

# **Estudio sobre la situación de salud y sus determinantes económicos y sociales en los barrios de la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria**

Grupo de investigación en Economía de la Salud (ECOSALUD) de la ULPGC:

Beatriz González López-Valcárcel  
Patricia Barber Pérez  
Camila Regueiro Ons  
Laura Vallejo Torres  
Alejandro Rodríguez Caro  
Jaime Pinilla Domínguez  
Silvia Rodríguez Mirelles  
José Miguel Rodríguez Lugo

18 de marzo 2025

## Índice de Contenidos

### 1. Introducción11

1.1. La organización administrativa de la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria11

1.2. El proyecto de ciudades saludables16

1.3. Objetivos del estudio18

### 2. Sistemas de indicadores y propiedades de los indicadores20

### 3. Los indicadores de ciudades saludables23

3.1. Antecedentes. La identificación de barrios vulnerables23

3.2. Programa Barcelona Salut als Barris28

3.3. Diagnóstico de salud participativo de Bilbao y sus barrios32

3.4. Sistema de indicadores de salud de Madrid35

3.5. Sistema de indicadores de Aragón y aplicaciones37

3.6. OMS. Guía para planificar ciudades saludables38

3.7. Aplicabilidad a Las Palmas de Gran Canaria41

### 4. Metodología43

4.1. Fuentes de información43

4.2. Construcción de la base de datos de indicadores44

4.2.1. Obtención de la información de los barrios a partir de las secciones censales45

4.2.2. Información procedente del Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria50

4.2.3. Indicadores procedentes del Servicio Canario de Salud51

4.3. Selección de indicadores para el análisis socioeconómico y de salud de los barrios de Las Palmas de Gran Canaria53

4.3.1. Introducción. Métodos de selección53

4.3.2. Contexto socioeconómico58

4.3.2.1. Renta58

4.3.2.2. Pobreza y desigualdad62

4.3.2.3. Dependencia y protección social64

4.3.3. Salud y riesgos para la salud67

- 4.3.3.1. Exceso de mortalidad por causas evitables70
- 4.3.3.2. Indicadores de salud y riesgos para la salud71
- 4.3.4. Demografía, educación y empleo74
  - 4.3.4.1. Estructura población75
  - 4.3.4.2. Educación77
  - 4.3.4.3. Empleo79
- 4.4. Modelo de fichas de indicadores81**
- 5. Análisis de indicadores de los barrios de Las Palmas de Gran Canaria82**
  - 5.1. Ámbito socioeconómico84**
    - 5.1.1. Renta84
    - 5.1.2. Pobreza y Desigualdad90
    - 5.1.3. Dependencia y protección social99
  - 5.2. Estado de salud y riesgos para la salud107**
    - 5.2.1. Condiciones de vida y calidad habitacional107
    - 5.2.2. Exceso de mortalidad por causas evitables112
    - 5.2.3. Indicadores de salud y riesgos para la salud118
  - 5.3. Demografía, educación y empleo130**
    - 5.3.1. Estructura de la población130
    - 5.3.2. Educación137
    - 5.3.3. Empleo141
- 6. Evolución de los indicadores de renta, pobreza, desigualdad y del perfil demográfico de los barrios de Las Palmas de Gran Canaria143**
  - 6.1. Evolución temporal de los indicadores de renta, desigualdad y pobreza 2015-2021143**
    - 6.1.1. Cambios en la renta por unidad de consumo143
    - 6.1.2. Evolución temporal de los índices de concentración y desigualdad en rentas: Índice de Gini y P80/20145
    - 6.1.3. La Pobreza relativa y pobreza severa entre 2015 y 2021147
  - 6.2. Evolución de la población y de su estructura 2015-2023152**
    - 6.2.1. La población de los barrios de Las Palmas de Gran Canaria entre 2015 y 2023152
    - 6.2.2. La estructura demográfica de los barrios de Las Palmas de Gran Canaria entre 2015 y 2023154

- 7. Análisis conjunto de indicadores socioeconómicos y demográficos y de indicadores de salud161**
  - 7.1. Análisis conjunto de indicadores de sobremortalidad por causas evitables161**
  - 7.2. Análisis conjunto indicadores socioeconómicas y demográficos162**
  - 7.3. Identificación de barrios vulnerables167**
- 8. Comparación de los barrios vulnerables identificados en este estudio y por el Observatorio del Ministerio de Vivienda y Agenda Urbana para 2011169**
- 9. La heterogeneidad de los distritos actuales en los factores socioeconómicos, demográficos y de salud identificados174**
- 10. Conclusiones179**

## Índice de Tablas

<i>Tabla 1.1 Distritos y Barrios Las Palmas de Gran Canaria</i>	13
<i>Tabla 1.2 Características Distritos Las Palmas de Gran Canaria</i>	16
<i>Tabla 3.1 Catálogo de ciudades analizadas y catalogadas como vulnerables Canarias 2011</i>	26
<i>Tabla 3.2 Catálogo de ciudades analizadas y catalogadas como vulnerables. Las Palmas de Gran Canaria 2011</i>	27
<i>Tabla 3.3 Catálogo de barrios vulnerables. Barrios de Inmigración. Las Palmas de Gran Canaria 2011</i>	28
<i>Tabla 3.4 Indicadores incluidos en el diagnóstico de Barcelona Salut als Barris</i>	29
<i>Tabla 3.5 Indicadores de Salud Bilbao y sus barrios</i>	33
<i>Tabla 4.1 Fuentes básicas de información</i>	43
<i>Tabla 4.2 Relación entre secciones censales y barrios. Las Palmas de Gran Canaria</i>	46
<i>Tabla 4.3 Ejemplo de ponderaciones para asignar valores de una sección censal a los barrios que la componen</i>	47
<i>Tabla 4.4 Ponderaciones secciones censales por barrio. Las Palmas de Gran Canaria</i>	48
<i>Tabla 4.5 Asignación variables stock o media de secciones censales a barrio. Ejemplo, Zárata</i>	48
<i>Tabla 4.6 Secciones censales con mayor reducción poblacional 2021-2023. Las Palmas de Gran Canaria.</i>	49
<i>Tabla 4.7 Secciones censales con mayor aumento poblacional 2021-2023. Las Palmas de Gran Canaria</i>	49
<i>Tabla 4.8 Ejemplo reparto proporcional redondeo según población</i>	50
<i>Tabla 4.9 Análisis de conglomerados. Selección indicadores Dimensión: Renta.</i>	60
<i>Tabla 5.1 Matriz de información. 45 indicadores barrios LPGC según ámbito y dimensión</i>	83
<i>Tabla 5.2 Deciles Renta Media por unidad de consumo</i>	85
<i>Tabla 5.3 Decil de renta equivalente 10 barrios más poblados de LPGC.</i>	86
<i>Tabla 5.4 Indicadores de renta y desigualdad. Barrios LPGC con peores Indicadores de Pobreza</i>	96
<i>Tabla 5.5 Lista de grupos de barrios con valores idénticos de las ratios de mortalidad estandarizada</i>	112
<i>Tabla 5.6 Comparativa de porcentajes de población infantil en España, Canarias, Las Palmas y LPGC.</i>	132
<i>Tabla 6.1 Índice de Gini y P80/P20. 2015-2018-2021.</i>	146
<i>Tabla 6.2 Evolución 2015-2018-2021. Las Palmas de Gran Canaria.</i>	148
<i>Tabla 6.3 Evolución Riesgo de pobreza en los barrios de LPGC con mayor y menor Riesgo de pobreza en 2015.</i>	151
<i>Tabla 6.4 Evolución Riesgo de pobreza severa en los barrios de LPGC con mayor y menor Riesgo de pobreza severa en 2015.</i>	152
<i>Tabla 6.5 Clasificación barrios LPGC según variación poblacional 2015-2023.</i>	154
<i>Tabla 6.6 Evolución del índice sobre envejecimiento 2015-2023. Barrios Las Palmas de Gran Canaria.</i>	158
<i>Tabla 6.7 Índice de recambio demográfico. Barrios LPGC 2015-2018-2023.</i>	160

*Tabla 7.1 Cantidad de información retenida en ACP. 162*

*Tabla 7.2 Correlaciones entre variables y factores rotados. 163*

*Tabla 7.3 Lista de barrios vulnerables según los criterios analizados en este informe. 168*

*Tabla 8.1 Catálogo barrios vulnerables LPGC 2011. 170*

*Tabla 9.1 Diferencias entre e intra-districtos (barrios) 175*

## Índice de Figuras

*Figura 1.1 Distritos de la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria según Reglamento Orgánico de Distritos (ROD).12*

*Figura 1.2 Distribución Renta neta media por hogar según Distritos. Las Palmas de Gran Canaria15*

*Figura 3.1 Infravivienda por Barrios y número de hogares. Madrid36*

*Figura 3.2 Avisos corregidos de ratas en la vía pública. Madrid37*

*Figura 3.3 Los tres grandes ejes de las ciudades saludables39*

*Figura 4.1 Fuentes de información45*

*Figura 4.2 Zonas Básicas de Salud en Las Palmas de Gran Canaria.52*

*Figura 4.3 Barrios ciudad de Las Palmas de Gran Canaria53*

*Figura 4.4 Proceso de generación de la Matriz de Información de Indicadores55*

*Figura 4.5 Clasificación de indicadores. Ámbito y dimensión.58*

*Figura 4.6 Selección indicadores. Dimensión: Renta60*

*Figura 4.7 Selección indicadores: Pobreza y Desigualdad64*

*Figura 4.8 Dependencia y protección social. Matriz de Información.66*

*Figura 4.9 Ámbito y dimensión: Estado de salud y riesgos para la salud.68*

*Figura 4.10 Condiciones de vida y calidad habitacional. Matriz de Información69*

*Figura 4.11 Exceso de mortalidad por causas evitables. Matriz de información.71*

*Figura 4.12 Indicadores de Salud y Riesgos para la salud. Matriz de Información74*

*Figura 4.13 Dimensiones ámbito demografía, educación y empleo. 74*

*Figura 4.14 Estructura de la población. Matriz de Información76*

*Figura 4.15 Dimensión Educación. Matriz de información78*

*Figura 4.16 Análisis de conglomerados. Dimensión Educación79*

*Figura 4.17 Dimensión Empleo. Matriz de información80*

*Figura 4.18 Conglomerado indicadores dimensión: empleo81*

*Figura 4.19 Modelo de ficha técnica de los indicadores82*

*Figura 5.1 Procedencia de renta según fuente de ingresos. Porcentaje promedio entre Barrios de las LPGC87*

*Figura 5.2 Renta media por unidad de consumo y porcentaje de ingresos procedentes "Otros ingresos"88*

*Figura 5.3 Barrios extremos según origen de las rentas88*

*Figura 5.4 Indicadores de desigualdad de Rentas. Índice de Gini91*

*Figura 5.5 Indicadores de desigualdad de Rentas. P80/P2092*

*Figura 5.6 Renta y desigualdad. Barrios de Las Palmas de Gran Canaria93*

*Figura 5.7 Cuadrantes Renta equivalente - Desigualdad94*

*Figura 5.8 Riesgo de Pobreza (AROP). Barrios con mayor y menor riesgo de pobreza95*

- Figura 5.9 Densidad de población y Tasa de Riesgo de Pobreza y de Pobreza Severa*96
- Figura 5.10 Riesgo de pobreza (AROP). Barrios Las Palmas de Gran Canaria*97
- Figura 5.11 Riesgo de pobreza severa. Barrios Las Palmas de Gran Canaria*98
- Figura 5.12 Tasa de sobreenviejecimiento. (Ratio: 80 años y más/65 años y más) \* 100*100
- Figura 5.13 Dispersión territorial. Indicadores Dependencia y protección social.* 102
- Figura 5.14 Los diez barrios capitalinos con mayor porcentaje de hogares con un solo habitante de 85 o más años*103
- Figura 5.15 Los diez barrios capitalinos con mayor porcentaje de hogares con un solo habitante mayor de 65 años*104
- Figura 5.16 Mapa de los diez barrios capitalinos con mayor porcentaje de hogares con un solo habitante de 65 años o mayor y de 85 años o más*104
- Figura 5.17 Número de intervenciones PEEN/PEES por 100 hab.*106
- Figura 5.18 Número SAD por 100 habitantes*107
- Figura 5.19 Distribución hogares con menos de 15 m<sup>2</sup> por ocupante.* 109
- Figura 5.20 Porcentaje de viviendas con menos de 15 m<sup>2</sup> por ocupante*109
- Figura 5.21 Porcentaje viviendas de alquiler*111
- Figura 5.22 Barrios de Las Palmas de Gan Canaria con los máximos excesos de mortalidad por causas evitables. Hombres.*114
- Figura 5.23 Barrios de LPGC ordenados por el exceso de mortalidad estandarizada por causas evitables. Hombres.*115
- Figura 5.24 Barrios de Las Palmas de Gan Canaria con los máximos excesos de mortalidad por causas evitables. Mujeres.*117
- Figura 5.25 Barrios de LPGC ordenados por el exceso de mortalidad estandarizada por causas evitables. Mujeres.*118
- Figura 5.26 Prevalencia de obesidad infantil en 2023, según barrios.*120
- Figura 5.27 Prevalencia de obesidad infantil en 2023 según barrios y sexo.* 121
- Figura 5.28 Prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en población de 15-64 años en 2023, según barrios.*124
- Figura 5.29 Prevalencia de diabetes mellitus tipo II en población de 15-64 años en 2023, según barrios y sexo.*125
- Figura 5.30 Prevalencia de hábito tabáquico en población de 15-64 años en 2023, según barrios.*128
- Figura 5.31 Prevalencia de hábito tabáquico en población de 15-64 años en 2023, según barrios y sexo.*129
- Figura 5.32 Distribuciones demográficas grandes grupos edad. Barrios Las Palmas de Gran Canaria.*131
- Figura 5.33 Población menor de 5 años y Población menor de 15 años*133
- Figura 5.34 Edad promedio barrios Las Palmas de Gran Canaria*134

- Figura 5.35 Porcentaje de extranjeros. Barrios LPGC.137*
- Figura 5.36 Riesgo de pobreza y población con estudios superiores138*
- Figura 5.37 Porcentaje población con estudios superiores sobre población mayor de 25 años. 139*
- Figura 5.38 Decil de renta y decil de estudios superiores. Barrios LPGC.141*
- Figura 5.39 Parados sobre activos (grupos más vulnerables de desempleo, de 15 a 24 y de 50 a 64 años).142*
- Figura 6.1 Renta media por unidad de consumo 2015-2018 y 2021 y tasa de crecimiento 2021-2015144*
- Figura 6.2 Crecimiento porcentual 2021-2015 Renta Media por unidad de consumo. Barrios de los Distritos 1 y 5.145*
- Figura 6.3 Índice de Gini. Evolución 2015-2018-2021.147*
- Figura 6.4 Pobreza relativa. Evolución 2015-2021 según género y grupos de edad. Las Palmas de Gran Canaria.149*
- Figura 6.5 Pobreza Severa. Evolución 2015-2021 según género y grupos de edad. Las Palmas de Gran Canaria149*
- Figura 6.6 Pobreza relativa. Evolución 2015-2018-2021.150*
- Figura 6.7 Pobreza Severa. Evolución 2015-2018-2021.151*
- Figura 6.8 Crecimiento poblacional anual España-Canarias-LPGC.153*
- Figura 6.9 Tasa de variación población española y población extranjera en Las Palmas de Gran Canaria 2011-2022.153*
- Figura 6.10 Porcentaje de menores de 5 años 2015-2018-2022. España - Las Palmas de Gran Canaria.155*
- Figura 6.11 Población menor de 5 años según cuartiles de 2015. Barrios de Las Palmas de Gran Canaria 2015-2018-2023.156*
- Figura 6.12 Población menor de 20 años según cuartiles de 2015. Barrios de Las Palmas de Gran Canaria 2015-2018-2023.157*
- Figura 6.13 Índice recambio: Cohorte 60-64 años entre cohorte 15-19 años. Objetivo sostenibilidad menor de 100. Barrios LPGC 2015-2018-2023159*
- Figura 7.1 Resultados Análisis de Componentes Principales. Ratios de mortalidad por causas evitables. Barrios LPGC.162*
- Figura 7.2 Componente 1: Población adulta vs población infanto-juvenil frente a componente 4: Sobreenvjecimiento y necesidades de atención social. Barrios de LPGC.165*
- Figura 7.3 Componente 2: Pobreza, vulnerabilidad económica y malas condiciones de habitabilidad” frente a componente 3: Desigualdad y renta media. Barrios de LPGC.166*
- Figura 7.4 Componente 2: Pobreza, vulnerabilidad económica y malas condiciones de habitabilidad” frente a componente 4: Sobreenvjecimiento y necesidades de atención social. Barrios de LPGC.166*
- Figura 7.5 Componente 1: Población adulta vs población infanto-juvenil frente a Componente 2: Pobreza, vulnerabilidad económica y malas condiciones de habitabilidad. Barrios de LPGC.167*

*Figura 8.1 Áreas vulnerables en la ciudad de LPGC 2011.169*

*Figura 8.2 Cruz de Piedra-Sansofé. Vulnerabilidad crítica 2011.171*

*Figura 8.3 Área vulnerable Lomo Blanco/Lomo Verdejo y Área vulnerable de Las Rehoyas.172*

*Figura 9.1 Componente 1: Población adulta vs población infanto-juvenil.175*

*Figura 9.2 Componente 2: Pobreza, vulnerabilidad económica y malas condiciones de habitabilidad.  
Distritos y barrios LPGC.176*

*Figura 9.3 Componente 3: “Desigualdad y renta media”. Distritos y barrios LPGC.176*

*Figura 9.4 Componente 4: Sobreenvejecimiento y necesidades de atención social. Distritos y barrios  
LPGC177*

*Figura 9.5 Componente 1 Salud: Exceso mortalidad mujeres. Distritos y barrios LPGC.177*

*Figura 9.6 Componente 2 Salud: Exceso mortalidad hombres. Distritos y barrios LPGC.178*

## 1. Introducción

### 1.1. La organización administrativa de la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria

El RD 1690/1986, de 11 de julio, aprueba el Reglamento de Población y Demarcación Territorial de las Entidades Locales<sup>1</sup>. En su artículo 1.4 precisa que “es competencia del Ayuntamiento la división del término municipal en distritos y en barrios y las variaciones de los mismos”.

El Reglamento Orgánico de Distritos (ROD) del Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria<sup>2</sup> (LPGC), de 2004, tiene por objeto:

a) La creación de los distritos de Las Palmas de Gran Canaria, como divisiones territoriales propias, dotadas de órganos de gestión desconcentrada, para impulsar y desarrollar la participación ciudadana en la gestión de los asuntos municipales y su mejora, sin perjuicio de la unidad de gobierno y gestión del municipio.

En su artículo 9, “De los Distritos de las Palmas de Gran Canaria”, establece que en el ámbito del Municipio de Las Palmas de Gran Canaria se crean los cinco Distritos siguientes:

1. Distrito Vegueta, Cono Sur y Tafira
2. Distrito Centro
3. Distrito Isleta-Puerto-Guanarteme

---

1 Real Decreto 1690/1986, de 11 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de Población y Demarcación Territorial de las Entidades Locales. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-21944>

2 Boletín Oficial de la Provincia nº162 de 31 de diciembre de 2004.

#### 4. Distrito Ciudad Alta

#### 5. Distrito Tamaraceite-San Lorenzo-Tenoya

Figura 1.1 Distritos de la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria según Reglamento Orgánico de Distritos (ROD).



Asimismo, el artículo 7 del ROD establece que: “los Distritos podrán segregarse, dando lugar a la creación de otros nuevos, o bien fusionarse, en atención a las necesidades y cambios demográficos y socioeconómicos sobrevenidos, siempre que, en el primer caso, se cuente al efecto con suficientes recursos humanos y materiales con que dotarlos para el cumplimiento de sus funciones”.

Corresponde al Pleno del Ayuntamiento acordar la modificación de los límites territoriales de los Distritos, así como la división de éstos en barrios. Los barrios en que se subdividen los distritos de LPGC se recogen en la tabla 1.1:

Tabla 1.1 Distritos y Barrios Las Palmas de Gran Canaria

Distrito 1: Vegueta, Cono Sur y Tafira	Distrito 2: Centro	Distrito 3: Isleta- Puerto- Guanarteme	Distrito 4: Ciudad Alta	Distrito 5: Tamaraceite-San Lorenzo-Tenoya
1 VEGUETA	4 MILLER	99 GUANARTEME	33 REHOYAS ALTAS	5 LA PALMA
2 DISEMINADO LA MONTAÑETA	37 LA PATERNA	100 LA ISLETA	34 EL CARDON	6 EL PINTOR
3 SAN CRISTOBAL	38 CANALEJAS	101 SANTA CATALINA - CANTERAS	35 LA FERIA	7 RISCO NEGRO
13 JINAMAR	39 SAN FRANCISCO - SAN NICOLAS		36 SCHAMANN	8 EL ROQUE
14 LLANO DE LAS NIEVES	40 LOMO APOLINARO		87 ALTAVISTA	9 SAN JOSE DEL ALAMO
15 LLANOS DE LA BARRERA	42 ALCARAVANERAS		89 CUEVAS TORRES	10 SAN LORENZO
16 MARZAGAN	59 CASABLANCA III		90 LAS REHOYAS	11 CASA AYALA
17 MONTEQUEMADO	60 MILLER INDUSTRIAL		91 SAN ANTONIO	12 CAÑADA HONDA
18 LOMO DEL SABINAL	61 CIUDAD JARDIN		92 DON ZOILO	43 DISEMINADO LOS GILES
19 STA. MARGARITA	62 FINCAS UNIDAS		93 ESCALERITAS	44 LAS MESAS
20 DISEMINADO DE MARZAGÁN	63 LUGO		94 DIAZ CASANOVA	45 EL TOSCON
21 LA DATA	98 TRIANA		95 SAN LAZARO	46 CRUZ DEL OVEJERO
22 LOS HOYOS	102 CIUDAD DEL MAR		96 LAS TORRES	47 LA GALERA
23 LOMO DE ENMEDIO	41 LOS TARAHALES		97 LAS TORRES INDUSTRIALES	48 LAS MAJADILLAS
24 TAFIRA ALTA	122 DISEMINADO LAS PALMAS DE GC		120 CHUMBERAS	49 CIUDAD DEL CAMPO
25 TAFIRA BAJA			121 LA MINILLA	50 ISLA PERDIDA
26 MONTE LUZ				51 LOMO LOS FRAILES
27 ZURBARAN				52 LAS PERRERAS
28 DISEMINADO DE TAFIRA				53 PILETAS
29 LA CANTERA				54 LA SUERTE
30 LA CALZADA				55 TAMARACEITE
31 CAMPUS UNIVERSITARIO				56 LA CAZUELA
32 CUESTA RAMON				57 LADERA ALTA
64 CASABLANCA I				58 CUEVAS BLANCAS
65 ZARATE				72 DISEMINADO DE TAMARACEITE
66 EL BATAN				73 LA CRUZ
67 SAN JUAN - SAN JOSE				74 LLANOS DE M <sup>a</sup> RIVERA
68 SAN ROQUE				75 LA MILAGROSA
69 HOYA DE LA PLATA				76 EL ROMAN
70 EL LASSO				77 SIETE PUERTAS
71 MERCALASPALMAS				78 LAS CUEVAS
81 PEDRO HIDALGO				80 MASAPEZ
82 LA MONTAÑETA				108 LOS GILES
83 SALTO DEL NEGRO				109 DRAGONAL ALTO
84 SAN FCO. DE PAULA				110 ALMATRICHE ALTO
85 TRES PALMAS				111 ALMATRICHE BAJO
86 VEGA DE SAN JOSE				112 DRAGONAL BAJO
88 DISEMINADO LOS HOYOS				113 HOYA ANDREA
103 EL FONDILLO				114 EL ZARDO
104 LOMO BLANCO				115 DISEMINADO DE TENOYA
105 LOMO VERDEJO				116 DISEMINADO SAN LORENZO
106 PICO VIENTO				117 TENOYA
107 EL SECADERO				118 DISEMINADO DE ALMATRICHE
				119 COSTA AYALA

41 Los Tarahales\*: Centro - Ciudad Alta

122 Diseminado Las Palmas de GC\*: Centro - Vegueta, Cono Sur Y Tafira

Fuente: <https://geovisorlpgc.laspalmasgc.es/>

<https://datos.gob.es/es/catalogo/I01350167-callejero-municipal-de-las-palmas-de-gran-canaria/resource/b1d0e767-ee2d-49fe-a50c-546391a9ac84#data>

Es importante señalar que el punto de partida de este estudio es la clasificación en barrios actualmente existente. La información de base está disponible por secciones censales o Zonas Básicas de Salud, y el proceso de tratamiento de la información comienza con agregar o desagregar esa información básica para los

barrios. No se cuestiona su definición ni se proponen configuraciones alternativas, a diferencia de otros estudios como el de vulnerabilidad urbana del Ministerio de Vivienda y Agenda Urbana<sup>3</sup>.

Aunque, como señala el propio ROD, “los distritos son instrumento esencial para la aplicación de una política municipal orientada a la corrección de los desequilibrios y a la representación de los intereses de los diversos barrios del Municipio”, en esta distribución administrativa de la ciudad capitalina los distritos integran territorios muy heterogéneos. Estas diferencias internas entre los barrios de un mismo distrito podrían limitar la eficiencia de la descentralización y la gestión municipal. Siendo los distritos internamente heterogéneos en cuanto a características socio económicas, demográficas y de salud, resulta evidente la conveniencia de contar con un sistema de información desagregado a nivel de barrio, para diseñar mejores políticas, monitorizar y adaptar la gestión a las necesidades de la población de los distintos barrios.

La tabla 1.2 informa sobre el número de barrios de cada distrito y la población por distritos en 2023. El distrito 4, (Ciudad Alta), reúne el doble de población que el distrito 5 (Tamaraceite, San Lorenzo, Tenoya). Mientras que el distrito 3 (Isleta, Puerto, Guanarteme) solo contiene tres barrios, los distritos 1 (Vegueta, Cono Sur y Tafira) y 5 (Tamaraceite, San Lorenzo, Tenoya), contienen 43 y 45 barrios respectivamente.

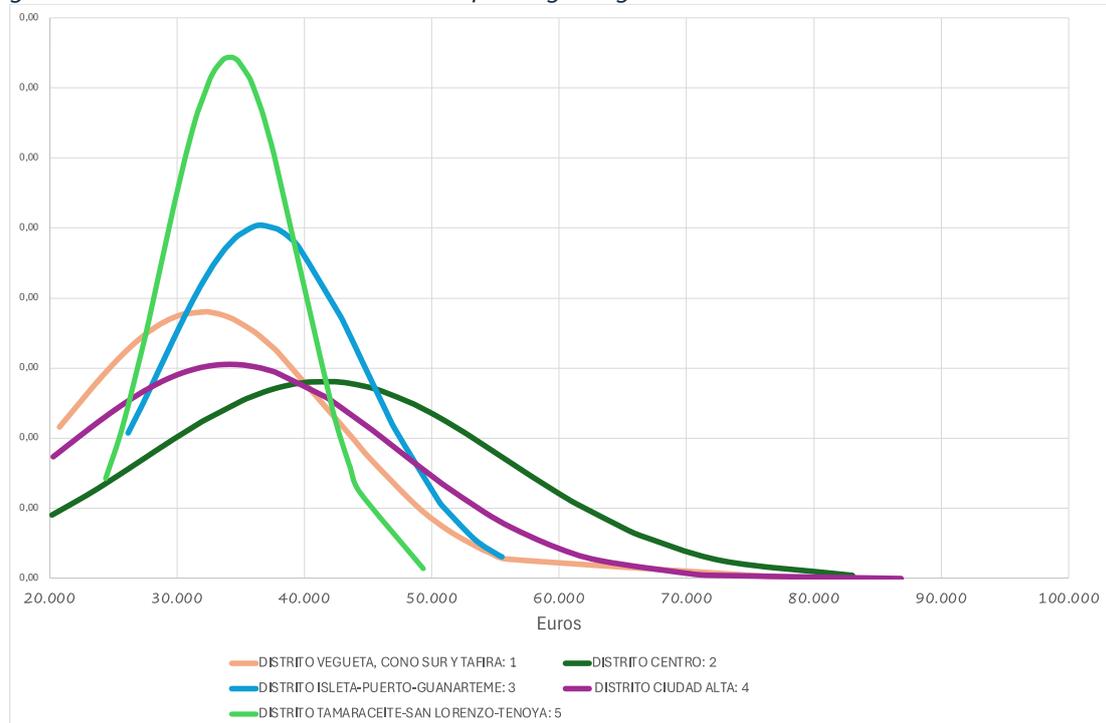
Pero las diferencias no se circunscriben a número y población, van mucho más allá. A título de ejemplo, representamos en la figura 1.2 la distribución de la renta neta media por hogar en 2022 en los distritos de la ciudad, considerando sus

---

<sup>3</sup> <https://www.mivau.gob.es/urbanismo-y-suelo/urbanismo/observatorio-de-la-vulnerabilidad-urbana>

barrios<sup>4</sup>. Véase también la tabla 1.2. La diferencia en la renta neta media por hogar entre el distrito 1 (Vegueta, Cono Sur y Tafira) y el distrito 2, (Centro), es de 10.000€ a favor del segundo. El distrito 5, (Tamaraceite, San Lorenzo, Tenoya), tiene escasa variabilidad entre sus barrios (unos 5.000€ de diferencia entre el mínimo y el máximo). Por el contrario, la dispersión intradistrito es muy alta en el Distrito 2 (Centro) y Distrito 4 (Ciudad Alta) (14.141€ y 13.049€ respectivamente).

Figura 1.2 Distribución Renta neta media por hogar según Distritos. Las Palmas de Gran Canaria



Fuente: Renta neta media por hogar de unidades censales, INE. Ajuste de distribución normal a las unidades censales de cada distrito según media y desviación típica de cada distrito

4 INE: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=31097>. La renta por unidad de consumo se obtiene, para cada hogar, dividiendo los ingresos netos totales del hogar entre el número de unidades de consumo. Se toma la distribución de personas.

Tabla 1.2 Características Distritos Las Palmas de Gran Canaria

	Número Barrios	Renta neta media por hogar 2022	Dispersión Renta neta media por hogar 2022	Población 2023	Porcentaje de población
DISTRITO VEGUETA, CONO SUR Y TAFIRA: 1	43	32.903 €	10.474 €	67.863	17,8%
DISTRITO CENTRO: 2	15*	41.916 €	14.171 €	82.233	21,6%
DISTRITO ISLETA-PUERTO-GUANARTEME: 3	3	36.837 €	7.918 €	71.211	18,7%
DISTRITO CIUDAD ALTA: 4	16	35.643 €	13.049 €	104.261	27,4%
DISTRITO TAMARACEITE-SAN LORENZO-TENOYA: 5	45	33.696 €	5.364 €	55.295	14,5%
<b>TOTAL. Las Palmas de Gran Canaria</b>	<b>122</b>	<b>35.484 €</b>	<b>11.713 €</b>	<b>380.863</b>	<b>100%</b>

\* Dos Barrios se distribuyen en dos distritos. Los Tarrahales (Centro y Ciudad Alta) y Diseminado de Las Palmas (Centro y Vegueta-Cono Sur-Tafira)

Esta heterogeneidad interna de los distritos justifica sobradamente la necesidad de este análisis, que profundiza en la situación socioeconómica y sanitaria a nivel de los barrios de la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria.

## 1.2. El proyecto de ciudades saludables

En diciembre de 2022, la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria manifiesta su intención de adhesión a la Red Española de Ciudades Saludables (RECS), un proyecto que persigue la promoción y protección de la salud y el bienestar de los ciudadanos. La RECS se constituye en 1988 como parte de la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP). Se identifica como una red de colaboración alineada con los principios de "Healthy Cities", una iniciativa promovida por la Organización Mundial de la Salud y dedicada a la creación de actividades encaminadas a fomentar hábitos saludables.

La ciudad de Las Palmas de Gran Canaria es una de las 507 entidades locales españolas adheridas a la RECS que propicia compartir experiencias a nivel local para convertir los entornos urbanos en promotores de salud, con perspectiva de equidad y participación ciudadana. Salud, equidad y sostenibilidad son los tres términos que mejor definen los objetivos de la Red, que busca la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Para ello, la Red trabaja de forma coordinada con el Ministerio de Sanidad con el fin de impulsar y extender el proyecto al resto del territorio, albergando actualmente en torno al 50% de la población española.

Una ciudad saludable “es aquella cuyo gobierno se compromete a poner la salud en un lugar destacado de su agenda social, económica y política” (Healthy Cities Network, WHO, 1999<sup>5</sup>). Una ciudad saludable se identifica como un proceso y no un resultado. Un proceso donde la ciudad continuamente crea y mejora sus entornos físicos y sociales y expande sus recursos comunitarios con el fin de ganar más salud y bienestar para su ciudadanía<sup>6</sup>. En consecuencia, se trata de promover la utilización de un enfoque humano en el desarrollo social, al priorizar la inversión en las personas para mejorar la equidad y la inclusión mediante un mayor empoderamiento de la ciudadanía.

Los gobiernos locales tienen un papel privilegiado para crear entornos que favorezcan la salud: de un lado, por su cercanía y conocimiento práctico de los problemas concretos de la gente que nace, crece, vive, trabaja y envejece en su territorio; y de otro, por disponer de algunas competencias para implantar políticas públicas que contribuyan a mejorar la salud de toda la población con equidad y efectividad, así como por su capacidad para poder organizar de una manera más operativa y fluida la participación ciudadana en la promoción de la salud<sup>7</sup>.

Las instituciones y los servicios públicos a nivel local han de gestionar y responder a problemas actuales como el envejecimiento de la población, el cambio climático, los desafíos medioambientales, las desigualdades sociales, los retos

---

5 Duhl, L. & Sanchez A.K. (1999). Healthy cities and the city planning process: a background document on links between health and urban planning. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

6 Hancock, T. & Duhl, L. (1988). Promoting health in the urban context. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (WHO Healthy Cities papers, No. 1).

7 Tsouros, Agis D. (1992). World Health Organization Healthy Cities Project: a project becomes a movement: review of progress 1987 to 1990. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/345408>

económicos y políticos, la migración y el urbanismo, las enfermedades no transmisibles y las amenazas a la salud **Error! Bookmark not defined.**

La integración en la RECS pretende ayudar a las ciudades participantes a desarrollar modelos operativos de promoción y protección de la salud en la comunidad, que puedan servir como modelos de buena praxis en lo concerniente a la promoción y protección de la salud en el contexto urbano. Para ello, aporta intercambio de experiencias municipales en materia de salud y desarrollo sostenible; apoyo técnico para proyectos y actividades locales de promoción de la salud; formación y capacitación al personal técnico local y apoyo económico.

Para la efectiva incorporación a la RECS, el Pleno de la Corporación de LPGC del 22 de diciembre de 2022, manifestó la voluntad expresa del Ayuntamiento de adherirse a la Red/ Sección RECS y de cumplir sus fines estatutarios, así como el compromiso de elaborar un análisis de situación y un plan de salud para la ciudad.

### **1.3. Objetivos del estudio**

El objetivo principal de este estudio es contribuir a un diagnóstico de salud de la ciudad, describiendo a nivel de barrio los determinantes sociales, demográficos y económicos de la salud y resultados relevantes en salud y riesgos para la salud. Este diagnóstico constituye una referencia para el análisis e identificación de las necesidades de salud comunitaria municipal con base territorial a nivel de barrio y es el punto de partida para planificar e implementar intervenciones y políticas de mejora en términos de salud y bienestar.

Así pues, el objetivo general es la obtención y elaboración de indicadores clave para el diagnóstico comunitario de la salud y sus determinantes sociales, a nivel de barrios, en la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria, y la elaboración del diagnóstico de salud de la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria con base

territorial a nivel de barrio en el marco de la Red de Ciudades Saludables. Los objetivos específicos son:

1. Propuesta de un sistema de indicadores cuantitativos a nivel de barrios. Dichos indicadores abarcan tres ámbitos, i) factores socioeconómicos, ii) salud y riesgos para la salud y iii) factores demográficos, de educación y empleo. Cada indicador viene acompañado de una ficha técnica con toda la información necesaria para su actualización temporal.
2. Análisis estadístico de los indicadores según nivel de agrupación territorial y tipo de indicador. En el análisis se tiene en cuenta el nivel del indicador y su distribución entre barrios, para reflejar las desigualdades en salud y en sus determinantes entre los barrios.
3. Comparación interterritorial de los barrios de LPGC en términos de los tres ámbitos de los indicadores.
4. Comparación entre distintos niveles de agrupaciones territoriales en los tres ámbitos de los indicadores. Específicamente, se presenta un análisis de los distritos por barrios, con objeto de establecer la representatividad (o la falta de representatividad) de los distritos como categoría de clasificación administrativa, en cuanto a desigualdades en salud, factores demográficos y socioeconómicos.
5. Análisis de la evolución temporal de los indicadores en los barrios durante la última década (para los indicadores con información disponible)
6. Visualización de los indicadores y publicación de los datos en abierto.

## 2. Sistemas de indicadores y propiedades de los indicadores

Definir, describir y medir la "salud" de una ciudad es una tarea compleja. Para ello se emplean indicadores o sistemas de indicadores capaces de ofrecer una visión integral de la salud de una comunidad, y que permiten además identificar dónde se encuentra, hacia dónde se dirige y cómo de lejos está de los objetivos establecidos (Webster & Sanderson, 2013)<sup>8</sup>.

Para cumplir esta función, los indicadores deben estar correctamente diseñados y ser cuidadosamente seleccionados. Existen diversas definiciones y listados de las propiedades que se esperan de un indicador. En 2007, el entonces Ministerio de Economía y Hacienda en España estableció una definición de indicador dentro del marco de la gestión en el ámbito del sector público. De acuerdo con esa definición un indicador es entendido como un "instrumento de medición elegido como variable relevante que permite reflejar suficientemente una realidad compleja, referido a un momento o a un intervalo temporal determinado y que pretende informar sobre aspectos referidos a la organización, producción, planificación y efectos de una o varias organizaciones en sus diversas manifestaciones concretas" (Ministerio de Economía y Hacienda, 2007)<sup>9</sup>. En esta definición se identifican algunas de las propiedades que han sido definidas por varios autores como necesarias para un buen indicador. Un ejemplo de la definición de estas propiedades se encuentra en el término de indicador "SMART" que se asigna cuando el indicador cumple con las siguientes condiciones: es específico (specific), medible (measurable), alcanzable (achievable), realista

---

8 Webster, P., & Sanderson, D. (2013). Healthy cities indicators—a suitable instrument to measure health?. *Journal of urban health*, 90, 52-61.

9 Ministerio de Economía y Hacienda (2007). *Indicadores de Gestión en el ámbito del Sector Público*. Madrid: Intervención general de la administración del Estado. Ministerio de Economía y Hacienda, 2007.

(realistic) y de duración limitada (time-bound) (Doran, 1981)<sup>10</sup>. En el contexto de la salud poblacional, Etches et al. 2006<sup>11</sup> proporciona otro conjunto de características ideales de un indicador, cuyas palabras clave son: consensuado, conceptual, válido, sensible, específico, factible, confiable, sostenible, comprensible, oportuno, comparable y flexible.

Más estrechamente ligado al concepto de las ciudades saludables, la Organización Mundial de la Salud en el desarrollo del llamado Índice de Salud Urbana (UHI por sus siglas en inglés: Urban Health Index) considera los siguientes criterios específicos para la selección de indicadores claves (Weaver et al., 2014)<sup>12</sup>:

- Construido sobre consenso: Hay un acuerdo general (a nivel local o en la literatura) de que el uso del indicador está justificado.
- Relevante: Existe una clara justificación para seleccionar el indicador y es claramente relevante en relación con los objetivos de su cálculo.
- Válido y confiable: El indicador debe medir lo que pretende medir. La forma en que se recogen los datos debe ser considerada confiable y precisa.
- Sensible a las diferencias: La medida debe variar entre las unidades de interés para permitir la detección de diferencias.
- Especificación clara: Se deben proporcionar detalles claros sobre el numerador y el denominador utilizados para construir el indicador.

---

10 Doran, G. T. (1981). There's a SMART way to write managements's goals and objectives. *Management review*, 70(11).

11 Etches V, Frank J, DiRuggiero E, Manuel D. Measuring population health: a review of indicators. *Annu Rev Public Health*. 2006;27:29–55.

12 Weaver, S., Dai, D., Stauber, C. E., & Luo, R. (2014). *The Urban Health Index: a handbook for its calculation and use*. Kobe, Japan: World Health Organization; 2014.

- Repetible: Se deben seleccionar medidas que puedan ser monitorizadas a lo largo del tiempo para permitir comparaciones a lo largo de diferentes períodos de tiempo.

La identificación de las propiedades más relevantes de un indicador está intrínsecamente ligada a los objetivos de su creación. Por ejemplo, en el contexto del trabajo desarrollado por la WHO European Healthy Cities Network (WHO-EHCN) se especifica que la recogida y análisis de los indicadores de ciudades saludables (HCI; por sus siglas en inglés: Healthy Cities Indicators) tienen como función:

- Proporcionar una descripción de la salud en las ciudades.
- Establecer el punto de partida para hacer comparaciones a lo largo del tiempo.
- Comparar y contrastar ciudades teniendo en cuenta las diferencias socioeconómicas y culturales entre los países de la región.
- Identificar asociaciones entre indicadores seleccionados.

Para WHO-EHCN, el objetivo último de construir los HCI es que la información sirva para desarrollar perfiles o diagnósticos de la salud de las ciudades y sentar las bases de planes de salud específicos para mejorar y sostener la salud de los ciudadanos. Todo ello dentro de un marco basado en la evidencia y haciendo uso de datos desagregados que permitan identificar a las poblaciones más vulnerables y mejorar la equidad (Webster & Sanderson, 2013)**Error! Bookmark not defined..** Para ello, la WHO-EHCN revisó el listado inicial de indicadores seleccionados, valorándolos en función de los siguientes tres criterios adicionales:

- La disponibilidad de datos para construir el indicador.

- La relevancia del indicador en cuanto al trabajo asociado a mejorar la salud de las ciudades a nivel local.
- La posibilidad de ofrecer comparabilidad entre ciudades.

### **3. Los indicadores de ciudades saludables**

En este estudio, el proceso de construcción y selección de indicadores se ha realizado según su nivel de cumplimiento de las propiedades identificadas en la literatura y resumidas en la sección 2. En particular, dada su relevancia, se han tenido en cuenta las propiedades señaladas en la creación del índice de salud urbana (Weaver et al., 2014)**Error! Bookmark not defined.** y en la selección de los indicadores de ciudades saludables de la WHO-EHCN (Webster & Sanderson, 2013)**Error! Bookmark not defined.**, adaptándolos al contexto de nuestro estudio.

En los siguientes subapartados se presentan y comparan los indicadores municipales utilizados en distintas ciudades españolas, específicamente Barcelona, Bilbao, Madrid y Zaragoza, así como la guía de la OMS para planificar ciudades saludables. Antes de esto, se describe el análisis de vulnerabilidad urbana, realizado por el Ministerio de Vivienda y Agenda Urbana, y sus principales resultados para Canarias.

#### **3.1. Antecedentes. La identificación de barrios vulnerables**

El actual Ministerio de Vivienda y Agenda Urbana tiene un observatorio de vulnerabilidad urbana que identifica áreas de especial vulnerabilidad en base fundamentalmente a tres indicadores básicos de vulnerabilidad urbana (IBVU): Porcentaje de población en paro, Porcentaje de población sin estudios y Porcentaje de viviendas en edificios en estado de conservación ruinoso, malo o deficiente.

Es un análisis urbanístico, que se ha realizado para años censales o patronales: 1991, 2001, 2006 y 2011, si bien en 2011 se limita a identificar áreas estadísticas de vulnerabilidad urbana (en 2006 iba más allá y definía barrios vulnerables, formados por áreas estadísticas colindantes, complementando la información estadística con observaciones sobre el terreno de los profesionales de los ayuntamientos).

Un Área Estadística Vulnerable (AEV) se define como “una agrupación de secciones censales colindantes y de cierta homogeneidad urbanística, de entre 3.500 y 15.000 habitantes en las que al menos uno de los tres Indicadores de Vulnerabilidad considerados (índice de estudios, de paro o de carencias en las viviendas –sin agua corriente, sin wc dentro de la vivienda, o sin baño o ducha-) del conjunto supere el valor establecido como referencia”. En 2011 se añadió como cuarto indicador el porcentaje de inmigración de fuera de la UE15, con valor de referencia 20%.

Según la combinación de niveles de los indicadores, un área resulta clasificada en uno de cinco niveles de vulnerabilidad (no vulnerable, vulnerabilidad leve, media, severa o crítica).

Un barrio vulnerable se define como “un conjunto urbano de cierta homogeneidad y continuidad urbanística, vinculado siempre a un Área Estadística Vulnerable (AEV), que pretende establecer una delimitación urbanística que se corresponda con una realidad física y morfológica”<sup>13</sup>.

---

13 Para detalles sobre metodología, definiciones precisas de los IBVU y valores de referencia, véase [https://cdn.mitma.gob.es/barriosvulnerables/static/adjunto/Sintesis\\_metodologica\\_general\\_catalogo\\_bbvv.pdf](https://cdn.mitma.gob.es/barriosvulnerables/static/adjunto/Sintesis_metodologica_general_catalogo_bbvv.pdf)

El catálogo de áreas estadísticas y barrios vulnerables para los distintos años es accesible en [https://www.mivau.gob.es/urbanismo-y-suelo/urbanismo/observatorio-de-la-vulnerabilidad-urbana/catalogos\\_bv](https://www.mivau.gob.es/urbanismo-y-suelo/urbanismo/observatorio-de-la-vulnerabilidad-urbana/catalogos_bv)

Específicamente, el catálogo para 2011 de Canarias se encuentra en [https://cdn.mitma.gob.es/portal-web-drupal/vivienda/barrios\\_vulnerables/bbv\\_2011\\_05\\_canarias.pdf](https://cdn.mitma.gob.es/portal-web-drupal/vivienda/barrios_vulnerables/bbv_2011_05_canarias.pdf) (Las Palmas de GC, en páginas 41-296).

Teniendo en cuenta que los valores de referencia se establecen a nivel nacional, el análisis para 2011 identifica 30 AEV en la ciudad de LPGC, en las que vive el 54,9% de la población de la ciudad. Desde 2006, se incorporaron 13 nuevas áreas a los 17 barrios vulnerables de 2006. Es la segunda ciudad, tras Arrecife, en vulnerabilidad (tabla 3.1) en la comunidad autónoma de Canarias.

Tabla 3.3 Catálogo de ciudades analizadas y catalogadas como vulnerables Canarias 2011

### Catálogo de Barrios Vulnerables 2011

Ciudades analizadas, barrios detectados y población



UNIVERSIDAD  
POLITÉCNICA  
DE MADRID

Comunidad autónoma **Canarias** **BBVV 2011**

BBVV: Barrios Vulnerables. AEV: Áreas Estadísticas Vulnerables.

<sup>(1)</sup> Porcentaje de población analizada en barrios o áreas estadísticas vulnerables. Sombreados en rojo los índices superiores al índice nacional del ámbito de estudio (ciudades >50mil habitantes y capitales de provincia en cada año).

\* El Catálogo de 2011 se compone de barrios urbanísticos de 2001 (BBVV) y 2006 (BBINM) en los que continuaba existiendo un área estadística que superaba los valores de referencia para los indicadores de 2011, y nuevas áreas estadísticas (AEV y AE-INM) sin relación con los barrios delimitados en 2001 y 2006.

MUNICIPIOS ANALIZADOS	TOTAL CON BBVV		Índice nacional <sup>(1)</sup>						
	8	8	27,3%						
Municipio	POB. TOTAL	Nº BBVV		POB. EN BBVV		% POB. EN BBVV <sup>(1)</sup>			
		BBVV 2001	AEV nuevas	TOTAL	BBVV 2001	AEV nuevas	BBVV 2001	AEV nuevas	TOTAL
35004 Arrecife	55.381	4	4		36.490	36.490	65,9%	65,9%	
35016 Palmas de Gran Canaria, Las	381.271	17	13	30	119.105	90.275	31,2%	23,7%	54,9%
35019 San Bartolomé de Tirajana	53.440	1	1	1	7.625	7.625	14,3%	14,3%	
35022 Santa Lucía de Tirajana	66.725	3	2	5	15.125	18.025	22,7%	27,0%	49,7%
35026 Telde	101.080	3	3	6	23.135	13.850	22,9%	13,7%	36,6%
38006 Arona	75.484	2	2	2	19.975	19.975	26,5%	26,5%	
38023 San Cristóbal de la Laguna	152.025	5	2	7	43.100	11.580	28,4%	7,6%	36,0%
38038 Santa Cruz de Tenerife	204.476	9	5	14	61.795	31.305	30,2%	15,3%	45,5%
<b>TOTAL</b>	<b>1.089.882</b>	<b>37</b>	<b>32</b>	<b>69</b>	<b>262.260</b>	<b>229.125</b>	<b>24,1%</b>	<b>21,0%</b>	<b>45,1%</b>

Fuente: [https://cdn.mitma.gob.es/porta1-web-drupal/vivienda/barrios\\_vulnerables/bbv\\_2011\\_05\\_canarias.pdf](https://cdn.mitma.gob.es/porta1-web-drupal/vivienda/barrios_vulnerables/bbv_2011_05_canarias.pdf) (pag.5)

De los 30 barrios o áreas vulnerables de la ciudad de LPGC, solo uno (Cruz de Piedra, Sansofé) tiene nivel crítico y otros dos presentan vulnerabilidad severa (Lomo Blanco/Lomo Verdejo y las Rehoyas). Hay 18 áreas con vulnerabilidad media y 9 con vulnerabilidad leve (tabla 3.2).



Tabla 3.5 Catálogo de barrios vulnerables. Barrios de Inmigración. Las Palmas de Gran Canaria 2011

**Catálogo de Barrios Vulnerables 2011. Barrios de inmigración**

Listado de Barrios y Áreas Estadísticas con concentraciones significativas de población inmigrante e indicadores básicos\*



UNIVERSIDAD  
POLITÉCNICA  
DE MADRID

Canarias  
35016 Palmas, Las de Gran Canaria, Las

CODBINM	DENBINM	FORMA DE CRECIMIENTO	POBLACIÓN Y VIVIENDAS			INDICADOR	
			POBL	VIV TOT	VIV PPAL	IINM	NIVEL
35016001	Santa Catalina- Canteras	Ensanche	14.370	13.590	7.245	22,48	B
3501601	3501601	Periferia mixta	7.605	4.750	2.930	20,05	B
3501602	3501602	Ensanche	5.000	2.415	1.985	20,00	B
3501603	3501603	Ensanche	14.360	7.130	5.845	22,32	B
3501604	3501604	Ensanche	9.075	5.340	3.950	20,94	B
<b>TOTAL</b>	<b>5 Barrios y AE de Inmigración</b>		<b>50.410</b>	<b>33.225</b>	<b>21.955</b>		

\* El Catálogo de 2011 se compone de barrios urbanísticos de 2006 (BBINM) en los que continuaba existiendo un área estadística que superaba el valor de referencia del indicador de 2011, y nuevas áreas estadísticas (AE-INM) sin relación con los barrios delimitados en 2006.

**CODBINM:** Código de Barrio con concentraciones significativas de población inmigrante (BINM): 8 dígitos: 5 código municipio + 3 código de barrio. Código de Área Estadística con concentraciones significativas de población inmigrante (AE-INM): 7 dígitos: 5 código de municipio + 2 código de área.

**DENBV:** Denominación de BINM 2006 que continúa siendo vulnerable en 2011. Las AE-INM nuevas no tienen denominación, sólo código.

**FORMA DE CRECIMIENTO:** Morfotopología del tejido predominante en el barrio. Para las AE-INM nuevas en 2011 sólo se asignó forma de crecimiento en las ciudades mayores de 300 mil habitantes.

**POBL:** Población total según Censo 2011. Sombreados en amarillo los valores <3.500 hab. y en rojo los >15.000 hab.

**VIV TOT:** Viviendas totales según Censo 2011.

**VIV PPAL:** Viviendas principales según Censo 2011.

**IINM:** Indicador de Inmigración. Porcentaje de población extranjera procedente de países no pertenecientes a la UE-15 respecto a la población total. MN: Media nacional: 10,34% en 2011 para las ciudades mayores de 50 mil habitantes y capitales de provincia. VR: Valor de referencia: 20%.

**NIVEL:** Niveles de inmigración. B (VR - 4MN). C (4MN - 8MN). D (>8MN).

Fuente: [https://cdn.mitma.gob.es/portal-web-drupal/vivienda/barrios\\_vulnerables/binm\\_2011\\_05\\_canarias.pdf](https://cdn.mitma.gob.es/portal-web-drupal/vivienda/barrios_vulnerables/binm_2011_05_canarias.pdf) (pag.39)

Por tanto, en 2011 la vulnerabilidad por recepción de inmigración no europea no se identificaba como un problema relevante en LPGC, comparado con otras ciudades españolas.

Los análisis de vulnerabilidad urbana tienen un enorme valor para identificar entornos problemáticos en cuando a determinantes sociales y riesgos para la salud, con énfasis en las condiciones de la vivienda, pero omiten indicadores de salud. Este estudio los complementa, para la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria.

### 3.2. Programa Barcelona Salut als Barris

El programa Barcelona Salut als Barris es "una estrategia de salud comunitaria del Ayuntamiento de Barcelona desarrollada por la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB), orientada a mejorar la salud de los barrios en situación más desfavorecida respecto al conjunto de la ciudad. El programa utiliza como marco teórico el modelo de los determinantes de la salud a nivel urbano, que incluye

aspectos del contexto físico y del contexto socioeconómico<sup>14</sup>. Como parte del programa, se hace un diagnóstico de salud comunitaria, en el que se describe el estado de salud de la comunidad y de sus determinantes, así como la naturaleza y el alcance de sus recursos relacionados con la salud.

El conjunto de indicadores está contenido en la siguiente tabla 3.4:

Tabla 3.6 Indicadores incluidos en el diagnóstico de Barcelona Salut als Barris<sup>15</sup>

Indicadores	Fuentes de información
<b>Población:</b> - Distribución de la población por grupos de edad, sexo y procedencia - Porcentaje de personas de 75 años o más que viven solas	Padrón Municipal de Habitantes
<b>Contexto socioeconómico:</b> - Distribución de la población según nivel educativo - Índice de absentismo escolar y tasa de graduación de los estudios obligatorios - Porcentaje de alumnos de primaria y secundaria con beca de comedor - Índice de renta familiar disponible - Porcentaje de personas beneficiarias de la Renta Mínima de Inserción - Porcentaje de personas con ingresos bajos - Porcentaje de personas de 65 años y más beneficiarias de pensiones de jubilación no contributivas	Padrón Municipal de Habitantes Consortio de Educación de Barcelona Barcelona Economía. Gabinetes Técnico Registros del Instituto Municipal de Servicios Sociales
- Porcentaje de personas usuarias de servicios sociales que han recibido ayudas económicas - Porcentaje de personas con plaza fija en el servicio de comedor social - Porcentaje de personas que duermen en la calle y que viven en asentamientos - Porcentaje de viviendas adjudicadas para emergencias sociales - Porcentaje de familias inscritas en el registro de solicitantes de vivienda de protección social - Porcentaje de personas paradas y paro de larga duración	Equipo de Detección del Servicio de Inserción Social Consortio de Vivienda de Barcelona
- Porcentaje de personas según tipo de cobertura sanitaria y acceso al dentista - Percepción de seguridad, índice de victimización y mapa delictivo	Departamento de Empresa y Ocupación de la Generalitat de Catalunya Encuesta de Salud de Barcelona Encuesta de Salud de Barcelona Encuesta de Victimización de Barcelona
<b>Contexto físico:</b> - Distribución de las viviendas según el año de construcción - Porcentaje de viviendas de dos plantas o más sin ascensor - Porcentaje de viviendas sin calefacción central	Dirección General del Catastro Ministerio de Economía y Hacienda Encuesta de Salud de Barcelona
<b>Salud y conductas relacionadas con la salud</b> - Porcentaje de personas con salud percibida regular o mala - Porcentaje de personas con cuatro o más trastornos crónicos - Porcentaje de personas con riesgo de mala salud mental - Porcentaje de personas que han sufrido depresión o ansiedad el último año - Porcentaje de personas que han consumido hipnóticos/sedantes en los últimos 2 días - Porcentaje de personas fumadoras - Porcentaje de personas con sobrepeso y obesidad - Porcentaje de personas que realizan actividad física - Personas lesionadas por tráfico y riesgo de lesión	Encuesta de Salud de Barcelona
- Índice de consumo problemático de drogas - Tasa de inicios de tratamiento por consumo de drogas - Tasa de fecundidad según edad y país de nacimiento de la madre - Tasa de embarazos e interrupciones voluntarias del embarazo, según edad y país de nacimiento de la madre - Porcentaje de nacimientos con bajo peso por edad gestacional y de nacimientos prematuros - Tasa de incidencia de enfermedades de declaración obligatoria (total, tuberculosis y virus de la inmunodeficiencia humana)	Registro de Accidentes y Víctimas de la Guardia Urbana de Barcelona Sistema de Información de Drogodependencias de Barcelona Registros de Natalidad y de Interrupciones Voluntarias del Embarazo
- Mortalidad (esperanza de vida, tasas de mortalidad estandarizada, global y prematura, y razones de mortalidad comparativa, global y prematura), y por causas específicas (global y prematura)	Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria Registro de Mortalidad

Fuente: Colell et al (2018)

Los indicadores por barrios son públicos, y están disponibles en: <https://www.aspb.cat/docs/infobarris/>.

<sup>14</sup><https://www.gacetasanitaria.org/es-el-diagnostico-salud-del-programa-articulo-S021391118300177>

<sup>15</sup> Colell et al. El diagnóstico de salud del programa Barcelona Salut als Barris. Metodología para un proceso participativo. 2018. Gaceta Sanitaria 32(4):396-399.

Se dispone de una herramienta interactiva (infobarris) para consultar la información y monitorizar el progreso de los barrios<sup>16</sup>. Comparan cada indicador, numérica y gráficamente, en el barrio o distrito con el conjunto de la ciudad.

Se articulan en torno a 10 ejes temáticos:

1. Corazón urbano (conjunto de indicadores a modo de resumen, basados en el *Urban Heart Equity Assessment and Response Tool*<sup>17</sup>)
2. Población
3. Contexto físico
4. Contexto socioeconómico
5. Salud reproductiva
6. Conductas y salud
7. Drogas
8. EDO
9. Mortalidad
10. Servicios sanitarios

Gran parte de los indicadores de salud provienen de la Encuesta de Salud de Cataluña.

Los indicadores de baja frecuencia se calculan para un periodo acumulado de varios años, por ejemplo, las tasas de Enfermedades de Declaración Obligatoria (2017-2021): tuberculosis, VIH y total.

---

16 <https://www.gacetasanitaria.org/es-infobarris-una-herramienta-interactiva-monitorizar-articulo-S021391111730081X>

17 [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/79060/9789241500142\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/79060/9789241500142_eng.pdf?sequence=1)

Algunos indicadores solo se monitorizan para barrios desfavorecidos (El Raval, Ciutat Vella), como los de mortalidad (mortalidad prematura, etc.). El ritmo al que se desarrollan los indicadores en los barrios es desigual y depende de las propias fuerzas internas en los barrios<sup>18</sup>.

Cada barrio dispone de informes específicos de monitorización<sup>19</sup>.

Específicamente, los indicadores de Urban Heart son 12:

1. Índice de sobreenvjecimiento
2. Porcentaje de personas de 75 años o más de edad que viven solas
3. Renta familiar disponible
4. Porcentaje de personas de 15 años o menos de edad con estudios primarios o menos
5. Porcentaje de personas entre 16 y 64 años desempleadas
6. Porcentaje de absentismo electoral
7. Esperanza de vida al nacer
8. Razón de mortalidad comparativa del barrio respecto a la de la ciudad de Barcelona
9. Razón de mortalidad prematura del barrio respecto a la de la ciudad de

---

18 <https://www.aspb.cat/noticies/ampliacio-programa-barcelona-salut-barris-aspb>

19 Véanse por ejemplo:

[https://media-edg.barcelona.cat/wp-content/uploads/2023/06/09135710/DIAGNO%CC%80STIC-DE-SALUT-1\\_Vallvidrera-El-Tibidabo-Les-Planes-Copia.pdf](https://media-edg.barcelona.cat/wp-content/uploads/2023/06/09135710/DIAGNO%CC%80STIC-DE-SALUT-1_Vallvidrera-El-Tibidabo-Les-Planes-Copia.pdf)

[https://media-edg.barcelona.cat/wp-content/uploads/2023/06/09140710/DIAGNOSTIC-DE-SALUT-1\\_Barri-de-SARRIA-i-TRES-TORRES.pdf](https://media-edg.barcelona.cat/wp-content/uploads/2023/06/09140710/DIAGNOSTIC-DE-SALUT-1_Barri-de-SARRIA-i-TRES-TORRES.pdf)[https://media-edg.barcelona.cat/wp-content/uploads/2023/06/09135710/DIAGNO%CC%80STIC-DE-SALUT-1\\_Vallvidrera-El-Tibidabo-Les-Planes-Copia.pdf](https://media-edg.barcelona.cat/wp-content/uploads/2023/06/09135710/DIAGNO%CC%80STIC-DE-SALUT-1_Vallvidrera-El-Tibidabo-Les-Planes-Copia.pdf)

[https://media-edg.barcelona.cat/wp-content/uploads/2023/06/09140710/DIAGNOSTIC-DE-SALUT-1\\_Barri-de-SARRIA-i-TRES-TORRES.pdf](https://media-edg.barcelona.cat/wp-content/uploads/2023/06/09140710/DIAGNOSTIC-DE-SALUT-1_Barri-de-SARRIA-i-TRES-TORRES.pdf)

<https://ajuntament.barcelona.cat/gracia/sites/default/files/documents/diagnostic-salut-barri-la-salut--definitiu.pdf>

Barcelona

10. Tasa de incidencia de tuberculosis

11. Tasa de fecundidad adolescente

12. Porcentaje de bajo peso al nacer

El programa se evalúa en un informe anual. El de 2023, publicado a finales de 2024, está accesible en:

[https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2024/10/ASPB\\_Barcelona-salut-barris-2023-241022-1.pdf](https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2024/10/ASPB_Barcelona-salut-barris-2023-241022-1.pdf)

### **3.3. Diagnóstico de salud participativo de Bilbao y sus barrios**

En 2019 se publicó un documento<sup>20</sup> con el diagnóstico subjetivo basado en las percepciones de la ciudadanía y profesionales acerca de los activos y necesidades de salud en los barrios de Bilbao. Un segundo documento contiene indicadores cuantitativos<sup>21</sup>. La lista de indicadores está en el anexo 1 del documento (pag. 214 y siguientes).

Los indicadores están referidos a diferentes agrupaciones territoriales. En dicho anexo están las fuentes utilizadas. Los indicadores de salud disponibles a nivel de barrios proceden de la Osakidetza (tabla 3.5):

---

20 Morteruel, Maite; Bacigalupe, Amaia; (Coord.) Diagnóstico de salud participativo. Activos y necesidades de salud de Bilbao y sus barrios. 2019. UPV/EHU y Ayuntamiento de Bilbao.

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

Tabla 3.7 Indicadores de Salud Bilbao y sus barrios

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

DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADOR	BILBAO	BARRIOS	DISTRITO	CIUDADES	OSI	FUENTE DE DATOS
ESTADO DE SALUD	Salud sexual y reproductiva	Interrupciones voluntarias del embarazo por edad de la mujer (2015)	●					Departamento de Salud e INE
		Interrupciones voluntarias del embarazo total y por edad de la mujer (2013-2015)				●		Departamento de Salud e INE
		Evolución interrupciones voluntarias del embarazo, total y tasa (2006-2015)	●					Departamento de Salud e INE
		Evolución interrupciones voluntarias del embarazo, total, por edad de la mujer (2006-2015)	●					Departamento de Salud e INE
		Evolución interrupciones voluntarias del embarazo, tasa, por edad de la mujer (2007-2015)	●					Departamento de Salud e INE
		Evolución interrupciones voluntarias del embarazo, total, por lugar de nacimiento de la mujer (2007-2015)	●					Departamento de Salud
		Porcentaje embarazos entre 15 y 19 años (1999-2013)	●	●	●			Eustat
	Esperanza de vida	Porcentaje de nacimientos de bajo peso y prematuros (1999-2013)	●	●	●			Eustat
		Evolución esperanza de vida al nacer (1998-2015)	●					Departamento de Salud e INE
		Esperanza de vida al nacer (2011-2015)		●	●	●		Ayuntamiento de Bilbao
		Evolución esperanza de vida a los 65 años (1998-2014)	●					Departamento de Salud e INE
		Diferencia esperanza de vida por sexo (1998-2015)	●					Departamento de Salud e INE
		Diferencia esperanza de vida por barrio respecto al conjunto de Bilbao (2011-2015)		●				Ayuntamiento de Bilbao
		Esperanza de vida al nacer según nivel privación área de residencia (2011-2015)	●					Departamento de Salud
ESTADO DE SALUD	Causas de muerte	Causas de muerte agrupadas, total y tasas (2011-2015)	●					Departamento de Salud
		Cambio de 1998-2002 a 2011-2015 de las tasas de mortalidad de los diferentes grupos de causas de muerte	●					Departamento de Salud
		Porcentaje de defunciones de las diez causas principales sobre total muertes (2011-2015)						Departamento de Salud
		Principales causas de muerte en los diferentes grupos de edad (2011-2015)				●		Departamento de Salud
		Tasa de mortalidad estandarizada por tumores (2009-2013)			●			Unidad Vigilancia Epidemiológica de Bizkaia. Departamento de Salud
		Tasa de mortalidad estandarizada por enfermedades del aparato circulatorio			●			Unidad Vigilancia Epidemiológica de Bizkaia. Departamento de Salud
		Tasa de mortalidad estandarizada por enfermedades del aparato respiratorio			●			Unidad Vigilancia Epidemiológica de Bizkaia. Departamento de Salud
		Riesgos relativos de mortalidad estimados total y para diferentes causas		●				www.atlaseuskadi.com a partir de datos Departamento de Salud
	Esperanza de salud	Esperanza de vida (EV) (total de la barra) y esperanza de vida según diferentes estados de salud al nacer (2011-2015)	●					Departamento de Salud y Ayuntamiento de Bilbao
		Actividad física	Realización de actividad física (% población total, por grupos de edad, y nivel de estudios, 2013)	●	●	●		ESCAV 2013
	CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA SALUD	Actividad física	Porcentaje de personas abonadas a Bilbao Kiroak (2015)		●			Ayuntamiento de Bilbao
			Alimentación	Consumo diario de frutas o verduras (% población total, por grupos de edad, y nivel de estudios, 2013)	●	●	●	
		Obesidad	Obesidad (% población total, por grupos de edad, y nivel de estudios, 2013)	●	●	●		
	Ratio de obesidad infantil (2-14 años) respecto al total de Bilbao (Bilbao=100) (2017)			●				OSI Bilbao (Osakidetza), 2017

Fuente: Martín y González-Rábago **Error! Bookmark not defined.**

### 3.4. Sistema de indicadores de salud de Madrid

Los indicadores por barrios de Madrid están listados en <https://visualizadatos.madrid.es/pages/indicadores><sup>22</sup>.

Incorporan indicadores de salud como la esperanza de vida al nacer, cuya fuente es el Instituto Madrileño de Estadística, aunque se excluyen los barrios con menos de 100 defunciones en el periodo: [https://www.madridsalud.es/pdf/visram/indicadores%20salud/barrios/EV\\_BARRIOS.pdf](https://www.madridsalud.es/pdf/visram/indicadores%20salud/barrios/EV_BARRIOS.pdf).

La metodología detallada está en un estudio de 2018:

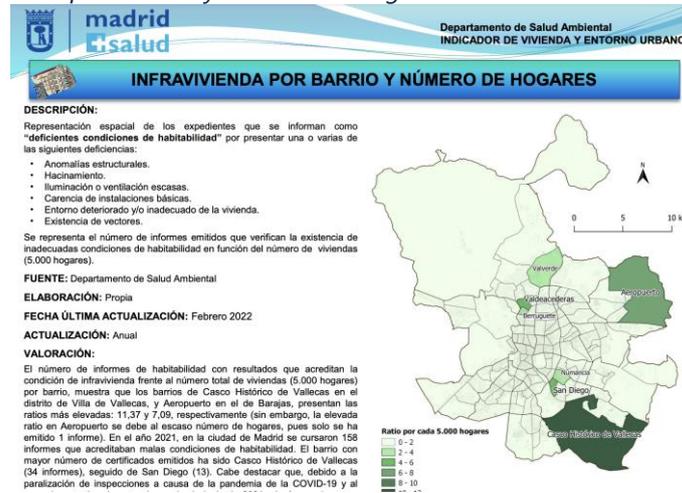
<https://madridsalud.es/estudio-de-salud-de-la-ciudad-de-madrid/>

No incorporan indicadores de mortalidad por distintas causas por barrios. Un indicador interesante a nivel de barrio, por ejemplo, es el de infraviviendas (figura 3.1)

---

22 Para el listado completo de indicadores, véase [https://datos.madrid.es/FWProjects/egob/Catalogo/SectorPublico/Ficheros/Panel\\_indicadores\\_distritos\\_barrios\\_2023.pdf](https://datos.madrid.es/FWProjects/egob/Catalogo/SectorPublico/Ficheros/Panel_indicadores_distritos_barrios_2023.pdf). Los datos de 2024 están contenidos en <https://datos.madrid.es/egob/catalogo/300087-15-indicadores-distritos.xlsx>

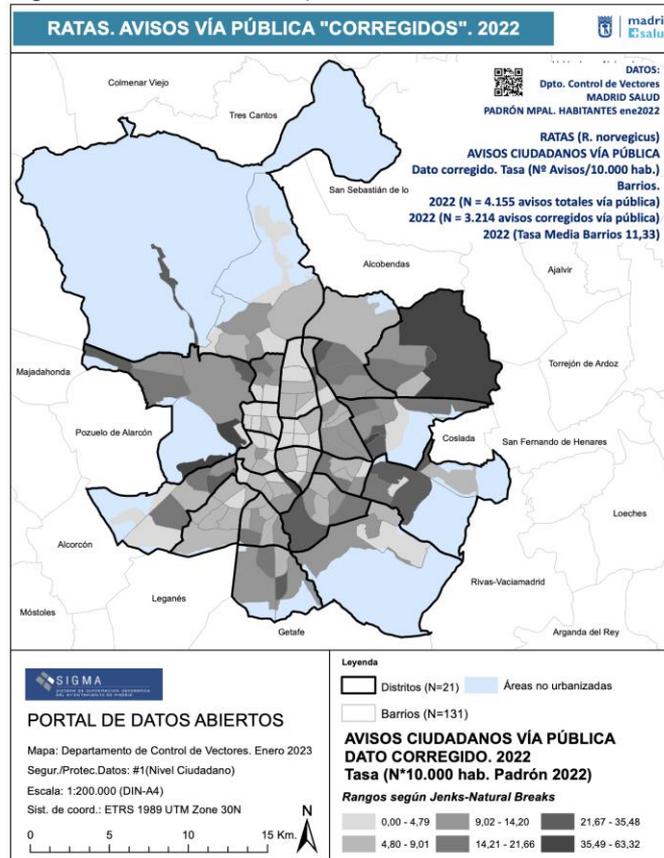
Figura 3.3 Infravivienda por Barrios y número de hogares. Madrid



Otro indicador de interés es el de número de avisos de plagas (ratas y cucarachas), figura 3.2.

[https://www.madridsalud.es/pdf/visram/vectores%20y%20plagas/DCV\\_Ind\\_RAT\\_Avp\\_AvisosBarrAn\\_1\\_2017.pdf](https://www.madridsalud.es/pdf/visram/vectores%20y%20plagas/DCV_Ind_RAT_Avp_AvisosBarrAn_1_2017.pdf)

Figura 3.4 Avisos corregidos de ratas en la vía pública. Madrid



### 3.5. Sistema de indicadores de Aragón y aplicaciones

El Instituto Geográfico de Aragón (IGEAR) tiene una base de datos geo-referenciados para la ciudad de Zaragoza que pueden agregar a distintos niveles (sección censal, barrio y otros):

<https://www.aragon.es/organismos/departamento-de-fomento-vivienda-logistica-y-cohesion-territorial/direccion-general-de-urbanismo-y-ordenacion-del-territorio/instituto-geografico-de-aragon-igear->

La riqueza de sus indicadores (datos en abierto) permiten su utilización en múltiples investigaciones, por ejemplo, para encontrar asociaciones entre factores de riesgo para la salud (calidad del aire y otros) y prevalencia de

enfermedades como el EPOC<sup>23</sup>. En el apéndice A de ese artículo se detallan los indicadores procedentes de esa base de datos (ver tabla 3.6).

Tabla 3.6 . Indicadores estudio calidad de aire y prevalencia EPOC Zaragoza

Variable	Description	Source
Overweight-obesity prevalence	Adjusted prevalence rate of overweight or obesity in population older than 14 years in 2014.	IGEAR
COPD prevalence	Tasa ajustada de prevalencia de al en 2017	IGEAR
Territorial Development Index	Synthetic index of more than 90 variables related to economic, demographic, and settlement distribution factors, as well as factors related to accessibility to facilities, communications, and natural environment components: climate and landscape.	IGEAR
Territorial functionality	Synthetic index on the functional hierarchy of settlements in Aragon. It integrates variables on population growth, accessibility to facilities, and economic activities.	IGEAR
Accessibility of primary care centers	Average time (in minutes) to reach the nearest primary-care center.	IGEAR
Communications	Integrates indicators related to digital communication, namely the fiber optic and 4G mobile coverage, and access to fixed or wireless networks.	IGEAR
Undereducated youth	Ratio between the number of people aged 16–30 who have not completed primary education and the total population in this age group.	IGEAR
Undereducated foreign population	Ratio of the foreign population that has not completed primary education and the total foreign population.	IGEAR
Deprivation Index	Synthetic index of the percentage of unemployment, temporary employees, and insufficient education.	IGEAR
Rate of unemployment	Ratio between the total unemployed population aged over 15 and the total employed and unemployed job seekers.	IGEAR
Median income	Expresses the average wage of each inhabitant (ratio between earnings and salaries), in thousands of euros.	IGEAR
Separation, divorce, or widowhood	Ratio between the number of separated, divorced, or widowed persons and the total number of persons aged over 16.	IGEAR
Landscape factor	Integrates indicators relating to the quality of the landscape, the municipal area included in a Protected Natural Spaces category, and the presence of approved tourist trails.	IGEAR
Landscape quality	Weighted average value of the quality of landscape types.	IGEAR
Social appreciation of the landscape	Ratio between the area classified as outstanding (in hectares) in relation to the municipality surface area.	IGEAR
Approved tourist trails	Presence of approved tourist trails in the municipality (km).	IGEAR

Fuente: Bentué-Martínez et al. (2024)

### 3.6. OMS. Guía para planificar ciudades saludables

La guía para planificar ciudades saludables<sup>24</sup> de la OMS, de 2022, tiene por objetivo “avanzar en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a partir de criterios urbanísticos que contribuyan a fomentar entornos locales

23 Bentué-Martínez, C., Rodrigues, M., Llorente González, J. M., Sebastián Ariño, A., Zuñiga Martínez, M., & Zúñiga-Antón, M. (2024). Spatial Patterns in the Association between the Prevalence of Asthma and Determinants of Health. *Geographical Analysis*, 56(2), 265-283.

24 Fariña J, Higuera E, Román E, Pozo E (2022). Guía para planificar ciudades saludables. Ministerio de Sanidad, FEMP. Madrid.

saludables y ayuden a profesionales, a técnicos y a las corporaciones locales en el diseño de ciudades más saludables para todas las personas”. La guía, que se basa en un urbanismo saludable, y la ciudad como entorno saludable, se articula en torno a tres grandes ejes complementarios (ver figura 3.3):

1. Una ciudad pensada para caminar (bicicleta, movilidad sostenible, reducir transporte privado)
2. Introducir la naturaleza en los barrios de la ciudad (zonas verdes de proximidad, reducir la contaminación, mejora del microclima urbano)
3. Configurar espacios de encuentro y convivencia

Figura 3.5 Los tres grandes ejes de las ciudades saludables



Imagen 01: Esquema metodológico propuesto para planificar barrios saludables. Fuente: Elaboración propia, 2021.

Fuente: Fariña J, Higuera E, Román E, Pozo E (2022). Guía para planificar ciudades saludables. Ministerio de Sanidad, FEMP. Madrid. (pag.17)

En las páginas 46-50 del documento se presentan los indicadores de cumplimiento, binarios, asociados a cada una de las líneas. Son en su mayor parte indicadores de espacios físicos y urbanismo.

Se detallan 15 experiencias exitosas de ciudades españolas que inciden en las tres líneas. Hay cinco ejemplos de ciudades pensadas para caminar (Pontevedra,

Málaga, Logroño, Barcelona y Soria). Otras seis ciudades han destacado como ejemplos de cómo llevar la naturaleza a la ciudad: Coslada, Córdoba, Vitoria-Gasteiz, Benicàssim, Zaragoza y Cuenca. Por último, hay cuatro ciudades exitosas en el desarrollo de espacios para la convivencia: Valladolid, Arbucias, Murcia y Alicante.

En el documento Marco de implementación de la Red Europea de Ciudades Saludables<sup>25</sup>, la OMS identifica los siguientes retos:

- Envejecimiento de la población
- Cambio climático
- Desafíos ambientales
- Desigualdades, retos económicos y sociales
- Migración y urbanismo
- Enfermedades no transmisibles y amenazas a la salud

La conexión entre urbanismo, política local y salud se presenta en el citado documento marco así (pag.14-15):

“La vida en la ciudad puede afectar a la salud a través del entorno físico y el construido, el entorno social y el acceso a los servicios y a apoyo. Se ha demostrado que la calidad de la vivienda, el diseño de los barrios, la densidad del desarrollo, la combinación de usos del suelo, el acceso a instalaciones y a espacios verdes, a zonas recreativas, a los carriles para bicicletas, la calidad del aire, el ruido y la exposición a sustancias tóxicas afectan a la salud y el bienestar de maneras muy diferentes. Algunas circunstancias de la vida urbana, especialmente la segregación y la pobreza, contribuyen a la aparición de desigualdades y las

---

25 Marco de implementación de la Fase VII (2019-2024)

refuerzan imponiendo una exposición desproporcionada a patrones de respuesta no saludables y socialmente indeseables ante las carencias económicas y sociales”.

### **3.7. Aplicabilidad a Las Palmas de Gran Canaria**

La revisión de los sistemas de indicadores empleados en otras ciudades sirve de referencia para Las Palmas de Gran Canaria. Sin embargo, muchos de los indicadores utilizados en otros entornos urbanos no se pueden utilizar en Las Palmas de Gran Canaria por falta de información. Eso ocurre con los procedentes de las encuestas de salud, pues los datos de dichas encuestas (tanto la de Canarias como la nacional) son confidenciales a nivel de barrio para preservar el anonimato, dado el pequeño tamaño muestral a nivel de barrio. Ejemplos de esos indicadores son el porcentaje de personas con salud autopercebida mala, en riesgo de mala salud mental, que tienen doble cobertura sanitaria o que han visitado al dentista, todos ellos utilizados en el plan de salud de los barrios de Barcelona. Otros provienen de fuentes específicas, como los indicadores de consumo de drogas de Cataluña (<https://www.aspb.cat/docs/infobarris/pagina-interna.html?wb=7>), que no están disponibles para LPGC.

En principio, algunos de los indicadores utilizados en Bilbao, directamente relacionados con riesgos para la salud, podrían incluirse en el diagnóstico de salud de los barrios de Las Palmas de Gran Canaria. A raíz del documento de Bilbao hemos seleccionado los siguientes como candidatos, condicionados a su disponibilidad para LPGC (tabla 3.7).

Tabla 3.7 Indicadores que potencialmente podría utilizarse para el estudio de los riesgos para la salud en los barrios de Las Palmas de Gran Canaria

Número de avisos o denuncias por presencia de ratas u otros roedores, 2014, 2015 y 2016		●	●				Ayuntamiento de Bilbao
Porcentaje de vivienda sin ascensor (2015)	●	●	●				Ayuntamiento de Bilbao y Eustat
Participación en elecciones (% población 2015)		●	●	●			ESCAV 2013 y Departamento de Seguridad
Porcentaje de mayores de 65 y más años que viven solos/as (2016)	●	●			●		ESCAV 2013 y Eustat
Porcentaje de mayores de 75 y más años que viven solos/as (2016)	●	●			●		ESCAV 2013 y Eustat
Porcentaje de personas de estudios primarios o menos en jóvenes (2015)	●	●	●	●			Eustat

Lamentablemente, la gran mayoría de indicadores reseñados en el apartado 3.4 para Madrid (esperanza de vida al nacer, infraviviendas, avisos de plagas) no están disponibles a nivel de barrio para Las Palmas de Gran Canaria. Lo mismo sucede con una gran mayoría de los indicadores del IGEAR para Zaragoza.

## 4. Metodología

A continuación, se detalla la metodología empleada en este estudio y las fuentes de información disponibles para la construcción y elección de los indicadores por barrios en LPGC.

### 4.1. Fuentes de información

La información utilizada procede de las fuentes detalladas en la Tabla 4.1. En estas fuentes el nivel de desagregación territorial de los indicadores es la sección censal, la Zona Básica de Salud (ZBS) o el barrio. En los próximos apartados se detalla la metodología de construcción de los indicadores a nivel de barrios a partir de datos primarios de secciones censales o ZBS.

*Tabla 4.8 Fuentes básicas de información*

Fuente	Nivel desagregación
INE. Estadística experimental <sup>26</sup> .	Secciones censales
Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria	Barrios LPGC
Proyecto MEDEA	Secciones censales (a partir del registro de defunciones como fuente primaria).
Servicio Canario de la Salud	Historia clínica (Zonas Básicas de Salud, Barrios LPGC)

---

<sup>26</sup> La metodología se puede consultar en [https://www.ine.es/metodologia/metodologia\\_adrh.pdf](https://www.ine.es/metodologia/metodologia_adrh.pdf)

Ministerio de Vivienda y Agenda Urbana Observatorio Vulnerabilidad Urbana.	Secciones censales. (áreas de vulnerabilidad urbana y barrios vulnerables)
---	--

#### 4.2. Construcción de la base de datos de indicadores

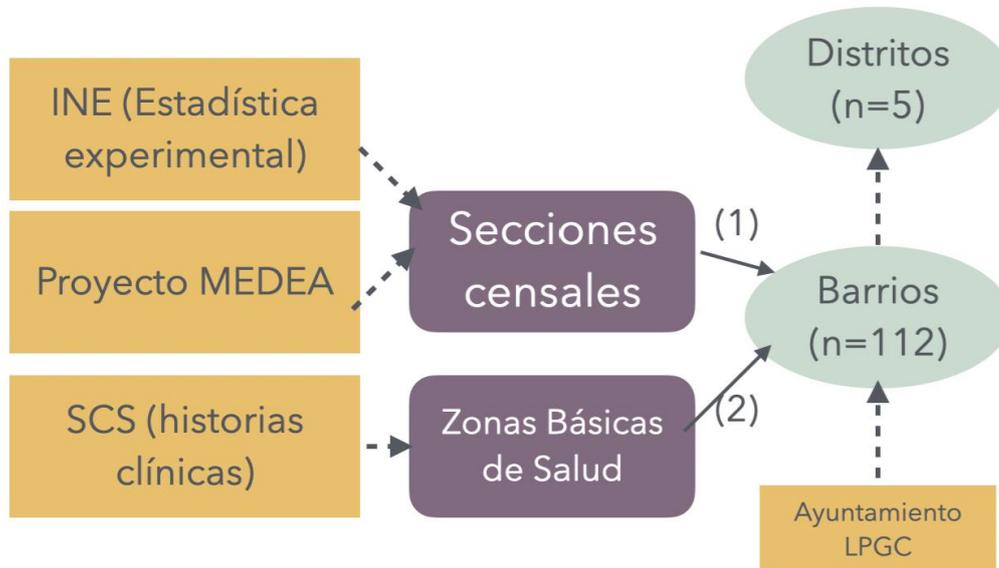
De los 122 barrios de la ciudad que constan en el callejero hemos excluido del análisis 10 barrios porque su población, según el Censo de Población de 2023, es menor de 100 personas y se ha considerado que no se deben difundir los indicadores para garantizar el anonimato. Los barrios excluidos son los siguientes:

- Campus universitario
- Diseminado de Tenoya
- Diseminado la Montañeta
- Diseminado Las Palmas de GC
- El Roque
- La Cruz
- Lomo Enmedio
- Mazapez
- Mercalaspalmas
- Lomo Corcobado

En consecuencia, el análisis se realiza para 112 barrios.

El proceso de cálculo de indicadores a nivel de barrio a partir de los datos censales o de las Zonas Básicas de salud se resume en la figura 4.1.

Figura 4.6 Fuentes de información



(1) Agregación sección censal a Barrio. (2) Desagregación Zona Básica de Salud a Barrio

#### 4.2.1. Obtención de la información de los barrios a partir de las secciones censales

En este apartado se aborda la conversión de la información disponible a nivel sección censal al nivel de barrio, dentro del municipio de Las Palmas de Gran Canaria. La fuente básica es el callejero de Las Palmas de Gran Canaria de 2024<sup>27</sup>, que contiene el conjunto de vías y números de los portales del término municipal,

---

27 [https://urldefense.com/v3/\\_http://datosabiertos.laspalmasgc.es/resource/?ds=callejero-municipal&id=6964b249-a466-41e4-867e-22fe04dbb075\\_!!D9dNQwwGXtA!TndvIrgVKMd9IfPP3dxNbBYaDPzp6LlxXvAeAybA3U82W2BW6wQ1SMHbTi-GjSN0FSxa34SFYKoP-Ead5x4-DbD2w\\$](https://urldefense.com/v3/_http://datosabiertos.laspalmasgc.es/resource/?ds=callejero-municipal&id=6964b249-a466-41e4-867e-22fe04dbb075_!!D9dNQwwGXtA!TndvIrgVKMd9IfPP3dxNbBYaDPzp6LlxXvAeAybA3U82W2BW6wQ1SMHbTi-GjSN0FSxa34SFYKoP-Ead5x4-DbD2w$)

con casi 61.000 registros. Para cada uno, se indica el barrio y la sección censal a los que pertenece.

La sección censal es la agrupación poblacional más pequeña de la que se dispone de información estadística oficial. Para Las Palmas de Gran Canaria existen 279 secciones censales y 122 barrios. El problema para agregar la información de las secciones censales a nivel barrio surge porque no todas las secciones censales pertenecen a un solo barrio. Como se puede ver en la siguiente tabla, el 81% de las secciones censales se encuentran dentro de un solo barrio, siendo directa la asignación. Sin embargo, el 19% de las secciones censales restantes (53 secciones) se encuentran distribuidas entre en dos barrios (10,04%) o más hasta un máximo de cinco barrios correspondientes a una misma sección censal (1,43%, 4 secciones censales) (tabla 4.2).

*Tabla 4.9 Relación entre secciones censales y barrios. Las Palmas de Gran Canaria*

Número de Barrios por cada sección censal	Porcentaje de secciones censales
1	81.00%
2	10.04%
3	4.30%
4	3.23%
5	1.43%
Total	100.00%

La información estadística disponible la podemos dividir en dos tipos de variables. En las de tipo flujo o suma, el agregado a barrio se obtiene mediante la suma de los valores de las secciones censales, por ejemplo, el ingreso total o el número de ocupados. En las variables de tipo stock o media, el agregado a barrio se obtiene mediante la media ponderada según población de los valores de las secciones

censales que conforman el barrio, por ejemplo, el porcentaje de mayores de 65 años.

Cuando la sección censal pertenece a un solo barrio, el valor de la variable flujo de la sección se asigna automáticamente al barrio. Los valores de las variables flujo de las secciones censales pertenecientes a un barrio se suman para obtener el valor de la variable en el barrio. En el caso de las secciones censales con más de un barrio es necesario determinar una forma de reparto, de tal manera que la suma de los valores que se asignen a los distintos barrios coincida con el valor para la sección censal. La siguiente tabla 4.3 muestra un ejemplo para la sección censal 01.046, que se distribuye entre tres barrios, Diseminado de Tafira; La Calzada; Tafira Alta. El criterio que se ha seguido, dada la información disponible, es repartir proporcionalmente al número de registros en cada barrio sobre el número total de registros de la sección censal.

*Tabla 4.10 Ejemplo de ponderaciones para asignar valores de una sección censal a los barrios que la componen*

Sección censal	Barrio	Número registros	Peso final barrio
01.046	Diseminado De Tafira	7	1.02%
01.046	La Calzada	167	24.34%
01.046	Tafira Alta	512	74.64%

En la siguiente tabla 4.4 se sintetizan los pesos de las secciones censales en los barrios, para las 53 secciones censales que pertenecen a más de un barrio. Como se puede observar en la tabla, 20 de las 28 secciones censales distribuidas entre dos barrios tienen una ponderación superior al 90%. En 43 de las 53 secciones censales existe un barrio con más del 60% del valor total de la sección. Por tanto, cuando una sección censal se reparte entre dos o más barrios, ese reparto suele

ser muy desigual, perteneciendo la mayor parte de los registros de la sección a un solo barrio.

Tabla 4.11 Ponderaciones secciones censales por barrio. Las Palmas de Gran Canaria

Ponderación (%)	Número de secciones censales por barrio				
	2	3	4	5	Total
30-40			1	1	2
40-50				1	1
50-60	2	3	1	1	7
60-70	2	4	3	1	10
70-80	1	1	4		6
80-90	3	1			4
90-100	20	3			23
Total	28	12	9	4	53

Para la información estadística de tipo de stock o media el procedimiento es el siguiente. El valor que se asigna al barrio es la media ponderada de las secciones censales dentro de dicho barrio. Las ponderaciones para las medias se han calculado utilizando los datos de población en 2023. Para ello, se divide el valor de una sección censal entre el total de las secciones censales dentro del barrio que se calcula. Por ejemplo, el barrio de Zárate lo forman cuatro secciones censales, como se puede ver en la siguiente tabla 4.5. La ponderación de la sección censal 01.025 es su población, 738, entre el total de las cuatro, 3480 (21.2%).

Tabla 4.12 Asignación variables stock o media de secciones censales a barrio. Ejemplo, Zárate

Sección censal	Barrio	Población	Ponderación sección censal
01.025	Zárate	738	21.2%
01.026	Zárate	669	19.2%

01.027	Zárate	1242	35.7%
01.029	Zárate	831	23.9%

### Variación en la población de las secciones censales 2021-2023

La siguiente tabla 4.6. recoge las secciones censales que han sufrido un descenso en su población superior al 5% entre 2021 y 2023.

Tabla 4.13 Secciones censales con mayor reducción poblacional 2021-2023. Las Palmas de Gran Canaria.

Distrito	Sección	Población Total Año 2023	Población Total Año 2021	Tasa Variación % 23/21	Barrio/s incluidos en la sección censal
5	29	1220	2745	-55.56%	TAMARACEITE
3	38	915	1568	-41.65%	LA ISLETA
1	62	508	701	-27.53%	JINÁMAR
1	61	1721	2202	-21.84%	JINÁMAR
1	60	673	820	-17.93%	CUESTA RAMÓN - DISEMINADO DE MARZAGÁN - JINÁMAR - MERCALASPALMAS
4	75	1482	1707	-13.18%	SAN LAZARO
3	40	1776	1927	-7.84%	LA ISLETA
4	67	1049	1138	-7.82%	LA FERIA
3	46	1418	1523	-6.89%	SANTA CATALINA - CANTERAS
3	43	1071	1149	-6.79%	SANTA CATALINA - CANTERAS
4	14	660	705	-6.38%	CHUMBERAS
3	13	1517	1619	-6.30%	GUANARTEME
1	29	831	883	-5.89%	ZARATE
3	29	1168	1241	-5.88%	LA ISLETA
2	32	780	826	-5.57%	LA PATERNA
1	1	717	757	-5.28%	SAN JUAN - SAN JOSE - VEGUETA
3	32	983	1035	-5.02%	LA ISLETA

La siguiente tabla 4.7 recoge las secciones censales que han aumentado su población más de un 5% entre 2021 y 2023.

Tabla 4.14 Secciones censales con mayor aumento poblacional 2021-2023. Las Palmas de Gran Canaria

Distrito	Sección	Población Total Año 2023	Población Total Año 2021	Tasa Variación % 23/21	Barrio/s incluidos en la sección censal
5	15	776	575	34.96%	DISEMINADO DE TENOYA - TENOYA
1	58	3206	2446	31.07%	DISEMINADO DE MARZAGÁN - LLANO DE LAS NIEVES - LOMO DEL SABINAL - MONTEQUEMADO
3	44	2276	1939	17.38%	SANTA CATALINA - CANTERAS
4	82	1431	1273	12.41%	LAS TORRES
3	12	1350	1226	10.11%	GUANARTEME
4	81	1925	1764	9.13%	LAS TORRES
4	58	3586	3296	8.80%	SAN LAZARO
1	47	1836	1690	8.64%	TAFIRA ALTA
3	37	1289	1197	7.69%	LA ISLETA
3	20	1898	1765	7.54%	GUANARTEME
5	31	1738	1633	6.49%	LA GALERA - TAMARACEITE
1	20	748	710	5.35%	SAN JUAN - SAN JOSE
5	7	1747	1660	5.24%	CRUZ DEL OVEJERO - DISEMINADO DE TAMARACEITE - LA GALERA
5	18	1025	976	5.02%	LOMO LOS FRILES - TAMARACEITE

#### 4.2.2. Información procedente del Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria

La información procedente del Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria (dos indicadores de prestaciones sociales) sigue un listado de barrios diferente al del Callejero de LPGC, que es el utilizado en el presente trabajo. Surge la necesidad de homogeneizar la información procedente del Ayuntamiento de LPGC al listado de barrios utilizada en el Callejero.

Cuando en el listado del Ayuntamiento un barrio tiene el mismo nombre que en el Callejero, se traslada tal cual. Hay barrios con nombre no coincidente en los dos listados. Surgen dos tipos de problemas para homogeneizar la información en este caso. El primer problema se presenta con los barrios que en el listado del Callejero aparecen divididos en dos, como por ejemplo Tafira Alta y Tafira Baja, mientras que en el listado del Ayuntamiento aparecen unificados, Tafira. En estos casos, el reparto se ha realizado de forma proporcional a la población de cada uno de los barrios, redondeando al número natural más cercano. Por ejemplo, para un valor hipotético de 10 en una variable para el barrio de Tafira, quedaría como se indica en la tabla 4.8:

*Tabla 4.15 Ejemplo reparto proporcional redondeo según población*

Barrio	Peso por población	Asignación provisional	Asignación definitiva
Tafira Alta	0.691	6.91	7
Tafira Baja	0.308	3.08	3

El segundo tipo de problema de asignación es el de barrios cuyos nombres aparecen en el listado del Ayuntamiento, pero no en el listado del Callejero. Son un total de nueve barrios, de los que solo se dispone de su localización geográfica y que pertenecen a uno o más barrios del listado del Callejero. Los valores de las

variables de estos barrios se han asignado al barrio del listado del Callejero más próximo.

### **4.2.3. Indicadores procedentes del Servicio Canario de Salud**

Tal y como establece la Ley General de Sanidad, la Zona Básica de Salud (ZBS) es la demarcación territorial mínima de la atención primaria de salud. Su creación y delimitación territorial se basa en criterios geográficos, demográficos, socioeconómicos y epidemiológicos, con el principal propósito de facilitar el acceso de la población a los servicios de atención primaria, a la vez que garantizar una gestión eficiente y equitativa de los recursos.

Cada ZBS es responsable de gestionar la atención sanitaria de la zona, albergando para ello la estructura física y funcional de la atención primaria (centros de salud y consultorios locales, recursos materiales y equipos de profesionales). Por este motivo, la ZBS es la unidad de análisis básica de la atención primaria en el Servicio Canario de la Salud<sup>28</sup> y en base a la que se deben construir indicadores de salud para ayudar a la gestión y planificación sanitaria. La ciudad de Las Palmas de Gran Canaria la conforman 15 ZBS cuyas delimitaciones geográficas no coinciden con los límites o fronteras administrativas de los barrios de la ciudad (ver figuras 4.2 y 4.3).

Para poder utilizar los datos del SCS a nivel de barrio, fue necesario llevar a cabo un proceso de georreferenciación de la población adscrita a esas 15 ZBS, a fecha de enero de 2024 (363.366 usuarios). Dicha georreferenciación se llevó a cabo en base a la dirección de la vivienda principal que constaba en la tarjeta sanitaria del

---

28 Véase también la Ley 11/1994 de Ordenación Sanitaria de Canarias <https://www.boe.es/eli/es-cn/l/1994/07/26/11/con/20220609>

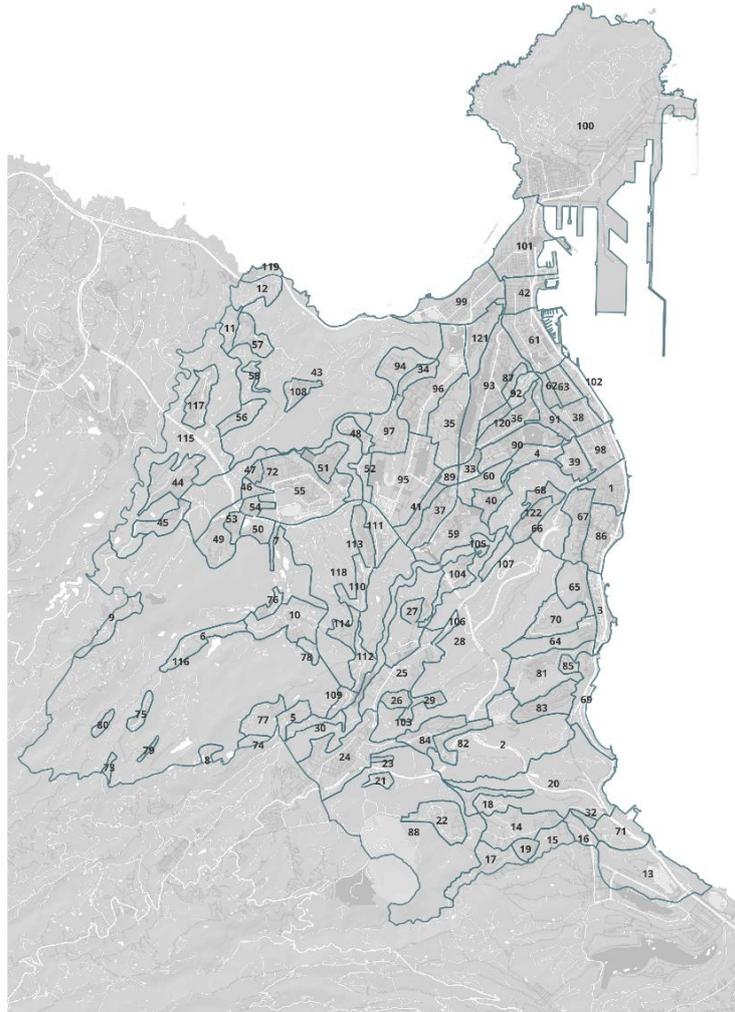
paciente, asignándoles unas coordenadas a cada una de ellas. Finalizado el proceso, se lograron georreferenciar 57.427 direcciones postales distintas pertenecientes a 340.484 usuarios (93,72%). El siguiente paso consistió en vincular, mediante un sistema de información geográfica, cada uno de esos usuarios del Servicio Canario de la Salud con su barrio correspondiente de la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria, de modo que los usuarios quedasen agrupados por barrios. La principal limitación de este método es la posible desactualización de las direcciones de las viviendas principales registradas en el sistema de información sanitaria. Estas direcciones, salvo que se requiera atención domiciliaria o se solicite un cambio de adscripción de centro sanitario o de médico, no son actualizadas de forma sistemática y frecuente.

*Figura 4.7 Zonas Básicas de Salud en Las Palmas de Gran Canaria.*



Fuente: Servicio Canario de Salud. Elaboración propia

Figura 4.8 Barrios ciudad de Las Palmas de Gran Canaria



Fuente: Servicio Canario de Salud. Elaboración propia

### **4.3. Selección de indicadores para el análisis socioeconómico y de salud de los barrios de Las Palmas de Gran Canaria**

#### **4.3.1. Introducción. Métodos de selección**

El diseño de la base de datos de indicadores para el diagnóstico socioeconómico y de salud en los barrios de Las Palmas de Gran Canaria requiere de un proceso

previo de selección de variables y/o indicadores, basado en la idoneidad y disponibilidad de la información. Como criterio básico inicial, la elección de un indicador como herramienta cuantitativa o cualitativa para medir una situación, actividad o resultado ha de estar basada en su capacidad para proveer información acerca del objetivo o dimensión a medir.

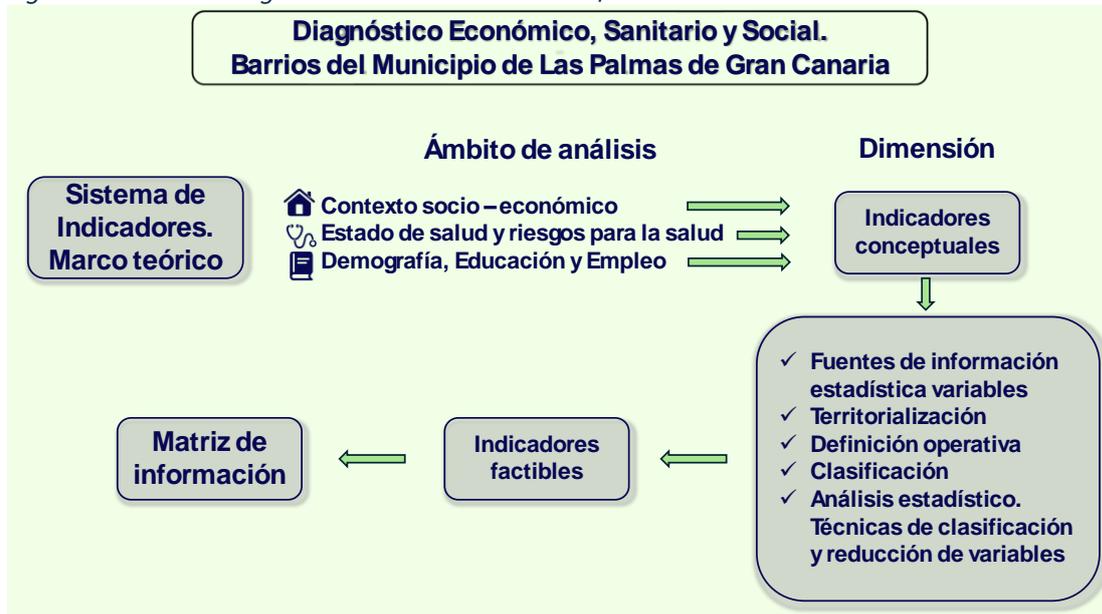
Pero los indicadores no siempre están disponibles al nivel de desagregación territorial requerido en este estudio, los barrios de la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria. En este apartado se valora la información disponible para elaborar una batería de indicadores factibles.

Para el caso específico de algunas dimensiones de interés incluidas en el estudio, las limitaciones de información a nivel de barrio son más acentuadas. Hemos seguido un proceso de búsqueda y selección de indicadores para construir una matriz de información, integrada por indicadores o indicadores proxy. Esos indicadores se clasifican según **ámbitos y categorías**.

Es imprescindible que la matriz de información sea funcional y operativa. Por ello, el número de indicadores no puede ser alto. Para reducir su número, es necesario simplificar y eliminar información redundante. Por otra parte, algunos indicadores están interrelacionadas y son transversales a más de un ámbito de clasificación.

La figura 4.4 muestra el proceso previo de selección de indicadores para la construcción de la matriz de información.

Figura 4.9 Proceso de generación de la Matriz de Información de Indicadores



Algunos métodos estadísticos ayudan en este proceso de selección de indicadores y de reducción de la dimensión de una matriz. Esos métodos se aplican y combinan buscando garantías de representación de los indicadores conceptuales. Dichos métodos incluyen los diagramas de dispersión, las matrices de correlación, de covarianzas, los métodos de regresión y los mapas de calor. Éstos permiten detectar qué variables aportan la misma información, en todo o en parte relevante, sobre el conjunto de individuos objeto de análisis, en nuestro caso, los barrios de Las Palmas de Gran Canaria. Cuando se detecta redundancia de información, las variables son reemplazables o pueden eliminarse sin pérdida de información para el objetivo perseguido.

Los métodos multivariantes de reducción de la dimensión son una excelente opción para maximizar la eficiencia en este proceso de reducción de una gran cantidad de información, pues proporcionan una matriz operativa sin pérdida de calidad. Detectan variables que miden un mismo objetivo y ayudan a seleccionar las que aportan información adicional independiente de la captada por otras variables o indicadores.

En particular, dentro de estos métodos destacamos los análisis factoriales de componentes principales (que aplicamos en las secciones 5.2.2 y 7) y los de clasificación mediante agrupación o clúster con selección de variables representativas de un grupo. El método PROC VARCLUS<sup>29</sup> (*SAS Institute Inc. 2017e*) que utilizamos, desarrollado por SAS e implementado en JMP<sup>30</sup>, es un algoritmo de agrupamiento que divide iterativamente grupos de variables y reasigna variables a grupos hasta que no sean posibles más divisiones. Se parte de un grupo inicial con todas las variables. Un inconveniente de estos procedimientos es que son únicamente exploratorios, y no ofrecen soluciones únicas, éstas dependen del método concreto de agrupación y de las variables consideradas, de su número y homogeneidad.

El análisis de componentes principales (ACP)<sup>31,32</sup> es de gran utilidad para resumir múltiples variables en una menor cantidad de “dimensiones o factores” subyacentes, basados en las correlaciones de las variables originales con estas dimensiones sin perder una cantidad de información relevante. Este método de gran utilización en estadística, marketing o psicología simplifica la complejidad de espacios muestrales con muchas variables, con índices sintéticos con los que analizar las unidades de investigación, en nuestro caso los barrios de LPGC, comparando su posición relativa en cada dimensión, analizando sus cercanías o distancias o construyendo rankings en base a estas dimensiones factoriales.

Una vez seleccionado el conjunto de indicadores que forman la matriz de información el método comienza a partir de la matriz de correlaciones entre ellos.

---

29 <https://support.sas.com/documentation/onlinedoc/stat/143/varclus.pdf>

30 [https://www.jmp.com/es\\_es/home.html](https://www.jmp.com/es_es/home.html)

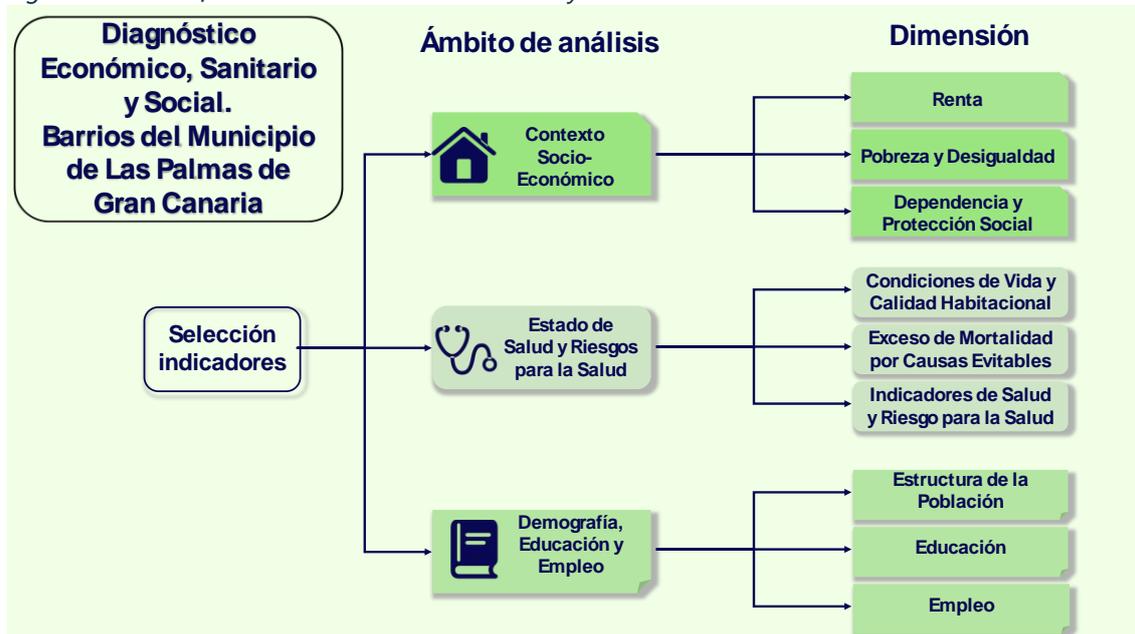
31 Peña D. (2002). Análisis multivariante de datos. McGraw Hill

32 Hair J et al. (2018). Multivariate Data Analysis. Cengage Learning Emea.

Cuanto mayor sean estas correlaciones, mejores resultados pueden obtenerse de la aplicación del ACP. A partir de ahí se obtienen los denominados valores propios (eigenvalors), que indican la varianza retenida por cada nuevo factor y la conjunta, es decir, la información retenida con la reducción de la matriz de las variables originales a un número inferior de factores con los que es más fácil estudiar los barrios, su posición en las nuevas dimensiones, las similitudes y disimilitudes entre ellos. No hay una regla específica sobre el número de factores a utilizar, la decisión depende del número que a priori se desea retener, de las varianzas individuales y de la proporción de información total que explican de forma acumulada el conjunto de factores retenidos.

Teniendo en cuenta las limitaciones señaladas, se han seleccionado 45 indicadores de un número inicial de más de doscientas variables. Corresponden a tres ámbitos y 9 dimensiones. En algunos casos se han aplicado métodos estadísticos formales, en otros la selección de indicadores se ha basado en criterios más normativos basados en la utilización general en este tipo de estudios. La figura 4.5 representa esta clasificación.

Figura 4.10 Clasificación de indicadores. Ámbito y dimensión.



A continuación, pasamos a detallar los indicadores incluidos en cada uno de los tres ámbitos del estudio.

### 4.3.2. Contexto socioeconómico

Dentro del ámbito socioeconómico se han incluido 3 dimensiones de análisis: Renta, Pobreza y desigualdad, Dependencia y protección social.

#### 4.3.2.1. Renta

Es la dimensión que cuenta con más información por secciones censales, y por tanto asignable a barrios según la metodología desarrollada en epígrafe 4.2.1. La fuente básica es el "Atlas de Distribución de Renta de los Hogares (ADRH)"<sup>33</sup> del

<sup>33</sup>[https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736177088&menu=resultados&idp=1254735976608](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177088&menu=resultados&idp=1254735976608). Año 2021 Publicado: 30/10/2023

INE de 2023, cuyo objetivo es proporcionar información muy detallada sobre el nivel y la distribución de la renta a nivel territorial.

Están disponibles indicadores de distribución de renta por individuos, por hogares y por unidades de consumo. La unidad de consumo es una unidad de medida que se utiliza internacionalmente para una mejor comparación de los ingresos individuales según distintos tipos de hogar<sup>34</sup>. Una persona viviendo sola constituye una unidad de consumo, pues afronta por sí sola todos los gastos del hogar. Al primer adulto que forma parte del hogar se le asigna un peso de 1, a los demás adultos un peso de 0,5 y un peso de 0,3 a los menores de 14 años<sup>35</sup>. Por ejemplo, una familia formada por dos adultos y dos niños tiene 4 miembros, pero  $1+0,5+2*0,3=2,1$  unidades de consumo. La renta media por unidad de consumo, también denominada "renta equivalente", tiene en cuenta las economías de escala por existir ganancias de ahorro asociadas a la convivencia, por el uso compartido de los bienes y equipamientos del hogar. Se obtiene dividiendo los ingresos totales del hogar entre el número de unidades de consumo.

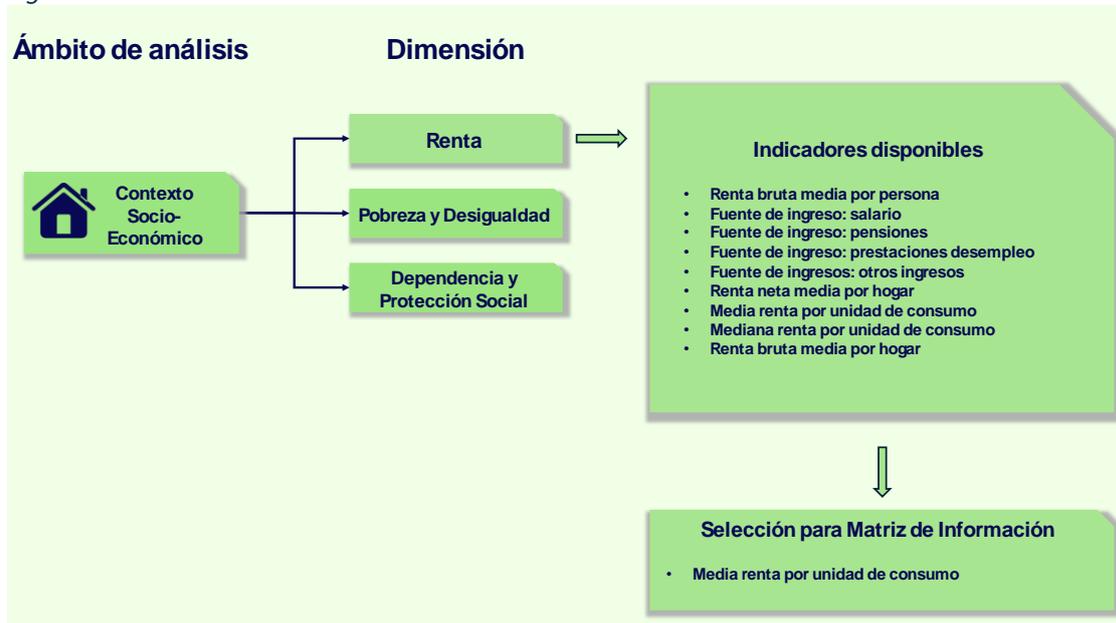
Hay nueve indicadores de renta disponibles en el ADRH. Cinco de ellos recogen la renta individual, la renta del hogar y la renta por unidad de consumo (media y mediana). Otros cuatro cuantifican las rentas según el origen de las fuentes de ingreso (figura 4.6).

---

34 Yago, M. A. E., & Carmona, A. L. (2015). Guía básica para interpretar los indicadores de desigualdad, pobreza y exclusión social. Madrid, España.

35 [https://www.ine.es/metodologia/metodologia\\_adrh.pdf](https://www.ine.es/metodologia/metodologia_adrh.pdf)

Figura 4.11 Selección indicadores. Dimensión: Renta



El análisis estadístico de correlaciones detecta un (previsible) alto índice de información redundante en este conjunto de indicadores iniciales de renta. En un posterior análisis multivariante por conglomerados de los nueve indicadores se selecciona uno solo, **la renta media por unidad de consumo** (anexo 1 ficha técnica de indicadores). Retiene el 86,5% del total de información proporcionada conjuntamente por los nueve indicadores iniciales. La tabla 4.9 muestra los detalles de este análisis por conglomerados.

Tabla 4.16 Análisis de conglomerados. Selección indicadores Dimensión: Renta.

Resumen de conglomerado					
Conglomerado	Número de miembros	Variable más representativa	Proporción de conglomerado de la variación explicada	Proporción total de la variación explicada	
1	9	Renta media por unidad de consumo	0,865	0,865	

Proporción de la variación explicada por la conglomeración: 0,865

Miembros del conglomerado

Miembros	R cuadrado con conglomerado propio	R cuadrado con el siguiente más cercano	Razón 1-R cuadrado
Media renta por unidad de consumo	0,993	0	0,007
Renta bruta media persona	0,991	0	0,009
Renta bruta media por hogar	0,969	0	0,031
Mediana renta por unidad de consumo	0,964	0	0,036
Renta neta media por hogar	0,963	0	0,037
Fuente de ingreso: otros ingresos	0,908	0	0,092
Fuente de ingreso: salario	0,826	0	0,174
Fuente de ingreso: prestaciones por desempleo	0,758	0	0,242
Fuente de ingreso: pensiones	0,408	0	0,592

#### Componentes estandarizados

Variable	Coefficientes del conglomerado 1
Renta bruta media persona	0,3568573
Fuente de ingreso: salario	0,3257655
Fuente de ingreso: pensiones	0,2291031
Fuente de ingreso: prestaciones por desempleo	-0,312104
Fuente de ingreso: otros ingresos	0,3416813
Renta neta media por hogar	0,3518037
Media renta por unidad de consumo	0,3573064
Mediana renta por unidad de consumo	0,3520374
Renta bruta media por hogar	0,3528771

#### 4.3.2.2. Pobreza y desigualdad

Conocer la renta (cuyas limitaciones para medir el bienestar son bien conocidas) no basta, es necesario saber cómo se distribuye ésta entre las personas, los hogares o los territorios, analizando la desigualdad económica. El coeficiente o índice de Gini (IG) y la ratio P80/P20 son los dos indicadores más utilizados de desigualdad en la distribución de la renta.

El IG puede variar entre cero y cien. Cuanto más cercano a cero, significa que existe una distribución más igualitaria de las rentas, mientras que un IG cercano a cien implica una elevada concentración de rentas en los deciles más ricos de la población.

El indicador P80/P20, también llamado renta quintil, se define como el cociente entre los ingresos totales del 20% de las personas con ingresos más elevados (percentil 80 o quintil superior en la distribución de la renta) y los ingresos totales del 20% de la población con menos ingresos (percentil 20 o quintil inferior).

Además de estos dos indicadores clásicos, a partir de la estrategia Europa 2020, en la que se incluyó, por primera vez, un objetivo de reducción del número de personas en situación de pobreza y exclusión social en Europa, se acordó medir la pobreza teniendo en cuenta un nuevo indicador denominado "pobreza o exclusión social", AROPE según sus siglas en inglés (*At Risk of Poverty or Social Exclusion*)<sup>36</sup>. Este indicador se compone de tres subindicadores: pobreza relativa (AROP), baja intensidad del empleo en los hogares, y privación material severa.

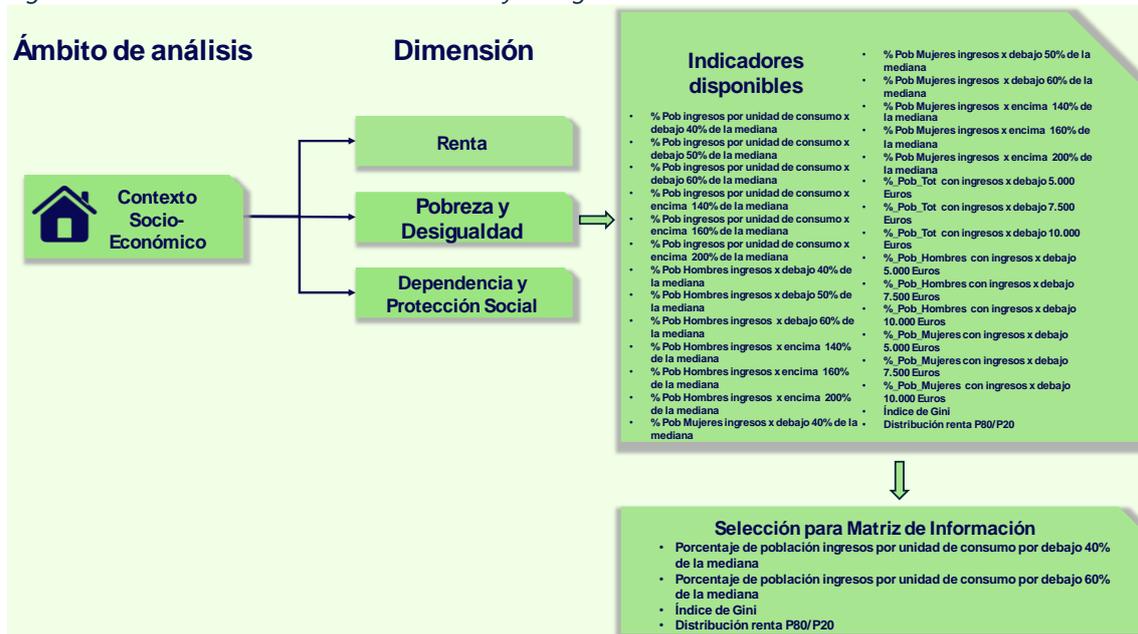
---

<sup>36</sup>Evolución de la pobreza, la desigualdad y la exclusión social en España. Secretaría de Estado de Derechos Sociales y Agenda 2030. Dirección General de Diversidad Familiar y Servicios Sociales.

El primero de ellos, pobreza relativa, es el único de los tres del que disponemos de información territorial desagregada por sección censal-barrio. Es un indicador de pobreza y exclusión social, conocido también como Tasa de Riesgo de Pobreza (AROP). Las personas en riesgo de pobreza son aquéllas que viven en hogares que tienen ingresos anuales por debajo de un umbral de renta concreto que se fija tomando como referencia el 60% de la renta mediana equivalente del país o zona a valorar. Si la referencia es el 40% en vez de la del 60%, se define lo que se conoce como Índice de Pobreza Severa. Es importante destacar que la Tasa de Pobreza es un indicador relativo, no mide pobreza absoluta, sino cuántas personas tienen ingresos bajos en relación con el conjunto de la población a la que se pertenece.

Aunque el INE ofrece un conjunto más amplio de indicadores de distribución de rentas (hasta 29 en total) hemos seleccionado estos cuatro: **Índice de Gini, Ratio P80/P20, Tasa de riesgo de pobreza (AROP) y Tasa de riesgo de pobreza severa** (figura 4.7). En este caso, la selección no se ha basado en criterios estadísticos, sino en que son los más frecuentemente utilizados en los estudios socioeconómicos sobre pobreza y desigualdad.

Figura 4.12 Selección indicadores: Pobreza y Desigualdad



### 4.3.2.3. Dependencia y protección social

Las relaciones entre discapacidad, dependencia y pobreza están suficientemente reflejadas en la literatura. La pérdida de rentas y los costes que se asumen por la discapacidad, unidos a un desarrollo insuficiente de servicios sociales explican que las personas con dependencia y/o discapacidad tengan dificultades económicas y bajas rentas, especialmente las mujeres<sup>37</sup>. En 2023, en España, la incidencia de la pobreza entre las mujeres con discapacidad superó la de los hombres en 2,4 puntos porcentuales (22 % y 19,6%)

Desafortunadamente, no disponemos de indicadores básicos en este ámbito de dependencia y protección social. No hay información a nivel de barrio de la población con discapacidad según tipo de discapacidad y edad, ni por género. La discapacidad ha tenido que quedar fuera del análisis a pesar de su importancia.

37 Bascones LM, Álvarez, G. Las personas con discapacidad en el IMV y otras rentas mínimas de inclusión. Diciembre 2023. Observatorio estatal de la discapacidad. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

Hay ocho indicadores disponibles en este ámbito de dependencia y protección social (figura 4.8). Dos son de carácter demográfico: **tasa de sobreenvejecimiento** (personas de 80 y más años entre la cohorte poblacional de 65 años y más) y **tasa de dependencia** económica (población menor de 15 años y de 65 y más años entre los que están entre esos dos grupos, de 15 a 64 años). La tasa de sobreenvejecimiento se puede considerar un proxy de dependencia, ya que hay una fuerte asociación entre prevalencia de dependencia para las actividades de la vida diaria y necesidad de cuidados de larga duración y edad. Dos indicadores son de dependencia social: **porcentaje de viviendas con un solo habitante de 65 años o más**, y **porcentaje de viviendas con un solo habitante de 85 años o más**. Otros dos de dependencia económica: **porcentaje de población que recibe una pensión por invalidez** y **porcentaje que la recibe por jubilación**. Y, por último, dos indicadores de atención social, cuya fuente son los Servicios Sociales del propio Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria: **número de prestaciones económicas de especial necesidad y prestaciones de emergencia social tramitadas (PEEN-PEES)** y **población atendida en el Servicio de Ayuda a domicilio (SAD)**, ambas referidas al año 2023.

El PEEN es una prestación económica no periódica, a modo de subvención, dirigida a personas o unidades familiares con la finalidad de:

- Apoyar procesos de intervención social orientados a superar situaciones de desventaja social.
- Atender situaciones sobrevenidas o imprevistas que produzcan desequilibrios socioeconómicos.
- Cubrir situaciones coyunturales y puntuales, previsiblemente irrepetibles.
- Cubrir necesidades básicas.

- Cubrir otras necesidades valoradas y motivadas por el personal técnico municipal, no recogidas anteriormente.

Las PEES, prestaciones económicas de emergencia social, tienen la finalidad de dar cobertura de forma urgente a aquellas prestaciones de especial necesidad que requieran una respuesta inmediata.

El Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) está constituido por un conjunto de actuaciones realizadas preferentemente en el domicilio del destinatario; de carácter doméstico, social, de apoyo psicológico y rehabilitador, dirigidas a personas mayores de 60 años o personas con discapacidad que tienen limitada su autonomía personal y necesitan apoyo para la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Figura 4.13 Dependencia y protección social. Matriz de Información.



### 4.3.3. Salud y riesgos para la salud

Utilizando áreas geográficas pequeñas, el territorio se ha revelado como un determinante importante de la salud<sup>38</sup>. El uso de áreas pequeñas permite tener en cuenta los atributos del área de residencia y del entorno como determinantes de la salud. La detección de peores condiciones socioeconómicas, medioambientales y de salud en áreas geográficas pequeñas posibilita una mejor orientación de las intervenciones<sup>39</sup>.

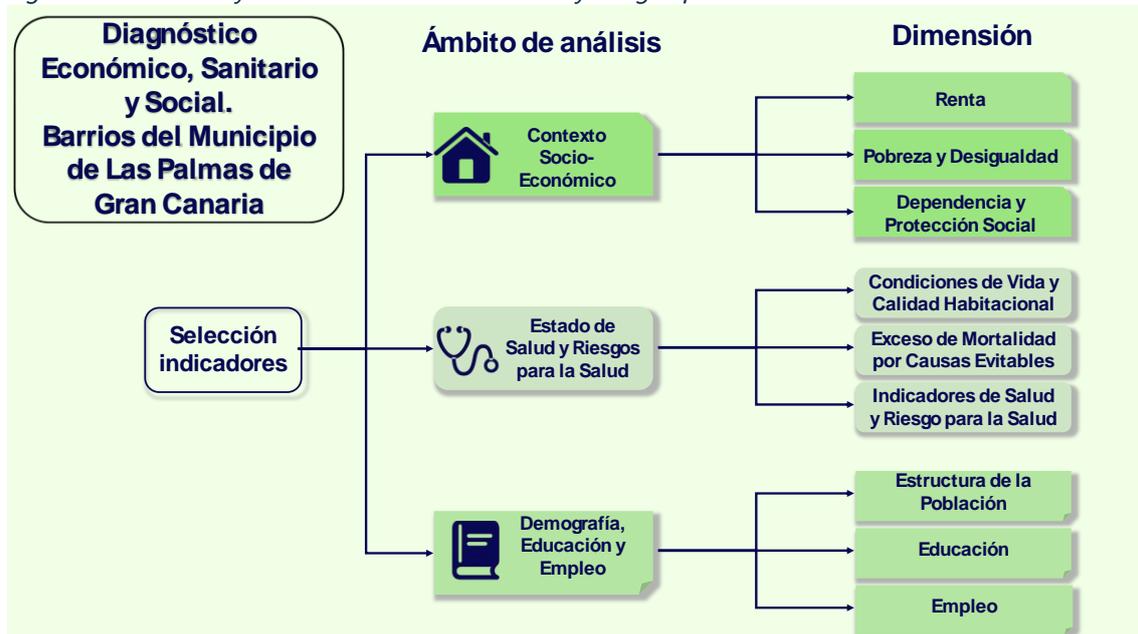
En este ámbito hemos considerado tres dimensiones, las condiciones de vida y calidad habitacional, el exceso de mortalidad por causas evitables e indicadores de salud y los riesgos para la salud (figura 4.9). En cada una de las dimensiones se definen indicadores relevantes y factibles.

---

38 Diez Roux AV. Neighborhoods and health: where are we and where do we go from here? Rev Epidemiol Sante Publique. 2007; 55(1):13-21.

39 Desigualdades socioeconómicas medioambientales y en la mortalidad: Los proyectos MEDEA Santiago Esnaola, Carme Borrell, Miguel-Angel Martinez-Beneito, y el grupo MEDEA. Ponencias presentadas en XIV Congreso Español de Salud Ambiental.

Figura 4.14 *Ámbito y dimensión: Estado de salud y riesgos para la salud.*

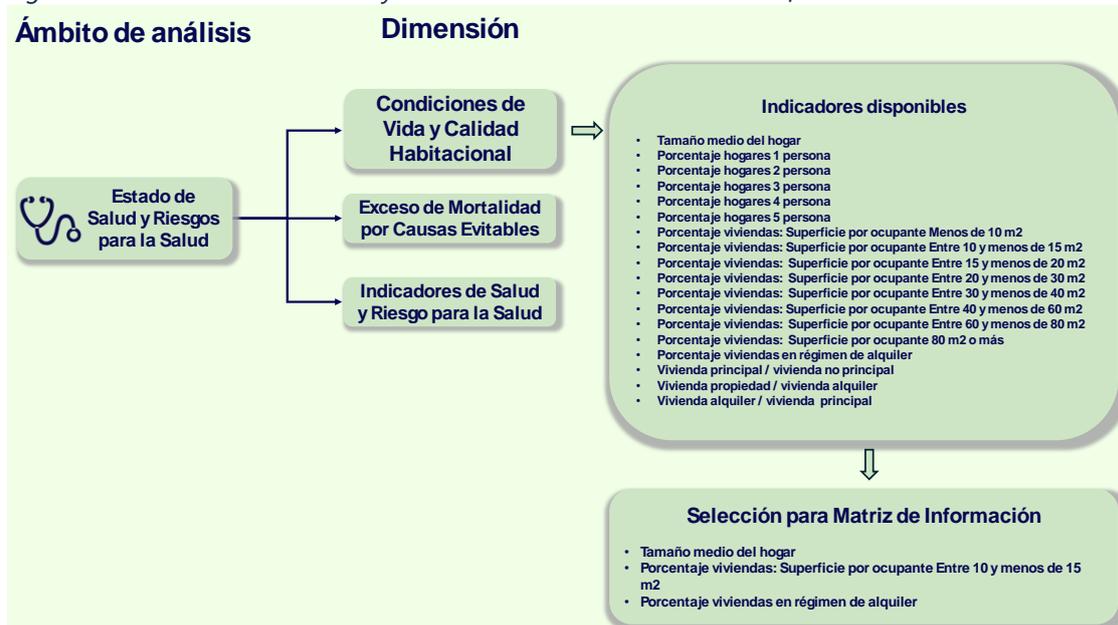


#### 4.3.3.1 Condiciones de vida y calidad habitacional

Conceptualmente, se incluirían aquí indicadores relacionados con las condiciones de la vivienda: gasto en vivienda, problemas estructurales en la vivienda, problemas de acceso, falta de espacio y, en general, satisfacción con la vivienda.

Sin embargo, tampoco en este ámbito disponemos al nivel de desagregación territorial por barrios, la información necesaria, y hemos de utilizar los indicadores más “próximos” disponibles, recogidos en la figura 4.10.

Figura 4.15 Condiciones de vida y calidad habitacional. Matriz de Información



Mediante técnicas de análisis multivariante (análisis de correlaciones y análisis de conglomerados)<sup>40,41</sup> en combinación con el juicio de expertos sobre la relevancia de los distintos indicadores como *proxies* de la dimensión analizada, hemos seleccionado los tres indicadores siguientes, que retienen una parte relevante de la información de la matriz inicial de los 18 indicadores:

- Porcentaje de viviendas superficie por ocupante más de 10 m2 y menos de 15
- Tamaño medio del hogar
- Porcentaje viviendas en régimen de alquiler

40 Pérez López C. (2004). Técnicas De Análisis Multivariante De Datos Aplicaciones Con Spss Pearson Educación.

41 Alaminos A, y otros (2015). Análisis Multivariante para las Ciencias Sociales. Índices de distancia, conglomerados y análisis factorial. Ediciones Pydlos

#### **4.3.3.1. Exceso de mortalidad por causas evitables**

Entre los indicadores relacionados con la medición de la salud habitualmente se incluyen la esperanza de vida al nacer, la morbilidad, la mortalidad, la calidad de vida relacionada con la salud, o la carga de enfermedad.

Aunque se ha demostrado que la distribución geográfica de la morbilidad por diferentes causas está asociada a factores socioeconómicos o medioambientales<sup>42</sup>, para la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria, a nivel de barrio, no se cuenta con ningún indicador en este ámbito.

Las Palmas de Gran Canaria fue una de las 26 ciudades españolas incluidas en el proyecto MEDEA<sup>43</sup> que bajo el título "Desigualdades socioeconómicas y medioambientales en la distribución geográfica de la mortalidad en grandes ciudades de España (1996-2015) tenía como objetivo principal el estudio de la distribución geográfica de la mortalidad en grandes ciudades españolas por secciones censales.

Hemos seleccionado para hombres y mujeres 6 causas de muerte potencialmente evitables (prevenibles) asociadas a hábitos de vida:

- Cáncer de pulmón
- Diabetes Mellitus
- Cardiopatía Isquémica
- EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)
- Cáncer de hígado y cirrosis hepática

---

42 Borrell C, Marí-Dell'Olmo M, Serral G, et al. Inequalities in mortality in small areas of eleven Spanish cities (the multicenter MEDEA project). *Health & Place*. 2010; 16(4):703-11.

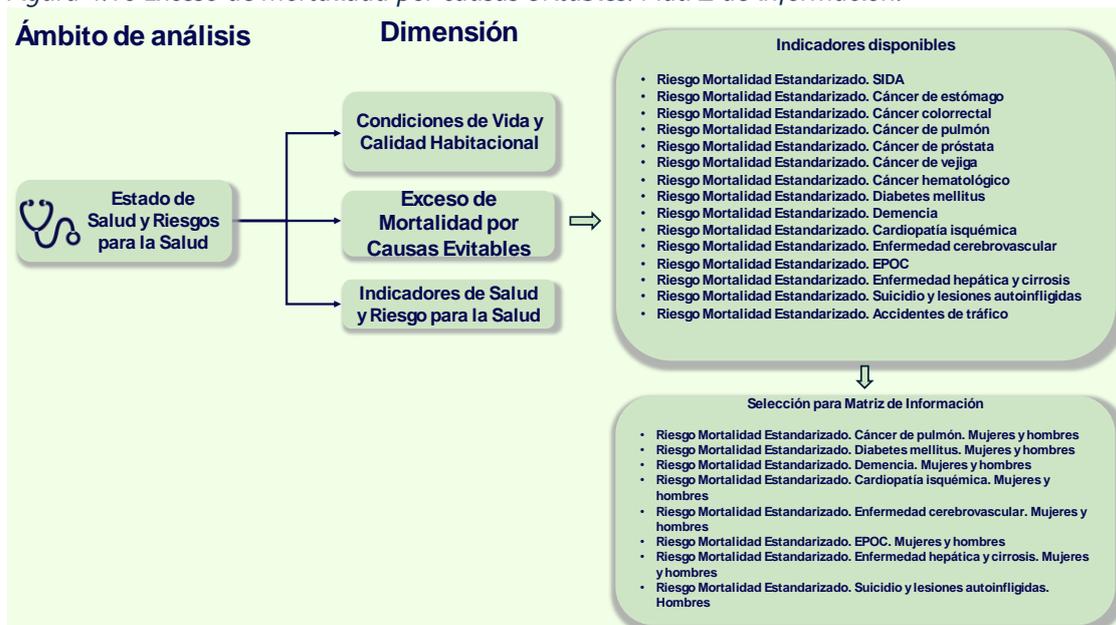
43 <https://medea3.shinyapps.io/medeapp/>

- Enfermedad cerebro vascular

Además, hemos incluido suicidio y lesiones auto inflingidas<sup>44</sup> (como problema de salud mental susceptible de intervención) y demencias (como indicador de necesidad de servicios sociales y cuidados de larga duración) (figura 4.11). En total 15 indicadores. Todas esas causas se categorizan como prevenibles/evitables y se ha demostrado asociación a nivel de barrios con las condiciones socioeconómicas y la privación **Error! Bookmark not defined..**

Para detalles sobre la metodología, véase el artículo principal del proyecto MEDEA **Error! Bookmark not defined..**

Figura 4.16 Exceso de mortalidad por causas evitables. Matriz de información.



#### 4.3.3.2. Indicadores de salud y riesgos para la salud

Según Milton Terris, la salud es “un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no únicamente la ausencia de enfermedad”.

44 Solo hay datos para hombres

Pese a ser difícil de valorar, las dimensiones del concepto salud permiten su medición a través de medidas generales objetivas (grado de capacidad funcional) y subjetivas (nivel de bienestar) y medidas específicas (basadas en la presencia o ausencia de una patología específica). Las medidas genéricas son las más útiles para resumir el estado de salud de la población, si bien son más frecuentes las que abordan la dimensión subjetiva.

Son ejemplos de indicadores de salud autopercebida (medida genérica) y los problemas de salud autorreferidos (medida específica), ambos incluidos en la Encuesta de Salud de Canarias. Para la medición de la salud autopercebida en población adulta, esta encuesta utiliza como instrumento el EQ-5Q-5L, que mide el estado de salud atendiendo a cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor o malestar y ansiedad o depresión. Para evaluar el estado de salud en menores de entre 8 y 15 años, utiliza un instrumento validado llamado KIDSCREEN que incorpora 10 ítems: bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo, autopercepción, autonomía, relación con los padres y vida familiar, amigos/as y apoyo social, entorno escolar, aceptación social y recursos económicos. Respecto a medidas específicas, mide las enfermedades crónicas que ha padecido la persona entrevistada alguna vez.

Sin embargo, los indicadores de la Encuesta de Salud de Canarias no son útiles para el diagnóstico de salud de la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria, pues fue diseñada para ser representativa de las islas y grandes comarcas. En concreto, la comarca de Gran Canaria-Área Metropolitana estaría conformada no solo por el municipio de Las Palmas de Gran Canaria, sino también por Arucas, Santa Brígida y Telde. Huelga decir que la información a nivel de barrio no está disponible.

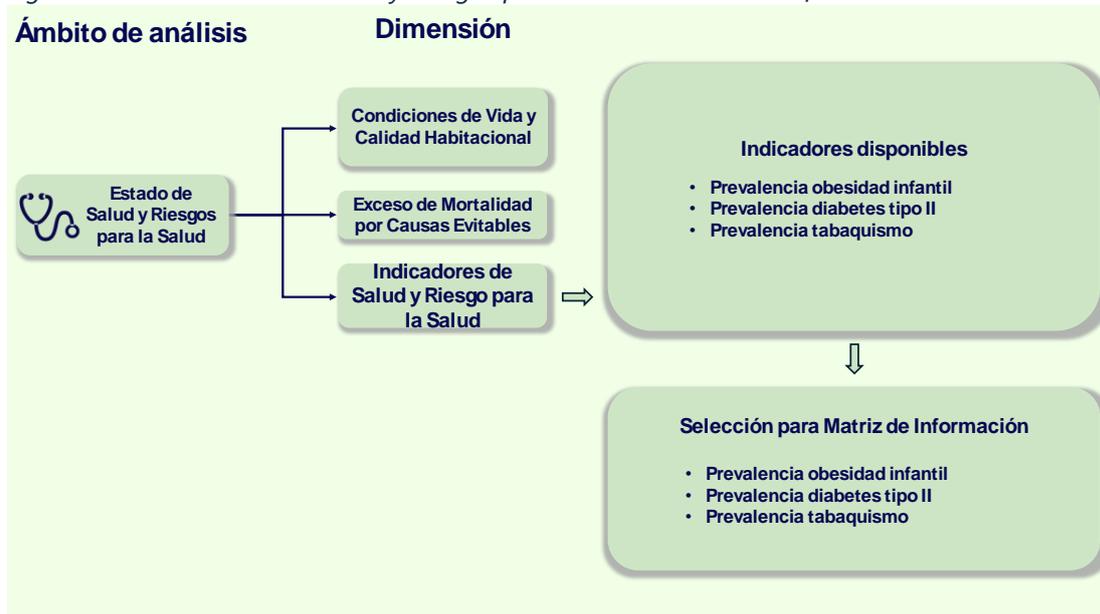
Como alternativa, se ha optado por utilizar indicadores de morbilidad y de riesgos para la salud del Servicio Canario de la Salud, al ser su unidad de análisis (Zona Básica de Salud) inferior a una comarca y tener una cobertura poblacional aproximada del 94%.

De todo el conjunto de información contenida en las historias clínicas del SCS con la que potencialmente se podría crear una batería de indicadores relevantes, se seleccionaron de forma preliminar las prevalencias de hipertensión arterial, de diabetes mellitus tipo II, de obesidad, de demencia, de depresión y de hábito tabáquico, así como el consumo de tranquilizantes<sup>45</sup>. Tras revisar la validez y precisión de los indicadores para cada uno de los barrios, finalmente se seleccionaron tres: prevalencia de obesidad infantil (5-14 años), prevalencia de diabetes mellitus tipo II y de hábito tabáquico en población adulta (> 15 años) (figura 4.12). Estos indicadores se calcularon para el año 2023 tomando como denominador el promedio de población atendida en los últimos 5 años, por lo que son representativos de la población atendida en los centros de atención primaria del SCS y no de la población adscrita al mismo.

---

45 Tras una valoración inicial de la fiabilidad y alcance de la cobertura, se descartaron indicadores potencialmente relevantes como la prevalencia de lactancia materna exclusiva durante los primeros meses vida y el porcentaje de niños con bajo peso al nacer.

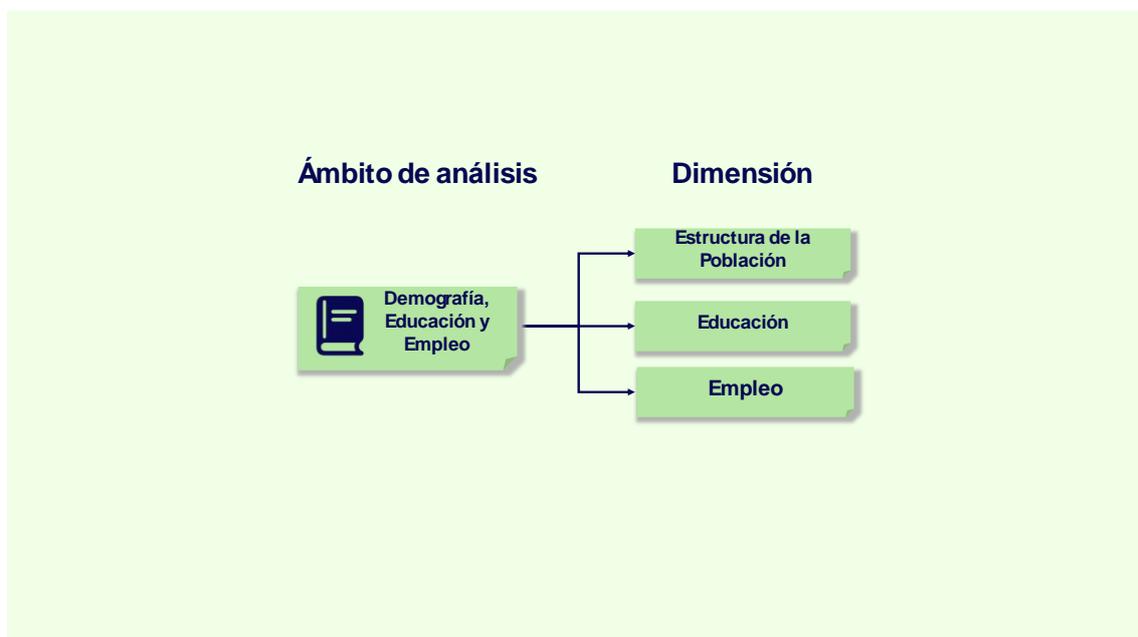
Figura 4.17 Indicadores de Salud y Riesgos para la salud. Matriz de Información



#### 4.3.4. Demografía, educación y empleo

En el ámbito de demografía, educación y empleo, hemos definido tres dimensiones: Estructura de la población, Educación y Empleo (figura 4.13).

Figura 4.18 Dimensiones ámbito demografía, educación y empleo.



#### 4.3.4.1. Estructura población

Hay diez indicadores potenciales disponibles, cinco de ellos corresponden a la composición porcentual de la población por grupos de edad (figura 4.14).

Los indicadores de distribución de la población por grandes grupos de edad permiten analizar la estructura y composición poblacional entre los barrios<sup>46</sup>:

- o Porcentaje de población menor de 5 años
- o Porcentaje de población menor de 15 años
- o Porcentaje de población menor de 20 años
- o Porcentaje de población de 20 a 64 años
- o Porcentaje de población mayor de 64 años

El **índice de estructura de la población en edad activa** es la ratio entre dos grandes grupos de edad de la población potencialmente activa (15-64 años). Se define como el cociente entre la población más envejecida (entre los 40 y 64 años) y la más joven (15 a 39 años). Así, por ejemplo, un índice de estructura igual al 50%, viene a significar que el número de activos más envejecidos duplica al de activos jóvenes. Aproxima el grado de envejecimiento de la población potencialmente activa, el cual tiene implicaciones para las necesidades de formación y la planificación laboral a largo plazo.

El **índice de recambio** cuantifica la relación entre la población de 60 a 64 años y la población de 15 a 19 años. Evalúa la capacidad de la población en edad activa más joven para reemplazar a la población mayor en la fuerza laboral, al relacionar la población que accederá al mercado laboral y la población próxima a la

---

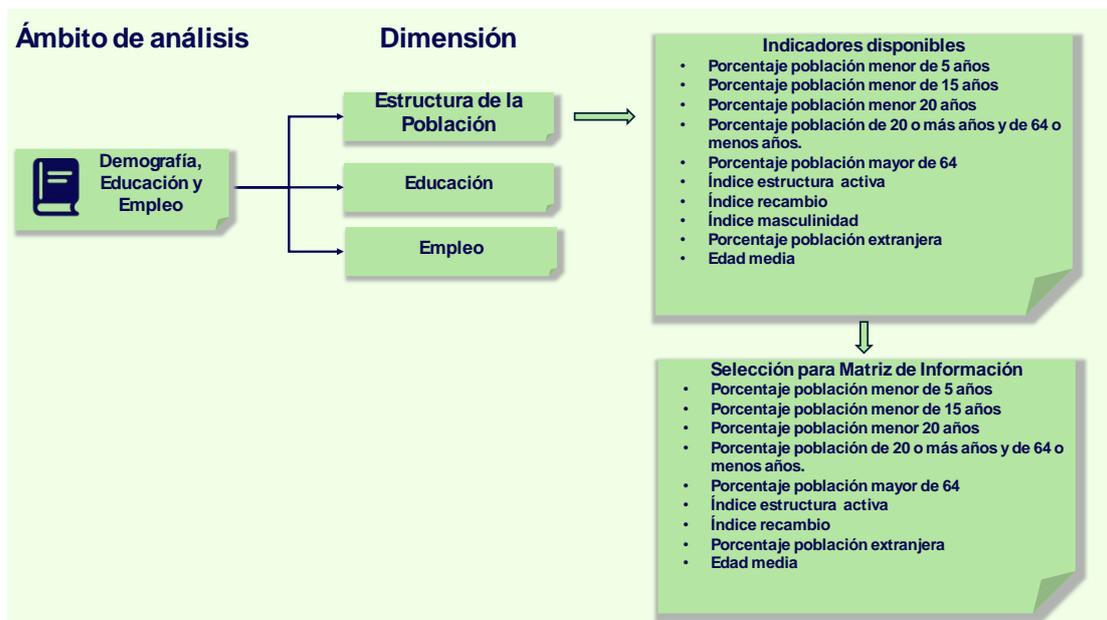
46 También está disponible la información desagregada por sexo.

jubilación. Un índice de recambio igual a la unidad estaría indicando una capacidad uniforme de sustitución de la población que abandona el mercado laboral activo. Si este índice es mayor que la unidad, indicaría falta de población joven para incorporarse al mercado, al menos, al mismo ritmo de los que salen por retiro o jubilación. Un valor del índice menor que la unidad corresponde a territorios con potencial productivo futuro, recambio generacional y sostenibilidad.

El **porcentaje de población extranjera** es un indicador cuantitativo que ahonda en el fenómeno migratorio de los barrios de la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria. Se espera que refleje el fenómeno dual de la residencia de ciudadanos extranjeros: barrios céntricos y turísticos-barrios periféricos dormitorios.

De los diez indicadores inicialmente seleccionados, hemos retenido nueve (figura 4.14).

Figura 4.19 Estructura de la población. Matriz de Información



#### 4.3.4.2. Educación

La educación tiene un papel fundamental en la mejora de las condiciones de vida y el bienestar económico de las personas. Un nivel educativo más alto implica mejores expectativas de renta y un mayor volumen de recursos, mayor facilidad de acceso a los servicios públicos y privados y la capacidad para tomar decisiones informadas, como los hábitos de vida saludables que impactan positivamente en la salud.

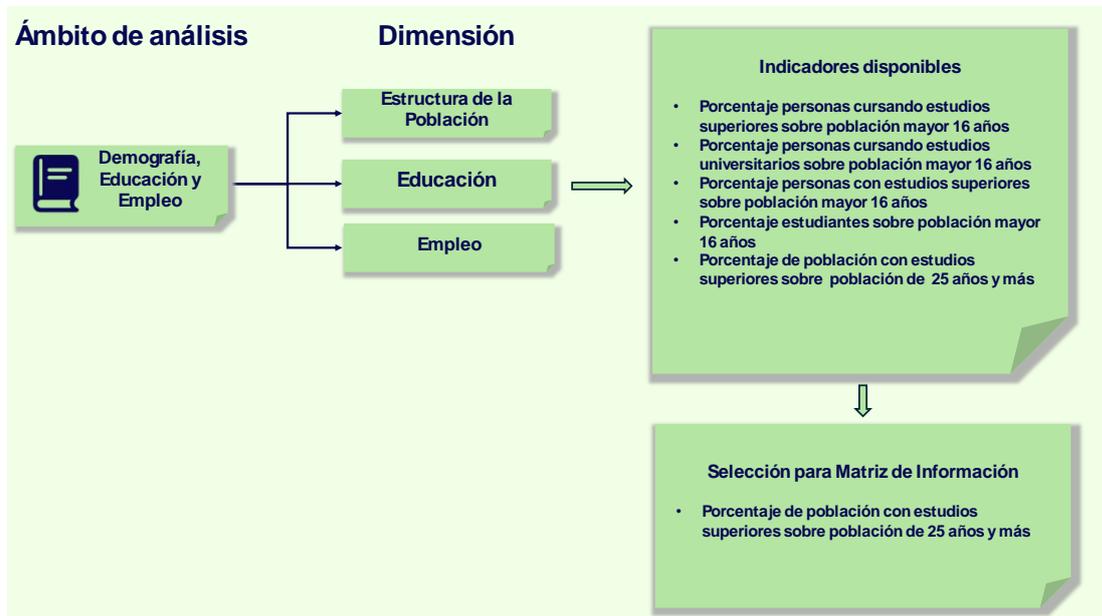
Además, las desigualdades educativas tienen efectos duraderos desde la infancia. Los niños y niñas que crecen en entornos desfavorecidos tienen más probabilidades de tener un peor rendimiento escolar y, como adultos, perciben ingresos más bajos y experimentan más dificultades a la hora de proporcionar una buena atención a sus propios hijos e hijas, perpetuando así el ciclo de pobreza y abandono escolar prematuro<sup>47</sup>.

Estas evidencias ponen más en valor, aun si cabe, la importancia de contar con una base de datos territorial, a nivel de barrios, como en otras provincias españolas, con información homogénea y estable, que permita evaluar la efectividad de las acciones e intervenciones públicas a nivel social, económico o educativo y permita evaluar las potenciales mejoras a lo largo del tiempo.

---

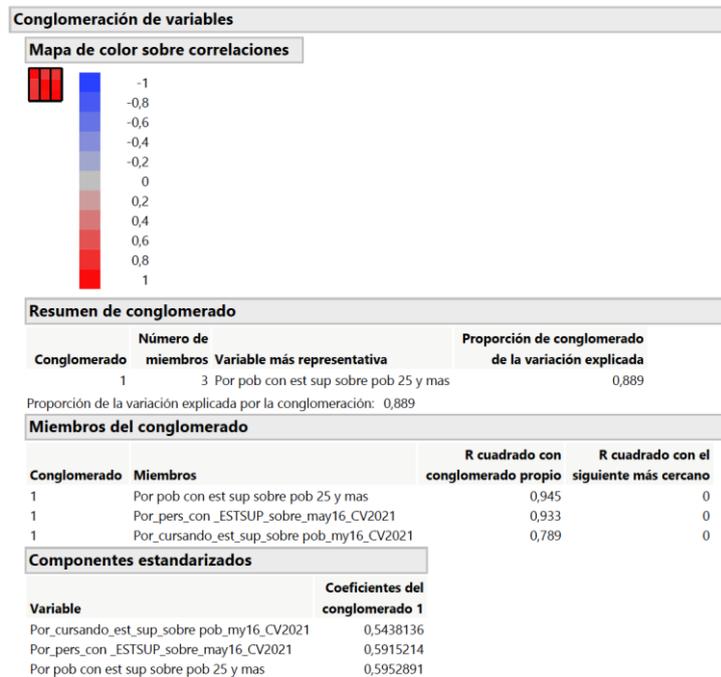
47 El nivel de estudios de las personas: ¿un factor determinante en la salud y la esperanza de vida? <https://www.nouscims.com/el-nivel-de-estudios-de-las-personas-un-factor-determinante-en-la-salud-y-la-esperanza-de-vida/>

Figura 4.20 Dimensión Educación. Matriz de información



De los cinco indicadores potenciales disponibles (figura 4.15), que presentan altas correlaciones, hemos seleccionado solo uno, el porcentaje de población con estudios superiores sobre la población de 25 años y más. La selección se ha basado en un análisis de conglomerados. Como muestra la figura 4.16, esta variable retiene prácticamente un 90% (88,9%) de la información conjunta de los tres indicadores.

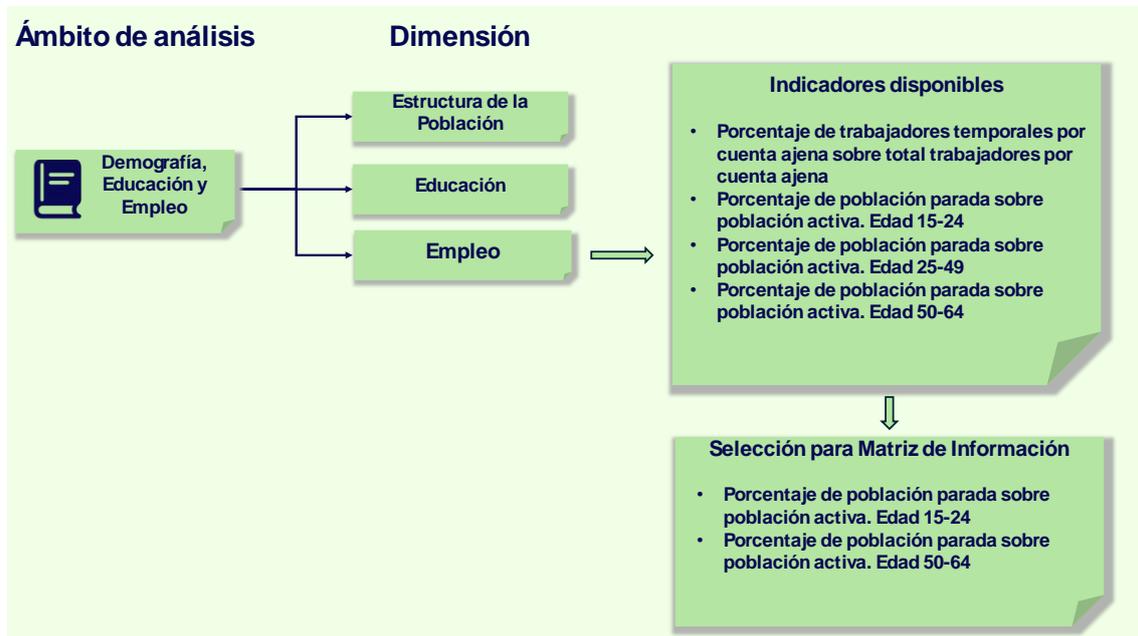
Figura 4.21 Análisis de conglomerados. Dimensión Educación



#### 4.3.4.3. Empleo

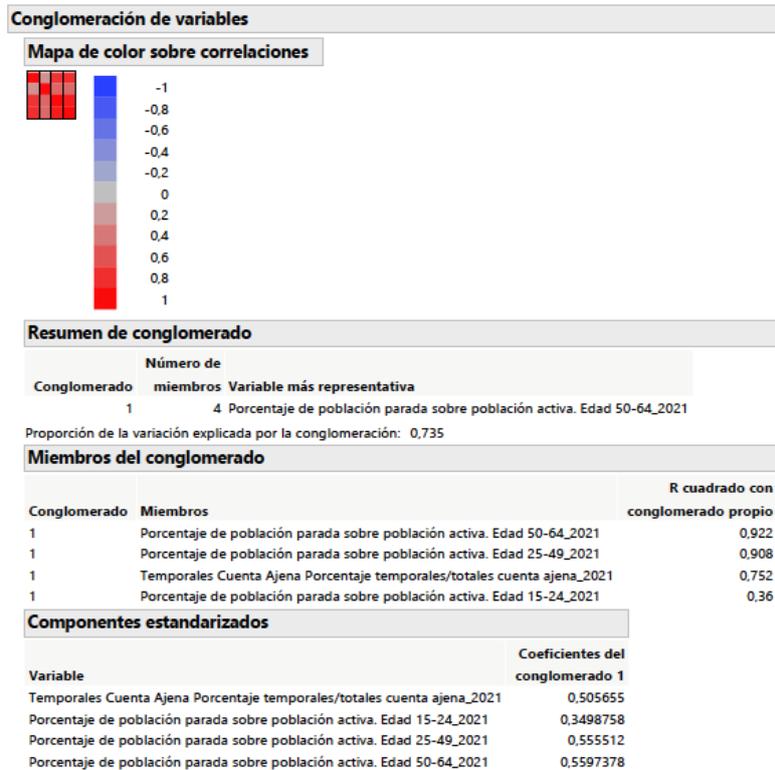
En la dimensión de empleo partimos de cuatro indicadores que recogen el porcentaje de población parada sobre la población activa en tres grandes grupos de edad: 15-24 años, 25-49 años y 50-64 años, además, un indicador que, a falta de otros más idóneos para este fin, refleja una medida de calidad del empleo: trabajadores temporales por cuenta ajena respecto al total de trabajadores por cuenta ajena, es decir, porcentaje de empleo temporal por cuenta ajena (figura 4.17).

Figura 4.22 Dimensión Empleo. Matriz de información



Según el análisis por conglomerados, la población parada sobre la activa entre 50 y 64 años es capaz de captar el 73,5% de la información ofrecida conjuntamente por las cuatro variables iniciales. Por lo tanto, este es el primer indicador que pasa a formar parte de la matriz de información. Sin embargo, según se desprende de dicho análisis (figura 4.18), la población parada sobre activa en el grupo de edad entre 15 y 24 años no queda individualmente bien representada por este conglomerado, sólo en un 34,98%, mientras en el resto supera el 75%. Por ese motivo, hemos decidido retener también el indicador de desempleo joven, pues el grupo de edad de 15 a 24 años es particularmente vulnerable, y el desempleo a esas edades puede ser un factor de riesgo para la salud.

Figura 4.23 Conglomerado indicadores dimensión: empleo



#### 4.4. Modelo de fichas de indicadores

El anexo 1 contiene, clasificadas según ámbito y dimensión, las fichas técnicas de los indicadores. Incluyen la definición del indicador y su cálculo operativo, las unidades, el nivel de desagregación territorial, así como la disponibilidad temporal, periodicidad, la fuente y su enlace web en caso de existir. Por último, se incluye su relación con las metas y objetivos de los ODS. La estructura general es la siguiente (figura 4.19):

Figura 4.24 Modelo de ficha técnica de los indicadores

ÁMBITO	
DIMENSIÓN	
INDICADOR  <b>RENDA EQUIVALENTE</b>	NOMBRE
	Definición
	Definición operativa
	Numerador
	Denominador
	Unidades
	Escala espacial
	Fuente
	Cobertura temporal
	Periodicidad
	web
	ODS

## 5. Análisis de indicadores de los barrios de Las Palmas de Gran Canaria

En esta sección se presentan los resultados de la matriz de información: los indicadores por barrios y su análisis estadístico y gráfico.

Algunos indicadores tienen valores faltantes. Además de la exclusión ya comentada en el apartado 4 de 10 barrios por su baja población, incompatible con guardar el secreto estadístico, para algunos indicadores faltan datos en determinados barrios. Este problema es cuantitativamente importante en los indicadores procedentes del ayuntamiento de LPGC sobre ayudas (véase apartado 5.1.3), en el porcentaje de ancianos que viven solos, en los de sobremortalidad por causas evitables (véase apartado 5.5.2) y en la prevalencia de obesidad infantil (véase apartado 5.2.3). Para los análisis univariantes o bivariantes, la falta parcial de datos no es un problema especialmente gravoso. Maximizamos el uso de la información disponible, analizando los barrios para los que hay información. En los análisis multivariantes (véase apartado 7) se ha prescindido de los indicadores de ayudas del Ayuntamiento dentro de la dimensión de dependencia y protección social, y por tanto se analiza una matriz de información de 43 indicadores (tabla 5.1).

Tabla 5.17 Matriz de información. 45 indicadores barrios LPGC según ámbito y dimensión

Ámbito	Dimensión (nº de indicadores)	Lista de indicadores	Nº de barrios con valores faltantes (de los n=112 barrios analizados)
Contexto socioeconómico (13)	Renta (1)	Renta media por unidad de consumo	0
	Pobreza y desigualdad (4)	Gini	0
		P80/20	0
		Pobreza AROP	0
		Pobreza severa	0
	Dependencia y protección social (8)	Índice Sobreenvjecimiento	0
		Índice de dependencia	0
		Porcentaje pensionistas invalidez sobre población	0
		Porcentaje pensionistas jubilación sobre población	0
		Ayudas PEEN-PEESx100 personas	30
		Ayudas SADx100 personas	29
		Porcentaje viviendas 1 sólo habitantes de 65 años y más.	31
	Porcentaje viviendas 1 sólo habitantes de 85 años y más.	31	
Estado de Salud y riesgos para la salud (21)	Condiciones de vida y calidad habitacional (3)	Número de miembros del hogar	0
		Porcentaje de hogares con superficie por ocupante entre 10 y 15 m2	0
		Porcentaje viviendas de alquiler	0
	Exceso de mortalidad por causas evitables (15)	Suicidio (H)	33
		Cáncer de pulmón (H)	33
		Cáncer de pulmón (M)	33
		Diabetes mellitus (H)	33
		Diabetes mellitus (M)	33
		Demencia (H)	33
		Demencia (M)	33
		Cardiopatía Isquémica (H)	33
		Cardiopatía Isquémica (M)	33
		EPOC (H)	33
		EPOC (M)	33
		Cirrosis hepática (H)	33
		Cirrosis hepática (M)	33
		Enfermedad Cerebro Vascul ar (H)	33
		Enfermedad Cerebro Vascul ar (M)	33
	Indicadores de salud y	Prevalencia de diabetes mellitus tipo II	0
		Obesidad infantil	17

	Riesgos para la salud (3)	Tabaquismo	0
Demografía, educación y empleo (11)	Estructura de la población (8)	Porcentaje población menor de 5 años	0
		Porcentaje población menor de 15 años	0
		Porcentaje población menor de 20 años	0
		Porcentaje población entre 20 y 64 años	0
		Porcentaje población mayor de 64 años	0
		Índice de estructura de la población activa	0
		Índice de recambio	0
		Porcentaje extranjeros	0
	Educación (1)	Porcentaje población con estudios superiores sobre población de 25 y más años	0
	Empleo (2)	Porcentaje de población parada sobre población activa. Edad 15-24 años	0
		Porcentaje de población parada sobre población activa. Edad 50-64 años	0

La tabla completa con los datos por barrios de los 45 indicadores puede consultarse en el enlace: <https://goo.su/VZNCRT>

En el anexo 2 se presentan las fichas de los barrios, comparando el valor de cada indicador con el del resto de barrios de la ciudad y cuando hay información longitudinal, su evolución temporal.

Los análisis que se presentan en este apartado 5 incluyen los 45 indicadores básicos seleccionados, y en algunos casos se profundiza asociándolos a otros relacionados con ellos, por ejemplo, con mayor desagregación por edad y sexo.

## 5.1. Ámbito socioeconómico

### 5.1.1. Renta

La **renta promedio por unidad de consumo o renta equivalente** en los barrios de la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria asciende a 18.998,9 euros. Esta cifra

es superior a la de la Comunidad Autónoma de Canarias que alcanzó los 17.495,0 euros o a la de la provincia de Las Palmas, que ascendió a 17.823 euros.

Trece Barrios, en los que conviven un 8,5% de la población de la ciudad, se encuentran en el decil de renta media por unidad de consumo más bajo, 14.054,4 euros. Entre ellos, uno de los diez mayores en población, Las Rehojas, con más de 11.000 vecinos.

Por el otro extremo, en el decil de mayor renta equivalente, entre 25.767 y 35.038 euros, están 13 barrios en los que habita el 10,5 % de la población capitalina. Triana y Canalejas, con 9.125 y 8.041 residentes respectivamente, son los de mayor tamaño poblacional en ese grupo. La tabla 5.2 presenta, ordenados, los barrios de la ciudad por deciles de renta equivalente.

El barrio con mayor renta media equivalente, Ciudad Jardín (35.038 euros), multiplica por más de 3 la renta promedio más baja, Jinámar (10.892,4 euros).

Tabla 5.18 Deciles Renta Media por unidad de consumo

JINAMAR, EL LASSO, LAS REHOYAS, SAN FRANCISCO - SAN NICOLAS CHUMBERAS, ZARATE, LAS TORRES INDUSTRIALES, CUEVAS BLANCAS, LA CAZUELA, LADERA ALTA, LOMO VERDEJO, ISLA PERDIDA	SAN JUAN - SAN JOSE, CASA AYALA, TRES PALMAS, SCHAMANN, PEDRO HIDALGO, CUESTA RAMON, REHOYAS ALTAS, LA PATERNA, TENOYA, HOYA DE LA PLATA, LOMO LOS FRAILES	DÍAZ CASANOVA, MILLER, EL CARDON, EL BATÁN, VEGA DE SAN JOSE, LOMO APOLINARO, DISEMINADO DE TAFIRA, LOS GILES, SAN ROQUE, DISEMINADO LOS GILES, DISEMINADO DE MARZAGÁN	CASABLANCA I, EL SECADERO, LOMO BLANCO, LA FERIA, LA PALMA, LLANOS DE M <sup>ra</sup> RIVERA, SIETE PUERTAS, PILETAS, SAN CRISTOBAL, EL ROMAN, RISCO NEGRO
<b>Decil 1 Hasta 14.054,4 €</b>	<b>Decil 2 Hasta 14.826,8 €</b>	<b>Decil 3 Hasta 15.811,8 €</b>	<b>Decil 4 Hasta 15.560,6 €</b>
CAÑADA HONDA, COSTA AYALA, LAS MAJADILLAS, LAS PERRERAS, TAMARACEITE, SALTO DEL NEGRO, LA ISLETA, CUEVAS TORRES, LOS TARAHALES, CASABLANCA III, ALMATRICHE ALTO	LOMO DEL SABINAL, MONTEQUEMADO, LLANO DE LAS NIEVES, CIUDAD DEL CAMPO, EL FONDILLO, LA CANTERA, HOYA ANDREA, DISEMINADO DE ALMATRICHE, DISEMINADO SAN LORENZO, EL TOSCON, SAN JOSE DEL ALAMO	LA MILAGROSA, MILLER INDUSTRIAL, LA SUERTE, ALMATRICHE BAJO, LA GALERA, DISEMINADO DE TAMARACEITE, CRUZ DEL OVEJERO, LLANOS DE LA BARRERA, MARZAGAN, STA. MARGARITA, LAS MESAS	ESCALERITAS, FINCAS UNIDAS, SAN ANTONIO, SANTA CATALINA - CANTERAS, EL PINTOR, LAS CUEVAS, SAN LORENZO, ZURBARAN, ALCARAVANERAS
<b>Decil 5 Hasta 17.288,0 €</b>	<b>Decil 6 Hasta 18.484,6 €</b>	<b>Decil 7 Hasta 20.328,6 €</b>	<b>Decil 8 Hasta 22.451,0 €</b>
DRAGONAL ALTO, DRAGONAL BAJO, EL ZARDO, DON ZOILO, GUANARTEME, DISEMINADO LOS HOYOS, LA DATA, LOS HOYOS, LAS TORRES, SAN LAZARO, VEGUETA, LUGO	LA MONTAÑETA, SAN FCO. DE PAULA, ALTAVISTA, LA CALZADA, CANALEJAS, TRIANA, MONTE LUZ, PICO VIENTO, TAFIRA BAJA, TAFIRA ALTA, CIUDAD DEL MAR, LA MINILLA, CIUDAD JARDIN		
<b>Decil 9 Hasta 25.676,0 €</b>	<b>Decil 10 Hasta 35.038,8 €</b>		

En términos de población, la tabla 5.3 muestra el decil de renta de los diez barrios más poblados de la ciudad, con un 45% del total de sus habitantes. Barrios

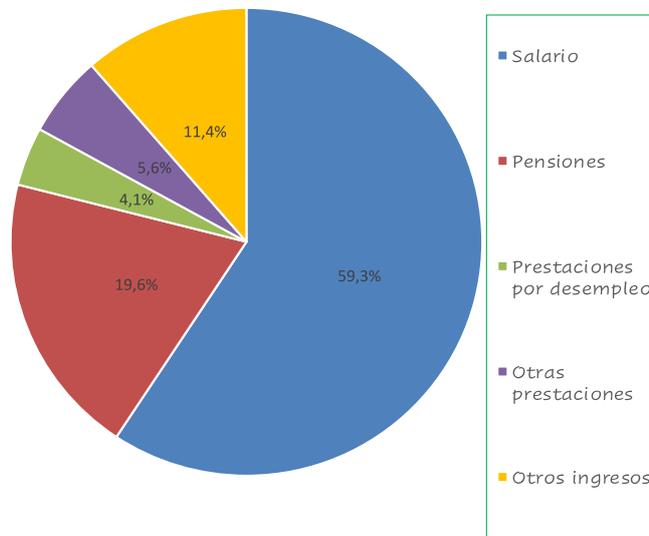
populosos de Ciudad-Alta como Las Rehojas, Schamann y La Feria reúnen los hogares más desfavorecidos económicamente (deciles de renta más bajos). Por el otro lado, Guanarteme, San Lázaro, Santa Catalina-Canteras, Escaleritas y Alcaravaneras, son los barrios de la ciudad más poblados con índices de renta equivalente en los deciles altos.

Tabla 5.19 Decil de renta equivalente 10 barrios más poblados de LPGC.

Decil renta	Población 2023	Población Porcentaje	Barrio LPGC
9	24.820	6,5%	GUANARTEME
8	24.400	6,4%	SANTA CATALINA - CANTERAS
5	21.991	5,8%	LA ISLETA
8	21.991	5,8%	ESCALERITAS
2	14.461	3,8%	SCHAMANN
8	14.165	3,7%	ALCARAVANERAS
5	13.693	3,6%	TAMARACEITE
4	12.855	3,4%	LA FERIA
9	11.641	3,1%	SAN LAZARO
1	11.315	3,0%	LAS REHOYAS

Otro aspecto interesante para analizar es la composición de la renta en las unidades de consumo en los distintos barrios capitalinos. En promedio, casi un 60% de las rentas tienen como origen el "Salario" y en torno a un 20% provienen de "Pensiones". Las "Prestaciones por desempleo" constituyen el 4,1% de las rentas familiares y un 6,1% proviene de "Otras prestaciones". Por último, un 11,5% de las rentas tienen como fuente "Otro tipo de ingresos" que no estarían incluido en las categorías anteriores y que entre otras incluyen rentas patrimoniales provenientes de rentas de alquiler o del capital (figura 5.1).

Figura 5.25 Procedencia de renta según fuente de ingresos. Porcentaje promedio entre Barrios de las LPGC



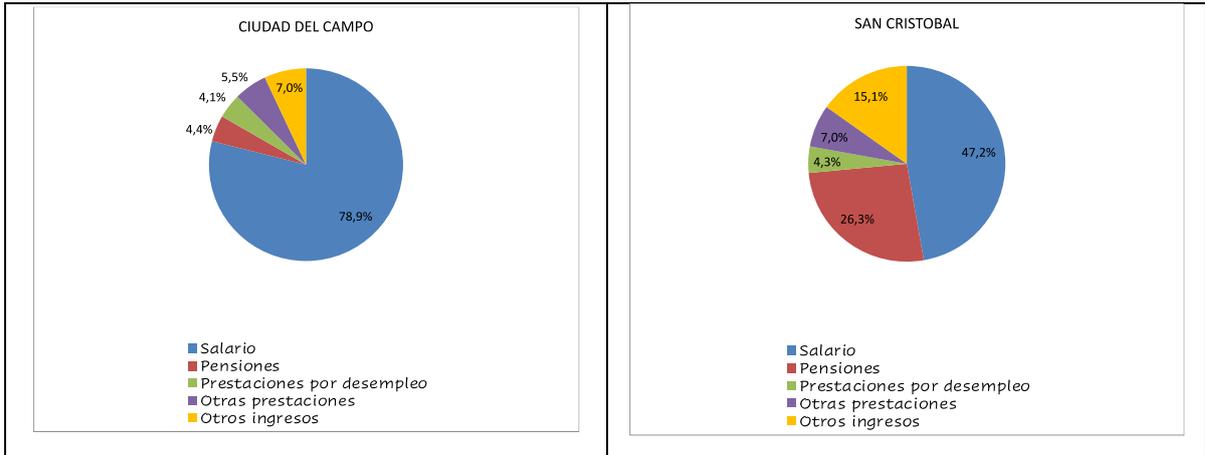
Pero este promedio oculta diferencias importantes entre barrios. En la figura 5.3 representamos para cada origen de ingreso: "Salarios", "Pensiones", "Prestaciones desempleo", "Otras prestaciones" y "Otros ingresos", la estructura de los barrios extremos en cada categoría.

Por ejemplo, en un extremo está Ciudad del Campo, barrio cuyas rentas salariales alcanzan el 79% de los ingresos del hogar. En el otro extremo está San Cristóbal, donde sólo el 42% de los ingresos procede de una retribución laboral.

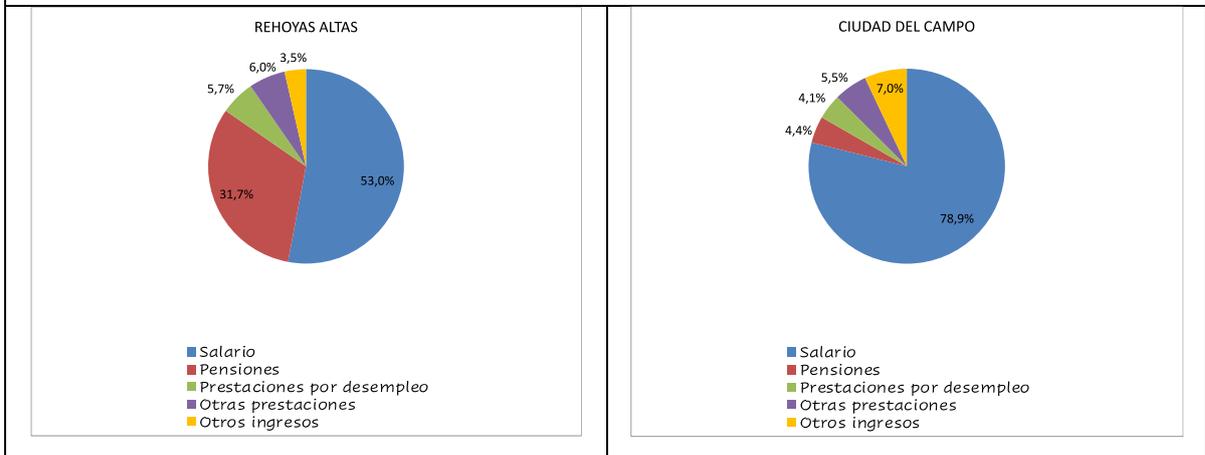
Otra fuente de ingresos, las pensiones, contrapone barrios con población más envejecida a localizaciones de expansión urbana. En las Rehoyas Bajas, casi el 32% de los recursos del hogar procede de pensiones, mientras este porcentaje solo alcanza el 4,4% en Ciudad del Campo.

Jinámar lidera los barrios con mayor aportación de ingresos del hogar procedentes de prestaciones por desempleo y de otro tipo de prestaciones. El 9% de sus recursos económicos proceden de prestaciones de desempleo, y este volumen alcanza hasta el 20% si añadimos prestaciones por otros conceptos.

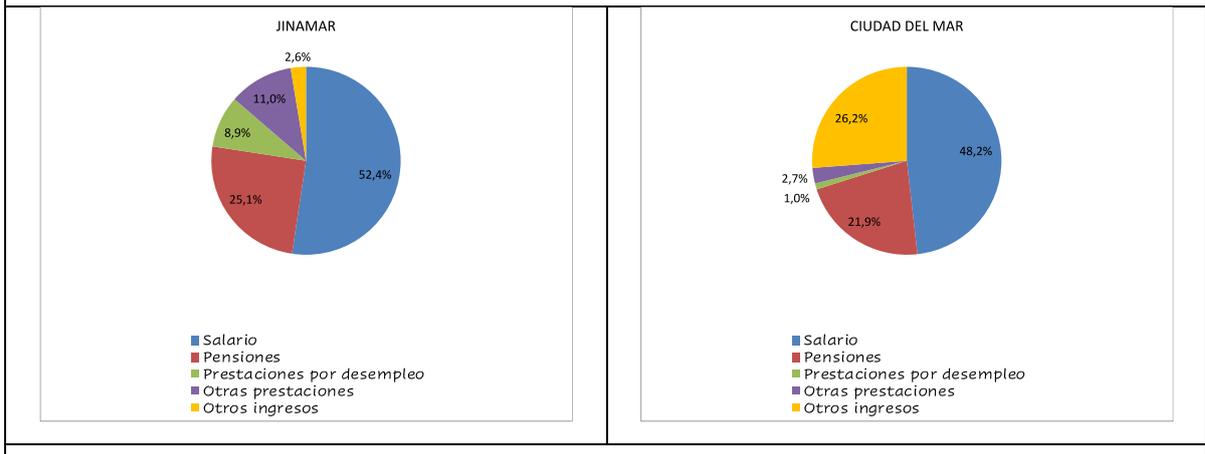




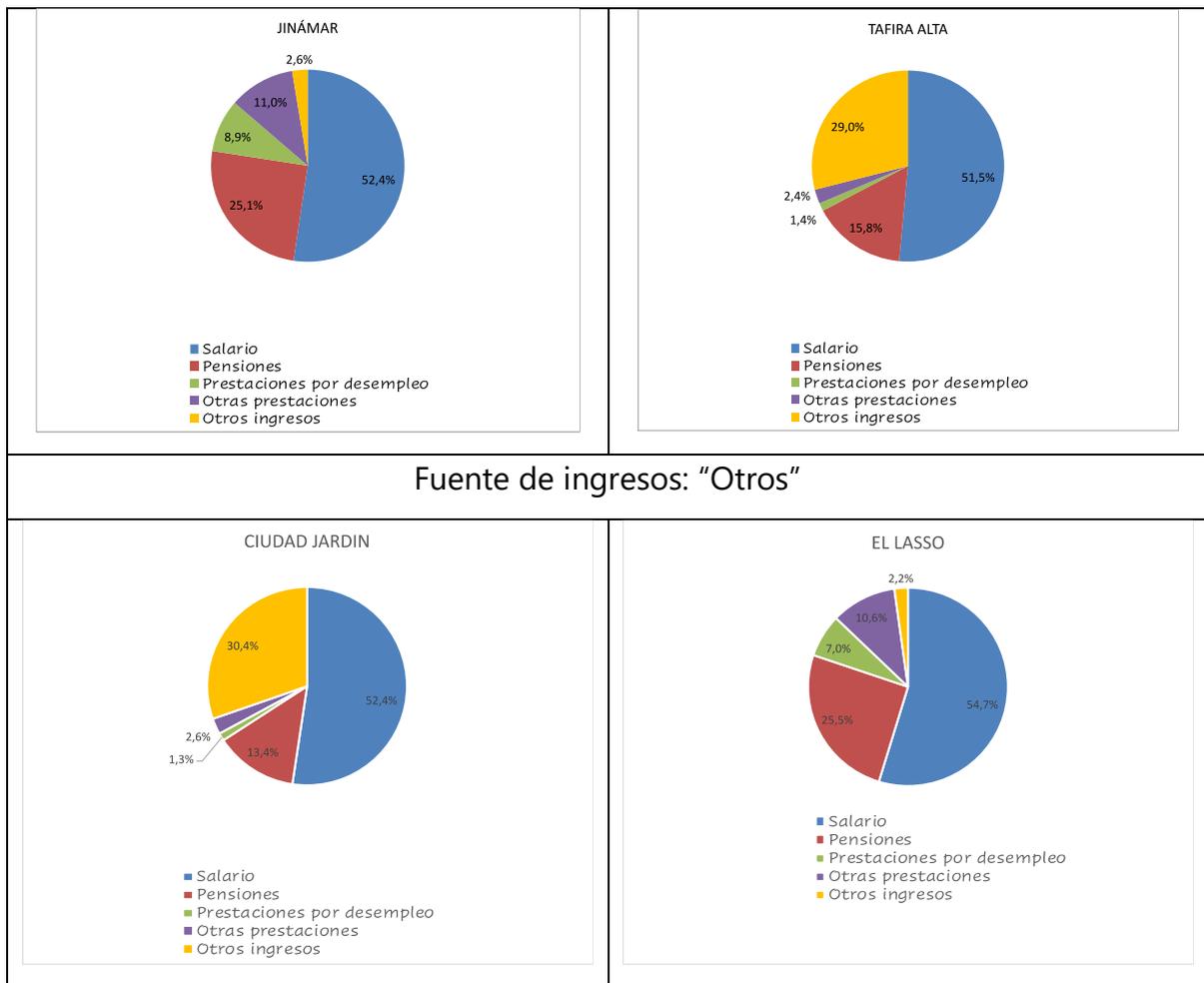
Fuente de ingresos: "Pensiones"



Fuente de ingresos: "Prestaciones por desempleo"



Fuente de ingresos: "Otras prestaciones"



### 5.1.2. Pobreza y Desigualdad

El **índice de Gini** en España en 2021 fue de 33,0. En Canarias ligeramente superior 33,2; tanto en la provincia de Las Palmas como en la isla de Gran Canaria fue 32,9. El índice de mayor concentración de rentas según este indicador se observó precisamente para la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria, donde se elevó hasta 35.

La **ratio P80/P20** fue igual en la Comunidad, en la provincia y en la isla de Gran Canaria, 2,8. En la ciudad de LPGC hasta 4 décimas más, el 3,2. El 20% más rico más que triplica las rentas del 20% más pobre. Estas cifras agregadas evidencian una desigualdad de rentas más severa en el municipio capitalino que en el resto de los territorios de referencia considerados (isla y comunidad autónoma).

Las figuras 5.4 y 5.5 analizan por barrios con detalle estos dos indicadores de desigualdad, el índice de Gini y la relación P80/P20. Por el extremo más alto: Santa Catalina – Canteras (con valores extremos de reparto desigual), La Calzada, Tafira Baja, Pico Viento, Monte Luz, Vegueta, Alcaravaneras, Sta. Margarita, Marzagán, Llanos de la Barrera, Lugo, Ciudad Jardín. Por el otro lado, con distribuciones de rentas más equitativas están El Román, Risco Negro, Tres Palmas, La Palma, Llanos de M<sup>a</sup> Rivera, Siete Puertas, Cañada Honda, Costa Ayala, Lomo Verdejo, Tenoya, Las Torres Industriales, Cuesta Ramon y Hoya de la Plata. Hay 27 barrios que al menos triplican las diferencias en rentas entre sus vecinos, P80/P20 igual o por encima de 3).

Figura 5.28 Indicadores de desigualdad de Rentas. Índice de Gini

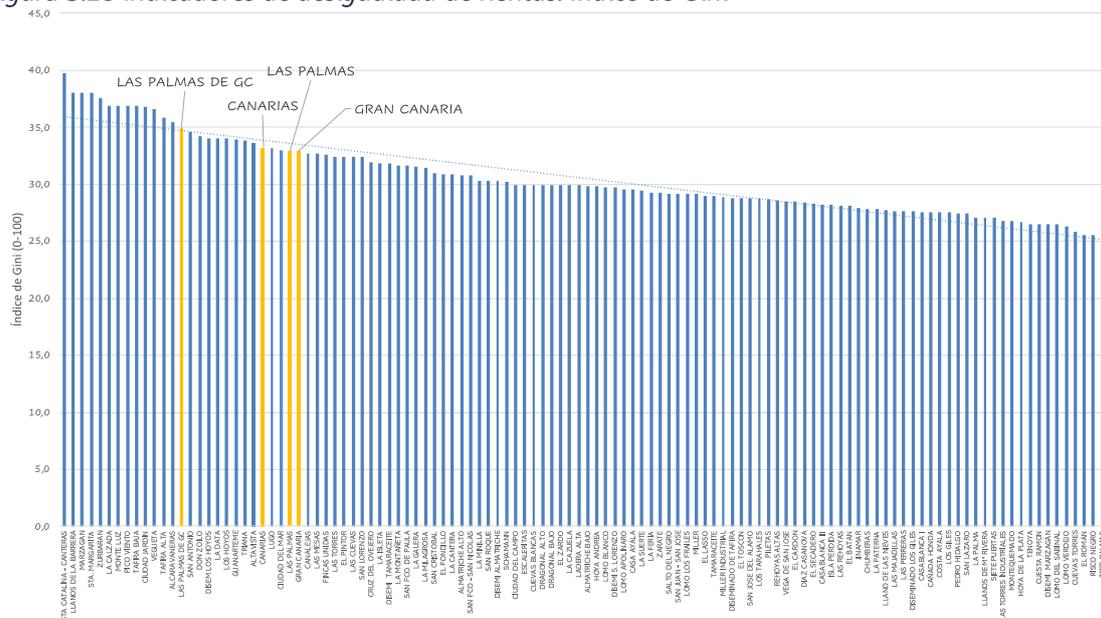
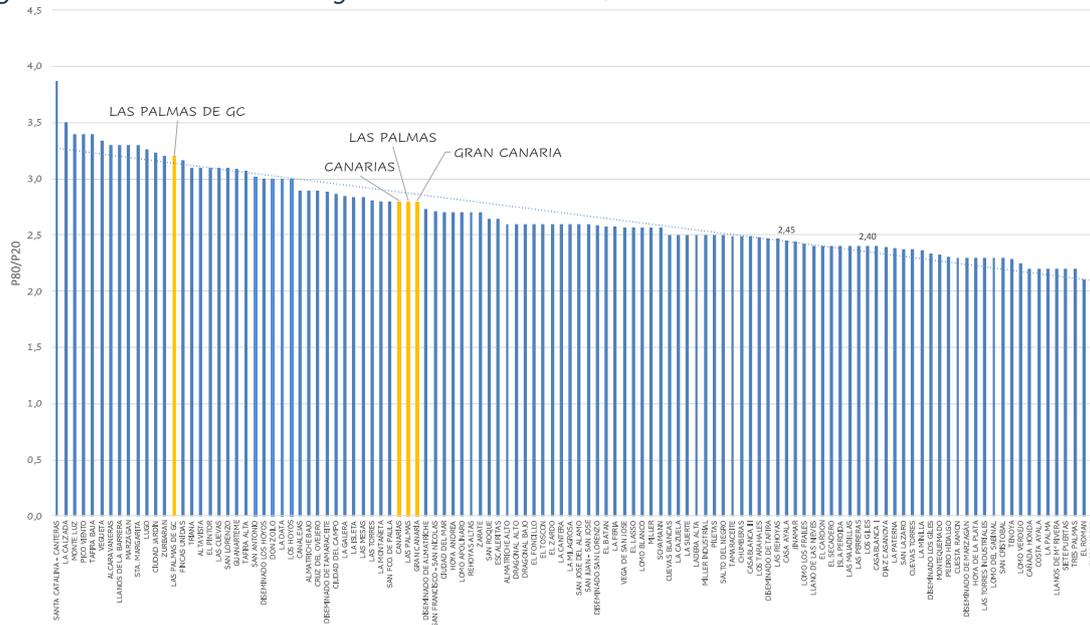
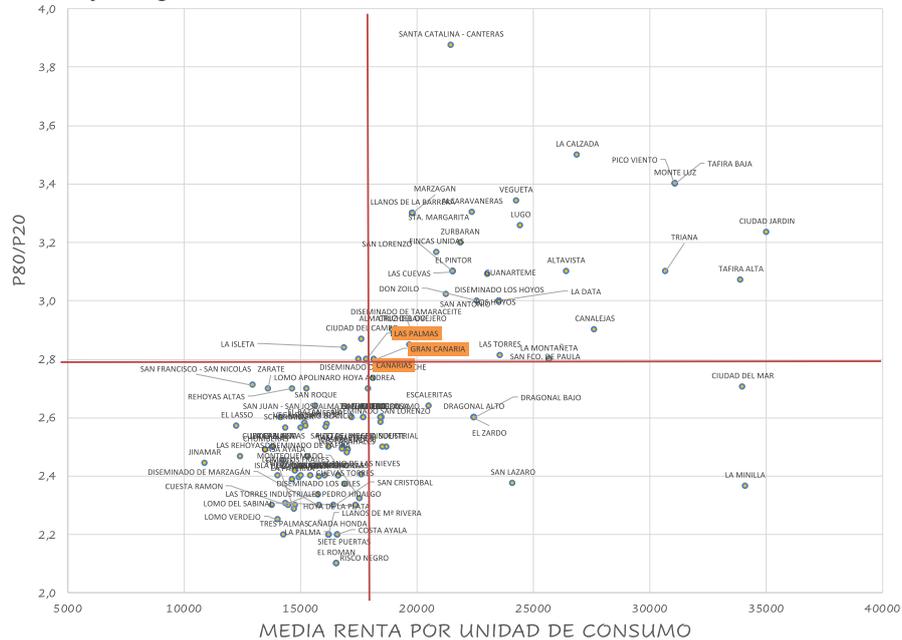


Figura 5.29 Indicadores de desigualdad de Rentas. P80/P20



La figura 5.6 cruza la renta equivalente o renta por unidad de consumo con el indicador de concentración de rentas P80/P20. Se puede observar una forma lineal creciente, indicando que barrios con mayores niveles de renta equivalente presentan mayor inequidad. Destacan las diferencias entre los barrios históricos, de rentas altas, con peores indicadores de distribución de rentas (Ciudad Jardín, Tafira Alta, Monte Luz, Pico Viento, Tafira Baja, Triana) y aquellos barrios, también con las rentas más altas, pero de más reciente creación, La Minilla o Ciudad del Mar, donde se observan mejores indicadores de equidad en la distribución de rentas. Santa Catalina – Canteras presenta la mayor disparidad en rentas, con una P80/20 de casi 4: el 20% de los hogares más ricos del barrio ingresa casi cuatro veces más que el 20% de los hogares más pobres.

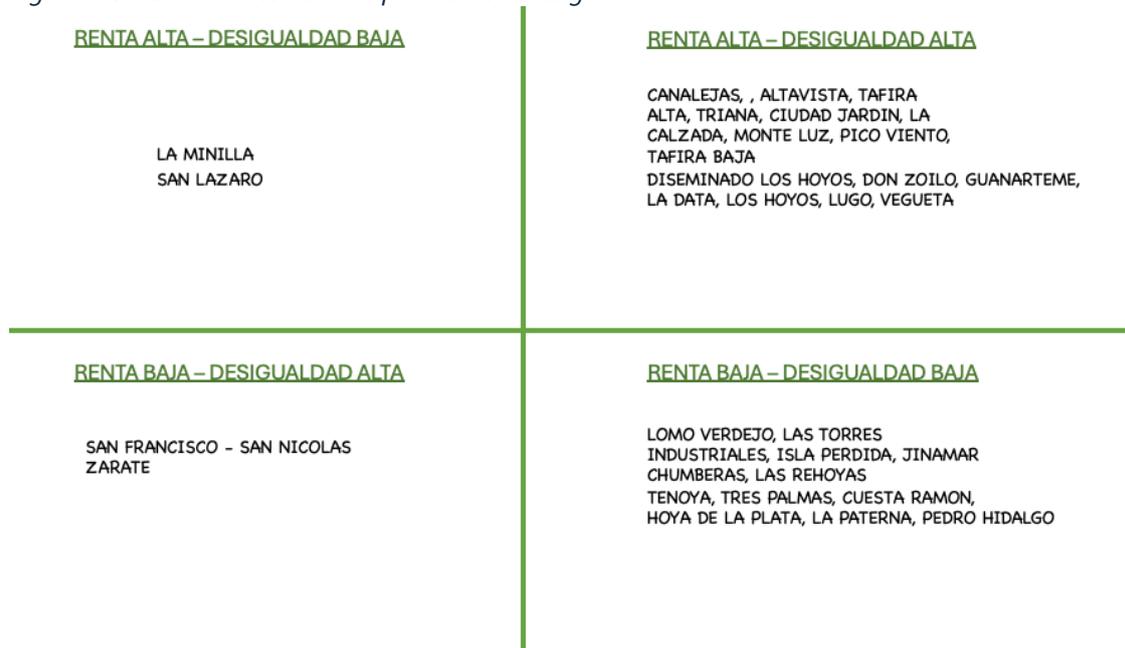
Figura 5.30 Renta y desigualdad. Barrios de Las Palmas de Gran Canaria



La figura 5.7 permite profundizar en estas diferencias. Contiene la lista los barrios capitalinos de los quintiles extremos tanto de renta como en desigualdad en rentas.

Aunque en general mayores niveles de renta llevan aparejados mayores niveles de desigualdad y viceversa, se observan algunas excepciones. Hay barrios de renta media alta pero con una distribución equitativa: La Minilla y San Lázaro, y barrios con rentas bajas pero además desigualmente distribuidas: San Francisco-San Nicolas y Zárate.

Figura 5.31 Cuadrantes Renta equivalente - Desigualdad



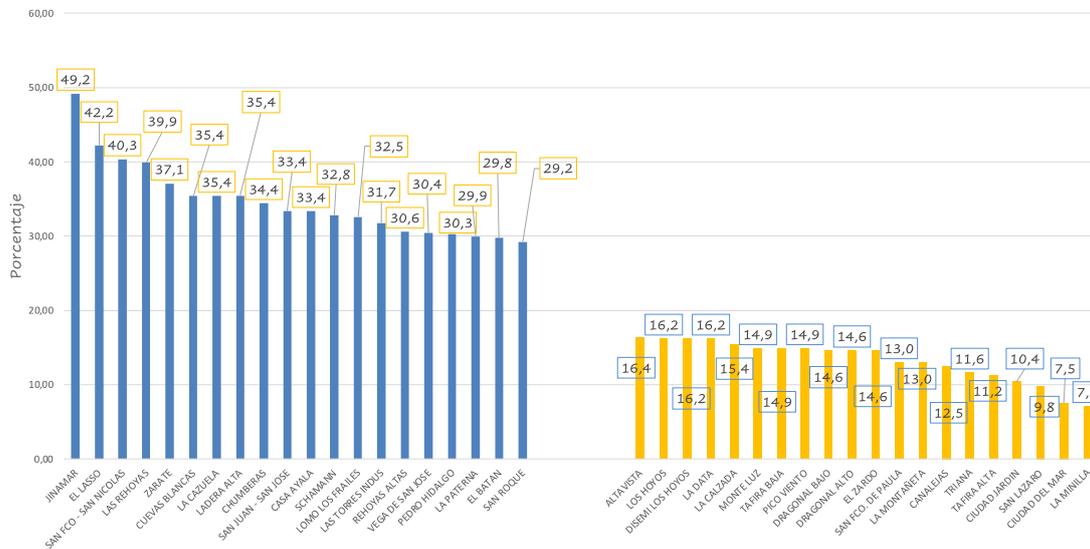
Renta Alta: 20% Superior; Renta Baja: 20% Inferior; Desigualdad Alta: 20% P80/P20 Superior; Desigualdad Baja: 20% P80/P20 Inferior

Según la **tasa de Riesgo de Pobreza** (AROP, población por debajo del 60% de la renta mediana equivalente) y la **tasa de Riesgo de Pobreza Severa** (población por debajo del 40% de la renta mediana equivalente), en la ciudad de LPGC hay 91.000 personas en riesgo de pobreza, un 24% de la población de la ciudad, casi 1 de cada cuatro habitantes. De estos, 42.000 viven con limitaciones económicas extremas, en situación de pobreza severa. Representan un 11% de los vecinos de la ciudad.

La figura 5.8 muestra en orden descendente los barrios con mayor y menor tasas de población en Riesgo de Pobreza (AROP).

Jinámar y la Minilla son los dos barrios extremos en el indicador AROP. En el primero el riesgo de pobreza es siete veces mayor que en el segundo. En Jinámar, es el 49,2%. El Lasso (42,23%), San Francisco – San Nicolas (40,34%), Las Rehojas (39,89%) y Zárate (37,02%) le siguen en ese adverso ranking.

Figura 5.32 Riesgo de Pobreza (AROP). Barrios con mayor y menor riesgo de pobreza



La tasa de Riesgo de Pobreza presenta una correlación positiva con la tasa de desempleo y precariedad laboral (0,45). De hecho, en España el 32,0% de las personas pobres tiene un empleo y otro 22,0% está desempleadas. “Si no se trabaja, las probabilidades de vivir en situación de pobreza son altas, pero si se trabaja, no siempre es posible evitar ser pobre” (Alguacil et al., 2024, pág. 22)<sup>48</sup>.

El Riesgo de Pobreza Severa, aunque afecta al 11% de los hogares de la ciudad, es muy superior en algunos de sus barrios. La siguiente figura 5.9. contiene los dos indicadores de riesgo de pobreza, e incluye un círculo cuyo tamaño representa la densidad de población. Jinámar (23,5%, casi uno de cada cuatro residentes), El Lasso (18,9%), San Francisco-San Nicolás (18,6%), Las Rehojas (18,2%), Santa Catalina-Canteras (16,7%) y Zárate (16,3%) acumulan una tasa de riesgo de pobreza de carácter severo por encima del 16%, 5 puntos más que el 11% promedio de la ciudad.

48 Alguacil et al. (2024). El Estado de la Pobreza. Seguimiento de los indicadores de la Agenda UE 2030. Ministerio de Derechos Sociales Consumo y Agenda 2030.



Figura 5.34 Riesgo de pobreza (AROP). Barrios Las Palmas de Gran Canaria

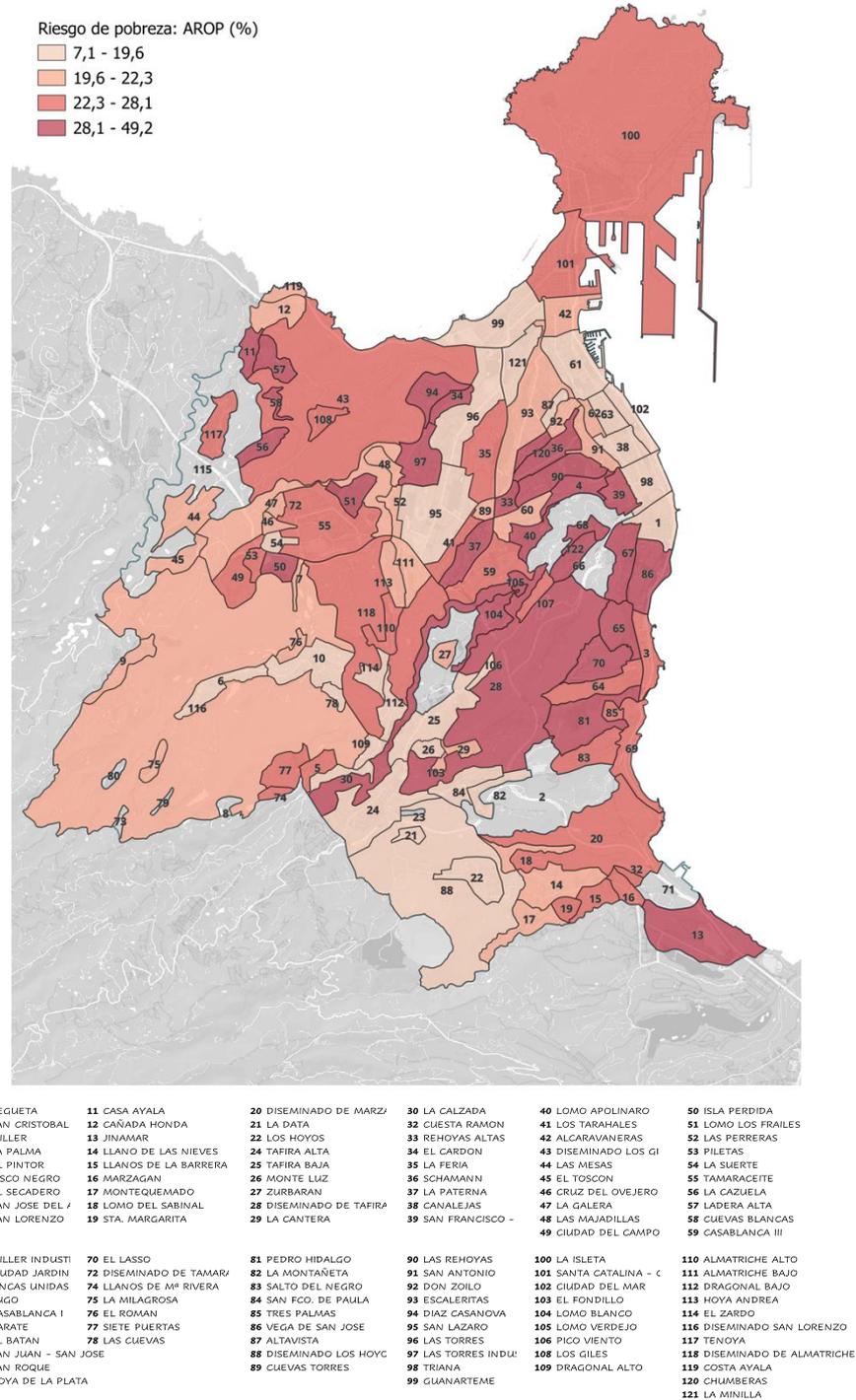
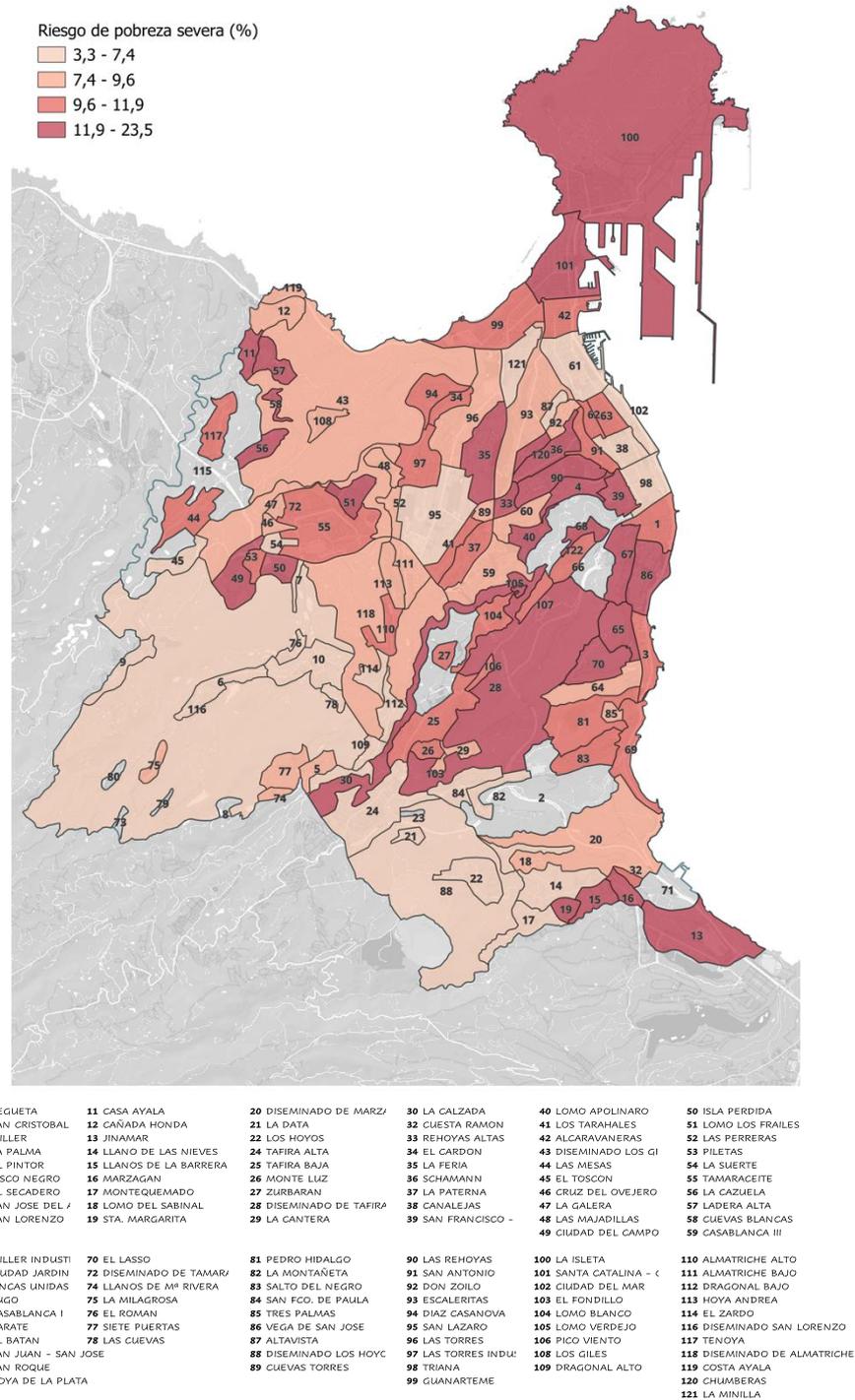


Figura 5.35 Riesgo de pobreza severa. Barrios Las Palmas de Gran Canaria



### 5.1.3. Dependencia y protección social

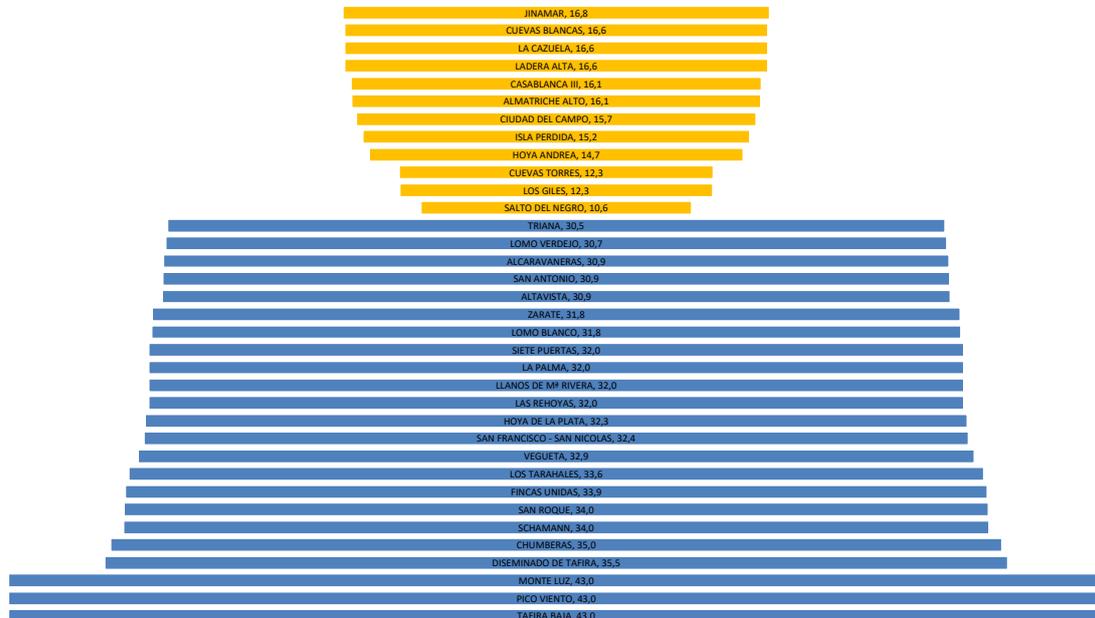
La figura 5.12 contiene los barrios con valores extremos en **el índice de sobreenvejecimiento** (recordemos que se define como la ratio entre la población con 80 y más años y la población con 65 y más años).

Hay diferencias territoriales importantes y se desprenden conclusiones relevantes desde el punto de vista del análisis de las necesidades de atención social:

- Hay diferencias muy importantes en el perfil de sobreenvejecimiento entre los barrios. Más de 33 puntos entre la máxima y la mínima: Monte Luz, Pico Viento o Tafira Baja (índice 43,0; de cada 10 personas mayores de 65 años prácticamente la mitad superan los 80 años) y Salto del Negro (índice 10,6; de cada 10 personas con más de 65 solo una es octogenaria o mayor).
- Entre los barrios con mayor proporción de mayores-mayores, de 80 o más años, se comparten territorios de alto nivel de rentas con otros en el extremo opuesto. Los tres con más alto valor en este indicador: Monte Luz, Pico Viento y Tafira Baja, están en el decil de renta más alto. Frente, las Chumberas, Schamann, las Rehoyas (todos en Ciudad Alta) o San Francisco-San Nicolas o San Roque, barrios antiguos que nacieron en la periferia de la parte noble de la ciudad por necesidad de cobijo de las clases más bajas de entonces y que actualmente su población persiste en los deciles de renta más bajos de la ciudad, con un alto índice de sobreenvejecimiento conviviendo en laberínticos callejones de acceso que dificultan la calidad habitacional y la instalación de infraestructuras.
- Entre los barrios con menor indicador de sobreenvejecimiento poblacional están los más desfavorecidos económicamente (menor renta por unidad de consumo). De hecho, seis de ellos pertenecen al decil de

renta más pobre: Jinámar (16,8), Cuevas Blancas (16,6), La Cazuela (16,6), Ladera Alta (16,6) e Isla Perdida (15,2).

Figura 5.36 Tasa de sobreenvjecimiento. (Ratio: 80 años y más/65 años y más) \* 100



El **índice de dependencia demográfica** es una medida relativa de la población potencialmente inactiva sobre la población potencialmente activa.

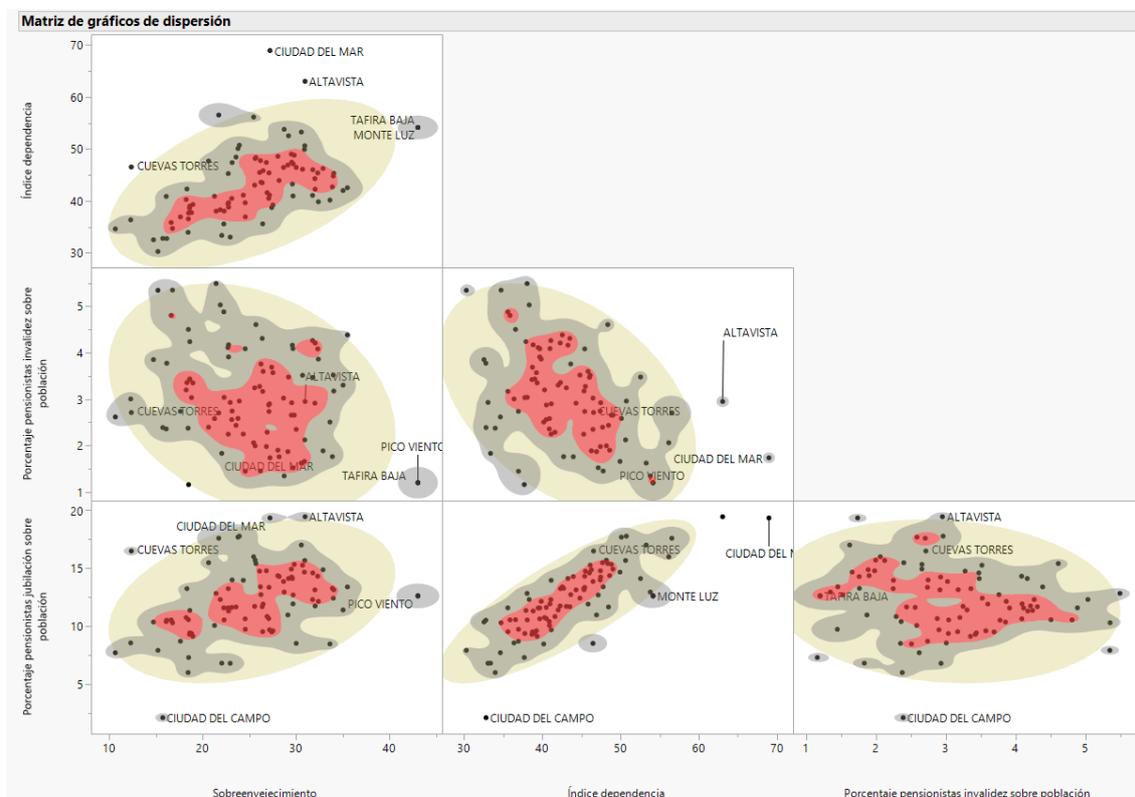
$$\text{Índice de dependencia} = \frac{\text{Población menor de 16 años y mayor de 64 años}}{\text{Población entre 16 y 64 años}}$$

Expresa, en forma de porcentaje, la relación existente entre la población dependiente (menor de 16 años y mayor de 64 años) y la población en edad productiva de la que aquella depende (de 16 a 64 años).

La tasa de dependencia promedio entre barrios de LPGC es del 43,2%. Varía entre la de Ciudad del Mar, con el 68,9% (por cada 100 personas en edad de trabajar hay 69 personas dependientes económicamente) y por el otro extremo, Isla Perdida, con un índice del 30,3%.

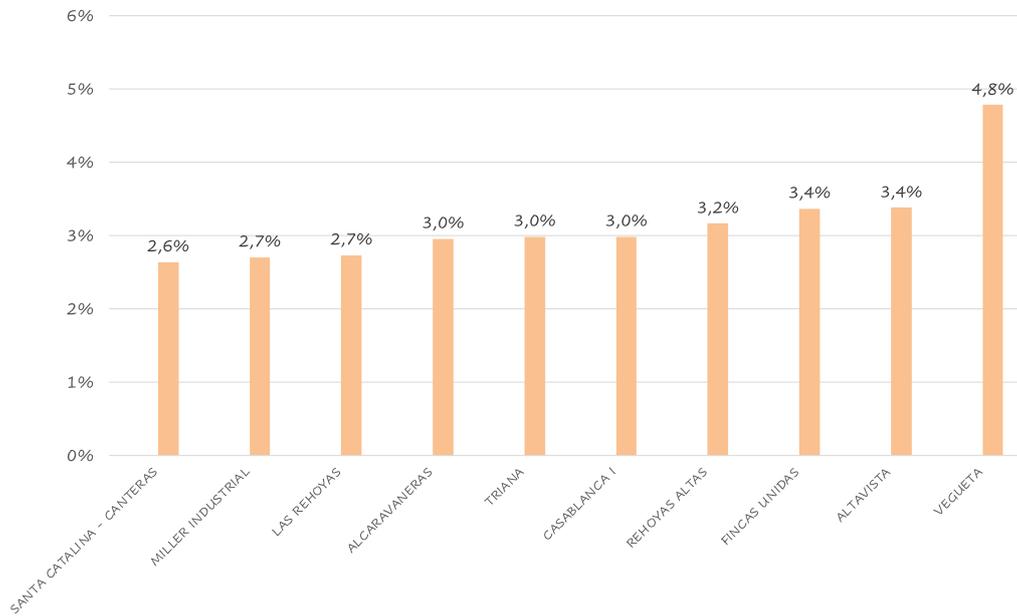
Es lógico que el índice global de dependencia esté relacionado con el porcentaje de personas que reciben una pensión por jubilación. Efectivamente, la correlación entre ambas variables es 0,81. La figura 5.13, matriz de gráfico de dispersión, representa cómo se sitúan los barrios LPGC en cuatro indicadores: índices de sobreenvjecimiento e índice de dependencia y porcentajes de pensionistas por jubilación y por incapacidad respecto a la población (dos a dos). Las áreas de color representan dónde están situados el 50%, 75% y 90% de ellos. Fuera, los territorios con valores extremos en el indicador correspondiente, con perfiles particulares. Ciudad del Campo, barrio con indicadores relativamente bajos en estos cuatro indicadores de dependencia. Isla Perdida, que presenta un perfil con bajo indicador de dependencia demográfica pero alto en percepción de pensiones por invalidez. Ciudad del Mar, con el mayor índice de dependencia, alto nivel de pensionistas por jubilación y a su vez bajo nivel de pensionistas por invalidez o Altavista, alto nivel de dependencia demográfica y de sobreenvjecimiento con un porcentaje elevado de población que recibe pensiones por invalidez.

Figura 5.37 Dispersión territorial. Indicadores Dependencia y protección social.



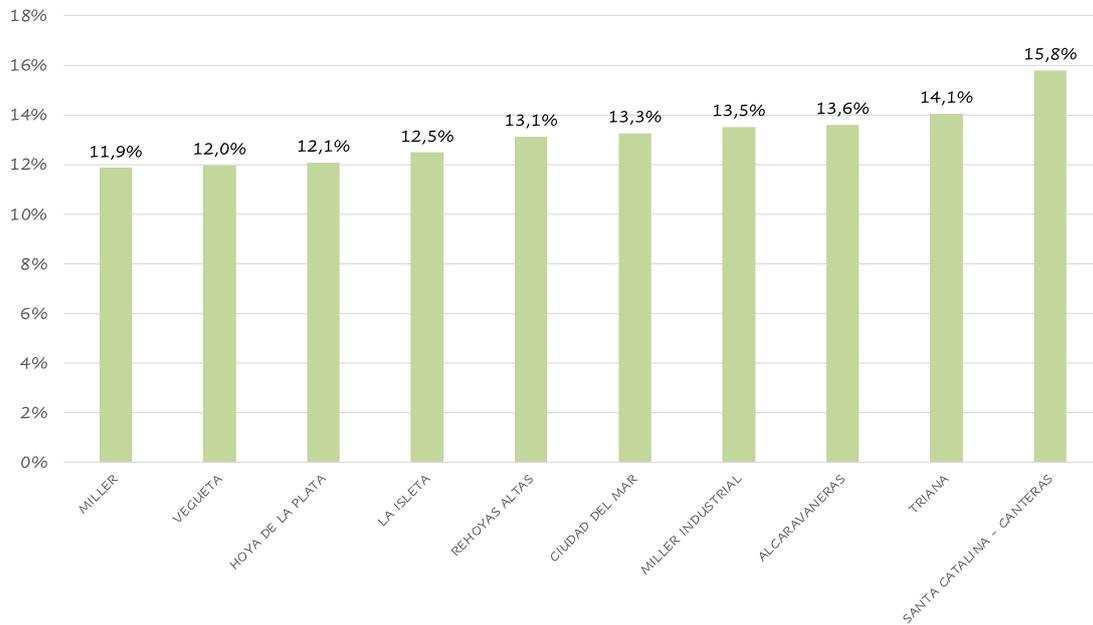
El tercer grupo de indicadores disponibles dentro de este ámbito de dependencia es el porcentaje de viviendas con un solo habitante y éste mayor de 65 años y el porcentaje de viviendas con un solo habitante y éste mayor de 85 años (figuras 5.14, 5.15 y 5.16). Vivir sólo no es un problema, lo son las condiciones en las que se vive. En este sentido, vuelve a ser de suma importancia contar con información que permita monitorizar los hogares unipersonales con residentes mayores que puedan requerir atención sociosanitaria y otro tipo de servicios para garantizar su calidad de vida.

Figura 5.38 Los diez barrios capitalinos con mayor porcentaje de hogares con un solo habitante de 85 o más años



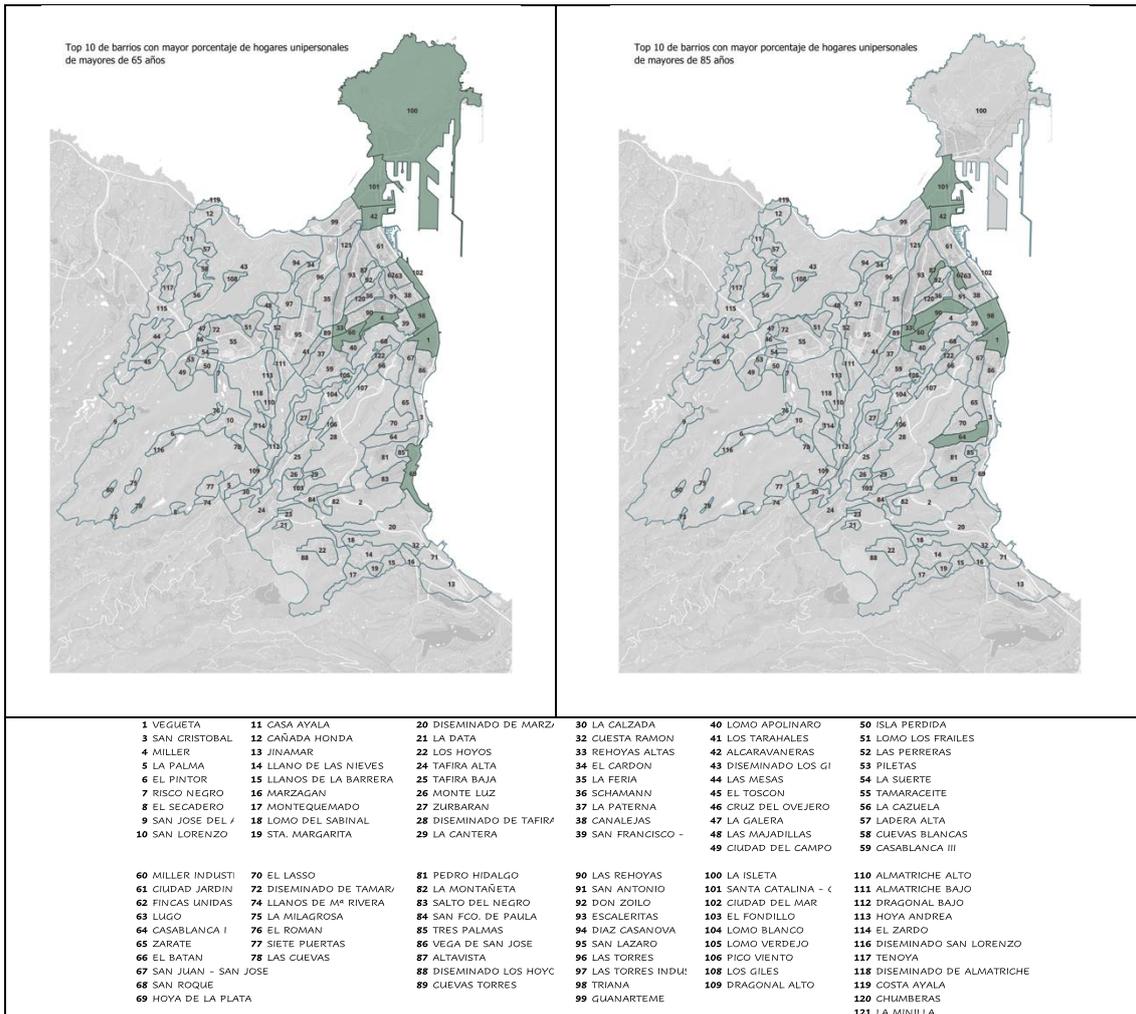
Este indicador, para preservar el secreto estadístico, no contiene información de 31 de los 112 barrios analizados

Figura 5.39 Los diez barrios capitalinos con mayor porcentaje de hogares con un solo habitante mayor de 65 años



Este indicador, para preservar el secreto estadístico, no contiene información de 31 de los 112 barrios analizados

Figura 5.40 Mapa de los diez barrios capitalinos con mayor porcentaje de hogares con un solo habitante de 65 años o mayor y de 85 años o más



El cuarto grupo de indicadores disponibles, con información procedente de la propia corporación local es el número total de intervenciones PEEN/PEES que en 2023 ascendieron a 4.269 actuaciones y de servicios de atención en domicilio, SAD, que se elevaron a 3.843. Éstas se distribuyeron por territorios como reflejan las figuras 5.17 y 5.18. Muestran los veinte barrios con mayor número de intervenciones sociales llevadas a cabo por la corporación local.

En los veinte barrios con mayor número de intervenciones PEEN/PEES, que acumulan el 25% de la población de la ciudad, se llevaron a cabo un total de 2.385 actuaciones, el 56% del total activadas por este concepto por parte del gobierno local.

Respecto al Servicio de Atención Domiciliaria, en los veinte barrios con mayor número de SAD, con un 12% de la población capitalina, se realizaron 1.405 servicios, el 36% de las desplegados por la corporación en 2023.

Es subrayable que sólo cinco barrios coinciden en esta lista de los veinte que mayores actuaciones de asistencia han recibido: Marzagán, Lomo los Frailes y Las Rehojas, como principales núcleos de percepción de estas ayudas sociales, más Lomo Blanco y Ladera Alta.

Figura 5.41 Número de intervenciones PEEN/PEES por 100 hab.

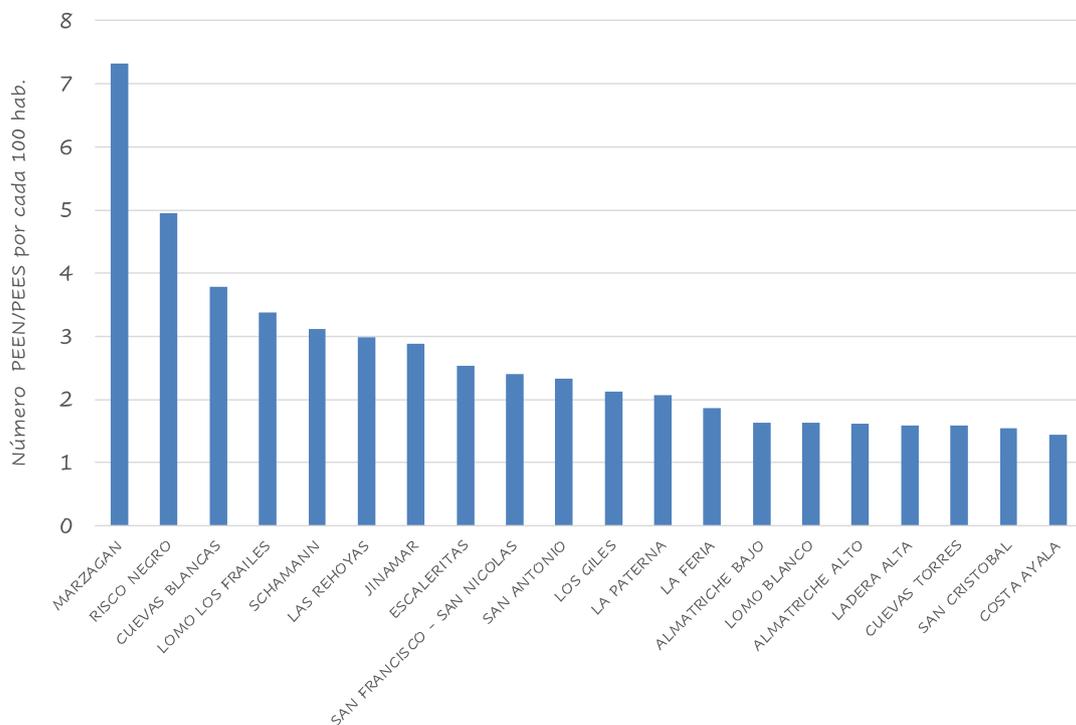
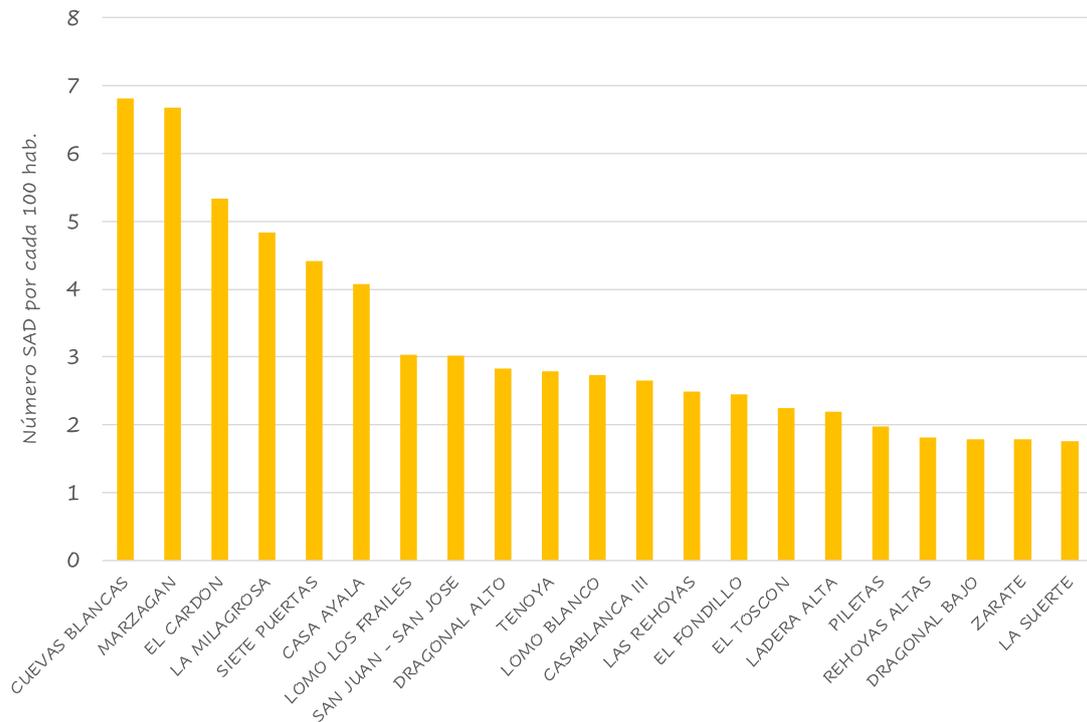


Figura 5.42 Número SAD por 100 habitantes



## 5.2. Estado de salud y riesgos para la salud

### 5.2.1. Condiciones de vida y calidad habitacional

Según el decreto de habitabilidad de Canarias<sup>49</sup>, las dimensiones mínimas de una vivienda deben responder a la ecuación:  $10n+5$ , siendo  $n$  el número de los miembros del hogar. Así, un hogar con dos personas debería disponer al menos de  $25 \text{ m}^2$ ,  $35 \text{ m}^2$  si fueran 3 y un mínimo de  $45 \text{ m}^2$  si la habitan cuatro personas. Para el caso de un solo ocupante en una vivienda, como mínimo, debe disponerse de  $15 \text{ m}^2$ .

49 DECRETO 117/2006, de 1 de agosto, por el que se regulan las condiciones de habitabilidad de las viviendas y el procedimiento para la obtención de la cédula de habitabilidad.

[www.gobiernodecanarias.org/boc/2006/161/boc-2006-161-001.pdf](http://www.gobiernodecanarias.org/boc/2006/161/boc-2006-161-001.pdf)

Las figuras 5.19 y 5.20 muestran la distribución del porcentaje de viviendas con menos de 15 m<sup>2</sup> por ocupante. Los riscos colindantes al centro histórico: San José, San Juan, San Roque y San Nicolás, y también la zona sur de este centro: El Lasso, San Cristóbal o los barrios de ciudad alta que surgieron entre los años 30 y 50 del siglo pasado: Rehoyas, Chumberas, Schamann o Escaleritas, destacan por el alto porcentaje de viviendas que no alcanzan el tamaño mínimo habitacional. En promedio, un 13,4% de los hogares de LPGC están por debajo de este tamaño mínimo por conviviente.

Figura 5.43 Distribución hogares con menos de 15 m<sup>2</sup> por ocupante.

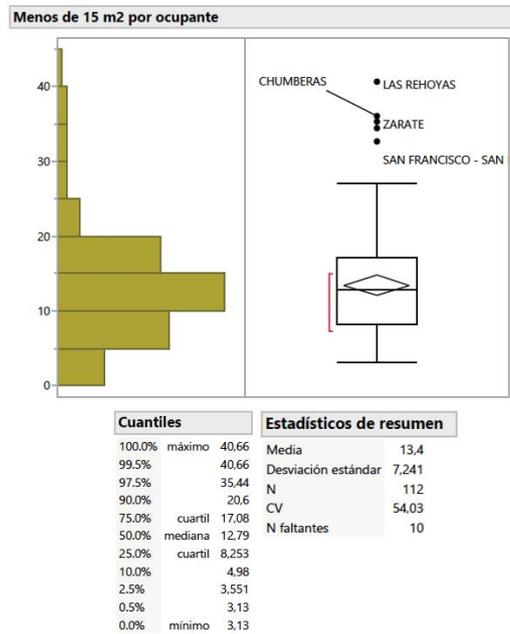
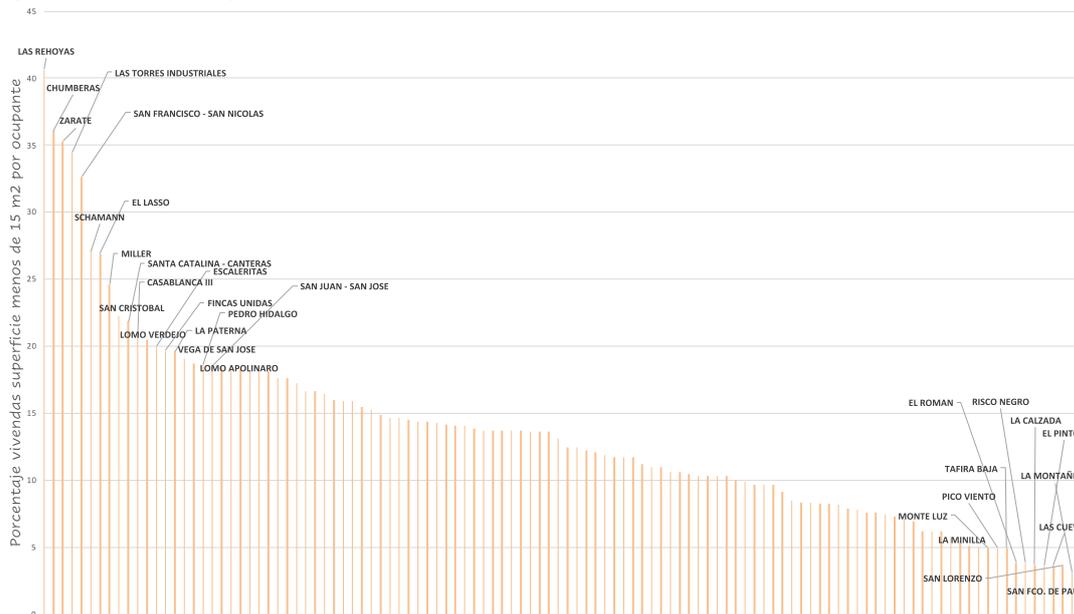


Figura 5.44 Porcentaje de viviendas con menos de 15 m<sup>2</sup> por ocupante



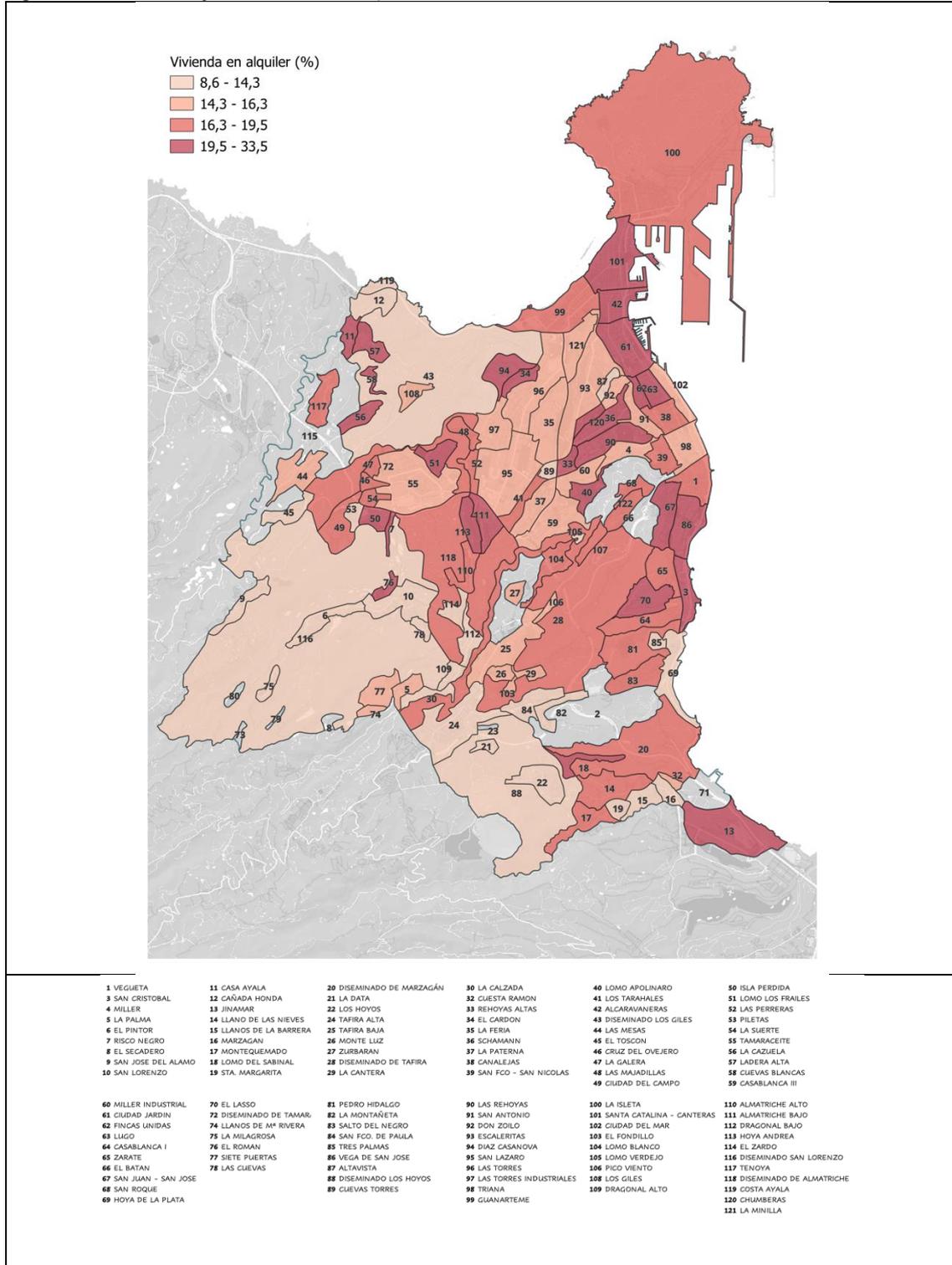
El tamaño promedio del hogar en la capital gran canaria es de 2,74 personas, (entre un mínimo y máximo de 2,2 y 3,09). Está ligeramente por encima de la media nacional (2,55). Los barrios con menor tamaño promedio de hogar son Santa Catalina-Canteras (2,20 hab.), Vegueta (2,37 hab.) y Guanarteme (2,45 hab.).

El primero y tercero coinciden con ser los más populosos de la ciudad con el 6,3% y 6,5% de población capitalina respectivamente.

En la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria, en promedio, el 16,8% de las viviendas son en régimen de alquiler. Esta cifra es sensiblemente inferior al promedio nacional, donde en arrendamiento vive en torno al 24% de la población.

Algunos barrios, sin embargo, están por encima incluso de ese nivel promedio nacional. Barrios periféricos con nivel bajo de rentas: Jinámar (33,4%), El Lasso (29,3%), Cuevas Blancas (26,4%), La Cazuela (26,4%), Ladera Alta (26,4%) o Isla Perdida (24,9%). En el tercer cuartil, con los niveles más altos de arrendamiento de vivienda principal, amén de otros, destaca la línea paralela al mar por el lado Este: Santa Catalina-Canteras (21%), Alcaravaneras (21,1%), Ciudad Jardín (19,8%), La Isleta (19,2). La figura 5.21 representa estos niveles de alquiler según cuartiles.

Figura 5.45 Porcentaje viviendas de alquiler



### 5.2.2. Exceso de mortalidad por causas evitables

En este apartado se analizan las ratios de mortalidad estandarizadas (RME) por sexos para las 150 secciones censales de Las Palmas de Gran Canaria con datos (asignables a 79 barrios) procedentes del proyecto MEDEA (ver apartado metodología 4.3.3.2), correspondientes a ocho causas de muerte potencialmente evitables (prevenibles):

- Cáncer de pulmón
- EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)
- Diabetes Mellitus
- Cardiopatía Isquémica
- Enfermedad Cerebro Vascular
- Cáncer de hígado y cirrosis hepática
- Suicidio y lesiones auto infligidas
- Demencias

En el proceso de asignación de valores de las secciones censales a los barrios (véase apartado 4.2.1), resultan 9 grupos de 2 a 4 barrios (en total, 27 barrios afectados) con valores idénticos de los indicadores. Se trata de secciones censales y barrios colindantes. Son los siguientes (tabla 5.5):

Tabla 5.21 Lista de grupos de barrios con valores idénticos de las ratios de mortalidad estandarizada

Id de los barrios agrupados	Nombre de los barrios
5,74,77	La Palma, <b>Llanos de M<sup>a</sup> Rivera</b> , Siete Puertas
109,112,114	Dragonal Alto, Dragonal Bajo, <b>Hoya Andrea</b>

17,21,22,88	<b><u>Montequemado</u></b> , La Data, los Hoyos, Diseminado los Hoyos
6,10,78	El Pintor, <b><u>San Lorenzo</u></b> , Las Cuevas
34, 94	<b><u>El Cardón</u></b> , Diaz Casanova
29, 103	<b><u>La Cantera</u></b> , El Fondillo
46, 47, 72	Cruz del Ovejero, <b><u>La Galera</u></b> , Diseminado de Tamaraceite
14,15,16,19	<b><u>Llano de las Nieves</u></b> , Llanos de la Barrera, Marzagán, Santa Margarita
11,12,119	Casa Ayala, Cañada Honda, <b><u>Costa Ayala</u></b>

Nota: en los gráficos, se etiqueta el grupo con el nombre del barrio en negrita (el que tiene mayor población del grupo)

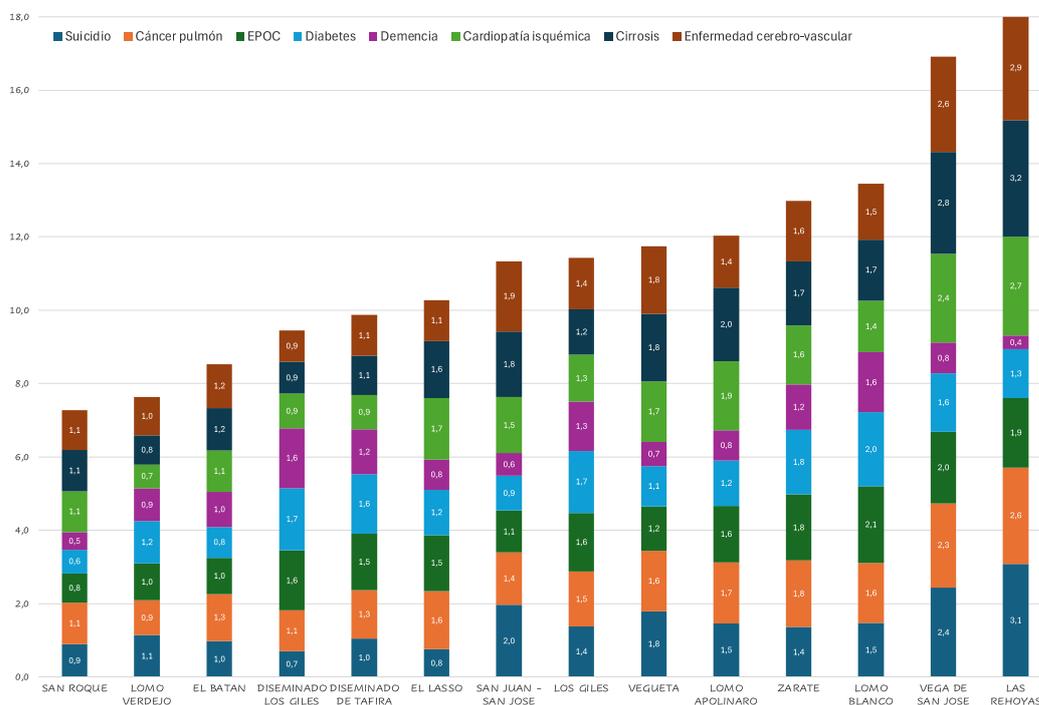
Se han calculado las correlaciones entre estas ratios estandarizadas de mortalidad para las 150 secciones censales. Los resultados más relevantes del análisis de las correlaciones son:

- Hay variabilidad entre secciones censales en las RME. Las mayores diferencias (coeficientes de variación) corresponden al cáncer de pulmón en mujeres (CV=0,75) y las menores, a demencias en hombres (0,06) y en mujeres (0,10).
- Hay correlaciones positivas significativas entre las RME por las distintas causas analizadas, salvo entre demencia y cáncer de pulmón en mujeres. Algunas de las correlaciones son muy altas (24 pares de variables con correlaciones superiores a 0,8).
- Hay causas de muerte que están extremadamente correlacionadas (por encima de 0,9). Así, para hombres cáncer de pulmón con EPOC, diabetes, cirrosis, cardiopatía isquémica y suicidio. También para las mujeres hay correlaciones muy fuertes entre cirrosis, diabetes y EPOC.

A nivel de barrio, las correlaciones entre las ratios de mortalidad estandarizada son muy altas. Cada una de ellas presenta un coeficiente de correlación múltiple al cuadrado con todas las demás igual o superior a 0,97.

Para profundizar en el análisis de exceso de mortalidad por las distintas causas evitables, se han calculado las ratios estandarizadas para los 79 barrios de LPGC con información para cada una de las causas de muerte, por separado para hombres y mujeres, y se ha obtenido la suma para cada sexo. En la figura 5.22 se representan los barrios con mayores excesos de mortalidad de hombres, por causas.

Figura 5.46 Barrios de Las Palmas de Gan Canaria con los máximos excesos de mortalidad por causas evitables. Hombres.



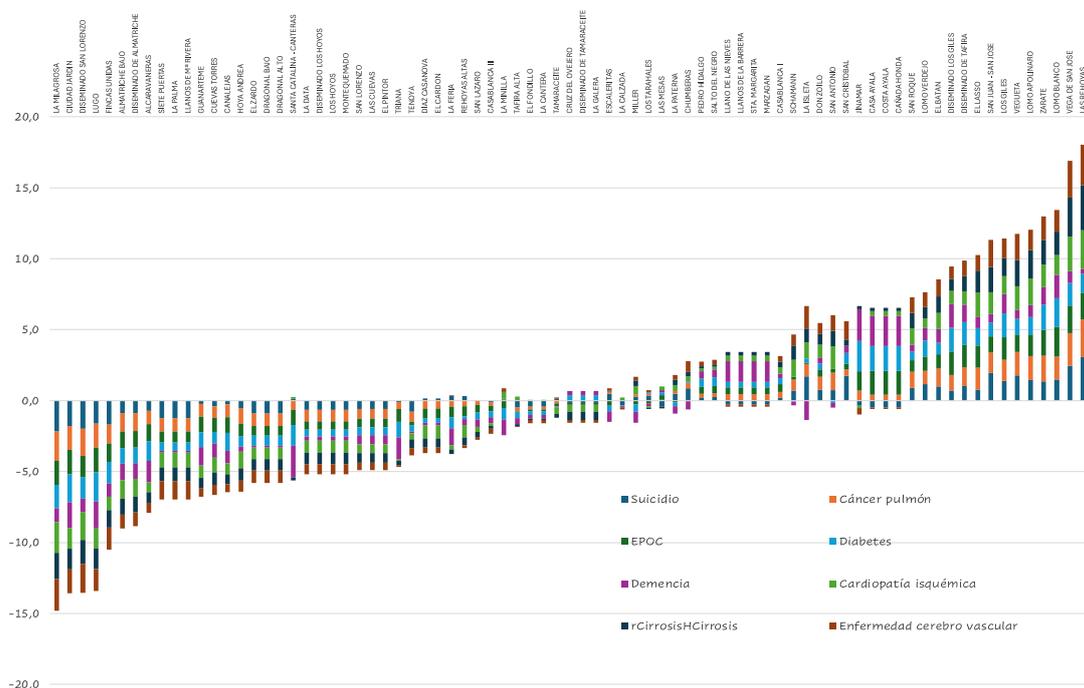
Elaboración propia a partir de los resultados del proyecto MEDEA. La altura de cada barra apilada representa la ratio de mortalidad estandarizada para cada causa (Hombres). Valores superiores a 2 se consideran atípicos.

Las Rehojas, Vega de San José, Lomo Blanco y Zarate son los valores atípicos más altos, aunque los catorce barrios de la figura requieren atención por su sobremortalidad. Para todas las causas, tienen ratios de mortalidad estandarizada

positivos, por tanto, superiores a la media de los barrios de la ciudad. Destacan Las Rehojas y la Vega de San José, muy por encima de los demás y con valores atípicos de sobremortalidad por todas las causas excepto diabetes y demencia. La lista concuerda con la de barrios y áreas estadísticas vulnerables del Ministerio de Vivienda y Agenda Urbana (véase apartado 8). Recordemos que en los indicadores en que se basa esa vulnerabilidad pesa mucho las malas condiciones de la vivienda. En San Juan/San José hay sobremortalidad atípica por suicidio y en el Lomo Apolinario, por cirrosis hepática.

La figura 5.23 representa esa misma gráfica incluyendo la totalidad de los barrios para los que se dispone de información.

Figura 5.47 Barrios de LPGC ordenados por el exceso de mortalidad estandarizada por causas evitables. Hombres.



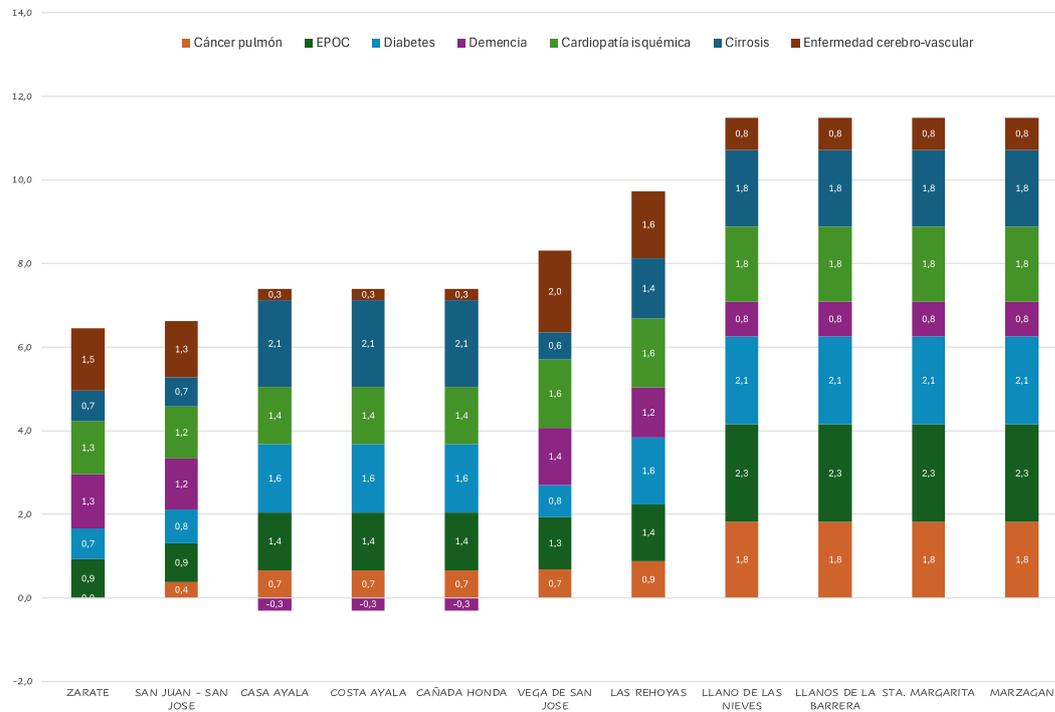
Elaboración propia a partir de los resultados del proyecto MEDEA. La altura de cada barra apilada representa la ratio de mortalidad estandarizada para cada causa (Hombres). Valores superiores a 2 se consideran atípicos.

Señalamos que algunos barrios presentan sobremortalidad atípica específica en una determinada causa. Es el caso de Jinámar, que aunque no está en la lista de los catorce barrios con mayor mortalidad de hombres por el conjunto de causas

evitables, es un barrio atípico por su elevado valor en diabetes y en demencia. El grupo de Costa Ayala también es un valor atípicamente alto en mortalidad por demencia en hombres. No hay valores atípicos en cardiopatía isquémica. Las Rehojas, y en menor medida, la Vega de San José y el Lomo Apolinario, presentan tasas anormalmente elevadas de mortalidad de hombres por cirrosis.

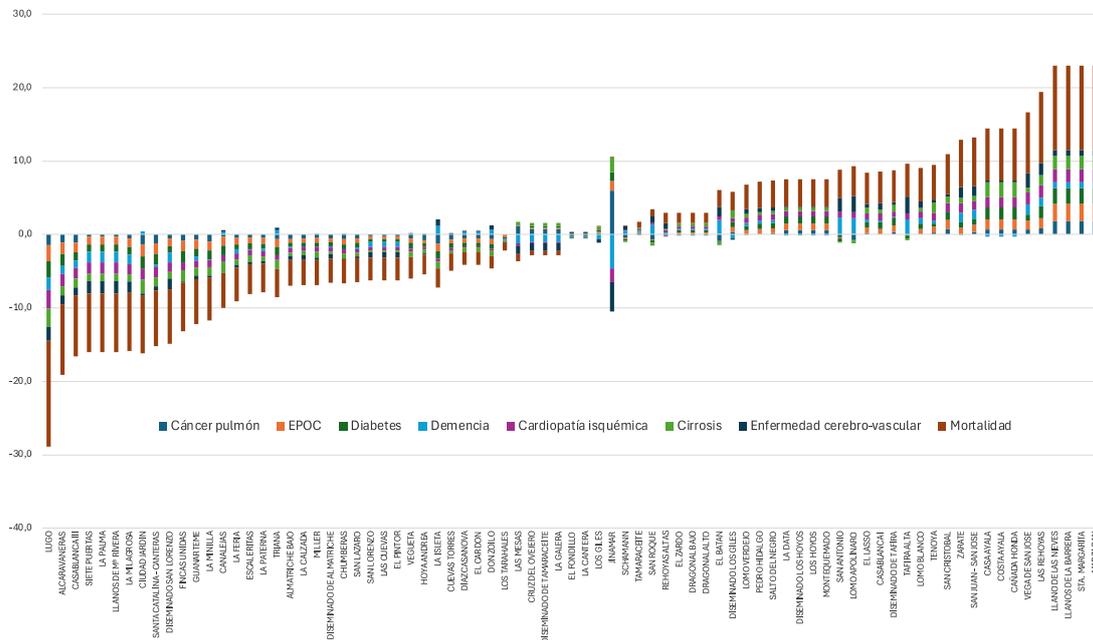
En cuanto a las mujeres, el mismo análisis (figura 5.24 y 5.25) encuentra 11 barrios con una ratio de mortalidad estandarizada total superior a 6. Son seis grupos de barrios (véase tabla 5.5). Se caracterizan esos barrios por tener sobremortalidad por causas evitable superior a la media (cero) en prácticamente todas las causas, aunque no destaquen por una causa en particular. Únicamente el grupo del Llano de las Nieves (véase tabla 5.5) tiene valores atípicos en mortalidad por EPOC y diabetes, el grupo de Costa Ayala por cirrosis y la Vega de San José, por enfermedad cerebro vascular.

Figura 5.48 Barrios de Las Palmas de Gan Canaria con los máximos excesos de mortalidad por causas evitables. Mujeres.



Elaboración propia a partir de los resultados del proyecto MEDEA. La altura de cada barra apilada representa la ratio de mortalidad estandarizada para cada causa (Mujeres). Valores superiores a 2 se consideran atípicos.

Figura 5.49 Barrios de LPGC ordenados por el exceso de mortalidad estandarizada por causas evitables. Mujeres.



Elaboración propia a partir de los resultados del proyecto MEDEA. La altura de la barra apilada representa la ratio de mortalidad estandarizada para cada causa (Mujeres)

El caso de Jinámar es muy particular. Presenta altas mortalidades en mujeres por cáncer de pulmón y por cirrosis hepática, pero bajas en enfermedad cardiovascular y demencias.

### 5.2.3. Indicadores de salud y riesgos para la salud

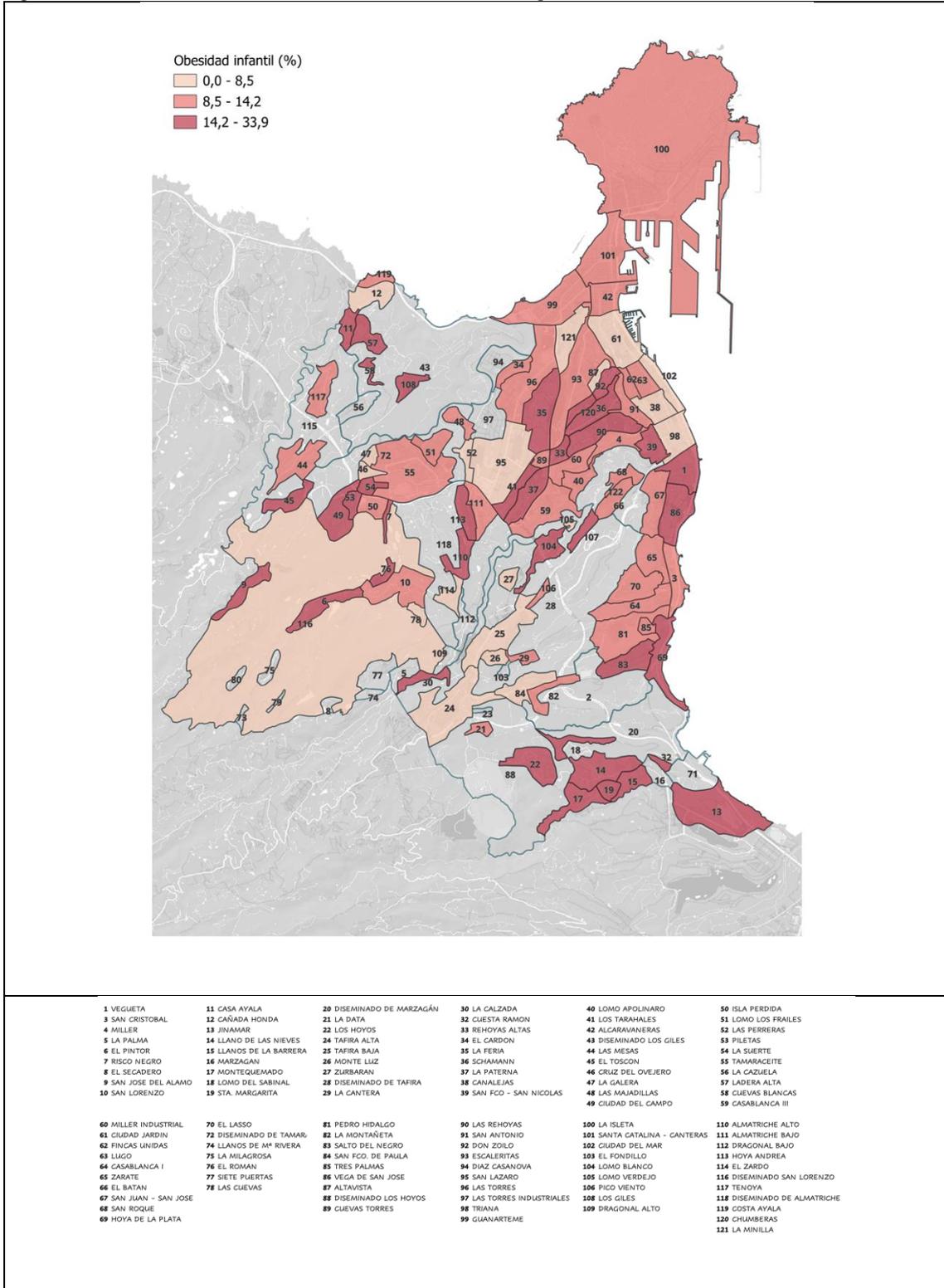
La **obesidad infantil** tiene un profundo impacto en la salud y el bienestar, tanto en el corto como en el largo plazo. Los niños que padecen obesidad presentan un mayor riesgo de contraer precozmente enfermedades no transmisibles (diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares, etc.) y de consecuencias psicosociales adversas vinculadas al estigma social y la discriminación. La obesidad a menudo persiste en la etapa adulta, motivo por el que la obesidad infantil es un factor predictor de obesidad y de otras enfermedades crónicas en adultos, así como una causa prevenible de mortalidad prematura.

Desde una perspectiva poblacional, la obesidad infantil refleja y amplifica las desigualdades sociales, siendo más prevalente en comunidades con menor acceso a alimentos saludables y oportunidades para la actividad física. Al ser la infancia una etapa que condiciona la salud futura, las medidas poblacionales dirigidas al aumento de hábitos saludables y, con ella, a la disminución de la obesidad infantil resultan claramente efectivas y eficientes.

Globalmente, la prevalencia de obesidad infantil en la ciudad de LPGC es del 12,3%, siendo mayor en niños (13,3%) que en niñas (11,2%). Tal y como se describe en la literatura científica, la prevalencia de obesidad infantil sigue un gradiente socioeconómico, según el cual los barrios de alto nivel socioeconómico (La Minilla, Ciudad del Mar, Triana, Ciudad Jardín) presentan prevalencias menores que los barrios de nivel socioeconómico bajo (Jinámar, San Francisco-San Nicolás, Las Rehoyas). Si bien, llama la atención la alta prevalencia registrada en barrios que no se caracterizan por su privación socioeconómica (La Calzada, Los Hoyos o Vegueta) y la baja prevalencia en barrios de menor nivel socioeconómico (Lomo Verdejo), probablemente condicionados por la estructura poblacional, altos índices de desigualdad en la renta y/o una limitada cobertura poblacional pediátrica del SCS en esos barrios.

En la figura 5.26, se muestra la frecuencia y distribución de la obesidad infantil en 2023 por barrios de la ciudad de LPGC. La distribución por sexos se muestra en la figura 5.27.

Figura 5.50 Prevalencia de obesidad infantil en 2023, según barrios.





alimentos saludables y la falta de acceso a infraestructuras para la práctica de actividad física han contribuido significativamente al incremento de su prevalencia en todo el mundo. Las estrategias de intervención poblacionales, como la promoción de entornos alimentarios más saludables y la implementación de políticas que fomenten la actividad física, resultan esenciales para la prevención y control de la DM2, al tiempo que abordan las desigualdades estructurales subyacentes. Por tanto, el estudio de la frecuencia y distribución poblacional de la DM2 ofrece oportunidades para diseñar políticas integrales que reduzcan la carga de enfermedad, promuevan la equidad en salud y mejoren la calidad de vida a nivel global.

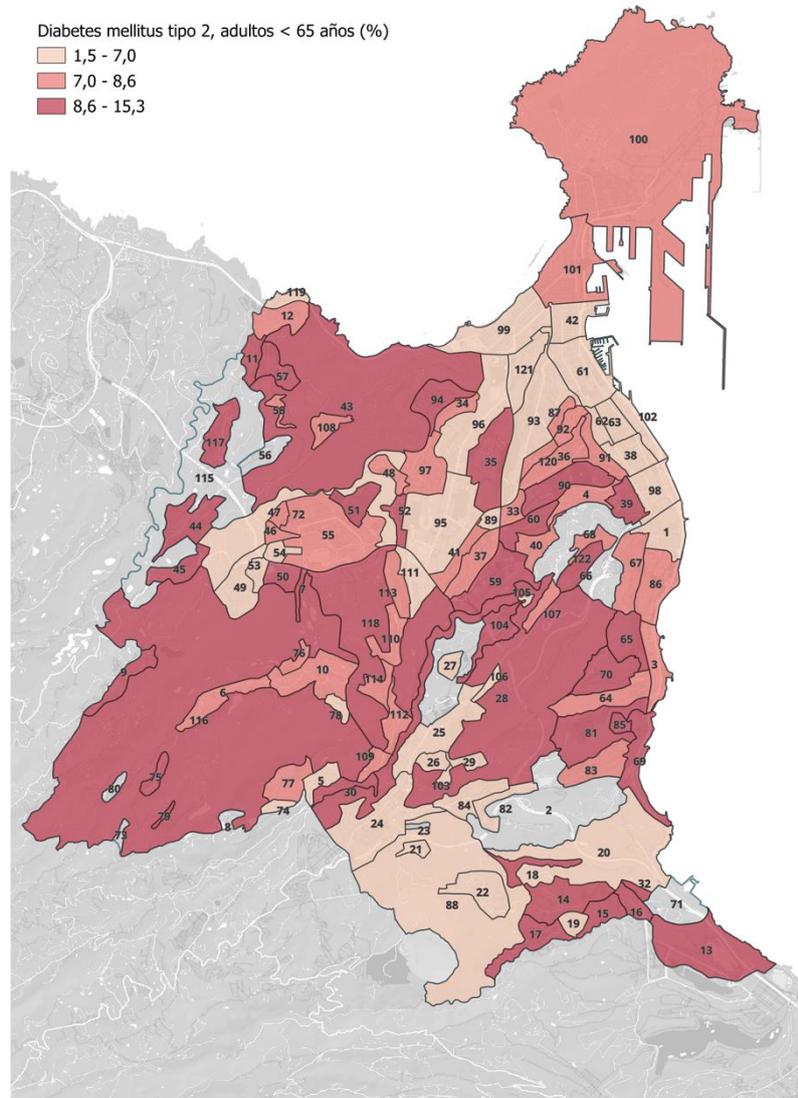
Globalmente, la prevalencia de DM2 en la ciudad de LPGC es del 14,4% en 2023, siendo mayor en hombres (15,3%) que en mujeres (13,5%). La prevalencia de enfermedad en LPGC sería superior a la registrada en la Encuesta de Salud de Canarias para el área metropolitana de Gran Canaria (10,1%) en 2021, que incluye los municipios de LPGC, Telde y Arucas.

Con el fin de minimizar el efecto de las distintas distribuciones de edad existentes, se mide la prevalencia de DM2 en población de 15-64 años en las comparaciones por barrios de la ciudad (figura 5.28). De forma general, los barrios con niveles socioeconómicos más altos presentan prevalencias de DM2 más bajas (Ciudad del Mar, Ciudad Jardín, La Minilla, Lugo, Monte Luz), mientras que los barrios más deprimidos presentan prevalencias mayores (Jinámar, El Lasso, Marzagán, San Francisco-San Nicolás, Zárata). Llama la atención el barrio de Las Cuevas, que presenta una prevalencia de DM2 de solo el 1,5% en población adulta menor de 65 años. Al igual que con la obesidad infantil, existen barrios de nivel socioeconómico bajo con prevalencias de enfermedad también bajas, como es el caso de Lomo Verdejo y Santa Margarita, que presentan niveles de pobreza

relativa superiores al 27%, están rodeadas de barrios con alta prevalencia de enfermedad y, sin embargo, tienen una prevalencia aproximada de DM2 del 6%.

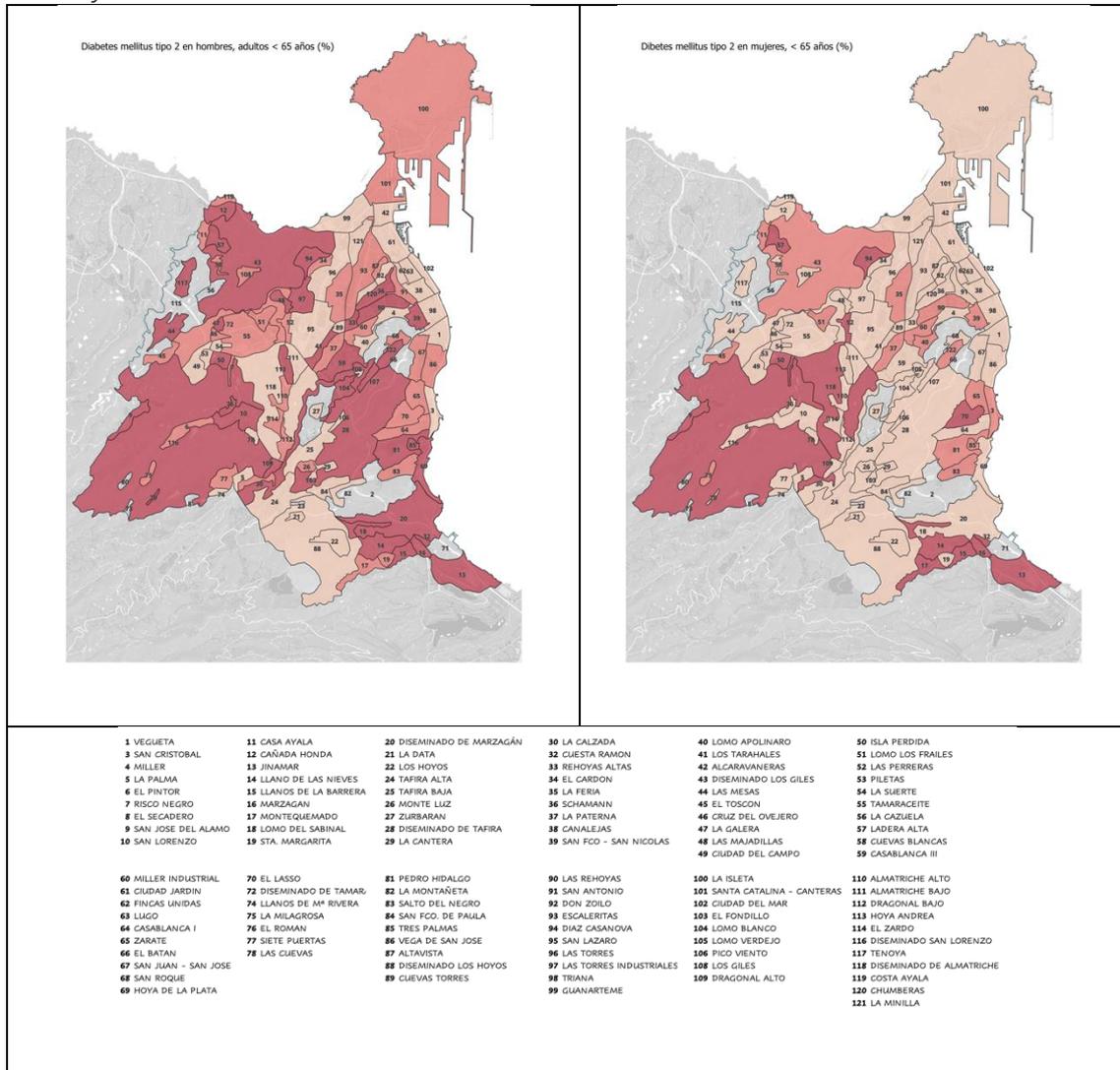
En el grupo de 15-64 años, la prevalencia de DM2 sigue siendo mayor en hombres que en mujeres y su distribución por barrios y sexo se muestra en la figura 5.29.

Figura 5.52 Prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en población de 15-64 años en 2023, según barrios.



1 VEGUETA	11 CASA AYALA	20 DISEMINADO DE MARZAGÁN	30 LA CALZADA	40 LOMO APOLINARO	50 ISLA PERDIDA
3 SAN CRISTOBAL	12 CAÑADA HONDA	21 LA DATA	32 CUESTA RAMON	42 LOS TABALES	51 LOMO LOS FRAILES
4 MILLER	13 JINAMAR	22 LOS HOYOS	33 REHOYAS ALTAS	43 ALCARAVANERAS	52 LAS PERRERAS
5 LA PALMA	14 LLANO DE LAS NIEVES	24 TAFIRA ALTA	34 EL CARDON	43 DISEMINADO LOS GILES	53 PILETAS
6 EL PINTOR	15 LLANOS DE LA BARRERA	25 TAFIRA BAJA	35 LA FERIA	44 LAS MESAS	54 LA SIERRTE
7 RISCO NEGRO	16 MARZAGÁN	26 MONTE LUZ	36 SCHAMANN	45 EL TOSCON	55 TAMARACEITE
8 EL SECADERO	17 MONTEQUEMADO	27 ZURBARAN	37 LA PATERNA	46 CRUZ DEL OVEJERO	56 LA CAZUELA
9 SAN JOSE DEL ALAMO	18 LOMO DEL SABINAL	28 DISEMINADO DE TAFIRA	38 CANALEJAS	47 LA GALERA	57 LADERA ALTA
10 SAN LORENZO	19 STA. MARGARITA	29 LA CANTERA	39 SAN FCO - SAN NICOLAS	48 LAS MAJADILLAS	58 CUEVAS BLANCAS
				49 CIUDAD DEL CAMPO	59 CASABLANCA III
60 MILLER INDUSTRIAL	70 EL LASSO	81 PEDRO HIDALGO	90 LAS REHOYAS	100 LA ISLETA	110 ALMATRICHE ALTO
61 CIUDAD JARDIN	72 DISEMINADO DE TAMAR	82 LA MONTAÑETA	91 SAN ANTONIO	101 SANTA CATALINA - CANTERAS	111 ALMATRICHE BAJO
62 FINCAS UNIDAS	74 LLANOS DE Mª RIVERA	83 SALTO DEL NEGRO	92 DON ZOILDO	102 CIUDAD DEL MAR	112 DRAGONAL BAJO
63 LUGO	75 LA MILAGROSA	84 SAN FCO. DE PAULA	93 ESCALERITAS	103 EL FONDILLO	113 HOYA ANDREA
64 CASABLANCA I	76 EL ROMAN	85 TRES PALMAS	94 DIAZ CASANOVA	104 LOMO BLANCO	114 EL ZARDO
65 ZARATE	77 SIETE PUERTAS	86 VEGA DE SAN JOSE	95 SAN LAZARO	105 LOMO VERDEJO	116 DISEMINADO SAN LORENZO
66 EL BATAN	78 LAS CUEVAS	87 ALTAVISTA	96 LAS TORRES	106 PICO VIENTO	117 TENOYA
67 SAN JUAN - SAN JOSE		88 DISEMINADO LOS HOYOS	97 LAS TORRES INDUSTRIALES	108 LOS GILES	118 DISEMINADO DE ALMATRICHE
68 SAN ROQUE		89 CUEVAS TORRES	98 TRIANA	109 DRAGONAL ALTO	119 COSTA AYALA
69 HOYA DE LA PLATA			99 GUANARTEME		120 CHUMBERAS
					121 LA MINILLA

Figura 5.53 Prevalencia de diabetes mellitus tipo II en población de 15-64 años en 2023, según barrios y sexo.



El **tabaquismo** es una de las principales causas prevenibles de morbilidad y mortalidad en el mundo, asociado a una amplia gama de enfermedades graves: unos 20 tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias crónicas. Se trata de un hábito que reduce la esperanza y la calidad de vida de las personas fumadoras y, también, de los expuestos al humo del tabaco de forma involuntaria (fumadores pasivos). Esto es de especial relevancia en grupos vulnerables, como en la población pediátrica, en la que se ha descrito un mayor riesgo de infecciones agudas como otitis, bronquitis e incluso neumonía, asociadas a la exposición ambiental al humo del tabaco. Además, el

tabaquismo tiene un impacto ambiental significativo en nuestro ámbito, asociado a la contaminación por desechos, incluidos las colillas y los residuos químicos.

Ningún sistema de ventilación de uso habitual es capaz de eliminar por completo las sustancias tóxicas liberadas por la combustión de tabaco y tampoco existe ningún nivel de exposición sin efectos negativos en la salud, por lo que las medidas de control de la exposición ambiental deben dirigirse, fundamentalmente, a la regulación e implementación progresiva de entornos libres de humo del tabaco.

Desde una perspectiva poblacional, el hábito de fumar representa un importante desafío por su estrecha relación con factores sociales, económicos y culturales. La prevalencia del tabaquismo varía notablemente entre regiones y grupos demográficos, siendo más alta en comunidades con menor nivel socioeconómico, lo que contribuye a perpetuar las desigualdades en salud. Aunque el tabaquismo es más común entre los hombres, el consumo entre mujeres ha aumentado de forma preocupante en las últimas décadas y, con ello, la morbimortalidad asociada a su consumo. Este aumento ha sido mitigado, en parte, por las políticas regulatorias estatales dirigidas al control del consumo, la venta y la publicidad del tabaco, así como por un creciente rechazo social hacia este hábito.

Por tanto, el estudio de la frecuencia y distribución geográfica del hábito tabáquico es crucial para identificar desigualdades, diseñar políticas públicas efectivas y avanzar hacia una reducción sostenible del tabaquismo y sus consecuencias para la salud y el medio ambiente.

Globalmente, la prevalencia de hábito tabáquico en la ciudad de LPGC es del 32,8% en 2023, siendo significativamente mayor en hombres (38,1%) que en mujeres (28,2%). Según la Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en Población General en España de 2024, la prevalencia de consumo de tabaco en el último

año fue del 39,4% en la población de 15-64 años de Canarias, superior en hombres (44,3%) que en mujeres (34,6%). Para ese mismo grupo etario (15-64 años), la prevalencia de hábito tabáquico registrada en LPGC es del 31,3% en 2023. Figura 5.30. Los barrios de Cuevas Blancas, Diseminado de Marzagán y Jinámar presentan prevalencias de tabaquismo superiores a otros como La Minilla, Monte Luz o el Zurbarán, de mayor nivel socioeconómico. Nuevamente, el barrio de Santa Margarita destaca por su baja prevalencia de hábito tabáquico, pese a su alta tasa de riesgo de pobreza. La distribución por barrio y sexo del hábito tabáquico en 2023 se muestra en las figuras 5.30 y 5.31.

Figura 5.54 Prevalencia de hábito tabáquico en población de 15-64 años en 2023, según barrios.

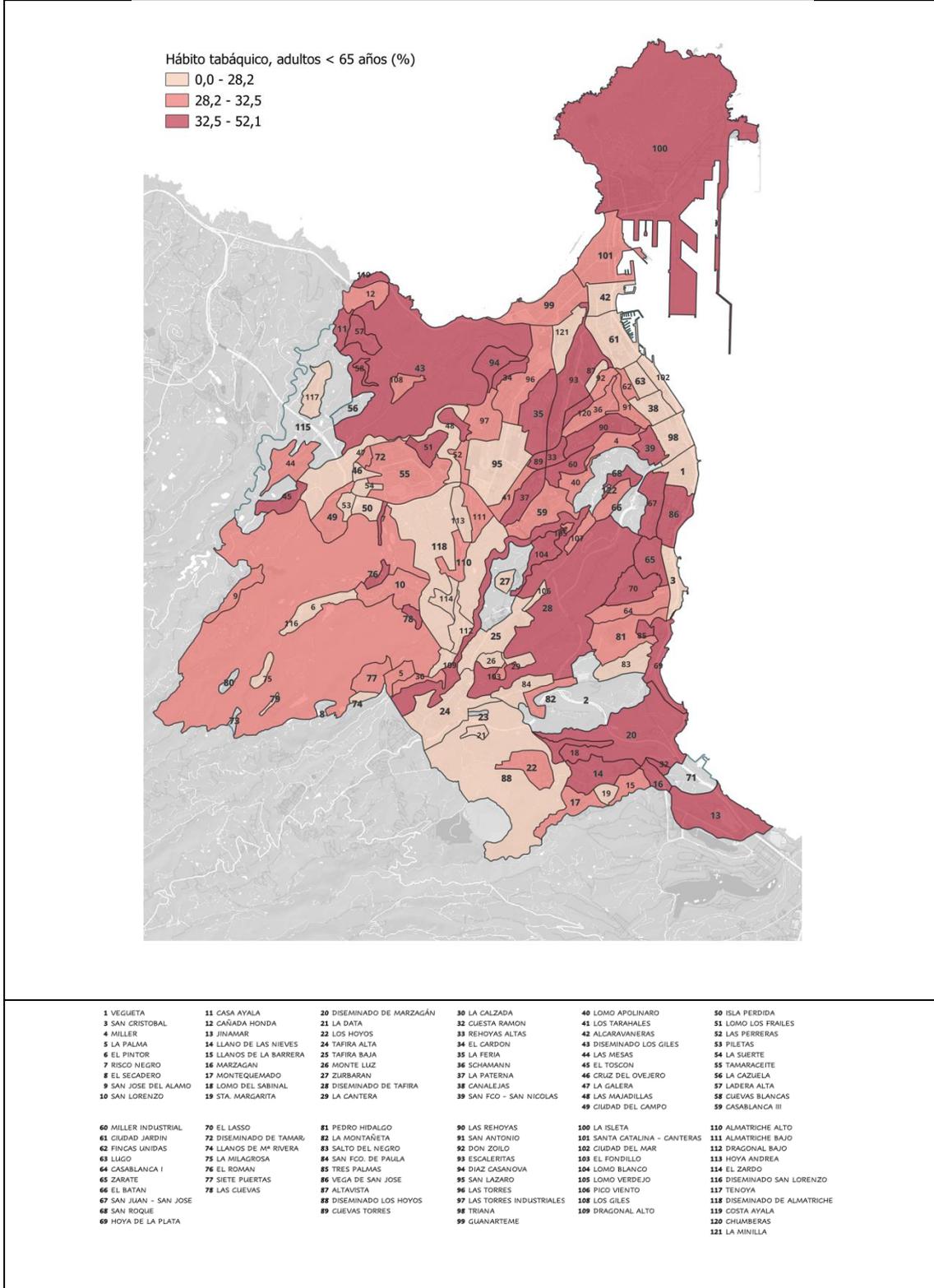
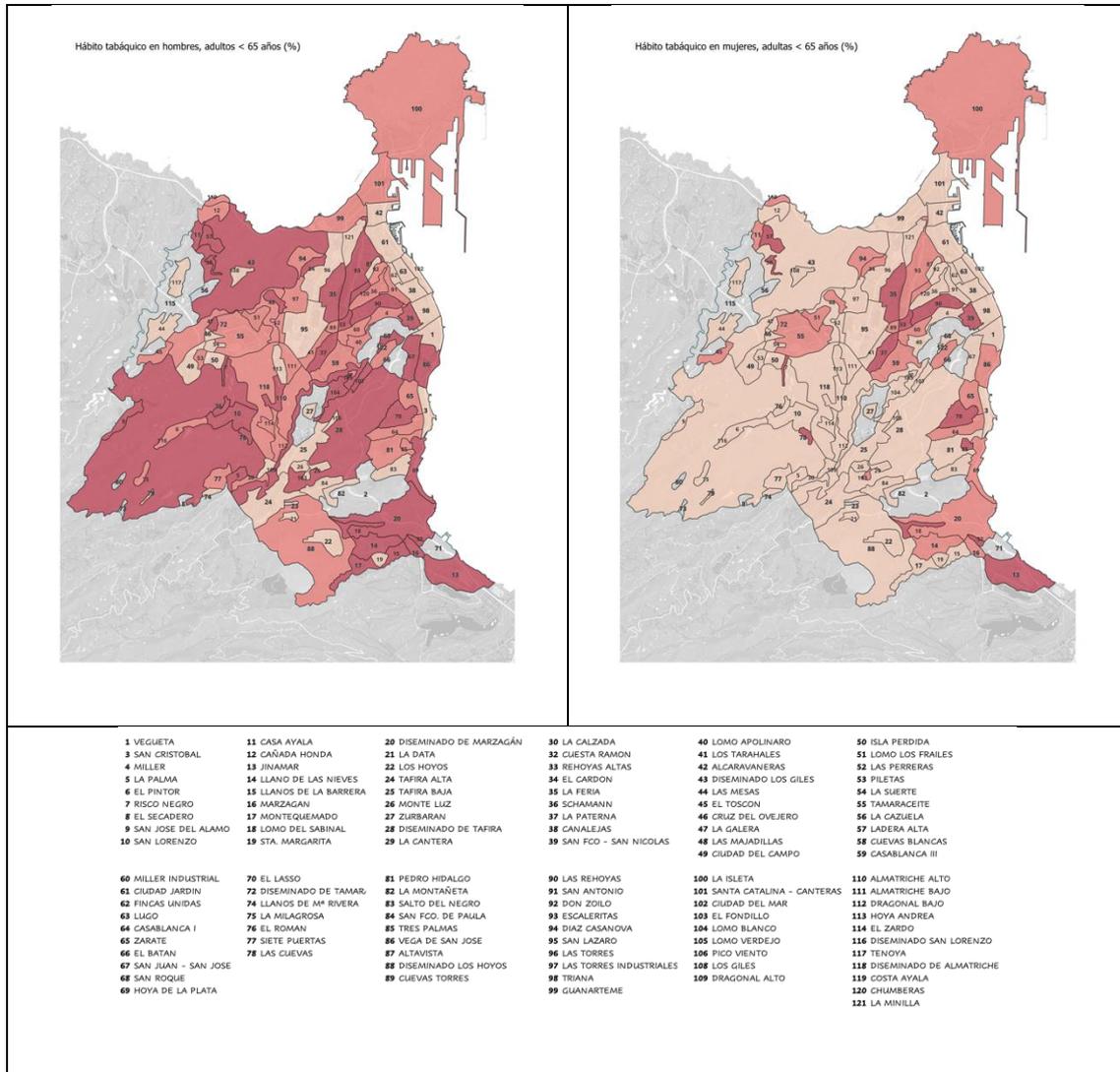


Figura 5.55 Prevalencia de hábito tabáquico en población de 15-64 años en 2023, según barrios y sexo.



Asociación de la carga de mortalidad por causas evitables y los datos de historias clínicas del SCS

En este apartado se comparan y correlacionan los resultados de los indicadores de exceso de mortalidad por causas evitables con los tres indicadores procedentes de las HHCC del SCS (obesidad infantil, diabetes y tabaco). Las correlaciones están basadas en los 65 barrios con información completa.

La obesidad infantil (de 5 a 14 años) presenta correlaciones en general bajas con las ratios de mortalidad evitable. Son significativas las correlaciones, positivas, con mortalidad de mujeres por cáncer de pulmón, EPOC, diabetes, cirrosis y cardiopatía isquémica. La máxima es 0,36 con diabetes. En cuanto a los hombres, únicamente es significativa la correlación entre obesidad infantil y mortalidad por demencia en hombres (0,27).

La prevalencia de diabetes tipo II por barrios, extraída de las historias clínicas del SCS, presenta correlaciones significativas con las ratios de exceso de mortalidad por diabetes de MEDEA (0,31 para hombres y 0,36 para mujeres). También presenta correlaciones positivas significativas con la mortalidad de mujeres por cáncer de pulmón (0,23), EPOC (0,34), cardiopatía isquémica (0,28) y cirrosis (0,35). Únicamente presenta correlaciones significativas, para los hombres con la mortalidad por EPOC (0,26) y por demencia (0,38).

El tabaquismo está significativamente correlacionado, para los hombres, con la mortalidad por suicidio (0,36), cáncer de pulmón (0,38), EPOC (0,38), diabetes (0,40), demencia (0,28), cardiopatía isquémica (0,32), cirrosis (0,37) y enfermedad cerebro vascular (0,33). Las correlaciones significativas con la sobremortalidad de las mujeres solo aparecen para el cáncer de pulmón (0,23) y la cirrosis (0,25).

### 5.3. Demografía, educación y empleo

#### 5.3.1. Estructura de la población

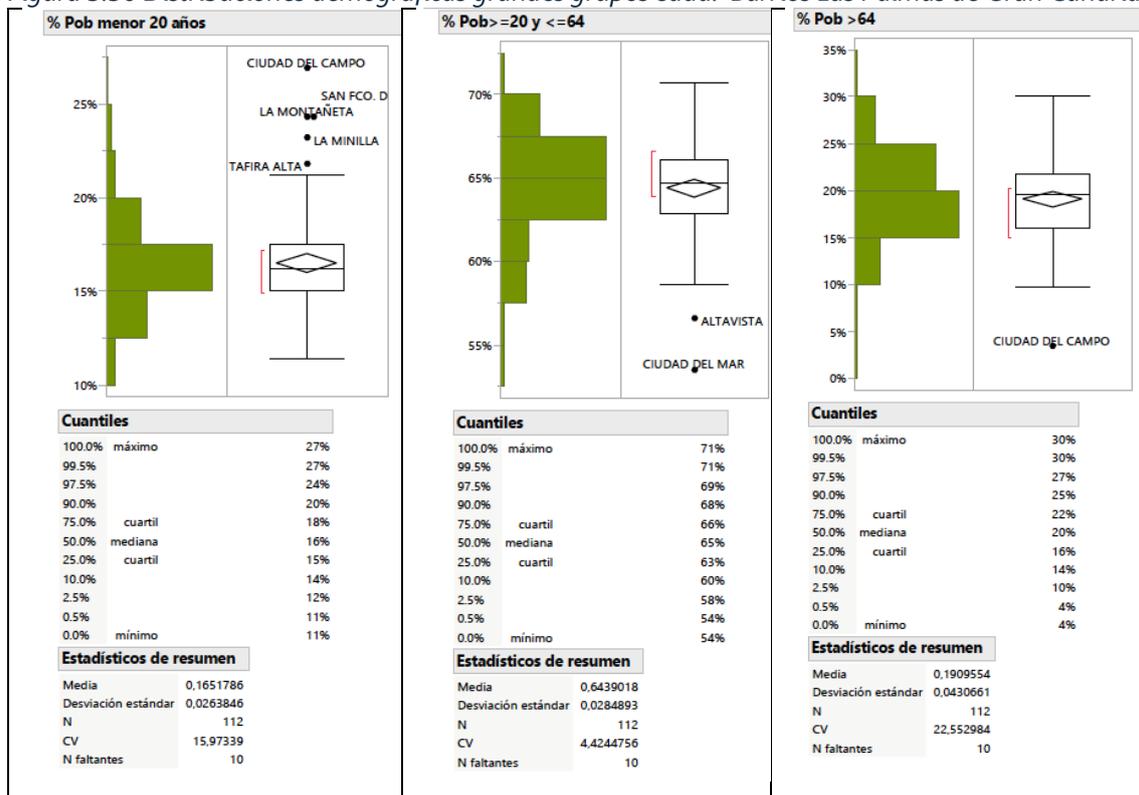
La estructura poblacional en la ciudad de las Palmas de Gran Canaria en 2023, estaría formada por una pirámide con un 16% de jóvenes, **menores de 20 años**, un 64,2% en el grupo de edad central, **entre 20 y 64 años**, y casi un 20% (19,8%) de personas de **más de 64 años** (figura 5.32). Pero los perfiles de algunos barrios tienen características diferenciadoras. En nueve barrios de la ciudad, al menos

uno de cada cinco residentes es menor de 20 años: Ciudad de Campo (26,9%), San Fco. De Paula (24,3%), La Montañeta (24,3%), La Minilla (23,2%), Tafira alta (21,8%), San Lázaro (21,2%), Tamaraceite (21,2%), Las Mesas (21,1%), Las Torres (21,0%).

Por el otro lado, los dos barrios con mayor peso del sector turístico como actividad económica, Santa Catalina-Canteras y Vegueta, tienen los porcentajes mínimos de personas menores de 20 años (11,8% y 11,4% respectivamente).

La emigración interior hacia la periferia de las ciudades no es un fenómeno local, aunque se ha acentuado en los últimos años por la presión turística sobre el centro de la ciudad y las zonas de playa y adyacentes. Los jóvenes salen en busca de lugares económicamente más accesibles, que generalmente disponen de menos servicios e infraestructuras y en ocasiones con un marcado carácter residencial.

Figura 5.56 Distribuciones demográficas grandes grupos edad. Barrios Las Palmas de Gran Canaria.



En cuanto a la población pediátrica, **menor de 5 años** y **menor de 15 años**, la reducción de niños de 0 a 4 años es un fenómeno generalizado en los países de la UE, en donde en la última década, entre 2014 y 2024 cayeron del 5% al 4,6%, este fenómeno es mucho más acusado en España, donde se redujeron del 5% al 3,7% en el mismo periodo. Aún más se agrava el problema en Canarias, que perdió más de 19.000 infantes en la última década, y en la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria donde en 2023 los menores de 5 años ascienden a 10.341, apenas representan el 2,7% de la población. La población menor de 15 años, 40.661 jóvenes, está casi tres puntos porcentuales por debajo en LPGC que a nivel nacional (España 13,6%, LPGC, 10,7%), tabla 5.6. Las dificultades de acceso a la vivienda, la precariedad laboral, el coste relativo de la crianza, o la escasez de ayudas son los principales argumentos sociales para explicar las caídas de natalidad actuales.

*Tabla 5.22 Comparativa de porcentajes de población infantil en España, Canarias, Las Palmas y LPGC.*

	Población de 0 a 4 años	Población de 0 a 14 años
España	3,7%	13,6%
Canarias	3,1%	11,8%
Las Palmas	3,4%	11,9%
Las Palmas de Gran Canaria	2,7%	10,7%

Tanto en términos medios como si analizamos uno a uno los barrios de la ciudad, la situación es, en general, preocupante y amenazante de cara al relevo y la estabilidad poblacional.

Ciudad del Campo es el barrio donde la inversión en actividades, espacios públicos, escuelas y todas aquellas infraestructuras destinadas a la población más joven estaría más justificada, pues sus indicadores están muy por encima incluso

de los valores a nivel nacional. Uno de cada cinco habitantes del barrio tiene menos de 15 años, y un 5% de los habitantes son menores de 5 años.

Sólo cinco barrios alcanzan al menos la tasa nacional de niños de menos de 5 años: Ciudad de Campo (5,0%), La Suerte (4,0%), Las Torres (3,9%), Las Majadillas (3,8) y Las Perreras (3,8%). En diecisiete barrios, ni siquiera se alcanza el 2% de niños menores de 5 años. San Cristóbal (1,2%), El Secadero (1,4%) y La Milagrosa (1,6%) cierran este inquietante ranking.

Respecto a la población pediátrica con menos de 15 años, Ciudad del Campo (20,3%), La Montañeta (16,3%), San Fco. De Paula (16,3%), Las Torres (15,3%), La Minilla (15,3%), La Suerte (14,6%), Las Mesas (13,8%) y Tamaraceite (13,6%) están por encima de la media nacional (13,6%) y muy por encima del promedio en la ciudad (10,7%). Por debajo de este promedio capitalino, ya especialmente bajo, hay 62 barrios. San Cristóbal (7,1%), Vegueta (7,4%), y El Secadero (7,6%) ocupan las últimas posiciones (figura 5.33).

Figura 5.57 Población menor de 5 años y Población menor de 15 años

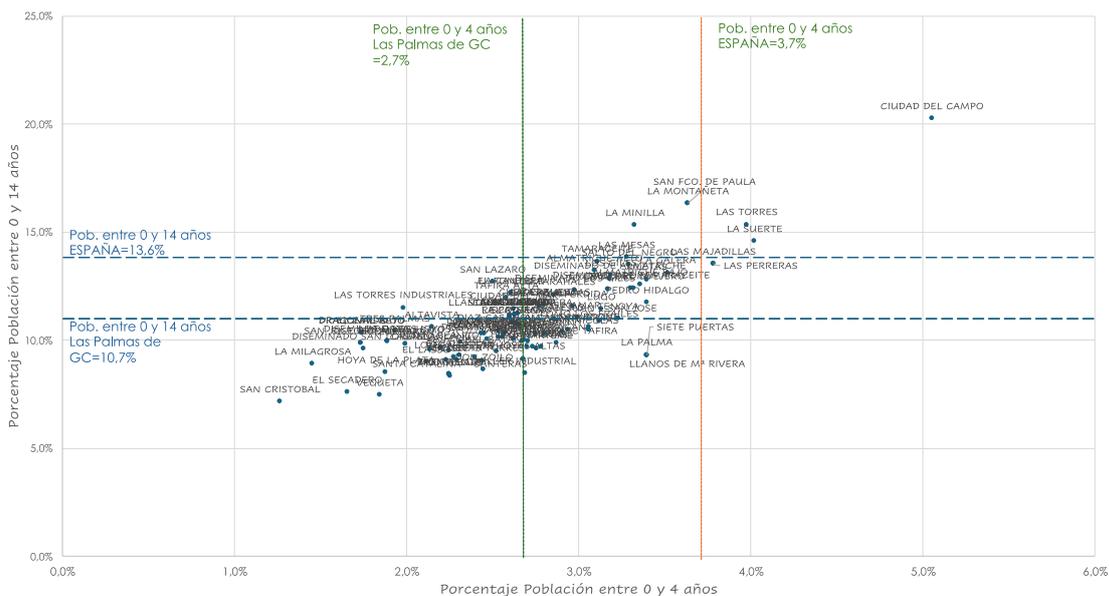
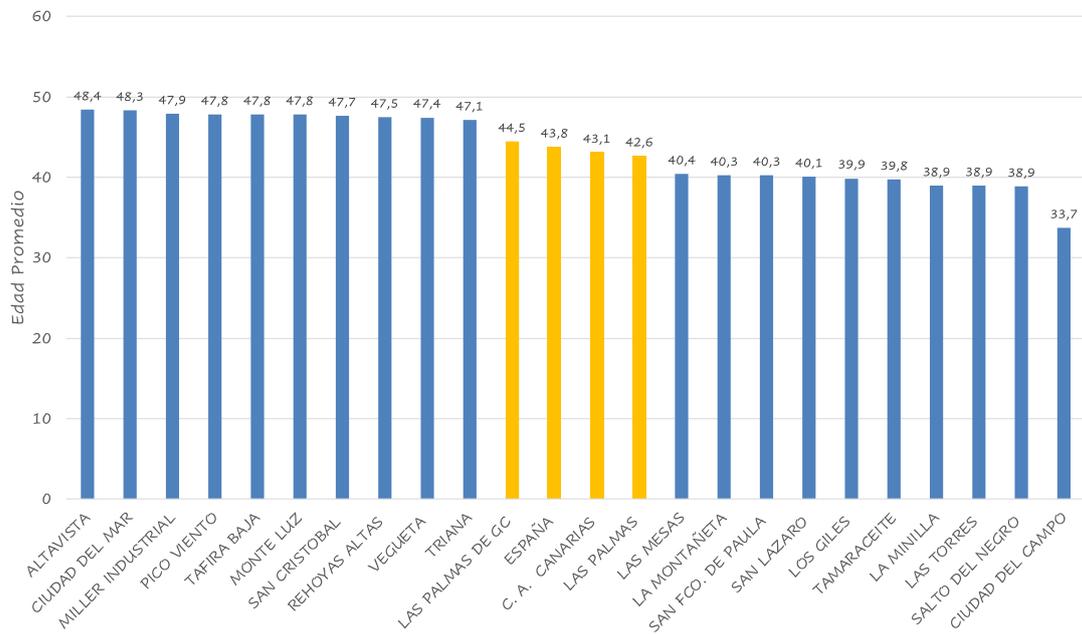


Figura 5.58 Edad promedio barrios Las Palmas de Gran Canaria



Otros dos indicadores en este ámbito de interés son el índice de recambio productivo y el índice de estructura de población activa.

$$\text{Índice de recambio} = \frac{\text{Población 60 a 64 años}}{\text{Población 15 a 19 años}}$$

Según el índice de recambio productivo, Rehoyas Altas (2,1) y Miller Industrial (2,1), Santa Catalina-Canteras (2,0) y Vegueta (1,9), Cuevas Torres (2), Don Zoilo (2) y Guanarteme (1,9), duplican sus "salidas" a sus "entradas", personas que pueden acceder o abandonar el mercado laboral activo. Los dos barrios más populosos de la ciudad, Guanarteme (24.820 hab.) y Santa Catalina-Canteras (24.400 hab.), al escaso recambio generacional que padecen, se le añade una edad media avanzada. Le sigue en volumen de población La Isleta, con 21.110 habitantes, también con edad promedio elevada pero un índice de recambio de población activa menos grave (1,6).

Diseminado de los Hoyos, los Hoyos, Tres Palmas y Ciudad Jardín rompen la asociación general entre dificultad de recambio generacional y población

envejecida. En ellos la edad media está en los grupos superiores, por encima de los 45 años, pero su índice de recambio es inferior a uno, (0,9) y por tanto no se predicen problemas de reemplazo de población activa. Ciudad del Campo, ya destacado como barrio con población muy joven, presenta una relación de casi 3 jóvenes entre 15 y 19 años por cada adulto de 60 a 64 años.

El **índice de estructura de población activa** (IPA) es un indicador del grado de envejecimiento del grupo de población activa más adulta (entre 40 y 64 años), respecto a la más joven (entre 15 y 39 años). Es un índice de sostenibilidad demográfica que debería ser inferior a la unidad o a cien, según las unidades. Si es superior a la unidad se asocia a territorios con menor dinamismo socioeconómico, insuficiente capacidad para atraer y asentar población activa joven mientras que, índices menores a la unidad reflejan demográficamente un contexto económico más dinámico y emprendedor, capaz de adaptarse y asumir mejor las innovaciones.

Está siempre por encima de la unidad en todos los barrios de la ciudad. Entre 1,1 y 1,7. Dragonal Bajo (1,7), Dragonal Alto (1,7), el Zardo (1,7) y San Lázaro (1,7), todos en la zona Almatriche-Guiniguada, tienen los valores más altos, indicando que en la población potencialmente activa predominan las personas de mayor edad. Por el otro extremo, casi igualando en volumen los dos grupos etarios: El Zurbarán (1,1) y Jinámar (1,1).

En torno a 52.000 personas nacidas en el extranjero habitan en LPGC, representando el 13,6% de su población. Este porcentaje asciende hasta el 22%<sup>50</sup>

---

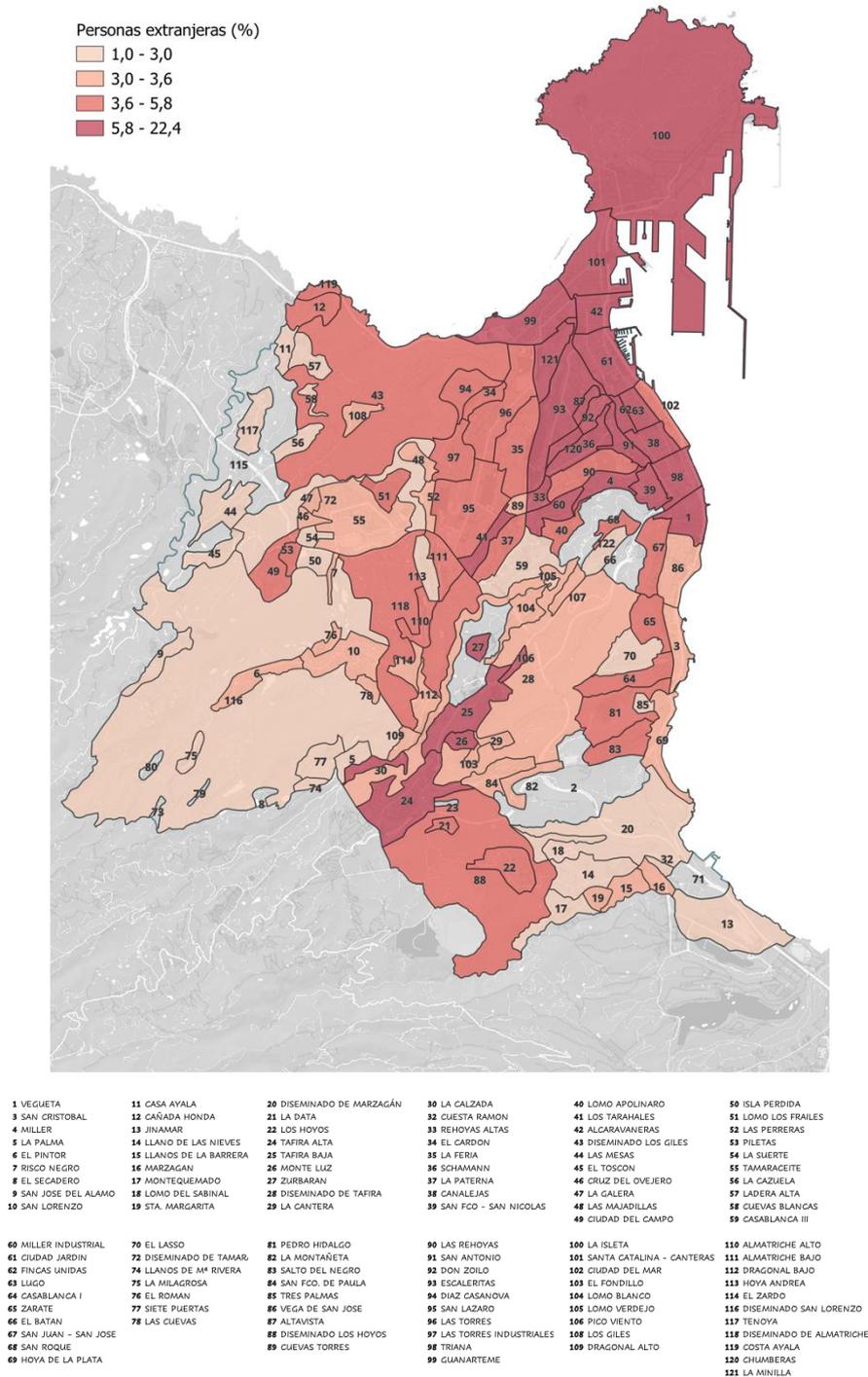
50 <https://www.funcas.es/prensa/espana-entre-los-paises-de-la-union-europea-con-mayor-proporcion-de-residentes-nacidos-en-el-extranjero/>

en la Comunidad Canaria. El 28,6% se concentra en tres barrios: Santa Catalina-Canteras, Alcaravaneras y Schamann con un 33,2%, 26,0% y 20,9% respectivamente.

Por otra parte, **el número de extranjeros** residentes en la ciudad asciende a 29.000 vecinos, distribuidos en un 22,4% en Santa Catalina-Canteras, un 16,1% en Alcaravaneras, hasta el 14,5% en Vegueta, y en torno a un 11% en Guanarteme, Lugo, Schamann o las Chumberas.

Aunque no disponemos de la información específica, es posible que la diferencia entre población nacida en el extranjero y población extranjera difiera según barrios. La divergencia básicamente contabiliza los procesos de nacionalización de los últimos años de ciudadanos procedentes sobre todo de países de América Central o del Sur y del norte de África. La Figura 5.35 muestra la distribución de población extranjera en los barrios según cuartiles. Se observa una clara concentración en las zonas centro de la ciudad frente a la periferia.

Figura 5.59 Porcentaje de extranjeros. Barrios LPGC.



### 5.3.2. Educación

La población con estudios superiores mantiene una relación inversa con el riesgo de pobreza. La figura 5.36 representa esta variable con relación a la población con más de 25 años. Los barrios con mayor cantidad de vecinos vulnerables económicamente, Jinámar, El Lasso, las Rehojas o San Francisco-San Nicolás son los que cuentan, en términos relativos, con menor población con estudios superiores. Por el contrario, La Minilla, Ciudad del Mar, Triana o Canalejas, representan, entre sus residentes, los mayores niveles de población con estudios superiores y los más bajos de riesgo de pobreza. La figura 5.37 muestra el mapa del indicador de estudios superiores por barrios.

Figura 5.60 Riesgo de pobreza y población con estudios superiores

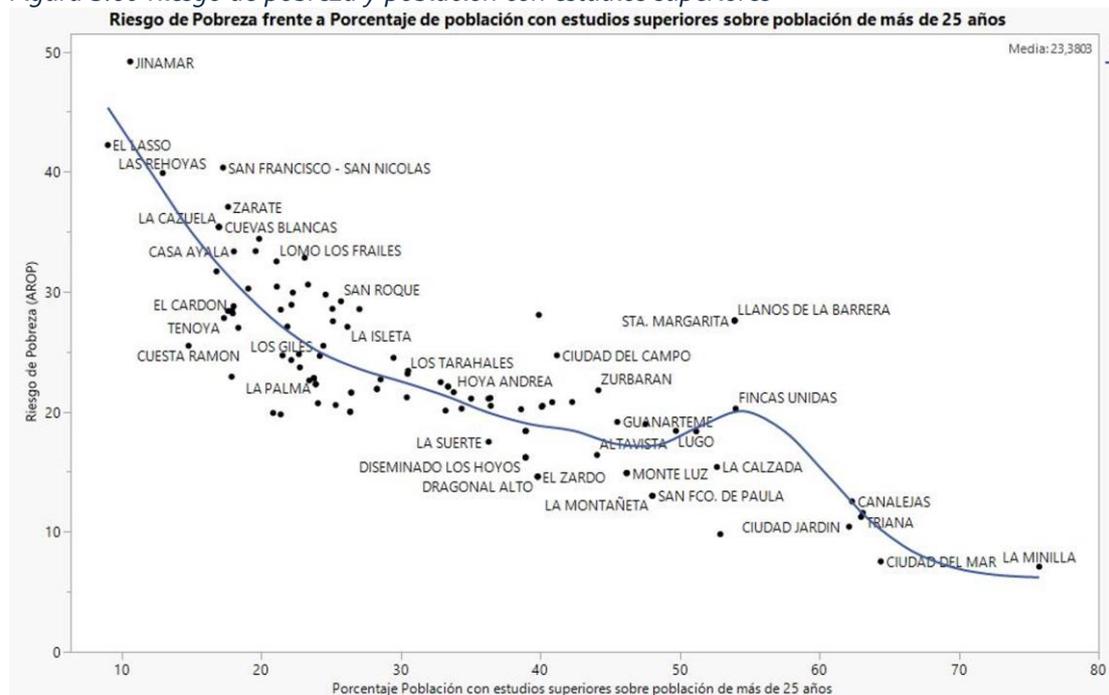
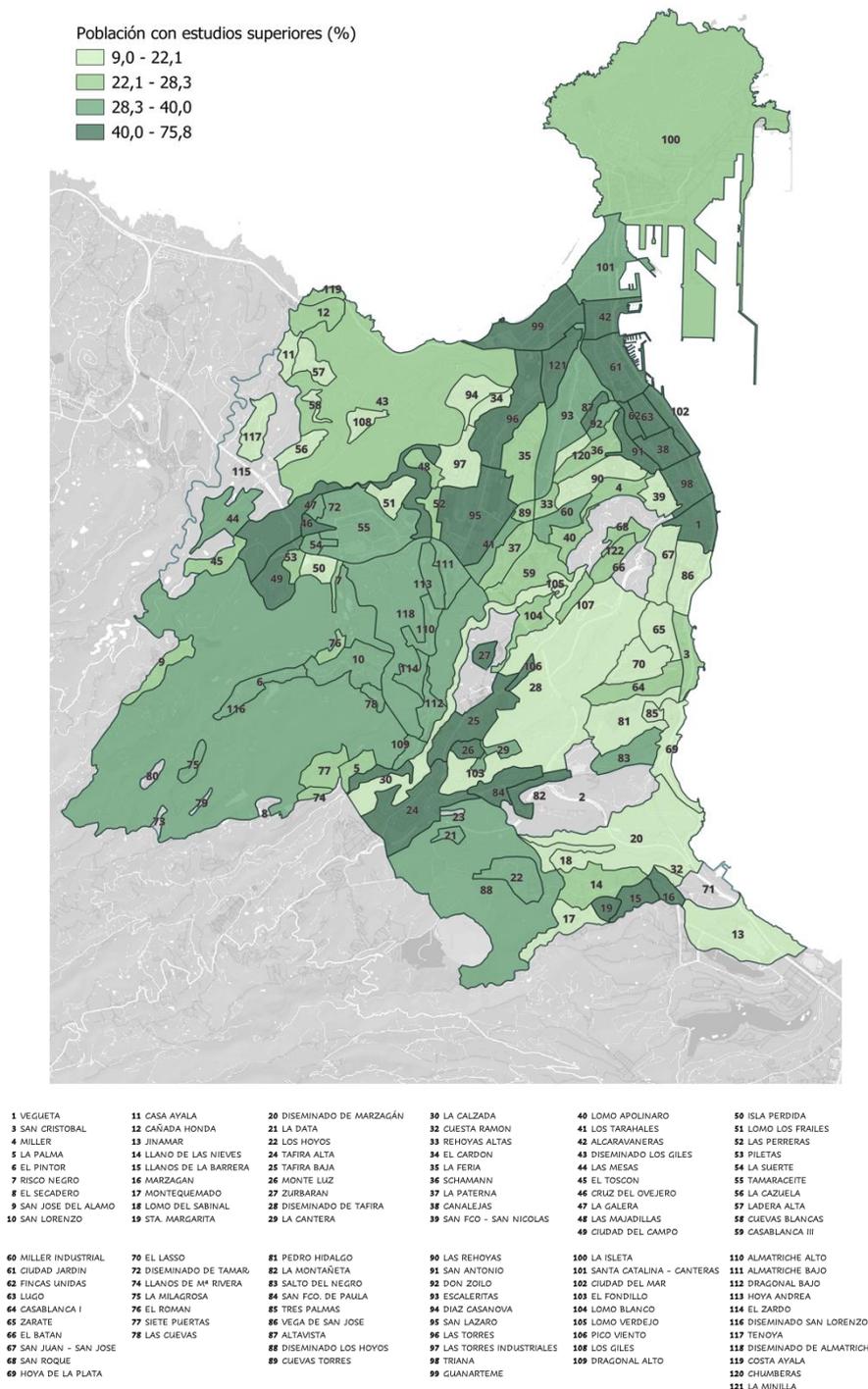


Figura 5.61 Porcentaje población con estudios superiores sobre población mayor de 25 años.



En estudios socioeconómicos, cuando no se dispone de información sobre los niveles de renta de las unidades en análisis, pero sí información sobre el nivel educativo de dichas unidades se suele utilizar este último, nivel de educación,

como indicador o aproximación al primero, nivel de renta. En la figura 5.38 se observa que esta estrategia está justificada. Se cruzan los deciles de renta y de estudios superiores, cuya correlación alcanza el 93%. En la diagonal principal, el 48% de barrios que comparte decil de renta y de estudios superiores y hasta el 86% si incluimos los deciles adyacentes. Por ejemplo, Tafira Alta, La Calzada, Canalejas, Ciudad Jardín, Triana, Ciudad del Mar, y La Minilla, están en el decil más alto, el 10, tanto en nivel de renta como de estudios superiores. Jinámar, San Francisco – San Nicolás, La Cazuela, Ladera Alta, Cuevas Blancas, Zárata, El Lasso, Las Rehoyas, Las Torres Industriales y Lomo Verdejo, coinciden los barrios con nivel de renta en el 10% más bajo entre los barrios de la ciudad y también en el 10% con menor porcentaje de habitantes con nivel de estudios superiores. Fuera de la diagonal principal los barrios que “rompen” esta relación directa entre ambas variables. Por ejemplo, Lomo del Sabinal, en el decil 6 de renta, pero en 4 deciles menos en nivel de estudios superiores, decil 2. Por el contrario, Llanos de la Barrera, Marzagán y Santa Margarita ocupan mejor posición en nivel de estudios que en renta (deciles 10 y 7 respectivamente).

Figura 5.62 Décil de renta y decil de estudios superiores. Barrios LPGC.

Décil Renta											
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
Décil Estudios superiores	10	TAFRAJAZA LA CALZADA CAÑALES CIUDAD JARDIN TRIANA CIUDAD DEL MAR LA MINILLA	SAN LAZARO	FINCAS UNIDAS	LLANOS DE LA BARRERA MARGARITA STA. MARGARITA						
	9	TAFRAJAZA MONTE LUZ LA MONTAÑETA SAN FCO. DE PAULA ALTA VISTA PIGO VIENTO	VEGETA LUGO LAS TORRES GUANAPTEME	ZURBARIAN							
	8		DRAGONAL ALTO DRAGONAL BAO EL ZARDO	EL PINTOR SAN LORENZO ALCARAVANERAS LAS CUEVAS SAN ANTONIO SANTA CATALINA - CAMTERAS	CRUZ DEL OVIERO DISEMINADO DE TAMARACETE	CIUDAD DEL CAMPO					
	7		LA DATA LOS HOPLOS DISEMINADO LOS HOPLOS DON JOSE	ESCALERITAS LAS MESAS LA GALERA LA SIERRA LA MINABRISA ALMATRICHES BAO							
	6				MILLOR INDUSTRIAL	LA JUNTABA LOS TORRUALES LAS MARIABELLAS HOVA ANDREA DISEMINADO SAN LORENZO DISEMINADO DE ALMATRICHES	LOS TORRUALES LAS MARIABELLAS TAMARACETE SALTO DEL NEGRO ALMATRICHES ALTO				
	5				SAN JOSE DEL ALAMO EL TOCOCH	CUEVAS TORRES LA FLETA	RISCO NEGRO LA FERRA EL ROMAN LOMO BLANCO	MILLER SAN ROQUE			
	4					LLANO DE LAS NIEVES CAÑADA HONDA CASABLANCA III COSTA AYALA	LA PALMA FLETA CASABLANCA I LLANOS DE EMPRIBERA SIETE PUERTAS	EL BATAN REHUYO ALTO			
	3				MONTEQUEMADO		SAN CRISTOBAL EL SECADERO	DISEMINADO DE TAFIRA LOMO APOLINARIO DISEMINADO LOS GILES VEGA DE SAN JOSE LOS GILES	SCHAMANN LA PATERNA HOVA DE LA PLAYA		
	2				LOMO DEL SABINAL			DISEMINADO DE MARGARITA EL CARDON DIAZ CASANOVA	CASA AVILA LOMO LOS FRAILES SAN JUAN - SAN JOSE PEDRO HIDALGO TIRES PALMAS	ISLA PERDIDA CHUMBERAS	
	1							CUESTA RAMON TENYO	JINAMAR SAN FRANCISCO - SAN NICOLAS LA CAZUELA LADEBA ALTA LADEBA ALTA CUEVAS BLANCAS ZARATE EL LARGO LAS REFORNS LAS TORRES INDUSTRIALES LOMO VERDE		

### 5.3.3. Empleo

La figura 5.39 representa dos dimensiones: desempleo "juvenil" y desempleo "adulto". En promedio, en relación con la población activa en ese intervalo de edad, en el caso del grupo de 15 a 24 años, el porcentaje promedio de desempleados asciende al 35,7%, casi un 6% más que en el tramo etario de población activa más adulta, de 50 a 64 años (29,8%).

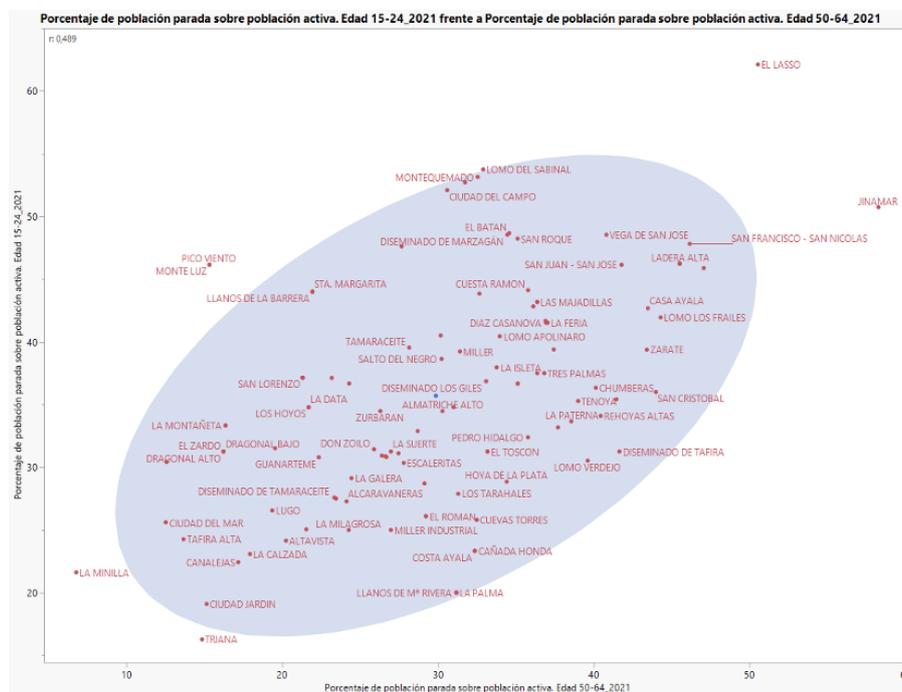
En seis barrios, casi uno de cada dos jóvenes de entre 15 y 24 años está desempleado: Lomo Sabinal, Montequemado, Llano de las Nieves, Ciudad del Campo (zona con el mayor porcentaje de población menor de 20 años) y Jinámar.

En el Lasso la situación se agrava y esta cifra de jóvenes en desempleo respecto a la población en ese intervalo de edad, asciende hasta el 62%.

El Lasso, nacido en los años 60 como barrio dormitorio para trabajadores del Cabildo Insular de GC, es, junto con Jinámar, los que lideran el desempleo de la población entre los 50 y 64 años, con el 50,5% y el 58% respectivamente.

Triana y La Minilla tienen la mejor posición relativa en ambos indicadores. Mientras el barrio histórico presenta la tasa de desempleo por población activa más baja entre los jóvenes, solo del 16,3% (del 20% entre los adultos), en el joven barrio de Ciudad Alta, nacido en los lomos altos de los antiguos arenales, sólo el 6,8% de entre los adultos mayores de 50 años está desempleado (el 21,6% en el caso del grupo más joven, entre 15 y 24 años).

Figura 5.63 Parados sobre activos (grupos más vulnerables de desempleo, de 15 a 24 y de 50 a 64 años).



## **6. Evolución de los indicadores de renta, pobreza, desigualdad y del perfil demográfico de los barrios de Las Palmas de Gran Canaria**

Tan relevante es conocer el perfil de cada barrio y su situación en comparación con el resto de territorios municipales como analizar y comparar cómo han evolucionado a lo largo del tiempo. Para este análisis temporal, dada la reciente disponibilidad de datos a nivel censal procedentes del INE, hemos seleccionado indicadores de renta, desigualdad y pobreza en tres momentos del tiempo: 2015, 2018 y 2021, y de indicadores demográficos, cuya información está más actualizada, en 2015, 2018 y 2023.

### **6.1. Evolución temporal de los indicadores de renta, desigualdad y pobreza 2015-2021**

#### **6.1.1. Cambios en la renta por unidad de consumo**

La renta media por unidad de consumo, también denominada “renta equivalente”, se obtiene dividiendo los ingresos totales del hogar entre el número de unidades de consumo (véase apartado metodología 4.3.2.1).

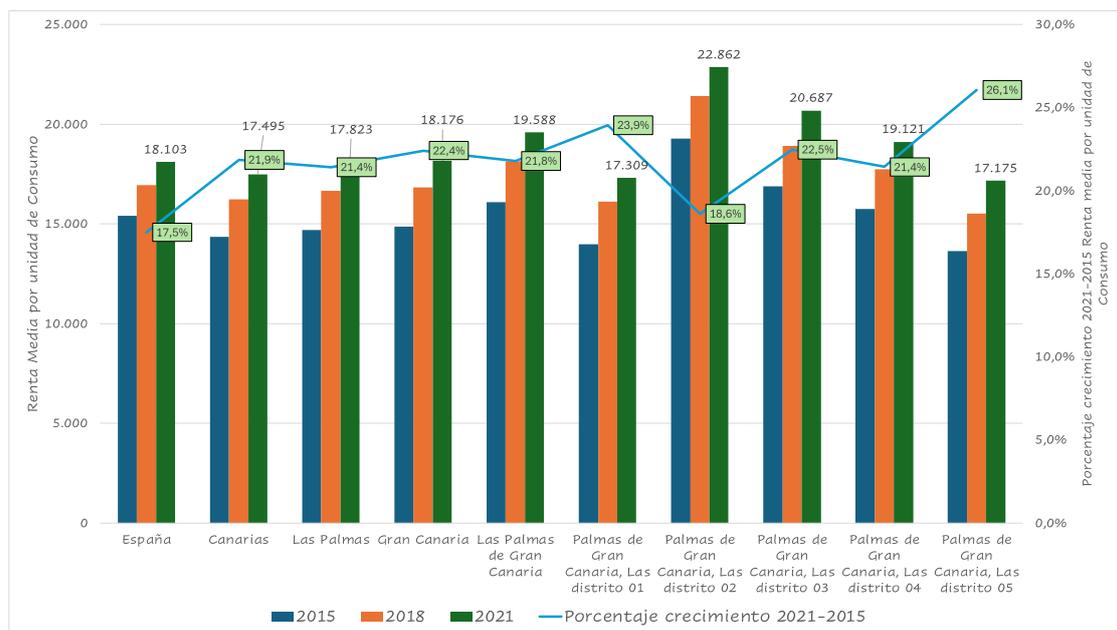
Desde 2015 a 2021, la renta media por unidad de consumo en Canarias creció un 21,9%, de 14.356 a 17.495 euros. Este crecimiento en el mismo periodo en España fue muy inferior, del 17,5%. La ciudad de Las Palmas de Gran Canaria pasó de 16.086 euros de renta equivalente en 2015 a 19.588 euros en 2021, un crecimiento del 21,8%. El territorio capitalino tiene en 2021 la mayor renta equivalente frente a la nacional (18.103), autonómica (17.495) o provincial (17.283), figura 6.1.

Esta renta de 19.588 euros promedia distritos y barrios muy dispares. El distrito 5 (Tamaraceite, San Lorenzo-Tenoya) y el distrito 1 (Vegueta, Cono Sur y Tafira),

con renta equivalente en torno a 17.000 euros en 2021, son, sin embargo, los que mayores tasas de crecimiento en este indicador han tenido entre 2015 y 2021, del 23,9% y 26,1% respectivamente. Además, son numerosos los barrios de estos dos distritos más desfavorecidos económicamente que han crecido en rentas incluso por encima del alto crecimiento promedio de su distrito (figura 6.2).

A pesar de esta relevante mejoría temporal en rentas de los distritos 1 y 5, no alcanzan en 2021 los niveles económicos de los distritos 2 (Centro), 3 (Isleta-Puerto-Guanarteme) o 4 (Ciudad Alta). Más aún, ni siquiera actualmente superan la renta equivalente que tenía el distrito mayor, el 2, en 2015.

Figura 6.64 Renta media por unidad de consumo 2015-2018 y 2021 y tasa de crecimiento 2021-2015





Aún, sin embargo, está a dos puntos del indicador a nivel nacional y de la C.A. de Canarias (33,0), lo que agrava la situación teniendo en cuenta, además, que el archipiélago tiene el peor índice de Gini de España, exceptuando la C.A. de Madrid, Ceuta y Melilla.

La ratio P80/P20 para toda Canarias mejoró dos décimas y baja de 3 al 2,8 desde 2015 a 2021. En Las Palmas de Gran Canaria mejoró tres décimas, del 3,5 al 3,2. Aún el 20% más rico de la ciudad más que triplica las rentas del 20% más pobre, tabla 6.1.

Tabla 6.23 Índice de Gini y P80/P20. 2015-2018-2021.

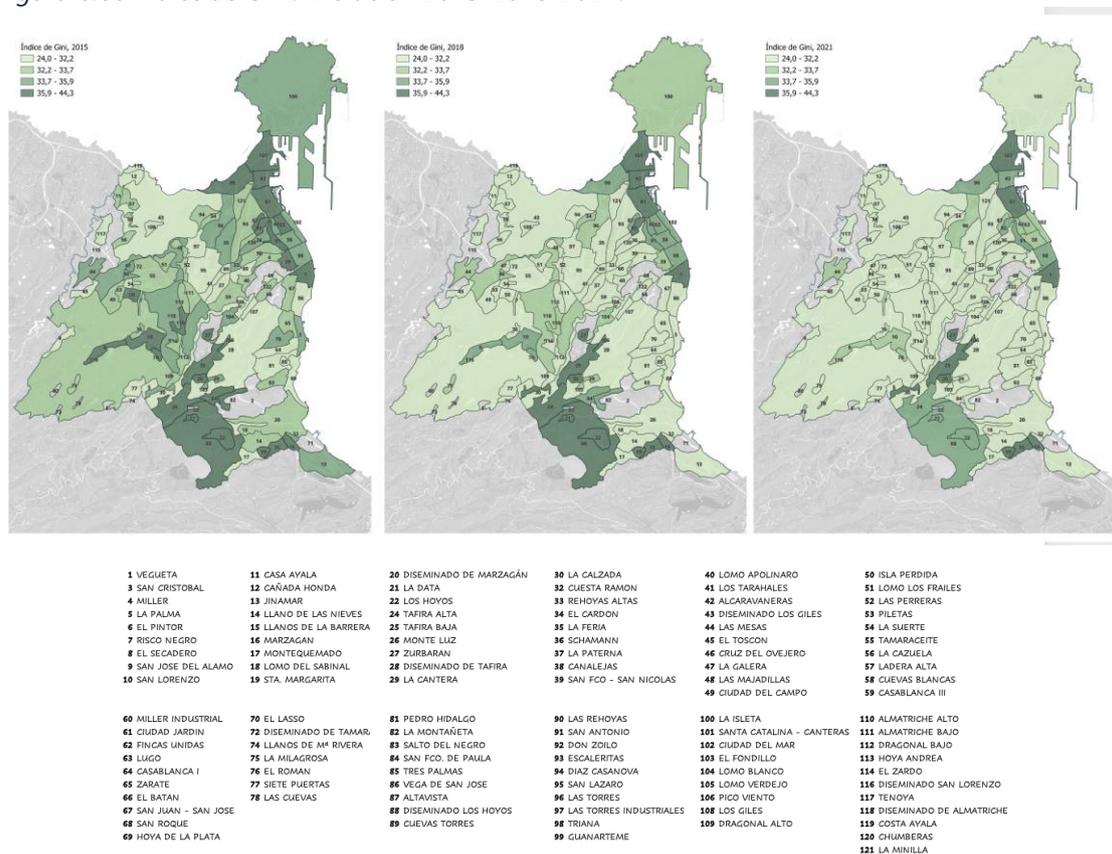
	2021	2018	2015
<b>C.A. Canarias</b>			
Índice de Gini	33,2	33,9	36,1
P80/P20	2,8	2,7	3,0
<b>Las Palmas de Gran Canaria</b>			
Índice de Gini	35,0	36,5	38,5
P80/P20	3,2	3,2	3,5

A nivel de barrios, cinco de ellos con concentración de rentas, IG, por encima del promedio de la ciudad han empeorado entre 2015 y 2021: La Calzada (empeoró 1,9 puntos, de 35 a 36,9), Monte Luz, Pico Viento y Tafira Baja (1 punto, de 35,9 a 36,9), y Vegueta con una ligera subida de 0,21 puntos, del 36,43 al 36,64.

Los barrios con peor equidistribución en 2021, mejoraron sustancialmente desde 2015, aunque aún siguen lejos de valores aceptables en comparación con el índice en Canarias (33,2) o España (33,0). Santa Catalina Canteras, con la peor equidistribución de rentas, tiene un índice propio de países subdesarrollados, 39,7, aunque mejoró desde 2015, 2,61 puntos. Los Llanos de la Barrera, Marzagán y Santa Margarita prosperaron en igualdad, reduciendo su índice de Gini en 4,1 puntos entre 2015 y 2021 (aunque aún por encima de 38,0) y con mayor mejora, El Zurbarán (5,1 puntos de reducción, desde 42,6 a 37,5). La figura 6.3 muestra, a

partir de los cuartiles del índice de Gini en 2015, su evolución en 2018 y 2021. Se percibe el degradado de color con la mejoría general que se ha señalado.

Figura 6.66 Índice de Gini. Evolución 2015-2018-2021.



### 6.1.3. La Pobreza relativa y pobreza severa entre 2015 y 2021

La pobreza relativa en LPGC (porcentaje de población con ingresos por unidad de consumo por debajo 60% de la mediana), se ha reducido casi 4 puntos porcentuales entre 2015 y 2021. En este último año ascendió al 24% de la población, un 2% menos que en la C.A. de Canarias. La Pobreza severa (porcentaje de población con ingresos por unidad de consumo por debajo 40% de la mediana) entre 2015 y 2021 tuvo una mejora similar, también en torno a 4 puntos. En este caso, aun por debajo en 2021 del indicador a nivel de la Comunidad Autónoma (12,1 Canarias vs 11,2 Las Palmas de Gran Canaria).

Se pueden destacar los siguientes hechos:

1.- Las mejoras en estos indicadores fueron sustancialmente significativas entre 2015 y 2018 pero no tanto entre este último año y 2021 (tabla 6.2).

2.- Las diferencias en el riesgo de pobreza y pobreza severa existen entre ambos sexos en los intervalos de edad de 18 a 64 años y de 64 años en adelante, siempre en perjuicio de las mujeres, pero no se aprecian diferencias tangibles entre los más jóvenes, menores de 18 años (figura 6.4 y figura 6.5).

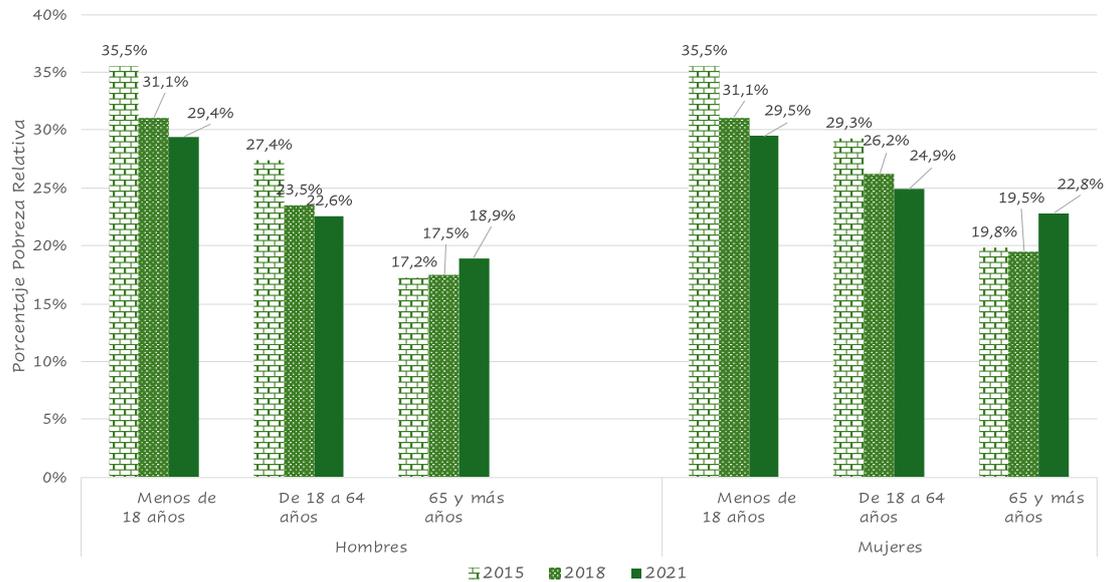
3.- Un tercer elemento relevante es el empeoramiento del indicador de riesgo de pobreza entre 2015 y 2021 en el tramo de los mayores de 65 años (17,2% en 2015 y 18,9% en 2021 en el caso de los hombres y 19,8% en 2015 y 22,8% en 2021 en el caso de las mujeres). En el caso de pobreza severa, nula mejoría para este grupo de edad desde 2015 (figura 6.4 y figura 6.5).

Tabla 6.24 Evolución 2015-2018-2021. Las Palmas de Gran Canaria.

	Las Palmas de Gran Canaria	
	Reducción 2018-2015	Reducción 2021-2018
Riesgo de Pobreza Relativa	-11,2%	-2,8%
Riesgo de Pobreza Severa	-18,1%	-11,8%

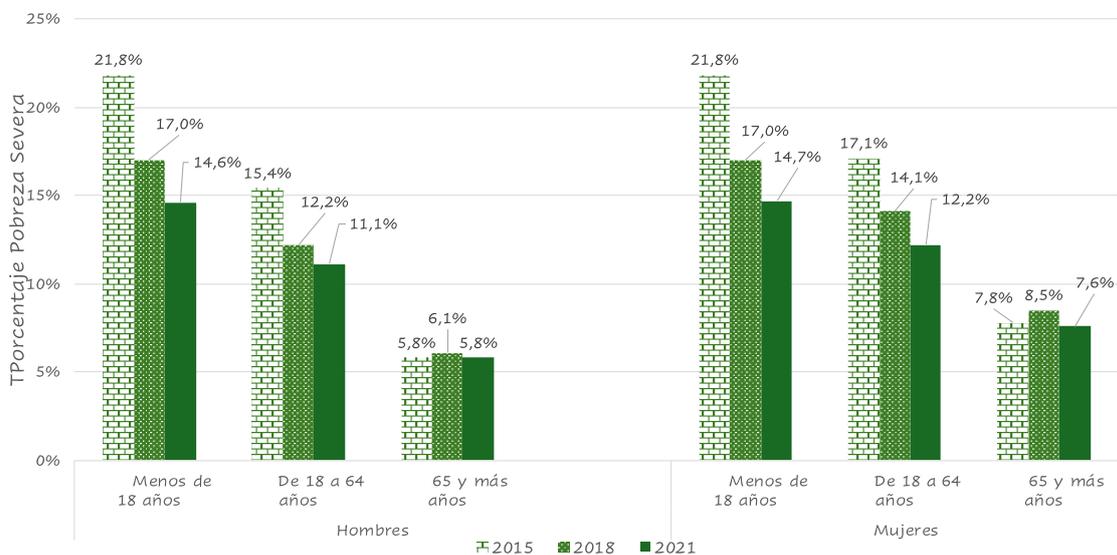
Fuente: INE

Figura 6.67 Pobreza relativa. Evolución 2015-2021 según género y grupos de edad. Las Palmas de Gran Canaria.



Fuente: INE

Figura 6.68 Pobreza Severa. Evolución 2015-2021 según género y grupos de edad. Las Palmas de Gran Canaria



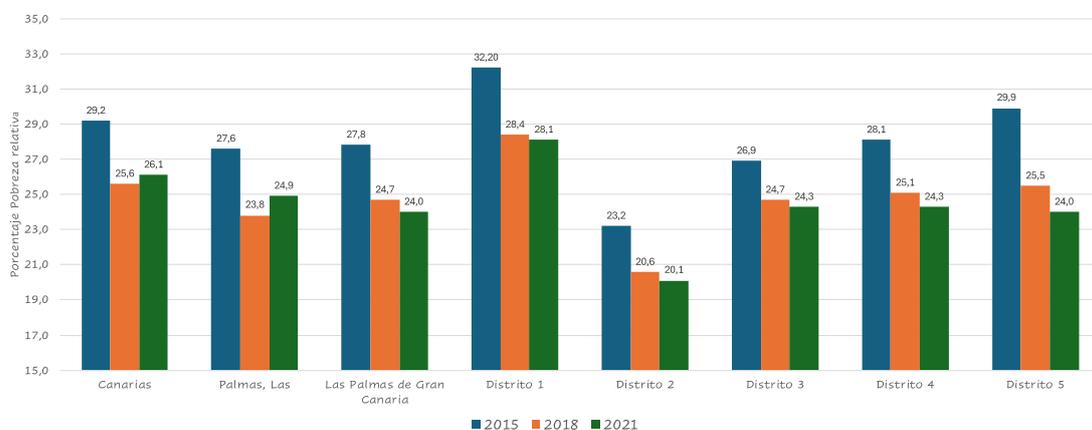
Fuente: INE

A nivel de distrito, también la evolución de estos indicadores de pobreza ha sido dispar. En 2021, un 28,1 % de la población del Distrito 1 (Vegueta, Cono sur y Tafira) en 2021 está en riesgo de pobreza frente a un 20,1% en el distrito 2 (Centro). El distrito 5 (Tamaraceite- San Lorenzo-Tenoya) es el que más ha

reducido el riesgo de pobreza en el periodo, un 6%. El distrito 1 (Vegueta, Cono sur y Tafira) aun mejorando un 4% desde 2015, sigue en niveles muy altos de riesgo de pobreza entre sus vecinos, un 28,1% en 2021, casi un cuatro por ciento más que en el resto de los territorios colindantes. El distrito 3 (Isleta-Puerto-Guanarteme) es el de peor evolución, con menor reducción en el riesgo de pobreza, figura 6.6.

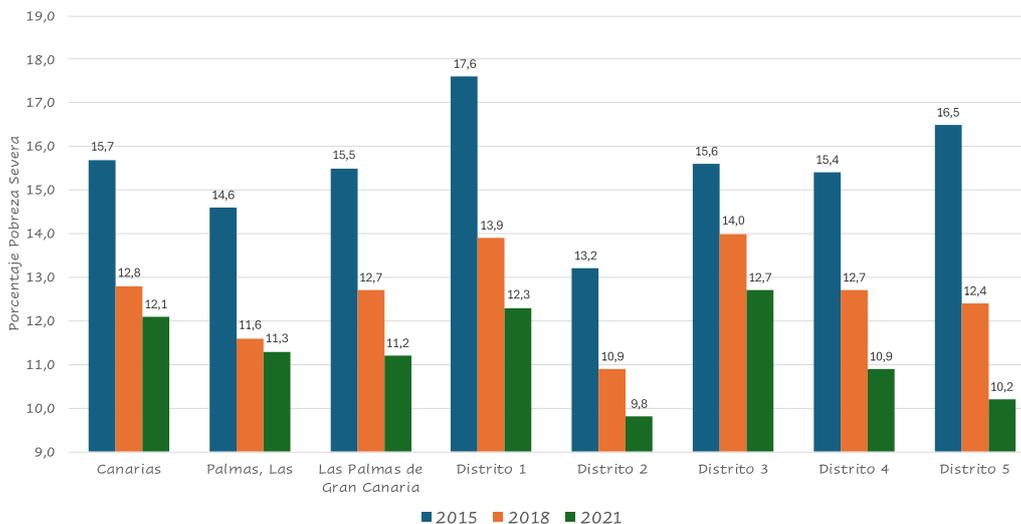
Respecto al riesgo de pobreza severa, ha mejorado en la ciudad capitalina más que en la provincia y en la Comunidad Canaria. Por distritos, el 5 (Tamaraceite-San Lorenzo-Tenoya) de ocupar la peor situación en 2015 (16,5%), ha dado un salto cuantitativo muy significativo en el riesgo de pobreza severa en 2021, hasta reducirse al 10,2%, nivel similar del distrito más rico de la ciudad, el 2 (Centro), figura 6.7.

Figura 6.69 Pobreza relativa. Evolución 2015-2018-2021.



Fuente: INE

Figura 6.70 Pobreza Severa. Evolución 2015-2018-2021.



Fuente: INE

Tabla 6.25 Evolución Riesgo de pobreza en los barrios de LPGC con mayor y menor Riesgo de pobreza en 2015.

		Riesgo Pobreza 2015	Riesgo Pobreza 2021	Aumento-Reducción Riesgo de Pobreza entre 2021 y 2015
BARRIOS CON MENOR RIESGO DE POBREZA EN 2015	LA MINILLA	8,8%	7,1%	-19,2%
	CIUDAD DEL MAR	9,8%	7,5%	-23,0%
	CIUDAD JARDÍN	10,7%	10,4%	-2,3%
	TAFIRA ALTA	11,5%	11,2%	-1,9%
	MONTE LUZ	11,6%	14,9%	28,4%
	PICO VIENTO	11,6%	14,9%	28,4%
	TAFIRA BAJA	11,6%	14,9%	28,4%
	TRIANA	12,3%	11,6%	-6,1%
	ALTAVISTA	12,4%	16,4%	32,3%
SAN LAZARO	12,6%	9,8%	-22,3%	
BARRIOS CON MAYOR RIESGO DE POBREZA EN 2015	CASA AYALA	41,2%	33,4%	-19,0%
	LOMO LOS FRAILES	41,5%	32,5%	-21,6%
	CUEVAS BLANCAS	43,3%	35,4%	-18,2%
	LA CAZUELA	43,3%	35,4%	-18,2%
	LADERA ALTA	43,3%	35,4%	-18,2%
	SAN FRANCISCO - SAN NICOLÁS	44,2%	40,3%	-8,7%
	LAS REHOYAS	45,7%	39,9%	-12,6%
	ISLA PERDIDA	47,1%	28,8%	-38,9%
	EL LASSO	52,6%	42,2%	-19,8%
JINÁMAR	57,9%	49,2%	-15,1%	

Tabla 6.26 Evolución Riesgo de pobreza severa en los barrios de LPGC con mayor y menor Riesgo de pobreza severa en 2015.

	Barrio	Riesgo Pobreza Severa 2015	Riesgo Pobreza Severa 2021	Aumento-Reducción Riesgo de Pobreza Severa entre 2021 y 2015
BARRIOS CON MENOR RIESGO DE POBREZA SEVERA EN 2015	CIUDAD DEL MAR	5,13	4,40	-14,2%
	LA MINILLA	5,22	3,29	-37,0%
	MONTE LUZ	6,40	9,80	53,1%
	PICO VIENTO	6,40	9,80	53,1%
	TAFIRA BAJA	6,40	9,80	53,1%
	TAFIRA ALTA	6,44	5,77	-10,4%
	SAN LAZARO	6,68	4,59	-31,3%
	ALTAVISTA	6,70	6,90	3,0%
	TRIANA	6,83	6,48	-5,1%
CIUDAD JARDÍN	6,85	5,97	-12,8%	
BARRIOS CON MAYOR RIESGO DE POBREZA SEVERA EN 2015	ZÁRATE	21,76	16,27	-25,2%
	CUEVAS BLANCAS	22,50	15,70	-30,2%
	LA CAZUELA	22,50	15,70	-30,2%
	LADERA ALTA	22,50	15,70	-30,2%
	LOMO LOS FRAILES	23,49	13,61	-42,1%
	LAS REHOYAS	25,85	18,27	-29,3%
	SAN FRANCISCO - SAN NICOLÁS	26,00	18,65	-28,3%
	ISLA PERDIDA	30,50	13,00	-57,4%
	EL LASSO	30,72	18,92	-38,4%
JINÁMAR	38,17	23,52	-38,4%	

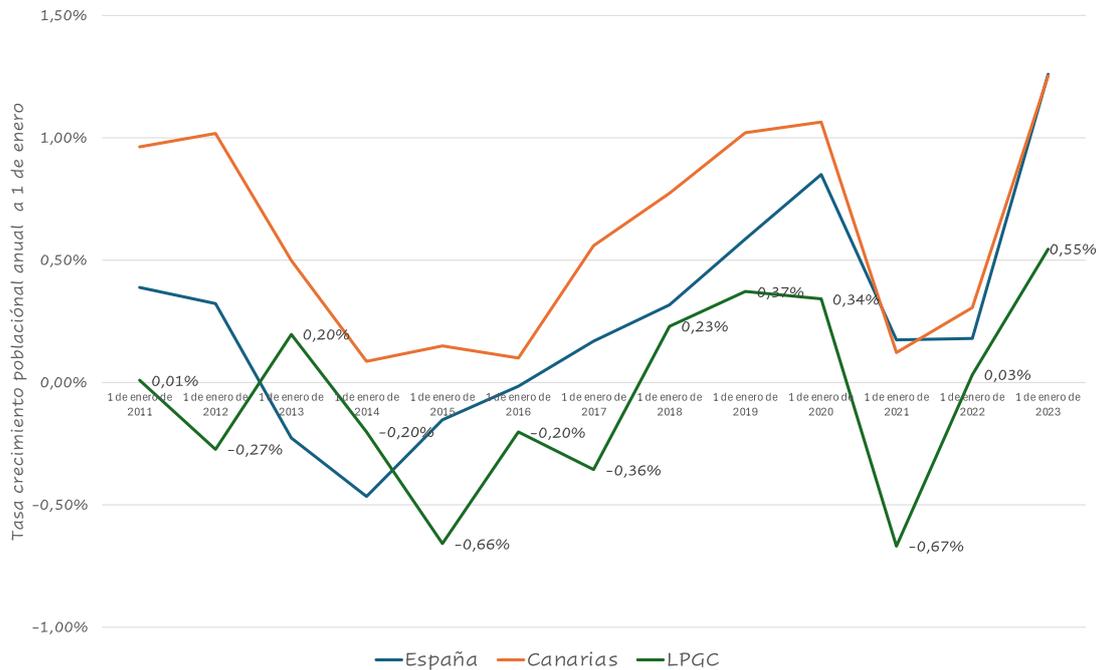
## 6.2. Evolución de la población y de su estructura 2015-2023

### 6.2.1. La población de los barrios de Las Palmas de Gran Canaria entre 2015 y 2023

La ciudad de Las Palmas de Gran Canaria ganó 1.097 habitantes entre 2015 y 2023, un crecimiento poblacional del 0,29%, cifra muy inferior a la observada en España y en Canarias en ese mismo periodo. La región incrementó su población un 5,32% (111.697 habitantes más) y en España aumentaron sus residentes en 1.659.639, un 3,6% más.

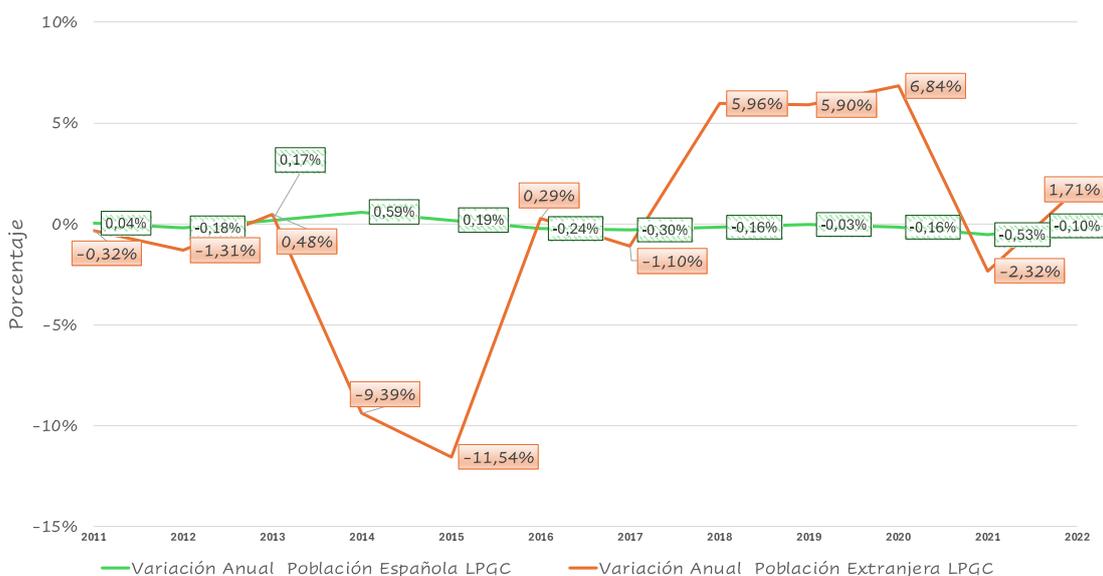
Este menor crecimiento demográfico no ha sido puntual, en la figura 6.8 se observa cómo desde 2010 el crecimiento anual de población en la ciudad capitalina de la provincia ha sido de forma prácticamente sistemática inferior al crecimiento demográfico nacional y autonómico.

Figura 6.71 Crecimiento poblacional anual España-Canarias-LPGC.



Por su parte, las tasas de crecimiento anuales de la población extranjera han fluctuado desde 2010 con mayor intensidad que la población nacional, con evolución muy estable (figura 6.9).

Figura 6.72 Tasa de variación población española y población extranjera en Las Palmas de Gran Canaria 2011-2022.



Fuente: INE

El proceso de distribución entre los barrios capitalinos de estas variaciones poblacionales habidas en la capital está marcado por ritmos muy diferentes y tiene implicaciones relevantes referidas a las necesidades de infraestructuras, de recursos sanitarios y educativos o respecto a la presión sobre los recursos ambientales. De los 112 barrios en estudio, 55 perdieron población frente a 57 que ganaron residentes, pero tanto en uno como en otro grupo la variabilidad en los cambios poblacionales en el periodo analizado es alta. La tabla 6.5 los clasifica en cuatro grupos, según su crecimiento o decrecimiento pueda considerarse alto o moderado.

Tabla 6.27 Clasificación barrios LPGC según variación poblacional 2015-2023.

DECRECIMIENTO POBLACIONAL ALTO	DECRECIMIENTO POBLACIONAL MODERADO	CRECIMIENTO POBLACIONAL MODERADO	CRECIMIENTO POBLACIONAL ALTO
LLANOS DE LA BARRERA	LAS REHOYAS	ESCALERITAS	LA GALERA
MARZAGÁN	DISEMINADO SAN LORENZO	TRIANA	LUGO
STA. MARGARITA	LOMO VERDEJO	CHUMBERAS	LAS TORRES
JINÁMAR	SIETE PUERTAS	ZÁRATE	DIAZ CASANOVA
LA MILAGROSA	LA PALMA	SAN JUAN - SAN JOSÉ	TAFIRA ALTA
CAÑADA HONDA	LLANOS DE M <sup>a</sup> RIVERA	DISEMINADO LOS GILES	EL CARDÓN
COSTA AYALA	SAN LORENZO	MILLER INDUSTRIAL	DRAGONAL ALTO
LA PATERNA	LAS CUEVAS	GUANARTEME	EL ZARDO
EL FONDILLO	EL PINTOR	SAN ANTONIO	DRAGONAL BAJO
LA CANTERA	CASA AYALA	PEDRO HIDALGO	LAS MESAS
DON ZOILO	LOMO BLANCO	ALMATRICHE BAJO	LA MONTAÑETA
REHOYAS ALTAS	HOYA ANDREA	DISEMINADO DE TAMARACEITE	SAN FCO. DE PAULA
TRES PALMAS	CASABLANCA I	ISLA PERDIDA	ALCARAVANERAS
LA SUERTE	CIUDAD DEL MAR	CRUZ DEL OVEJERO	LOS GILES
EL LASSO	LA ISLETA	LOS TARAHALES	VEGUETA
LA FERIA	CUESTA RAMÓN	SCHAMANN	ALTAVISTA
FINCAS UNIDAS	EL BATÁN	DISEMINADO DE ALMATRICHE	LOMO APOLINARO
HOYA DE LA PLATA	LAS TORRES INDUSTRIALES	SAN JOSÉ DEL ÁLAMO	TENOYA
SAN CRISTOBAL	DISEMINADO DE TAFIRA	EL TOSCÓN	CASABLANCA III
SAN ROQUE	LA CAZUELA	SALTO DEL NEGRO	CIUDAD DEL CAMPO
TAMARACEITE	CUEVAS BLANCAS	ZURBARÁN	DISEMINADO DE MARZAGÁN
LOMO LOS FRAILES	LADERA ALTA	SAN LAZARO	TAFIRA BAJA
VEGA DE SAN JOSE	LOS HOYOS	SANTA CATALINA - CANTERAS	MONTE LUZ
MILLER	DISEMINADO LOS HOYOS	CIUDAD JARDÍN	PICO VIENTO
LA MINILLA	LA DATA	ALMATRICHE ALTO	LLANO DE LAS NIEVES
CUEVAS TORRES	EL ROMÁN	PILETAS	MONTEQUEMADO
EL SECADERO	RISCO NEGRO	LA CALZADA	LOMO DEL SABINAL
SAN FRANCISCO - SAN NICOLÁS	CANALEJAS	LAS MAJADILLAS	
		LAS PERRERAS	

Según variación: población 2023 y población 2015. Primer cuartil: decrecimiento poblacional alto (decrecimiento superiores al 3,2%); segundo cuartil: decrecimiento poblacional moderado (entre el -3,2% y el 0,28%); tercer cuartil: crecimiento poblacional moderado (entre el 0,28% y 7,19%; cuarto cuartil: crecimiento poblacional alto (superior al 7,19%).

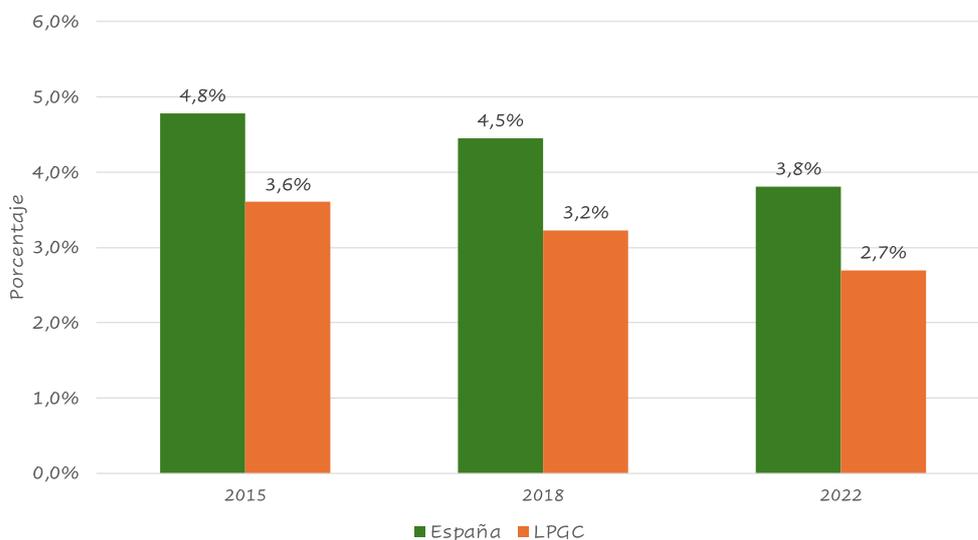
## 6.2.2. La estructura demográfica de los barrios de Las Palmas de Gran Canaria entre 2015 y 2023

La ciudad de Las Palmas de Gran Canaria vive el desarrollo demográfico con retos similares a los de otros territorios desarrollados. Sin embargo, algunos indicadores muestran una tendencia agravada respecto a la tónica general de la

evolución demográfica del siglo XXI. Por ejemplo, respecto a la clara regresión de la cohorte de los menores de cinco años, en el crecimiento acelerado del grupo de mayores de 65 años o en la evolución del indicador de sobreenvjecimiento.

En España, la población infantil en el tramo de edad entre 0 y 4 años es la segunda más baja de la UE<sup>51</sup> y aun así representa más de un punto porcentual que en la ciudad de Las Palmas de GC. Desde 2015 la capital ha pasado de contar con un 3,6% de menores de 5 años al 2,7% en 2022 (figura 6.10).

Figura 6.73 Porcentaje de menores de 5 años 2015-2018-2022. España - Las Palmas de Gran Canaria.



Fuente: INE

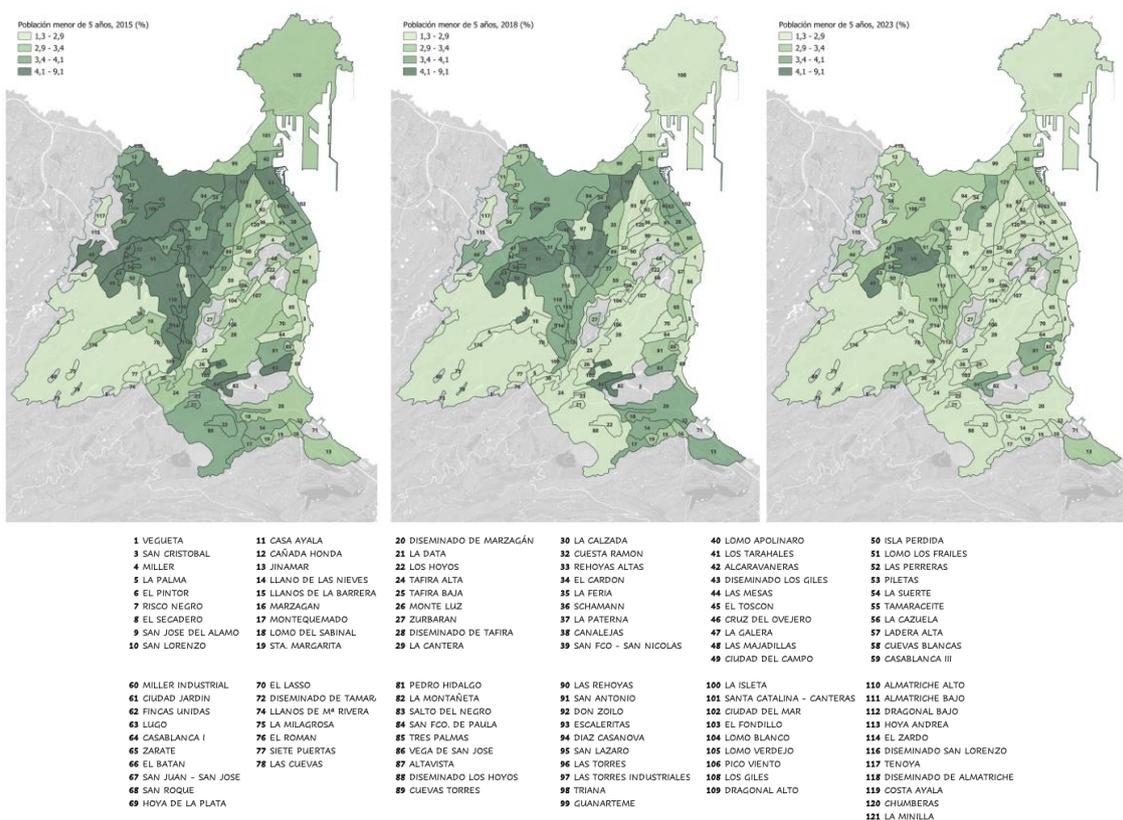
La figura 6.11 representa en cuartiles de 2015 cómo se distribuye y ha evolucionado este grupo de edad entre los barrios de las Palmas de Gran Canaria. Muestra muy claramente la tendencia regresiva.

---

51 <https://www.funcas.es/prensa/el-numero-de-ninos-de-0-a-4-anos-en-espana-cayo-en-medio-millon-entre-2014-y-2023/>

Sólo diez barrios no han perdido niños desde 2015. Los que han crecido en población infantil de forma más significativa han sido: Siete Puertas (0,9%), La Palma (0,9%), Los Llanos de María Rivera (0,9%), Tenoya (0,6%) y Don Zoilo (0,3%).

Figura 6.74 Población menor de 5 años según cuartiles de 2015. Barrios de Las Palmas de Gran Canaria 2015-2018-2023.

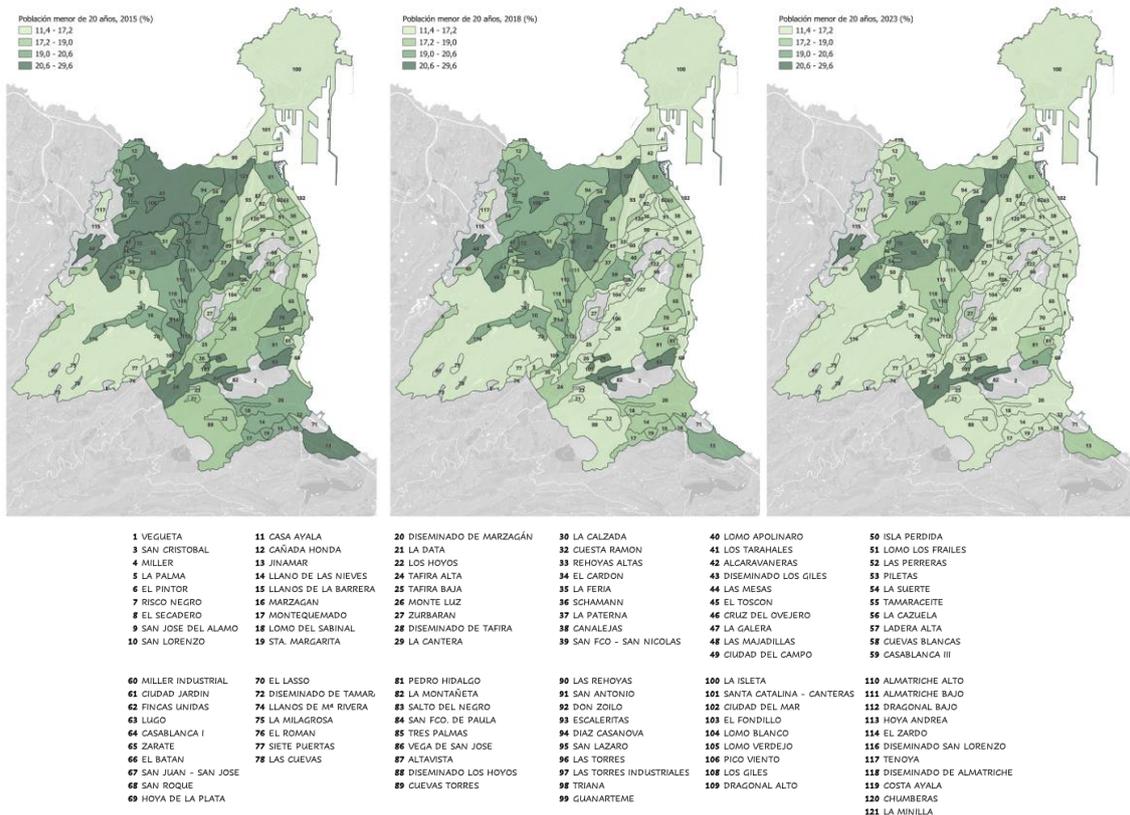


Por el otro extremo, los que han perdido mayor porcentaje de población infantil ha sido los barrios de Ciudad del Campo (-4%), La Minilla (-3,2%), El Fondillo (-2,7%), La Cantera (-2,7%), San Lázaro (-2,6%), El Zardo (-2,3%), Dragonal Alto y Dragonal Bajo (-2,3%).

También la evolución de la población joven, menores de 20 años, plantea desafíos, con una tendencia regresiva relevante, figura 6.12. Sólo seis barrios capitalinos han ganado población entre 2015 y 2023 en este tramo de edad: Altavista, Zurbarán, Ciudad de Mar, Tafira Alta, San Fco. de Paula y La Montañeta. Y de los seis barrios con menor cantidad de jóvenes ya en 2015 (Santa Catalina-

Canteras, Vegueta, Miller industrial, Altavista, Rehoyas Altas y Guanarteme), solo uno ha incrementado su población en este grupo en 2023, Altavista.

Figura 6.75 Población menor de 20 años según cuartiles de 2015. Barrios de Las Palmas de Gran Canaria 2015-2018-2023.



El ritmo de envejecimiento impone consideraciones en materia asistencial, sanitaria, servicios y equipamientos, etc... En 2023, la población de 65 años y más representa en Las Palmas de Gran Canaria un porcentaje similar que a nivel nacional, en torno a un 20,0% de la población. En la cohorte de 85 y más años, frente al 3,3% nacional, en Las Palmas de Gran Canaria representan un 2,8% de la población.

El proceso de sobrevejecimiento, medido por el índice de personas de 80 y más años entre la cohorte poblacional de 65 años y más, muestra una variabilidad importante entre los barrios de la ciudad. Mientras algunos barrios han visto

crecer desde 2015 en más de 5 puntos este índice otros tantos lo han visto reducir desde ese mismo año en más de ese nivel de 5 puntos (tabla 6.6).

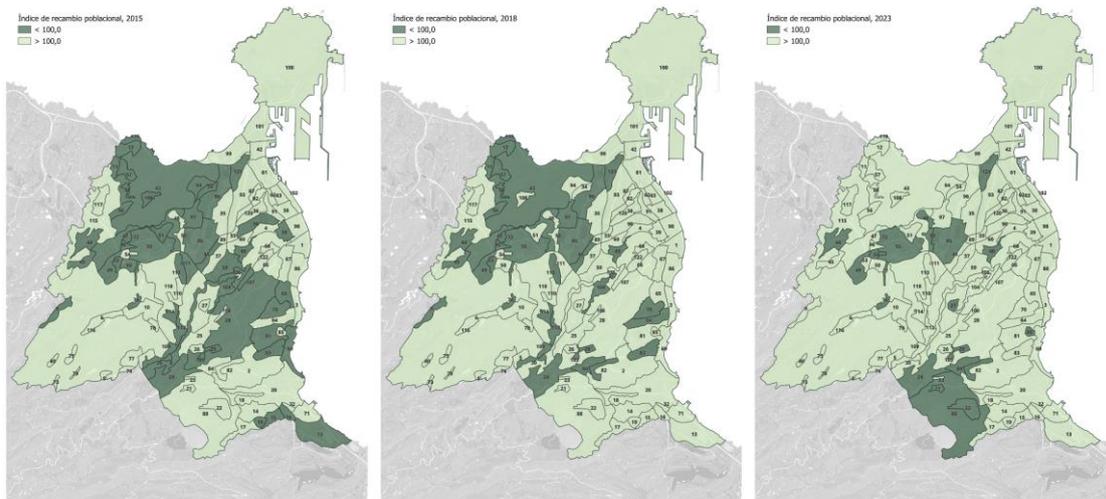
Tabla 6.28 Evolución del índice sobre envejecimiento 2015-2023. Barrios Las Palmas de Gran Canaria.

BARRIOS CON REDUCCIÓN DEL ÍNDICE DE SOBREENVEJECIMIENTO POR ENCIMA DE 5 PUNTOS ENTRE 2015 Y 2023	BARRIOS CON INCREMENTO DEL ÍNDICE DE SOBREENVEJECIMIENTO POR ENCIMA DE 5 PUNTOS ENTRE 2015 Y 2023
CUESTA RAMÓN	DISEMINADO DE TAFIRA
DISEMINADO DE MARZAGÁN	EL TOSCÓN
CASABLANCA III	SAN JOSÉ DEL ÁLAMO
LOMO DEL SABINAL	LOMO VERDEJO
MONTEQUEMADO	LA CALZADA
LLANO DE LAS NIEVES	LOMO BLANCO
EL CARDÓN	PILETAS
CUEVAS BLANCAS	REHOYAS ALTAS
LA CAZUELA	LOS HOYOS
LADERA ALTA	DISEMINADO LOS HOYOS
DIAZ CASANOVA	LA DATA
CASA AYALA	EL BATÁN
ISLA PERDIDA	LOS TARAHALES
LAS CUEVAS	TRES PALMAS
SAN LORENZO	DISEMINADO DE TAMARACEITE
EL PINTOR	CRUZ DEL OVEJERO
EL FONDILLO	LA PALMA
LA CANTERA	LLANOS DE M <sup>a</sup> RIVERA
	SIETE PUERTAS
	LA GALERA
	CIUDAD DEL MAR
	HOYA DE LA PLATA

Dos índices más aportan información de interés sobre la evolución histórica de la estructura de los fenómenos demográficos básicos: "el índice de recambio": relación entre la población entre 60 y 64 años y la población entre 15 y 19 años, que mide la capacidad de una población para sustituir a los individuos que se van jubilando y el "índice de dependencia": población menor de 15 años y de 65 y más entre los que están entre esos dos grupos, que relaciona la población potencialmente no activa o dependiente y la potencialmente activa.

Para el "índice de recambio" el objetivo de sostenibilidad es mantenerse inferior a 100, es decir, más población en edad entre 15 y 19 que entre 60 y 64 años. Este objetivo lo cumplían 52 de los 122 barrios de la ciudad en 2015. En 2018 fueron 39 y en 2023 sólo 21 barrios alcanzaron este objetivo (figura 6.13).

Figura 6.76 Índice recambio: Cohorte 60-64 años entre cohorte 15-19 años. Objetivo sostenibilidad menor de 100. Barrios LPGC 2015-2018-2023



Siete barrios redujeron su índice a menos de 100 de 2015 a 2023: La Data, La Montañeta, Las Majadillas, Las Perreras, Los Hoyos, San Fco. de Paula y Zurbarán.

Los barrios con valores extremos en 2015, Santa Catalina-Canteras que más que duplicaba su población de 60 a 64 años respecto a la población de 15 a 19 sigue en 2023 con cifras similares. Ciudad del Campo, en 2015, uno de cada tres de sus vecinos tenía entre 15 y 19 años por cada residente de 60-64 años. En 2023 son dos los jóvenes por cada adulto próximo a la jubilación, aunque en 2023 sigue siendo el que mejor capacidad tiene para reemplazar y sustentar a la población que cesa su actividad laboral. Rehoyas-Altas ha empeorado enormemente su índice desde 2015 (de 132 a 207 en 2023). En 2023 presenta el valor más extremo entre todos los barrios, su población activa más adulta duplica a la del tramo entre 15 y 19 años, tabla 6.7.

Tabla 6.29 Índice de recambio demográfico. Barrios LPGC 2015-2018-2023.

**ÍNDICE DE RECAMBIO: OBJETIVO SOSTENIBILIDAD: MENOR DE 100**

**EVOLUCIÓN BARRIOS CON VALORES EXTREMOS EN 2015**

	2015	2018	2023
SANTA CATALINA - CANTERAS	209,79	197,24	196,31
CIUDAD DEL CAMPO	27,13	27,63	44,51

**EVOLUCIÓN BARRIOS CON VALORES EXTREMOS EN 2023**

	2015	2018	2023
REHOYAS ALTAS	132,47	178,33	207,81
CIUDAD DEL CAMPO	27,13	27,63	44,51

El “índice de dependencia”, refleja la población inactiva entre población en edad activa. Un índice de 50 indica que la población en edad activa duplica a la inactiva y cuanto mayor sea, mayor será la carga que soporta la población activa para mantener a la población que depende de ellos. Sólo seis barrios capitalinos superaron la media nacional en 2021 que ascendió a 54,7 ( Altavista, Ciudad del Mar, Diseminado Los Hoyos, La Feria, Los Hoyos y Tres Palmas) y solo tres en 2023 (que a nivel nacional fue de 55,3<sup>52</sup>): Altavista, Ciudad del Mar y Tres Palmas.

Ciudad del Mar y Altavista los barrios cuya población activa soportan mayor carga (69,0 y 70,7 en 2021 y 63,0 y 61,8 en 2023), respectivamente.

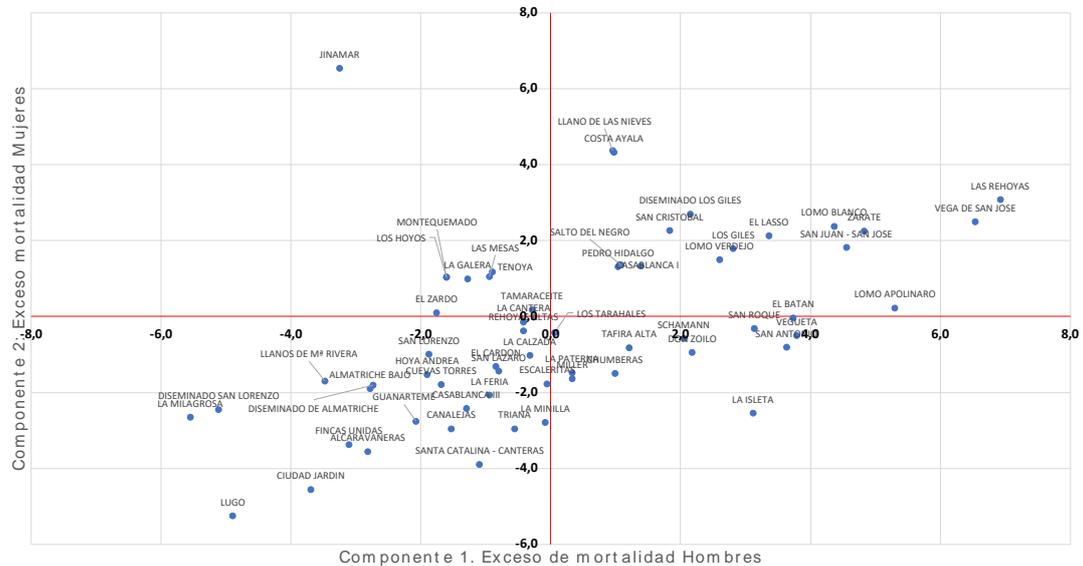
52 <https://ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/p278/p01/2018-2068/idb/I0/&file=03005a.px&L=0>

## **7. Análisis conjunto de indicadores socioeconómicos y demográficos y de indicadores de salud**

### **7.1. Análisis conjunto de indicadores de sobremortalidad por causas evitables**

Un análisis de componentes principales sintetiza el 83,9% de la información de los indicadores de sobremortalidad por causas evitable en 2 componentes (véase sección 4 para metodología ACP y 5.2.2 resultados sobremortalidad). Según la matriz de carga factorial rotada (rotación varimax), el primer componente 1 está claramente asociado al exceso de tasas de mortalidad en hombres, mientras que el componente 2 lo hace con la mortalidad femenina (figura 7.1). El primer factor opone los barrios con mayor carga relativa de mortalidad masculina: Las Rehoyas, Vega de San José, Lomo Apolinario, Zárata, San Juan-San José y Lomo Blanco frente a los que presentan menor carga de salud: La Milagrosa, Diseminado de San Lorenzo, Lugo y Ciudad Jardín. El factor 2 opone a Jinámar, Llano de las Nieves, Costa Ayala, Rehoyas, Diseminado los Giles y Vega de San José (alta mortalidad relativa de mujeres) a Lugo, Ciudad Jardín, Sta. Catalina-Canteras, Alcaravaneras y Fincas Unidas, con una puntuación excepcionalmente baja en este factor de exceso de mortalidad de las mujeres.

Figura 7.77 Resultados Análisis de Componentes Principales. Ratios de mortalidad por causas evitables. Barrios LPGC.



## 7.2. Análisis conjunto indicadores socioeconómicos y demográficos

Analizamos mediante un análisis de componentes principales los barrios de LPGC respecto a los 25 indicadores socioeconómicos y demográficos de la matriz de información. La tabla 7.1 recoge los resultados. Se consigue reducir la dimensión de la matriz a 4 factores, con una cantidad de información retenida acumulada que asciende al 74,84%.

Tabla 7.30 Cantidad de información retenida en ACP.

Componente	Varianza total explicada					
	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la rotación		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	8,102	32,408	32,408	5,685	22,739	22,739
2	6,616	26,463	58,871	5,494	21,974	44,713
3	2,530	10,120	68,992	4,253	17,011	61,725
4	1,463	5,851	74,843	3,280	13,118	74,843

Posteriormente, con el fin de interpretar los 4 nuevos factores los rotamos, con rotación varimax, y analizamos la correlación de cada variable original con cada

nuevo factor o componente principal. La siguiente tabla 7.2 muestra la matriz de estas correlaciones que permiten “conocer” e interpretar cada factor.

Tabla 7.31 Correlaciones entre variables y factores rotados.

**Matriz de componente rotado<sup>a</sup>**

		Componente			
		1	2	3	4
1	Porcentaje de población mayor 64 años	0,903	-0,150	0,137	0,282
2	Porcentaje población menor 15 años	-0,892	-0,163	0,080	-0,096
3	Porcentaje pensionistas jubilación sobre población	0,875	-0,163	0,094	0,237
4	Porcentaje población menor 20 años	-0,856	-0,276	0,078	-0,210
5	Porcentaje población menor 5 años	-0,750	0,067	0,011	0,095
6	Índice dependencia	0,634	-0,402	0,269	0,338
7	Índice recambio	0,596	0,400	0,010	0,156
8	Porcentaje población entre 20 y 64 años	-0,574	0,482	-0,280	-0,232
9	Pobreza severa	0,079	0,916	-0,017	0,151
10	Pobreza (AROP)	0,081	0,865	-0,368	0,048
11	Porcentaje de población parada sobre población activa 50 a 64 años años.	0,078	0,737	-0,608	-0,014
12	Viviendas alquiler sobre viviendas totales	-0,142	0,709	-0,128	0,156
13	Porcentaje de población parada sobre población activa 15 a 24 años años.	-0,041	0,663	0,005	-0,377
14	Porcentaje pensionistas invalidez sobre población	0,073	0,586	-0,554	-0,313
15	Índice estructura activa	0,078	-0,545	-0,020	-0,179
16	Porcentaje viviendas superficie por ocupante 10 y 15 m2	0,120	0,502	-0,371	0,494
17	Índice de Gini	0,175	-0,061	0,943	0,073
18	Distribución renta P80/P20	0,155	-0,011	0,939	0,137
19	Porcentaje población con estudios superiores sobre población de 25 y más	-0,118	-0,569	0,741	0,128
20	Media renta por unidad de consumo	0,021	-0,618	0,705	0,076
21	Número miembros en el hogar	-0,149	-0,276	-0,061	-0,754
22	Porcentaje extranjeros	0,082	0,097	0,493	0,748
23	Porcentaje viviendas 1 solo habitante de 65 años y mas	0,570	0,032	0,072	0,684
24	Porcentaje viviendas 1 solo habitante de 85 años y mas	0,529	-0,052	0,124	0,653
25	Índice Sobreenviejimiento	0,396	-0,142	0,098	0,506

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 7 iteraciones.

El factor o dimensión 1 representa claramente la posición de los barrios en una dimensión que enfrenta de forma bipolar **“Población adulta vs población infanto-juvenil”**. Correlaciona de forma intensa y positiva con los indicadores demográficos de personas de más edad, y de forma también intensa pero negativa con las que representan una estructura población más joven: menores de 20 años, menores de 15 años, y menores de 5 años.

La dimensión 2 se identifica con **“Pobreza, vulnerabilidad económica y malas condiciones de habitabilidad”**. Todas las variables con las que se relaciona son indicadores de pobreza, de paro, o de peores condiciones de calidad habitacional.

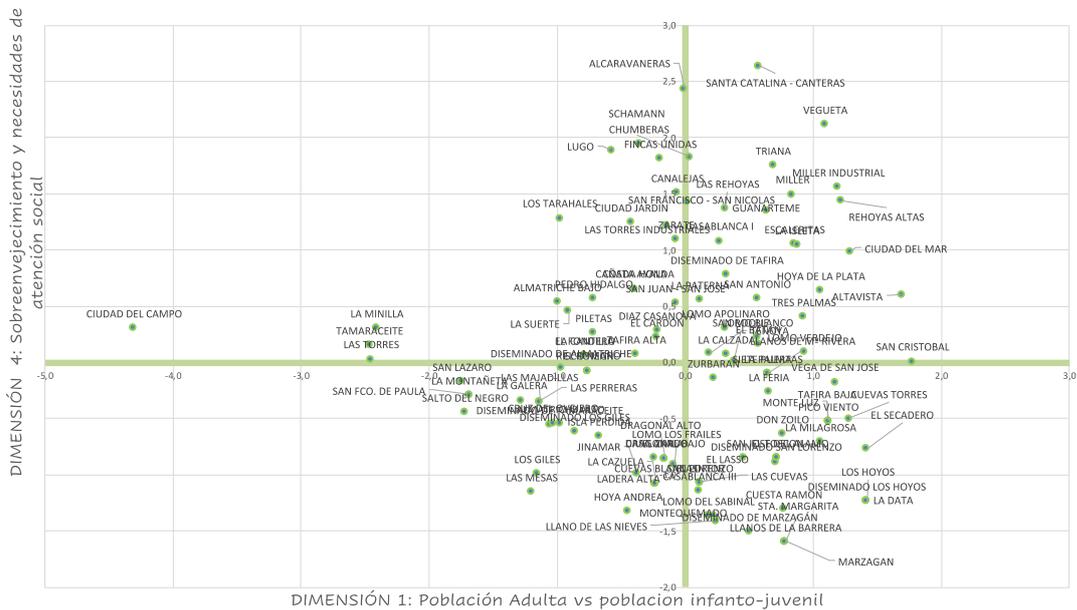
La dimensión 3, "**Desigualdad y renta media**" correlaciona positivamente con la renta media por unidad de consumo, el porcentaje de población con estudios superiores y la desigualdad económica (índice de Gini y P80/P20). Por el lado positivo del factor se ubican los barrios más ricos, pero también más desiguales, y por el lado negativo, los de menor renta y menos desiguales. Los pocos barrios de renta alta poco desiguales, como La Minilla (véase 5.1.2) o de renta baja y desiguales, como La Isleta, aparecen próximos al origen de coordenadas (que es la media del conjunto de barrios).

La dimensión 4, "**Sobreenvejecimiento y necesidades de atención social**" está muy correlacionado y positivamente con el porcentaje de ancianos que viven solos y con el porcentaje de extranjeros, y negativamente con el tamaño de los hogares. Por tanto, los barrios ubicados en coordenadas positivas elevadas del factor pueden requerir una atención especial en cuanto a la necesidad de atención social.

Las siguientes figuras 7.2 a 7.5 posicionan los barrios de la ciudad en estas componentes, dos a dos, con el fin de captar el perfil de cada uno de estos territorios respecto a estas dimensiones.

La figura 7.2 resume las características demográficas que ya han sido reseñadas a lo largo del informe vinculando los barrios a los perfiles definidos en los ejes. Ciudad del Campo, destacado como un territorio con una población muy, muy joven frente al resto de barrios de la ciudad, seguido por La Minilla, Tamaraceite o Las Torres. Santa Catalina-Canteras, Alcaravaneras, Schamann, Chumberas, Vegueta, Lugo Fincas Unidas o Triana con puntuaciones altas respecto al resto de lugares en la dimensión que representa a una población especialmente sobreenvejecida.

Figura 7.78 Componente 1: Población adulta vs población infanto-juvenil frente a componente 4: Sobreenviejamiento y necesidades de atención social. Barrios de LPGC.



Muchas investigaciones sociales muestran una alta relación entre los altos ingresos de los individuos y su influencia en la desigualdad de la renta y de la riqueza, relación que se agrava y sobremantienista durante los ciclos o periodos de recesión económica. La figura 7.3 destaca en el eje vertical barrios de rentas altas con indicadores altos de desigualdad y concentración de rentas: Pico Viento, Tafira Baja o Monte Luz. Pero no siempre esta es la dinámica. La Minilla ejemplariza un barrio de población joven, rentas altas y además poca desigualdad. En el eje horizontal, a la derecha, Jinámar, El Lasso o San Nicolás, con distribución entre sus habitantes homogénea pero en términos de necesidades económicas, vulnerabilidad y déficits habitacionales. Santa Catalina-Canteras es el barrio donde se polarizan, sistemáticamente, tanto en indicadores como en los componentes, las mayores diferencias espaciales entre sus habitantes. En las figuras 7.4 y 7.5 se posicionan los barrios combinando las componentes sintéticas ya descritas.

Figura 7.79 Componente 2: "Pobreza, vulnerabilidad económica y malas condiciones de habitabilidad" frente a componente 3: "Desigualdad y renta media". Barrios de LPGC.

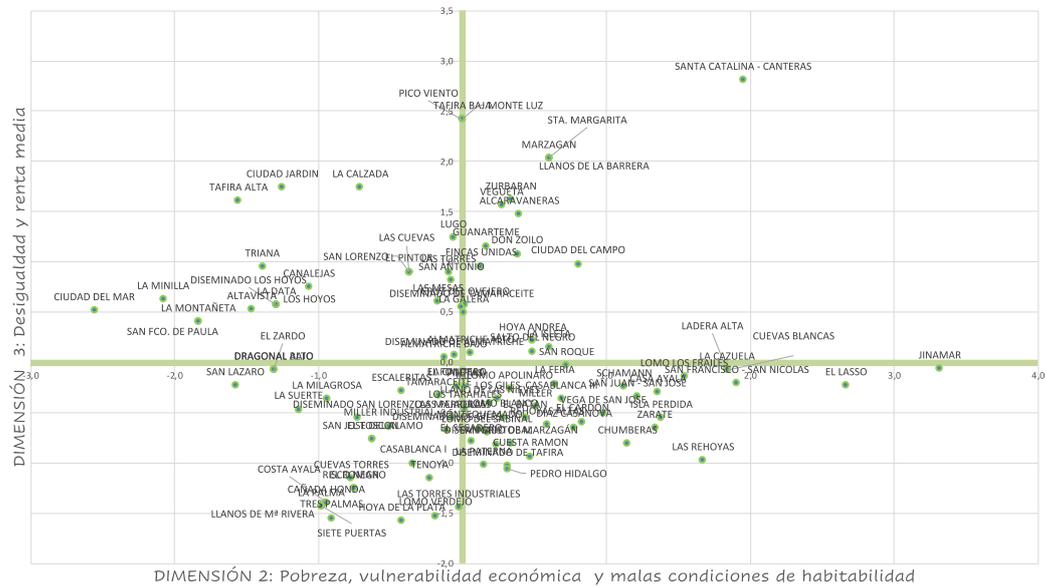
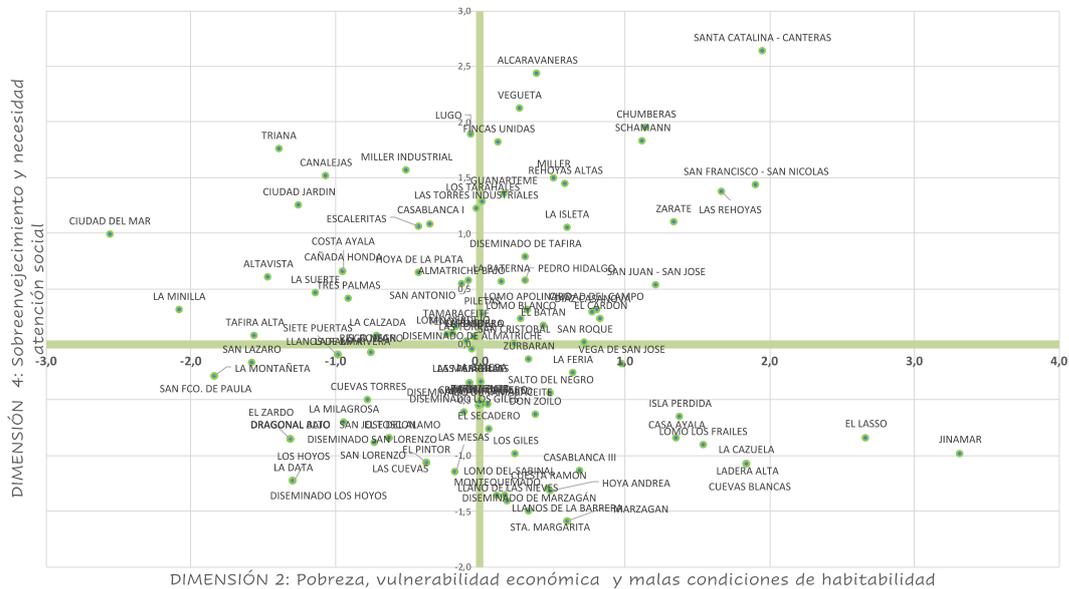


Figura 7.80 Componente 2: "Pobreza, vulnerabilidad económica y malas condiciones de habitabilidad" frente a componente 4: "Sobreenvejecimiento y necesidades de atención social". Barrios de LPGC.





son vulnerables por la situación socioeconómica pero no por la salud (riesgo de sobremortalidad).

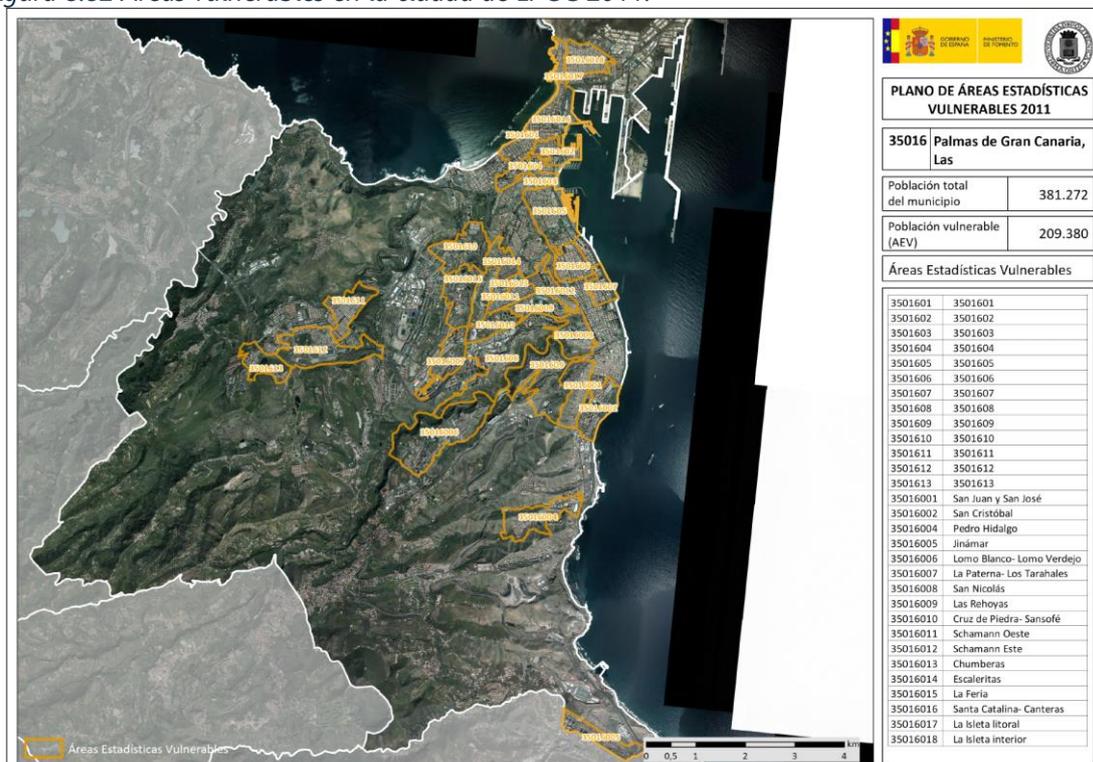
Tabla 7.32 Lista de barrios vulnerables según los criterios analizados en este informe

Barrio	Pobreza, vulnerabilidad económica y malas condiciones de habitabilidad	Desigualdad económica (P80/20)	Sobre envejecimiento y necesidad de atención social	Sobremortalidad por causas evitables Hombres	Sobremortalidad por causas evitables Mujeres
Alcaravaneras			X		
Cañada Honda					X
Casa Ayala					X
Costa Ayala					X
Diseminado de Los Giles				X	X
Diseminado de Tafira				X	X
Don Zoilo				X	
El Batán				X	
El Lasso	X			X	X
Jinámar	X				X
La Calzada		X			
La Isleta				X	
Las Rehoyas				X	X
Llano de las Nieves					X
Llanos de la Barrera					X
Lomo Apolinario				X	
Lomo Blanco				X	X
Lomo Verdejo				X	
Los Giles				X	
Marzagán					X
Monteluz		X			
Pico Viento		X			
San Antonio				X	
San Cristóbal					X
San Juan y San José				X	
San Roque				X	
Santa Catalina-Canteras		X	X		
Santa Margarita					X
Schamann				X	
Tafira Baja		X			
Vega de San José				X	X
Vegueta			X	X	
Zarate				X	X

## 8. Comparación de los barrios vulnerables identificados en este estudio y por el Observatorio del Ministerio de Vivienda y Agenda Urbana para 2011

El Observatorio del Ministerio de Vivienda y Agenda Urbana (véase apartado 3.1) identificaba para 2011 un total de 30 áreas vulnerables en la ciudad de LPGC (figura 8.1). De ellas, 17 eran barrios ya identificados en la edición de 2006 y 13 son áreas estadísticas nuevas de 2011.

Figura 8.82 Áreas vulnerables en la ciudad de LPGC 2011.



De los 17 barrios vulnerables, uno presentaba vulnerabilidad crítica (Cruz de Piedra-Sansofé) y otros dos, vulnerabilidad severa (Lomo Blanco-Lomo Verdejo y Las Rehoyas). El resto, eran catalogados como de vulnerabilidad media o leve (tabla 8.1).

Tabla 8.33 Catálogo barrios vulnerables LPGC 2011.

**Catálogo de Barrios Vulnerables 2011**

Listado de Barrios y Áreas Estadísticas Vulnerables e indicadores básicos\*



Canarias

35016 Palmas de Gran Canaria, Las

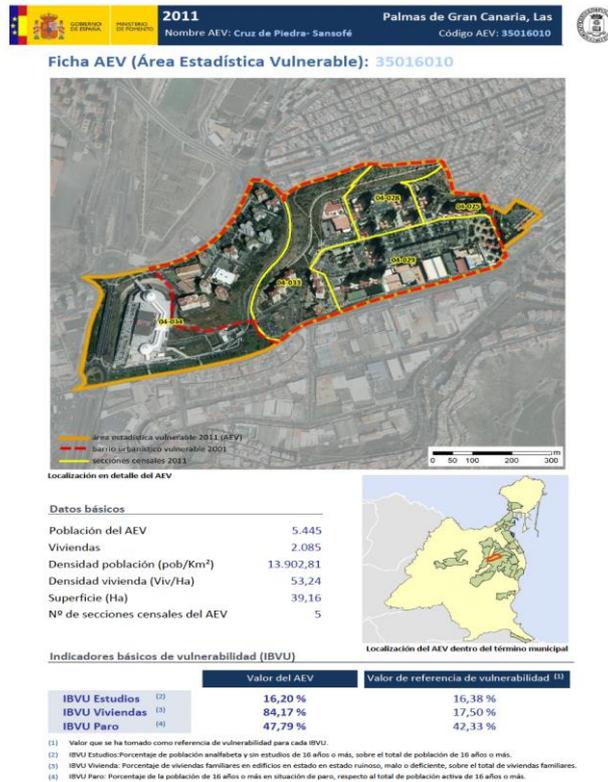
CODBV	DENBV	FORMA DE CRECIMIENTO	POBLACIÓN Y VIVIENDAS			VULNERABILIDAD								
			POBL	VIV TOT	VIV PPAL	INDICADORES			DIMENSIONES			NIVEL		
						TEST	IPAR	IVIV	BV EST	BV PAR	BV VIV		BV TIPO	
35016001	San Juan y San José	Casco histórico	6.090	2.630	2.475	25,10%	32,41%	11,79%						V
35016002	San Cristóbal	Promoción pública 75-90	7.450	3.595	2.660	14,97%	43,15%	5,70%		PAR			PAR	V
35016004	Pedro Hidalgo	Parcelación periférica	3.790	1.875	1.380	9,82%	46,10%	5,07%		PAR			PAR	VL
35016005	Jinámar	Promoción pública 75-90	3.135	1.165	1.155	14,12%	64,31%	4,29%		PAR			PAR	V
35016006	Lomo Blanco- Lomo Verdejo	Periferia mixta	3.500	1.885	1.255	19,58%	42,86%	49,34%	EST	PAR	VIV	EST	PAR VIV	VS
35016007	La Paterna- Los Tarahales	Periferia mixta	12.295	4.945	4.570	11,69%	42,54%	4,95%		PAR			PAR	V
35016008	San Nicolás	Casco histórico	3.445	2.075	1.305	15,21%	43,55%	27,95%		PAR	VIV		PAR VIV	V
35016009	Las Rehoyas	Promoción 60-75	8.375	3.580	3.225	19,28%	47,65%	55,03%	EST	PAR	VIV	EST	PAR VIV	VS
35016010	Cruz de Piedra- Sansofé	Promoción 60-75	5.445	2.085	2.010	16,17%	47,79%	84,17%		PAR	VIV		PAR VIV	VC
35016011	Schamann Oeste	Ensanche	8.620	4.440	3.305	12,17%	47,59%	11,04%		PAR			PAR	V
35016012	Schamann Este	Periferia mixta	9.230	4.340	3.770	8,46%	42,57%	12,10%		PAR			PAR	VL
35016013	Chumberas	Promoción 60-75	4.050	1.795	1.535	15,11%	45,05%	12,26%		PAR			PAR	V
35016014	Escaleritas	Promoción 60-75	7.425	3.925	3.040	13,72%	41,87%	23,82%			VIV		VIV	VL
35016015	La Feria	Promoción 60-75	10.060	3.670	3.570	10,44%	46,30%	23,71%		PAR	VIV		PAR VIV	VL
35016016	Santa Catalina- Canteras	Ensanche	11.430	11.635	5.775	6,47%	30,42%	21,49%			VIV		VIV	VL
35016017	La Isleta litoral	Ensanche	5.200	3.050	2.025	12,62%	41,29%	20,00%			VIV		VIV	VL
35016018	La Isleta interior	Ensanche	9.565	5.375	3.415	9,42%	38,06%	30,33%			VIV		VIV	VL
3501601	3501601	Ensanche	12.885	7.605	5.760	6,56%	32,02%	18,08%			VIV		VIV	VL
3501602	3501602	Ensanche	6.860	3.080	2.610	4,53%	28,82%	25,32%			VIV		VIV	VL
3501603	3501603	Ensanche	6.965	3.620	2.900	3,90%	28,59%	19,89%			VIV		VIV	VL
3501604	3501604	Media mixta	6.030	3.305	2.670	5,22%	25,48%	35,70%			VIV		VIV	VL
3501605	3501605	Ciudad jardín	3.790	2.270	1.490	2,35%	24,74%	20,26%			VIV		VIV	VL
3501606	3501606	Ensanche	10.580	6.025	4.075	4,16%	24,56%	17,59%			VIV		VIV	VL
3501607	3501607	Media mixta	4.700	2.145	1.750	5,42%	15,91%	21,45%			VIV		VIV	VL
3501608	3501608	Periferia mixta	12.295	4.975	4.530	11,00%	41,17%	17,89%			VIV		VIV	VL
3501609	3501609	Periferia mixta	4.595	2.170	1.735	14,61%	42,83%	8,76%		PAR			PAR	V
3501610	3501610	Periferia mixta	6.780	2.770	2.690	7,20%	26,27%	41,16%			VIV		VIV	VL
3501611	3501611	Parcelación periférica	4.980	1.985	1.640	10,14%	47,41%	0,76%		PAR			PAR	VL
3501612	3501612	Pueblo anexionado	5.895	2.290	2.055	11,97%	44,19%	21,40%		PAR	VIV		PAR VIV	V
3501613	3501613	Parcelación periférica	3.920	1.470	1.280	9,29%	50,10%	1,70%		PAR			PAR	VL
<b>TOTAL</b>	<b>30 Barrios y AE Vulnerables</b>		<b>209.380</b>	<b>105.775</b>	<b>81.655</b>					<b>30</b>	<b>30</b>	<b>30</b>		

Datos disponibles en: [https://edatos.consorcioadrono.es/dataverse/catalogos\\_barrios\\_vulnerables](https://edatos.consorcioadrono.es/dataverse/catalogos_barrios_vulnerables)

Edición 05/2021

La consideración de Cruz de Piedra-Sansofé (compuesto por cinco secciones censales (04 025-028-029-033 y 034) como de vulnerabilidad crítica se debió al paro y a las condiciones de la vivienda (figura 8.2).

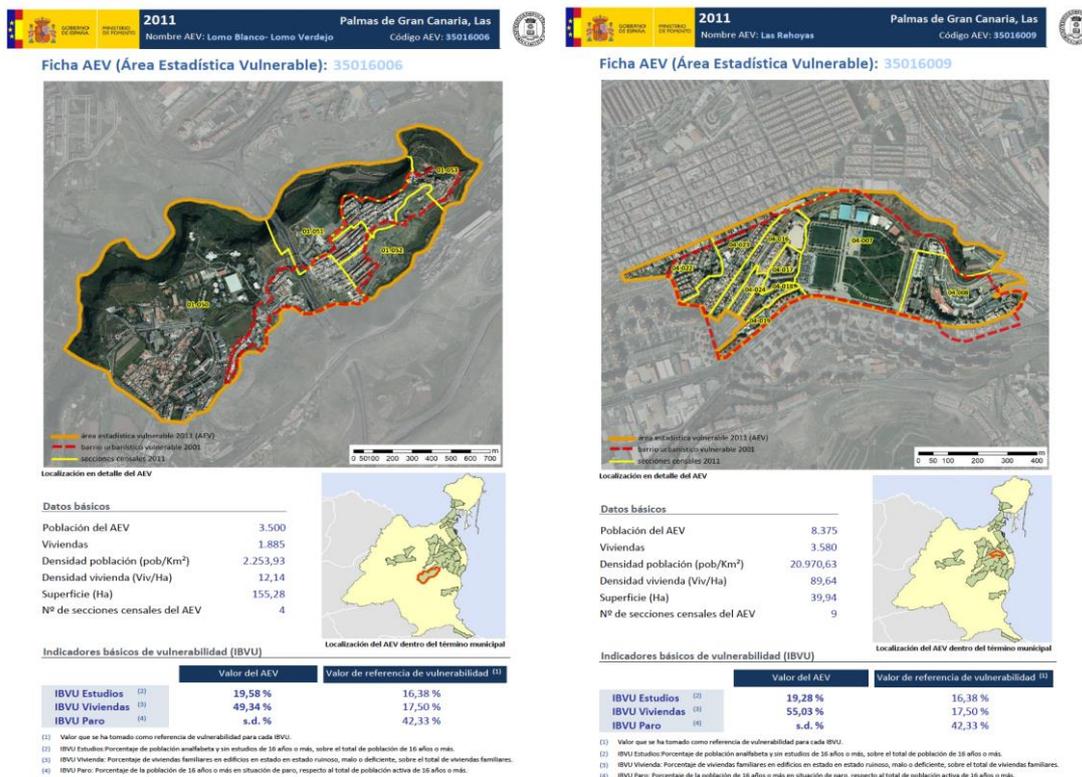
Figura 8.83 Cruz de Piedra-Sansofé. Vulnerabilidad crítica 2011.



Esas cinco secciones censales pertenecen todas al barrio de las Rehojas, pero solo son una parte de dicho barrio.

Los dos barrios identificados como de vulnerabilidad severa son Lomo Blanco/Lomo Verdejo (dos barrios separados en nuestro análisis) y Las Rehojas, figura 8.3.

Figura 8.84 Área vulnerable Lomo Blanco/Lomo Verdejo y Área vulnerable de Las Rehoyas.



El barrio llamado Las Rehoyas en la clasificación del Observatorio agrupa 9 secciones censales (04-007,008.016,017,018,019,022,023 y 024), que son parte del barrio de Las Rehoyas de nuestro análisis.

Por tanto, el barrio de Las Rehoyas de nuestro análisis está compuesto por dos barrios identificados ambos del AEV como vulnerables en el informe del Ministerio, uno con vulnerabilidad crítica (debido fundamentalmente a las condiciones de la vivienda) y otro con grado de vulnerabilidad severa.

Las 13 áreas estadísticas nuevas calificadas como vulnerables en 2011 corresponden a partes de algunos de nuestros barrios (Santa Catalina-Canteras, Guanarteme, Alcaravaneras, Fincas Unidas, Ciudad del Mar, Miller, Casablanca III, El Batán, San Roque, Diseminado de Las Palmas de Gran Canaria, La Feria, Las Torres, Lomo Los Frailes, Tamaraceite, Isla perdida) y tres barrios enteros: Ciudad Jardín, Lugo y Fincas Unidas. No obstante, se trata de vulnerabilidad leve porque

en uno de los tres indicadores se sobrepasa, a veces ligeramente, el valor de referencia, incluso siendo los otros dos indicadores sensiblemente mejores en el área vulnerable que el valor de referencia. Por ejemplo, el área estadística vulnerable 3501606, que agrupa las secciones censales 02-39,40,41,43,44,45,46 y 48, corresponde a los barrios de Lugo y una Fincas Unidas. Tiene indicadores de paro y estudios mejores que el valor de referencia, y en vivienda un 17,6% de viviendas por debajo del mínimo de calidad, siendo 17,5% el valor de referencia. Algo parecido ocurre con las áreas estadísticas vulnerables 3501607 (parte de Canalejas y de Ciudad del Mar) y 3501605 (Ciudad Jardín). La tasa de paro en Ciudad Jardín es 24,7% (frente a 42,3% de referencia) y el porcentaje sin estudios primarios terminados, el 2,4% (frente al 16,4% de referencia). La pequeña diferencia en porcentaje de viviendas por debajo del estándar (20,3% frente al 17,5%) es suficiente para colocar a este barrio en la lista de vulnerables.

Comparando el listado de barrios vulnerables del Ministerio de Vivienda 2011 con el derivado de este informe (tabla 7.3), de los 17 barrios vulnerables del Ministerio, 11 de ellos son también calificados como vulnerables en nuestro análisis.

## **9. La heterogeneidad de los distritos actuales en los factores socioeconómicos, demográficos y de salud identificados**

A pesar de que la filosofía del ROD (Reglamento Orgánico de Distritos del Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria) define el distrito como un instrumento esencial para la aplicación de una política municipal orientada a la corrección de los desequilibrios y a la representación de los intereses de los diversos barrios del Municipio, ya en el apartado 1.1 de este informe se presentaron algunas diferencias entre los barrios de un mismo distrito, y se argumentó que esas diferencias podrían limitar la eficiencia de la descentralización y la gestión municipal.

En este apartado analizamos las diferencias intra-distrito referidas a los indicadores de resultados. Las figuras de 9.1 a 9.6 representan la puntuación ordenada de cada barrio y su distrito en cada componente o factor en los indicadores de salud, socioeconómicos y demográficos (apartados 7.1 y 7.2). Permiten una rápida visualización de estas diferencias, que en algunas componentes y en algunos distritos son muy significativas. A modo de ejemplo, en la componente 1 (Población adulta vs población infanto-juvenil), en el distrito 5, convive el barrio de La Milagrosa, con una puntuación alta (entre los diez barrios de la ciudad con más población adulta a la vez que reducida población infantil y juvenil), con Ciudad del Campo, el barrio de la provincia capitalina con mayor volumen de población joven.

Prácticamente en todos los distritos la heterogeneidad es alta. La tabla 9.1 ordena los componentes de mayor a menor variabilidad en los distritos. La variabilidad se mide como la diferencia entre el máximo y el mínimo. El indicador "exceso de mortalidad en mujeres" es el de mayor dispersión entre los barrios según distritos frente a la "desigualdad y renta media", que es el factor con menor

heterogeneidad. Además, para cada indicador, la tabla 9.1 ordena los distritos según su variabilidad entre barrios. El Distrito 1 (Vegueta, cono Sur, Tafira), por ejemplo, es el de mayor diferencia entre sus barrios en cuatro de los seis indicadores. El Distrito 3 (Isleta-Puerto-Guanarteme) el de mayor homogeneidad entre sus barrios (tres en este caso) en cinco de estos seis componentes (tabla 9.1).

Tabla 9.34 Diferencias entre e intra-distritos (barrios)

Componentes ordenados según mayor diferencia entre los distritos	Diferencia intradistritos				
	Distrito con mayor diferencia entre barrios				Distrito con menor diferencia entre barrios
Exceso mortalidad Mujeres	Distrito 1	Distrito 5	Distrito 4	Distrito 2	Distrito 3
Población adulta vs población infanto-juvenil	Distrito 5	Distrito 4	Distrito 1	Distrito 2	Distrito 3
Exceso mortalidad hombres	Distrito 2	Distrito 1	Distrito 4	Distrito 5	Distrito 3
Pobreza, vulnerabilidad económica y malas condiciones de habitabilidad	Distrito 1	Distrito 2	Distrito 4	Distrito 5	Distrito 3
Sobreenvejecimiento y necesidades de atención social	Distrito 1	Distrito 2	Distrito 4	Distrito 5	Distrito 3
Desigualdad y renta media	Distrito 1	Distrito 2	Distrito 3	Distrito 4	Distrito 5

Figura 9.85 Componente 1: Población adulta vs población infanto-juvenil.

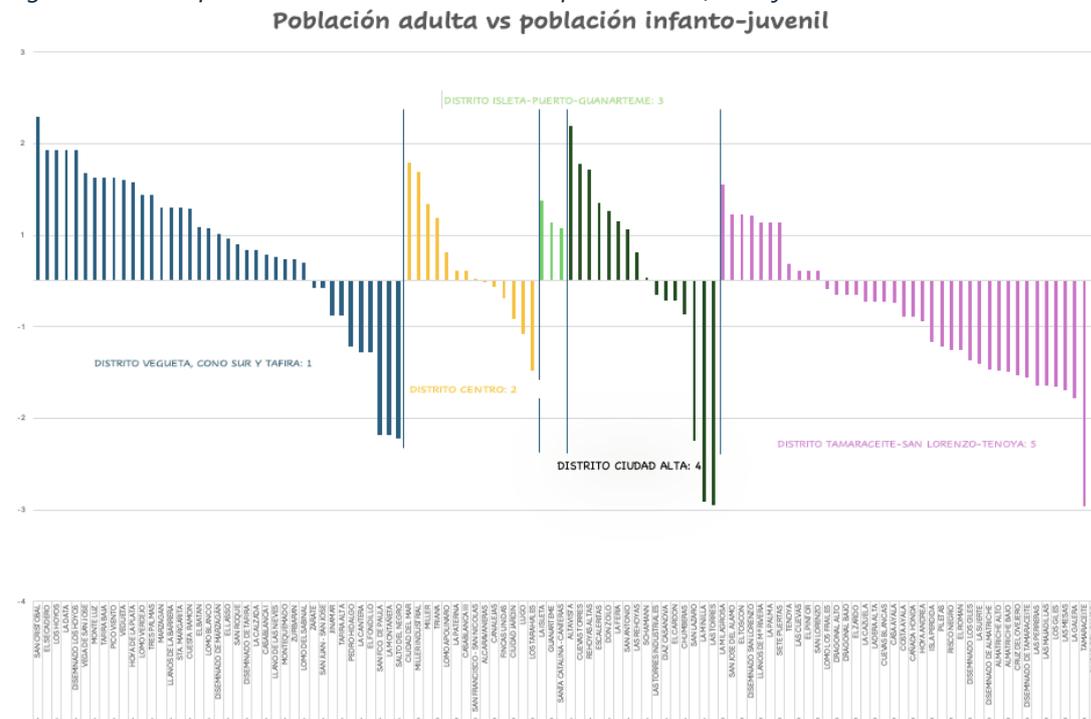




Figura 9.88 Componente 4: Sobreenvejecimiento y necesidades de atención social. Distritos y barrios LPGC

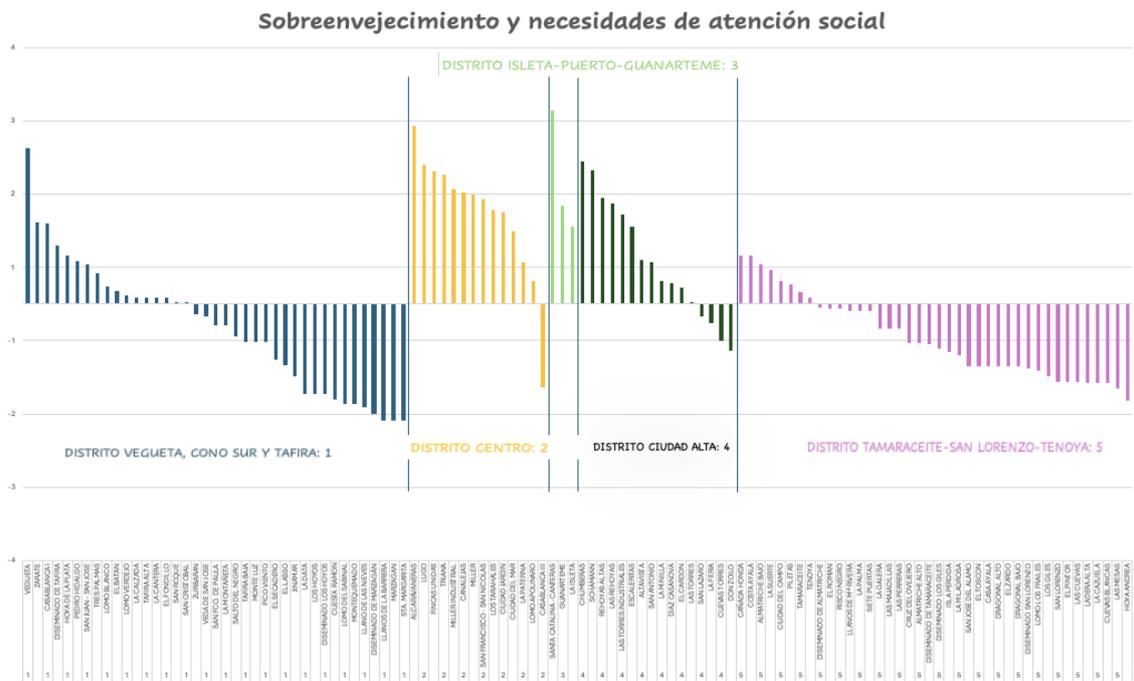
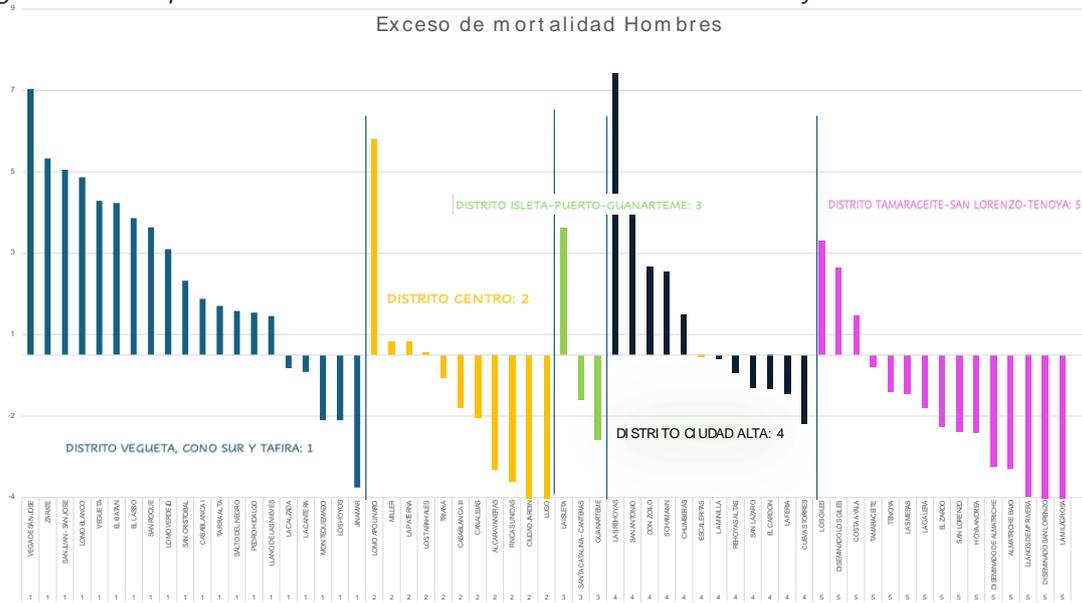


Figura 9.90 Componente 2 Salud: Exceso mortalidad hombres. Distritos y barrios LPGC.



## 10. Conclusiones

1. Este informe es pionero en el análisis de los barrios de la ciudad de LPGC, en la tradición que han seguido otras ciudades españolas. Hasta ahora, los barrios eran invisibles para las estadísticas. Es importante porque pone de manifiesto que la unidad administrativa, el distrito, es muy heterogéneo internamente, y es poco útil para definir políticas municipales. También es importante porque por primera vez se asocian indicadores de contexto socioeconómico y demográfico con resultados de salud a nivel de barrio.

2. Pero este informe debe ser considerado solo el principio de un proceso continuo de mejora en los datos y en los análisis de base territorial. No hay indicadores disponibles para algunas dimensiones relevantes, como en el ámbito de la dependencia y protección social, y faltan también indicadores, que existen en otras ciudades, relativos, por ejemplo, a condiciones de vida y calidad habitacional. Señalamos también la necesidad de monitorizar el cambio en el tiempo de los indicadores, ligado a evaluación de las políticas.

3. Hemos manejado todas las bases de datos disponibles, incluyendo el INE experimental, el Ministerio de Vivienda y Agenda Urbana, el Ayuntamiento de LPGC y el Servicio Canario de la Salud (SCS). La información de base estaba referida a secciones censales, Zonas Básicas de Salud y a otras agrupaciones territoriales. Hemos definido una metodología para calcular los valores de los barrios a partir de dicha información de base. En este proceso metodológico ha habido dificultades por diversas causas. Las más serias conciernen a los datos de las historias clínicas del SCS. Aunque hemos conseguido geo-referenciar y asignar a barrios más del 90% de los usuarios, un número indeterminado de direcciones no están actualizadas, por lo que habrá errores de asignación a barrios.

4. Las historias clínicas del SCS son una fuente potencial de información muy valiosa. Sin embargo, tras una valoración inicial de la fiabilidad y alcance de la

cobertura, tuvimos que descartar indicadores potencialmente relevantes, como la prevalencia de lactancia materna exclusiva durante los primeros meses vida o el porcentaje de niños con bajo peso al nacer. Seleccionamos de forma preliminar un conjunto amplio de indicadores de salud: prevalencias de hipertensión arterial, de diabetes mellitus tipo II (DM2), de obesidad, de demencia, de depresión y de hábito tabáquico, así como el consumo de tranquilizantes. Pero tras revisar la validez y precisión de los indicadores para cada uno de los barrios, finalmente solo se pudieron seleccionar tres: prevalencia de obesidad infantil (5-14 años), prevalencia de DM2 y de hábito tabáquico, ambos en población adulta (> 15 años).

5. Sería necesario un esfuerzo conjunto de todas las instituciones implicadas, incluyendo el SCS, los Ayuntamientos y el Gobierno de Canarias para elaborar un sistema de información de registro de base poblacional, con identificador único de las personas, para realizar estudios como los que ya existen en otras CCAA que disponen de dicho registro, por ejemplo, en la Comunidad Valenciana y Aragón.

6. El proyecto MEDEA ha complementado la información sobre salud en los barrios. Tiene la ventaja de que calcula la sobremortalidad por distintas causas evitables, por secciones censales y sexo, pero tiene también dos inconvenientes: la información es de 2015 (aunque la mortalidad por causas varía muy lentamente en el tiempo), y hay bastantes valores faltantes por problemas de secreto estadístico, dada los bajos números de fallecidos en secciones censales pequeñas.

7. Otro punto de referencia para nuestro informe es el Observatorio de la Vulnerabilidad Urbana del Ministerio de Vivienda y Agenda Urbana, que identifica barrios vulnerables para los años censales (el último, 2011) según tres indicadores: educación, paro y malas condiciones de habitabilidad. La definición de barrios no coincide con la oficial, que es la que utilizamos en este informe, y

los barrios identificados como vulnerables están muy sesgados hacia el indicador de condiciones de la vivienda.

8. Nuestro análisis abarca 112 de los 122 barrios de la ciudad de LPGC (diez han sido excluidos por su pequeño tamaño y el secreto estadístico), correspondientes a los cinco distritos administrativos de la ciudad. Hemos definido tres ámbitos (contexto socioeconómico, estado de salud y riesgos para la salud; y demografía, educación y empleo), con un total de 9 dimensiones. Mediante un proceso de síntesis estadística y juicio de expertos, valorando también los indicadores que utilizan en otras ciudades, hemos seleccionado finalmente 45 indicadores de los más de 200 candidatos iniciales.

9. En el primer ámbito (contexto socioeconómico) se incluyen tres dimensiones (renta; pobreza y desigualdad; y dependencia y protección social), con un total de 13 indicadores. Hay grandes diferencias entre barrios. El primer decil de renta, el más pobre, llega hasta 14.054 euros anuales por unidad de consumo. Los barrios extremos son Jinámar, El Lasso, las Rehoyas, San Francisco/San Nicolás. En el último decil, el más favorecido económicamente, con renta media entre 25.676 € y 35.038€ se encuentran Ciudad Jardín, La Minilla, Ciudad del Mar y Tafira Alta. En general los barrios de mayor renta tienen también mayor grado de desigualdad, con algunas excepciones. La Minilla, de renta alta, tiene baja desigualdad. Santa Catalina-Canteras, de renta baja (está en el decil 8) presenta una enorme desigualdad económica. Su P80/20 es casi 4, indicando que el 20% de los hogares más ricos del barrio ingresan casi cuatro veces más que el 20% de los hogares más pobres. Las Palmas de Gran Canaria tiene una renta media mayor que el conjunto de Canarias, pero también mayor desigualdad. Desde 2015 a 2021, la renta media por unidad de consumo en LPGC creció un 21,8%, muy por encima de España (17,5%). El crecimiento ha sido muy heterogéneo entre barrios, incluso dentro del mismo distrito.

10. Según los índices de pobreza (AROP) y de pobreza severa, en la ciudad de LPGC hay en torno a noventa y una mil personas en riesgo de pobreza, un 24% de la población de la ciudad. De estos, 42.000 viven en situación de pobreza severa. Representan un 11% de los vecinos de la ciudad. Los barrios con peores índices AROP son Jinámar, El Lasso, San Nicolás-San Francisco, Las Rehojas y Zarate.

11. Desde 2015, los indicadores de desigualdad económica en la ciudad han mejorado. Sin embargo, todavía siguen siendo peores que en el conjunto de Canarias y que en España.

12. En cuanto a pobreza, el porcentaje de población con ingresos por unidad de consumo por debajo 60% de la mediana, indicador AROP, se ha reducido casi 4 puntos porcentuales entre 2015 y 2021. Esa mejora, sin embargo, se produjo entre 2015 y 2018, pero no tanto entre 2018 y 2021. Además, el AROP empeoró entre 2015 y 2021 para los mayores de 65 años (17,2% en 2015 y 18,9% en 2021 en el caso de los hombres y 19,8% en 2015 y 22,8% en 2021 en el caso de las mujeres). La pobreza severa ha empeorado desde 2015 para este grupo de edad.

13. En el segundo ámbito (estado de salud y riesgos para la salud) se han incluido tres dimensiones (condiciones de vida y calidad habitacional; exceso de mortalidad por causas evitables; e indicadores de salud y riesgos para la salud). Las ratios de mortalidad estandarizadas (RME) por causas evitables, en hombres y en mujeres, presentan correlaciones positivas significativas entre las distintas causas analizadas, indicando que los barrios con mortalidad alta suelen sufrirla en la mayoría de las causas evitables. A nivel de barrio, algunas causas de muerte están extremadamente correlacionadas (por encima de 0,9). Eso ocurre para hombres con cáncer de pulmón con EPOC, diabetes, cirrosis, cardiopatía isquémica y suicidio. También para las mujeres hay correlaciones muy fuertes entre cirrosis, diabetes y EPOC. Las Rehojas, Vega de San José, Lomo Blanco y Zarate presentan una elevada sobremortalidad. En San Juan/San José hay

sobremortalidad atípica por suicidio y en el Lomo Apolinario, por cirrosis hepática.

14. No hemos encontrado asociación estadística significativa entre desigualdad económica (Índice de Gini y P80/20) y exceso de mortalidad por causas evitables. Es un hallazgo inesperado, ya que hay mucha literatura que asocia mayor desigualdad económica a peor salud.

15. Globalmente, la prevalencia de obesidad infantil en la ciudad de LPGC registrada en las historias clínicas del SCS es del 12,3%, siendo mayor en niños (13,3%) que en niñas (11,2%). Estas prevalencias son inferiores a las de otras fuentes y estudios, sugiriendo problemas de infra-registro. Los barrios de alto nivel socioeconómico (La Minilla, Ciudad del Mar, Triana, Ciudad Jardín) presentan prevalencias menores que los barrios de nivel socioeconómico bajo (Jinámar, San Francisco-San Nicolás, Las Rehoyas). Pero esa relación tiene excepciones. Así, hay barrios que no se caracterizan por su privación socioeconómica (La Calzada, Los Hoyos o Vegueta) que padecen altas tasas de obesidad infantil. Por el otro extremo, hay baja prevalencia en barrios de bajo nivel socioeconómico (Lomo Verdejo).

16. La prevalencia de Diabetes Mellitus tipo II (DM2) en la ciudad de LPGC es del 14,4% en 2023, siendo mayor en hombres (15,3%) que en mujeres (13,5%). Los barrios con niveles socioeconómicos más altos presentan prevalencias de DM2 más bajas (Ciudad del Mar, Ciudad Jardín, La Minilla, Lugo, Monte Luz), mientras que los barrios más deprimidos presentan prevalencias mayores (Jinámar, El Lasso, Marzagán, San Francisco-San Nicolás, Zárata).

17. La prevalencia de hábito tabáquico en la ciudad de LPGC es del 32,8% en 2023, siendo significativamente mayor en hombres (38,1%) que en mujeres (28,2%). Esas cifras son inferiores a las reportadas para Canarias por la Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en Población General de 2024.

18. En el tercer ámbito (demografía, educación y empleo) se han definido tres dimensiones con un total de 12 indicadores, 9 de estructura demográfica, 1 de educación (porcentaje de la población mayor de 25 años con estudios superiores) y dos de empleo (porcentaje de parados en los grupos etarios de 15 a 24 años y de 50 a 64 años).

19. La ciudad de Las Palmas de Gran Canaria ganó 1.097 habitantes entre 2015 y 2023. Representa un crecimiento del 0,3%, cifra muy inferior a la observada en España (3,6%) y en Canarias (5,3%) en ese mismo periodo. De los 112 barrios en estudio, 55 perdieron población frente a 57 que ganaron residentes. Es muy notable el fenómeno de reducción de población infantil. Sólo hay diez barrios que no han reducido su número de niños desde 2015, y sólo seis han ganado población joven (menor de 20 años) en el período: Altavista, Zurbarán, Ciudad de Mar, Tafira Alta, San Fco. de Paula y La Montañeta.

20. Globalmente, en 2023 en la ciudad de las Palmas de Gran Canaria residen un 16% de jóvenes (menores de 20 años), un 64,2% en el grupo de edad central (entre 20 y 64 años), y casi un 20% de personas de más de 64 años. Pero los perfiles de los barrios difieren. Hay nueve barrios con porcentajes de jóvenes por encima del 20%, destacando Ciudad de Campo (26,9%), San Fco. De Paula (24,3%), La Montañeta (24,3%) y La Minilla (23,2%). Por el otro lado, los dos barrios con mayor peso del sector turístico, Santa Catalina-Canteras y Vegueta, tienen los menores porcentajes de jóvenes (11,8% y 11,4% respectivamente).

21. La población infantil en LPGC (niños menores de 5 años y menores de 15 años) es porcentualmente menor que en España (2,7% en LPGC vs 3,7% en España, y 10,7% en LPGC vs 13,6% en España). También es menor que en el conjunto de Canarias. Una excepción destacada es el barrio de Ciudad del Campo.

22. En torno a 52.000 personas nacidas en el extranjero habitan en LPGC, representando el 13,6% de su población. Este porcentaje asciende hasta el 22% en la Comunidad Canaria. El 28,6% se concentra en tres barrios: Santa Catalina-

Canteras, Alcaravaneras y Schamann con un 33,2%, 26,0% y 20,9% de población nacida en el extranjero respectivamente. Por otra parte, el número de extranjeros residentes en la ciudad asciende a 29.000 personas. Destacan los barrios de Santa Catalina-Canteras (22,4% de sus habitantes), Alcaravaneras (16,1%), y Vegueta (14,5%).

23. La población con estudios superiores mantiene una relación inversa con el riesgo de pobreza. El indicador de educación presenta una similaridad muy alta con el de renta (la mayor parte de los barrios están en deciles coincidentes).

24. En seis barrios, casi uno de cada dos jóvenes de entre 15 y 24 años está desempleado: Lomo Sabinal, Montequemado, Llano de las Nieves, Ciudad del Campo (zona con el mayor porcentaje de población menor de 20 años) y Jinámar. En El Lasso, el 62% de los jóvenes está en paro. El Lasso y Jinámar tienen un porcentaje de desempleo de trabajadores mayores superior al 50%.

25. Para hacer una síntesis estadística que refleje la situación de los barrios en el conjunto de indicadores, hemos hecho dos Análisis Factoriales de Componentes Principales (ACP), el primero con los indicadores de mortalidad por causas evitables y el segundo son 25 indicadores de los otros dos ámbitos (socioeconómicos y demográficos). En el ACP de las causas de mortalidad, el primer componente opone los barrios con mayor carga relativa de mortalidad masculina: Las Rehoyas, Vega de San José, Lomo Apolinario, Zárate, San Juan-San José y Lomo Blanco frente a los que presentan menor carga: La Milagrosa, Diseminado de San Lorenzo, Lugo y Ciudad Jardín. El componente2 (mortalidad relativa de mujeres) opone a Jinámar, Llano de las Nieves, Costa Ayala, Rehoyas, Diseminado los Giles y Vega de San José (mortalidad alta) a Lugo, Ciudad Jardín, Sta. Catalina-Canteras, Alcaravaneras y Fincas Unidas.

26. El segundo ACP, de 25 indicadores socioeconómicos y demográficos, obtiene un primer componente bipolar que opone juventud a personas mayores. Ciudad del Campo destaca por su población joven. Le siguen La Minilla,

Tamaraceite o Las Torres. Por el otro extremo se sitúan Santa Catalina-Canteras, Alcaravaneras, Schamann, Chumberas, Vegueta, Lugo, Fincas Unidas o Triana, con altas tasas de población mayor. La dimensión o componente 2 se interpreta como de "Pobreza, vulnerabilidad económica y malas condiciones de habitabilidad". Destacan por el lado desaventajado los barrios de Jinámar, El Lasso, y San Nicolás-San Francisco. El componente 3 está muy correlacionado con "Desigualdad económica y renta media". Santa Catalina-Canteras (por alta desigualdad) y Pico Viento, Tafira Baja y Monteluz (por alta renta y alta desigualdad) destacan en sus puntuaciones en este componente. Por último, el componente 4 se asocia a "Sobreenvejecimiento y necesidades de atención social". Alcaravaneras, Vegueta y Santa Catalina-Canteras destacan en este componente.

27. Este ACP puede guiar una hoja de ruta para las políticas de ciudad saludable, ya que hemos categorizado los barrios según características demográficas (dos polos, población adulta e infanto-juvenil), vulnerabilidad económica (pobreza, problemas de habitabilidad), desigualdad en la distribución de la renta, correlacionada con la renta media y necesidad de atención social por mayor prevalencia de ancianos que viven solos y extranjeros.

28. Hemos identificado los barrios que podrían considerarse vulnerables según su posición en los componentes de sobremortalidad evitable y de condiciones socioeconómicas y demográficas. Son los que ocupan posiciones extremas, a más de dos desviaciones típicas de la media por el lado negativo. Un total de 33 barrios de los 112 analizados tienen algún riesgo de vulnerabilidad, y de ellos 6 son vulnerables por la situación socioeconómica pero no por la salud (riesgo de sobremortalidad), 24 lo son por riesgo de sobremortalidad evitable y 3 (Jinámar, El Lasso y Vegueta) por ambos motivos.

29. Comparando el listado de barrios vulnerables del Ministerio de Vivienda y Agenda Urbana 2011 con el derivado de este informe, de los 17 barrios

vulnerables del Ministerio, 11 son también calificados como vulnerables en nuestro análisis.

30. Este informe ha demostrado que el distrito como unidad administrativa no es suficiente para diseñar políticas municipales sociales y de salud ya que los distritos son extraordinariamente heterogéneos en sus barrios. Específicamente, el distrito 1 destaca como el más heterogéneo, mientras que el distrito 3, con solo tres barrios, es el más homogéneo.

**Anexo 1.** Fichas indicadores

<https://goo.su/VOoTHjV>

**Anexo 2.** Enlace con los 45 indicadores básicos para los 112 barrios de LPGC

<https://goo.su/V1ZNCRT>

**Anexo 3.** Fichas de los barrios

<https://goo.su/AQSy>