de vida saludables (144). Por último, parece que el capital social colectivo facilita una difusión más rápida y profunda de la información y el conocimiento (que puede también estar relacionado con la salud) (145).

2.3.3 Las conductas relacionadas con la salud

Consumo de alcohol

El consumo moderado de alcohol es un comportamiento socialmente aceptado y que, además, puede tener efectos cardiosaludables según diversos estudios (146, 147). Sin embargo, estos datos deben ser tomados con precaución ya que puede aumentar la morbilidad de otras muchas enfermedades (148). De hecho, la evidencia muestra que el consumo regular de alcohol puede aumentar el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares (149), infarto (150, 151), cirrosis (152), daños en el estómago y ciertos tipos de cáncer (153-157). Otros efectos a largo plazo incluyen baja fertilidad (158) y daño fetal (159). Por su parte, el abuso en el consumo de alcohol o consumo excesivo puede llevar consigo un gran abanico de problemas de salud y problemas sociales, e incluso conllevar una muerte prematura (160). Los efectos a corto plazo del abuso de alcohol pueden incluir dolores de cabeza, pérdida de conciencia y un mayor riesgo de accidentes (161). Asimismo, el consumo de alcohol se ha relacionado con el comportamiento suicida (162), también en población joven (163).

Además del impacto en la salud de las propias personas consumidoras, el consumo de alcohol puede tener un efecto negativo en las familias y en la comunidad, ya que cambios conductuales inducidos por el consumo pueden conllevar comportamientos antisociales, violencia y crimen (164). Asimismo, se relaciona con conductas sexuales de riesgo, embarazos adolescentes y enfermedades de transmisión sexual (165).

La evidencia muestra que el consumo de alcohol no se distribuye de igual manera en todas las clases sociales, observándose que entre las clases sociales más bajas se da un mayor consumo abusivo de alcohol, mientras que en las clases sociales más favorecidas se da un mayor consumo moderado (166).

Consumo de tabaco

El tabaco es la mayor causa de cáncer evitable del mundo (167) y, además, incrementa el riesgo de padecer, al menos, 14 tipos diferentes de cáncer, incluyendo pulmón, laringe, esófago, boca y faringe, vejiga, páncreas, riñón, estómago, intestino, cérvix, ovarios, nariz y senos paranasales, mama y ciertos tipos de leucemia (168, 169). Pese a que el riesgo de muerte prematura es mayor si se fuma más, el hecho de ser fumador/a ocasional también incrementa el riesgo de muerte (170). Además, el tabaco también contribuye a aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares (171) y pulmonares obstructivas como la bronquitis crónica (172).

Específicamente, fumar durante el embarazo está asociado a múltiples complicaciones para las criaturas como bajo peso al nacer, mayor riesgo de cáncer, desórdenes de conducta, déficit de atención con hiperactividad, mayor probabilidad de ser fumador/a y disfunción cognitiva (173) y asma infantil (174), así como para la madre, a través del aumento en el riesgo de aborto espontáneo, placenta previa, desprendimiento de la placenta, muerte fetal y malformaciones congénitas (175).

Asimismo, hay que tener en cuenta los efectos nocivos de la exposición al humo del tabaco en la calle, en los lugares de trabajo y en los hogares (176).

Está bien establecido que el nivel socioeconómico individual y del barrio están fuertemente asociados con el consumo de tabaco. Así, el número de personas que fuman es más alto en las clases socioeconómicas más bajas, siendo varios y complejos los mecanismos por los que esto sucede (177).

Consumo de drogas ilegales

Al hablar de drogas ilegales podemos distinguir tres grandes grupos de sustancias: productos derivados del cannabis, diversos estimulantes (éxtasis o MDMA, anfetaminas, ketamina, cocaína) y drogas opioides (heroína, opioides sintéticos como buprenorfina, metadona y fentanilo). La prevalencia del consumo de cannabis es aproximadamente cinco veces superior a la de otras sustancias y, aunque el consumo de heroína y otros opioides sigue siendo relativamente escaso, éstas siguen siendo las drogas asociadas a la mayoría de los casos de morbilidad, mortalidad y coste del tratamiento relacionado con el consumo de drogas en Europa (178).

Los efectos en la salud del consumo de drogas ilegales son múltiples y afectan tanto en un plano individual como comunitario. Los efectos más intensos se producen con un uso continuado o un abuso de las mismas, aunque el consumo esporádico también puede tener un impacto en la salud. La evidencia señala que hay conexión entre el abuso de drogas y efectos cardiovasculares adversos (desde frecuencia cardiaca anormal hasta infartos de miocardio). Las drogas inyectables además aumentan el riesgo de colapso venoso e infecciones bacterianas de los vasos sanguíneos y las válvulas cardiacas (179). También se han descrito efectos en el riñón e hígado (180).

Además, el abuso de drogas ilegales debilita el sistema inmune y está ligado a conductas de riesgo como compartir agujas y el sexo sin protección, lo que aumenta

las probabilidades de contraer VIH y otras enfermedades infecciosas (181,182). También tiene severas consecuencias en el cerebro como convulsiones, ictus y daño cerebral generalizado que puede tener un impacto en todos los aspectos de la vida diaria. Asimismo, el abuso de drogas puede causar también daños cerebrales que llevan a problemas de memoria, atención y toma de decisiones, así como a paranoia, depresión, agresiones y alucinaciones (183).

Al igual que el tabaco y el alcohol, el consumo de drogas ilegales también se distribuye de manera desigual en la sociedad, habiendo una relación muy estrecha entre condiciones socioeconómicas desfavorables y trastornos asociados con consumo de drogas, ya que las condiciones sociales adversas están muy relacionadas con el tipo de droga que se consume (184).

Realización de actividad física

La práctica regular de ejercicio físico tiene muchos beneficios para la salud, se asocia con una reducción en la mortalidad por todas las causas, una mejora de la calidad de vida relacionada con la salud (vitalidad, salud general y salud mental) (17) y una reducción del riesgo de diabetes en edad adulta, obesidad, hipertensión, osteoporosis, algunos tipos de cáncer) y enfermedad cardiovascular (41,185). En personas mayores con demencia la práctica de ejercicio físico mejora la ejecución de las actividades de la vida diaria y, aunque, en menor medida, también la cognición (186).

La práctica del ejercicio físico no se distribuye por igual en todas las clases sociales, las más desfavorecidas practican menos ejercicio tanto en la adolescencia (187) como en la edad adulta (188).

Dieta y alimentación

En términos generales, y pese a que los nutrientes de las dietas interaccionan mutuamente y los efectos son a menudo difíciles de medir, las dietas ricas en frutas y vegetales y ciertas grasas poliinsaturadas y monoinsaturadas han demostrado tener un efecto cardiosaludable sobre la salud, además de reducir la hipertensión y el colesterol (189-194). Asimismo, las dietas con un alto contenido en fibra con índice glucémico bajo han resultado beneficiosas en la prevención de la diabetes tipo 2, en la disminución de la grasa abdominal, la presión sanguínea y la insulina en sangre (195,196). Por su parte, el consumo de frutas y verduras está asociado a un menor riesgo de cáncer y también a la prevención de la degeneración macular y las cataratas (193,197).

En el sentido contrario, la escasez de comida o la poca variedad de la misma causa malnutrición, al igual que el exceso de consumo de comida no saludable. La malnutrición, por su parte, está asociada a múltiples efectos negativos en la salud, desde enfermedades cardiovasculares hasta caries dentales y en general, se asocia a un sistema inmune deprimido y a hipertensión (198).

La evidencia muestra que el consumo de comida saludable no se distribuye de manera equitativa en la sociedad. Así, la dieta de las personas con nivel socioeconómico alto se asocia consistentemente con mayor consumo de frutas y verduras, productos lácteos bajos en grasa y productos integrales, mientras que las personas con nivel socio-económico bajo tienden a consumir mayores cantidades de carne y productos grasos (199,200).

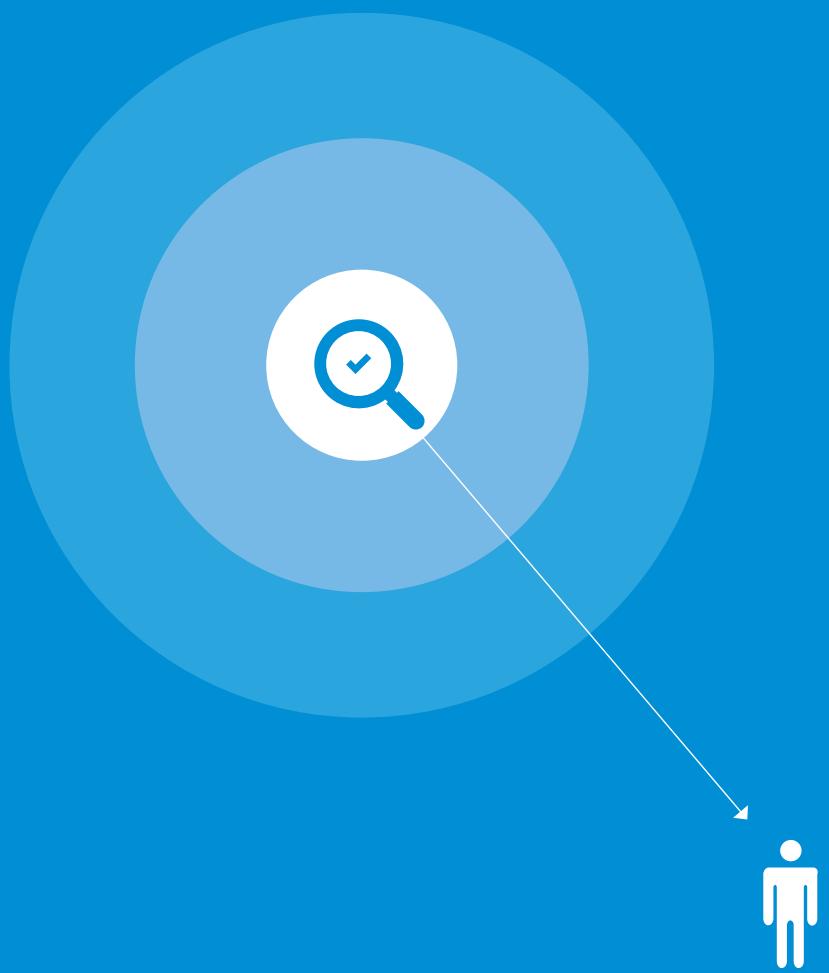
3.

CAPÍTULO

Objetivos y metodología

3.1 Objetivos

3.2 Metodología



3.1. Objetivos

El objetivo general ha sido analizar el estado de salud y los determinantes de la salud más relevantes de la población de Bilbao. Para ello, se ha realizado un análisis basado en:

Examinar las desigualdades socioeconómicas entre grupos sociales en el conjunto de la ciudad.

Describir las variaciones en el estado de salud y los determinantes de la salud entre distritos y barrios dentro de la ciudad.

Comparar el estado de salud y los determinantes de la salud de la ciudad con respecto a otras poblaciones, en concreto, con relación a las capitales de la CAPV (Comunidad Autónoma del País Vasco) y las OSIs (Organización Sanitaria Integrada)

3.2. Metodología

Se realizó un diagnóstico cuantitativo utilizando datos secundarios, provenientes de diferentes instituciones y bases de datos. El diagnóstico se realizó en varias fases.

3.2.1 Establecimiento del marco teórico y de las dimensiones a analizar

En una primera fase, se establecieron las diferentes dimensiones que debía tener el diagnóstico de salud, tanto en lo referente a la medición del estado de salud, como de sus determinantes. Esto se realizó tomando como base diferentes modelos conceptuales de la salud y de las desigualdades en salud. Principalmente, se utilizaron dos marcos conceptuales, el primero el de los Determinantes de las Desigualdades Sociales en Salud de la CRDSS (figura 1.2) y, en segundo lugar, el de los Determinantes de las Desigualdades en Salud a Nivel Urbano de Borrell et al. (2013) (figura 1.3). Tras la adaptación de los resultados de ambos modelos a la realidad de la ciudad de Bilbao, y después de realizar un análisis de la evidencia en torno a los determinantes de la salud en el entorno urbano, se establecieron ocho dimensiones para las que se especificaron subdimensiones relacionadas, tal y como se muestra en la tabla 3.1.

Tabla 3.1. Dimensiones y subdimensiones analizadas.

Dimensión	Subdimensión
Estructura demográfica	Población
	Estructura por sexo y edad
	Natalidad
	Mortalidad
	Saldo migratorio
	Lugar de origen
Estado de salud	Autovaloración de la salud
	Problemas crónicos de salud
	Limitación crónica de la actividad
	Calidad de vida relacionada con la salud
	Salud mental
	Salud dental
	Salud sexual y reproductiva
	Esperanza de vida
	Esperanza de vida en buena salud
	Causas de muerte
Conductas relacionadas con la salud	Actividad física
	Alimentación
	Peso
	Consumo de tabaco
	Consumo de alcohol
	Contaminación acústica
Entorno físico	Calidad del aire
	Calidad del agua de consumo
	Seguridad alimentaria
	Plagas
	Ratas u otros roedores
	Zonas verdes
Entorno social	Vivienda
	Servicios en el entorno de la vivienda
	Movilidad
	Apoyo social
	Participación social
	Capital social
Ejes de desigualdad	Soledad
	Delincuencia
	Lugar de origen
	Clase social
Condiciones socioeconómicas	Nivel de estudios
	Desempleo
	Condiciones de empleo
	Trabajo doméstico y de cuidados
	Renta y dificultad de llegar a fin de mes
	Prestaciones sociales

3.2.2 Selección de indicadores y fuentes de datos

En una segunda fase, se realizó una búsqueda de bases de datos secundarias con datos representativos para Bilbao y con información de interés a diferentes niveles de desagregación geográfica y según diversas variables socioeconómicas. Una vez identificadas estas bases de datos, se buscaron los indicadores más adecuados para caracterizar las dimensiones anteriormente descritas. Cuando no fue posible conseguir alguno de los indicadores identificados, se intentó emplear un indicador similar.

Las bases de datos finalmente utilizadas fueron las siguientes:

- **Encuesta de Salud de la CAPV**, realizada por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco.
- **Estadística de Defunciones**, aportada por el Instituto Vasco de Estadística - Eustat y el Departamento de Salud del Gobierno Vasco.
- **Historia Clínica Digital**, en base a los datos proporcionados por Servicios Centrales de Osakidetza y la Organización Sanitaria Integral- Bilbao de Osakidetza.
- **Padrón Municipal**, empleando los datos del Ayuntamiento de Bilbao.
- **Censo de Población y Viviendas**, a partir de la información del Instituto Vasco de Estadística - Eustat y del Instituto Nacional de Estadística (INE).
- **Estadística Municipal**, llevada a cabo por el Instituto Vasco de Estadística - Eustat.
- **Estadística de la renta personal y familiar**, realizada por el Instituto Vasco de Estadística - Eustat.
- **Udalmap**, llevada a cabo por el Instituto Vasco de Estadística - Eustat.
- **Datos producidos por diferentes áreas del Ayuntamiento de Bilbao**.
- **Informes municipales** elaborados por el Ayuntamiento de Bilbao y el Observatorio Urbano de Barrios de Bilbao.
- **Informes de salud**, preparados por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco, entre los que destacan los perfiles de salud de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica de la Delegación Territorial de Bizkaia.

3.2.3 Edición de las bases de datos y cálculo de indicadores

En una tercera fase se calcularon los indicadores propuestos. La heterogeneidad de las fuentes de datos y de la información utilizada provocó que la metodología de construcción, cálculo y análisis de los indicadores tuviera que adaptarse a diferentes situaciones.

En algunos casos se utilizaron los microdatos originales de las encuestas o bases de datos, obteniendo los resultados que se presentan a partir del análisis de datos individuales. En otros casos, sin embargo, se han tomado los datos ofrecidos por el organismo productor. En estos últimos casos, en algunos se realizó un cálculo posterior, mientras que en otros se tomó el dato directamente sin necesidad de realizar ninguna transformación.

Se ha optado por presentar los datos en su estimación puntual sin los intervalos de confianza ni la significatividad de las diferencias entre grupos. La razón es que la información necesaria para ello no estaba disponible en la mayor parte de fuentes utilizadas y en algunos casos incluso carecería de sentido teniendo en cuenta la naturaleza de los mismos. Sin embargo, se han utilizado en la mayor parte de los casos datos provenientes de estadística oficial, o de registros censales, lo cual supone una garantía en la calidad y representatividad de los mismos. Una excepción lo constituyen los datos sobre distritos calculados a partir de la Encuesta de Salud. Esta encuesta no tiene un muestreo concebido para ofrecer datos por distritos de las ciudades. Así, su bajo tamaño muestral hace que los datos relativos a las diferencias entre distritos deban ser interpretados con cautela. Concretamente, en el caso de un distrito los resultados han sido calculados con un tamaño muestral de 96 individuos.

En algunos casos, cuando se ha querido eliminar el efecto de la diferente estructura de edades en la comparación entre los grupos, se ha utilizado la estandarización directa utilizando la población de Bilbao como población estándar. Sin embargo, en la mayor parte de comparaciones, sobre todo geográficas, se han utilizado los valores brutos ya que expresan mejor las diferencias en la carga de enfermedad o de los determinantes sociales.

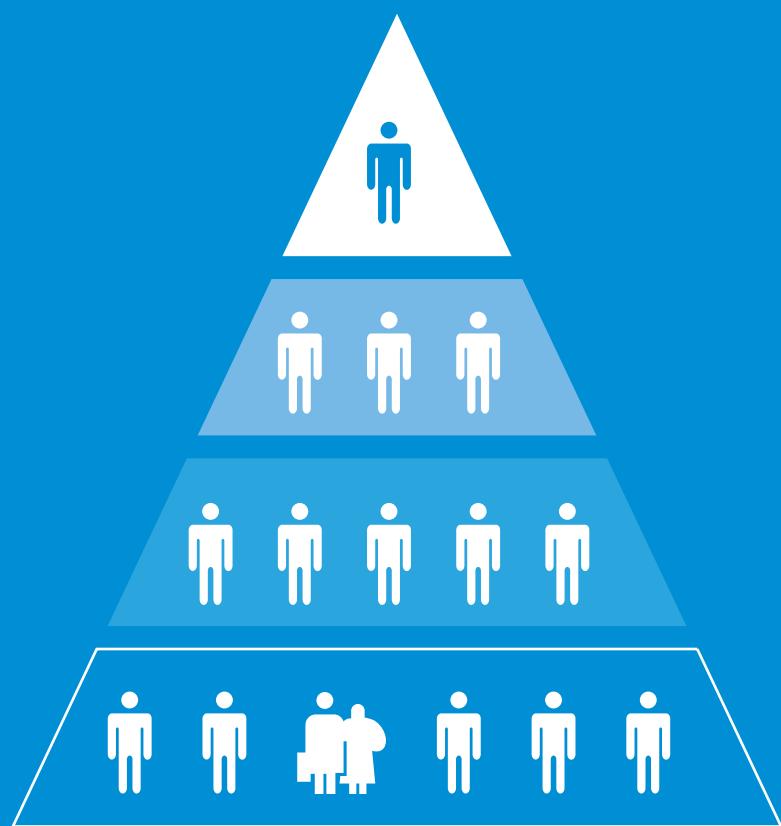
En el anexo se recoge una descripción para el total de indicadores utilizados, especificando la fuente de datos.

4.

CAPÍTULO

Contexto demográfico de la población de Bilbao

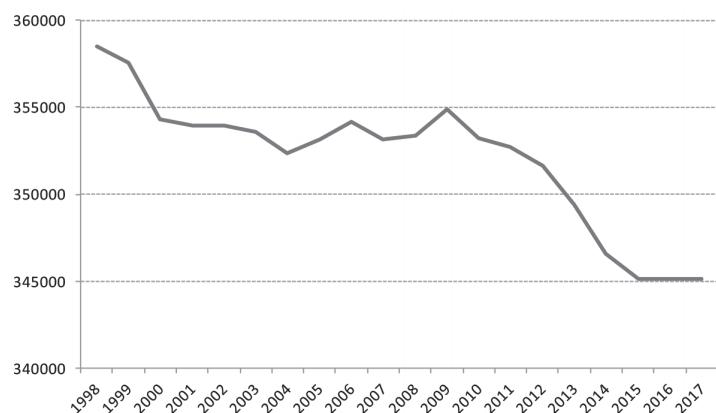
- 4.1 Tamaño de la población y estructura de edades
- 4.2 Natalidad, mortalidad y migraciones



4.1 Tamaño de la población y estructura de edades

En 2017 Bilbao tenía una población de 345.474 habitantes, de los cuales 162.692 eran mujeres y 182.782 hombres. Durante los últimos años el número de habitantes de Bilbao ha descendido, de forma que desde 2009 residen en la ciudad 9.386 personas menos, lo que supone un descenso del 2,6%. En 2030 la población de Bilbao se estima que será de 322.360 habitantes, es decir, 23 mil habitantes menos.

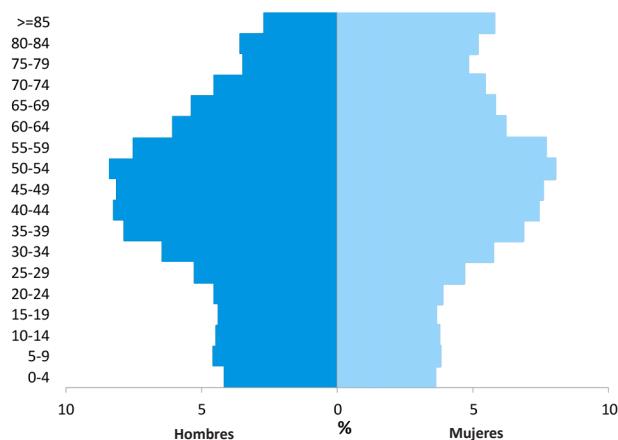
Gráfico 4.1. Evolución de la población de Bilbao, 1998-2017.



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ayuntamiento de Bilbao e INE.

Respecto a la estructura de edades, tal y como puede comprobarse en la pirámide de población, el grupo de edad con mayor peso es el de 35 a 54 años, que representa alrededor del 30% de la población total. Este grupo tiene un peso que aproximadamente dobla el grupo de edad 30 años menor, el que agrupa a la población de 5 a 24 años. El grupo de 65 y más años representa el 20% de la población en los hombres y 28% en las mujeres.

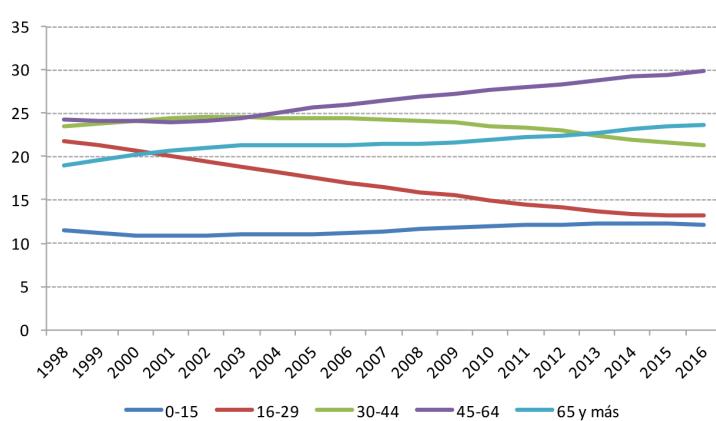
Gráfico 4.2. Pirámide de población de Bilbao, 2016.



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ayuntamiento de Bilbao.

Durante las últimas dos décadas la estructura de edades de Bilbao ha variado notablemente. Dos grupos de edad han aumentado notablemente su peso. En primer lugar, el grupo de 45 a 64 años que ha pasado de representar el 24% a suponer el 30% del total. En segundo lugar, el de 65 y más años, cuyo porcentaje pasa de ser el 19% (16% y 22% en hombres y en mujeres, respectivamente) a ser el 24% (20% y 28%, respectivamente). En el lado opuesto, el grupo de 16 a 29 años pierde peso en el conjunto de la población de Bilbao, pasando de representar el 22% al 13%, fruto del descenso de la natalidad de las décadas de 1980 y 1990.

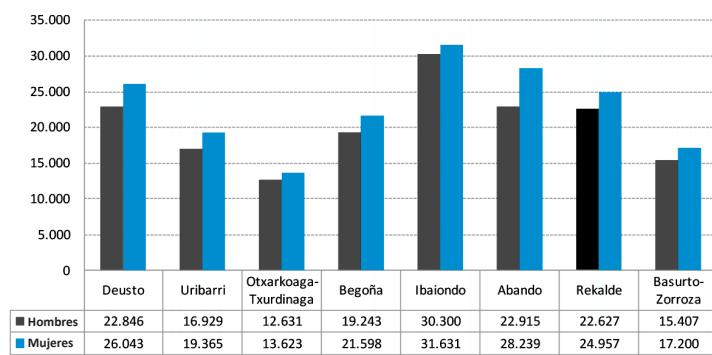
Gráfico 4.3. Evolución del porcentaje de cada grupo de edad sobre el total de la población. Bilbao 1998-2016.



Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

La población de Bilbao se distribuye de forma desigual en los 8 distritos de la ciudad. Ibaiondo y Deusto son los distritos con mayor volumen de habitantes, con más de 60.000 personas residiendo en el primero, y más de 48.000 en el segundo. Por el contrario, los distritos más pequeños en número de habitantes son Otxarkoaga-Txurdinaga y Basurto-Zorroza.

Gráfico 4.4. Número de habitantes por distrito y sexo. Bilbao 2016.

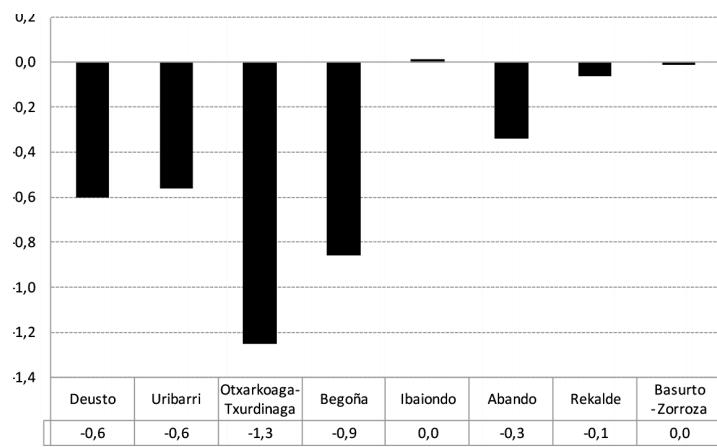


Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ayuntamiento de Bilbao.

Asimismo, a un nivel más reducido, se pueden apreciar diferencias en la población.

Como veíamos anteriormente, en los últimos años la evolución de población de Bilbao ha sido negativa. Este descenso ha sido más acusado en unos distritos que en otros, siendo, en el periodo desde 2012 a 2016, los distritos de Otxarkoaga-Txurdinaga y Begoña, los que han reducido su población en mayor medida.

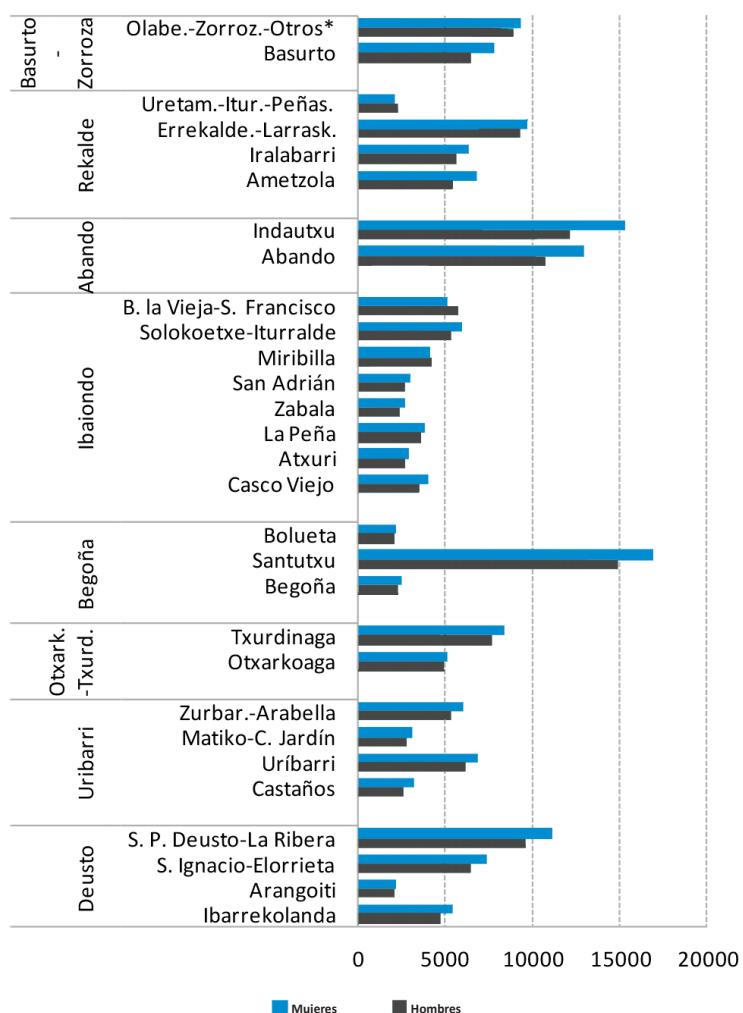
Gráfico 4.5. Crecimiento poblacional (porcentual) según distrito de 2012 a 2016. Bilbao.



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ayuntamiento de Bilbao.

Asimismo, a un nivel más reducido, se pueden apreciar diferencias en la población de los barrios de Bilbao. Son los barrios de Santutxu, Indautxu y Abando los más poblados, mientras que Uretamendi-Iturrigorri-Peñascal, Bolueta, Begoña y Arangoiti son los barrios menos poblados.

Gráfico 4.6. Número de habitantes por barrios y sexo. Bilbao 2016.



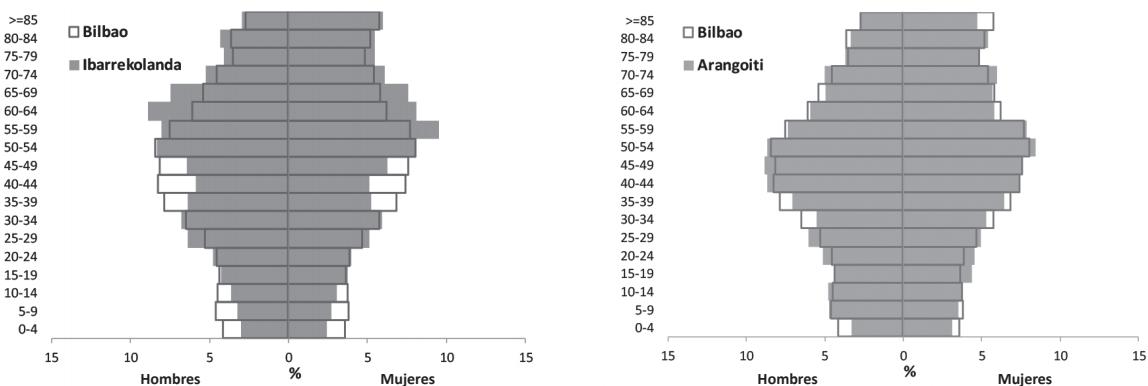
Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ayuntamiento de Bilbao.

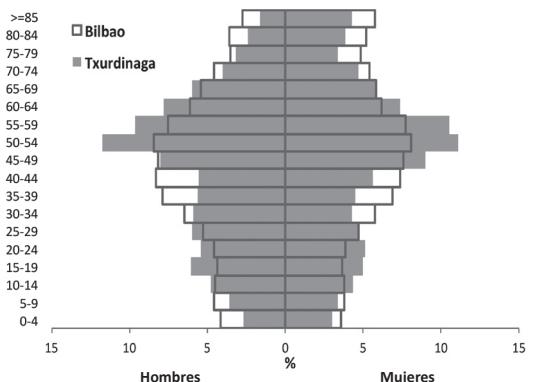
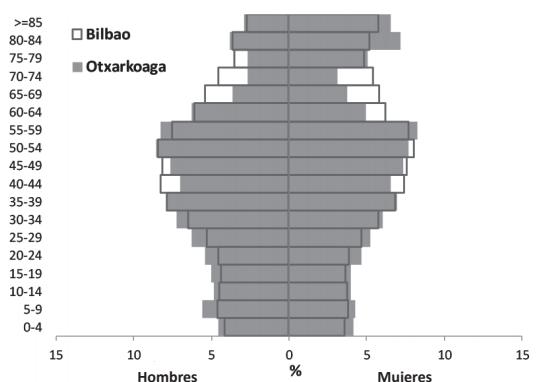
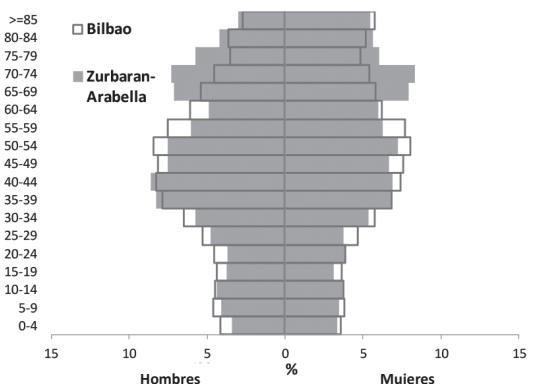
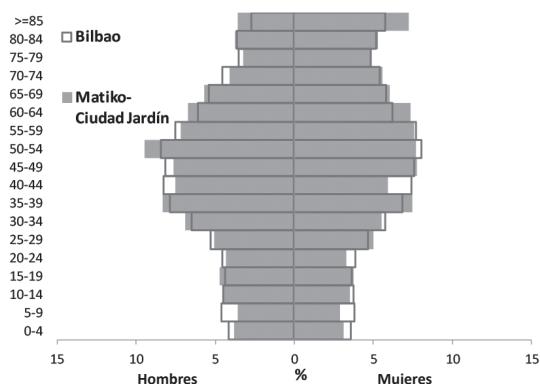
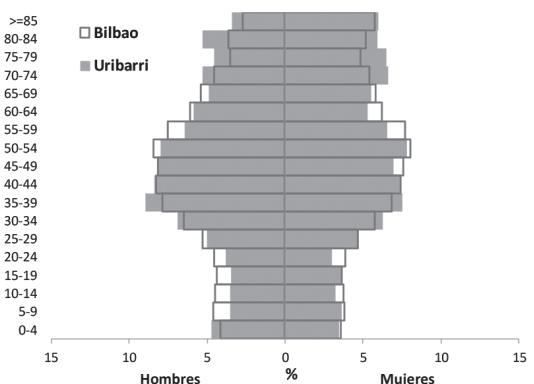
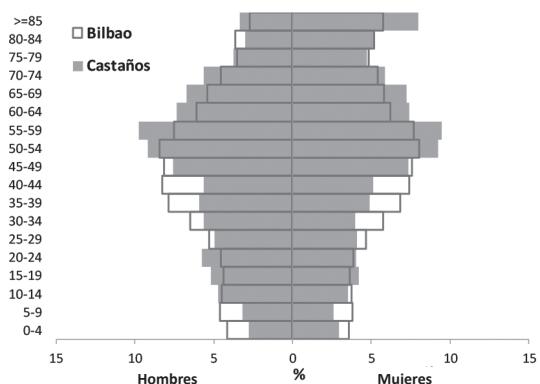
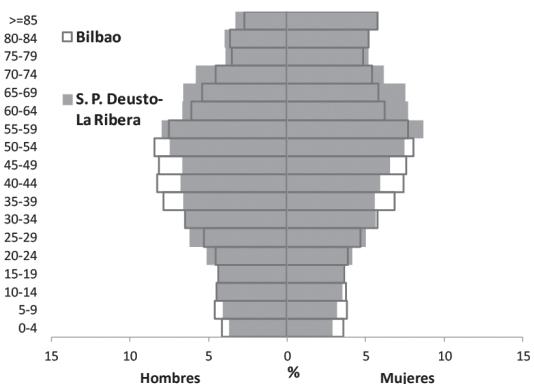
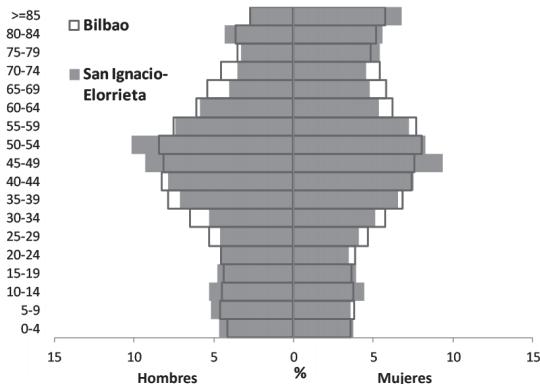
La estructura de edades por barrios en comparación con el conjunto de la ciudad no es igual en todos ellos. Mientras unos son bastante similares a la estructura general, en otros, sin embargo, se aprecian algunas peculiaridades. En términos generales los barrios del distrito de Deusto tienen una estructura de edades similar a la del conjunto de Bilbao. Lo mismo ocurre con barrios como Uribarri o Castaños, encontrándose una pirámide estrecha en la base. En el caso de Zurbarán-Arabella, Begoña y Santutxu además, la proporción de población mayor de 65 años es sensiblemente superior a la del conjunto de la ciudad. Por otro lado, Otxarkoaga, Txurdinaga, Casco Viejo y Atxuri presentan unas proporciones de población entre 65 y 79 años moderadamente inferiores al conjunto de Bilbao, siendo, sin embargo, algo mayor que la proporción media de la ciudad en las edades más jóvenes.

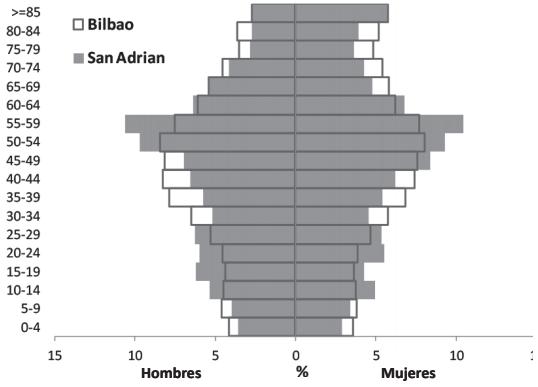
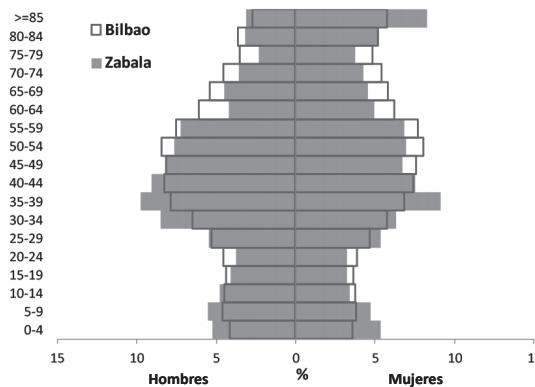
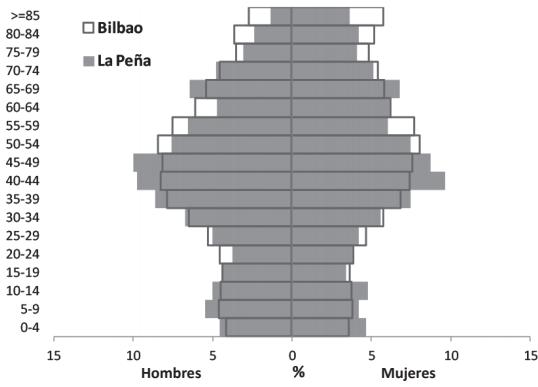
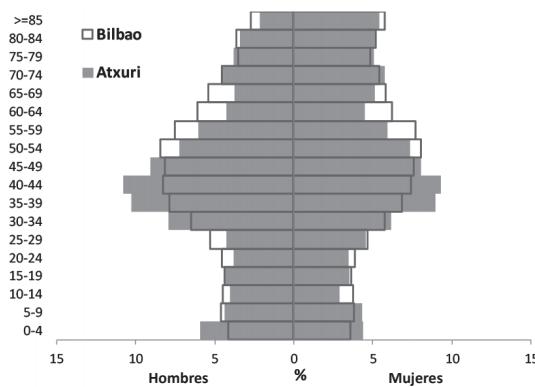
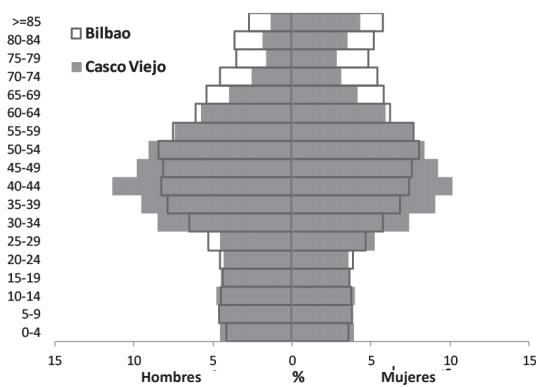
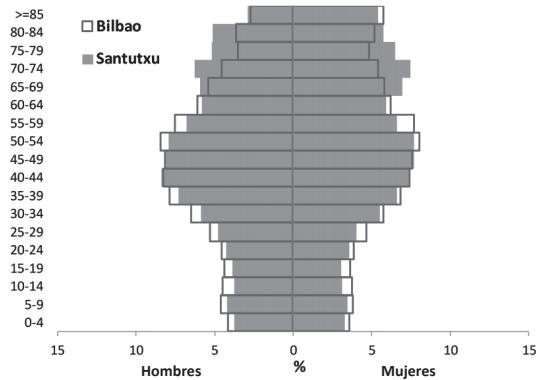
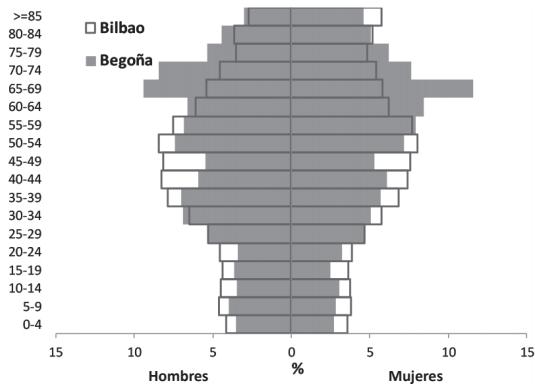
Entre los barrios que más destacan encontramos a Miribilla, cuya proporción de población infantil entre los 0 y los 9 años resulta ser más del doble de la proporción media del conjunto de Bilbao. Y lo mismo ocurre con los grupos de edad comprendidos entre los 35 y los 49 años. Asimismo, Bilbao La Vieja-San Francisco también sobresale por su mayor población en edad intermedia, entre los 30 y los 49 años, siendo menor la población de edades avanzadas en comparación con Bilbao. Finalmente, en Basurto destaca la mayor población de 30 a 34 años, mientras que es sensiblemente inferior a la del conjunto de Bilbao en las edades comprendidas entre los 40 y los 54 años, justo lo contrario que en Uretamendi-Iturrigorri-Peñascal.

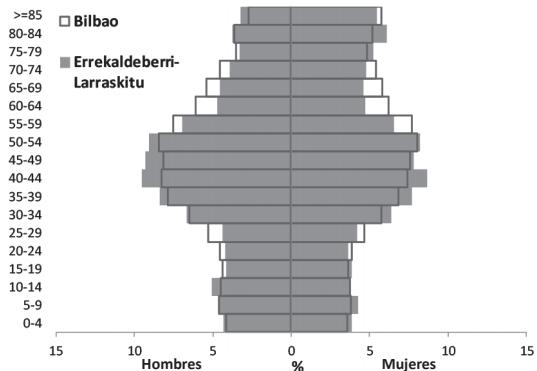
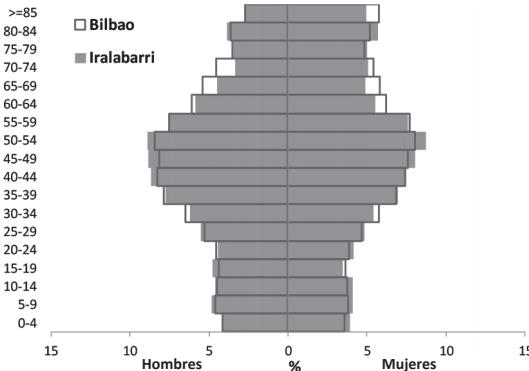
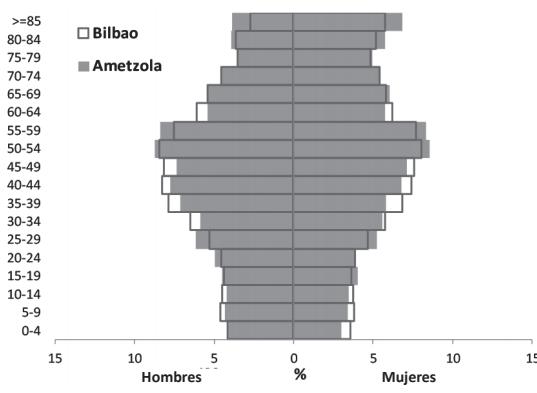
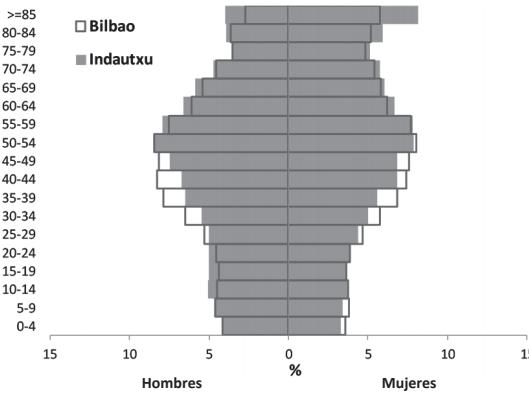
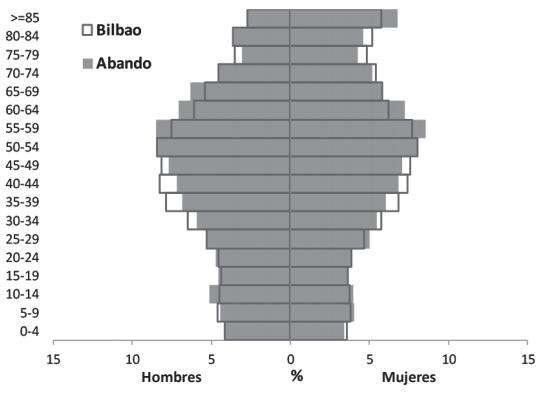
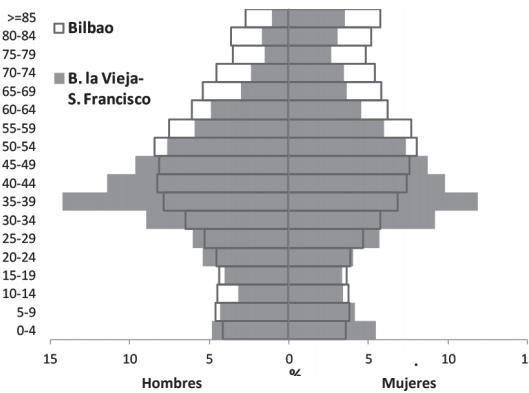
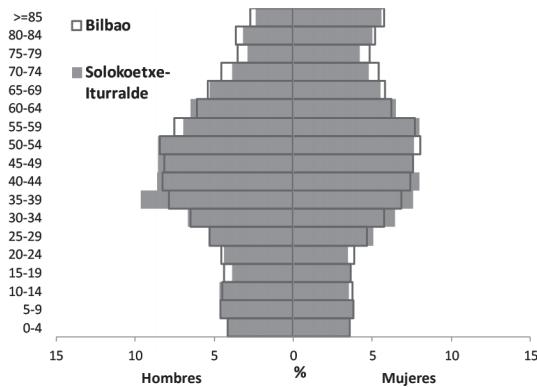
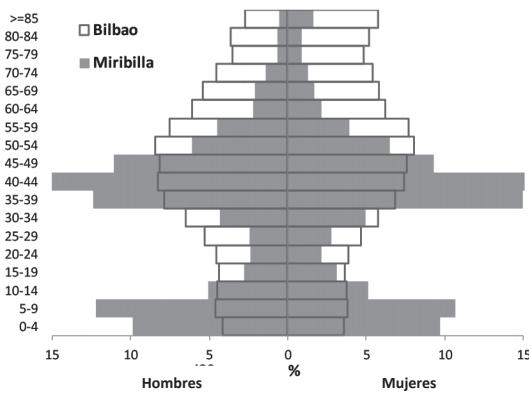
Gráfico 4.7. Pirámides de población por barrio. Bilbao, 2016

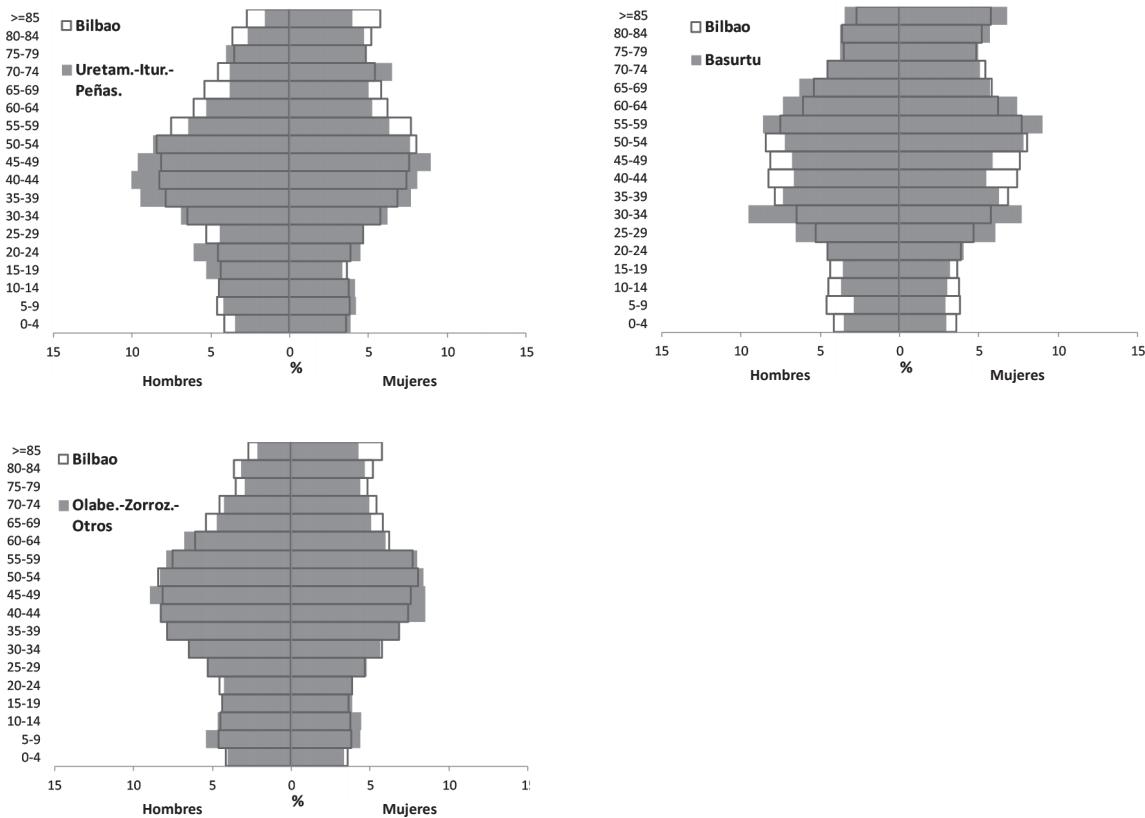
Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ayuntamiento de Bilbao.







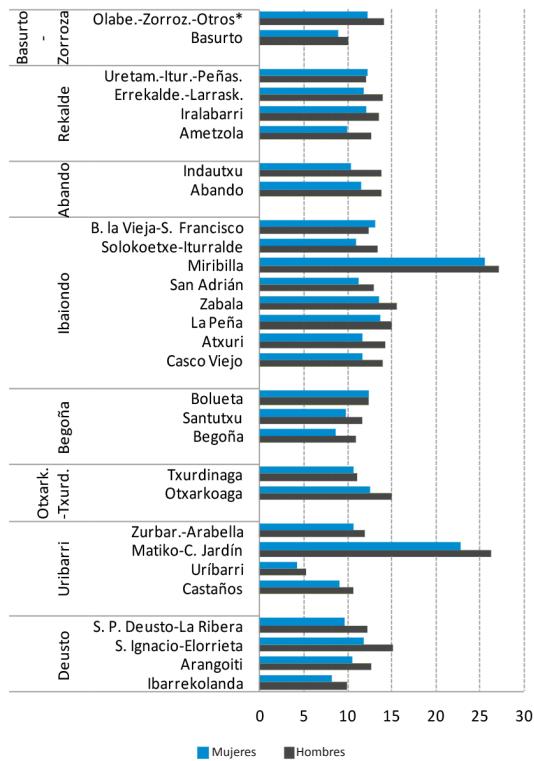




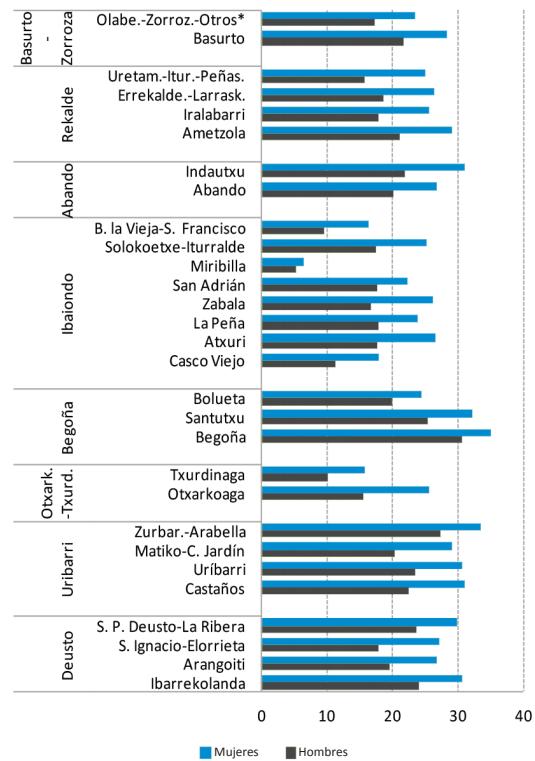
Si se analiza la distribución de la población en los barrios teniendo en cuenta los dos grupos de edad de los extremos de la pirámide, esto es, la población de menos de 15 años y la población de 65 o más años, se observan diferencias reseñables entre barrios. La proporción de menores de 15 años es mucho mayor en barrios como Miribilla o Matiko-Ciudad Jardín en los que esa proporción es de alrededor el 25%. Por el contrario, en Uribarri ese porcentaje apenas llega al 5%. Por otro lado, los barrios de Begoña y Zurbarán-Arabella son los más envejecidos, con una proporción superior de población a partir de 65 años cercana al 35% en el caso de las mujeres. En otros barrios como Santutxu, Indautxu, Uribarri, Castaños, San Pedro de Deusto-La Ribera e Ibarrekolanda también reside un gran porcentaje de población mayor, alrededor del 30% en las mujeres. En el otro extremo se encuentra Miribilla, con solo un 5,3% en los hombres y un 6,4% en las mujeres de 65 y más años.

Gráfico 4.8. Porcentaje de población que representan los menores de 15 años y los de 65 y más años sobre el total de población por sexo. Bilbao 2016.

Menores de 15 años



De 65 y más años



Fuente: elaboración propia a partir de datos Ayuntamiento de Bilbao.

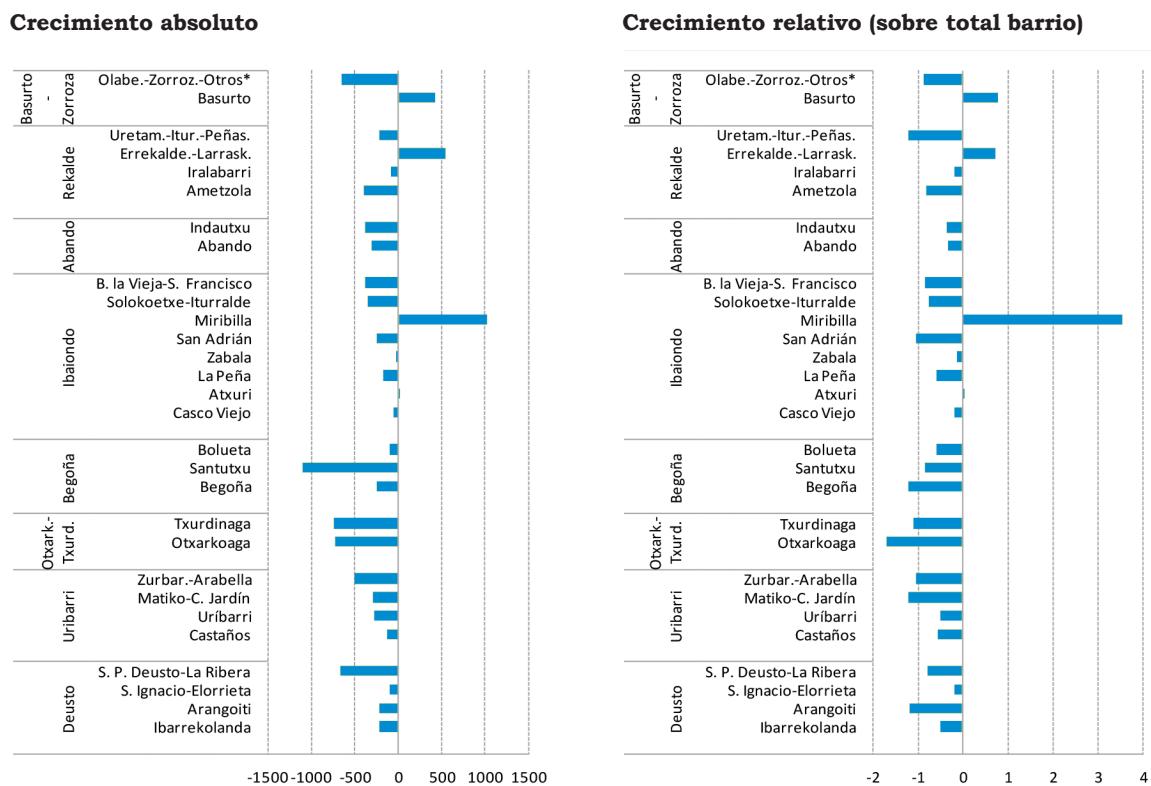
Estas proporciones de población infantil y población mayor en los barrios de Bilbao se relacionan estrechamente con la natalidad y la mortalidad de estos barrios. Así, las tasas brutas de natalidad más altas las encontramos en Miribilla, con 13,9 nacimientos por cada 1.000 habitantes, y en Atxuri, Bilbao La Vieja-San Francisco y Zabala, con alrededor de 11 nacimiento por 1.000 habitantes. Sin embargo, los barrios con menor natalidad son Txurdinaga e Ibarrekolanda, con tasas que no llegan a los 5 nacimientos por cada 1.000 habitantes.

En el caso de la mortalidad destacan Basurto, Indautxu, Atxuri, Begoña, Castaños e Ibarrekolanda, con más de 13 defunciones por cada 1.000 habitantes. El resto de barrios tienen tasas cercanas a 10 defunciones por 1.000 habitantes, a excepción de Miribilla, en donde la tasa es del 3,9 por cada 1.000.

Por último, el crecimiento anual de la población en los barrios ha sido negativo en términos generales en el periodo 2012-2016. Así, todos los barrios decrecen en

número de habitantes, a excepción de Basurto y Errekaldeberri-Larraskitu, con un crecimiento menor del 1% anual, y Miribilla que destaca con un 3,6% más de población anual en los últimos años. Entre los barrios que tienen un crecimiento negativo más pronunciado en términos absolutos destacan Santutxu y San Pedro de Deusto-La Ribera, aunque en términos relativos respecto a la población de cada barrio, los que más decrecen son Otxarkoaga, con un -1,7%, y Uretamendi-Iturrigo-ri-Peñascal, Begoña, Matiko-Ciudad Jardín y Arangoiti con un -1,2% anual.

Gráfico 4.9. Crecimiento poblacional anual en los diferentes barrios en el periodo de 2012 a 2016. Bilbao.

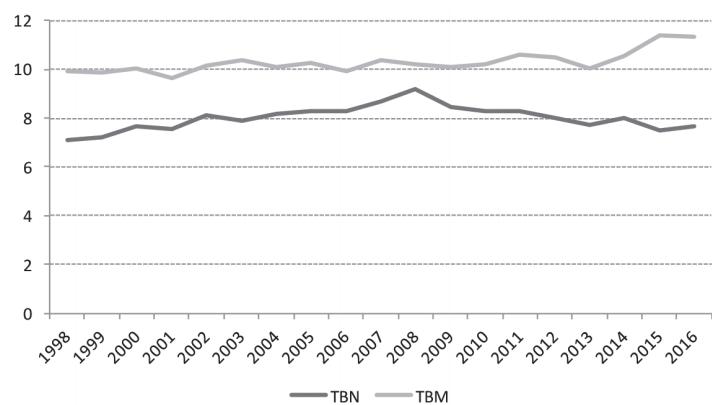


Fuente: elaboración propia a partir de datos Ayuntamiento de Bilbao.

4.2 Natalidad, mortalidad y migraciones

La evolución de la población de Bilbao y su estructura de edades es el resultado de la evolución de los nacimientos, las defunciones y los flujos migratorios. En relación con los dos primeros componentes, la natalidad y la mortalidad, durante todo el periodo desde 1998 a 2016 el número de defunciones ha sido superior al de nacimientos. Esta diferencia se ha acentuado desde 2008, cuando la natalidad comienza un descenso, mientras que la mortalidad prosigue su aumento. De esta forma, en 2016 nacieron 7,6 personas por cada 1.000 habitantes, mientras que el número de defunciones ascendió a 11,4 por cada 1.000 habitantes. Como resultado, el número de personas fallecidas excedió en 1.283 el número de nacimientos.

Gráfico 4.10. Evolución de la tasa bruta de mortalidad (TBM) y la tasa bruta de natalidad (TBN). Bilbao 1998-2016.

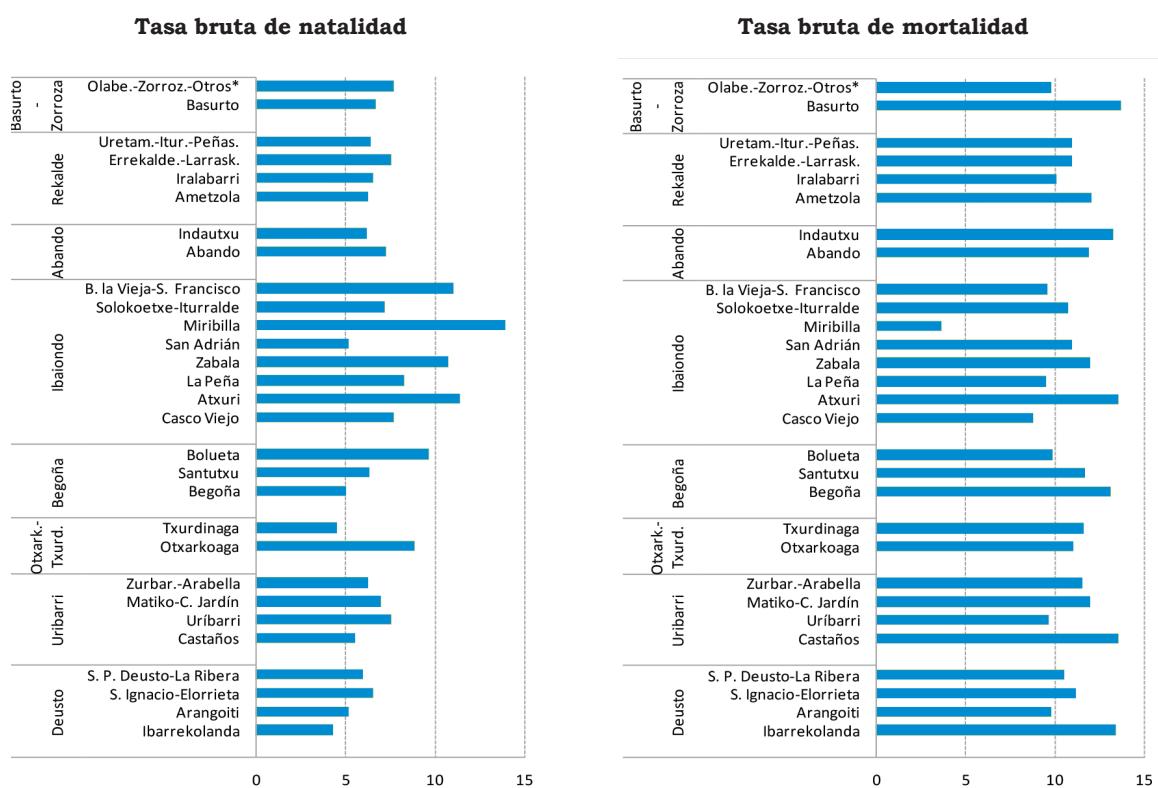


Fuente: elaboración propia a partir de datos INE.

Respecto a la tasa bruta de natalidad en los diferentes barrios, destacan la tasa de los barrios del distrito de Ibaiondo, especialmente Miribilla con una tasa de 13,9 nacimientos por cada 1.000 habitantes, o Bilbao La Vieja-San Francisco, Atxuri y Zabala con alrededor de 11 por 1.000 habitantes. En el extremo opuesto se encuentra Ibarrekolanda y Txurdinaga con una tasa inferior a 5 nacimientos por cada 1.000 habitantes.

Con relación a la mortalidad (gráfico 4.11), destaca el barrio de Miribilla por su baja tasa, apenas 3,6 defunciones por 1.000 habitantes, mientras que el resto de los barrios alcanzan tasas cercanas o superiores a las 10 defunciones por 1.000. En el extremo opuesto a Miribilla, con las mayores tasas de mortalidad encontramos Basurto, Castaños, Atxuri, Begoña, Indautxu e Ibarrekolanda, superiores a las 13 defunciones por 1.000 habitantes al año. Estas diferencias están en parte motivadas por la diferente estructura de edad.

Gráfico 4.11. Tasa bruta de natalidad (TBN) y tasa bruta de mortalidad (TBN) por barrio. Bilbao 2015.

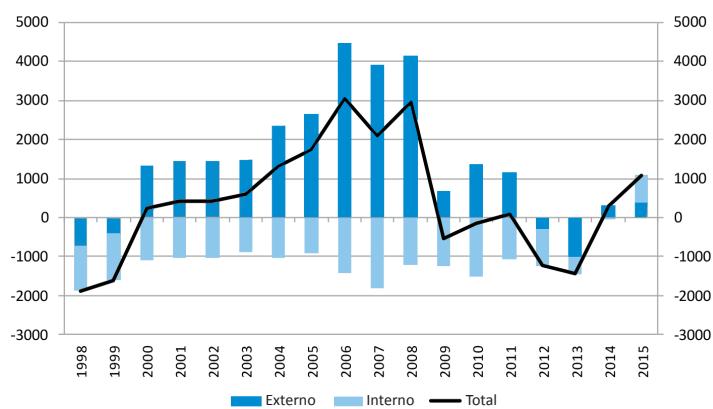


Fuente: elaboración propia a partir de datos Ayuntamiento de Bilbao.

Por otro lado, el saldo migratorio durante 2015 fue positivo, es decir, la diferencia entre las personas que han llegado a Bilbao frente a los que han abandonado la ciudad. Así, la ciudad ganó poco más de 1.000 habitantes gracias a los flujos migratorios. Este aumento se produjo, sobre todo, por el saldo migratorio interno, pero también debido al saldo externo. En cuanto al primero, es decir, los flujos migratorios que tienen como origen o destino otro municipio de la CAPV, en 2015 la población de Bilbao aumentó en 721 habitantes, ya que mientras que 7.042 personas procedentes de otras zonas de la CAPV llegaron a Bilbao, 6.321 personas de Bilbao emigraron a otras zonas de la CAPV. Por último, respecto al saldo externo, los movimientos migratorios con origen o destino fuera de la CAPV, durante 2015 llegaron a Bilbao 7.230 personas procedentes de fuera de la CAPV, mientras que 6.861 personas de Bilbao emigraron fuera de la Comunidad Autónoma. Todo ello supone un incremento de 369 personas.

El saldo migratorio tuvo una evolución positiva durante toda la década de 2000 salvo en 2009, año en el que comienza una tendencia negativa hasta 2014, momento en el que el saldo migratorio tanto externo como interno es nuevamente positivo.

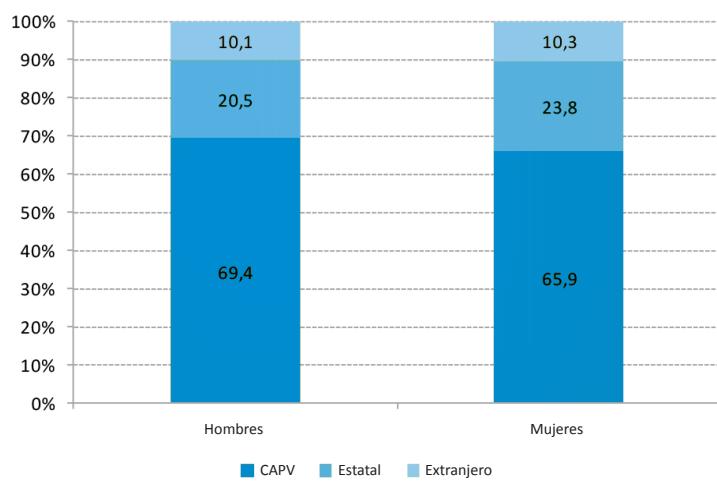
Gráfico 4.12. Evolución del saldo migratorio total y por tipo (externo e interno) Bilbao 1998-2016.



Fuente: elaboración propia a partir de datos Eustat.

La población residente en Bilbao tiene diferentes orígenes, sea por procedencia de otras Comunidades Autónomas (CCAA) o del extranjero. Así, casi siete de cada diez hombres residentes en Bilbao han nacido en la CAPV, el 20,5% en otras CCAA y un 10,1% en un país extranjero. En el caso de las mujeres, la distribución es muy similar, siendo un poco mayor la proporción de nacidas en otras CCAA, un 23,8%.

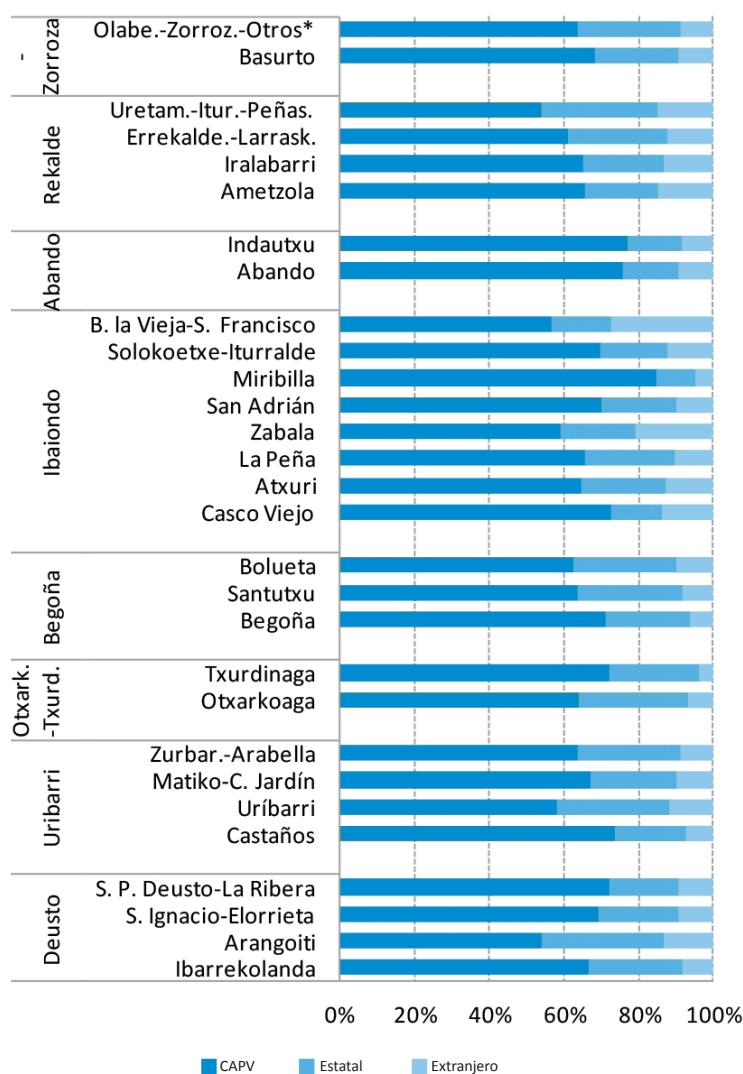
Gráfico 4.13. Porcentaje de personas según el lugar de nacimiento por sexo. Bilbao, 2016



Fuente: elaboración propia a partir de datos Eustat.

Por último, en los barrios bilbaínos reside población de diferentes orígenes. La población autóctona es la mayoritaria en todos los barrios, pero en mayor proporción en Abando, Indautxu, Castaños o Miribilla, entre el 70% y el 80% del total del barrio. Por otro lado, Arangoiti, Uribarri y Uretamendi-Iturrigorri-Peñascal son los barrios con mayor proporción de población proveniente de otras Comunidades Autónomas. Finalmente, Bilbao La Vieja-San Francisco destaca por ser el barrio con mayor proporción de población nacida en el extranjero, un 27,5%.

Gráfico 4.14. Población por origen en los diferentes barrios. Bilbao, 2015



Fuente: elaboración propia a partir de datos Ayuntamiento de Bilbao.

5.

CAPÍTULO

La salud de la población de Bilbao

- 5.1 Estado de salud**
- 5.2 Esperanza de vida y causas de muerte**



5.1 Estado de salud

5.1.1 Estado de salud general

La mayor parte de los/as habitantes de Bilbao manifiesta tener un buen o muy buen estado de salud. Así, es bajo el porcentaje de personas que refiere tener un estado de salud regular (19% y 24%, en hombres y en mujeres, respectivamente) o malo-muy malo (3% y 7% en hombres y en mujeres, respectivamente). Las mujeres presentan un peor estado de salud que los hombres, de forma que el porcentaje de muy buena o buena salud fue mayor en ellos, mientras que el de regular, mala o muy mala fue superior en el caso de las mujeres.

Por otro lado, más de la mitad de la población residente en Bilbao presenta algún problema crónico de salud.² Así, casi el 42% de los hombres y el 37% de las mujeres manifiestan no padecer ningún problema de salud crónico. Por el contrario, el 23,6% de los hombres y el 32,1% de las mujeres refirieron padecer tres o más problemas crónicos de salud. La prevalencia de personas con algún problema crónico fue mayor en las mujeres (63%) que en los hombres (58%).

Además, el análisis de la limitación crónica de la actividad, es decir, la imposibilidad de llevar a cabo las actividades características de cada edad debido a un problema de salud, muestra que en el caso de Bilbao el 10% de los hombres y el 16% de las mujeres presentan limitación crónica de la actividad.

Por su parte, se ha analizado también cómo es la calidad de vida relacionada con la salud de los/as habitantes de Bilbao. Este indicador intenta incorporar la perspectiva subjetiva del individuo sobre su estado de salud y la influencia que éste tiene en su bienestar y calidad de vida. Para ello se empleó la medida de calidad de vida medida a través de la escala analógica visual del EQ-5D. Los valores de esta escala van de 0 a 100, siendo el valor 0 el peor estado de salud posible y el valor 100 el mejor. En el caso de los/as ciudadanos/as de Bilbao, la calidad de vida relacionada con la salud tuvo una media de 76,7 puntos en el caso de los hombres y 72,1 puntos en el de las mujeres.

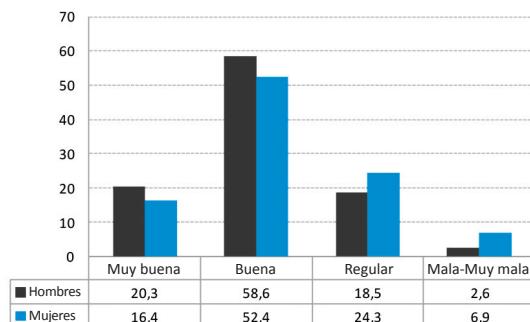
En la descripción de la salud mental se utilizó los datos de la Escala MIH-5 que permite identificar a las personas con síntomas de ansiedad y depresión. En el caso de Bilbao el 19% de los hombres y el 28% de las mujeres tuvieron síntomas de ansiedad y/o depresión.

Finalmente, la mayor parte de los/as habitantes de Bilbao manifiesta que su salud dental es buena, y solo el 8% de los hombres y 6% de las mujeres declara tener una mala salud dental. Destaca, asimismo, el porcentaje de personas con una salud dental regular (22% hombres y 27% de las mujeres).

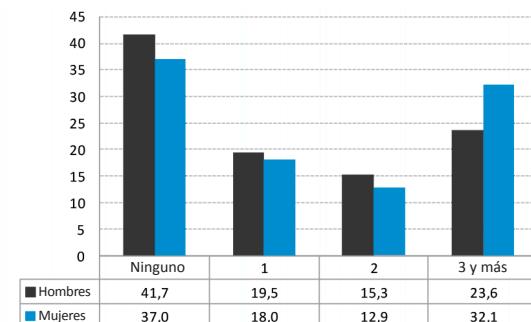
2. Se han utilizado diferentes fuentes de datos que conceptualizan y miden los problemas crónicos de maneras diferentes. Debido a ello, conviene tener en cuenta que los resultados de las diferentes bases de datos no son comparables entre sí. Así, por ejemplo, la prevalencia de problemas crónicos para el conjunto de la ciudad, el análisis de las desigualdades o la comparación entre Bilbao y el resto de capitales u Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) no son comparables con el análisis de las diferencias entre barrios o distritos. Incluso para analizar estas diferencias entre barrios y distritos se han utilizado diferentes fuentes de datos para los diferentes problemas crónicos, por lo que las prevalencias entre problemas crónicos diferentes a nivel de distrito y barrio tampoco son comparables en todas las ocasiones.

Gráfico 5.1 Diferentes indicadores de salud según sexo. Población de 16 y más años de Bilbao, 2013.

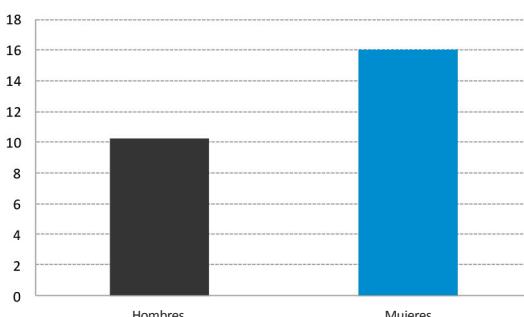
Autovaloración de la salud (%)



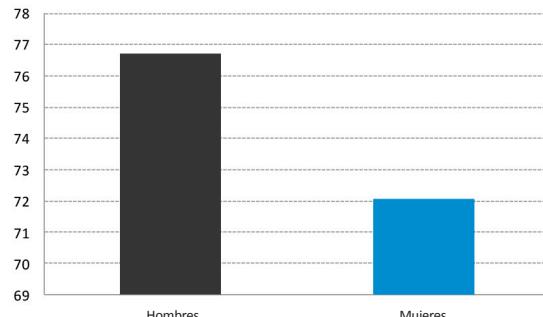
Problemas crónicos (%)



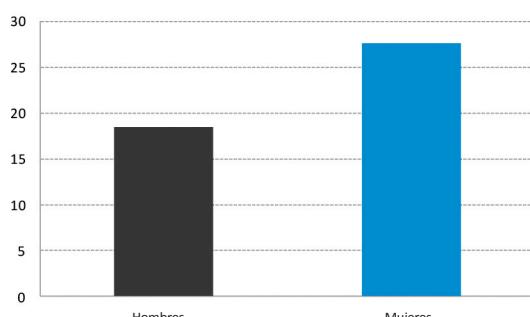
Limitación crónica de la actividad (%)



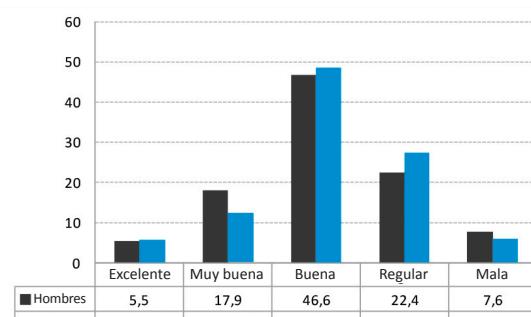
Calidad de vida relacionada con la salud (media 0-100)



Síntomas de ansiedad y depresión (%)



Estado de salud dental percibido (%)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

El estado de salud de la población de Bilbao es peor con la edad, de manera que mientras entre los más jóvenes, de 15 a 24 años, el 97% de los hombres y el 93% de las mujeres manifiesta tener buena salud, en el grupo de mayores de 75 años, el porcentaje desciende al 63% y 38%, respectivamente. Es destacable que en todos los grupos de edad el estado de salud de las mujeres fue peor que el de los hombres.

Asimismo, la prevalencia de problemas crónicos aumenta con la edad. Tal y como se puede comprobar en el gráfico, mientras que en el grupo de menores de 15 años el porcentaje de personas con problemas crónicos no llega al 20%, la prevalencia aumenta a medida que aumenta la edad hasta que en el grupo de 75 y más, 95 de cada 100 hombres y 97 de cada 100 mujeres presenta algún problema crónico.

También la presencia de una limitación crónica de la actividad se incrementa con la edad tanto en hombres como en mujeres, de forma que la limitación en el grupo de 75 y más años llega a situarse en el 21% en el caso de los hombres y en el 43% en el de las mujeres.

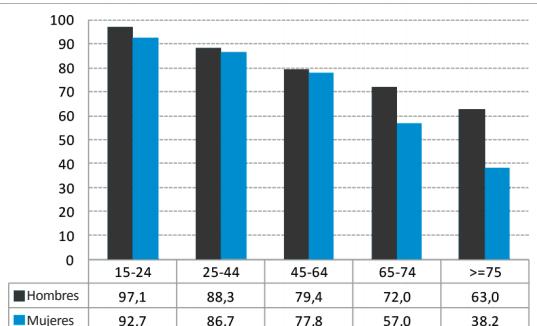
Además, la calidad de vida relacionada con la salud se reduce con la edad, pasando de una media de 87 puntos en hombres y 84 puntos en mujeres en el grupo de 15 a 24 años, a una puntuación en el grupo de 75 y más años de 68 y 58, respectivamente.

Por su parte, el porcentaje de personas con síntomas de ansiedad y depresión también aumenta con la edad, especialmente en las mujeres. En los hombres pasa de 5,7% entre los 15 y los 24 años, a entre un 18 y un 21% en el resto de grupos de edad. En las mujeres, la mala salud mental es ya mayor que la de los hombres desde la juventud con un 17,1% de mujeres entre 15 y 24 años con síntomas de ansiedad y depresión, llegando al 39,7% en el caso de las mujeres de 75 y más años.

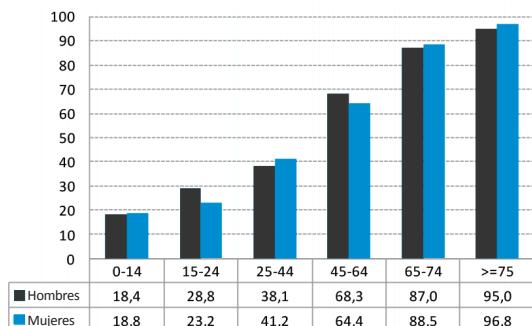
Finalmente, la salud dental es también peor a medida que aumenta la edad, siendo un 88,6% y 85,4% los hombres y mujeres respectivamente de entre 15 y 24 años que manifiestan tener una buena salud dental, mientras que ese porcentaje se reduce a 71,6% y 58,8% en el caso de las personas de 75 y más años.

Gráfico 5.2. Diferentes indicadores de salud en los diferentes grupos por edad y sexo. Bilbao, 2013.

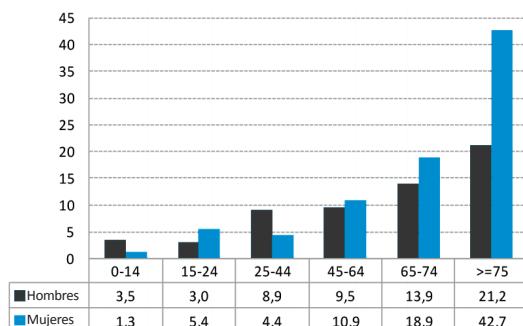
Buena salud percibida (%)



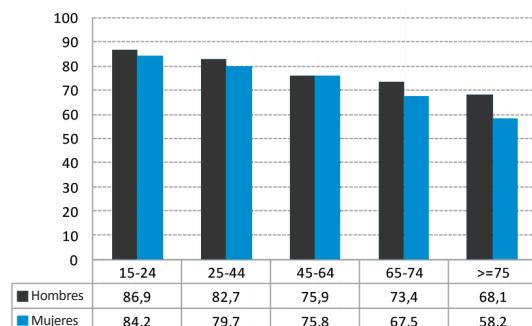
Problemas crónicos (%)



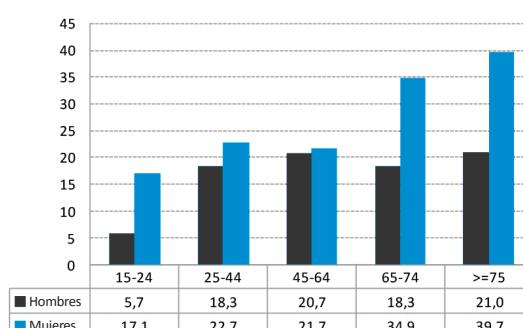
Limitación crónica de la actividad (%)



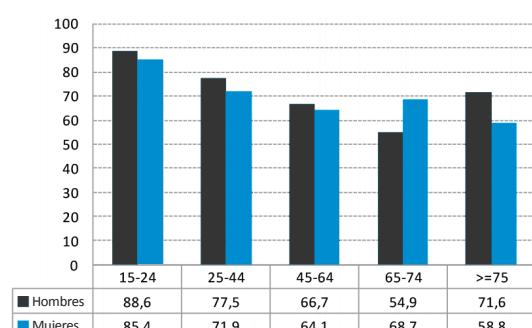
Calidad de vida relacionada con la salud (media 0-100)



Síntomas de ansiedad y depresión (%)



Estado de salud dental percibido (%)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

El nivel de estudios es uno de los determinantes sociales que mayor influencia tiene sobre la salud de la población. En Bilbao, el nivel educativo ejerció una gran influencia a la hora de tener un buen estado de salud percibido, en el sentido de que a medida que el nivel de estudios desciende lo hace también la buena salud. Así, mientras que entre las personas de estudios universitarios el porcentaje estandarizado por edad de buena salud fue del 91% de los hombres y del 85% de las mujeres, entre las personas con estudios primarios o inferiores, el porcentaje fue del 70% en los primeros y del 68% en las segundas. El nivel de estudios no crea diferencias únicamente entre extremos, sino que las diferencias se producen a lo largo de todo el gradiente social y cada descenso en el nivel de estudios supone a su vez una pérdida añadida de buena salud.

Atendiendo a las desigualdades por nivel de estudios en la prevalencia de problemas crónicos, aunque se observa una tendencia al aumento de estos, el gradiente no fue claro. Las diferencias entre extremos fueron más evidentes en el caso de las mujeres.

En el caso de la limitación crónica de la actividad las desigualdades por nivel de estudios fueron reseñables. En concreto, el porcentaje de personas con limitación crónica aumentó paulatinamente a medida que el nivel de estudios era menor, desde el 7% en el caso de las personas con nivel de estudios universitarios, hasta el 20% en hombres y el 26% en mujeres de estudios primarios o inferiores.

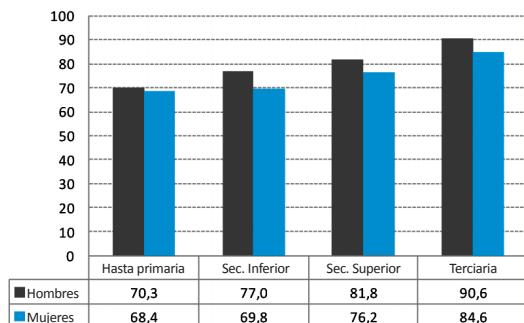
Por su parte, también se observan importantes desigualdades según el nivel educativo en la calidad de vida relacionada con la salud, pasando de 73 puntos de media tanto en hombres como en mujeres de estudios primarios o inferiores, a 81,2 puntos en hombres y 77,3 en mujeres de nivel educativo terciario.

Asimismo, la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión se reduce a medida que aumenta el nivel de estudios de la población de Bilbao. Mientras que entre las personas de estudios primarios o inferiores el porcentaje estandarizado por edad de personas que presentan síntomas de ansiedad y/o depresión fue del 37,1% en los hombres y del 32,9% en las mujeres, ese porcentaje se reduce hasta el 10,5% y el 17,4%, respectivamente, en la población con educación superior.

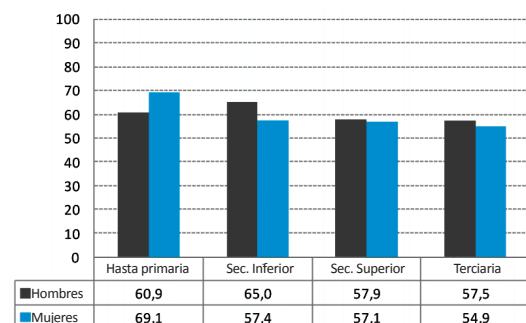
Respecto a la salud dental, también existe un gradiente según el nivel de estudios, por el cual a medida que aumenta éste, se incrementa también la proporción de personas con buena salud dental, pasando el porcentaje estandarizado por edad de buena salud dental del 60,4% y 56,5% en hombres y en mujeres de estudios primarios o inferiores, al 84,1% y 74,8% entre los/as de estudios superiores.

Gráfico 5.3. Diferentes indicadores de salud según su nivel de estudios y sexo, estandarizado por edad. Población de 16 y más años de Bilbao, 2013.

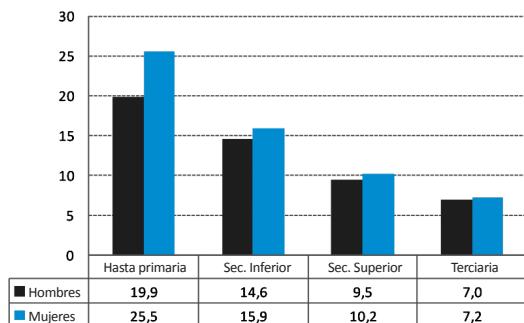
Buena salud percibida (%)



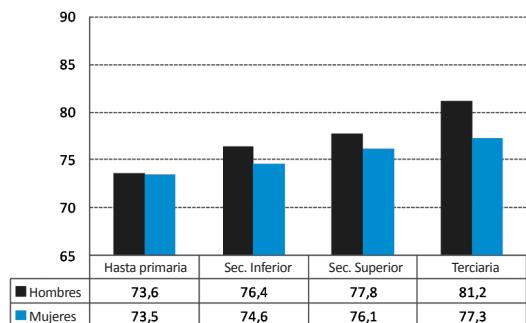
Problemas crónicos (%)



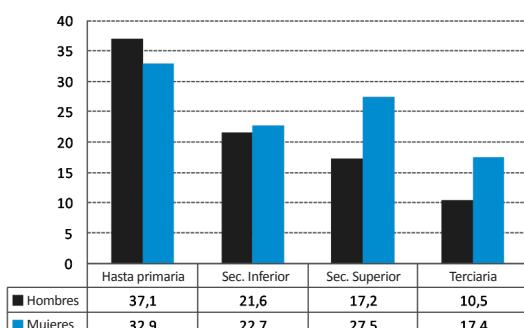
Limitación crónica de la actividad (%)



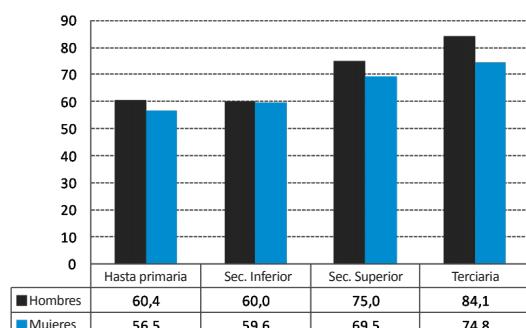
Calidad de vida relacionada con la salud (media 0-100)



Síntomas de ansiedad y depresión (%)



Estado de salud dental percibido (%)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

La clase social también estableció diferencias a la hora de gozar de un buen estado de salud, y al igual que en el caso del nivel de estudios, las diferencias no solo se produjeron entre grupos extremos, sino que cada descenso en la clase social supuso un descenso paulatino en el porcentaje de personas con buena salud. Así, el porcentaje de hombres con un buen estado de salud fue del 90,6% entre los de clase social más aventajada, y del 70,3% entre los de clase social menos favorecida. En el caso de las mujeres, esta diferencia va del 84,6% al 68,4%. Como en los casos anteriores, las mujeres presentaron en todas las clases sociales un peor estado de salud que los hombres, si bien las diferencias entre sexos fueron mayores en los grupos más desfavorecidos.

En el caso de la clase social, las desigualdades en el padecimiento de problemas crónicos fueron más claras. Así, tanto en hombres como en mujeres, existe una tendencia por la cual la prevalencia de problemas crónicos aumenta cuando la clase social disminuye. De esta forma, mientras que en las mujeres de clase más favorecida la prevalencia estandarizada por edad de problemas crónicos fue del 56%, entre las mujeres de clase más desfavorecida la prevalencia fue del 61%. En el caso de los hombres el porcentaje aumentó del 56% al 68%.

Por otro lado, el gradiente social según clase social en la limitación crónica de la actividad también es claro, aunque en menor medida que según el nivel de estudios. Así, un descenso en la clase social supone también un mayor porcentaje estandarizado por edad de limitación crónica de la actividad, que va desde casi un 8% en hombres y mujeres de la clase social más favorecida al 18,5% en hombres y al 13,6% en mujeres de clase social más desfavorecida.

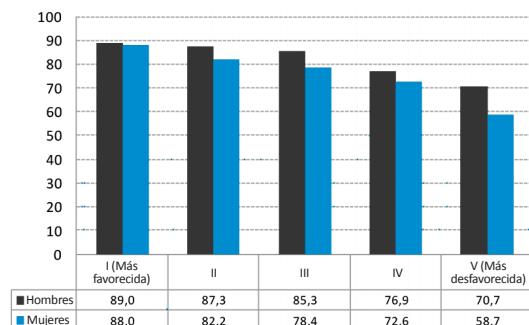
También la calidad de vida relacionada con la salud es peor cuanto más baja sea la clase social de hombres y mujeres de Bilbao, produciéndose además descensos a lo largo de toda la escala social, no solo entre los extremos, llegando a ser la media estandarizada 6 puntos menor entre los hombres de clase social más desfavorecida y 7 entre las mujeres, respecto a las personas de clase social más alta.

En cuanto a la salud mental, medida a través de los síntomas de ansiedad y depresión, la prevalencia es mayor entre las personas de clases sociales desfavorecidas, con grandes diferencias entre los extremos en el caso de los hombres, pasando de un 7,7% en la clase social más favorecida a un 34,1% en la más desfavorecida. En las mujeres también se observa un claro gradiente social.

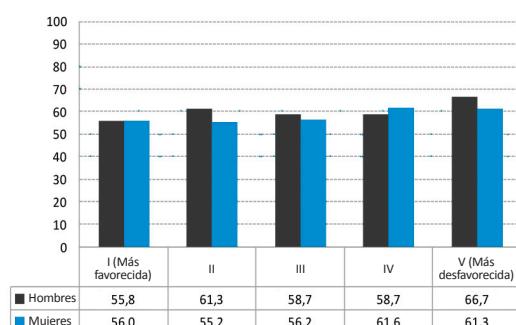
Por último, la clase social también marcó diferencias en la salud dental, similares a las existentes por nivel de estudios. Así, las mujeres de mayor clase social tienen una prevalencia estandarizada de buena salud dental 20 puntos porcentuales mayor que las de clase social más desfavorecida. En el mismo sentido la buena salud dental es mayor en los hombres de clases más favorecidas que en los de clases más bajas.

Gráfico 5.4 Diferentes indicadores de salud según su clase social y sexo. Estandarizados por edad. Población de 16 y más años de Bilbao, 2013.

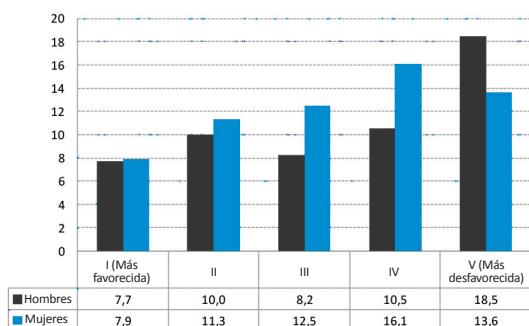
Buena salud percibida (%)



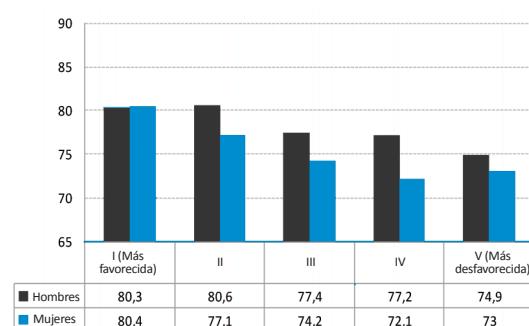
Problemas crónicos (%)



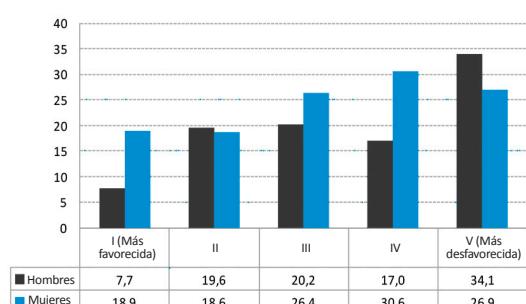
Limitación crónica de la actividad (%)



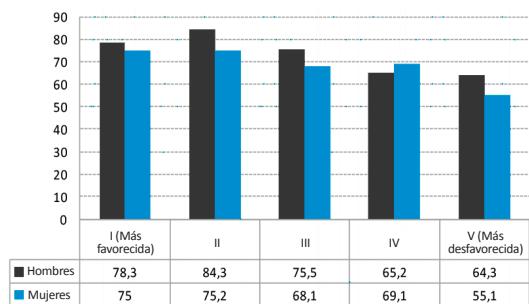
Calidad de vida relacionada con la salud (media 0-100)



Síntomas de ansiedad y depresión (%)



Estado de salud dental percibido (%)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

Respecto al nivel de privación del área de residencia, las diferencias en el estado de salud son menos evidentes que en las variables anteriores, pero el impacto sigue siendo claro. De esta forma, mientras que entre los hombres residentes en el 20% de secciones censales con menor privación socioeconómica (área I), el porcentaje de buena salud es del 86%, este porcentaje se reduce al 80% en los residentes en el 20% de las secciones de mayor privación socioeconómica (área V). En el caso de las mujeres, las diferencias son mayores ya que el descenso supone pasar del 82% al 67% de población con buen estado de salud.

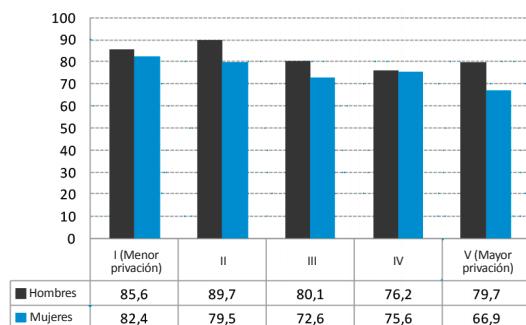
En el caso de la prevalencia general de problemas crónicos, el nivel de privación del área de residencia no muestra diferencias relevantes. Sin embargo, la calidad de vida relacionada con la salud sí parece relacionarse con el nivel de privación, siendo menor en las áreas de mayor privación socioeconómica, tanto en hombres como en mujeres.

Asimismo, la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión es mayor a medida que el área de residencia presenta mayor privación, es decir, es más desfavorecida, con la excepción del área menos privada, que tiene prevalencias similares a las de áreas intermedias. En el resto de la escala se aprecia un claro gradiente social, llegando a ser más de 1 de cada 3 mujeres residentes en áreas de mayor privación las que presentan síntomas de ansiedad y depresión.

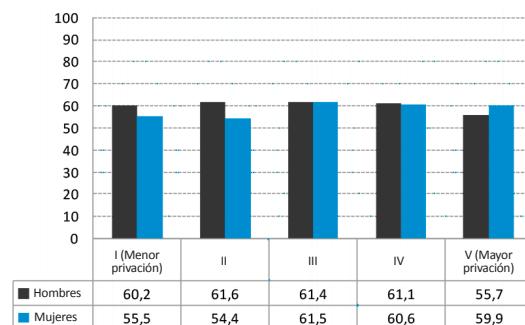
También el nivel de privación del área de residencia tiene un impacto en la salud dental de la población, aunque algo menor que el descrito en relación con el nivel de estudios o la clase social. Así, la población residente en áreas de menor privación socioeconómica tiene una proporción superior de población con buena salud dental que las áreas de mayor privación, con una diferencia entre las áreas extremas de 8 puntos porcentuales en los hombres y de 11 en las mujeres.

Gráfico 5.5. Diferentes indicadores de salud según el nivel de privación del área de residencia (quintiles MEDEA) y sexo. Estandarizados por edad. Población de 16 y más años de Bilbao, 2013.

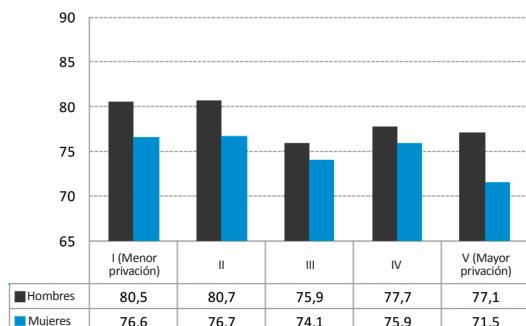
Buena salud percibida (%)



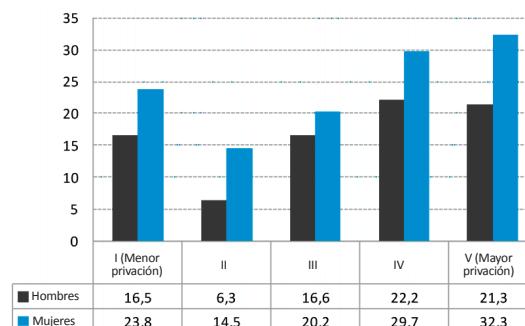
Problemas crónicos (%)



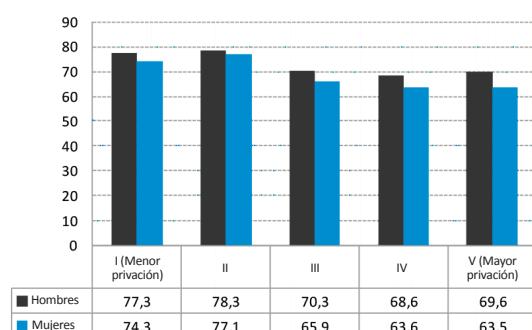
Calidad de vida relacionada con la salud (media 0-100)



Síntomas de ansiedad y depresión (%)



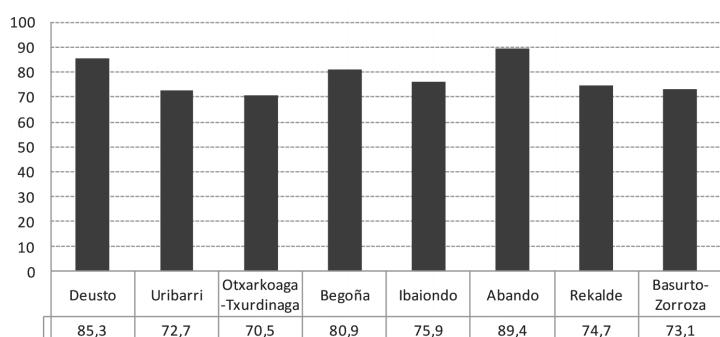
Estado de salud dental percibido (%)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

Si descendemos en la escala de análisis y examinamos cómo es la salud de la población en los diferentes distritos bilbaínos, se observa que el estado de salud de la población de Bilbao no se distribuye de igual manera en los distritos de la ciudad. Así, el porcentaje de buena salud oscila desde un 89,4% en el caso de Abando hasta un 70,5% en el distrito de Otxarkoaga-Txurdinaga, es decir, 19 puntos porcentuales de diferencia. Respecto al resto de distritos, Deusto y Begoña son los dos distritos, junto con Abando, con mejor estado de salud de su población, mientras que Uribarri, Basurto-Zorroza, Rekalde e Ibaiondo, y Otxarkoaga-Txurdinaga, son los de peor salud.

Gráfico 5.6. Porcentaje estandarizado de personas con un buen estado de salud percibido según distrito. Población de 16 y más años de Bilbao, 2013.



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

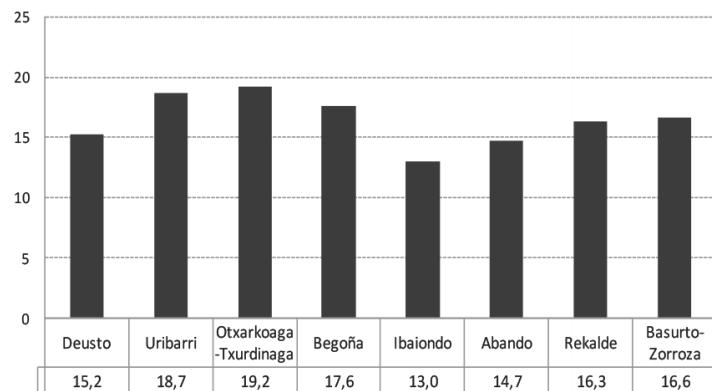
En relación con las diferencias entre distritos en el padecimiento de problemas crónicos, los siguientes gráficos analizan las diferencias en varias patologías con alta prevalencia y carga de enfermedad. Comenzando con las hiperlipidemias, tanto en la población general como en la mayor de 64 años, las diferencias fueron reseñables entre los distritos con una menor prevalencia, Abando, Ibaiondo y Desuto, y los distritos con una mayor prevalencia, Otxarkoaga-Txurdinaga y Uribarri.

En el caso de la prevalencia de hipertensión arterial, vuelven a ser Ibaiondo y Abando los que se encuentran en mejor situación tanto en la población general como en personas de 65 y más años. En el extremo contrario, los distritos con una mayor prevalencia de esta patología son Uribarri y Begoña en población general y Otxarkoaga-Txurdinaga en población de 65 y más.

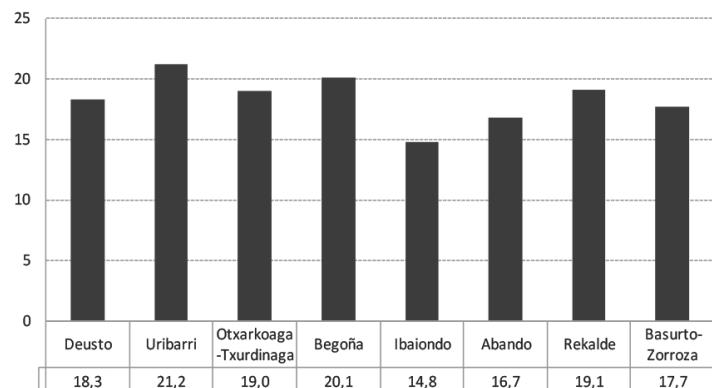
En el caso de la diabetes mellitus, tanto en población general como en mayor, el distrito con una menor prevalencia fue Abando, mientras que Otxarkoaga-Txurdinaga presentaba el porcentaje más alto de personas con esta patología.

Gráfico 5.7. Porcentaje de personas con diferentes problemas de salud crónicos según distrito. Población general de Bilbao, 2013.

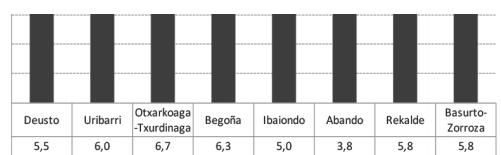
Hiperlipidemias



Hipertensión arterial



Diabetes mellitus

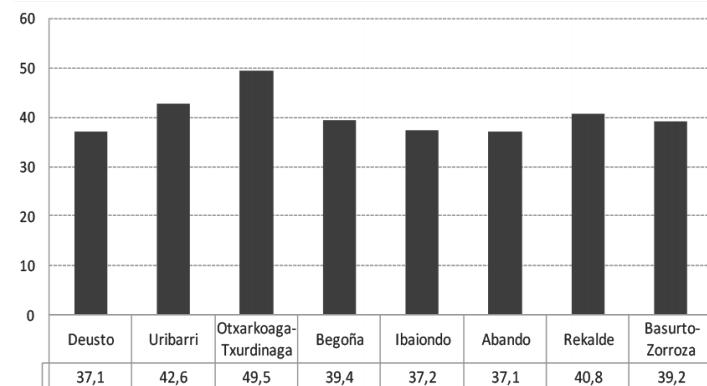


Fuente: elaboración propia a partir de Osakidetza.

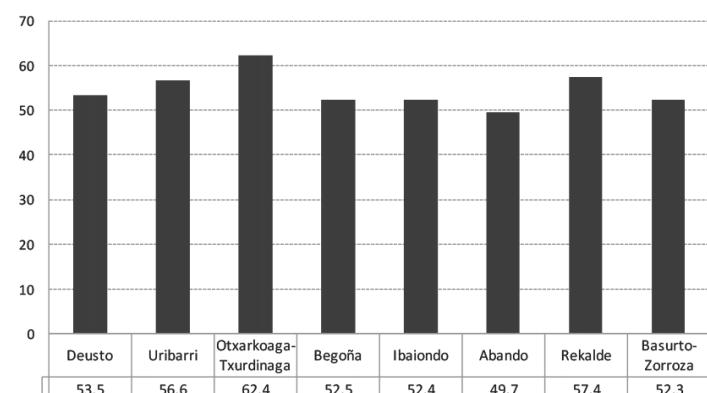
Fuente: elaboración propia a partir de Osakidetza.

Gráfico 5.8. Porcentaje de personas con diferentes problemas de salud crónicos según distrito. Población de 65 y más años Bilbao 2013.

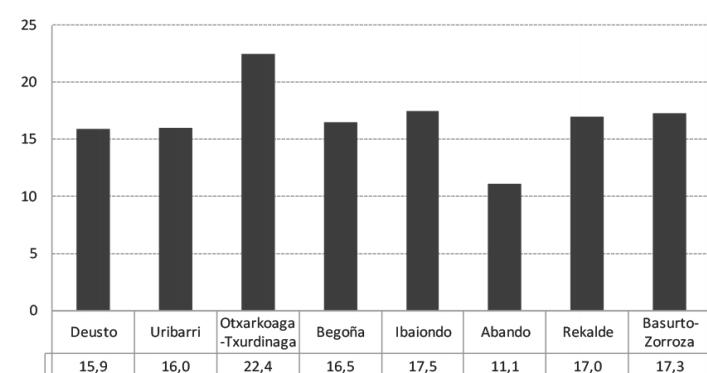
Hiperlipidemias



Hipertensión arterial



Diabetes mellitus



Fuente: elaboración propia a partir de Osakidetza.

Las diferencias en la prevalencia de problemas crónicos entre los barrios de Bilbao fueron reseñables. En términos generales, los barrios con unas prevalencias más altas de problemas crónicos fueron fundamentalmente Otxarkoaga y Arangoiti, y también en menor medida Uretamendi-Iturrigorri-Peñascal, Zabala, Atxuri, Bolueta y La Peña. Por el contrario, los barrios con menor prevalencia fueron en términos generales, Abando, Miribilla, Casco Viejo, Indautxu y Castaños.

Centrándonos en los problemas concretos, y comenzando con la insuficiencia cardíaca, destaca la alta prevalencia en la población adulta (14 y más años), de Otxarkoaga y Arangoiti, en comparación con el resto de barrios. Por el contrario, Castaños y Miribilla fueron los barrios que contaron con una prevalencia inferior. Asimismo, en el caso de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), entre los barrios de mayor prevalencia se sigue situando Otxarkoaga y Arangoiti, mientras que en el extremo de los barrios con menor prevalencia se situaron Miribilla y Abando.

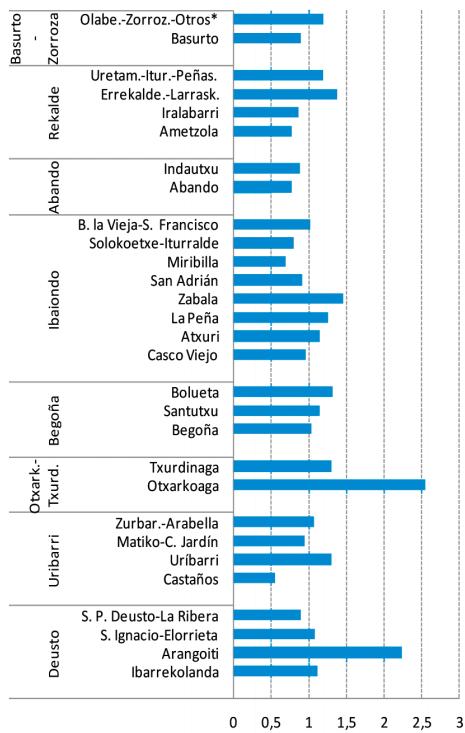
Siguiendo con la hipertensión arterial, el patrón de los barrios con mayor y menor prevalencia se repite respecto a lo comentado anteriormente. Así, tanto en la población general (14 y más años) como en el grupo de población de 65 y más años, es Casco Viejo uno de los barrios con menor prevalencia, junto a Miribilla en el caso de la población general y Abando en el caso de la población de 65 y más años. Mientras, Otxarkoaga y Arangoiti fueron los barrios que alcanzaron un porcentaje superior tanto en población general como entre la población mayor.

En el caso de la diabetes mellitus, el patrón se modifica levemente, y son Abando e Indautxu los que muestran una prevalencia inferior de esta patología, acompañados de Miribilla en el caso de la población general. Respecto a los barrios con mayor prevalencia, Otxarkoaga y Arangoiti siguen destacando por su alta prevalencia, sumándose también Uretamendi-Iturrigorri y Peñascal o La Peña.

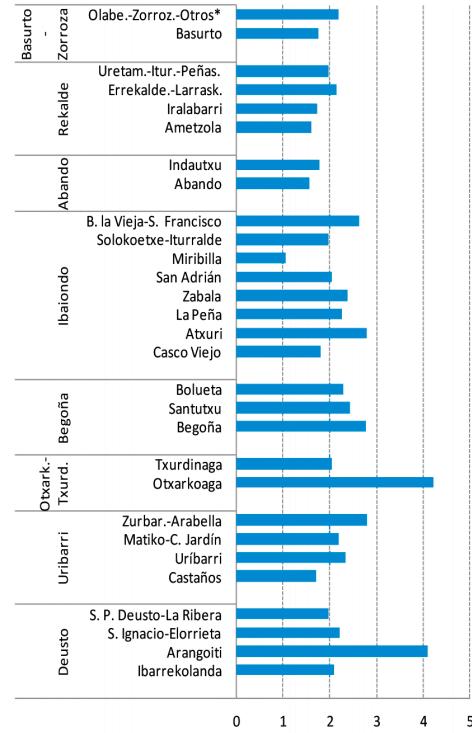
Por último, respecto a la prevalencia de hiperlipidemias, las diferencias fueron reseñables entre los diferentes barrios de Bilbao. En el lado de los barrios con una menor prevalencia tanto para población general como para mayores de 65 años se encuentra Casco Viejo. En el lado opuesto, entre los barrios con una proporción superior de población con hiperlipidemias se encuentran Otxarkoaga, Arangoiti, Zurbarán-Arabella, Uribarri y Bolueta, con alrededor del 20% de la población general. En el caso de la población de 65 y más años, vuelven a destacar Otxarkoaga y Arangoiti con una prevalencia del 54%, el doble que en Casco Viejo (26,7%), así como el barrio de Bolueta, con más del 48%.

Gráfico 5.9. Porcentaje de personas con diferentes problemas de salud crónicos según barrio. Población de 14 y más años (insuficiencia cardíaca, EPOC, hipertensión arterial y diabetes mellitus) Bilbao 2017, y población general (hiperlipidemias) y población de 65 y más años (hipertensión arterial, diabetes mellitus y hiperlipidemias) Bilbao, 2013.

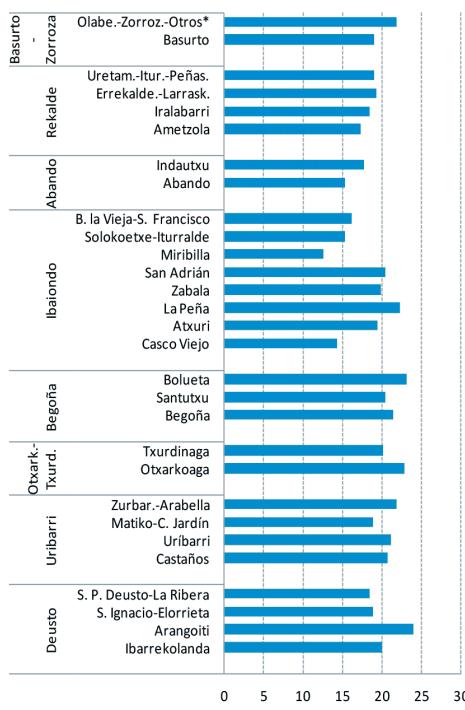
Insuficiencia cardíaca (14 y más)



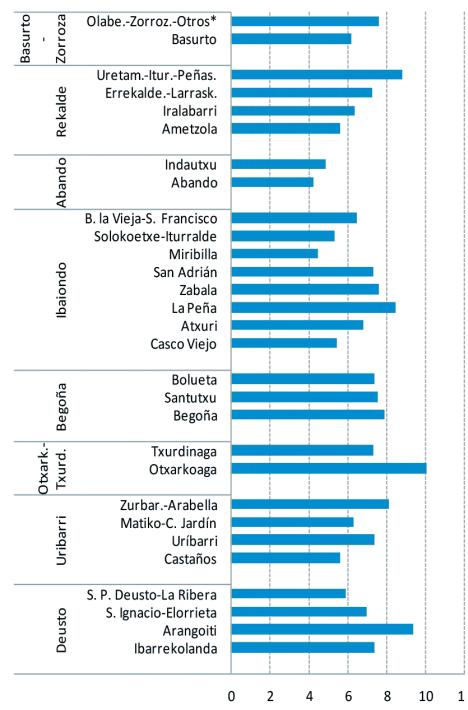
EPOC (14 y más)



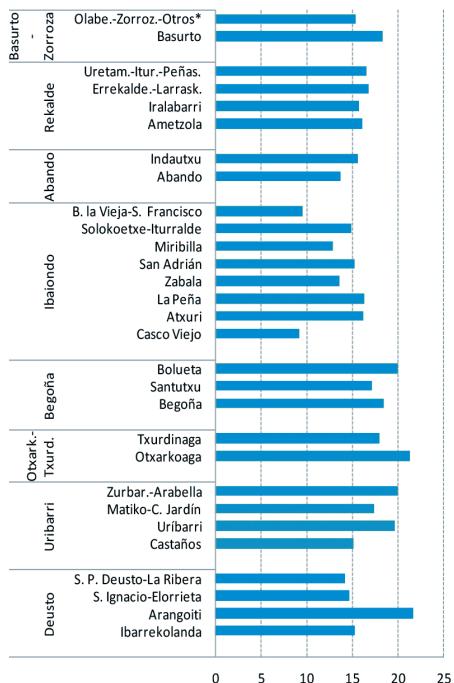
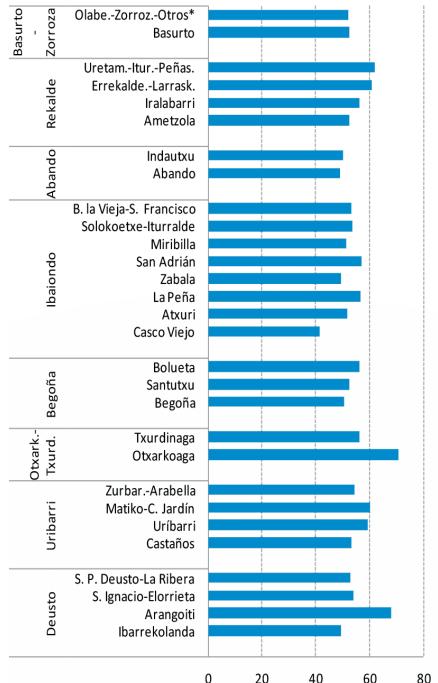
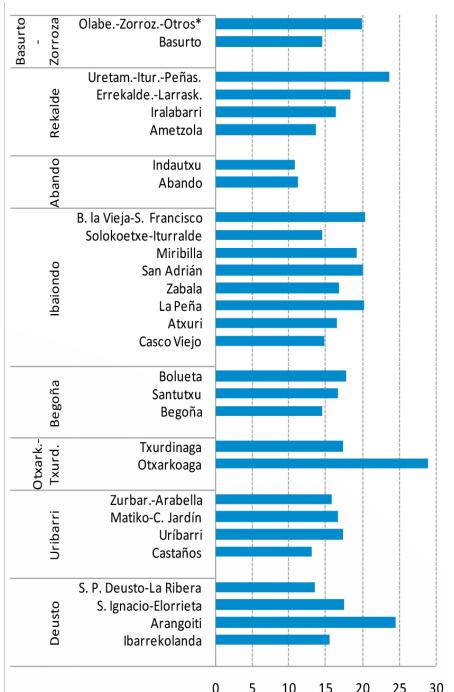
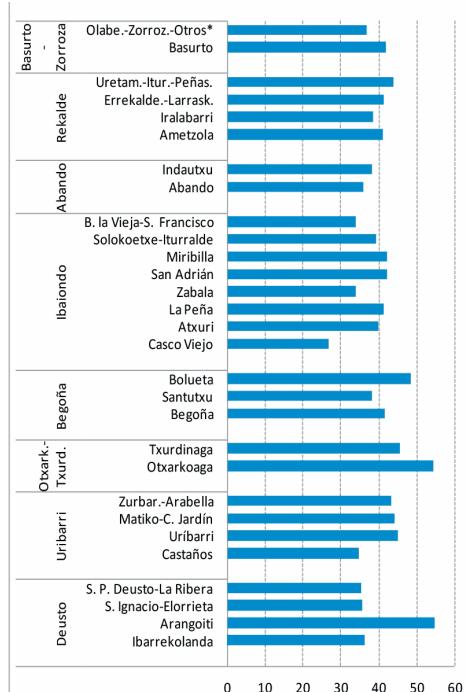
Hipertensión arterial (14 y más)



Diabetes mellitus (14 y más)



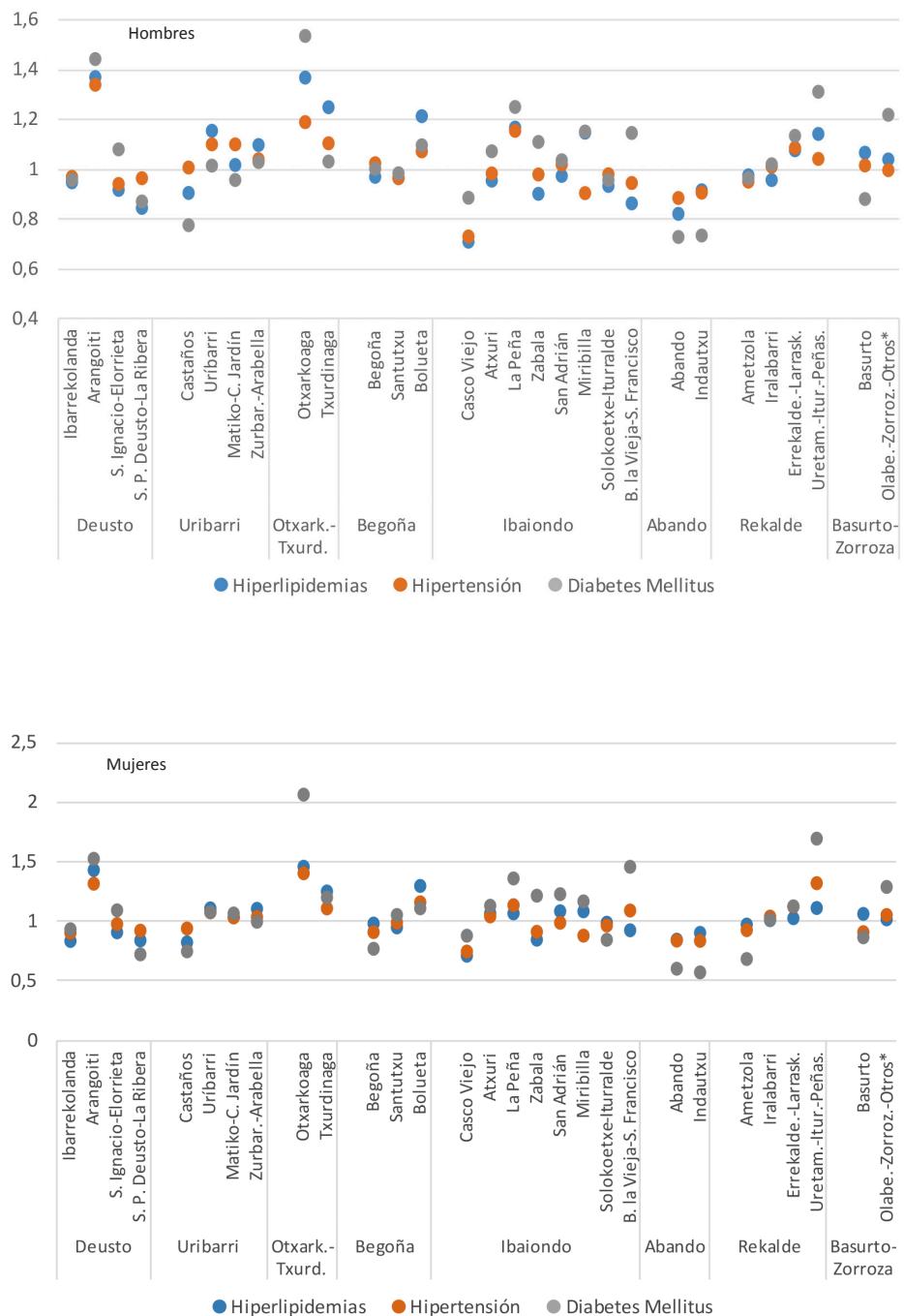
Fuente: elaboración propia a partir de OSI Bilbao (Osakidetza) 2017, y Osakidetza 2013.

Hiperlipidemias (general)**Hipertensión arterial (65 y más)****Diabetes mellitus (65 y más)****Hiperlipidemias (65 y más)**

Fuente: elaboración propia a partir de OSI Bilbao (Osakidetza) 2017, y Osakidetza 2013.

Las diferencias descritas en los gráficos anteriores aluden a la carga de enfermedad que soportan los diferentes barrios en los problemas de salud seleccionados. Sin embargo, no tienen en cuenta las diferencias en la estructura por edad de los diferentes barrios, y por lo tanto, no permiten la comparación en términos de desigualdad. Es por ello, que en los problemas crónicos en los que ha sido posible hacerlo, se han calculado las diferencias estandarizadas por edad que permiten la comparación entre barrios controlando el impacto de la estructura de edades de cada barrio. Estas razones estandarizadas de prevalencia se presentan en los siguientes gráficos y muestran los barrios en los que la presencia de problemas crónicos es mayor que la media de Bilbao (valores superiores a 1) y los barrios en los que la presencia es menor que la media (valores inferiores a 1). En ellos se puede comprobar que, tanto en hombres como en mujeres, los barrios con mayor tasa estandarizada de problemas crónicos son Otxarkoaga, Arangoiti, Uretamendi-Iturrigorri-Peñascal y La Peña, mientras que los barrios que presentaron unas menores tasas fueron Abando, Casco Viejo e Indautxu.

Gráfico 5.10. Razón estandarizada de prevalencia (indirecta) de diabetes mellitus, hipertensión arterial e hiperlipidemias por sexo y barrio. Bilbao 2013.

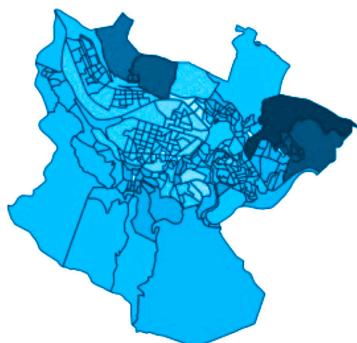


Fuente: elaboración propia a partir de datos de Osakidetza.

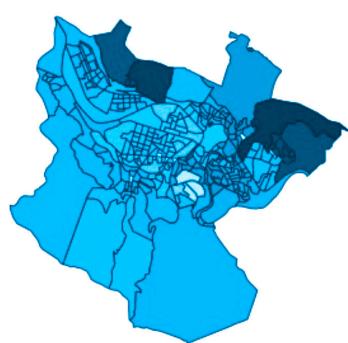
En los siguientes mapas se pueden apreciar las diferencias en las prevalencias de algunos problemas de salud crónicos por barrios y su distribución espacial en Bilbao, siendo los barrios con colores más oscuros los que mayores prevalencias presentan.

Mapas 5.1. Distribución de diferentes problemas de salud crónicos según barrio. Población de 14 y más años (insuficiencia cardíaca, EPOC, hipertensión arterial y diabetes mellitus) Bilbao 2017, y población general (hiperlipidemias) Bilbao, 2013.

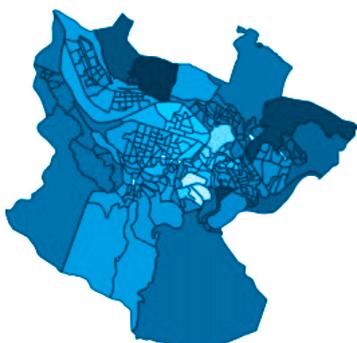
Insuficiencia cardíaca (14 y más)



EPOC (14 y más)



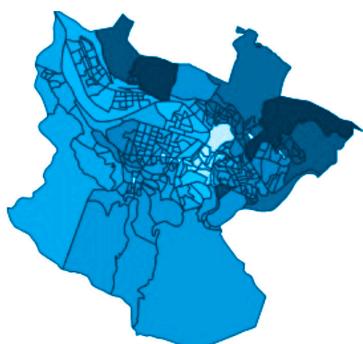
Hipertensión arterial (14 y más)



Diabetes mellitus (14 y más)



Hiperlipidemias (general)

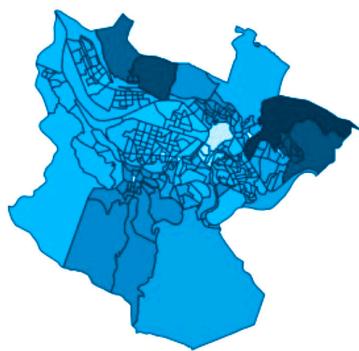


Los datos proceden del gráfico 5.9. Una mayor intensidad del color indica una mayor prevalencia de los indicadores.

Fuente: elaboración propia a partir de datos de Osakidetza.

Mapas 5.2. Distribución de diferentes problemas de salud crónicos según barrio. Población de 65 y más años. Bilbao 2013.

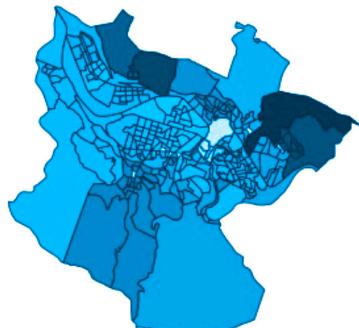
Hipertensión arterial



Diabetes mellitus



Hiperlipidemias

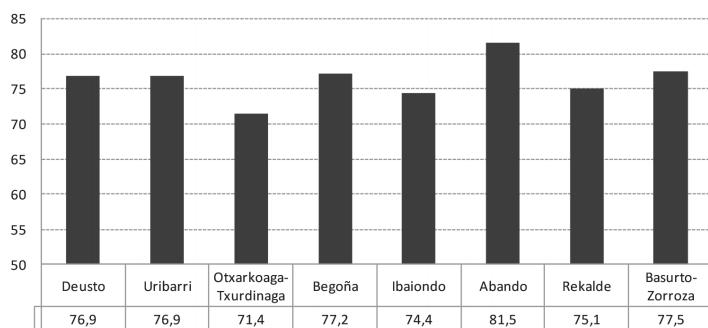


Los datos proceden del gráfico 5.9. Una mayor intensidad del color indica una mayor prevalencia de los indicadores.

Fuente: elaboración propia a partir de datos de Osakidetza.

La calidad de vida relacionada con la salud según el distrito vuelve a mostrar el mismo patrón, con Abando a la cabeza con 81,5 puntos, y Otxarkoaga-Txurdinaga en la cola con 10 puntos menos, 71,4. En una posición más desventajada están también los distritos de Ibaiondo y Rekalde, mientras que Deusto, Uribarri, Begoña y Basurto-Zorroza tienen una posición intermedia con medias de calidad de vida de entre 76,9 y 77,5.

Gráfico 5.11. Media estandarizada de calidad de vida relacionada con la salud según distrito (puntuación de 0 a 100). Población de 16 y más años de Bilbao, 2013.



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

Con relación al resto de capitales de la CAPV, el estado de salud de la población de Bilbao es en términos generales ligeramente más desfavorable que el de la población de Vitoria-Gasteiz y Donostia-San Sebastián.

Comenzando con la salud percibida, el porcentaje de personas con buena salud fue ligeramente inferior en Bilbao respecto al resto de capitales, especialmente en el caso de las mujeres. Así, mientras que entre las mujeres de Bilbao el 75,4% manifiesta tener buena salud, esa proporción es de un 79,3% en las de Vitoria-Gasteiz y de un 86,3% en las de Donostia-San Sebastián.

De igual manera, la prevalencia de problemas crónicos es mayor entre la población de Bilbao que entre la de las otras dos capitales vascas, tanto en hombres como en mujeres, con una diferencia muy destacable con respecto a las personas residentes en Vitoria-Gasteiz (alrededor de 15 puntos porcentuales menos en los hombres y 10 puntos en las mujeres).

También la limitación crónica de la actividad es mayor en la población de Bilbao respecto a Vitoria-Gasteiz, aunque es muy similar en comparación con Donostia-San Sebastián, especialmente en los hombres. Las mujeres de Bilbao destacan por tener mayor limitación de la actividad, un 12,8% del total, que las mujeres donostiarras (10,1%) y las vitorianas (7,6%).

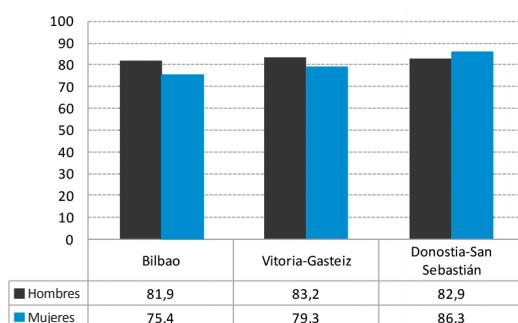
En el caso de la calidad de vida relacionada con la salud, las diferencias no son muy relevantes, siendo Bilbao la capital que se encuentra en una posición intermedia, tanto en hombres como en mujeres.

Los síntomas de ansiedad y depresión entre la población de Bilbao son más frecuentes que en las otras dos capitales vascas, con casi cuatro puntos porcentuales de diferencia con respecto a Donostia-San Sebastián y algo más de cinco con Vitoria-Gasteiz.

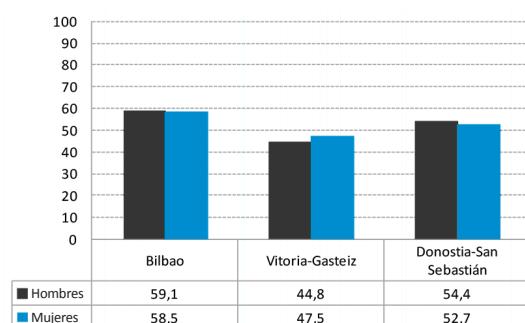
Finalmente, también la salud dental es peor en el caso de Bilbao, con un 70% de prevalencia de buena salud dental, mientras que en Vitoria-Gasteiz ese porcentaje asciende al 78,8% y en Donostia-San Sebastián al 78,1%.

Gráfico 5.12. Diferentes indicadores de salud según sexo en las tres capitales vascas. Población de 16 y más años de Bilbao, Vitoria-Gasteiz y Donostia-San Sebastián, 2013.

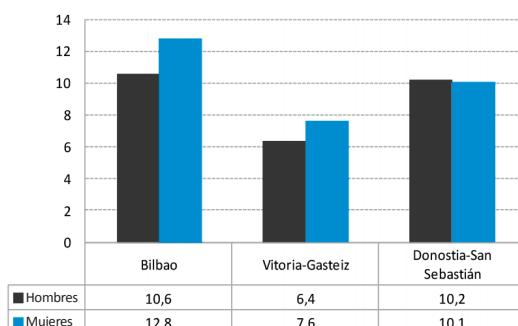
Buena salud percibida (%)



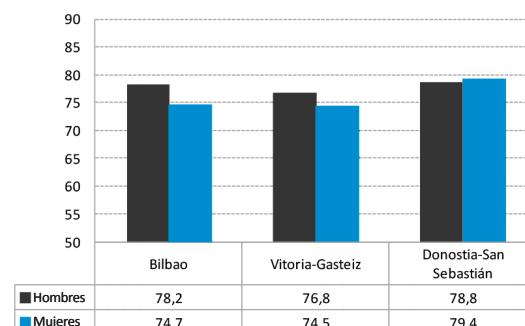
Problemas crónicos (%)



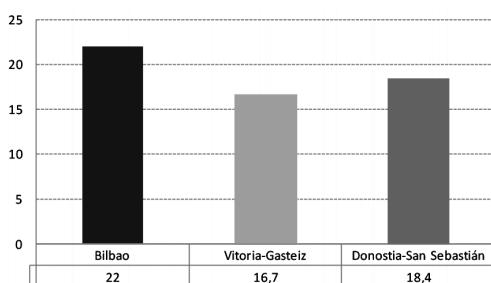
Limitación crónica de la actividad (%)



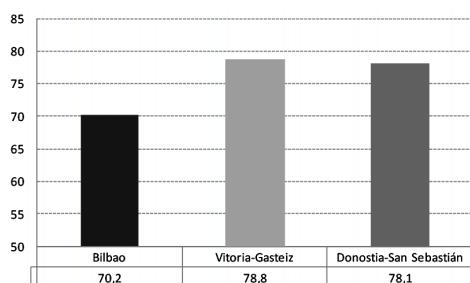
Calidad de vida relacionada con la salud (media)



Síntomas de ansiedad y depresión (%)



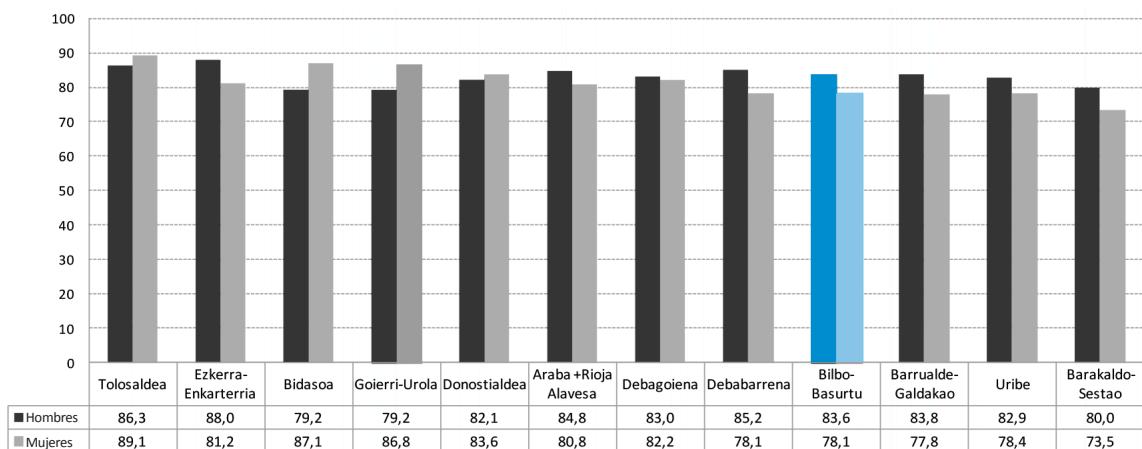
Buena salud dental percibida (%)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

Entre OSIs, Bilbao no muestra grandes diferencias con el resto. Sin embargo, de forma ordenada (gráfico 5.13) podemos ver que Bilbao se encuentra entre las OSIs con peor estado de salud general, solo por delante de las OSIs de Barrualde-Galdakao, Uribe y Barakaldo-Sestao.

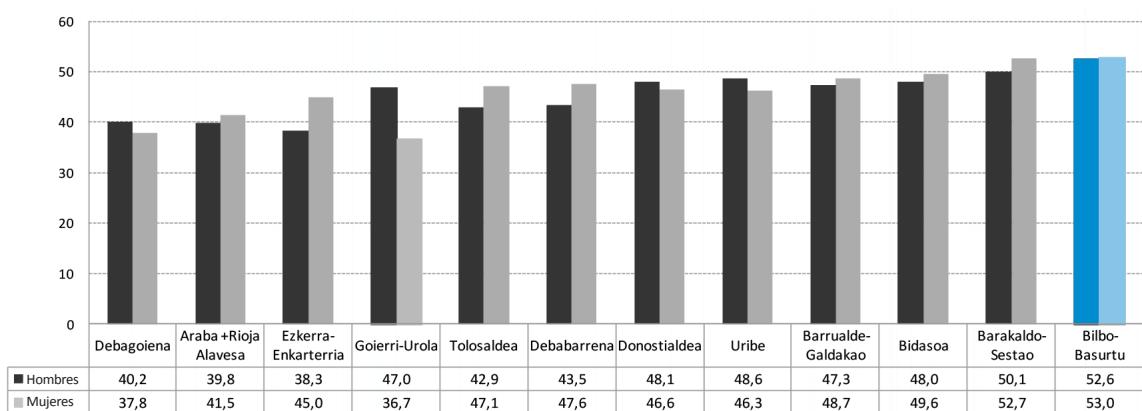
Gráfico 5.13. Porcentaje de personas con buena salud según OSI y sexo. CAPV, 2013.



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

De hecho, en cuanto a los problemas crónicos, la OSI de Bilbao-Basurto es la que mayor prevalencia presenta tanto en hombres como en mujeres de toda la CAPV, en niveles similares a Barakaldo-Sestao, y a gran distancia de las OSIs con menor prevalencia, como son Debagoiena y Araba-Rioja Alavesa.

Gráfico 5.14. Porcentaje de personas con algún problema crónico según OSI y sexo. CAPV, 2013.



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

5.1.2 Salud sexual y reproductiva

Interrupciones Voluntarias del Embarazo

En 2015 se produjeron 739 interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) en mujeres residentes en Bilbao, lo que supuso cerca de 9 IVEs por cada 1.000 mujeres de entre 15 a 49 años. La mayor parte de ellas, algo más del 60%, se produjo en mujeres de 20 a 34 años, siendo el grupo de 20 a 24 años donde la tasa fue mayor, 20 IVEs por cada 1.000 mujeres.

Más de la mitad del total de estas IVEs (54%) fueron realizadas por mujeres de Bilbao nacidas en un país extranjero, es decir, un total de 398 frente a las 341 ocurridas en mujeres autóctonas.

Tabla 5.1. Interrupciones voluntarias del embarazo por edad de la mujer. Total y Tasa por 1.000 mujeres. Bilbao, 2015.

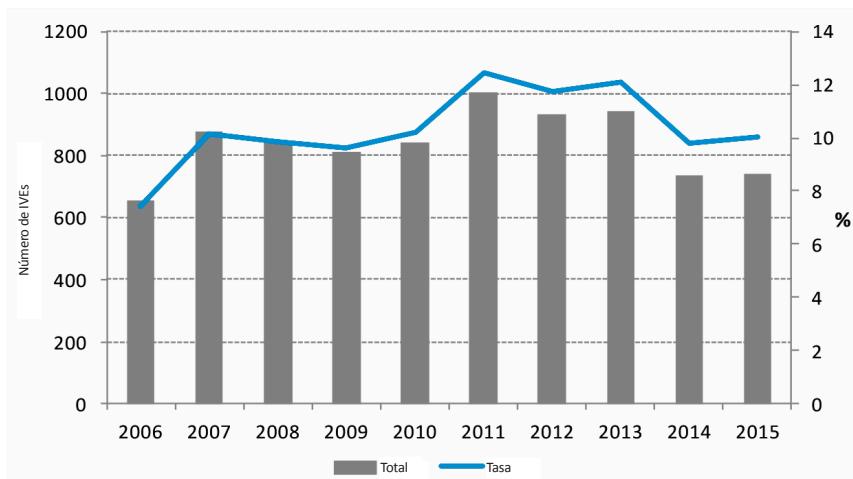
Grupo de edad	Total	Tasa por 1.000 mujeres
10-14	5	0,7
15-19	73	11,2
20-24	144	20,4
25-29	163	18,5
30-34	168	15,6
35-39	128	9,9
40-44	56	4,1
45-49	2	0,1
TOTAL	739	9,2

Fuente: elaboración propia a partir de datos facilitados por Departamento de Salud e INE.

Durante el periodo de 2006 a 2015 la evolución de las IVEs en mujeres residentes en Bilbao tuvo una tendencia creciente hasta 2011, para después descender hasta el final del periodo, alcanzando en 2015 valores superiores a 2006.

De esta forma, mientras que en 2006 se produjeron 653 IVEs (7,4 por cada 1.000 mujeres de 15 a 49 años), en 2011 el número de IVEs superó el millar (12,4 por cada 1.000 mujeres de 15 a 49 años), es decir, un aumento de más del 50%. En 2015, sin embargo, el número de IVEs fue de 739 (10,0 por cada 1.000 mujeres de 15 a 49 años), lo que supuso un aumento en el número total de IVEs del 13% respecto a 2006, pero un descenso respecto a 2011 del 26%.

Gráfico 5.15. Evolución de las interrupciones voluntarias del embarazo. Total (columnas eje izquierda) y tasa por 1.000 mujeres de 15-49 (línea eje derecha). Bilbao, 2006-2015.

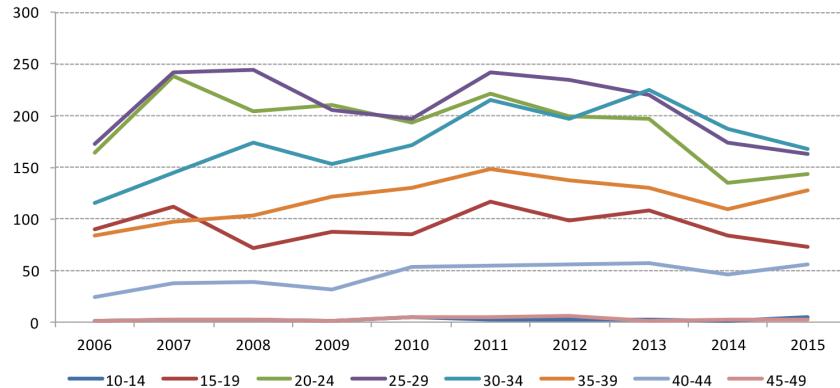


Fuente: elaboración propia a partir de datos facilitados por Departamento de Salud e INE.

Esta evolución mostró diferencias según la edad de la madre, ya que en términos generales el número de IVEs desciende en mujeres menores de 30, mientras que en mujeres mayores de esa edad desciende en menor medida e incluso aumenta en el periodo de 2006 a 2015.

Centrándonos en el grupo de 15 a 39 años, durante el total del periodo de 2006 a 2015, el número de IVEs de mujeres de 15 a 29 años descendió en todos los grupos de edad, mientras que el número de IVEs del resto de grupos aumentó, especialmente en el grupo de 35 a 39 años (52%). En el periodo de 2011 a 2015, las IVEs de mujeres de todos los grupos de edad descendieron, si bien la caída fue mayor en los grupos de 25 a 34 años.

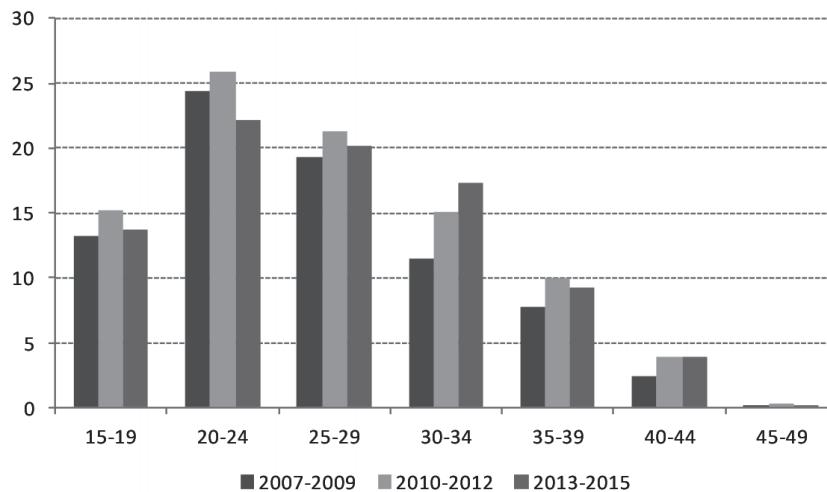
Gráfico 5.16. Evolución del total de interrupciones voluntarias del embarazo por grupo de edad de la mujer. Bilbao, 2006-2015.



Fuente: elaboración propia a partir de datos facilitados por Departamento de Salud.

Teniendo en cuenta no solo el total de IVEs, sino su tasa –número total respecto al número de mujeres–, el patrón descrito es similar, y podemos observar como el número de IVEs por cada 1.000 mujeres aumenta considerablemente en los grupos de más edad, especialmente en el de 30 a 34 años, mientras que, en las más jóvenes, desciende o se mantiene en valores similares al periodo 2007-2009.

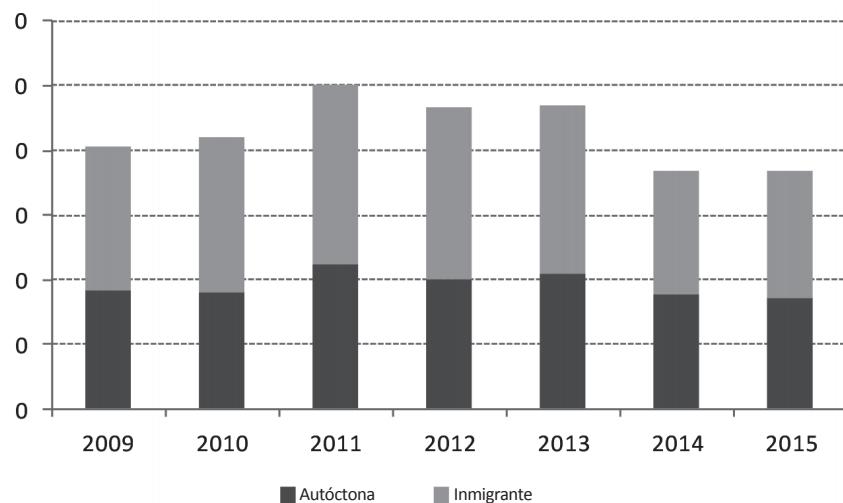
Gráfico 5.17. Evolución de la tasa de interrupciones voluntarias del embarazo por grupo de edad de la mujer. Bilbao, 2007-2015.



Fuente: elaboración propia a partir de datos facilitados por Departamento de Salud e INE.

Atendiendo al lugar de nacimiento de las mujeres, la evolución durante los últimos años ha sido similar en autóctonas e inmigrantes, si bien el descenso desde 2011 fue mayor en estas últimas (29% frente a 23% en el número total de IVEs).

Gráfico 5.18. Evolución del número total de interrupciones voluntarias del embarazo por lugar de nacimiento de la mujer. Bilbao, 2007-2015.

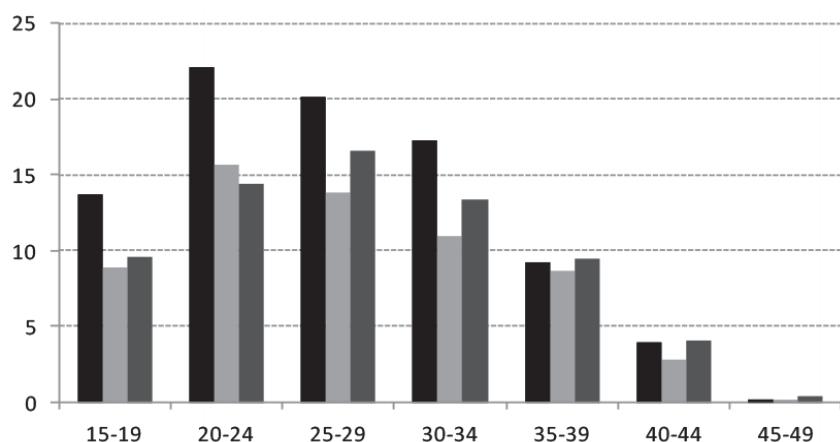
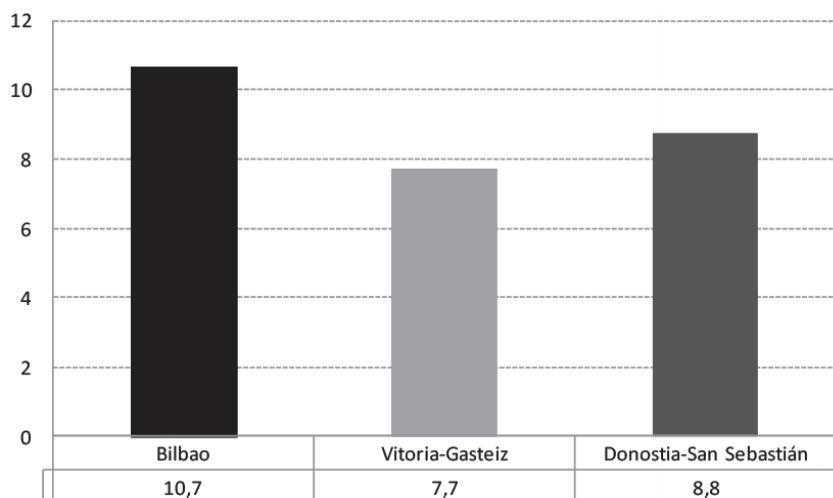


Fuente: elaboración propia a partir de datos facilitados por Departamento de Salud.

En comparación con el resto de capitales vascas, Bilbao presenta una tasa de IVEs superior, concretamente, un 39% superior a la de Vitoria-Gasteiz, y un 22% superior a la de Donostia-San Sebastián. De esta forma, en Bilbao se producen 2 IVEs más por cada 1.000 mujeres de 15 a 49 años respecto a Donostia-San Sebastián, y 3 más respecto a Vitoria-Gasteiz.

La mayor tasa de IVEs de Bilbao respecto al resto de capitales vascas se produce de manera más acusada en las edades más jóvenes (hasta 34 años), especialmente en el grupo de 20-24, en el que la tasa es un 41% y un 53% mayor en Bilbao respecto a Vitoria-Gasteiz y Donostia-San Sebastián, respectivamente. En el grupo de 35 a 39 años las tasas son similares en las tres capitales.

Gráfico 5.19. Tasa de interrupciones voluntarias del embarazo por lugar de residencia, total y por grupo de edad de la madre. Bilbao, Vitoria-Gasteiz y Donostia-San Sebastián, 2013-2015.



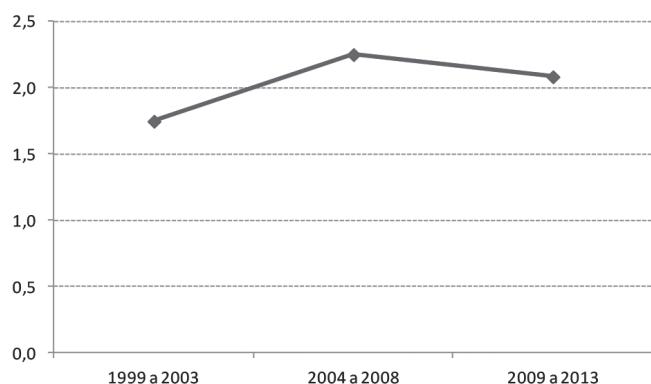
Fuente: elaboración propia a partir de datos facilitados por Departamento de Salud e INE.

El peso que las IVEs realizadas en mujeres inmigrantes tienen en el total de las IVEs realizadas también fue diferente en Bilbao respecto al resto de capitales vascas. Mientras que, como ya hemos señalado, las IVEs de mujeres inmigrantes constituyen el 54% de las IVEs realizadas en mujeres residentes en Bilbao, en Vitoria-Gasteiz y Donostia-San Sebastián ese porcentaje se sitúa en el 35% y el 39%, respectivamente.

Embarazo adolescente de entre 15 y 19 años

Según los últimos datos disponibles (2009-2013), el porcentaje de embarazos adolescentes sobre el total de embarazos fue de un 2,1% en Bilbao, porcentaje que ha descendido muy ligeramente desde 2008. En el periodo de 1999 a 2003, este porcentaje era del 1,7%, llegando a 2,3% en el periodo de 2004 a 2008 y disminuyendo entre 2009 y 2013 hasta el 2,1%.

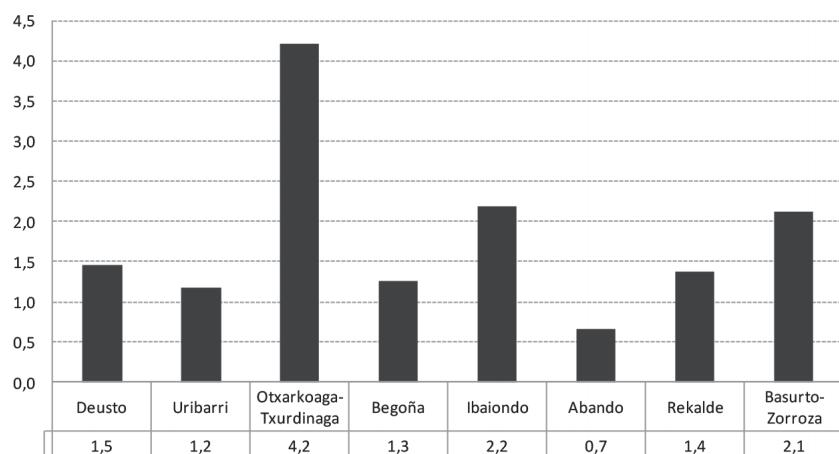
Gráfico 5.20. Porcentaje de embarazos de entre 15 a 19 años. Bilbao, 1999-2013.



Fuente: elaboración propia a partir de datos Eustat.

El porcentaje de embarazos adolescentes varía considerablemente en los distritos. Así, el porcentaje en Otxarkoaga-Txurdinaga (4,2%) duplica el descrito para el conjunto de la ciudad, mientras que en Abando apenas el 1% de los embarazos se producen entre mujeres adolescentes.

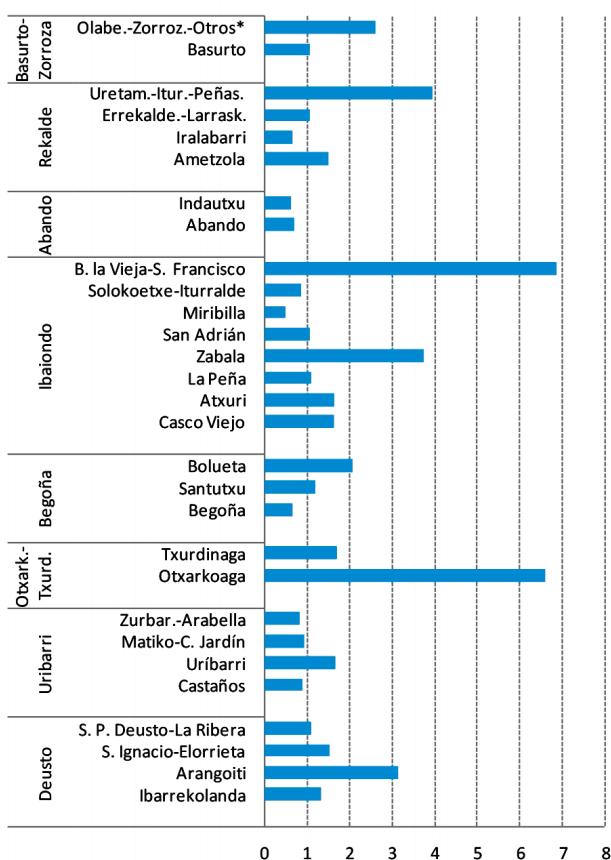
Gráfico 5.21. Porcentaje de embarazo de 15 a 19 años por distrito. Bilbao, 2009-2013.



Fuente: elaboración propia a partir de datos Eustat.

Las diferencias son aún mayores si consideramos los barrios. Bilbao La Vieja-San Francisco es el barrio con un mayor porcentaje de embarazos adolescentes (6,9%), seguido de Otxarkoaga (6,6%). Por el contrario, el barrio con un porcentaje más bajo fue Miribilla (0,5%), seguido de Indautxu (0,6%), Abando (0,7%), Begoña (0,7%) e Iralabarri (0,7%).

Gráfico 5.22. Porcentaje de embarazo de 15 a 19 años por barrio. Bilbao, 2009-2013.

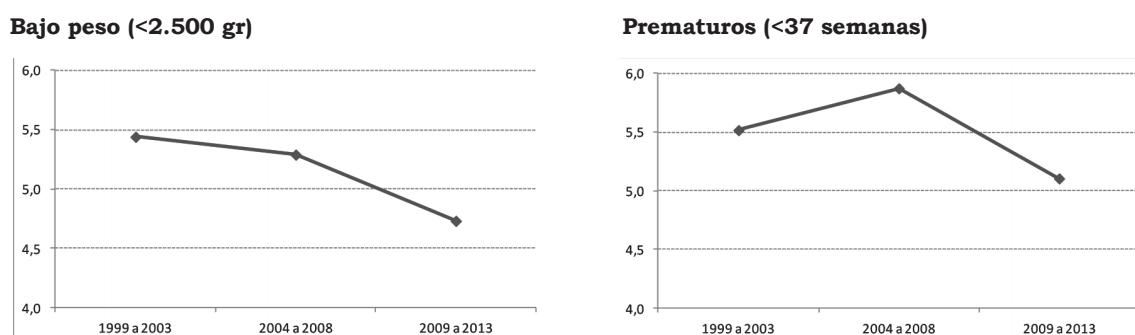


Fuente: elaboración propia a partir de datos Eustat.

Nacimientos de bajo peso y prematuros

El 4,7% del total de nacimientos en Bilbao en el quinquenio 2009-2013 fue de bajo peso (<2.500 gr), proporción que ha ido reduciéndose claramente a lo largo del periodo estudiado, y que era del 5,4% entre 1999 y 2003 y del 5,3% entre 2004 y 2008. Con respecto a los nacimientos prematuros, su porcentaje fue del 5,1% según el último dato disponible (2009-2013) y a diferencia de los nacimientos de bajo peso, viene descendiendo sólo desde 2004-2008, ya que con anterioridad se observó un aumento de los mismos.

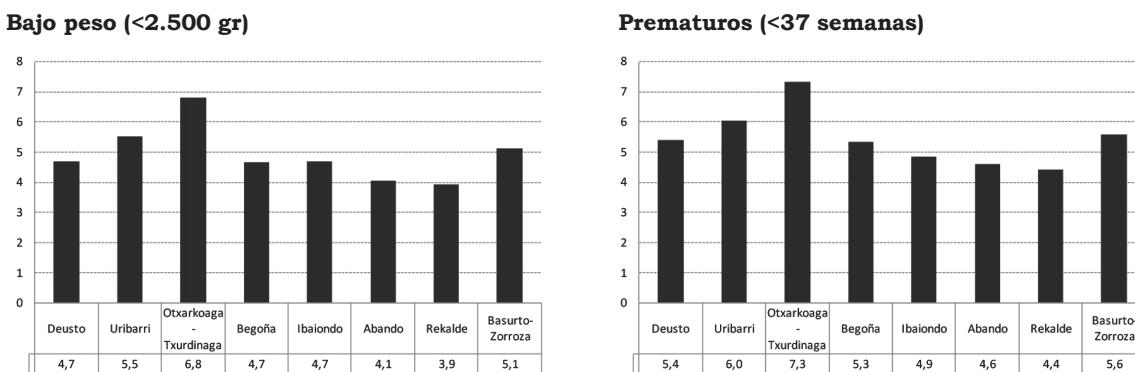
Gráfico 5.23. Porcentaje de nacimientos de bajo peso y prematuros. Bilbao, 1999-2013.



Fuente: elaboración propia a partir de datos Eustat

Por distritos, nuevamente destacan Otxarkoaga-Txurdinaga por mostrar el porcentaje más alto de nacimientos de bajo peso (6,8%) y Rekalde y Abando como los distritos con los porcentajes más bajos (3,9 y 4,1%, respectivamente). En cuanto a la prematuridad, el patrón por distrito es muy similar, siendo también en Otxarkoaga-Txurdinaga donde se producen con más frecuencia (7,3% del total de nacimientos), y en Rekalde (4,4%) y en Abando (4,6%) donde se observan los porcentajes más bajos.

Gráfico 5.24. Porcentaje de nacimientos de bajo peso y prematuros por distrito. Bilbao, 2009-2013.

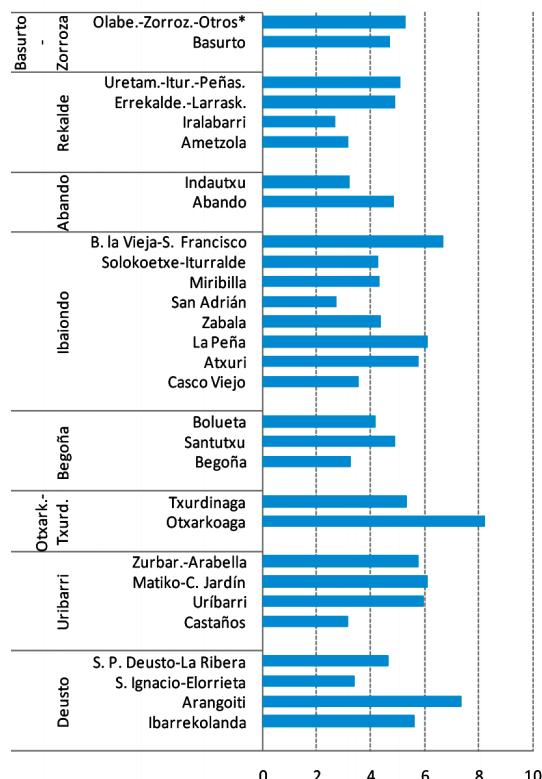


Fuente: elaboración propia a partir de datos Eustat.

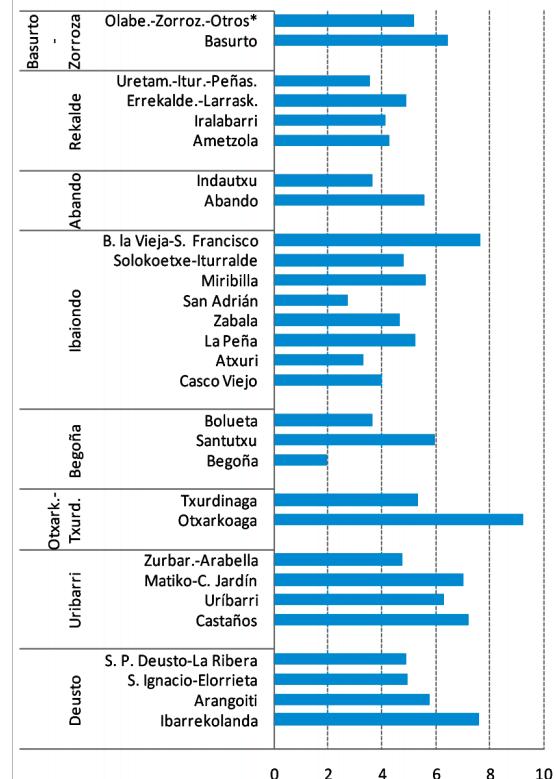
Finalmente, el análisis por barrios revela que Otxarkoaga, Arangoiti y Bilbao La Vieja-San Francisco son los barrios en los que se da con mayor frecuencia el bajo peso entre los nacimientos (8,3%, 7,4% y 6,7%, respectivamente), mientras que en el extremo opuesto se sitúan Iralabarri y San Adrián con un 2,7% de los nacimientos con peso inferior a 2.500 gramos. En cuanto a la prematuridad por barrio, son Otxarkoaga y Bilbao La Vieja-San-Francisco, junto con Ibarrekolanda y Castaños los que tienen un mayor porcentaje de nacimientos antes de la semana 37 de gestación. Por el contrario, el barrio con el menor porcentaje de nacimientos prematuros fue, de forma destacada, Begoña (2,0%), seguido, nuevamente, de San Adrián (2,7%).

Gráfico 5.25. Porcentaje de nacimientos de bajo peso y prematuros por barrio. Bilbao, 2009-2013.

Bajo peso (<2.500 gr)



Prematuros (<37 semanas)



Fuente: elaboración propia a partir de datos Eustat.

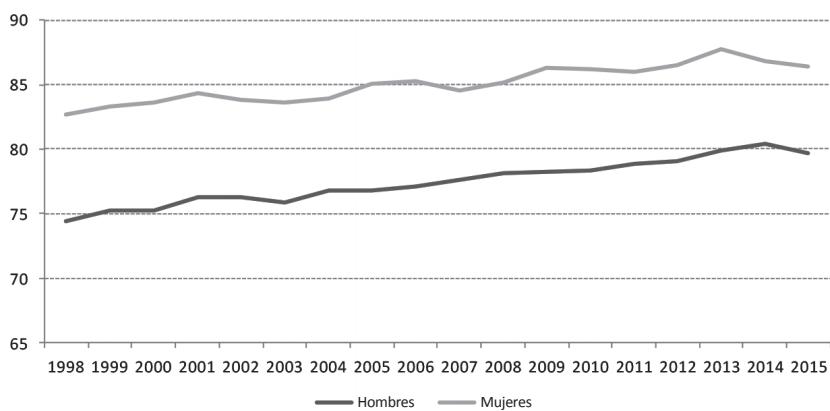
5.2. Esperanza de vida y causas de muerte

5.2.1 Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacer de los/as habitantes de Bilbao en el año 2015 fue de 79,7 años en los hombres y de 86,4 en las mujeres. Ésta ha aumentado durante los últimos 15 años, en concreto, 4,5 años en hombres y 2,8 años en mujeres, o lo que es lo mismo, durante ese periodo cada año la población de Bilbao ha ganado 109 días de vida en el caso de los hombres y 67 en el caso de las mujeres.

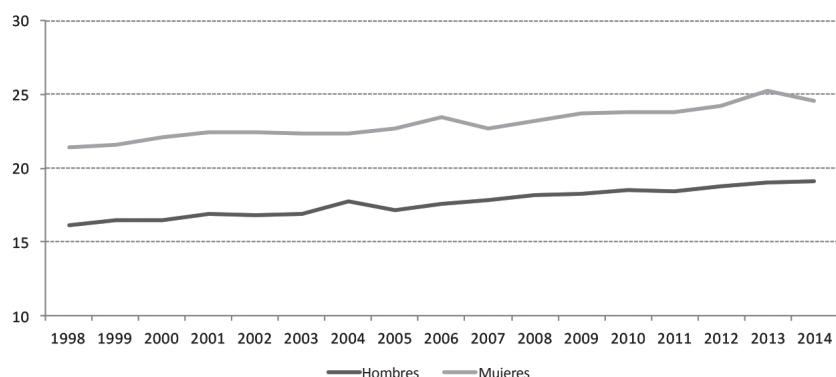
Durante los últimos dos años, 2014 y 2015, en las mujeres, y durante 2015 en los hombres, la esperanza de vida al nacer inicia una ligera tendencia descendente, que en el caso de las mujeres supone una pérdida de un año de vida, volviendo a ser en 2015 igual que en 2013. Sin embargo, conviene tener en cuenta que en los años inmediatamente anteriores el aumento de la esperanza de vida había sido considerable.

Gráfico 5.26. Evolución de la esperanza de vida al nacer por sexo. Bilbao, 1998-2015.



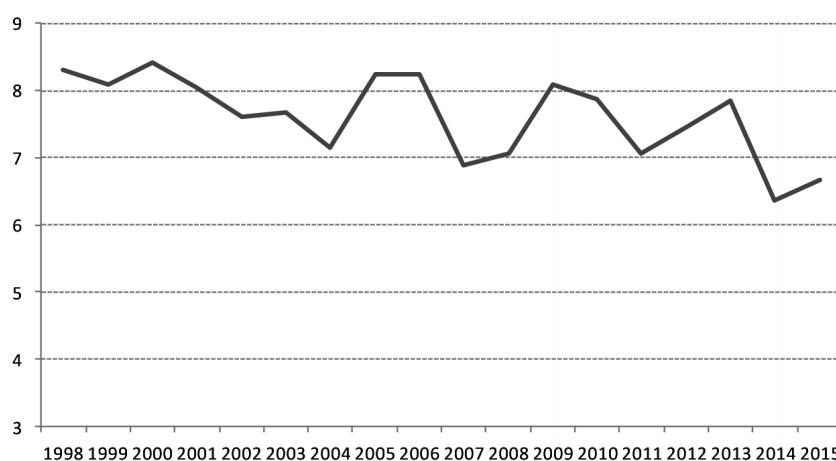
Fuente: elaboración propia a partir de datos Eustat.

En 2015, la esperanza de vida a los 65 años fue de 18,9 años en los hombres y de 24,0 en las mujeres, siendo reseñable el aumento que ha tenido durante los últimos años. Como consecuencia de ello, en 2015 la esperanza de vida a esa edad era 2,4 y 1,9 años mayor en hombres y mujeres, respectivamente, comparada con la de ellos y ellas 15 años antes. Esto supone que, en este periodo de 15 años, la duración de la vida a partir de los 65 años ha aumentado un 14% en hombres y un 9% en mujeres.

Gráfico 5.27. Evolución de la esperanza de vida a los 65 años por sexo. Bilbao 1998-2014.

Fuente: elaboración propia a partir de datos Departamento de Salud e INE.

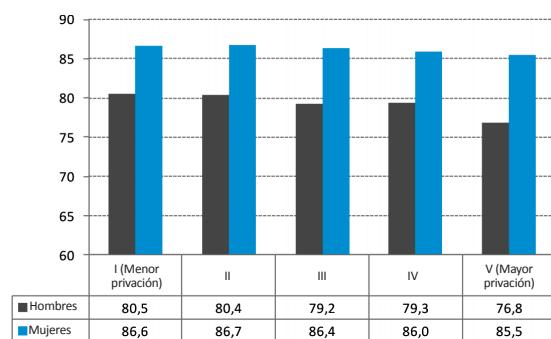
Si analizamos las diferencias por sexos, la esperanza de vida fue mayor en las mujeres a todas las edades. Al nacer, las mujeres esperaron vivir 6,7 años más que los hombres, es decir, un 8,4% más. A los 65 años, la diferencia fue de 5,2 años, es decir, las mujeres tienen una esperanza de vida un 27,3% mayor que la de los hombres. Debido al mejor comportamiento de la esperanza de vida masculina durante los últimos años, estas diferencias se han reducido, tal y como muestra el siguiente gráfico.

Gráfico 5.28. Diferencia en la esperanza de vida entre mujeres y hombres. Bilbao, 1998-2015.

Fuente: elaboración propia a partir de datos Departamento de Salud e INE.

Sin embargo, la esperanza de vida no es igual para todos los grupos sociales y varió según las características socioeconómicas. En el caso de las variaciones que se observan según el nivel de privación del área de residencia, los hombres residentes en las zonas del 20% más favorecido de la ciudad tuvieron una esperanza de vida al nacer 3,8 años mayor que la de aquellos residentes en el 20% con mayor privación. En el caso de las mujeres las diferencias fueron de 1,1 años. Tal y como muestra el siguiente gráfico, la relación entre el nivel socioeconómico del área de residencia y la esperanza de vida fue gradual, de forma que esta última descendió a medida que aumentaba el nivel de privación del área a lo largo de todos los grupos de población.

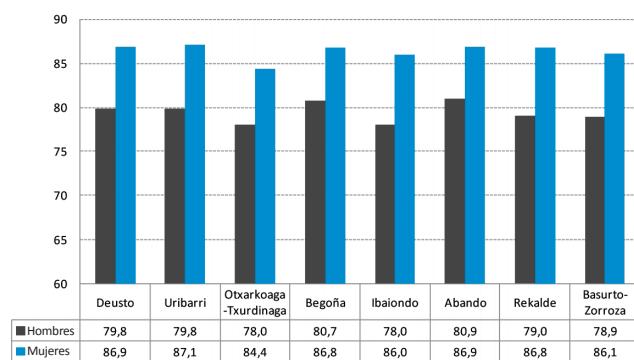
Gráfico 5.29. Esperanza de vida al nacer según nivel de privación del área de residencia (quintiles MEDEA). Bilbao 2011-2015.



Fuente: elaboración propia a partir de datos Departamento de Salud.

La esperanza de vida al nacer varía considerablemente entre los diferentes distritos de Bilbao. Así, el distrito con mayor esperanza de vida fue Abando en los hombres (80,9 años) y Uribarri en las mujeres (87,1 años), siendo la distancia respecto a los distritos de menor esperanza de vida de 2,9 años en los hombres (respecto a Ibaiondo y a Otxarkoaga-Txurdinaga) y de 2,5 en las mujeres (respecto a Otxarkoaga-Txurdinaga)

Gráfico 5.30. Esperanza de vida al nacer según distrito y sexo. Bilbao, 2011-2015.

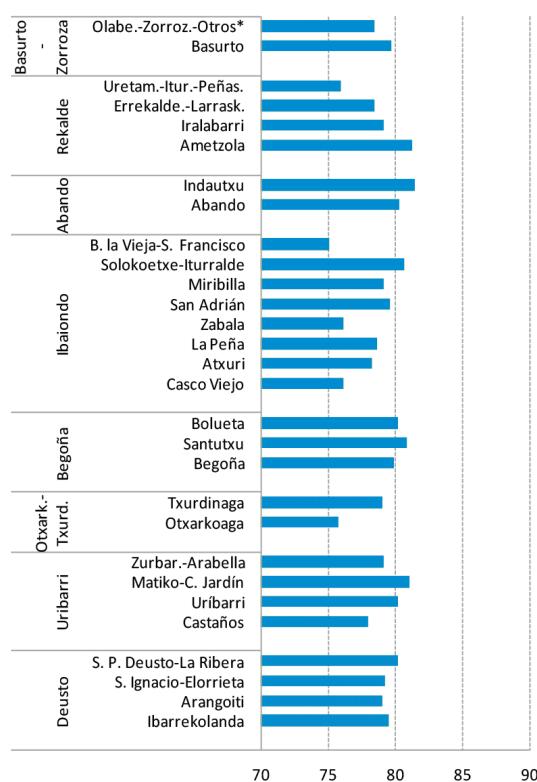


Fuente: elaboración propia a partir de datos Ayuntamiento de Bilbao.

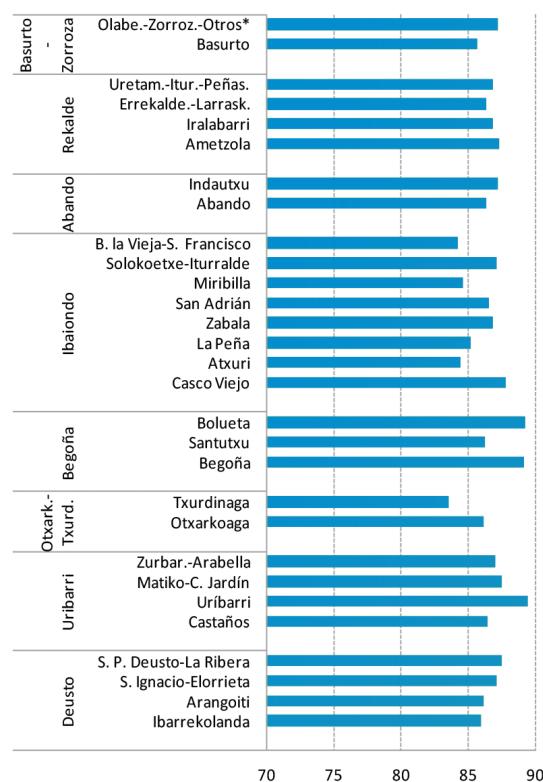
Entre barrios las diferencias fueron mayores, las esperanzas de vida al nacer más altas se alcanzan en el barrio de Indautxu, destacando también la alta esperanza de vida de Ametzola, Matiko-Ciudad Jardín y Uribarri. Por el contrario, las menores se dan en Bilbao la Vieja-San Francisco y Otxarkoaga, destacando también la baja esperanza de vida de los barrios de Zabala y Txurdinaga.

Gráfico 5.31. Esperanza de vida al nacer según barrio y sexo. Bilbao, 2011-2015.

Hombres



Mujeres

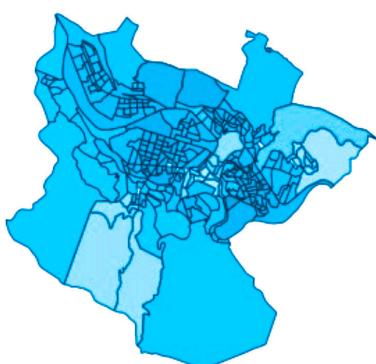


Fuente: elaboración propia a partir de datos Ayuntamiento de Bilbao.

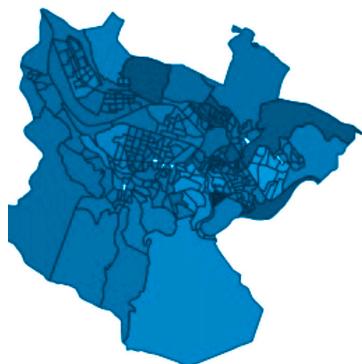
En concreto y atendiendo a los dos sexos, en el caso de los hombres la mayor esperanza de vida se observa entre los residentes de Indautxu (81,4 años), mientras que entre las mujeres es en Uribarri (89,5 años). En el extremo opuesto, se encuentran las personas residentes en Bilbao La Vieja-San Francisco (75,0 años de esperanza de vida en hombres y 84,3 en mujeres), así como también los residentes de Otxarkoaga en el caso de los hombres (75,7 años), y de Txurdinaga en las mujeres (83,6 años), que tienen esperanzas de vida sensiblemente menores que el resto de barrios.

Mapa 5.3. Esperanza de vida al nacer según barrio y sexo. Bilbao, 2011-2015.

Hombres



Mujeres

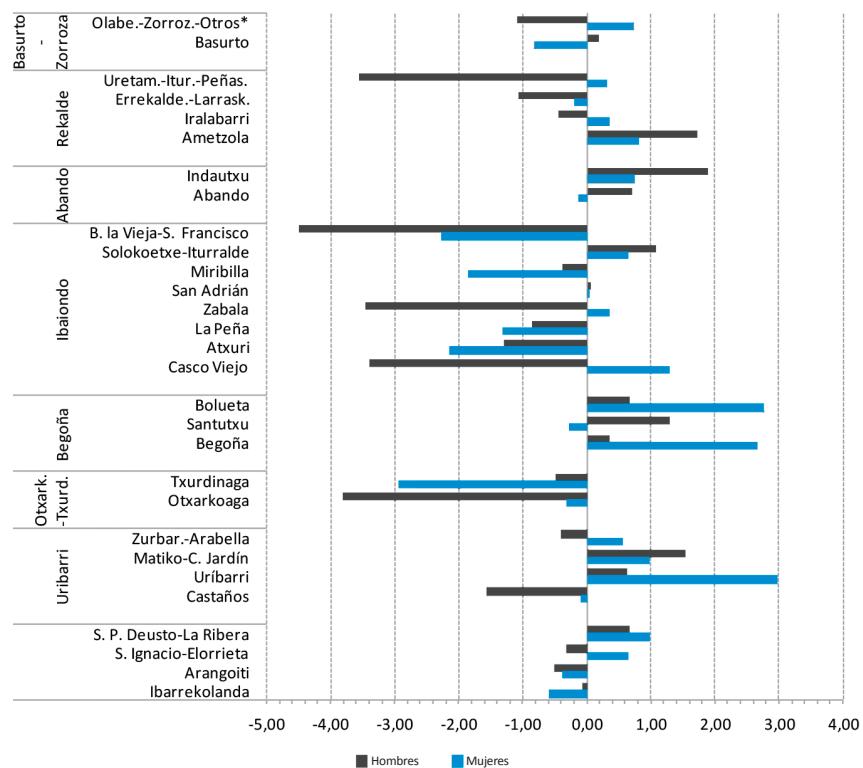


Los datos proceden del gráfico 5.31. Una mayor intensidad del color indica una mayor prevalencia de los indicadores.

Fuente: elaboración propia a partir de datos Ayuntamiento de Bilbao.

Según los datos anteriores, la magnitud de las desigualdades en la esperanza de vida entre barrios fue importante, rondando los 6 años de vida (6,4 y 5,9 años hombres y mujeres, respectivamente). De esta forma, si el conjunto de barrios de Bilbao pudiera experimentar la mortalidad del barrio con la mortalidad más baja, Indautxu, en el periodo analizado (2011-2015) se hubieran evitado 1.894 defunciones, es decir, hubiera habido 379 muertes al año menos. Ello equivaldría a una defunción diaria en el conjunto de Bilbao a causa de las desigualdades en mortalidad según el área de residencia, o lo que es lo mismo, debido a que todas las personas no disfrutan de las condiciones de vida relacionadas con la salud de las que disfrutan las personas residentes en Indautxu. El impacto de la desigualdad en la mortalidad es especialmente evidente en determinados barrios y en el caso de los hombres. De esta forma, más del 30% de las muertes entre los hombres ocurridas en Bilbao la Vieja-San Francisco, Uretamendi-Iturrigorri-Peñascal y Otxarkoaga se hubieran evitado de haber tenido el mismo patrón de mortalidad que los residentes de Indautxu entre 2011 y 2015.

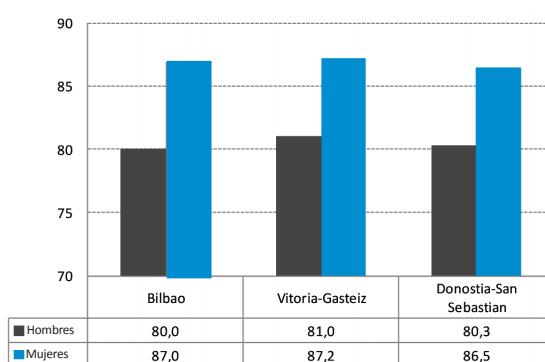
Gráfico 5.32. Diferencias en años respecto a la esperanza de vida al nacer del conjunto de la ciudad según barrio y sexo. Bilbao 2011-2015.



Fuente: elaboración propia a partir de datos Ayuntamiento de Bilbao.

En comparación con el resto de capitales vascas, Bilbao no presentó diferencias muy reseñables respecto a la esperanza de vida al nacer de Vitoria-Gasteiz y Donostia-San Sebastián, si bien en el caso de los hombres, Bilbao mostró una esperanza de vida un año inferior a la de los hombres de Vitoria-Gasteiz.

Gráfico 5.33. Esperanza de vida al nacer por sexo. Bilbao, Donostia-San Sebastián y Vitoria-Gasteiz, 2011-2015.



Fuente: elaboración propia a partir de datos Departamento de Salud e INE.

5.2.2 Causas de muerte

Las causas de muerte que afectan en mayor medida a la población de Bilbao, son los tumores y las enfermedades del aparato circulatorio. En el caso de los hombres, la primera causa de muerte es la relacionada con los tumores, con el 37,7% de los fallecimientos, mientras en las mujeres son las enfermedades del aparato circulatorio, con un 30,0% del total. En el caso de la segunda causa de muerte, el patrón se invierte, siendo las enfermedades circulatorias en los hombres (26,8%) y los tumores en las mujeres (24,7%).

Además, destacan aunque en mucha menor medida, las enfermedades del aparato respiratorio, que son la causa de muerte del 9,2% de los hombres y del 8,4% de las mujeres, y las enfermedades del aparato digestivo, con el 4,6% y el 4,9% respectivamente.

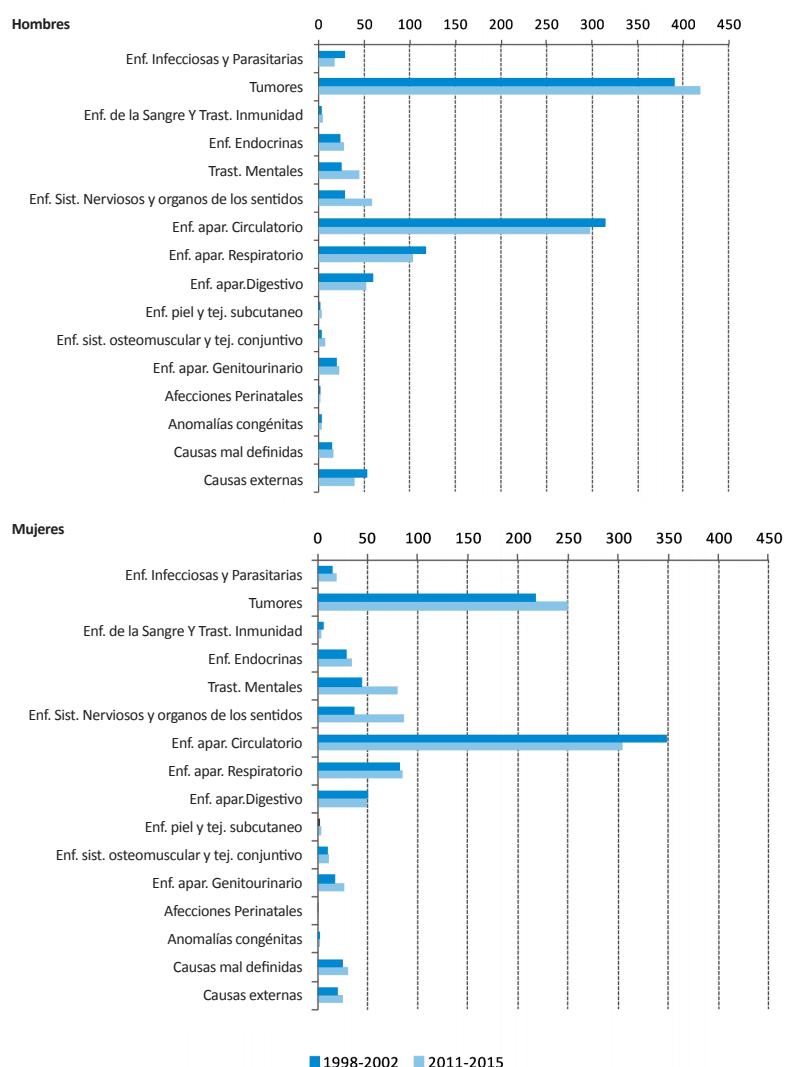
Tabla 5.2. Causas de muerte agrupadas. Porcentaje sobre el total y tasas por 100.000 habitantes Bilbao 2011-2015.

	Hombres		Mujeres	
	%	Tasa por 100.000	%	Tasa por 100.000
Enf.Infecciosas y Parasitarias	1,6	17,5	1,9	19,2
Tumores	37,7	419,4	24,7	250,3
Enf.de la Sangre y Trast.Inmunidad	0,4	4,1	0,4	4,3
Enf.Endocrinas	2,4	27,1	3,4	34,6
Trast.Mentales	4,0	44,7	7,9	79,6
Enf.Sist.Nervioso y organos de los sentidos	5,2	57,6	8,4	85,5
Enf.apar.Circulatorio	26,8	297,7	30	303,9
Enf.apar.Respiratorio	9,2	102,8	8,4	84,7
Enf.apar.Digestivo	4,6	51,5	4,9	49,8
Enf.piel y tej.subcutaneo	0,3	3,4	0,4	4,2
Enf.sist.osteomuscular y tej. conjuntivo	0,6	6,4	1,2	11,9
Enf.apar.Genitourinario	1,9	21,6	2,6	26,2
Afecciones Perinatales	0,1	1,5	0,1	1,4
Anomalías congénitas	0,2	2,7	0,2	2,2
Causas mal definidas	1,4	15,3	3,0	30,1
Causas externas	3,6	39,6	2,5	25
TOTAL	100	1.112,7	100	1.012,8

Fuente: elaboración propia a partir de datos Departamento de Salud.

Por otro lado, en los siguientes dos gráficos se puede observar la evolución en las causas de muerte entre el periodo 1998-2002 y 2011-2015 en hombres y en mujeres. Las tasas de mortalidad por tumores han aumentado en el último periodo, tanto en hombres como en mujeres, pasando entre los hombres de 390,9 muertes por 100.000 habitantes en 1998-2002 a 419,4 en 2011-2015, y entre las mujeres de 217,6 a 250,3 muertes por 100.000. También se aprecia un importante aumento en ambos sexos en las tasas de mortalidad por trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos, incrementos que son más acusados en el caso de las mujeres. Por el contrario, las muertes por enfermedades del aparato circulatorio han disminuido entre los dos periodos analizados tanto en hombres como en mujeres, al igual que han descendido también la mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio y del digestivo en los hombres, continuando similares en las mujeres.

Gráfico 5.34. Cambio de 1998-2002 a 2011-2015 de las tasas de mortalidad (100.000 h los diferentes grupos de causas de muerte. Bilbao.



Fuente: elaboración propia a partir de datos Departamento de Salud.

Teniendo en cuenta las causas de muerte más específicas y atendiendo al peso que tienen sobre el total de fallecimientos, se aprecia que entre los hombres la cardiopatía isquémica es la principal causa (9,6%) y entre las mujeres lo son los trastornos mentales orgánicos senil y presenil (7,8%) y las enfermedades cerebrovasculares (7,7%). Asimismo, también son relevantes entre los hombres los tumores malignos de la tráquea, de los bronquios pulmón (8,9%), las enfermedades cerebrovasculares (6,0%), los tumores malignos de colon (4,2%), o las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (4,1%). En las mujeres, destacan también en tercer lugar la cardiopatía isquémica (5,8%), seguida de la enfermedad de Alzheimer (5,6%) o las enfermedades hipertensivas (4,4%).

Tabla 5.3. Porcentaje de defunciones de las diez causas principales sobre el total por sexo. Bilbao 2011-2015.

Hombres	%	Mujeres	%
Cardiopatía isquémica	9,6	Trastornos mentales orgánicos senil y presenil	7,8
Tumores malignos de la tráquea, de los bronquios pulmón	8,9	Enfermedades cerebrovasculares	7,7
Enfermedades cerebrovasculares	6,0	Cardiopatía isquémica	5,8
Tumor maligno de colon	4,2	Enfermedad de Alzheimer	5,6
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto asma)	4,1	Enfermedades hipertensivas	4,4
Trastornos mentales orgánicos senil y presenil	3,8	Tumor maligno de mama	3,8
Tumor maligno de próstata	3,1	Insuficiencia cardíaca	3,5
Enfermedad de Alzheimer	2,3	Tumores malignos de la tráquea, de los bronquios pulmón	3,0
Tumor maligno de vejiga	2,1	Tumor maligno de colon	2,8
Tumor maligno de estomago	2,0	Diabetes mellitus	2,4

Fuente: elaboración propia a partir de datos Departamento de Salud.

Estas principales causas de muerte son diferentes según los grupos de edad de la población. Así, entre la población infantil más del 40% de las muertes se producen por afeciones perinatales y como segunda causa se encuentran las anomalías congénitas. En la etapa joven, entre los 15 y los 34 años, las causas externas son las más importantes, que suponen el 46,4% de las muertes en los hombres y el 30,8% en las mujeres. De entre estas causas externas las más prevalentes, con el 24,6% en los hombres y el 19,2% en las mujeres, son el suicidio y lesiones autoinflingidas. Otras causas de muerte prevalentes en este grupo de edad son también las enfermedades del corazón (10,1%) y los accidentes de tráfico (7,2%) en los hombres, y los tumores malignos del labio, de la cavidad bucal y de la faringe (7,7%), y el tumor maligno de mama (7,7%) en las mujeres.

Entre los 35 y los 79 años son los tumores la principal causa de muerte, tanto en hombres como en mujeres, especialmente en el grupo de 50 a 64 años, en el que suponen el 54,2% de las muertes masculinas y el 66,4% de las femeninas. En esos grupos de edad, destacan también las enfermedades del aparato circulatorio, en especial entre los hombres, provocando entre el 23% y el 29% de las muertes entre los 35 y los 79 años.

A partir de los 80 años, son las enfermedades circulatorias la principal causa de muerte (30,7% de las muertes masculinas y 34,1% de las femeninas) seguidas de los tumores. Atendiendo a causas más específicas, destacan dentro de las muertes relacionadas con el aparato circulatorio, las enfermedades cerebrovasculares con el 7,1% de las muertes en los hombres y el 8,5% en las mujeres. En estas últimas a edades avanzadas los trastornos mentales orgánicos senil y presenil suponen el 10% de las muertes.

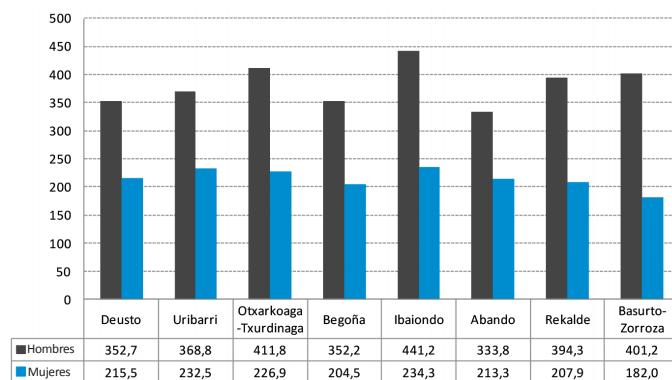
Tabla 5.4. Principales causas de muerte en los diferentes grupos de edad. Bilbao 2011-2015.

Edad	Hombres	%	Mujeres	%
1-14	Afecciones perinatales	40,0	Afecciones perinatales	46,4
	Anomalías congénitas	16,7	Anomalías congénitas	10,7
15-34	Causas externas	46,4	Tumores	46,2
	Tumores	26,1	Causas externas	30,8
35-49	Tumores	29,0	Tumores	55,7
	Enf. Apar. Circulatorio	26,1	Causas externas	14,9
50-64	Tumores	54,2	Tumores	66,4
	Enf. Apar. Circulatorio	29,2	Enf. Apar. Circulatorio	11,7
65-79	Tumores	49,3	Tumores	44,5
	Enf. Apar. Circulatorio	23,9	Enf. Apar. Circulatorio	23,3
80 y más	Enf. Apar. Circulatorio	30,7	Enf. Apar. Circulatorio	34,1
	Tumores	27,1	Tumores	15,3

Fuente: elaboración propia a partir de datos Departamento de Salud.

Las principales causas de muerte no se distribuyen por igual en los distritos de Bilbao, encontrándose tasas de mortalidad más alta en unos distritos que en otros. En el caso de las principales causas de muerte entre la población bilbaína, los tumores, en el siguiente gráfico se puede observar que la tasa de mortalidad por 100.000 hombres es mayor en los distritos de Ibaiondo y Otxarkoaga-Txurdinaga, con tasas de 441,2 muertes y 411,8 muertes, respectivamente, entre 2009 y 2013. A estos les siguen Rekalde y Basurto-Zorroza, y, sin embargo, la tasa es acusadamente menor en los distritos de Begoña y Abando. En las mujeres las diferencias en las tasas son menores, aunque siguen el mismo patrón que en los hombres. En todo caso, la mortalidad por tumores es mucho mayor en hombres que en mujeres, en todos los distritos.

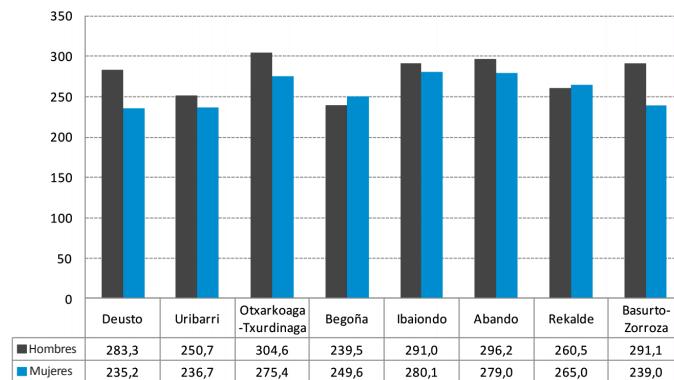
Gráfico 5.35. Tasa de mortalidad estandarizada por tumores según distrito y por sexo. Bilbao, 2009-2013.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de los Perfiles de Salud elaborados por la Unidad de Vigilancia Epidemiológica de Bizkaia. Departamento de Salud.

En el caso de las enfermedades del aparato circulatorio las diferencias en la tasa de mortalidad entre distritos, aunque existentes, son menores que en el caso de los tumores. Los distritos con mayores tasas son Otxarkoaga-Txurdinaga y Abando, con 304,6 muertes por 100.000 hombres y 296,2 muertes por 100.000 hombres, respectivamente. Begoña y Uribarri son los distritos con menor tasa en los hombres. En el caso de las mujeres, Ibaiondo, Abando y Otxarkoaga-Txurdinaga destacan por su mayor tasa, mientras Deusto y Uribarri tienen las menores tasas de mortalidad de mujeres por enfermedades del aparato circulatorio de Bilbao.

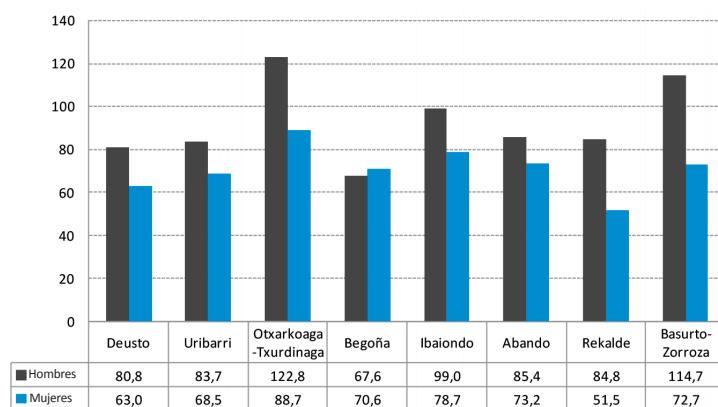
Gráfico 5.36. Tasa de mortalidad estandarizada por enfermedades del aparato circulatorio según distrito y por sexo. Bilbao, 2009-2013.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de los Perfiles de Salud elaborados por la Unidad de Vigilancia Epidemiológica de Bizkaia. Departamento de Salud.

Finalmente, en el caso de la mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio, tercera causa de muerte en el conjunto de Bilbao, son los distritos de Otxarkoaga-Txurdinaga y Basurto-Zorroza los que mayor tasa de mortalidad por esta causa presentan, superando las 122 y 114 muertes por 100.000 hombres en el periodo de 2009 a 2013. Por el contrario, Begoña tiene la tasa más baja, 67,6 muertes por 100.000 hombres. Por otro lado, en las mujeres las tasas de mortalidad más altas se encuentran en Otxarkoaga-Txurdinaga e Ibaiondo, y la menor en Rekalde. Las diferencias en las tasas de mortalidad entre hombres y mujeres son destacables en el caso de los distritos de Otxarkoaga-Txurdinaga, Rekalde y Basurto-Zorroza.

Gráfico 5.37. Tasa de mortalidad estandarizada por enfermedades del aparato respiratorio según distrito y por sexo. Bilbao, 2009-2013.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de los Perfiles de Salud elaborados por la Unidad de Vigilancia Epidemiológica de Bizkaia. Departamento de Salud.

Si observamos el mayor o menor riesgo de morir por diferentes causas que las personas residentes en los diferentes barrios de Bilbao tienen respecto al riesgo del conjunto de la población de la CAPV, podemos ver importantes diferencias entre barrios. Entre los hombres, Otxarkoaga, Bilbao La Vieja y San Francisco vuelven a destacar como las zonas con mayores riesgos, especialmente en relación a enfermedades como el SIDA, siendo 2,169, 2,713 y 6,085 veces mayor respectivamente. También Atxuri por esta causa muestra una probabilidad 2,330 veces mayor que la CAPV. Además, los hombres de Otxarkoaga destacan por tener mayores riesgos de morir por enfermedades como el cáncer de páncreas, cáncer de mama, enfermedad isquémica del corazón, EPOC, infecciones respiratorias agudas, neumonía y gripe, o enfermedades del sistema circulatorio (tabla 5.5). Asimismo, Bilbao La Vieja se distingue por un mayor riesgo de cáncer de páncreas, de infecciones respiratorias agudas, neumonía y gripe, o de enfermedades del sistema circulatorio. Por su parte, en San Francisco destaca el cáncer de mama, la enfermedad isquémica del corazón, o las enfermedades infecciosas y parasitarias. Finalmente, entre los hombres de Txurdinaga se observa mayor riesgo de morir por infecciones respiratorias agudas, neumonía y gripe, demencias y enfermedad del Alzheimer, y SIDA que entre los hombres del conjunto de la CAPV. Por el contrario, los barrios del distrito de Deusto, Abando y Uribarri, especialmente San Pedro de Deusto, Indautxu, Castaños y Uribarri, tienen un menor riesgo de morir por EPOC. Por el resto de causas, no se aprecian grandes diferencias entre los barrios respecto a la CAPV.

Entre las mujeres residentes en los barrios bilbaínos se observan menores diferencias respecto al conjunto de las mujeres de la CAPV. Sin embargo, sí son destacables los mayores riesgos de cáncer de pulmón en barrios como Castaños, Matiko o Abando, con más de un 20% más de probabilidades de morir por esta causa. De nuevo, también entre las mujeres, los barrios de Bilbao La Vieja, San Francisco y San Adrián presentan mayores riesgos de muerte por SIDA (1,573, 1,515 y 1,427 respectivamente). Por otro lado, las mujeres de Atxuri tienen un 24,3% más de probabilidades de morir por enfermedades infecciosas y parasitarias. Por el contrario, las mujeres de todos los barrios de Bilbao tienen menor riesgo que el conjunto de las vascas de morir por diabetes, especialmente en el caso de las mujeres de Indautxu, Basurto, Masustegi-Monte Carmelo, Altamira, La Ribera o San Pedro de Deusto.

Tabla 5.5. Riesgos relativos de mortalidad estimados para diferentes causas, según barrio y sexo. 2008-2012.

HOMBRES		Cáncer de estómago	Cáncer de colon	Cáncer de páncreas	Cáncer de pulmón	Cáncer de mama	Diabetes	Demenzia y enfer. de Alzheimer	Enfer. Isquém. del corazón	Enfer. cerebro- vasculares	EPOC	Infec. respirat. agudas, neumonía y gripe	Cirrosis	SIDA	Suicidio	Tumores malignos	Enfer. del sist. circul.	Causas externas	Enfer. Infec. y parasit.	Enfer. sist. respir.
		DEUSTO	IBARRARI	OTXARKOAGA-TXURDINAGA	BEGOÑA	IBAIONDO	ABANDO	REKALDE	BASURTO-ZORROZA											
Ibarrekolanda	0,979	1,048	0,976	0,985	0,970	0,934	0,901	1,202	0,984	0,836	0,960	0,900	0,741	0,948	0,997	1,053	0,981	0,987	0,891	
Arangoiti	0,978	1,067	1,021	0,970	0,975	0,933	1,023	1,224	1,003	0,850	1,070	0,851	0,606	0,956	0,981	1,089	0,978	0,950	0,862	
San Ignacio	0,984	1,037	1,016	1,004	1,007	0,948	0,919	1,217	0,994	0,821	0,892	0,866	0,780	0,950	1,043	1,076	0,975	0,958	0,914	
Elorrieta	0,985	1,040	1,059	1,004	1,047	1,008	0,911	1,139	1,000	0,871	0,944	0,827	0,734	0,961	1,076	1,113	0,982	0,990	0,967	
S.P. Deusto	0,983	1,016	0,994	0,976	0,957	0,919	0,993	1,135	0,999	0,782	1,017	0,928	0,698	0,940	0,927	1,065	0,972	0,995	0,841	
La Ribera	1,002	1,039	1,005	1,017	1,012	0,930	1,066	1,161	0,986	0,890	0,949	0,874	1,012	0,941	0,987	1,050	0,955	1,074	0,916	
URIBARRI																				
Castaños	1,004	0,989	1,032	0,977	0,940	0,928	0,975	1,064	1,017	0,779	1,068	0,909	0,925	0,928	0,959	1,042	0,962	0,986	0,832	
Uribarri	1,028	1,003	1,063	0,957	0,903	0,971	0,946	1,036	1,013	0,777	1,006	0,903	0,981	0,945	0,995	0,979	0,967	1,000	0,857	
Matiko	1,011	1,002	1,040	0,969	0,901	0,946	0,991	1,024	1,016	0,796	1,095	0,887	0,952	0,933	0,952	0,981	0,964	1,022	0,843	
Ciudad Jardín	1,007	1,012	1,065	0,968	0,886	0,972	0,987	1,037	1,014	0,836	0,996	1,027	0,819	0,959	0,957	1,004	1,005	0,981	0,857	
Zurbaran	1,028	0,990	1,019	0,968	0,921	0,974	1,022	1,075	1,013	0,866	0,954	0,904	0,926	0,941	0,992	1,055	0,968	0,985	0,936	
Arabella	1,029	0,998	1,031	0,966	0,951	1,046	1,069	1,019	1,001	0,936	1,004	0,919	0,961	0,941	0,975	0,992	0,974	0,999	0,958	
OTXARKOAGA-TXURDINAGA																				
Otxarkoaga	1,008	1,018	1,120	0,970	1,227	0,976	0,929	1,202	1,034	1,247	1,485	0,939	2,169	0,950	1,079	1,198	0,982	1,015	1,065	
Txurdinaga	1,007	1,018	1,092	0,969	1,061	0,986	1,119	1,072	1,018	1,020	1,204	1,010	1,110	0,939	1,030	1,063	0,975	0,947	0,967	
BEGOÑA																				
Begoña	1,011	0,995	1,045	0,962	0,927	0,984	0,932	1,095	0,997	0,866	0,986	0,913	1,053	0,937	0,967	1,073	0,970	0,967	0,885	
Santutxu	1,015	1,030	1,131	0,960	1,005	0,956	0,984	1,035	1,006	0,904	1,044	0,886	1,271	0,936	1,059	1,007	0,969	0,958	0,912	
Bolueta	1,006	1,064	1,131	0,968	1,110	0,978	1,020	1,076	1,012	1,033	1,083	0,951	1,021	0,934	1,120	1,031	0,964	0,931	1,008	
IBAIONDO																				
Casco Viejo	1,017	1,030	1,085	0,956	0,996	0,986	1,055	1,206	1,009	0,863	1,053	0,827	1,742	0,937	1,001	1,110	0,959	1,035	0,939	
Atxuri	1,019	1,044	1,167	0,956	1,019	0,980	1,044	1,062	1,012	0,804	1,034	0,855	2,330	0,952	1,086	1,053	0,983	1,053	0,885	
La Peña	1,021	1,041	1,188	0,963	1,030	0,940	1,013	1,060	1,001	1,089	1,058	0,794	1,315	0,929	1,146	0,968	0,961	0,998	1,072	
Zabala	1,013	1,070	1,160	0,990	1,046	0,966	1,053	1,052	1,016	0,995	1,037	0,812	1,811	0,962	1,073	1,058	0,980	1,071	0,999	
San Adrián	1,002	1,025	1,184	0,964	1,004	0,943	1,029	1,032	1,003	1,030	1,004	0,750	0,919	0,932	1,039	0,971	0,969	1,039	1,043	
Miribilla	1,014	1,034	1,217	0,969	1,053	0,945	1,003	1,049	1,015	1,002	1,037	0,747	1,278	0,931	1,098	1,081	0,954	1,057	1,008	
Soloköetxe	1,022	1,027	1,115	0,972	0,957	0,976	1,099	1,097	1,014	0,825	1,008	0,829	1,768	0,949	1,046	1,066	0,981	0,983	0,920	
Iturrealde	1,014	1,016	1,091	0,961	0,936	0,969	0,981	1,125	1,005	0,834	1,006	0,841	1,305	0,94	1,007	1,065	0,976	0,958	0,920	
Bilbao la Vieja	1,029	1,041	1,214	0,965	1,093	0,952	1,012	1,163	1,023	0,966	1,111	0,783	2,713	0,938	1,140	1,199	0,980	1,156	1,000	
San Francisco	1,015	1,039	1,181	0,975	1,115	0,946	1,011	1,173	1,020	0,975	1,103	0,802	6,085	0,949	1,115	1,162	0,987	1,265	0,987	
ABANDO																				
Abando	1,001	1,012	1,059	0,99	1,007	0,915	0,958	1,109	1,016	0,817	1,056	0,869	1,096	0,930	0,989	1,088	0,955	1,032	0,874	
Indautxu	0,986	1,024	1,039	1,009	1,049	0,930	0,909	1,148	1,000	0,716	0,955	0,880	0,794	0,930	0,995	1,068	0,956	0,999	0,845	
REKALDE																				
Ametzola	1,003	1,052	1,054	0,991	1,108	0,974	0,891	1,091	1,007	0,752	0,939	0,851	0,791	0,928	1,014	1,024	0,979	1,029	0,881	
Iralabarri	1,005	1,025	1,115	1,004	1,051	0,966	0,980	1,062	1,001	0,909	0,986	0,802	0,884	0,962	1,080	0,993	0,979	1,036	0,929	
Errekaldeberri	1,007	1,034	1,111	1,002	1,143	1,014	0,989	1,069	1,007	0,970	1,060	0,803	0,841	0,935	1,091	1,009	0,967	1,020	0,956	
Larraskitu	1,013	1,070	1,145	0,966	1,121	0,984	1,161	0,967	1,000	1,028	0,995	0,773	0,798	0,947	1,087	0,902	0,971	1,073	0,927	
Uretamendi	1,002	1,048	1,121	0,993	1,181	1,020	1,087	1,093	1,012	0,939	1,121	0,857	1,029	0,936	1,070	1,050	0,978	1,054	1,000	
Iturr.-Peñas.	1,000	1,027	1,172	0,996	1,207	1,018	1,160	1,097	1,019	0,981	1,162	0,825	0,889	0,935	1,123	1,046	0,971	1,021	0,998	
BASURTO-ZORROZA																				
Basurto	0,983	1,056	1,043	1,020	1,125	0,976	0,877	1,274	1,001	0,759	0,961	0,873	0,797	0,955	1,017	1,114	0,977	1,015	0,919	
Zorrotza	1,003	1,085	1,077	0,983	1,149	0,961	0,896	1,182	1,000	1,112	1,036	0,882	0,951	0,951	1,128	1,093	0,983	1,055	1,073	
Olabeaaga	0,995	1,094	1,051	1,004	1,169	0,995	0,918	1,160	0,996	0,835	1,062	0,884	1,218	0,970	1,084	1,065	0,981	1,046	0,877	
Altamira	0,992	1,017	1,102	0,977	1,411	0,948	0,879	1,209	1,008	0,898	1,056	0,959	1,019	0,949	1,145	1,132	0,984	1,001	0,942	
Masus-Monte Caramelo	0,989	1,042	1,057	0,989	1,346	0,976	0,984	1,211	1,000	0,853	1,027	0,873	1,174	0,944	1,052	1,155	0,967	1,054	0,940	

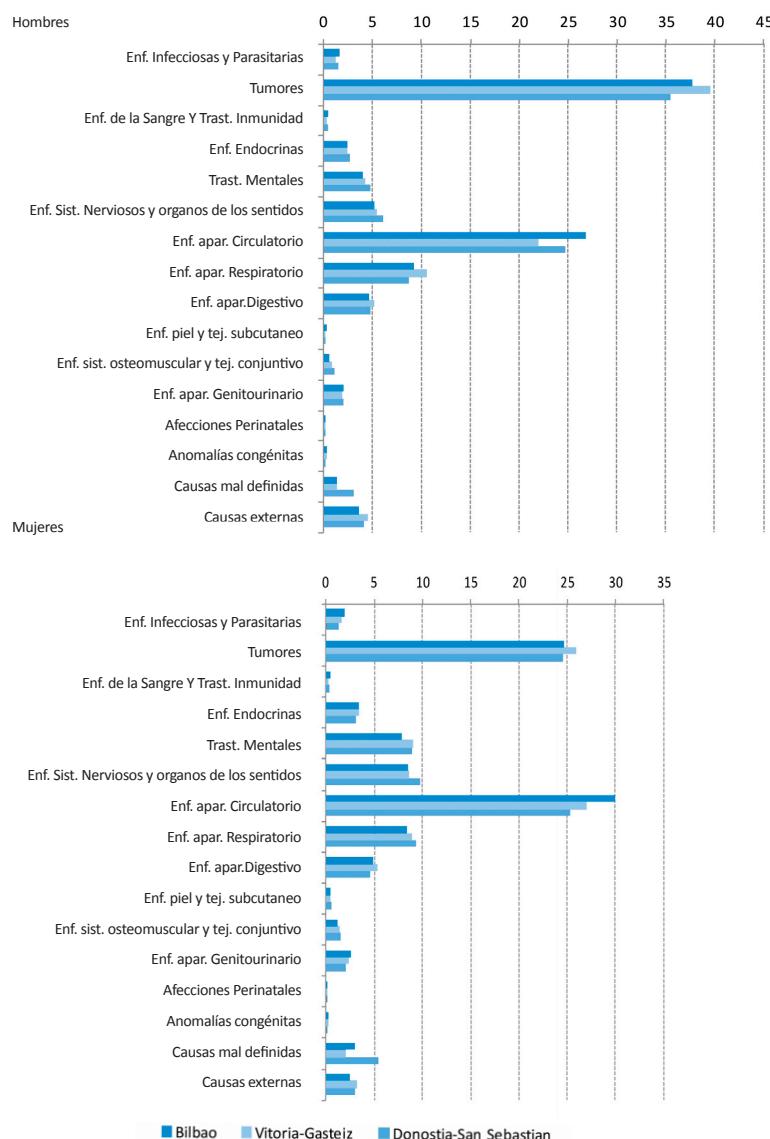
Tabla 5.5. Riesgos relativos de mortalidad estimados para diferentes causas, según barrio y sexo. 2008-2012.

MUJERES	Cáncer de estómago	Cáncer de colon	Cáncer de páncreas	Cáncer de pulmón	Cáncer de mama	Diabetes	Demenia y enfer. de Alzheimer	Enfer. Isquém. del corazón	Enfer. cerebro- vasculares	EPOC	Infec. respirat. agudas, neumonía y gripe	Cirrosis	SIDA	Suicidio	Tumores malignos	Enfer. del sist. circul.	Causas externas	Enfer. Infec. y parasí.	Enfer. sist. resp.						
	DEUSTO	Arangoiti	San Ignacio	Elorrieta	S.P. Deusto	La Ribera	Ibarrekolanda	0,978	1,013	0,933	1,045	1,027	0,694	1,080	1,011	1,005	0,797	0,998	1,086	1,053	1,033	1,017	0,905	0,975	1,054
Otxarkoaga-Txurdinaga																									
Otxarkoaga	1,002	1,019	0,894	0,955	1,007	0,864	0,941	1,094	0,988	0,950	0,796	1,042	0,978	1,021	1,025	0,951	0,986	1,100	0,960						
Txurdinaga	0,994	1,019	0,909	0,961	1,018	0,850	1,159	1,115	0,998	0,833	0,853	1,039	0,959	1,009	1,025	0,959	0,976	1,066	0,949						
Begoña																									
Begoña	0,985	1,027	0,938	1,052	1,006	0,836	0,864	0,982	1,005	0,801	0,851	1,060	1,008	1,000	1,034	0,922	0,980	1,135	0,858						
Santutxu	0,991	1,023	0,918	1,009	1,024	0,853	0,945	1,019	1,018	0,762	0,870	1,054	1,059	1,005	1,032	0,991	0,978	1,088	0,912						
Bolueta	0,991	1,022	0,914	0,982	1,037	0,898	0,997	1,042	1,004	0,828	0,841	1,047	0,995	1,017	1,025	0,989	0,981	1,026	0,940						
Ibaiondo																									
Casco Viejo	0,981	1,033	0,961	1,141	0,992	0,755	0,823	0,945	0,988	1,062	0,957	1,070	1,099	1,005	1,041	0,923	0,976	1,086	1,028						
Atxuri	1,001	1,029	0,916	1,042	1,033	0,822	0,919	1,012	1,016	0,782	0,850	1,064	1,181	0,993	1,039	1,002	0,979	1,243	0,840						
La Peña	0,994	1,021	0,951	1,026	1,000	0,809	1,156	0,992	1,001	0,948	0,879	1,067	1,163	1,006	1,030	0,942	0,980	1,101	0,950						
Zabala	0,991	1,032	0,913	1,187	1,006	0,829	1,130	0,928	1,027	0,810	1,005	1,134	1,304	0,989	1,041	0,999	0,985	1,075	0,942						
San Adrián	1,001	1,014	0,919	1,053	1,012	0,764	0,846	0,899	0,986	0,810	0,922	1,104	1,427	0,987	1,033	0,885	0,977	1,164	0,918						
Miribilla	0,997	1,024	0,922	1,091	0,996	0,766	1,170	0,943	0,984	0,912	1,012	1,106	1,377	0,985	1,038	0,900	0,985	1,182	1,130						
Solokoetxe	1,001	1,032	0,938	1,039	1,004	0,839	0,843	0,936	1,018	0,726	0,881	1,048	1,097	0,988	1,037	0,937	0,980	1,161	0,838						
Iturrealde	0,994	1,033	0,931	1,057	1,017	0,870	0,831	0,953	0,998	0,797	0,856	1,057	1,050	1,003	1,035	0,932	0,985	1,164	0,824						
Bilbao la Vieja	0,998	1,027	0,920	1,087	1,003	0,908	1,036	1,034	0,981	1,103	0,940	1,102	1,573	0,997	1,039	0,960	0,991	1,281	1,088						
San Francisco	0,995	1,023	0,925	1,196	0,992	0,841	0,868	1,038	1,015	1,039	0,969	1,131	1,515	1,006	1,042	1,058	0,995	1,212	0,950						
ABANDO																									
Abando	0,967	1,018	0,930	1,214	1,010	0,780	0,950	0,915	1,017	0,935	1,086	1,091	1,084	1,016	1,030	0,996	0,971	1,147	0,991						
Indautxu	0,963	1,014	0,943	1,155	1,008	0,692	0,839	0,895	1,009	0,934	1,053	1,092	1,066	0,995	1,023	0,997	0,969	1,044	0,990						
REKALDE																									
Ametzola	0,967	1,011	0,897	1,173	1,009	0,761	0,830	0,879	1,016	0,730	1,016	1,084	1,106	0,977	1,028	0,967	0,963	1,027	0,856						
Iralabarri	0,982	1,018	0,913	1,153	1,004	0,691	0,894	0,923	1,012	0,814	0,968	1,096	1,166	1,001	1,029	0,961	0,975	1,036	0,887						
Errekaldeberri	0,981	1,011	0,894	1,042	1,019	0,719	1,141	0,933	1,015	0,800	0,981	1,075	1,222	0,986	1,014	0,985	0,981	0,997	0,934						
Larraskitu	0,983	1,021	0,874	1,033	0,999	0,670	0,785	0,888	0,997	0,899	0,898	1,068	1,195	0,992	1,017	0,896	0,978	0,999	0,915						
Uretamendi	0,981	1,012	0,885	1,006	1,012	0,735	1,014	0,996	1,020	0,741	0,961	1,076	1,162	0,983	1,016	1,024	0,973	1,006	0,844						
Iturr.-Peñas.	0,997	1,007	0,884	0,994	1,012	0,802	1,187	0,959	1,016	0,839	0,953	1,057	1,111	0,983	1,016	0,947	0,973	1,029	0,922						
BASURTO-ZORROZA																									
Basurto	0,964	1,025	0,904	1,110	1,008	0,644	0,960	0,887	1,004	0,999	1,136	1,078	1,083	0,984	1,018	1,011	0,973	0,957	1,044						
Zorrotza	0,993	1,005	0,898	0,983	1,008	0,804	0,925	1,032	0,985	1,061	0,956	1,052	1,155	1,012	1,009	0,878	0,973	1,095	1,019						
Olabeaga	0,971	1,031	0,898	1,048	1,001	0,806	0,858	0,933	0,998	0,842	0,992	1,072	1,071	0,997	1,014	0,939	0,972	0,978	0,866						
Altamira	0,987	1,005	0,876	0,999	1,016	0,690	0,940	0,909	0,995	0,743	0,966	1,059	1,073	0,993	1,012	0,909	0,961	0,949	0,782						
Masus-Monte Caramelo	0,984	1,003	0,879	1,029	0,995	0,665	0,954	0,939	1,014	0,735	1,049	1,071	1,095	0,984	1,009	0,945	0,960	0,942	0,914						

Fuente: www.atlaseuskadi.com a partir de datos Departamento de Salud. Gobierno Vasco

En las tres capitales vascas el peso que tienen las principales causas de muerte es coincidente, aunque con algunas pequeñas diferencias. Así, entre los hombres el porcentaje de muertes por tumores sobre el total de defunciones es algo menor en Bilbao que en Vitoria-Gasteiz, aunque mayor que en Donostia-San Sebastián. Lo mismo ocurre en las muertes por enfermedades del aparato respiratorio. Sin embargo, en el caso de las defunciones por enfermedades del aparato circulatorio Bilbao presenta un mayor porcentaje (26,7%) que Donostia-San Sebastián (24,8%) y que Vitoria-Gasteiz (22,0%). Por otro lado, entre las mujeres, el porcentaje de fallecimientos por tumores sobre el total de muertes es bastante similar en Bilbao y Donostia-San Sebastián, y es algo menor que en Vitoria-Gasteiz. Es destacable, sin embargo, la mayor prevalencia de muertes por enfermedades del aparato circulatorio en las mujeres de Bilbao (30,0%) que en las de Vitoria-Gasteiz (27,0%) y las de Donostia-San Sebastián (25,3%).

Gráfico 5.38. Porcentaje de los diferentes grupos de causas de muerte sobre el total de defunciones por ciudad. Bilbao, Vitoria-Gasteiz y Donostia-San Sebastian 2011-2015.



Fuente: elaboración propia a partir de datos Departamento de Salud.

5.2.3 Esperanzas de salud

La esperanza de vida en buena salud es una medida que permite describir la salud de una población teniendo en cuenta no solamente sus pautas de mortalidad, sino también información sobre el estado de salud. De esta forma, permite distinguir dentro de los años que se esperan vivir, cuántos se vivirán en buen y en mal estado de salud. Para ello se pueden analizar diferentes indicadores que toman en cuenta tres medidas de estado de salud: la salud percibida, el padecimiento de problemas crónicos o la discapacidad.

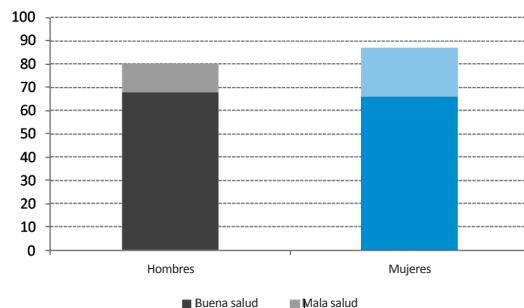
En el caso de la esperanza de vida en buen estado de salud, en Bilbao en el periodo 2011-2015, de los 80,0 años que los hombres esperaban vivir al nacer, 67,7 años eran en buena salud (84,6% del total), mientras que 12,3 eran años en mala salud. En el caso de las mujeres, su esperanza de vida fue de 87,0 años, de los cuales 65,9 años eran en buena salud (75,8% del total) y 21,1 en mala salud.

Considerando los problemas crónicos, en el caso de los hombres, de los 80,0 años de esperanza de vida total al nacer, 39,6 años los esperaron vivir sin problemas crónicos y 40,4 con algún problema crónico. En el caso de las mujeres, de los 87,0 años de esperanza de vida total, 39,8 años los esperaron vivir sin enfermedades crónicas, mientras que 47,1 los vivirían con algún problema crónico. Como resultado, del total de esperanza de vida, los hombres esperaban vivir el 49,8% libre de enfermedades crónicas, mientras que las mujeres el 45,8%.

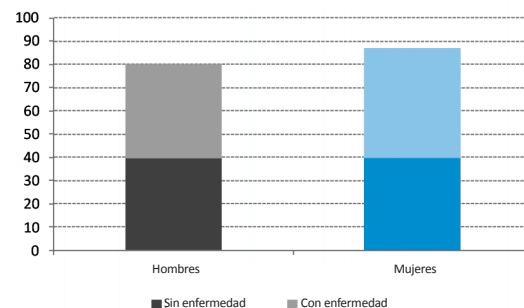
Por último, si consideramos la discapacidad, la esperanza de vida libre de discapacidad fue de 73,0 años en hombres y de 74,4 años en mujeres. Así, los 7,0 años restantes en hombres y los 12,6 en mujeres se esperaban vivir con una discapacidad. Ello supone que, del total de esperanza de vida, los hombres esperan vivir el 91,3% sin discapacidad, y las mujeres el 85,6%.

Gráfico 5.39. Esperanza de vida (EV) (total de la barra) y esperanza de vida según diferentes estados de salud al nacer. Bilbao, 2011-2015.

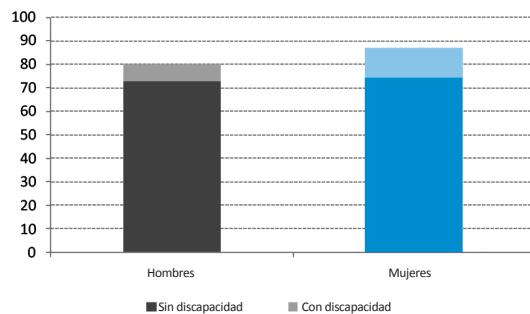
EV en buen/mal estado de salud



EV sin/con problemas crónicos



EV sin/con discapacidad



Fuente: elaboración propia a partir de datos Departamento de Salud y Ayuntamiento de Bilbao

6.

CAPÍTULO

Determinantes sociales de la salud de la población de Bilbao

- 6.1 Conductas relacionadas con la salud**
- 6.2 Entorno físico**
- 6.3 Entorno social**
- 6.4 Condiciones socioeconómicas y ejes de desigualdad social en salud**



6.1 Conductas relacionadas con la salud

En este apartado se describen las principales conductas relacionadas con la salud -alimentación, actividad física, y consumo de alcohol y tabaco- tanto para el total de la población de Bilbao como según diferentes características sociodemográficas.

Para comenzar, se observa que la mayoría de la población realiza actividad física de intensidad moderada o alta, si bien el 19,6% de los hombres y el 32,0% de las mujeres tienen una actividad física sedentaria. En relación con el consumo de alimentación saludable, destaca que más del 60% de hombres y el 70% de mujeres consumen diariamente fruta, mientras que la ingesta diaria de verdura es muy inferior, alcanzando el 20% y el 30% de hombres y mujeres, respectivamente. El consumo de cinco raciones de estos dos tipos de alimentos se aleja de los resultados de las cifras anteriores, ya que únicamente el 9,2% de hombres y el 12,0% de mujeres lo realiza diariamente.

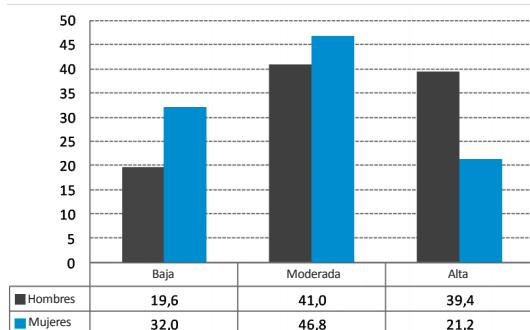
Por otro lado, con relación a la distribución del peso de la población, muy relacionada con las dos dimensiones anteriores, destaca que la mayor parte de la población de Bilbao tiene un peso normal, si bien el sobrepeso alcanza al 41,6% de los hombres y al 29,0% de las mujeres. La obesidad, alcanza al 14,2% de los hombres y al 13,2% de las mujeres.

Respecto al consumo de tabaco, la mayoría de la población de Bilbao nunca ha fumado. Por el contrario, el 26,6% de hombres y un 16,3% de mujeres tienen un consumo habitual de tabaco. De forma ocasional fuman el 4,1% de los hombres y el 2,7% de las mujeres.

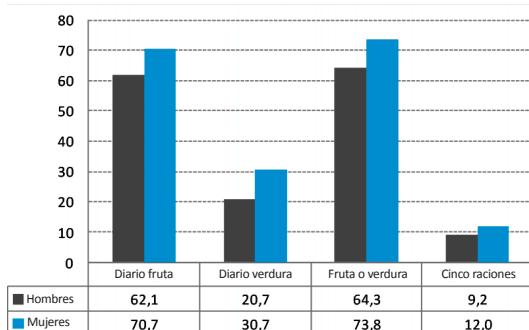
Por último, y en cuanto al consumo de alcohol, el patrón entre hombres y mujeres varía ligeramente. En las mujeres, destaca claramente el porcentaje de población que no bebe alcohol o lo hace ocasionalmente (61,4%), siendo tan sólo el 14,4% el porcentaje de aquellas que consumen alcohol en cantidades que suponen un alto riesgo a largo plazo de tener problemas de salud. En los hombres, la prevalencia del consumo de alto riesgo es superior (25,1%), mientras que el 37,3% tiene un consumo de bajo riesgo, porcentaje similar al de los hombres que no bebe o solo lo hace ocasionalmente (37,7%).

Gráfico 6.1. Prevalencia de conductas relacionadas con la salud según sexo. Población de 15 y más años. Bilbao, 2013.

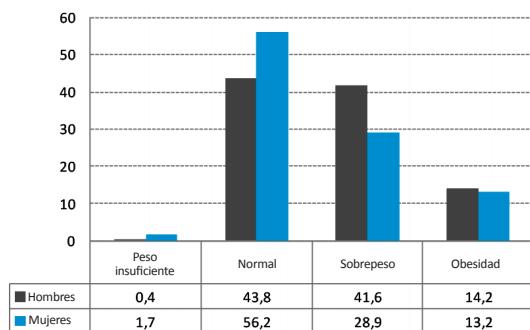
Actividad física



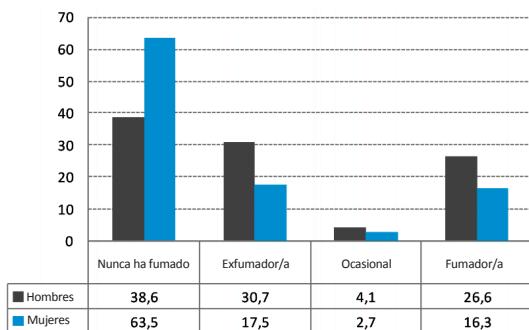
Consumo diario fruta y/o verdura



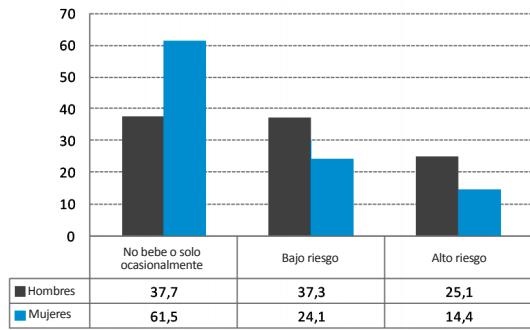
Obesidad



Consumo de tabaco



Consumo de alcohol de alto riesgo



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

El patrón de este conjunto de conductas relacionadas con la salud difiere según la edad de la población. Comenzando con la actividad física, el sedentarismo aumenta gradualmente con la edad, tanto en hombres como en mujeres, desde un 11,4% en los hombres de 15 a 24 años hasta un 48,9% de las mujeres mayores de 74 años. En todo caso, la prevalencia de sedentarismo es superior en las mujeres de todos los grupos de edad.

La influencia de la edad también es clara en el consumo de fruta o verdura, siendo en este caso la edad un elemento favorecedor de un mayor consumo. En este sentido, únicamente la población menor de 44 años muestra consumos diarios de estos alimentos inferiores al 50% o alrededor de dicha cifra, mientras que, a partir de tal edad, el porcentaje de población que consume diariamente es superior al 60%, alcanzando casi el 90% entre las mujeres de 75 y más años.

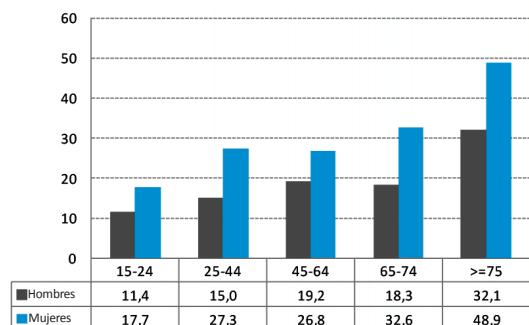
La obesidad se concentra, fundamentalmente, entre los grupos de edad intermedios, especialmente en los hombres de 45 a 64 años (20,6%), y en ambos sexos de 65 a 74 años, donde el 18,3% de los hombres y el 20,9% de las mujeres mostraron niveles de obesidad. En el grupo de menor edad fue donde se observó un menor porcentaje de obesidad.

En el caso del consumo de tabaco habitual, el patrón por edad no es gradual, sino que el porcentaje de fumadores/as es superior en los grupos de edad intermedios y más bajos en la población más joven y de mayor edad. Así, en hombres y en mujeres, el grupo de edad de 45 y 64 años es el que concentra un mayor porcentaje de fumadores/as (el 36,2% de los hombres y el 27,3% de las mujeres), mientras que las personas mayores de 74 años muestran la prevalencia más baja, especialmente entre las mujeres, con sólo un 1,5%.

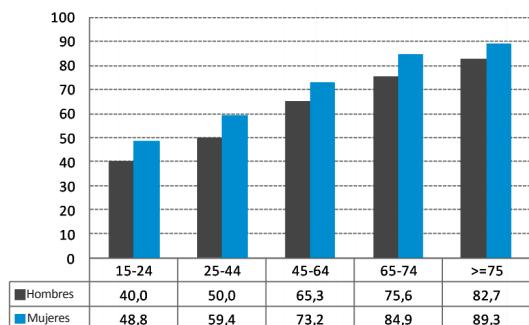
Por último, el consumo excesivo de alcohol por edad dibuja un patrón desigual en hombres y en mujeres. En los primeros, a partir de los 25 años su presencia tiende a aumentar con la edad, hasta un porcentaje máximo entre los 65 y 74 años, con un 31,7%, mientras que en las mujeres -en las que en todos los grupos de edad el consumo es más bajo-, la prevalencia máxima de consumo de riesgo se observa entre los 45 y los 64 años, con un 20,2%. En ambos sexos, la población con un menor consumo de este tipo es la mayor de 74 años.

Gráfico 6.2. Prevalencia de conductas relacionadas con la salud por grupos de edad según sexo. Población de 15 y más años. Bilbao, 2013.

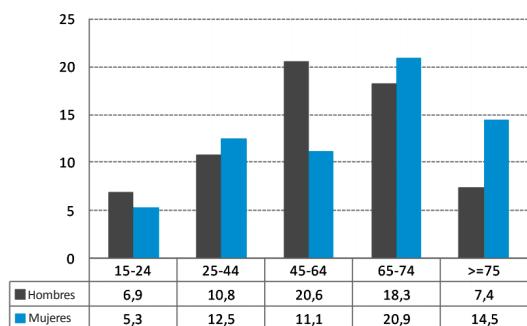
Sedentarismo



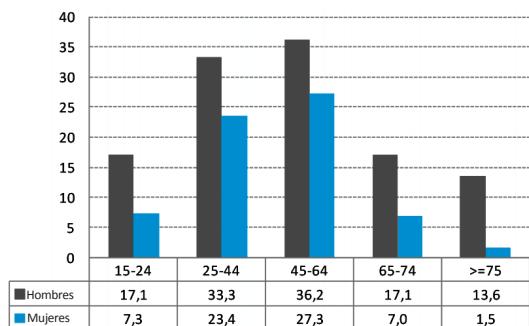
Consumo diario fruta y/o verdura



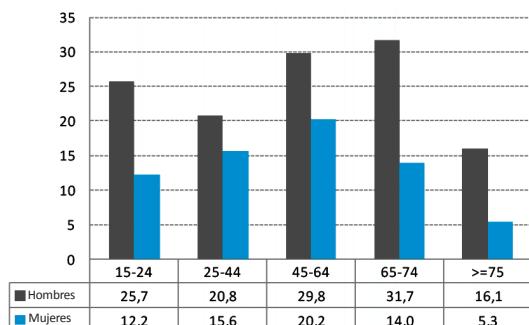
Obesidad



Consumo de tabaco



Consumo de alcohol de alto riesgo



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

Además, la adopción de conductas saludables está relacionada con la posición social de las personas. Así, variables como el nivel de estudios o la clase social suelen marcar importantes diferencias en la población en cuanto a su comportamiento relacionado con la salud.

En el caso de la actividad física, el sedentarismo guarda una relación inversa con el nivel de estudios, ya que el porcentaje de personas sedentarias aumenta a medida que el nivel educativo disminuye. Así, mientras que los hombres con estudios universitarios mostraron menos de un 15% de sedentarismo y algo más del 26% entre las mujeres, estos porcentajes aumentan en ambos sexos hasta el 25,9% y el 35,6%, respectivamente, entre aquellos/as con menor nivel de estudios. En todos los casos, las mujeres muestran un nivel de sedentarismo mayor que los hombres. Además, estas diferencias no solo se producen entre grupos extremos, sino que afectan a toda la escala de niveles educativos.

A diferencia de la falta de práctica de ejercicio físico, no parece existir una clara relación entre el nivel educativo y el consumo diario de fruta o verdura, al menos en el caso de las mujeres, en las que la frecuencia en todos los grupos es alta, siendo mayor del 70%. En los hombres, sí parece apreciarse cierto patrón según el cual el consumo de estos alimentos aumenta con el nivel educativo y, por tanto, el porcentaje más bajo se observa entre aquellos con educación primaria o inferior, siendo el 53,4%.

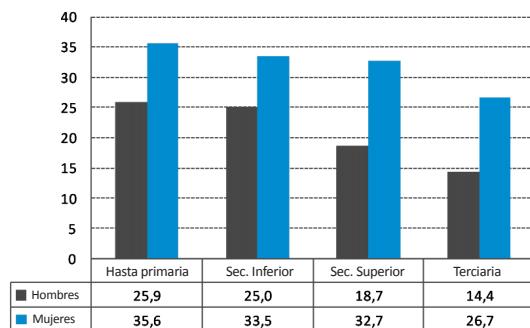
En el caso de la obesidad, ésta guarda una relación clara con el nivel educativo, de forma que a medida que éste decrece aumenta la proporción de población con obesidad. Esta realidad es especialmente llamativa entre los hombres de nivel educativo más bajo, con un porcentaje estandarizado de obesidad del 29,9%, frente a los hombres con estudios universitarios, en los que ese porcentaje es del 9,0%. También en las mujeres el porcentaje de personas obesas pasa del 7,3% entre las de estudios superiores a proporciones cercanas al 22% en el caso de aquellas con estudios primarios o secundarios inferiores.

En cuanto al consumo de tabaco, el nivel educativo no parece marcar un patrón claro, si bien el estado del patrón de consumo en Euskadi aconsejaría un análisis de las desigualdades por grupo de edad y sexo que no es posible hacer en este caso con las fuentes de datos actuales. De esta forma, teniendo en cuenta los datos del conjunto de la CAPV, podemos esperar que en hombres el consumo de tabaco sea más frecuente en los niveles socioeconómicos más bajos. Sin embargo, en las mujeres, el patrón cambia con la edad, y mientras que en las mujeres mayores el consumo es más prevalente en las clases más altas, en las jóvenes ya encontramos un patrón similar al de los hombres con mayores consumos en las clases más bajas.

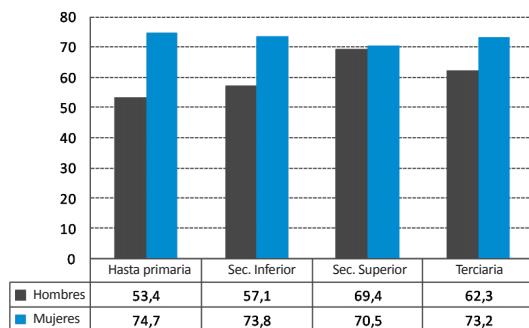
Por último, y contrariamente a lo que cabría suponer, un mayor nivel educativo no parece proteger a la población de un más prevalente consumo de alcohol de alto riesgo para la salud a largo plazo. Esta conclusión es especialmente clara entre las mujeres, ya que en ellas el consumo aumenta gradualmente a medida que tienen mayor nivel de estudios, desde un 4,3% entre aquellas con estudios primarios o inferiores hasta un 29,3% entre las universitarias. En los hombres, también se observa un patrón ascendente, aunque no tan marcado, desde un 18,9% entre aquellos con estudios inferiores hasta un 25,4% entre universitarios.

Gráfico 6.3. Prevalencias estandarizadas de conductas relacionadas con la salud por nivel de estudios según sexo. Población de 15 y más años. Bilbao, 2013.

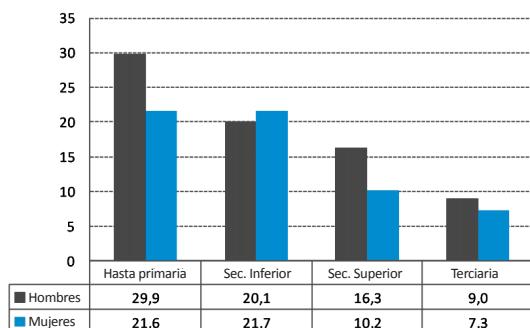
Sedentarismo



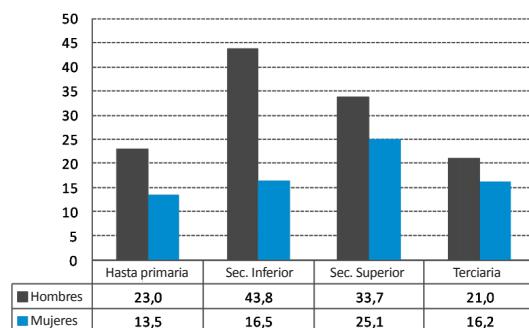
Consumo diario fruta y/o verdura



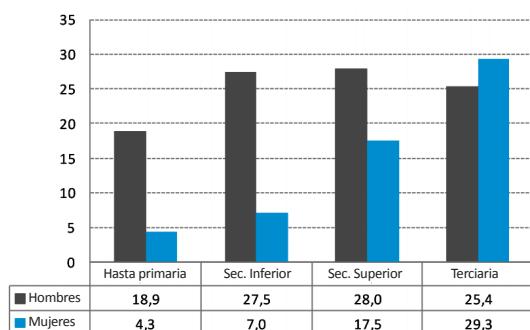
Obesidad



Consumo de tabaco



Consumo de alcohol de alto riesgo



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

Por distritos de la ciudad también se observan diferencias reseñables en las conductas saludables que adopta la población. Comenzando por el sedentarismo, se observa que las prevalencias más elevadas se dan en Ibaiondo (34,6%) y Basurto-Zorroza (33,3%), mientras que los distritos con menos población sedentaria son Uribarri (20,2%) y Abando (21,1%). En relación con el consumo de fruta y verdura diariamente, destaca Otxarkoaga-Txurdinaga como el distrito con un consumo más bajo (52,2%), situándose el resto de distritos cerca o por encima del 70%.

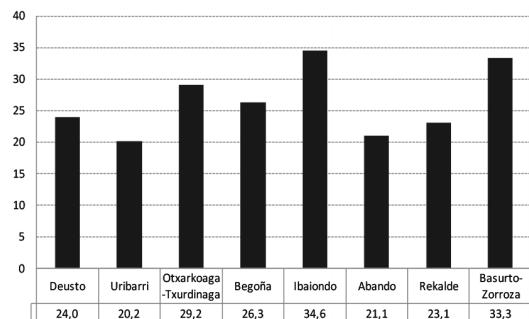
La obesidad también mostró diferencias por distritos y barrios de Bilbao. En el caso de la población adulta, la mayor frecuencia de población con obesidad se da en el distrito de Ibaiondo (20,5%) y la menor, de nuevo, en Abando con un 7,2% de su población con un peso superior al normal. En el caso de la obesidad infantil (gráfico 6.6 y mapa 6.1), y en este caso atendiendo a la información por barrios, Arangoiti, Otxarkoaga y Uretamendi-Iturrigorri-Peñascal presentan una prevalencia de obesidad infantil claramente superior a la del conjunto de Bilbao, superandola en más del doble en los tres casos. Indautxu, Abando y Castaños, por el contrario, presentan los valores más bajos en el conjunto de barrios.

Relacionado con la actividad física, podemos observar el porcentaje de personas abonadas a Bilbao Kirolak – Instituto Municipal de Deportes de Bilbao por distrito (gráfico 6.5), siendo los distritos de Otxarkoaga-Txurdinaga, Uribarri y Deusto los que destacan con mayor porcentaje. En el caso opuesto se encuentran los distritos de Begoña e Ibaiondo, con las menores proporciones de población abonada. En todos los distritos, el porcentaje de hombres abonados es mayor que el de mujeres.

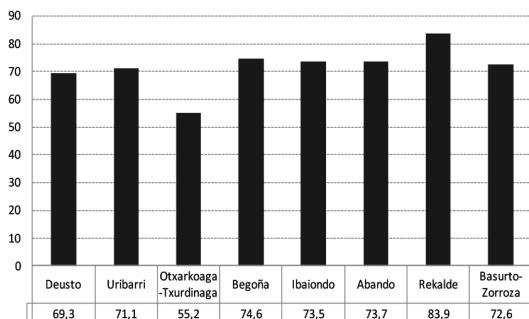
Respecto al consumo de tabaco, vuelve a destacar Otxarkoaga-Txurdinaga como el distrito con el resultado menos favorable, en este caso con un 30,2% de población fumadora habitual. Seguido de este distrito se sitúa Basurto-Zorroza, con un 26,5%. Por el contrario, los distritos en los que menos se fuma habitualmente son Uribarri (14,0%) y Rekalde (16,9%). Por su parte, atendiendo al consumo de alcohol de alto riesgo, destaca claramente Abando, donde un 32,9% de la población muestra este tipo de consumo dañino para la salud. El resto de distritos muestran valores más bajos, por debajo del 20% en todos los casos, a excepción de Begoña que supera ligeramente esta cifra (22,8%).

Gráfico 6.4. Prevalencias estandarizadas de conductas relacionadas con la salud por distrito. Población de 15 y más años. Bilbao, 2013.

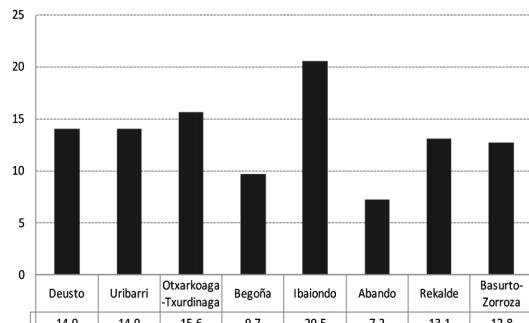
Sedentarismo



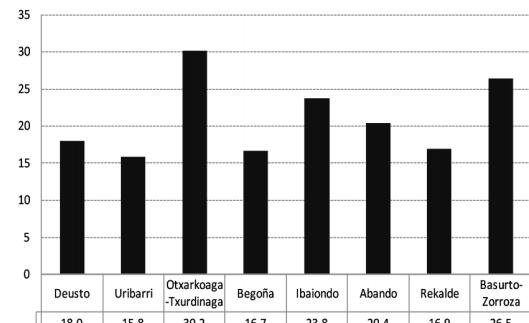
Consumo diario fruta y/o verdura



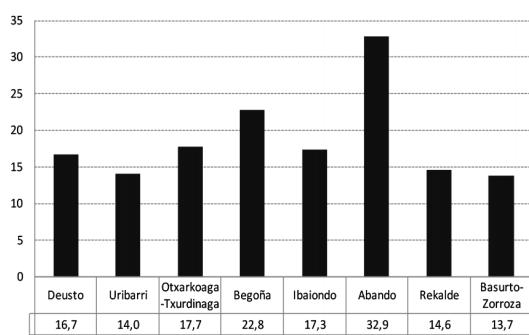
Obesidad



Consumo de tabaco

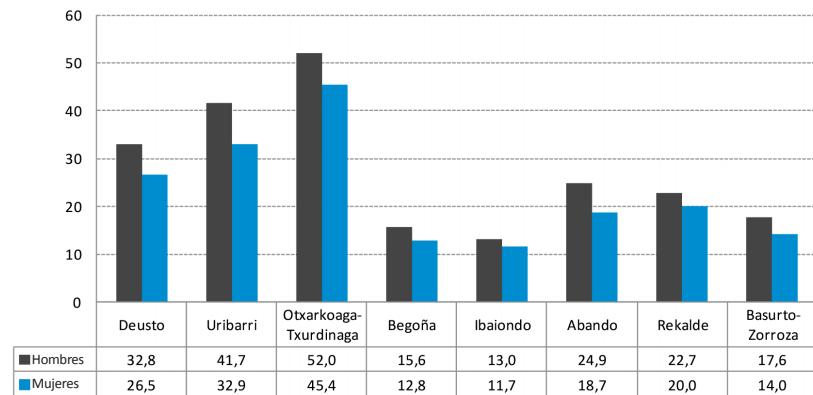


Consumo de alcohol de alto riesgo



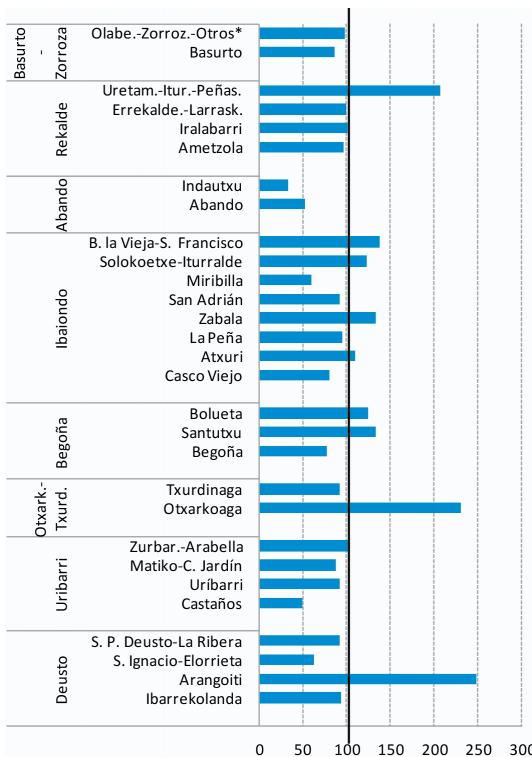
Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

Gráfico 6.5. Porcentaje de personas abonadas a Bilbao Kirolak por distrito y sexo. Bilbao, 2015.



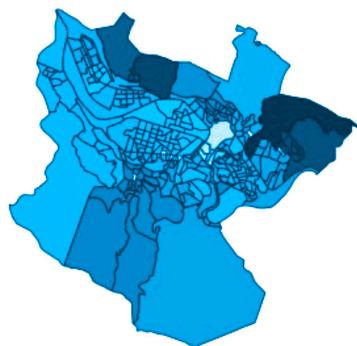
Fuente: elaboración propia a partir de Ayuntamiento de Bilbao.

Gráfico 6.6. Obesidad infantil (2-14 años) ratio respecto a la prevalencia del conjunto de Bilbao por barrio. (Prevalencia Bilbao=100). Bilbao 2017.



Fuente: elaboración propia a partir de OSI Bilbao (Osakidetza), 2017.

Mapa 6.1. Distribución del ratio de la obesidad infantil (2-14 años) respecto a la prevalencia del conjunto de Bilbao por barrio. (Prevalencia Bilbao=100). Bilbao, 2017.



Los datos proceden del gráfico 6.6. Una mayor intensidad del color indica una mayor prevalencia de los indicadores.

Fuente: elaboración propia a partir de OSI Bilbao (Osakidetza), 2017.

Al comparar Bilbao con el resto de capitales de la CAPV, no existen grandes diferencias en las conductas relacionadas con la salud.

En el caso del sedentarismo, aunque las diferencias son ligeras, se observa que el nivel de sedentarismo de Bilbao es el más bajo entre los hombres bilbaínos con el 19,6% con respecto al 21,8% de Vitoria-Gasteiz y el 27,0% de Donostia-San Sebastián, si bien en el caso de las mujeres, su frecuencia se sitúa en una posición intermedia entre las tres capitales (32,0%).

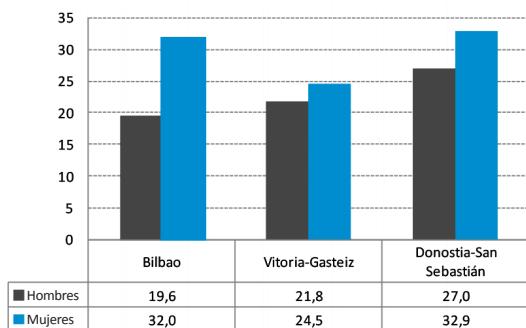
Una situación menos favorable se observa para ambos性os en lo concerniente al consumo diario de frutas y/o verduras, ya que la población de Bilbao, en comparación con la de otras capitales vascas, es en la que se aprecia un consumo más bajo, si bien los porcentajes son elevados, por encima del 60%, tanto en hombres como en mujeres.

La obesidad, por su parte, es ligeramente mayor en los hombres de Bilbao (14,2%) respecto al resto de capitales (11,5% en Vitoria-Gasteiz y 12,8% en Donostia-San Sebastián), mientras que las mujeres de Bilbao muestran un porcentaje (13,2%) muy similar a las de Vitoria-Gasteiz (13,5%) y algo superior a las de Donostia-San Sebastián (9,8%).

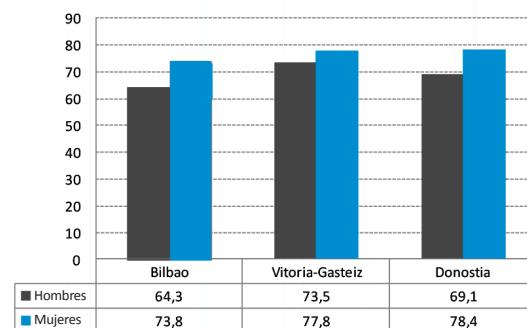
Por último, en cuanto al consumo de tabaco y alcohol, destaca la mayor prevalencia de hombres fumadores habituales en Bilbao, un 26,6% respecto al resto de ciudades, que se sitúan alrededor del 20%, mientras que entre las mujeres se observa una situación intermedia entre las tres capitales. La situación es similar para el caso del consumo de alcohol de alto riesgo, ya que, tanto en hombres como en mujeres, su frecuencia se sitúa en Bilbao en una posición intermedia entre Vitoria-Gasteiz y Donostia-San Sebastián.

Gráfico 6.7. Prevalencia de conductas relacionadas con la salud según sexo en las tres capitales vascas. Población de 15 y más años de Bilbao, Vitoria-Gasteiz y Donostia-San Sebastián, 2013.

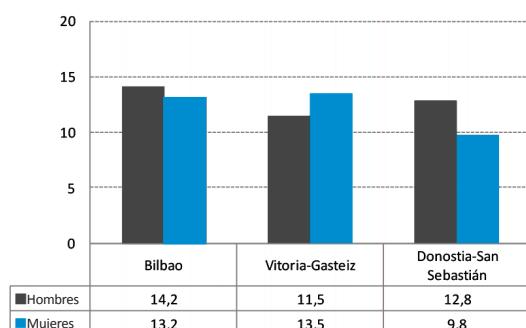
Sedentarismo



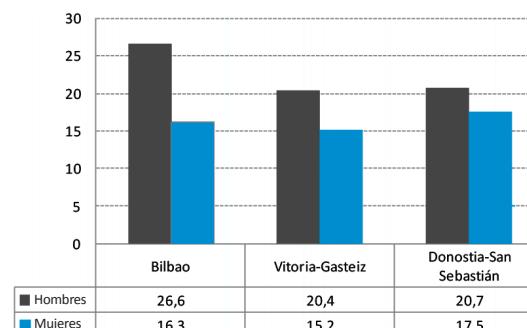
Consumo diario de frutas y/o verduras



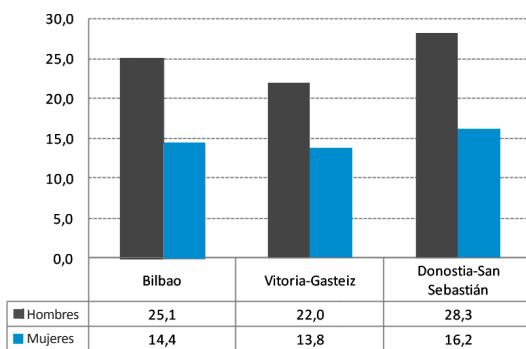
Obesidad



Consumo de tabaco



Consumo de alcohol de alto riesgo



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

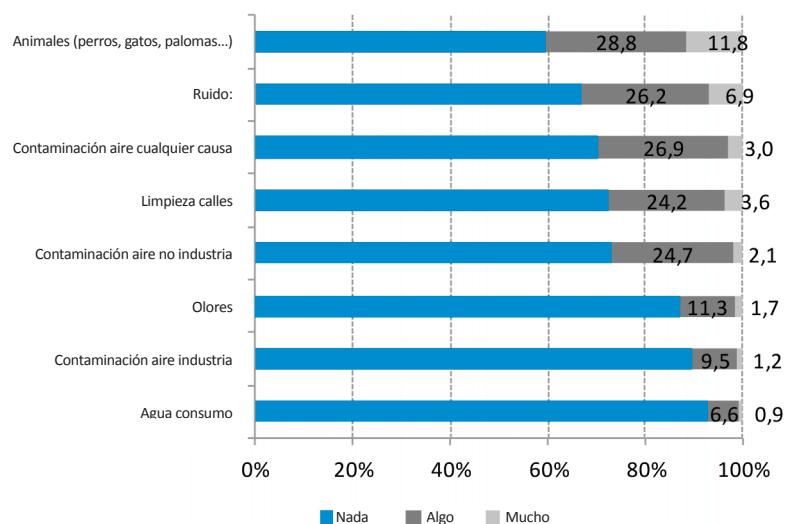
6.2 Entorno físico

6.2.1 Condiciones ambientales

Principales problemas ambientales

Comenzando por la percepción de problemas en el entorno de la vivienda, el siguiente gráfico muestra que los problemas originados por los animales son los más frecuentemente expresados por la población. Concretamente, un 41% de la población manifiesta que existe ese problema en el entorno de su vivienda en mayor o menor medida. El ruido y la contaminación del aire se sitúan en segunda y tercera posición entre los problemas ambientales manifestados como más relevantes. A estos le sigue la limpieza de las calles. En contraste, la población de Bilbao apenas percibe como problemática ningún aspecto relacionado con el agua de consumo.

Gráfico 6.8. Porcentaje de personas que manifiestan que el entorno de su vivienda tiene determinados problemas. Bilbao, 2013.

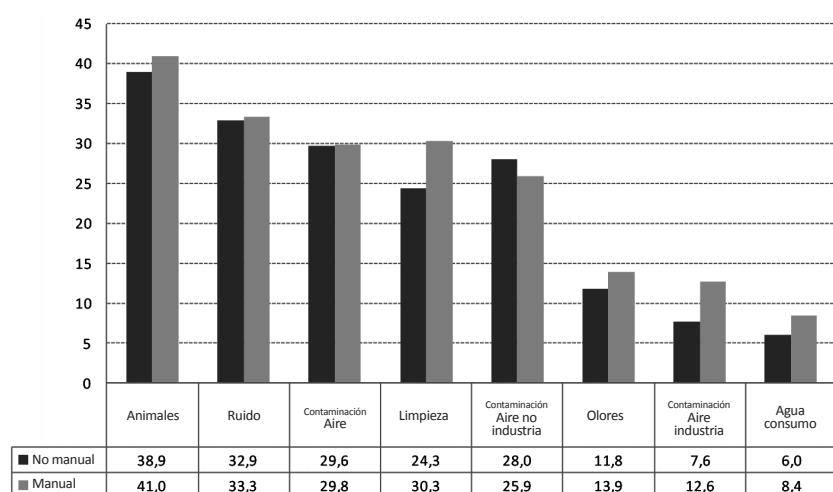


Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

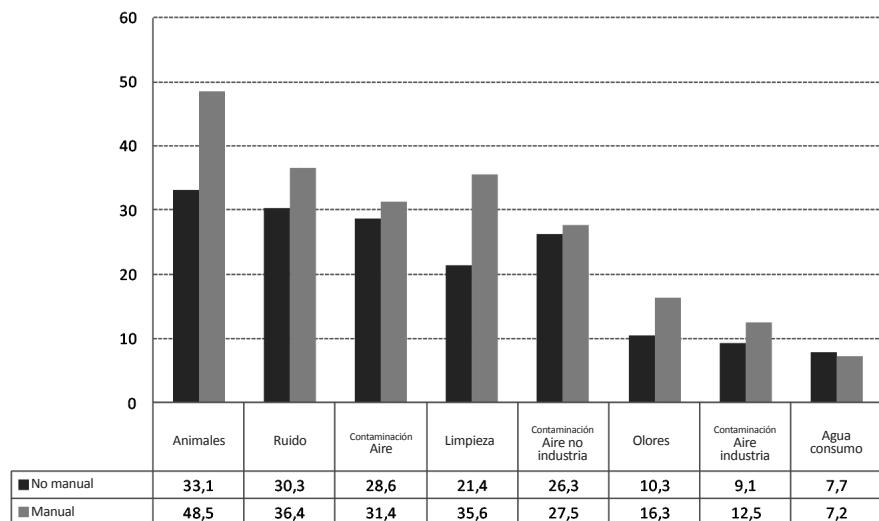
Según el nivel socioeconómico, prácticamente en todos los casos las personas de clase social manual (no cualificada) perciben sufrirlos en mayor proporción que las de clase social no manual (cualificada), a excepción de la contaminación del aire por origen no industrial. Las diferencias son especialmente reseñables en la limpieza, contaminación por industria y agua de consumo. Según el nivel de privación socioeconómica del lugar de residencia, la frecuencia de todos estos problemas es claramente superior en zonas más deprimidas, incluso en referencia a la contaminación del aire por origen no industrial, y con la única excepción del agua de consumo. Destaca la mayor presencia de problemas derivados de animales, ruido, limpieza y olores en las zonas más deprimidas.

Gráfico 6.9. Porcentaje de personas que manifiestan que el entorno de su vivienda tiene determinados problemas según clase social y nivel de privación del área de residencia. Bilbao, 2013.

Clase social



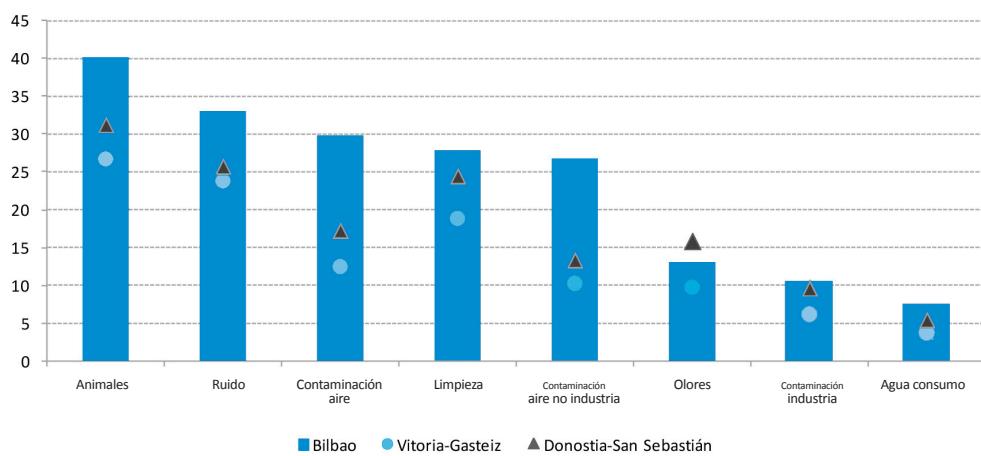
Nivel de privación del área de residencia



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

Si observamos las diferencias entre las capitales de la CAPV, Bilbao muestra prácticamente en todos los casos una mayor proporción de población que percibe la existencia de los problemas anteriormente citados. La distancia con el resto de ciudades es especialmente clara en relación con la contaminación, con respecto a la cual casi el 30% de la población de Bilbao lo percibe como problemático, mientras que en Donostia-San Sebastián y Vitoria-Gasteiz la frecuencia desciende al 17,3% y al 12,5%, respectivamente. Por el contrario, los problemas derivados de los olores no son tan frecuentes en Bilbao (13,0%) como en Donostia-San Sebastián (15,9%).

Gráfico 6.10. Porcentaje de personas que manifiestan que el entorno de su vivienda tiene determinados problemas en las tres capitales vascas. Bilbao, Vitoria-Gasteiz y Donostia-San Sebastián, 2013.

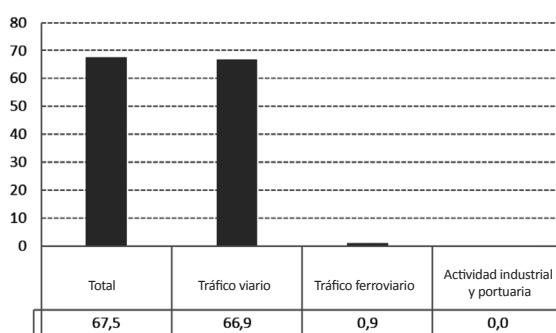


Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

Contaminación acústica

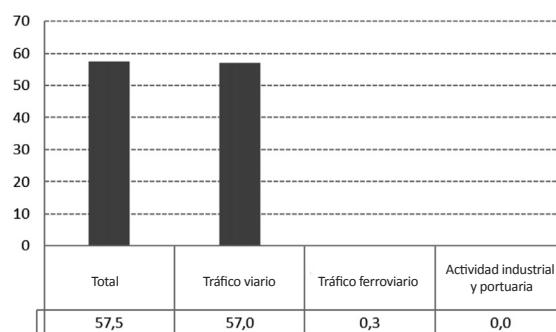
Como hemos comentado anteriormente, el ruido es uno de los principales problemas percibidos por las personas residentes en Bilbao. En este sentido, la mayoría de la población (67,5%) está expuesta a niveles de ruido diarios (que incluye mañana-tarde-noche, es decir, las 24 horas) a partir de los 55 decibelios [dB(A)], mientras que durante la noche (de 23 a 7 horas) la cifra de quienes están expuestos a niveles de 50 y más dB(A) es menor (57,5 %), límites considerados por la OMS como perjudiciales para la salud. Analizando el origen del foco de ruido, se observa que en ambos casos se debe fundamentalmente al tráfico viario, cuyo ruido afecta al 66,9 % de la población si se contemplan las 24 horas, y al 57,0 % durante la noche.

Gráfico 6.11. Porcentaje de personas expuestas a niveles de ruido de 55 o más dB(A). Bilbao, 2012.



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Mapa estratégico de ruido de Bilbao 2012.

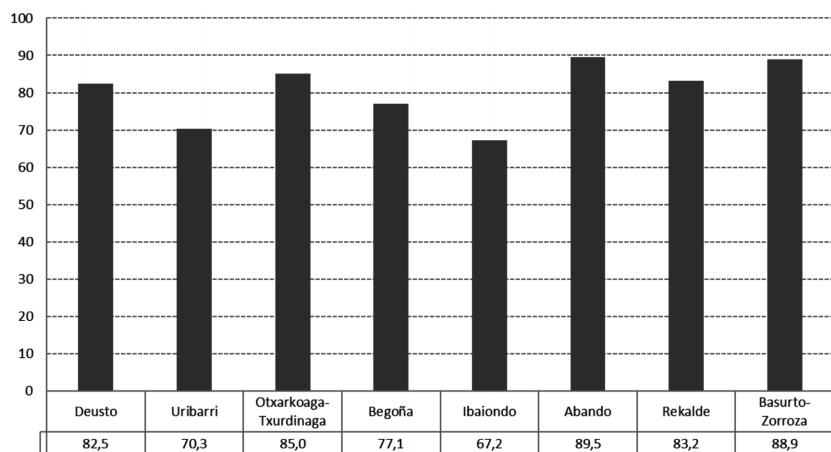
Gráfico 6.12. Porcentaje de personas expuestas a niveles de ruido durante la noche de 50 o más dB(A). Bilbao, 2012.



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Mapa estratégico de ruido de Bilbao 2012.

Analizando la contaminación acústica por distritos, la población expuesta a niveles de 50 o más dB(A) oscila entre el 67,2% en Ibaiondo y el 89,5% en Abando. En todos los distritos es el tráfico viario el principal responsable del ruido. Deusto es el distrito donde se encuentra la mayor proporción de población afectada por el tráfico ferroviario (17,0%).

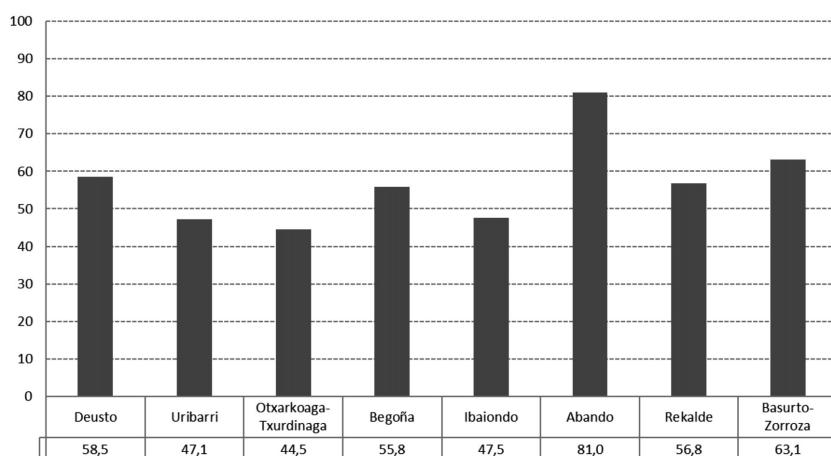
Gráfico 6.13. Porcentaje de personas expuestas a niveles de ruido de 50 o más dB(A). Bilbao, 2012.



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Mapa estratégico de ruido de Bilbao 2012.

En cuanto a la situación durante la noche, es algo menor la proporción afectada por niveles altos, aunque supera el 50% en todos los distritos excepto en Uriarri y en Otxarkoaga-Txurdinaga. En este último distrito es en donde se observa un menor porcentaje de población afectada por niveles de 50 o más dB(A) (44,5%). En el otro extremo se encuentra Abando, con el 81,0%. El principal foco de ruido en todos los casos es el tráfico viario, siendo el tráfico ferroviario foco de ruido por encima de 50 dB(A) solo en Rekalde y en Basurto-Zorroza.

Gráfico 6.14. Porcentaje de personas expuestas a niveles de ruido durante la noche (23 a 7 horas) de 50 o más dB(A). Bilbao, 2012.



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Mapa estratégico de ruido de Bilbao 2012.

Según el “Mapa Estratégico de Ruido de Bilbao 2012”, el análisis de los viales en los que se han identificado mayores niveles de ruido destaca, en cuanto a tráfico viajero, la A-8, Av. Enekuri, Viaducto Miraflores - Larreagaburu, Av. Zumalakarregui, Ctra. Bilbao a Galdakao, y Ctra. Ibarsusi – Sto. Domingo (Variante Otxarkoaga), que tienen niveles de ruido de 7 a 23 horas de 80 o más dB(A). De noche (23 a 7 horas), los calles y viales con niveles a partir de 70 dB(A) son: A-8, Autonomía, Lehendakari Aguirre, Av. Enekuri, Gran Vía Don Diego López de Haro, Juan de Garay, Alameda Rekalde, Puente La Salve, Puente Deusto, Puente Euskalduna, Av. Sabino Arana, Viaducto Miraflores - Larreagaburu, Av. Zumalakarregui, Av. Ferrocarril, Zabalbide, Ctra. Bilbao a Galdakao, Subida y bajada a Santo Domingo por la BI-631. Para el tráfico ferroviario, de día las zonas más afectadas por el ruido son, con valores de 65-75 dB(A), Cº Tellaetxe, algún edificio con las fachadas orientadas al ferrocarril en Olabeaga, Ctra. Zorroza - Kaxtrexana y la C/ Jaén. De noche destacan las zonas de Cº Tellaetxe, C/Cordelería y Olabeaga, que muestran niveles de 60-65 dB(A).

Contaminación del aire

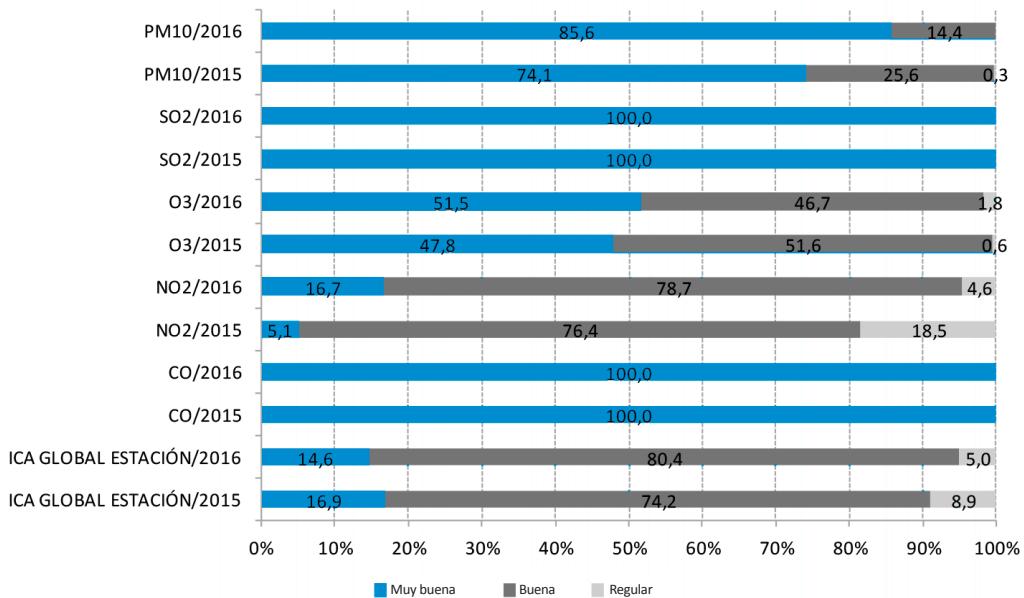
Otras de las cuestiones que resulta ser una fuente de preocupación ambiental para la población de Bilbao es la calidad del aire. Para las distintas estaciones ubicadas en la ciudad, se presenta a continuación el porcentaje de días en los que los datos disponibles han permitido calificar la calidad del aire como “muy buena, buena, regular, mala y muy mala,” para cada uno de los contaminantes determinados y para los que se han establecido rangos de clasificación.

Como se puede apreciar en los siguientes gráficos, la calidad del aire que registran las estaciones ubicadas en Bilbao es buena en términos generales. La inmensa mayoría de los días de 2015 y 2016 Bilbao ha tenido niveles de partículas en suspensión PM10 o PM2,5 (estas últimas solo registradas para la estación Parque Europa) muy buenos, alrededor de 73-74% de los días en el 2015 y del 85-87% de los días en 2016. Además, el resto de los días la calidad ha sido buena, a excepción de un 0,3% de los días de 2015 según las estaciones de María Díaz de Haro y Mazarredo. Por su parte, los niveles de dióxido de azufre (SO_2) y de dióxido de carbono (CO_2) han sido muy buenos en durante todos los días de ambos años en todas las estaciones.

En cuanto a los niveles de ozono (O_3), de nuevo la mayor parte de los días de 2015 y 2016 han sido buenos o muy buenos, registrándose un 2,8% de días en 2015 y un 6,9% en 2016 en los que los niveles han sido regulares. Finalmente, los niveles de dióxido de nitrógeno (NO_2) han sido mayoritariamente buenos, siendo más frecuente que dichos niveles sean regulares en el caso de la estación María Díaz de Haro, un 18,5% de los días de 2015, porcentaje que se ha reducido hasta el 4,6% en 2016.

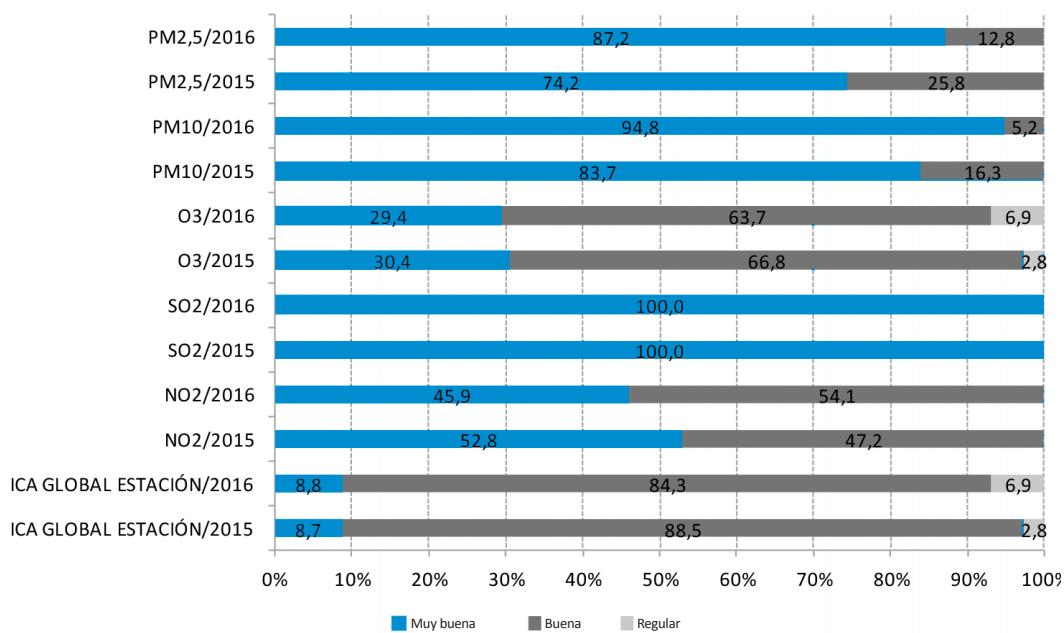
En ninguno de los parámetros analizados los niveles han sido malos o muy malos en ningún día del año. La calidad del aire global (ICA global) en las tres estaciones es buena o muy buena, no superando en ninguna estación ni en ninguno de los dos años el 8% de días con calidad del aire regular.

Gráfico 6.15. Porcentaje de días según el Índice de Calidad del Aire en la estación María Díaz de Haro. Bilbao, 2015 y 2016.



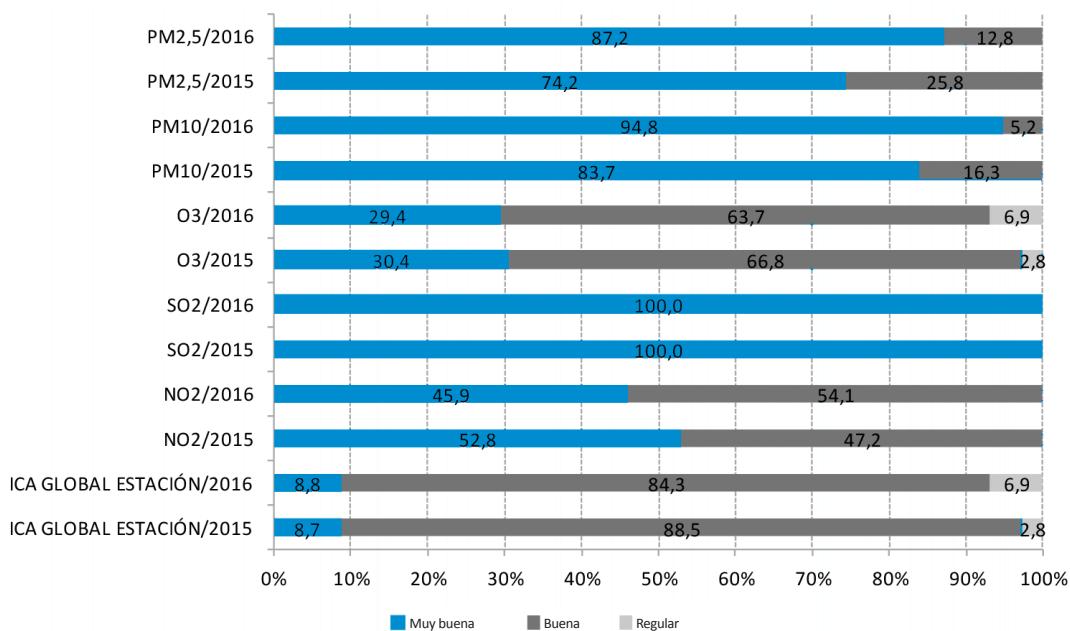
Fuente: elaboración propia a partir de datos de Opendata Euskadi, Departamento de Medio Ambiente, Planificación Territorial y Vivienda.

Gráfico 6.16. Porcentaje de días según el Índice de Calidad del Aire en la estación Mazarredo. Bilbao, 2015 y 2016.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de Opendata Euskadi, Departamento de Medio Ambiente, Planificación Territorial y Vivienda.

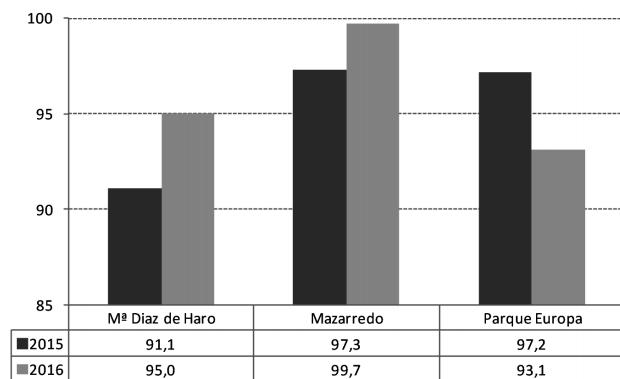
Gráfico 6.17. Porcentaje de días según el Índice de Calidad del Aire en la estación Parque Europa. Bilbao, 2015 y 2016.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de Opendata Euskadi, Departamento de Medio Ambiente, Planificación Territorial y Vivienda.

Como resumen, en el siguiente gráfico se puede observar que el porcentaje de días con calidad del aire buena o muy buena es muy elevado en Bilbao, por encima del 90% según las mediciones de las tres estaciones. De hecho, dicho porcentaje ha mejorado entre 2015 y 2016 en las estaciones de María Díaz de Haro y Mazarredo, aunque ha empeorado en la ubicada en el Parque Europa.

Gráfico 6.18. Porcentaje de días con calidad del aire buena o muy buena según el Índice de Calidad del Aire en las estaciones de Bilbao. Bilbao, 2015 y 2016.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de Opendata Euskadi, Departamento de Medio Ambiente, Planificación Territorial y Vivienda.

Contaminación del agua de consumo

En relación a la contaminación del agua de consumo, el Ayuntamiento de Bilbao realiza muestras periódicas de agua. En total se realizan más de 700 muestras al año en diferentes infraestructuras de la red: depósitos, red secundaria y grifo del/a consumidor/a.

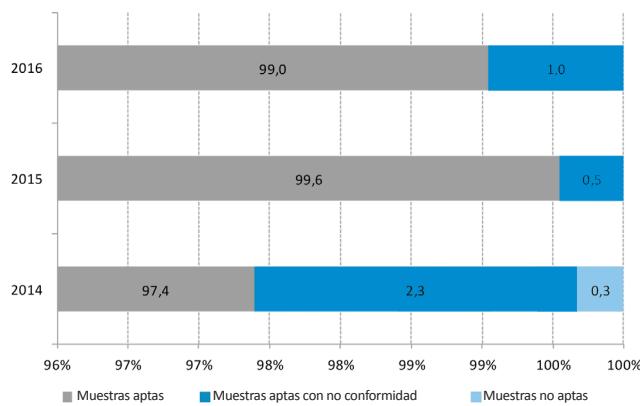
Tabla 6.1. Muestras tomadas y analizadas en distintos puntos de la red. Bilbao, 2014, 2015 y 2016.

Año	Número de muestras			
	Depósito	Red Secundaria	Grifo del/la consumidor/a	Total de muestras
2014	114	237	357	708
2013	107	201	410	718
2012	116	216	465	797

Fuente: elaboración propia a partir de datos Ayuntamiento de Bilbao.

La evolución de la aptitud de las muestras de agua analizadas entre los años 2014 y 2016 se observa en siguiente gráfica. Así, se puede concluir que en los últimos años más del 99% de las muestra analizadas son aptas, de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 140/2003.

Gráfico 6.19. Muestra de control del agua de consumo según la calidad del agua. Bilbao, 2014, 2015 y 2016.



Fuente: elaboración propia a partir de datos Ayuntamiento de Bilbao.

Los resultados analíticos de los parámetros analizados en el laboratorio y que permiten caracterizar el agua de consumo que se distribuye en Bilbao, se presentan en las siguientes tablas, de acuerdo con la clasificación establecida en el Real Decreto 140/2003.

Tabla 6.2. Parámetros microbiológicos, químicos, químicos que se controlan según las especificaciones del producto e indicadores del agua de consumo. Bilbao, 2016.

Fuente: elaboración propia a partir de datos Ayuntamiento de Bilbao.

Parámetros microbiológicos

Parámetro	Rango de Valores	Promedio (UFC/100 mL)	Valor Máximo Legislado (UFC/100 mL)
Escherichia coli	0	0	0
Enterococo	0	0	0
Clostridium perfringens (incluidas las esporas)	0	0	0

Parámetros químicos que se controlan según las especificaciones del producto

Parámetro	Rango de Valores	Promedio (UFC/100 mL)	Valor Máximo Legislado (UFC/100 mL)
Acrilamida (µg/l)	<0,05	<0,05	0,10 µg/l
Epiclorhidrina (µg/l)	<0,10	<0,10	0,10 µg/l
Cloruro de vinilo (µg/l)	<0,20	<0,20	0,50 µg/l

Parámetros indicadores

Parámetro	Rango de Valores	Promedio (UFC/100 mL)	Valor Máximo Legislado (UFC/100 mL)
Bacterias coliformes	0	0	0 UFC/100 ml
Recuento de colonias a 22 °C	0-32	3	100 UFC/ml
Aluminio (µg/l)	19,7-104	47,384	200 µg/l
Amonio	<0,06	<0,06	0,50 mg/l
Carbono orgánico total	1,61-2,3	1,953	Sin cambios anómalos
Cloro combinado residual (mg/l)	<0,10-0,20	0,1	2,0 mg/l
Cloro libre residual (mg/l)	<0,10-1,24	0,51	1,0 mg/l
Cloruro (mg/l)	7,62-16	13,173	250 mg/l
Color (mg/l Pt/Co)	<1-3	1,9	15 mg/l Pt/Co
Conductividad	116-260	185,865	2.500 µS/cm-1 a 20 °C
Hierro (µg/l)	<2,0-46	12,008	200 µg/l
Manganese (µg/l)	<1,0-3,27	1,254	50 µg/l
Olor	Inapreciable	Inapreciable	
Sabor	Inapreciable	1140 Inapreciable	
Oxidabilidad	0,57-1,07	0,817	5,0 mg O2/l
pH:	7,0-8,5	7,8	6,5-9,5
Sodio (mg/l)	5,1-11,9	8,502	200 mg/l
Sulfato (mg/l)	6,68-26,2	14,946	250 mg/l
Turbidez	<0,1-2,8	0,242	1 UNF en depósito 5 UNF en red de distribución

Parámetros químicos

Parámetro	Rango de Valores	Promedio (UFC/100 mL)	Valor Máximo Legislado (UFC/100 mL)
<u>Antimonio (µg/l)</u>	<0,50	<0,50	5,0 µg/l
<u>Arsénico (µg/l)</u>	<0,50	<0,50	10 µg/l
<u>Benceno (µg/l)</u>	<0,3	<0,3	1,0 µg/l
<u>Benzo(α)pireno (µg/l)</u>	<0,007	<0,007	0,010 µg/l
<u>Boro (mg/l)</u>	<0,05	<0,05	1,0 mg/l
<u>Bromato (µg/l)</u>	<2,5	<2,5	10 µg/l
<u>Cadmio (µg/l)</u>	<0,25	<0,25	5,0 µg/l
<u>Cianuro (µg/l)</u>	<5,0	<5,0	50 µg/l
<u>Cobre (µg/l)</u>	<1,00-5,83	1,451	2000 µg/l
<u>Cromo (µg/l)</u>	<1,0	<1,0	50 µg/l
<u>1,2-Dicloroetano (µg/l)</u>	<0,3	<0,3	3,0 µg/l
<u>Fluoruro (mg/l)</u>	<0,05-0,74	0,43	1,5 mg/l
Hidrocarburos Policíclicos Aromáticos (HPA) Suma de:			0,10 µg/l
<u>Benzo(b)fluoranteno (µg/l)</u>	<0,010	<0,010	
<u>Benzo(ghi)perílido (µg/l)</u>	<0,010	<0,010	
<u>Benzo(k)fluoranteno (µg/l)</u>	<0,010	<0,010	
<u>Indeno(1,2,3-cd)pireno (µg/l)</u>	<0,010	<0,010	
<u>Mercurio (µg/l)</u>	<0,10	<0,10	1,0 µg/l
<u>Microcistina (µg/l)</u>	<1,0	<1,0	1 µg/l
<u>Níquel (µg/l)</u>	<1,0-2,28	<1,0	20 µg/l
<u>Nitrato (mg/l)</u>	0,203-0,549	0,301	50 mg/l
<u>Nitritos (mg/l):</u>	<0,02	<0,02	0,1 mg/l
Total de plaguicidas			0,50 µg/l
<u>Aldrín (µg/l)</u>	<0,010	<0,010	0,03 µg/l
<u>Dieldrín (µg/l)</u>	<0,010	<0,010	0,03 µg/l
<u>Heptacloro (µg/l)</u>	<0,010	<0,010	0,03 µg/l
<u>Heptacloro epóxido (µg/l)</u>	<0,010	<0,010	0,03 µg/l
<u>p,p-DDT (µg/l)</u>	<0,010	<0,010	0,10 µg/l
<u>Trifluralin (µg/l)</u>	<0,010	<0,010	0,10 µg/l
<u>a-HCH (µg/l)</u>	<0,010	<0,010	0,10 µg/l
<u>Hexaclorobenceno (µg/l)</u>	<0,010	<0,010	0,10 µg/l
<u>b-HCH (µg/l)</u>	<0,010	<0,010	0,10 µg/l
<u>Lindano (µg/l)</u>	<0,010	<0,010	0,10 µg/l
<u>d-HCH (µg/l)</u>	<0,010	<0,010	0,10 µg/l
<u>Endosulfan 1 (µg/l)</u>	<0,010	<0,010	0,10 µg/l
<u>Endosulfan 2 (µg/l)</u>	<0,010	<0,010	0,10 µg/l
<u>Endosulfan Sulfato (µg/l)</u>	<0,010	<0,010	0,10 µg/l
<u>p,p-DDE (µg/l)</u>	<0,010	<0,010	0,10 µg/l
<u>p,p-DDD (µg/l)</u>	<0,010	<0,010	0,10 µg/l
<u>Endrín (µg/l)</u>	<0,010	<0,010	0,10 µg/l
<u>Metidation (µg/l)</u>	<0,050	<0,050	0,10 µg/l
<u>Diclorfentión (µg/l)</u>	<0,050	<0,050	0,10 µg/l
<u>Fenclorfós (µg/l)</u>	<0,050	<0,050	0,10 µg/l
<u>Fenitrotion (µg/l)</u>	<0,050	<0,050	0,10 µg/l
<u>Etil-Paration (µg/l)</u>	<0,050	<0,050	0,10 µg/l
<u>Clorpirofós (µg/l)</u>	<0,050	<0,050	0,10 µg/l
<u>Metil-Bromofós (µg/l)</u>	<0,050	<0,050	0,10 µg/l
<u>Etil-bromofós (µg/l)</u>	<0,050	<0,050	0,10 µg/l
<u>Clorfenvifós (µg/l)</u>	<0,050	<0,050	0,10 µg/l
<u>Tetraclorvifós (µg/l)</u>	<0,050	<0,050	0,10 µg/l
<u>Triazinas (µg/l)</u>	<0,020	<0,020	
<u>Plomo (µg/l)</u>	<1,0	<1,0	10 µg/l
<u>Selenio (µg/l)</u>	<0,50	<0,50	10 µg/l
Trihalometanos (THMs): Suma de:			100 µg/l
<u>Bromodíclorometano (µg/l)</u>	<1,0-14	7,248	
<u>Bromoformo (µg/l)</u>	<1,0	<1,0	
<u>Cloroformo (µg/l)</u>	38-80	64,368	
<u>Dibromodíclorometano (µg/l)</u>	<1,0-7,0	2,842	
<u>Tricloroeteno + Tetracloroeteno (µg/l)</u>	<1,0	<1,0	10 µg/l
<u>Tetracloroeteno (µg/l)</u>	<0,50	<0,50	
<u>Tricloroeteno (µg/l)</u>	<0,50	<0,50	

Seguridad alimentaria

El concepto de Seguridad alimentaria de refiere a la garantía sanitaria que deben tener los alimentos puestos a la venta que evite cualquier posible riesgo para la salud de los/as consumidores/as. Si bien, los titulares de los establecimientos alimentarios son los responsables del cumplimiento de la legislación vigente y de la seguridad de los alimentos, la autoridad sanitaria competente vela para asegurar que lo cumplen. El Ayuntamiento de Bilbao, en virtud a un convenio de colaboración en materia de seguridad alimentaria con el Departamento de Salud del Gobierno Vasco, realiza las labores de control y vigilancia de los establecimientos e industrias que elaboran, comercializan, transportan, venden o sirven alimentos y/o bebidas en el municipio.

Los establecimientos alimentarios deben disponer de unas condiciones higiénico sanitarias estructurales (locales, instalaciones, equipos, maquinaria, etc.) mínimas que hagan posible unas prácticas de higiene correctas y unas condiciones de salud y seguridad laboral adecuadas. Así mismo, deben desarrollar el trabajo de forma higiénica para garantizar la inocuidad de los alimentos, bajo los principios internacionales del Análisis de Peligros y Puntos de Control Crítico (APPCC). Para ello es fundamental la formación en higiene alimentaria y autocontrol del personal manipulador de alimentos.

En la actualidad, Bilbao cuenta con un total de 5.350 establecimientos alimentarios. Destaca el sector hostelero con 2.658 establecimientos, el comercio minorista cuenta con 2.130 locales y los comedores institucionales suponen un total de 352. En una ciudad de servicios como Bilbao las industrias alimentarias no alcanzan un número importante, su censo es de 210 industrias. Cabe resaltar el control sanitario que se realiza en el mayor mercado mayorista de la zona norte, Mercabilbao, donde se comercializan 250.000 toneladas de alimentos al año.

En el año 2016, el Ayuntamiento realizó 3.404 actividades de control oficial que incluyen inspecciones normalizadas, auditorias sanitarias, investigación y seguimiento de toxifiacciones y alertas alimentarias, y seguimiento de denuncias y reclamaciones. Además, se tomaron y analizaron un total de 468 muestras de alimentos.

En el periodo de 2010 a 2016 se registraron un total de 19 brotes de toxifiacción alimentaria, que afectaron a 378 personas. El número de brotes al año es bajo en la mayoría de los años analizados, entre 1 y 3 brotes anuales, a excepción de en el año 2014 en el que se declararon 7 brotes. De igual manera, el número de personas afectadas por alguna toxifiacción alimentaria es reducido en la mayoría de los años, entre 2 y 16 personas, aunque en 2010 fueron 126, en el año 2014 alcanzaron los 125 y en el 2016 hubo un total de 94 personas afectadas.

Tabla 6.3. Número de brotes declarados de toxiinfección alimentaria y número de personas afectadas. Bilbao, 2010-2016.

Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nº brotes	3	1	1	3	7	2	2
Nº afectados/as	126	5	2	10	125	16	94

Fuente: elaboración propia a partir de datos Ayuntamiento de Bilbao.

Por otro lado, el número de personas afectadas por gastroenteritis con aislamiento de *Campylobacter* ha oscilado entre las 134 personas en el 2013 y las 244 en el 2011. En el caso de las personas afectadas de gastroenteritis con aislamiento de *Salmonella*, el número se ha ido reduciendo en el periodo, pasando de 117 casos en el 2011 a 87 casos en 2016.

Tabla 6.4. Número de personas afectadas de gastroenteritis con aislamiento de *Campylobacter* y de *Salmonella*. Bilbao, 2011-2016.

Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nº afectados/as <i>Campylobacter</i>	244	192	134	138	212	181
Nº afectados/as 14	117	106	77	93	89	87

Fuente: elaboración propia a partir de datos Ayuntamiento de Bilbao.

Plagas

A lo largo del año 2016 el Ayuntamiento de Bilbao ha registrado un total de 458 avisos o denuncias por plagas de diferentes especies animales. La mayoría de estas incidencias han sido a causa de cucarachas, 225 en total, un 49,1%. También los avisos o denuncias por presencia de palomas han sido importantes, un 18,8% del total, seguidas de los perros (12,0%) y de los gatos (10,7%).

Tabla 6.5. Número y porcentaje de avisos o denuncias por presencia de animales. Bilbao, 2016.

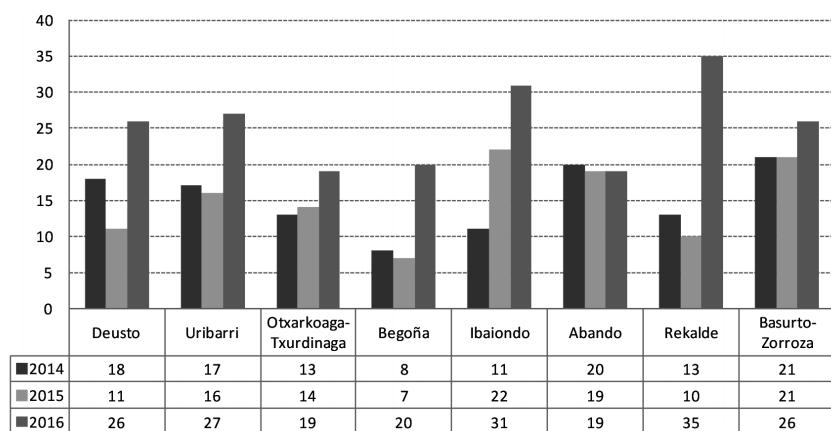
Especie	Número avisos / denuncia	Porcentaje
Cucarachas	225	49,1
Palomas	86	18,8
Perros	55	12
Gatos	49	10,7
Gaviotas	36	7,9
Otros (golondrinas, loros, conejos)	7	1,5
TOTAL	458	100,00

Fuente: elaboración propia a partir de datos Ayuntamiento de Bilbao.

Presencia de ratas u otros roedores

El número de avisos o denuncias por presencia de algún tipo de roedor fue de 121 en 2014, 120 en 2015 y 203 en 2016. Estos avisos no se distribuyen de igual manera en todo Bilbao, siendo los distritos de Uribarri, Abando y Zorroza los que más avisos registran si tenemos en cuenta los tres años analizados. En 2016 el número de denuncias se ha incrementado en todos los distritos en general, pero siendo mayor el incremento en los barrios que menor volumen de avisos habían registrado en los años anteriores, es decir, en Begoña, Rekalde y Deusto.

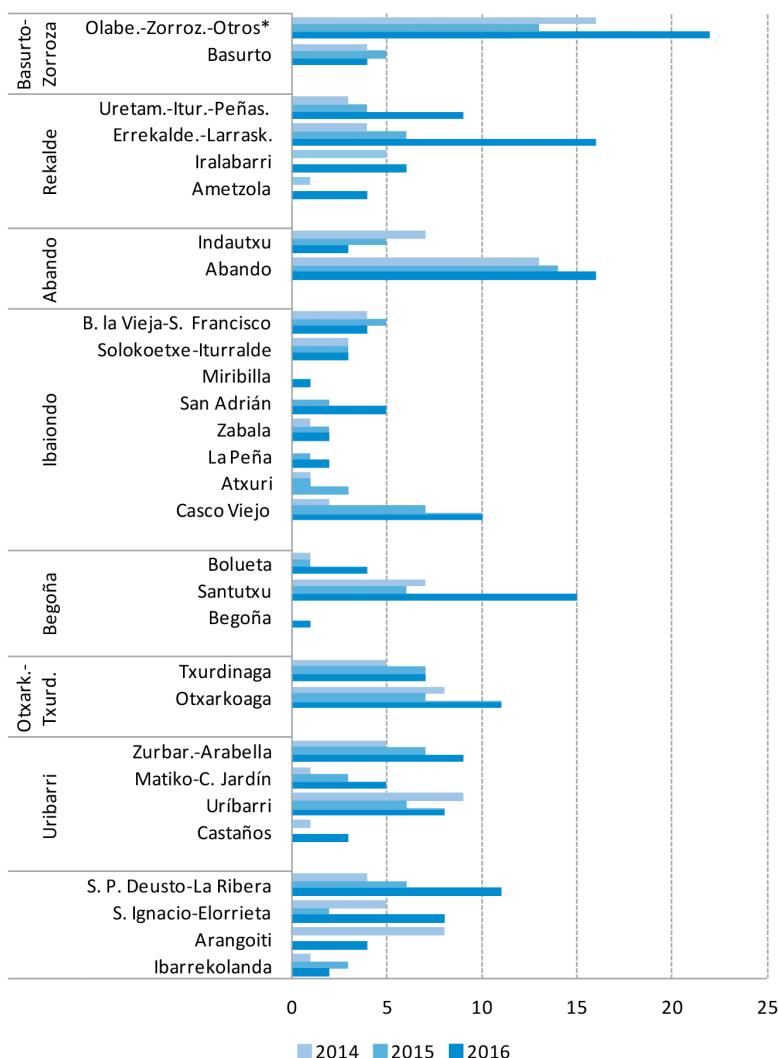
Gráfico 6.20. Número de avisos o denuncias por presencia de ratas u otros roedores según distrito. Bilbao, 2014, 2015 y 2016.



Fuente: elaboración propia a partir de datos Ayuntamiento de Bilbao.

Si analizamos aún más al detalle los datos, vemos que los barrios que más avisos o denuncian presentan por la presencia de roedores son Olabeaga-Zorroza-Otros, Abando, Errekalde-Larraskitu, y Santutxu, aunque también con diferente evolución, ya que en los dos primeros barrios los avisos eran ya superiores a la media general de la ciudad en los años anteriores, mientras que los dos últimos han experimentado un notable aumento en el año 2016.

Gráfico 6.21. Número de avisos o denuncias por presencia de ratas u otros roedores según barrio. Bilbao, 2014, 2015 y 2016.

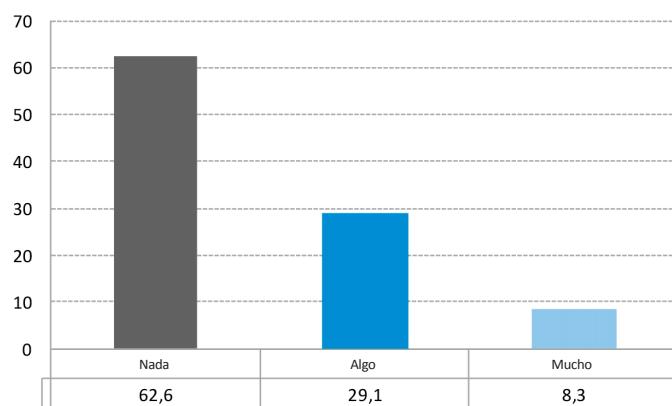


Fuente: elaboración propia a partir de datos Ayuntamiento de Bilbao.

6.2.2 Zonas verdes

En cuanto a la disponibilidad de zonas verdes, la gran mayoría de la población de Bilbao percibe que el entorno de su vivienda no tiene problemas por la escasez de zonas verdes (62,6%).

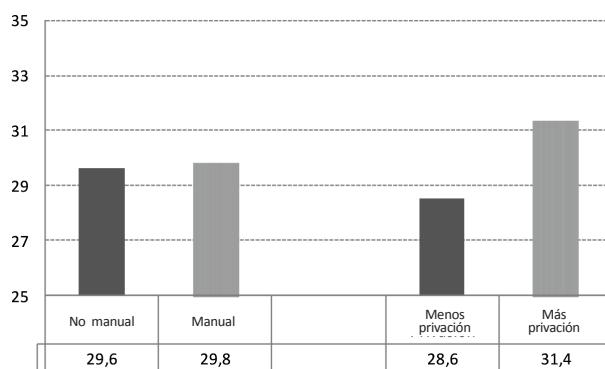
Gráfico 6.22. Porcentaje de personas según si el entorno de su vivienda tiene problemas de zonas verdes. Bilbao, 2013.



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

Según las características socioeconómicas, destaca el hecho de que los residentes en áreas más desfavorecidas perciben en mayor medida la falta de espacios verdes alrededor de sus viviendas, respecto a los residentes en zonas más favorecidas. Según la clase social de la persona, no existieron diferencias reseñables.

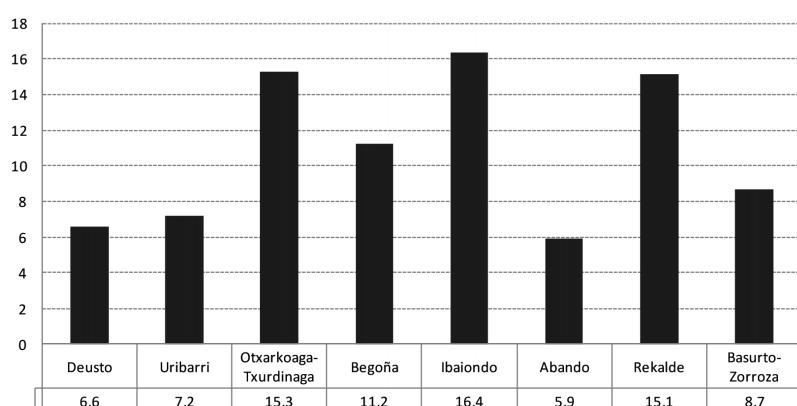
Gráfico 6.23. Porcentaje de personas que manifiestan que existen problemas de zonas verdes (algo o mucho) según clase social y nivel de privación del área de residencia. Bilbao, 2013.



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

La visión que ofrece la comparativa entre distritos pone en evidencia importantes diferencias entre los mismos. En este sentido, Ibaiondo, Rekalde y Otxarkoaga-Txurdinaga destacan por ser los distritos con una mayor superficie ocupada por parques, jardines o zonas verdes (alrededor del 16% de superficie), mientras que Abando (con un 5,9%), Deusto (6,6%) y Uribarri (7,2%) se sitúan en las posiciones menos favorables con relación a la disponibilidad de este tipo de espacios de esparcimiento.

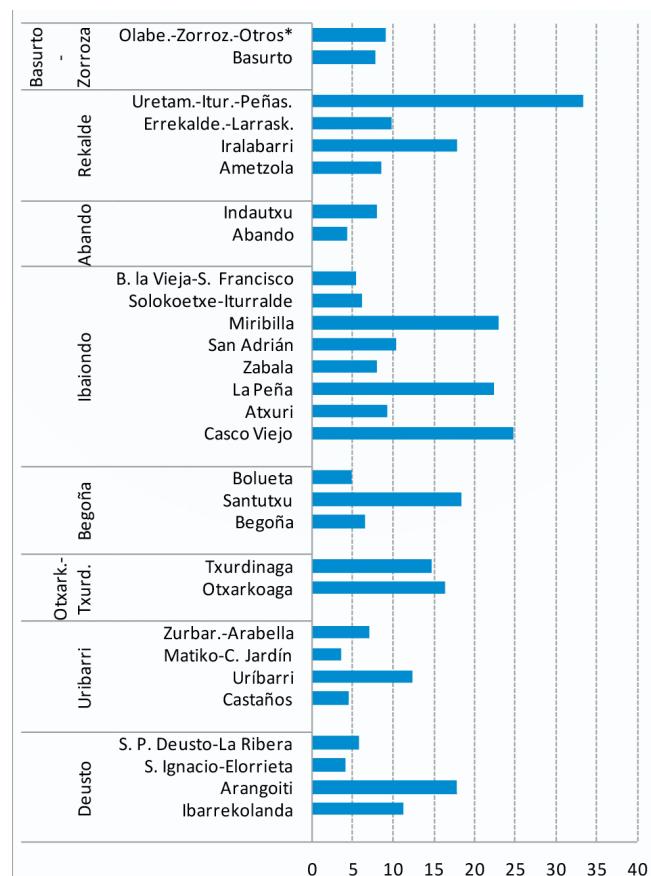
Gráfico 6.24. Porcentaje de la superficie total del distrito ocupada por parques, jardines y zonas verdes. Bilbao, 2016.



Fuente: elaboración propia a partir de datos Ayuntamiento de Bilbao.

Un detalle mayor por barrio permite identificar que Uretamendi-Iturrigorri-Peñas-cal es con claridad el barrio en el que mayor superficie de parques, jardines y zonas verdes existe (33,4% de su superficie total), seguido por Casco Viejo en el que un 24,8% del barrio estaría ocupado por este tipo de espacios (incluye el Parque Etxebarria). En este sentido, La Peña y Miribilla muestran porcentajes de superficie algo inferiores, pero destacan también como barrios en los que existen más parques, jardines y zonas verdes que el conjunto de la ciudad. Por el contrario, Matiko-Ciudad Jardín, San Ignacio-Elorrieta, Abando y Castaños son los barrios con menor disponibilidad de este tipo de espacios en su superficie total, que en ningún caso alcanza el 5,0% de la misma.

Gráfico 6.25. Porcentaje de la superficie total del barrio ocupada por parques, jardines y zonas verdes. Bilbao, 2016.



Fuente: elaboración propia a partir de datos Ayuntamiento de Bilbao.

Mapa 6.2. Distribución del porcentaje de la superficie total del barrio ocupada por parques, jardines y zonas verdes. Bilbao, 2016.

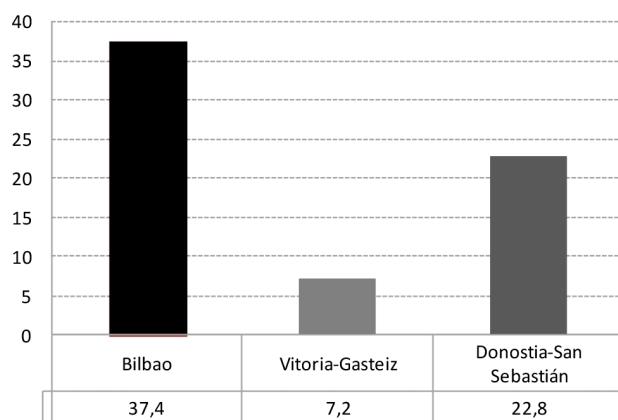


6.25. Una mayor intensidad del color indica una mayor prevalencia del indicador.

Fuente: elaboración propia a partir de datos Ayuntamiento de Bilbao.

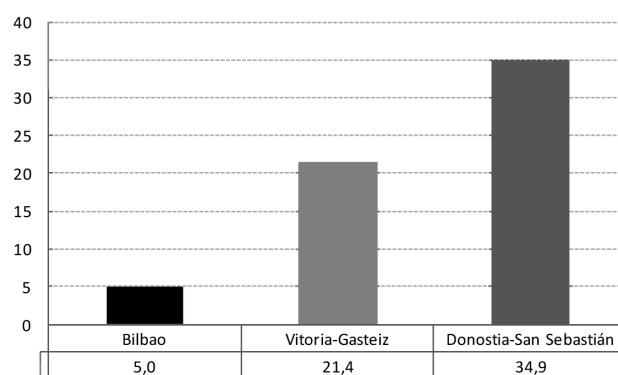
En relación con el resto de capitales de la CAPV, la situación de Bilbao con respecto a la disponibilidad de zonas verdes es especialmente poco ventajosa, ya que, si bien casi el 40% de la población de Bilbao identifica la falta de espacios verdes como problemática, tan sólo lo hace el 22,8% de la población de Donostia-San Sebastián y únicamente el 7,2% de la de Vitoria-Gasteiz. Los datos acerca de la superficie de las ciudades ocupada por parques, jardines y zonas verdes en las ciudades complementan la visión anterior, ya que claramente describe un porcentaje más bajo en el caso de Bilbao (4,9%), que destaca claramente respecto al resto de capitales, y especialmente en relación con Donostia-San Sebastián, donde el 34,9% de su superficie total está ocupada por este tipo de espacios.

Gráfico 6.26. Porcentaje de personas que manifiestan que existen problemas de zonas verdes (algo o mucho) en las tres capitales vascas. Bilbao, Vitoria-Gasteiz, Donostia-San Sebastián, 2013.



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

Gráfico 6.27. Porcentaje de superficie ocupada por parques, jardines y zonas verdes urbanas (m²/persona) en las tres capitales vascas. Bilbao, Vitoria-Gasteiz y Donostia-San Sebastián, 2009.

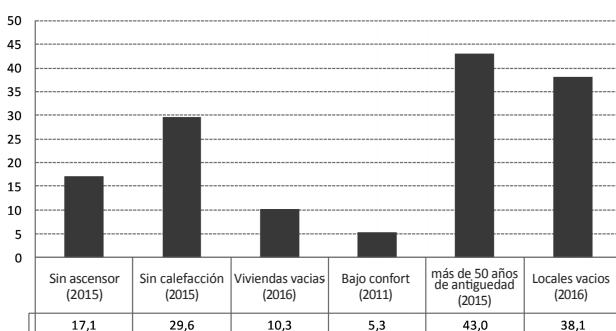


Fuente: elaboración propia a partir de Eustat.

6.2.3 Vivienda

Con relación a las características de las viviendas y locales en Bilbao, el siguiente gráfico muestra, por una parte, que el 43% de las viviendas tiene más de 50 años de antigüedad, un 29,6% no tiene calefacción, un 17,1% no tiene ascensor y un 5,3% es de confort bajo. Respecto a la ocupación de viviendas y locales, destaca el porcentaje de locales vacíos, que alcanzó el 38,1%, mientras que el de viviendas sin ocupar fue del 10,3%.

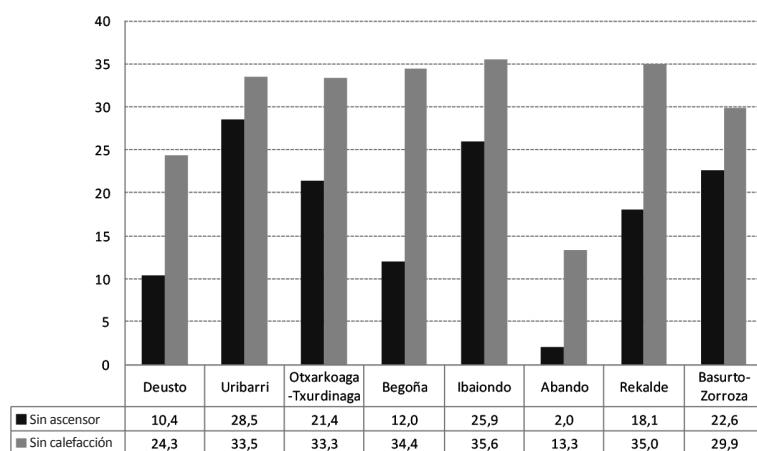
Gráfico 6.28. Porcentaje de viviendas según diferentes características y porcentaje de locales vacíos. Bilbao (año en cada indicador).



Fuente: elaboración propia a partir de datos Ayuntamiento de Bilbao y Eustat.

La presencia de algunos de los problemas más frecuentes en las viviendas de Bilbao es desigual por distritos. En este sentido, el porcentaje de aquellas sin ascensor fue especialmente elevado en Uribarri (28,5%) e Ibaiondo (25,9%), mientras que fueron casi inexistentes en Abando y únicamente alrededor de un 10% en Deusto. Por su parte, las viviendas sin calefacción se situaron entre el 30% y el 35% del total de las viviendas en Ibaiondo, Rekalde, Begoña, Otxarkoaga-Txurdinaga y Uribarri y Basurto-Zorroza, mientras que Abando volvió a mostrar el porcentaje de viviendas sin calefacción más bajo (13,3%), seguido de Deusto con un 24,3%.

Gráfico 6.29. Porcentaje de viviendas sin ascensor o sin calefacción por distrito. Bilbao, 2015.

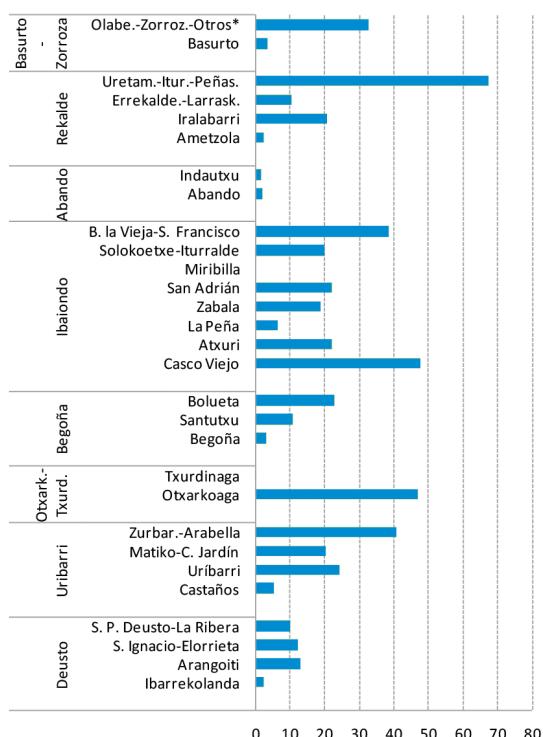


Fuente: elaboración propia a partir de datos Ayuntamiento de Bilbao y Eustat.

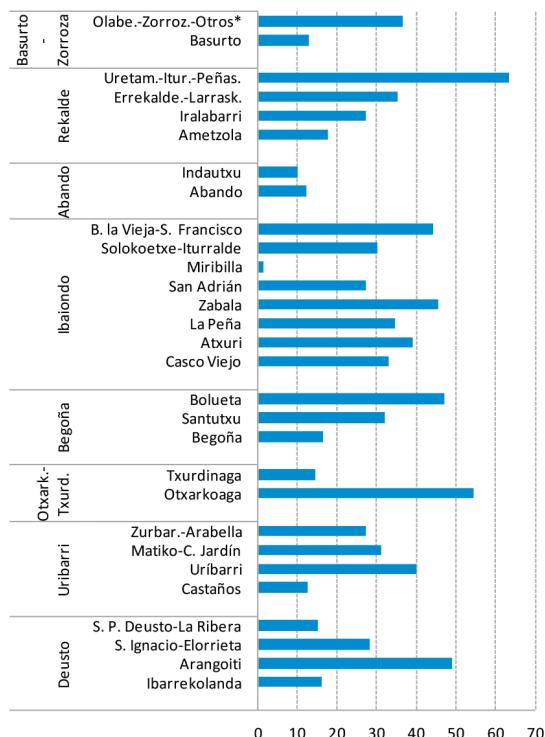
En concreto por barrios, las viviendas sin ascensor fueron especialmente habituales en el barrio de Uretamendi-Iturrigorri-Peñascal (un 67,5% del total de las mismas), seguido del Casco Viejo (47,6%), Otxarkoaga (46,9%) y Bilbao La Vieja-San Francisco (38,7%). Por otro lado, entre los barrios con mayor porcentaje de viviendas sin calefacción encontramos de nuevo Uretamendi-Iturrigorri-Peñascal (63,4%), Otxarkoaga (54,3%), Arangoiti (49,2%), Bolueta (47,3%), Zabala (45,4%) o Bilbao La Vieja-San Francisco (44,4%).

Gráfico 6.30. Porcentaje de viviendas sin ascensor o sin calefacción por barrio. Bilbao, 2015.

Sin ascensor

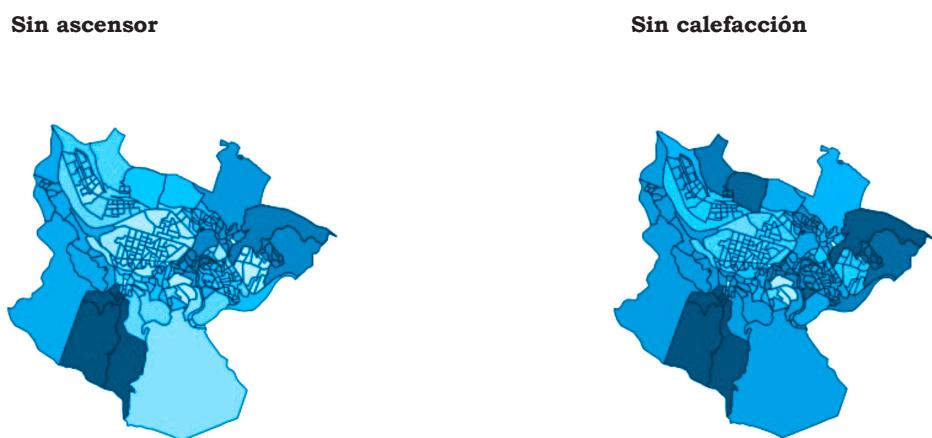


Sin calefacción



Fuente: elaboración propia a partir de Eustat

Mapa 6.3. Distribución del porcentaje de viviendas sin ascensor o sin calefacción por barrio. Bilbao, 2015.



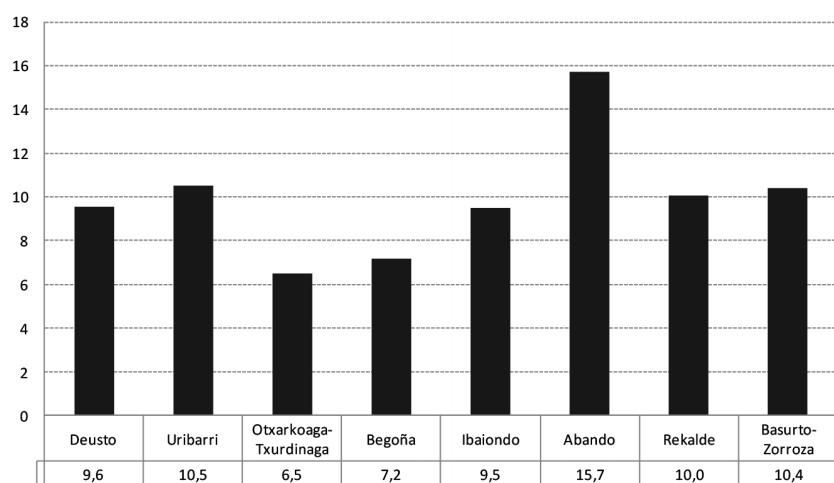
Los datos proceden del gráfico 6.30. Una mayor intensidad del color indica una mayor prevalencia de los indicadores.

Fuente: elaboración propia a partir de Eustat

El distrito que más viviendas vacías tiene es Abando, con un 15,7% del total, habiendo también un porcentaje importante en el resto de distritos, en la mayoría de ellos de alrededor del 10%, a excepción de Otxarkoaga-Txurdinaga con el 6,2% y de Begoña con el 7,2%.

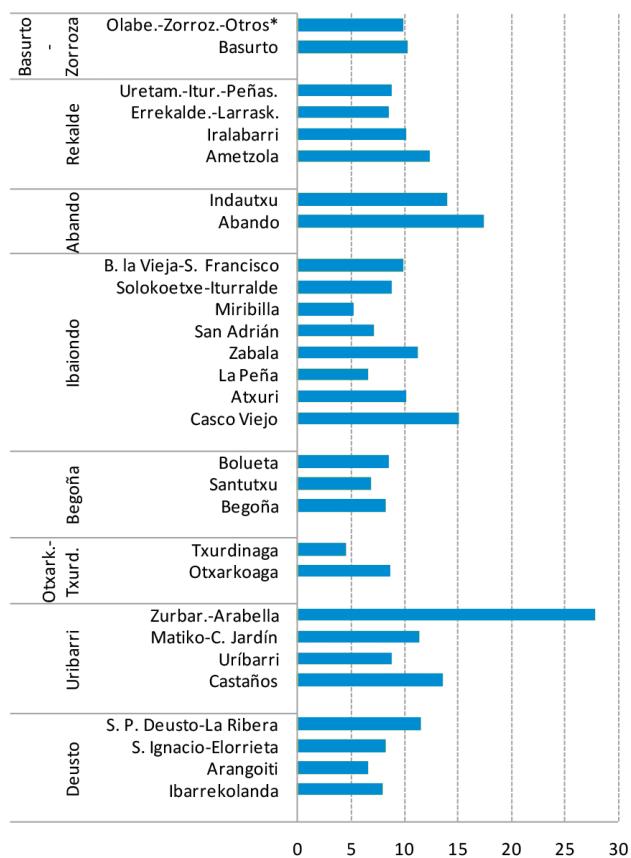
Más en concreto, y tomando como referencia el barrio, es el barrio de Zurbarán-Arabella el que destaca por su proporción de viviendas vacías, un 27,9% del total, seguido de Abando con el 17,5% y de Casco Viejo con el 15,2%.

Gráfico 6.31. Porcentaje de viviendas vacías por distrito. Bilbao, 2016.



Fuente: elaboración propia a partir de datos Ayuntamiento de Bilbao

Gráfico 6.32. Porcentaje de viviendas vacías por barrio. Bilbao, 2016.

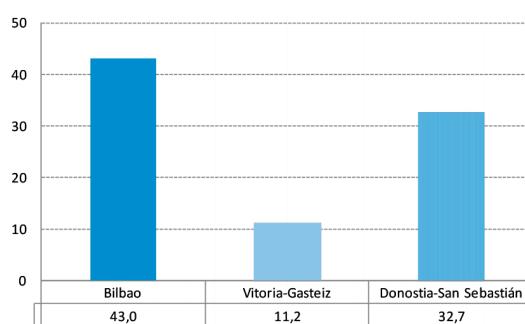


Fuente: elaboración propia a partir de datos Ayuntamiento de Bilbao

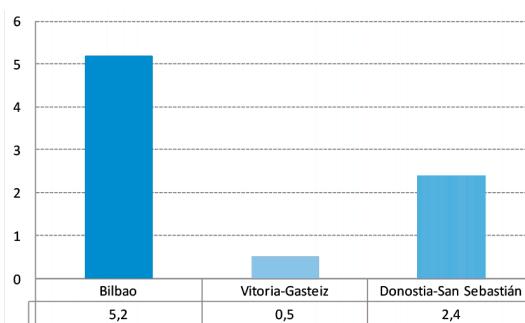
Al comparar las tres capitales vascas, Bilbao es la ciudad con peores indicadores de vivienda. Así, mientras Bilbao tiene un 43% de viviendas con más de 50 años, este porcentaje es del 32,7% en Donostia-San Sebastián y del 11,2% en Vitoria-Gasteiz. Igualmente, un 5,2% de las viviendas de Bilbao tienen un confort bajo, frente a solo el 2,4% de las de Donostia-San Sebastián y el 0,5% de las de Vitoria-Gasteiz. La puntuación media en el índice de confort de la vivienda de Bilbao es la más baja de las tres capitales, siendo de nuevo Vitoria-Gasteiz la que mejor puntuación registra.

Gráficos 6.33. Porcentaje de viviendas familiares según diversas características. Bilbao, Vitoria-Gasteiz y Donostia-San Sebastián, 2011 y 2015.

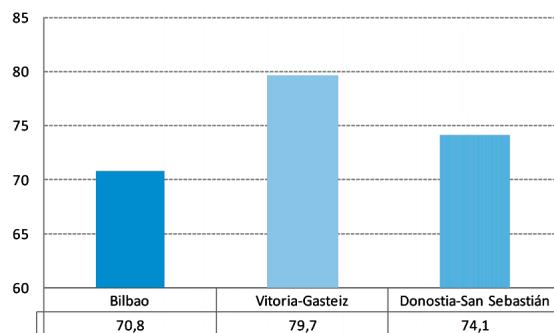
Más de 50 años de antigüedad (%) (2015)



Confort bajo (%) (2011)



Índice de Confort de la Vivienda (media) (2011)



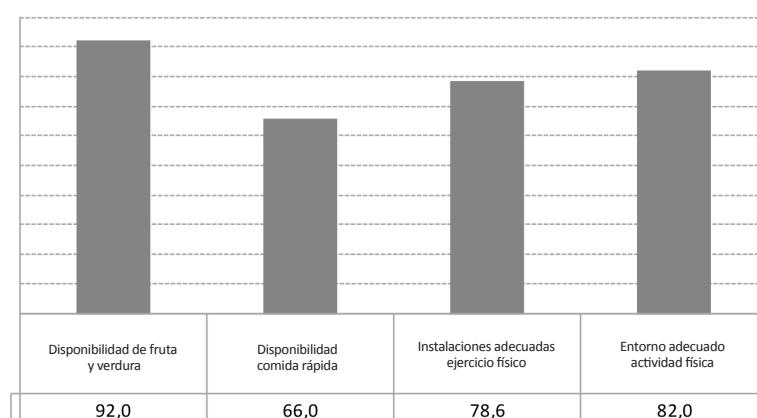
Fuente: elaboración propia a partir de Eustat

6.2.4 Disponibilidad de opciones relacionados con la salud en el entorno de la vivienda.

En referencia a la disponibilidad de servicios relacionados con comportamientos saludables en el entorno de la vivienda, la mayoría de la población en Bilbao afirma tener buen acceso a establecimientos de fruta y verdura en su entorno, hasta un 92% de las personas. En el caso de la comida rápida ese porcentaje se queda en el 66%. Por otro lado, un 78,6 % de la población de Bilbao cree que existen instalaciones adecuadas para realizar ejercicio físico, considerando un 82% que el entorno es adecuado para la práctica de actividad física.

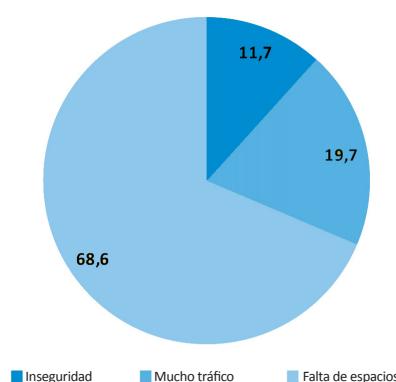
Entre las personas que consideran que el entorno de la vivienda no es el adecuado para realizar actividad física, la razón más importante a la que aluden es a la falta de espacios para ello, un 68,6%, mientras un 19,7% considera que el tráfico es un problema para realizar este ejercicio en el entorno y un 11,7% hace referencia a problemas de inseguridad.

Gráfico 6.34. Porcentaje de personas que afirman disponibilidad a diferentes factores. Bilbao, 2013.



Fuente: elaboración propia a partir de datos Ayuntamiento de Bilbao

Gráfico 6.35. Razones por las que el entorno no es adecuado para realizar actividad física. Bilbao, 2013.

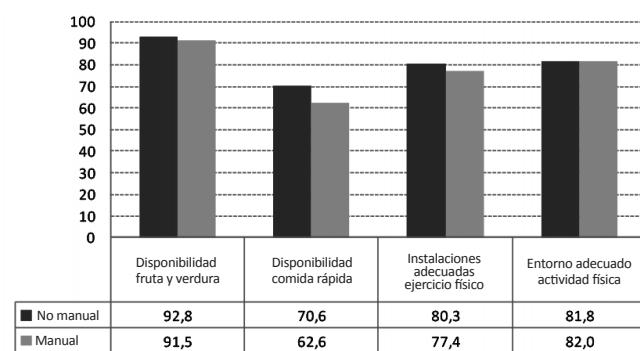


Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

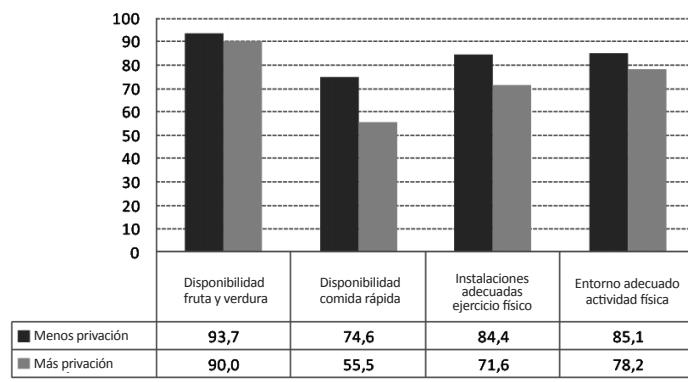
La disponibilidad de servicios en el entorno que perciben los/as habitantes de Bilbao no son muy diferentes según la clase social. El nivel de privación del área de residencia tampoco marcó diferencias considerables, aunque las personas vecinas de áreas de mayor privación creen en menor medida vivir en entornos idóneos para la actividad física y con instalaciones adecuadas para ello.

Gráficos 6.36. Porcentaje de personas que afirman disponibilidad a diferentes factores según clase social y nivel de privación del área de residencia. Bilbao, 2013.

Clase social



Nivel de privación



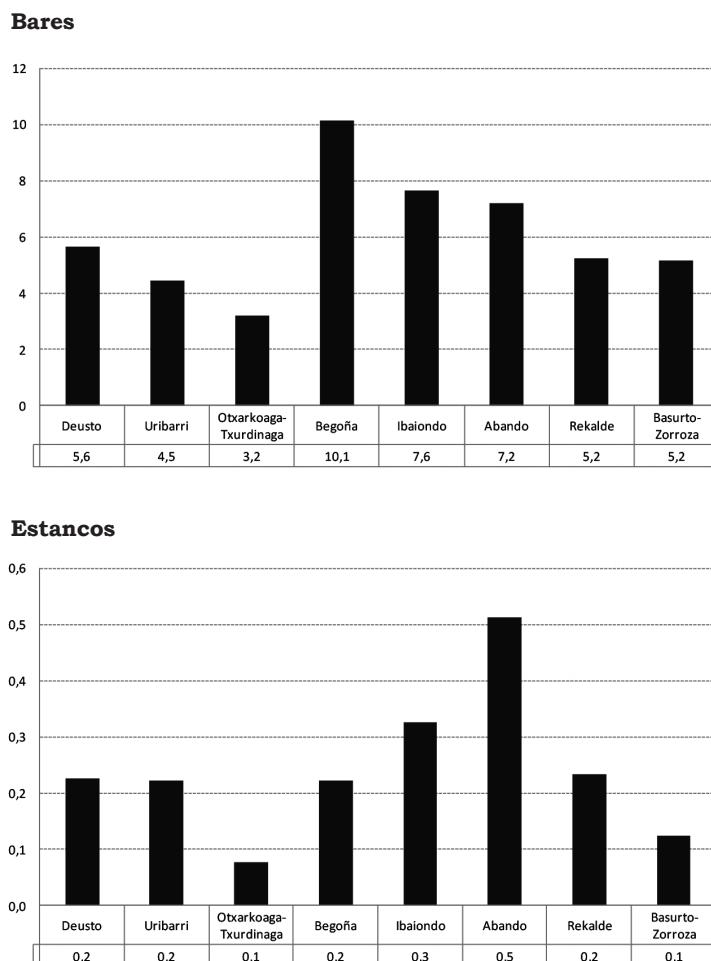
Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

En el caso de la disponibilidad de establecimientos de venta de fruta y verdura, así como de establecimientos de venta de alcohol (bares) y tabaco (estancos), y atendiendo a las diferencias por distritos y barrios, los distritos con una mayor disponibilidad son los del centro, Ibaiondo y Abando, y también Begoña en el caso de los bares.

La comparación de las tasas de bares y de tiendas de fruta y verdura, nos muestra la amplia disponibilidad que existe de los primeros frente a las segundas. De hecho, Bilbao tenía en el año 2016 2.242 bares, frente a 674 tiendas de fruta y verdura. Así, en los distritos de mayor disponibilidad encontramos en torno a 7-10 bares por 1.000 personas, mientras en el caso de los establecimientos de venta de fruta y verdura el número por cada 1.000 habitantes en los barrios de mayor disponibilidad se sitúa en torno a 2-3.

Concretamente en el caso de los bares, podemos observar que Begoña, Ibaiondo y Abando son los distritos con mayor densidad de este tipo de establecimientos, con tasas de 10,1, 7,6 y 7,2 bares por 1.000 habitantes, respectivamente. En el caso de los estancos destaca el distrito de Abando, seguido de Ibaiondo.

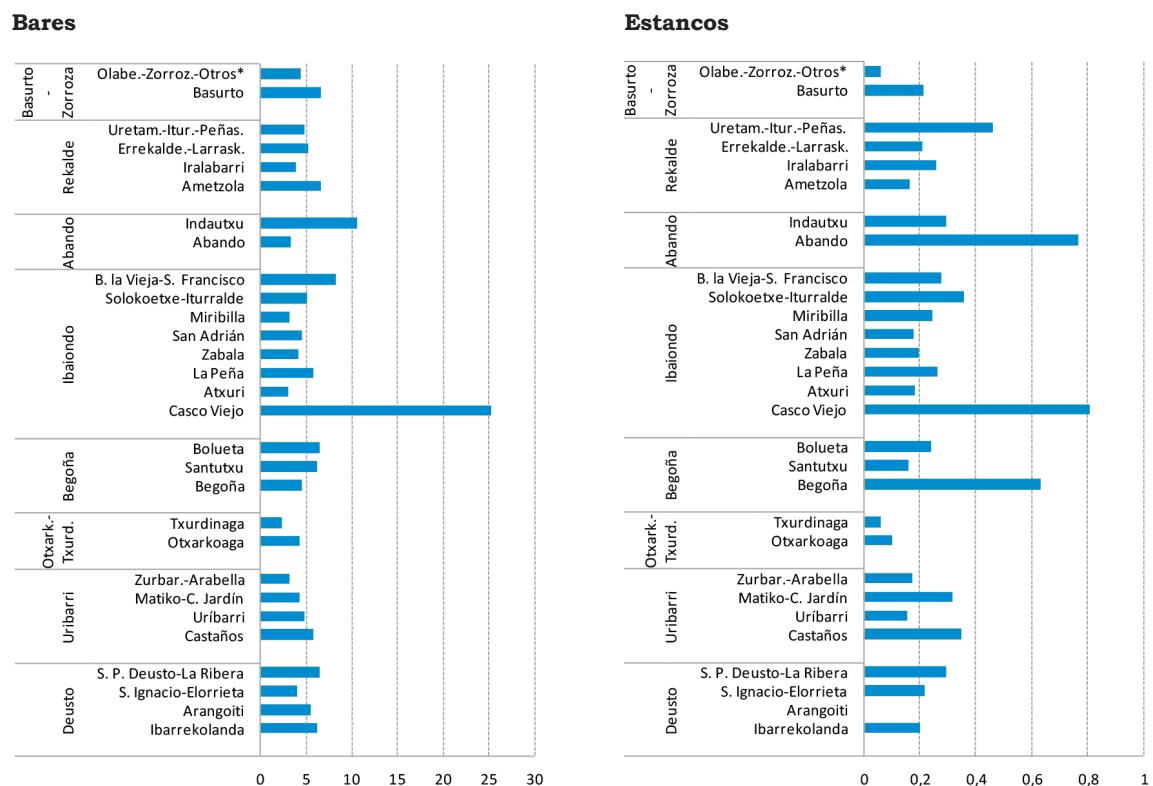
Gráficos 6.37. Tasa de bares y estancos por cada 1.000 habitantes según distrito. Bilbao, 2016.



Fuente: elaboración propia a partir de datos Ayuntamiento de Bilbao

Más en detalle se puede observar la gran proporción de bares que existe en el Casco Viejo, 25,3 por cada 1.000 habitantes, a gran distancia del resto de barrios, que tienen tasas de entre 4 y 7 bares por 1.000 habitantes. En el caso de los estancos vuelve a ser el Casco Viejo el que sobresale, pero a él se le unen los barrios de Abando y Begoña.

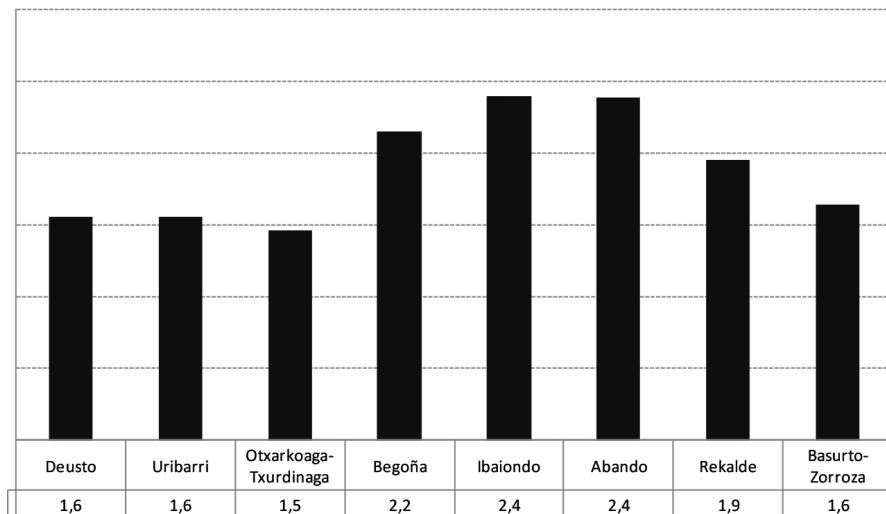
Gráficos 6.38. Tasa de bares por cada 1.000 habitantes según barrio. Bilbao, 2016.



Fuente: elaboración propia a partir de datos Ayuntamiento de Bilbao

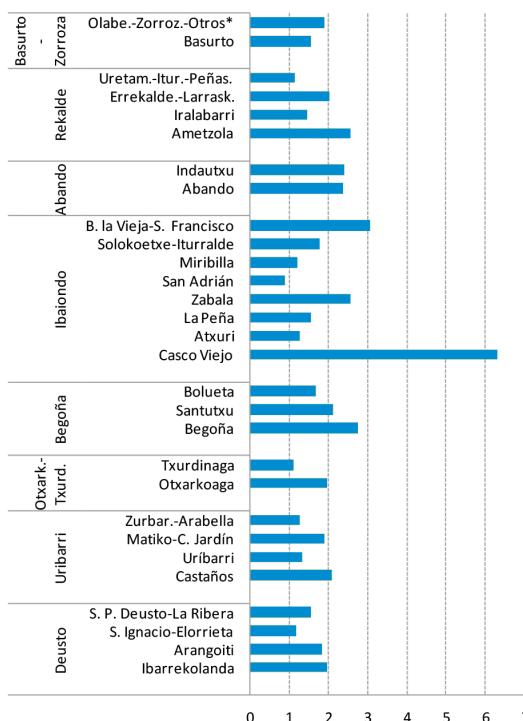
En el caso de las tiendas de venta de fruta y verdura, las tasas son similares entre los distritos, siendo Otxarkoaga-Txurdinaga el que menor número de establecimientos de este tipo tiene por 1.000 habitantes, 1,5, y son Ibaiondo y Abando los que mayor tasa presentan, 2,4 por 1.000 habitantes. Al concretar este indicador a nivel de barrio, el Casco Viejo vuelve a destacar con más de 6 tiendas de fruta por 1.000 habitantes, el doble que el siguiente barrio con mayor tasa, Bilbao La Vieja-San Francisco.

Gráficos 6.39. Tasa de establecimientos que venden fruta y verdura por cada 1.000 habitantes según distrito. Bilbao, 2016.



Fuente: elaboración propia a partir de datos Ayuntamiento de Bilbao

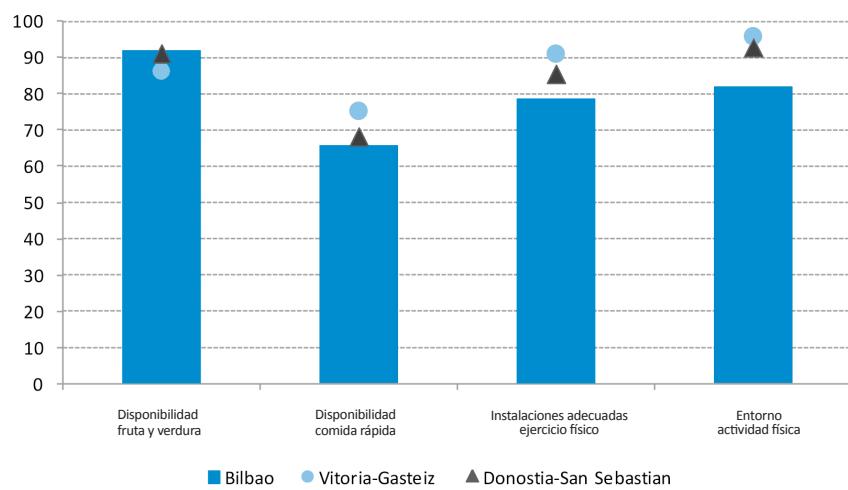
Gráficos 6.40. Tasa de establecimientos que venden fruta y verdura por cada 1.000 habitantes según barrio. Bilbao, 2016.



Fuente: elaboración propia a partir de datos Ayuntamiento de Bilbao

La percepción de la disponibilidad de servicios en las tres capitales vascas es similar, aunque con algunas pequeñas diferencias reseñables en el caso de la actividad física. Tanto la población de Vitoria-Gasteiz como de Donostia-San Sebastián afirman contar con instalaciones deportivas adecuadas y un entorno idóneo para realizar actividad física en mayor medida de lo que lo hace la población de Bilbao.

Gráficos 6.41. Porcentaje de personas que afirman disponibilidad a diferentes factores en las tres capitales vascas. Bilbao, Vitoria-Gasteiz y Donostia-San Sebastián, 2013.

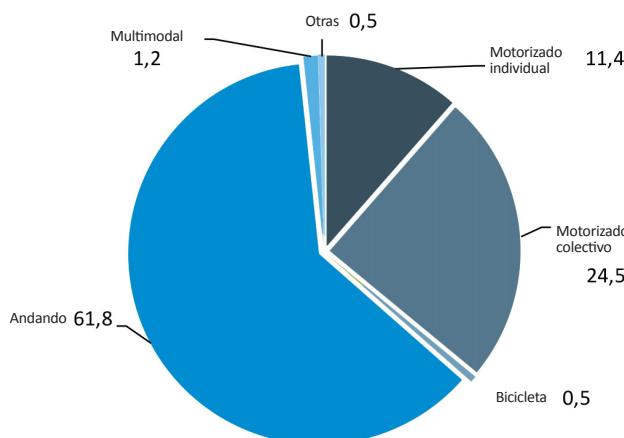


Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

6.2.5 Movilidad

La mayor parte de desplazamientos en el interior de la ciudad de realizan a pie. Concretamente, del total de 887.013 desplazamientos internos realizados en 2011, el 61,8% se realizó a pie, mientras que el 24,5% se hizo en transporte público y el 11,4% en transporte motorizado individual. De este último, la mayor parte de los desplazamientos (95,9%) se realizaron en automóvil. Además, según el documento “Claves del diagnóstico para la elaboración del Plan de Movilidad Urbana Sostenible de Bilbao 2015-2030” la mayor parte de estos desplazamientos internos en automóvil se realizan por residentes en la ciudad en entornos de 1,5-2 kilómetros.

Gráficos 6.42. Distribución de los desplazamientos internos según modo de transporte. Bilbao, 2011.

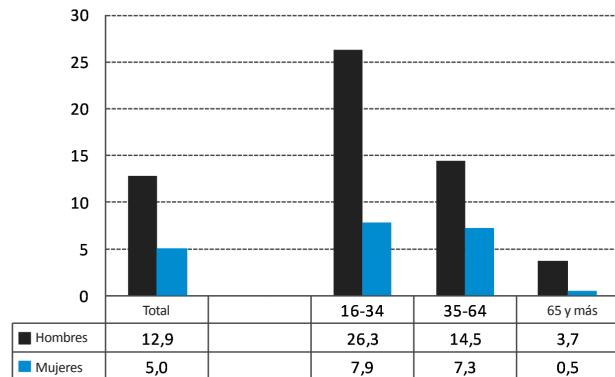


Fuente: Elaboración propia a partir de Estudio de la movilidad de la Comunidad Autónoma Vasca 2011. Gobierno Vasco.

Respecto a los desplazamientos con el exterior de la ciudad, el desplazamiento activo ocupó un porcentaje bajo, y sólo el 0,6% de estos desplazamientos con origen o destino Bilbao se realizaron por un medio activo (0,4% andando y 0,2% en bicicleta).

En términos de movilidad en bicicleta, es el medio utilizado entre el 0,5% y el 3% de los desplazamientos, según la fuente. Atendiendo al número de personas en lugar de a los desplazamientos, tan sólo un 12,9% de los hombres y un 5,0% de las mujeres suelen desplazarse en bicicleta en la ciudad de Bilbao. Este porcentaje es mayor cuanto más joven es la población, especialmente entre los hombres, ya que en el grupo de 16 a 34 años el 26,3% se mueve en bicicleta, frente al 14,5% de los de 35 a 64 años y sólo el 3,7% en el caso de las personas de 65 y más años. Entre las mujeres el porcentaje es menor en todas las edades, siendo similar la proporción entre las más jóvenes y las de edad intermedia, con más del 7%.

Gráficos 6.43. Porcentaje de personas que suelen desplazarse en bicicleta total y según grupos de edad por sexo. Bilbao, 2013.

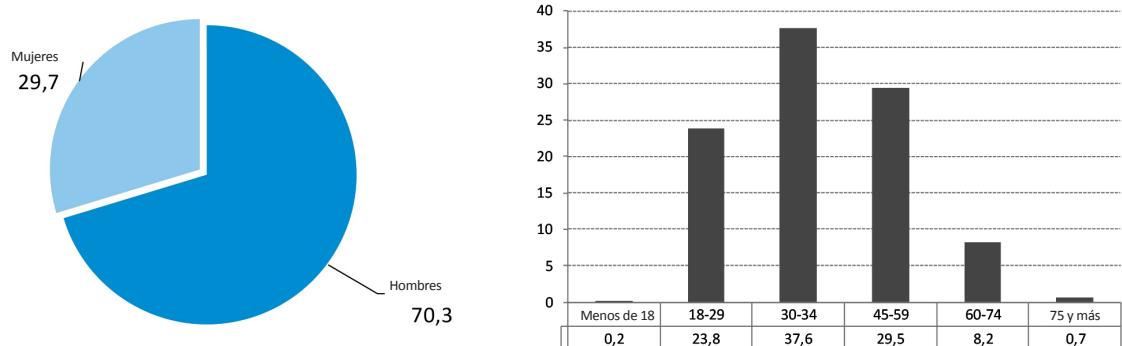


Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

De hecho, según datos del servicio de préstamo de bicicleta pública del Ayuntamiento de Bilbao Bilbon Bizi, la gran mayoría de los desplazamientos realizados con este servicio, el 70,3%, son realizados por hombres, concretamente 195.264 desplazamientos frente a 82.482 realizados por mujeres, en el año 2015. Con relación a la edad, es claro también el patrón. De esta forma, el número de desplazamientos por habitante desciende a medida que aumenta la edad, pasando de 1,9 desplazamientos anuales por persona entre los de 18 a 29 años a 0,7 entre los mayores de 75 años.

Así, del total de desplazamientos el 37,6% lo realizaron personas de 30 a 44 y el 23,8% personas de 18 a 29 años, siendo muy escaso el porcentaje de usuarios menores de 18 años y de 60 o más años sobre el total, concentrándose los usuarios especialmente entre los 30 y los 59 años.

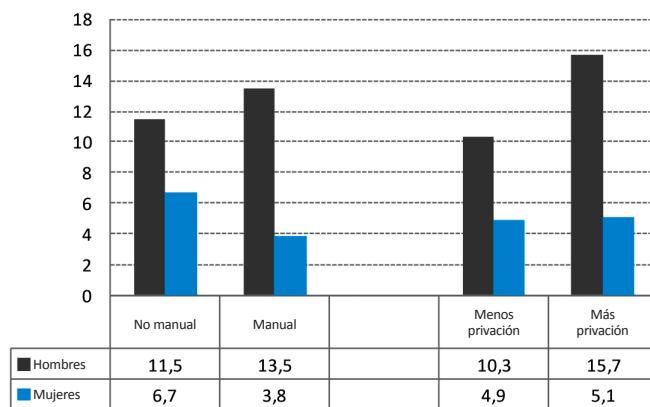
Gráficos 6.44. Distribución por sexo y edad de los desplazamientos realizados por usuarios de bicicleta pública. Bilbao, 2015.



Fuente: elaboración propia a partir de Ayuntamiento de Bilbao

El nivel socioeconómico sigue un patrón diferente en el uso de la bicicleta según si es hombre o mujer, esto es, los hombres de clase manual (más desfavorecida) y que residen en áreas de mayor privación utilizan la bicicleta para desplazarse en mayor medida que los de clase no manual (más favorecida) y menor privación. Sin embargo, en las mujeres la clase social parece jugar el efecto contrario, siendo las de clase más favorecida las que suelen desplazarse más en este medio de transporte respecto a las de clase más desfavorecida. Además, el nivel de privación del área de residencia no parece tener ningún efecto en las mujeres.

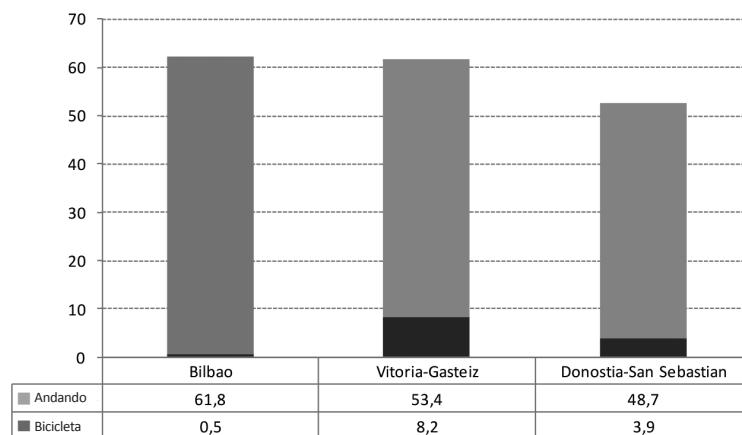
Gráfico 6.45. Porcentaje de personas que suelen desplazarse en bicicleta según clase social y nivel de privación del área de residencia por sexo. Bilbao, 2013.



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

En comparación con el resto de capitales vascas, el porcentaje que los desplazamientos activos representaron sobre el total de desplazamientos internos en Bilbao (62,3%) fue similar a la de Vitoria-Gasteiz (61,6%) y ligeramente superior a la de Donostia-San Sebastián (52,5%). Sin embargo, en Bilbao destaca el porcentaje de desplazamientos internos que se realiza andando (61,8%), superior al resto de dos capitales (53,4% Vitoria-Gasteiz y 48,7% Donostia-San Sebastián). Este porcentaje de desplazamientos andando de Bilbao también parece ser mayor que el resto de capitales del Estado, según indica el documento “Claves del diagnóstico para la elaboración del Plan de Movilidad Urbana Sostenible de Bilbao 2015-2030”.

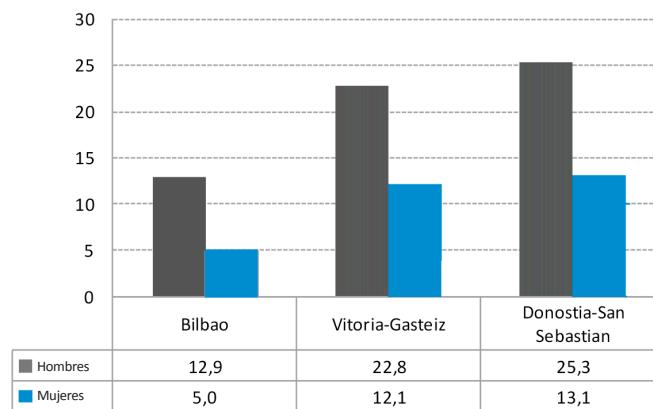
Gráfico 6.46. Porcentaje que los desplazamientos activos representan respecto al total de desplazamientos internos. Bilbao, Vitoria-Gasteiz y Donostia-San Sebastián, 2011.



Fuente: Elaboración propia a partir de Estudio de la movilidad de la Comunidad Autónoma Vasca 2011. Gobierno Vasco.

Sin embargo, Bilbao destaca por la menor presencia de los desplazamientos en bicicleta. Si atendemos al porcentaje que estos desplazamientos suponen en el conjunto de la movilidad interna, Bilbao presenta un valor (0,5%), muy inferior al de Vitoria-Gasteiz (8,2%) y Donostia-San Sebastián (3,8%). En cuanto a las personas usuarias de las tres capitales vascas, es también Bilbao, tanto en hombres como en mujeres, la ciudad en la que menor porcentaje de población utiliza la bicicleta, siendo el doble la proporción de personas de Donostia-San Sebastián y de Vitoria-Gasteiz que usan habitualmente la bicicleta para desplazarse.

Gráfico 6.47. Porcentaje de personas que suelen desplazarse en bicicleta en las tres capitales vascas por sexo. Bilbao, Vitoria-Gasteiz y Donostia-San Sebastián, 2013.



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

6.3 Entorno social

En este apartado se realizará una descripción de algunas de las dimensiones que caracterizan el entorno social en el que viven los habitantes de Bilbao. Concretamente, se describirán aspectos como el apoyo social con el que cuentan, el capital social, la participación social, las situaciones de soledad y la percepción de delincuencia existente.

El apoyo social, medido con la escala Duke, valora la red de personas dispuestas a prestar ayuda en momentos de inestabilidad psíquica, debilidad física o vulnerabilidad personal o social. Según esta escala, en Bilbao el 11,3% de la población tiene un apoyo social bajo. Entre los dos tipos de apoyo social analizados, el apoyo afectivo y el apoyo confidencial, es la falta del primero el que muestra una frecuencia mucho más elevada, que alcanza el 33,1% en los hombres y el 28,4% en las mujeres.

En cuanto a la participación social, se ha considerado la participación en alguna asociación voluntaria, como organizaciones políticas, religiosas, medioambientales, clubes deportivos, de cooperación, etc. La gran mayoría de la población de Bilbao afirma no participar en ninguna de estas organizaciones (porcentajes superiores al 70% en ambos sexos). Si lo realizan en cambio, de forma regular, el 12% de los hombres y el 8,6% de las mujeres.

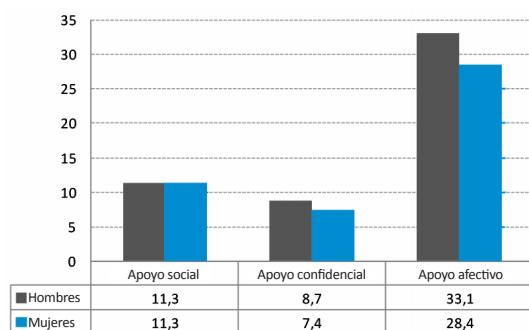
Con relación al capital social, que hace referencia a aspectos intangibles presentes en la estructura de una comunidad, se ha medido a través de tres dimensiones. En relación a la confianza interpersonal, ésta obtiene al 47,4% de las mujeres y al 48,4% de los hombres. Valores ligeramente superiores alcanza la percepción sobre la honradez del resto de las personas (59,9% en ellas y 54,7% en ellos). En el caso de la percepción acerca de la disponibilidad de la gente para ayudar al resto, los porcentajes bajan hasta situarse en alrededor de un 35% (38,0% en ellas y 34,0% en ellos).

En relación con la soledad, el dato al que se ha podido acceder es el de las personas que viven solas a edades avanzadas. En este caso, en torno al 23% de la población mayor de 64 años y el 28,5% de la mayor de 74 no convive con ninguna persona. Aunque esto no suponga necesariamente la existencia de un problema de soledad social, sí constituye un factor de riesgo importante.

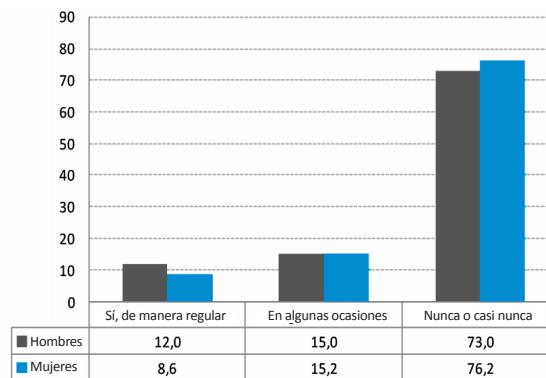
Por último, y con respecto a la percepción de la población acerca de la delincuencia como problema de su entorno, la gran mayoría de la población (55,1% de hombres y 60,1% de mujeres) opina que no hay delincuencia en absoluto, mientras que existe una minoría de un 5,9% de hombres y un 7,2% de mujeres que sí perciben la delincuencia como un problema relevante del entorno en el que viven.

Gráfico 6.48. Porcentaje de personas según diversas características del entorno social por sexo. Población de 16 y más años. Bilbao, 2013.

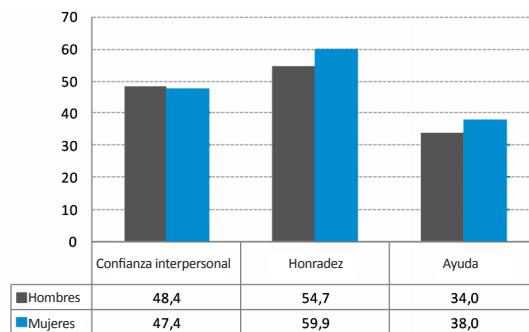
Bajo apoyo



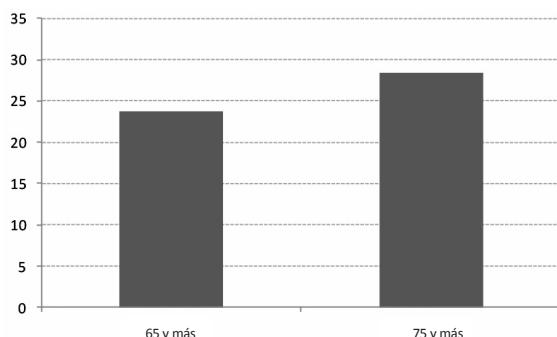
Participación en asociaciones



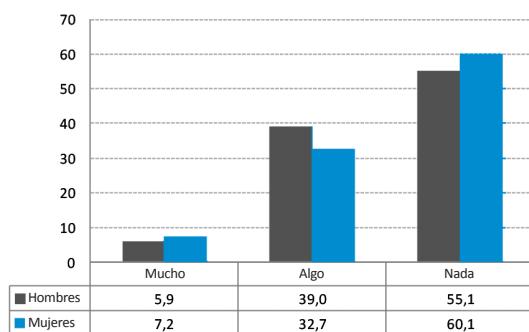
Capital social



Hogares unipersonales (2016)



Percepción de delincuencia



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013) y Eustat.

Algunas características sociodemográficas y socioeconómicas como la edad o el nivel educativo pueden influir en estas dimensiones del entorno social descritas.

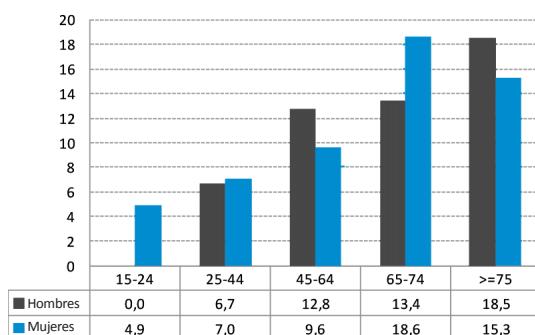
Comenzando con el apoyo social, se puede observar cómo el apoyo social bajo aumenta gradualmente a medida que la población envejece, ya que, en términos generales y tanto en hombres como en mujeres, la inexistencia de apoyo social es más elevada a medida que aumenta la edad. De esta forma, los porcentajes más altos de falta de apoyo social se alcanzan en las edades mayores de 64 años. En este sentido, el 18% de los hombres mayores de 74 años y de las mujeres entre 65 y 74 perciben un apoyo social bajo.

Con respecto a la participación social, la edad de la población estableció diferencias según las cuales a medida que la edad de la población avanza su implicación en diferentes asociaciones desciende, siendo especialmente evidente en el grupo de a partir de 75 años, entre quienes únicamente el 19,8% de los hombres y el 13,0% de las mujeres afirmó participar activamente en alguna organización bien sea de forma ocasional o de manera regular. Destaca, por el contrario, el elevado porcentaje de población joven, de entre 15 y 24 años, que sí lo hace (31,4% de hombres y 31,7% de mujeres).

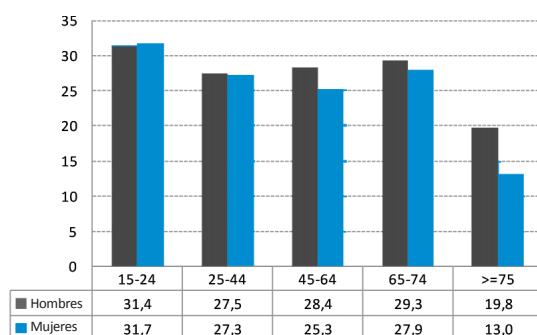
El capital social, por su parte, parece guardar una relación menos clara con la edad, aunque sí parece intuirse que a medida que aumenta la edad de la población, las tres dimensiones disminuyen.

Gráfico 6.49. Porcentaje de personas según diversas características del entorno social por sexo. Población de 16 y más años. Bilbao, 2013.

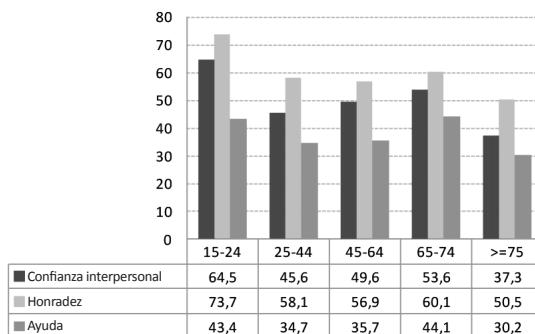
Bajo apoyo social



Participación en asociaciones



Capital social



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

El nivel educativo mostró ser un importante condicionante del entorno social. Así, en términos generales existe una tendencia de mejora en las diferentes dimensiones descritas a medida que el nivel de estudios se incrementa.

Comenzando con el apoyo social, la falta de éste parece descender a medida que las personas tienen un nivel educativo más elevado, patrón que es claro en las mujeres, mientras que, en los hombres, a pesar de que la tendencia se repite, son aquellos de nivel educativo secundario inferior, y no los de menor nivel de estudios, quienes muestran el nivel más bajo de apoyo social.

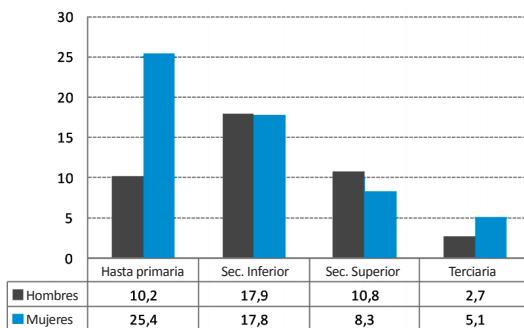
En cuanto a la participación social, aunque el nivel educativo parece establecer un gradiente de mejora, son las personas con niveles educativos extremos, tanto las de estudios primarios o inferiores como las de estudios terciarios, quienes muestran mayores tasas de participación en organizaciones, superando el 30% en ambos casos y tanto en hombres como en mujeres.

Por su parte, el capital social parece aumentar gradualmente con el nivel educativo, de forma que tanto la confianza interpersonal, como la honradez y la percepción de la disposición de ayuda por parte del resto de las personas es mayor en la población con nivel educativo universitario.

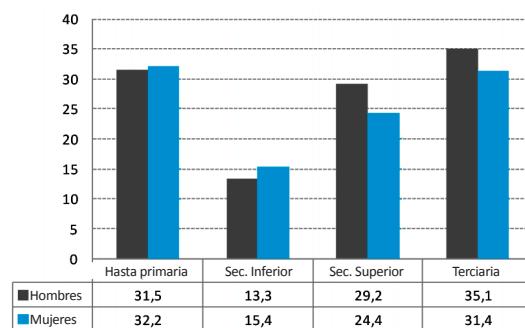
Por último, con respecto a la percepción de delincuencia en el entorno en el que se vive, su frecuencia parece disminuir a medida que aumenta el nivel de estudios, con la excepción de la población de menor nivel de estudios, entre quienes esta sensación es similar a las personas de nivel educativo secundario superior.

Gráfico 6.50. Porcentaje de personas según diversas características del entorno social por nivel de estudios según sexo. Población de 16 y más años. Bilbao, 2013.

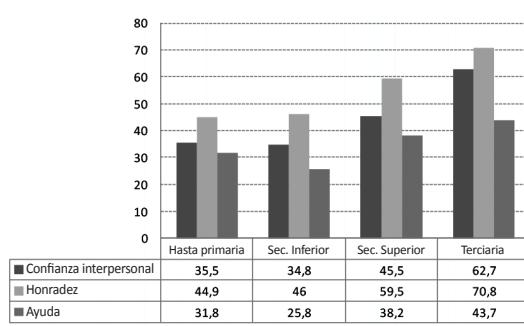
Bajo apoyo social



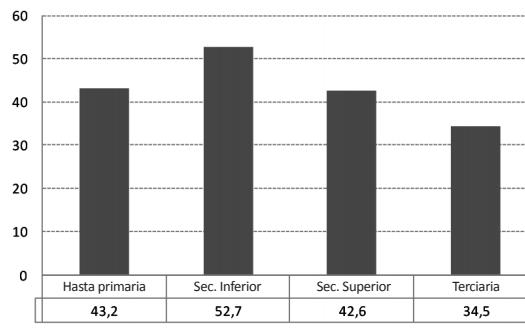
Participación en asociaciones



Capital social



Percepción de delincuencia



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

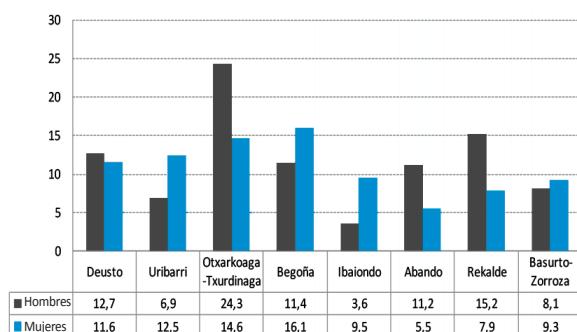
Las características del entorno social también difieren según distritos, tal y como muestran los siguientes gráficos. Así, el bajo apoyo social es especialmente frecuente entre los hombres que residen en Otxarkoaga-Txurdinaga, con un 24,3%. Ibaiondo sería, por el contrario, el distrito con menor falta de apoyo social entre los hombres de Bilbao. Entre las mujeres, por su parte, Begoña y Otxarkoaga-Txurdinaga son los distritos que muestran proporciones más altas de bajo apoyo social, con frecuencias que rondan el 15%.

Con relación a la percepción de delincuencia, Rekalde e Ibaiondo destacan por estar entre los distritos en los que sus vecinos/as perciben mayor delincuencia en el entorno, mientras que Abando, Deusto y Uriarri son los que perciben menor nivel de delincuencia.

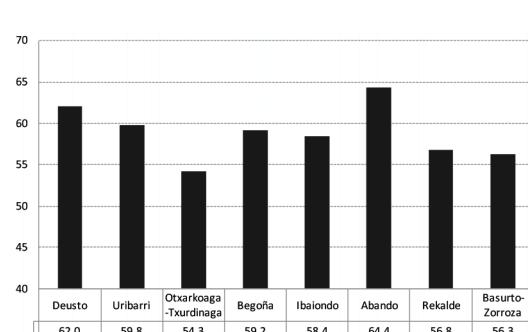
Considerando como indicador de participación social la participación en las elecciones municipales de 2015, el distrito en el que se observó una tasa más baja fue, nuevamente, Otxarkoaga-Txurdinaga, en el que sólo algo más del 50% de los/as vecinos/as acudió a votar. Por su parte, Abando, con un 64,4% de participación, fue el distrito con un porcentaje más elevado.

Gráfico 6.51. Porcentaje de personas según diversas características del entorno social por distrito. Población de 16 y más años. Bilbao, 2013 y 2015.

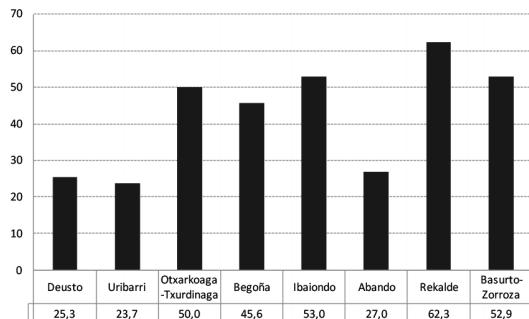
Bajo apoyo social



Participación en elecciones 2015 (18 y más)



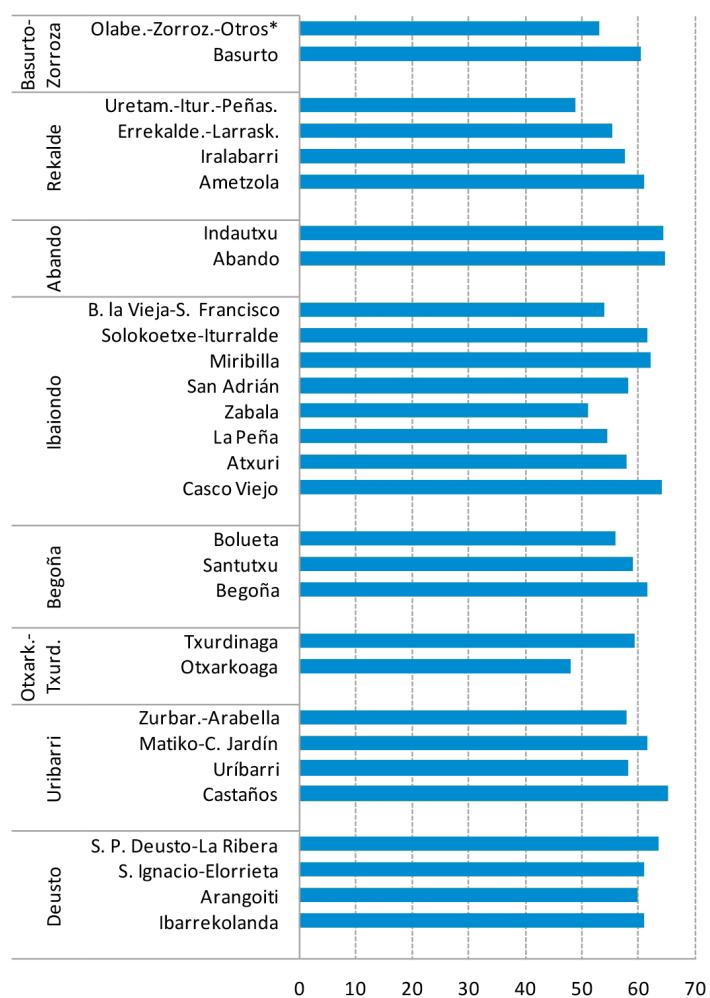
Percepción de delincuencia



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013) y datos Departamento de Seguridad. Gobierno Vasco.

La participación en elecciones municipales de 2015 de la población bilbaína también puede ser analizada según el barrio de residencia. Las diferencias en este caso fueron mayores que entre los distritos, ya que, en los barrios con mayor tasa de participación Castaños, Abando, Indautxu y Casco Viejo, la participación superó el 64%. Por el contrario, en los barrios con menor participación (Otxarkoaga y Uretamendi-Iturrigorri-Peñas-cal) ésta no alcanzó el 50%.

Gráfico 6.52. Tasa de participación en las elecciones municipales de 2015 por barrio. Población de 18 y más años. Bilbao, 2013.

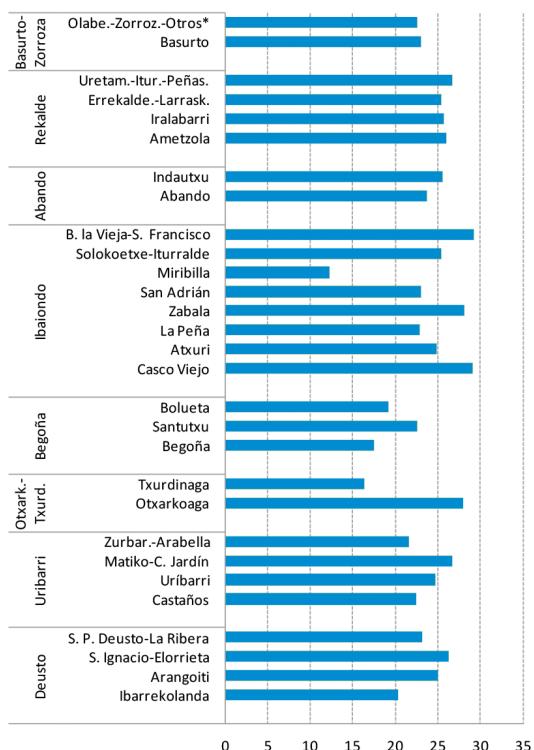


Fuente: elaboración propia a partir de Departamento de Seguridad. Gobierno Vasco.

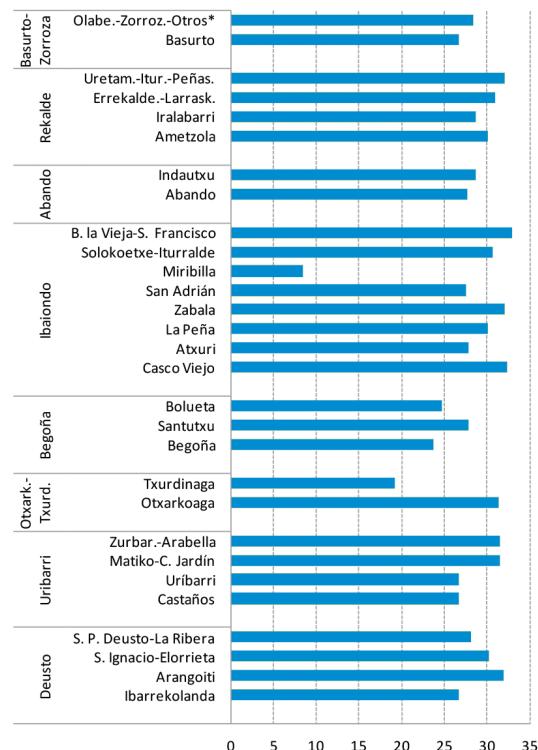
Los datos existentes por barrios en relación con las personas que viven solas, muestran que, entre la población mayor de 65 años, Bilbao la Vieja-San Francisco, Casco Viejo y Otxarkoaga son los lugares donde existe un mayor porcentaje de personas que residen en hogares unipersonales, con un 29,2%, un 29,1% y un 28,0%, respectivamente. En el otro extremo se sitúa el barrio de Miribilla, donde apenas un 13% de su población mayor de 64 años vive sola. En cuanto a la población de 75 y más años, el patrón que se observa por barrio es muy similar al de las personas de 65 y más años, siendo los mismos barrios los que muestran mayores tasas de soledad –junto con algunos otros que también se sitúan al mismo nivel– y Miribilla el de menor tasa.

Gráfico 6.53. Porcentaje de personas que viven en hogares unipersonales por barrio. Población de 16 y más años. Bilbao, 2013.

65 y más años

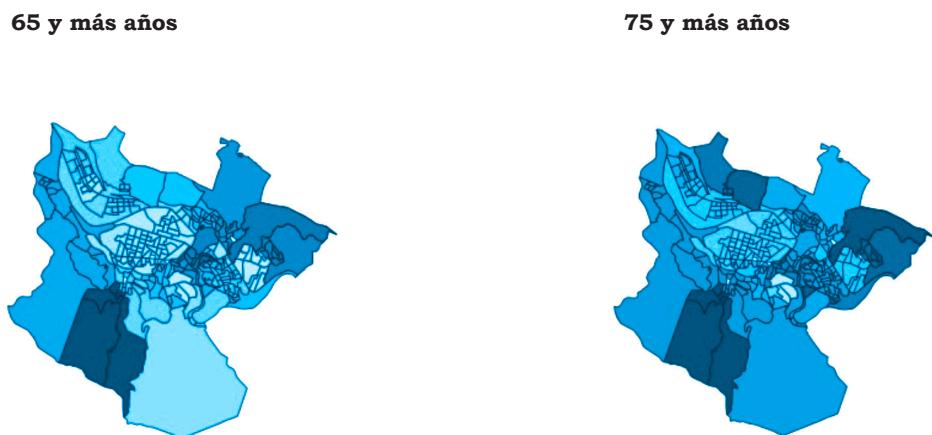


75 y más años



Fuente: elaboración propia a partir de datos Eustat.

Mapas 6.4. Distribución del porcentaje de personas que viven en hogares unipersonales por distrito. Población de 16 y más años. Bilbao, 2013.



Los datos proceden del gráfico 6.53. Una mayor intensidad del color indica una mayor prevalencia de los indicadores.

Fuente: elaboración propia a partir de datos Eustat.

Al comparar el entorno social de Bilbao con el del resto de capitales de la CAPV, no se observa una diferencia sistemática entre las tres capitales.

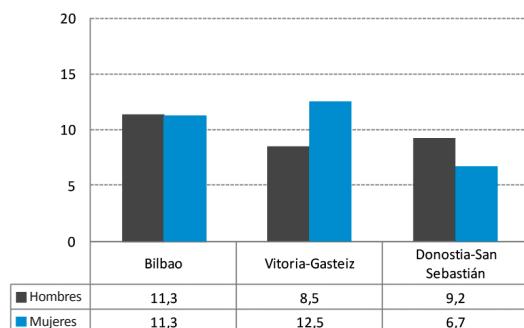
En relación al bajo apoyo social Bilbao se sitúa, en el caso de las mujeres, en una posición intermedia entre Vitoria-Gasteiz (con mayor carencia) y Donostia-San Sebastián. Por el contrario, entre los hombres, Bilbao muestra la proporción de personas con bajo apoyo social más elevada. Con relación a la población mayor que vive sola, sus porcentajes son muy similares en las tres capitales.

Por su parte, en cuanto a la participación social tampoco existe un patrón claro. Mientras que en el caso de las elecciones, Bilbao muestra menor participación que el resto de ciudades, en el caso de la participación en asociaciones y organizaciones presenta una posición intermedia entre las otras dos capitales.

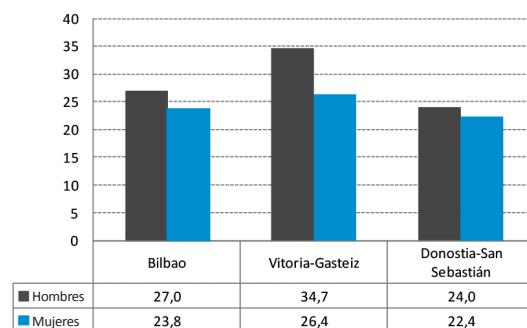
Por último, y con respecto a la sensación de inseguridad y los delitos existentes, Bilbao se sitúa en la posición más desfavorable, tanto en relación al número de delitos por 1.000 habitantes (57,5 frente a 40,1 y 31,2 en Vitoria-Gasteiz y Donostia-San Sebastián, respectivamente) como en el porcentaje de población que percibe la delincuencia como problema, siendo el 42,1% en Bilbao, el 26,4% en Donostia-San Sebastián y el 22,2% en Vitoria-Gasteiz.

Gráfico 6.54. Porcentaje de personas según diversas características del entorno social según sexo en las tres capitales vascas. Población de 16 y más años de Bilbao, Vitoria-Gasteiz y Donostia-San Sebastián 2015 (índice de delitos y participación en elecciones municipales) y 2013.

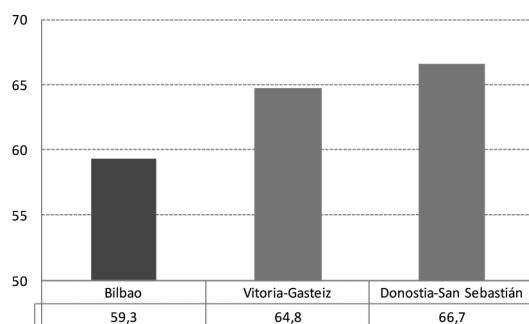
Bajo apoyo social



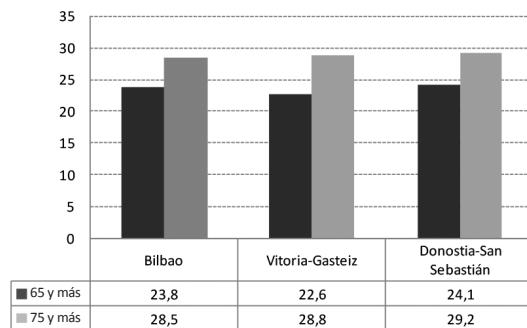
Participación en asociaciones



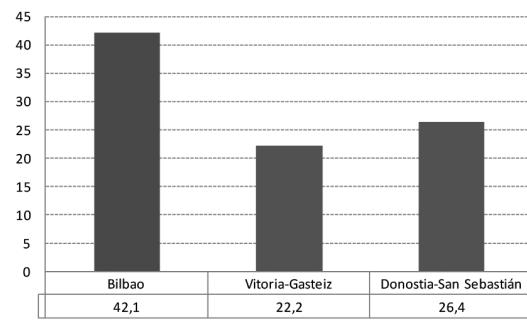
Participación en elecciones



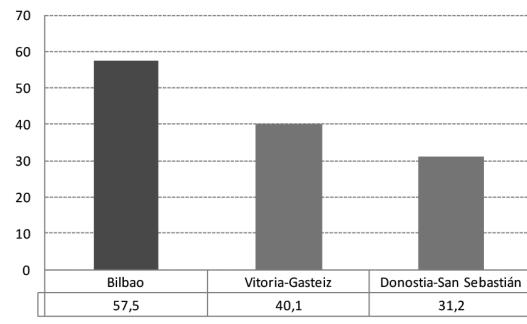
Hogares unipersonales



Percepción de delincuencia



Índice de delitos (por 1.000 habitantes)



Fuente: elaboración propia a partir de datos UDALMAP y Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

6.4. Condiciones socioeconómicas y ejes de desigualdad social en salud

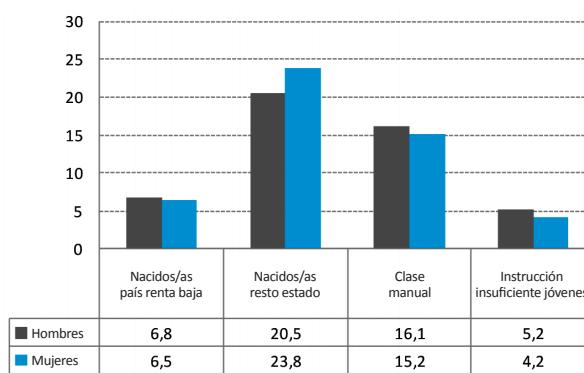
En el siguiente apartado, se analizarán las dimensiones relacionadas con las condiciones socioeconómicas de la población y la situación de desigualdad. En primer lugar se describirá la población de Bilbao atendiendo a los principales ejes de desigualdad. En segundo lugar, se prestará atención a las condiciones socioeconómicas, concretamente al desempleo y las condiciones de empleo y trabajo, la renta y la dificultad de llegar a fin de mes, y algunos datos referentes a las personas perceptoras de prestaciones sociales.

6.4.1 Ejes de desigualdad

En el conjunto de la ciudad, alrededor del 6,5% de la población ha nacido en un país de renta baja, en proporciones prácticamente iguales en hombres y en mujeres. Mucho mayor es la proporción de población proveniente de otras Comunidades Autónomas del Estado, que en el caso de las mujeres alcanza el 23,8% de la población y en el de los hombres el 20,5%.

En relación con las personas de clases sociales manuales (más desfavorecidas), en torno al 16% de la población pertenece a esta categoría, y en referencia a la población joven que ha obtenido, como máximo, un nivel de estudios primario, alcanzó al 5,2% de los chicos y al 4,2% de las chicas en Bilbao.

Gráfico 6.55. Porcentaje de personas según diferentes características socioeconómicas por sexo. Bilbao, 2015.



Fuente: elaboración propia a partir de Eustat

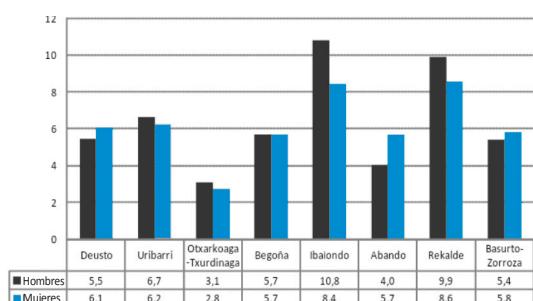
Por distritos, la presencia de estos ejes de desigualdad es diversa. Tal y como se puede observar (gráficos 6.55), con relación a la proporción de personas nacidas en países de renta baja, ésta es más elevada en Ibaiondo entre los hombres (10,8%) y en Rekalde entre las mujeres (8,6%). Por el contrario, Otxarkoaga-Txurdinaga es el distrito de la ciudad donde esta proporción es menor. Por su parte, la inmigración proveniente del resto del estado tiene en Bilbao una distribución más homogénea entre distritos (superior al 20%), siendo más baja en Ibaiondo y Abando.

En relación con el nivel educativo insuficiente entre la población de 16 a 24 años, destacan nuevamente, Ibaiondo y Rekalde, especialmente en el caso de los hombres, con porcentajes que alcanzan respectivamente un 8,7% y un 7,6%. Los distritos con menor proporción de jóvenes que han logrado como máximo la educación primaria, son Abando y Otxarkoaga-Txurdinaga, con proporciones inferiores al 3,5% en todos los casos.

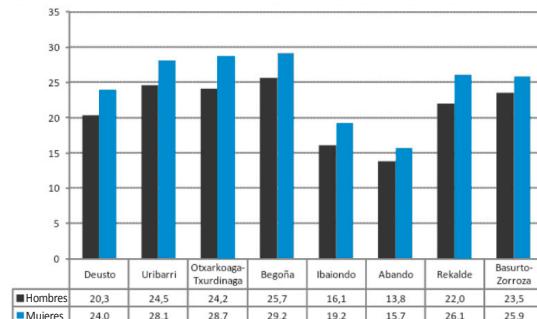
Por último, y con relación a la distribución por distritos de la población con empleos no cualificados, Abando destaca por ser el lugar con una menor proporción (10,6% en hombres y 9,3% en mujeres), mientras que en el resto de distritos la presencia de este tipo de ocupaciones es relativamente homogénea, con porcentajes por encima del 15% y únicamente sobrepasando el 20% entre las mujeres de Otxarkoaga-Txurdinaga y Rekalde.

Gráfico 6.56. Porcentaje de personas de diferentes características socioeconómicas según distrito y por sexo. Bilbao, 2015.

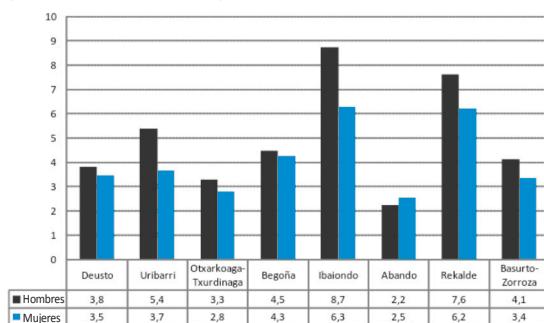
Nacidas en países de renta baja



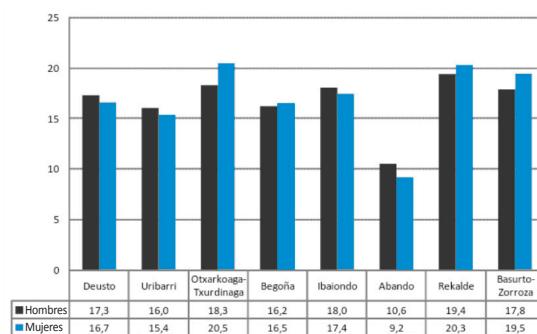
Nacidas en otra Comunidad Autónoma



Instrucción insuficiente en jóvenes (primaria o menos)



Trabajadores/as manuales

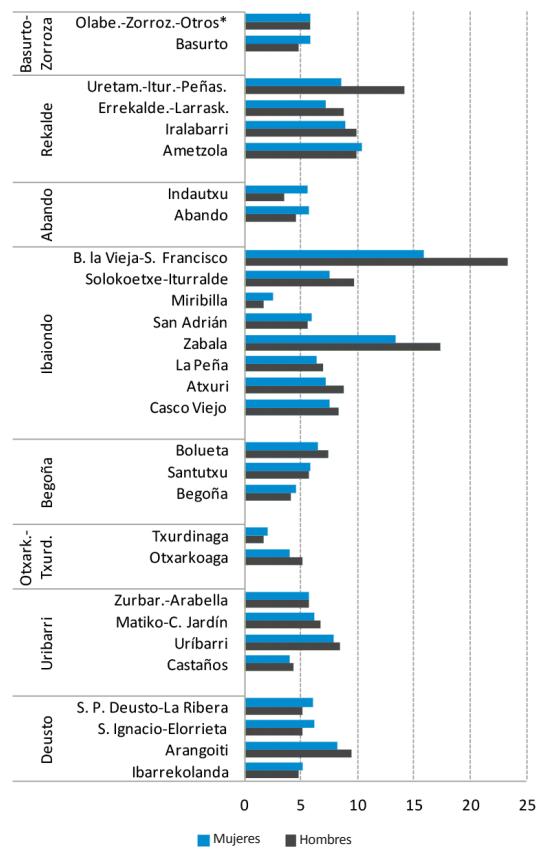


Fuente: elaboración propia a partir de Eustat.

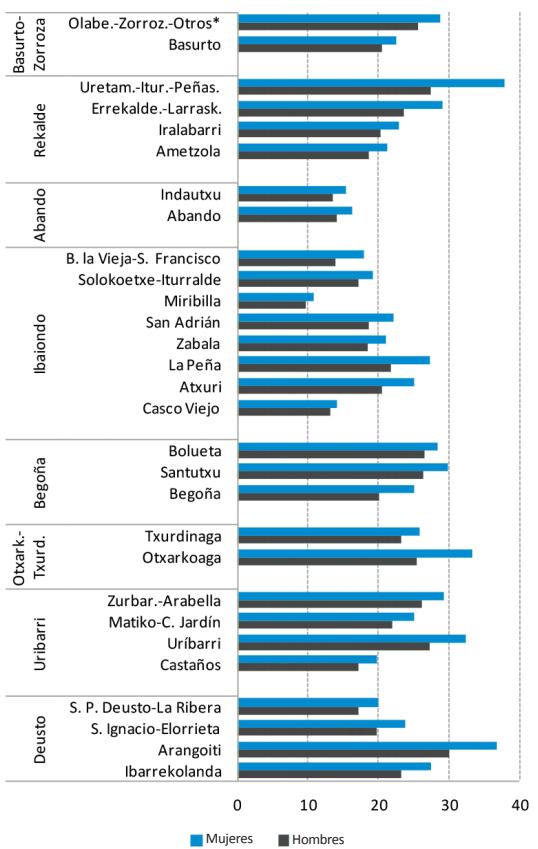
A un nivel más detallado, la descripción por barrios sobre los anteriores indicadores muestra que la proporción de personas nacidas en países de renta baja es claramente superior al resto de barrios en Bilbao la Vieja-San Francisco, especialmente entre los hombres (23,3%). Zabala, con un 17,4% de hombres inmigrantes de países de renta baja y Uretamendi-Iturrigorri-Peñaascal, con un 14,2% también son destacables. Entre las mujeres, Bilbao la Vieja-San Francisco y Zabala también son los barrios con las mayores proporciones (15,9% y 13,3% respectivamente). Por su parte, la población inmigrante interna (procedentes de otras CCAA) está especialmente presente en los barrios de Uretamendi-Iturrigorri-Peñaascal y Arangoiti en hombres y en mujeres, en Otxarkoaga en mujeres, y en Uribarri en hombres.

Gráfico 6.57. Porcentaje de personas de diferentes características socioeconómicas según barrio y por sexo. Bilbao, 2015.

Nacidas en países de renta baja



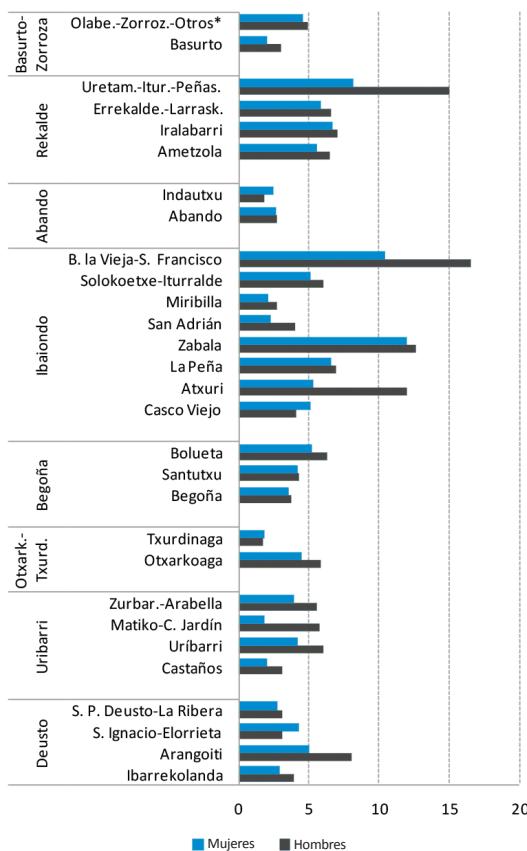
Nacidas en otra Comunidad Autónoma



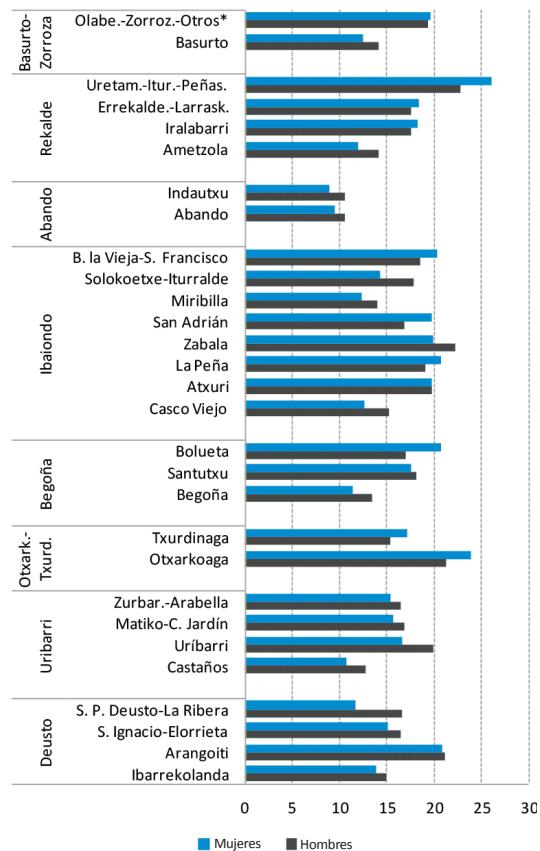
Fuente: elaboración propia a partir de Eustat.

En lo relativo a la población joven con nivel educativo primario como máximo, su presencia es especialmente alta en los barrios de Bilbao la Vieja-San Francisco (16,6%) y Uretamendi-Iturrigorri-Peñascal (15,0%) en el caso de los chicos, y en Zabala (12,0%) y Bilbao la Vieja-San Francisco (10,4%) en las chicas. Los barrios con menores proporciones son Txurdinaga, Indautxu y Abando. Por último, en cuanto a la población con clase social manual o no cualificada, su peso con relación al total de la población del barrio es superior en Uretamendi-Iturrigorri-Peñascal (22,7% y 26,0% en hombres y en mujeres, respectivamente) y en Otxarkoaga entre las mujeres, y Zabala entre los hombres. Los barrios con menor proporción de población con ocupaciones manuales fueron en ambos sexos Abando e Indautxu, con porcentajes alrededor del 10%, tanto en hombres como en mujeres.

**Instrucción insuficiente en jóvenes
(primaria o menos)**



Trabajadores/as manuales

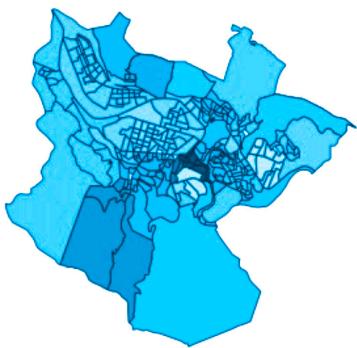


Fuente: elaboración propia a partir de Eustat.

Mapas 6.5. Distribución del porcentaje de personas de diferentes características socioeconómicas según barrio y por sexo. Bilbao, 2015.

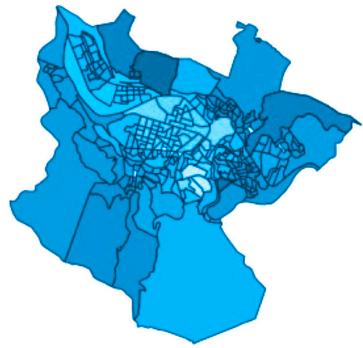
Nacidas en países de renta baja

Hombres

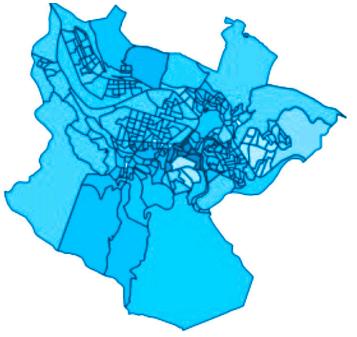


Nacidas en otra Comunidad Autónoma

Hombres



Mujeres



Mujeres



Los datos proceden del gráfico 6.57. Una mayor intensidad del color indica una mayor prevalencia de los indicadores.

Fuente: elaboración propia a partir de Eustat.

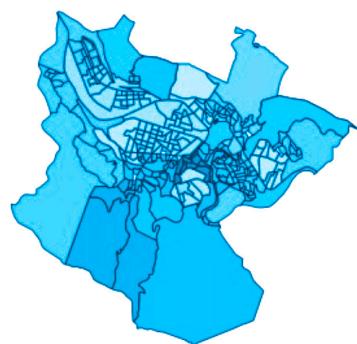
**Instrucción insuficiente en jóvenes
(primaria o menos)**

Hombres

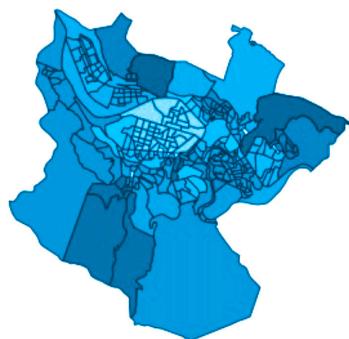


Trabajadores/as manuales

Hombres



Mujeres



Mujeres



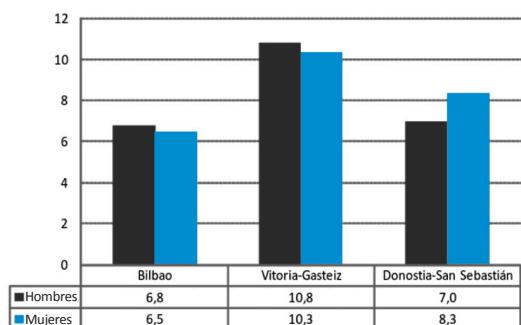
Los datos proceden del gráfico 6.57. Una mayor intensidad del color indica una mayor prevalencia de los indicadores.

Fuente: elaboración propia a partir de Eustat.

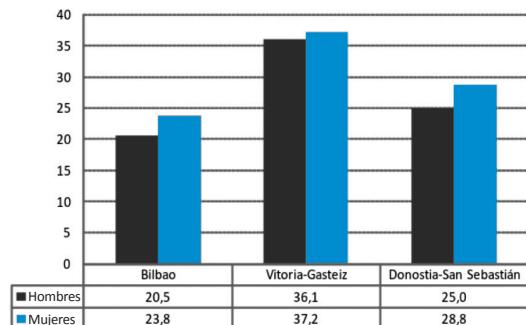
Bilbao es la ciudad con menos porcentaje de población inmigrante, tanto nacida en un país extranjero de renta baja como en otra Comunidad Autónoma, en comparación con Vitoria-Gasteiz y Donostia-San Sebastián. Sin embargo, Bilbao es la capital vasca con mayor porcentaje de personas entre 16 y 29 años con instrucción insuficiente, un 5,6% de los hombres y un 4,8% de las mujeres, seguida de Donostia-San Sebastián con entre el 4% y el 5%, y finalmente Vitoria-Gasteiz con una proporción aproximadamente la mitad que la de Bilbao. Por otro lado, el porcentaje de trabajadores/as manuales es similar en Bilbao y Donostia-San Sebastián, siendo menor que el de Vitoria-Gasteiz.

Gráficos 6.58. Porcentaje de personas de diferentes características socioeconómicas en las tres capitales vascas por sexo. Bilbao, Vitoria-Gasteiz y Donostia-San Sebastián, 2015.

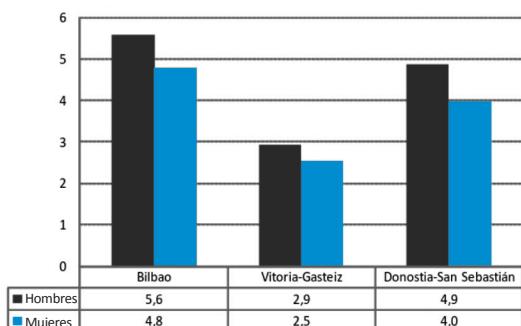
Nacidas en países de renta baja



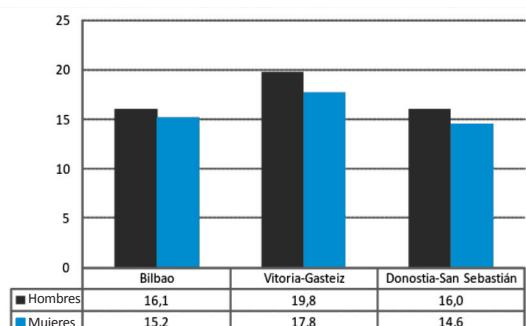
Nacidas en otra Comunidad Autónoma



Instrucción insuficiente en jóvenes (primaria o menos)



Trabajadores/as manuales



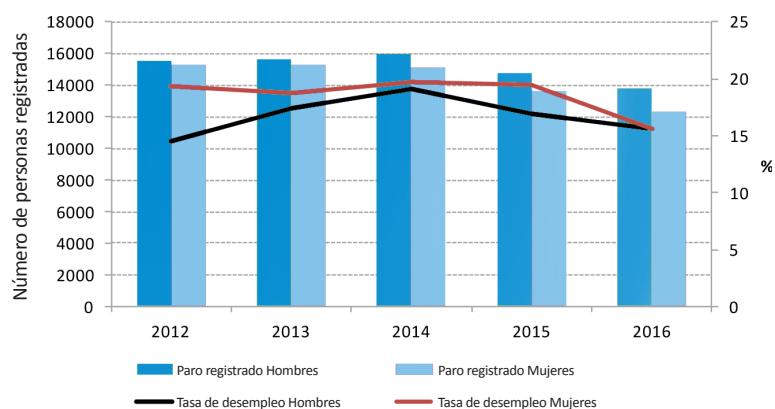
Fuente: elaboración propia a partir de Eustat.

6.4.2 Desempleo

Los últimos datos disponibles del Instituto Nacional de Estadística, del segundo trimestre de 2017, muestran que la tasa de desempleo en Bilbao se situó en un 15,7% en mujeres y un 16,2% en hombres. Según el paro registrado en julio de 2017, el total de personas en desempleo era de 14.360 mujeres y 12.126 hombres en el conjunto de la ciudad.

Desde 2012 hasta 2014 la evolución del desempleo ha sido estable, año a partir del cual tanto la tasa como el paro registrado han disminuido ligeramente hasta 2016.

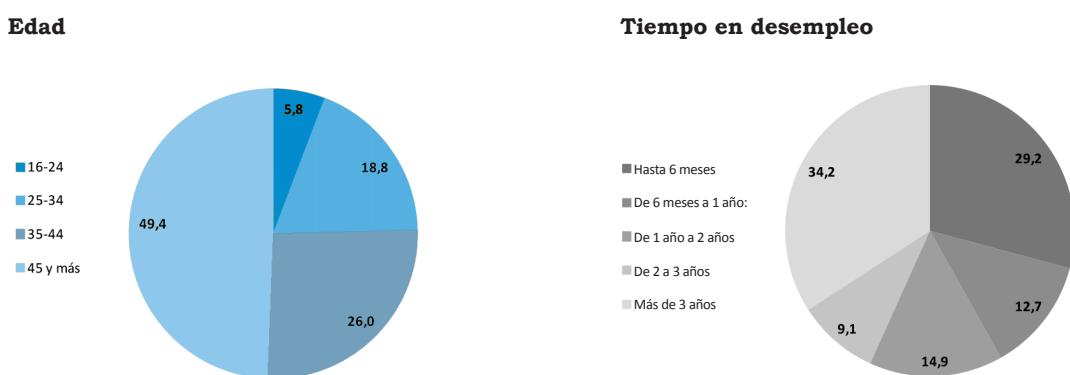
Gráficos 6.59. Evolución de la tasa de desempleo y el paro registrado (número personas en desempleo) por sexo. Bilbao, 2012-2016.



Fuente: elaboración propia a partir de datos Observatorio Urbano de Barrios de Bilbao.

Con relación al perfil de la población en desempleo, se observa que fundamentalmente afecta, casi en la mitad de los casos, a la población mayor de 44 años (49,4% del total), y que, en su mayor parte, llevan al menos tres años en desempleo, en concreto, un 34,2% del total.

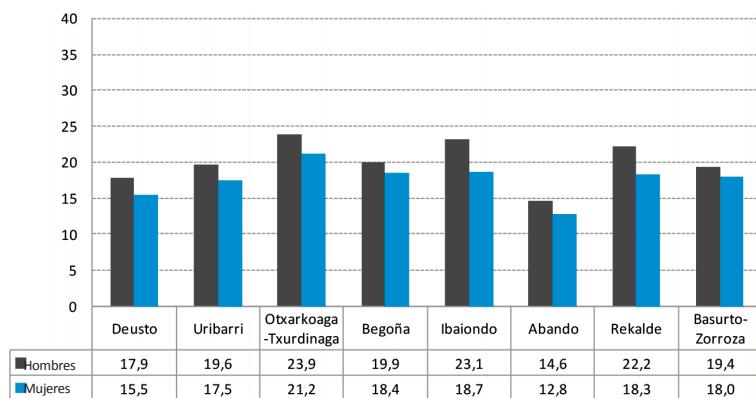
Gráficos 6.60. Distribución de las personas en desempleo (paro registrado), por edad y tiempo en desempleo. Bilbao, 2017



Fuente: elaboración propia a partir de datos Observatorio Urbano de Barrios de Bilbao.

Por distritos, Otxarkoaga-Txurdinaga presentó la tasa de desempleo más elevada del conjunto de la ciudad, con un porcentaje de 23,9% en hombres y de 21,2% en mujeres. Por el contrario, el distrito con menor desempleo fue Abando, donde el 14,6% de los hombres y el 12,8% de las mujeres estaba en desempleo en 2015.

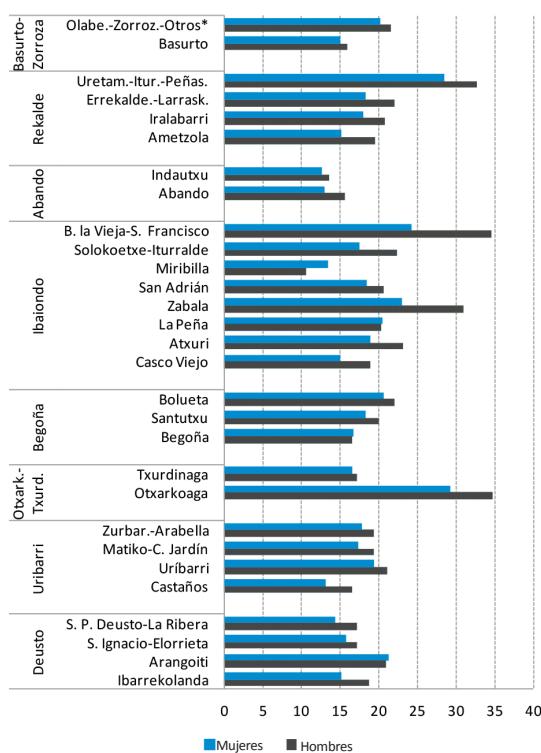
Gráficos 6.61. Tasa de desempleo por distrito y sexo. Bilbao, 2015.



Fuente: elaboración propia a partir de datos Observatorio Urbano de Barrios de Bilbao.

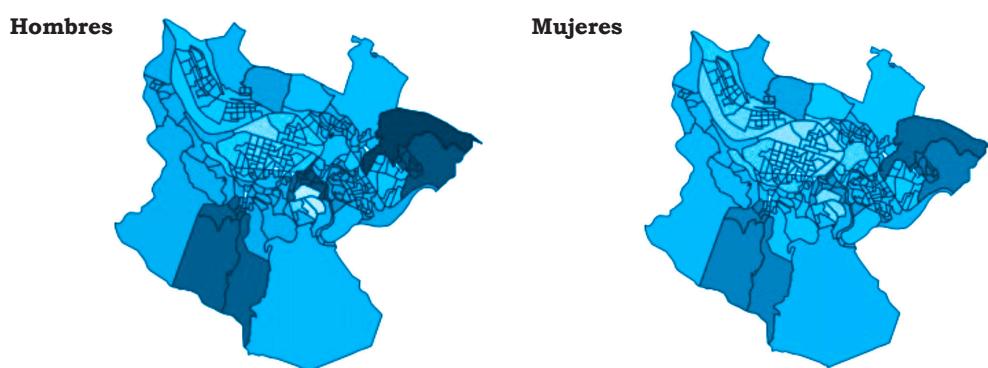
Un análisis más detallado por barrio, revela que, entre los hombres, son los barrios de Otxarkoaga (34,7%) y Bilbao la Vieja-San Francisco (34,6%) los que muestran tasas de desempleo más altas, y en las mujeres nuevamente Otxarkoaga (29,2%) y Uretamendi-Iturrigorri-Peñascal (28,4%). Por el contrario, los barrios con menor desempleo fueron, para ambos sexos Miribilla e Indautxu, con tasas inferiores al 15% en todos los casos.

Gráficos 6.62. Tasa de desempleo por barrio y sexo. Bilbao, 2015.



Fuente: elaboración propia a partir de datos Observatorio Urbano de Barrios de Bilbao.

Mapas 6.6. Distribución de la tasa de desempleo por barrio y sexo. Bilbao, 2015.

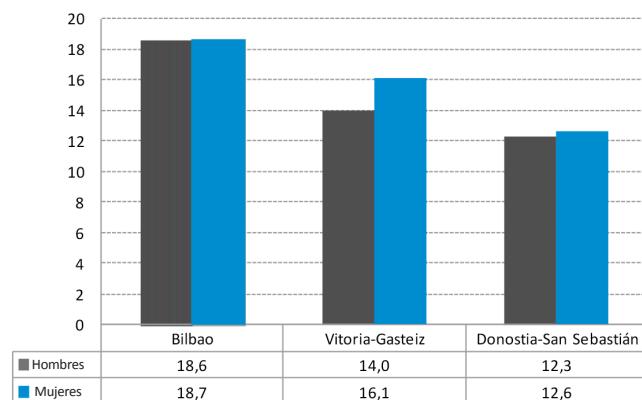


Los datos proceden del gráfico 6.62. Una mayor intensidad del color indica una mayor prevalencia del indicador.

Fuente: elaboración propia a partir de datos Observatorio Urbano de Barrios de Bilbao.

Por último, y en comparación con el resto de capitales de la CAPV, las tasas de desempleo en Bilbao fueron superiores, especialmente en hombres, pero también en mujeres, destacando entre las tres ciudades, Donostia-San Sebastián como la de menor desempleo en ambos sexos.

Gráficos 6.63. Tasa de desempleo en las tres capitales vascas por sexo. Bilbao, Vitoria-Gasteiz y Donostia-San Sebastián, 2016.



Fuente: elaboración propia a partir de Eustat.

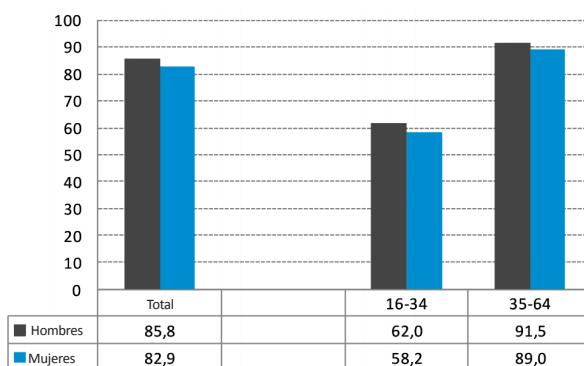
6.4.3 Empleo y trabajo doméstico

Condiciones de empleo

En lo relativo a las condiciones de empleo de la población, se observa que, del conjunto de personas trabajadoras, la gran mayoría de las mismas tenían un contrato indefinido, en porcentajes superiores al 80% en hombres y en mujeres, si bien ligeramente más frecuentemente entre los primeros. Sin embargo, el porcentaje de nuevos empleos indefinidos sobre el total de contratos realizados en 2015, sólo representó en Bilbao un 7,1%.

Por grupos de edad, destaca el hecho de que la población más joven, de 16 a 34 años, mostró unas tasas de empleo indefinido claramente más bajas (alrededor del 60%) que aquella mayor de 35 años. Entre sexos, destaca que, en ambos grupos de edad, la temporalidad fue superior entre las mujeres que entre los hombres.

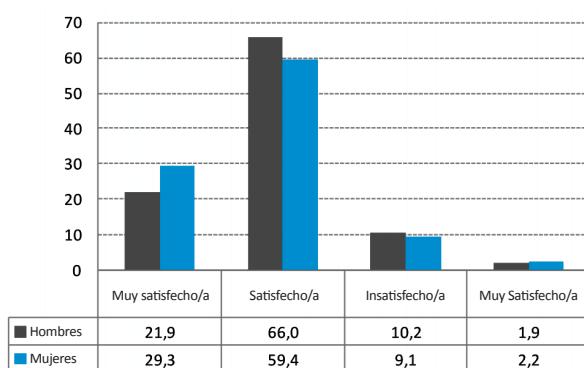
Gráficos 6.64. Porcentaje de personas con contrato indefinido total según grupos de edad y por sexo. Bilbao, 2013.



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

Con respecto a la satisfacción con el trabajo, la mayor parte de la población se encuentra satisfecha, un 59,4% de mujeres y un 66,0% de los hombres, frente al 2% de la población que, por el contrario, declara estar muy insatisfecha con su trabajo. La población con un nivel de satisfacción muy alto se sitúa en el 29,3% de las mujeres y el 21,9% de los hombres.

Gráficos 6.65. Porcentaje de personas trabajadoras según nivel de satisfacción con el trabajo por sexo. Bilbao, 2013.



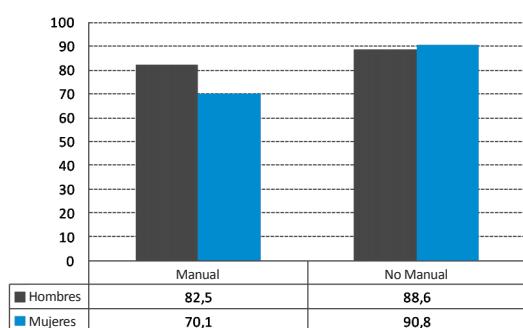
Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

En función de la clase social, se observa que tanto la temporalidad del empleo como la satisfacción de las personas con su empleo, varía sustancialmente. Así, tal y como se observa en los siguientes gráficos, las personas de clase social manual tienen empleos indefinidos en menor proporción que aquellas de clase social no manual. Las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la temporalidad fueron notables en la clase manual mientras que en la no manual los valores de ellas y ellos fueron similares.

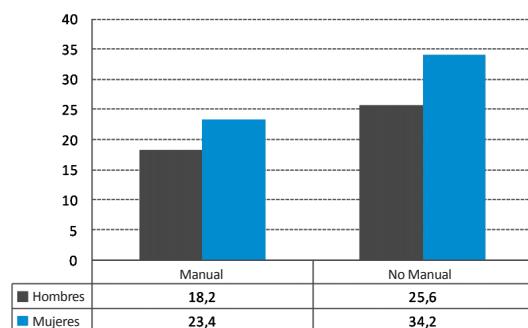
Con respecto a la satisfacción laboral, las diferencias son evidentes por clase social y, así, en términos generales, se observa que aquellas personas de clase social no manual están más satisfechas que aquellas de clase social manual. Entre hombres y mujeres, es consistente el patrón por el cual las mujeres, tanto aquellas de clase social manual como no manual, se encuentran más satisfechas con sus empleos que los hombres.

Gráficos 6.66. Porcentaje de personas con contrato indefinido y muy satisfechas con el trabajo por clase social y sexo. Bilbao, 2013.

Contrato indefinido



Satisfacción con el trabajo



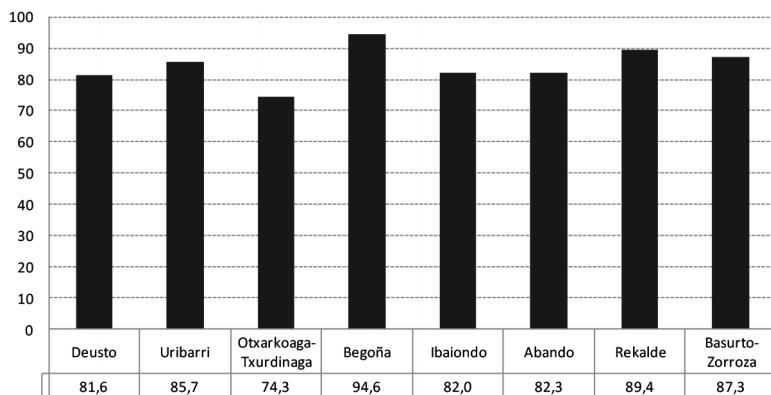
Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

Analizando las diferencias entre distritos en las condiciones del empleo, se observa que el único distrito con un porcentaje por debajo del 80% de empleo indefinido es Otxarkoaga-Txurdinaga, donde el 74,3% de las personas declaran tener un contrato sin duración determinada. Por el contrario, Begoña destaca como el distrito con menor temporalidad del empleo (94,6% de los empleos son indefinidos).

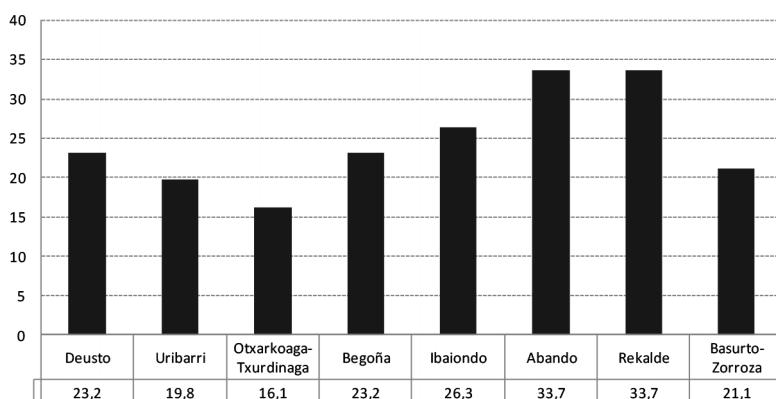
Con respecto a las diferencias entre los distritos en la satisfacción con el trabajo, vuelve a destacar Otxarkoaga-Txurdinaga como aquel con mayor insatisfacción, ya que únicamente el 16,1% de las personas se declaran muy satisfechas. Por el contrario, Rekalde y Abando serían los distritos con un mayor porcentaje de su población muy satisfecha con su trabajo (un 33,7% en ambos casos).

Gráfico 6.67. Porcentaje de personas con contrato indefinido y muy satisfechas con el trabajo por distrito. Bilbao, 2013.

Contrato indefinido



Satisfacción con el trabajo

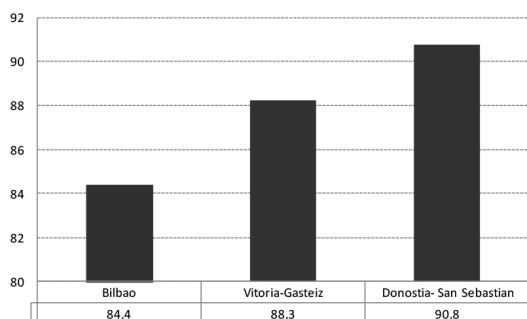


Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

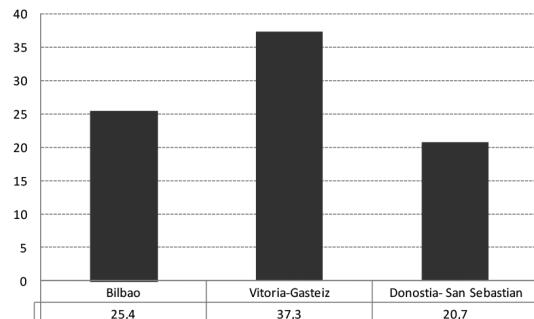
Por último, la comparación de la ciudad de Bilbao con el resto de capitales muestra que la temporalidad es superior en Bilbao respecto a Vitoria-Gasteiz y Donostia-San Sebastián. Algo menos desfavorable resulta la comparación entre capitales al analizar la satisfacción con el trabajo, ya que en esta ocasión es la ciudad de Donostia-San Sebastián la que presenta un nivel más bajo, con un 20,7% de su población declarando sentirse muy satisfecha con el trabajo, frente al 25,4% de Bilbao y el 37,3% de Vitoria-Gasteiz.

Gráficos 6.68. Porcentaje de personas con contrato indefinido y muy satisfechas con el trabajo en las tres capitales vascas. Bilbao, Vitoria-Gasteiz y Donostia-San Sebastián, 2013.

Contrato indefinido



Satisfacción con el trabajo

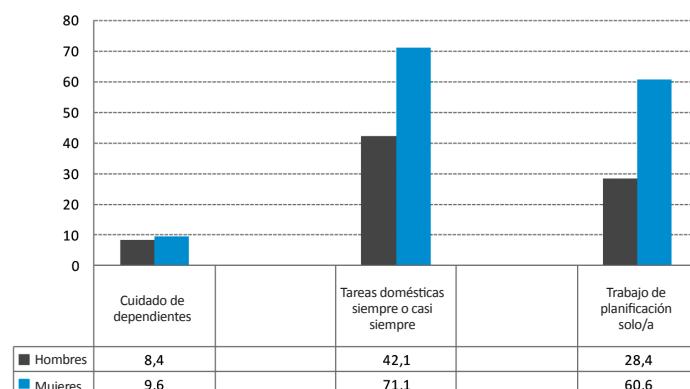


Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

Trabajo doméstico y de cuidados

En cuanto a la realización de trabajo doméstico y de cuidados, la dedicación de la población de Bilbao al mismo varía en función del tipo de tarea y del sexo. En el caso del cuidado de personas dependientes, este es realizado por el 8,4% de los hombres y el 9,6% de las mujeres. Las diferencias entre hombres y mujeres son mayores en la realización del trabajo doméstico. Así, el porcentaje de personas que afirma realizar estas tareas siempre o casi siempre que se realizan es del 42,1%, en el caso de los hombres frente al 71,1% en el de las mujeres. Las desigualdades entre hombres y mujeres son mayores si lo que consideramos es la realización de las labores de planificación del trabajo doméstico, ya que mientras el porcentaje de hombres que manifiesta realizar estas tareas en solitario dentro de su hogar es del 28,4%, en las mujeres supera el 60%.

Gráficos 6.69. Porcentaje de participación en diferentes trabajos domésticos y de cuidados: cuidado informal de personas dependientes, realizar las labores domésticas siempre o casi siempre, llevar a cabo la planificación y organización doméstica del hogar en solitario. Bilbao, 2013.

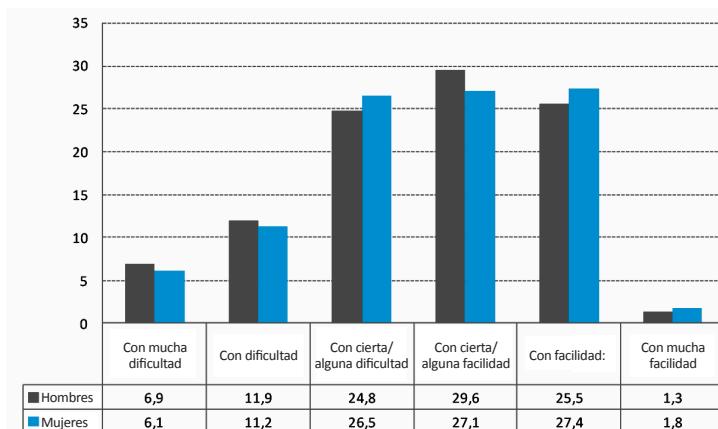


Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

6.4.4 Renta y dificultad para llegar a fin de mes

En lo relativo a los ingresos de la población y su adecuación a las necesidades, el siguiente gráfico muestra que algo más de la mitad de la población afirma que en su hogar se llega con cierta facilidad o con facilidad a fin de mes (55,1% de los hombres y 54,5% de las mujeres), siendo, por tanto, relevante también la proporción de población que afirma hacerlo con mucha dificultad o con dificultad (18,8% de los hombres y 17,3% de las mujeres) o con cierta dificultad (24,8% y 26,5% de hombres y mujeres, respectivamente).

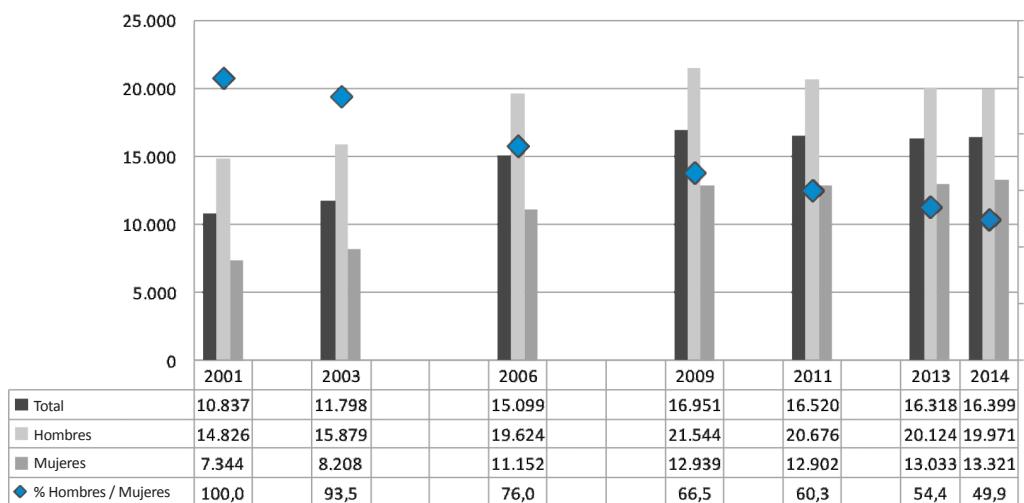
Gráficos 6.70. Porcentaje de personas según la facilidad para llegar a fin de mes de su hogar por sexo. Bilbao, 2013.



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

En relación con la renta personal disponible, es decir, aquella que resulta de restar a la renta total los gastos de seguridad social y la cuota líquida o las retenciones a cuenta (según Eustat), se observa que en Bilbao ésta fue de 19.971€ en hombres y 13.321€ en mujeres en 2014. En el periodo 2001-2014, esta renta disponible creció en términos generales hasta 2009, para comenzar un descenso desde entonces, que sólo se ha estabilizado en el último año. Las desigualdades de género en la renta han sido evidentes en el total del periodo, siendo las mujeres las que han mostrado un nivel de renta consistentemente más bajo. Es cierto, sin embargo, que a lo largo del periodo estas desigualdades se han reducido, si bien todavía en 2014, la renta personal media de los hombres en Bilbao es un 49,9% más elevada que la de las mujeres (en contraste con el doble que suponía en 2001).

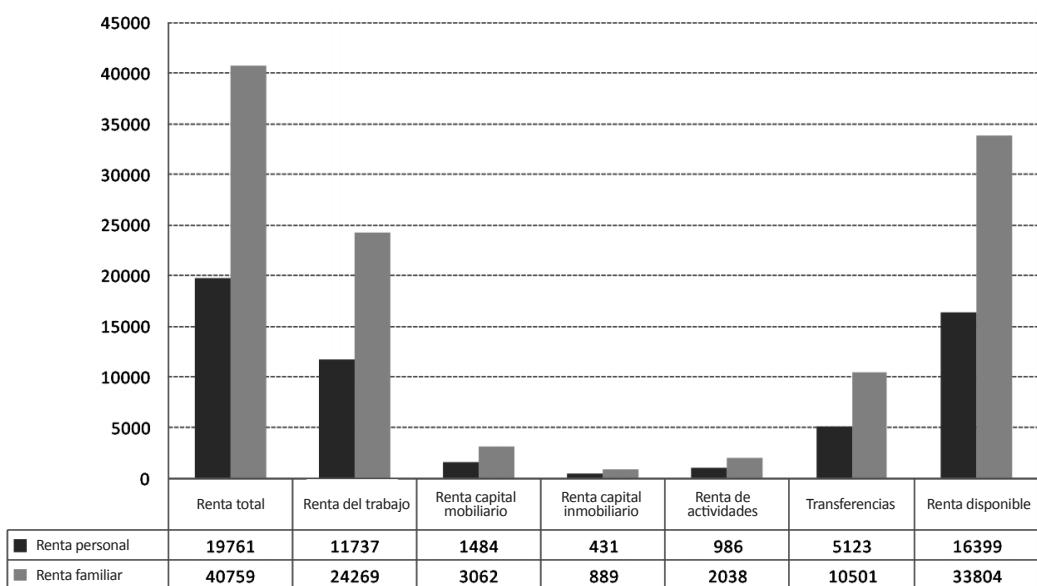
Gráficos 6.71. Evolución de la renta personal media disponible por sexo y diferencia relativa (%) de renta masculina respecto a la femenina. Bilbao, 2001-2014.



Fuente: elaboración propia a partir de Eustat.

Del total de la renta, que fue en términos personales de 19.761€ y de 40.759€ en términos familiares, la mayor parte se corresponde a rentas del trabajo y transferencias.

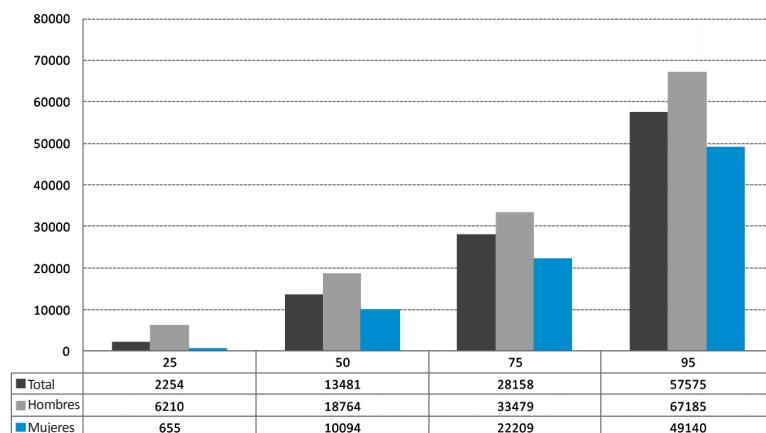
Gráficos 6.72. Renta personal y familiar media de la población de Bilbao, según tipo de renta (€). Bilbao, 2014.



Fuente: elaboración propia a partir de Eustat.

Al analizar la distribución de la renta personal total, se observa que la mitad de la población tiene una renta personal total máxima de 13.481€, siendo muy evidente la desigualdad entre hombres y mujeres: 18.764€ en los primeros y 10.094€ en las segundas.

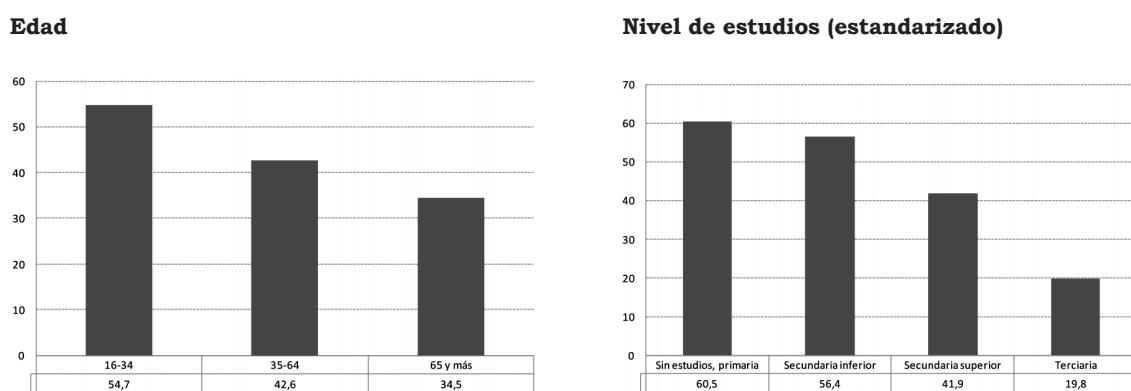
Gráficos 6.73. Percentiles de la renta personal total, según sexo. Bilbao, 2014.



Fuente: elaboración propia a partir de Eustat.

Al analizar las diferencias por edad, se observa que la dificultad para llegar a fin de mes de los hogares desciende gradualmente, de forma que, si bien las personas de entre 16 a 34 años afirmaron que sus hogares llegaban a fin de mes con dificultad en un 54,7% de los casos, entre aquellas personas mayores de 64 años, la proporción cayó hasta un 34,5%. Por su parte, el nivel educativo, también estableció desigualdades sociales muy evidentes en la capacidad de llegar adecuadamente a fin de mes con los ingresos disponibles. Así, mientras que el 60,5% de las personas con estudios primarios o menos declararon dificultades, tan sólo el 19,8% de aquellas con estudios terciarios lo hizo.

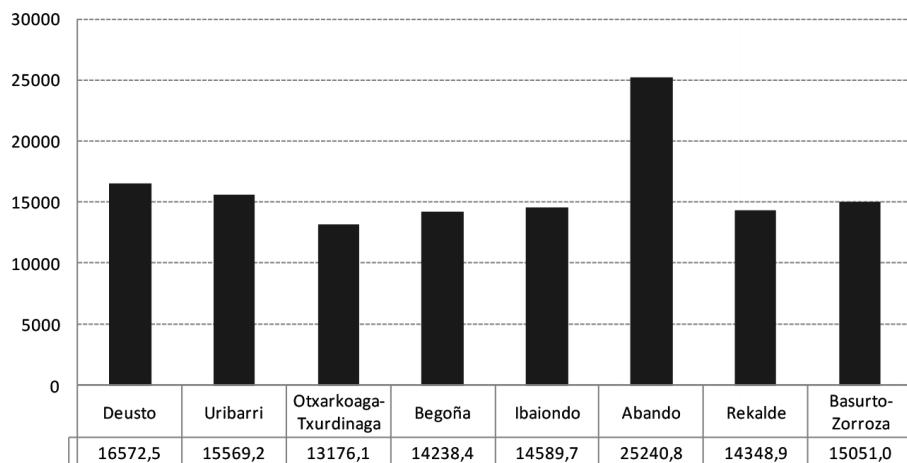
Gráficos 6.74. Dificultad para llegar a fin de mes por edad y nivel de estudios. Bilbao, 2013.



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

Dentro de la ciudad de Bilbao, la renta personal disponible más elevada la mostró claramente el distrito de Abando, con 25.240€ en 2014. El resto de distritos se mantuvo a cierta distancia de Abando, si bien entre ellos, Deusto mostró la segunda renta personal disponible más elevada (16.572€). Por el contrario, Otxarkoaga-Txurdinaga y Begoña fueron los distritos con la renta personal más baja, casi la mitad de Abando (13.176€ y 14.238€, respectivamente).

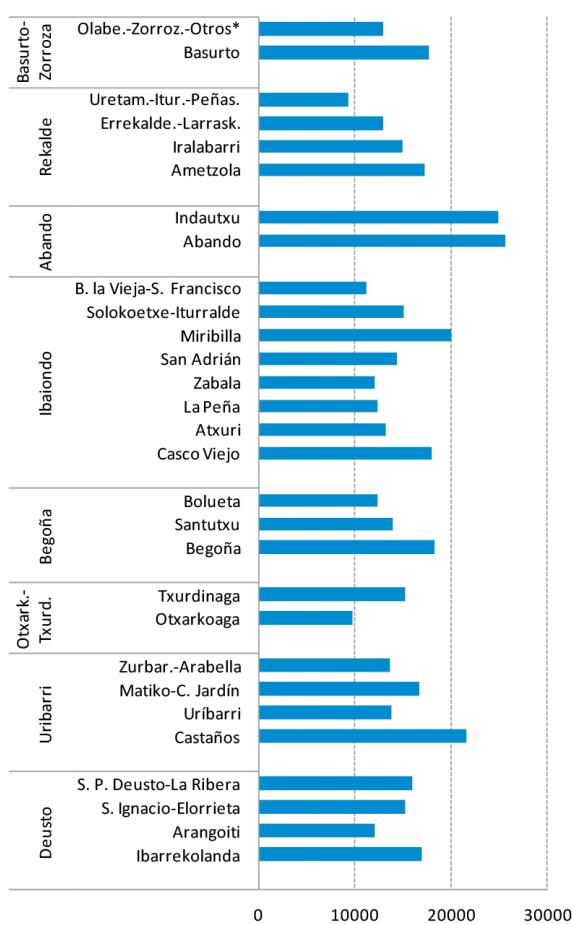
Gráficos 6.75. Renta personal disponible (€) por distrito. Bilbao, 2014.



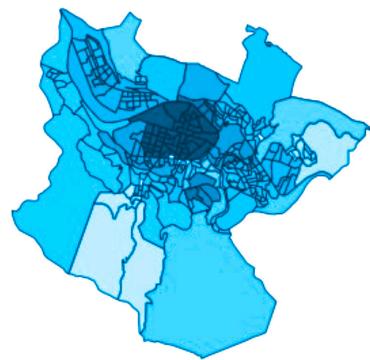
Fuente: elaboración propia a partir de Eustat.

Un análisis más detallado pone de relieve que Uretamendi-Iturrigorri-Peñascal (con una renta personal disponible de 9.382€), Otxarkoaga (de 9.818€) y Bilbao La Vieja-San Francisco (de 11.261€) son los barrios de Bilbao con menor renta personal disponible. En el extremo opuesto, destacan los barrios de Abando e Indautxu (con rentas aproximadas a 25.000€) y Castaños (con una renta de 21.610€) como los barrios más ricos. A poca distancia, también se encuentra el barrio de Miribilla, con una renta personal de sus vecinos/as de 19.999€.

Gráficos 6.76. Renta personal disponible (€) por barrio. Bilbao, 2014.



Mapa 6.7. Renta personal disponible (€) por barrio. Bilbao, 2014.



Los datos proceden del gráfico 6.76. Una mayor intensidad del color indica una mayor prevalencia de indicador.

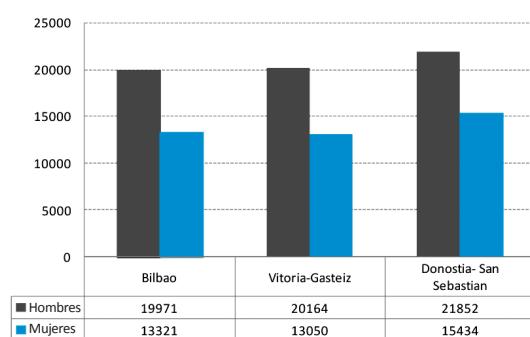
Fuente: elaboración propia a partir de Eustat.

Fuente: elaboración propia a partir de Eustat.

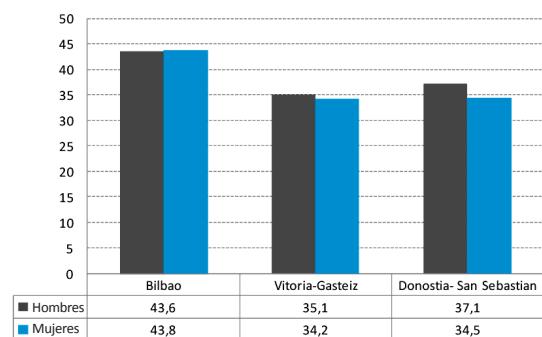
Con relación al resto de capitales de la CAPV, los hombres de Bilbao muestran una renta personal disponible ligeramente inferior a los de Vitoria-Gasteiz y algo menor a los de Donostia-San Sebastián. Entre las mujeres, la renta es prácticamente igual entre aquellas de Bilbao y Vitoria-Gasteiz, y nuevamente algo inferior a las de Donostia-San Sebastián. Por su parte, Bilbao es la ciudad en la que mayor proporción de su población declara tener dificultades para llegar a fin de mes.

Gráficos 6.77. Renta personal disponible y dificultad para llegar a fin de mes en las tres capitales vascas por sexo. Bilbao, Vitoria-Gasteiz y Donostia-San Sebastián, 2014.

Renta personal disponible



Dificultad para llegar a fin de mes



Fuente: elaboración propia a partir de Eustat y la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2013).

En relación con la distribución más o menos desigual de la renta en las tres capitales, en la tabla 6.3 se puede observar que la distribución de la renta se encuentra más polarizada en Bilbao que en el resto de capitales ya que los niveles de renta del 20% de la población con menores ingresos son especialmente bajos en Bilbao, mientras que aquellos del 20% con mayores ingresos están en una posición intermedia respecto a Vitoria-Gasteiz y Donostia-San Sebastián. Esta realidad es patente, tanto en relación con la renta personal como con la familiar, y al tener en cuenta no sólo al 20% de la población con rentas extremas sino al 50% de la población con mayor y menor renta.

Tabla 6.6. Diferentes indicadores de renta personal y familiar en las tres capitales vascas. Bilbao, Vitoria-Gasteiz y Donostia-San Sebastián, 2014.

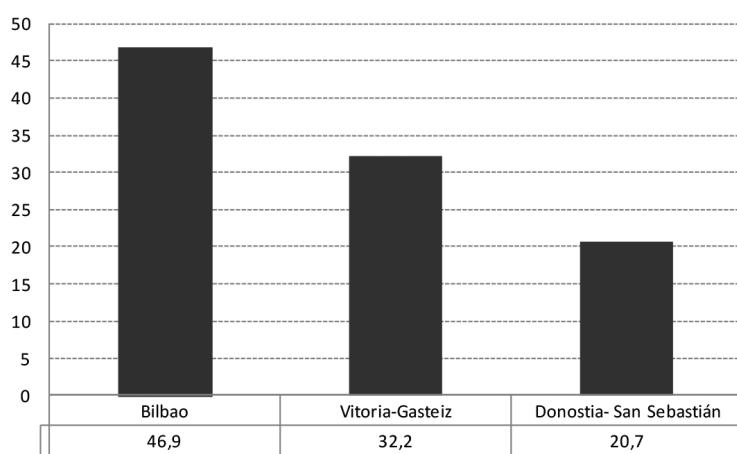
		Renta media del 20% de las personas con menores ingresos	Renta media del 20% de las personas con mayores ingresos	Renta media del 50% de las personas con menores ingresos	Renta media del 50% de las personas con mayores ingresos
Renta personal	Bilbao	26	55.306	4.308	35.215
	Donostia-San Sebastián	147	60.768	5.730	39.436
	Vitoria-Gasteiz	157	48.750	5.596	33.519
Renta familiar	Bilbao	6.820	100.811	15.550	65.970
	Donostia-San Sebastián	8.499	111.926	18.797	73.924
	Vitoria-Gasteiz	9.058	85.031	17.773	59.093

Fuente: elaboración propia a partir de Eustat.

6.4.5 Prestaciones sociales

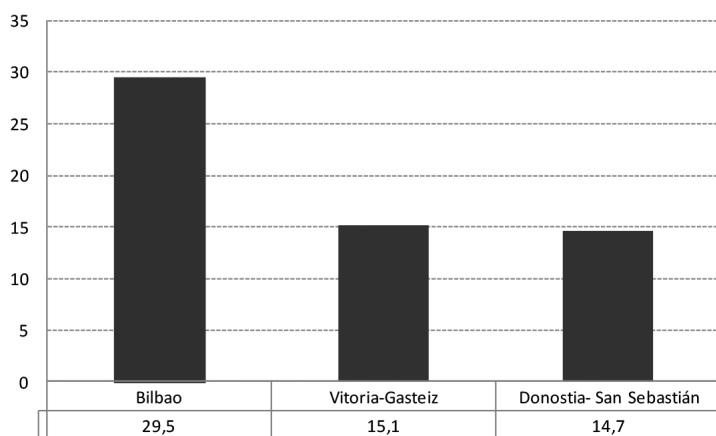
Los datos relativos a las prestaciones sociales permiten únicamente la comparación de Bilbao con el resto de capitales de la CAPV, observándose una clara distancia, en el sentido de que tanto la tasa por 1.000 habitantes de personas perceptoras de la Renta de Garantía de Ingresos como de Ayudas de Emergencia Social es claramente superior en Bilbao (46,9 por 1.000 en el primer caso y 29,5 en el segundo).

Gráficos 6.78. Personas beneficiarias de Renta de Garantía de Ingresos (por 1.000 habitantes) en las tres capitales vascas. Bilbao, Vitoria-Gasteiz y Donostia-San Sebastián, 2015.



Fuente: elaboración propia a partir de Eustat.

Gráfico 6.79. Unidades convivenciales perceptoras de Ayudas de Emergencia Social (por 1.000 habitantes) en las tres capitales vascas. Bilbao, Vitoria-Gasteiz y Donostia-San Sebastián, 2015.



Fuente: elaboración propia a partir de Eustat.

Referencias Bibliográficas

1. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. Copenhagen: World Health Organization. 2007.
2. Benach J. La desigualdad social perjudica seriamente la salud. *Gaceta Sanitaria* 1997; 11(6): 255-7.
3. Borrell C, Pons-Vigués M, Morrison J, Díez E. Factors and processes influencing health inequalities in urban area. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2013;67(5):389-91.
4. WHO. Centre for Health Development. Urban Health Equity Assessment and Response Tool (Urban HEART). Disponible en: http://www.who.int/kobe_centre/measuring/urbanheart/en.
5. Public Health Advisory Committee. Healthy Places, Healthy Lives: Urban environments and wellbeing. Wellington: Ministry of Health. 2010.
6. WHO. Why urban health matters. 2010. Disponible en: <http://www.who.int/world-health-day/2010/media/whd2010background.pdf?ua=1>.
7. Heath GW, Brownson RC, Kruger J, Miles R, Powell KE et al. The effectiveness of urban design and land use and transport policies and practices to increase physical activity: A systematic review. *Journal of Physical Activity and Health* 2006;3(Suppl 1):S55-S76.
8. Diez Roux AV, Mair C. Neighborhoods and health. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2010; 1186:125-45.
9. Poortinga W, Dunstan FD, Fone DL. Perceptions of the neighbourhood environment and self rated health: a multilevel analysis of the Caerphilly Health and Social Needs Study. *BMC Public Health* 2007;7:285.
10. Health Council of the Netherlands. Nature and Health: The Influence of Nature on Social, Psychological and Physical Well-Being. Health Council of the Netherlands and Dutch Advisory Council for Research on Spatial Planning, Hague, 2004.
11. Croucher K, Myers L, Bretherton J. The health impacts of urban green spaces: a literature Review. Stirling, 2008.
12. Grellier J, White MP, Albin M, Bell S, Elliot LR, et al. BlueHealth: a study programme protocol for mapping and quantifying the potential benefits to public health and well-being from Europe's blue spaces. *BMJ Open* 2017;7:e016188.
13. Parry J, Laburn-Peart K, Orford J, Dalton S. Mechanisms by which area-based regeneration programmes might impact on health: a case study of the new deal for communities initiative. *Public Health* 2004;118:497-505.
14. Maller C, Townsedn M, Brown P, St Leger L. Healthy parks Healthy People. The health benefits of contact with nature in a park context. A review of current literature. Melbourne: Faculty of Health and Behavioural Sciences, Deakin University; 2002.

15. Stone D, Hanna J. Health and nature: the sustainable option for healthy cities. Belfast: Healthy Cities Conference; 2003.
16. Mutrie N, Carney C, Blamey A, Crawford F, Aitchison T, et al. «Walk in to Work Out»: a randomized controlled trial of a self help intervention to promote active commuting. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2002;56:407-12.
17. Mutrie N, Carney C, Blamey A, Whitelaw A, Crawford F, et al. Can active commuting increase quality of life? Three-month results from a randomized control trial. *Journal of Sports Sciences* 2000;18:18-9.
18. Lachowycz K, Jones AP. Greenspace and obesity: a systematic review of the evidence. *Obesity Reviews* 2011;12(5):e183-9.
19. Vuori I, Oja P. Physical activity in transport: value for health. Tampere, Urho Kekkonen Institute; 1998.
20. Pugh TAM, MacKenzie AM, Whyatt JD, Hewitt CN. Effectiveness of green infrastructure for improvement of air quality in urban street canyons. *Environmental Science & Technology* 2012;46:7692-9.
21. Kaplan GA, Wilson TW, Cohen RD, Kauhanen J, Wu M, Salonen JT. Social functioning and overall mortality: prospective evidence from the Kupio ischaemic heart disease risk factor study. *Epidemiology* 1994;5(5): 495-500.
22. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Journal of Psychosomatic Medicine* 1976; 38:300-13.
23. Berkman L, Syme S. Social networks, host resistance and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology* 1979;109(2):186-204.
24. Stansfeld SA. Social support and social cohesion. En: Social determinants of health. Marmot M, Wilkinson RG. eds. Oxford: Oxford University Press; 1999:155-78.
25. Clemente F, Kleiman MB. Fear of crime in the United States: a multivariate analysis. *Social Forces* 1977; 56:519-31.
26. Harburg E, Efert JC, Chape C, Hauenstein LM, Schull WJ, et al. Socioecological stressor areas and black-white blood pressure. *Journal of Chronic Diseases* 1973;26:595-611.
27. McCabe A, Raine J. Framing the debate: the impact of crime on public health. Birmingham: Public Health Alliance; 1997.
28. Hartig, T. Restorative environments. *Encyclopedia of Applied Psychology* 2004;3:273-9.
29. Chang, C.-Y.; Chen, P.-K. Human responses to window views and indoor plants in the workplace. *Hort Science* 2005;40:1354-9.

30. Kaplan, R.; Kaplan, S. The experience of nature: a psychological perspective. Cambridge University Press: Cambridge, UK, 1989.
31. de Vries S, Verheij RA, Groenewegen PP, Spreeuwenberg P. Natural environments –healthy environments? Environment and Planning A 2003;35:1717-31.
32. Maas, J.; Verheij, R.A.; Groenewegen, P.P.; de Vries, S.; Spreeuwenberg, P. Green space, urbanity, and health: How strong is the relation? Journal of Epidemiology and Community Health 2006;60:587-92.
33. Ulrich RS. Effects of gardens on health outcomes: Theory and research. En Healing Gardens. Therapeutic Benefits and Design Recommendations; Cooper MC, Barnes M, Eds.; John Wiley & Sons: New York, USA, 1999.
34. Völker S, Kistemann T. The impact of blue space on human health and well-being- Salutogenetic health effects of inland surface waters: a review. International Journal of Hygiene and Environmental Health 2011; 214(6):449-60.
35. Wheeler BW, White M, Stahl-Timmins W, Depledge MH. Does living by the coast improve health and wellbeing? Health Place 2012;18(5):1198-201.
36. Völker S , Kistemann T. Reprint of: “I’m always entirely happy when I’m here!” Urban blue enhancing human health and well-being in Cologne and Düsseldorf, Germany. Social Science & Medicine 2013;91:141–52.
37. Nazelle A, Bode O, Orjuela JP. Comparison of air pollution exposures in active vs. passive travel modes in European cities: A quantitative review. Environment International 2017;99:151-160.
38. WHO (2008). Our Cities, Our Health, Our Future. Acting on Social Determinants for Health Equity in Urban Areas. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/knus_final_report_052008.pdf.
39. Lelieveld J, Evans JS, Fnai M, Giannadaki D, Pozzer A. The contribution of outdoor air pollution sources to premature mortality on a global scale. Nature 2015;525:367-71.
40. Brown V, Moodie M, Mantilla Herrera AM, Veerman JL, Carter R. Active transport and obesity prevention - A transportation sector obesity impact scoping review and assessment for Melbourne, Australia. Preventive Medicine 2016 20;96:49-66.
41. Forouzanfar L, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, Biryukov S, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet 2015;386(10010):2287-323.
42. Litman T. Transportation and Public Health. Annual Review of Public Health 2013;34:217-233.

43. Gormana D, Douglas MJ, Conway L., Nobled P, Hanlone P. Transport policy and health inequalities: a health impact assessment of Edinburgh's transport policy. *Public Health* 2003;117:15-24.
44. Bhalla K, Shotten M, Cohen A, Brauer M, Shahraz S, et al. Transport For Health: The Global Burden of Disease From Motorized Road Transport World Bank Group, Washington, DC. 2014. Disponible en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/2014/01/19308007/transport-health-global-burden-disease-motorized-road-transport>.
45. Roberts I. Does the decline in child injury mortality vary by social class? A comparison of class specific mortality in 1981 and 1991. *BMJ* 1996;313:784-6.
46. Gorman DR, Ramsay LJ, Bull M, McGuigan D. Uptake of the children's traffic club in Lothian. *Health Bulletin (Edinburgh)* 2000;58:58-62.
47. Frank LD, Sallis JF, Conway TL, Chapman JE, Saelens BE, et al. Associations between neighborhood walkability and active transportation, body mass index, and air quality. *Journal of the American Planning Association* 2006;72:1.
48. Méline J, Van Hulst A, Thomas F, Karusisi N, Chaix B. Transportation noise and annoyance related to road traffic in the French RECORD study. *International Journal of Health Geographics* 2013;12:44.
49. Metidieri MM, Rodrigues HF, Filho FJ, Ferraz DP, Neto AF, et al. Noise-induced hearing loss (NIHL): literature review with a focus on occupational medicine. *International Archives of Otorhinolaryngology* 2013;17(2):208-12.
50. Basner M, Babisch W, Davis A, Brink M, Clark C, Janssen S, Stansfeld S. Auditory and non-auditory effects of noise on health. *Lancet* 2014;383(9925):1325-32.
51. Mick P, Kawachi I, Lin FR. The association between hearing loss and social isolation in older adults. *Otolaryngology -Head and Neck Surgery* 2014;150(3):378-84.
52. Halonen JI, Hansell AL, Gulliver J, Morley D, Blangiardo M, et al. Road traffic noise is associated with increased cardiovascular morbidity and mortality and all-cause mortality in London. *European Heart Journal* 2015;36:2653-61.
53. Stansfeld S, Crombie R. Cardiovascular effects of environmental noise: research in the United Kingdom. *Noise Health* 2011;13(52):229-233.
54. Test T, Canfi A, Eyal A, Shoam-Vardi I, Sheiner EK. The influence of hearing impairment on sleep quality among workers exposed to harmful noise. *Sleep* 2011;34(1):25-30.
55. WHO. Guidelines for community noise. Geneva, 1999.
56. WHO Europe. Night noise guidelines for Europe. Copenhagen, 2009. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/43316/E92845.pdf.
57. Houtjus DJM, van Beek AJ, Swart WJR, van Kempen EEMM. Health implication

- of road, railway and aircraft noise in the European Union. Provisional results based on the 2nd round of noise mapping. RIVM Report 2014-0130. Bilthoven, 2014.
58. Braubach M, Fairburn J. Social inequities in environmental risks associated with housing and residential location-a review of evidence. *European Journal of Public Health* 2010;20(1):36-42.
 59. Havard S, Reich BJ, Chaix B. Social inequalities in residential exposure to road traffic noise: an environmental justice analysis based on the RECORD Cohort Study. *Occupational and Environmental medicine* 2011;68(5):366-74.
 60. Hamra GB, Laden F, Cohen AJ, Raaschou-Nielsen O, Brauer M, Loomis D. Lung cancer and exposure to nitrogen dioxide and traffic: a systematic review and meta-analysis. *Environmental Health Perspectives* 2015;123(11):1107-12.
 61. Fajersztajn L, Veras M, Barrozo LV, Saldiva P. Air pollution: a potentially modifiable risk factor for lung cancer. *Nature Reviews. Cancer* 2013;13(9):674-8.
 62. Meo SA, Suraya F. Effect of environmental air pollution on cardiovascular diseases. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences* 2015;19(24):4890-7.
 63. Franklin BA, Brook R, Arden Pope C 3rd. Air pollution and cardiovascular disease. *Current Problems in Cardiology* 2015;40(5):207-38.
 64. Chin MT. Basic mechanisms for adverse cardiovascular events associated with air pollution. *Heart* 2015;101(4):253-6.
 65. Bowatte G, Lodge C, Lowe AJ, Erbas B, Perret J, Abramson MJ, Matheson M, Dharmage SC. The influence of childhood traffic-related air pollution exposure on asthma, allergy and sensitization: a systematic review and a meta-analysis of birth cohort studies. *Allergy* 2015;70(3):245-56.
 66. Guarnieri M, Balmes JR. Outdoor air pollution and asthma. *Lancet* 2014;383(9928):1581-92.
 67. Balti EV, Echouffo-Tcheugui JB, Yako YY, Kengne AP. Air pollution and risk of type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2014;106(2):161-72.
 68. Deguen S, Zmirou-Navier D. Social inequalities resulting from health risks related to ambient air quality - A European review. *European Journal of Public Health* 2010;20(1):27-35.
 69. Bonnefoy XR, Braubach M, Moissonnier B, Monolbaev K, Röbbel N. Housing and health in Europe: preliminary results of a pan-European study. *American Journal of Public Health* 2003;93(9):1559-1563.
 70. Fuller-Thomson E, Hulchanski JD, Hwang S. The housing/health relationship: what do we know? *Reviews on Environmental Health* 2000;15(1-2):109-133.

71. Ineichen B. *Homes and health: how housing and health Interact*. London, England: E & FN Spon; 1993.
72. Howard M. The effects on human health of pest infestations in houses. En: Burridge R, Ormandy D, eds. *Unhealthy housing: research, remedies and reform*. New York, NY: Spon Press; 1993:256–82.
73. Fonseca W, Kirkwood BR, Victora CG, Fuchs SR, Flores JA, Misago C. Risk factors for childhood pneumonia among the urban poor in Fortaleza, Brazil: a case-control study. *Bulletin of the World Health Organization* 1996;74:199–208.
74. Bornehag CG, Blomquist G, Gyntelberg F, Järvholt B, Malmberg P, et al. Dampness in buildings and health. Nordic interdisciplinary review of the scientific evidence on associations between exposure to “dampness” in buildings and health effects (NORDDAMP). *Indoor Air* 2001;11:72–86.
75. Gibson M, Petticrew M, Bambra C, Sowden AJ, Wright KE, et al. Housing and health inequalities: a synthesis of systematic reviews of interventions aimed at different pathways linking housing and health. *Health Place* 2011;17(1):175–84.
76. Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *New England Journal of Medicine* 1988;319:1701–7.
77. Grant M, Bird C, Marno P. Health inequalities and determinants in the physical urban environment: Evidence briefing. WHO Collaborating Centre for Healthy Urban Environments University of the West of England, Bristol; 2012.
78. Meyers A, Frank DA, Roos N, Peterson KE, Casey VA, et al. Housing subsidies and pediatric undernutrition. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 1995;149:1079–84.
79. Marmot Review Team. *The health impacts of cold homes and fuel poverty*. London: Friends of the Earth/ Marmot. Review Team. 2011.
80. Liddell C, Morris C. Fuel poverty and human health: A review of recent evidence. *Energy Policy* 2010;38(6):2987–97.
81. Hills J. Getting the measure of fuel poverty. Final Report of the Fuel Poverty Review. CASE report 72. London: Centre for Analysis of Social Exclusion. London School of Economics. 2003.
82. Department of Trade and Industry (DTI). *UK Fuel Poverty Strategy*. London: HMSO; 2001.
83. Evans J, Hyndman S, Stewart-Brown S, Smith D, Petersen S. An epidemiological study of the relative importance of damp housing in relation to adult health. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2000;54:677–86.
84. Tirado Herrero S. (dir.). *Pobreza energética en España. Potencial de generación de empleo derivado de la rehabilitación energética de viviendas*. Madrid: Asociación de Ciencias Ambientales. 2012.

85. Beaumont J, Lang T, Leather S, Mucklow C. Report from the policy sub-group to the Nutrition Task Force Low Income Project Team of the Department of Health. Radlett, Hertfordshire: Institute of Grocery Distribution; 1995.
86. Cummins S, Macintyre S. Food deserts-evidence and assumption in health policy making. *BMJ* 2002;325(2002):436-8.
87. Mujahid MS, Diez Roux AV, Shen M, Gowda D, Sánchez B, et al. Relation between neighborhood environments and obesity in the multi-ethnic study of atherosclerosis. *American Journal of Epidemiology* 2008;167(11):1349-57.
88. Diez AV. Residential environments and cardiovascular risk. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 2003;80(4):569-89.
89. Humpel N, Owen N, Leslie E. Environmental factors associated with adults' participation in physical activity: a review. *American Journal of Preventive Medicine* 2002;22:188-99.
90. Ball K, Bauman A, Leslie E, Owen N. Perceived environmental aesthetics and convenience and company are associated with walking for exercise among Australian adults. *Preventive Medicine* 2001;33:434-40.
91. Sallis JF, Hovell MF, Hofstetter CR, Elder JP, Hackley M, et al. Distance between homes and exercise facilities related to frequency of exercise among San Diego residents. *Public Health Reports* 1990;105:179-85.
92. Rodriguez Romo G, Garrido Muñoz M, Lucía A, Mayorga JI, Ruiz Jonathan R. Asociación entre las características del entorno y la actividad física. *Gaceta Sanitaria* 2013;27(6):487-93.
93. Gorman DM, Speer PW, Gruenewald PJ, Labouvie EW. Spatial dynamics of alcohol availability, neighborhood structure and violent crime. *Journal of Studies on Alcohol* 2001;62:628-36.
94. McKinney CM, Caetano R, Harris TR, Ebama MS. Alcohol availability and intimate partner violence among US couples. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 2009;33:169-76.
95. Scribner RA, MacKinnon DP, Dwyer JH. Alcohol outlet density and motor vehicle crashes in Los Angeles County cities. *Journal of Studies on Alcohol* 1994;55:447-53.
96. LaVeist TA, Wallace JM Jr. Health risk and inequitable distribution of liquor stores in African American neighborhood. *Social Science & Medicine* 2000;51:613-7.
97. Pollack CE, Cubbin C, Ahn D, Winkleby M. Neighbourhood deprivation and alcohol consumption: does the availability of alcohol play a role? *International Journal of Epidemiology* 2005;34(4):772-80.
98. Livingston M, Chikritzhs T, Room R. Changing the density of alcohol outlets to

- reduce alcohol-related problems. *Drug and Alcohol Review* 2007;26:557-66.
99. Scribner RA, Cohen DA, Fisher W. Evidence of a structural effect for alcohol outlet density: A multilevel analysis. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 2000;24:188-9.
 100. Weitzman ER, Folkman A, Folkman MP, Wechsler H. The relationship of alcohol outlet density to heavy and frequent drinking and drinking-related problems among college students at eight universities. *Health Place* 2003;9:1-6.
 101. Pokorny SB, Jason LA, Schoeny ME. The relation of retail tobacco availability to initiation and continued smoking. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2003;32(2):193-204.
 102. OMS. Informe Objetivos de salud del milenio: caminos hacia el futuro. 2003. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2003/en/Chapter2-es.pdf?ua=1>.
 103. Shaw M, Dorling D, Smith GD. Poverty, social exclusion, and minorities. En M. Marmot M, Wilkinson RG, eds. *Social determinants of health*. Oxford, United: Oxford University Press; 1999, pp. 211-39.
 104. Link BG, Phelan J. Social Causes as Fundamental Conditions of Disease. *Journal of Health and Social Behaviour* 1995;(Extra Issue): 80-94.
 105. Claeson M, Griffin CG, Johnston TA, McLachlan M, Soucat ALB, et al. Health, nutrition and population. En: *Poverty reduction strategy sourcebook*. Washington, D.C.: World Bank; 2001.
 106. World Bank. *World development report 2000/2001: attacking poverty*. Oxford and New York: Oxford University Press; 2000.
 107. Pritchett L, Summers LH. Wealthier is healthier. *Journal of Human Resources* 1996;31:841-68.
 108. Wagstaff A. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2002;11(5/6).
 109. Nieto N. Los campos asesinos de la desigualdad. *Política y Cultura* 2016;45:273-7.
 110. Kunst A. Cross-national comparisons of socioeconomic differences in mortality. The Hague: CIP-Gegevens Koninklijke Bibliotheek; 1997.
 111. Kessler RC, Chiu W T, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 2005;62(6):617-27.
 112. Johnson JG, Cohen P, Dohrenwend BP, Link BG, Brook JS. A longitudinal investigation of social causation and social selection processes involved in the association between socioeconomic status and psychiatric disorders. *Journal of Abnormal Psychology* 1999;108(3):490-9.

113. Bartel A, Taubman P. Some economic and demographic consequences of mental illness. *Journal of Labor Economics* 1986;4(2):243–56.
114. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization* 2003;81(8):609–15.
115. FADSP. Efectos del desempleo sobre la salud. 2012. Disponible en: <http://fadsp.org/index.php/sample-sites/noticias/133-los-efectos-del-desempleo-sobre-la-salud>.
116. Roelfs DJ, Shor E, Davidson KW, Schwartz JE. Losing life and livelihood: a systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. *Social Science & Medicine* 2011;72(6):840–54.
117. Dorling D: Unemployment and health. *BMJ* 2009;338:1091-2.
118. Mathers CD, Schofield D. The health consequences of unemployment: the evidence. *Medical Journal of Australia* 1998;168:178-82.
119. Mitchell R, Shaw M, Dorling D. Inequalities in life and death. The Policy Press, Bristol; 2000.
120. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet* 2009;374(9686):315-23.
121. Rosicova K, Geckova AM, van Dijk JP, Kollarova J, Rosic M, et al. Regional socioeconomic indicators and ethnicity as predictors of regional infant mortality rate in Slovakia. *International Journal of Public Health* 2011;56:523-31.
122. Economou M, Madianos M, Theleritis C, Peppou LE, Stefanis CN. Increased suicidality amid economic crisis in Greece. *Lancet* 2011; 378:1459.
123. Statewide Health Promotion Unit: Social determinants of health. Unemployment fact sheet. 2010.
124. Dooley D, Fieling J, Levi L. Health and unemployment. *Annual Review of Public Health* 1996;17:449-65.
125. Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ* 2013;17;347:f5239.
126. Norström F, Virtanen P, Hammarström A, Gustafsson PE, Janlert U. How does unemployment affect self-assessed health? A systematic review focusing on subgroup effects. *BMC Public Health* 2014;14:1310.
127. Franzini L, Giannoni M. Determinants of health disparities between Italian regions. *BMC Public Health* 2010;10:296-336.
128. Freyer-Adam J, Gaertner B, Tobschall S, John U. Health risk factors and self-rated health among job-seekers. *BMC Public Health* 2011;11:659-68.

129. Novo M, Hammarström A, Janlert U. Do high levels of unemployment influence the health of those who are not unemployed? A gendered comparison of young men and women during boom and recession. *Social Science & Medicine* 2001; 53:293-303.
130. Le H, Tfelt-Hansen P, Skytthe A, Kyvik KO, Olesen J. Association between migraine, lifestyle and socioeconomic factors: a population- based cross-sectional study. *Journal of Headache and Pain* 2011;12:157-72.
131. Grandner MA, Patel NP, Gehrman PR, Xie D, Sha D, et al. Who gets best sleep? Ethnic and socioeconomic factors related to sleep complaints. *Sleep Medicine* 2010; 11: 470-8.
132. Benach J, Vives A, Amable M, Vanroelen C, Tarafa G, et al. Precarious employment: understanding an emerging social determinant of health. *Annual Review of Public Health* 2014;35:229-53.
133. Virtanen M, Kivimäki M, Joensuu M, Virtanen P, Elovainio M, et al. Temporary employment and health: a review. *International Journal of Epidemiology* 2005;34(3):610-22.
134. Benach J. Qualitat de l'ocupació, participació i salut laboral a Catalunya. Barcelona: Direcció General de Relacions Laborals I Qualitat en el Treball. Generalitat de Catalunya. 2013.
135. Vives A, Amable M, Ferrer M, Moncada S, Llorens C, et al. 2013. Employment precariousness and poor mental health: evidence from Spain on a new social determinant of health. *Journal of Environmental and Public Health* 2013;2013:978656.
136. Vives A, Vanroelen C, Amable M, Ferrer M, Moncada S, et al. Employment precariousness in Spain: prevalence, social distribution, and population-attributable risk percent of poor mental health. *International Journal of Health Services* 2011;41(4):625-46.
137. Lorenc T, Petticrew M, Whitehead M, Neary D, Clayton S, et al. Fear of crime and the environment: systematic review of UK qualitative evidence. *BMC Public Health* 2013;13:496.
138. Bartley M. Health inequality. An introduction to theories, concepts, and methods. Cambridge: Polity Press; 2004.
139. Berkman LF, Glass T. Social integration, social networks, social support, and health. En: Berkman LF, Kawachi I, eds. *Social epidemiology*. NY: Oxford University Press; 2000, pp. 137-73.
140. Merzel C, D'Afflitti J. Reconsidering community-based health promotion: promise, performance, and potential. *American Journal of Public Health* 2003; 93:557-74.
141. Wilkinson RG. *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. NY: Routledge; 1996.

142. Turner B. Social capital, inequality, and health: the Durkheimian revival. *Social Theory & Health* 2003;1:4-20.
143. Kawachi I, Kennedy BP, Glass R. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American Journal of Public Health* 1999;89:1187-93.
144. Campbell C, Jovchelovitch S. Health, community and development: towards a social psychology of participation. *Journal of Community & Applied Social Psychology* 2000;10:255-70.
145. Kim D, Subramanian SV, Kawachi I. Social capital and physical health: a systematic review of the literature. En: Kawachi I, Subramanian SV, Kim D, eds. *Social capital and health*. NY: Springer; 2008, pp. 139-90.
146. Roerecke M, Rehm J. Alcohol consumption, drinking patterns, and ischemic heart disease: a narrative review of meta-analyses and a systematic review and meta-analysis of the impact of heavy drinking occasions on risk for moderate drinkers. *BMC Medicine* 2014;12:182.
147. Ellison RC. Balancing the risks and benefits of moderate drinking. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2002;957:1-6.
148. Poikolainen K. Epidemiologic assessment of population risks and benefits of alcohol use. *Alcohol and Alcoholism Supplement* 1991;1:27-34.
149. Lacoviello L, de Gaetano G. Alcohol and cardiovascular diseases. Current knowledge and controversies. *Recenti Progressi in Medicina* 2003;94(10):451-5.
150. Hillbom M, Juvela S, Numminen H. Alcohol intake and the risk of stroke. *Journal of Cardiovascular Risk* 1999;6(4):223-8.
151. Hillbom M. Alcohol consumption and stroke: benefits and risks. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 1998;22(7 Suppl):352S-358S.
152. Neuman MG, Malnick S, Maor Y, Nanau RM, Melzer E, et al. Alcoholic liver disease: Clinical and translational research. *Experimental and Molecular Pathology* 2015;99(3):596-610.
153. Ma K, Baloch Z, He TT, Xia X. Alcohol consumption and gastric cancer risk: a meta-analysis. *Medical Science Monitor* 2017;23:238-46.
154. Wang Y, Xu M, Ke ZJ, Luo J. Cellular and molecular mechanisms underlying alcohol-induced aggressiveness of breast cancer. *Pharmacological Research* 2017;115:299-308.
155. Zhou Q, Guo P, Li H, Chen XD. Does alcohol consumption modify the risk of endometrial cancer? A dose-response meta-analysis of prospective studies. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2017;295(2):467-79.
156. Zhao J, Stockwell T, Roemer A, Chikritzhs T. Is alcohol consumption a risk factor for prostate cancer? A systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer* 2016;16(1):845.

157. Jayasekara H, MacInnis RJ, Williamson EJ, Hodge AM, Clendenning M, et al. Lifetime alcohol intake is associated with an increased risk of KRAS+ and BRAF-/KRAS- but not BRAF+ colorectal cancer. *International Journal of Cancer* 2016;140(7):1485-93.
158. Sundby J. Methodological considerations in the study of frequency, risk factors and outcome of reduced fertility. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1989;17(2):135-40.
159. de Sanctis L, Memo L, Pichini S, Tarani L, Vagnarelli F. Fetal alcohol syndrome: new perspectives for an ancient and underestimated problem. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2011;24(Suppl 1):34-7.
160. Sarasa-Renedo A, Sordo L, Molist G, Hopos J, Guitart AM, et al. Principales daños sanitarios y sociales relacionados con el consumo de alcohol. *Revista Española de Salud Pública* 2014; 88:469-91.
161. Christoffersen AS, Mørland J, Stewart K, Gjerde H. International trends in alcohol and drug use among vehicle drivers. *Forensic Science Review* 2016;28(1):37-66.
162. Cherpitel CJ, Borges GL, Wilcox HC. Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 2004;28(5 Suppl):18S-28S.
163. Sher L, Sperling D, Zalsman G, Vardi G, Merrick J. Alcohol and suicidal behavior in adolescents. *Minerva Pediatrica* 2006;58(4):333-9.
164. Heinz AJ, Beck A, Meyer-Lindenberg A, Sterzer P, Heinz A. Cognitive and neurobiological mechanisms of alcohol-related aggression. *Nature Reviews. Neuroscience* 2011; 12:400-13.
165. Rehm J, Shield KD, Joharchi N, Shuper PA. Alcohol consumption and the intention to engage in unprotected sex: systematic review and meta-analysis of experimental studies. *Addiction* 2012; 107:51-9.
166. Bacigalupe A, Martín U. Desigualdades sociales en la salud de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco: La clase social y el género como determinantes de la salud. Ararteko. 2007.
167. Swerdlow AJ, Peto R, Doll R. Epidemiology of cancer. En: Oxford Textbook of Medicine. Oxford, UK: Oxford University Press; 2010, pp. 299-332.
168. Gandini S, Botteri E, Iodice S, et al. Tobacco smoking and cancer: a meta-analysis. *International Journal of Cancer* 2008;122(1):155-64.
169. Boyd NF, Cantor KP, Hammond SK, Johnson KC, Miller AB. Canadian Expert Panel on Tobacco Smoke and Breast Cancer Risk; 2009.
170. Bjartveit K, Tverdal A. Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. *Tobacco Control*. 2005;14(5):315-20.

171. King CC, Piper ME, Gepner AD, Fiore MC, Baker TB, Stein JH. Longitudinal impact of smoking and smoking cessation on inflammatory markers of cardiovascular disease risk. *Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology* 2017;37(2):374-9.
172. Thorley AJ, Tetley TD. Pulmonary epithelium, cigarette smoke, and chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2007;2(4):409-28.
173. Batstra L, Hadders-Algra M, Neeleman J. Effect of antenatal exposure to maternal smoking on behavioural problems and academic achievement in childhood: prospective evidence from a Dutch birth cohort. *Early Human Development* 2003;75:21-33.
174. Jaakkola JJK, Gissler M. Maternal smoking in pregnancy, fetal development, and childhood asthma. *American Journal of Public Health* 2004;94(1):136-40.
175. Ananth CV, Demissie K, Smulian JC, Vintzileos AM. Relationship among placenta previa, fetal growth restriction, and preterm delivery: a population-based study. *Obstetrics and Gynecology* 2001;98(2):299-306.
176. U.S. Dept. of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.
177. Bacigalupe A, Esnaola S, Martín U, Borrell C. Two decades of inequalities in smoking prevalence, initiation and cessation in a southern European region: 1986-2007. *European Journal of Public Health* 2013;23(4):552-8.
178. Informe Europeo sobre Drogas. Tendencias y novedades. 2015. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2015.
179. Anselmino M, Matta M, Gaita F. Drug abuse: another challenge for the cardiologist? *Journal of Cardiovascular Medicine (Hagerstown)* 2014;15(7):525-31.
180. Golen D, Kusmierczyk Droszcz B, Demkow M, Bilinska ZT. [Cardiovascular complication of cocaine abuse]. *Kardiologia Polska*. 2012;70(5):517-21.
181. Brejt N, Gilleece Y, Fisher M. Acute hepatitis C: changing epidemiology and association with HIV infection. *Journal of HIV Therapy* 2007;12(1):3-6.
182. van Kesteren NM, Hospers HJ, Kok G. Sexual risk behavior among HIV-positive men who have sex with men: a literature review. *Patient Education and Counseling* 2007;65(1):5-20.
183. Lutz PE, Kieffer BL. Opioid receptors: distinct roles in mood disorders. *Trends in Neurosciences* 2013;36(3):195-206.

184. Informe Mundial sobre las Drogas 2016. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Disponible en: https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf.
185. Krusk J. Physical activity in the prevention of the most frequent chronic diseases: an analysis of the recent evidence. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2007;8(3):325-38.
186. Forbes D, Thiessen EJ, Blake CM, Forbes SC, Forbes S. Exercise programs for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013;(12):CD006489.
187. Stalsberg R, Pedersen AV. Effects of socioeconomic status on the physical activity in adolescents: a systematic review of the evidence. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports* 2010;20(3):368-83.
188. Gidlow C, Johnston LH, Crone D, Ellis N, James D. A systematic review of the association between socio-economic position and physical activity. *Health Education Journal* 2006;65:338-67.
189. Thushara RM, Gangadaran S, Solati Z, Moghadasian MH. Cardiovascular benefits of probiotics: a review of experimental and clinical studies. *Food & Function* 2016;7(2):632-42.
190. Rathod KS, Velmurugan S, Ahluwalia A. A 'green' diet-based approach to cardiovascular health? Is inorganic nitrate the answer? *Molecular Nutrition & Food Research* 2016;60(1):185-202.
191. Surendiran G, Alsaif M, Kapourchali FR, Moghadasian MH. Nutritional constituents and health benefits of wild rice (*Zizania* spp.). *Nutrition Reviews* 2014;72(4):227-36.
192. Khurana S, Venkataraman K, Hollingsworth A, Piche M, Tai TC. Polyphe-nols: benefits to the cardiovascular system in health and in aging. *Nutrients* 2013;5(10):3779-827.
193. Slavin JL, Lloyd B. Health benefits of fruits and vegetables. *Advances in Nutrition* 2012;3(4):506-16.
194. Mozaffarian D, Wu JH. (n-3) fatty acids and cardiovascular health: are effects of EPA and DHA shared or complementary? *Journal of Nutrition* 2012;142(3):614S-625S.
195. Smith CE, Tucker KL. Health benefits of cereal fibre: a review of clinical trials. *Nutrition Research Reviews* 2011;24(1):118-31.
196. Kaczmarczyk MM, Miller MJ, Freund GG. The health benefits of dietary fiber: beyond the usual suspects of type 2 diabetes mellitus, cardiovascular disease and colon cancer. *Metabolism* 2012;61(8):1058-66.

197. Steinmetz KA, Potter JD. Vegetables, fruit, and cancer prevention: a review. *Journal of the American Dietetic Association* 1996;96(10):1027-39.
198. WHO. Diet, nutrition and chronic diseases. Geneva, World Health Organization. 2003. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/en/gsfao_introduction.pdf.
199. Dowler E. Inequalities in diet and physical activity in Europe. *Public Health Nutrition* 2001;4:701-9.
200. Irala-Estevez JD, Groth M, Johansson L, Oltersdorf U, Prättälä R, et al. A systematic review of socio-economic differences in food habits in Europe: consumption of fruit and vegetables. *European Journal of Clinical Nutrition* 2000;54:706-14.

Anexos

Anexo 1. Dimensiones, subdimensiones e indicadores utilizados según ámbito territorial y fuente de datos

DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADOR	BILBAO	BARRIOS	DISTRITO	CIUDADES	OSI	FUENTE DE DATOS
DEMOGRAFIA	Evolución	Tamaño poblacional	●	●	●	●		Ayuntamiento de Bilbao e INE
		% crecimiento poblacional absoluto (2012-2016)		●				Ayuntamiento de Bilbao
		% crecimiento poblacional relativo (2012-2016)		●	●			Ayuntamiento de Bilbao
		% población de cada grupo de edad	●					INE
	Estructura de edades	Pirámides de población	●	●				Ayuntamiento de Bilbao
		% mayores de 64 años (2016)		●	●	●	●	Ayuntamiento de Bilbao
		% menores de 15 años (2016)		●	●	●	●	Ayuntamiento de Bilbao
	Natalidad	Tasa bruta de natalidad (2016)	●	●	●	●		INE
		Tasa bruta de natalidad (2015)		●				Ayuntamiento de Bilbao
		Tasa bruta de mortalidad (2016)	●	●	●	●		INE
		Tasa bruta de mortalidad (2015)		●				Ayuntamiento de Bilbao
	Migración	Evolución saldo migratorio (externo e interno) 1998-2016	●					Eustat
		% población nacida en extranjero (2016)	●	●				Eustat
		% población nacida en extranjero (2015)		●				Ayuntamiento de Bilbao
		% población nacida en resto Estado (2016)	●	●				Eustat y Ayuntamiento de Bilbao

DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADOR	BILBAO	BARRIOS	DISTRITO	CIUDADES	OSI	FUENTE DE DATOS
ESTADO DE SALUD	Estado de salud general	Estado de salud percibido (% población total, y para Bilbao por grupos de edad, nivel de estudios, clase social, y nivel privación área de residencia, 2013)	●			●	●	ESCAV 2013
		Problemas crónicos (% población total, y para Bilbao por grupos de edad, nivel de estudios, clase social, y nivel privación área de residencia, 2013)	●			●	●	ESCAV 2013
		Limitación crónica de la actividad (% población total, y para Bilbao por grupos de edad, nivel de estudios, clase social, y nivel privación área de residencia, 2013)	●			●		ESCAV 2013
		Calidad de vida relacionada con la salud (% población total, y para Bilbao por grupos de edad, nivel de estudios, clase social, y nivel privación área de residencia, 2013)	●			●		ESCAV 2013
		Síntomas de ansiedad y depresión (% población total, y para Bilbao por grupos de edad, nivel de estudios, clase social, y nivel privación área de residencia, 2013)	●					ESCAV 2013
		Estado de salud dental percibido (% población total, y para Bilbao por grupos de edad, nivel de estudios, clase social, y nivel privación área de residencia, 2013)	●					ESCAV 2013
		Hiperlipidemias (% población total, de 65 y más años, 2013)		●	●			Osakidetza 2013
		Hipertensión arterial (% población total, de 65 y más años, 2013, 14 y más años 2017)		●	●			Osakidetza 2013 y OSI Bilbao (Osakidetza) 2017
		Diabetes mellitus (% población total, de 65 y más años, 2013, 14 y más años 2017)		●	●			Osakidetza 2013 y OSI Bilbao (Osakidetza) 2017
		Insuficiencia cardíaca (% población 14 y más años, 2017)		●				OSI Bilbao (Osakidetza) 2017
		EPOC (% población 14 y más años, 2017)		●				OSI Bilbao (Osakidetza) 2017
		Tasa mortalidad estandarizada diabetes mellitus, hipertensión arterial e hiperlipidemias, 2013		●				Osakidetza 2013
		Media estandarizada de calidad de vida relacionada con la salud				●		ESCAV 2013

Anexo 1. Dimensiones, subdimensiones e indicadores utilizados según ámbito territorial y fuente de datos

DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADOR	BILBAO	BARRIOS	DISTRITO	CIUDADES	OSI	FUENTE DE DATOS
ESTADO DE SALUD	Salud sexual y reproductiva	Interrupciones voluntarias del embarazo por edad de la mujer (2015)	●					Departamento de Salud e INE
		Interrupciones voluntarias del embarazo total y por edad de la mujer (2013-2015)				●		Departamento de Salud e INE
		Evolución interrupciones voluntarias del embarazo, total y tasa (2006-2015)	●					Departamento de Salud e INE
		Evolución interrupciones voluntarias del embarazo, total, por edad de la mujer (2006-2015)	●					Departamento de Salud e INE
		Evolución interrupciones voluntarias del embarazo, tasa, por edad de la mujer (2007-2015)	●					Departamento de Salud e INE
		Evolución interrupciones voluntarias del embarazo, total, por lugar de nacimiento de la mujer (2007-2015)	●					Departamento de Salud
		Porcentaje embarazos entre 15 y 19 años (1999-2013)	●	●	●			Eustat
ESTADO DE SALUD	Esperanza de vida	Porcentaje de nacimientos de bajo peso y prematuros (1999-2013)	●	●	●			Eustat
		Evolución esperanza de vida al nacer (1998-2015)	●					Departamento de Salud e INE
		Esperanza de vida al nacer (2011-2015)		●	●	●		Ayuntamiento de Bilbao
		Evolución esperanza de vida a los 65 años (1998-2014)	●					Departamento de Salud e INE
		Diferencia esperanza de vida por sexo (1998-2015)	●					Departamento de Salud e INE
		Diferencia esperanza de vida por barrio respecto al conjunto de Bilbao (2011-2015)		●				Ayuntamiento de Bilbao
		Esperanza de vida al nacer según nivel privación área de residencia (2011-2015)	●					Departamento de Salud

DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADOR	BILBAO	BARRIOS	DISTRITO	CIUDADES	OSI	FUENTE DE DATOS
ESTADO DE SALUD	Causas de muerte	Causas de muerte agrupadas, total y tasas (2011-2015)	●					Departamento de Salud
		Cambio de 1998-2002 a 2011-2015 de las tasas de mortalidad de los diferentes grupos de causas de muerte	●					Departamento de Salud
		Porcentaje de defunciones de las diez causas principales sobre total muertes (2011-2015)						Departamento de Salud
		Principales causas de muerte en los diferentes grupos de edad (2011-2015)				●		Departamento de Salud
		Tasa de mortalidad estandarizada por tumores (2009-2013)			●			Unidad Vigilancia Epidemiológica de Bizkaia. Departamento de Salud
		Tasa de mortalidad estandarizada por enfermedades del aparato circulatorio			●			Unidad Vigilancia Epidemiológica de Bizkaia. Departamento de Salud
		Tasa de mortalidad estandarizada por enfermedades del aparato respiratorio			●			Unidad Vigilancia Epidemiológica de Bizkaia. Departamento de Salud
		Riesgos relativos de mortalidad estimados total y para diferentes causas		●				www.atlaseuskadi.com a partir de datos Departamento de Salud
CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA SALUD	Esperanzas de salud	Esperanza de vida (EV) (total de la barra) y esperanza de vida según diferentes estados de salud al nacer (2011-2015)	●					Departamento de Salud y Ayuntamiento de Bilbao
	Actividad física	Realización de actividad física (% población total, por grupos de edad, y nivel de estudios, 2013)	●		●	●		ESCAV 2013
		Porcentaje de personas abonadas a Bilbao Kirolak (2015)			●			Ayuntamiento de Bilbao
	Alimentación	Consumo diario de frutas o verduras (% población total, por grupos de edad, y nivel de estudios, 2013)	●		●	●		ESCAV 2013
		Obesidad (% población total, por grupos de edad, y nivel de estudios, 2013)	●		●	●		ESCAV 2013
	Obesidad	Ratio de obesidad infantil (2-14 años) respecto al total de Bilbao (Bilbao=100) (2017)		●				OSI Bilbao (Osakidetza), 2017

Anexo 1. Dimensiones, subdimensiones e indicadores utilizados según ámbito territorial y fuente de datos

DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADOR	BILBAO	BARRIOS	DISTRITO	CIUDADES	OSI	FUENTE DE DATOS
ENTORNO FÍSICO	Condiciones ambientales	Consumo de tabaco	●		●	●		ESCAV 2013
		Consumo de alcohol	●		●	●		ESCAV 2013
		Porcentaje de persona que manifiestan problemas en el entorno de la vivienda, total y para Bilbao por clase social y nivel de privación del área de residencia	●			●		ESCAV 2013
		Porcentaje de personas expuestas a ruido, total y nocturno	●		●			Mapa estratégico de ruido de Bilbao 2012
		Calidad del aire en diferentes estaciones (% días 2013)	●					Opendata Euskadi, Departamento de Medio Ambiente, Planificación Territorial y Vivienda
		Muestras tomadas según puntos de la red. 2014, 2015 y 2016	●					Ayuntamiento de Bilbao
		Calidad del agua de consumo (% muestras según calidad 2014, 2015 y 2016)	●					Ayuntamiento de Bilbao
		Parámetros microbiológicos, químicos, químicos que se controlan según las especificaciones del producto, y parámetros indicadores, en el agua de consumo, 2016	●					Ayuntamiento de Bilbao
		Brotes declarados de toxioinfección alimentaria y personas afectadas (2010-2016)	●					Ayuntamiento de Bilbao
		Personas afectadas de gastroenteritis con aislamiento de <i>Campylobacter</i> y de <i>Salmonella</i> (2011-2016)	●					Ayuntamiento de Bilbao
	Zonas verdes	Número y porcentaje de avisos o denuncias por presencia de animales, 2016	●					Ayuntamiento de Bilbao
		Número de avisos o denuncias por presencia de ratas u otros roedores, 2014, 2015 y 2016		●	●			Ayuntamiento de Bilbao
		Porcentaje de personas según problemas de zonas verdes en el entorno de su vivienda, total y por clase social y nivel de privación del área de residencia, 2013	●			●		ESCAV 2013
		Parques y jardines (% superficie del suelo total 2016)		●	●			Ayuntamiento de Bilbao
		Parques y jardines (m ² por persona 2009)				●		Eustat

DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADOR	BILBAO	BARRIOS	DISTRITO	CIUDADES	OSI	FUENTE DE DATOS
ENTORNO FÍSICO	Vivienda	Confort bajo (% viviendas 2011)	●			●		Ayuntamiento de Bilbao y Eustat
		Índice de confort (puntuación media que obtienen las viviendas 0-100) (2011)				●		Eustat
		Porcentaje de viviendas de más de 50 años (2015)	●			●		Ayuntamiento de Bilbao y Eustat
		Porcentaje de vivienda sin ascensor (2015)	●	●	●			Ayuntamiento de Bilbao y Eustat
		Porcentaje de vivienda sin calefacción (2015)	●	●	●			Ayuntamiento de Bilbao y Eustat
		Porcentaje de viviendas vacías (2016)	●	●	●			Ayuntamiento de Bilbao y Eustat
		Porcentaje de locales vacíos (2016)	●	●	●			Ayuntamiento de Bilbao y Eustat
ENTORNO FÍSICO	Infraestructuras y establecimientos relacionados con la salud	Disponibilidad de fruta y verdura en el entorno(% población total y por clase social y nivel de privación del área de residencia, 2013)	●			●		ESCAV 2013
		Disponibilidad de comida rápida en el entorno (% población total y por clase social y nivel de privación del área de residencia, 2013)	●			●		ESCAV 2013
		Disponibilidad de instalaciones para hacer ejercicio en el Entorno (% población total y por clase social y nivel de privación del área de residencia, 2013)	●			●		ESCAV 2013
		Adecuación entorno para actividad física, y razones de no adecuación, 2013	●			●		ESCAV 2013
		Bares por 1.000 habitantes (2016)		●	●			Ayuntamiento de Bilbao
		Estancos por 1.000 habitantes (2016)		●	●			Ayuntamiento de Bilbao
		Establecimientos que venden fruta por 1.000 habitantes (2016)		●	●			Ayuntamiento de Bilbao

Anexo 1. Dimensiones, subdimensiones e indicadores utilizados según ámbito territorial y fuente de datos

SUBDIMENSIÓN	BILBAO	BARRIOS	DISTRITO	CIUDADES	OSI	FUENTE DE DATOS
ENTORNO FÍSICO	Movilidad	Desplazamientos internos según modo de transporte, 2011	●			Estudio de la movilidad de la Comunidad Autónoma Vasca 2011
		Uso de la bicicleta para desplazarse (% población total, y para Bilbao por grupos de edad, clase social y nivel de privación del área de residencia, 2013)	●		●	ESCAV 2013
		Uso de la bicicleta pública (% población por sexo y grupos de edad, 2015)	●			Ayuntamiento de Bilbao
		Porcentaje de desplazamientos activos sobre el total de desplazamientos internos			●	Estudio de la movilidad de la Comunidad Autónoma Vasca 2011
ENTORNO SOCIAL	Participación social	Participación en asociaciones (% población total y para Bilbao por grupos de edad y nivel de estudios, 2013)	●	●	●	ESCAV 2013 y Eustat
		Participación en elecciones (% población 2015)		●	●	ESCAV 2013 y Departamento de Seguridad
	Apoyo social	Bajo apoyo afectivo (% población total y para Bilbao por grupos de edad y nivel de estudios, 2013)	●	●	●	ESCAV 2013 y Eustat
		Bajo apoyo confidencial (% población total y para Bilbao por grupos de edad y nivel de estudios, 2013)	●	●	●	ESCAV 2013 y Eustat
		Bajo apoyo social (% población total y para Bilbao por grupos de edad y nivel de estudios, 2013)	●	●		ESCAV 2013 y Eustat
	Capital social	Porcentaje de personas con capital social (ayuda) (% población total y para Bilbao por grupos de edad y nivel de estudios, 2013)	●	●		ESCAV 2013 y Eustat
		Porcentaje de personas con capital social (confianza interpersonal) (% población total y para Bilbao por grupos de edad y nivel de estudios, 2013)	●	●		ESCAV 2013 y Eustat
		Porcentaje de personas con capital social (honradez) (% población total y para Bilbao por grupos de edad y nivel de estudios, 2013)	●	●		ESCAV 2013 y Eustat
	Soledad	Porcentaje de mayores de 65 y más años que viven solos/as (2016)	●	●	●	ESCAV 2013 y Eustat
		Porcentaje de mayores de 75 y más años que viven solos/as (2016)	●	●	●	ESCAV 2013 y Eustat
	Seguridad	Índice de delitos (Tasa por 1.000 habitantes 2015)			●	UDALMAP y ESCAV 2013
		Percepción de delincuencia en el entorno (% población 2013)	●		●	ESCAV 2013 y Departamento de Seguridad

DIMENSIÓN

INDICADOR

BILBAO
BARRIOS
DISTRITO
CIUDADES
OSIFUENTE DE
DATOS

CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS Y EJES DE DESIGUALDAD SOCIAL		Ejes de desigualdad					
			BILBAO	BARRIOS	DISTRITO	CIUDADES	OSI
		Porcentaje de personas de clase social manual (2015)	●	●	●	●	Eustat
		Porcentaje de personas de estudios primarios o menos en jóvenes (2015)	●	●	●	●	Eustat
		Porcentaje de personas nacidas en países de renta baja (2015)	●	●	●	●	Eustat
		Porcentaje de personas nacidas en países de renta baja (2015)	●	●	●	●	Eustat
	Desempleo	Evolución tasa de desempleo y paro registrado (2012-2016)	●	●	●	●	Observatorio Urbano de Barrios de Bilbao y Eustat
		Paro registrado por grupos de edad y tiempo en desempleo, 2017	●				Observatorio Urbano de Barrios de Bilbao
	Empleo y trabajo doméstico	Contrato indefinido (% personas sobre total contratadas y para Bilbao por grupos de edad y clase social, 2013)	●		●	●	ESCAV 2013
		Satisfacción con el trabajo (% población con empleo y para Bilbao por clase social 2013)	●		●	●	ESCAV 2013
		Cuidado informal de personas dependientes (% que cuida 2013)	●				ESCAV 2013
		Porcentaje de personas que realiza tareas domésticas siempre o casi siempre, 2013	●				ESCAV 2013
		Porcentaje de personas que realiza trabajo de planificación en solitario	●				ESCAV 2013
	Renta y dificultades para llegar a fin de mes	Dificultad para llegar a fin de mes (% población total y para Bilbao por grupos de edad y nivel de estudios estandarizado por edad, 2013)	●			●	ESCAV 2013
		Evolución renta personal disponible y diferencia relativa por sexo (2001-2014)	●				Eustat
		Renta personal y familiar media, 2014	●			●	Eustat
		Percentiles de renta personal total, 2014	●				Eustat
		Renta personal disponible, 2014		●	●	●	Eustat
	Prestaciones sociales	Personas beneficiarias Renta de Garantía de Ingresos (Tasa por 1.000 habitantes, 2015)			●		Eustat
		Unidades convivenciales perceptoras de ayudas de emergencia social (Tasa por 1.000 habitantes, 2015)			●		Eustat

