

# DIAGNÓSTICO DE SALUD DE VITORIA-GASTEIZ

## VOLUMEN 1

### LA SALUD DE VITORIA-GASTEIZ EN CIFRAS

COLECCIÓN TEMAS MUNICIPALES





---

# DIAGNÓSTICO DE SALUD DE VITORIA-GASTEIZ

---

## VOLUMEN 1

### LA SALUD DE VITORIA-GASTEIZ EN CIFRAS

---

COLECCIÓN TEMAS MUNICIPALES

**Grupo de Investigación en Determinantes  
Sociales de la Salud y Cambio  
Demográfico.  
OPIK (UPV/EHU)**

Erika Valero  
Unai Martín  
Ainhoa Alustiza  
Tim Riffe  
Ane Armentia  
Andrea Cabezas

---

**Servicio de Salud Pública del  
Ayuntamiento de  
Vitoria-Gasteiz**

Ana Bazterrica  
Arantxa Sáez de Ibarra  
Blanca Naveros

**EDITA:**

Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz  
Octubre 2022

**TEXTOS:**

OPIK- UPV/EHU

**COORDINA:**

Servicio de Salud Pública

**TRADUCE:**

Saretik Hizkuntza Zerbitzuak SL

**MAQUETACIÓN:**

La Debacle S.L.

**IMPRIME:**

Hector Soluciones Gráficas

**D.L.:**

VI 802-2022

[www.vitoria-gasteiz.org](http://www.vitoria-gasteiz.org)

# Índice

<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>11</b>
1.1. Vitoria-Gasteiz en la actualidad y en perspectiva histórica .....	11
1.2. La salud, sus determinantes y el entorno urbano.....	13
1.3. Objetivos y metodología .....	16
1.3.1. Objetivos .....	16
1.3.2. Metodología.....	16
1.3.3. Establecimiento del marco teórico y de las dimensiones a analizar.....	17
1.3.4. Selección de indicadores y fuentes de datos .....	19
1.3.5. Edición de las bases de datos y cálculo de indicadores .....	19
<b>II. CONTEXTO DEMOGRÁFICO DE LA POBLACIÓN DE VITORIA-GASTEIZ</b>	<b>21</b>
2.1. La población de Vitoria-Gasteiz: tamaño y estructura.....	21
2.2. Evolución de los indicadores demográficos: natalidad, mortalidad y migraciones.....	29
<b>III. LA SALUD DE LA POBLACIÓN DE VITORIA-GASTEIZ</b>	<b>37</b>
3.1. Panorámica general de la salud de Vitoria-Gasteiz .....	38
3.2. Estado de salud .....	40
3.2.1. Estado de salud general .....	40
3.2.2. Estado de salud mental .....	56
3.2.3. Salud bucodental .....	60
3.2.4. Salud sexual y reproductiva.....	61
3.3. Esperanza de vida y causas de muerte .....	69
3.3.1. Esperanza de vida.....	69
3.3.2. Causas de muerte.....	78
3.4. Una visión global de la salud: la esperanza de vida en salud.....	84
<b>IV. LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN DE VITORIA-GASTEIZ</b>	<b>87</b>
4.1. Conductas y estilos de vida.....	88
4.1.1. Alimentación .....	89
4.1.2. Actividad física y sedentarismo .....	90

4.1.3. Obesidad.....	93
4.1.4. Consumo de tabaco y de alcohol .....	97
4.1.5. Sueño y descanso.....	100
4.2. Factores socio-comunitarios .....	102
4.3. Factores socio-económicos.....	109
4.3.1. Situación económica y condiciones materiales.....	110
4.3.2. (Des)Empleo y trabajo remunerado.....	119
4.3.3. Trabajo reproductivo o no remunerado.....	126
4.4. Entorno físico y ambiental.....	129
4.4.1. Condiciones ambientales.....	129
4.4.2. Movilidad.....	138
4.4.3. Acceso a infraestructuras relacionadas con la salud.....	141
4.4.4. Calidad de las viviendas .....	146
<b>V. CONCLUSIONES</b>	<b>149</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>151</b>

# Índice de figuras, mapas, tablas y gráficos

<b>Figura 1:</b> Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud de Dahlgren y Whitehead	13
<b>Figura 2:</b> Determinantes de las desigualdades en salud a nivel urbano	14
<hr/>	
<b>Mapa 1 y 2:</b> Prevalencia estandarizada de Diabetes Mellitus (DM) por barrios y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2019	45
<b>Mapa 3 y 4:</b> Prevalencia estandarizada de Hipertensión Arterial (HTA) por barrios y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2019	47
<b>Mapa 5 y 6:</b> Prevalencia estandarizada de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) por barrios y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2019	49
<b>Mapa 7 y 8:</b> Prevalencia estandarizada de Insuficiencia Cardíaca (IC) por barrios y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2019	51
<b>Mapa 9 y 10:</b> Prevalencia estandarizada de Hiperlipidemia (HL) por barrios y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2019	53
<b>Mapa 11 y 12:</b> Prevalencia estandarizada de Pluripatología por barrios y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2019	55
<b>Mapa 13 y 14:</b> Prevalencia estandarizada de ansiedad-depresión por barrios y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2019	59
<b>Mapa 15:</b> Esperanza de vida de los hombres por barrios de Vitoria-Gasteiz, 2014-19	76
<b>Mapa 16:</b> Esperanza de vida de las mujeres por barrios de Vitoria-Gasteiz, 2014-19	77
<b>Mapa 17:</b> Renta media familiar por barrios de Vitoria-Gasteiz, 2020	112
<b>Mapa 18:</b> Perceptores/as de RGI, por edad y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2021	115
<b>Mapa 19 y 20:</b> Hombres y mujeres perceptores/as de RGI, por barrios de Vitoria-Gasteiz, 2021	116
<b>Mapa 21 y 22:</b> Perceptores/as de RGI en Vitoria-Gasteiz, por barrios y grandes grupos de edad. 2021	117
<b>Mapa 23:</b> Tasa de desempleo por barrios de Vitoria-Gasteiz y capitales, 2020	124
<b>Mapa 24:</b> Mapa Estratégico del Ruido (día completo) de Vitoria Gasteiz, 2017	136
<b>Mapa 25:</b> Infraestructura Verde Urbana, Vitoria-Gasteiz	144
<hr/>	
<b>Tabla 1:</b> Dimensiones y subdimensiones analizadas	17
<b>Tabla 2:</b> Evolución del porcentaje de población por grupo de edad y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2001-2021	23
<b>Tabla 3:</b> Esperanza de vida al nacer en Vitoria-Gasteiz en 2017-19 y 2020 y diferencia, por sexo	74
<b>Tabla 4:</b> Esperanza de vida a los 65 años en Vitoria-Gasteiz en 2017-19 y 2020 y diferencia, por sexo	74
<hr/>	
<b>Gráfico 1:</b> Evolución de la población total de Vitoria-Gasteiz y tasa de crecimiento anual (%), 2001-2021	21
<b>Gráfico 2:</b> Tasa de crecimiento medio anual (%) durante el periodo de 2001-2021 y 2011-2021. Capitales y total de Euskadi	22
<b>Gráfico 3:</b> Pirámide de población de Vitoria-Gasteiz,2001-2021	23
<b>Gráfico 4:</b> Porcentaje de personas según grupo de edad por capitales y conjunto de Euskadi, 2021	24
<b>Gráfico 5:</b> Número de habitantes por barrios en Vitoria-Gasteiz, 2021	25
<b>Gráfico 6:</b> Pirámides de población en los barrios de Vitoria-Gasteiz con similar distribución a la del conjunto de la ciudad, 2021	26

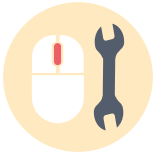
<b>Gráfico 7:</b> Pirámides de población en los barrios de Vitoria-Gasteiz con estructura por edad más envejecida que la del conjunto de la ciudad, 2021	27
<b>Gráfico 8:</b> Pirámides de población en los barrios de Vitoria-Gasteiz con estructura por edad más joven que la del conjunto de la ciudad, 2021	28
<b>Gráfico 9:</b> Evolución del número de nacimientos y defunciones. Vitoria-Gasteiz, 2001-2020	29
<b>Gráfico 10:</b> Tasa Bruta de Natalidad de las capitales y el total de Euskadi, 2019 y 2020	30
<b>Gráfico 11:</b> Tasa Bruta de Mortalidad de las capitales y el total de Euskadi, 2019 y 2020	30
<b>Gráfico 12:</b> Evolución del número de nacimientos y defunciones. Vitoria-Gasteiz, 2001-2020	32
<b>Gráfico 13:</b> Evolución del saldo migratorio, crecimiento natural y tasa de crecimiento. Vitoria-Gasteiz, 2001-2020	32
<b>Gráfico 14:</b> Tasa migratoria interna y externa (saldo por mil habitantes). Capitales y total de Euskadi, 2011-2020	33
<b>Gráfico 15:</b> Porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado y en el Extranjero. Capitales y total de Euskadi, 2001 y 2021	34
<b>Gráfico 16:</b> Población nacida fuera de la CAE y en el extranjero por barrios (%), 2020	35
<b>Gráfico 17:</b> Diferentes indicadores de salud. Vitoria-Gasteiz	39
<b>Gráfico 18:</b> Autovaloración de la salud por sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018	40
<b>Gráfico 19:</b> Buena salud percibida por sexo y posición socioeconómica, estandarizado por edad. Vitoria-Gasteiz, 2018	41
<b>Gráfico 20:</b> Ausencia de problemas crónicos por sexo y edad. Vitoria-Gasteiz, 2018	41
<b>Gráfico 21:</b> Ausencia de problemas crónicos por sexo y posición socioeconómica, estandarizado por edad. Vitoria-Gasteiz, 2018	42
<b>Gráfico 22:</b> Ausencia de limitación crónica de la actividad por sexo y edad. Vitoria-Gasteiz, 2018	43
<b>Gráfico 23:</b> Ausencia de limitación crónica de la actividad por sexo y características sociodemográficas, estandarizado por edad. Vitoria-Gasteiz, 2018	43
<b>Gráfico 24:</b> Prevalencia de síntomas de ansiedad y/o depresión e ideación suicida por sexo, estandarizadas por edad. Vitoria-Gasteiz, 2018	57
<b>Gráfico 25:</b> Síntomas de ansiedad y/o depresión por sexo y grupo de edad. Vitoria-Gasteiz, 2018	57
<b>Gráfico 26:</b> Síntomas de ansiedad y/o depresión por sexo y característica socioeconómica, estandarizado por edad. Vitoria-Gasteiz, 2018	58
<b>Gráfico 27:</b> Buena salud dental percibida por sexo y edad. Vitoria-Gasteiz, 2018	60
<b>Gráfico 28:</b> Buena salud dental percibida por sexo y característica socioeconómica, estandarizado por edad. Vitoria-Gasteiz, 2018	61
<b>Gráfico 29:</b> Proporción de nacimientos prematuros y de bajo peso por lugar de residencia. Capitales vascas, 2017-2019	62
<b>Gráfico 30:</b> Evolución de la proporción de nacimientos prematuros y de bajo peso. Vitoria-Gasteiz y conjunto de Euskadi, 2007-2019	62
<b>Gráfico 31:</b> Proporción de nacimientos prematuros y de bajo peso por nivel de instrucción y lugar de residencia. Capitales vascas, 2017-2019	63
<b>Gráfico 32:</b> Proporción de nacimientos de prematuros (<37 semanas) barrios. Vitoria-Gasteiz, 2014-2020	64
<b>Gráfico 33:</b> Proporción de nacimientos de bajo peso (<2.500 gr) barrios. Vitoria-Gasteiz, 2014-2020	65
<b>Gráfico 34:</b> Evolución de la tasa de Interrupción Voluntaria del Embarazo por cada 1.000 mujeres de 15-49 años. Capitales vascas y conjunto de Euskadi, 2011-2019	66
<b>Gráfico 35:</b> Tasa de Interrupción Voluntaria del Embarazo por grupos de edad. Evolución temporal en Vitoria-Gasteiz y capitales vascas y conjunto de Euskadi en 2017-19	67
<b>Gráfico 36:</b> Evolución de la tasa de Interrupción Voluntaria del Embarazo por grupos de edad. Vitoria-Gasteiz, 2011-13, 2014-16 y 2017-19	67



<b>Gráfico 37:</b> Tasa de Interrupción Voluntaria del Embarazo por lugar de nacimiento de las madres. Capitales vascas y conjunto de Euskadi, 2018-19	68
<b>Gráfico 38:</b> Evolución de la esperanza de vida al nacer. Vitoria-Gasteiz, 2010-2020	69
<b>Gráfico 39:</b> Evolución de la esperanza de vida a los 65 años. Vitoria-Gasteiz, 2010-2020	70
<b>Gráfico 40:</b> Esperanza de vida al nacer, en las capitales vascas, Euskadi y diferentes países europeos. 2020	71
<b>Gráfico 41:</b> Esperanza de vida a los 65 años en las capitales vascas, Euskadi y diferentes países europeos. 2020	71
<b>Gráfico 42:</b> Diferencia de la esperanza de vida al nacer y a los 65 años entre mujeres y hombres, en las capitales vascas, Euskadi y diferentes países europeos. 2020	72
<b>Gráfico 43:</b> Evolución de la diferencia esperanza de vida al nacer y a los 65 años entre mujeres y hombres, Vitoria-Gasteiz, 2010-2020	73
<b>Gráfico 44:</b> Evolución reciente de las defunciones y la Tasa Bruta de Mortalidad. Vitoria-Gasteiz, 2017-2020	74
<b>Gráfico 45:</b> Esperanza de vida de los hombres por barrios de Vitoria-Gasteiz, 2014-19	75
<b>Gráfico 46:</b> Esperanza de vida de las mujeres por barrios de Vitoria-Gasteiz, 2014-19	77
<b>Gráfico 47:</b> Evolución de la mortalidad según grandes causas por edad y sexo. 2010-2019	79
<b>Gráfico 48:</b> Contribución a la diferencia en la esperanza de vida entre Vitoria-Bilbao, Vitoria-Donostia y Vitoria-Euskadi, por grandes causas y sexo. 2015-2019	81
<b>Gráfico 49:</b> Contribución a la diferencia en la esperanza de vida entre Vitoria-Bilbao, Vitoria-Donostia y Vitoria-Euskadi, por grandes causas, edad y sexo. 2015-2019	83
<b>Gráfico 50:</b> Esperanza de vida (total barra) y esperanza de vida en buena y mala salud por sexo. Vitoria-Gasteiz, 2017-2019	85
<b>Gráfico 51:</b> Proporción de personas con hábitos saludables, por sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018	89
<b>Gráfico 52:</b> Proporción de personas según el consumo diario de frutas y verduras, por edad y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018	90
<b>Gráfico 53:</b> Proporción de personas según el consumo diario de frutas y verduras, por edad y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018	90
<b>Gráfico 54:</b> Proporción de personas activas, por edad y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018	91
<b>Gráfico 55:</b> Distribución de la población que realiza actividad física, en función del tipo, por sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018	92
<b>Gráfico 56:</b> Proporción de personas que realizan ejercicio físico, por clase ocupacional y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018	92
<b>Gráfico 57:</b> Proporción de personas con comportamiento sedentario, por edad y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018	93
<b>Gráfico 58:</b> Evolución del porcentaje de personas con obesidad (IMC >30) en varios países y áreas del mundo desde 1975	95
<b>Gráfico 59:</b> Porcentaje de personas según el peso establecido por el Índice de Masa Corporal, por sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018	95
<b>Gráfico 60:</b> Porcentaje de personas con obesidad, por edad y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018	96
<b>Gráfico 61:</b> Porcentaje de personas con obesidad, por clase ocupacional y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018	96
<b>Gráfico 62:</b> Evolución desde 2000 de la población que fuma	98
<b>Gráfico 63:</b> Relación de la población con el tabaco, por sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018	99
<b>Gráfico 64:</b> Consumo de tabaco habitual y consumo de alcohol de riesgo, por edad y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018	100
<b>Gráfico 65:</b> Prevalencia estandarizada de consumo habitual de tabaco y consumo de alcohol de riesgo, por clase ocupacional y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018	100

<b>Gráfico 66:</b> Porcentaje de personas con horas de sueño saludable, por edad y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018	101
<b>Gráfico 67:</b> Porcentaje de personas con horas de sueño saludable, por clase ocupacional y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018	102
<b>Gráfico 68:</b> Proporción de la población en función de diferentes indicadores de capital social. Vitoria-Gasteiz, 2018	104
<b>Gráfico 69:</b> Proporción de personas con capital social por clase ocupacional y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018	104
<b>Gráfico 70:</b> Proporción de personas con Apoyo afectivo-social, por tipo, sexo y clase ocupacional. Vitoria-Gasteiz, 2018	105
<b>Gráfico 71:</b> Proporción de personas con sentimiento de soledad por edad y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018	106
<b>Gráfico 72:</b> Proporción de personas con sentimiento de soledad por clase ocupacional y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018	106
<b>Gráfico 73:</b> Personas con preocupación por la delincuencia, por edad y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018	107
<b>Gráfico 74:</b> Personas con preocupación por la delincuencia, por clase ocupacional y sexo. Vitoria-Gasteiz 2018	107
<b>Gráfico 75:</b> Proporción de personas que participan en asociaciones, por edad y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018	108
<b>Gráfico 76:</b> Proporción de personas que participan en asociaciones, por clase ocupacional y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018	109
<b>Gráfico 77:</b> Renta media familiar por barrios de Vitoria-Gasteiz, y total de capitales, 2020	111
<b>Gráfico 78:</b> Dificultad para llegar a fin de mes, por sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018	113
<b>Gráfico 79:</b> Dificultad para llegar a fin de mes, por sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018	113
<b>Gráfico 80:</b> Perceptores de RGI, por edad y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2021	114
<b>Gráfico 81:</b> Número de viviendas que han conseguido el certificado de eficiencia energética	119
<b>Gráfico 82:</b> Tasa de desempleo por edad y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2020	121
<b>Gráfico 83:</b> Tasa de desempleo por nivel de instrucción y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2020	121
<b>Gráfico 84:</b> Evolución de la tasa de desempleo de larga duración por sexo. Vitoria-Gasteiz, 2007-2020	122
<b>Gráfico 85:</b> Tasa de desempleo por barrios de Vitoria-Gasteiz y capitales, 2020	123
<b>Gráfico 86:</b> Grado de satisfacción con el trabajo, por sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018	125
<b>Gráfico 87:</b> Personas satisfechas con su trabajo, por clase ocupacional y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018	125
<b>Gráfico 88:</b> Realización de tareas domésticas siempre o casi siempre por sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018	127
<b>Gráfico 89:</b> Realización de tareas domésticas nunca o casi nunca por sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018	127
<b>Gráfico 90:</b> Cuidado de personas dependientes y menores, por edad y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018	128
<b>Gráfico 91:</b> Cuidado de personas dependientes y menores, por clase ocupacional y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018	128
<b>Gráfico 92:</b> Porcentaje de personas que señalan problemas en torno a su vivienda. Vitoria-Gasteiz, 2018	130
<b>Gráfico 93:</b> Porcentaje de personas que señalan problemas en torno a su vivienda, por clase ocupacional. Vitoria-Gasteiz, 2018	130
<b>Gráfico 94:</b> Evolución de la concentración de partículas en suspensión ( $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ). Vitoria-Gasteiz, 2014-2019	132
<b>Gráfico 95:</b> Evolución del número de veces que diferentes partículas superan el valor objetivo. Vitoria-Gasteiz, 2014-2019	132

<b>Gráfico 96:</b> Emisiones de gases de efecto invernadero (t CO2e). Varios países europeos y Vitoria-Gasteiz, 2004-2019	133
<b>Gráfico 97:</b> Evolución de los resultados de los registros de la calidad del aire. Vitoria-Gasteiz, 2014-2018	134
<b>Gráfico 98:</b> Evolución de la población residente en calles expuestas durante las 24 horas a niveles de ruido exterior superiores a los deseables como objetivo de calidad	137
<b>Gráfico 99:</b> Evolución de la población residente en calles expuestas durante el período nocturno a niveles de ruido exterior superiores a los deseables como objetivo de calidad	137
<b>Gráfico 100:</b> Distribución de los desplazamientos internos en días laborables en Vitoria-Gasteiz, 2016	139
<b>Gráfico 101:</b> Evolución del reparto modal en el periodo 2002-2019, por número de viajes	139
<b>Gráfico 102:</b> Evolución de la red de Bidegorris (km/10.000 hab). Vitoria-Gasteiz, 2014-2019	140
<b>Gráfico 103:</b> Evolución de la superficie municipal dedicada a infraestructuras de transporte. Vitoria-Gasteiz, 2011-2017	140
<b>Gráfico 104:</b> Porcentaje de personas que afirma disponibilidad a diferentes factores. Vitoria-Gasteiz, 2018	142
<b>Gráfico 105:</b> Porcentaje de personas que afirma disponibilidad a diferentes factores por clase ocupacional y nivel de privación del barrio de residencia. Vitoria-Gasteiz, 2018	142
<b>Gráfico 106:</b> Porcentaje de personas que identifica la falta de zonas verdes un problema. Total y por posición socioeconómica. Vitoria-Gasteiz, 2018	144
<b>Gráfico 107:</b> Evolución de la superficie ocupada por zonas verdes y anillo verde (m2/hab). Vitoria-Gasteiz, 2014-2019	145
<b>Gráfico 108:</b> Viviendas con calefacción por barrios. Vitoria-Gasteiz, Donostia y Bilbao, 01/01/2021 (%)	147
<b>Gráfico 109:</b> Viviendas con ascensor por barrios. Vitoria-Gasteiz, Donostia y Bilbao, 01/01/2021 (%)	148



# I.

## INTRODUCCIÓN

### 1.1. VITORIA-GASTEIZ EN LA ACTUALIDAD Y EN PERSPECTIVA HISTÓRICA

Según los datos del Eustat, el municipio de Vitoria-Gasteiz, capital del territorio histórico de Araba, contaba en 2021 con una población total de 243 873 habitantes, repartidos/as en 31 barrios y una superficie de 27.630 Ha. La densidad de población aproximada es de 896 habitantes/Km2 con una superficie media por vivienda familiar de 85,5 m2 y de 2,4 residentes por cada una. El grupo de edad más numeroso se concentra en la franja de 40 a 50 años, siendo la población mayor de 65 años el 22% del total y la de menores de 18 el 17%.

En relación con la actividad económica, el sector agropesquero representa únicamente el 0,2% del total del Valor Añadido Bruto (VAB), de acuerdo a los últimos datos disponibles, mientras que el de servicios alcanza prácticamente el 69%, cifra similar a la del conjunto de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV). El sector industrial, por su parte, constituye casi el 23% del total del VAB y el de la construcción el 5% (año 2019).

Por otro lado, el PIB per cápita en el municipio es de 37 322 (año 2019) y la renta media familiar de algo más de 41 000€ (año 2020), aunque su distribución varía mucho en función del barrio de residencia. Por último, la tasa del paro fue del 10,5% en 2020, siendo algo mayor entre las mujeres que entre los hombres (11,8% frente al 9,2%) y entre los/as menores de 35 años, en ambos sexos.

#### **Vitoria-Gasteiz en perspectiva histórica**

A lo largo del siglo XIX, la población del territorio alavés crece de 70.000 a 98.000 habitantes, un tercio de los cuáles se concentra en la capital Vitoria-Gasteiz. En aquella época, el 60% de la población vivía de la actividad agroganadera, siguiendo por lo general, un modelo de explotación agraria familiar poco mecanizado (Departamento de Planificación Territorial, Vivienda y Transportes del Gobierno Vasco, s.f.).

Con los inicios del siglo XX, incrementa la producción agraria y va produciéndose una lenta industrialización en Vitoria, Araya o Maestu (Departamento de Planificación Territorial, Vivienda y Transportes del Gobierno Vasco, s.f.), aunque claramente más tardía y pausada que la experimentada en territorios como Bilbao y sus alrededores.

Tras el final de la guerra civil española, se produce un importante desarrollo urbano en la provincia de Araba, llegando a los 238 000 habitantes en 1975, debido en parte al *Baby*

*Boom* y a la inmigración. En 1997, la población del conjunto del territorio alcanza los 285 000 habitantes y, una década más tarde, la cifra ya ronda los 329 000 habitantes, 241 000 de los cuáles residen en la capital alavesa. En la zona rural, por el contrario, la población en esta época no supera los 60.000 habitantes, es decir, se mantiene en niveles similares a los de los dos siglos anteriores (Departamento de Planificación Territorial, Vivienda y Transportes del Gobierno Vasco, s.f.).

La expansión urbana de Vitoria-Gasteiz en la segunda mitad del siglo XIX, por encima de la del conjunto del territorio alavés, se produjo gracias a diversos acontecimientos históricos, entre los que podemos destacar la creación del trazado de ferrocarril Madrid-Irún y la inauguración del Banco de Vitoria (1864), así como por el desarrollo industrial que experimenta Bizkaia desde finales de siglo, y en menor medida Gipuzkoa, que contribuyen a dinamizar la vida comercial e industrial de la capital alavesa. Con todo, el verdadero desarrollo industrial de la capital no se da hasta bien entrado el siglo XX. Si a principios de siglo ya surgen las primeras industrias modernas, no es hasta mediados de la década de los 50 cuando se produce un cambio radical, con la instalación de más de 1700 empresas entre 1956 y 1975. La mayoría son pequeños talleres mecanizados de tipo familiar que coexisten en torno a las primeras multinacionales, como Mercedes Benz (1954) o Michelin (1966) (Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, s.f.). Así, se van desarrollando en torno al municipio varios polígonos industriales sobre suelos de tipo agrario. En concreto, el suelo industrial pasa de constituir del 28% al 46% del espacio total urbano de la ciudad. Con este impulso Vitoria-Gasteiz triplica su población entre 1950 y 1975 y surgen nuevos barrios como Adurtza, Zaramaga, Txagorritxu y San Cristobal para acoger a ese elevado volumen de personas (CEA, 2020).

Junto con el crecimiento del suelo residencial, se crean en el municipio numerosas infraestructuras y equipamientos deportivos, así como el aeropuerto de Foronda cuya construcción se inicia en 1976 o el parque tecnológico de Álava en 1992, situado a 10km al norte de la ciudad. Con todo, este crecimiento derivó en el agravamiento o irrupción de nuevos problemas urbanísticos, ambientales o sociales (por ejemplo, el crecimiento urbano supuso un aumento de las distancias que favoreció un incremento de los desplazamientos a través de medios de transporte privados) que llevaron al consistorio a aprobar la Agenda 21 en 1998. Esta hoja de ruta se materializó en la puesta en marcha de diferentes medidas políticas para garantizar la sostenibilidad del municipio, como la prohibición del paso del automóvil privado por algunas calles céntricas durante los fines de semana, la peatonalización del casco medieval y de calles aledañas o la instauración de la OTA, como mecanismo de desincentivación del uso del coche en el centro urbano. Asimismo, la creación de carriles bici que se inicia en 1992, se intensifica con la aprobación de la Agenda 21 mientras que se pone en marcha un servicio de préstamo de bicicletas, pionero en el Estado (CEA, 2020).

Por otro lado, y en un intento por regenerar la periferia degradada de la ciudad, se decide crear una red de espacios verdes periurbanos, conocida como el Anillo Verde de Vitoria-Gasteiz. Además de acabar con algunas de estas zonas degradadas de la periferia, el proyecto del Anillo Verde satisfacía otros objetivos como responder a la demanda de la ciudadanía de espacios de ocio y recreo al aire libre, conservar la biodiversidad existente en la periferia aprovechando el potencial de estos espacios naturales, y contener el crecimiento urbano del municipio en unos límites tolerables. Dos de los criterios que guiaron el proyecto fueron la necesidad de potenciar la conectividad entre espacios naturales periurbanos y las zonas verdes de la ciudad y la de restaurar y acondicionar los recursos naturales ya existentes, como los humedales de Salburua o el bosque de Armentia (CEA, 2020).

Todo este recorrido, en especial los esfuerzos por promover una movilidad sostenible y unos espacios verdes y naturales, hace que, en 2012, la Comisión Europea conceda a Vitoria-Gasteiz el galardón de European Green Capital, mientras que, en 2019, la organización Global Forum on Human Settlements, promovida por la ONU, le otorga el título de Global Green City, en reconocimiento a los esfuerzos realizados en línea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

## 1.2. LA SALUD, SUS DETERMINANTES Y EL ENTORNO URBANO

El desarrollo de la medicina y el acceso a sistemas sanitarios de calidad son sin duda importantes para el mantenimiento y la restauración de estados óptimos de salud, pero son sobre todo las condiciones de vida y de trabajo, así como las características del entorno, las que determinan en gran medida la salud y el bienestar de las personas y poblaciones. Uno de los modelos que representa la influencia de estos aspectos de carácter social en la salud, llamados también Determinantes Sociales de la Salud, y que ha sido ampliamente utilizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha sido el elaborado por Dahlgren y Whitehead en 1993 (Whitehead & Dahlgren, 2007). Esta representación contempla distintas dimensiones que afectan a la salud del individuo y el grupo y van desde las condiciones socio-económicas, culturales y ambientales hasta los estilos de vida del sujeto y sus factores constitucionales, pasando por las condiciones de trabajo, las de la vivienda, etc. Además de superar aquella visión que reduce la salud únicamente a ausencia de enfermedad, es importante plantear una perspectiva más positiva de lo que genera salud, de manera que no solo se contemplen las necesidades, problemas o riesgos existentes para la salud, sino que se incluyan también todos aquellos recursos, potencialidades y oportunidades presentes en los individuos y grupos para ganar en salud.

**FIGURA 1:** *Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud de Dahlgren y Whitehead*



FUENTE: Dahlgren y Whitehead, 2007

En cualquier caso, los Determinantes Sociales de la Salud no se distribuyen equitativamente entre las poblaciones, produciendo oportunidades desiguales de gozar de un mejor o peor estado de salud. La evidencia disponible es contundente al identificar estas desigualdades en salud determinadas por la posición socioeconómica, el género, el origen o las condiciones de vida, entre otros. Se trata de las llamadas inequidades en salud o desigualdades sociales en salud, definidas como diferencias en salud que son sistemáticas, injustas y evitables (Benach, 1997).

El entorno urbano tiene un papel fundamental en el desarrollo del bienestar y la salud de las poblaciones que lo habitan. Además, cada vez son más los grupos humanos instalados en espacios urbanos en detrimento de las zonas rurales, lo que convierte a las ciudades en entornos con un protagonismo fundamental en la posibilidad de unas condiciones de vida y de salud más o menos positivas. Disponemos también de un modelo de los determinantes sociales de la salud a nivel urbano que engloba cuatro dimensiones, que serían la gobernanza en salud, el contexto físico, el contexto socio-económico y las características de los entornos (Borrell et al., 2013)

**FIGURA 2:** *Determinantes de las desigualdades en salud a nivel urbano*



FUENTE: Borrell et al., 2013



A partir de aquí, se han definido como ciudades saludables aquellas que crean y mejoran constantemente sus entornos físicos y sociales y amplían aquellos activos o recursos de la comunidad que promueven la salud o permiten el apoyo mutuo de las personas para realizar todas las funciones vitales y conseguir el desarrollo máximo de sus potencialidades (Fleming & Jacobsen, 1998). Desde esta perspectiva, los gobiernos municipales, a través de la toma de decisiones y la aplicación de políticas que inciden sobre los determinantes sociales de la salud a nivel local, desempeñan un papel clave en la mejora de la salud y en la reducción de las inequidades en salud, pudiendo promover oportunidades de desarrollo vital, salud y bienestar (Mortuerel et al., 2022).

En concordancia con las líneas de trabajo de la red europea de las *Healthy Cities*, Vitoria-Gasteiz puso en marcha el I Plan de Salud en el año 2009 y el II Plan de Salud en 2013 donde ya se tuvieron en cuenta los determinantes sociales y las desigualdades en salud. Actualmente, y con el objetivo seguir promoviendo la salud y el bienestar de la población, el Área de Salud del Ayuntamiento ha planteado la necesidad de elaborar el III Plan de Salud del municipio, para lo cual ha estimado imprescindible el desarrollo de un diagnóstico de salud urbano de la ciudad.

Los diagnósticos de salud constituyen una de las herramientas de investigación en salud pública más útiles para visibilizar en un determinado contexto aquellas situaciones necesarias de ser intervenidas o transformadas (WHO, 2002). Se trata de procesos que permiten examinar el estado de salud de la comunidad y de sus determinantes, así como identificar las necesidades de la comunidad y los recursos de los que dispone (Irani et al., 2006). Para ello, estos deben ser concebidos desde una aproximación sistémica que integre abordajes metodológicos cuantitativos y cualitativos, e incluya procesos participativos que permitan capturar diferentes perspectivas y conocimientos del contexto local (Colell et al., 2018). La realización de diagnósticos de salud basados en un modelo social de la salud que contemplen metodologías mixtas es de gran utilidad, dado que los resultados provenientes de diferentes fuentes de información y formas de recogida de datos otorgan una mayor validez a las conclusiones obtenidas y permiten dirigir mejor las intervenciones políticas destinadas a satisfacer las necesidades, solucionar los problemas y potenciar los recursos en salud identificados.

Así, el presente informe constituye la primera parte del Diagnóstico de Salud de Vitoria-Gasteiz, elaborado a partir del análisis de multitud de datos provenientes de diversas fuentes de información (Encuesta de Salud de Euskadi – ESCAV-18 -, Departamento de Salud del Gobierno Vasco, Osakidetza, Eustat, etc.) que dan cuenta del estado de salud de la población de Vitoria-Gasteiz, entendida de una forma amplia, así como de los Determinantes Sociales de la Salud que lo condicionan. Además, muchos de los datos no solo han sido analizados para el conjunto de la capital, sino que han sido desagregados a nivel de barrio, para poder comparar la situación de estos ámbitos territoriales. De igual forma, se han extraído datos del conjunto de Euskadi y de las otras dos capitales vascas a fin de comparar la situación de Vitoria-Gasteiz con respecto a la del conjunto de la Comunidad y de las otras dos capitales de los territorios históricos. Por otra parte, y tratando de ser coherentes con la perspectiva social de la salud, la inmensa mayoría de la información ha sido desagregada por sexo y edad, en un intento por considerar uno de los ejes transversales de la salud más importantes – el género – y, en menor medida, por otros ejes de desigualdad esenciales como el nivel de estudios o la clase ocupacional.

En concreto, este volumen se divide en tres grandes capítulos, además de la introducción y las conclusiones finales, que analizan diferentes aspectos relacionados con la demografía, la salud y los determinantes de la salud del municipio. En particular, el segundo capítulo aborda

el contexto y evolución sociodemográfica del municipio, considerando tanto el tamaño y estructura por edades de la población, como diversos indicadores demográficos de natalidad, mortalidad y flujos migratorios. En el tercer apartado se analizan diversos indicadores de salud que, además, responden a diferentes perspectivas o formas de entender la salud, y van desde la visión más biomédica a una de tipo más subjetivo, tal y como se explicará en el propio apartado. Por último, el cuarto apartado presenta un análisis de varios determinantes sociales de la salud que engloban varios indicadores sobre los estilos de vida adoptados por la ciudadanía, aspectos relacionados con el espacio urbano, la vivienda y la disponibilidad de diferentes recursos o infraestructuras, características sobre las relaciones sociales y comunitarias y cuestiones de tipo socioeconómico que contemplan tanto las condiciones económicas de los/as ciudadanos, como indicadores de trabajo remunerado y reproductivo.

Por otro lado, se ha llevado a cabo un diagnóstico basado en un abordaje metodológico cualitativo – disponible en otro informe – a través de un proceso participativo para conocer la percepción de las necesidades y activos de salud de la ciudad y de sus barrios, identificados por diversos grupos y agentes sociales: profesionales sociosanitarios/as que trabajan en los barrios, ciudadanía, asociaciones vecinales y del tercer sector, etc. En efecto, este tipo de dinámicas permiten capturar problemas, necesidades, recursos y oportunidades en salud que son difícilmente identificables mediante aproximaciones metodológicas cuantitativas y que, sin embargo, son de gran relevancia para la comunidad. Además, estos procesos pueden proporcionar espacios de diálogo, debate y consenso, fomentando oportunidades para identificar retos colectivos relacionados con los determinantes de la salud y las desigualdades sociales, así como para proponer abordajes para resolverlos.

En definitiva, tanto los resultados del diagnóstico cuantitativo presentados en este informe, como los del proceso cualitativo disponibles en un segundo volumen, deben configurar el punto de partida para el diseño de las estrategias y medidas que incluirá el III Plan de Vitoria-Gasteiz, encaminado a seguir trabajando en la mejora de la salud y el bienestar de sus residentes y la reducción de las desigualdades sociales en salud.

## 1.3. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

### 1.3.1. Objetivos

Este trabajo tiene como objetivo general describir el estado de salud de la población residente en Vitoria-Gasteiz y de los determinantes de la salud más relevantes. Para ello, se han tenido en cuenta los diferentes objetivos secundarios:

- Describir 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 barrios dentro de la ciudad.

### 1.3.2. Metodología

En este trabajo se llevó a cabo un diagnóstico cuantitativo basado en datos secundarios, provenientes de diferentes instituciones y de fuentes de información diferentes. El diagnóstico se llevó a cabo en diferentes fases.

### 1.3.3. Establecimiento del marco teórico y de las dimensiones a analizar

En una primera fase, y de cara a establecer las diferentes dimensiones de estado de salud y determinantes de la salud que debía contener el diagnóstico de salud se realizó una revisión de los diferentes marcos teóricos en torno a la salud y sus determinantes. Se utilizaron tanto marcos específicos para entender la salud como el de los Determinantes de las Desigualdades Sociales en Salud de la CRDSS (figura 1.2) y, el de los Determinantes de las Desigualdades en Salud a Nivel Urbano de Borrell et al. 2013 (figura 1.3), como otros marcos generales, como el relativo a los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU. Estos marcos fueron adaptados a la realidad de Vitoria-Gasteiz, y en base también a la evidencia en torno a los determinantes de la salud en el entorno urbano, se establecieron seis dimensiones para las que se especificaron varias subdimensiones e indicadores relacionados, tal y como se muestra en la tabla 1.

**TABLA 1:** *Dimensiones y subdimensiones analizadas*

DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	Indicadores
<b>Estructura demográfica</b>	Tamaño y estructura de la población	Tamaño de la población
		Estructura por sexo y edad
	Indicadores sociodemográficos	Natalidad
		Mortalidad
		Saldo migratorio
	Lugar de origen	
<b>Estado de salud</b>	Estado general de salud	Autovaloración de la salud
		Problemas crónicos
		Limitación crónica de la actividad
	Salud mental	Sintomatología ansioso-depresiva
	Salud dental	Autovaloración de la salud bucodental
	Salud sexual y reproductiva	Nacimientos prematuros
		Nacimientos de bajo peso
		Interrupciones voluntarias del embarazo
	Esperanza de vida y causas de mortalidad	Esperanza de vida al nacer y a los 65 años
		Causas de mortalidad
		Esperanza de vida en buena salud
<b>Conductas relacionadas con la salud</b>		Alimentación
		Actividad física y sedentarismo
		Obesidad
		Consumo de tabaco y alcohol
		Sueño saludable

DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	Indicadores
<b>Entorno físico</b>	Condiciones ambientales	Contaminación del aire
		Contaminación acústica
	Movilidad	Desplazamientos en diferentes medios de transporte
		Red de <i>bidegorris</i>
	Acceso a infraestructuras	Disponibilidad a establecimientos e infraestructuras relacionados con la salud
		Disponibilidad de zonas verdes
	Calidad de la vivienda	Viviendas con calefacción
		Viviendas con ascensor
<b>Entorno socio-comunitario</b>		Capital social
		Apoyo social
		Soledad
		Preocupación por la delincuencia
		Participación social
<b>Condiciones socioeconómicas</b>	Condiciones socio-económicas	Renta familiar
		Dificultad para llegar a fin de mes
		RGI
	Trabajo remunerado	Desempleo
		Satisfacción laboral
	Trabajo doméstico y de cuidados	Reparto del trabajo doméstico
		Cuidado a menores y dependientes

### 1.3.4. Selección de indicadores y fuentes de datos

En una segunda fase, en base a una búsqueda de bases de datos secundarias con datos representativos para Vitoria-Gasteiz y sus barrios. En esta búsqueda se identificaron las siguientes bases de datos, y dentro de ellas se seleccionaron los indicadores más adecuados para caracterizar las dimensiones anteriormente descritas. Cuando no fue posible conseguir alguno de los indicadores identificados, se intentó contar 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, realizada 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 Osakidetza.
- Padrón Municipal, a partir de los datos del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz
- 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, llevada a cabo por el Instituto Vasco de Estadística - Eustat.
- Udalmap, llevada a cabo por el Instituto Vasco de Estadística - Eustat.
- Informes municipales elaborados por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz

### 1.3.5. Edición de las bases de datos y cálculo de indicadores

Posteriormente y en una tercera fase se calcularon los indicadores seleccionados. Se utilizó diferentes metodologías para el cálculo de cara a adaptarse a la heterogeneidad de fuentes de datos utilizadas.

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 realizando cálculos posteriores en algunos casos.

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 para Vitoria-Gasteiz por lo que los datos tienen que ser interpretados con cautela sobre todo a la hora de establecer comparaciones o diferencias con otras poblaciones o entre grupos sociales.

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 del total de la ciudad como población estándar.



## II.

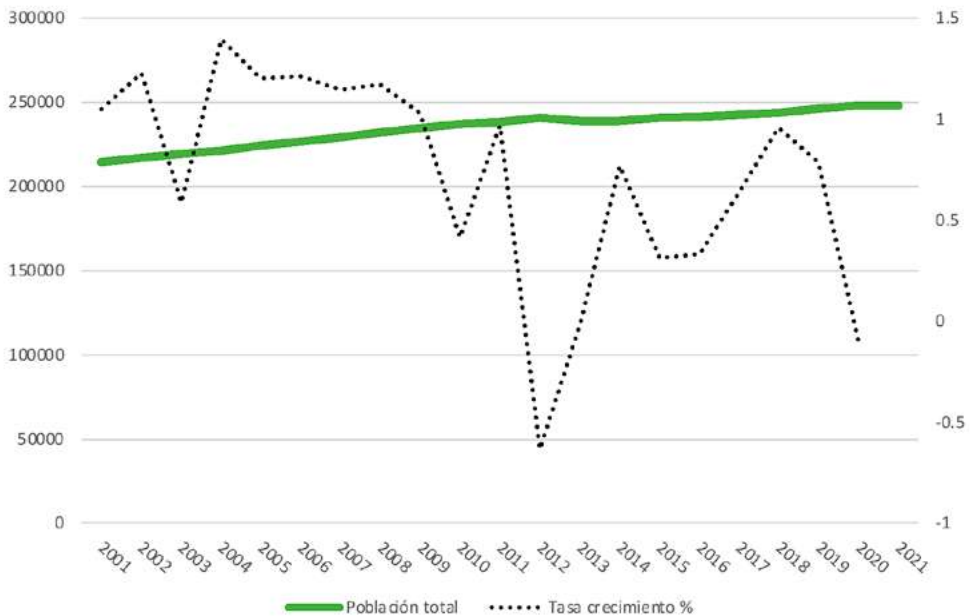
# CONTEXTO DEMOGRÁFICO DE LA POBLACIÓN DE VITORIA-GASTEIZ

### 2.1. LA POBLACIÓN DE VITORIA-GASTEIZ: TAMAÑO Y ESTRUCTURA

En 2021 Vitoria-Gasteiz contaba con una población de **247.833 personas**, de las cuales algo más de la mitad, el 51,5% eran mujeres. En las últimas dos décadas, la población de Vitoria-Gasteiz ha ido aumentando ligeramente y de manera constante. Así, en 2021 la ciudad contaba con 33.157 personas más que en 2001, es decir, un 14,3%, lo que supone un crecimiento medio anual del 0,7%.

El crecimiento fue mayor en los primeros diez años del milenio, y posteriormente, entre 2012 y 2021, dicho crecimiento se vio ralentizado.

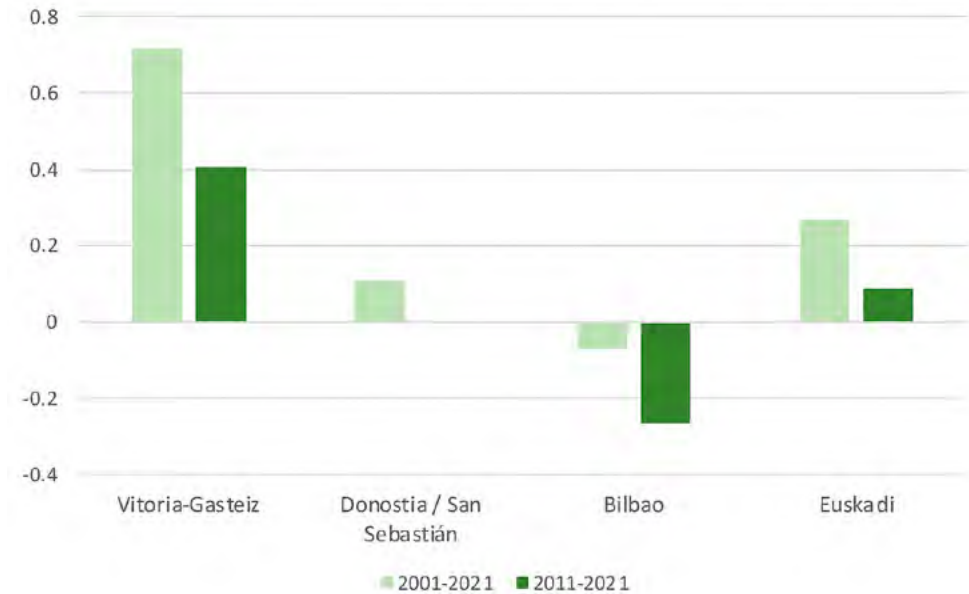
**GRÁFICO 1:** *Evolución de la población total de Vitoria-Gasteiz y tasa de crecimiento anual (%), 2001-2021*



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Eustat.

En el contexto vasco, la tasa de crecimiento de Vitoria-Gasteiz ha sido muy superior a la del resto de capitales vascas y también a la del conjunto del territorio vasco, en todo el periodo analizado. En los últimos años, la población vitoriana ha aumentado un 14,3%, con una tasa de crecimiento medio anual del 0,7%. Este crecimiento se sitúa muy por encima del experimentado por el conjunto de Euskadi (5,3%) y el resto de capitales (2,2% en Donostia y 1,4% en Bilbao). En la última década, 2011-2021, aunque el incremento de la población se ha ralentizado, la población de Vitoria-Gasteiz ha seguido aumentando, con una tasa de crecimiento medio anual de 0,4%, lo que contrasta con el retroceso experimentado en Bilbao y el estancamiento de Donostia, cuya tasa es prácticamente del 0% para dicho periodo.

**GRÁFICO 2:** *Tasa de crecimiento medio anual (%) durante el periodo de 2001-2021 y 2011-2021. Capitales y total de Euskadi*



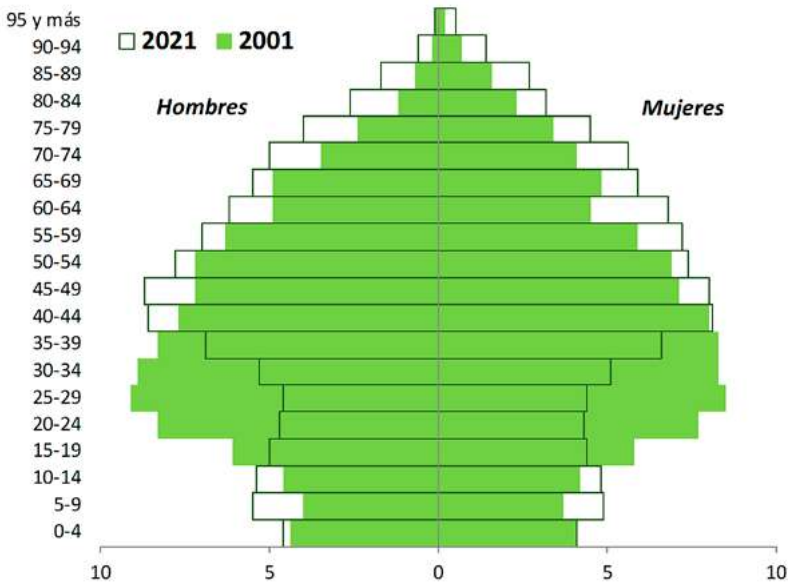
FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Eustat.

Respecto a la estructura por edad de la población vitoriana, tal y como puede comprobarse en la pirámide correspondiente a 2021, el grupo más numeroso de población se concentra en el intervalo de 40 a 50 años, que supone casi el doble que el de las personas de 20 a 30 años. Las personas mayores de 65 años representan el 22% de la población total (19% y 24% en hombres y mujeres, respectivamente) mientras que los/as menores de 18 años constituyen el 17% de la población.

El grupo de mayores de 65 años ha sido el que más ha aumentado su peso en el total de la población durante el periodo 2001-2021, y dentro de los/as mayores, especialmente los/as de 85 y más años, que han pasado a constituir el doble de lo que representaban en 2001. El que más se reduce es el grupo de la población joven y joven-adulta (18-44 años).



**GRÁFICO 3:** Pirámide de población de Vitoria-Gasteiz, 2001-2021



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Eustat.

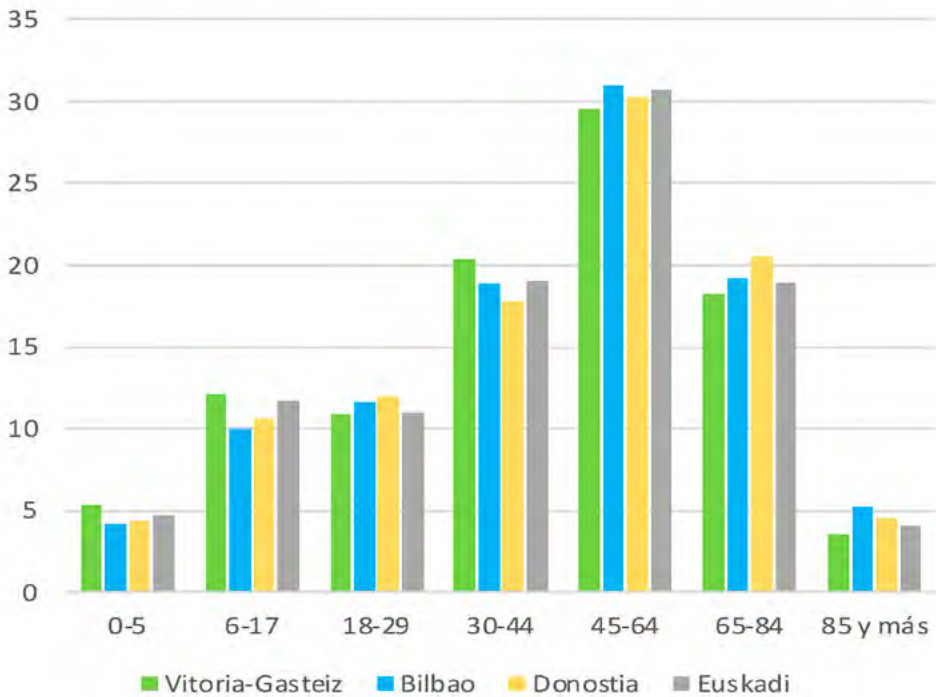
**TABLA 2:** Evolución del porcentaje de población por grupo de edad y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2001-2021

		2001	2011	2021
<b>Hombres</b>	<b>0-5</b>	5,2	6,2	5,6
	<b>6-17</b>	11,3	10,4	12,9
	<b>18-29</b>	20,1	14,1	11,3
	<b>30-44</b>	24,9	27,1	20,8
	<b>45-64</b>	25,6	26,7	29,7
	<b>65-84</b>	12,0	14,1	17,1
	<b>85 y más</b>	0,9	1,4	2,5
<b>Mujeres</b>	<b>0-5</b>	4,8	5,6	5,1
	<b>6-17</b>	10,5	9,7	11,4
	<b>18-29</b>	18,7	13,1	10,4
	<b>30-44</b>	24,7	24,5	19,9
	<b>45-64</b>	24,4	27,7	29,4
	<b>65-84</b>	14,6	16,2	19,2
	<b>85 y más</b>	2,4	3,3	4,6

FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Eustat.

En el contexto de Euskadi (capitales y total del territorio), Vitoria-Gasteiz muestra la población más joven y la menos envejecida. A excepción del grupo de 18-29 años, cuyo peso en Donostia y Bilbao supera al de la capital alavesa y al conjunto de Euskadi, la proporción de menores de 45 años en Vitoria-Gasteiz es mayor que en el resto de las capitales y el conjunto de Euskadi. Asimismo, el porcentaje de mayores de 65 años y el de 85 y más años es menor que en el resto de territorios.

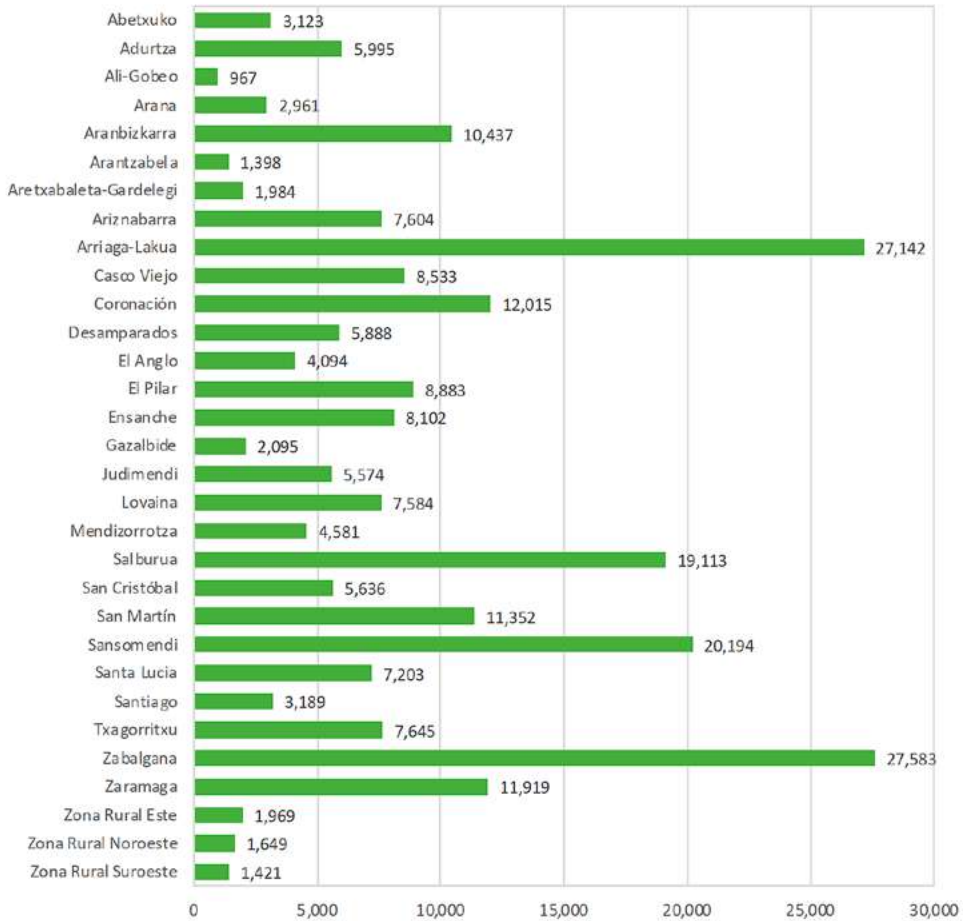
**GRÁFICO 4:** *Porcentaje de personas según grupo de edad por capitales y conjunto de Euskadi, 2021*



FUENTE: *elaboración propia a partir de los datos del Eustat.*

Vitoria-Gasteiz está compuesta por 31 barrios. Dentro de estos, Lakua-Arriaga y Zabalgana destacan por ser los dos barrios más numerosos de la ciudad, con más de 27 mil habitantes en cada uno de ellos, abarcando prácticamente el 38% del total de la población de la ciudad. Les siguen Salburua y Sansomendi, con una población cercana a los 20 mil habitantes. Otros cuatro barrios más (Coronación, Zaramaga, San Martín y Aranbizkarra) cuentan con más de 10 mil habitantes. Estos ocho barrios, los más numerosos de la ciudad, acogen a más de la mitad de la población vitoriana (el 56,4%). El resto de los 23 barrios, que incluye el 43,6% de la población, cuenta con un número de habitantes que varía de los casi mil habitantes de Ali-Gobeo, a los 8.883 de El Pilar.

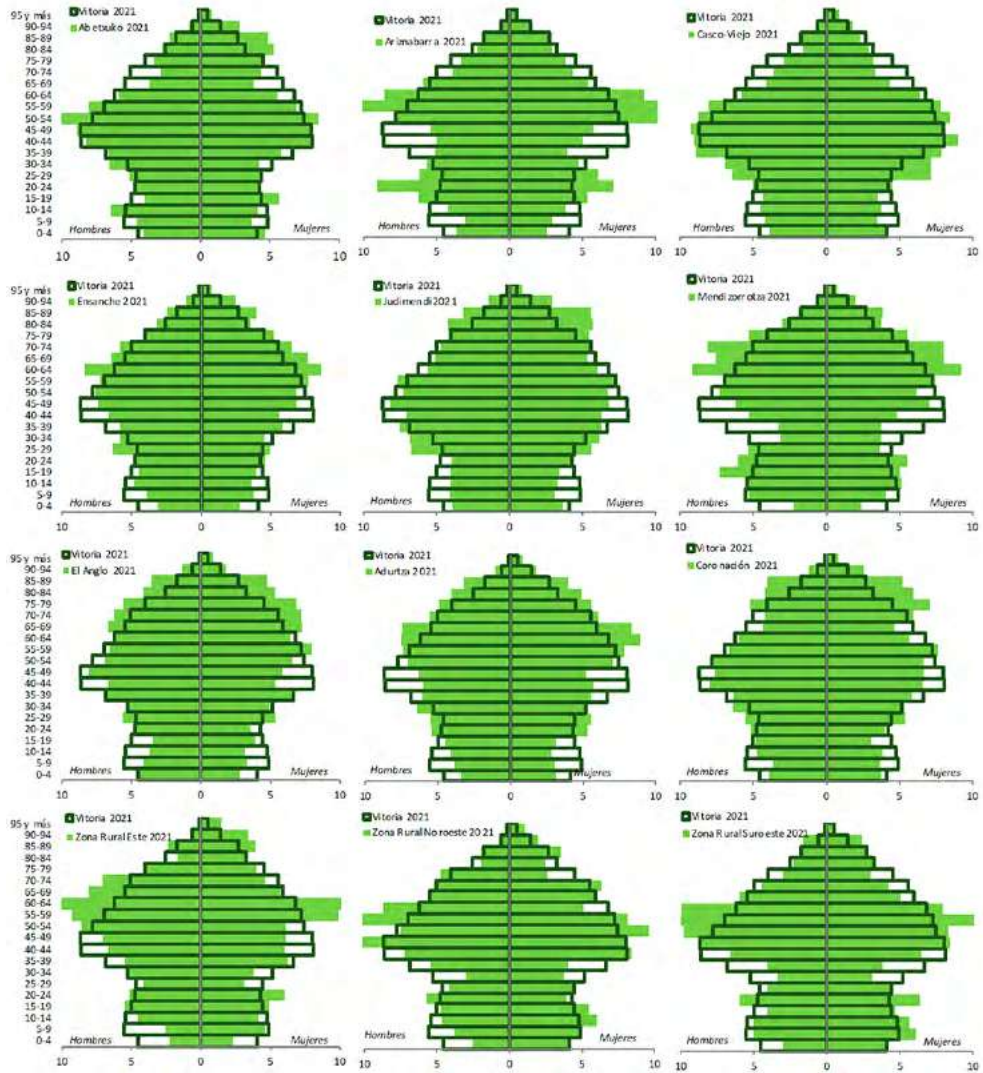
**GRÁFICO 5:** *Número de habitantes por barrios en Vitoria-Gasteiz, 2021*



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Eustat.

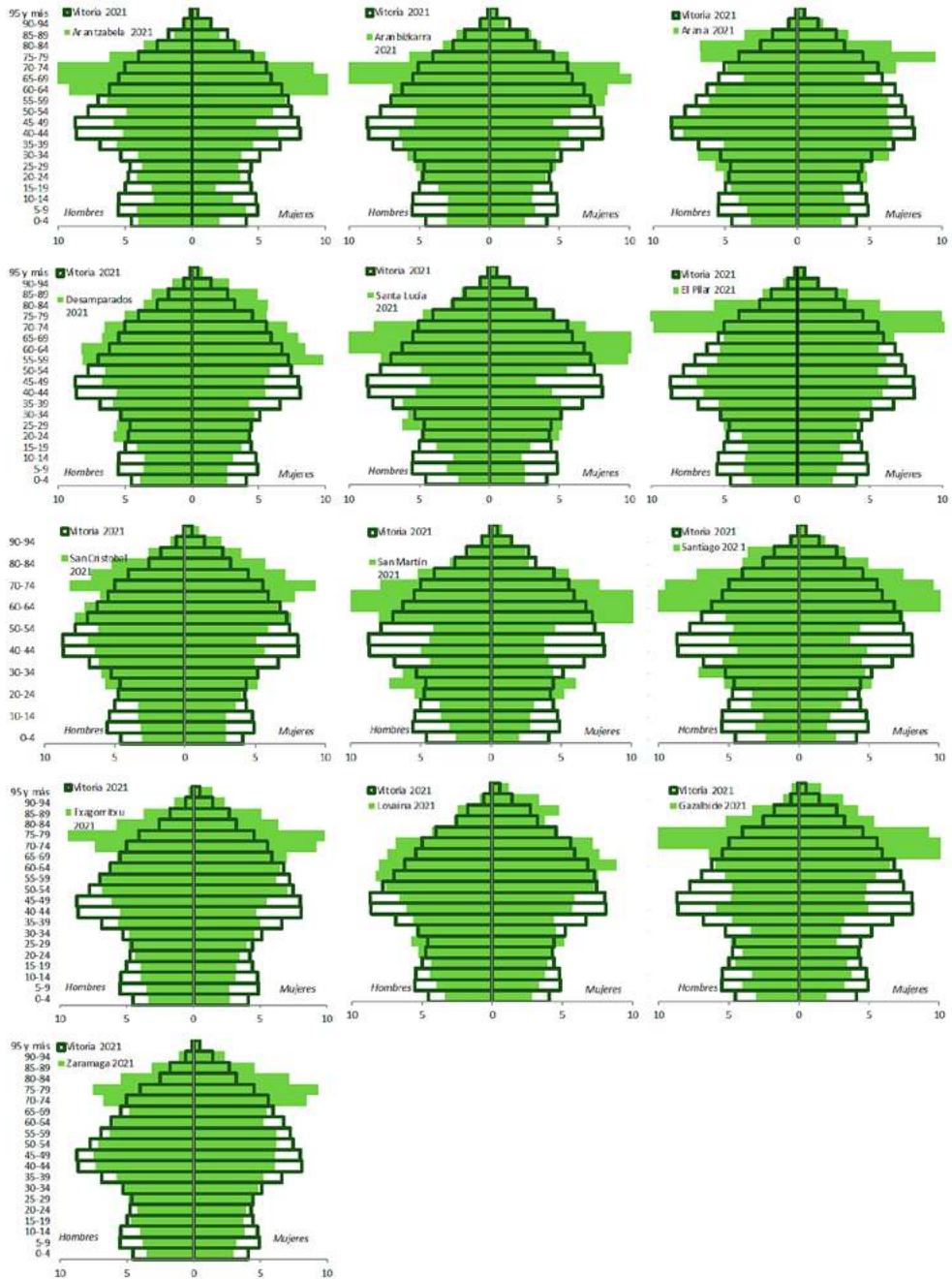
La estructura por edad y sexo de la ciudad varía sin embargo entre los diferentes barrios de la ciudad, tal y como se muestra en sus pirámides de edad (Gráfico 6, Gráfico 7 y Gráfico 8). En gran parte de los casos, la estructura de edades se asemeja a la del conjunto de la ciudad (Gráfico 6). Se trata de barrios como Abetxuko, Casco Viejo, Judimendi o Ensanche. En otros casos, nos encontramos con barrios con una estructura de edades más envejecida que la del conjunto de la ciudad (Gráfico 7). Ejemplos de este tipo de barrios que presentan proporciones de población mayor muy significativas y escasez en el grupo de menores, son Arantzabela, Aranbizkarra, El Pilar o Santiago. Por el contrario, en el gráfico 8 se recogen barrios con una proporción de habitantes menos envejecida y que presentan un mayor porcentaje de personas de 15 años o menos, así como de personas en edad adulta. Estos barrios, entre los que se encuentran por ejemplo Zabalgana, Lakua-Arriaga, Sansomendi, Salburua, Aretxabaleta y Ali-Gobeo, son barrios formados en mayor medida por familias con hijos/as menores o adolescentes. Cuatro de estos barrios con una población más joven (Zabalgana, Lakua-Arriaga, Sansomendi y Salburua) son además los más poblados de la ciudad, y que como ya hemos señalado, abarcan prácticamente el 38% del total de la población de Vitoria-Gasteiz.

**GRÁFICO 6:** Pirámides de población en los barrios de Vitoria-Gasteiz con similar distribución a la del conjunto de la ciudad, 2021



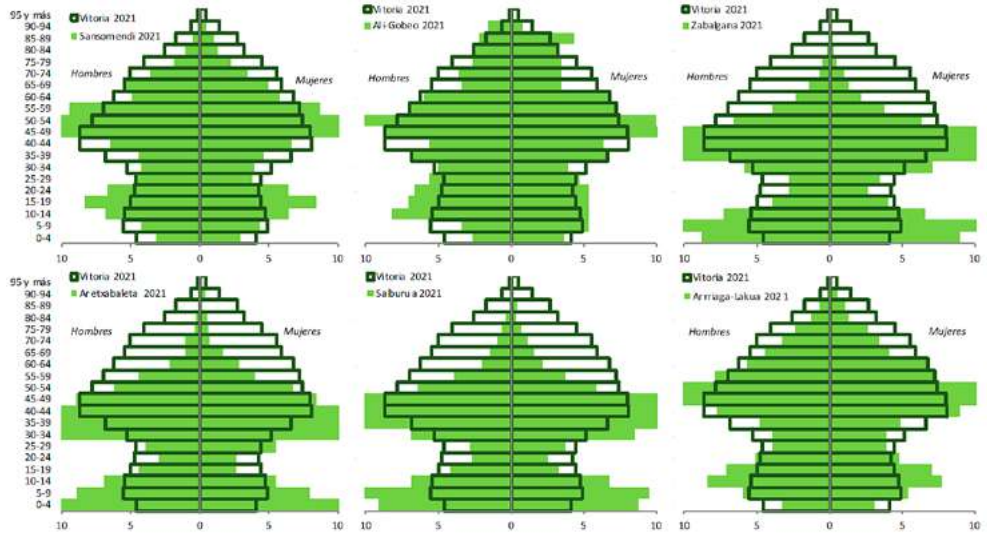
FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Eustat.

**GRÁFICO 7:** Pirámides de población en los barrios de Vitoria-Gasteiz con estructura por edad más envejecida que la del conjunto de la ciudad, 2021



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Eustat.

**GRÁFICO 8:** Pirámides de población en los barrios de Vitoria-Gasteiz con estructura por edad más joven que la del conjunto de la ciudad, 2021



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Eustat.

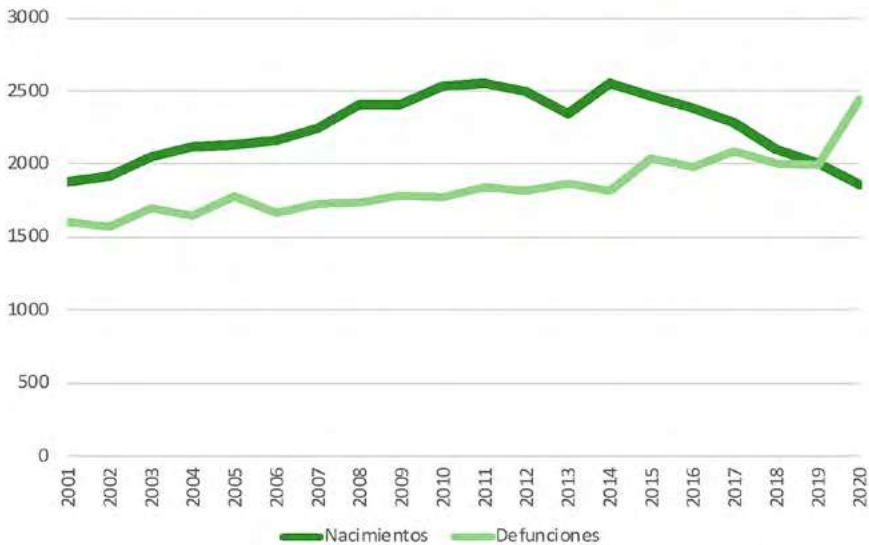


## 2.2. EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES DEMOGRÁFICOS: NATALIDAD, MORTALIDAD Y MIGRACIONES

La población se compone y evoluciona debido a las entradas que se producen en ella a través de los nacimientos y los flujos inmigratorios, y las salidas provocadas por las defunciones y las emigraciones. La evolución de la natalidad, la mortalidad y los flujos migratorios son, por lo tanto, los componentes que determinan la evolución de una determinada población y su estructura de edad.

Durante las últimas dos décadas en Vitoria-Gasteiz, los nacimientos han sido siempre, hasta 2020, superiores a las defunciones. Sin embargo, durante este año de 2020, año marcado por la pandemia del Coronavirus, debido a la combinación de un excepcional elevado número de defunciones y de la tendencia descendente en los nacimientos que venía produciéndose desde 2014, las personas que fallecen superan por primera vez en el periodo analizado a los nacimientos que se producen en la ciudad.

**GRÁFICO 9:** *Evolución del número de nacimientos y defunciones. Vitoria-Gasteiz, 2001-2020*



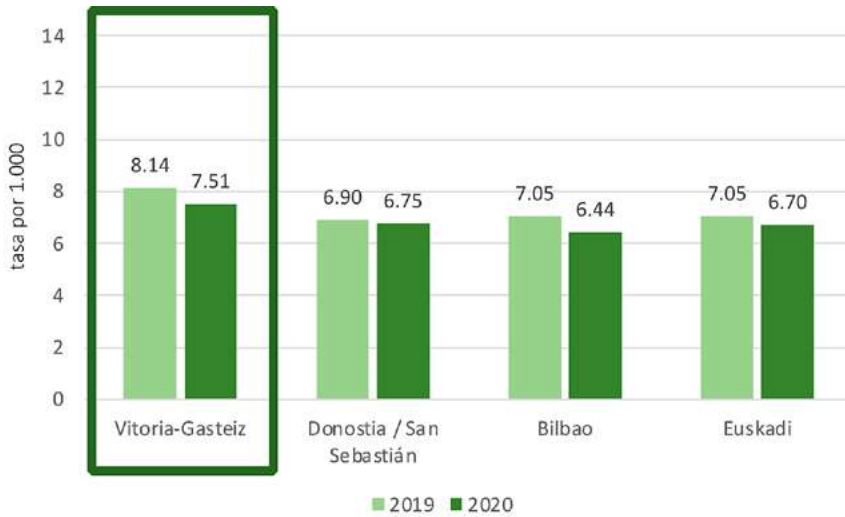
FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Eustat.

Al poner en relación el número de nacimientos y defunciones con el total de la población, es decir, cuántas personas nacen y mueren por cada mil habitantes, los datos reflejan el vuelco de la natalidad y la mortalidad en 2020: si en 2019 nacían 8,3 personas por cada mil habitantes y morían 8,1 por mil, en 2020 estos indicadores se invierten: los nacimientos caen a 7,5 por mil y las defunciones ascienden a 9,8 por mil habitantes.

Si observamos la tasa bruta de natalidad y mortalidad (nacimientos y defunciones por cada mil habitantes) en el contexto vasco, observamos que las tasas de Vitoria-Gasteiz en su conjunto, aunque ligeramente, difieren a las del resto de capitales y del total de Euskadi (Gráfico

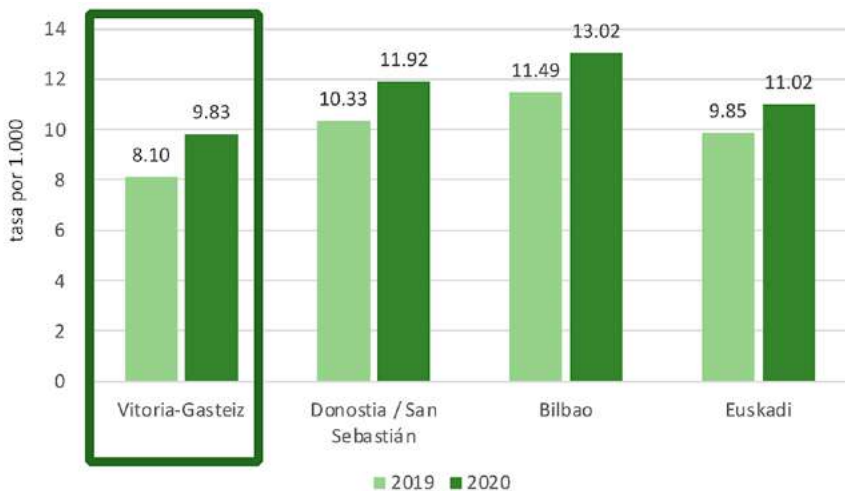
10 y Gráfico 11). En el caso de la mortalidad, Vitoria-Gasteiz presenta unas tasas de mortalidad ligeramente menores que el resto. Las mayores diferencias se producen con Bilbao, donde la mortalidad es ligeramente mayor ya que por cada mil personas murieron alrededor de 3 personas más que en Vitoria-Gasteiz. En el caso de la natalidad, esta fue ligeramente mayor en la capital alavesa respecto a las otras capitales y el conjunto de Euskadi. En relación con el cambio entre 2019 y 2020, aunque en ambos indicadores la tendencia de 2019 a 2020 se repite en los cuatro ámbitos geográficos, existen diferencias en la magnitud de ese cambio. Así, la mortalidad aumentó más en el caso de Vitoria-Gasteiz tanto en términos absolutos, como sobre todo en términos relativos ya que mientras que en la capital alavesa el aumento fue del 22%, en el resto de capitales se situó entre el 13% de Bilbao y el 15% de Donostia.

**GRÁFICO 10:** *Tasa Bruta de Natalidad de las capitales y el total de Euskadi, 2019 y 2020*



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Eustat.

**GRÁFICO 11:** *Tasa Bruta de Mortalidad de las capitales y el total de Euskadi, 2019 y 2020*



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Eustat.



Sin embargo, el aporte de la población que se produce debido a la diferencia entre el número de personas que nacen y mueren, denominado crecimiento natural o vegetativo, suele ser menor en nuestras poblaciones, y el crecimiento suele venir más determinado por el saldo migratorio, es decir, la diferencia entre las personas que llegan y las que abandonan el territorio debido a los flujos migratorios. Así, también en Vitoria-Gasteiz, el aporte al crecimiento de su población durante el periodo estudiado se ha producido principalmente debido a este saldo migratorio, tal y como refleja el Gráfico 12, y en menor medida, debido al saldo natural. El aumento de la población ocasionado por la mayor entrada de personas se produce fundamentalmente, como se verá más adelante, por la llegada de personas procedentes del extranjero.

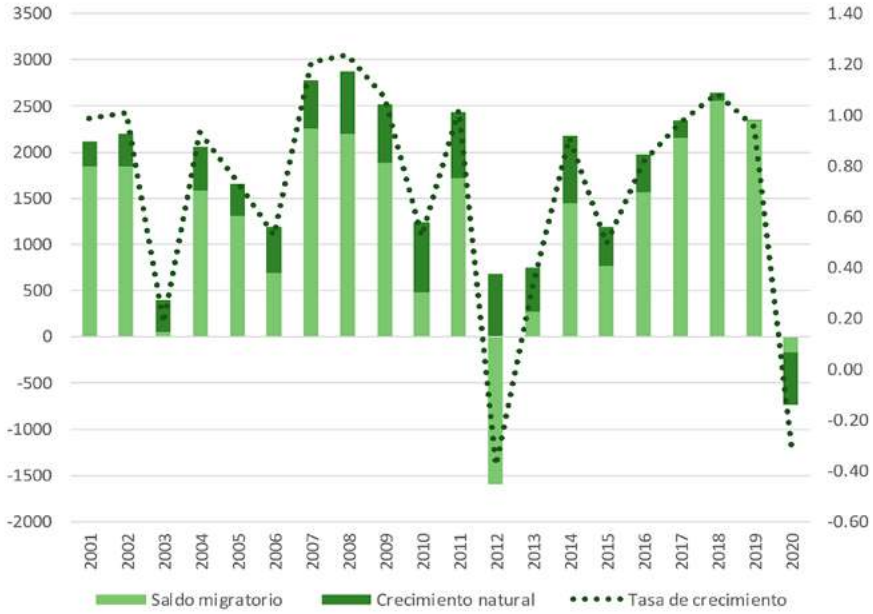
Las únicas excepciones que paralizan y hacen retroceder el crecimiento de Vitoria-Gasteiz se producen en 2012 y 2020. En el primero de los casos, debido a un saldo migratorio negativo, es decir, como consecuencia de una mayor salida que entrada de habitantes vía flujos migratorios, la población vitoriana disminuye a pesar del aporte positivo del saldo natural. En 2020, año en el que irrumpe y se expande el virus SARS-CoV-2, también cae el número de habitantes de Vitoria-Gasteiz, ya que ambos indicadores, saldo natural y saldo migratorio, acaban resultando negativos.

Así pues, tal y como muestra el Gráfico 12, la evolución del tamaño de la población de Vitoria-Gasteiz durante las últimas dos décadas ha estado determinada principalmente, no tanto por los nacimientos, sino por la llegada de personas de otros ámbitos geográficos.

El Gráfico 13, que presenta los flujos migratorios por la procedencia/destino de los mismos (internas, si se producen dentro de Euskadi y externas fuera del territorio vasco), muestra la prevalencia de las personas que llegan a Vitoria-Gasteiz desde fuera de Euskadi durante todo el periodo analizado. La llegada de personas de fuera de Euskadi, que entre 2007 y 2012, periodo marcado por la crisis económica, sufre un retroceso, vuelve a su tendencia ascendente a partir de 2013 hasta 2020, año en el que, debido a las consecuencias de las restricciones impuestas por la crisis del coronavirus, las inmigraciones caen nuevamente a los niveles de 2012. La evolución de las personas que abandonan la ciudad hacia destinos fuera de Euskadi mantiene durante las últimas dos décadas una tendencia ascendente, especialmente pronunciada en el periodo 2007-2012, y relativamente estable a partir de dicho periodo.

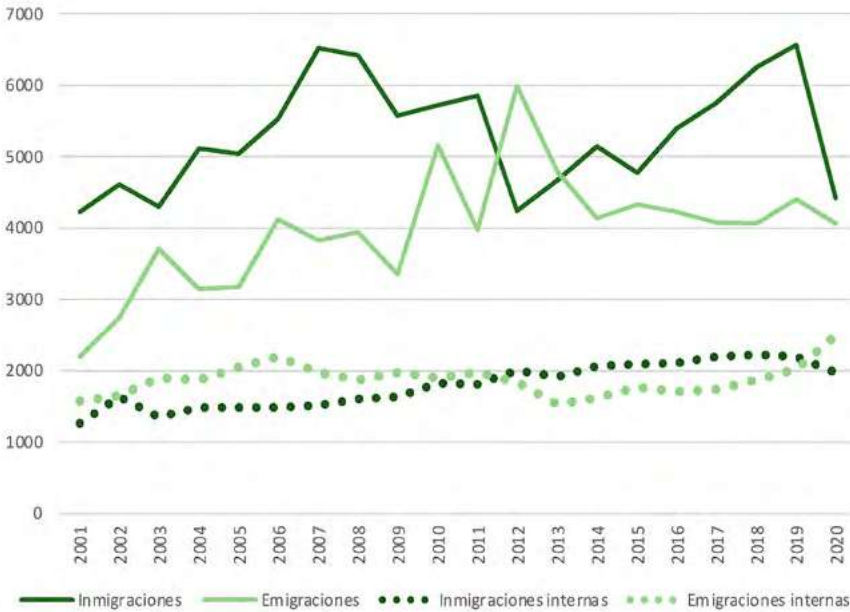
El año 2012 también supuso un punto de inflexión para los movimientos migratorios internos: las emigraciones hacia otros ámbitos de dentro de Euskadi eran mayores que las personas que venían a residir a la ciudad, hecho que cambia con el final de los años de crisis económica. A partir de entonces y hasta 2020, las personas provenientes de Euskadi hacia Vitoria serán más numerosas que las que dejan la ciudad.

**GRÁFICO 12:** Evolución del número de nacimientos y defunciones. Vitoria-Gasteiz, 2001-2020



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Eustat.

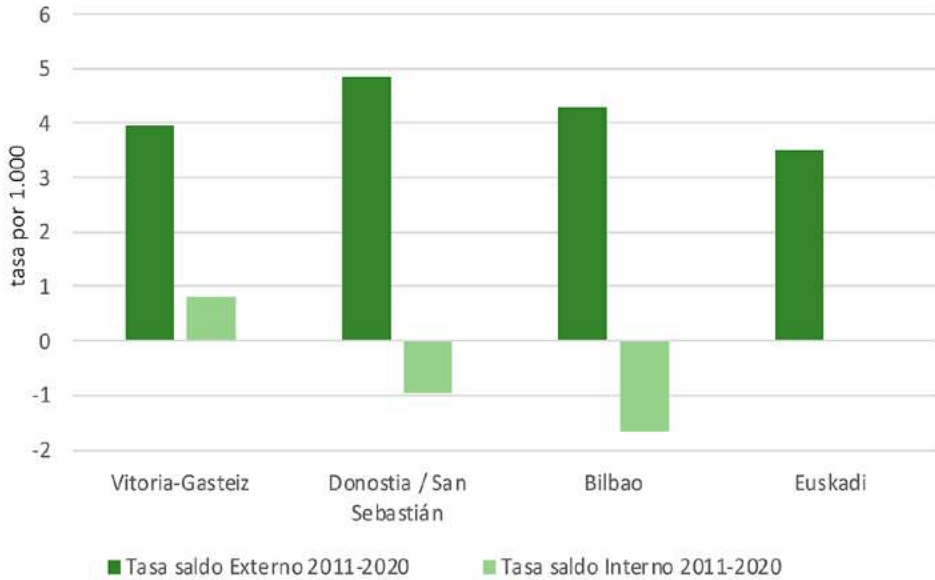
**GRÁFICO 13:** Evolución del saldo migratorio, crecimiento natural y tasa de crecimiento. Vitoria-Gasteiz, 2001-2020



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Eustat.

En comparación con el resto de capitales y el conjunto de la CAPV, Vitoria-Gasteiz es la única capital que mantiene unas tasas positivas en su saldo migratorio interno: es decir, es la única capital que recibe más población procedente de Euskadi que la que pierde. En el caso del saldo migratorio externo, Vitoria-Gasteiz presenta una posición intermedia.

**GRÁFICO 14:** *Tasa migratoria interna y externa (saldo por mil habitantes). Capitales y total de Euskadi, 2011-2020*



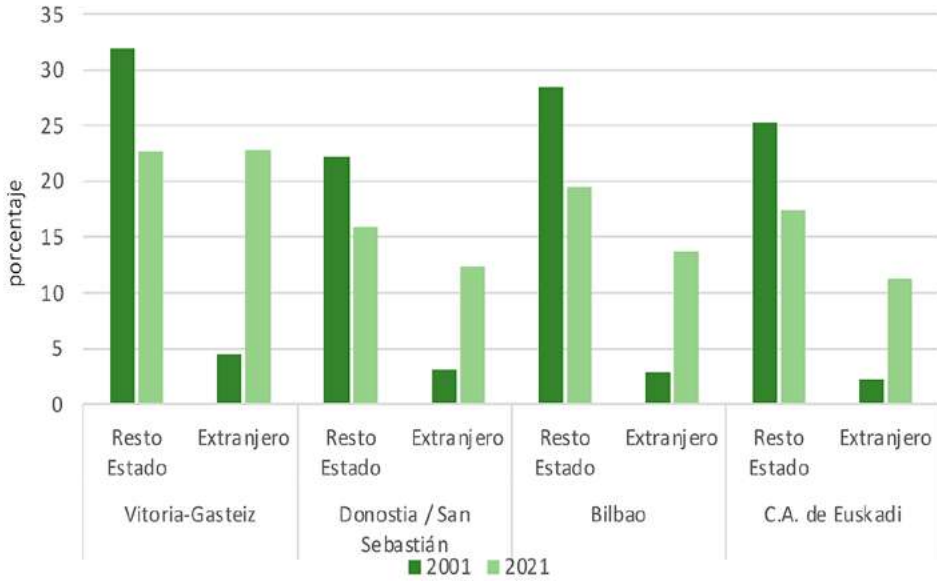
FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Eustat.

El Gráfico 15 muestra el porcentaje de personas nacidas fuera de Euskadi y en el extranjero y su evolución entre 2001 y 2021 en Vitoria-Gasteiz, así como en el resto de capitales y el conjunto de Euskadi. Por un lado, se observa que, tanto en las tres capitales como en el conjunto de la CAPV, las personas nacidas en el Estado español y fuera de Euskadi disminuyen, a la vez que aumentan significativamente las nacidas en el extranjero. Por otro lado, el gráfico muestra que toda la población nacida fuera de Euskadi es más numerosa en términos relativos en la capital vasca que en el resto de capitales o el conjunto de Euskadi, independientemente de su origen.

En todos los barrios de Vitoria-Gasteiz al menos un 15% de la población es nacida fuera de Euskadi o en el extranjero. También en prácticamente todos ellos, el porcentaje de personas nacidas en el Estado español supera al de nacidas en el extranjero. Pero las diferencias por barrios del peso de los/as no nacidos/as en Euskadi son importantes: en algunos barrios como El Pilar o Zaramaga, el porcentaje total de los/as nacidos/as fuera de Euskadi supone más de la mitad de la población total. En otros once de los barrios este porcentaje se sitúa entre el 40 y el 50% y en tan solo tres barrios (Salburua, la Zona Rural Suroeste y Aretxabaleta-Gardelegi), los/as nacidos/as fuera de Euskadi suponen menos de una cuarta parte de su población total (Gráfico 16).

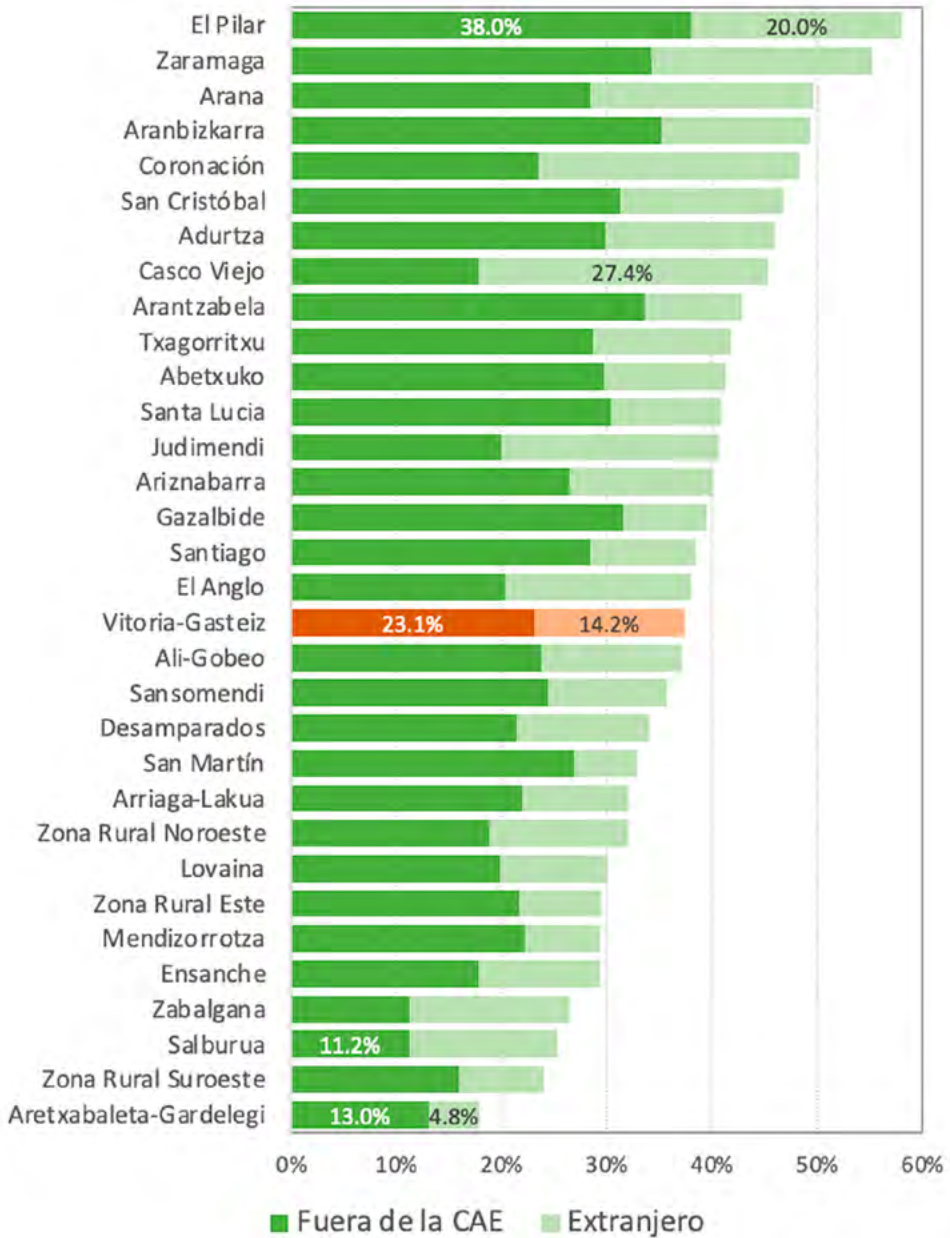
Destacan también entre los barrios vitorianos, algunos con elevadas proporciones de personas nacidas en el extranjero: en el Casco Viejo, el 27,4% de la población es nacida en el extranjero, en Coronación prácticamente una cuarta parte de su población total y en 4 barrios más (El Pilar, Zaramaga, Arana y Judimendi), el porcentaje de los/as nacidos/as en el extranjero supera el 20% de su población total.

**GRÁFICO 15:** *Porcentaje de personas nacidas en el resto del Estado y en el Extranjero. Capitales y total de Euskadi, 2001 y 2021*



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Eustat.

**GRÁFICO 16:** Población nacida fuera de la CAE y en el extranjero por barrios (%), 2020



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Eustat.



### III.

## LA SALUD DE LA POBLACIÓN DE VITORIA-GASTEIZ

En este apartado se describen y monitorizan el estado de salud de la población de Vitoria-Gasteiz, abarcando en lo máximo posible, la pluralidad de las diferentes perspectivas teóricas y sus formas de conceptualizar y operacionalizar la salud (Blaxter, 2010; Martin 2011). Para ello, se han incluido indicadores que dan cuenta de dimensiones integrales de la salud, así como aspectos específicos de especial relevancia, que incluyan la pluralidad que abarcan dichas perspectivas.

En un primer lugar, se ha incluido un abanico de indicadores del estado de salud general de la población de Vitoria-Gasteiz. Son indicadores que a su vez engloban la visión de las tres perspectivas generales para medir la salud. La primera de ellas concibe la salud en términos globales y subjetivos e intenta incorporar la perspectiva del bienestar. Para responder a esta visión de la salud, se presentan indicadores como la autovaloración de la salud. Respondiendo a una segunda visión más centrada en el modelo biomédico clásico, que entiende la salud como la ausencia de enfermedad y que, por tanto, mide la salud en base a la enfermedad a partir de medidas de morbilidad, se han incluido indicadores sobre la existencia de diferentes problemas crónicos en la población. En tercer lugar, y con el objetivo de dar respuesta a una perspectiva que concibe la salud en términos de capacidad funcional, se han incluido varios indicadores que reflejan el impacto de la salud sobre la capacidad de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana.

Para completar la sección sobre el estado de salud general se han incluido indicadores de otras dimensiones específicas de la salud como la salud mental y salud dental.

En una segunda parte, se presentan datos basados en mortalidad como la esperanza de vida, así como las principales causas de mortalidad de la población de Vitoria-Gasteiz. Por último, y de cara a obtener una imagen integral que refleje tanto la salud como la mortalidad, se presentan los datos relativos a la esperanza de vida y la esperanza de vida en buena salud, es decir, indicadores que integran la salud y mortalidad en un único indicador.

### 3.1. PANORÁMICA GENERAL DE LA SALUD DE VITORIA-GASTEIZ

En este apartado se presentan algunos indicadores que miden y conceptualizan el estado de salud de la población de Vitoria-Gasteiz. Los datos provienen principalmente de las siguientes fuentes: la Encuesta de Salud del País Vasco de 2018 (ESCAV-18), el Departamento de Salud del Gobierno Vasco y la base de datos a partir de la historia clínica de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud<sup>1</sup>.

De acuerdo a los datos más recientes (Gráfico 17), la esperanza de vida al nacer en 2020 de la población de Vitoria-Gasteiz era de 80,5 años entre los hombres y de 86,8 años en las mujeres. A los 65 años, la esperanza de vida alcanza los 19 años en hombres y los 23,9 en mujeres. Del total de años de vida que esperaba vivir una persona de Vitoria-Gasteiz en el año 2017-2019, la mayor parte de ellos, el 91% en los hombres y algo menos - el 88% - en las mujeres, eran años que se vivían en buen estado de salud. A los 65 años, el porcentaje de vida que se espera vivir en buena salud también era considerable; así, los hombres esperaban vivir el 75% de los años en buena salud y las mujeres el 71%.

La mayor parte de la población de Vitoria-Gasteiz goza de un buen estado de salud. Así, la valoración que los/as vitorianos/as hacen de su salud de acuerdo a los últimos datos disponibles, en 2018, es buena, con más del 85% de los hombres y el 83% de las mujeres que declaraban tener un buen estado de salud (Gráfico 17). Alrededor de la mitad de la ciudadanía de Vitoria-Gasteiz padece algún tipo de problema crónico, cifra ligeramente superior entre las mujeres. Sin embargo, la proporción de hombres y mujeres con problemas crónicos que limiten sus actividades diarias, es decir, con algún tipo de discapacidad, era mucho menor: un 6,2% de hombres y un 5,2% de mujeres. Con relación a la salud mental, la ansiedad y depresión se presentan en mayor medida entre las mujeres: un 17,6% de mujeres padece alguna de estas dolencias frente al 10% de los hombres, aunque son ellos los que piensan más habitualmente en el suicidio: el 2,6% de hombres lo ha hecho, frente al 1,5% de mujeres. La última dimensión de la salud analizada, la bucodental, muestra que más del 85% de la ciudadanía de Vitoria-Gasteiz percibe un buen estado de salud bucodental.

---

<sup>1</sup> Debido a que algunas de las medidas provienen de fuentes diferentes, ha de tenerse en cuenta que los resultados no son comparables entre sí. Por ejemplo, la ausencia de problemas crónicos (o su complementaria, la prevalencia de problemas crónicos) de los ciudadanos de Vitoria-Gasteiz que arroja la ESCAV, no pueden ser comparables con los derivados de Osakidetza sobre la tenencia de problemas crónicos a nivel de barrios. Estos últimos datos parten de una definición y una población diferente y solamente son útiles para comparar los barrios en lo relativo a mortalidad.



**GRÁFICO 17:** *Diferentes indicadores de salud. Vitoria-Gasteiz2*



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV-18, Eustat y Gobierno Vasco.

- 2 Las prevalencias estandarizadas (%) de la percepción de la salud, los problemas de salud, las limitaciones crónicas en las actividades o discapacidad, los indicadores de salud mental y salud bucodental se refieren a 2018 y proceden de la ESCAV-18. La esperanza de vida al nacer y a los 65 años se refiere a los últimos datos disponibles, 2020, y la esperanza de vida en buena salud ha sido calculada con los datos más recientes disponibles, el trienio 2017-19.

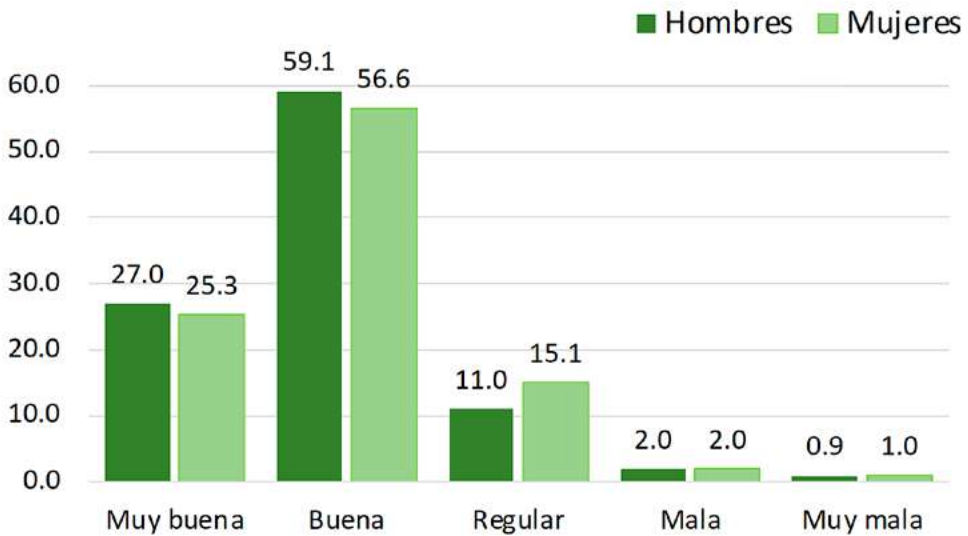
## 3.2. ESTADO DE SALUD

### 3.2.1. Estado de salud general

#### Autovaloración de la salud

La mayor parte de los/as ciudadanos/as de Vitoria-Gasteiz valora de forma positiva su estado de salud: más del 25% manifiesta gozar de una salud muy buena y más del 55% afirma que su salud es buena. Solo el 14% de los hombres y el 18% de las mujeres cree que es regular, mala o muy mala. Los hombres presentan un mejor estado de salud calificando su salud como buena o muy buena más frecuentemente que las mujeres (Gráfico 18).

**GRÁFICO 18:** Autovaloración de la salud por sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV-18.

A pesar del buen estado de salud de la población de Vitoria-Gasteiz, existen importantes desigualdades en el estado de salud según las condiciones socioeconómicas de las personas. Así, a medida que empeoran el nivel de estudios o la clase ocupacional y aumenta el nivel de privación de los barrios donde habitan los/as ciudadanos/as vitorianos/as, el estado de salud empeora. Concretamente, el porcentaje de personas que valora positivamente su salud es, tanto en hombres como en mujeres, mayor entre quienes tienen una formación universitaria, tienen un empleo no manual o viven en barrios con menores privaciones económicas. Entre las mujeres, además, las desigualdades entre las que se encuentran en una mejor posición socioeconómica con respecto a las de peor posición son más importantes (Gráfico 19).

**GRÁFICO 19:** Buena salud percibida por sexo y posición socioeconómica, estandarizado por edad. Vitoria-Gasteiz, 2018



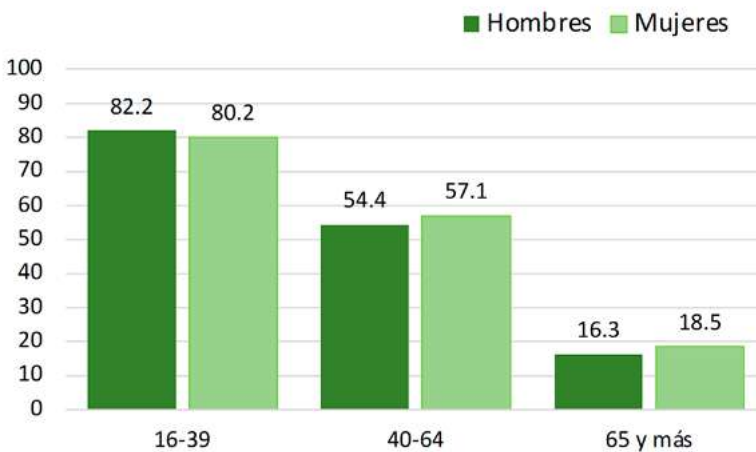
FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV-18.

### Problemas crónicos y limitaciones en las actividades

Atendiendo al padecimiento de enfermedades crónicas, según los datos de la última Encuesta de Salud vasca (ESCAV-2018), alrededor de la mitad de la población no posee ningún problema crónico. Esta situación sin embargo, al igual que el resto de medidas de salud, es extremadamente sensible a la edad: a mayor edad, la proporción de personas con problemas crónicos aumenta, indistintamente del sexo (Gráfico 20).

Si entre los/as menores de 40 años, más del 80% de hombres y mujeres carece de problemas crónicos, a partir de dicha edad la proporción se reduce sustancialmente a alrededor del 55%, y a partir de los 65 años, tan solo un 16% de hombres y 18,5% de mujeres declara no tener problemas crónicos. Esta pauta se repite tanto entre los hombres como entre las mujeres.

**GRÁFICO 20:** Ausencia de problemas crónicos por sexo y edad. Vitoria-Gasteiz, 2018

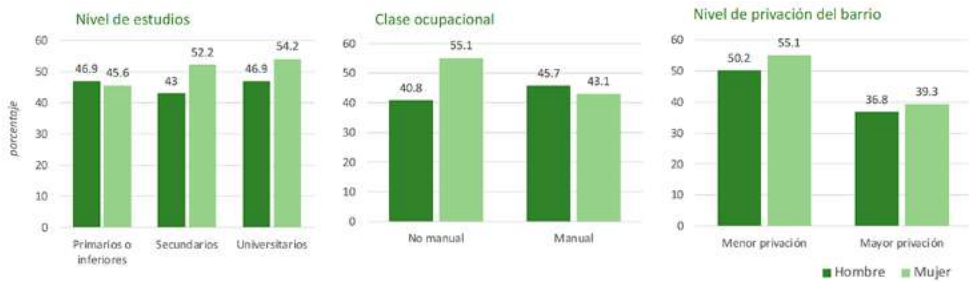


FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV-18.

Al igual que en el caso de la salud percibida, la prevalencia de problemas crónicos varía según las características socioeconómicas de las personas, si bien estas diferencias son menores que en el caso de la salud percibida y no son claras en el caso de los hombres (Gráfico 21).

De acuerdo al nivel de instrucción, entre las mujeres sí existe un gradiente, por el cual, a mayor nivel educativo, mayor es también la proporción de aquellas que carecen de problemas crónicos. Entre los hombres, no obstante, no se observan apenas diferencias en función del nivel educativo. Según la clase ocupacional, las trabajadoras no manuales presentan en un mayor porcentaje ausencia de problemas crónicos, mientras que entre la población masculina ocurre lo contrario. Al considerar el nivel de privación del barrio en el que habitan los vitorianos y vitorianas, los resultados sí muestran un gradiente social tanto en hombres como en mujeres, siendo el porcentaje de personas sin problemas crónicos mayor entre quienes residen en barrios sin grandes privaciones materiales (Gráfico 21).

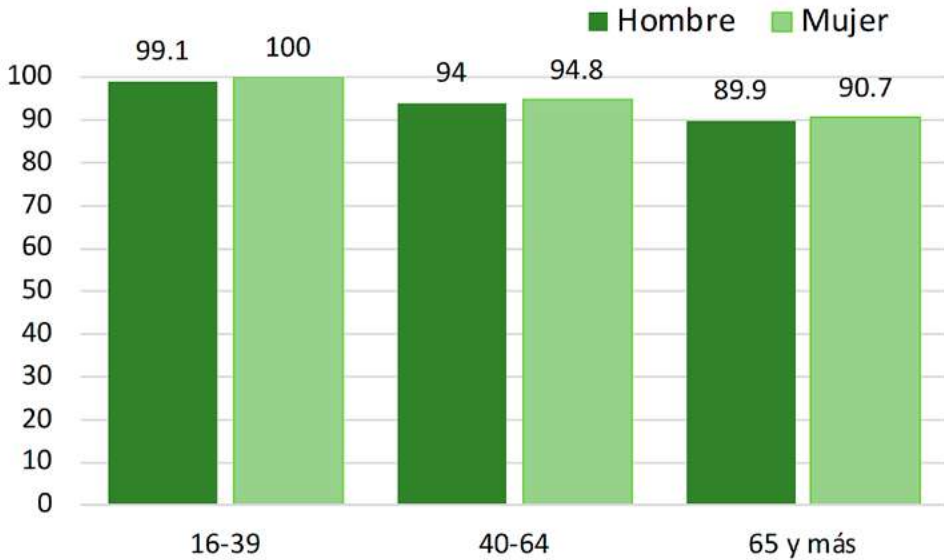
**GRÁFICO 21:** Ausencia de problemas crónicos por sexo y posición socioeconómica, estandarizado por edad. Vitoria-Gasteiz, 2018



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV-18.

Atendiendo a otra medida de salud, la limitación para realizar las actividades de la vida cotidiana, la mayor parte de ciudadanos/as de Vitoria-Gasteiz presenta un buen estado de salud. Así, el 94,8% de las mujeres y el 93,8% de los hombres manifiesta no tener dificultades para realizar las actividades de la vida cotidiana relativas a su edad. Nuevamente, aunque en menor medida que lo descrito para los problemas crónicos, la pauta por edad es evidente: a mayor edad, la proporción de personas con alguna limitación crónica de la actividad aumenta. Entre los menores de 40 años, casi la totalidad de personas declara no tener ninguna limitación; mientras que, en el grupo de edad de 40 a 64 años, la proporción, aunque sigue siendo alta, se reduce a cerca del 95%. Tras los 65 años, el porcentaje de personas libres de limitación de la actividad desciende hasta alrededor del 90% (Gráfico 22).

**GRÁFICO 22:** Ausencia de limitación crónica de la actividad por sexo y edad. Vitoria-Gasteiz, 2018



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV-18.

Al analizar las diferencias por algunas de las características sociodemográficas de la población, si bien siguen existiendo diferencias entre grupos sociales, éstas son menores que las observadas en los indicadores anteriores. Respecto al nivel de estudios, se observa que, a mayor instrucción, menos limitaciones, tanto entre hombres como entre mujeres. Asimismo, las personas con empleos manuales presentan más limitaciones. Por último, en los barrios con menor nivel de privación, la ausencia de limitaciones también es mayor en ambos sexos (Gráfico 23).

**GRÁFICO 23:** Ausencia de limitación crónica de la actividad por sexo y características sociodemográficas, estandarizado por edad. Vitoria-Gasteiz, 2018



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV-18.

## **Diferencias entre barrios en el estado de salud: prevalencia de patologías crónicas**

En este apartado se analizarán las diferencias en el estado de salud entre los barrios de Vitoria-Gasteiz. Para ello, se tendrá en cuenta la prevalencia de una serie de problemas crónicos que han sido seleccionados en base a su alta prevalencia o su impacto sobre el estado de salud y la calidad de vida. Concretamente, se tendrá en cuenta la prevalencia de la Diabetes Mellitus (DM), de la Hipertensión Arterial (HTA), de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), de la Insuficiencia Cardíaca (IC) de la Hiperlipidemia (HL) y de la Pluripatología<sup>3</sup>. Con el fin de poder comparar los diferentes barrios de Vitoria-Gasteiz, se utilizará como indicador la prevalencia estandarizada por edad, de forma que dicha prevalencia sirve para establecer comparaciones entre barrios, pero no debe ser usada para analizar el impacto del problema crónico en un barrio determinado.

Comenzando con la Diabetes Mellitus (DM), ésta se distribuye de manera desigual por los barrios de la ciudad (Mapas 1 y 2). Entre la población masculina, su prevalencia en Mendizorrotza, San Martín o Santiago presenta cifras inferiores al 8%. En el extremo opuesto, Abetxuko, la prevalencia de la DM alcanza el 13%. Junto con este barrio son Zaramaga, Ali-Gobeo-Sansomendi, y la zona rural, los que presentan una mayor prevalencia.

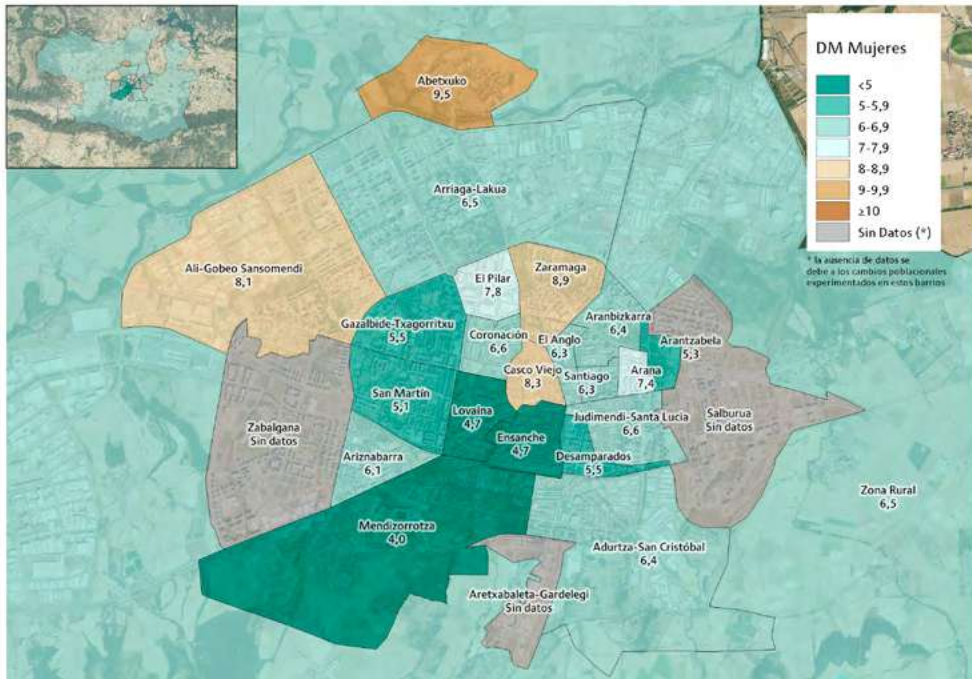
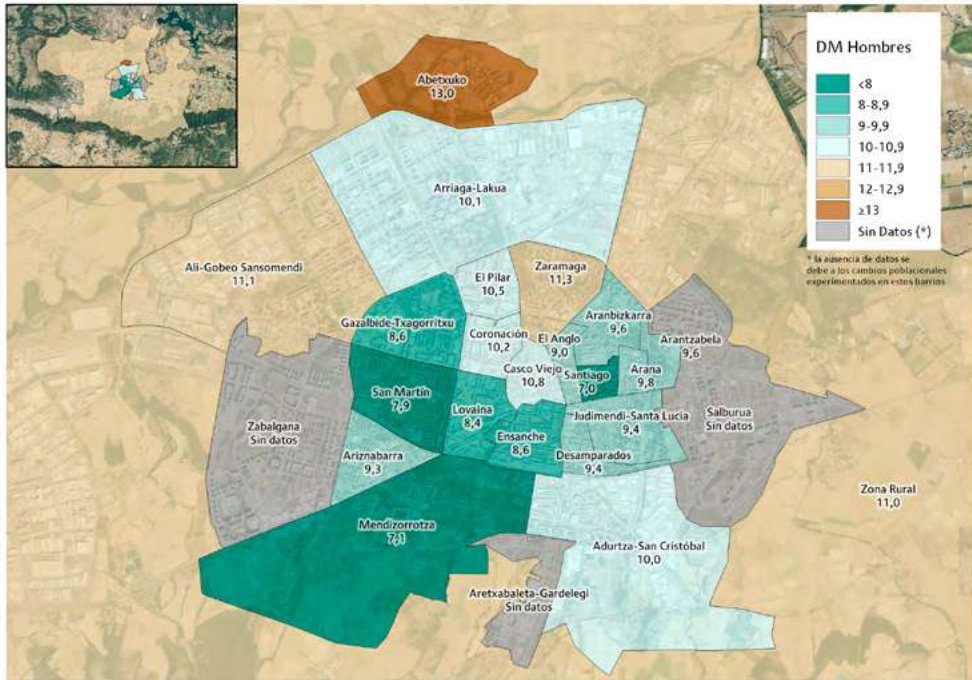
Para las mujeres, Abetxuko constituye también el barrio con una mayor prevalencia de DM, con cifras algo inferiores al 10%. Presentan también una prevalencia mayor que el resto Zaramaga, el Casco Viejo y Ali-Gobeo-Sansomendi. En el otro extremo, al igual que en el caso de los hombres, Mendizorrotza registra la menor proporción de personas con DM (4%).

---

<sup>3</sup> La pluripatología se refiere a pacientes con dos o más enfermedades crónicas entre las que se incluyen la DM, la EPOC, la insuficiencia cardíaca y otras enfermedades de naturaleza cardíaca, renal, hepática o pulmonar.



**MAPA 1 Y 2:** Prevalencia estandarizada de Diabetes Mellitus (DM) por barrios y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2019



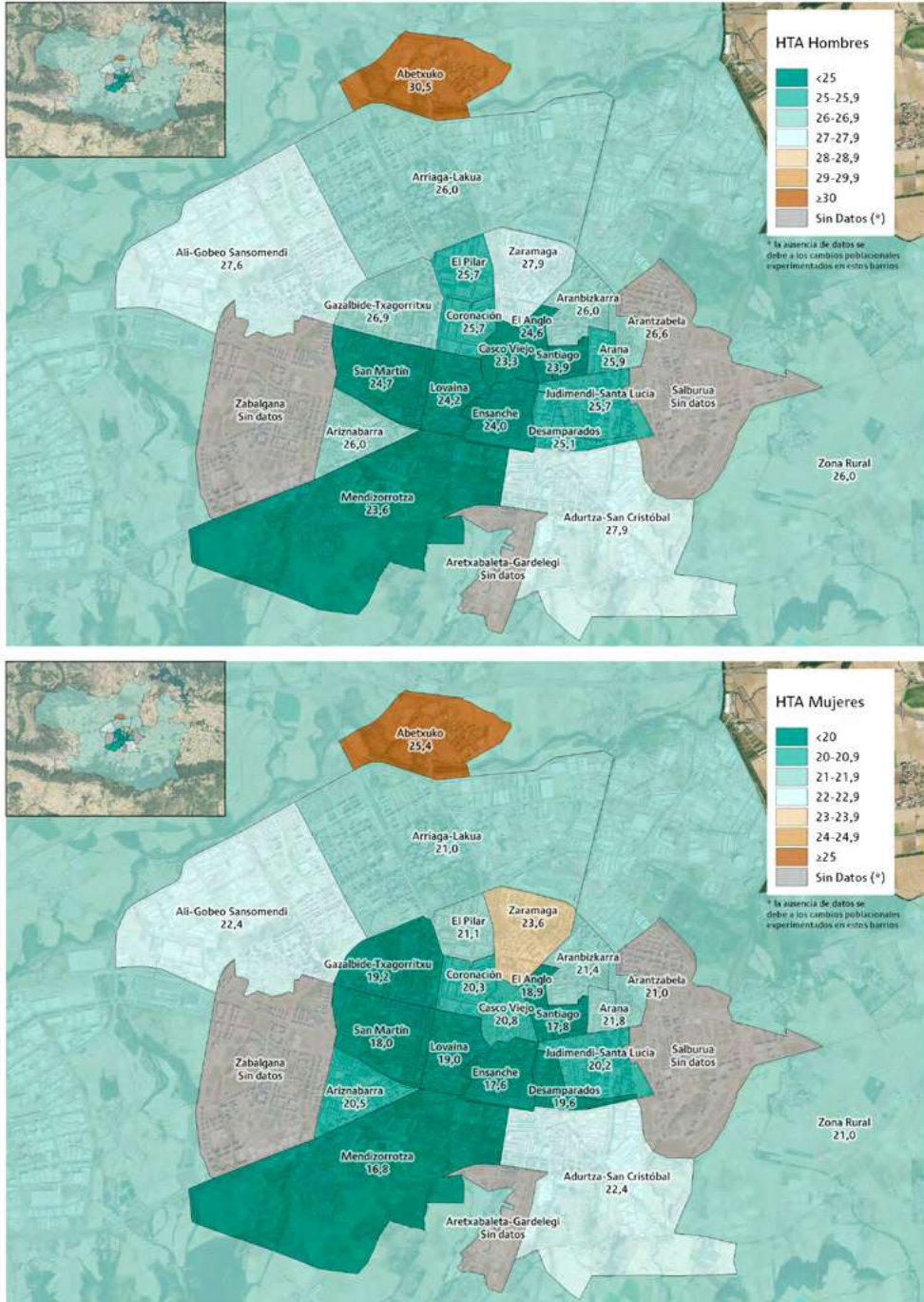
FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de Osakidetza.

La prevalencia de Hipertensión Arterial (HTA) en hombres supera el 20% en todos los barrios de Vitoria-Gasteiz (Mapa 3). Por barrios, Abetxuko es el área con una mayor prevalencia, donde más del 30% de los hombres padece esta condición. En el otro extremo, se encuentran el Casco Viejo, Santiago y Mendizorrotza, donde la prevalencia estandarizada de HTA entre los hombres es inferior al 25%.

Entre las mujeres (Mapa 4), la prevalencia de HTA es en general inferior a la de los hombres. Abetxuko es nuevamente el barrio con el nivel de HTA más elevado, donde más del 25% de mujeres padece este problema, seguido de Zaramaga, con un 23,6%. Mendizorrotza (16,8%) y Santiago (17,8) son nuevamente los barrios donde la prevalencia de HTA es menor.



**MAPA 3 Y 4:** Prevalencia estandarizada de Hipertensión Arterial (HTA) por barrios y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2019

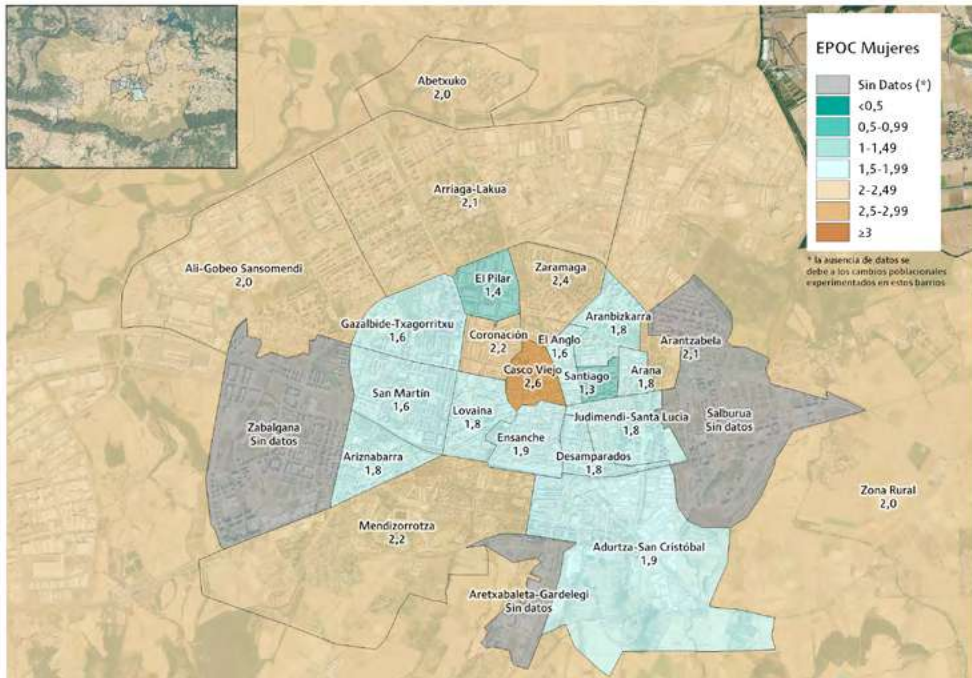
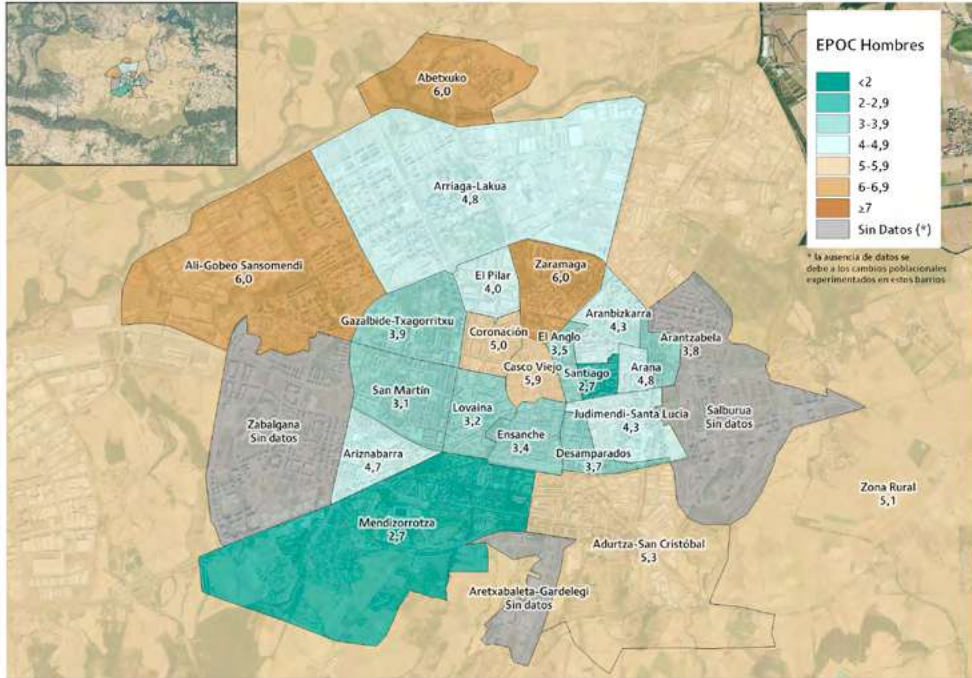


FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de Osakidetza.

Respecto a la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), la prevalencia estandarizada entre los hombres de Vitoria-Gasteiz oscila entre el 2,7% y 6% según el barrio (Mapa 5). En los barrios con tasas más altas, Abetxuko, Zaramaga y Ali-Gobeo-Sansomendi, afecta al 6% de los hombres. La menor prevalencia de esta dolencia se da entre la población masculina de Mendizorrotza y Santiago, con un 2,7% de hombres que la padecen en ambos casos.

Entre las mujeres (Mapa 5), la prevalencia de la EPOC es menor. Las mujeres residentes de El Pilar presentan la menor prevalencia (1,4%), y las que habitan en el Casco Viejo, Zaramaga y Coronación presentan las proporciones más elevadas, con prevalencias del 2,6%, 2,4% y 2,2% respectivamente.

**MAPA 5 Y 6:** Prevalencia estandarizada de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) por barrios y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2019

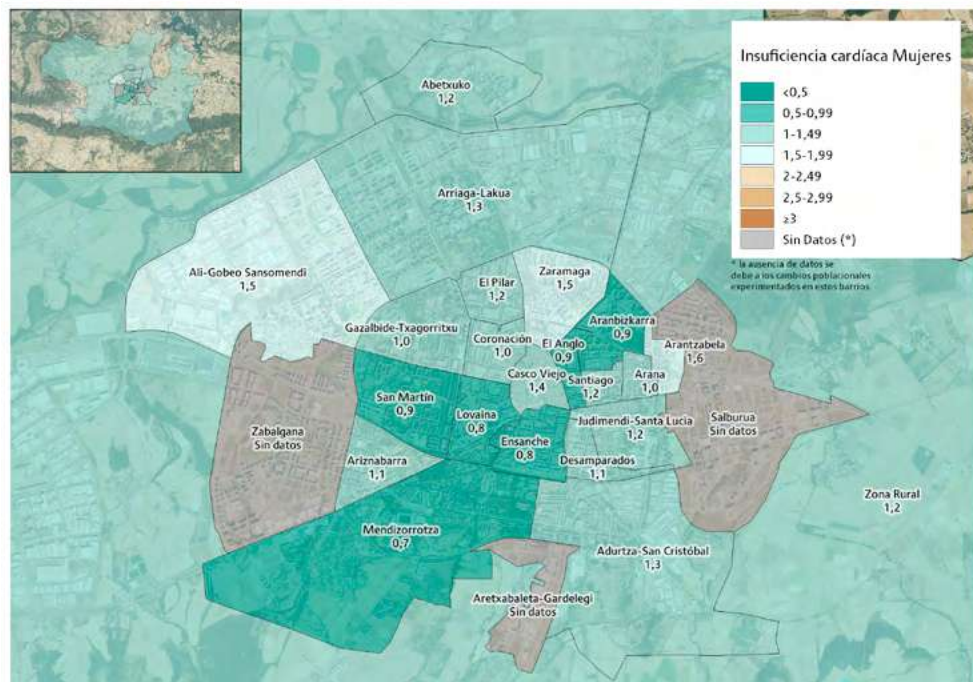
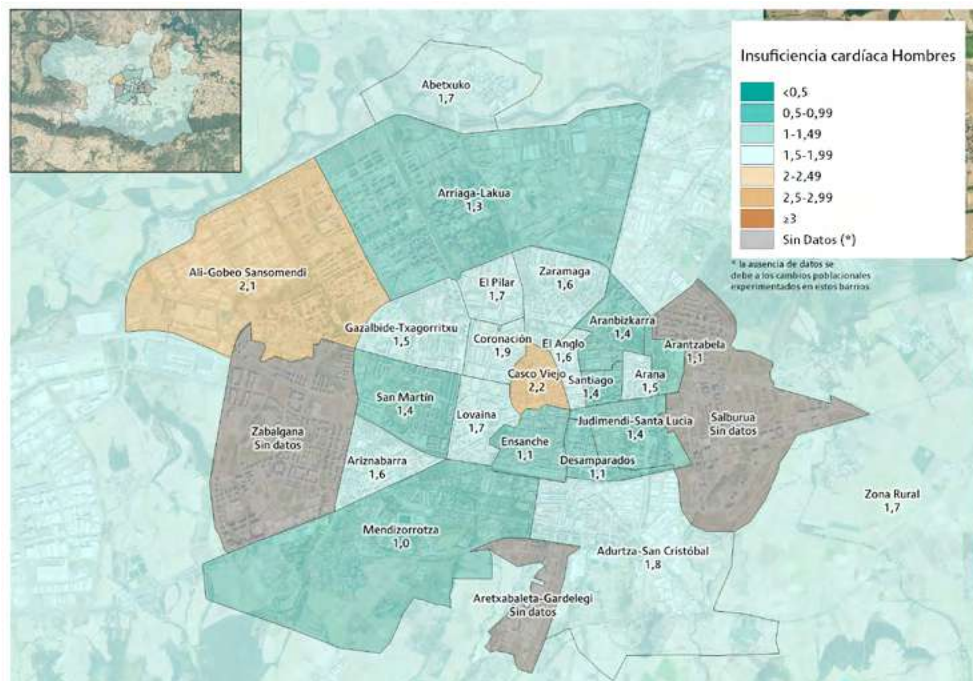


FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de Osakidetza.

La Insuficiencia Cardíaca (IC) también varía entre los hombres y mujeres de los barrios de Vitoria-Gasteiz (Mapa 7 y 8). Entre los hombres, las prevalencias más altas se registran en el Casco Viejo (2,2%) y en el barrio de Ali-Gobeo-Sansomendi (2,1%), mientras que las más bajas se observan entre los hombres de Mendizorrotza (1%), Desamparados (1,1%), el Ensanche (1,1%) y Arantzabela (1,1%). Entre las mujeres, la prevalencia de IC es inferior al 2% en todos los barrios. Mendizorrotza se postula nuevamente como el barrio con menor prevalencia de IC entre las mujeres (0,7%), seguido del Ensanche (0,8%).



**MAPA 7 Y 8:** Prevalencia estandarizada de Insuficiencia Cardíaca (IC) por barrios y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2019

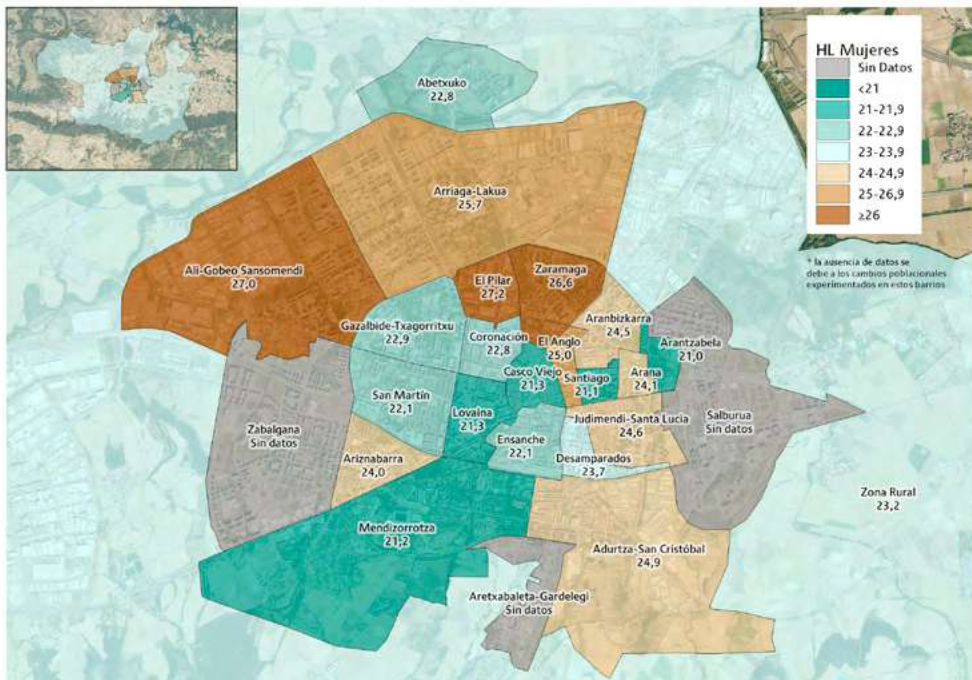
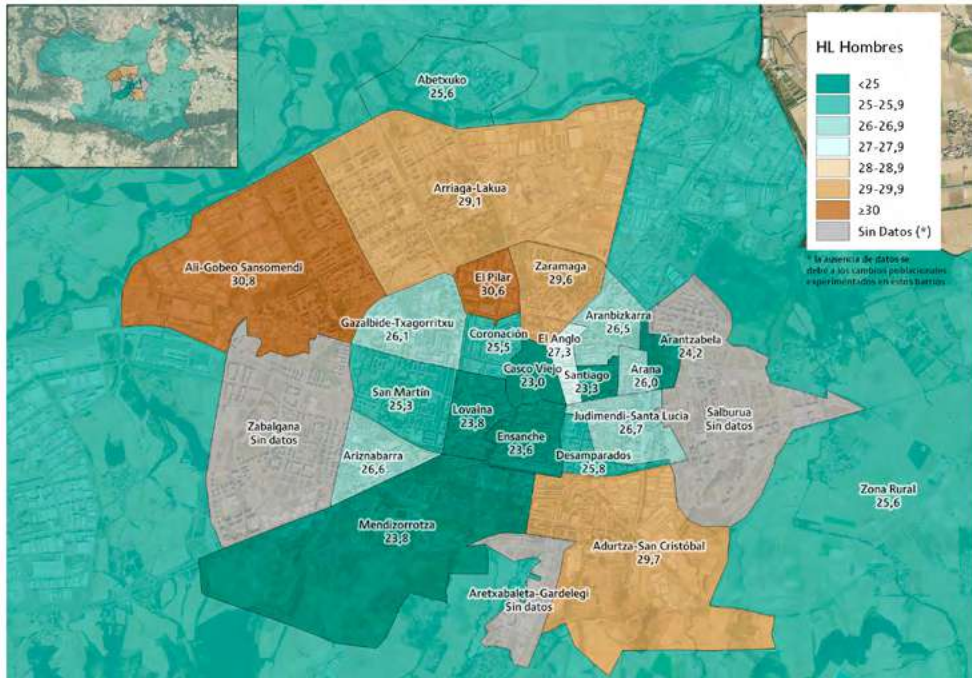


FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de Osakidetza.

En el caso de la Hiperlipidemia (HL), los barrios con una mayor proporción de hombres con este problema son Sansomendi-Ali-Gobeo y El Pilar, donde afecta a más del 30% de la población masculina (Mapa 9). Por el contrario, el barrio con una menor proporción de hombres afectados por HL sería el Casco Viejo, seguido de Santiago, el Ensanche, Mendizorrotza, Lovaina y Arantzabela. En todos ellos, no obstante, la proporción de hombres afectados oscila entre el 23 y el 25%.

Entre las mujeres (Mapa 10), la prevalencia de la HL es algo menor que entre los hombres en todos los barrios, aunque su distribución es muy similar a la ellos. El Pilar, Sansomendi-Ali-Gobeo y Zaramaga se encuentran a la cabeza de los barrios con más afectadas, con tasas superiores al 26%. En el extremo opuesto, nuevamente se encuentran Arantzabela, Santiago, Mendizorrotza, Lovaina y Casco Viejo, donde menos del 22% de las mujeres padece HL (Mapa 9).

**MAPA 9 Y 10:** Prevalencia estandarizada de Hiperlipidemia (HL) por barrios y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2019



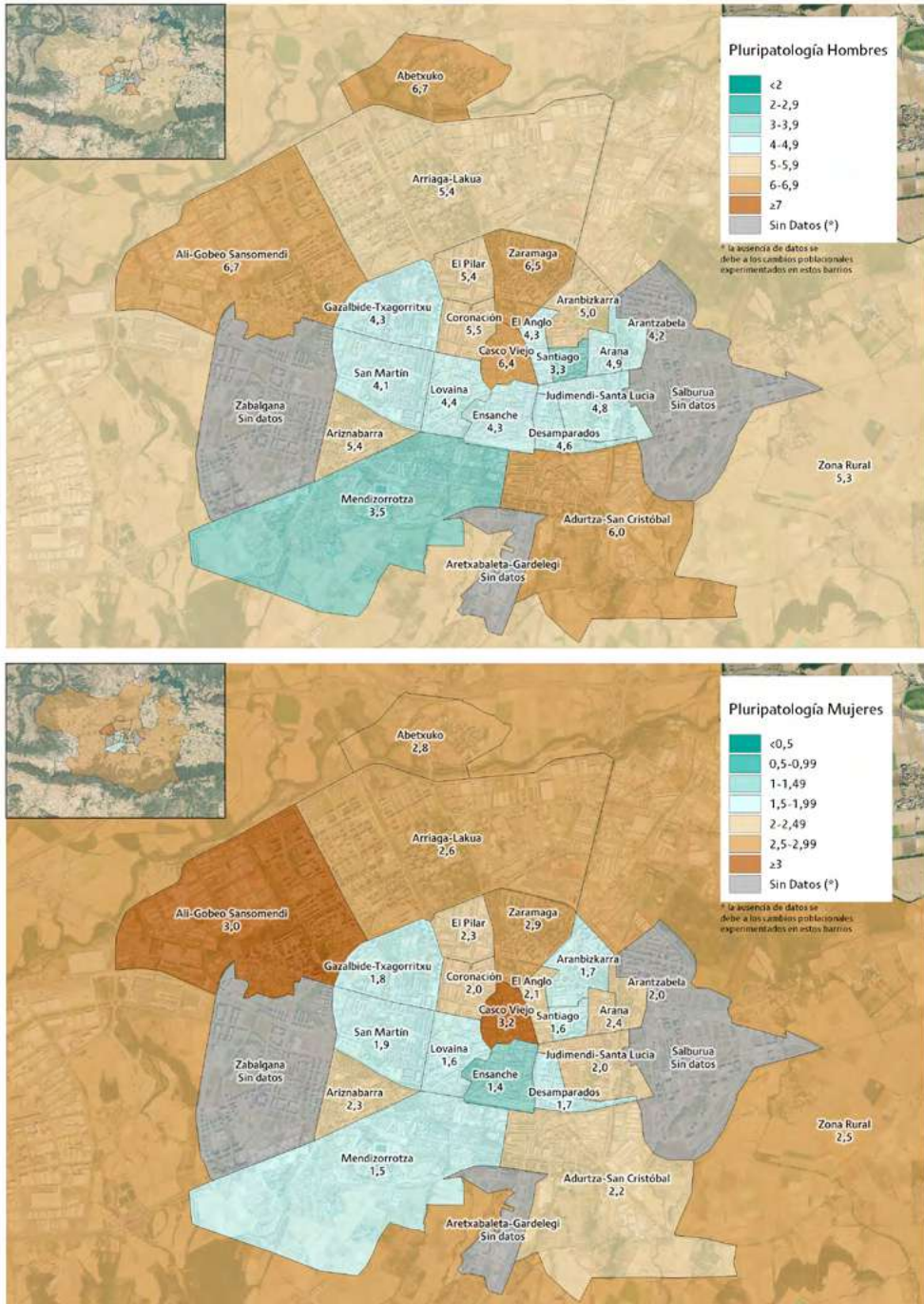
FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de Osakidetza.

Por último, en los siguientes mapas (Mapa 11) se recogen las prevalencias de personas con pluripatología respecto a la población total de cada barrio. Nuevamente, Sansomendi-Ali-Gobeo y Abetxuko constituyen los barrios donde la proporción de hombres con pluripatología es mayor del 6,7%, mientras que en Mendizorrotza y Santiago, los barrios con menores porcentajes, esta condición afecta en torno al 3,5% de la población masculina.

Entre las mujeres, las diferencias por barrios son similares, aunque en este caso, junto con Sansomendi-Ali-Gobeo (3%), las mujeres del Casco Viejo son las que presentan una mayor prevalencia estandarizada de pluripatología (3,2%). En el extremo opuesto, las mujeres del Ensanche y Mendizorrotza son con un 1,4 y 1,5% respectivamente, las que registran cifras más pequeñas.



**MAPA 11 Y 12:** Prevalencia estandarizada de Pluripatología por barrios y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2019



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de Osakidetza.

### 3.2.2. Estado de salud mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definía ya en 2001 la salud mental como “*un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad*” (OMS, 2021), situando a la salud mental como cimiento del bienestar y el funcionamiento efectivo de las personas y comunidades y dando a entender que sin salud mental no hay salud.

En los últimos años, además, la idea del papel fundamental que desempeña la salud mental en el logro de los objetivos de desarrollo mundial ha ido instaurándose y ganando terreno, lo cual se refleja en la inclusión de la salud mental dentro del objetivo de Salud y Bienestar marcado por Naciones Unidas en sus Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Según la OMS, los trastornos mentales representan el 30% de las enfermedades no mortales en todo el mundo y el 10% de la carga total de enfermedades que incluyen la discapacidad o la muerte, lo que conlleva una gran carga para la salud pública (WHO, 2019). Asimismo, los datos aportados por el *Global Burden of Disease*<sup>4</sup> estimaba que en 2017 alrededor del 10% de la población mundial padecía algún tipo de trastorno mental, siendo la depresión y la ansiedad los problemas más frecuentes, tras los trastornos mentales por consumo de sustancias. A nivel mundial, en ambos casos, la proporción de las mujeres con depresión y ansiedad superaba con creces a la de los hombres.

En Vitoria-Gasteiz la proporción de personas con síntomas de depresión o ansiedad entre la población de 16 y más años es de 9,9% en hombres y de 17,6% en mujeres en 2018. Los datos de la ESCAV arrojan luz también sobre el ideario suicida de la población (gráfico 24). Tal y como refleja el Gráfico 24, los problemas de salud mental se van incrementando de forma progresiva a medida que la edad de la población aumenta para ambos sexos, siendo las más afectadas las mujeres de 65 y más años: una de cada 5 mujeres mayores presenta algún tipo de síntoma de ansiedad y/o depresión.

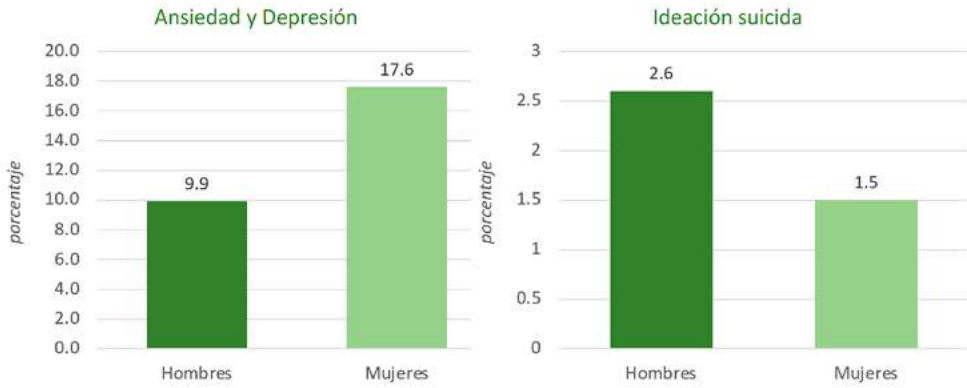
Asimismo, la prevalencia de ansiedad o depresión aumenta a medida que empeora el nivel socioeconómico de las personas, tanto en hombres como en mujeres y tanto si tenemos en cuenta el nivel de instrucción, la clase ocupacional o el nivel de privación del barrio de residencia (Gráfico 26). Nuevamente, cabe destacar, que independientemente de la posición socioeconómica, la prevalencia de la ansiedad y/o depresión es mayor entre las mujeres que entre los hombres.

En el caso de la ideación suicida, es decir, el porcentaje de personas que ha pensado seriamente en quitarse la vida, a diferencia de lo que ocurre con la depresión y ansiedad, los resultados reflejan una situación más adversa para los hombres: alrededor del 2,5% de hombres de Vitoria-Gasteiz, contra el 1,5% de las mujeres, ha pensado alguna vez suicidarse.

---

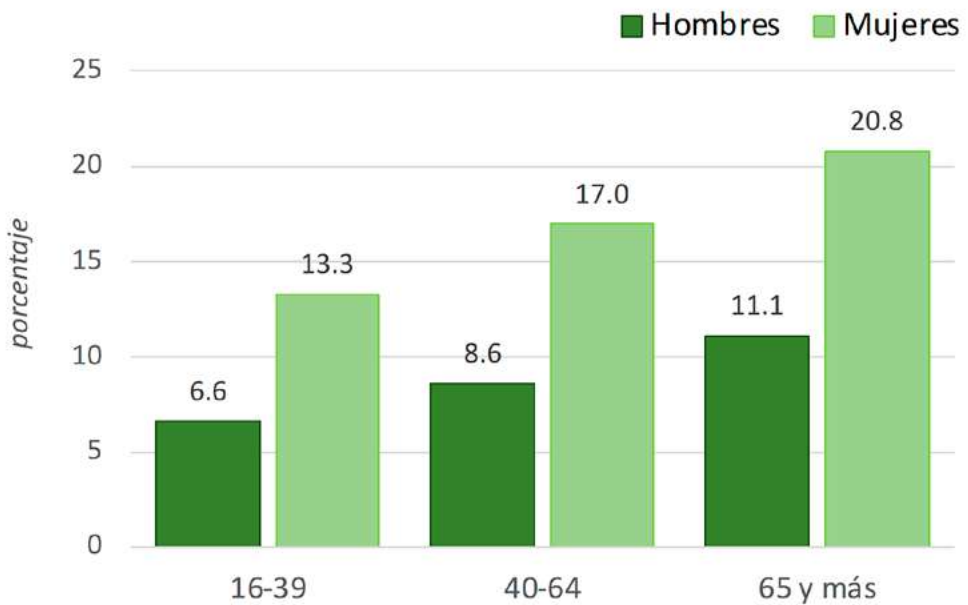
4 *Global Burden of Disease* es un proyecto del *Health Metrics and Evaluation (IHME)* y constituyen las estimaciones en la que propia OMS confía para publicar y disseminar a través de sus canales, tales como informes técnicos o página web.

**GRÁFICO 24:** Prevalencia de síntomas de ansiedad y/o depresión e ideación suicida por sexo, estandarizadas por edad. Vitoria-Gasteiz, 2018



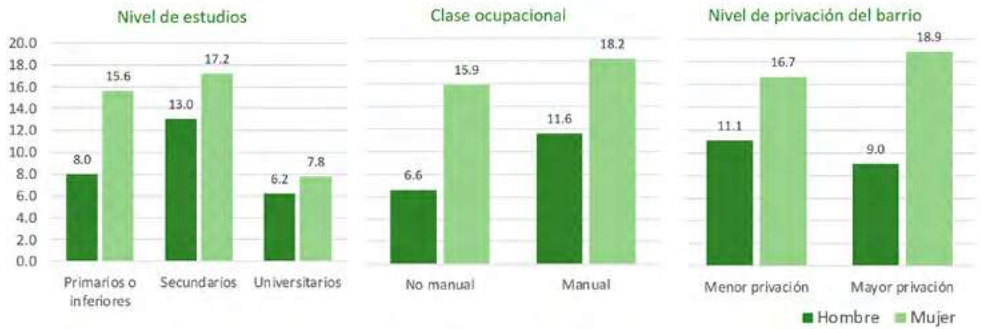
FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV-18.

**GRÁFICO 25:** Síntomas de ansiedad y/o depresión por sexo y grupo de edad. Vitoria-Gasteiz, 2018



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV-18.

**GRÁFICO 26:** Síntomas de ansiedad y/o depresión por sexo y característica socioeconómica, estandarizado por edad. Vitoria-Gasteiz, 2018

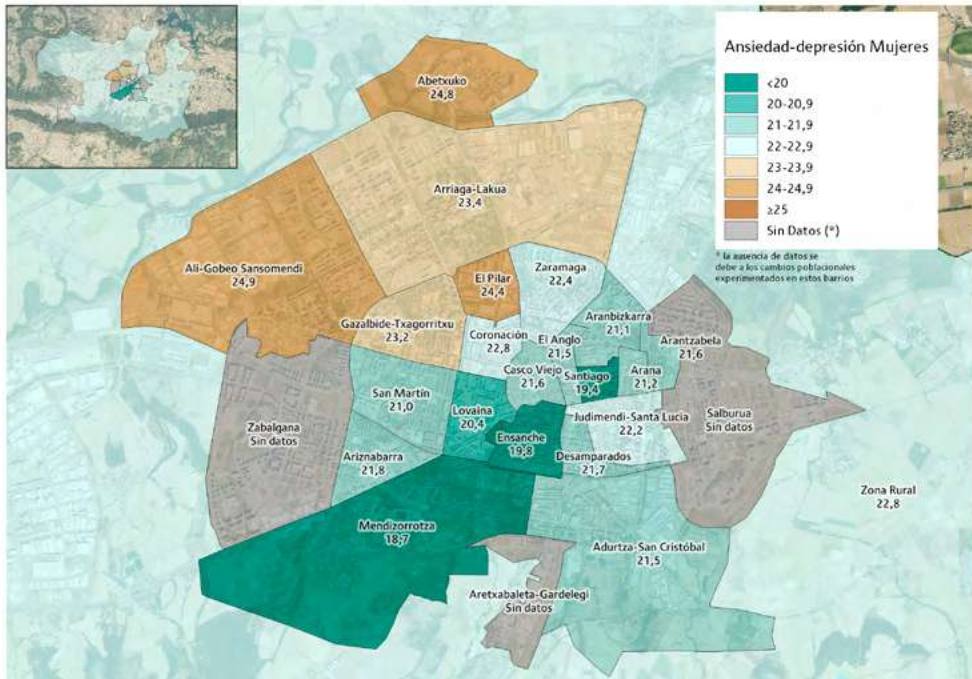
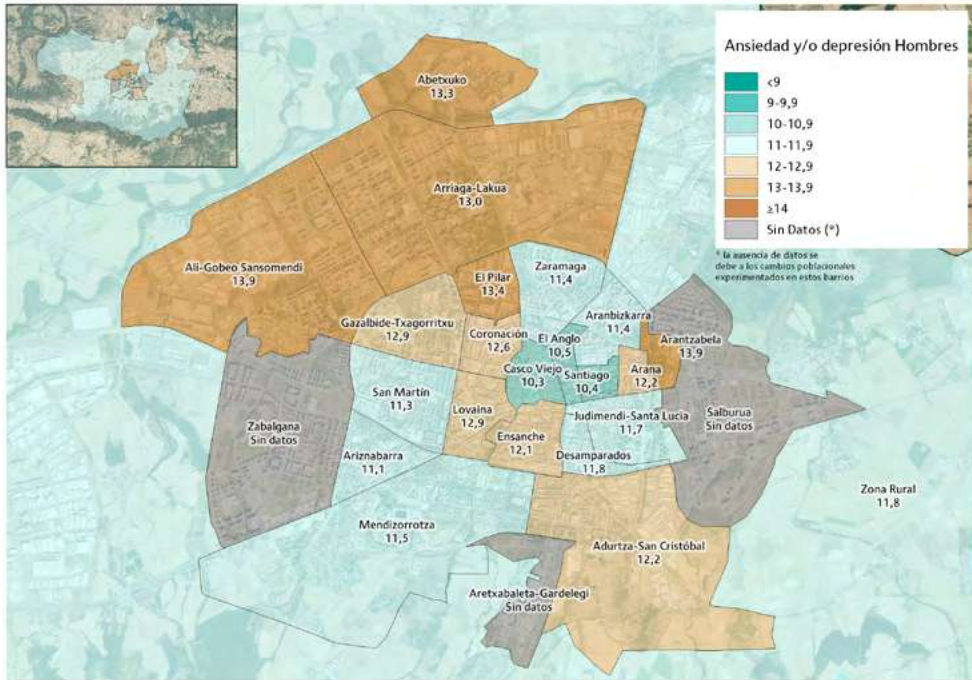


FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV-18

En relación con estado de salud mental también se observan diferencias entre barrios del municipio. Concretamente, el porcentaje estandarizado de personas con diagnóstico de ansiedad y depresión permite realizar un análisis territorial de la situación por barrios de los problemas de ansiedad y depresión entre hombres y mujeres (Mapas 13 y 14).



**MAPA 13 Y 14:** Prevalencia estandarizada de ansiedad-depresión por barrios y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2019



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de Osakidetza

Según estos datos, la prevalencia de problemas de ansiedad y/o depresión son también más frecuentes entre las mujeres que entre los hombres. Comenzando por las diferencias entre los hombres, en todos los barrios de Vitoria-Gasteiz, el porcentaje de hombres afectados por dichos problemas supera el 10%. La presencia de ansiedad/depresión es mayor en los barrios de Sansomendi-Ali-Gobeo, Arantzabela, El Pilar, Lakua-Arriaga y Abetxuko, con prevalencias superiores al 13%. En el extremo opuesto, la menor presencia de sintomatología ansioso-depresiva se registra entre la población masculina que reside en el Casco Viejo, el Anglo y Santiago.

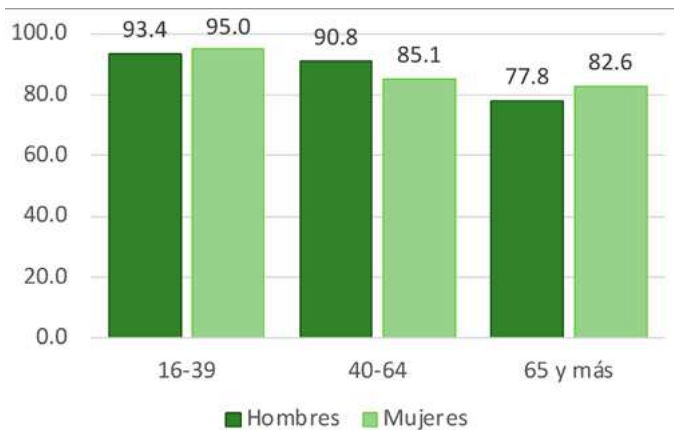
Entre las mujeres, tan solo Mendizorrotza, el Ensanche y Santiago registran prevalencias inferiores al 20% y en ninguno de ellos baja por debajo del 18%. La mayor prevalencia de mujeres con ansiedad y/o depresión se da en Abetxuko, Sansomendi-Ali-Gobeo y el Pilar, con proporciones cercanas al 25%, lo que significa que, en estos barrios, una de cada cuatro mujeres padece síntomas de depresión y/o ansiedad.

### 3.2.3. Salud bucodental

En 2011, la Asamblea General de las Naciones Unidas convocó la Reunión de Alto Nivel acerca de las Enfermedades No Transmisibles, donde se reconoció a las enfermedades bucodentales como importantes cargas de morbilidad, ya que pueden afectar a las personas durante toda la vida y causar dolor, molestias, desfiguración o incluso la muerte, por lo que constituye un indicador clave de salud y bienestar. Una de las consecuencias de dicha reunión fue la inclusión de la salud bucodental en la Declaración política sobre la cobertura sanitaria universal en 2019.

La mayor parte de los habitantes de Vitoria-Gasteiz valoran positivamente su salud bucodental. Concretamente un 87,1% de los hombres y un 85,3% de las mujeres la califica como buena o muy buena. Con la edad, la valoración positiva va disminuyendo: más del 90% de los menores de 40 años tiene una percepción positiva de su salud dental, proporción que disminuye hasta el 77,8% entre los hombres de 65 y más años y el 82,6% de las mujeres de este grupo de edad (Gráfico 27). A excepción de los más mayores, los hombres valoran más positivamente su salud dental que las mujeres.

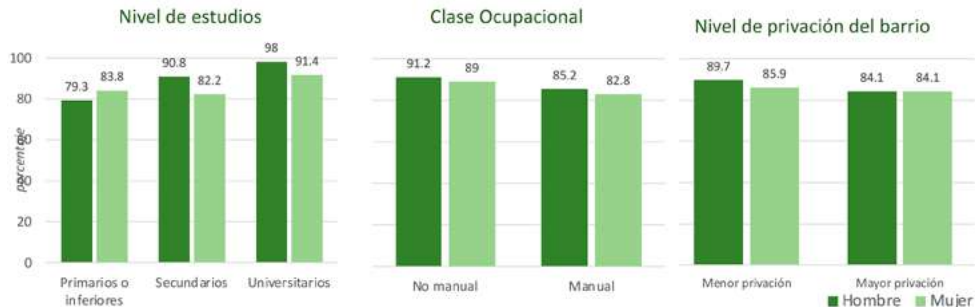
**GRÁFICO 27:** Buena salud dental percibida por sexo y edad. Vitoria-Gasteiz, 2018



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV-18.

El porcentaje de buena salud dental varía entre los diferentes grupos sociales, empeorando la salud dental a medida que desciende el nivel socioeconómico. Así, las personas con más estudios, aquellos cuyos empleos no son manuales y que residen en barrios con un menor nivel de privación valoran de forma más positiva su salud bucodental. A excepción del grupo de personas con estudios primarios, las mujeres muestran una peor percepción de su salud bucodental que los hombres (Gráfico 28).

**GRÁFICO 28:** Buena salud dental percibida por sexo y característica socioeconómica, estandarizado por edad. Vitoria-Gasteiz, 2018



FUENTE: elaboración propia a partir de datos de los datos de la ESCAV-18.

### 3.2.4. Salud sexual y reproductiva

Según Naciones Unidas, una buena salud sexual y reproductiva es el estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, lo cual implica la capacidad de procrear y disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia<sup>5</sup>.

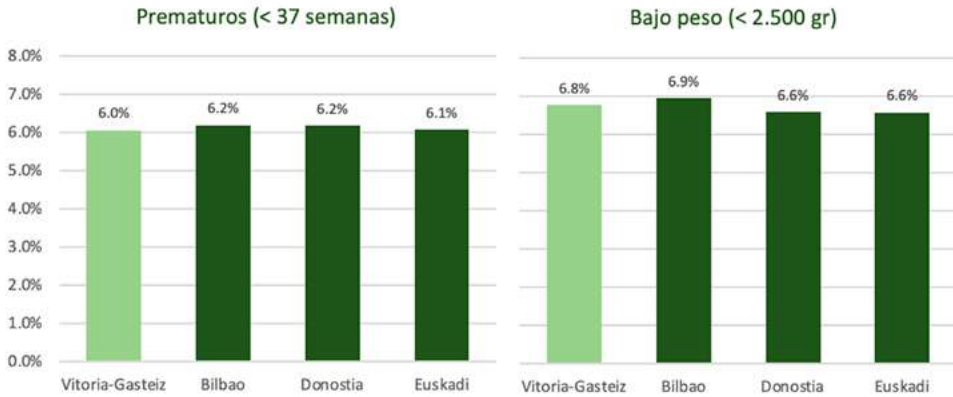
En este apartado, se presentan varios indicadores clave para aproximarnos a este aspecto de la salud de la ciudadanía de Vitoria-Gasteiz. Lamentablemente no se disponen de indicadores que permitan un análisis integral de la salud sexual y reproductiva, ya que únicamente hemos podido contar con indicadores que dan cuenta de aspectos relacionados con salud perinatal, los nacimientos prematuros y de bajo peso, así como las Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE).

#### Nacimientos prematuros y de bajo peso

En la capital alavesa, un 6% de los nacimientos que se produjeron en 2017-19 fue prematuro, es decir, de menos de 37 semanas de gestación, y el 6,8% de los bebés lo hicieron con bajo peso, con menos de 2.500 gramos (Gráfico 29). Estas proporciones de prematuridad y bajo peso son prácticamente idénticas en las tres capitales vascas, así como en el conjunto de Euskadi.

5 Fondo de Población de las Naciones Unidas: <https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva#:~:text=Una%20buena%20salud%20sexual%20y,relacionados%20con%20el%20sistema%20reproductivo>

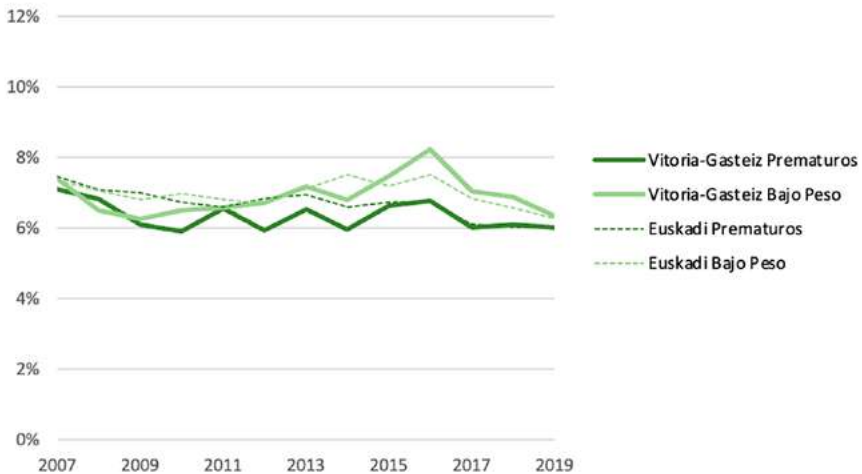
**GRÁFICO 29:** *Proporción de nacimientos prematuros y de bajo peso por lugar de residencia. Capitales vascas, 2017-2019*



FUENTE: elaboración propia a partir de datos de los datos del Movimiento Natural de Población del Instituto Nacional de Estadística.

En los últimos años, las cifras de prematuridad y bajo peso de las madres de Vitoria-Gasteiz se han mantenido relativamente estables, al igual que en el conjunto de Euskadi, oscilando en ambos casos entre el 6 y 8%. Los nacimientos prematuros presentan una ligera tendencia descendente en Vitoria-Gasteiz, aunque debido al pequeño número de casos de la capital alavesa la tendencia presenta continuas oscilaciones. El porcentaje de niños nacidos con menos de 2.500 gramos venía aumentando ligeramente hasta alcanzar un máximo en 2016, año en el que dicha tendencia se invierte y vuelve a descender hasta situarse en el 6,3% en 2019.

**GRÁFICO 30:** *Evolución de la proporción de nacimientos prematuros y de bajo peso. Vitoria-Gasteiz y conjunto de Euskadi, 2007-2019*



FUENTE: elaboración propia a partir de datos de los datos del Movimiento Natural de Población del Instituto Nacional de Estadística.

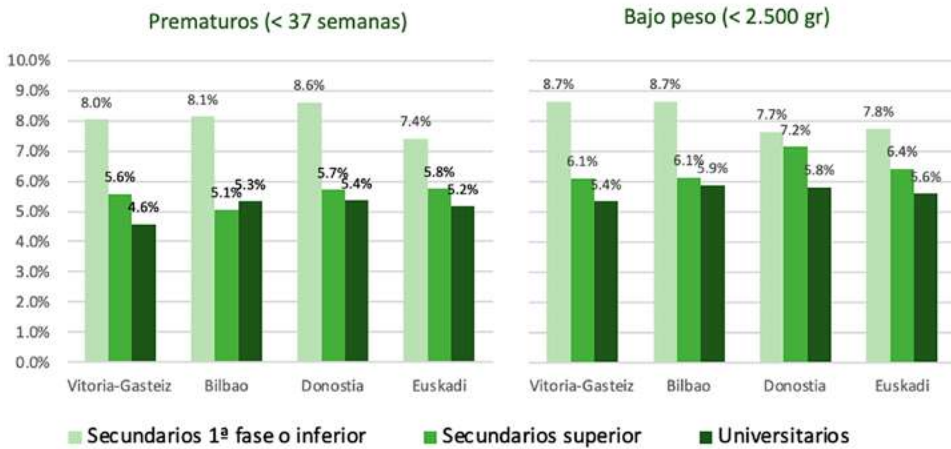
Al analizar la prevalencia de nacimientos prematuros y de bebés de bajo peso por el nivel educativo de las madres, se comprueba una pauta por la cual, a mayor nivel educativo,



menor es la proporción de prematuros y bebés de bajo peso, con una importante disparidad entre las de menos nivel de estudios y el resto (Gráfico 31).

Si entre aquellas madres con un nivel de estudios (secundarios inferiores o menos) la proporción de bebés prematuros es del 8% y el de aquellos con bajo peso del 8,7%, las cifras entre aquellas con estudios secundarios o universitarios caen de forma significativa. Así tan solo un 4,6% de las mujeres con estudios universitarios da a luz de forma prematura y tan solo el 5,4% a bebés de bajo peso. Esta mayor prematuridad y bajo peso entre las de menor nivel de estudios se produce también tanto en el resto de capitales como en el conjunto de Euskadi.

**GRÁFICO 31:** *Proporción de nacimientos prematuros y de bajo peso por nivel de instrucción y lugar de residencia. Capitales vascas, 2017-2019*

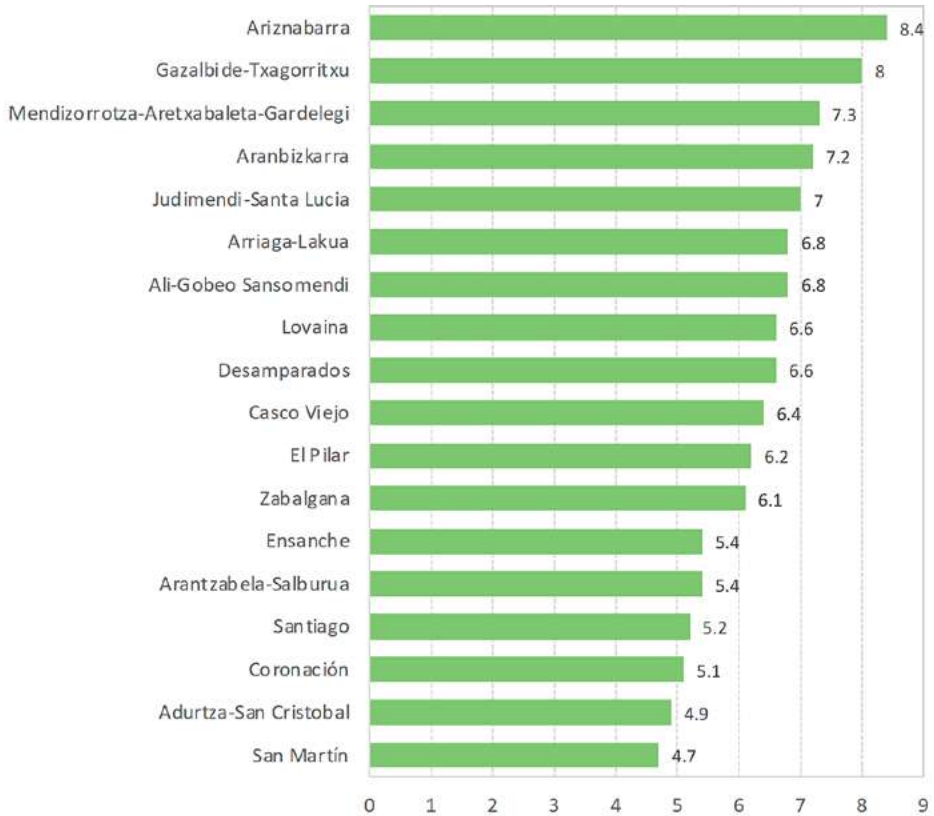


FUENTE: elaboración propia a partir de datos de los datos del Movimiento Natural de Población del Instituto Nacional de Estadística.

Las diferencias en el porcentaje de bajo peso y prematuridad también se producen entre los diferentes barrios de Vitoria-Gasteiz<sup>6</sup>. Así, los nacimientos prematuros producidos entre 2014 y 2020 se sitúan entre el mínimo de 4,7% de San Martín y el máximo de 8,4% de Ariznabarra (Gráfico 32). Los nacimientos de bajo peso, también varían desde el mínimo del 5% en el barrio de Santiago al máximo del 9,4% de Ali-Gobeo Sansomendi (Gráfico 33).

6 Se ha considerado solo los barrios de mayor tamaño ya que en algunos casos el número de nacimientos no aconsejaba el cálculo del indicador

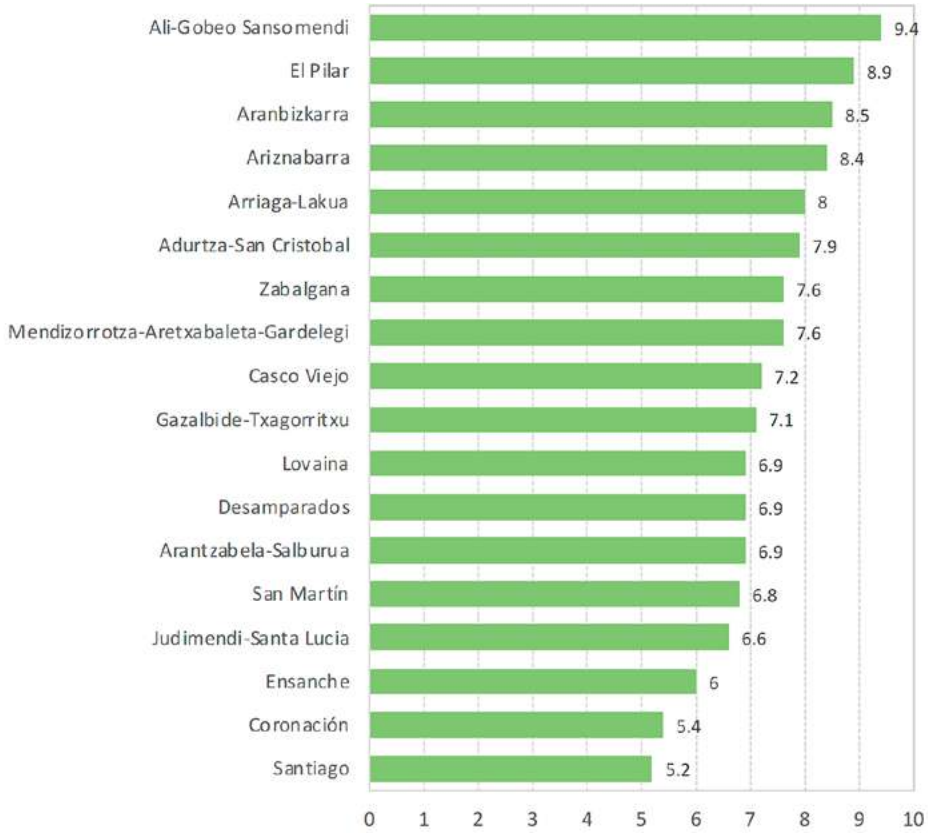
**GRÁFICO 32:** Proporción de nacimientos de prematuros (<37 semanas) barrios. Vitoria-Gasteiz, 2014-2020



FUENTE: elaboración propia a partir de datos de los datos Eustat.

Aunque la prevalencia de la prematuridad y el bajo peso por barrios no se corresponde exactamente, sí que se identifican ciertas áreas de Vitoria-Gasteiz donde se producen menos nacimientos prematuros y de bajo peso. Los barrios de San Martín, Santiago, Coronación y Ensanche muestran para ambos indicadores proporciones más bajas. Curiosamente, en el caso opuesto no se identifica de forma clara y contundente a ningún barrio, aunque Ariznabarra y Aranbizkarra se muestran en la parte alta de los gráficos, con unos porcentajes bastante elevados para ambos indicadores (Gráfico 32 y Gráfico 33).

**GRÁFICO 33:** *Proporción de nacimientos de bajo peso (<2.500 gr) barrios. Vitoria-Gasteiz, 2014-2020*



FUENTE: elaboración propia a partir de datos de los datos Eustat.

## Interrupciones Voluntarias del Embarazo

En 2019 en Vitoria-Gasteiz se llevaron a cabo 471 interrupciones voluntarias del embarazo (IVE), lo que equivale a 8,8 IVE por cada mil mujeres entre 15 y 49 años. El número total de IVE se ha mantenido relativamente estable a lo largo de la última década, con una ligera tendencia descendente hasta 2015, año en el que se producen 400 intervenciones, e incrementándose levemente a partir de dicho año. La tasa de IVEs, el número de interrupciones por cada mil mujeres de entre 15 y 49 años, también se ha mantenido relativamente estable, oscilando entre 7 y 9 por mil desde 2011 (Gráfico 34).

**GRÁFICO 34:** *Evolución de la tasa de Interrupción Voluntaria del Embarazo por cada 1.000 mujeres de 15-49 años. Capitales vascas y conjunto de Euskadi, 2011-2019*



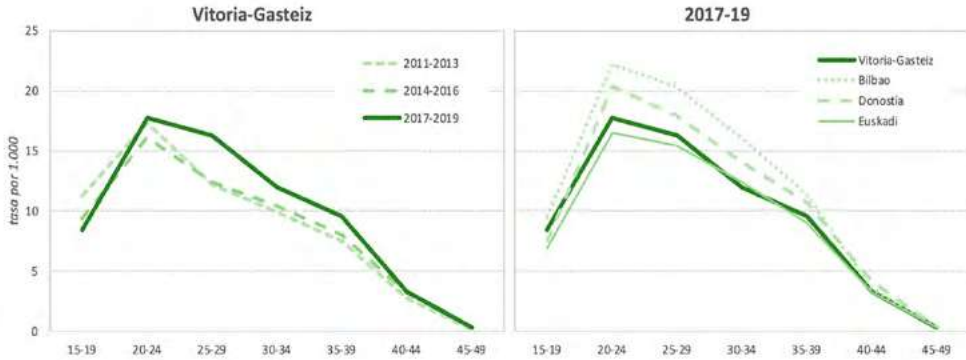
FUENTE: elaboración propia a partir de datos de los datos Eustat el Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

Al analizar la tasa por edad de las IVE es donde se producen grandes diferencias, tanto en Vitoria-Gasteiz como en el resto de capitales o el conjunto de Euskadi (Gráfico 35). La pauta por edad es clara: entre las adolescentes de 15-19 años la tasa es media, alcanzando el máximo a los 20-24 años, con una pauta descendente a partir de dicho grupo de edad. Es sobre todo entre las más mayores, de los 40 años en adelante, donde menos IVE se llevan a cabo, siendo casi residual entre aquellas de 45 y más años.

La tendencia por edad de las IVE en Vitoria-Gasteiz y el resto de ámbitos geográficos se repite en todo el periodo analizado, aunque destacan: a) que las IVE entre las adolescentes menores de 20 años tiende a disminuir ligeramente con el paso de los años; b) que en los últimos tres años se produce un incremento notable entre las mujeres de 25 a 40 años y c) que las IVE se mantienen estables y muy bajas en el tiempo entre aquellas que superan los 40 años.

En Vitoria-Gasteiz las tasas de IVE se encuentran por debajo de las del resto de capitales vascas, especialmente las que se producen en las edades donde su frecuencia es mayor, entre los 20 y 35 años. En el tramo de edad con más IVE - jóvenes vitorianas de 20-24 años - la tasa de abortos inducidos no llega al 18% mientras que en Bilbao y Donostia supera el 20% en ambos casos. La tasa de IVE para el conjunto de Euskadi es menor que en cualquiera de las capitales, ya que fuera de ellas, en los ámbitos poblacionales más pequeños, el peso de los abortos inducidos son a cualquier edad menores que en las ciudades.

**GRÁFICO 35:** *Tasa de Interrupción Voluntaria del Embarazo por grupos de edad. Evolución temporal en Vitoria-Gasteiz y capitales vascas y conjunto de Euskadi en 2017-19*

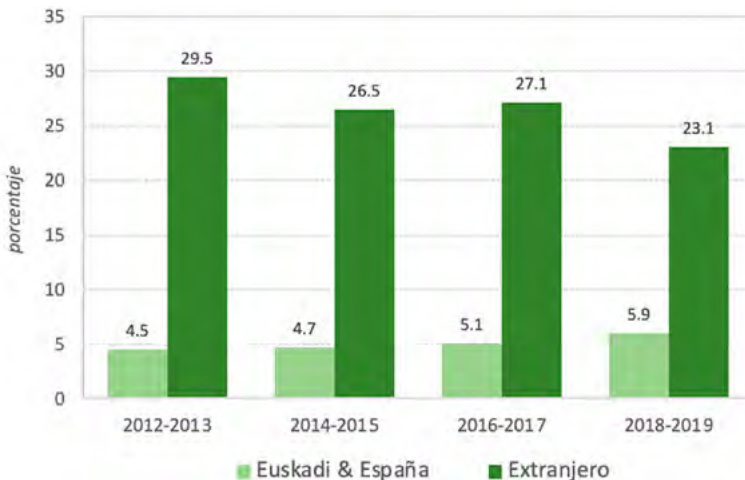


FUENTE: elaboración propia a partir de datos de los datos Eustat el Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

Además de la edad, el lugar de nacimiento de las mujeres aparece de forma clara como un factor diferenciador entre quienes llevan a cabo una IVE. Las tasas entre aquellas nacidas en el extranjero han sido, hasta 2019, 5-6 veces mayores que en el caso de las mujeres nacidas en Euskadi o el Estado español. A lo largo de la última década, no obstante, esta diferencia tiende a reducirse, tanto por la caída de las IVE entre las nacidas en el extranjero como por el continuo, aunque ligero aumento de las IVE que se ha producido entre las nacidas en Euskadi y/o el Estado español.

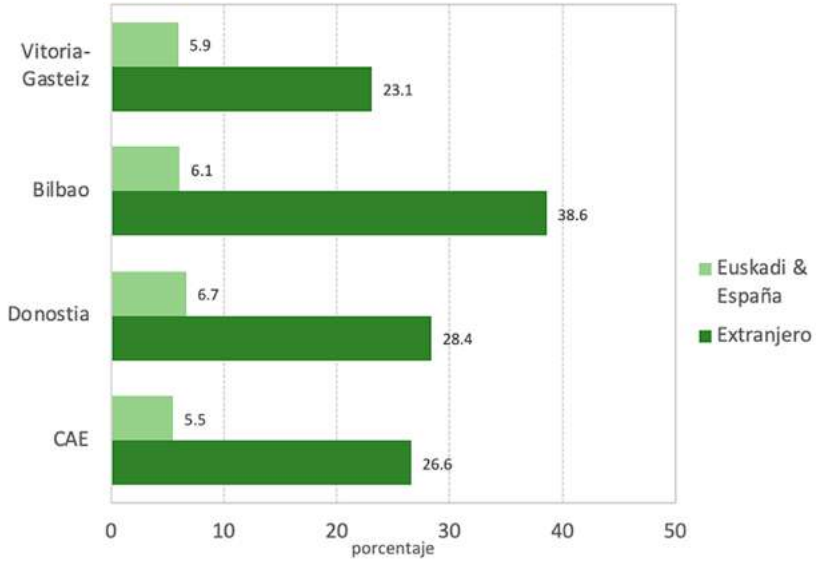
Esta diferencia que marca el lugar de nacimiento de las mujeres no es algo exclusivo de la capital alavesa, sino algo común con el resto de las capitales vascas e incluso el conjunto de Euskadi (Gráfico 36). Es más, las diferencias que se producen en Vitoria-Gasteiz entre las mujeres de origen extranjero y autóctono son las más bajas de todos los ámbitos territoriales analizados.

**GRÁFICO 36:** *Evolución de la tasa de Interrupción Voluntaria del Embarazo por grupos de edad. Vitoria-Gasteiz, 2011-13, 2014-16 y 2017-19*



FUENTE: elaboración propia a partir de datos de los datos de Eustat el Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

**GRÁFICO 37:** *Tasa de Interrupción Voluntaria del Embarazo por lugar de nacimiento de las madres. Capitales vascas y conjunto de Euskadi, 2018-19*



FUENTE: elaboración propia a partir de datos de los datos de Eustat el Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

### 3.3. ESPERANZA DE VIDA Y CAUSAS DE MUERTE

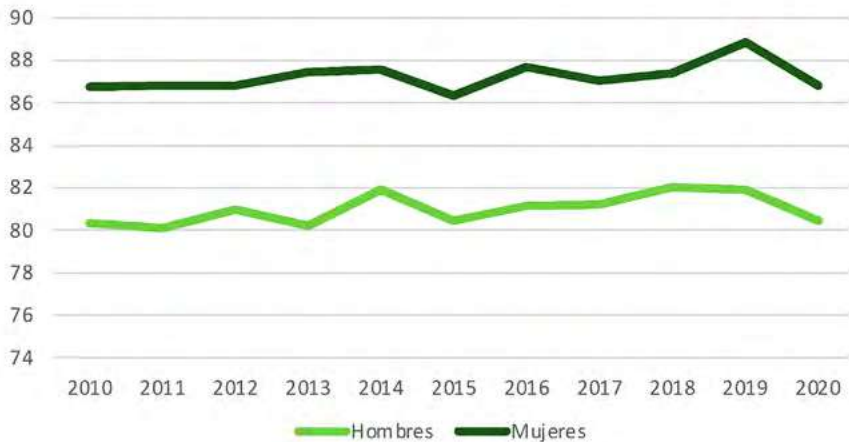
#### 3.3.1. Esperanza de vida

La esperanza de vida (EV) al nacer es un indicador que revela cuál es el número medio de años que viviría una persona desde su nacimiento si se mantiene la pauta por edad y sexo de la mortalidad del momento observado en un determinado ámbito geográfico. De forma similar, la esperanza de vida a una determinada edad indica el número medio de años que le quedaría por vivir a los supervivientes de dicha edad exacta.

La esperanza de vida al nacer de la población vitoriana en 2020 era de 80,5 años entre los hombres y de 86,8 entre las mujeres. Si bien la evolución de la esperanza de vida venía caracterizándose por una tendencia ascendente, aunque tenue, dicho progreso se ha visto interrumpido en varias ocasiones a lo largo de los últimos años: en 2015, en 2017 entre las mujeres y, de forma significativa en 2020, año en el que las consecuencias de la pandemia del Coronavirus sobre la mortalidad quedan patentes (Gráfico 38).

Entre 2010 y 2019, la esperanza de vida al nacer de los hombres y mujeres vitorianas había aumentado en 1,5 y 2,1 años, respectivamente, lo que representa un aumento de alrededor de dos meses y medio de vida por año. Como resultado de las digresiones señaladas, y en especial como consecuencia al aumento de la mortalidad en 2020, la esperanza de vida en 2020 retrocede prácticamente a niveles de 2010, que tan solo aumenta en 0,11 y 0,06 años entre hombres y mujeres, respectivamente.

**GRÁFICO 38:** *Evolución de la esperanza de vida al nacer. Vitoria-Gasteiz, 2010-2020*

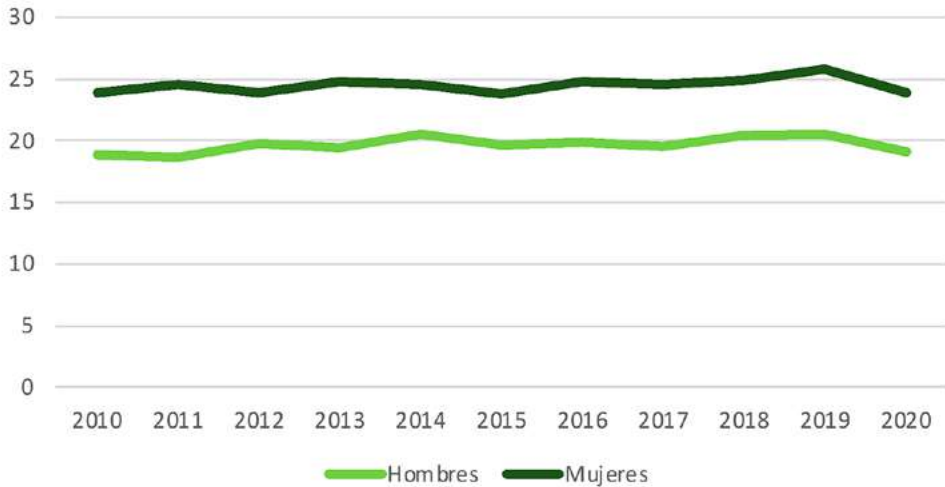


FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Eustat.

La situación es muy similar en cuanto a las expectativas de vida a los 65 años, y la tendencia a lo largo de la década se corresponde con el de la esperanza de vida al nacer: estable y moderado aumento a lo largo del periodo, interrumpido en 2015, 2017 y de forma más pronunciada en 2020.

El progreso observado entre 2010 y 2019 (de un 8,7% entre los hombres y 7,7% entre las mujeres), donde la esperanza de vida de los hombres y mujeres vitorianos a los 65 años aumenta en 1,65 y 1,85 años respectivamente, se ven truncadas con las pérdidas que se producen en 2020 de 1,5 y 1,9 años entre los hombres y mujeres, respectivamente. Como consecuencia, la esperanza de vida de 2020 para las personas mayores de 65 años retrocede prácticamente a los niveles de 2010, situándose en 19 años para los hombres y 23,8 entre las mujeres (Gráfico 39).

**GRÁFICO 39:** *Evolución de la esperanza de vida a los 65 años. Vitoria-Gasteiz, 2010-2020*

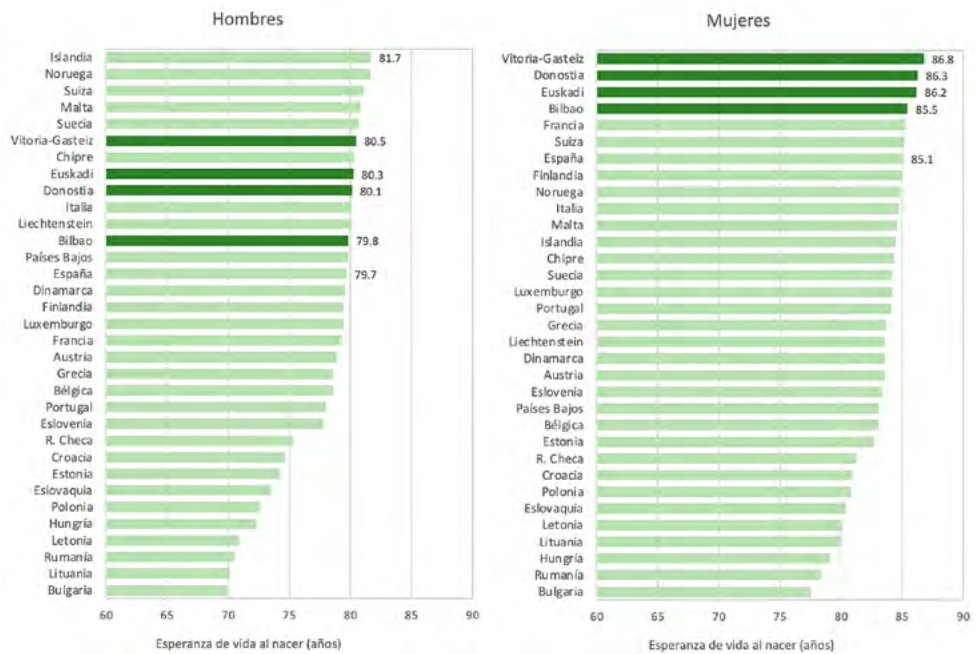


FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Eustat.

A pesar de estas pérdidas, tanto la esperanza de vida al nacer como a los 65 años de la población de Vitoria-Gasteiz en 2020, se sitúa, especialmente en el caso de las mujeres, en un lugar privilegiado si lo comparamos con el resto de las capitales vascas, el conjunto de Euskadi y otros países europeos (Gráfico 40 y Gráfico 41).

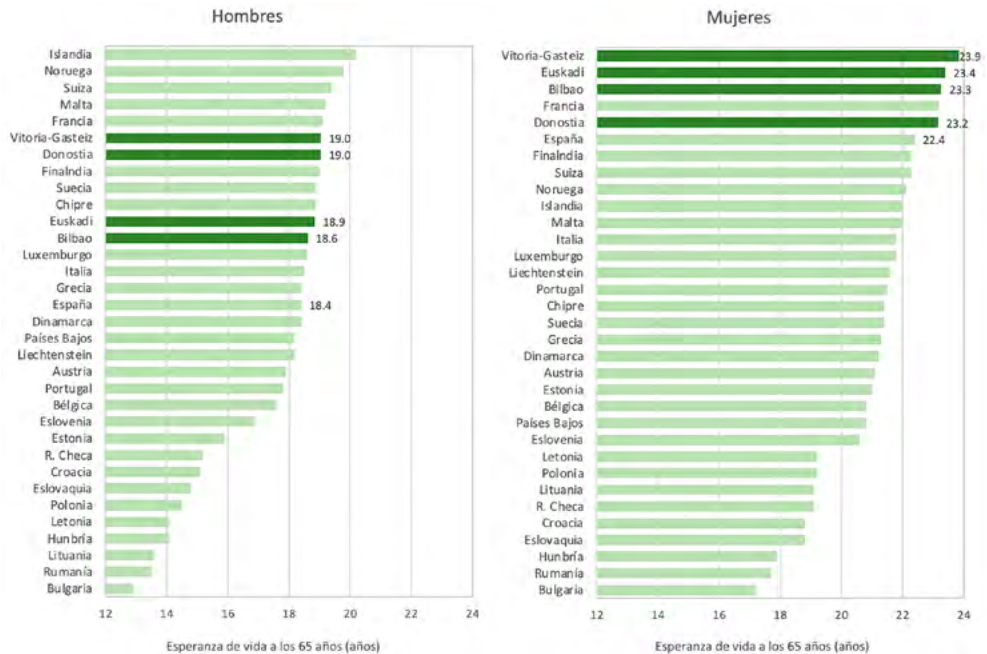


**GRÁFICO 40:** Esperanza de vida al nacer, en las capitales vascas, Euskadi y diferentes países europeos. 2020



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Eustat y Eurostat.

**GRÁFICO 41:** Esperanza de vida a los 65 años en las capitales vascas, Euskadi y diferentes países europeos. 2020



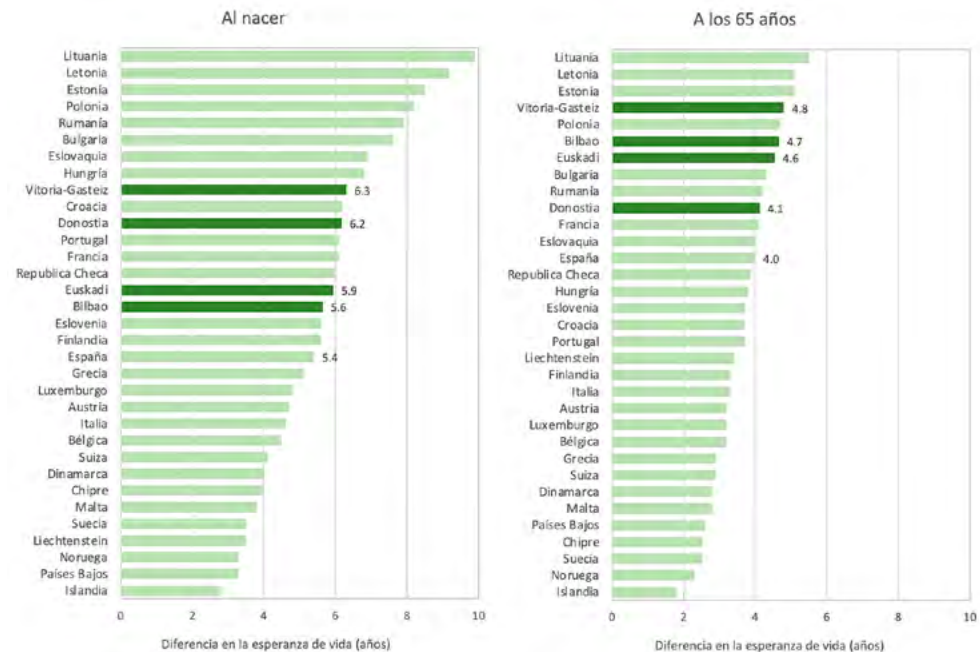
FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Eustat y Eurostat.

La esperanza de vida al nacer de vitorianos y vitorianas en 2020 era de 80,5 y 86,8 años respectivamente y a la edad de 65 de 19 años para los hombres y de prácticamente 24 entre las mujeres. Aunque en ambos casos, los datos en la comparativa con el resto de capitales vascas, el conjunto de Euskadi o diferentes países europeos, reflejan la situación ventajosa de la ciudadanía vitoriana, estos gráficos, junto con el Gráfico 40 y el Gráfico 41, ponen de manifiesto la brecha de género existente en la mortalidad de la población vasca y de sus capitales, incluida Vitoria-Gasteiz.

Normalmente, la esperanza de vida de las mujeres a cualquiera de las edades es siempre mayor entre las mujeres que entre la población masculina, como resultado de la combinación de diferentes factores que van variando a lo largo del tiempo y en cada tramo de edad.

Así, la diferencia en la esperanza de vida entre mujeres y hombres de Vitoria-Gasteiz en 2020 era de 6,3 años mientras que a los 65 años las mujeres podían esperar vivir casi 5 años más que los hombres. Estas diferencias se sitúan por encima del resto de las capitales vascas o del conjunto de Euskadi, y también por encima de la mayoría de países europeos, especialmente en las edades más avanzadas. A pesar de que, en términos absolutos, la esperanza de vida de la ciudadanía de Vitoria-Gasteiz se sitúa entre los países nórdicos o mediterráneos con mejores indicadores, e incluso por encima de ellos en el caso de las mujeres, la brecha entre hombres y mujeres se asemeja más a la de otros países europeos con esperanzas de vida más bajas: Hungría o Croacia para la EV al nacer o Polonia y Estonia para la EV a los 65 años.

**GRÁFICO 42:** *Diferencia de la esperanza de vida al nacer y a los 65 años entre mujeres y hombres, en las capitales vascas, Euskadi y diferentes países europeos. 2020*



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Eustat y Eurostat.

**GRÁFICO 43:** Evolución de la diferencia esperanza de vida al nacer y a los 65 años entre mujeres y hombres, Vitoria-Gasteiz, 2010-2020

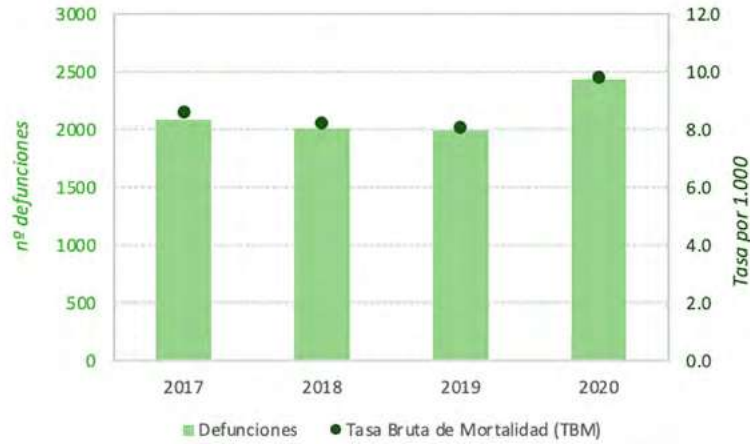


FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Eustat.

El 28 de febrero de 2020, dos semanas antes de decretarse el estado de alarma y el confinamiento estricto de la población de Euskadi y el conjunto del Estado, se identificó el primer caso de la enfermedad del coronavirus (COVID-19) en Euskadi, concretamente en el hospital Txagorritxu de la capital alavesa. A partir de ese caso, Osakidetza activó el primer protocolo de actuación y comenzó a controlar a otros 110 contactos por su posible contagio con el virus SARS-CoV-2. Sin embargo, el desconocimiento de muchos de los aspectos del virus y la falta de medios rápidos y fiables en el diagnóstico de casos, así como un protocolo de prevención, detección, seguimiento y actuación aún por adecuarse a las peculiaridades del nuevo virus, dieron pie a uno de los brotes epidémicos más devastadores de todo Euskadi. Sus consecuencias, tal y como pueden observarse en el Gráfico 44, fueron especialmente importantes en la ciudad de Vitoria-Gasteiz. Si las defunciones anuales más recientes de la capital alavesa, se situaban alrededor de los 2.000 por año, el 2020 llegaron a producirse más de 2.400 fallecimientos, un 22% más de lo habitual. En consecuencia, la Tasa Bruta de Mortalidad (TBM)<sup>7</sup> aumentó notablemente: si en los últimos años, en un año fallecían alrededor de 8 de cada mil habitantes en Vitoria-Gasteiz, en 2020 la pandemia propició que las personas fallecidas anualmente aumentaran a 10 de cada mil.

<sup>7</sup> La Tasa Bruta de Mortalidad es el número de defunciones que se produce por cada 1.000 habitantes en un determinado periodo de tiempo (año).

**GRÁFICO 44:** *Evolución reciente de las defunciones y la Tasa Bruta de Mortalidad. Vitoria-Gasteiz, 2017-2020*



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Eustat y Dto. Salud de Gobierno Vasco.

Como consecuencia, tal y como se muestra en el Gráfico 44, la Tabla 3 y la Tabla 4, la esperanza de vida, tanto al nacer como a los 65 años, se vio mermada. Entre los hombres de Vitoria-Gasteiz, la esperanza de vida al nacer cayó en 1,2 años y en uno entre las mujeres. La caída a los 65 años también fue importante en ambos sexos. El retroceso de la esperanza de vida fue en general mayor en las ciudades que en el conjunto de Euskadi, y su caída fue en términos relativos mayor a la edad de 65 años.

**TABLA 3:** *Esperanza de vida al nacer en Vitoria-Gasteiz en 2017-19 y 2020 y diferencia, por sexo*

	Hombres				Mujeres			
	2017-19	2020	Dif. (n)	Dif. (%)	2017-19	2020	Dif. (n)	Dif. (%)
<b>Vitoria-Gasteiz</b>	<b>81.7</b>	<b>80.5</b>	<b>-1.2</b>	<b>-1.5</b>	<b>87.8</b>	<b>86.8</b>	<b>-1.0</b>	<b>-1.1</b>
<b>Donostia</b>	81.3	80.1	-1.2	-1.5	86.7	86.3	-0.4	-0.4
<b>Bilbao</b>	80.5	79.8	-0.7	-0.8	86.9	85.5	-1.4	-1.6
<b>Euskadi</b>	80.9	80.3	-0.6	-0.8	86.9	86.2	-0.7	-0.9

FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Eustat y Dto. Salud de Gobierno Vasco.

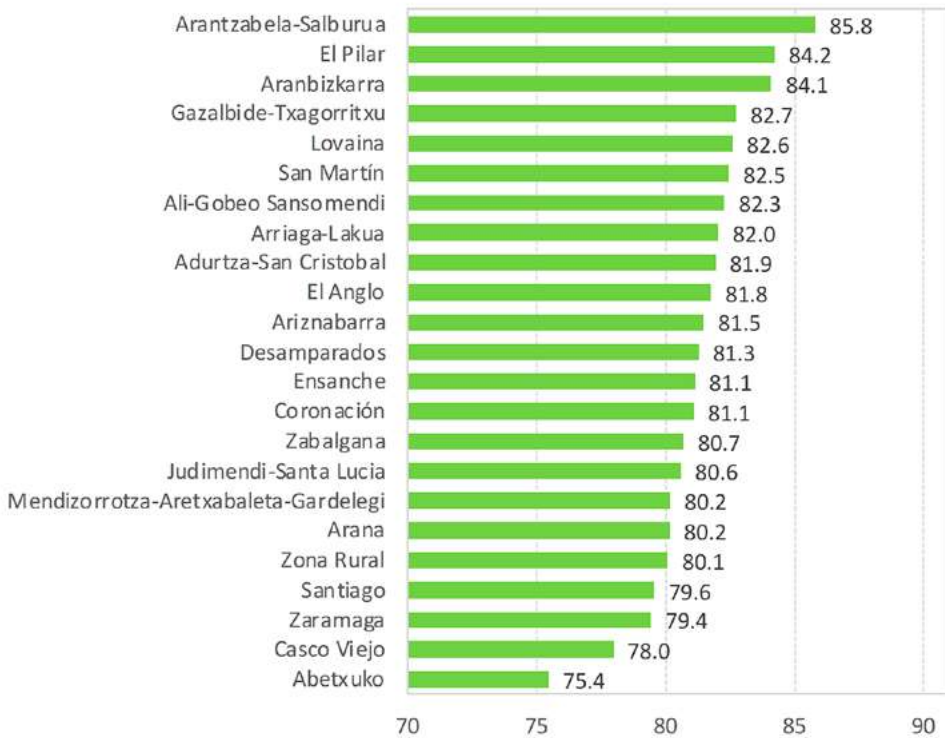
**TABLA 4:** *Esperanza de vida a los 65 años en Vitoria-Gasteiz en 2017-19 y 2020 y diferencia, por sexo*

	Hombres				Mujeres			
	2017-19	2020	Dif. (n)	Dif. (%)	2017-19	2020	Dif. (n)	Dif. (%)
<b>Vitoria-Gasteiz</b>	<b>20.2</b>	<b>19.0</b>	<b>-1.2</b>	<b>-5.7</b>	<b>25.1</b>	<b>23.9</b>	<b>-1.2</b>	<b>-4.9</b>
<b>Donostia</b>	19.8	19.0	-0.8	-3.9	23.9	23.2	-0.7	-2.9
<b>Bilbao</b>	19.4	18.6	-0.8	-3.9	24.5	23.3	-1.2	-4.9
<b>Euskadi</b>	19.5	18.9	-0.6	-3.2	24.2	23.4	-0.8	-3.4

FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Eustat y Dto. Salud de Gobierno Vasco.

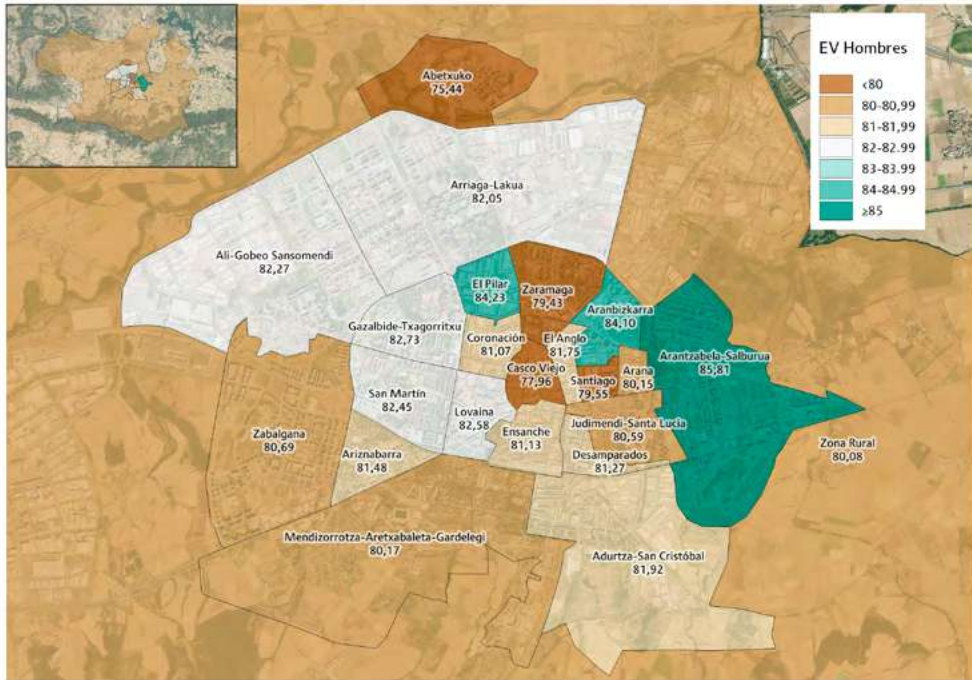
La situación dentro de Vitoria-Gasteiz de los indicadores de esperanza de vida muestran grandes diferencias entre varios de los barrios (Gráfico 45 y Mapa 15). Arantzabela-Salburua es el barrio que ostenta una mayor esperanza de vida entre los hombres, con casi 86 años de promedio, y 5 años por encima del conjunto de la ciudad. Los hombres de El Pilar y Arantzabizkarra también presentan una situación muy favorable, con una EV al nacer que supera en ambos casos los 84 años. En el polo opuesto, destaca Abetxuko, cuya población masculina apenas cuenta con unas expectativas al nacer de 75,4 años, 10 años menos que Arantzabela-Salburua y 5 menos que el conjunto de la ciudad. Asimismo, la EV al nacer de los hombres que habitan en el Casco Viejo, Zaramaga y Santiago no llegan a los 80 años.

**GRÁFICO 45:** *Esperanza de vida de los hombres por barrios de Vitoria-Gasteiz, 2014-19*



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Eustat y el Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

**MAPA 15:** Esperanza de vida de los hombres por barrios de Vitoria-Gasteiz, 2014-19

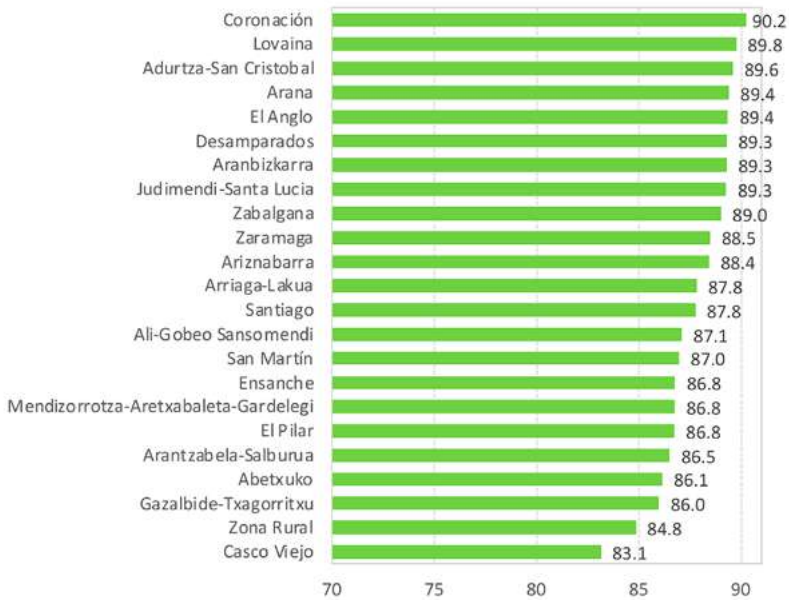


FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Eustat y Dto. Salud de Gobierno Vasco.

Entre las mujeres, las diferencias por barrios no resultan tan importantes y el ranking de los barrios cambia respecto al de los hombres. En el caso de ellas, el barrio con mayor EV al nacer es Coronación, donde se superan los 90 años, seguido muy de cerca por Lovaina y Adurtza-San Cristobal, con 89,6 y 89,9 años respectivamente. Otros cinco barrios ostentan valores superiores a los 89 años y a excepción de cinco barrios (Casco Viejo, Zona Rural, Gaztabide-Txagorritxu, Abetxuko y Arantzabela-Salburua) todos muestran valores por encima de los 86,8 años. La diferencia entre el barrio con los valores más favorables (Coronación con 90,2 años) y menos (Casco Viejo con 83,1 años) en el caso de las mujeres es de aproximadamente 7 años. Por tanto, en ambos sexos, el Casco Viejo destaca como uno de los barrios con valores más desfavorables.

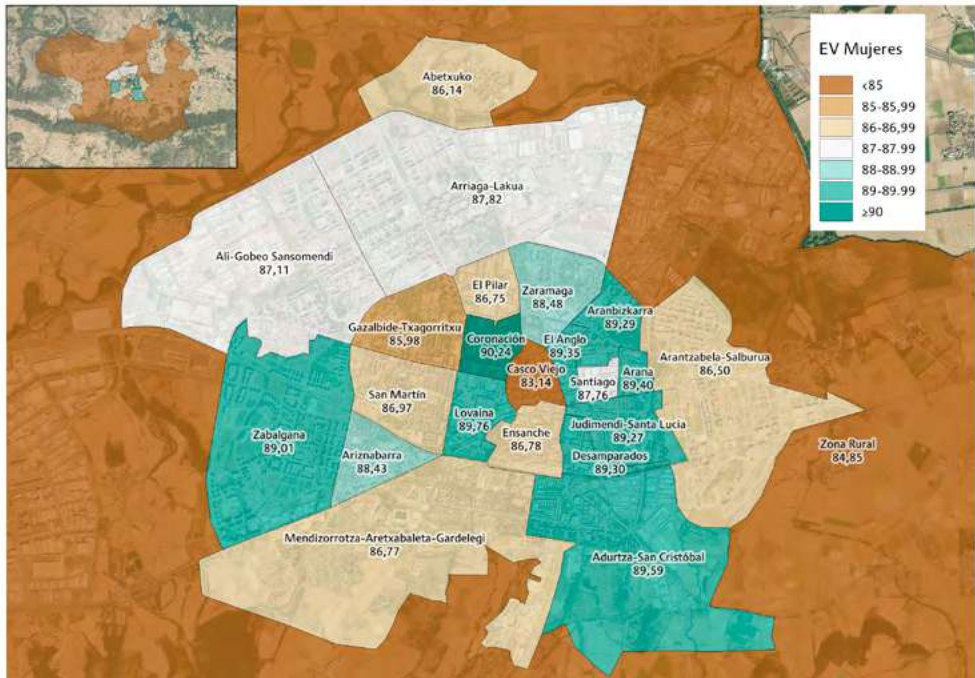


**GRÁFICO 46:** Esperanza de vida de las mujeres por barrios de Vitoria-Gasteiz, 2014-19



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Eustat y Dto. Salud de Gobierno Vasco.

**MAPA 16:** Esperanza de vida de las mujeres por barrios de Vitoria-Gasteiz, 2014-19



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Eustat y Dto. Salud de Gobierno Vasco.



### 3.3.2. Causas de muerte

El análisis de las diferentes causas de mortalidad nos permite establecer cuáles son los principales causantes de las defunciones de la población y a su vez, permite identificar objetivos concretos para elaborar estrategias de prevención y actuación en el ámbito de la salud pública.

A lo largo de la última década, el peso de las principales causas de mortalidad entre la población vitoriana se han mantenido relativamente estables (Gráfico 47). Las causas más habituales de defunción entre las personas menores de 80 años, independientemente del sexo, han sido principalmente los tumores. Entre los/as más mayores, las causas se diversifican, y aunque los tumores siguen siendo importantes, especialmente entre los hombres, los problemas ocasionados por el sistema circulatorio aparecen como causa más habitual de mortalidad (Gráfico 47).

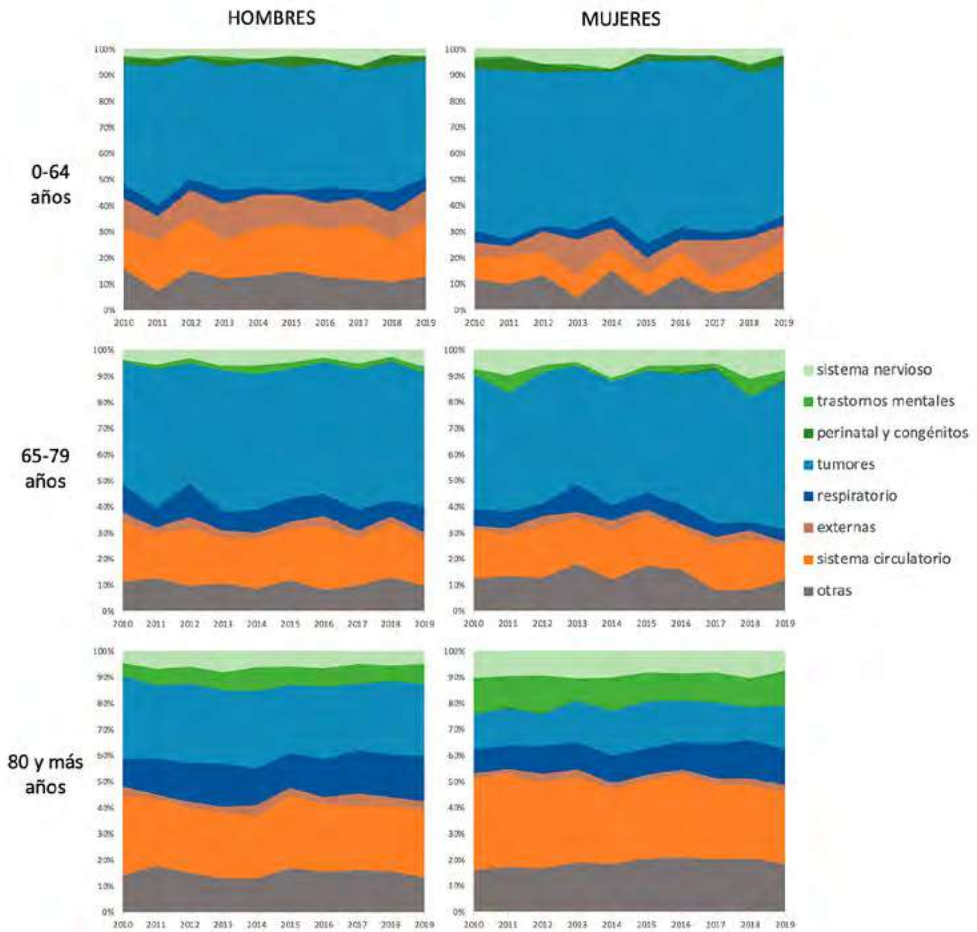
Entre las causas de defunción, destaca cómo éstas van diversificándose a medida que aumenta la edad: si entre las personas menores de 65 años, los tumores constituyen las causas más habituales, a medida que aumenta la edad, el resto de problemas, especialmente los del sistema circulatorio, van ganando terreno, convirtiéndose en la principal causa entre las mujeres de 80 y más años.

Como se ha señalado, los tumores son la principal causa de muerte entre la población de menos de 65 años: en 2019 el 45% de los hombres y el 57% de las mujeres fallecidos/as murió a causa de un tumor. Cabe destacar, asimismo, la mayor prevalencia de causas diferentes a los tumores entre los hombres: las del sistema circulatorio, que representaban en 2019 el 20% y cuyo peso prácticamente dobla al de las mujeres (11%), las causas externas (12% frente al 6% entre las mujeres) y el resto de causas catalogadas en el apartado “otras”, que suponen el 13% y 15% de las defunciones, respectivamente. Es en este grupo de edad en el que las muertes ocasionadas por causas externas cobran un mayor peso, tanto en hombres como en mujeres.

Entre la población vitoriana de 65-79 años, los tumores siguen siendo los principales problemas que ocasionan las defunciones, ocasionando más de la mitad de las defunciones tanto entre hombres como entre mujeres. El segundo problema causante de las muertes de los hombres y mujeres de 65-79 años sigue siendo el relacionado con sistema circulatorio: 18% y 13,3%, respectivamente. Entre las mujeres, destaca el peso que van adquiriendo los problemas relacionados con el sistema nervioso y los problemas respiratorios entre los hombres. Las causas externas de defunción caen drásticamente a partir de los 65 años.

A los 80 y más años, los tumores dejan de ser la causa de mortalidad primaria para ambos sexos. A partir de esta edad, la importancia del resto de enfermedades y problemas aumenta significativamente. Los problemas del aparato circulatorio se erigen como principal causa de muerte (25% entre los hombres y 28% entre las mujeres), aunque los tumores se mantienen a la cabeza entre la población masculina (28%). Entre las mujeres de más edad, los problemas que ocasionan las muertes son más diversas: tras el grupo de “otras” causas (18%), los tumores siguen mostrando una gran importancia (17%), a los que les siguen los problemas respiratorios (14%), los trastornos mentales (13%) y los del sistema nervioso (7%). Las causas de defunciones externas disminuyen sustancialmente entre los/as mayores de 80 años, siendo en 2019 el 3,8% de las defunciones entre los hombres y el 2,4% entre las mujeres.

**GRÁFICO 47:** Evolución de la mortalidad según grandes causas por edad y sexo. 2010-2019



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Eustat y el Dep. Salud del Gobierno Vasco.

En el apartado anterior, se ha mostrado la ventajosa situación de Vitoria-Gasteiz sobre el resto de capitales vascas e incluso del conjunto de Euskadi respecto a la mortalidad, que hace que la esperanza de vida de la capital alavesa sea la más elevada de todas, tanto en hombres como en mujeres. Un análisis comparativo de las diferentes causas de mortalidad permite establecer los problemas que contribuyen a que la esperanza de vida en Vitoria-Gasteiz sea más favorable que en el resto de los territorios analizados. El Gráfico 48 muestra en qué medida contribuyen las diferentes causas de mortalidad a esa brecha en la esperanza de vida.

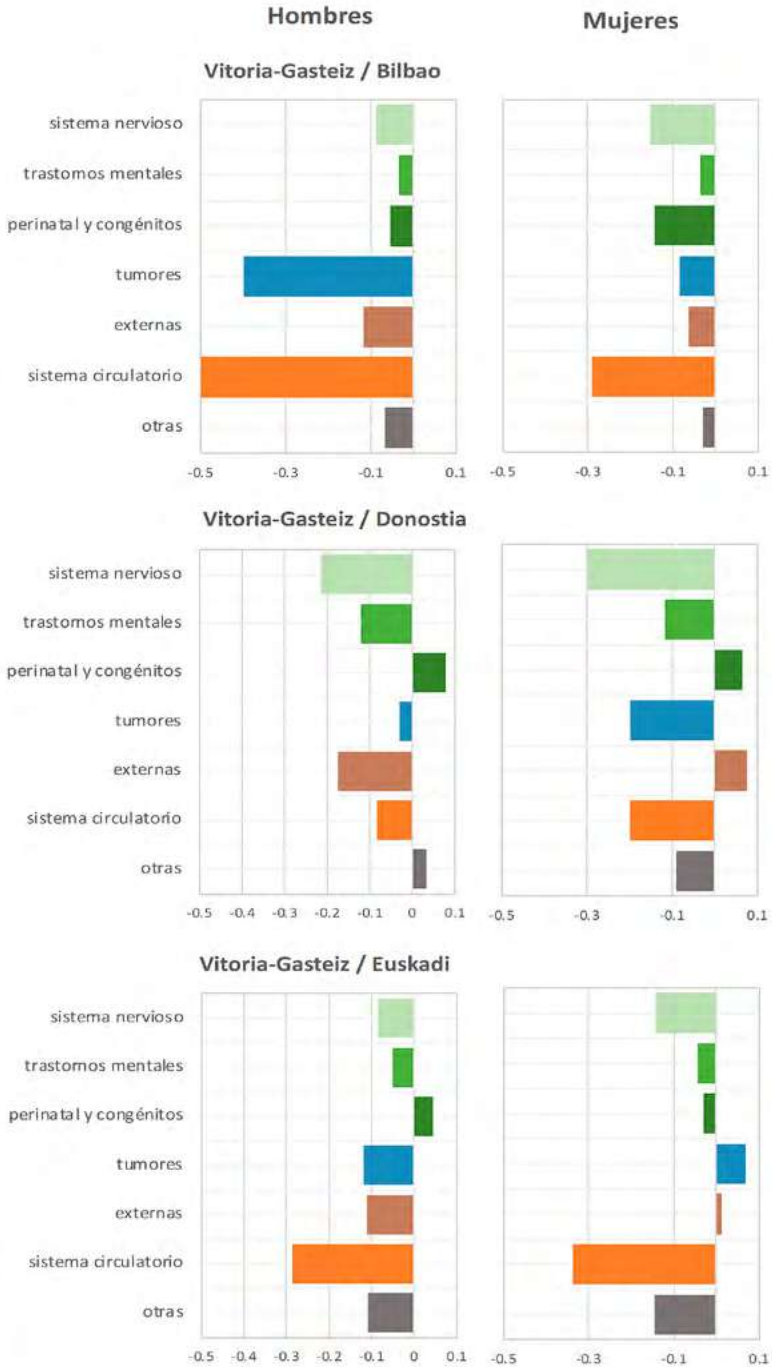
La situación más favorable en la EV de Vitoria-Gasteiz respecto a Bilbao se debe en realidad a que todas las causas de mortalidad contribuyen de forma negativa en Bilbao, tanto entre hombres (1,2 años) como entre las mujeres (0,8 años). Los problemas del sistema circulatorio se erigen como la principal causa que explica dicha brecha en ambos sexos, pero entre los

hombres con mayor intensidad, restando 0,5 años a la EV de los hombres bilbaínos. Asimismo, la mortalidad por tumores en Bilbao penaliza en 0,4 años su EV.

Comparando la situación entre Vitoria-Gasteiz y Donostia, las principales causas de mortalidad que sitúan a la capital gipuzkoana por detrás de la capital alavesa en EV, serían, en ambos sexos, los problemas del sistema nervioso y los trastornos mentales. Entre los hombres donostiarras, las causas externas de mortalidad inciden negativamente de forma considerable a esta situación de desventaja. Por otro lado, entre la población masculina destacan los problemas perinatales y congénitos, así como el amplio grupo de “otras” causas por incidir de forma positiva a la EV de Donostia, mientras que, entre las mujeres de esta capital, la mortalidad por problemas perinatales y congénitos también favorece el aumento de EV con respecto a Vitoria-Gasteiz.

Respecto al conjunto de Euskadi, su menor nivel de EV respecto a Vitoria-Gasteiz (0,72 años menor entre los hombres y 0,62 entre las mujeres), se explica principalmente por las muertes relacionadas con los problemas del sistema circulatorio: si las defunciones provocadas por estas causas fueran eliminadas en el conjunto de Euskadi, su EV aumentaría en 0,3 años entre los hombres y en 0,34 años en la población femenina. El resto de causas también interfiere de forma negativa sobre la mortalidad del conjunto de los hombres de Euskadi, a excepción de las defunciones originadas por problemas perinatales y congénitos. Entre las mujeres vascas, también todas las causas, excepto los tumores, inciden en que la esperanza de vida de las vascas sea menor que la de las vitorianas.

**GRÁFICO 48:** Contribución a la diferencia en la esperanza de vida entre Vitoria-Bilbao, Vitoria-Donostia y Vitoria-Euskadi, por grandes causas y sexo. 2015-2019

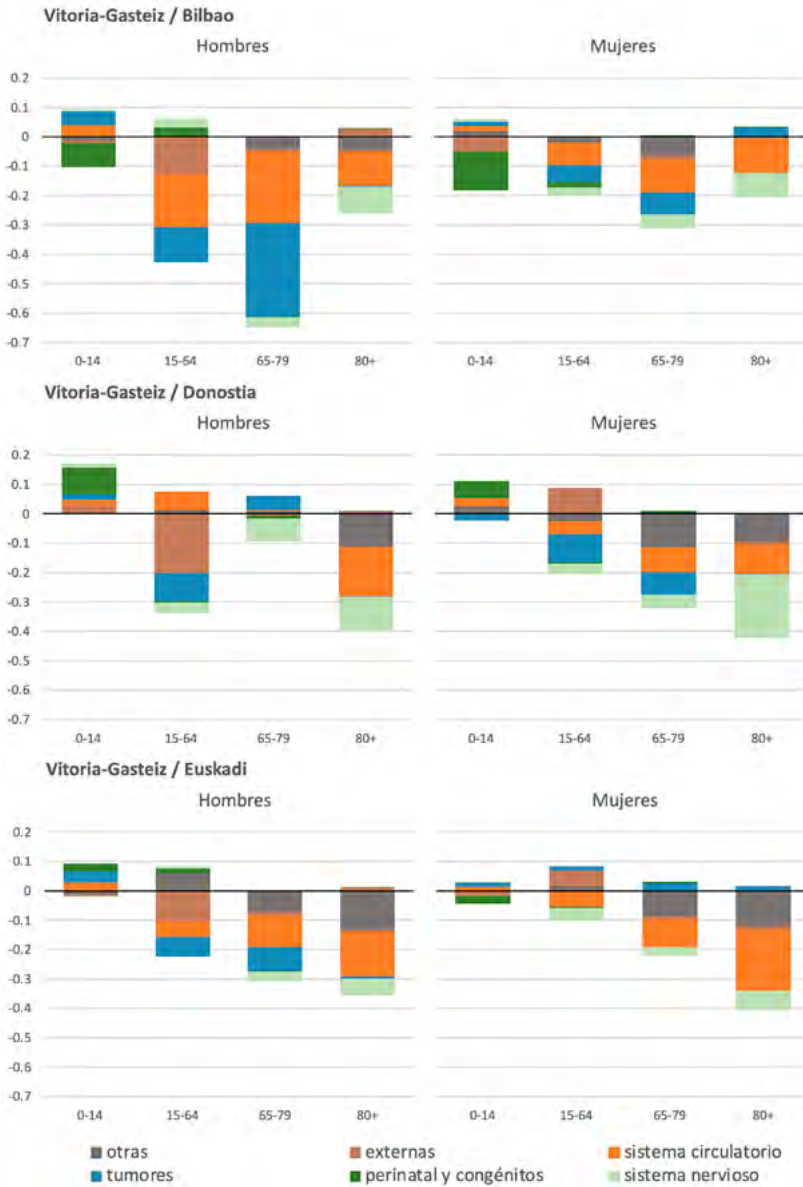


FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Eustat y el Dep. Salud del Gobierno Vasco.

Si realizando el mismo análisis, además de la causa de mortalidad y el sexo, se tiene en cuenta el grupo de edad en el que se producen las muertes, se comprueba que la ventajosa posición de Vitoria-Gasteiz respecto a Bilbao, Donostia o el conjunto de Euskadi se produce en ambos sexos principalmente debido a la menor mortalidad que se acumula en las edades más avanzadas (respecto a Donostia y Euskadi), excepto en Bilbao, donde la importancia de una mortalidad desventajosa se corresponde con el grupo de edad de 65-79 años, tanto entre los hombres como entre las mujeres (Gráfico 49). En las edades más avanzadas, Vitoria-Gasteiz se erige en una posición más favorable debido a la menor mortalidad del sistema circulatorio; en el grupo de 65-79 años las causas que le otorgan dicha ventaja varían en función del ámbito geográfico, y lo mismo sucede en el resto de grupos. Destaca que, en el grupo de menores de 15 años, tanto en Bilbao, Donostia como en el conjunto de Euskadi, la menor mortalidad de los menores de 15 años contribuye de forma positiva a su EV, lo que indica que la mortalidad de los más jóvenes es peor en Vitoria-Gasteiz.

Por ámbitos geográficos, el Gráfico 49 muestra cómo la eliminación de la mortalidad por tumores y problemas circulatorios entre los hombres de Bilbao, tanto de 15-64 como de 65-79 años, disminuiría de forma considerable su desventaja sobre Vitoria-Gasteiz. En Donostia las causas principales que hacen que su EV sea menor a la de Vitoria-Gasteiz difieren, destacando las del sistema nervioso entre las mujeres más mayores. Destaca entre los hombres donostiarras cómo penaliza sobre su EV la mortalidad que se produce entre el grupo de 15 a 64 años, especialmente debido a causas externas. Respecto al conjunto de Euskadi, las causas que destacan en todas las edades son las relacionadas con el sistema circulatorio.

**GRÁFICO 49:** Contribución a la diferencia en la esperanza de vida entre Vitoria-Bilbao, Vitoria-Donostia y Vitoria-Euskadi, por grandes causas, edad y sexo. 2015-2019



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Eustat y el Dep. Salud del Gobierno Vasco.

### 3.4. UNA VISIÓN GLOBAL DE LA SALUD: LA ESPERANZA DE VIDA EN SALUD

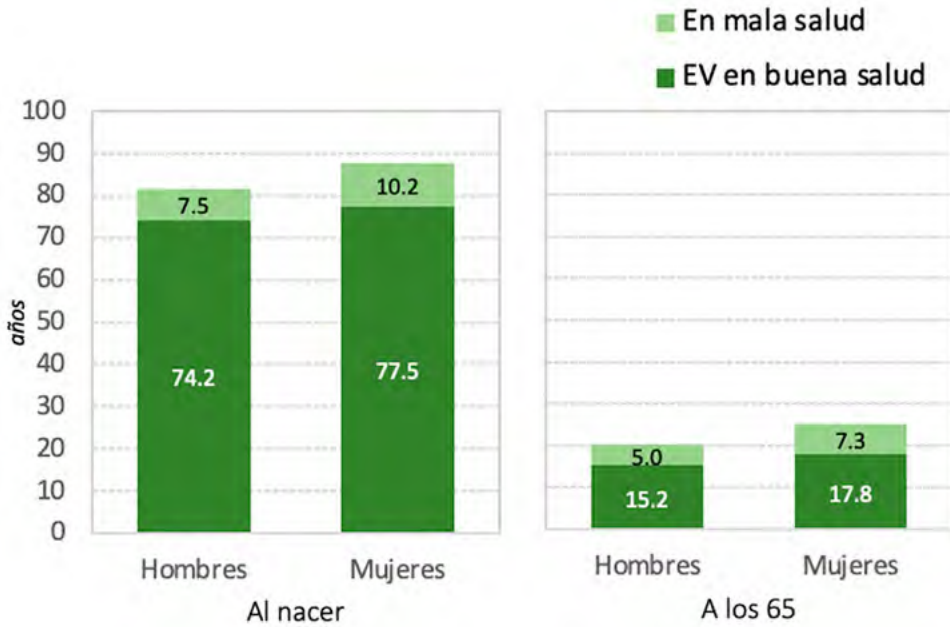
La esperanza de vida en buena salud (EVBS) es una medida que aporta una visión global de la salud de una población, ya que no solo tiene en cuenta sus pautas de mortalidad, sino que también incluye información sobre su estado de salud. De esta manera, el indicador de esperanza de vida en salud permite distinguir dentro de los años que se esperan vivir, cuántos de estos se vivirán en buen y en mal estado de salud. Aunque se pueden utilizar diferentes indicadores que analizan la esperanza de vida junto con diferentes medidas de salud (salud percibida, presencia de problemas crónicos o discapacidad), en este informe se ha calculado la EVBS a partir de la consideración de la esperanza de vida junto con el estado de salud percibido en hombres y mujeres por separado.

Como observamos anteriormente, la EV de vida al nacer en Vitoria-Gasteiz era de 81,9 años para los hombres y de 88,8 años para las mujeres en el periodo 2017-19, representado a través del total de la barra en el Gráfico 50. De ese número total de años, la mayor parte, el 91% entre los hombres y el 88% entre las mujeres, se esperaba vivir en buena salud. Asimismo, a los 65 años, de los 20,6 años que de promedio podrían esperar vivir los hombres, la mayor parte de ellos, 15,2 años, sería en buena salud (casi el 74%). Para las mujeres de esta edad, de los 25,7 años de EV a los 65 años, se esperaría que 17,8 transcurrieran en buena salud (el 70%).

Como puede apreciarse, las mujeres tienen una mayor esperanza de vida que los hombres, tanto al nacer como a los 65 años. Sin embargo, de esos años por vivir, el % de aquellos que no se van a vivir en buena salud también es mayor que entre las mujeres con respecto a los hombres, por lo que podríamos concluir que las mujeres viven más tiempo, pero en un peor estado de salud.



**GRÁFICO 50:** Esperanza de vida (total barra) y esperanza de vida en buena y mala salud por sexo. Vitoria-Gasteiz, 2017-2019



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Eustat y el Dep. Salud del Gobierno Vasco.



## IV.

# LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN DE VITORIA-GASTEIZ

La Organización Mundial de la Salud define los **determinantes sociales de la salud** (DSS) como aquellos **factores no médicos** que influyen sobre los resultados en salud. Son las condiciones en las que las personas nace, crecen, trabajan, viven y envejecen, y el conjunto más amplio de fuerzas (sistemas políticos y económicos, iniciativas de desarrollo, normas y políticas sociales) que dan forma a las condiciones de la vida diaria (OMS, 2008).

Estas circunstancias pueden variar de forma importante en los diferentes subgrupos de la población, dando lugar a desenlaces dispares en términos de salud. Algunos ejemplos de DSS que pueden condicionar de manera tanto positiva como negativa en la salud de las personas son: el nivel educativo, el desempleo o las condiciones laborales, la contaminación medioambiental, el conflicto estructural, la calidad de las viviendas, la alimentación y seguridad alimentaria, etc.

Tal y como hemos adelantado en el apartado introductorio, a través del modelo de los determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead, además de las propias características individuales como la edad y el sexo o los factores físicos y genéticos, las conductas y los estilos de vida que los individuos adoptan, las redes sociales y comunitarias de las que disponen y las condiciones económicas y materiales propias y del entorno, contribuyen a determinar su salud.

En esta sección, abordaremos algunos de estos determinantes para la población de Vitoria-Gasteiz en función de su naturaleza. Por un lado, se dará cuenta de los:

- a. determinantes relacionados con las **conductas y estilos de vida** que adopta la ciudadanía de Vitoria-Gasteiz, que incluyen aspectos como la alimentación, el consumo de tabaco y alcohol, la realización de ejercicio, la obesidad o los hábitos de sueño y descanso;
- b. determinantes relacionados con el **entorno físico y ambiental**, en el que se abordan aspectos como la contaminación atmosférica y acústica, la proximidad de infraestructuras relacionadas con la salud, como las zonas verdes, el tipo de movilidad urbana por el que opta la población o la calidad de las viviendas donde habitan;
- c. determinantes relacionados con el **entorno socio-comunitario** de las personas, que incluyen aspectos como el apoyo y capital social, el sentimiento de soledad, el nivel de participación de la ciudadanía en asociaciones o en elecciones municipales o la preocupación por la delincuencia;
- d. determinantes relacionados con las **condiciones socio-económicas** de los individuos, en los que se analizan indicadores relacionados con el trabajo, tanto reproductivo como remunerado, así como aspectos sobre la situación económica del hogar;

## 4.1. CONDUCTAS Y ESTILOS DE VIDA

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la salud va más allá de la ausencia de enfermedades siendo el bienestar físico, mental y social dimensiones que la integran. Cuando las personas y poblaciones adoptan un estilo de vida saludable, el riesgo de enfermar gravemente o morir prematuramente se reduce (WHO, 1999). Muchas son las investigaciones que apuntan a que a pesar de que no todas las enfermedades se pueden prevenir, gran parte de las defunciones ocasionadas por enfermedades coronarias o algunos tumores, sí se pueden evitar. Estos trabajos, asimismo, han ido identificando algunos comportamientos y hábitos que contribuyen a obstaculizar el desarrollo de dichas enfermedades: una alimentación equilibrada, la realización de un mínimo de 30 minutos de actividad física diaria, mantener una higiene apropiada, evitar el consumo de tabaco y alcohol, evitar y/o reducir al máximo la exposición a productos tóxicos, mantener un equilibrio emocional y psicológico adecuado, así como gozar de actividades sociales, son hábitos o comportamientos que contribuyen a llevar un estilo de vida saludable.

Ya en 1999, la propia OMS en su informe sobre Vida Saludable (WHO, 1999), identificaba claramente cuatro elementos que impiden el desarrollo de una vida saludable: el tabaco, el sedentarismo o la falta de actividad física, una alimentación no saludable y el alcohol. Estas recomendaciones han sido afianzadas y ampliadas a lo largo de los años, por ejemplo, con la inclusión del descanso y sueño adecuados (WHO, 2004), como elementos clave para una vida saludable, tal y como se verá en los distintos indicadores que se analizarán a continuación.

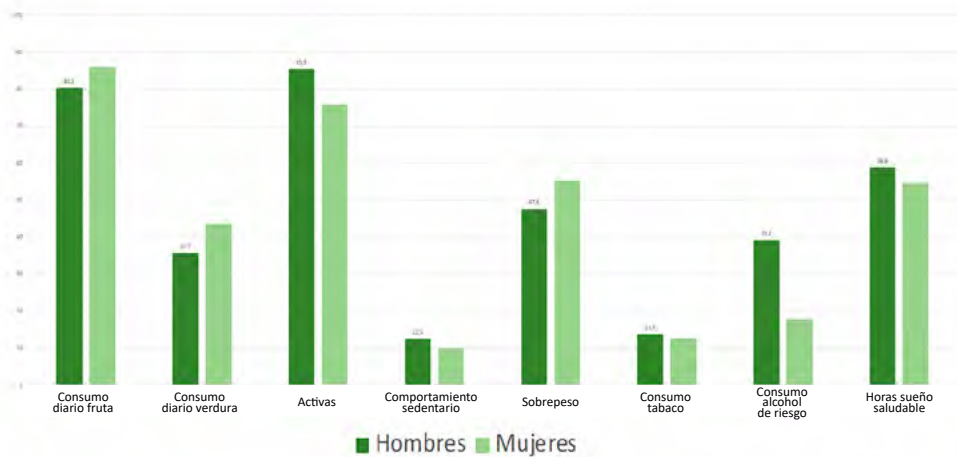
Un reciente estudio que analiza el efecto combinado del impacto de la obesidad y el consumo de tabaco y alcohol entre 1990 y 2014 estima que el efecto combinado de estos tres hábitos sobre la esperanza de vida al nacer era para el conjunto de Europa en 2014 de 5,84 años entre hombres y 2,30 años entre las mujeres (6,58 y 1,94 en 1990) (Janssen, Trias-Limós, Kunst, 2021). Asimismo, los propios autores estimaron que, en el conjunto de los 30 países europeos analizados, la mortalidad atribuida a la combinación de tabaco, obesidad y alcohol ascendía al 38% y 19% entre hombres y mujeres, respectivamente.

En Euskadi, el Departamento de Salud del Gobierno Vasco reconoce la trascendencia de los hábitos señalados sobre la salud, proporcionando especial importancia a las iniciativas para una alimentación saludable y a las orientadas a mejorar las conductas relacionadas con la actividad física. Asimismo, centrándose especialmente en jóvenes y adolescentes, incluye la vertiente afectivo-sexual con un programa educativo para favorecer la adquisición de competencias afectivas y sexuales.

En Vitoria-Gasteiz, gran parte de la población ha adoptado, al menos parcialmente, hábitos de vida saludables, tal y como se observa en el Gráfico 51. Algunas de estas conductas saludables, como el consumo diario de frutas, no fumar, o realizar algún tipo de actividad o ejercicio físico están muy extendidas entre la ciudadanía del municipio. No obstante, existen otros hábitos que no son tan generalizables, como el consumo diario de verduras, hábito que se da en menos de la mitad de la población, o un número suficiente de horas de sueño diarias, hábito adoptado por poco más de la mitad de los/as ciudadanos/as. Asimismo, otro de los factores clave para una vida saludable, la ausencia de sobrepeso y obesidad, se da en alrededor de la mitad de las personas que residen de Vitoria-Gasteiz. Por último, la prevalencia del consumo habitual de tabaco estaría por debajo del 20% en ambos sexos pero la de personas con un consumo de alcohol de riesgo casi alcanza esta cifra entre las mujeres y el 40% entre los hombres.

A continuación, se analizan en mayor detalle estos hábitos o factores esenciales para llevar una vida saludable entre la ciudadanía del municipio: 1) la alimentación; 2) la actividad física y el sedentarismo; 3) la obesidad; 4) el consumo de tabaco; 5) el consumo de alcohol; 6) y el descanso y sueño.

**GRÁFICO 51:** *Proporción de personas con hábitos saludables, por sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018*



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV-18.

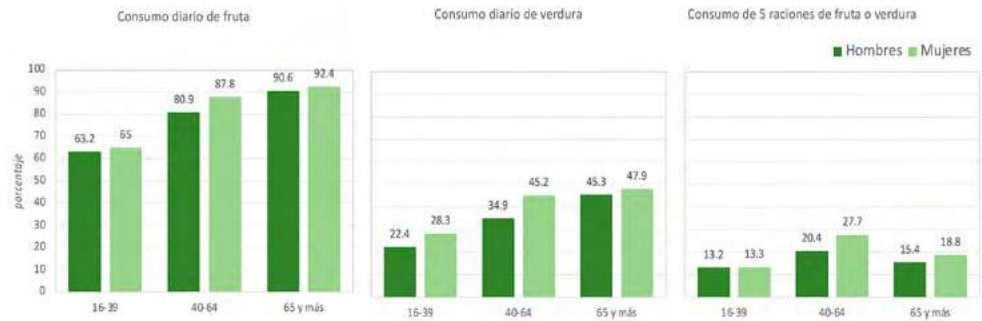
### 4.1.1. Alimentación

La alimentación saludable es probablemente la conducta a mejorar en la que más inciden las instituciones como medida clave para evitar muchas enfermedades y para caminar hacia un estilo de vida saludable. Y es que son muchos y cada vez más numerosos los estudios que respaldan que seguir una dieta saludable juega un papel clave en la prevención de enfermedades no transmisibles (Afshin et al., 2017). Las dietas ricas en frutas y verduras y algunos tipos de grasas poliinsaturadas y monoinsaturadas, como los que se encuentran en la dieta mediterránea, han demostrado reducir las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, algunos tipos de cáncer o incluso el deterioro cognitivo y la depresión (Aridi et al., 2017; Martínez-Lacoba et al., 2018; Sánchez-Sánchez et al., 2020). Por el contrario, una alimentación poco variada o el consumo excesivo de alimentos poco saludables, se asocian con efectos negativos sobre la salud, como la diabetes (Khudairy, 2013), la hipertensión (WHO, 2003) o la obesidad en población infantil (Liberali et al., 2020) y adulta (WHO, 2003).

El consumo de fruta y verdura entre la población de Vitoria-Gasteiz es considerable, tanto entre hombres como entre mujeres, aunque varía en función de la edad: tanto en el consumo diario de fruta como de verdura, a mayor edad aumenta la proporción de personas que consumen estos alimentos. Entre los/as mayores de 65 años, la proporción de los/as que consume alguna pieza de fruta a diario supera el 90%, mientras que en el caso de la verdura esta proporción solo alcanza el 50% en este grupo de edad. Especialmente bajos son los porcentajes de las personas menores de 40 años: entre éstos/as, tan solo una cuarta parte declara consumir algún tipo de verdura diariamente.

El consumo diario de al menos 5 raciones de fruta o verdura cae de forma significativa en todos los grupos de edad, tanto entre hombres como entre mujeres. En este caso, además, la edad no marca una pauta tan clara: las personas más jóvenes siguen siendo las que menos consumen diariamente esta cantidad de frutas y verduras, pero entre los/as más mayores tampoco se incrementa de forma significativa la proporción de los/as que presentan este hábito. Es tan solo entre las mujeres de mediana edad donde el consumo mínimo de estas 5 raciones llega a ser el hábito en una cuarta parte del grupo.

**GRÁFICO 52:** *Proporción de personas según el consumo diario de frutas y verduras, por edad y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018*



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV-18.

**GRÁFICO 53:** *Proporción de personas según el consumo diario de frutas y verduras, por edad y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018*



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV-18.

### 4.1.2. Actividad física y sedentarismo

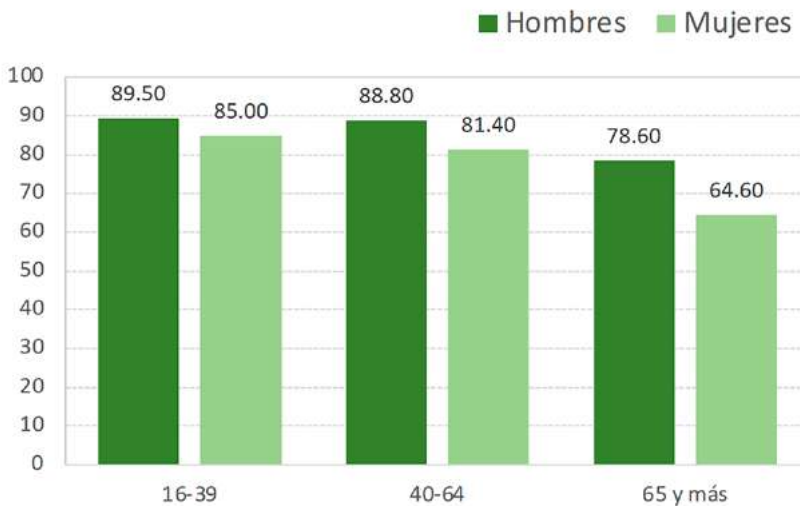
Tal y como venimos señalando, el número de investigaciones que avalan la contribución que la actividad física realiza a la salud es cada vez mayor. Un análisis sistemático llevado a cabo por un grupo de colaboradores del Global Burden of Disease para el periodo 1990-2015, estimó que en 2015 alrededor de 1,6 millones de muertes se debieron al sedentarismo o la falta de actividad física (GBD 2015 Risk Factors Collaborators, 2016). Otro estudio identifi-

caba también la práctica de ejercicio como clave en la reducción de las tasas de mortalidad y la mejora de la calidad de vida de las personas (Posadzki et al., 2020). También se ha demostrado que el ejercicio reduce el riesgo de padecer cáncer de mama y de colon, diabetes, cardiopatía isquémica y accidentes cerebrovasculares (Kyu et al., 2016), o que también contribuye al control del dolor y la discapacidad (Alanazi et al., 2018), la mejora de los síntomas depresivos (Gianfredi et al., 2020) y la prevención de la obesidad, tanto en adultos (Cleven et al., 2020) como en niños/as (Poorolajal et al., 2020).

La proporción de ciudadanos/as de Vitoria-Gasteiz que realiza algún tipo de actividad física es importante en ambos sexos<sup>8</sup>. En este caso también, la edad constituye un factor diferenciador de este hábito de vida (Gráfico 54). Así, a medida que aumenta la edad, el porcentaje de personas activas va disminuyendo, tanto en hombres como en mujeres. El otro factor que mantiene su pauta en todas las edades es el sexo: los hombres, en todos los grupos de edad, son más activos que las mujeres.

Otra de las diferencias entre hombres y mujeres se refiere al tipo de actividad física que realizan: ellas tienden a realizar en mayor medida ejercicio de baja intensidad o moderada, siendo menos de la cuarta parte las que realizan ejercicio de alta intensidad. Ellos, en cambio, se decantan más por el ejercicio de alta intensidad (44%) o moderada (41,7%), siendo muy pocos los que optan por ejercicios de baja intensidad (Gráfico 55).

**GRÁFICO 54:** *Proporción de personas activas, por edad y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018*

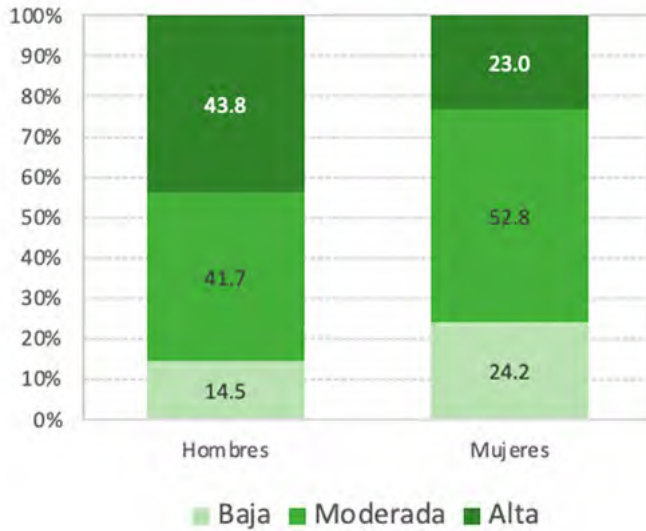


FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV-18.

8 La actividad física se ha medida siguiendo los criterios del cuestionario validado de la IPAQ. Para más información, consultar metodología de la ESCAV-18. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/informacion/encuesta-salud-2018-metodologia/web01-a3osag17/es/>



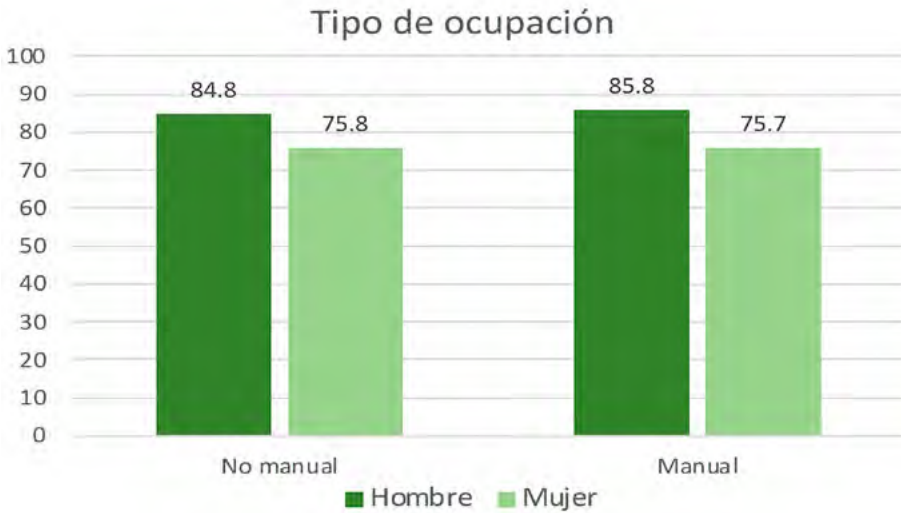
**GRÁFICO 55:** *Distribución de la población que realiza actividad física, en función del tipo, por sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018*



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV-18.

En cuanto a la proporción de personas activas, según su clase social ocupacional, no se aprecian grandes diferencias.

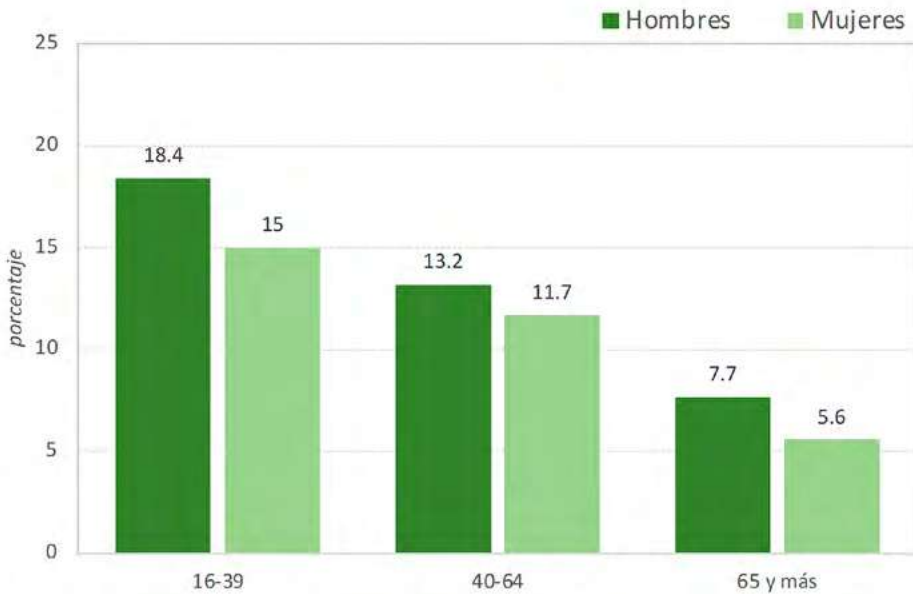
**GRÁFICO 56:** *Proporción de personas que realizan ejercicio físico, por clase ocupacional y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018*



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV-18.

Además de analizar si la ciudadanía de Vitoria-Gasteiz realiza o no actividad física de forma habitual, la ESCAV-18 permite identificar si estas personas presentan un comportamiento sedentario<sup>9</sup>. Así, por edad, se observa un patrón inverso al identificado en el caso de la realización de actividad física, es decir, los grupos de edad más jóvenes, independientemente del sexo, presentan porcentajes de comportamiento sedentario más importantes que los grupos de mayor edad, de manera que, a pesar de ser en general más activos/as, también adolecen de un comportamiento más sedentario. Por sexo, también se produce un patrón inverso al observado en el caso de la realización de actividad física. Así, de acuerdo a los datos, las mujeres serían menos activas pero presentarían un comportamiento sedentario menos importante que los hombres (Gráfico 57).

**GRÁFICO 57:** *Proporción de personas con comportamiento sedentario, por edad y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018*



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV-18.

### 4.1.3. Obesidad

La obesidad es un trastorno o problema médico complejo que se caracteriza por una cantidad excesiva de grasa corporal y que incrementa el riesgo de desarrollar diferentes enfermedades y problemas de salud, entre los que destacan la diabetes, las enfermedades cardíacas, los problemas digestivos, apneas del sueño, algunos tipos de tumores, o más recientemente, el agravamiento de síntomas de la enfermedad del COVID-19. Aunque la obesi-

<sup>9</sup> Se considera que una persona tiene un comportamiento sedentario si pasa de media más de 540 minutos sentada o en posición de inactividad durante un día laborable.

dad puede deberse a múltiples factores, incluidos los hereditarios, metabólicos, hormonales, ciertas enfermedades y fármacos, la propia edad, los problemas sociales y económicos o los problemas de conducta (dieta no saludable e inactividad), cambios en estos últimos, a través de una alimentación sana y ejercicio físico, pueden ser determinantes hacia su desaparición.

Uno de los indicadores más empleados para medir la obesidad es el índice de Masa Corporal (IMC), indicador que combina altura y peso<sup>10</sup>. Entre adultos de 18 y más años, un IMC inferior a 18,5 es considerado como peso insuficiente; un IMC entre 18,5 y 24,9 se considera peso normal; cuando el índice es igual o superior a 25 es indicativo de sobrepeso ligero o moderado y un IMC por encima de 30 indicaría obesidad.

Aunque los datos proporcionados por las diferentes fuentes proporcionan estimaciones dispares entre sí (Gráfico 58), queda claro que a lo largo de las últimas cuatro décadas, la obesidad ha ido en aumento de forma considerable en todo el mundo (Gráfico 58). Si en 1975 la OMS estimaba que alrededor del 4,3% de la población mundial era obesa, la proporción cuatro décadas después se ha triplicado.

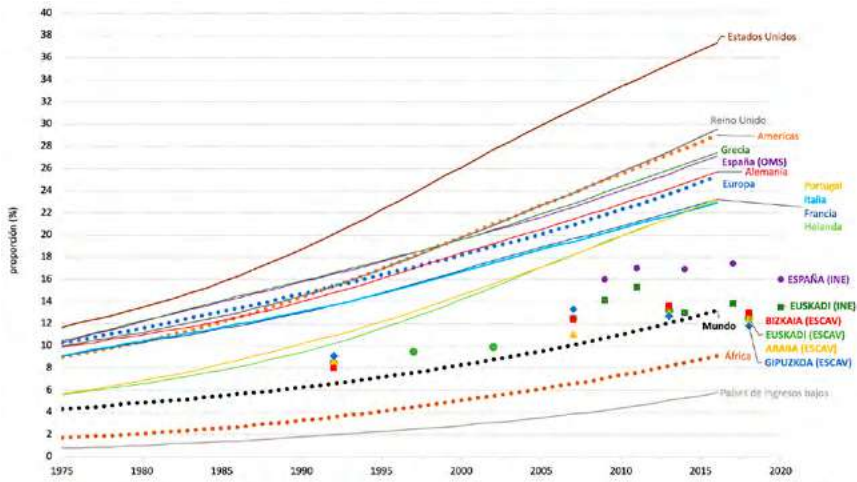
Las estimaciones realizadas a partir de la Encuesta Europea de Salud, la Encuesta Nacional de Salud y sobre todo la Encuesta Vasca de Salud-ESCAV arrojan datos más positivos, tanto para España y Euskadi como para cada uno de los territorios históricos. Por ejemplo, si para 2014 la OMS estimaba que un 26% de la población padecía obesidad, según la Encuesta Europea de Salud dicha cifra sería inferior, del 16,9%, y en Euskadi del 13%. La ESCAV por su parte, y en concordancia con lo arrojado por dichas encuestas, estimaba para 2013 un 13,2% de personas obesas, y figuras muy similares para los tres territorios históricos.

La evolución ascendente de la obesidad en las últimas dos décadas en los diferentes territorios de Euskadi parece, de acuerdo a las últimas ediciones de la ESCAV, haberse estancado. A pesar del aumento de casos de obesidad entre 1992 y 2014 (del 8,5% al 13,2%), en el último lustro tanto Araba, Bizkaia como Gipuzkoa han conseguido detener dicha tendencia e incluso revertirla: en Araba, por ejemplo, la proporción de personas con obesidad descendió entre 2013 y 2018 del 13% al 12,5%. Aunque los logros parezcan modestos, es un logro único y extraordinario que no se había producido en los últimos cuarenta años (Gráfico 58).

---

<sup>10</sup> IMC = peso *-en kilos-* dividido en estatura *-en metros-* elevada al cuadrado (**IMC = kg/m<sup>2</sup>**).

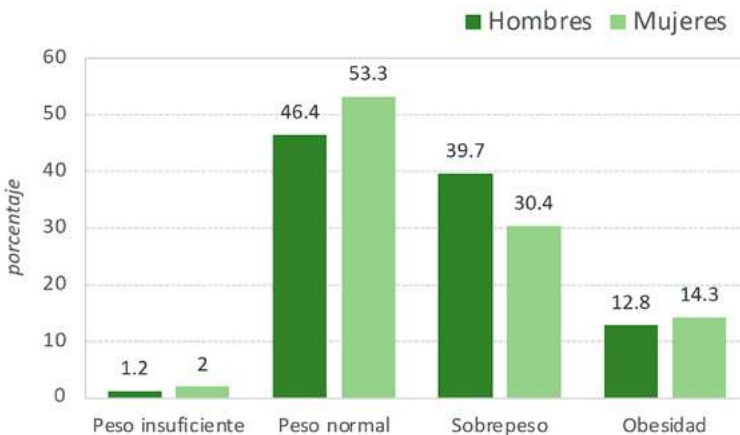
**GRÁFICO 58:** Evolución del porcentaje de personas con obesidad (IMC >30) en varios países y áreas del mundo desde 1975



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de la OMS (Global Health Observatory), Gobierno Vasco (ESCAV) e INE (Encuesta Europea y Encuesta Nacional de Salud).

Entre la población de Vitoria-Gasteiz, la población con obesidad en 2018 era del 12,8% entre los hombres y del 14,3% entre las mujeres, cifras similares a las del conjunto de Araba y el conjunto de Euskadi. Aunque los casos más extremos de sobrepeso afecten más a las mujeres, el sobrepeso ligero y moderado, además de ser mucho más frecuente, se da con mayor frecuencia entre los hombres: prácticamente el 40% de los vitorianos tiene sobrepeso, frente al 30% de las mujeres (Gráfico 59). En cualquier caso, alrededor de la mitad de los ciudadanos de Vitoria-Gasteiz presenta un peso considerado “normal”, y son muy escasos, el 1,2% de hombres y 2% de mujeres, los que tienen un peso insuficiente.

**GRÁFICO 59:** Porcentaje de personas según el peso establecido por el Índice de Masa Corporal, por sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018

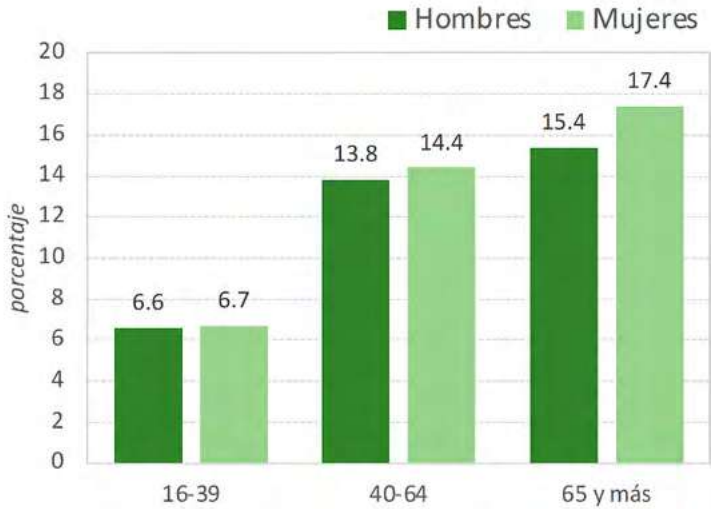


FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV-18.

Como se ha señalado, los factores que inciden sobre las causas del sobrepeso y la obesidad son múltiples. La edad es uno de ellos, ya que a medida que los cuerpos envejecen, se producen determinados cambios hormonales y fisiológicos que, junto con algunos hábitos más frecuentes a edades más avanzadas (mayor inactividad) hacen que el riesgo de padecer sobrepeso y obesidad aumenten.

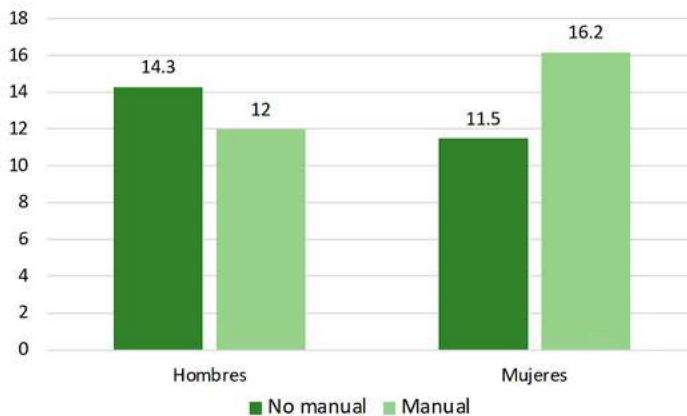
Efectivamente, en el caso de la población de Vitoria-Gasteiz, esta premisa parece cumplirse: a mayor edad, mayor proporción de personas con obesidad (Gráfico 60).

**GRÁFICO 60:** *Porcentaje de personas con obesidad, por edad y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018*



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV-18.

**GRÁFICO 61:** *Porcentaje de personas con obesidad, por clase ocupacional y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018*



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV-18.

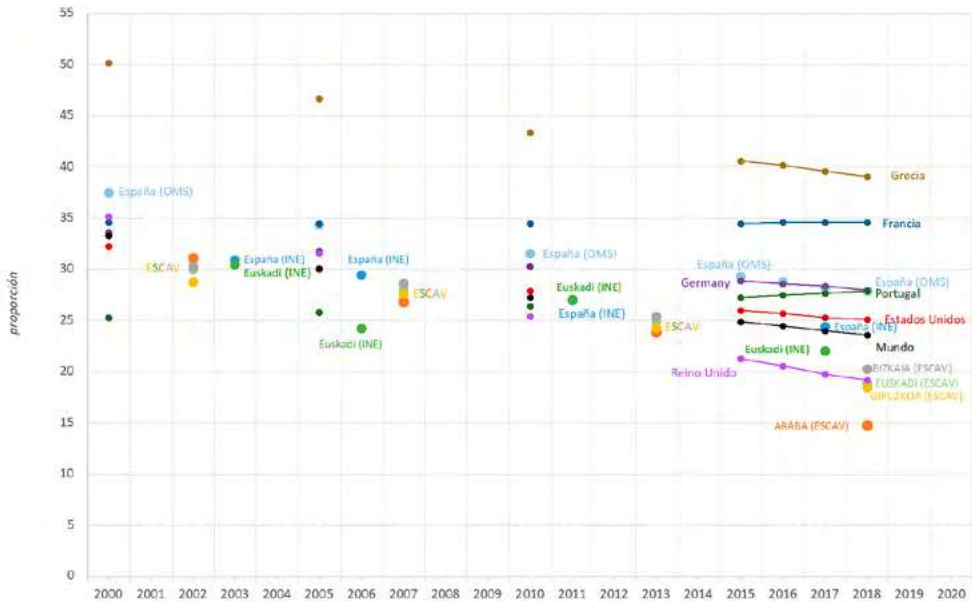
#### 4.1.4. Consumo de tabaco y de alcohol

Junto con la alimentación y el ejercicio físico, el consumo de tabaco es probablemente uno de los factores que más atención ha tenido por parte de los/as científicos/as en sus investigaciones, como factor de riesgo para la salud. Sus nocivas consecuencias sobre la salud, a excepción de la adicción que crea, no se producen hasta varios años después del inicio del hábito de fumar. En cualquier caso, años de investigación han demostrado que el tabaco, además de ser identificada como la principal causa de cáncer evitable (Swerdlow et al., 2020), constituye un factor de riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares (King et al., 2017) y pulmonares (Thorley & Tetley, 2007). Se ha demostrado también que el consumo de tabaco durante el embarazo aumenta el riesgo tanto para la madre como para el bebé, con un incremento de las probabilidades de aborto espontáneo, placenta previa o malformaciones congénitas (Ananth, 2001), así como un mayor riesgo de asma infantil (Castro-Rodríguez et al., 2016), bajo peso al nacer y desórdenes de la conducta (Batstra et al., 2003). El efecto nocivo del tabaco, además, va más allá de los/as propios/as fumadores/as, ya que se ha demostrado que la exposición al humo perjudica la salud de las personas no fumadoras (Office on Smoking and Health (US), 2006). Si bien en términos generales la prevalencia del consumo de tabaco ha ido disminuyendo a nivel mundial (Gráficos 62), la OMS estima que el tabaco mata anualmente a más de 8 millones de personas, unos/as 7 millones de fumadores/as y algo más de un millón de fumadores/as pasivos/as o personas no fumadoras expuestas al humo ajeno. No es de extrañar, por lo tanto, que el mayor ente mundial de la salud considere que el tabaco y su epidemia son una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo.

Por su parte, el consumo de alcohol también ha demostrado ser muy perjudicial para la salud física y psicosocial de las personas. La evidencia disponible indica que el consumo regular de alcohol puede incrementar el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, como el infarto (Hillbom, 1998), la cirrosis (Neuman et al., 2015) y ciertos tipos de cáncer (Zhou et al., 2017). Otros efectos a largo plazo serían la baja fertilidad (Stundby, 1989) y el daño fetal (de Sanctis et al., 2011). Además, 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 suponer una muerte prematura (Sarasa-Renedo et al., 2014) entre las personas con esta condición.

En relación con su impacto psicosocial, 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 (Heinz et al., 2011). Asimismo, se relaciona con conductas sexuales de riesgo, embarazos adolescentes y enfermedades de transmisión sexual (Rehm et al., 2012).

**GRÁFICO 62:** Evolución desde 2000 de la población que fuma<sup>11</sup>



FUENTE: elaboración propia a partir de datos de la OMS, INE (ENS) y Gobierno Vasco (ESCAV).

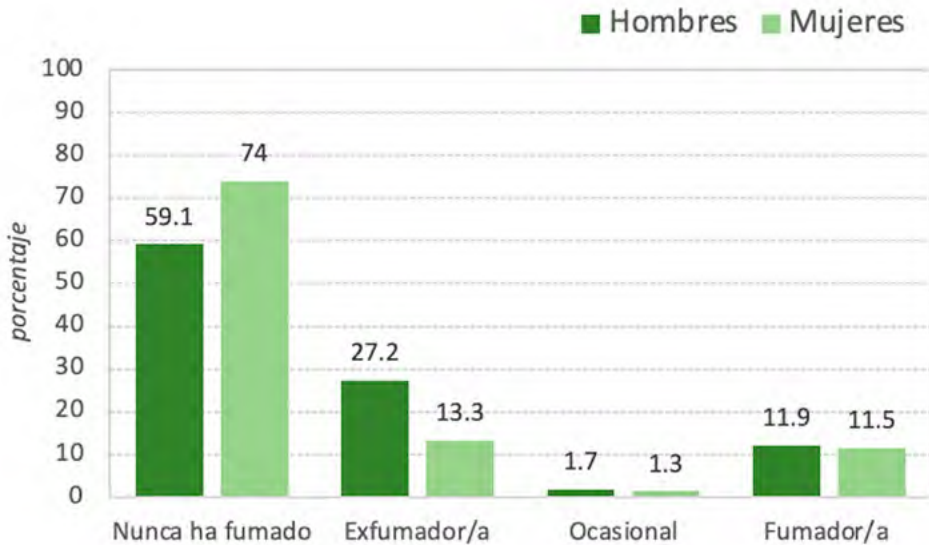
En Vitoria-Gasteiz la población que fuma es relativamente baja, de alrededor del 13,5%: algo menos del 12% lo hace de forma habitual y alrededor del 1,5% de forma ocasional. De hecho, el 59% de hombres y el 74% de mujeres declara no haber fumado nunca. Las personas que alguna vez han fumado y lo han dejado, es decir, los/as exfumadores/as, ascienden a un 27% en el caso de los hombres, siendo prácticamente la mitad la proporción de mujeres que ha dejado dicho hábito. Los datos muestran, por lo tanto, que el consumo de tabaco es significativamente superior entre los hombres: el 40% de los vitorianos ha sido fumador o lo hace de forma habitual u ocasional en la actualidad. Entre las mujeres en cambio, el hábito de fumar, pasado o actual, afecta a una cuarta parte de la población.

En cuanto al consumo de alcohol, un porcentaje muy considerable de personas, especialmente si son hombres, presentan un consumo de alcohol de riesgo (Gráfico 51).

<sup>11</sup> Los datos de la OMS se refieren a la población de 15 y más años. Los datos publicados por el INE hacen referencia también a la población de 15 y más años. La ESCAV por su parte, recopila datos de la población de 16 y más años que fuma habitual y ocasionalmente, por lo que estos no son estrictamente comparables con las fuentes anteriores. En cualquier caso, aunque por definición los datos de la ESCAV sean inferiores, ayudan a contextualizar la situación en la que se encuentran el conjunto de Euskadi y sus territorios desde una perspectiva internacional.



**GRÁFICO 63:** *Relación de la población con el tabaco, por sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018*



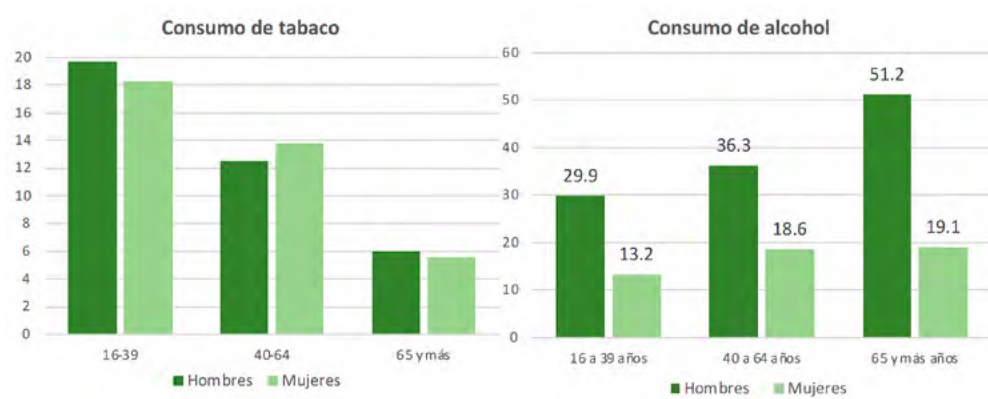
FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV-18.

La edad es un factor fundamental en el inicio y posterior consumo del tabaco. Entre los/as fumadores/as habituales, tal y como muestra el Gráfico 64, la gran mayoría tiene menos de 40 años, a los/as que les siguen los/as de mediana edad (40-64 años) y finalmente, a los 65 o más años, es un pequeño porcentaje, menos del 6% el que fuma habitualmente. Las diferencias entre hombres y mujeres, en este caso son, a diferencia de las que muestra la edad, escasas.

Con respecto al consumo de alcohol, se puede apreciar un claro gradiente por edad, de forma que la prevalencia de personas con un consumo de riesgo se va incrementando a medida que aumenta la edad, especialmente entre los hombres. Además, en todos los grupos de edad, el porcentaje de hombres en esta situación es aproximadamente el doble que entre las mujeres (Gráfico 64).

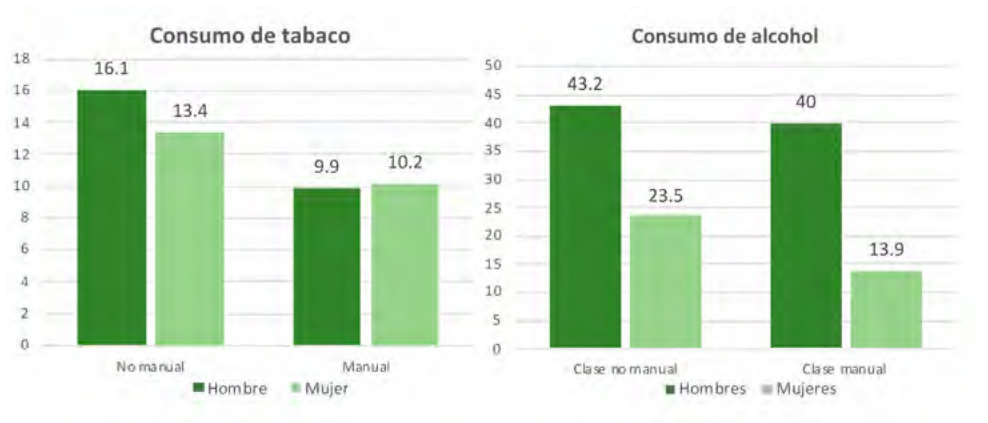
Por clase social (Gráfico 65), observamos que tanto el consumo habitual de tabaco como el de alcohol es más prevalente entre los hombres de clase no manual. En el caso de las mujeres, la proporción de las que tienen un consumo de alcohol de riesgo también es más importante entre aquellas de clase no manual frente a las de clase manual mientras que para el tabaco, las cifras serían muy parecidas en ambas clases ocupacionales.

**GRÁFICO 64:** Consumo de tabaco habitual y consumo de alcohol de riesgo, por edad y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV-18.

**GRÁFICO 65:** Prevalencia estandarizada de consumo habitual de tabaco y consumo de alcohol de riesgo, por clase ocupacional y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV-18.

### 4.1.5. Sueño y descanso

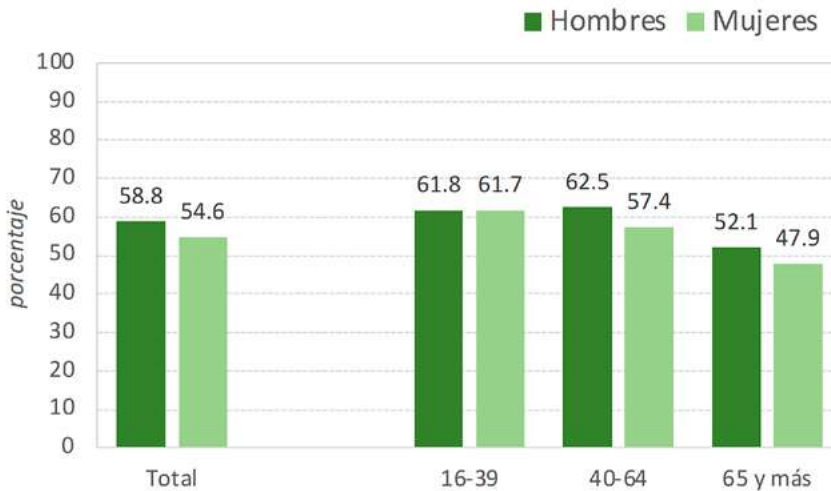
Según la OMS, una calidad buena en el sueño es esencial para una buena salud, una buena calidad de vida y para poder realizar de forma apropiada las actividades diarias. No obstante, los estilos de vida y otros factores medioambientales están causando cada vez más dificultades en el sueño y el descanso, siendo la interrupción del sueño una de las consecuencias más graves. Las consecuencias nocivas que la carencia de sueño puede provocar sobre la salud, según la OMS, pueden ser físicas (fatiga, hipertensión, somnolencia o un sistema inmunológico no saludable), cognitivas (deterioro del rendimiento, atención, concentración, capacidad intelectual, accidentes) o incluso sobre la salud mental (dificultad para gestionar el estrés, moderar emociones).

La Sociedad Española de Neurología señala que entre el 20% y el 48% de la población adulta muestra dificultades para dormirse y mantener el sueño, y que alrededor de cuatro millones de personas padecen algún trastorno crónico y grave del sueño.

De acuerdo a los/as autores/as que contribuyeron a elaborar el Documento oficial de la Sociedad Española del Sueño, para conseguir un estado de bienestar y salud física, emocional y cognitiva, se recomienda que los adultos jóvenes (18-25 años) y los adultos entre 26 y 64 años duerman entre 7-9 horas diarias y entre los mayores de 65 años 7-8 horas (Martínez Martínez, 2016 y VVAA, 2016)<sup>12</sup>. Estas recomendaciones coinciden plenamente con las realizadas por instituciones como la OMS o la CDC de estadounidense.

Según las recomendaciones realizadas por los expertos, la ciudadanía adulta de Vitoria-Gasteiz que cuenta a diario con un sueño saludable de un mínimo de 7 horas representa algo más de la mitad de la población: el 58,8% de hombres y el 54,6% de mujeres (Gráfico 66). Los datos muestran cómo con la edad, principalmente a partir de los 65 años, la población duerme cada vez peor. Si antes de los 65 años, alrededor de 6 de cada 10 vitorianos/as contaba con un sueño saludable, a partir de dicha franja de edad la proporción de aquellos que duermen suficiente cae al 52% entre los hombres y al 48% entre las mujeres. Las mujeres, a excepción de las más jóvenes (de menos de 40 años) tienden a dormir algo peor que los hombres.

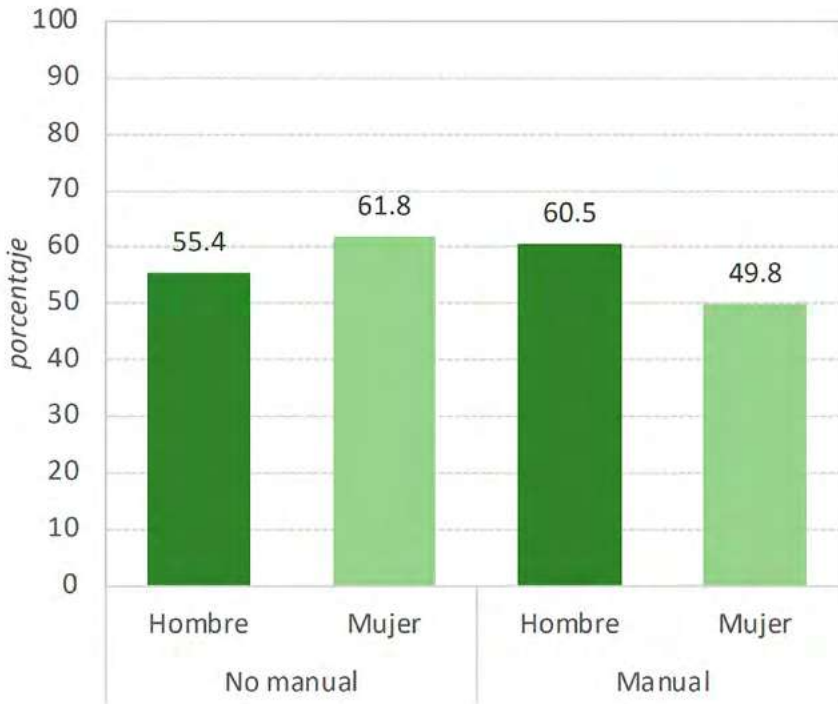
**GRÁFICO 66:** *Porcentaje de personas con horas de sueño saludable, por edad y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018*



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV-18.

<sup>12</sup> El mismo experto, M.A. Martínez Martínez, recomienda entre 14-17 horas de sueño para los recién nacidos de hasta 3 meses; entre 12-15 horas para los lactantes entre 4-11 meses; 11-14 horas para los niños de 1-2 años; 10-13 horas entre los niños de preescolar de 3 a 5 años y entre 9-11 horas para los escolares entre 6-13 años.

**GRÁFICO 67:** *Porcentaje de personas con horas de sueño saludable, por clase ocupacional y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018*



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV-18.

## 4.2. FACTORES SOCIO-COMUNITARIOS

Esta sección aborda algunas de las dimensiones del entorno social y comunitario de los/as ciudadanos/as de Vitoria-Gasteiz. Aspectos como el apoyo social con el que cuentan las personas, el capital social, la soledad, las relaciones sociales y la participación en diferentes ámbitos de la vida, pueden contribuir a mejorar la salud de los individuos y a disminuir las diferencias existentes entre poblaciones.

El concepto de capital social, conceptualizado en 1893 por el sociólogo Émile Durkheim, atribuye a los integrantes de un grupo social dos dimensiones: la cohesión y la confianza entre las personas, intuyendo ya el efecto de la cohesión o integración social sobre el estado de salud de las comunidades. La confianza, normas y redes que facilitan la cooperación para el beneficio mutuo en una comunidad contribuirían también de forma positiva sobre la salud (Productivity Commission, 2003). No es de extrañar pues, que la propia OMS considere al capital social como parte fundamental de los determinantes de la salud.

El capital social tiene una doble vertiente: la individual (nivel de soporte social y acceso de las personas a recursos) y la comunitaria (características del entorno o de la comunidad). Existen múltiples evidencias que ya han puesto de manifiesto la relación entre el capital social, en cualquiera de sus ámbitos, y la salud:

- las regiones menos cohesionadas cuentan con mayores tasas de suicidio (Durkheim, 1989)
- existe asociación positiva entre el capital social y la prevención y control de enfermedades transmisibles (Hu et al., 2014) o la salud mental (Ehsan & de Silva, 2015);
- un capital social bajo se relaciona con una mayor mortalidad por diferentes causas (Kawachi et al., 1999);
- el entorno social puede condicionar los comportamientos adoptados por el individuo en relación con la salud (Berkman & Glass, 2000); por ejemplo, tabaquismo o las dietas dependen en parte del entorno que rodea a los sujetos (Holgrave & Crosby, 2006; Merzel & D’Afflitti, 2003).
- muchos indicadores de salud son mejores en poblaciones con bajos niveles de desigualdad de renta, ya que las sociedades más igualitarias presentan un entorno más positivo, con mayor confianza y cohesión social (Wilkinson, 1996);
- por el contrario, las sociedades más desiguales, con menor nivel de confianza y cohesión social, presentan mayores cifras de ansiedad social y criminalidad (Wilkinson, 1996);
- las comunidades cohesionadas tienen un mayor poder de influencia sobre las decisiones políticas que afectan a la comunidad (Kawachi et al., 1999) y aquellas con niveles altos de confianza, participación y apoyo mutuo gozan de mayor capacidad para la promoción de conductas saludables (Campbell & Jovchelovitch, 2000).

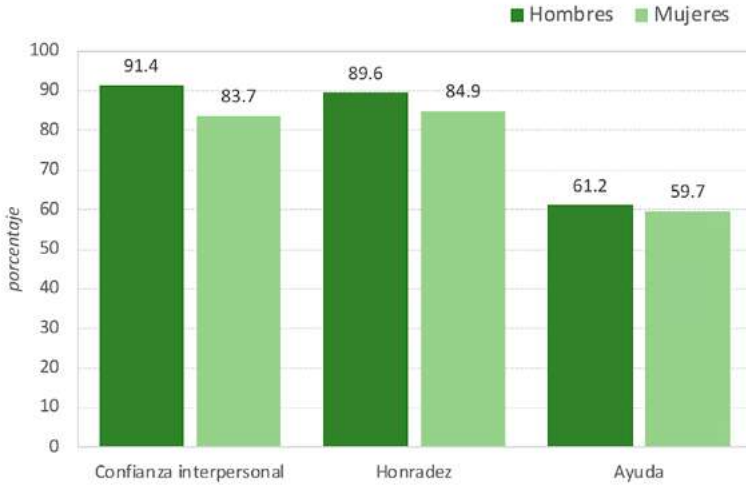
Para indagar sobre las redes de apoyo, la confianza y la cooperación de la que disponen los/as ciudadanos/as de Vitoria-Gasteiz, presentamos una serie de indicadores que nos permitirán aproximarnos a cómo perciben su entorno social y comunitario.

Los datos más recientes del Sociómetro 2021 sobre la opinión pública de la ciudadanía de Vitoria-Gasteiz, indican que sus residentes se muestran bastante satisfechos/as (el 50%) o muy satisfechos (el 41%) con la ciudad como lugar para vivir (GIZAKER, 2021). Esta valoración positiva se debe principalmente a la satisfacción que los/as ciudadanos/as muestran por las zonas verdes y parques de la ciudad (46%) así como por la buena calidad de vida que proporciona el municipio (30%).

Tal y como muestran los datos del Gráfico 68, la gran mayoría de la ciudadanía de Vitoria-Gasteiz considera que se puede confiar en el resto de personas y que las personas de su entorno son honradas. Su valoración sobre la ayuda que perciben de su entorno, sin embargo, es bastante más escasa: aproximadamente 6 de cada 10 ciudadanos/as estiman que su entorno les ayudaría en caso de necesidad. Los hombres perciben en mayor medida que las mujeres, aunque ligeramente, la cohesión, confianza y el apoyo social.

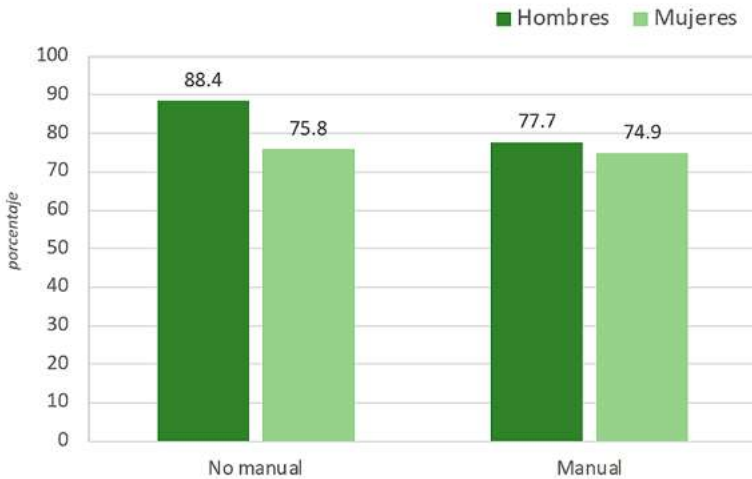
Teniendo en cuenta la clase ocupacional y el sexo (Gráfico 69), tan solo se aprecian diferencias entre los hombres con ocupaciones no manuales, cuyo capital social se percibe prácticamente 10 puntos porcentuales por encima del resto.

**GRÁFICO 68:** *Proporción de la población en función de diferentes indicadores de capital social. Vitoria-Gasteiz, 2018*



FUENTE: elaboración propia a partir de ESCAV-18.

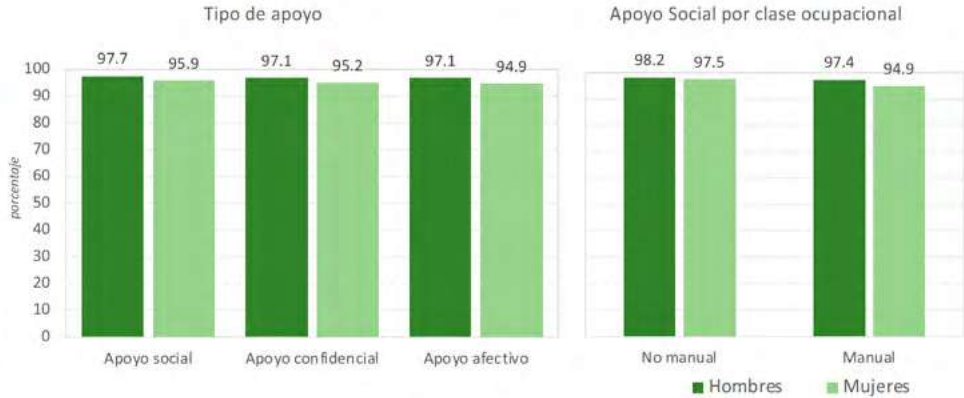
**GRÁFICO 69:** *Proporción de personas con capital social por clase ocupacional y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018*



FUENTE: elaboración propia a partir de ESCAV-18.

Con relación al apoyo afectivo-social, los resultados previos se confirman de forma más contundente: en todos los tipos de apoyo por los que se ha preguntado a la población vitoriana – apoyo social, confidencial y afectivo –, los/as ciudadanos/as se sienten sustentados, en un 95% o más de los casos, independientemente del sexo y de cuál sea el tipo de empleo que ocupan (Gráfico 70).

**GRÁFICO 70:** *Proporción de personas con Apoyo afectivo-social, por tipo, sexo y clase ocupacional. Vitoria-Gasteiz, 2018*



FUENTE: elaboración propia a partir de ESCAV-18.

A pesar de lo expuesto, sin embargo, hasta una cuarta parte de la población se siente sola<sup>13</sup> (Gráfico 71). En este sentido, la prevalencia del sentimiento de soledad por edad y sexo, proporciona unos resultados que, en parte, no serían los esperados de acuerdo al imaginario que tenemos de la soledad:

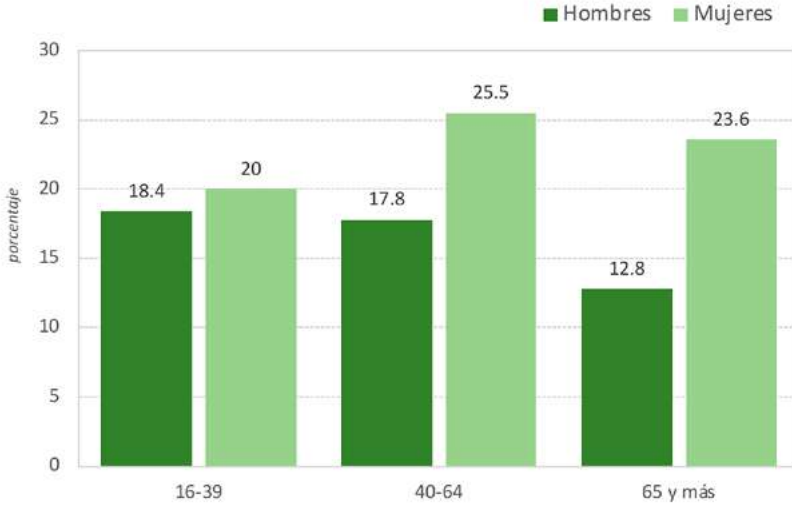
- por un lado, las mujeres se sienten más solas que los hombres, diferencia que aumenta a medida también que aumenta la edad;
- por otro, no son las personas más mayores, contrariamente a lo esperado, quienes perciben estar más solas; entre las mujeres, aquellas de mediana edad son las que más solas se sienten, sin que exista una pauta en función de la edad: una cuarta parte de la población entre 40 y 64 años se siente sola, frente al 23,6% de la mayor o el 20% de la joven;
- por último, entre los hombres, y nuevamente, al contrario de lo esperado, no son los más mayores los que perciben en mayor medida que están solos; en su caso se da una pauta por edad, por la cual, a menor edad se observa una mayor percepción de soledad. De hecho, los hombres mayores de 65 años son los que menos solos se sienten de todos.

Al analizar el sentimiento de soledad por el tipo de ocupación de los/as vitorianos/as, se observan diferencias más importantes que en cuanto al sexo y la edad. Aquellos, y sobre todo aquellas empleadas en trabajos manuales se sienten más solas que las personas con una ocupación no manual (Gráfico 72). Al combinar el binomio clase ocupacional y sexo observamos que la prevalencia de la soledad se dispara, casi hasta afectar a un 30% de las mujeres ocupadas en trabajos manuales, que prácticamente doblan al de sus compañeras en trabajos no manuales.

<sup>13</sup> Se considera que existe sentimiento de soledad entre las personas que contestaron que experimentaban esta situación algunas veces, a menudo y/o siempre.

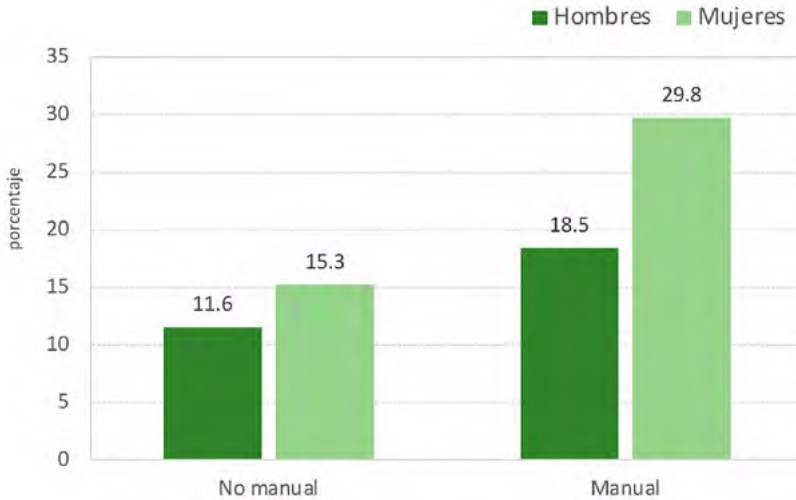


**GRÁFICO 71:** *Proporción de personas con sentimiento de soledad por edad y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018*



FUENTE: elaboración propia a partir de ESCAV-18.

**GRÁFICO 72:** *Proporción de personas con sentimiento de soledad por clase ocupacional y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018*

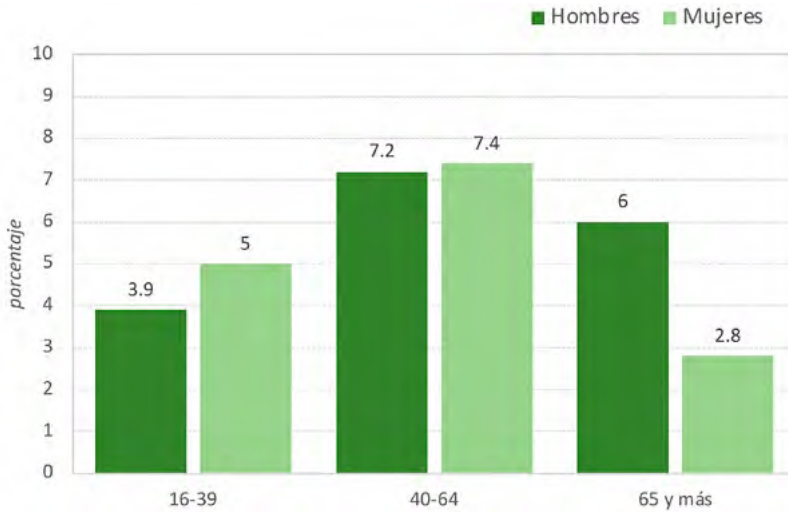


FUENTE: elaboración propia a partir de ESCAV-18.

Otro de los aspectos intrínsecos al capital social es el grado de seguridad que perciben las personas respecto a su entorno. Un contexto social de inseguridad motivado por problemas como la delincuencia, contribuyen de manera negativa a la cohesión y confianza en la comunidad.

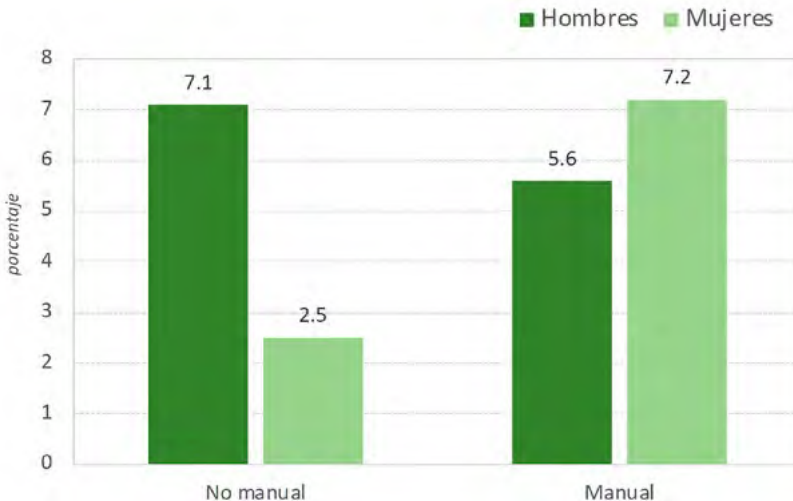
Los/as vitorianos/as, tal y como muestra el Gráfico 71, no muestran excesiva preocupación por la delincuencia en su ciudad. El grupo más inquieto por ello es el de mediana edad, que en poco más del 7% de los casos muestra alguna preocupación. Entre los/as más jóvenes y los/as más mayores, la delincuencia preocupa entre desde 3% al 6% de la población. Por último, las mujeres más mayores son las que perciben en menor medida temor por la delincuencia.

**GRÁFICO 73:** *Personas con preocupación por la delincuencia, por edad y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018*



FUENTE: elaboración propia a partir de ESCAV-18.

**GRÁFICO 74:** *Personas con preocupación por la delincuencia, por clase ocupacional y sexo. Vitoria-Gasteiz 2018*



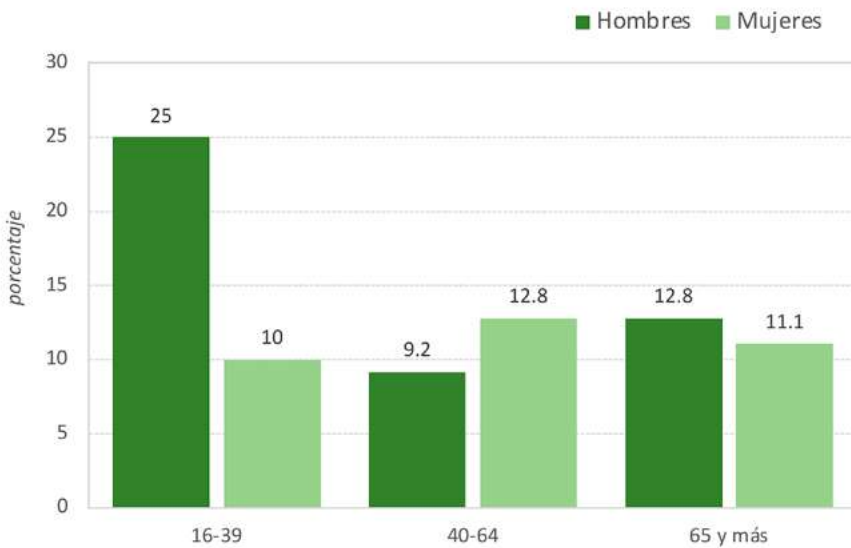
FUENTE: elaboración propia a partir de ESCAV-18.

Al analizar el temor por la delincuencia por sexo y clase ocupacional, destaca la diferencia existente entre las mujeres con ocupaciones manuales y no manuales: las empleadas en trabajos manuales muestran en más del 7% preocupación por la delincuencia en Vitoria-Gasteiz, mientras que en el grupo de mujeres con trabajos no manuales apenas el 2,5% presenta esta preocupación. En cualquier caso, la prevalencia del temor por la delincuencia en cualquier edad, sexo y clase ocupacional es pequeño.

La participación en asociaciones contribuye a desarrollar el sentimiento de pertenencia y, por lo tanto, de cohesión entre los/as ciudadanos/as de una comunidad. Los hombres, en general, participan más en este tipo de entidades, con la única excepción entre los adultos de 40-64 años. Destacan sobre el resto, las personas jóvenes menores de 40 años: una cuarta parte de éstos/as participan en asociaciones, mientras que en el resto de edades y entre las mujeres, la participación se mantiene por debajo del 13% en todos los casos (Gráfico 75).

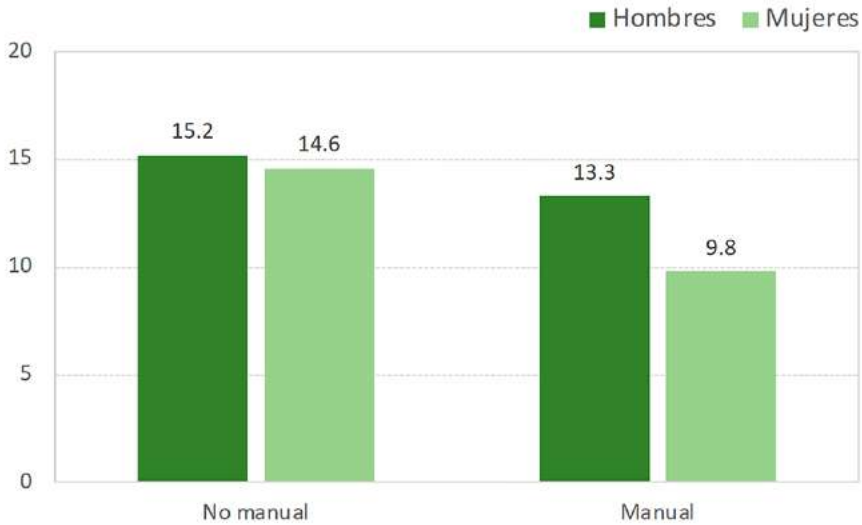
Aquellos/as que trabajan en ocupaciones no manuales tienden a participar más en las distintas asociaciones, sin apenas diferencias entre hombres y mujeres. Es entre las mujeres con ocupaciones manuales donde menos común es la participación en asociaciones.

**GRÁFICO 75:** *Proporción de personas que participan en asociaciones, por edad y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018*



FUENTE: elaboración propia a partir de ESCAV-18.

**GRÁFICO 76:** *Proporción de personas que participan en asociaciones, por clase ocupacional y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018*



FUENTE: elaboración propia a partir de ESCAV-18.

### 4.3. FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS

Al igual que los factores relacionados con el entorno socio-comunitario, en los que la vertiente psicosocial (confianza en los demás, el sentido de pertenencia y la cohesión social) contribuye a mejorar (o empeorar) la salud de las poblaciones, existen múltiples evidencias de que las circunstancias socio-económicas juegan un papel fundamental en las inequidades en salud, en algunos casos más incluso que la propia atención médica o los estilos de vida. Según la OMS, cuando una sociedad engloba diferentes niveles de ingresos, la salud y la enfermedad siguen un gradiente social: a nivel socioeconómico más bajo, peor salud (WHO, 2022).

Entre los factores socioeconómicos que señala la OMS se encuentran, además de las condiciones materiales en la primera infancia, la educación o el acceso a servicios de salud de calidad, la renta, el desempleo, la precariedad y las condiciones de empleo y trabajo, la integración y protección social, los conflictos estructurales, etc., y podrían llegar a contribuir entre el 30% y 55% de los resultados en salud.

Este apartado pone el foco en algunos determinantes de tipo económico (1) así como en los relacionados con el empleo (2) y el trabajo reproductivo (3).

### 4.3.1. Situación económica y condiciones materiales

Las condiciones materiales y la situación económica desfavorable pueden colocar a las personas en una situación de pobreza. La pobreza se traduce en una privación material más o menos intensa que, por consiguiente, limita el acceso de quienes la padecen a condiciones de vida básicas para la salud como una alimentación saludable o una vivienda adecuada. La propia OMS considera que 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”* (OMS, 2003).

Pobreza y salud actúan, además, en un doble sentido: la pobreza predispone a la mala salud, y la mala salud, a su vez, puede generar una situación de pobreza (Wagstaff, 2002).

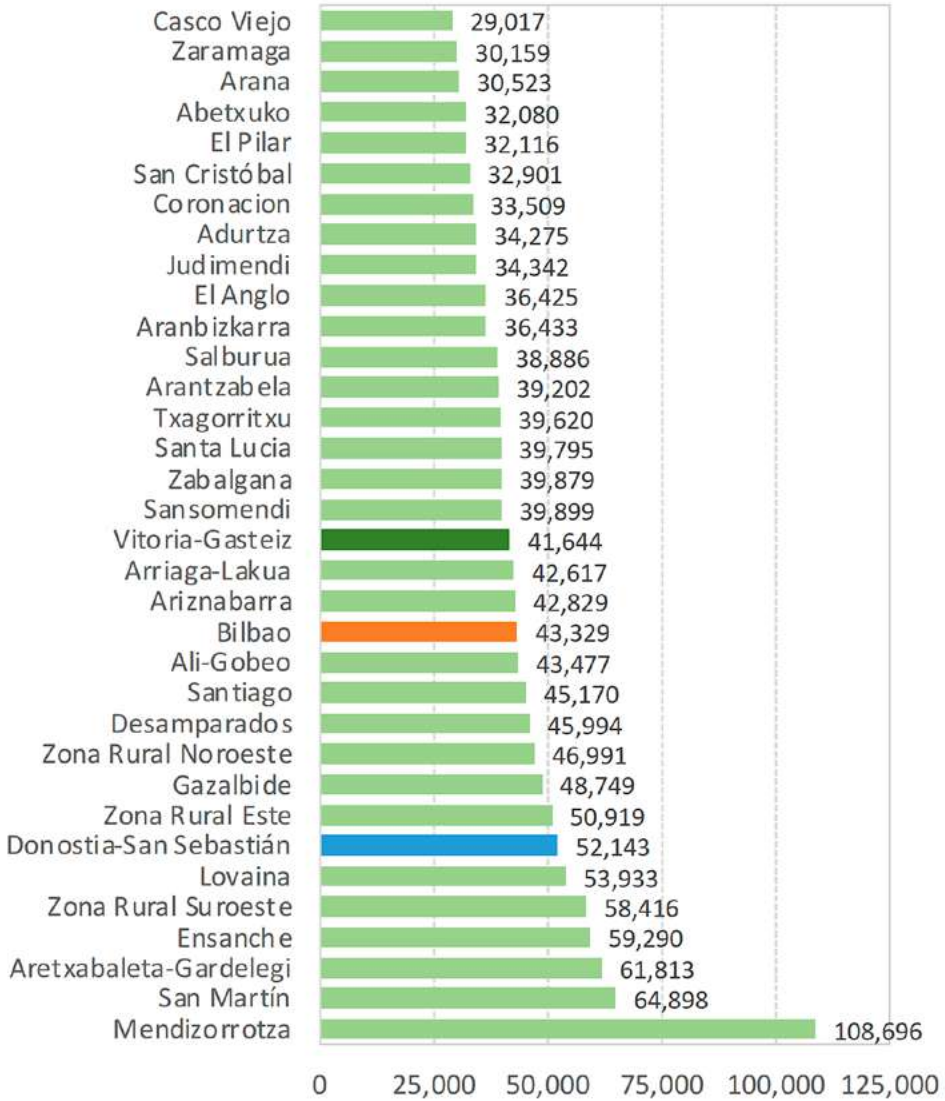
La literatura muestra la asociación de la pobreza con diferentes indicadores de salud y con conductas relacionadas con la salud, repitiéndose en diferentes contextos históricos y geográficos (Elo, 2009; Pickett & Wilkinson, 2015; Wagstaff, 2002). Así, las personas en situación de pobreza tienen una menor esperanza de vida, mayores niveles de morbilidad y presentan peores resultados en la autoevaluación de la salud que las personas de renta alta (Wagstaff, 2002). La aparición de enfermedades cardiovasculares, las infecciones del tracto respiratorio superior y diferentes trastornos de salud mental como el estrés han sido, asimismo, relacionados con experiencias relacionadas con la privación socioeconómica, como el estrés (Gibson et al., 2020). Del mismo modo, las personas con privación económica tienden a adoptar conductas más nocivas para la salud, como el consumo de alcohol y tabaco o una alimentación poco saludable (Aue et al., 2016; Kunst, 1997).

En sentido inverso, algunos problemas de salud como los trastornos psíquicos pueden conducir a la pobreza, al dificultar el acceso al empleo a las personas que los padecen y exigirles una mayor inversión en servicios sanitarios (Bartel & Taubman, 1986). Además, se estima que las personas pobres son más vulnerables y pueden estar más expuestas a situaciones de estrés o de violencia, que constituyen factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de salud mental (Patel & Kleinman, 2003). Por último, un nivel bajo de renta también se ha asociado con un mayor deterioro funcional en edades avanzadas (Zimmer & House, 2003).

De acuerdo a los últimos datos del Sociómetro 2021 que recopila la opinión de los/as ciudadanos/as de Vitoria-Gasteiz, muchos/as vitorianos/as señalan que su situación económica es buena: un 54% la considera bastante buena y un 4,3% muy buena. No obstante, el 34% no la valora ni como buena ni mala, y en torno al 6% estima que se encuentra en una situación económica muy mala.

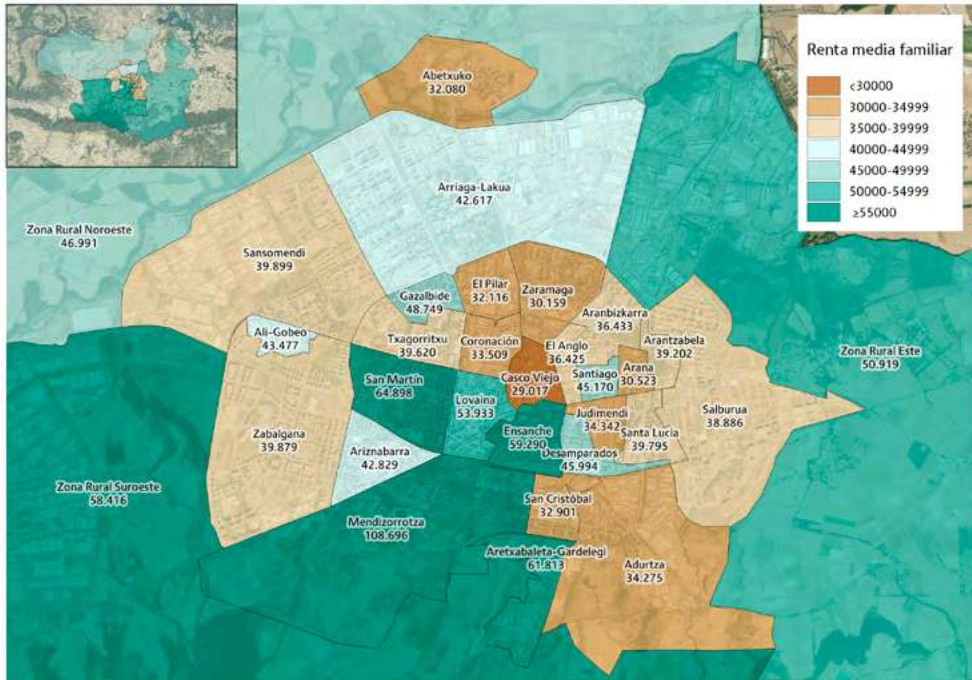
La renta media de los hogares vitorianos es de algo más de 40 mil euros (Gráfico 77 y Mapa 19), unos dos mil euros por debajo de la media de Bilbao y más de 10 mil menos que el promedio de Donostia. Destaca sobre todos los barrios Mendizorrotza que, con una renta media anual de casi 110 mil euros, se erige como un caso excepcional en Vitoria-Gasteiz. En el resto de barrios de la ciudad, la renta media por hogar oscila entre el mínimo de 29 mil euros del Casco Viejo y el máximo de casi 65 mil euros en San Martín, cuyas familias duplican la renta de los hogares de los barrios más pobres (Casco Viejo, Zaramaga, Arana, Abetxuko o El Pilar).

**GRÁFICO 77:** Renta media familiar por barrios de Vitoria-Gasteiz, y total de capitales, 2020



FUENTE: elaboración propia a partir de Eustat.

**MAPA 17:** *Renta media familiar por barrios de Vitoria-Gasteiz, 2020*



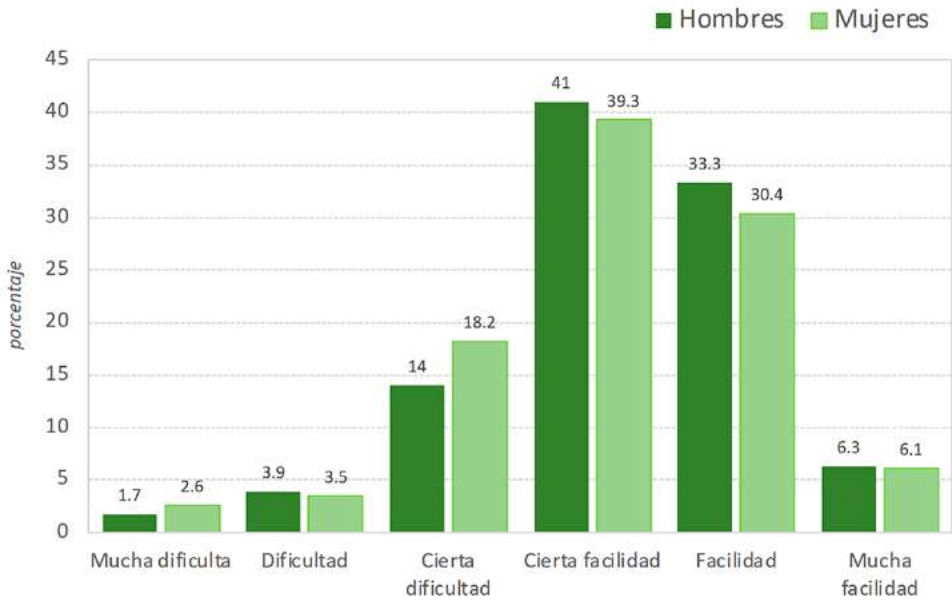
FUENTE: elaboración propia a partir de Eustat.

La proporción de personas que declaran tener algún tipo de dificultad para llegar a fin de mes ronda el 25%: el 1,7% de los hombres y 2,6% de las mujeres lo hacen con mucha dificultad, menos del 4% en ambos sexos con dificultad y el 14% de hombres y 18,2% de mujeres con algo de dificultad. La mayoría llega a fin de mes con facilidad e incluso alrededor del 6% de la población con mucha facilidad (Gráfico 78).

Aunque las diferencias por sexo no son considerables (Gráfico 78 y Gráfico 79.), las mujeres declaran en mayor medida algún tipo de dificultad para llegar a fin de mes. Por clase ocupacional, las diferencias son mayores: alrededor del 33% de aquellos/as empleados/as en ocupaciones manuales experimentan problemas para llegar a fin de mes, frente al 7% de los hombres y el 15% de las mujeres en ocupaciones no manuales.

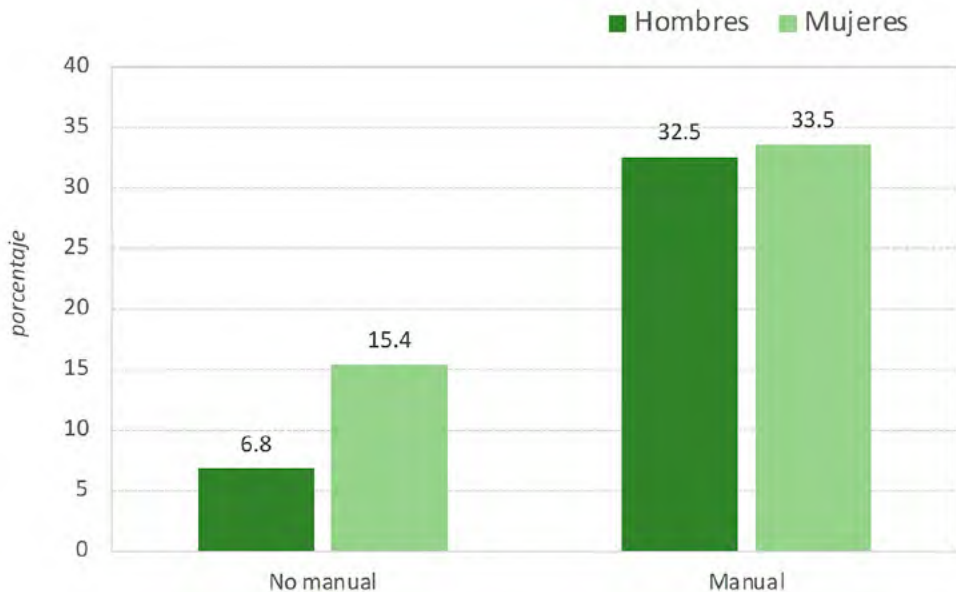


**GRÁFICO 78:** Dificultad para llegar a fin de mes, por sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018



FUENTE: elaboración propia a partir de ESCAV-18..

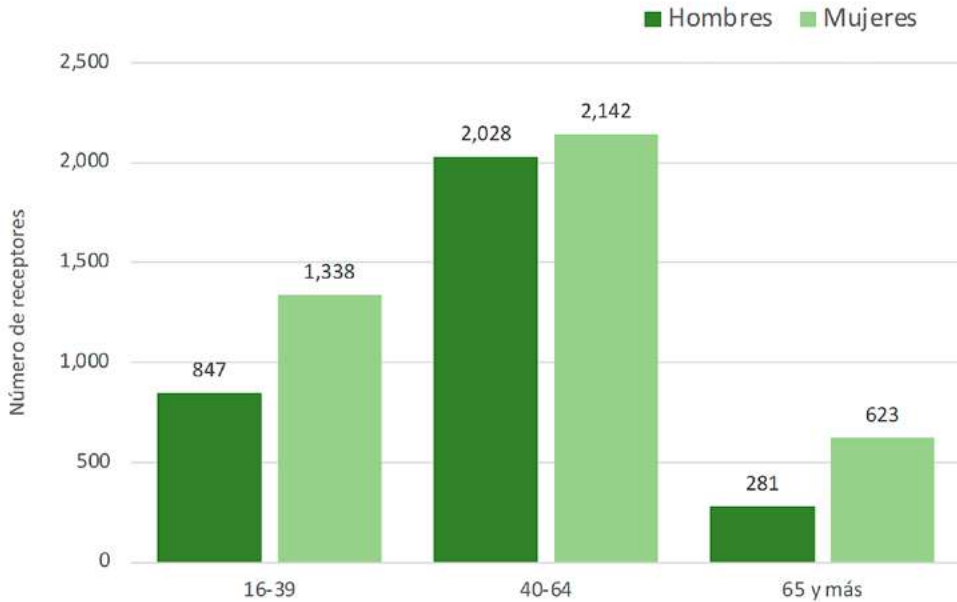
**GRÁFICO 79:** Dificultad para llegar a fin de mes, por sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018



FUENTE: elaboración propia a partir de ESCAV-18.

En relación a la Renta de Garantía de ingresos, se observa que algo más de 7.000 personas perciben la RGI en Vitoria-Gasteiz. De estos/as, más de 4.000 son mujeres. La mayoría de los/as perceptores/as pertenecen a la franja de mediana edad, donde más de 2.000 hombres y 2.000 mujeres reciben la RGI. Entre las personas del grupo de edad más joven, más de 1.300 mujeres y de 800 hombres percibirían la RGI mientras que la cifra descende en el grupo de 65 y más años, donde algo más de 600 mujeres y apenas 300 hombres la perciben.

**GRÁFICO 80:** *Perceptores de RGI, por edad y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2021*



FUENTE: *elaboración propia a partir de Lanbide*

Por barrios del municipio, el porcentaje de perceptores/as de la RGI varía de forma considerable. En algunos barrios como el Casco Viejo, algo más del 8,2% de los/as residentes percibe la RGI frente a menos del 0,5% en barrios como Mendizorrotza. En la mayor parte de los barrios, el porcentaje de perceptores/as de la RGI es inferior al 4%; solo 5 barrios tendrían, por el contrario, un porcentaje de perceptores/as superior al 4%, con el Casco Viejo a la cabeza, seguido de Coronación (5,4%) y Abetxuko (5,3%), y Zaramaga (4,9%) y Adurza (4,8%), acercándose al 5% de perceptores/as de la RGI.

**MAPA 18:** Perceptores/as de RGI, por edad y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2021



FUENTE: elaboración propia a partir de Lanbide.

Por sexo, se observa que, entre los hombres, el porcentaje de perceptores de la RGI es limitado en la mayor parte de los barrios. El Casco Viejo constituye el barrio con la cifra más alta de perceptores de la RGI, con un 8%. A una distancia considerable estaría el barrio de Coronación, con un 4,9% de hombres que perciben la RGI, seguido de Zaramaga (4,6%), Abetxuko (4,5%), Arana (4,4%) y Adurtza (4,2%). En el resto de los barrios, menos del 4% de los hombres perciben la RGI.

Entre las mujeres, el Casco Viejo también constituye el barrio con la mayor cifra de perceptoras de la RGI (8,3%). Posteriormente estarían Abetxuko y coronación con el 5,9%, seguidos de Adurtza (5,3%), Zaramaga (5,2%) y el Pilar (4,1%). Todos los demás barrios registrarían porcentajes de perceptoras de la RGI inferiores al 4%.

**MAPA 19 Y 20:** *Hombres y mujeres perceptores/as de RGI, por barrios de Vitoria-Gasteiz, 2021*

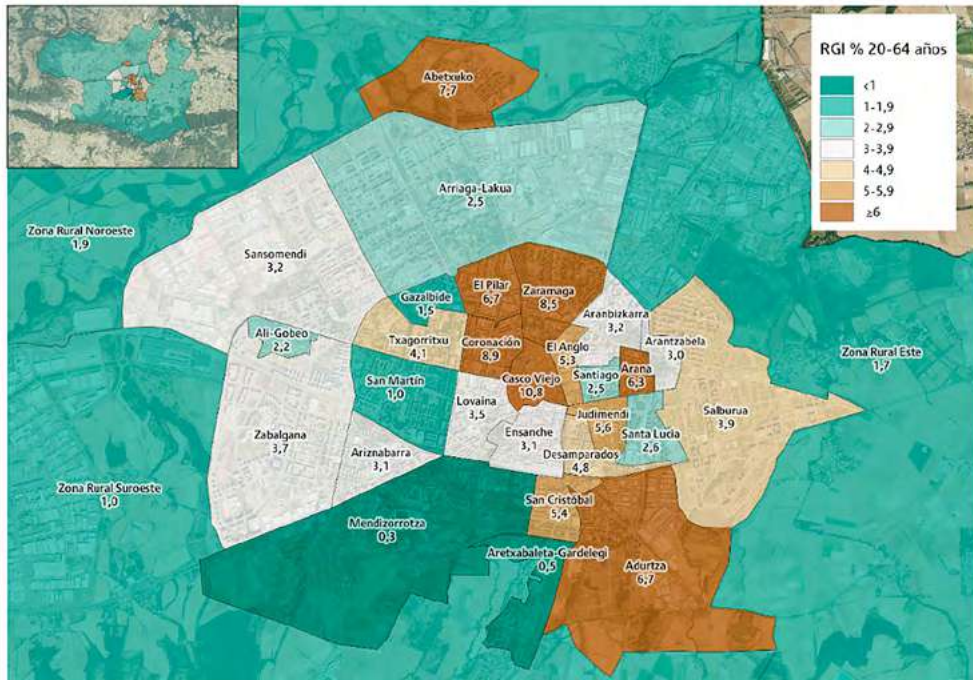


FUENTE: elaboración propia a partir de Lanbide.



Finalmente, si nos fijamos en grandes grupos de edad, constatamos que en general, el porcentaje de perceptores/as de RGI entre las personas de 20 a 64 años es más numeroso que entre las de 65 y más años. Solo Mendizorrotza y Aretxabaleta-Gardelegi, tendrían a menos del 1% de los/as residentes de 20 a 64 años percibiendo la RGI. En el otro extremo, barrios como el Casco Viejo, Coronación o Zaramaga cuentan con más del 8% de la población de 20 a 64 años siendo perceptores/as de la RGI. Entre la población de 65 y más años, Zabalgana y Salburua registrarían cifras superiores al 8%, seguidos del Casco Viejo, con 5,7% de perceptores/as entre los/as mayores de 64 años. Sin embargo, en el resto de los barrios, menos del 3,5% de los/as residentes de este grupo de edad estarían percibiendo la RGI.

**MAPA 21 Y 22:** *Perceptores/as de RGI en Vitoria-Gasteiz, por barrios y grandes grupos de edad. 2021*





FUENTE: elaboración propia a partir de Lanbide.

Uno de los aspectos de las condiciones materiales de los hogares a los que se cada vez se está prestando más atención está relacionada con la capacidad de los hogares de hacer frente al gasto energético. El término de **pobreza energética**, definida como la incapacidad de que un hogar disponga de una cantidad mínima de energía para cubrir las necesidades básicas, es el resultado de la combinación de tres factores:

1. los bajos ingresos familiares;
2. los precios de la energía y
3. la baja eficiencia energética de las viviendas y sus equipamientos.

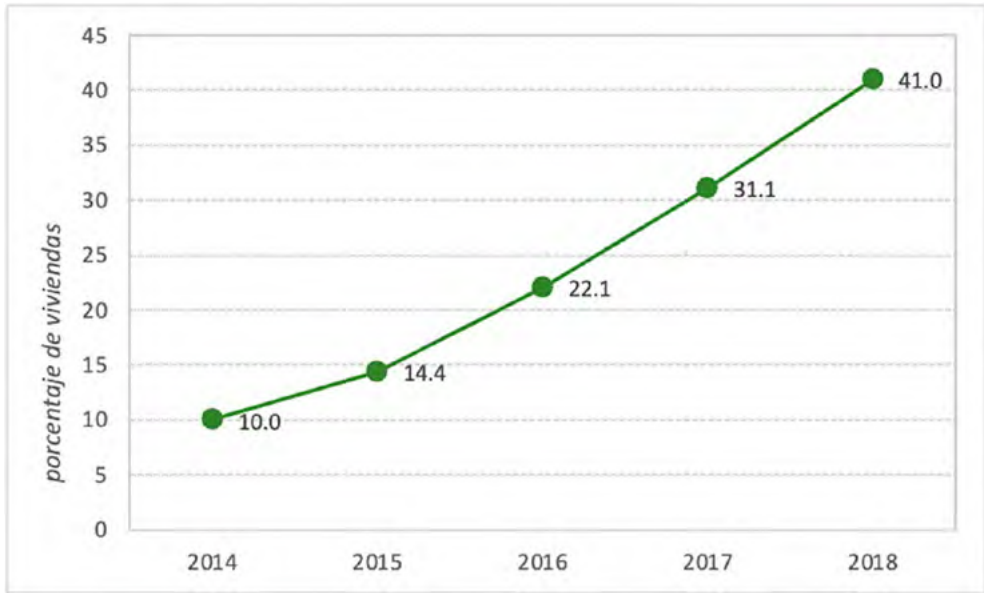
La pobreza energética afecta en mayor medida a grupos socialmente peor posicionados, como la población infantil, las personas mayores o aquellas con enfermedades crónicas (Pevalin et al., 2017) y es un tipo de pobreza ligada a una peor salud (Marmot Review Team, 2011), a un aumento de la mortalidad en invierno (Isaacs & Donn, 1993; Marmot Review Team, 2011), a problemas de salud mental (Jones-Rounds et al., 2014) y al agravamiento de enfermedades respiratorias en población infantil, como consecuencia del frío y la humedad (Ingham et al., 2019).

A fecha de hoy, no se han encontrado datos que nos proporcionen información sobre cuántos hogares y personas de Vitoria-Gasteiz pueden padecer de pobreza energética, más allá del dato de las 224 familias alavesas que en 2020 acudió a la Cruz Roja de Euskadi.

Sí sabemos a través de los indicadores recabados por la Agenda 21 del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz que uno de los factores que contribuyen a este problema, la eficiencia energética de los hogares, ha ido mejorando en los últimos años de forma considerable (Gráfico

81). Si en 2014 solamente el 10% poseía el certificado de eficiencia energética, para 2018 más del 40% lo había obtenido.

**GRÁFICO 81:** *Número de viviendas que han conseguido el certificado de eficiencia energética*



FUENTE: *Agenda 21, Indicadores de Energía, Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.*

#### 4.3.2. (Des)Empleo y trabajo remunerado

El trabajo remunerado proporciona acceso a los recursos necesarios para mantener una buena salud y para conformar y organizar las estructuras psíquicas y sociales de las personas. Por ello, su ausencia o la precariedad laboral ponen en riesgo la salud (Benach et al., 2014). En este sentido, las razones por las que el desempleo tiene efectos negativos en la salud son diversas. Por un lado, disminuye la capacidad económica de las personas, lo que dificulta el acceso de los individuos a ciertos bienes y servicios y, por otro lado, afecta a la salud por la interrupción de estrategias y planes vitales del individuo, la dificultad para el desarrollo del status y la identidad individual o para el contacto social que se establece en el entorno laboral (FADSP, 2012).

Existen múltiples estudios que han identificado la relación entre el desempleo y la mortalidad, especialmente en hombres (D'Errico et al., 2021; Vanthomme & Gadeyne, 2019) y una peor percepción de la salud (Norström et al., 2014) o algunos problemas específicos de salud: las personas sin trabajo tienen un mayor riesgo de depresión (Kim & von dem Knesebeck, 2016), de hipertensión arterial e hipercolesterolemia (Stuckler et al., 2009) o de peores conductas relacionadas con la salud (Freyer-Adam et al., 2011; Henkel, 2011), que a su vez son más numerosas, cuanto más larga es la duración del desempleo (Freyer-Adam et al., 2011).



Además del desempleo, las características del empleo inciden de forma importante sobre la salud. El abordaje de la precariedad precisa un enfoque multidimensional que abarque aspectos como la percepción de la inseguridad laboral, la temporalidad, salarios bajos o la falta de derechos y beneficios sociales (Benach et al., 2014; van Aerden et al., 2017). Diferentes estudios han señalado que el trabajo temporal, por ejemplo, está relacionado con un mayor riesgo de accidentes laborales y el aumento de la morbilidad psiquiátrica (Benach et al., 2014; Virtanen et al., 2005), o que la percepción de la inseguridad laboral se relaciona con una mayor incidencia de enfermedades coronarias.

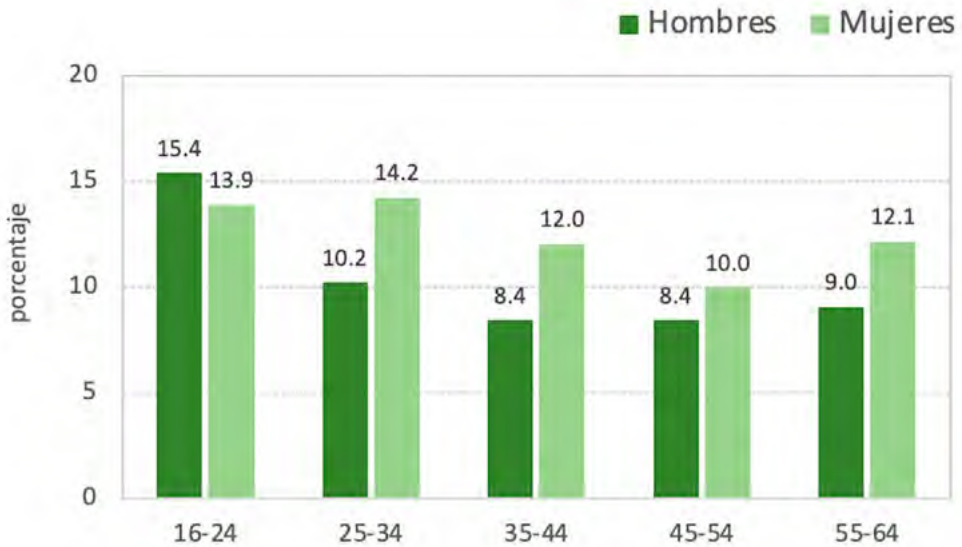
Tanto la falta de empleo como su precariedad, varían en función del género, edad, nivel educativo o clase social, y, por lo tanto, tienen repercusiones desiguales sobre la salud en función de dichas características (Benach et al., 2012).

En Vitoria-Gasteiz, casi 13 mil residentes, el 10,5% de las personas de 16 y más años económicamente activas (ocupadas y desempleadas que buscan trabajo), se encuentran en paro, siendo la tasa de desempleo algo mayor entre las mujeres que entre los hombres (11,8% frente al 9,2%). Esta mayor tasa entre las mujeres, se repite en todas las edades, a excepción del grupo más joven, e independientemente del nivel educativo (Gráfico 82 y Gráfico 83). Entre los hombres, los más jóvenes, los de menos de 25 años, es donde más afecta el desempleo, siendo las edades adultas y maduras las que presentan tasas de ocupación más elevadas. Entre las mujeres, en cambio, la tendencia por edad de las tasas de desempleo no es tan clara, siendo el tramo de edad de 45 a 54 años el menos afectado por la falta de empleo.

Las tasas de desempleo por nivel de instrucción proporcionan los resultados esperados: las personas con un mayor nivel educativo presentan menos casos de desempleo, siendo aquellas con menos estudios, tanto hombres como mujeres, las penalizadas en mayor medida por el mercado laboral. Destaca el caso de las mujeres sin estudios o con estudios primarios: casi una cuarta parte de aquellas que buscan un empleo de forma activa se encuentran desempleadas.

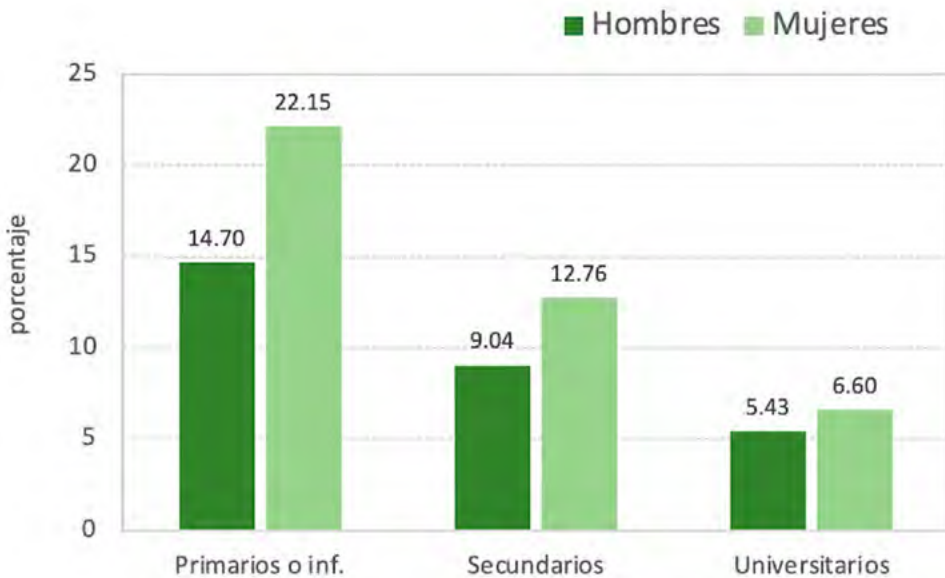
Las consecuencias de la pandemia del coronavirus quedaron reflejadas en entre las personas que más tiempo llevaban buscando empleo, las parados de larga duración (Gráfico 84). Tal y como ocurrió con la crisis económica desencadenada en 2008, la situación del mercado laboral tras los efectos de la pandemia de 2020 hizo que, tras varios años de mejoras, los/as parados/as de larga duración crecieran de forma significativa nuevamente en 2020, tanto entre hombres como entre mujeres. Este grupo de desempleados/as que lleva como mínimo doce meses buscando sin éxito un empleo, es especialmente vulnerable y tal y como apunta el Tribunal de Cuentas Europeo “*corre un mayor riesgo de pobreza, excusión social e incluso problemas de salud*” (Tribunal de cuentas Europeo, 2021). Los efectos sobre la salud mental de no poder acceder a un empleo durante un periodo tan prolongado son claros, ya que precisamente los/as que más problemas tienen para encontrar un empleo, ven cómo su motivación, confianza y sus capacidades van menguando a medida que pasa el tiempo. Durante todo el periodo analizado (Gráfico 84), la tasa de desempleo de larga duración es mayor entre las mujeres. Además, esta brecha entre hombres y mujeres ha aumentado en los años de la recuperación económica.

**GRÁFICO 82:** Tasa de desempleo por edad y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2020



FUENTE: elaboración propia a partir de Eustat.

**GRÁFICO 83:** Tasa de desempleo por nivel de instrucción y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2020



FUENTE: elaboración propia a partir de Eustat.

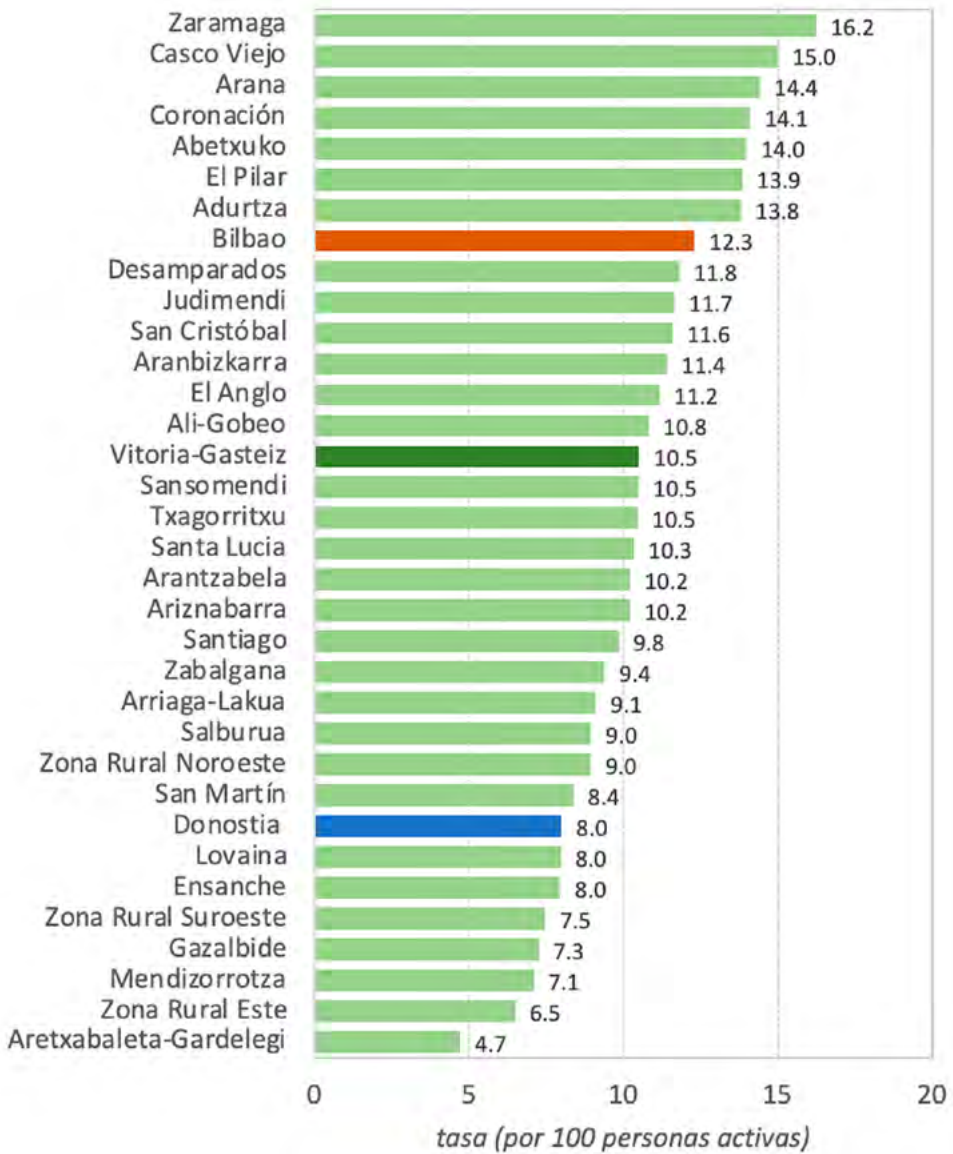
**GRÁFICO 84:** Evolución de la tasa de desempleo de larga duración por sexo. Vitoria-Gasteiz, 2007-2020



FUENTE: elaboración propia a partir de Lanbide.

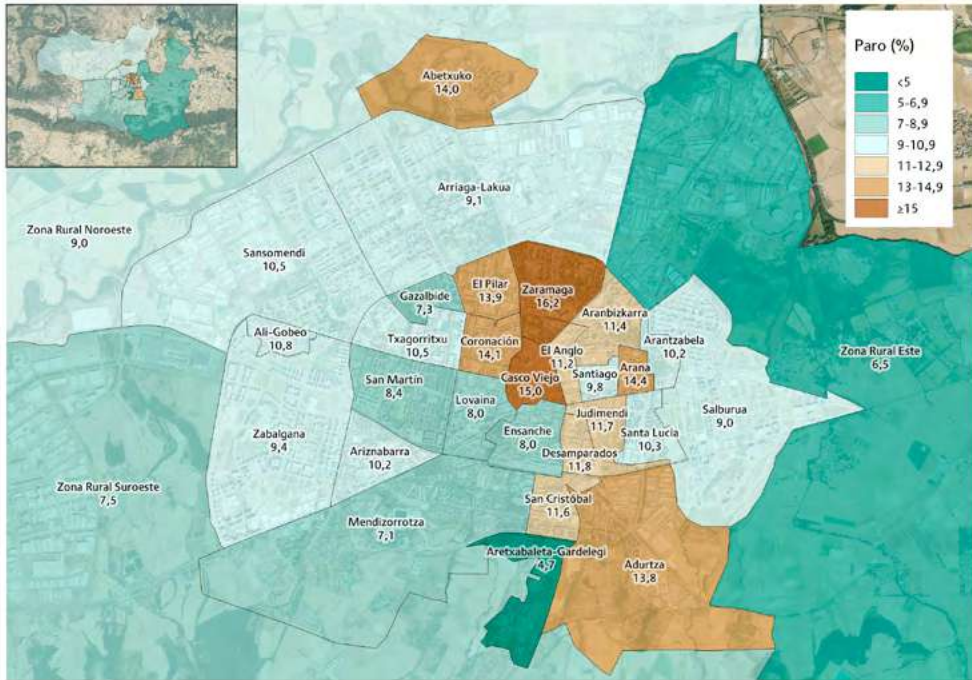
La tasa de paro del conjunto de Vitoria-Gasteiz se encuentra por debajo de la de Bilbao pero por encima de la de Donostia (Gráfico 85). El desempleo se reparte de forma desigual por la ciudad. Las situaciones más desfavorables en cuanto al acceso al mercado laboral se producen entre los/as habitantes de Zaramaga y Casco Viejo, con tasas de desempleo del 16,2 y 15%, respectivamente. Estos barrios llegan a triplicar la tasa de paro del barrio con menos desempleo de la ciudad, Aretxabaleta-Gardelegi, donde no llega al 5%. Los barrios de Adurtza, El Pilar, Abetxuko, Coronación y Arana, además de Casco Viejo y Zaramaga, constituyen los barrios con mayores tasas de desempleo, con alrededor del 14% de la población en esta situación.

**GRÁFICO 85:** Tasa de desempleo por barrios de Vitoria-Gasteiz y capitales, 2020



FUENTE: elaboración propia a partir de Eustat.

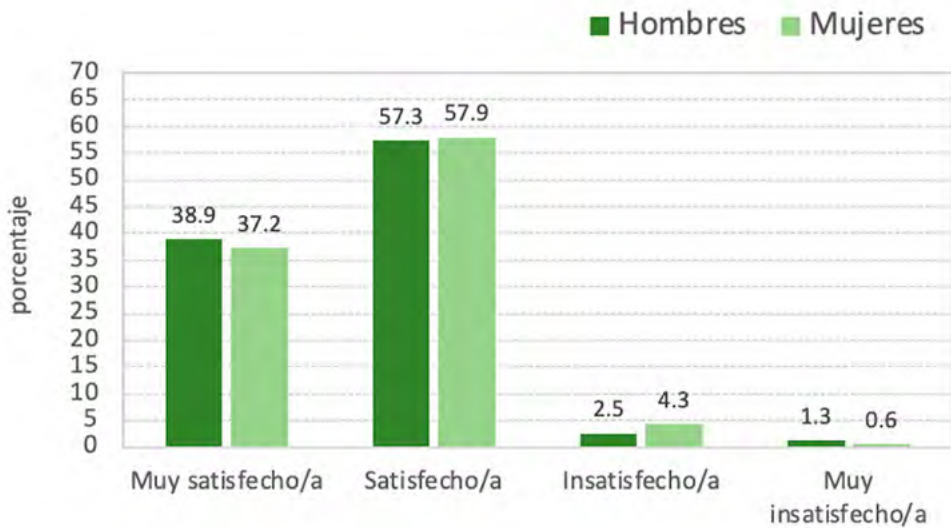
**MAPA 23:** Tasa de desempleo por barrios de Vitoria-Gasteiz y capitales, 2020



FUENTE: elaboración propia a partir de Eustat.

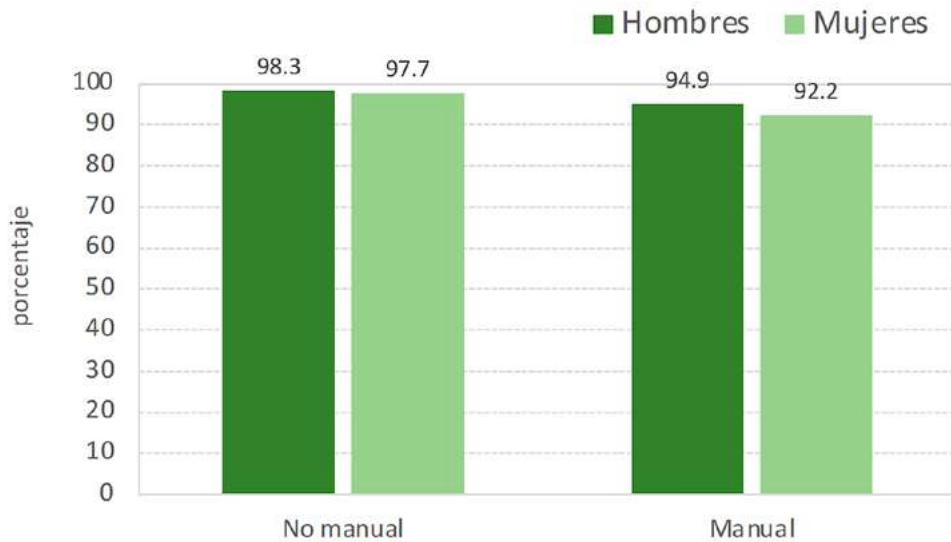
Por su parte, la población ocupada de Vitoria-Gasteiz declara estar satisfecha en su inmensa mayoría con su empleo (Gráfico 86 y Gráfico 87). Más del 95% de los/as vitorianos/as indica estar satisfecho/a o muy satisfecho/a con su empleo y tan solo un 5% de mujeres y 4% de hombres afirma no estar a gusto en su trabajo. Aunque las personas empleadas en trabajos no manuales parecen mostrar un mayor agrado en su trabajo, la situación entre aquellos/as con empleos manuales sigue siendo igual de positiva, con más del 90% de hombres y mujeres que declaran estar contentos/as con su trabajo (Gráfico 87).

**GRÁFICO 86:** Grado de satisfacción con el trabajo, por sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018



FUENTE: elaboración propia a partir de ESCAV-18.

**GRÁFICO 87:** Personas satisfechas con su trabajo, por clase ocupacional y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018



FUENTE: elaboración propia a partir de ESCAV-18.



### 4.3.3. Trabajo reproductivo o no remunerado

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud y la OMS, “*brindar cuidados de salud impacta directamente en la calidad de vida de las cuidadoras y en el tipo de atención que brindan, ya que afecta a su salud física y psicológica, manifestándose en síntomas como depresión, ansiedad, irritabilidad, mialgias y problemas circulatorios y articulaciones*” (OPS, 2020).

El trabajo doméstico y de cuidados o trabajo reproductivo siguen siendo en gran medida asumidos por las mujeres, aunque la participación de los hombres ha aumentado (Borrell et al., 2014), tanto cuando se trata de cuidar a menores (Tobío et al., 2010), como a personas mayores dependientes (Álvarez, 2005; Esparza, 2011). El cansancio que ocasiona el cuidado de menores (da Costa et al., 2014) y la sobrecarga de los cuidados de personas en situación de dependencia, especialmente de personas mayores y/o hijos/as, genera efectos negativos en la salud mental y física entre las cuidadoras (del Río Lozano et al., 2017; Mosquera et al., 2019), además de condicionar la estructura familiar (Araújo et al., 2009; Larrañaga et al., 2008) y la participación en el mercado de trabajo de la persona cuidadora (Pimenta et al., 2009).

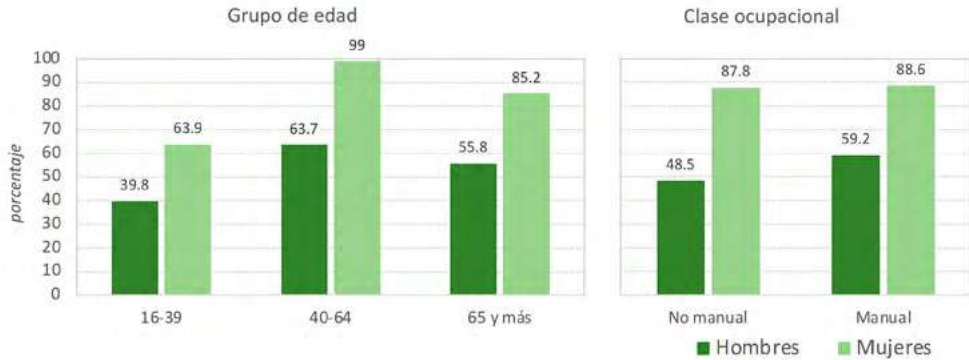
Además, no solo existen desigualdades de género en el impacto que el cuidar tiene en la salud de hombres y mujeres (García Calvente et al., 2011; Larrañaga et al., 2008), sino que aplicando la mirada interseccional, se observa que las mujeres socialmente peor posicionadas presentan mayores cargas de cuidado y tienen menos recursos materiales para afrontarlos, lo que genera mayor impacto negativo en su salud (García Calvente et al., 2011). Asimismo, subrayar que en los hogares donde el trabajo doméstico se reparte de manera igualitaria, el trabajo remunerado tiene un efecto positivo en la salud de las mujeres. Mientras que cuando ese reparto es desigual, el efecto positivo se pierde (Bacigalupe & Martín, 2007). Por último, el cuidado no genera únicamente efectos negativos, sino que también puede tener efectos positivos como sentimientos de satisfacción, crecimiento de valores o el sentido de la responsabilidad (Araújo et al., 2009; Chan, 2010; Oliveira & Caldana, 2012; Pimenta et al., 2009).

En Vitoria-Gasteiz, en concordancia a lo que señala la literatura, el porcentaje de personas que siempre o casi siempre realiza las tareas domésticas es considerablemente más importante entre las mujeres en todos los grupos de edad, siendo mayores las prevalencias del grupo de mediana edad (Gráfico 88). Entre las mujeres no existen diferencias importantes en la realización de tareas domésticas por clase ocupacional y entre los hombres, aquellos ocupados en trabajos manuales son más proclives (alrededor de 10 puntos porcentuales) a realizar tareas domésticas.

En consonancia con los datos anteriores, el Gráfico 89 muestra que el porcentaje de mujeres que nunca o casi nunca realiza tareas del hogar es muy inferior al de los hombres en todos los grupos de edad, prácticamente inexistente entre las de 40-64 años. Los adultos-jóvenes son los que realizan en menor medida las tareas domésticas. Apenas existen diferencias entre las mujeres según su clase ocupacional, mientras que los hombres con empleos no manuales son más proclives a no realizar este tipo de trabajo.

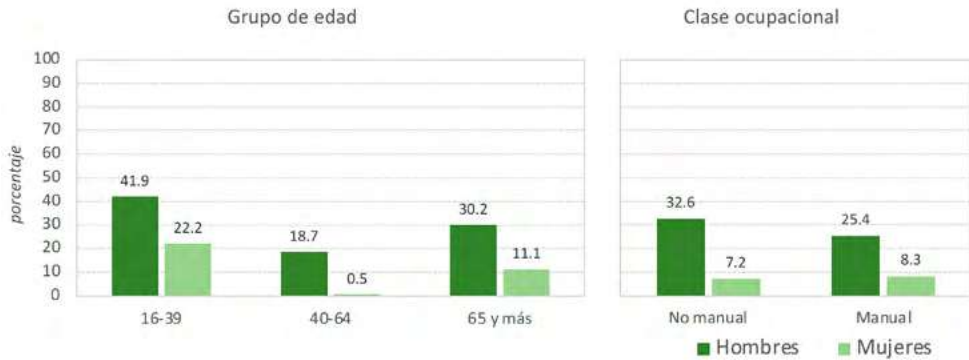


**GRÁFICO 88:** Realización de tareas domésticas siempre o casi siempre por sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018



FUENTE: elaboración propia a partir de ESCAV-18.

**GRÁFICO 89:** Realización de tareas domésticas nunca o casi nunca por sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018

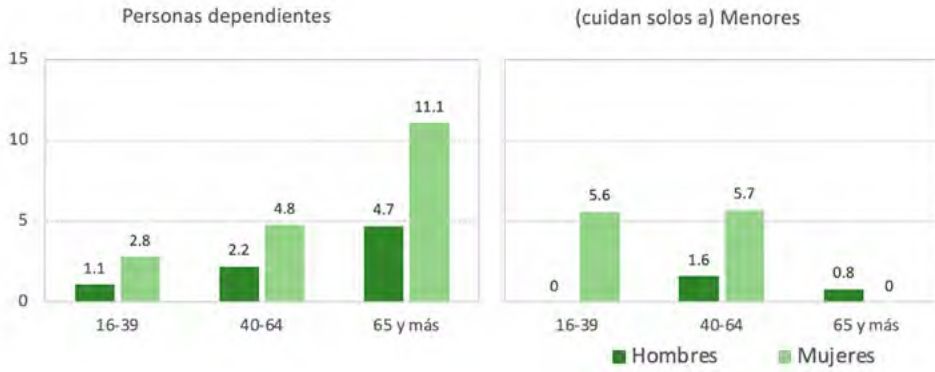


FUENTE: elaboración propia a partir de ESCAV-18.

La dimensión de los cuidados también está claramente protagonizada por las mujeres. En todos los grupos de edad, el porcentaje de mujeres que cuida a una persona dependiente es más de dos veces superior al de los hombres. Por otro lado, más de un 5% de mujeres de menos de 40 años cuida a algún menor, mientras que, en esta franja de edad, no hay hombres que cuiden de menores. En el grupo de mediana edad, también encontramos una prevalencia de más del 5% entre las mujeres frente al 1,5% de los hombres. No obstante, en el grupo de 65 y más años, el porcentaje de mujeres cuidando de menores desaparece mientras que entre los hombres, la prevalencia es algo inferior al 1%.

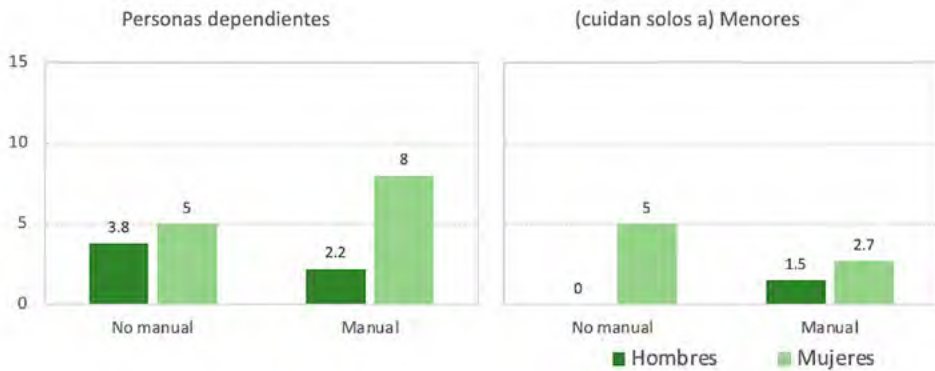
El cuidado de personas dependientes es algo más prevalente entre los hombres de clase no manual frente a los de clase manual. Por el contrario, no se han registrado hombres de clase no manual que cuiden solos de menores mientras que el porcentaje de hombres de clase manual en esta situación sería del 1,5%. Entre las mujeres, el porcentaje de las que cuidan a personas dependientes es mayor entre las de clase manual con respecto a las de clase no manual; no obstante, la prevalencia de las que cuidan solas de menores es mayor entre las de clase no manual frente a las mujeres de clase manual.

**GRÁFICO 90:** *Cuidado de personas dependientes y menores, por edad y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018*



FUENTE: elaboración propia a partir de ESCAV-18.

**GRÁFICO 91:** *Cuidado de personas dependientes y menores, por clase ocupacional y sexo. Vitoria-Gasteiz, 2018*



FUENTE: elaboración propia a partir de ESCAV-18.

## 4.4. ENTORNO FÍSICO Y AMBIENTAL

### 4.4.1. Condiciones ambientales

La OMS, máxima autoridad de salud mundial, en el reciente compendio publicado por la OMS y algunas directrices de las Naciones Unidas, señala a la contaminación ambiental y otros riesgos ambientales y del entorno como causantes de casi una cuarta parte de la carga mundial de enfermedades (WHO, 2021a). El compendio señala aspectos claves a abordar si se quiere eliminar o reducir la carga de estas enfermedades: la contaminación del aire, la limpieza del agua, los residuos sólidos, los productos químicos, la radiación, el cambio climático, los entornos ambientales e infraestructuras relacionados con la movilidad y el acceso a comida saludable son las áreas clave a mejorar para conseguir vidas más saludables.

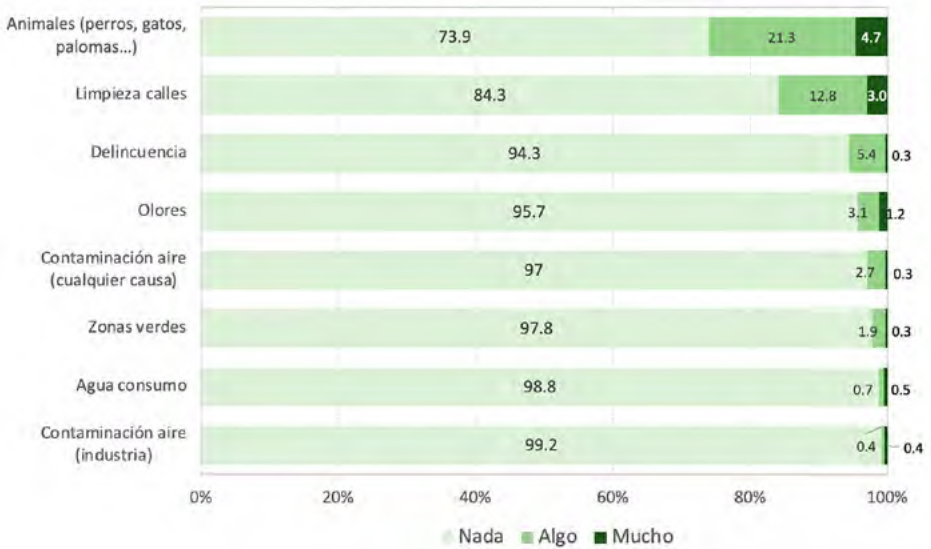
En este apartado, se analizarán algunos de estos factores clave que conjuntamente con los estilos de vida y los entornos socio-comunitarios (aspectos afectivo-emocionales del entorno) y socioeconómicos (trabajo y situación económica) pueden llegar a determinar la (mala) salud de la población de Vitoria-Gasteiz.

Independientemente de los problemas señalados por la OMS y diferentes órganos de la ONU, los/as vitorianos/as identifican una serie de problemas concretos en el entorno de sus viviendas. Los animales en las calles (perros, gatos, palomas etc.) son el elemento más problemático que perciben los/as residentes del municipio en torno a sus viviendas, nada más y nada menos que señalado por más de la cuarta parte de la ciudadanía. La limpieza de las calles es otro de los temas en los que la ciudadanía muestra objeción alguna, señalado por el 15,8% de los/as vitorianos/as. En cualquier caso, la preocupación por estos inconvenientes no es excesiva, siendo menos del 5% de personas el que señala a los animales y la (mala) limpieza de las calles de Vitoria-Gasteiz como un problema de mucha preocupación (Gráfico 92).

El resto de problemas, incluida la delincuencia o diferentes tipos de contaminación, no preocupa en general a la población vitoriana: menos del 1% de la población considera muy preocupantes el resto factores. La contaminación del aire, por ejemplo, preocupa algo o mucho a tan solo el 3% de los/as vitorianos/as.

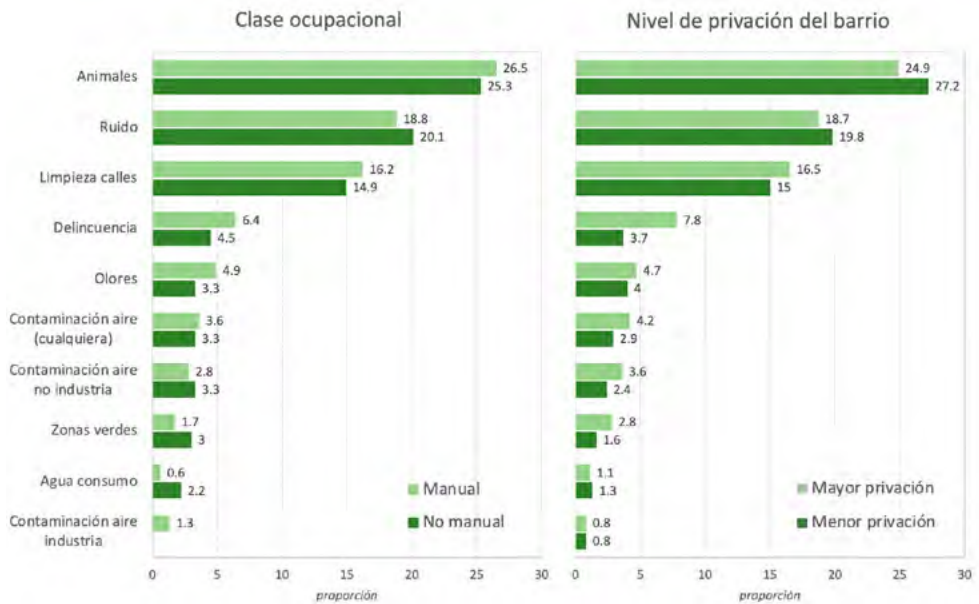
Al analizar la percepción de estos problemas por algunas de las características socioeconómicas de los/as vecinos/as de Vitoria-Gasteiz – la clase ocupacional y el nivel de privación del barrio de residencia –, puede comprobarse que las preocupaciones de los/as ciudadanos/as son muy similares, independientemente del nivel de privación del barrio en el que viven o el tipo de ocupación en el que están empleados/as (Gráfico 93). La contaminación (acústica o del aire) es percibida en general más a menudo como un problema por aquellos/as trabajadores/as no manuales, aunque solamente el ruido es señalado por aquellos/as que viven en barrios residenciales con menor privación, junto con el problema de los animales. Destaca la diferencia observada en función del nivel de privación del barrio de residencia respecto a la percepción de la delincuencia, que se considera un problema para casi el 8% de los/as habitantes de barrios con mayor privación, en oposición a menos del 4% de los/as residentes en barrios con menor privación.

**GRÁFICO 92:** *Porcentaje de personas que señalan problemas en torno a su vivienda. Vitoria-Gasteiz, 2018*



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV-18.

**GRÁFICO 93:** *Porcentaje de personas que señalan problemas en torno a su vivienda, por clase ocupacional. Vitoria-Gasteiz, 2018*



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV-18.

## Contaminación del aire

Según la Organización Mundial de la Salud, la contaminación del aire es uno de los mayores riesgos ambientales para la salud, por lo que resulta crucial reducir el nivel de contaminación para disminuir también las enfermedades y defunciones causadas por este factor. La OMS estima que en 2016 la contaminación del aire exterior podría haber causado 4,2 millones de muertes prematuras y que en 2019 el 99% de la población mundial vivía en lugares cuya calidad del aire estaba por debajo de niveles aceptables (WHO, 2021b).

La Red Automática de Vigilancia y Control de la Contaminación Atmosférica del Gobierno Vasco (RAVCCA) permite al Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, con varias estaciones en diferentes puntos de la ciudad, vigilar y controlar la calidad del aire que respiran sus habitantes, además de informar sobre ella.

Los contaminantes que se miden de forma automática en la RAVCCA son el dióxido de azufre (SO<sub>2</sub>), el monóxido de carbono (CO), el dióxido de nitrógeno (NO<sub>2</sub>), el Ozono, las partículas en suspensión PM<sub>10</sub> y PM<sub>2,5</sub> y el Benceno, y de forma manual algunos metales pesados (plomo, níquel, cadmio y arsénico) y los hidrocarburos aromáticos policíclicos. Estas mediciones se llevan a cabo debido a los efectos adversos que tienen sobre la salud, fundamentalmente sobre el sistema respiratorio y cardiovascular.

En esta sección se presentarán los niveles de exposición de la población vitoriana a los siguientes contaminantes:

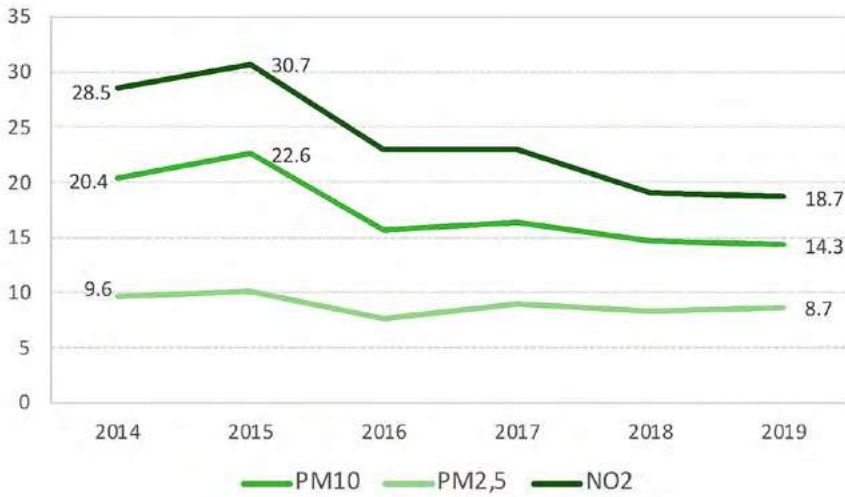
- el **Ozono** troposférico, que se encuentra en la zona baja de la atmósfera y con su importante carácter oxidante puede provocar problemas respiratorios;
- el **Óxido de Nitrógeno (NO<sub>2</sub>)**, que también tiene efectos adversos sobre las vías respiratorias.
- las **partículas en suspensión PM<sub>10</sub>** (de menos de 10 micras de diámetro) y **PM<sub>2,5</sub>** (con un diámetro menor de 2,5 micras). Estas partículas son consideradas como las de mayor riesgo para la salud, especialmente las más pequeñas, que pueden penetrar más profundamente en el sistema respiratorio. Las PM<sub>10</sub> y PM<sub>2,5</sub> pueden tener su origen en la naturaleza (minerales, aerosoles marinos, polen, etc.) o en fuentes antropogénicas (como las obras, la industria, el tráfico e incluso las calefacciones domésticas).

Según las normativas sobre la mejora de la calidad del aire, los límites establecidos para los diferentes contaminantes son:

- **NO<sub>2</sub>**: de 40µg/m<sup>3</sup> (promedio anual) y de 200µg/m<sup>3</sup> en promedio horarios (y 18 superaciones con máximo al año).
- **PM<sub>10</sub>**: límite anual de 40µg/m<sup>3</sup> y límite diario de 50µg/m<sup>3</sup>, con un máximo de 35 superaciones al año.
- **PM<sub>2,5</sub>**: límite anual de 25µg/m<sup>3</sup>.
- **Ozono**: umbral máximo diario de 120µg/m<sup>3</sup> y 25 superaciones al año.

Afortunadamente, la concentración de las partículas en suspensión PM<sub>10</sub> y el Óxido de Nitrógeno muestra una tendencia descendente en los últimos años. Las partículas PM<sub>10</sub> han pasado en los últimos cinco años de una concentración anual cercana a 30 µg/m<sup>3</sup> a menos de 20 µg/m<sup>3</sup>. Asimismo, la concentración del NO<sub>2</sub> ha caído 10 µg/m<sup>3</sup>, situándose por debajo de 14 µg/m<sup>3</sup> en 2019. Por su parte, las partículas de tamaño menor, las PM<sub>2,5</sub>, aunque se encuentran por debajo del límite anual estipulado, se han mantenido sin cambios, en torno a los 9µg/m<sup>3</sup> (Gráfico 94).

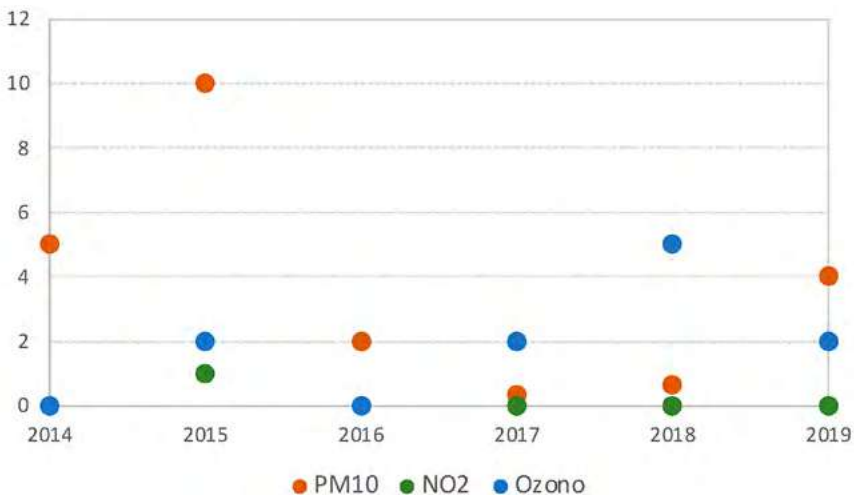
**GRÁFICO 94:** Evolución de la concentración de partículas en suspensión ( $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ). Vitoria-Gasteiz, 2014-2019



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Departamento de Medio Ambiente y Espacio Público del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

El Gráfico 95 muestra las veces que los contaminantes han superado los límites señalados. Las partículas en suspensión PM10 son las que más veces han superado entre 2014 y 2019 los límites establecidos: 5 veces en 2014 y 10 en 2015, y en menos ocasiones a partir de dicha fecha. El Ozono marcó niveles superiores a los establecidos por la ley en 5 ocasiones en 2018 y en 2 ocasiones en 2015, 2017 y 2019. La concentración de NO2 es la que ha respetado los umbrales establecidos, manteniéndose por debajo de ellos, con una única excepción en 2015.

**GRÁFICO 95:** Evolución del número de veces que diferentes partículas superan el valor objetivo. Vitoria-Gasteiz, 2014-2019



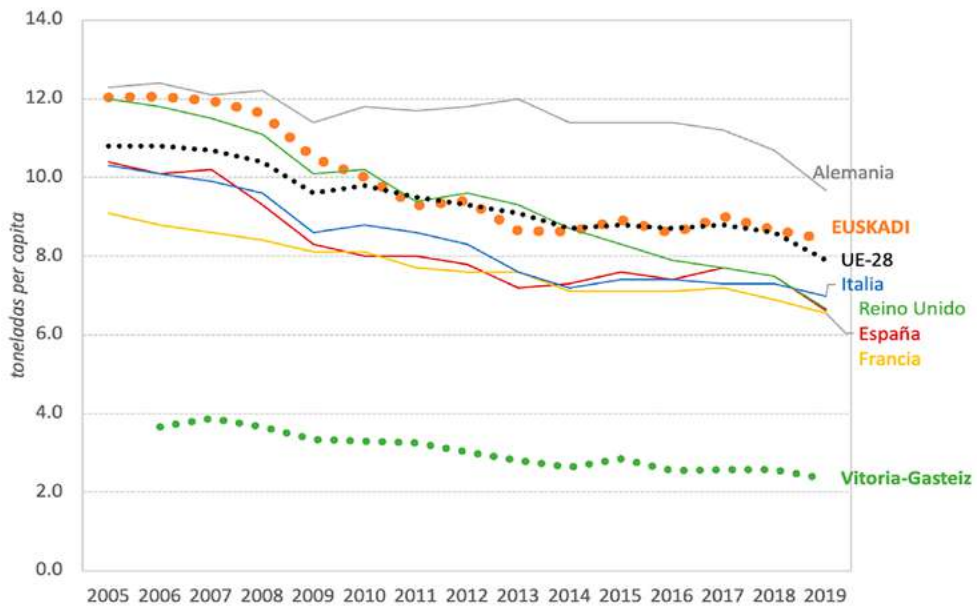
FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Departamento de Medio Ambiente y Espacio Público del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

Algunos de los contaminantes mencionados, junto con otros gases<sup>14</sup>, absorben algunos rayos de sol para redistribuirlos posteriormente en forma de radiación, produciendo el llamado efecto invernadero, contribuyendo al calentamiento global de la tierra y a la reducción de la capa de ozono. Estos fenómenos tienen múltiples consecuencias sobre la salud a nivel mundial a través de la propagación de determinadas enfermedades infecciosas o la escasez de alimentos en ciertas zonas del mundo, y cada vez más estudios ponen de relieve también su papel en el incremento de ciertos tumores, como el de piel.

En el contexto Europeo, la ciudad de Vitoria-Gasteiz en cuanto a emisiones de gases de efecto invernadero, está en una situación muy favorable, muy por debajo de la del resto de áreas comparadas (Gráfico 96). Si la media de la Unión Europea (28 países) en 2019 era de prácticamente 8 toneladas per cápita, y la del conjunto de Euskadi de algo más de 8, las emisiones de Vitoria-Gasteiz se mantenían por debajo de los 2,5 t/hab.

La tendencia de los últimos años, al igual que en el resto de países vecinos o el conjunto de Euskadi, es descendiente, aunque desde 2016, la tendencia se ha estabilizado en torno a 2,5 toneladas por habitante y año.

**GRÁFICO 96:** Emisiones de gases de efecto invernadero (t CO<sub>2</sub>e). Varios países europeos y Vitoria-Gasteiz, 2004-2019



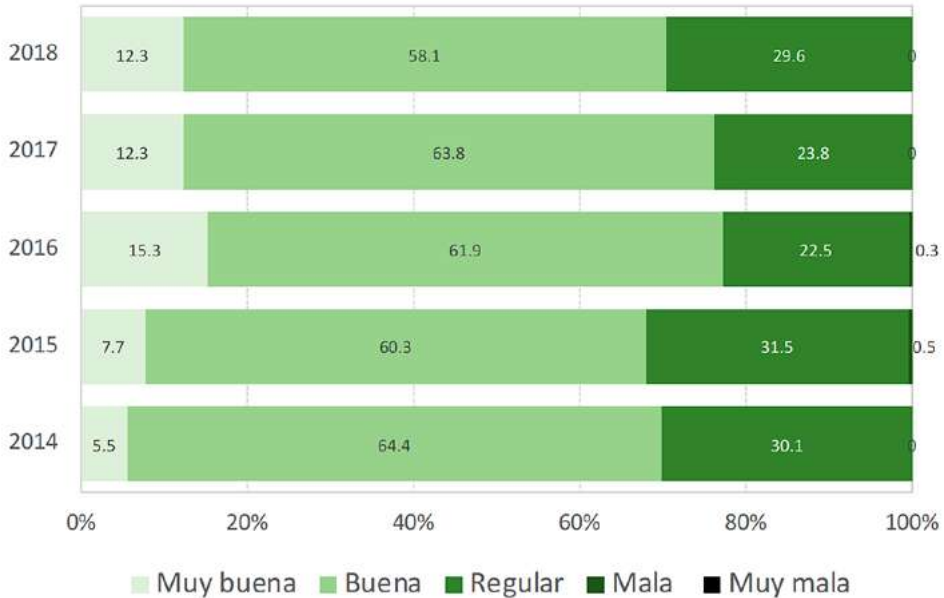
FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de Eustat y del Departamento de Medio Ambiente y Espacio Público del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

14 Los gases responsables del efecto invernadero son el metano (CH<sub>4</sub>), el dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>), el vapor de agua (H<sub>2</sub>O), el óxido nitroso (N<sub>2</sub>O) y el ozono (O<sub>3</sub>).



De acuerdo a los valores recabados por los registros de la calidad del aire del consistorio vitoriano, entre 2014 y 2018, en torno al 70% de los registros de la calidad del aire han dado un resultado positivo. Los registros de calidad regular en el aire oscilan entre el 30 y el 22,5%, en función de los años, y apenas se ha identificado aire de mala o muy mala calidad (Gráfico 97). En cualquier caso, el aire de calidad regular, aunque parecía reducir su presencia en la ciudad de Vitoria-Gasteiz entre 2016 y 2017, aumenta su presencia en el último año hasta rozar el 30% en 2018.

**GRÁFICO 97:** *Evolución de los resultados de los registros de la calidad del aire. Vitoria-Gasteiz, 2014-2018*



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Departamento de Medio Ambiente y Espacio Público del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

## Contaminación acústica

Según la OMS, la contaminación acústica constituye un factor nocivo para la salud de las personas, provocando solo en Europa, según datos de la Agencia Europea del Medio Ambiente, alrededor de 72.000 hospitalizaciones y más de 16.000 muertes prematuras.

La OMS considera que cualquier sonido que supere los 65 decibelios (dB<sub>A</sub>) constituye un ruido; que si además supera los 75 dB es doloroso y que si sobrepasa los 120 dB es muy doloroso. Durante la noche, para garantizar un buen sueño y descanso, el ruido ambiente no debería superar los 30 dB.

De acuerdo a la OMS, en torno al 40% de la población de los países de la UE está expuesta al ruido del tráfico rodado por encima de los 55dB; un 20% lo estaría a niveles superiores a 65dB durante el día y más del 30% soportaría ruidos de más de 55dB durante la noche.

La contaminación acústica es especialmente grave en las ciudades que, convertidas en epicentros de los grandes ruidos, experimentan durante gran parte del día niveles de ruido muy por encima de los considerados no-nocivos para la salud. Son ruidos que provienen principalmente del tráfico rodado o de trenes ( $\approx 74\text{-}80\text{dB}$ ), las obras de construcción ( $\approx 110\text{dB}$ ) y los aviones ( $\approx 130\text{dB}$ ). El sector de la hostelería y ocio nocturno también ocasionan contaminación acústica ( $\approx 110\text{dB}$ ), y el generado por los ladridos y aullidos de los perros puede llegar también a los  $60\text{-}80\text{ dB}$ .

La exposición a niveles altos de ruido o contaminación acústica de manera continuada tiene consecuencias negativas para la salud de la población. Una de las más habituales es la pérdida auditiva (Metidieri et al., 2013), con su correspondiente impacto negativo en la comunicación interpersonal (Basner et al., 2014; Mick et al., 2014). Valores altos de ruido continuos durante el día se han asociado con hipertensión, enfermedad coronaria e ictus. Asimismo, los ruidos nocturnos elevados se relacionan con el desarrollo de hipertensión, desórdenes psíquicos (WHO, 2009) y trastornos del sueño (Test et al., 2011).

La relación entre la contaminación acústica y el nivel socioeconómico no está clara. Algunos estudios relacionan en ocasiones la mayor contaminación acústica con niveles socioeconómicos bajos (Braubach & Fairburn, 2010) pero, en otros casos, los niveles elevados de ruido se dan entre personas mejor posicionadas socioeconómicamente (Havard et al., 2011).

Según el “Plan de acción de mejora del ambiente sonoro para el municipio de Vitoria-Gasteiz” para 2019-2023 (PAMAS), los focos de ruido que se consideraron en el mapa estratégico de ruido de 2017, eran:

- el **tráfico viario urbano**;
- las carreteras A-1 (Madrid-Irun); la A-622 (Vitoria-Altube), la N-244 (Vitoria-Bilbao) y la AP-1 (Vitoria-Eibar);
- el **ferrocarril**, con la línea de ADIF Madrid-Irun;
- el **tranvía**, con dos líneas con trazado exclusivamente urbano y
- el **aeropuerto**, a 9 kilómetros del centro de la ciudad que, a pesar de tener un flujo de pasajeros escaso, mantiene una importante actividad de carga

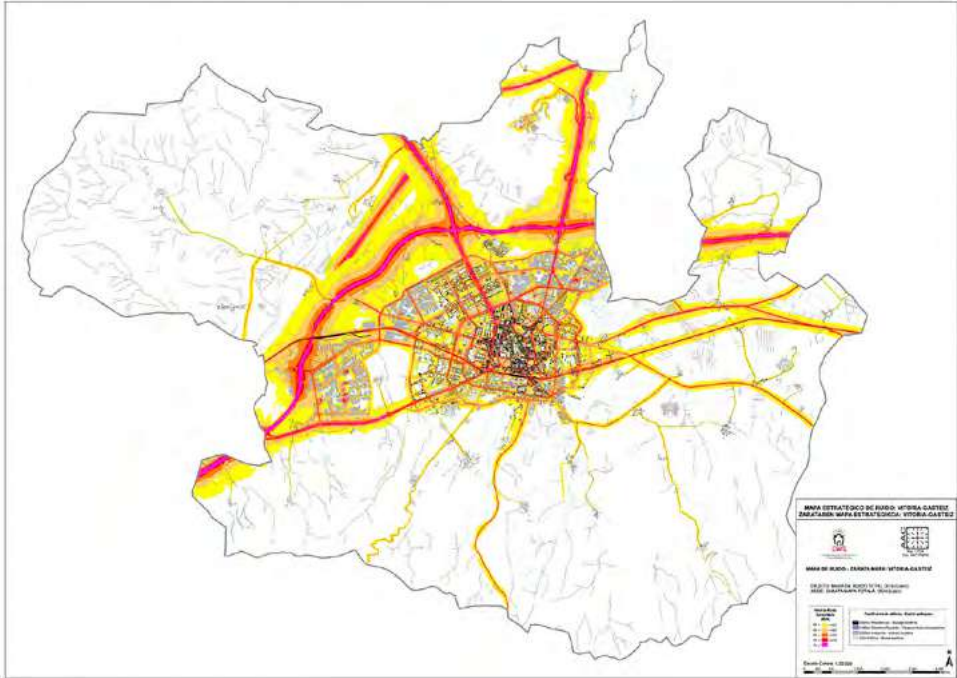
El trabajo elaborado por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz para el PAMAS estimó que en 2017 las zonas más afectadas por el ruido eran (Mapa 17):

- Viviendas más expuestas al tráfico **viario**<sup>15</sup>.
- las **viviendas de núcleos rurales cercanas a las carreteras** A-1, N-102 (Ariñez), N-240 (Gamarra Mayor), N-622 (Arangiz); N-104 (Elorriaga e Ilarratza).
- Viviendas orientadas hacia las vías del tren de ADIF, y por lo tanto, expuestas al **tráfico ferroviario**.

---

15 Las calles más expuestas según el Plan de Acción son: Bulevar de Salburua, calles Zaramaga-Madrid-Aragón-Jacinto Benavente, Av. Zabalzana-Bulevar de Euskal Herria-Juan de Garay, Bulevar de Mariturrri-Antonio Machado y Bremen; Av. Naciones Unidas, Salbatierrabide, México, Avenida Gasteiz, Florida, Manuel Iradier, Domingo Beltrán de Otazu, Coronación de la Virgen Blanca, San Ignacio de Loyola, Francia, La Paz, Basoa, Simón de Anda, ReyesCatólicos, Los Herrán, Las Trianas, Portal de Foronda, Portal de Arriaga, Portal de Castilla, Av. de los Huetos, Beato Tomás de Zumarraga, Ave. Bruselas, Av. Santiago, Portal de Betoño, Portal de Legutiano, Av.de Salburua, Av. del Cantábrico, Alto de Armentia, etc.

**MAPA 24:** *Mapa Estratégico del Ruido (día completo) de Vitoria Gasteiz, 2017*

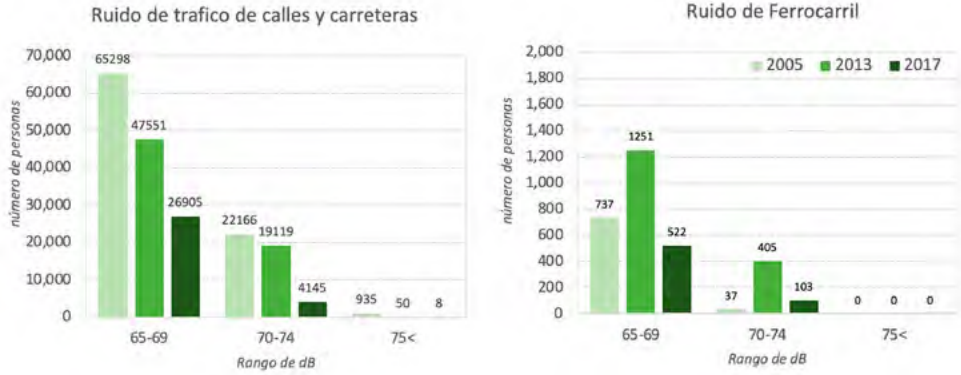


FUENTE: Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

Los datos disponibles a través de los indicadores de la Agenda 21 del consistorio vitoriano indican que la exposición al ruido de la ciudadanía ha ido descendiendo, tanto el producido por el tráfico de calles y carreteras, el que afecta a un mayor número de personas, como el ferroviario (Gráfico 98 y Gráfico 99).

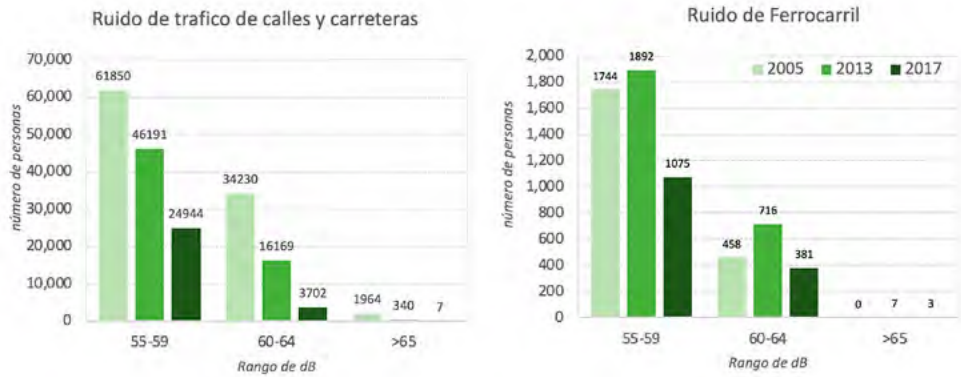
Durante el día como por la noche, el ruido originado por el tráfico y el ferrocarril en las calles y las carreteras es el que más contaminación acústica produce y el que está expuesta el mayor número de personas. El número de habitantes expuestos/as durante todo el día al ruido del tráfico entre 65-69 decibelios, por ejemplo, disminuyó de 2005 a 2017 en más de 38,000 personas. Este descenso se produce en todos los rangos de decibelios y en cada uno de los tipos de contaminantes acústicos, tanto de día como de noche (Gráfico 98 y Gráfico 99).

**GRÁFICO 98:** Evolución de la población residente en calles expuestas durante las 24 horas a niveles de ruido exterior superiores a los deseables como objetivo de calidad



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos Agenda 21 del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

**GRÁFICO 99:** Evolución de la población residente en calles expuestas durante el período nocturno a niveles de ruido exterior superiores a los deseables como objetivo de calidad



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos Agenda 21 del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

## 4.4.2. Movilidad

De acuerdo a las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud, el transporte está fuertemente vinculado a la salud y una mala gestión del mismo tiene importantes consecuencias negativas en la salud (OMS, PNUD, 2020). Tal es así que la máxima institución de la salud estima que 7 de las 10 causas principales de mortalidad<sup>16</sup> están vinculadas con el transporte.

Tal y como se ha señalado en el apartado de contaminación del aire y contaminación acústica, el tráfico urbano, tanto el de coches como el de tranvías, constituye una fuente de contaminación ambiental importante, sobre todo en las ciudades. De hecho, la OMS señala el transporte como responsable de casi una cuarta parte de las emisiones de CO<sub>2</sub> asociadas al consumo de energía. Los accidentes de tráfico constituyen la primera causa de defunción en niños y adultos jóvenes y la contaminación acústica y congestión que provocan están relacionadas a cardiopatías y problemas de salud mental. Asimismo, el transporte motorizado, y en especial el privado, fomenta la inactividad física que, a su vez, como se ha señalado anteriormente, es un factor nocivo para la salud.

Cabe señalar, antes de presentar los datos sobre la movilidad, que según los resultados del Sociómetro 2021, el aspecto que los/as ciudadanos/as valoraban más negativamente de Vitoria-Gasteiz era precisamente el tráfico (12%), y los problemas que más habitualmente identificaban eran los relativos a carreteras, infraestructuras, transportes y comunicación (15,7%) (GIZAKER, 2021).

En Vitoria-Gasteiz, la mayor parte de los desplazamientos internos diarios que realiza la ciudadanía (el 65,4% en 2016 y el 59% en 2019) se llevan a cabo caminando o en bicicleta y, por lo tanto, implican la realización de cierto ejercicio físico por parte de los/as ciudadanos/as. El transporte público es el medio en el que se realiza alrededor del 9% de los desplazamientos, y el resto, algo más de una cuarta parte, acarrea el uso de algún medio de transporte motorizado privado (coche o moto) (Gráfico 100).

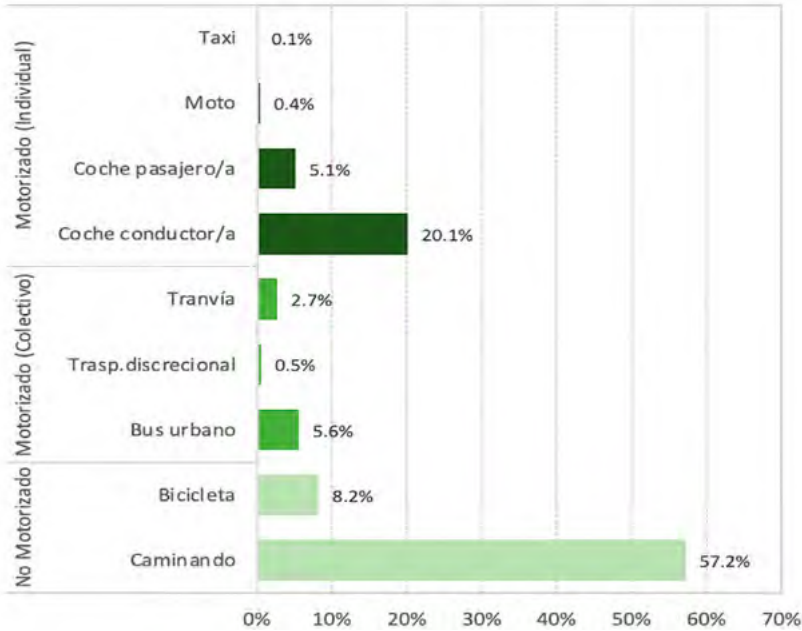
En los últimos 15 años la movilidad urbana ha variado hacia unos hábitos aún más saludables: los/as vitorianos/as siguen prefiriendo desplazarse a pie en su día a día (Gráfico 101). Los datos de 2019, sin embargo, muestran una caída de dichos hábitos saludables y una mayor preferencia hacia los desplazamientos motorizados, es decir, los que promueven una mayor inactividad. La proporción de desplazamientos que se realizan caminando caen a niveles más bajos que los de 2002 y los que conllevan el uso de coche o moto aumentan con respecto a los que se producían en 2011.

Aunque son relativamente pocos los/as que emplean su bicicleta para moverse a diario, su escasísima presencia hace más de una década hace que los desplazamientos por este medio hayan aumentado considerablemente: tan solo el 1,4% de desplazamientos que se realizaban en 2002 se hacían en bicicleta, pero en los años más recientes se sitúan en torno al 8%, lo que sitúa a la bicicleta a la par que el transporte público urbano, que suponen el 9% del total de desplazamientos internos de la ciudad. El peso del transporte público urbano, a pesar de la inauguración del tranvía en 2008, se mantiene estable variando entre el 8-9%.

---

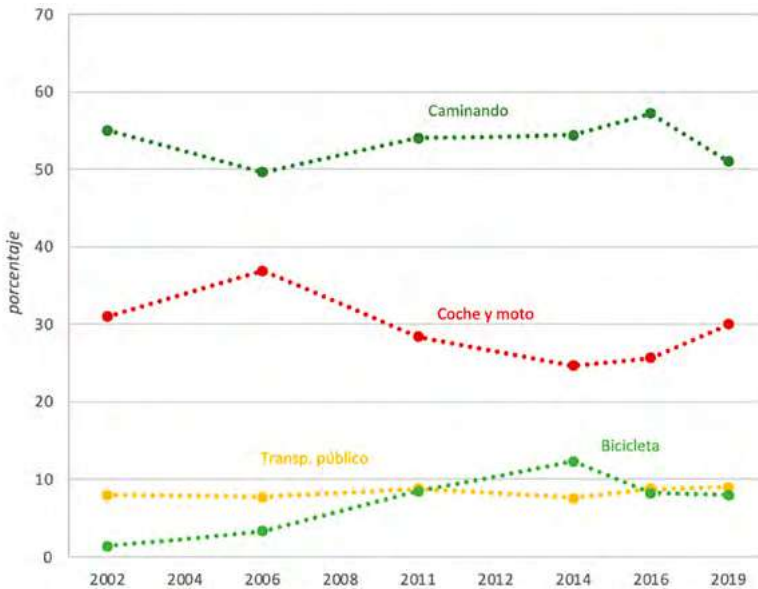
16 Infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, neumonía, enfermedad respiratoria crónica, cáncer de pulmón, diabetes y lesiones por accidentes de tráfico.

**GRÁFICO 100:** Distribución de los desplazamientos internos en días laborables en Vitoria-Gasteiz, 2016



FUENTE: Dto. de Desarrollo Económico e Infraestructuras. Encuesta de Movilidad en la CAPV.

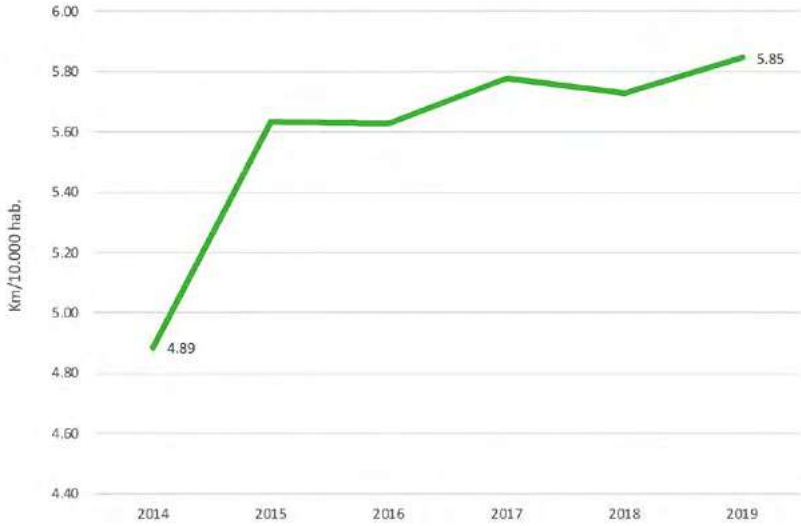
**GRÁFICO 101:** Evolución del reparto modal en el periodo 2002-2019, por número de viajes



FUENTE: Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, Informe de Evaluación del PMSE (2006-2016) y Encuesta de Movilidad en la CAPV 2016 y Encuesta de Movilidad en Vitoria-Gasteiz 2019.

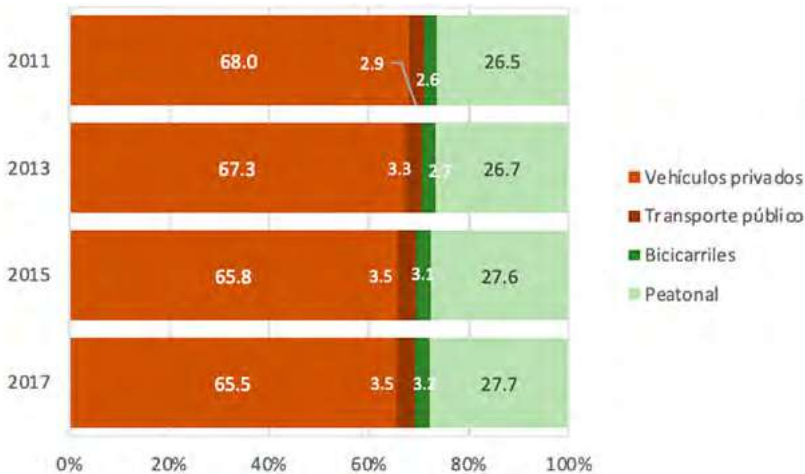
El aumento del uso de la bicicleta concuerda con los esfuerzos realizados por el consistorio de invertir en una red de carriles bici o bidegorris dentro de la ciudad (Gráfico 102). Si ya en 2014 Vitoria-Gasteiz contaba con casi 5 kilómetros por cada 10 mil habitantes, en 5 años la red añadió un kilómetro más por cada 10 mil habitantes. En términos comparativos con el resto de espacios dedicados a otros tipos de transportes, el espacio destinado a los bidegorris ha pasado del 2,6% del total de las infraestructuras de transporte en 2011 al 3.2%. El suelo asignado a los/as peatones también ha aumentado levemente, así como el asignado al transporte urbano, y todo ello en (leve) detrimento del designado a los vehículos privados, que de 2011 a 2017 pasa de ocupar el 68% del suelo urbano al 65% Gráfico 103).

**GRÁFICO 102:** *Evolución de la red de Bidegorris (km/10.000 hab). Vitoria-Gasteiz, 2014-2019*



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Departamento de Medio Ambiente y Espacio Público del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

**GRÁFICO 103:** *Evolución de la superficie municipal dedicada a infraestructuras de transporte. Vitoria-Gasteiz, 2011-2017*



FUENTE: Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, Indicadores Agenda 21



### 4.4.3. Acceso a infraestructuras relacionadas con la salud

Ya hemos mencionado cómo el entorno físico y social en el que vivimos ejerce su influencia en la salud de la población. Cuestiones como la planificación urbana, el diseño de los espacios y de los equipamientos urbanos o la disponibilidad de productos-espacios saludables también son factores importantes para la salud (Borrell et al., 2012).

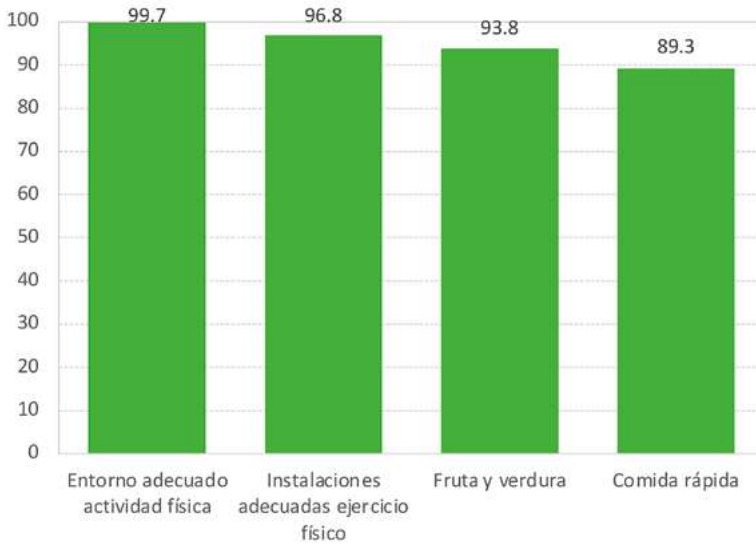
Investigaciones en este ámbito han identificado cómo el consumo de comida saludable depende de la disponibilidad y accesibilidad a la misma y no solo de los gustos personales. La distribución de establecimientos con comida sana es desigual, siendo las zonas con mayor privación socioeconómica las que tienen mayor dificultad para acceder a la comida saludable (Cummins, 2002). A su vez, el acceso a establecimientos de comida rápida o la presencia elevada de comida no saludable en los supermercados tiene un impacto negativo en los índices de sobrepeso de la población infantil y joven (Liu et al., 2020; Townshend & Lake, 2017).

Del mismo modo, el acceso a infraestructuras relacionadas con la actividad física aumenta su práctica (Humpel et al., 2002; Rodríguez-Romo et al., 2013), ya que, por un lado, el hecho de ver a personas del entorno realizando ejercicio se percibe como una norma social positiva y, por otro, la cercanía de estas infraestructuras puede eliminar barreras físicas y psicológicas, y aumentar la frecuencia del ejercicio físico (Sallis et al., 1990). Asimismo, la transitabilidad de los barrios para poder acudir al lugar de trabajo, escuela o lugares de ocio a pie o en bicicleta, favorece la movilidad activa en detrimento del coche, influyendo positivamente en los niveles de sobrepeso, obesidad y diabetes de sus vecinos/as (Creatore et al., 2016).

En Vitoria-Gasteiz, la inmensa mayoría de los/as ciudadanos/as tiene disponibilidad a muchos factores saludables, como entornos adecuados para la actividad física o instalaciones para el ejercicio físico. Asimismo, tienen facilidad de acceso a establecimientos donde se vende fruta y verdura. No obstante, la disponibilidad de comercios donde se vende comida rápida también es importante: casi el 90% de la ciudadanía de Vitoria-Gasteiz afirma poder disponer de este tipo de alimentación (Gráfico 104).

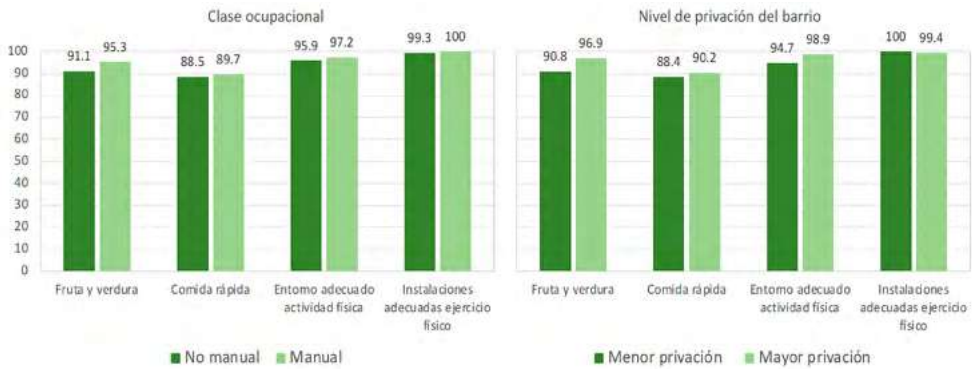
Las personas que trabajan en ocupaciones manuales están ligeramente más expuestas que las de clase no manual tanto a los factores saludables como a los no saludables. La diferencia más importante entre ambas clases se encuentra en la disponibilidad de establecimientos de fruta y verdura, donde el 95,3% de las personas con trabajos manuales puede acceder fácilmente a este recurso frente al 91,1% de aquellos que ocupan puestos no manuales. La exposición a los diferentes factores es algo más importante entre las personas que viven en barrios con mayor privación, salvo en el caso del acceso instalaciones adecuadas para el ejercicio físico. En ese caso, los/as ciudadanos/as que viven en barrios más humildes pueden acceder de forma más fácil a entornos adecuados para hacer deporte (Gráfico 105).

**GRÁFICO 104:** *Porcentaje de personas que afirma disponibilidad a diferentes factores. Vitoria-Gasteiz, 2018*



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV-18.

**GRÁFICO 105:** *Porcentaje de personas que afirma disponibilidad a diferentes factores por clase ocupacional y nivel de privación del barrio de residencia. Vitoria-Gasteiz, 2018*



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV-18

## Acceso a zonas verdes

Según las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud, los espacios verdes son un recurso importante para lograr una salud sostenible en las zonas urbanas (Röbbel, N., 2020). Estudios apuntan a que el 88% de las que residen en áreas urbanas están expuestas a niveles de contaminación atmosférica superiores a los señalados por la OMS como seguros, ocasionando alrededor de 3,7 millones de muertes en el mundo.

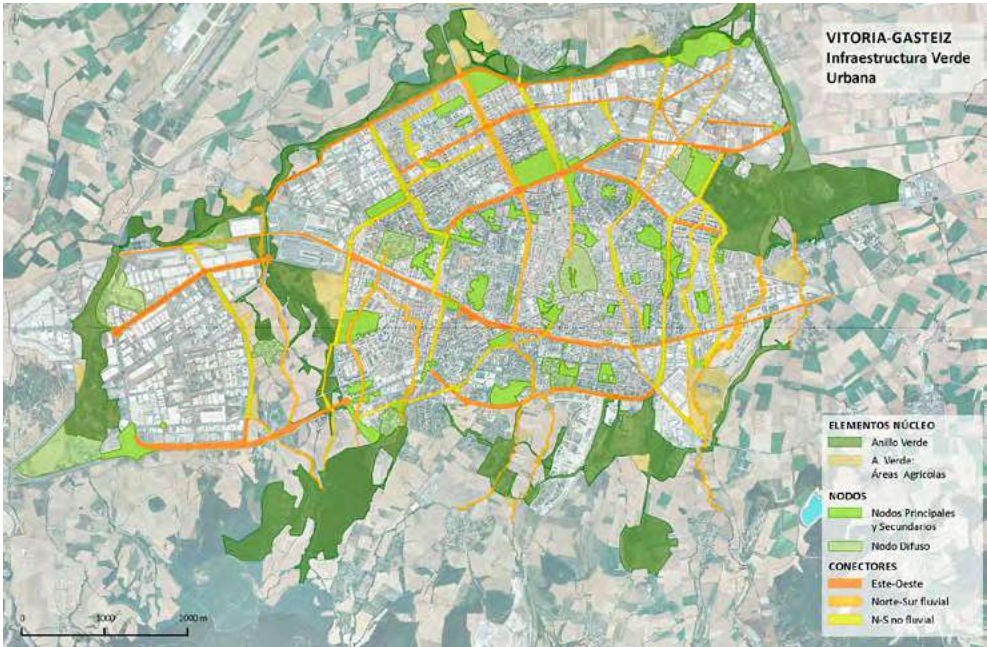
Por lo tanto, no es de extrañar que cada vez más investigaciones apunten al impacto positivo que la disponibilidad de espacios verdes en el entorno en el que vivimos tiene y tendrá sobre la salud de la población (Lee & Maheswaran, 2010). Se ha demostrado que la presencia de estos espacios contribuye a una mejor autovaloración de la salud (Parry et al., 2004) y una mejor salud mental de la población, especialmente entre los grupos socioeconómicos menos privilegiados, las personas mayores y la población joven (Maller & Townsend, 2002). Además, el contacto con la naturaleza y la presencia de parques favorecen la práctica de actividad física (Ulrich, 1999), asociada con una reducción de la mortalidad por todas las causas, una mejora de la calidad de vida relacionada con la salud (Mutrie et al., 2000; Mutrie et al., 2002) y una reducción del riesgo de diabetes y de enfermedad cardiovascular (Ngom et al., 2016), favoreciendo también los estilos de vida saludables (Jennings & Bamkole, 2019). Además, la presencia de espacios verdes públicos está también relacionada con el desarrollo de relaciones sociales que contribuyen a la mejora del bienestar (Maas et al., 2009).

En este sentido, Vitoria-Gasteiz constituye una ciudad referente, por lo que ya en 2012 fue reconocida por motivos medioambientales y de sostenibilidad por las Naciones Unidas con la “Global Green City Award” o “Ciudad Verde Mundial”. Actualmente cuenta con más de 50 metros cuadrados de espacios verdes por habitantes a una distancia inferior a 2,5 minutos caminando, así como más de 150 kilómetros de *bidegorris*. Tal y como muestra el Mapa 18, la ciudad cuenta con el llamado Anillo Verde, un conjunto de parques periurbanos creado en 1993, y una importante infraestructura verde urbana. De acceso fácil desde cualquier punto de la ciudad, el Anillo Verde proporciona en sus más de 800 hectáreas y 30 km de itinerario circular, múltiples opciones para la realización de cualquier tipo de actividad al aire libre (ocio, paseos, deporte).

Ante esta infraestructura verde, no es de extrañar, por lo tanto, que la población de Vitoria-Gasteiz no perciba problema alguno la falta de zonas verdes. Solo el 2% de los/as ciudadanos/as indica que el entorno urbano no cuenta con suficientes parques o áreas verdes (Gráfico 106).

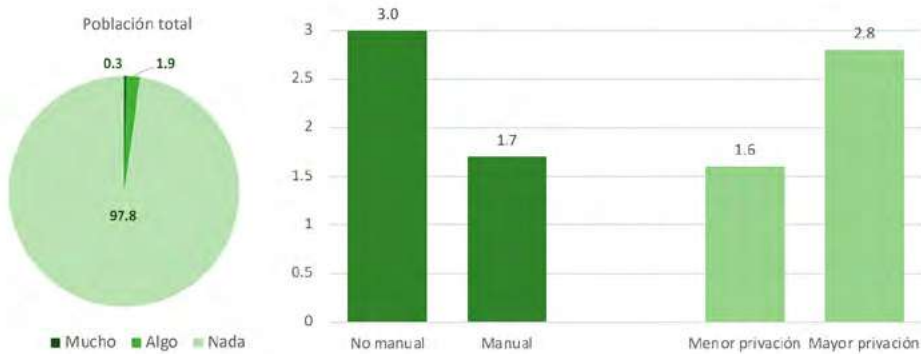
Y es que, aunque en los últimos 5 años las zonas verdes de la ciudad se han mantenido estables en torno a los 19 metros cuadrados por habitante, el conjunto de espacios verdes (considerando tanto el anillo como los parques) sigue aumentando desde su creación en 1993. Si ya en 2012 contaba con 42 metros cuadrados de espacios verdes por habitante, en 2019 superaba los 54 m<sup>2</sup>/hab.

**MAPA 25:** Infraestructura Verde Urbana, Vitoria-Gasteiz



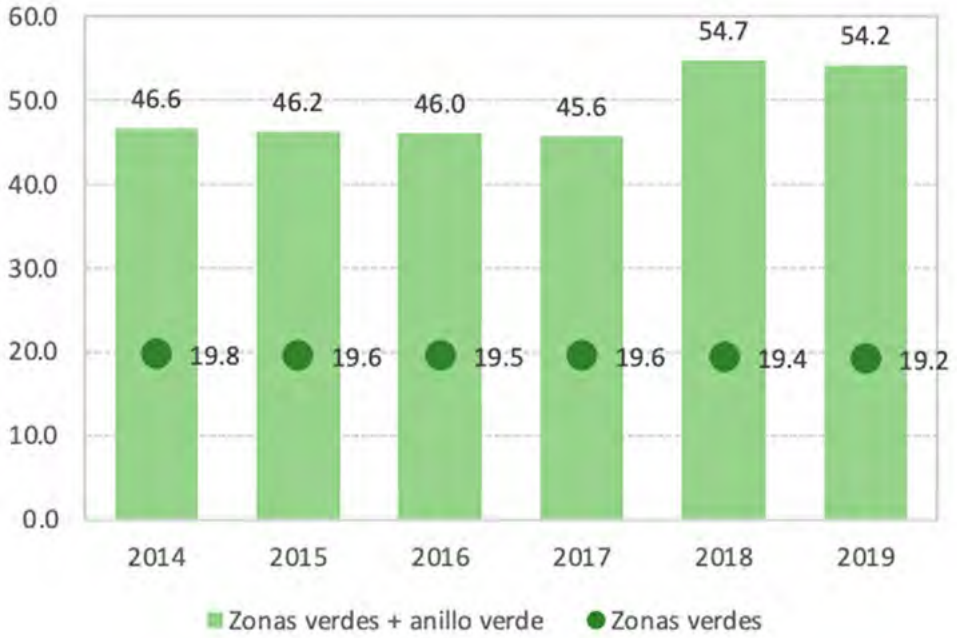
FUENTE: Centro de Estudios Ambientales, Ayto. de Vitoria-Gasteiz (2014): "La Infraestructura Verde Urbana de Vitoria-Gasteiz".

**GRÁFICO 106:** Porcentaje de personas que identifica la falta de zonas verdes un problema. Total y por posición socioeconómica. Vitoria-Gasteiz, 2018



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos de la ESCAV-18

**GRÁFICO 107:** Evolución de la superficie ocupada por zonas verdes y anillo verde (m<sup>2</sup>/hab). Vitoria-Gasteiz, 2014-2019



FUENTE: elaboración propia a partir de los datos del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz

#### 4.4.4. Calidad de las viviendas

“Las condiciones de la vivienda pueden salvar vidas, prevenir enfermedades, aumentar la calidad de vida, reducir la pobreza y ayudar a mitigar el cambio climático” (WHO, 2018).

La vivienda es un bien de primera necesidad y la propia OMS resalta la relevancia que la calidad de las viviendas y sus características intrínsecas pueden tener en la salud de las personas (WHO, 2018).

En este sentido, la presencia en el hogar de frío o humedad favorecen la aparición de infecciones respiratorias o asma (Pevalin et al., 2017). Además, una vivienda en malas condiciones se asocia con un peor estado de salud mental (Curl et al., 2015; Pevalin et al., 2017) y puede favorecer la exposición a tóxicos como pinturas o tuberías de plomo, relacionados con problemas en el neurodesarrollo (Bornehag et al., 2001).

La calidad y características de la vivienda son un elemento clave generador de desigualdades, que presenta un marcado gradiente social (Swope & Hernández, 2019). Las viviendas de mala calidad, en general, tienen en común ciertos elementos que las hacen más perjudiciales para la salud, como tener sistemas deficientes de aislamiento y ventilación, ser ruidosas y disponer de menos acceso a los recursos de la comunidad (Grant et al., 2012; Meyers et al., 1995).

Vitoria-Gasteiz cuenta con 119.397 viviendas en 2020, de las cuales 119.221 eran familiares y 176 colectivas. Con 2,4 residentes de media en cada vivienda familiar principal y una antigüedad media de 35,6 años, las viviendas de la ciudad cuentan en promedio con un tamaño de 85,5 metros cuadrados, el 97,2% cuenta con calefacción y el 90% con ascensor.

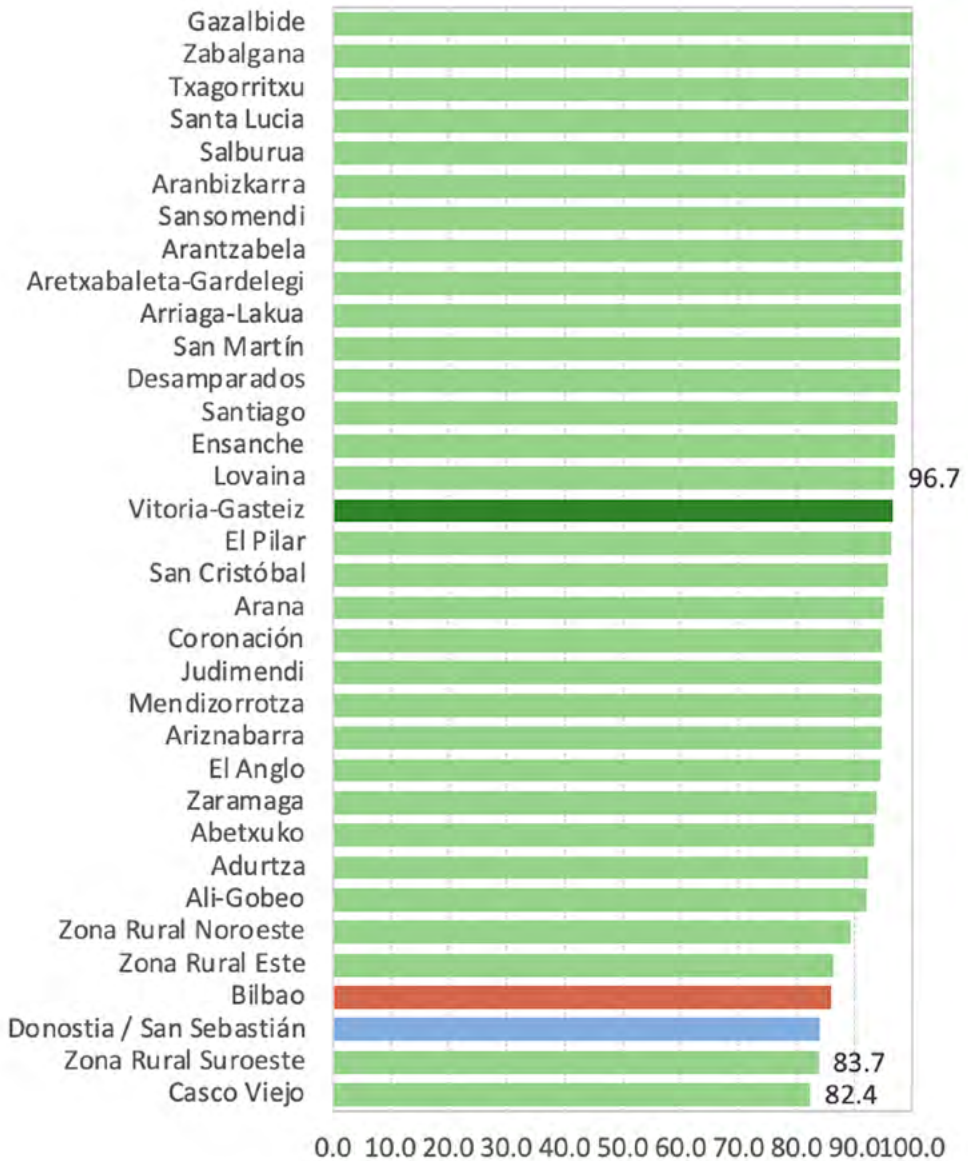
Aunque no es posible obtener datos globales sobre ciertos problemas que afectan directamente a la salud, como el de las humedades, sí contamos con dos indicadores que nos permiten realizar cierta aproximación: la existencia de calefacción en los hogares y de ascensor, un elemento imprescindible de accesibilidad para muchas personas, cuya ausencia puede limitar de forma considerable actividades fundamentales de la vida diaria, como las relaciones interpersonales o los paseos, que inciden en la salud mental y el bienestar físico de las personas.

La calefacción está presente en la gran mayoría de las viviendas de Vitoria-Gasteiz. En todos los barrios, más del 80% de las viviendas se encuentra en esta situación. Asimismo, la totalidad de las viviendas de Gazalbide, Zabalgana y Arantzabela cuenta con calefacción y porcentajes muy próximos al 100% también se registran en barrios como Salburua, Santa Lucía, Txagorritxu o Sansomendi, entre otros. Solo el Casco Viejo y las zonas rurales tendrían porcentajes de viviendas que disponen de calefacción inferiores al 90% (Gráfico 108).

La gran mayoría de las viviendas de gran parte de los barrios del municipio dispone de ascensor. De hecho, en barrios como Arantzabela o Gazalbide, la totalidad de viviendas cuenta con ascensor y, en general, en 18 de los 31 barrios de Vitoria-Gasteiz, más del 90% de las viviendas dispone de ascensor. En algunos barrios, sin embargo, la situación es bien distinta, ya que menos de la mitad de las viviendas cuenta con ascensor. Los barrios de las zonas rurales cuentan en menos del 20% de los casos con ascensores. Las viviendas de Ali-Gobeo, Abetxuko y el Casco Viejo habilitadas con ascensores también se encuentran por debajo del 40% (Gráfico 109).



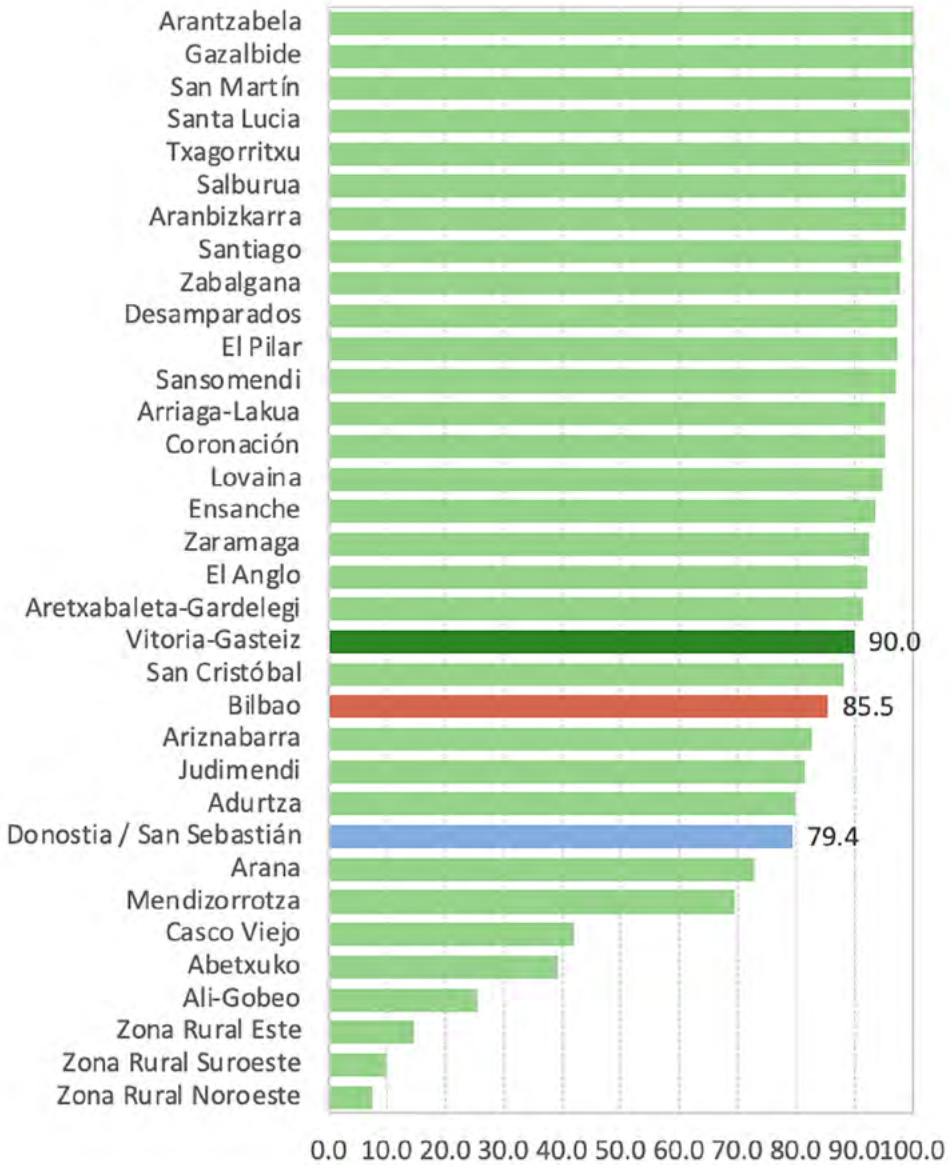
**GRÁFICO 108:** Viviendas con calefacción por barrios. Vitoria-Gasteiz, Donostia y Bilbao, 01/01/2021 (%)



FUENTE: elaboración propia a partir de Eustat, Fuente: Eustat. Estadística municipal de viviendas.



**GRÁFICO 109:** Viviendas con ascensor por barrios. Vitoria-Gasteiz, Donostia y Bilbao, 01/01/2021 (%)



FUENTE: elaboración propia a partir de Eustat, Fuente: Eustat. Estadística municipal de viviendas.

## V.

# CONCLUSIONES

- En términos **demográficos**, Vitoria-Gasteiz cuenta con un total de 253.192 residentes, de los cuales el 51,5% son mujeres, siendo el grupo de edad de 40 a 50 años el más numeroso del municipio. El número de personas mayores de 65 años representa el 22% (19% y 24% en hombres y mujeres) mientras que el de menores de 18 años el 17%. Además, existen diferencias en la estructura por edades entre los barrios, siendo algunos como Arantzabela o Txagorritxu barrios muy envejecidos y otros como Aretxabaleta o Salburua, barrios con una estructura poblacional muy joven.
- La población de Vitoria-Gasteiz aumenta levemente, pero de manera constante durante el periodo de 2001 a 2021. En total en 2021 hay 33.157 personas más que en 2001, es decir, un 14,3% más, lo que supone un crecimiento medio anual del 0,7% .
- En general, la población de Vitoria-Gasteiz presenta un buen **estado de salud**. En el periodo 2017-2019, la esperanza de vida al nacimiento en el caso de los hombres alcanza los 81,7 años y los 87,8 en el caso de las mujeres. De esos años, los hombres esperan vivir 74,2 años en buena salud y las mujeres 77,5, es decir, esperan vivir en buena salud la mayor parte de su vida (91% y 88% en hombres y mujeres respectivamente).
- Además, la esperanza de vida al nacer ha aumentado en el periodo de 2010 a 2019 1,5 años en los hombres y 2,1 en el caso de las mujeres. Es decir, la vida se ha alargado alrededor del 2%, lo que supone que cada año, la población de Vitoria-Gasteiz ha ganado alrededor de dos meses y medio de vida.
- Por otro lado, la esperanza de vida al nacer en Vitoria-Gasteiz es para ese periodo ligeramente mayor que la del conjunto de Euskadi (0,8 años mayor). Asimismo, es la capital con mayor esperanza de vida, alrededor de un año mayor que la de Bilbao y que la de Donostia (mujeres) y 0,4 años mayor que la de los hombres donostiarras.
- No obstante, el impacto en la mortalidad de la epidemia de la COVID-19 ha sido también ligeramente mayor en Vitoria-Gasteiz respecto al conjunto de Euskadi y las capitales, salvo en el caso de Bilbao, donde el impacto en hombres ha sido algo mayor. Así, en la capital alavesa, se pierden 1,23 años en esperanza de vida entre 2019 y 2020 entre los hombres y 0,97 entre las mujeres mientras que para el conjunto de Euskadi las pérdidas son de 0,65 años y de 0,74 entre hombres y mujeres respectivamente.
- La mayor parte de la población en Vitoria-Gasteiz valora su salud como buena, está libre de discapacidad y tiene un buen estado de salud mental, aunque este porcentaje es algo menor entre las mujeres. Sin embargo, solo la mitad de la población de Vitoria-Gasteiz está libre de sufrir algún problema crónico.

- A pesar de este buen estado de salud y de su mejora durante los últimos años, en Vitoria-Gasteiz existen desigualdades en salud, que hacen que no todas las personas tengan las mismas oportunidades de tener una vida larga y saludable. Así, a menor nivel de estudios o clase social y mayor privación del área de residencia la salud empeora.
- Las desigualdades también son evidentes según el barrio de residencia. Por ejemplo, entre las mujeres, la prevalencia estandarizada de Diabetes Mellitus es mucho mayor en barrios como Abetxuko, barrio de menor renta, frente a Mendizorrotza o Lovaina, que forman parte de los barrios con mayor renta media familiar. Otro ejemplo sería el de la EPOC en hombres que es **más** prevalente en barrios con peores indicadores socioeconómicos.
- Por otro lado, el género constituye también un importante eje de desigualdad social que hace que, por ejemplo, las mujeres en Vitoria-Gasteiz vivan más años, pero en peor estado de salud. Asimismo, las mujeres valoran más negativamente su salud en general y presentan mayores prevalencias de ansiedad y depresión que los hombres, independientemente de otras características sociodemográficas como la edad o el nivel de estudios.
- En cuanto a los **Determinantes Sociales de la Salud**, se han analizado diferentes dimensiones. Con respecto a los hábitos de vida, podemos considerar que en general, la ciudadanía vitoriana ha adoptado conductas saludables, sobre todo con respecto al consumo de fruta y la realización de actividad física. No obstante, la prevalencia de fumadores/as sigue siendo importante, así como la del consumo de alcohol de riesgo, especialmente entre los hombres.
- El entorno físico constituye también un importante promotor de salud. En este sentido, Vitoria-Gasteiz parece tener un entorno físico más favorecedor de la salud que el resto de capitales vascas. La disponibilidad de espacios verdes y de otras infraestructuras con un impacto positivo en salud son adecuadas y bien valoradas por la mayor parte de la ciudadanía.
- En relación a las redes sociales y comunitarias, la mayor parte de los/as residentes de la capital cuenta con un buen nivel de apoyo social, si bien una proporción considerable de personas ha experimentado sentimientos de soledad, especialmente entre las mujeres y las personas de clase social más baja. Por otra parte, podríamos decir que la preocupación por la delincuencia es poco importante en el municipio.
- Para acabar, las condiciones de vida y de trabajo son también adecuadas en la mayoría de las situaciones. La renta media familiar del municipio supera los 41000 euros anuales si bien existen desigualdades importantes por barrios. Así, la renta media familiar de Mendizorrotza estaría más de tres veces por encima de la de barrios como Zaramaga, Abetxuko o el Casco Viejo. Asimismo, la tasa de paro de la capital ronda el 10,5% aunque en algunos barrios como Zaramaga o el Casco Viejo, la tasa supera el 15%. Además, los indicadores socioeconómicos son también menos favorables para las personas de clase social más baja, todo lo cual genera desigualdades en oportunidades para gozar de un buen estado de salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Afshin, A., Micha, R., Webb, M., Capewell, S., Whitsel, L., Rubinstein, A., Prabhakaran, D., Suhrcke, M., & Mozaffarian, D. (2017). Effectiveness of Dietary Policies to Reduce Non-communicable Diseases. En D. Prabhakaran, S. Anand, T. A. Gaziano, J.-C. Mbanya, Y. Wu, & R. Nugent (Eds.), *Cardiovascular, Respiratory, and Related Disorders*. (3.a ed., pp. 101–116). The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. [https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0518-9\\_ch6](https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0518-9_ch6)
- Alanazi, M. H., Parent, E. C., & Dennett, E. (2018). Effect of stabilization exercise on back pain, disability and quality of life in adults with scoliosis: a systematic review. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 54(5), 647–653. <https://doi.org/10.23736/s1973-9087.17.05062-6>
- Al-Khudairy, L., Stranges, S., Kumar, S., Al-Daghri, N., & Rees, K. (2013). Dietary Factors and Type 2 Diabetes in the Middle East: What Is the Evidence for an Association?—A Systematic Review. *Nutrients*, 5(10), 3871–3897. <https://doi.org/10.3390/nu5103871>
- Álvarez, M. (2005). *Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles. El entorno familiar*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/docume>
- Ananth, C. (2001). Relationship among placenta previa, fetal growth restriction, and preterm delivery: a population-based study. *Obstetrics & Gynecology*, 98(2), 299–306. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(01\)01413-2](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(01)01413-2)
- Araújo, I. M., Paul, C., & Martins, M. M. (2009). Cuidar de idosos dependentes no domicílio: desabafos de quem cuida. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 8(2). <https://doi.org/10.4025/cienc-cuidsaude.v8i2.8198>
- Aridi, Y., Walker, J., & Wright, O. (2017). The Association between the Mediterranean Dietary Pattern and Cognitive Health: A Systematic Review. *Nutrients*, 9(7), 674. <https://doi.org/10.3390/nu9070674>
- Aue, K., Roosen, J., & Jensen, H. H. (2016). Poverty dynamics in Germany: Evidence on the relationship between persistent poverty and health behavior. *Social Science & Medicine*, 153, 62–70. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.01.040>
- Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. (S.F.). *Un poco de Historia*. <https://www.vitoria-gasteiz.org/we001/was/we001Action.do?idioma=es&accionGSA=buscarPrimeraVez&accionWe001=buscarWe001Google&accion=buscar&tipoArchivo=&termino=historia>

- Bacigalupe, A., & Martín, U. (2007). *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.
- Bartel, A., & Taubman, P. (1986). Some Economic and Demographic Consequences of Mental Illness. *Journal of Labor Economics*, 4(2), 243–256. <https://doi.org/10.1086/298102>
- Basner, M., Babisch, W., Davis, A., Brink, M., Clark, C., Janssen, S., & Stansfeld, S. (2014). Auditory and non-auditory effects of noise on health. *The Lancet*, 383(9925), 1325–1332. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)61613-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)61613-x)
- Batstra, L., Hadders-Algra, M., & Neeleman, J. (2003). 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*, 75(1-2), 21–33. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2003.09.001>
- Benach, J. (1997). La desigualdad social perjudica seriamente la salud. *Gaceta Sanitaria*, 11(6), 255–578. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(97\)71304-9](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(97)71304-9)
- Benach, J., Puig-Barrachina, V., Vives, A., Tarafa, G., & Muntaner, C. (2012). The challenge of monitoring employment-related health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(12), 1085–1087. <https://doi.org/10.1136/jech-2012-201103>
- Benach, J., Vives, A., Amable, M., Vanroelen, C., Tarafa, G., & Muntaner, C. (2014). Precarious Employment: Understanding an Emerging Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*, 35(1), 229–253. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182500>
- Berkman, L. F., & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. En L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology* (pp. 137–173). Oxford University Press.
- Bornehag, C. G., Blomquist, G., Gyntelberg, F., Järholm, B., Malmberg, P., Nordvall, L., Nielsen, A., Pershagen, G., & Sundell, J. (2001). 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*, 11(2), 72–86. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0668.2001.110202.x>
- Borrell, C., Díez, E., Morrison, J., & Camprubí, L. (2012). *Las desigualdades en salud a nivel urbano y las medidas efectivas para reducirlas*. Proyectos Medea e IneqCities. <http://www.proyectomedea.org/privado/docs/publicaciones/libritoequidadsaludurbana.pdf>
- Borrell, C., Pons-Vigués, M., Morrison, J., & Díez, E. (2013). Factors and processes influencing health inequalities in urban areas. *Journal of epidemiology and community health*, 67(5), 389–391. <https://doi.org/10.1136/jech-2012-202014>
- Borrell, C., Palencia, L., Muntaner, C., Urquia, M., Malmusi, D., & O'Campo, P. (2014). Influence of Macrosocial Policies on Women's Health and Gender Inequalities in Health. *Epidemiologic Reviews*, 36(1), 31–48. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxt002>

- Braubach, M., & Fairburn, J. (2010). Social inequities in environmental risks associated with housing and residential location--a review of evidence. *The European Journal of Public Health*, 20(1), 36–42. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp221>
- Campbell, C., & Jovchelovitch, S. (2000). Health, community and development: towards a social psychology of participation. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 10(4), 255–270. [https://doi.org/10.1002/1099-1298\(200007/08\)10:4<255::AID-CAS-P582>3.0.CO;2-M](https://doi.org/10.1002/1099-1298(200007/08)10:4<255::AID-CAS-P582>3.0.CO;2-M)
- Castro-Rodriguez, J. A., Forno, E., Rodriguez-Martinez, C. E., & Celedón, J. C. (2016). Risk and Protective Factors for Childhood Asthma: What Is the Evidence? *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 4(6), 1111–1122. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2016.05.003>
- Centro de Estudios Ambientales del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. (2014). *La Infraestructura Verde Urbana de Vitoria-Gasteiz*. <https://www.vitoria-gasteiz.org/wb021/http/contenidosEstaticos/adjuntos/eu/32/95/53295.pdf>
- Centro de Estudios Ambientales del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. (2020). *Vitoria-Gasteiz green capital: una ciudad a escala humana: movilidad sostenible e infraestructura verde urbana*. <http://www.vitoria-gasteiz.org/ciudadadaescalahumana>
- Chan, S. W. C. (2010). Family Caregiving in Dementia: The Asian Perspective of a Global Problem. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30(6), 469–478. <https://doi.org/10.1159/000322086>
- Cleven, L., Krell-Roesch, J., Nigg, C. R., & Woll, A. (2020). The association between physical activity with incident obesity, coronary heart disease, diabetes and hypertension in adults: a systematic review of longitudinal studies published after 2012. *BMC Public Health*, 20(1), 726. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08715-4>
- Colell, E., Sánchez-Ledesma, E., Novoa, A.M., Daban, F., Fernández, A., Juárez, O., Pérez, K., & Grupo de Trabajo de Diagnóstico. (2018). Community health assessment of the programme “Barcelona Health in the Neighbourhoods”. Methodology for a participatory process. *Gaceta Sanitaria*, 32(4), 396–999. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.12.003>
- Creatore, M. I., Glazier, R. H., Moineddin, R., Fazli, G. S., Johns, A., Gozdyra, P., Matheson, F. I., Kaufman-Shriqui, V., Rosella, L. C., Manuel, D. G., & Booth, G. L. (2016). Association of Neighborhood Walkability With Change in Overweight, Obesity, and Diabetes. *JAMA*, 315(20), 2211–2220. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.5898>
- Cummins, S. (2002). «Food deserts»-evidence and assumption in health policy making. *BMJ*, 325(7361), 436–438. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7361.436>
- Curl, A., Kearns, A., Mason, P., Egan, M., Tannahill, C., & Ellaway, A. (2015). Physical and mental health outcomes following housing improvements: evidence from the GoWell study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(1), 12–19. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-204064>

- da Costa, L. M., Andrade, L., Martins, M. M., Angelo, M., Santos, A. T., & Martini, J. G. (2014). Identifying the effects of children on family relationships. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(4), 385–391. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400064>
- del Río Lozano, M., García-Calvente, M. D. M., Calle-Romero, J., Machón-Sobrado, M., & Larrañaga-Padilla, I. (2017). Health-related quality of life in Spanish informal caregivers: gender differences and support received. *Quality of Life Research*, 26(12), 3227–3238. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1678-2>
- de Oliveira, A. P. P., & Caldana, R. H. L. (2012). As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. *Saúde e Sociedade*, 21(3), 675–685. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902012000300013>
- de Sanctis, L., Memo, L., Pichini, S., Tarani, L., & Vagnarelli, F. (2011). Fetal alcohol syndrome: new perspectives for an ancient and underestimated problem. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine*, 24 Suppl 1, 34–37. <https://doi.org/10.3109/14767058.2011.607576>
- Departamento de Planificación Territorial, Vivienda y Transportes del Gobierno Vasco. (S.F.). Monografías. Estudios previos y diagnóstico para la revisión del plan territorial parcial del área funcional de Álava Central en el contexto de su consideración como biorregión. Antecedentes históricos. <https://www.euskadi.eus/monografia/web01-a2lurral/es/>
- Departamento de Salud del Gobierno Vasco. (2020). *Guía para la alimentación saludable en familia*. Eusko Jaurlaritzaren Argitarapen Zerbitzu Nagusia. [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/alim\\_sal\\_material/es\\_def/adjuntos/guia\\_alim\\_saludable\\_castellano.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/alim_sal_material/es_def/adjuntos/guia_alim_saludable_castellano.pdf)
- D’Errico, A., Piccinelli, C., Sebastiani, G., Ricceri, F., Sciannameo, V., Demaria, M., di Filippo, P., & Costa, G. (2021). Unemployment and mortality in a large Italian cohort. *Journal of Public Health*, 43(2), 361–369. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdz100>
- Ehsan, A. M., & de Silva, M. J. (2015). Social capital and common mental disorder: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(10), 1021–1028. <https://doi.org/10.1136/jech-2015-205868>
- Elo, I. T. (2009). Social Class Differentials in Health and Mortality: Patterns and Explanations in Comparative Perspective. *Annual Review of Sociology*, 35(1), 553–572. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-070308-115929>
- Esparza, C. (2011). *Discapacidad y dependencia en España* (N.o 108). Informes Portal Mayores. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pm-discapacidad-01.pdf>
- Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP). (2012). Los efectos del desempleo sobre la salud. *Salud 2000*, 136, 20–23. <http://fadsp.org/index.php/sample-sites/noticias/133-los-efectos-del-desempleo-sobre-la-salud>
- Fernández, E., Schiaffino, A., & Martí, M. (2000). Influencia del trabajo doméstico sobre la salud y la utilización de servicios sanitarios en mujeres con trabajo remunerado y amas de casa. *Gaceta Sanitaria*, 14(4), 287-290. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(00\)71478-6](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(00)71478-6)



- Freyer-Adam, J., Gaertner, B., Tobschall, S., & John, U. (2011). Health risk factors and self-rated health among job-seekers. *BMC Public Health*, 11(1), 659. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-659>
- Funk, M., Drew, N., Freeman, M., Faydi, E. & Organización Mundial de la Salud. (2010). Salud mental y desarrollo: poniendo a las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/84757>
- García Calvente, M., del Río Lozano, M., & Marcos Marcos, J. (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gaceta Sanitaria*, 25 Suppl 2, 100–107. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.006>
- GBD 2015 Risk Factors Collaborators. (2016). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 388(10053), 1659–1724. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31679-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31679-8)
- Gianfredi, V., Blandi, L., Cacitti, S., Minelli, M., Signorelli, C., Amerio, A., & Odone, A. (2020). Depression and Objectively Measured Physical Activity: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3738. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103738>
- Gibson, M., Hearty, W., & Craig, P. (2020). The public health effects of interventions similar to basic income: a scoping review. *The Lancet Public Health*, 5(3), e165–e176. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(20\)30005-0](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(20)30005-0)
- Grant, M., Bird, C., & Marno, P. (2012). *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.
- Havard, S., Reich, B. J., Bean, K., & Chaix, B. (2011). Social inequalities in residential exposure to road traffic noise: An environmental justice analysis based on the RECORD Cohort Study. *Occupational and Environmental Medicine*, 68(5), 366–374. <https://doi.org/10.1136/oem.2010.060640>
- Heinz, A. J., Beck, A., Meyer-Lindenberg, A., Sterzer, P., & Heinz, A. (2011). Cognitive and neurobiological mechanisms of alcohol-related aggression. *Nature reviews. Neuroscience*, 12(7), 400–413. <https://doi.org/10.1038/nrn3042>
- Henkel, D. (2011). Unemployment and Substance Use: A Review of the Literature (1990–2010). *Current Drug Abuse Reviews*, 4(1), 4–27. <https://doi.org/10.2174/1874473711104010004>
- Hillbom, M. (1998). Alcohol consumption and stroke: benefits and risks. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 22(7 Suppl), 352S–358S. <https://doi.org/10.1097/00000374-199807001-00012>
- Holgrave, D., & Crosby, R. (2006). Is Social Capital a Protective Factor Against Obesity and Diabetes? Findings From an Exploratory Study. *Annals of Epidemiology*, 16(5), 406–408. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2005.04.017>

- Hu, F., Hu, B., Chen, R., Ma, Y., Niu, L., Qin, X., & Hu, Z. (2014). A systematic review of social capital and chronic non-communicable diseases. *BioScience Trends*, 8(6), 290–296. <https://doi.org/10.5582/bst.2014.01138>
- Humpel, N., Owen, N., & Leslie, E. (2002). Environmental factors associated with adults' participation in physical activity A review. *American Journal of Preventive Medicine*, 22(3), 188–199. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(01\)00426-3](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(01)00426-3)
- Ingham, T., Keall, M., Jones, B., Aldridge, D. R. T., Dowell, A. C., Davies, C., Crane, J., Draper, J. B., Bailey, L. O., Viggers, H., Stanley, T. V., Leadbitter, P., Latimer, M., & Howden-Chapman, P. (2019). Damp mouldy housing and early childhood hospital admissions for acute respiratory infection: a case control study. *Thorax*, 74(9), 849–857. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2018-212979>
- Irani, P., Bohn, C., Halasan, C., Landen, M., & McCusker, D. (2006). Community health assessment: driving the need for current, easily accessible population health data. *Journal of public health management and practice*, 12(2), 113–118. <https://doi.org/10.1097/00124784-200603000-00002>
- Isaacs, N., & Donn, M. (1993). Health and housing-seasonality in New Zealand mortality. *Australian Journal of Public Health*, 17(1), 68–70. <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.1993.tb00106.x>
- Jennings, V., & Bamkole, O. (2019). The Relationship between Social Cohesion and Urban Green Space: An Avenue for Health Promotion. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(3), 452. <https://doi.org/10.3390/ijerph16030452>
- Janssen, F., Trias-Llimós, S. & Kunst, A. E. (2021). The combined impact of smoking, obesity and alcohol on life-expectancy trends in Europe. *International Journal of Epidemiology*, 50(3), 931–941. <https://doi.org/10.1093/ije/dyaa273>
- Jones-Rounds, M. L., Evans, G. W., & Braubach, M. (2014). The interactive effects of housing and neighbourhood quality on psychological well-being. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 68(2), 171–175. <https://doi.org/10.1136/jech-2013-202431>
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., & Glass, R. (1999). Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American Journal of Public Health*, 89(8), 1187–1193. <https://doi.org/10.2105/ajph.89.8.1187>
- Kim, T. J., & von dem Knesebeck, O. (2016). Perceived job insecurity, unemployment and depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 89(4), 561–573. <https://doi.org/10.1007/s00420-015-1107-1>
- King, C. C., Piper, M. E., Gepner, A. D., Fiore, M. C., Baker, T. B., & Stein, J. H. (2017). Longitudinal Impact of Smoking and Smoking Cessation on Inflammatory Markers of Cardiovascular Disease Risk. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, 37(2), 374–379. <https://doi.org/10.1161/atvbaha.116.308728>
- Kunst, A. (1997). *Cross-national comparisons of socioeconomic differences in mortality*.

- Kyu, H. H., Bachman, V. F., Alexander, L. T., Mumford, J. E., Afshin, A., Estep, K., Veerman, J. L., Delwiche, K., Iannarone, M. L., Moyer, M. L., Cercy, K., Vos, T., Murray, C. J. L., & Forouzanfar, M. H. (2016). Physical activity and risk of breast cancer, colon cancer, diabetes, ischemic heart disease, and ischemic stroke events: systematic review and dose-response meta-analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *BMJ*, *354*, i3857. <https://doi.org/10.1136/bmj.i3857>
- Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., María Begiristáin, J., José Valderrama, M., & Arregi, B. (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta Sanitaria*, *22*(5), 443–450. <https://doi.org/10.1157/13126925>
- Lee, A. C. K., & Maheswaran, R. (2010). The health benefits of urban green spaces: a review of the evidence. *Journal of Public Health*, *33*(2), 212–222. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdq068>
- Liberali, R., Kupek, E., & Assis, M. A. A. D. (2020). Dietary Patterns and Childhood Obesity Risk: A Systematic Review. *Childhood Obesity*, *16*(2), 70–85. <https://doi.org/10.1089/chi.2019.0059>
- Liu, B., Widener, M., Burgoine, T., & Hammond, D. (2020). Association between time-weighted activity space-based exposures to fast food outlets and fast food consumption among young adults in urban Canada. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *17*, 62. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00967-y>
- Maas, J., van Dillen, S. M., Verheij, R. A., & Groenewegen, P. P. (2009). Social contacts as a possible mechanism behind the relation between green space and health. *Health & Place*, *15*(2), 586–595. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2008.09.006>
- Maller, C., & Townsend, M. (2002). *Healthy parks Healthy People. The health benefits of contact with nature in a park context. A review of current literature*. Parks Victoria, Deakin University Faculty of Health & Behavioural Sciences.
- Marmot Review Team. (2011). *The Health Impacts of Cold Homes and Fuel Poverty*. <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/the-health-impacts-of-cold-homes-and-fuel-poverty>
- Martinez-Lacoba, R., Pardo-García, I., Amo-Saus, E., & Escribano-Sotos, F. (2018). Mediterranean diet and health outcomes: a systematic meta-review. *European Journal of Public Health*, *28*(5), 955–961. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky113>
- Merino-Andréu, M., Álvarez-Ruiz de Larrinaga, A., Madrid-Pérez, J.A., Martínez-Martínez, M.A., Puertas-Cuesta, F.J., Asencio-Guerra, A.J., Santo-Tomas, O.R., Jurado-Luque, M.J., Segarra-Isern, F.J., Canet-Sanz, T., Giménez-Rodríguez, P., Terán-Santos, J., Alonso-Álvarez, M.L., García-Borreguero, D., & Barriuso-Esteban, B. (2016). Sueño saludable: evidencias y guías de actuación. *Revista de Neurología*, *63*(Supl2), S1-S27. <https://doi.org/10.33588/rn.63S02.2016397>
- Merzel, C., & D’Afflitti, J. (2003). Reconsidering Community-Based Health Promotion: Promise, Performance, and Potential. *American Journal of Public Health*, *93*(4), 557–574. <https://doi.org/10.2105/ajph.93.4.557>

- Metidieri, M. M., Rodrigues, H. F., Filho, F. J., Ferraz, D. P., Neto, A. F., & Torres, S. (2013). Noise-Induced Hearing Loss (NIHL): literature review with a focus on occupational medicine. *International Archives of Otorhinolaryngology*, 17(2), 208–212. <https://doi.org/10.7162/s1809-9772013000200015>
- Meyers, A., Frank, D. A., Roos, N., Peterson, K., Casey, V. A., Cupples, L. A., & Levenson, S. M. (1995). Housing Subsidies and Pediatric Undernutrition. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 149(10), 1079–1084. <https://doi.org/10.1001/archpedi.1995.02170230033004>
- Mick, P., Kawachi, I., & Lin, F. R. (2014). The Association between Hearing Loss and Social Isolation in Older Adults. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 150(3), 378–384. <https://doi.org/10.1177/0194599813518021>
- Morteruel, M., Bacigalupe, A., & Moreno, A. (2022). Towards good governance for health: incorporating the diversity of perceptions around urban health. *Gaceta Sanitaria*, 36(1), 25–31. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.11.003>
- Mosquera, I., Larrañaga, I., M, D. R. L., Calderón, C., Machón, M., & García Calvente, M. (2019). Desigualdades de género en los impactos del cuidado informal de mayores dependientes en Gipuzkoa: estudio CUIDAR-SE. *Revista Española de Salud Pública*, 93(7).
- Murguialday, B., & Bosque, A. (1994). *Riesgos en salud en el trabajo de ama de casa*. Estudios Emakunde. Leioa: Emakunde y Ayuntamiento de Leioa. [https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones/informes/es\\_emakunde/adjuntos/externa.02.riesgos.salud.trabajo.ama.casa.cas.pdf](https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones/informes/es_emakunde/adjuntos/externa.02.riesgos.salud.trabajo.ama.casa.cas.pdf)
- Mutrie, N., Carney, C., Blamey, A., Whitelaw, A., Crawford, F., & Aitchison, T. (2000). Can active commuting increase quality of life? Three-month results from a randomized control trial. *Journal of Sports Sciences*, 18(1), 18–19.
- Mutrie, N., Carney, C., Blamey, S., Crawford, F., Aitchison, T., & Whitelaw, A. (2002). «Walk in to Work Out»: a randomised controlled trial of a self help intervention to promote active commuting. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(6), 407–412. <https://doi.org/10.1136/jech.56.6.407>
- Neuman, M. G., Malnick, S., Maor, Y., Nanau, R. M., Melzer, E., Ferenci, P., Seitz, H. K., Mueller, S., Mell, H., Samuel, D., Cohen, L. B., Kharbanda, K. K., Osna, N. A., Ganesan, M., Thompson, K. J., McKillop, I. H., Bautista, A., Bataller, R., & French, S. W. (2015). Alcoholic liver disease: Clinical and translational research. *Experimental and molecular pathology*, 99(3), 596–610. <https://doi.org/10.1016/j.yexmp.2015.09.001>
- Ngom, R., Gosselin, P., Blais, C., & Rochette, L. (2016). Type and Proximity of Green Spaces Are Important for Preventing Cardiovascular Morbidity and Diabetes—A Cross-Sectional Study for Quebec, Canada. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(4), 423. <https://doi.org/10.3390/ijerph13040423>
- Norström, F., Virtanen, P., Hammarström, A., Gustafsson, P. E., & Janlert, U. (2014). How does unemployment affect self-assessed health? A systematic review focusing on subgroup effects. *BMC Public Health*, 14(1), 1310. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1310>

- Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349–364. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>
- Office on Smoking and Health (US). (2006). *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General*. Centers for Disease Control and Prevention (US).
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *El trabajo no remunerado del cuidado de la salud: una mirada desde la igualdad de género*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52207/9789275322307-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- OMS. (2003). *Informe Objetivos de salud del milenio: caminos hacia el futuro*. <http://www.who.int/whr/2003/en/Chapter2-es.pdf?ua=1>
- OMS. (2008). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación*. [https://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_docman&view=--document&layout=default&alias=368-comision-sobre-determinantes-sociales-de-la-salud-resumen-analitico-del-informe-final-2008&category\\_slug=equidad-en-salud&Itemid=493](https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=--document&layout=default&alias=368-comision-sobre-determinantes-sociales-de-la-salud-resumen-analitico-del-informe-final-2008&category_slug=equidad-en-salud&Itemid=493)
- OMS. (2012). *Salud en las Américas. Capítulo 2 Determinantes e Inequidades en Salud*. [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=sa-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=231&lang=en](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sa-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=231&lang=en)
- Parry, J., Laburn-Peart, K., Orford, J., & Dalton, S. (2004). Mechanisms by which area-based regeneration programmes might impact on community health: a case study of the new deal for communities initiative. *Public Health*, 118(7), 497–505. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2004.01.003>
- Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8), 609–615.
- Pevalin, D. J., Reeves, A., Baker, E., & Bentley, R. (2017). The impact of persistent poor housing conditions on mental health: A longitudinal population-based study. *Preventive Medicine*, 105, 304–310. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.09.020>
- Pickett, K. E., & Wilkinson, R. G. (2015). Income inequality and health: A causal review. *Social Science & Medicine*, 128, 316–326. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.031>
- Pimenta, G. M. F., da Costa, M. A. D. S. M.C, Gonçalves, L. H. T., & Alvarez, N. M. (2009). Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(3), 609–614. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342009000300016>
- Poorolajal, J., Sahraei, F., Mohamdadi, Y., Doosti-Irani, A., & Moradi, L. (2020). Behavioral factors influencing childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Research & Clinical Practice*, 14(2), 109–118. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2020.03.002>
- Posadzki, P., Pieper, D., Bajpai, R., Makaruk, H., Könsigen, N., Neuhaus, A. L., & Semwal, M. (2020). Exercise/physical activity and health outcomes: an overview of Cochrane systematic reviews. *BMC Public Health*, 20(1), 1724. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09855-3>

- Productivity Commission. (2003). Social Capital: Reviewing the Concept and its Policy Implications. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.429420>
- Rehm, J., Shield, K. D., Joharchi, N., & Shuper, P. A. (2012). Alcohol consumption and the intention to engage in unprotected sex: systematic review and meta-analysis of experimental studies. *Addiction*, 107(1), 51–59. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03621.x>
- Röbbel, N. (2020). *Los espacios verdes: un recurso indispensable para lograr una salud sostenible en las zonas urbanas*. <https://www.un.org/es/chronicle/article/los-espacios-verdes-un-recurso-indispensable-para-lograr-una-salud-sostenible-en-las-zonas-urbanas>
- Rodríguez-Romo, G., Garrido-Muñoz, M., Lucía, A., Mayorga, J. I., & Ruiz, J. R. (2013). Asociación entre las características del entorno de residencia y la actividad física. *Gaceta Sanitaria*, 27(6), 487–493. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.01.006>
- Ruckert, A., Huynh, C., & Labonté, R. (2018). Reducing health inequities: is universal basic income the way forward? *Journal of Public Health*, 40(1), 3–7. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdx006>
- Sallis, J. F., Hovell, M. F., Hofstetter, C. R., Elder, J. P., Hackley, M., Caspersen, C. J., & Powell, K. E. (1990). Distance between homes and exercise facilities related to frequency of exercise among San Diego residents. *Public health reports*, 105(2), 179–185.
- Sánchez-Sánchez, M. L., García-Vigara, A., Hidalgo-Mora, J. J., García-Pérez, M. N., Tarín, J., & Cano, A. (2020). Mediterranean diet and health: A systematic review of epidemiological studies and intervention trials. *Maturitas*, 136, 25–37. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.03.008>
- Sapag, J. C., & Kawachi, I. (2007). Social capital and health promotion in Latin America. *Revista de saude publica*, 41(1), 139–149.
- Sarasa-Renedo, A., Sordo, L., Molist, G., Hoyos, J., Guitart, A. M., & Barrio, G. (2014). Principales daños sanitarios y sociales relacionados con el consumo de alcohol. *Revista Española de Salud Pública*, 88(4), 469–491. <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000400004>
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, 374(9686), 315–323. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(09\)61124-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(09)61124-7)
- Sundby, J. (1989). Methodological considerations in the study of frequency, risk factors and outcome of reduced fertility. *Scandinavian journal of social medicine*, 17(2), 135–140. <https://doi.org/10.1177/140349488901700202>
- Swerdlow, A. J., Peto, R., & Doll, R. (2020). Epidemiology of cancer. En J. Firth, C. Conlon, & T. Cox (Eds.), *Oxford Textbook of Medicine* (6.a ed., p. 146). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198746690.003.0045>
- Swope, C. B., & Hernández, D. (2019). Housing as a determinant of health equity: A conceptual model. *Social Science & Medicine*, 243, 112571. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112571>

- Test, T., Canfi, A., Eyal, A., Shoam-Vardi, I., & Sheiner, E. K. (2011). The Influence of Hearing Impairment on Sleep Quality Among Workers Exposed to Harmful Noise. *Sleep*, 34(1), 25–30. <https://doi.org/10.1093/sleep/34.1.25>
- Thorley, A. J., & Tetley, T. D. (2007). Pulmonary epithelium, cigarette smoke, and chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 2(4), 409–428.
- Tobío, C., Agulló, M. S., Gómez, M. V., & Martín, M. T. (2010). *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*. Fundación «la Caixa».
- Townshend, T., & Lake, A. (2017). Obesogenic environments: current evidence of the built and food environments. *Perspectives in Public Health*, 137(1), 38–44. <https://doi.org/10.1177/1757913916679860>
- Tribunal de Cuentas Europeo. (2021). *El desempleo de larga duración en la UE requiere medidas más específicas*; Comunicado de prensa. [https://www.eca.europa.eu/Lists/News/NEWS2112\\_08/INSR\\_Long-term\\_unemployment\\_ES.pdf](https://www.eca.europa.eu/Lists/News/NEWS2112_08/INSR_Long-term_unemployment_ES.pdf)
- Turner, B. (2003). Social Capital, Inequality and Health: the Durkheimian Revival. *Social Theory & Health*, 1, 4–20. <https://doi.org/10.1057/palgrave.sth.8700001>
- Ulrich, R. S. (1999). Effects of gardens on health outcomes: Theory and research. En M. C. Cooper & M. Barnes (Eds.), *Healing Gardens. Therapeutic Benefits and Design Recommendations* (pp. 27–86). John Wiley & Sons.
- van Aerden, K., Gadeyne, S., & Vanroelen, C. (2017). Is any job better than no job at all? Studying the relations between employment types, unemployment and subjective health in Belgium. *Archives of Public Health*, 75(1), 55. <https://doi.org/10.1186/s13690-017-0225-5>
- Vanthomme, K., & Gadeyne, S. (2019). Unemployment and cause-specific mortality among the Belgian working-age population: The role of social context and gender. *PLOS ONE*, 14(5), e0216145. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216145>
- Virtanen, M., Kivimäki, M., Joensuu, M., Virtanen, P., Elovainio, M., & Vahtera, J. (2005). Temporary employment and health: a review. *International Journal of Epidemiology*, 34(3), 610–622. <https://doi.org/10.1093/ije/dyi024>
- Wagstaff, A. (2002). Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5–6), 316–326. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892002000500007>
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2007). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*. World Health Organization.
- WHO. Regional Office for Europe. (1999). *Healthy living: what is a healthy lifestyle?*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108180>
- WHO. Regional Office for Europe. (2002). *Community participation in local health and sustainable development: approaches and techniques*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107341>



- WHO. (2003). *Diet, nutrition and chronic diseases*. [http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/en/gsfao\\_introduction.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/en/gsfao_introduction.pdf)
- WHO. Regional Office for Europe. (2004). *WHO technical meeting on sleep and health*. [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/114101/E84683.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/114101/E84683.pdf)
- WHO. (2009). *Night noise guidelines for Europe*. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0017/43316/E9](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/43316/E9)
- WHO. (2017). *Policy options on mental health: a WHO-Gulbenkian mental health platform collaboration*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259406>.
- WHO. (2018). *Housing and Health guidelines. Recommendations to promote healthy housing for a sustainable and equitable future*. <https://www.who.int/publications/item/9789241550376>
- WHO. (2019). *Investing in mental health for sustainable development*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/324949>.
- WHO. (2020). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331490>.
- WHO. (2021a). *Ambient (outdoor) air pollution*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ambient-\(outdoor\)-air-quality-and-health](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ambient-(outdoor)-air-quality-and-health)
- WHO. (2021b). *Compendium of WHO and other UN guidance on health and environment*. <https://www.who.int/tools/compendium-on-health-and-environment>
- WHO. (2022). *Social determinants of health*. [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1)
- Wilkinson, R. G. (1996). *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. Routledge.
- Wilson, N., & McDaid, S. (2021). The mental health effects of a Universal Basic Income: A synthesis of the evidence from previous pilots. *Social Science & Medicine*, 287, 114374. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114374>
- Zhou, Q., Guo, P., Li, H., & Chen, X. D. (2017). Does alcohol consumption modify the risk of endometrial cancer? A dose-response meta-analysis of prospective studies. *Archives of gynecology and obstetrics*, 295(2), 467–479. <https://doi.org/10.1007/s00404-016-4263-y>
- Zimmer, Z., & House, J. S. (2003). Education, income, and functional limitation transitions among American adults: contrasting onset and progression. *International Journal of Epidemiology*, 32(6), 1089–1097. <https://doi.org/10.1093/ije/dyg254>