

# ESTILOS Y HÁBITOS DE VIDA

Autores:

Francisco Peral Pérez, médico deportivo del Ayuntamiento de Cádiz

María del Mar Robles Viaña, Técnica de Promoción de la Salud del Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda

## 1.- INTRODUCCIÓN

Es fundamental conocer el significado de “Estilos de vida” para entender su importancia como determinante de salud de las personas, cómo se ven afectados por las desigualdades socioeconómicas y la realidad de una inequidad en salud de nuestra sociedad actual que veremos si es un fiel reflejo de la situación que se pretende describir del barrio “La Viña” en Cádiz.

“El **estilo de vida** de una persona está compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Estas pautas se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela, medios de comunicación, etc. Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijos, sino que están sujetos a modificaciones”.

Según la OMS se entiende por la “**Forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales**” (WHO, 1986, p.118).

Pastor (1995) señala entre las principales variables que forman parte de los “**estilos de vida saludables**”: los hábitos alimenticios, la práctica de la actividad física, el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, el consumo de drogas no institucionalizadas y medicamentos, la higiene dental, los hábitos de descanso, las conductas de prevención de accidentes, las actividades de tiempo libre, la sexualidad, las enfermedades de transmisión sexual y SIDA, los chequeos médicos preventivos, la apariencia y los hábitos de aseo personal.

La propia OMS insiste en la Campaña del Día Mundial de la Salud en el 2012 y recomienda que se adopte un estilo de vida saludable a lo largo de todo el ciclo vital, con el fin de preservar la vida, mantenerse sano y paliar la discapacidad y el dolor en la vejez. Los entornos adaptados a las necesidades de las personas mayores, la prevención, la detección precoz y el tratamiento de enfermedades mejoran el bienestar de los mayores. Si no se adoptan medidas, el envejecimiento de la población dificultará la consecución de los objetivos de desarrollo socioeconómico y humano. En todos estos objetivos los hábitos de vida saludables juegan un papel fundamental<sup>3</sup>.

De igual manera se considera a los “**hábitos de vida saludables**” como aquellas conductas y comportamientos que se tienen asumidas como propias y que inciden en la práctica en el bienestar físico, psíquico y social, es decir, los mismos objetivos que caracterizan a la Salud Comunitaria y que fueron definidos en la primera Conferencia Internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa en 1986 prolongación de los contenidos consensuados previamente en Alma Ata y que perseguían “Salud para todos en el año 2000”. Realmente, recordando las fechas y las propuestas, los objetivos no se han alcanzado a pesar de haber avanzado en algunos aspectos<sup>1 2</sup>.

Existen numerosos estudios de investigación que relacionan los hábitos de vida y de manera específica los denominados factores de riesgo con las enfermedades crónicas no transmisibles y emergentes (HTA, diabetes, dislipemia, obesidad, etc.) que inciden directamente sobre la calidad de vida y la mortalidad de las personas por enfermedades cardiovasculares.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen la principal causa de morbi-mortalidad en el mundo. El costo-efectividad de intervenir en los factores de riesgo modificables como la inactividad física, la nutrición inadecuada y el consumo de tabaco, han convertido a la promoción de estilos de vida saludable en una estrategia mundial para disminuir la carga en salud asociada a las ECNT.

Desde la OMS en la 57ª Asamblea Mundial de la Salud (2005) se elabora y promueve la **Estrategia Mundial de Régimen alimentario, Actividad Física y Salud**, con el desarrollo de Programas de promoción de la salud a través de una alimentación equilibrada y la actividad física tanto a nivel continental como estatal, autonómico y local.

La investigación científica ha ofrecido mucha evidencia durante las dos últimas décadas acerca del impacto que tienen los determinantes socioeconómicos en los estilos de vida de la población adolescente. En nuestro entorno destaca el estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), estudio multinacional con participación también española que en su versión de 2014 está realizado en adolescentes españoles de 11 a 18 años y que resulta un referente para todos<sup>4</sup>.

Las desigualdades socioeconómicas y el sentirse deprivado respecto a un deseado estándar de vida tiene consecuencias para la salud tanto de forma directa como indirecta, a través de los estilos de vida. Las desigualdades socioeconómicas vividas durante la infancia y la adolescencia son difíciles de superar, hasta el punto de que son uno de los principales factores contribuyentes de las desigualdades en la vida adulta.

España es uno de los países en los que mayor ha sido el impacto de la crisis económica que comenzó en 2008. Unicef ha advertido de que la población infantil y adolescente es la que más está sufriendo las consecuencias de la crisis y quien las padecerá por más tiempo; apunta, incluso, que el impacto de la crisis podría extenderse durante todo el ciclo vital de quienes ahora son niños o adolescentes. Informes recientes publicados por expertos de la Comisión Europea indican que en España la tasa de pobreza infantil (24,4% en 2008 y 29,7% en 2012) supera la tasa de pobreza en la población general (19,76% en 2008 y 22,3% en 2012), siendo uno de los países con mayores índices de pobreza infantil en la Unión Europea.

A nivel estatal, elaborado por múltiples autores españoles, financiado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) el 18 de Diciembre de 2013, existe un extenso documento "Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, en el marco del abordaje de la cronicidad"<sup>5</sup>.

En Andalucía hay programas en este mismo sentido de promoción y prevención de la salud financiados por las Consejerías de Educación y de Salud<sup>6</sup>.

Las desigualdades sociales condicionan peores niveles de salud y la población con peor situación socio-económica o directamente marginada, no tiene la educación suficiente para valorar la importancia de los hábitos saludables en el presente y en el futuro de sus vidas. Detallando de manera explícita, no tienen fácil acceso a los medios educativos ni a los recursos deportivos, la nutrición no se puede programar, el consumo de drogas y la renuncia global es una consecuencia directa a sus expectativas vitales y el medio ambiente no forma parte de sus preocupaciones. Sus prioridades son la supervivencia. Por todas estas razones, la lucha contra las desigualdades sociales constituye una herramienta fundamental para aumentar los niveles de la Salud Comunitaria.

La vigente crisis no ha sido exclusivamente económica sino sobre todo social. La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Pública (SESPAS), promociona y elabora unos documentos cada dos años que son auténticos notarios de la realidad de la Salud Pública en nuestro país. En el informe del año 2014, en su capítulo 2.5, nos evidencia que la crisis económica condiciona un deterioro en los comportamientos alimentarios. Las familias buscan ahorro en la alimentación. Aumenta la inseguridad alimenticia y el recorte en el gasto alimentario va acompañado también de hábitos alimenticios poco saludables, que favorecen la obesidad. Este magnífico estudio concluye que la crisis contribuye a la vulneración del derecho a una alimentación sana y saludable<sup>7</sup>.

Una característica ineludible de la sociedad tiene que ser la equidad. Un país con desigualdades es en el que no hay equidad en la distribución de riqueza y cultura. Pues bien, de nuevo la SESPAS, ahora en su reciente informe del 2016, evidencia que no hay equidad en el simple acceso a las prestaciones sanitarias, cobertura de necesidades, dificultad para completar tratamientos y consejos médicos como consecuencia de falta de recursos económicos incluso no hay equidad en los tiempos de espera y en uso de servicios a igual necesidad. Propone medidas para combatir las desigualdades porque intervienen de forma rotunda en los niveles de salud de la población, sobre todo, en los más necesitados<sup>8</sup>.

No podemos olvidar que la consideración más concisa, accesible y conocida de las desigualdades sociales fue articulada por Margarita Whitehead a principios de los años 1990, quien valoró las inequidades en salud como diferencias en la salud que son innecesarias y evitables, además de ser consideradas desleales e injustas. La prueba fundamental para saber si las diferencias en materia de salud son o no injustas depende, en gran parte, de si las personas escogen libremente la situación que produce una mala salud o si está fuera de su control; es decir, el criterio utilizado para definir una situación como injusta es el grado de libertad que se pone en juego<sup>9</sup>.

Todas estas cuestiones, tanto en su estudio diagnóstico, evaluación y, sobre todo, en sus programas de prevención alcanzan una importancia definitiva cuando se dirigen a los adolescentes, vigilando la evitación de inequidades según sectores de la población. Todos estos conceptos están recogidos en el Estudio HBSC-2010 editado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad<sup>10</sup>.

La dificultad de conseguir cambios de conductas y comportamientos en los conocidos “hábitos no saludables” (sedentarismo, tabaquismo u otras adicciones y alimentación desequilibrada) son objetivos claros y concretos de los programas de promoción de la salud y de las campañas sanitarias de prevención de enfermedades, que ponen de manifiesto la complejidad de modificar aspectos psicosociales establecidos en las personas y las circunstancias ambientales y socioeconómicas del entorno (condiciones de vida) que repercuten sobre el estilo de vida de la población.

Para finalizar dos ideas fundamentales para poder modificar culturas; lo cual no es nada fácil: **“No es cuestión de culpabilizar a los ciudadanos por sus hábitos insalubres sino convencerlos de que están condicionados socialmente y que son modificables.”** Y segunda, que **“las intervenciones que se propongan para modificar dichas costumbres tienen que ser accesibles para hacerlas viables”<sup>5</sup>.**

Está claro que no es información sólo lo que se necesita, porque se tiene sobradamente, sino voluntad política y compromiso social para aplicar las iniciativas que han demostrado su eficacia en la consecución de barrios y ciudades saludables.

## 2.- OBJETIVOS

Identificar problemas, necesidades, recursos y activos de la salud local en relación a los estilos y hábitos de vida de la población gaditana residentes en el barrio La Viña.

Conocer e interpretar los indicadores epidemiológicos y otros indicadores sobre los determinantes de la salud relativos a los estilos y hábitos de vida (sedentarismo, actividad

física, alimentación, sobrepeso, obesidad, sexualidad, adicciones, accidentabilidad) en el Barrio La Viña.

### **3.- METODOLOGÍA**

Para obtener información se han utilizado las siguientes fuentes:

- Fuentes de datos nacionales: INE, Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, estudios a nivel nacional (HBSC), informe SESPAS, IHAN, Encuesta Anticoncepción en España 2016, Encuesta Nacional Salud Sexual 2009.
- Fuentes de datos autonómicos: Consejería de Salud, Consejería de Turismo, Comercio y Deporte, estudios a nivel andaluz (HBSC y otros), Encuesta Andaluza de Salud 2011 y 2015, Encuesta Anticoncepción en Andalucía 2014.
- Fuentes de datos locales: Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda, del Centro de Salud El Olivillo y Memorias 2011-2015 de las Estadísticas de la Sección de Atestados de la Jefatura de Policía Local de Cádiz.

## 4.- RESULTADOS

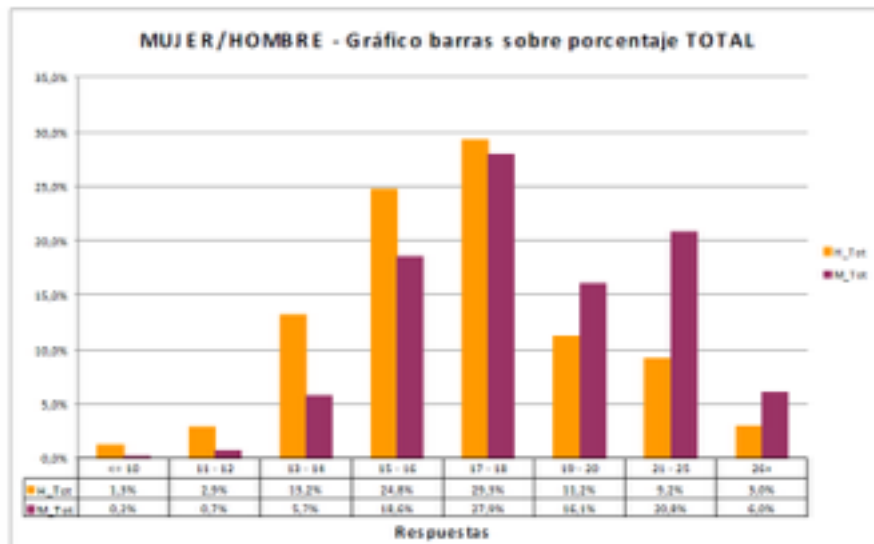
### 4.1.- Sexualidad

#### 4.1.1 Edad de comienzo de las relaciones sexuales.

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009:



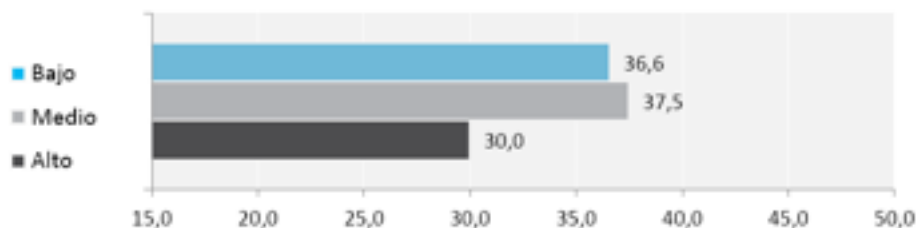
P11. ¿Qué edad tenía Ud. aproximadamente cuando tuvo esta primera relación sexual?



En general, los hombres inician sus relaciones sexuales más tempranamente que las mujeres. El 6,6 % de las encuestadas y el 17,4% de los encuestados manifestaron iniciar las relaciones sexuales antes de los 15 años. La edad media de inicio para los hombres es de 17/18 años, seguida de 15/16 y para las mujeres a los 17/18 años.

Según el estudio HBSC 2014, el porcentaje de adolescentes que manifiesta haber tenido relaciones sexuales coitales es mayor entre quienes pertenecen a familias con estatus **socioeconómico medio y bajo (37,5% y 36,6% respectivamente)** que entre los **adolescentes de familias con estatus socioeconómico alto (30,0%)**.

Figura 77. Porcentaje de adolescentes que dice haber mantenido relaciones sexuales coitales en función del estatus socioeconómico familiar.



#### 4.1.2 Uso de métodos anticonceptivos

Según la **Encuesta de Anticoncepción en España 2016**, el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, un 19% no hace uso de ningún método anticonceptivo.

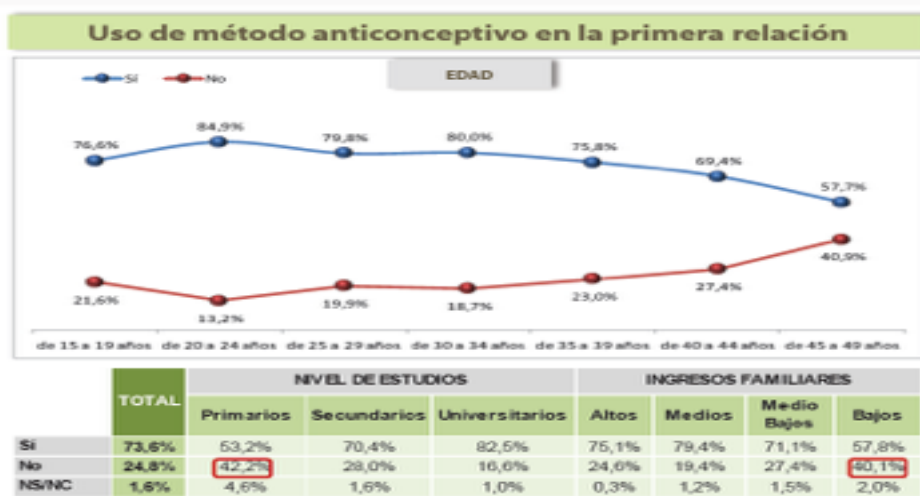


Según la **Encuesta de Anticoncepción en Andalucía 2014**, el 24,8% no usaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual.

#### Relaciones sexuales y uso de métodos anticonceptivos



#### Relaciones sexuales y uso de métodos anticonceptivos



Base: mujeres de 15 a 49 años que han tenido relaciones sexuales

Según estos datos se aprecia que el uso de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual se ha ido haciendo cada vez más frecuente. También vemos que mientras las mujeres de 45 a 49 años, el uso de método anticonceptivo en su primera relación se sitúa en el 57,7% de los casos, esta práctica se ha ido incrementando en las sucesivas generaciones.

Destacar el descenso que se registra entre las mujeres de 20 a 24 años (84,9%) y el grupo de las más jóvenes (76,6%).

El uso de método anticonceptivo en la primera relación, es menos habitual entre las mujeres con estudios primarios y nivel de ingresos bajo.

Según la EAS 2003-2011, el porcentaje de personas que no usan métodos anticonceptivos por provincias es el siguiente:

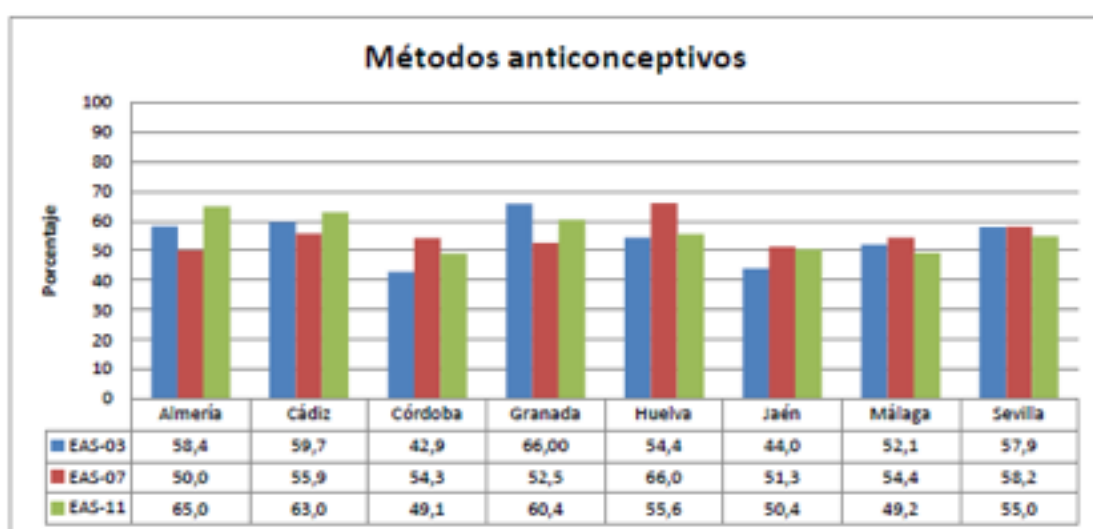


Gráfico 197. Porcentajes de personas que no usan ningún método anticonceptivo por provincias. Andalucía. Años 2003, 2007 y 2011.

Se observa que en la provincia de Cádiz ha aumentado el porcentaje de personas que no usan métodos anticonceptivos desde la EAS 2007 a la EAS 2011 (siendo 55,9% y 63,0% respectivamente). Siendo Cádiz en la EAS 2011 la segunda provincia con mayor porcentaje de persona que no usan métodos anticonceptivos.

#### 4.1.3 Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

Según el informe del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad “Interrupción voluntaria del embarazo 2015”, en la provincia de Cádiz, el 32,8% de las mujeres menores de 20 años que realizan un IVE no usaban métodos anticonceptivos.

IVE. En mujeres menores de 20 años, número según provincia de residencia y utilización de métodos anticonceptivos

2015	TOTAL NACIONAL	Utilización métodos anticonceptivos							
		TOTAL	Métodos naturales	Métodos barrera	Métodos mecánicos	Métodos hormonales	Otros métodos	No usaba	No utiliza
TOTAL IVE		10.812	358	3.337	45	881	48	2.872	3.267
ANDALUCÍA		2.859	261	910	21	200	0	1	693
Almería		178	2	56	3	6	0	0	109
Cádiz		384	30	138	1	35	0	0	100
Córdoba		155	6	92	4	13	0	0	40
Granada		282	1	74	8	7	0	1	111
Huelva		181	54	86	0	29	0	0	12
Jaén		119	3	56	4	5	0	0	51
Málaga		421	51	131	1	53	0	0	185
Sevilla		581	97	267	0	52	0	0	85

nes voluntarias  
ado en los dos

últimos años, concentrándose el mayor número de ellos en los embarazos de 12 semanas o menos.

IVE	2016	2015	2014	2013	2012	2011
Más de 12 semanas		1	0	0	0	2
Menos de 12 semanas	21	0	28	42	46	0
12 semanas		20	0	0	0	40
TOTAL	34	21	28	42	46	42

#### 4.1.4 Anticoncepción de urgencias:

Según datos aportados por el CENTRO DE SALUD EL OLIVILLO, desde 2013 parece haber habido un ligero descenso en la solicitud de anticoncepción de urgencia en este centro de salud, no habiéndose dado ningún caso entre 14 y 16 años en los dos últimos años.

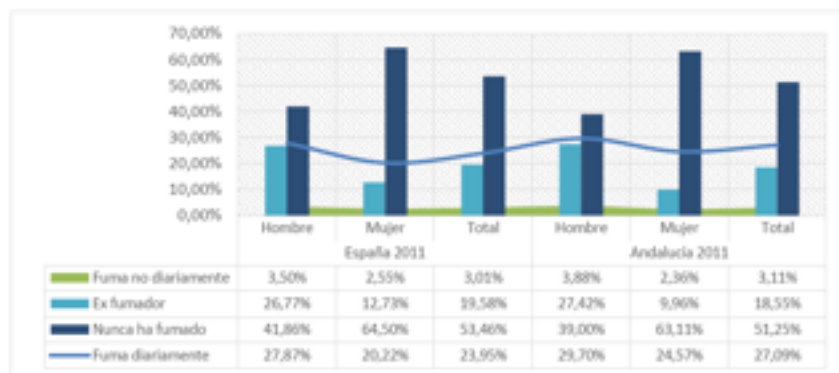
2016		2015		2014		2013		2012		2011	
14-16 años	0	14-16 años	0	14-16 años	2	14-16 años	5	14-16 años	0	14-16 años	1
17-19 años	2	17-19 años	3	17-19 años	5	17-19 años	4	17-19 años	4	17-19 años	1
20-24 años	1	20-24 años	2	20-24 años	1	20-24 años	5	20-24 años	4	20-24 años	2
25-29 años	6	25-29 años	2	25-29 años	5	25-29 años	5	25-29 años	5	25-29 años	0
30 y más	2	30 y más	3	30 y más	3	30 y más	2	30 y más	0	30 y más	0
TOTAL	11	TOTAL	10	TOTAL	15	TOTAL	21	TOTAL	13	TOTAL	4

## 4.2.- Adicciones

### 4.2.1 Consumo de tabaco:

En el caso de Andalucía los porcentajes de personas que nunca han fumado son inferiores a la media española. Si tenemos en cuenta a las personas que han dejado de fumar, el porcentaje en Andalucía es superior cuando se trata de hombres, pero inferior en las mujeres. Algo menos del 10% de andaluzas han dejado de fumar, frente al 27,42% de sus compañeros. Mientras las diferencias entre la media española y la prevalencia de fumadores en Andalucía es de algo menos de 2 puntos, en el caso de las mujeres duplica esta cifra, siendo superior a 4 la diferencia con su media correspondiente.

Andalucía es la segunda comunidad autónoma española con mayor prevalencia de tabaquismo. Lo más reseñable es que las mujeres andaluzas tienen la mayor prevalencia de España. En el caso de los hombres, es la cuarta comunidad española con más fumadores.



Según I  
en la pr  
el resto

no de tabaco  
paración con

Ilustración II "Comparación prevalencia de hombres y mujeres fumadoras en Andalucía y España"



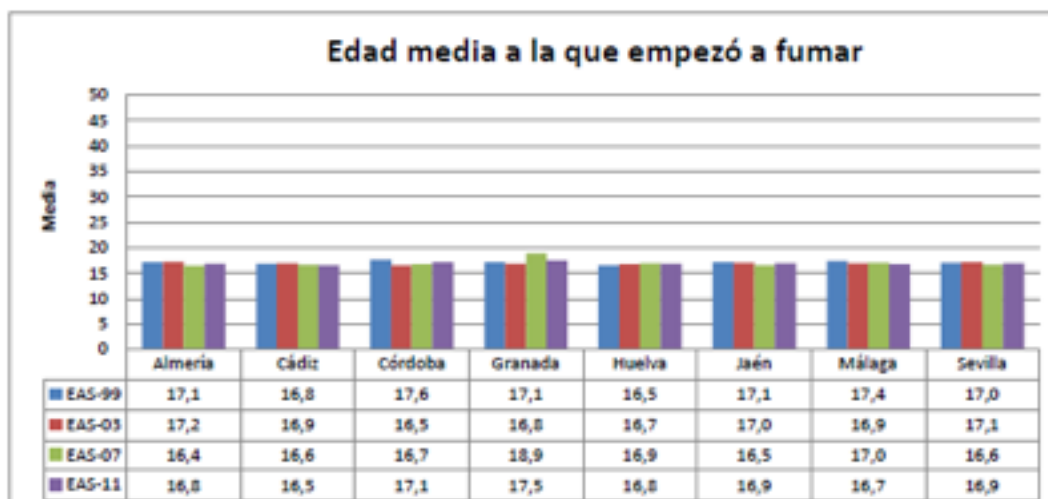
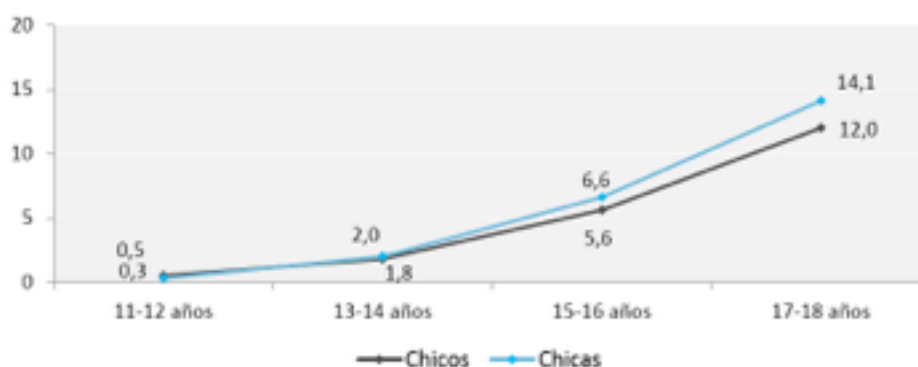


Gráfico 143. Edad media de inicio al consumo de tabaco por provincias. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007 y 2011.

Según el estudio HBSC 2014 en España, el porcentaje de adolescentes que manifiesta un consumo de tabaco diario se incrementa conforme aumenta la edad.

Figura 49. Porcentaje de chicos y chicas de todas las edades estudiadas que consume tabaco a diario.



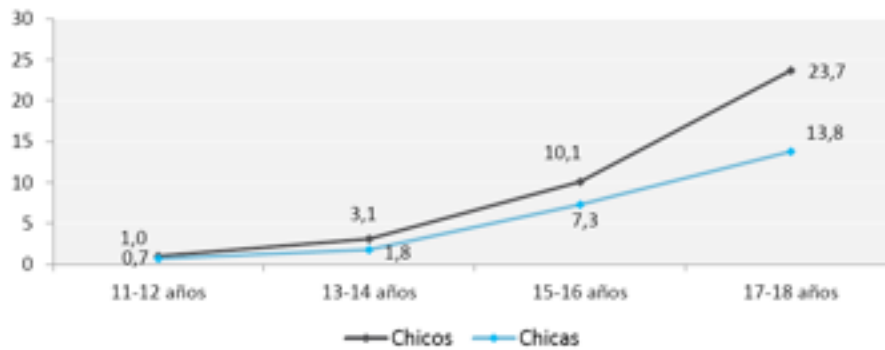
#### Embarazo y consumo de tabaco:

	2014	2015	1º SEMESTRE 2016
<b>Nº PUERPERAS</b>	92	90	55
<b>FUMADORAS</b>	14	9	15
<b>DEJAN FUMAR DURANTE EMBARAZO</b>	13	2	12
<b>SIGUEN FUMANDO TRAS PARTO</b>	1	7	3

#### 4.2.2 Consumo de alcohol:

Según el estudio HBSC 2014, el consumo de alcohol semanal se incrementa conforme aumenta la edad y las diferencias entre los sexos se acrecientan en los grupos de mayor edad, conforme aumenta el consumo de alcohol semanal. Así a los 17-18 años frente al 23,7% de los chicos que consume alcohol semanalmente aparece el 13,8% de las chicas que consume con esa misma frecuencia.

Figura 52. Porcentaje de chicos y chicas de todas las edades estudiadas que realiza un consumo semanal de alcohol.



#### 4.3.- Actividad, ejercicio físico y deporte

- Se extraen los siguientes datos obtenidos de la “Encuesta sobre hábitos deportivos de los andaluces” (2014):

El 45,8% de la población andaluza no ha practicado nunca deporte y/o actividad física, con tres puntos menos que en la encuesta realizada en 2007. Si se analiza el perfil de las personas que no practican deporte encontramos que se da **principalmente entre las mujeres, las personas con más de 45 años y aquellas con un nivel de estudios bajo o sin estudios, siendo también más frecuente entre las personas que no residen en capitales de provincia.**

Por provincias, **Cádiz es la que presenta la mayor tasa de población que nunca ha practicado deporte; superior al 50%.**

Entre la población andaluza mayor de 65 años, las principales actividades de tiempo libre son ver la televisión (53,6%), andar o pasear (35,0%) y estar con la familia (29,2%). Hacer deporte es señalado sólo por el 4,2% y no está entre las diez actividades de ocio más frecuentes.

En un estudio de la UCA publicado en la Revista Española de Salud Pública-1999, sobre adolescentes (14-18 años) la práctica de actividad deportiva y conductas alimentarias, se extraen como datos de interés que el **15,5% de esta población no realizar ejercicio físico y/o deporte** y el 45% posee malos hábitos alimentarios con conductas compensatorias o purgatorias.

De la “Evaluación y seguimiento de la Estrategia NAOS: conjunto mínimo de indicadores” (AECOSAN-2015), **la prevalencia de sedentarismo en el tiempo libre en menores se observa un incremento** del 15,35% en 2006 al 18,57% en 2012.

Asimismo el porcentaje es más elevado según el sexo: mujeres (24,03%) que en hombres (13,56%), siendo las **diferencias muy marcadas** en los grupos de **edad 11-15 años** (22,11% en chicas respecto a 7,86% en chicos) **y 16-17 años** donde las **chicas alcanzan el 44,90%** respecto a los chicos 14,68%.

Siendo todavía **más preocupante** el incremento experimentado por **la población infantil (2-5 años)** que alcanzan niveles elevados de sedentarismo tanto en **niños (25,93%)** como **niñas (31,58%)**

Sobre **la prevalencia de sedentarismo en el tiempo libre en adultos la tendencia en España es a descender**, ya que de 2006 presentaba un 39,70% que se

incrementó en 2011-12 (44,98%) pero en 2014 presenta un menor porcentaje (37,20%)

La mujer (42,0%) presenta porcentajes mayores de sedentarismo respecto al hombre (31,60%) y en todos los grupos de edad; siendo más elevados en mujeres mayores de 75 años (65,45%).

Del estudio HBSC-2014<sup>11</sup> de manera específica se extrae la información aportada sobre **los adolescentes españoles**; donde se observa que **dedican**, durante su tiempo libre, **más de dos horas diarias al uso de aparatos electrónicos** (como son ordenadores, *tablets* o *smartphones*) **para actividades diferentes a jugar, como son hacer los deberes, leer su correo electrónico, twittear, chatear, navegar por facebook o por cualquier otra página de Internet**. Esta actividad es mayor en las chicas en comparación con los chicos de los 13 a los 18 años, ya que al comienzo de la adolescencia su frecuencia es mayor en los adolescentes varones. Por otro lado, en ambos sexos esta actividad aumenta claramente con la edad.

De la Encuesta sobre “hábitos y actitudes de la población andaluza ante el deporte-2012” referente a Cádiz, de manera específica, es la provincia andaluza que presenta la frecuencia de paseo más alta, en la que se practica deporte con más frecuencia y por actividad deportiva, la gimnasia de mantenimiento, el step, el yoga, el pilates, etc. (33,72%). Se sitúan por delante del fútbol, fútbol 7 (20,35%) y ciclismo (16,86%). Teniendo en cuenta el género de los practicantes encontramos que, mientras los hombres prefieren deportes de equipo y competitivos, las mujeres presentan porcentajes más altos en la práctica de deportes individuales y no competitivos orientados a la mejora de la forma física y la salud. Cádiz es la provincia andaluza que presenta las tasas más altas en la práctica de ciclismo (16,86%) y de pádel (10,47%).

Bajo la perspectiva de desigualdad en salud se considera oportuno comentar que en la ciudad de Cádiz no disponemos de datos relativos a la práctica deportiva actualizados y menos tan específicos en el Barrio de La Viña. Solamente se oferta por la Delegación de Asuntos sociales y del Mayor un programa municipal de Actividad física (Tai-Chi) en verano en la playa de la Caleta; no se tiene censadas las actividades extraescolares, ni a las personas de grupos de atención especial (mayores, mujeres, discapacitadas y en exclusión social) que participen en actividades físicas dirigidas (aerobic, gimnasia mantenimiento, baile, etc.) ofertadas por el tejido asociativo deportivo y comunitario del Barrio.

Entre los problemas detectados en el Taller participativo “la salud en la Viña” se hizo referencia a que se percibe una falta de ejercicio físico y aumento del sedentarismo en la población afectando a todas las edades. En las personas adultas con trabajos sedentarios (ej.- manejo de PVD), en los mayores por las horas dedicadas al televisor y en los más jóvenes pues dedican mucho tiempo con el ordenador y al manejo de las nuevas tecnologías (móviles, tablets, videojuegos, etc.). También se hace mención a la falta de zonas deportivas y espacios públicos.

#### **4.4.- Peso Corporal (SOBREPESO Y OBESIDAD)**

De la OMS la estimación realizada en 2008 en relación a adultos españoles fue:

	Hombres	Mujeres
Sobrepeso	67,7	56,6
Obesidad	26,5	25,6

Estudio DORICA (2007) la prevalencia de OBESIDAD en España, diferenciando Adultos jóvenes de personas mayores y por sexo

Obesidad IMC > 30%	25 - 60	15,5 %	♂	13,2 %
			♀	<b>17,5 %</b>
	<b>&gt; 60 años</b>	35 %	♂	30,9 %
			♀	<b>39,8 %</b>

El estudio EKIND (1998 – 2000) sobre jóvenes españoles (2-24 años de edad) muestra la prevalencia de Obesidad y Sobrepeso según sexo.

Sobrepeso	12,4 %	♂	<b>14,4 %</b>
		♀	10,5 %
Obesidad	13,9 %	♂	<b>15,6 %</b>
		♀	12,0 %

El estudio Aladino, desarrollado en el año 2011 por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, revela que en los escolares entre 6 y 10 años de Andalucía un 24,1% presentan sobrepeso y un 22,5% obesidad.

#### 4.4.1.- Sobrepeso

De la “Evaluación y seguimiento de la Estrategia NAOS: conjunto mínimo de indicadores” (AECOSAN-2015), la prevalencia de sobrepeso en menores de 18 años presenta una tendencia a descender desde 2003 (21,57 %) a 2012 (18,26 %), solo incrementado en el **grupo 16-17 años (16,39 %) y más elevado en chicos (20,98 %)**. En el **Grupo de edad de 6 – 10 años** presenta el **porcentaje de sobrepeso (23,06 %) más elevado** en los 3 momentos (encuestas), con un descenso del 2003 (27,55 %) al 2006 (21,64 %) y un incremento en el 2012 (23,06 %), tanto en chicos (22,93 %) como chicas (23,19%).

La prevalencia del **sobrepeso** en los adultos (>18 años) es mayor en los **hombres (44,35 %)** que en las **mujeres (29,88 %)**.

Asimismo los Grupos de edad (65-74 y >75 años) son los que presentan mayor prevalencia en ambos sexos, superando el **52% en hombres de 65-74 años** y el **41% en las mujeres >75 años**.

#### 4.4.2.- Obesidad

Sobre la prevalencia de la obesidad en menores de 18 años existe una tendencia a **incrementarse, ya que ha aumentado** desde 2003 (13,68 %) a 2006 (14,42 %) y a **15,15 % en 2012**, siendo más prevalente entre **hombres jóvenes (16,65 %)** que **mujeres (13,5 %)**

Hay diferencias significativas entre la infancia y adolescencia. El Grupo de edad 2-5 años es el de mayor prevalencia (23,16%) seguido por el de 6-10 años (22,01%) aunque ha habido variaciones en la tendencia tanto en género como en grupos de edad desde 2003 a 2012.

- **Los niños** han pasado de tener mayor prevalencia en la edad de 2-5 años (25,27 %) en 2003 a la de **6-10 años (24,40 %) en 2012**, ya que el grupo de edad 2-5 años descendió a 21,82%.

- **Las niñas (♀)** han tenido una tendencia al incremento en el **Grupo de edad 6-10 años**: (17,07%) en 2003, (18,77%) en 2006 y **(19,36%) en 2012**, pero también se ha producido un incremento en **el grupo de 2-5 años (24,65%) en 2012** respecto a 2006 (23,34%)

La prevalencia de Obesidad en los adultos (>18 años) presenta un ligero aumento desde 2009 (16%) al 2014 (16,97%).

También hay diferencias entre grupos de edad y género. Siendo las personas mayores de 65-74 años (24,55%) los más prevalentes.

De la V Encuesta Andaluza de Salud Pública-2015 se extraen los siguientes resultados:

- El 56,1% de la población mayor de 16 años presenta problemas de **exceso de peso**.
- Los jóvenes de 16-24 años presentan un 24,3% de problemas de sobrepeso/obesidad.
- Las personas mayores de 64 años son las que presentan mayor porcentaje (76%).
- La población de menores de 16 años presenta el 51% en los chicos y el 60,3% en las chicas.
- Cádiz provincia presenta una tendencia en los últimos años a aumentar el porcentaje de personas con sobrepeso/obesidad.
- En la población de menores de 16 años, Cádiz es la provincia con mayor riesgo de **obesidad** y presenta el mayor porcentaje de obesidad de Andalucía (21,9%).
- Como indicador de desigualdad social en Andalucía existe una relación inversa evidente entre el nivel de estudios e ingresos de los padres y el porcentaje de problemas de **exceso de peso**.

Del Distrito Sanitario Bahía de Cádiz – La Janda se analizan los datos del índice de masa corporal (IMC) de los usuarios/as distintos/as disponibles en las historias clínicas en **el año 2014** para la población de 0 a 14 años. Se obtienen datos de 375.994 usuarios en total de los cuales el 51.32% correspondían a niños y el 48.68% a niñas.

En la siguiente tabla 1 se comparan los datos disponibles para el DS Bahía-La Janda con los datos del nivel provincial y regional.

Tabla 1

	Nº NIÑOS/AS 0-14 AÑOS	% NORMOPE SO	% DELGAD EZ	% EXCES O PESO	% SOBREPES O	% OBESIDA D	% OBESIDA D GRAVE
<b>DS BAHÍA -LA JANDA</b>	<b>23398</b>	<b>65.6</b>	<b>1.6</b>	<b>32.8</b>	<b>18.7</b>	<b>14.1</b>	<b>3.5</b>
<b>PROV CÁDIZ</b>	<b>52147</b>	<b>65.63</b>	<b>1.75</b>	<b>32.62</b>	<b>18.65</b>	<b>13.97</b>	<b>3.68</b>
<b>ANDALUCÍA</b>	<b>375994</b>	<b>65.75</b>	<b>1.90</b>	<b>32.36</b>	<b>18.44</b>	<b>13.92</b>	<b>3.63</b>

En la tabla siguiente (Tabla 2) se aporta la información relativa a los niños y niñas de **0 a 4** años por estar estos mejor representados en el estudio (el 58.55% del total de menores de esta edad tienen un IMC registrado en el año 2014).

	Nº NIÑOS/ AS 0-4 AÑOS	% NORMOPE SO	% DELGAD EZ	% EXCES O PESO	% SOBREPE SO	% OBESIDA D	% OBESIDA D GRAVE
DS BAHÍA -LA JANDA	15279	74.8	1,5	23.7	17.7	6	1.3
PROV CÁDIZ	33871	74.88	1.71	23.41	17.55	5.85	1.35
ANDALUC ÍA	239454	75.27	1.92	22.81	17.00	5.80	1.33

#### 4.5.- Alimentación

De la **Estrategia NAOS (ECOSAN-2015)** se extraen los siguientes indicadores y resultados globales para España:

Elevado porcentaje (98-99%) de **adultos** que **desayunan diariamente**.

En el porcentaje de **menores** que desayunan diariamente existía una diferencia significativa destacable en el grupo de edad de 16-17 años (88%-92%) y siendo más evidente en las mujeres (inferior al 90%), pero dicha tendencia se ha modificado favorablemente en la última encuesta 2011-12, aunque siguen siendo el grupo de edad con menores porcentajes.

Respecto al porcentaje de adultos que consumen **frutas o verduras a diario** existe una marcada diferencia entre sexos (en los hombres por debajo del 70% y en las mujeres en torno al 80%) El grupo de edad de 18-24 años es el que menos consume (50% y 54% respectivamente).

La tendencia observada en 2015 presenta un discreto descenso (69%♂ y 79%♀) respecto a los datos aportados en 2006 (71%♂ y 81%♀). Es preocupante la tendencia descendente que presenta el grupo de 25 a 34 años.

Al igual que en los desayunos, el grupo de edad de 16-17 años son los que tienen porcentajes más bajos respecto al consumo de **frutas o verduras** en los **menores** de edad, pero no se observan diferencias entre sexos.

El 42,20% de los menores de 1-4 años y el 36,76% de los de 5-14 años consumen **verduras a diario**. Un 2,43% de los de 1-4 años y un 4,16% de 5-14 años no las consumen nunca o casi nunca.

Según el estudio **HBSC 2014** el porcentaje de adolescentes que dicen **no consumir fruta nunca** es superior en los/as jóvenes de estatus socioeconómico bajo (5,6%) y medio (5,1%) que los de estatus socioeconómico alto (3,1%) siendo este un indicador de la desigualdad social.

De la misma manera, respecto al **consumo de frutas y verduras a diario**, los adolescentes de estatus socioeconómico alto dicen consumir más frutas (20%) y verduras (26%) que los de nivel medio (15% y 21%) y bajo (10%).

El **consumo de dulces, refrescos o bebidas azucaradas** es mayor en los jóvenes de estatus socioeconómico bajo y medio que en los de estatus alto.

La **Encuesta Andaluza de Salud de 2011** pone de manifiesto que la población infantil y juvenil presenta un consumo insuficiente de frutas; sólo la mitad **consumen fruta a diario** y sólo 1 de cada 4 comen **verduras** cada día.

En relación a los **estudios de los padres**, la población infantil cuyos padres tenían estudios universitarios consumió más frutas y verduras (63,8% y 41,4% respectivamente). Para la alimentación con lácteos y carne y pescado no existen apenas diferencias en relación a los estudios de los padres.

Según la **clase social** a la que pertenezcan los padres, se observa que cuanto más favorecida es la clase social más frecuente es el consumo de fruta (66,5%), verdura (36,5%) y carne o pescado (49,2%).

Se considera oportuno comentar que en La Viña el CEIP Santa Teresa participa en El Plan de “Consumo de frutas en las escuelas” de la Junta de Andalucía y ha recibido la visita del FRUTIBUS (Ruta de la fruta).

Entre los problemas detectados por los asistentes en el Taller participativo “La Salud en la Viña” del día 28/09/2016 se identificó el abuso de la comida rápida con grasas y azúcares en detrimento de la dieta mediterránea.

#### 4.6.- Lactancia Materna

Según información aportada por la **OMS** en 2016, aproximadamente un 36% de los lactantes de 0 a 6 meses se alimentan exclusivamente con leche materna durante el período 2007-2014.

Según datos de la **Encuesta Andaluza de Salud** años **1999-2011**, la **lactancia materna** en la provincia de Cádiz **ha disminuido considerablemente** en este período (**de 61,8% a 49,0%**), la lactancia combinada pecho/biberón también ha aumentado en ese período (11,6% a 16,2%) y el **uso exclusivo del biberón** también ha aumentado en la provincia (**23,5% a 34,8%**).

**Cádiz es la segunda provincia andaluza donde menos se da el pecho (49%)** y donde más se hace uso del biberón exclusivamente (34,8%) y la primera provincia donde se da mayor lactancia combinada (16,2%).

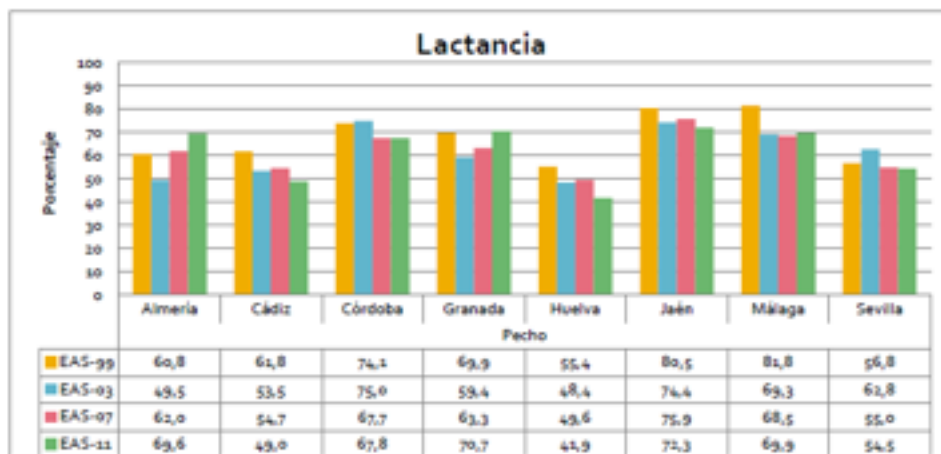


Gráfico 369. Porcentajes de tipo de lactancia durante las 6 primeras semanas de vida por provincias. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007 y 2011.

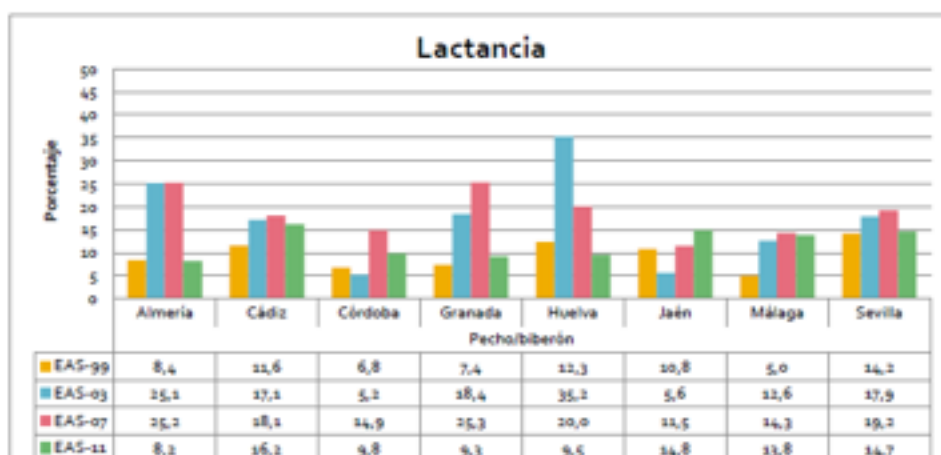


Gráfico 370. Porcentajes de tipo de lactancia durante las 6 primeras semanas de vida por provincias. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007 y 2011.

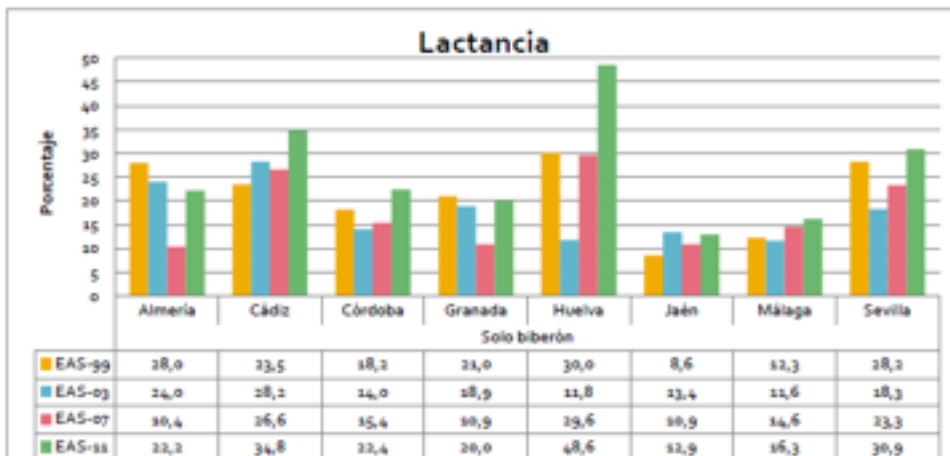


Gráfico 371. Porcentajes de tipo de lactancia durante las 8 primeras semanas de vida por provincias. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007 y 2011.

No se aprecian valores muy diferentes entre los bebés según los estudios y clase social de los progenitores.

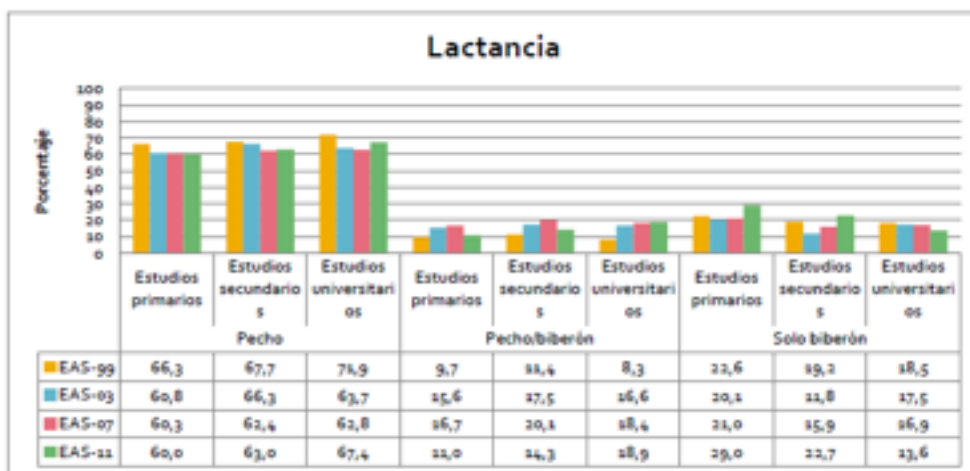


Gráfico 372. Porcentajes de tipo de lactancia durante las 8 primeras semanas de vida por nivel de estudios. Andalucía. Año 1999, 2003, 2007 y 2011.

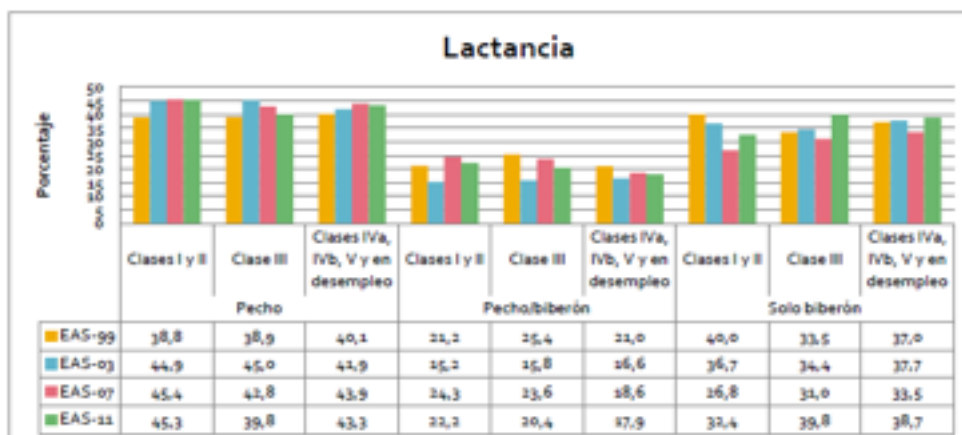


Gráfico 380. Porcentajes de tipo de lactancia desde la séptima semana hasta los 3 primeros meses de vida por clase social. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007 y 2011.

primer semestre 2016, se observa que en 2015 del total de niños/as nacidos se alimentan con lactancia materna un 71,79%, destacando que 33 (39,2%) del total de niños/as alimentados con



pecho lo hacen sólo durante el primer mes de vida. Destacar en 2015 y 2016 que a partir de los 5 meses de vida del niño/a hay un notable abandono de la lactancia materna.

2015: 117 NIÑOS		1º SEMESTRE 2016: 52 NIÑOS	
LACTANCIA MATERNA		LACTANCIA MATERNA	
1 MES	33	1 MES	7
2 MESES	4	2 MESES	9
3 MESES	1	3 MESES	0
4 MESES	25	4 MESES	10
5 MESES	2	5 MESES	3
6 MESES	5	6 MESES	2
7 MESES	1		
8 MESES	1		
9 MESES	7		
10 MESES	3		
11 MESES	0		
12 MESES	2		
LACTANCIA ARTIFICIAL	33	LACTANCIA ARTIFICIAL	21
LACTANCIA MATERNA	84	LACTANCIA MATERNA	31

#### 4.7.- Accidentabilidad y Seguridad Vial

- Se extraen los siguientes datos obtenidos del informe anual editado por la DGT en España
- Siniestralidad Vial 2013

De la tabla sobre fallecidos y heridos graves en ciclomotor y motocicletas en relación al uso de casco (2008-2013) el porcentaje es bajo (3% - 5%) en interurbanas y sobre el 9%-16% en urbanas.

En el 2012 la DGT realizó la última Campaña de observación del uso del casco y el cinturón de seguridad en las vías públicas españolas.

De 2005 a 2012 el uso del cinturón, se detectó que el 90,3% de los conductores lleva puesto el cinturón y su acompañante delantero también (91,3%).

En 2012 sobre el uso del casco se comprobó que en vías urbanas e interurbanas tanto conductor de ciclomotor como motocicleta llevaban el casco en un 98% o más, mientras que el pasajero de ciclomotor disminuía en las vías interurbanas a cifras algo preocupantes (88%).

En dicha Encuesta, sobre "uso del casco" en motocicletas y ciclomotores en vías urbanas por el conductor y/o pasajero y por tamaño de municipio del año 2010-12, se extrae de la Tabla 169 el cuadro referente al tamaño poblacional de Cádiz.

Municipios de 100.00 – 500.00 habitantes (Ej.-Cádiz)	2010		2011		2012	
	Conductor	Pasajero	Conductor	Pasajero	Conductor	Pasajero
Ciclomotor	98	89	98	94	98	93
Motocicleta	99	90	98	95	99	95

Del Distrito Sanitario Bahía – La Janda (Escuela Andaluza de Salud Pública) sobre Mortalidad en Accidentes de tráfico (x 10.000 habitantes) se dispone de la siguiente tabla en Cádiz, observándose un índice más elevado en los grupos de edad de mayores de 75 años.

AIMA	1-14 años	15-44 años	45-64 años	65-74 años	75-84 años	<85 años
Hombres	0 , 1 1 (+bajo)	1,346	0 , 7 ( 2 ° +bajo)	0,9 (+bajo)	1,3	2,45 (3° + alto)
Mujeres	0 , 0 7 2 (+bajo)	0,305 (alto)	0 , 1 7 ( + bajo)	0,4	0 , 3 3 ( + bajo)	0 , 1 7 ( + baja)

En la ciudad de Cádiz se dispone de los Informes anuales editados por la Sección de atestados de la Jefatura de Policía Local de Cádiz que ha facilitado los datos estadísticos de la tendencia desde 2007-2015, además de los datos anuales de las memorias del 2011 al 2015.

Se elabora el informe sobre tipología de accidentes de tráfico y todas las conductas delictivas en las que haya intervención directa de la Policía Local: accidentes con y sin heridos, siniestralidad por tramos horarios, clases de vehículos implicados, tipología de accidentes, tipología de vehículos implicados y vías con mayor incidencia de accidentes. También incluye los “Delitos contra la Seguridad Vial”, con la comparativa de 2008-2015 (incluye la conducción bajo la influencia de bebidas alcohólicas) y se observa un descenso global destacable (de 168 DCSV en 2008 a 47 en 2015).

Destacamos que en los accidentes con lesiones graves o fallecimiento estuvo implicado un ciclomotor o motocicleta con porcentajes superiores al 50% en los últimos 5 años (2011 con 69,42% a 2015 con un 62,95%).

Asimismo se dispone de los datos relativos a las conductas delictivas más frecuentes, donde las principales intervenciones son: la recuperación de vehículos sustraídos, seguida de la violencia de género, los robos, resistencia a la autoridad, contra la salud pública, etc.

Respecto al Barrio de La Viña, podemos deducir que las 3 vías municipales (que representan el 64,41%) con mayor incidencia de accidentes con lesionados entre los años 2010-15 no pertenecen a ese Distrito municipal.

No se ha detectados problemas ni se han percibido necesidades sobre Seguridad Vial y/o accidentabilidad en El taller participativo “La salud en la Viña” del día 28/09/2016.

## 5.- CONCLUSIONES

El aumento del desempleo en España ha sido una de las consecuencias más dramáticas de la crisis económica. Existen evidencias científicas que demuestran una clara relación entre el nivel educativo de los padres, el desempleo y el descenso de bienestar de la población con una repercusión desfavorable sobre los estilos y hábitos de vida (mayor sedentarismo, mala alimentación, afectación del sueño y consecuente descanso, incremento de las conductas antisociales y adicciones, etc.) causando un aumento en enfermedades crónicas no transmisibles, cuadros depresivos, malestares psicosomáticos e, incluso, las ratios de suicidio.

La metodología de intervención apropiada para conseguir cambios en los estilos de vida de las personas debe ser de tipo comunitario para que los mensajes de salud lleguen desde distintos agentes e implicar a la ciudadanía en la elección y puesta en marcha de las distintas estrategias de promoción de la salud.

Estas estrategias no deben centrarse solo en modificar los estilos de vida de los individuos ya que son más eficaces las medidas orientadas a mejorar las condiciones del entorno para hacer más fáciles las opciones saludables.

De los datos recogidos y revisados por el Grupo de trabajo sobre “Estilos y hábitos de vida” del Plan Local de Acción en Salud de Cádiz podemos concluir:

#### **1.- Sobre sexualidad:**

- Hay adolescentes que inician las relaciones sexuales a edades tempranas pudiendo estar en una situación de vulnerabilidad ante el riesgo de embarazo, de infecciones de transmisión sexual y de desarrollo afectivo-sexual no saludable.
- La población **adolescente** que pertenece a familias con estatus medio y bajo manifiesta haber tenido relaciones sexuales coitales en mayor porcentaje que las que pertenecen a familias de estatus alto.
- El uso de método anticonceptivo en la primera relación, es menos habitual entre las mujeres con estudios primarios y nivel de ingresos bajo.
- En la provincia de Cádiz ha aumentado el porcentaje de personas que no usan métodos anticonceptivos. Cádiz es la segunda provincia con mayor porcentaje de personas que no usan métodos anticonceptivos.
- En la población de La Viña atendida en el centro de salud El Olivillo ha disminuido la interrupción voluntaria del embarazo desde el año 2011 aunque se observa un repunte en el último año.
- Las intervenciones en educación afectivo-sexual deben continuar realizándose haciendo especial hincapié en las ZNTS (Zonas necesitadas de transformación social) y en los centros educativos ubicados en dichas zonas o que acojan a esta población.

#### **2.- Sobre adicciones (alcohol y tabaco):**

- Las mujeres andaluzas presentan la mayor prevalencia de España en tabaquismo, lo que hace pensar en la necesidad de una intervención más adaptada a la mujer y a sus necesidades y revisar si hay sesgos de género en las intervenciones para la prevención del tabaquismo.

- Existe una notable prevalencia del consumo de alcohol semanal en los chicos de 17-18 años por lo que se requiere la existencia de programas que aborden esta realidad social. Al tratarse de una droga social aceptada y valorada la dirección de la intervención debe apuntar a un cambio cultural y a una reflexión sobre la funcionalidad del alcohol en nuestra sociedad y al valor lúdico otorgado a esta sustancia.

### **3.- Sobre actividad física y deporte:**

En Andalucía, durante el año 2015, más de la mitad de la población de 16 o más años no realizó ningún tipo de práctica deportiva de forma regular o habitual. Más de la mitad de los gaditanos no practica deporte, lo que representa la tasa más alta de Andalucía.

El sedentarismo en el tiempo libre presenta valores preocupantes en menores. Aunque se va reduciendo las diferencias por género, el sedentarismo sigue siendo mayor en mujeres que en hombres y de manera más significativa entre las mujeres mayores de 75 años.

De la población andaluza que abandona la práctica deportiva el principal motivo es la salud (39,6%), pero luego existen diferencias de género; siendo para las mujeres por obligaciones familiares (21,3%) y para los hombres por cansancio (35%) y/o lesiones (27,5%).

De manera positiva se destaca que Cádiz es la provincia andaluza que presenta la mayor frecuencia de paseo, aunque esta actividad física no se considera como práctica deportiva.

### **4.- Sobre problemas de exceso de peso (sobrepeso/obesidad):**

Cádiz provincia presenta una tendencia en los últimos años a aumentar el porcentaje de personas con sobrepeso y obesidad.

En la población de menores de 16 años, Cádiz es la provincia con mayor riesgo de obesidad y presenta el mayor porcentaje de obesidad de Andalucía (21,9%).

Como indicador de desigualdad social existe una relación inversa evidente entre el nivel de estudios e ingresos de los padres y el porcentaje de problemas de exceso de peso.

El exceso de peso en la mujer embarazada constituye un especial riesgo para la salud de la madre y de la descendencia, por lo que su abordaje se debe considerar prioritario.

### **5.- Sobre alimentación:**

La tendencia general desde la infancia hasta la adolescencia es consumir cada vez menos fruta y verdura, mientras que el consumo de dulces y refrescos crece de forma significativa.

Sin disponer de un estudio específico en Cádiz, probablemente exista una tendencia actual más acusada de las familias desfavorecidas y de los más jóvenes a la alimentación rápida, económica y desequilibrada.

### **6.- Sobre lactancia materna:**

- Se incumplen las directrices de la OMS y UNICEF donde se recomienda que el inicio de la lactancia materna debe darse en la primera hora de vida, la lactancia debe ser exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida, y la introducción de alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados debe ser a partir de los seis meses, continuando la lactancia materna hasta los dos años o más.

- La lactancia materna ha disminuido en la provincia de Cádiz y ha habido un aumento en el uso del biberón.

- Cádiz es una de las dos provincias donde menos se da el pecho.
- Los niños/as atendidos en el Centro de Salud El Olivillo tienen un notable abandono de la lactancia materna en el primer mes y a partir del 5º mes. Se puede sospechar que la incorporación al mundo laboral de la madre provoca el abandono de la lactancia materna.
- En los centros de salud de la zona no está implantada la estrategia IHAN de Humanización del Nacimiento y la lactancia (UNICEF). Esta iniciativa podría plantearse como una línea de mejora.
- La baja tasa de lactancia materna y su tendencia descendente se consideran un problema de salud prioritario y por lo tanto es fundamental promover la lactancia materna.

#### **7.- Sobre siniestralidad/accidentabilidad y seguridad vial:**

De los datos extraídos se considera relevante la implicación de ciclomotores y motocicletas en los accidentes de tráfico en la ciudad de Cádiz y los índices más elevados de mortalidad en las personas mayores de 75 años.

Se considera oportuno destacar la labor educativa de la Policía Local y en concreto el programa preventivo de Seguridad Vial que es un referente provincial.

Asimismo no se ha encontrado variaciones destacables en la tendencia de los últimos años sobre los delitos y/o atestados registrados y su relación con las desigualdades sociales.

De manera general concluimos que hemos encontrado ciertas limitaciones documentales en la obtención de datos actualizados y específicos sobre estudios de indicadores epidemiológicos del estilo y hábitos de vida de la población gaditana, de la ciudad de Cádiz, y en concreto del barrio La Viña.

## 6.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### 6a.- Referencias de Introducción:

1. [www.who.int/whr/2004/chapter3/es/index8.html](http://www.who.int/whr/2004/chapter3/es/index8.html).
2. [www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf](http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf)
3. [www.who.int/world-health-day/2012/es/](http://www.who.int/world-health-day/2012/es/)
4. <https://www.msssi.gob.es/.../estudioHBSC/docs/HBSC2014/HBSC2014>
5. [www.msssi.gob.es/.../saludPublica/prevPromocion/Estrategia](http://www.msssi.gob.es/.../saludPublica/prevPromocion/Estrategia).
6. [www.juntadeandalucia.es](http://www.juntadeandalucia.es) › ... › Prevención y promoción de la salud
7. Antentas JM y Vivas E.: "Impacto de la crisis en el derecho a una alimentación sana y saludable. Informe SESPAS 2014". Gaceta Sanitaria, 2014; 28 (S1): 58-61.
8. Urbanos-Garrido R.: "La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. Informe SESPAS 2016". Gaceta Sanitaria, 2016; 30 (S1): 25-30.
9. Estudio HBSC en adolescentes españoles 2004-2010. Universidad de Sevilla. Tema 3. Desigualdades Sociales en Salud. Capítulo 3.1. Introducción.  
[grupo.us.es/estudiohbsc/images/pdf/formacion/tema3.pdf](http://grupo.us.es/estudiohbsc/images/pdf/formacion/tema3.pdf)
10. Las conductas relacionadas con la salud y el desarrollo de los adolescentes españoles. Resultados del estudio HBSC-2010 con chicos y chicas españoles de 11 a 18 años. Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Sanidad-2012.

### 6b.- Referencias de resultados:

- 1.- Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos año 2015. Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- 2.- Nacimientos y abortos en España 2010-14. INE, Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- 3.- Anticoncepción en Andalucía. Consejería de Salud. 2011
- 4.- Resultados del estudio HBSC 2014 España, "Los adolescentes españoles: estilos de vida, salud, ajuste psicológico y relaciones en sus contextos de desarrollo".
- 5.- Encuesta Anticoncepción de España.2016
- 6.- Encuesta Anticoncepción de Andalucía. 2014
- 7.- Encuesta Nacional Salud Sexual. 2009
- 8.- Encuesta Andaluza de Salud 2011
- 9.- IHAN España. Iniciativa para la Humanización del nacimiento y la lactancia. Datos 2014
- 10.- Datos asistenciales procedentes de los registros del Centro de Salud El Olivillo.
- 11.- OMS. "Alimentación del lactante y del niño". Nota descriptiva. Enero 2016.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es>
- 12.- Día Mundial sin tabaco 2015. Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y políticas sociales.

- 13.- Informe Técnico 916 - Consulta Mixta Expertos OMS/FAO “**Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades crónicas**” Ginebra.2003
- 14.- Ministerio de la Protección Social, Departamento Administrativo del Deporte, la Recreación, la Actividad Física y el Aprovechamiento del Tiempo Libre - COLDEPORTES. **Hábitos y Estilos de Vida Saludable. Tomo 2.**”Documento técnico con los contenidos de direccionamiento pedagógico para la promoción de hábitos de vida saludable, con énfasis en alimentación saludable y el fomento de ambientes 100% libres de humo de cigarrillo a través de la práctica regular de la actividad física cotidiana, dirigidos a los referentes de las entidades territoriales.” 2011.
- 15.- Observatorio del Deporte Andaluz (2012): Hábitos y actitudes de la población andaluza ante el deporte- 2012. Consejería de Turismo, Comercio y Deporte, Sevilla.
- 16.- Glosario de promoción de la salud de la Junta de Andalucía (1986)
- 17.- ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2003,2006, y 2012
- 18.- ENCUESTA EUROPEA DE SALUD en ESPAÑA (2009-2014)
- 19.- Evaluación y seguimiento de la estrategia NAOS: conjunto mínimo de indicadores. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2015.
- 20.- Anexo I de la Estrategia Nacional del Plan de Consumo de Frutas y Verduras para el curso escolar 2016/2017
- 21.- Plan Integral de Atención a la Accidentabilidad (2007-2012). Consejería de Salud. Sevilla 2007
- 22.- Atlas interactivo de mortalidad en Andalucía. Distrito sanitario Bahía de Cádiz – La Janda. 2016
- 23.- Moreno C, Ramos P, Rivera F et al. Los adolescentes españoles: estilos de vida, salud, ajuste psicológico y relaciones en sus contextos de desarrollo. Resultados del Estudio HBSC-2014 en España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016.
- 24.- “Sánchez- Cruz JJ, García Fernández LL, Mayoral Cortés JM. V Encuesta Andaluza de Salud 2015. Escuela Andaluza de Salud Pública (Consejería de Salud, Junta de Andalucía); 2016.”
- 25.- <http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/subseccion/indicadores.shtml>
- 26.- <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/web/vida-saludable>