

---

**PERFIL Y ACTUACIONES**

**II PLAN DE DESARROLLO DE SALUD DE LA  
CIUDAD DE VITORIA-GASTEIZ**

**2013-2018**

---



## ÍNDICE

<b>1</b>	<b>DESIGUALDADES/INEQUIDADES PARA LOS DISTINTOS DETERMINANTES DE LA SALUD .....</b>	<b>5</b>
1.1	Determinantes de la salud relacionados con hábitos de vida.....	6
1.2	Determinantes de la salud relacionados con el medio ambiente, la planificación urbana y la vivienda ...	7
1.3	Determinantes de la salud relacionados con la salud social y los recursos sociales y sanitarios.....	8
1.4	Determinantes de la salud relacionados con factores socioeconómicos .....	9
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS DE LA V FASE.....</b>	<b>10</b>
2.1	Entornos sociales de apoyo y cuidado .....	10
2.2	Vida saludable.....	12
2.3	Entorno físico urbano.....	15
<b>3</b>	<b>II PLAN DE SALUD DE LA CIUDAD DE VITORIA GASTEIZ: CONSIDERACIONES PREVIAS .....</b>	<b>19</b>
3.1	Complementariedad con el II Plan de Acción de la Agenda21 de Vitoria-Gasteiz (2010-2014).....	20
<b>4</b>	<b>II PLAN DE SALUD DE LA CIUDAD DE VITORIA GASTEIZ: ACTUACIONES.....</b>	<b>21</b>
4.1	Objetivo General I: ENTORNOS SOCIALES DE APOYO Y CUIDADO .....	21
4.2	Vida Saludable y Literacia en Salud.....	26
4.3	Entorno Físico Urbano .....	32
<b>5</b>	<b>II PLAN DE SALUD DE LA CIUDAD DE VITORIA GASTEIZ: SISTEMA DE SEGUIMIENTO .....</b>	<b>38</b>
5.1	Los indicadores de seguimiento .....	38
5.2	Los indicadores de resultado .....	42
<b>6</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>45</b>



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Objetivos Específicos para Entornos Sociales de Apoyo y Cuidado.....	12
Tabla 2. Objetivos Específicos para una Vida Saludable. ....	15
Tabla 3. Objetivos Específicos para el Entorno Físico Urbano. ....	17

Coordinación:  
Departamento de Medio  
Ambiente y Espacio  
Público. Servicio de  
Salud Ambiental. Unidad  
de Salud Pública.

Apoyo Técnico  
y Redacción: INGURU  
Ingeniería y Gestión  
Ambiental



---

# **PERFIL DE SALUD DE LA CIUDAD DE VITORIA-GASTEIZ**

---



# 1 Desigualdades/inequidades para los distintos determinantes de la salud

Las desigualdades en salud son consecuencia de la acumulación de desventajas relacionadas con diferentes determinantes de la salud, pudiendo constituir un síntoma de fractura social y comprometer seriamente un entorno de paz, cohesión social y prosperidad. La inequidad es una barrera a la garantía de derechos básicos y a la calidad de vida de las personas.

El Diagnóstico de la ciudad pone de manifiesto diferencias sociales en el análisis de diferentes determinantes de la salud. Por lo tanto, es necesario que se marquen alianzas intersectoriales entre los servicios de salud y los servicios sociales para evitar que las diferencias socioeconómicas de la población de Vitoria-Gasteiz deriven en desiguales condiciones de salud.

Los determinantes de la salud se pueden organizar de acuerdo a diversos modelos. La estructura presentada a lo largo del diagnóstico corresponde a la agrupación de determinantes realizada en el Primer Plan de Salud de Vitoria- Gasteiz 2007-10, cuyo esquema recogemos a continuación:



Finalmente, a la hora de resumir el Perfil de la Ciudad, vamos a agrupar estos determinantes de salud de acuerdo a la estructura de objetivos estratégicos y temas principales consensuados por la OMS para la V Fase del Proyecto de Ciudades Saludables. Esta categorización recoge también las principales inequidades detectadas y sirve de hilo conductor a la hora de definir los principales objetivos y acciones del Plan de Salud 2013-18.



## 1.1 Determinantes de la salud relacionados con hábitos de vida

Muchas de las causas de enfermedad y mortalidad están unidas a hábitos cotidianos no saludables. Los comportamientos saludables constituyen el factor más determinante en el estado de la salud.

- **Hábitos alimentarios y obesidad:** La prevalencia de la obesidad está aumentando. El 47,8% de la población de Vitoria Gasteiz presenta sobrepeso u obesidad. Los mayores índices de obesidad se dan entre los 45 y los 65 años, tanto en hombres como en mujeres. Los índices de sobrepeso y obesidad están relacionados con la situación socioeconómica personal. Entre las personas menores la prevalencia del exceso de peso (sobrepeso+obesidad) es del 25,2%. Las tasas de sobrepeso son superiores en el grupo de 10-13 años. Entre los chicos llegan al 36,8% y entre las chicas son del 27,30%.
- **Ejercicio físico:** Casi la mitad de la población no realiza actividad física deportiva en su tiempo libre. Entre los hombres, los niveles más bajos de sedentarismo global se dan entre los 25 y los 44 años, en el conjunto de actividad habitual y el tiempo libre.  
La inactividad física disminuye a medida que aumenta el nivel socioeconómico y el nivel educativo de las personas. Entre las personas más jóvenes es especialmente llamativa la bajada de actividad que se da entre las chicas según aumentan de edad.
- En relación al **consumo de tabaco**, es fumador o fumadora habitual casi una cuarta parte de la población del municipio. De los 16 a los 24 años ya son más las chicas que fuman que los chicos. Mientras que entre los hombres se da una clara tendencia de descenso de consumo según se reduce la edad, entre las mujeres esta tendencia ha sido de incremento, hasta llegar a superar los consumos de tabaco de los hombres. El consumo de tabaco sigue creciendo en los niveles socioeconómicos más desaventajados, especialmente entre las mujeres.
- **Consumo de alcohol:** El 47,7% de la población mayor de 16 años es bebedora habitual, al menos, una vez por semana. Los hombres consumen bebidas alcohólicas habitualmente en mayor medida que las mujeres. Entre las mujeres jóvenes la proporción de bebedoras habituales es el doble que entre las mayores de 65 años. El consumo habitual de bebidas alcohólicas es más frecuente en los niveles socioeconómicos más favorecidos, tanto en hombres como en mujeres. En los últimos años, se aprecia un descenso en la proporción de hombres que consumen bebidas alcohólicas habitualmente, pero no ha variado el de las mujeres.
- El **consumo de drogas** y las toxicomanías suelen ir unidos en ocasiones a problemas sociales y contribuyen a acrecentar las desigualdades en salud. Las tasas de consumo, en general, han seguido una tendencia creciente, tendencia que ha reducido el ritmo de crecimiento en los últimos años. Los derivados del cannabis son los más consumidos: el 14,4% del conjunto de la población lo han consumido en el año anterior a la recogida de información. Por su parte, se ha recogido un importante incremento en el uso de cocaína. Al igual que entre los adultos, el cannabis es, con diferencia, la sustancia ilegal más extendida entre la juventud. En el periodo de cuatro años se han reducido las diferencias entre chicas y chicos.
- **Hábitos sexuales relacionados con prácticas de riesgo:** las infecciones de transmisión sexual (ITS) están tomando mayor importancia como problema de salud pública. En el conjunto de la CAPV se ha seguido recogiendo un incremento de casos. En el caso de Álava se siguen manteniendo tasas por debajo de las del conjunto de la CAPV y las del Estado. En la CAPV, desde 1997 se han declarado un total de 2.293 nuevas infecciones por VIH, registrándose una ligera tendencia al alza en los últimos tres años. Los casos por transmisión homo/bisexual están aumentando en los últimos años. Un colectivo especialmente vulnerable es una parte de la población inmigrante.
- La cuestión de las **ludopatías** está pasando a ser una cuestión emergente que afecta a un número creciente de personas, y que requiere de una atención social especial. Se estima que el índice de personas que tienen problemas con el juego de azar en Álava es del 1,7%. La población más joven tiene tendencia a participar especialmente en los juegos de apuestas privados.



## 1.2 Determinantes de la salud relacionados con el medio ambiente, la planificación urbana y la vivienda

- En relación al **ciclo del agua**: se destaca en positivo la caída de la demanda y la bajada progresiva del consumo per capita en el sector doméstico. Al otro lado de la balanza, es necesario hacer un seguimiento de la calidad del agua ya depurada en Crispijana al observarse en 2009 un repunte en el nivel de DQO<sup>1</sup> después de haber presentado los años anteriores una tendencia a la reducción.
- Respecto a los **residuos**, se destaca que la cobertura de recogida alcanza la totalidad del municipio y que de cara a superar el actual "techo" que según los datos se ha alcanzado en materia de reciclaje, habrá que enfatizar desde el propio Ayuntamiento.
- En lo relativo a la **calidad del aire**, el 80% de los días presentan calidad "Buena" o "Muy Buena". El resto de los días, los niveles de contaminación que se detectan se relacionan con las partículas en suspensión provenientes del tráfico.
- En cuanto al **ruido**, destacar que si bien la población afectada por niveles altos es un mínimo porcentaje, no por ello no es necesario hacer todo lo necesario para minimizarlo, teniendo en cuenta que el causante es el tráfico. La total implantación del Plan de Movilidad Sostenible tendrá efectos positivos.
- Referido a las **radiaciones electromagnéticas**: la nueva Ordenanza Municipal, ya redactada, se encuentra pendiente de tramitación y las mediciones que se llevan a cabo cumplen con la normativa vigente, si bien se ha considerado analizar los resultados bajo normativas más restrictivas. En ese sentido, los resultados indican que el 78% de las mediciones realizadas en viviendas están por debajo de 1  $\mu\text{W}/\text{cm}^2$  y que en el caso de las mediciones en la calle este porcentaje aumenta hasta el 92,30%.
- En referencia al **suelo**, se quiere hacer hincapié en que disponer de mucho no supone que no haya que protegerlo y que la mejor manera de hacerlo es no artificializándolo.
  - En relación a su **calidad**: algo más del 2% del suelo del municipio está inventariado como "suelo que soporta o ha soportado alguna actividad económica potencialmente contaminante del suelo" lo que lo hace susceptible de estar contaminado, sin ser una cantidad que se considere relevante.
  - En relación a su **cantidad**: ya se ha indicado que es muy importante y posiblemente ésa es la causa que ha facilitado la ocupación de más del necesario, si bien se está en proceso de reconducir esta situación por medio de la Revisión Parcial del PGOU en Zabalzana y Salburua: "Mejora de la continuidad y compacidad de la trama urbana y aumento de la edificabilidad".
- En el ámbito de la **energía**: se miden exclusivamente los consumos del sector doméstico y se observa en ellos un pequeño aumento de la energía eléctrica y una reducción del gas natural de 2008 a 2009. Si bien no se ha podido determinar cuál es la causa o causas principales de esta realidad, sí existen hechos que se considera afectan directamente. Se constatan a continuación tres, el primero de ellos provoca un aumento del consumo de energía y los otros dos una reducción del mismo.
  - Importante aumento del número de viviendas unipersonales.
  - Crisis económica.
  - Importante aumento del número de viviendas con C.E.F.<sup>2</sup>.
- **Movilidad**: El 28% de los desplazamientos se realizan en coche privado. El 10% en transporte colectivo, donde se ha notado un aumento importante por el efecto tranvía. Lo más destacado es el uso de la bicicleta que ha pasado de tener un uso relacionado con el ocio y que presentaba porcentajes residuales a ser un modo de transporte más y que ya es utilizado en casi el 7% de los desplazamientos.

---

<sup>1</sup> Demanda Química de Oxígeno, valores más altos están relacionados con una mayor cantidad de materia susceptible de oxidarse, en definitiva con mayores niveles de contaminación.

<sup>2</sup> Certificado de Eficiencia Energética.



- **Vivienda:** importante reducción de la densidad de viviendas por unidad de superficie acompañado de un aumento mucho más rápido del número de viviendas que del de habitantes causado por el aumento de las viviendas unifamiliares.
- Al fijar el foco en la **planificación urbana**, se destaca, en primer lugar, la existencia de “puntos negros” de seguridad que afecta principalmente a las mujeres y que en muchos casos son de sencilla solución. Se debe apuntar el acercamiento de los usos residencial y productivo reduciendo así las necesidades de desplazamiento y cabe recordar en este punto la mejora de la compacidad de Salburua y Zabalzana apuntada en el apartado denominado “cantidad de suelo”.

### 1.3 Determinantes de la salud relacionados con la salud social y los recursos sociales y sanitarios

---

La salud social está directamente relacionada con la posibilidad de contar con apoyo social, y consiste en poder disponer de una red de personas significativas (familia, amigos, vecinos, miembros de la comunidad...) dispuestas a prestar ayuda en momentos de inestabilidad o vulnerabilidad personal o social. Se distinguen dos dimensiones: el **apoyo confidencial**, es decir, la posibilidad de contar con personas para comunicarse; y el **apoyo afectivo**, que se refiere a las demostraciones de amor, cariño y empatía.

- Se estima que presentan falta de apoyo confidencial el 11% de los hombres y el 12,8% de las mujeres. En cuanto a la falta de apoyo afectivo, se da en el 7,9% de los hombres y en el 9,7% de las mujeres. La carencia de apoyo social, en ambas dimensiones, fue mayor en las mujeres que en los hombres.
- El aumento de la edad incide negativamente en el apoyo social. En el caso de las mujeres mayores de 65 años aumentó la falta de apoyo confidencial y se estabilizó la falta de apoyo afectivo.
- Son las personas viudas y separadas las que sufren en mayor medida las situaciones de falta de apoyo.
- Los grupos más desfavorecidos tuvieron menor apoyo social. A medida que empeoró la situación en el nivel socioeconómico, la falta de apoyo social fue mayor.
- La falta de apoyo confidencial está relacionada con la peor percepción de la salud. El 26% de los hombres y el 31,6% de las mujeres que declaran mala salud perciben falta de apoyo confidencial y la falta de apoyo emocional en la misma proporción.
- Se viene apreciando una tendencia al empeoramiento general en los índices de apoyo social, tanto en el componente de confidencial como en el de afecto. El empeoramiento se ha recogido en ambos sexos y en todos los grupos de edad. Se da una excepción: los hombres y mujeres mayores de 65 años, entre quienes el apoyo social afectivo mejoró ligeramente con respecto a 2002, especialmente en el aspecto afectivo entre las mujeres.
- El número y porcentaje de personas con enfermedades crónicas ha crecido en las últimas décadas. El marco de actuación organizativa del Sistema Sanitario Vasco tiene fijado como reto central la respuesta a las necesidades de las personas que padecen enfermedades crónicas y su prevención.
- En la prestación de los servicios de atención y cuidados es especialmente importante la mejora de la coordinación entre las diferentes redes de servicios sociales y sanitarios. En este sentido, es muy incipiente el desarrollo de protocolos de coordinación con los servicios sociales primarios.
- Las personas cuidadoras presentan situaciones de cargas de trabajo y emocionales que requieren de la atención social e institucional. Es preciso reforzar el apoyo a personas cuidadoras.
- Todavía sigue preponderando una visión de la salud muy ligada a la atención sanitaria. Uno de los retos más urgentes de las políticas de salud es hacer visible el carácter social y político de la salud pública, superando la lógica individualizadora, medicalizada y descontextualizada dominante en los sistemas de salud vigentes en nuestro entorno. Para ello es imprescindible fortalecer la participación y el tejido asociativo.





## 1.4 Determinantes de la salud relacionados con factores socioeconómicos

---

- **Patrón demográfico:** en los últimos años la población más joven ha perdido un tercio de sus efectivos mientras que la población mayor se ha duplicado. Desde hace una década hay más personas de 65 y más años que menores de 15. Ello supone una diversificación en cuanto al lugar de procedencia de la población de Vitoria-Gasteiz. Por último, se ha observado un desplazamiento de efectivos desde los barrios que bordean el centro hacia la periferia en las cuatro direcciones.
- **Hogares unipersonales** constituidos principalmente por personas jóvenes y personas que se quedan solas en su vivienda. La demanda de vivienda actual obedece más a la desmembración de los hogares ya existentes que a las personas nuevas. Así, mientras el ritmo de crecimiento anual de población es del 1%, el de hogares es del 3% y el de hogares unipersonales del 8%.
- La **pobreza** es embrión de múltiples formas de marginación e inequidad social. Las personas en situación o riesgo de exclusión social presentan una mayor vulnerabilidad en el acceso a los servicios y recursos de la sociedad (actividades culturales, práctica de deportes, ocio, etc.). El incremento en el número de familias receptoras de Renta de Garantía de Ingresos y Ayudas de Emergencia Social (AES) es un indicador del impacto que la crisis actual está teniendo en los colectivos más vulnerables.
- La **falta de empleo**, ya que el empleo es tanto un fin como un medio para el ser humano: no sólo proporciona bienestar material sino también reconocimiento social. La tasa de desempleo en Álava ronda el 10,4%. Por sectores, se destruyeron más empleos netos en Servicios, seguido de la Construcción, y la Industria.

Por género, en enero de 2011 la evolución del paro registrado fue peor para las mujeres, cuyo crecimiento fue del 7,3%, frente al 4,4% masculino. No obstante, el desempleo masculino ha crecido un 28,4%, frente al 18,5% femenino.

Por grupos de edad, en el último mes los jóvenes menores de 25 años han crecido un punto por encima de la media. Sin embargo, es entre los 35 a los 44 años donde la evolución del paro registrado ha sido peor. El 36,3% de los parados registrados tiene menos de 35 años, el 47,2% entre 35 y 54 años y el 16,5% restante más de 54 años. Cabe indicar que el 59,8%, de los demandantes de empleo parados cobra algún tipo de prestación por su situación de desempleo, porcentaje similar al del mes anterior y 3,4 puntos superior al del año pasado.

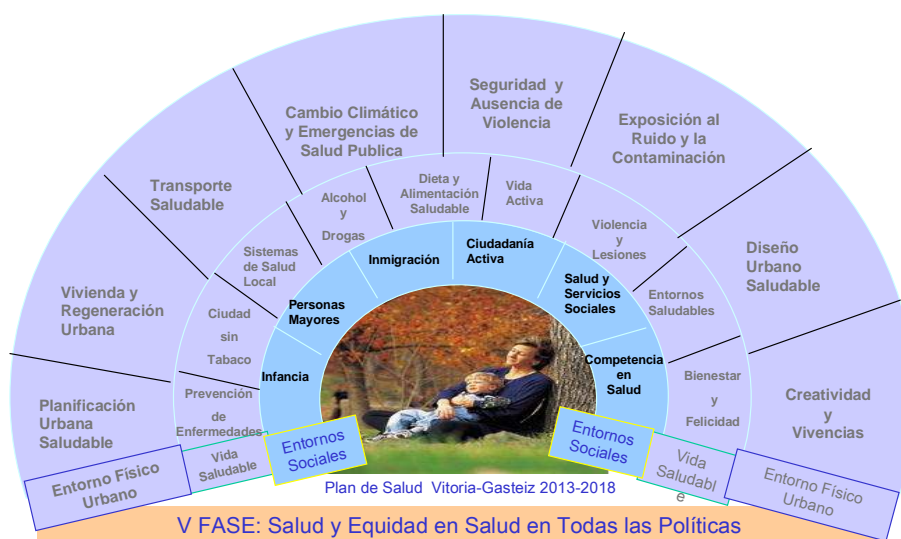


## 2 Objetivos de la V fase

En el Plan de Desarrollo de la Salud de Vitoria-Gasteiz 2013-2018, se recogen 3 Objetivos Generales relacionados con la V Fase de las Ciudades Saludables. No obstante dado que el Plan debe de ser un documento abierto y activo se podrá adaptar en su estructura a los temas prioritarios que la OMS establezca para la VI Fase que será lanzada durante el período de vigencia del Plan y que tendrá como marco la Estrategia Salud 2020.

Los objetivos son:

- **Objetivo General 1.** Entornos sociales de apoyo y cuidado
- **Objetivo General 2.** Vida Saludable.
- **Objetivo General 3.** Entorno físico urbano.



### 2.1 Entornos sociales de apoyo y cuidado

El objetivo primero de la V fase quiere centrar la atención de la acción administrativa en la creación de contextos urbanos que den apoyo satisfactorio al conjunto de la ciudadanía. Una ciudad saludable debe serlo para todos sus ciudadanos y ciudadanas, teniendo en cuenta sus diferentes necesidades y situaciones. En este sentido este objetivo se centra en diferentes cuestiones que pueden incidir en la población más vulnerable y en la promoción de la cultura de la salud para el conjunto de la población, como son:



- Mejorar de forma sistemática las condiciones de vida de las niñas y niños es una de las mejores maneras de abordar las desigualdades en salud.
- Crear ciudades amigables para las personas mayores, desarrollar políticas y planes integrales de acción que aborden las necesidades de salud de las personas mayores.
- Tener en cuenta las desigualdades producidas en los procesos migratorios. Es preciso procurar la integración social, promoviendo la tolerancia y el entendimiento cultural.
- Impulso de la ciudadanía activa, proporcionando medios eficaces para la participación y el empoderamiento a nivel local.
- Promover y apoyar el desarrollo de servicios sanitarios y sociales, que den respuestas de calidad y accesibles a toda la población que los requiera y en especial a los grupos más vulnerables.
- Extender la Educación en salud. La alfabetización en salud consiste en dotar de capacidad a cada individuo para obtener, procesar y entender la información, compleja y necesaria, para la conservación y promoción de su estado de salud.

En relación a estos objetivos el perfil de la ciudad ha recogido diferentes aspectos que se enuncian a continuación.

La existencia de diversos cambios sociales, demográficos y socioeconómicos a lo largo de los últimos años han ocasionado el incremento de situaciones de desprotección y riesgo de exclusión que afectan a un colectivo minoritario pero importante de niños y niñas de Vitoria-Gasteiz. A este factor se le podría añadir que en muchas ocasiones surgen dificultades en la atención médica a niños y niñas de familias inmigrantes por dificultades idiomáticas y de costumbres. Asimismo, se ha constatado que las familias monoparentales con niños y/o niñas están sobrerrepresentadas en los servicios sociales. También existen patologías infantiles que requieren especial atención en la infancia: asma, obesidad, salud mental y maltrato infantil. Cabe destacar que para este colectivo no existen datos sobre la salud percibida.

Por otro lado, el incremento demográfico de personas mayores conlleva la necesidad de lograr un entorno urbano adaptado a las necesidades de la gente mayor y el desarrollo de recursos sociocomunitarios de servicios acorde con las necesidades existentes. En este sentido, cabe mencionarse que en 2008 empezaron a implantarse los denominados “parques para mayores”, los dos primeros en Arana y Arambizkarra. El séptimo se ha puesto en marcha durante el mes de marzo de 2011 en Simón Bolívar. Asimismo, resulta de interés indicar que en las huertas de Olarizu y Urarte, las personas mayores pueden ocupar su tiempo de manera práctica y saludable, ya que cada año se reparten 210 parcelas de terreno para el cultivo ecológico, promoviendo el respeto por el medio ambiente en las prácticas agrícolas y forestales.

En cuanto a la población inmigrante se refiere, resulta importante destacar que es un colectivo estrechamente relacionado con la vulnerabilidad social. De este modo, se observa que el desempleo entre la población inmigrante se ha incrementado un 211% entre 2007 y 2009. Se trata de un colectivo con poco peso poblacional (10%) y que en muchos casos se encuentra con dificultades en el acceso y utilización de los servicios sanitarios. Asimismo, se debería añadir que, en general, tienen una formación académica básica o inexistente y que se perciben, en muchos casos, barreras lingüístico-culturales. Por último, al igual que en el caso de la infancia, se debe añadir que existe escasez de datos sobre la percepción de la salud de este colectivo.

Se considera que el impulso de la participación social es imprescindible para el desarrollo de los programas relacionados con la mejora de la salud de la ciudadanía y en la atención de sus desigualdades e inequidades.

La información que ha sido analizada en el Diagnóstico, constata que la falta de apoyo confidencial está relacionada con la peor percepción de la salud. Ello se refleja en que el 26% de los hombres y el 31,6% de las mujeres que declaran mala salud perciben falta de apoyo confidencial y la falta de apoyo emocional en la misma proporción. Es importante destacar que si bien la mayor parte de la población cuenta con apoyo confidencial y afectivo, en la evolución desde 1997 se viene apreciando una tendencia al empeoramiento general en los índices de apoyo social, tanto en el componente de confidencia como en el de afecto. Ese empeoramiento se ha recogido en ambos sexos y en todos los grupos de edad. Se da una excepción, los hombres mayores de 65 años y las mujeres del mismo grupo de edad, donde el índice de apoyo social afectivo mejoró ligeramente con respecto a 2002, especialmente el afectivo entre las mujeres.

En la prestación de los servicios de atención y cuidados es especialmente importante la mejora de la coordinación entre las diferentes redes de servicios sociales y sanitarios. En este sentido es muy incipiente el desarrollo de protocolos de coordinación con los servicios sociales primarios.



Es necesario asegurarse de que cualquier persona entiende la información necesaria sobre su salud de cara a tomar decisiones apropiadas.

Una vez revisados todos los factores de desigualdad en Vitoria-Gasteiz, se ha identificado como colectivos de población vulnerable por la acumulación de factores de desigualdad los siguientes:

- Personas mayores de 65 años aquejadas de soledad o una falta de red de apoyo.
- Personas con trastornos mentales y/o físicos crónicos.
- Sectores de población con formación básica o inexistente.
- Población de niveles socioeconómicos más bajos.
- Personas en precariedad económica.
- Personas con dificultad de acceso a los recursos.
- Personas que viven en entornos urbanos degradados.

Con todo ello, se considera que los objetivos específicos relacionados con los entornos sociales de apoyo y cuidado en Vitoria-Gasteiz deberían ser los recogidos en la Tabla 1.

**Tabla 1. Objetivos Específicos para Entornos Sociales de Apoyo y Cuidado.**

TEMA PRINCIPAL	OBJETIVO ESPECÍFICO
<b>1.1. Mejores condiciones de desarrollo para los niños.</b>	Evitar o reducir las situaciones de desprotección y riesgo de exclusión y hacer de los niños y niñas sujetos activos de las políticas sociales.
<b>1.2. Envejecimiento activo.</b>	Fomentar entornos saludables, desarrollar recursos sociocomunitarios dentro de las competencias municipales y promover una mejor percepción social de la vejez.
<b>1.3. Inmigración y convivencia intercultural.</b>	Atender el desarrollo de los derechos sociales de las personas inmigrantes, evitando procesos de exclusión social mediante políticas de inclusión y participación comunitaria que actúen sobre la discriminación legal, laboral, cultural y social.
<b>1.4. Ciudadanía participativa.</b>	Fortalecer y mejorar los instrumentos de participación social, especialmente los relacionados con la promoción de la salud, incrementando el protagonismo de la ciudadanía en la promoción de la salud y en el desarrollo de los cuidados.
<b>1.5. Salud y servicios sociales.</b>	Mejorar la complementariedad de los sistemas sociales y sanitarios con el fin de optimizar los resultados en la mejora de la salud y de las políticas de prevención y prestación de servicios.

## 2.2 Vida saludable

El segundo objetivo marcado por la V Fase es el referido al desarrollo de vida saludable. Para ello, la ciudad debe atender a las condiciones que favorezcan modos de vida sanos. Entre los temas importantes que se proponen en este eje están:

- Prevenir las enfermedades no transmisibles ampliando esfuerzos y creación de alianzas en la adopción de estrategias integradas con la población, teniendo en cuenta los factores determinantes de los factores de riesgo y social de estas enfermedades.
- Fortalecer la capacidad de los sistemas locales de salud, incluidos los servicios de salud pública y atención primaria de salud, en el campo de las enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias y las enfermedades relacionadas con el alcoholismo (Control, Prevención y Gestión de casos).
- Abuso de alcohol y drogas. Formular planes de acción intersectorial para prevenir el alcoholismo y la adicción a las drogas.



- La vida activa. Hacer una vida activa, la actividad física y la movilidad de los peatones es un tema importante de las políticas y planes de desarrollo de las ciudades.
- Alimentos y la dieta saludable. Desarrollar el acceso equitativo a los alimentos saludables y crear conciencia sobre los hábitos de alimentación favorables para la salud.
- La violencia y traumatismos. Implementar políticas y planes que cubren todos los aspectos de la violencia y los traumatismos a nivel urbano, incluida la violencia contra las mujeres, los niños y los accidentes de carretera o domésticos.
- Lograr marcos de vida saludables que permitan la vida sana y el bienestar mental en los entornos cotidianos, así como desarrollar una comprensión de los factores y circunstancias que promueven el bienestar y la felicidad.
- Superar las barreras culturales que afectan a la asistencia a visitas médicas. Es fundamental conseguir un entorno de confianza entre el colectivo médico y las minorías étnicas de cara a que éstas no presenten índices diferentes (y generalmente peores) de obesidad y tabaquismo.

En relación a estos objetivos el perfil de la ciudad ha recogido diferentes aspectos que se enuncian a continuación.

Uno de los aspectos en los que se ha prestado especial atención en el diagnóstico de la ciudad es la percepción de la salud por parte de la ciudadanía. En este sentido, se ha concluido que la salud percibida es peor en los estratos socioeconómicos más bajos, especialmente, en las personas de mayor edad. Además, se ha llegado a la conclusión de que la peor autopercepción de salud corresponde a una mujer de grupo socioeconómico bajo que se dedica, exclusivamente, a las tareas del hogar. En este aspecto de la percepción de salud, de nuevo existen diferentes patrones en función del origen étnico de la población.

En cuanto a las enfermedades no transmisibles, se ha observado que las enfermedades crónicas representan el patrón epidemiológico dominante. El cáncer, especialmente de pulmón, es la primera causa de mortalidad entre los hombres y la segunda entre las mujeres.

En términos generales, se podría indicar un perfil aproximado de los grupos más vulnerables para algunas enfermedades. Así, las enfermedades crónicas afectan más a los mayores de 65 años, el cáncer a los hombres de grupo socioeconómico bajo de entre 45 y 74 años, siendo el cáncer de pulmón el más frecuente. Entre las mujeres, el más habitual es el cáncer de mama y afecta principalmente a mujeres de entre 30 y 44 años de edad. Las enfermedades cardiovasculares afectan más a hombres que a mujeres.

La ansiedad y/o depresión afecta al doble de mujeres que de hombres, siendo el perfil más habitual las mujeres de más de 45 años y de nivel socioeconómico bajo. El suicidio, por su parte, afecta principalmente a varones de entre 25 y 34 años, que utilizan modus operandi violentos y que, generalmente, son de grupos socioeconómicos más bajos, solteros, divorciados o viudos.

En Vitoria-Gasteiz, si bien la cobertura del sistema de salud pública alcanza a la totalidad de la población y existe un amplio repertorio de programas sociocomunitarios, es necesario mejorar la complementariedad de ambos sistemas, con el fin de optimizar los resultados en la mejora de la salud y de las políticas de prevención, haciendo hincapié en aquellos grupos de origen foráneo que por motivos culturales no hace uso de las prácticas de salud preventiva que incluye el sistema público de salud (revisiones ginecológicas, revisiones urológicas, visitas periódicas al pediatra, prevención de cáncer de colon, ...)

Casi una cuarta parte de la población de la ciudad es fumador o fumadora habitual. Observando más detalladamente los datos disponibles sobre el tabaco, se ha constatado que entre los hombres existen una clara tendencia de descenso del consumo según se reduce la edad, mientras que entre las mujeres esa tendencia es inversa, siendo los estratos más jóvenes las que tienen mayores índices de consumo de tabaco.

En cuanto a consumo de alcohol y drogas, se siguen dando índices importantes en la ciudad. Así, el 47,7% de la población mayor de 16 años es bebedora habitual. La proporción de personas que beben habitualmente es la mitad entre las mujeres. En los últimos años, se ha apreciado un descenso en la proporción de hombres que consumen bebidas alcohólicas habitualmente, pero se reduce en menor medida entre las mujeres. Resulta también de interés destacar que el 36% de la juventud de Vitoria-Gasteiz es gran bebedora habitual de fin de semana, aunque parece que se ha estabilizado el crecimiento.



Respecto al consumo de cannabis, el 14,4% de la población lo ha consumido en el año anterior a la recogida de información (2006), pero el progresivo incremento de los derivados del cannabis parece haberse estabilizado desde el 2004.

El porcentaje de hombres que han probado la cocaína es bastante superior al de las mujeres (16,1% frente a 6,6%). De 25 a 30 años es el intervalo en el que se sitúa un número mayor de personas que han probado esta sustancia. La proporción de los que la han consumido al menos dos veces en el año es del 2,9%. Resulta importante indicar que se ha recogido un importante incremento en el uso de cocaína.

En lo que se refiere a problemas de ludopatías, el 1,2% de la población de Vitoria-Gasteiz, presenta problemas leves relacionados con el juego y un 0,5% es un probable jugador patológico.

Otro de los aspectos importantes relacionados con una vida saludable es la actividad de la ciudadanía. En este sentido, se ha constatado que un sector importante de la ciudadanía de Vitoria-Gasteiz presenta índices de sedentarismo negativos para su salud. Así, entre la personas mayores de 18 años, la mitad de la población hace escaso ejercicio físico, y se ha comprobado que, en general, las mujeres son más sedentarias que los hombres, siendo las más sedentarias las mujeres mayores de 65 años y las jóvenes de entre 16 y 24 años. En el caso de los hombres, las mayores tasas de sedentarismo se dan entre los 25 y los 44 años. Es especialmente llamativa la bajada de actividad que se da entre las chicas de más de 15 años, ya que al comienzo de la adolescencia, la tasa de actividad es 16,4 puntos superior entre los chicos que entre las chicas.

En relación a la dieta y alimentación saludable, se ha observado que la prevalencia de obesidad está aumentando entre las personas menores y adultas en Vitoria-Gasteiz. De este modo, la prevalencia de exceso de peso (sobrepeso y obesidad) en la población de entre 6 y 17 años de la ciudad es del 27%. La prevalencia tanto de sobrepeso como de obesidad es significativamente superior en el grupo de niños y niñas que desayunan o comen en comedor escolar, si bien es necesario destacar que este hecho no se relaciona con la alimentación que reciben en el mismo, y solo el 3,7% de la población infanto juvenil de la ciudad toma, al menos, 2 raciones de verdura diarias.

La población más vulnerable a la violencia y las lesiones son los hombres entre 15 y 24 años, siendo las causas más frecuentes los accidentes laborales con modo de impacto “choque”, que generalmente pertenecen a niveles socioeconómicos bajos. El índice de accidentabilidad de las mujeres es menor que en los hombres, y el perfil más vulnerable es de mujeres de más de 65 años, por accidente doméstico con modo de impacto “caída” pero, a diferencia de los hombres, no existe relación aparente con el nivel socioeconómico al que pertenecen.

Por su parte, se ha observado que en materia de planeamiento urbanístico, los equipamientos de proximidad favorece el contacto social, aumenta el tiempo “para uno mismo” al reducir el dedicado a desplazamientos y permiten que los desplazamientos se hagan a pie. Asimismo, se confirma que los Programas Municipales de actividades que se desarrollan en los Centros Cívicos de Vitoria-Gasteiz permiten desarrollar actividades que favorecen las tres vertientes de la salud: la física, la psíquica y la social. Por último, también cabe recalcar que el contacto con los demás aumenta la empatía, lo que revierte en el capital humano y social.

En otra escala, se ha observado que las dificultades de orden social y psicológico pueden ser fuente de estrés, ansiedad, sentimientos de soledad, vulnerabilidad, mala opinión de sí mismas/os, contribuyendo de modo significativo en la mala salud. En este sentido, según los datos, siente falta de apoyo confidencial el 11% de los hombres y el 12,8% de las mujeres. La falta de apoyo afectivo se da en el 7,9% de los hombres y el 9,7% de las mujeres. La carencia de apoyo social en ambas dimensiones, fue mayor en las mujeres que en los hombres. También se ha observado que el aumento de la edad incide negativamente en el apoyo social, aunque en el caso de las mujeres mayores de 65 años aumentó la falta de apoyo confidencial y se estabilizó la falta de apoyo afectivo.

Por estado civil, es notorio que son las personas viudas y separadas las que sufren en mayor medida las situaciones de falta de apoyo. Esta falta de apoyo social confidencial es mayor entre los hombres separados seguido por los viudos. En el caso de las mujeres, la falta de apoyo también es superior entre las separadas y las viudas en la misma proporción, que respecto a las casadas y las solteras.

Los grupos más desfavorecidos tuvieron menor apoyo social, donde se ha comprobado que a medida que empeoró la situación en el nivel socioeconómico, la falta de apoyo social fue mayor.

Por último, en relación a las enfermedades de transmisión sexual, cabe indicar el aumento en el número de casos notificados de sífilis y gonococia. Además, también están aumentando los casos de VIH/SIDA por transmisión



homo/bisexual en los últimos años: el 44% de las nuevas infecciones producidas en la CAPV en hombres se produjo en esta categoría.

Una vez analizada la situación actual, los objetivos específicos que se proponen para promover una vida saludable en la ciudad de Vitoria-Gasteiz son los que se recogen en la Tabla 2.

**Tabla 2. Objetivos Específicos para una Vida Saludable.**

TEMA PRINCIPAL	OBJETIVO ESPECÍFICO
<b>2.1. Prevención de enfermedades no transmisibles.</b>	Reforzar las estrategias de promoción de la salud y preventivas de la aparición de las enfermedades crónicas.
<b>2.2. Ciudad sin tabaco.</b>	Mantener y adaptar a la situación actual los programas dirigidos a la prevención y abandono de consumo de tabaco.
<b>2.3. Alcohol, drogas y juego patológico.</b>	Revisar y adaptar a la situación actual los programas destinados a prevenir y reducir el consumo de alcohol, juego patológico y drogas, especialmente, entre los colectivos entre los cuales las conductas de inicio y de dificultades abandono de hábitos son más frecuentes.
<b>2.4. Vida activa.</b>	Reforzar líneas de trabajo dentro de los programas de actividad físico-deportiva que tengan en cuenta los colectivos especialmente sedentarios.
<b>2.5. Dieta y alimentación saludable.</b>	Mantener y adaptar a la situación actual los programas destinados a la mejora de la dieta y alimentación saludable dirigidos a aquellos colectivos con mayores índices de sobrepeso u obesidad.
<b>2.6. Violencia familiar y de género.</b>	Prevenir, reducir y combatir la violencia familiar y de género.
<b>2.7. Entornos saludables.</b>	Favorecer programas de hábitos saludables y de promoción de la salud en los entornos sociales cotidianos.
<b>2.8. Bienestar y felicidad.</b>	Diseñar estrategias y propuestas para que los programas sociales tengan en cuenta las necesidades psicosociales, además de las materiales.
<b>2.9. Hábitos sexuales.</b>	Mantener y mejorar los canales de comunicación con el fin de que los hábitos sean saludables.

## 2.3 Entorno físico urbano

Otro tema principal de la V fase es el medio ambiente y planificación de la ciudad saludable. La ciudad debe lograr un entorno urbano físico que promueva la salud, el ocio, el bienestar, la seguridad, la interacción social, la movilidad, el sentimiento de orgullo e identidad cultural. En este aspecto entre las cuestiones más importantes a destacar se ponen en relieve:

- Procurar un Urbanismo saludable que integre las consideraciones de salud en el proceso de planificación, programas y proyectos.
- Garantizar la vivienda y su calidad.
- Transporte propicio para la salud. Promover la accesibilidad para que todos los ciudadanos, incluidos los jóvenes y las personas con discapacidad, se puedan mover sin usar el coche.



- Evitar el cambio climático y las crisis de salud pública. Incidir desde las ciudades contra los efectos del calentamiento global.
- Dotar de sentimiento de seguridad. La planificación urbana puede promover la interacción social, aumentar la sensación de seguridad y facilitar la movilidad para todos, especialmente a los jóvenes y los ancianos.
- Reducir la exposición al ruido y la contaminación. Promover y adoptar prácticas que protegen a las personas, especialmente los niños, contra la exposición a sustancias tóxicas y productos nocivos para la salud.

En relación a estos objetivos el perfil de la ciudad ha recogido diferentes aspectos que vienen orientando la actuación municipal.

Se debe apostar por una planificación urbana que favorezca la existencia de equipamientos de proximidad y así la mezcla de usos del suelo, evitando la creación de “barrios especializados”: barrios dormitorio, barrios residencia, barrios financieros,...De igual forma, resulta necesario impulsar la compacidad de manera que se preserve el suelo natural del que dispone la ciudad.

Otro de los factores a tener en cuenta en una planificación saludable es la movilidad. Se considera indispensable disponer de un sistema de transporte público bien planificado, con cortos periodos de espera, paneles informativos de conexión entre líneas en las paradas. Estos paneles también deberían existir en los aparcamientos disuasorios, lo que evitaría el uso del vehículo privado y con ello los desplazamientos “puerta a puerta” que inciden negativamente en la salud física (se camina menos) y en la social (no hay contacto con otras personas).

Los planes de regeneración urbana llevados a cabo en Vitoria-Gasteiz han mejorado las condiciones de vida de las personas de los barrios de Errekaleor y Olárizu, donde existían viviendas de muy escasa calidad constructiva. Los vecinos están siendo reubicados en nuevas promociones cercanas; en edificios de Zaramaga y en el resto de la ciudad, se han instalado ascensores y realizado obras de mejora de la accesibilidad, en muchos casos ocupando espacios de propiedad pública. Para facilitar este tipo de actuaciones, el Ayuntamiento aprobó en Septiembre de 2009 una Ordenanza Municipal relativa a la mejora de la accesibilidad en los edificios. Se está tramitando una Ordenanza de Ayudas Económicas para impulsar actuaciones de rehabilitación de viviendas y edificios residenciales.

La revisión parcial del Plan General de Ordenación Urbana en Zabalgana y Salburua tiene como objeto mejorar la continuidad y compacidad de la trama urbana y aumentar la edificabilidad para evitar que se conviertan en barrios “vacíos de personas” que en el futuro haya que regenerar.

El aumento del número de viviendas con Certificado de Eficiencia Energética en Vitoria-Gasteiz conlleva la minimización del consumo de energía de los domicilios que lo poseen. No obstante, el aumento de hogares unipersonales incrementa el consumo de energía per cápita (TV, luz, frigorífico,...consumen lo mismo independientemente de las personas que los utilicen). Asimismo, las viviendas pareadas y/o dispersas requieren de mayores consumos de energía en calefacción por el efecto isla-calor.

La segregación del espacio público destinado a los distintos modos de desplazamiento y el “calmado del tráfico” (zonas de 30 km/h, guardias tumbados, resaltes, aceras y carreteras a la misma cota,...) aumentan la seguridad real y la percibida en el uso del espacio público, especialmente, en las personas mayores y en los niños.

Por otro lado, la compacidad de la que se ha hablado en párrafos anteriores también favorece la sensación de seguridad al evitar las calles sin gente. En este sentido, es necesaria la realización de un “mapa de puntos negros” de la ciudad y desarrollar actuaciones para reducir y/o eliminar el número de puntos que lo pueblen.

Si se impulsa una movilidad urbana basada en los desplazamientos a pie, en bici o en transporte público colectivo se minimiza el ruido que es el primer problema medioambiental percibido por la ciudadanía y las emisiones de partículas a la atmósfera, siendo éste el contaminante responsable de los muy escasos días con calidad del aire “mala” en la ciudad.

Al igual que para los dos casos anteriores, en la Tabla 3 se recogen los Objetivos Específicos que se formulan para la mejora del entorno físico urbano de la ciudad de Vitoria-Gasteiz.





Tabla 3. Objetivos Específicos para el Entorno Físico Urbano.

TEMA PRINCIPAL	OBJETIVO ESPECÍFICO
<b>3.1. Planificación urbana saludable.</b>	Incorporar los criterios y consideraciones de salud en la planificación urbana.
<b>3.2. Vivienda y regeneración urbana.</b>	Desarrollar procesos de regeneración urbana con criterios sociales.
<b>3.3. Transporte saludable.</b>	Alcanzar un modelo que priorice la movilidad no motorizada y el transporte público a través de la plena implantación del Plan de Movilidad Sostenible y Espacio Público,
<b>3.4. Cambio climático y emergencias de salud pública.</b>	Incentivar medidas de ahorro energético en la ciudad y en la vivienda.
<b>3.5. Seguridad y ausencia de violencia.</b>	Asegurar que la planificación y el diseño de la ciudad y sus barrios permitan la interacción social e incrementen la sensación de seguridad y ausencia de violencia para facilitar la movilidad de todas las personas, especialmente de los colectivos de jóvenes y mayores.
<b>3.6. Exposición al ruido y la contaminación.</b>	Promover y adoptar prácticas que protegen a las personas, especialmente a los colectivos más sensibles (niños, ancianos y personas con problemas respiratorios) así como a animales y plantas.
<b>3.7. Diseño urbano saludable.</b>	Fomentar la ciudad policéntrica y con mezcla de usos. Favorecer el diseño y planificación urbana pensando en las personas y en los usos que favorezcan el contacto social y el encuentro intergeneracional.



---

# **ACTUACIONES II PLAN DE DESARROLLO DE SALUD VITORIA-GASTEIZ**

---



### 3 II PLAN DE SALUD DE LA CIUDAD DE VITORIA GASTEIZ: CONSIDERACIONES PREVIAS

La ciudad de Vitoria-Gasteiz no escapa de la situación de crisis coetánea con el nacimiento del II Plan de Salud de Vitoria-Gasteiz (2013-2018) que a continuación presentamos. Tampoco este Plan escapa de dicha situación.

Cuando más personas necesitan de los servicios sociales y de salud y las situaciones más graves en estos ámbitos, pasan a ser límite, los recursos públicos se encuentran reducidos, dificultándose así el mantenimiento de determinadas políticas que en tiempos mejores permitieron paliar la situación de los más desfavorecidos (inmigrantes, miembros de familias desestructuradas, personas mayores, familias monoparentales,...) con el agravante de que en situaciones de crisis crece la brecha de desigualdad y los colectivos desfavorecidos son los más castigados por estas situaciones, tal y como recoge los estudios de Marmot (2004) y que denominó “gradiente social” en los que demostró que *“se observa un deterioro progresivo o lineal de la salud (y no sólo un grupo extremo con problemas de salud y el resto de la población con una salud razonablemente buena) a medida que desciende la posición social...”* y *“...que esto ocurre tanto si la desventaja social se mide por las características de los individuos, como la educación, el empleo o la clase social, como si se mide por el carácter más o menos deprimido de la zona en la que viven”*.

El caso particular de Vitoria-Gasteiz, queda recogido en el informe **Situación económica y consecuencias de la crisis en las familias de Vitoria-Gasteiz hasta el 2011** publicado por el Gabinete de Estudios del Ayuntamiento.

La conclusión a la que llega el citado informe es que: *“la crisis nos afecta a la mayoría, pero es más pronunciada en familias monoparentales y en familias compuestas por personas extranjeras o de reciente llegada a la ciudad. Las personas que han llegado hace menos de 10 años, se han visto obligadas a cambiar de domicilio o reducir los gastos de vivienda. La mujer se ve afectada en mayor medida cuando es la persona de referencia de familias con un solo progenitor. Por su parte, la crisis ha mejorado la posición relativa de los mayores en la escala social.”*

Tras estas consideraciones y desde el desconocimiento de lo que nos depara el futuro es necesario recalcar que este plan no es un documento cerrado, sino que con la esperanza de poder abordar otras actuaciones, huelga decir que porque aumentan los recursos y no las necesidades de la ciudadanía, se mantiene abierto y podrá ser actualizado.

El II Plan de desarrollo de Salud de Vitoria-Gasteiz ha sido elaborado con las aportaciones de los distintos Departamentos Municipales, cumpliendo el objetivo de abordar la diversidad de los determinantes de la salud en los que el Ayuntamiento tiene competencias.

La participación de la ciudadanía se ha concretado en las aportaciones realizadas en el Consejo Sectorial de Salud y Consumo y en las aportaciones de las asociaciones que forman parte de todos los Consejos Sectoriales de Vitoria-Gasteiz.



Por último, han sido consultadas y en su caso tenido en cuenta sus aportaciones Instituciones y Entidades del ámbito de la salud como la Subdirección de Salud Pública y Adicciones de Alava del Departamento de Salud de Gobierno Vasco, la Facultad de Farmacia de la Universidad del País Vasco, el Colegio Oficial de Médicos de Alava, el Colegio Oficial de Enfermería de Alava y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Alava.

### **3.1 Complementariedad con el II Plan de Acción de la Agenda21 de Vitoria-Gasteiz (2010-2014)**

---

El **II Plan de acción de la agenda 21 de Vitoria-Gasteiz (2010-2014)**, (en adelante, Plan de Acción) es un plan caracterizado por su integralidad y que *“pretende compatibilizar el progreso económico, la equidad social y la preservación del medio ambiente en Vitoria-Gasteiz”*, ante tal declaración de principios, existe un encaje absoluto entre los dos planes citados en el título.

El Plan de Acción da respuesta a las 10 líneas estratégicas que emanan de los Compromisos de Aalborg+10 la séptima de las cuales es enunciada como *“Promover y proteger la salud y el bienestar de la ciudadanía”*.

Ambos planes se complementan hasta el punto de que el Plan de Salud de Vitoria-Gasteiz, da respuesta a uno de los objetivos específicos del Plan de Acción, concretamente al *“8.3: Elaborar y desarrollar planes de salud municipales”*.



## 4 II PLAN DE SALUD DE LA CIUDAD DE VITORIA GASTEIZ: ACTUACIONES

### 4.1 Objetivo General I: ENTORNOS SOCIALES DE APOYO Y CUIDADO

Tema principal	Objetivo Específico
1.1. Mejores condiciones de desarrollo para los niños.	<i>Evitar o reducir las situaciones de desprotección y riesgo de exclusión y hacer de los niños y niñas sujetos activos de las políticas sociales.</i>
<b>PROGRAMAS DE ACTUACIONES</b>	
1.1.1. Mantenimiento del <b>Programa de participación infantil “Lagunkide”</b> : Dirigido a la población infantil y adolescente (hasta los 16 años) trabaja en los siguientes objetivos: <ul style="list-style-type: none"><li>- Que los niños, niñas y adolescentes de nuestra ciudad conozca sus derechos, y las responsabilidades que éstos conllevan.</li><li>- Facilitar espacios para que inicien su aprendizaje en la participación ciudadana.</li><li>- Desarrollar canales de participación para que puedan hacernos llegar su opinión en aquellos temas que les interesen y afectan.</li></ul> Incluye proyectos como <b>“Tu Altavoz”</b> , Comisiones de Derechos, Órgano consultivo y de participación ciudadana: <b>Hirikoak</b> y la <b>Conmemoración Anual de la Convención sobre los Derechos del Niña, Niña y Adolescente</b> .	
1.1.2. Mantenimiento del <b>Programa de Educación de Calle</b> : Dirigido a personas con edad comprendida entre 8 y 18 años, que presentan un conjunto de indicadores de riesgo y mediante la presencia y el contacto de educadores/as con los y las adolescentes en su medio habitual los objetivos que busca son: <ul style="list-style-type: none"><li>- Detectar menores de edad en situación de riesgo.</li><li>- Apoyar en el proceso de socialización favoreciendo la integración social.</li><li>- Sensibilizar a la comunidad sobre las dificultades y problemáticas de los y las adolescentes.</li></ul>	



Tema principal	Objetivo Específico
1.1. Mejores condiciones de desarrollo para los niños.	<i>Evitar o reducir las situaciones de desprotección y riesgo de exclusión y hacer de los niños y niñas sujetos activos de las políticas sociales.</i>
<b>PROGRAMAS DE ACTUACIONES</b>	
<p>1.1.3. Mantenimiento del programa de <b>Valoración de situaciones de desprotección</b>: Incluye la identificación de situaciones de desprotección que afecten a niños, niñas y adolescentes y a sus familias, la realización de valoraciones psicosociales de dichas situaciones y la propuesta de las medidas de actuación necesarias.</p> <p>Mantenimiento de programas y recursos de apoyo e intervención en casuísticas de desprotección infantil y adolescente:</p> <ol style="list-style-type: none"><li><b>1. Programas dirigidos a las familias</b>: Programa Prólogo de prevención secundaria que dota de competencias a padres y madres para compensar los déficits que presenta el medio familiar. Programa de Terapia Familiar y Programa familiar de Apoyo Temporal ORAIN.</li><li><b>2. Preservación Familiar</b>: Programas y recursos dirigidos a personas menores de edad en situación de desprotección moderada y a sus familias que proporcionan una intervención psico-socio-educativa para finalizar la situación de desprotección, facilitar la normalización y posibilitar el desarrollo integral de las personas menores de edad.</li><li><b>3. Acogimiento residencial y familiar*</b>: Dirigidos a niños, niñas y adolescentes que se encuentran en situación de riesgo de desprotección con riesgo grave o desamparo. En general, proceden de familias cuyas situaciones son multiproblemáticas y crónicas, que impiden que la persona menor de edad se atendida en su propio hogar.</li><li><b>4. Desvinculación institucional "Valeo"*</b>: Basa su intervención en proporcionar apoyo personal, social y económico a personas jóvenes mayores de edad y que tras haber sido atendidos en la red de hogares funcionales municipales tienen dificultades o es inviable su integración en el medio familiar.</li><li><b>5. Intervención psicosocioeducativa Gerokoa*</b>: Dirigido a jóvenes que han permanecido en régimen de acogimiento familiar hasta su mayoría de edad y tras la finalización del mismo continúan conviviendo con la familia acogedora. Se apoya a la persona joven en el proceso consecución de la suficiente autonomía que le permita vivir de forma independiente.</li></ol> <p>Estos programas se mantendrán en tanto en cuanto no se materialice el traspaso de competencias al IFBS.</p>	
1.1.4. Mantener el <b>Servicio de Intervención Socioeducativa (SISE)</b> dirigido a familias que precisan apoyo por tener una carencia de habilidades parentales y/o sociales.	
1.1.5. Mantener los programas de prevención (primaria y secundaria) de la <b>desprotección y promoción del bienestar</b> .	



Tema principal	Objetivo Específico
1.2. Envejecimiento activo.	<i>Fomentar entornos saludables, desarrollar recursos sociocomunitarios dentro de las competencias municipales y promover una mejor percepción social de la vejez.</i>

#### PROGRAMAS DE ACTUACIONES

1.2.1. Mantener la actividad de los **Centros socioculturales de mayores**, destinados a la convivencia, la relación y la participación de las personas mayores. Ubicados en distintos barrios y en conexión con otros equipamientos sociales, culturales y deportivos, se ofrecen servicios, programas y actividades que pretenden mejorar la calidad de vida de las personas mayores, fomentar su desarrollo personal y social, facilitar el disfrute del tiempo libre y hacer efectiva su integración y participación social.

1.2.2. Desarrollar la **Programación comunitaria para personas mayores**. Constituye un proyecto de prevención primaria formado por un conjunto de actividades de promoción psicosocial de carácter grupal que se llevan a cabo en Centros Cívicos u otras instalaciones, por iniciativa del Servicio de personas mayores o en coordinación con los servicios sociales u otros agentes. El objetivo genérico es que las personas que participen puedan transformar sus circunstancias personales, sus aficiones, sus nuevas relaciones sociales en oportunidades para vivir experiencias enriquecedoras, de aprendizaje, de disfrute y de enriquecimiento personal. También se plantean actividades formativas e informativas orientadas a promocionar la autonomía, la independencia y la capacidad de control de las personas mayores sobre su entorno y sus propias vidas. Cuenta con el *programa de promoción de hábitos saludables* (charlas y seminarios informativos sobre temática variada, talleres de emociones, grupos estables de mayores, ciclos de charlas de prevención de caídas...) y con el *programa de mejora de la imagen del envejecimiento*.

1.2.3. Seguir con el **Programa integral de apoyo a familias cuidadoras de personas mayores (PAC)**: entre los objetivos del programa está potenciar programas de ayuda a las personas cuidadoras que les garanticen información, formación, asesoramiento, apoyo psicosocial y servicios de respiro con el fin de facilitar la continuidad de su labor. Cuenta con servicio de acompañamiento profesional y centro de día de fin de semana para proporcionar tiempo libre a las personas cuidadoras y con apoyo psicosocial y encuentros de cuidadores (actividades lúdicas y de relación social para fomentar actividades ajenas al cuidado).

1.2.4. Mantener el Programa de **Ayuda a Domicilio**.

1.2.5. Mantener el Programa de **Acompañamiento** conveniado con Cruz Roja



Tema principal	Objetivo Especifico
1.3. Inmigración y convivencia intercultural	<i>Atender el desarrollo de los derechos sociales de las personas inmigrantes, evitando procesos de exclusión social mediante políticas de inclusión y participación comunitaria que actúen sobre la discriminación legal, laboral, cultural y social</i>

#### PROGRAMAS DE ACTUACIONES

1.3.1. Mantener el **Centro Municipal de Acogida a la Inmigración – Norabide** como impulsor de las acciones municipales en materia de inmigración y convivencia intercultural.  
Dentro de la actividad de Norabide, mantener la programación de *Talleres para la Salud y Bienestar de personas inmigrantes extranjeras*.

Tema principal	Objetivo Especifico
1.4. Ciudadanía participativa	<i>Fortalecer y mejorar los instrumentos de participación social, especialmente los relacionados con la promoción de la salud, incrementando el protagonismo de la ciudadanía en la promoción de la salud y en el desarrollo de los cuidados.</i>

#### PROGRAMAS DE ACTUACIONES

1.4.1. Seguir impulsando y gestionando dos consejos sectoriales de participación ciudadana: el **de Personas Mayores y el Sectorial de Servicios Sociales**, que se organiza en diversas comisiones de trabajo: Infancia y Familia, Inclusión Social, Inmigración y Atención Primaria en Servicios Sociales.

1.4.2. Mantener en los Centros Socio-Culturales de Mayores el modelo de participación **de las personas mayores**, a través de las comisiones de actividades, en el diseño y gestión del Programa de animación sociocultural mensual.

1.4.3. Mantener el Convenio **Vicente Abreu** para la gestión de locales de las asociaciones del ámbito socio-sanitario

1.4.4. Mantener la **Convocatoria de subvenciones** anual para el desarrollo de proyectos sociales

1.4.5. Seguir impulsando el **Consejo Sectorial de Salud y Consumo** como órgano de participación ciudadana en materia de salud

1.4.6. Promover y desarrollar el conocimiento y las herramientas intersectoriales necesarias para avanzar en el enfoque de **Equidad en Salud en los Entornos Sociales de Apoyo y Cuidado**





Tema principal	Objetivo Específico
1.5. Salud y servicios sociales	<i>Mejorar la complementariedad de los sistemas sociales y sanitarios con el fin de optimizar los resultados en la mejora de la salud y de las políticas de prevención y prestación de servicios</i>
<b>PROGRAMAS DE ACTUACIONES</b>	
1.5.1. Desarrollar un <b>protocolo de colaboración y coordinación de atención primaria, entre los Servicios Sociales Municipales y las unidades de atención primaria de Osakidetza – Comarca Araba</b> , tomando como referencia el protocolo establecido en Enero de 2010 en el barrio de Lakua-Arriaga.	
1.5.2. Desarrollar, en el marco interinstitucional existente para tal efecto, el " <b>protocolo de coordinación sociosanitaria en el Área de Salud Mental en Araba</b> " y los diversos procedimientos que se desprendan del mismo (atención a personas menores de edad, personas mayores y personas adultas con enfermedad mental).	
1.5.3. Continuar trabajando en la <b>comisión socio-sanitaria</b> , formada por Osakidetza y Servicios Sociales Municipales y Forales y en los diversos grupos de trabajo que dependen de la misma.	
1.5.4. Continuar con el Convenio de Colaboración entre el Departamento de Asuntos Sociales y de las Personas Mayores del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Álava para el desarrollo del programa para la mejora del uso de la medicación en personas atendidas por el servicio de ayuda domiciliaria municipal mientras continúe en vigor el Convenio marco entre el Departamento de Salud del Gobierno Vasco y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos del País Vasco.	



## 4.2 Vida Saludable y Literacia en Salud

Tema principal	Objetivo Específico
2.1. Prevención de enfermedades transmisibles.	de no <i>Reforzar las estrategias de promoción de la salud y preventivas de la aparición de las enfermedades crónicas.</i>
<b>PROGRAMAS DE ACTUACIONES</b>	
<b>2.1.1. Charlas, café-tertulia y seminarios de educación para la salud:</b> Seguir aumentando y mejorando la información es un aspecto importante de la Educación para la Salud que tiene como objetivo que la población se responsabilice de su salud. Los seminarios y las charlas son un vehículo para aclarar y transmitir una serie de conceptos y conocimientos sobre factores de riesgo, prevención, patologías crónicas, utilización de servicios, medicamentos... Van dirigidas a personas mayores, población general y jóvenes.	
<b>2.1.2. Establecer alianzas tanto con la Subdirección de Salud Pública como con los Servicios sanitarios asistenciales</b> para una eficaz y eficiente coordinación de la promoción de la salud.	

Tema principal	Objetivo Específico
2.2. Ciudad sin tabaco.	<i>Mantener y adaptar a la situación actual los programas dirigidos a la prevención y abandono de consumo de tabaco.</i>
<b>PROGRAMAS DE ACTUACIONES</b>	
<b>2.2.1</b> Elaboración de un <b>plan de actuación sobre las adicciones en Vitoria-Gasteiz</b> de acuerdo a las líneas establecidas en el VI Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Dicho Plan contemplará actuaciones relacionadas con el consumo de tabaco.	
<b>2.2.2.</b> Mantener la colaboración con la AECC para el desarrollo de proyectos de <b>deshabitación tabáquica.</b>	



Tema principal	Objetivo Específico
2.3. Alcohol, drogas y juego patológico.	<i>Revisar y adaptar a la situación actual los programas destinados a prevenir y reducir el consumo de alcohol, juego patológico y drogas, especialmente, entre los colectivos entre los cuales las conductas de inicio y de dificultades abandono de hábitos son más frecuentes.</i>
<b>PROGRAMAS DE ACTUACIONES</b>	
<p>2.3.1. Se va a elaborar un <b>plan de actuación sobre las adicciones en Vitoria-Gasteiz</b> de acuerdo a las líneas establecidas en el VI Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Dicho Plan contemplará actuaciones relacionadas con el consumo de alcohol, tabaco, drogas ilegales y juego patológico.</p> <p>El plan de actuación sobre adicciones de Vitoria-Gasteiz incorporará las <b>estrategias directas del VI Plan y las estrategias transversales</b> incluida la reducción de riesgos, que sean competencia municipal. La reducción de riesgos incluirá acciones en lonjas y en ambientes de ocio y festivo</p>	
<p>2.3.2. Continuar con el desarrollo de los <b>programas</b> que gestiona la Comisión Ciudadana Antisida de Álava, <b>en los que se atiende a personas con problemática de drogodependencias:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Centro de día “Estrada”:</b> acogida y atención a personas en grave situación de exclusión social y con problemáticas de policonsumos. Centro de minimización de daños</li><li>- <b>Centro de noche “Aterpe”:</b> centro de acogida nocturna para personas en grave situación de exclusión social y residencial y con problemáticas de policonsumos. Centro de mínima exigencia.</li></ul>	
<p>2.3.3. Mantener los convenios de colaboración con entidades del tercer sector orientados a la <b>prevención e intervención en drogodependencias:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Convenio de Asistencia e Inserción Social para el desarrollo de programas y actuaciones encaminadas a la integración de personas exdrogadictas</b>, es un modelo de rehabilitación e integración social plena donde la clave del proceso consiste en el enfoque de trabajo desde un marco terapéutico-educativo.</li></ul> <p>Como objetivos tiene: Promover acciones que favorezcan la integración de personas exdrogadictas y/o sus familias y mantener el Centro de Acogida como puerta de entrada a los diferentes itinerarios de inserción como son la Comunidad Terapéutica de Reinserción, el Programa Aukera e itinerarios mixtos. (Convenio de colaboración entre el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, el Departamento de Política Social y Servicios Sociales de la Diputación Foral de Álava y la Fundación JEIKI).*</p> <p>* Este convenio se mantendrá en tanto en cuanto no se concrete el posible traspaso de competencias al IFBS</p> <p>-<b>Convenio programas de prevención dirigida a adolescentes, jóvenes y familias (Programa Hazgarri Fundación Jeiki )</b></p>	
<p>2.3.4. Mantener el convenio con ASAJER para el desarrollo de <b>programas y servicios de información, prevención y orientación a la ludopatía.</b></p>	



Tema principal	Objetivo Específico
2.4. Vida activa.	<i>Reforzar líneas de trabajo dentro de los programas de actividad físico-deportiva que tengan en cuenta los colectivos especialmente sedentarios.</i>

### PROGRAMAS DE ACTUACIONES

2.4.1. **Programa de prevención de caídas para personas mayores:** Intervención multifactorial que combina varias estrategias preventivas de las caídas dentro de un programa coordinado. La variada gama de procedimientos, estrategias y formatos para la modificación de los factores de riesgo comprende: evaluación multidimensional de riesgos, ciclos de charlas informativas y formativas, talleres de ejercicios para mejorar la marcha, el equilibrio y la fuerza, educación cognitivo-conductual y orientaciones en las propias viviendas. Se cuenta también con una guía de prevención de caídas "Llevas mucho andando... ¡No te caigas ahora!" que se utiliza como material en todas las actividades del programa.

2.4.2. **Programa de promoción de hábitos saludables para personas mayores:** es un plan de intervención orientado a que las personas mayores incrementen sus conocimientos y mejoren su actitud y comportamientos en el área de la salud física y emocional. Incluye actividades informativas y formativas sobre hábitos de vida saludables (nutrición, autocuidado, relajación...), asuntos de seguridad (evitar robos, evitar atropellos, prevención de accidentes en el hogar...) con la colaboración de la Policía Municipal, ciclos de charlas sobre prevención de caídas, actividades en torno a la salud emocional (habilidades sociales, risoterapia, emociones...) y grupos estables de mayores.

2.4.3. Continuar con el **Programa de parques de salud para mayores**, que son espacios de encuentro equipados con diferentes aparatos adaptados a las personas mayores para el desarrollo de ejercicios para las extremidades superiores, inferiores y tronco. El uso de los parques puede hacerse de manera libre o acompañada y orientada por profesionales, a través de talleres y sesiones prácticas. Los parques de salud se ubican en zonas cercanas a los CSCM o en espacios interiores de los centros.

2.4.4. Dentro de la programación permanente seguir con los **Cursos de salud y autocuidado**. Estos cursos se fundamentan en el cuidado personal de aspectos físicos y psicológicos. Algunos contenidos son: Cuida tu espalda, Trabajo corporal creativo, Educación postural, Aeróbic, para mayores, Biodanza, Chi kung y otros.

2.4.5. Continuar con el funcionamiento de la **Mesa de Actividad física** como foro de coordinación interdepartamental

2.4.6. Mantener la oferta del **Centro de Actividad Física Adaptada (CAFA)**. Es el centro de referencia en la adaptación de la oferta deportiva municipal a situaciones de desigualdad, cuyo objetivo es ofertar actividad deportiva específica que permita dar respuesta a situaciones de no equidad y de esta manera crear oportunidades de práctica de actividad física entre la ciudadanía, como medio para mejorar y mantener una calidad de vida e impulsar la adherencia a la práctica de actividad deportiva.

2.4.7. Puesta en marcha del Programa piloto de prescripción de Actividad Física, definido para colectivos específicos, en cuanto a sus condiciones físicas y/o fisiológicas, que tiene por objetivo prescribir, informar y guiar en la práctica de actividad física, adecuada a las capacidades físicas de cada persona, a través de técnicos cualificados para ésta labor. El fin de este programa es el iniciarse en la práctica físico-deportiva para fomentar hábitos de vida saludables como medio de mejora de la condición física y de la salud.

2.4.8. Mantener la oferta del **Programa de mantenimiento físico** que está dirigido a la población general y que pretende de un modo dirigido y practicado en diferentes medios (cancha, gimnasio, piscina, etc.), promover una actividad física para toda la ciudadanía, de forma moderada y frecuente con el objetivo de mantener un nivel básico de condición física.

2.4.9. Continuar con el **Programa de Ayudas a Asociaciones para personas con discapacidades** para el desarrollo de sus actividades deportivas específicas de promoción y práctica de la actividad física. Con el objetivo doble de fomentar el ocio deportivo participativo y de que el deporte sea un medio para la integración social.

2.4.10. Continuar con el **Programa de iniciación deportiva, que se desagrega en Iniciación pre-deportiva (0-7 años), Iniciación deportiva en edad escolar (8 a 16 años), e Iniciación deportiva en edad no escolar (a partir de 16 años).**

2.4.11. Prorrogar el **Programa de deporte utilitario**, de cara que las personas usuarias las habilidades básicas del medio acuático (flotación, respiración y propulsión) que garanticen una supervivencia en el medio acuático.



Tema principal	Objetivo Específico
2.4. Vida activa.	<i>Reforzar líneas de trabajo dentro de los programas de actividad físico-deportiva que tengan en cuenta los colectivos especialmente sedentarios.</i>
<b>PROGRAMAS DE ACTUACIONES</b>	
2.4.12. Continuar con la organización de los <b>encuentros intercentros de actividades multideportivas</b> – denominadas TOPAKETAK- de la campaña Educar CON y EN el Deporte- los fines de semana. Actividad destinada a grupos de niños/as de 1º a 4º de educación Primaria de los centros escolares de Vitoria-Gasteiz.	
2.4.13. Seguir con la <b>Campaña de Actividades Náuticas</b> , destinada a toda la población promociona los deportes náuticos (vela, esquí acuático, wakeboard, windsurf y piragüismo). Se ofertan cursos de iniciación semanales durante la temporada de verano.	
2.4.14. Continuar con la <b>Campaña Rumbo al deporte</b> destinada a promover la práctica deportiva entre la población joven (de 12 a 30 años), ofreciendo diferentes combinaciones de actividades durante los fines de semana. Se ofertan 2 programas de actividades diferentes durante el año (primavera-verano y otoño-invierno).	
2.4.15. Seguir adelante con la <b>Campaña paseos en la naturaleza para mayores</b> , dirigida mayores de 55 años, que les acerca a la montaña y al entorno natural más cercano con salidas accesibles y paseos adecuados a la característica del grupo de edad al que va dirigido.	
2.4.16 En el marco del plan director de la movilidad ciclista <b>formar a escolares en circulación segura</b> en bicicleta con el objetivo de capacitarles para que puedan resolver sus necesidades de movilidad obligada en bicicleta circulado de manera segura y autónoma y utilizando un modo de transporte activo.	
2.4.17 Fomentar en el marco del plan de movilidad sostenible y espacio público, <b>la movilidad activa</b> (caminar, bicicleta, etc.) Como modo de transporte para resolver las necesidades de movilidad urbana cotidianas.	

Tema principal	Objetivo Específico
2.5. Dieta y alimentación saludable.	<i>Mantener y adaptar a la situación actual los programas destinados a la mejora de la dieta y alimentación saludable dirigidos a aquellos colectivos con mayores índices de sobrepeso u obesidad.</i>
<b>PROGRAMAS DE ACTUACIONES</b>	
2.5.1. Continuar con el programa <b>Desayuna Bien que va a dirigido a evitar</b> uno de los errores nutricionales más habituales entre nuestros chicos y chicas como es la escasez o ausencia del desayuno. Su trascendencia, tanto para su desarrollo físico como para el rendimiento escolar durante la mañana, es algo que constatamos en el día a día. Esta actividad, se integra en los programas que se ofertan a la comunidad escolar a través de la publicación <b>Vitoria-Gasteiz Ciudad Educadora</b> . Va dirigido a los escolares de 9 a 12 años.	
2.5.2. Mantener los programas de promoción de hábitos de alimentación saludables como el programa <b>Aliméntate Bien</b> dirigido a los escolares de 12 a 14 años. Los cambios físicos, psíquicos y relacionales en estas edades influyen en la percepción del cuerpo y de la imagen de la persona adolescente. Este hecho está íntimamente relacionado con la alimentación y, por tanto, con la salud.	
2.5.3. Mantener <b>la alianza</b> con la facultad de Farmacia de la Universidad del País Vasco para el desarrollo de actuaciones que promueven una alimentación saludable	
2.5.4. Mantener los programas relativos a la <b>Seguridad Alimentaria</b> en productos y Servicios.	



Tema principal	Objetivo Específico
2.6. Violencia familiar y de género	<i>Prevenir, reducir y combatir la violencia familiar y de género.</i>

#### PROGRAMAS DE ACTUACIONES

2.6.1. Continuar la **intervención con mujeres víctimas de violencia de género**, ofreciéndoles apoyo y orientación y **gestionando los recursos específicos** que a nivel municipal existen.

\* El mantenimiento de los recursos específicos está sujeto a la aprobación del decreto de cartera y posible traspaso de competencias al IFBS.

2.6.2. Mantener el “**II Protocolo Municipal de Intervención, Derivación y Seguimiento a Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica y de Género en Vitoria-Gasteiz**”.

2.6.3. Avanzar en la **Formación** a los profesionales que intervienen en los Servicios Sociales Municipales.

2.6.4. Desarrollar y poner en marcha el proceso de prevención, detección e intervención en la casuística de **maltrato a las personas mayores**.

2.6.5. Mantener programación comunitaria dirigida a la prevención de la **violencia en el ámbito familiar** (violencia filio-parental y otros).

Tema principal	Objetivo Específico
2.7. Entornos saludables.	<i>Favorecer programas de hábitos saludables y de promoción de la salud en los entornos sociales cotidianos.</i>

#### PROGRAMAS DE ACTUACIONES

2.7.1. Continuar con los **Programas de Educación para la salud dirigidos a la Comunidad Escolar**: El medio escolar es el más idóneo para promover hábitos saludables desde edades tempranas. Por ello se implementarán actuaciones destinadas a promover una higiene personal, postural y del sueño entre los escolares y hábitos de movilidad activa para resolver sus desplazamientos cotidianos, así mismo se promoverá la prevención de las adicciones y el buen uso de las nuevas tecnologías. Para ello el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz realizará una oferta a los centros escolares al inicio del curso.

2.7.2. Continuar con el Programa de **Desfibriladores** en Espacios Municipales para evitar muertes por patología cardíaca.

2.7.3. Realización de Ejercicios de **Evaluación de Impacto en Salud** de Planes, Proyectos o actividades municipales con el fin de proponer medidas para incrementar sus potenciales beneficios para la salud de la ciudadanía y minimizar sus riesgos.

2.7.4. Promover y desarrollar el conocimiento y las herramientas intersectoriales necesarias para avanzar en el enfoque de **Equidad en Salud en la literacia y en la promoción de estilos de vida saludable**.

2.7.5. Programas continuados de **desinfección, desinsectación y desratización** a través del parque del DDD.

2.7.6. Garantizar la **higiene personal y la salubridad pública** mediante los Servicios Municipales.

2.7.7. Garantizar la **salubridad de viviendas y locales** mediante inspecciones y ejecuciones subsidiarias.



Tema principal	Objetivo Específico
2.8. Bienestar y felicidad.	<i>Diseñar estrategias y propuestas para que los programas sociales tengan en cuenta las necesidades psicosociales, además de las materiales.</i>

#### PROGRAMAS DE ACTUACIONES

2.8.1. Continuar la labor de la **red de Servicios Sociales de Base**: unidades de proximidad, polivalentes y multidisciplinares, que actúan como primer punto de acceso de la población al Sistema Vasco de Servicios Sociales. Los Servicios Sociales de Base cumplen una función principal de información, valoración, diagnóstico y orientación. **Atendiendo a las necesidades psicosociales particulares de cada persona o familia, se lleva a cabo un Plan de Atención Individualizado**, en base al cuál se aplican los programas y recursos oportunos o se deriva la demanda hacia otras instituciones competentes. Asimismo, otra función de los Servicios Sociales de Base es detectar la demanda social de la zona, canalizándola con propuestas de intervención.

Tema principal	Objetivo Específico
2.9. Hábitos sexuales.	<i>Mantener y mejorar los canales de comunicación con el fin de que los hábitos sean saludables.</i>

#### PROGRAMAS DE ACTUACIONES

2.9.1. Seguir adelante con la labor de la **Asexoría**, que permite a las personas jóvenes acceder a una información y un asesoramiento claro y adecuado sobre la vivencia en positivo de su sexualidad que evite problemas asociados a posibles prácticas de riesgo

Incluye los siguientes servicios:

- 1.- Atención y asesoramiento telefónico, personal y on-line a las personas jóvenes sobre cuestiones referentes a la vivencia de su sexualidad.
- 2.- Charlas sobre sexualidad para jóvenes y para padres y madres.
- 3.- Servicio de asesoramiento para profesionales que trabajan con jóvenes.

2.9.2. Continuar con la **Psicoasesoría para jóvenes**, apoyo psicológico a las personas jóvenes, facilita a las personas jóvenes, profesionales que les orienten en sus dudas y conflictos desde una perspectiva de apoyo en la construcción de su personalidad y, por tanto, preventiva. En ningún caso se trata de un servicio que ofrezca terapia. En definitiva, acompañar a las personas jóvenes en la construcción saludable de su personalidad.

Servicios que incluye:

- 1.- Atención y asesoramiento telefónico, personal y on-line a las personas jóvenes.
- 2.- Charlas de sensibilización sobre la importancia de la salud psicológica para jóvenes y para padres y madres.
- 3.- Servicio de asesoramiento para profesionales que trabajan con jóvenes.

2.9.3 Mantener el Convenio para el desarrollo de tareas de prevención del VIH/SIDA ( Convenio con la Comisión Antisida de Alava ) el "**Programa de promoción de la salud y prevención del VIH/SIDA y otras ITS**" es un conjunto de proyectos que engloba diferentes acciones y estrategias en el ámbito comunitario, encaminadas a la prevención del vih y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), entre la población general y especialmente en segmentos de la población con mayores dificultades de acceso a la información. Se ofrece consejo y atención personal, vía web, telefónica. Derivaciones a recursos sanitarios. Pruebas rápidas de VIH y sífilis."

2.9.4 Puesta en marcha de un **Programa de prevención de VIH/SIDA y otras ITS en hombres que mantienen relaciones con hombres** en colaboración con la Comisión Antisida de Alava



## 4.3 Entorno Físico Urbano

Tema principal	Objetivo Específico
3.1. Planificación urbana saludable	<i>Incorporar los criterios y consideraciones de salud en la planificación urbana.</i>
<b>PROGRAMAS DE ACTUACIONES</b>	
3.1.1. Mejorar la continuidad y compacidad urbana y el aumento de la edificabilidad para aprovechar mejor el suelo ya urbanizado por medio del <b>Plan de Equipamiento y Vivienda</b> que conserva los sistemas ecológicos sustentadores de la vida y de la biodiversidad.	
3.1.2. Propuesta de <b>equipamientos en Salburua y Zabalgana</b> para facilitar la realización de actividad física y espacios de relación social en los nuevos barrios ( frontones y campos de futbol, agora spaces, cubrición de juegos infantiles y huertos urbanos).	
3.1.3. Localizar posibles <b>zonas de actuación</b> relacionados con los determinantes de la Salud, con el fin de implementar una planificación urbana saludable	
3.1.4. Estudiar los barrios mediante el <b>Plan de Indicadores de Sostenibilidad Urbana</b> e inclusión de criterios derivados del mismo en el PGOU	
3.1.5. Incluir la <b>Salud Pública</b> en los grupos de trabajo del PGOU.	
3.1.6. Incorporar la visión del binomio <b>Salud-Sostenibilidad Urbana</b> en la revisión de la normativa urbanística municipal.	
3.1.7. Implantar <b>check-list específicos de valoración de Salud</b> en proyectos o planes relacionados con el urbanismo e implantar la realización de <b>EIS</b> en proyectos y planes urbanísticos.	
3.1.8. Formar parte del EKITALDE “ <b>Salud y desarrollo urbano sostenible</b> “ dentro de Udalsarea XXI.	
3.1.9. Crear un <b>grupo de trabajo en Planificación urbana saludable</b> , que promocióne el concepto y dinamice su implantación, desarrolle procesos guías y metodologías para su aplicación real y establezca relaciones con otros agentes sociales para fomentar el concepto de planificación urbana saludable.	
3.1.10. Promover y desarrollar el conocimiento y las herramientas intersectoriales necesarias para avanzar en el enfoque de <b>Equidad en Salud en el Entorno Físico Urbano</b>	





Tema principal	Objetivo Específico
3.2. Vivienda y regeneración urbana.	<i>Desarrollar procesos de regeneración urbana con criterios sociales.</i>
<b>PROGRAMAS DE ACTUACIONES</b>	
3.2.1. Aplicación de las Normas de ayudas económicas para impulsar actuaciones de <b>rehabilitación de viviendas y edificios residenciales</b> en el Casco Viejo y en el resto de la ciudad.	
3.2.2. Incorporar en el PGOU la definición de las determinaciones de la ordenación estructural y delimitación de las áreas de suelo urbano que deban ser revitalizadas mediante <b>planes especiales de rehabilitación y mejora urbana</b> (PERI, PERU, PEOU...)	
3.2.3. Seguir trabajando en base a la Ordenanza Municipal relativa a la mejora de la <b>accesibilidad en edificios</b> aprobada en Septiembre de 2009.	
3.2.4. Revisar los <b>parámetros del número de viviendas</b> para posibilitar la adecuación del tamaño de las mismas a las necesidades reales.	
3.2.5. Estudiar la posibilidad de <b>promover la salud en edificios</b> a través de materiales informativos destinados a promover hábitos saludables. Ejemplos; ¡Sube las escaleras!, ¡Airea la vivienda!.....	
3.2.6. Valorar la importancia del “ <b>Fenómeno Lonjas vacías</b> ” según los determinantes de la salud.	

Tema principal	Objetivo Específico
3.3. Transporte saludable.	<i>Alcanzar un modelo que priorice la movilidad no motorizada y el transporte público a través de la plena implantación del Plan de Movilidad Sostenible y Espacio Público.</i>
<b>PROGRAMAS DE ACTUACIONES</b>	
3.3.1. Ejecutar el proyecto de la <b>Estación de Autobuses</b> de Vitoria-Gasteiz.	
3.3.2. Incorporar en las determinaciones para infraestructuras viarias y sistemas de espacios libres en el PGOU las que sean necesarias para “ <i>Definir una nueva configuración de las redes de movilidad que suponga un <b>menor consumo de recursos y energía.</b></i> ” (Objetivo del Plan de Movilidad y Espacio Público)	
3.3.3. Finalizar la implantación del nuevo <b>Plan de Accesibilidad</b> .	
3.3.4. Seguir con la implantación de las <b>supermanzanas</b> .	
3.3.5. Seguir ejecutando diversos <b>carriles bici</b> como parte de la implantación del Plan Director de Movilidad Ciclista mejorando las condiciones de cilabilidad a través de actuaciones de <b>calmado de tráfico en los interiores de supermanzana</b> .	
3.3.6. Seguir trabajando en la implantación de <b>sistemas de transporte público de alta capacidad</b> : Tranvía- Bus, Rapid Transit (BRT) ), Tren-Tram.	
3.3.7. Mejorar la conexión peatonal entre los distintos barrios a través de la creación de <b>sendas urbanas</b>	
3.3.8. Realizar intervenciones en espacio público para dar continuidad al <b>Anillo Verde</b> y su conexión con las zonas s verdes urbanas	
3.3.9. Facilitar la continuidad del <b>itinerario del Ferrocarril Vasco Navarro</b> a su paso por la ciudad y promover su uso y conocimiento.	



Tema principal	Objetivo Específico
3.3. Transporte saludable.	<i>Alcanzar un modelo que priorice la movilidad no motorizada y el transporte público a través de la plena implantación del Plan de Movilidad Sostenible y Espacio Público.</i>
<b>PROGRAMAS DE ACTUACIONES</b>	
3.3.10. Continuar con el <b>Plan de vías verdes de Vitoria-Gasteiz</b> con el fin de conectar espacios verdes entre el entorno urbano y el entorno natural.	
3.3.11. Finalizar la elaboración y desarrollar el <b>Plan Director de Movilidad Peatonal</b> .	
3.3.12. Promover la Implantación de medidas específicas para <b>reducir posibles impactos negativos en salud e incrementar la seguridad vial</b> en las calles que van a absorber el vehículo privado en la estructuración del tráfico por supermanzanas y en las calles con altos niveles de tráfico.	
3.3.13. Seguir desarrollando el <b>Plan Director de Movilidad Ciclista</b> .	
3.3.14. Integrar la <b>Salud</b> en el desarrollo del Plan de M.S y E.P.	
3.3.15. Continuar con la labor de fomento de los <b>Planes de Movilidad a Empresas y Actividades</b> .	
3.3.16. Sensibilizar a la población del <b>impacto</b> positivo para la salud de la movilidad activa (caminar, bicicleta, subir y bajar escaleras, etc.) Y de impacto negativo de la movilidad motorizada (ruido, emisión de gases contaminantes, sedentarismo, etc).	
3.3.17. Poner en marcha iniciativas para <b>promover la actividad física y la movilidad saludable</b> en colaboración con Osakidetza y/o con el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.	
3.3.18 En el marco del plan de movilidad sostenible realizar <b>planes de movilidad sostenible para los centros escolares y de trabajo, así como para centros con gran afluencia de personas</b> como los estadios deportivos Promover proyectos de <b>“camino escolar seguro al colegio”</b> , iniciativas autogestionadas por la comunidad educativa de cada centro escolar y apoyadas por la administración pública cuyo objetivo es promover y facilitar que los niños y niñas vayan a la escuela a pie y/o en bici por una ruta segura de manera autónoma, es decir, sin ir acompañados de adultos. . Estos proyectos que pueden apoyarse en la creación de pedibuses y bicibuses, entornos escolares libres de coches, participación de vecinos y negocios del barrio, etc.	



Tema principal	Objetivo Específico
3.4. Cambio climático y emergencias de salud pública.	<i>Incentivar medidas de ahorro energético en la ciudad y en la vivienda.</i>

#### PROGRAMAS DE ACTUACIONES

- 3.4.1. Aplicar la ordenanza que promueve reformas de la envolvente con criterios de **mejora de su comportamiento energético**.
- 3.4.2. Promover la **rehabilitación integral**, incluida la rehabilitación energética, de las edificaciones y mejora de la calidad urbana de los barrios.
- 3.4.3. Continuar desarrollando el **Proyecto Polis**, cuyo objetivo es integrar la energía solar y las instalaciones solares en las ordenanzas de planeamiento para la edificación en el PGOU.
- 3.4.4. Incorporar **criterios de sostenibilidad** para los proyectos de edificación y urbanización en la normativa del PGOU en coordinación con los planes y estudios relacionados elaborados por otros departamentos.
- 3.4.5. Promover desarrollos de **Energías Renovables en espacio público**.
- 3.4.6. Aprobación del **Plan Estratégico de Alumbrado Sostenible** que recoge criterios de eficiencia energética y disminución de contaminación lumínica
- 3.4.7. Elaborar el **Plan de Acción del Plan de Adaptación de Vitoria-Gasteiz al cambio climático**.
- 3.4.8. Estimar el **impacto en la salud del Cambio climático**.
- 3.4.9. Incorporar la **movilidad eléctrica**.
- 3.4.10. Promover la difusión ante la ciudadanía de las oportunidades de **eficiencia energética** que brinda el sol.

Tema principal	Objetivo Específico
3.5. Seguridad y ausencia de violencia.	<i>Asegurar que la planificación y el diseño de la ciudad y sus barrios permitan la interacción social e incrementen la sensación de seguridad y ausencia de violencia para facilitar la movilidad de todas las personas, especialmente de los colectivos de jóvenes y mayores.</i>

#### PROGRAMAS DE ACTUACIONES

- 3.5.1. Considerar la **perspectiva de género** en las propuestas urbanas de la revisión del PGOU, incluyendo las regulaciones normativas que contribuyan a la equidad de género
- 3.5.2. Reordenar el viario (itinerarios peatonales, etc.) en el PGOU para mejorar las **conexiones entre barrios**.



Tema principal	Objetivo Especifico
3.6. Exposición al ruido y la contaminación.	<i>Promover y adoptar prácticas que protegen a las personas, especialmente a los colectivos más sensibles (niños, ancianos y personas con problemas respiratorios) así como a animales y plantas.</i>
<b>PROGRAMAS DE ACTUACIONES</b>	
3.6.1. Incorporar las variables de calidad del aire y contaminación acústica, ruidos y vibraciones, radiaciones electromagnéticas en las <b>determinaciones de ordenación de usos</b> (globales y compatibles) en el PGOU.	
3.6.2. Actualizar en materia urbanística la <b>ordenanza de antenas, emisoras y receptoras</b> .	
3.6.3. Implantar el <b>Plan de Movilidad Urbana Sostenible</b> en relación al ruido, las emisiones a la atmósfera y el consumo energético.	
3.6.4. Redactar el <b>Plan Director del Arbolado Urbano</b> . (Sistema arbóreo como sumidero de CO <sub>2</sub> ).	
3.6.5. Sustituir paulatinamente los tratamientos químicos por <b>tratamientos con jabón</b> y por la lucha integrada en el <b>tratamiento fitosanitario</b> del arbolado urbano viario.	
3.6.6. Realización de <b>plantaciones de arbolado</b> para mejorar y ampliar el sistema arbóreo de la ciudad lo que implica unas mejoras ambientales y ecológicas.	
3.6.7. Colaborar con tratamiento DDD a la <b>salubridad de solares vacíos</b> .	
3.6.8. Redactar el Plan de Acción para las zonas de la ciudad en las que se incumplen los objetivos de <b>calidad acústica</b> , de acuerdo a las mediciones del Mapa de Ruido 2012	
3.6.9. Organizar Jornadas sobre <b>difusión de la Ordenanza de ruidos</b> orientadas especialmente a colectivos de técnicos (Ingenieros, Arquitectos, Ingenieros técnicos...)	
3.6.10. Elaborar un nuevo <b>Plan de Mejora de la Calidad del Aire</b> (Ambiente e Interiores) en Vitoria-Gasteiz.	
3.6.11. Control de la <b>calidad del aislamiento acústico</b> de las actividades en los locales a fin de evitar el ruido en las viviendas colindantes.	
3.6.12. Estudiar la posibilidad de crear <b>mapa de contaminación</b> de Vitoria-Gasteiz con varias capas.	
3.6.13. Realizar y/o ordenar actuaciones de <b>limpieza y salubridad periódicas de solares vacíos</b> .	
3.6.14. Implantar políticas y programas de <b>integración del coche eléctrico</b> en la movilidad de Vitoria-Gasteiz.	
3.6.15. Consolidar y ampliar <b>red integrada de tele-medición y alerta</b> de diferentes variables contaminantes. Se consolidará y ampliará la red de control de ruido, radiaciones electromagnéticas, contaminantes atmosféricos (gases y partículas)...con el fin de disponer de información de la situación en la ciudad y proteger a los grupos más vulnerables. Se trabajará en garantizar el cumplimiento de los niveles de exposición fijados de acuerdo a la legalidad y a las competencias municipales	



Tema principal	Objetivo Específico
3.7. Diseño urbano saludable.	<i>Fomentar la ciudad policéntrica y con mezcla de usos. Favorecer el diseño y planificación urbana pensando en las personas y en los usos que favorezcan el contacto social y el encuentro intergeneracional.</i>
<b>PROGRAMAS DE ACTUACIONES</b>	
3.7.1. Concreción a través del PGOU, de la <b>ordenación estructural</b> compacta con el objetivo de alcanzar la compacidad urbana, la complejidad de usos y la cohesión social, a través de la delimitación de las áreas urbanas a rehabilitar y áreas urbanas a redensificar mediante planes especiales, determinando los mecanismos de gestión y económicos para ello.	
3.7.2. Analizar las instalaciones y espacios donde se desarrollan <b>actividades físicas y relaciones sociales</b> , para redistribuir y complementar recursos y llegar a toda la población.	
3.7.3. Implantación del <b>Plan de Movilidad Urbana Sostenible</b> .reformando el espacio público promoviendo el calmado de tráfico y la creación de zonas peatonales y zonas de estancia...	
3.7.4. Aplicar <b>check-list específicos de salud</b> en los proyectos de reforma urbana.	
3.7.5. Plantear medidas para <b>mejorar el confort urbano</b> de los espacios públicos para incentivar su uso. (ejemplos: Estudio de las condiciones climáticas de cada calle y espacio...)	
3.7.6. Mobiliario urbano adaptado a la <b>equidad</b> .	
3.7.7. Estudiar como <b>red integrada</b> los espacios libres y las infraestructuras verdes e incrementar la <b>biodiversidad urbana</b> .	
3.7.8 Trabajar progresivamente en <b>adaptar los edificios municipales y el mobiliario interior</b> . Para ello se tendrá en cuenta las aportaciones de ARENE y otras asociaciones de personas con movilidad reducida	



## 5 II PLAN DE SALUD DE LA CIUDAD DE VITORIA GASTEIZ: SISTEMA DE SEGUIMIENTO

Hay dos tipos de indicadores, los denominados de *seguimiento* y los de *resultado*.

Los primeros, determinan el grado de implantación del Plan y los segundos el impacto del Plan en su ámbito de actuación, que en este caso es la salud, entendida ésta de manera amplia, no como ausencia de enfermedad sino como calidad de vida de la ciudadanía.

### 5.1 Los indicadores de seguimiento

Para cada una de las acciones se determina su grado de implantación y para ello se establecen cinco posibles estados:

- Sin iniciarse y sin previsión de comienzo.
- Sin iniciarse pero con previsión de comienzo.
- Iniciada.
- Avanzada.
- Finalizada.

En casos muy concretos, y siempre huyendo de hacer uso de esta posibilidad, se podría determinar que una acción se encuentra en "*otra situación*". La cual debería ser explicada.

Después de conocer el resultado para todas y cada una de las acciones que forman el plan, estamos en disposición de calcular los indicadores de seguimiento, que serán los siguientes:

**1. Porcentaje de acciones que se encuentran en los diferentes grados de avance del Conjunto del Plan**

**2. Porcentaje de acciones que se encuentran en los diferentes grados de avance agrupadas por objetivo general y específico.**

Así, se dispondrá de la información objetiva necesaria para abordar la evaluación del grado de avance de implantación del Plan. Esta evaluación debería ser realizada anualmente de cara a que en base a los resultados se tomen las medidas oportunas para reconducir situaciones no satisfactorias y se potencien aquellas que transcurren debidamente.

Los resultados serán expresados en **porcentaje** y presentados visualmente de manera que puedan compararse los diferentes grados de desarrollo de cada uno de los departamentos responsables, u objetivo general y/o específico. Para lo que se considera óptimo las tablas que se adjuntan en la siguiente página.



**1. Porcentaje de acciones que se encuentran en los diferentes grados de avance del Conjunto del Plan**

GRADO DE AVANCE	PORCENTAJE
Sin iniciarse y sin previsión de comienzo	
Sin iniciarse pero con previsión de comienzo	
Iniciada	
Avanzada	
Finalizada	

**2. Porcentaje de acciones que se encuentran en los diferentes grados de avance agrupadas por objetivo general y específico.**

		Sin iniciarse y sin previsión de comienzo	Sin iniciarse pero con previsión de comienzo	Iniciada	Avanzada	Finalizada
Objetivo General 1	O.E.1					
	O.E.2					
	O.E.n					
Total Objetivo General 1						
Objetivo General 2	O.E.1					
	O.E.2					
	O.E.n					
Total Objetivo General 2						
Objetivo General n	...					
Objetivo General n	...					
Total Objetivo General n						

Gráficamente la representación del primer indicador (*Porcentaje de acciones que se encuentran en los diferentes grados de avance del Conjunto del Plan*) se llevara a cabo por medio de la denominada “tarta” que nos permite ver de un solo vistazo qué “grado de avance” es el más representativo y que a su vez interiorizamos como un global.

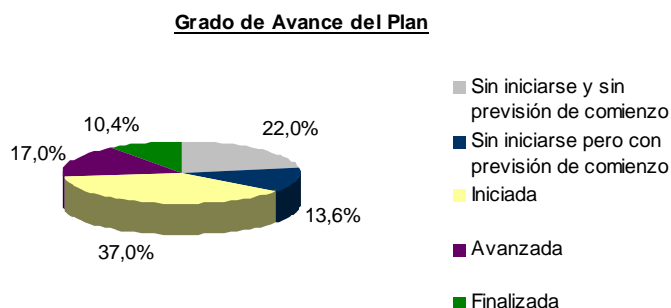
Para el segundo y último indicador, se llevarán a cabo cuatro representaciones gráficas, ambas de columnas apiladas, en la primera se representará una columna por objetivo general, apilando los diferentes “grados de avance” y las siguientes tres gráficas, representarán cada uno de los cada uno de los objetivos generales con una columna por cada objetivo específico, apilando de nuevo, los diferentes “grados de avance”. Si bien estas tres últimas gráficas podrían ser recogidas en una sola se considera oportuno dividirlo en tres para no saturar de información un solo gráfico.



A modo de ejemplo, para cada indicador y con datos inventados:

### 1. Porcentaje de acciones que se encuentran en los diferentes grados de avance del Conjunto del Plan

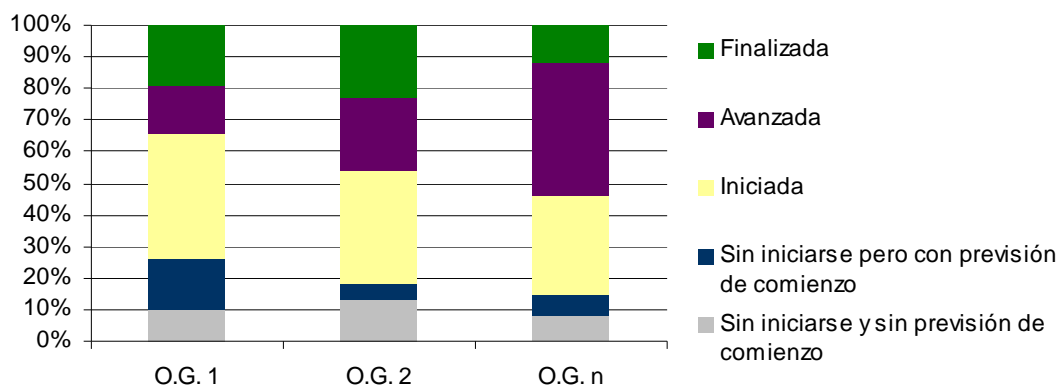
GRADO DE AVANCE DEL PLAN	
Sin iniciarse y sin previsión de comienzo	22,00%
Sin iniciarse pero con previsión de comienzo	13,60%
Iniciada	37,00%
Avanzada	17,00%
Finalizada	10,40%



### 2. Porcentaje de acciones que se encuentran en los diferentes grados de avance agrupadas por objetivo general y específico.

		Sin iniciarse y sin previsión de comienzo	Sin iniciarse pero con previsión de comienzo	Iniciada	Avanzada	Finalizada
Objetivo General 1	O.E.1	8%	15%	42%	13%	22%
	O.E.2	12%	17%	33%	9%	29%
		10%	12%	30%	17%	31%
	O.E.n	9%	20%	35%	8%	28%
Total Objetivo General 1		10%	16%	40%	15%	19%
Objetivo General 2	O.E.1	11%	6%	45%	12%	26%
	O.E.2	12%	2%	48%	19%	19%
		17%	4%	12%	27%	40%
	O.E.n	5%	9%	17%	25%	44%
Total Objetivo General 2		13%	5%	36%	23%	23%
Objetivo General n	...	0%	8%	25%	36%	31%
	...	8%	0%	37%	44%	11%
Total Objetivo General n		8%	7%	31%	42%	12%

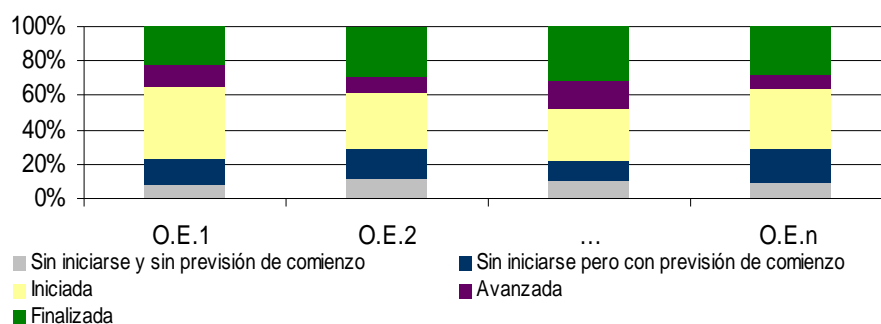
### Grado de Avance por Objetivo General



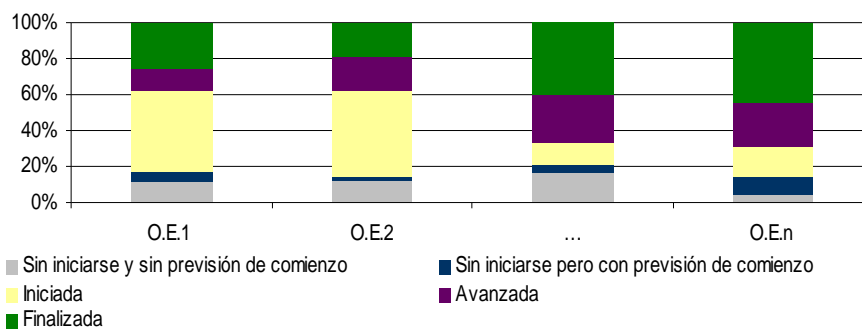




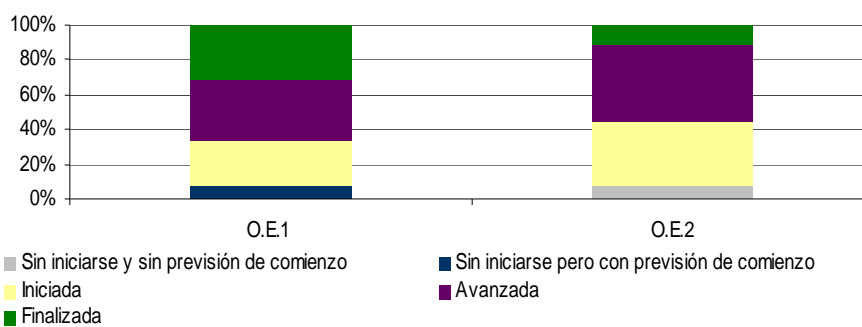
### Grado de Avance por Objetivo Específico del Objetivo General 1



### Grado de Avance por Objetivo Específico del Objetivo General 2



### Grado de Avance por Objetivo Específico del Objetivo General n





## 5.2 Los indicadores de resultado

Un indicador de resultado, independientemente del ámbito al que se circunscriba, tiene que ser fácilmente medible, comparable e interpretable y dar respuesta a una realidad concreta que cambia a lo largo de una variable geográfica y/o temporal.

Los indicadores que a continuación se presentan, han sido definidos y/o seleccionados teniendo además de las premisas generalistas ya indicadas las que a continuación se detallan que surgen de la experiencia en el primer Plan de Salud de Vitoria-Gasteiz.

- El sistema de indicadores del anterior Plan de Salud de Vitoria-Gasteiz era excesivamente exhaustivo. Luego se considera oportuno reducir el número de indicadores.
- La existencia de una fuente documental próxima y en este caso incluso perteneciente al propio ayuntamiento, va a facilitar que en un futuro se puedan obtener datos actualizados de la misma información y por tanto comparables en el tiempo, en definitiva va a facilitar que podamos disponer de una "serie histórica" que refleje la incidencia de las acciones en la calidad de vida de la ciudadanía a lo largo del tiempo.

A continuación se presentan los 26 indicadores del II Plan de Salud de Vitoria-Gasteiz.

### Objetivo General 1: ENTORNOS SOCIALES DE APOYO Y CUIDADO

INDICADORES	OBJETIVO, ACCION...
1. Número de participantes en los programas Lagunkide, Servicio de Intervención Socioeducativo (SISE), Educación de calle y/o Preservación Familiar.	1.1.1. - 1.1.2. - 1.1.3. y 1.1.4.
2. Número de personas atendidas por el Departamento de Asuntos Sociales y Personas Mayores.	1.2.
3. Número de participantes en las reuniones del Consejo Sectorial de Salud.	1.4.
4. Número de asociaciones acogidas al Convenio Vicente Abreu.	1.4.3.
5. Número de proyectos presentados a la Convocatoria de Subvenciones Anuales para el desarrollo de proyectos sociales.	1.4.4.
6. Número de personas usuarias de la programación de Norabide. Número de usuarios atendidos por A. Sociales atendiendo a la diversidad de origen.	1.3.



Objetivo General 2: VIDA SALUDABLE Y ALFABETIZACION EN SALUD

INDICADORES	OBJETIVO, ACCION...
7. Número de personas usuarias de los servicios de “asexoría” y “psicoasesoría”.	2.9.
8. Número de participantes en los Programas de: “Promoción de hábitos saludables”, “Cursos de Salud y autocuidado” y “Prevención de caídas”.	2.4.
9. Presupuesto destinado al Programa de Ayudas a Asociaciones para personas con discapacidad para la promoción y práctica de la actividad física, y su relación en porcentaje con el presupuesto destinado a población general para actividades similares”.	2.4.9.
10. Número de participantes en los Programas o Campañas: “Iniciación deportiva”, “Deporte utilitario”, “Topaketak”, Actividades náuticas”, “Rumbo al deporte” y “Paseos por la naturaleza para mayores”.	2.4.
11. Número de participantes en los Programas “Desayuna bien” y “Aliméntate bien” y otros programas de promoción de alimentación saludable.	2.5.
12. Personas atendidas por agresiones sexuales y maltrato doméstico: Víctimas de violencia familiar, Víctimas de agresiones sexuales, Familiares adultos de víctimas, Hombres agresores en el hogar, Menores hijos de víctimas.	2.6.
13. Número de espacios municipales dotados de equipo desfibrilador.	2.7.2.

Objetivo General 3: ENTORNO FÍSICO URBANO

INDICADORES	OBJETIVO, ACCION...
14. Modos de transporte.	3.3.
15. Número de viajeros de tranvía y autobús.	3.3.
16. Kilómetros lineales de carriles-bici y de carriles-bus.	3.3.
17. Superficie de áreas verdes en la ciudad.	3.3.8.
18. Distribución porcentual de la superficie municipal dedicada a infraestructuras de transporte.	3.3.
19. Densidad de población.	3.1.
20. Número de personas beneficias de ayudas para la rehabilitación de viviendas y locales comerciales.	3.2.1.
21. Edificios con certificación de eficiencia energética.	3.4.10.
22. Consumo eléctrico de alumbrado público y emisiones de Gases de Efecto Invernadero (GEI) asociadas.	3.4.
23. Número de días con calidad del aire “regular” o “mala”.	3.4.



INDICADORES	OBJETIVO, ACCION...
24. Población expuesta a niveles de ruido.	3.6.
25. Accidentes de tráfico: Número de accidentes, atestados, colisiones, atropellos, personas heridas y fallecimientos.	3.3.12
26. Calidad del agua de consumo.	3.4.



## 6 Bibliografía

1. Antecedentes para apoyar la Revisión y Rediseño de los Programas de Salud Pública desde la perspectiva de Equidad y Determinantes Sociales. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. (2008).
2. Anuario Estadístico del Ayuntamiento de Vitoria - Gasteiz (2009).
3. Atlas de Mortalidad en Áreas Pequeñas de la CAPV. Gobierno Vasco. (2010).
4. Boletín Infac nº 12. Osakidetza.(Febrero de 2004)
5. Construyendo la Nueva Agenda Social desde los Determinantes Sociales de la Salud. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (2005).
6. Datos sobre Mortalidad. EUSTAT. 2009
7. Declaración de Zagreb para Ciudades Saludables (15 - 18 de Octubre de 2008).
8. Desempleo en Vitoria - Gasteiz. Ayuntamiento de Vitoria - Gasteiz. Dpto. de Promoción Económica y Planificación Estratégica. (2009).
9. El Impacto de las diferentes enfermedades en la Salud de la Población de la CAPV. Gobierno Vasco. (Febrero de 2009)
10. El Medio Ambiente en Europa: Estado y perspectivas 2010. Síntesis. Agencia Europea del Medio Ambiente AEMA. (2010).
11. El Programa de Ciudades Saludables: el Diagnóstico de Salud. María Alegre Viñas y otros. (Febrero de 2004).
12. Empleo, Trabajo y Desigualdades en Salud: una Visión Global. Banach y Muntaner. (2007).
13. Encuesta de Población Activa (EPA) primer y cuarto trimestre de 2010. (2010).
14. Encuesta de Población del EUSTAT sobre Evolución de las Tasas de Paro en la Población de 16 y más años. (Segundo trimestre de 2009).
15. Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud. Orientaciones para la Agenda Social. Dra. Jeanette Vega. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (2005).
16. ESCAV. Gobierno Vasco.(2007.)
17. Estrategia para afrontar el Reto de la Cronicidad en Euskadi. Gobierno Vasco. (Julio de 2010).
18. Estrategias Europeas para la lucha contra las Desigualdades Sociales en Salud: desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población. Göran Dahlgren y Margaret Whitehead. OMS. (2005).
19. Estudio de los Factores de Riesgo de la Conducta Suicida en Pacientes Hospitalizados: Análisis de la Atención Sanitaria. Gobierno Vasco. (Septiembre de 2006)
20. Health Equity Audit made Simple. Lucy Hamer y otros. (Enero de 2003).
21. Indicador Laboral de Comunidades Autónomas (ILCA). (2009).
22. Informe de la Sociedad Vasco Navarra de Psiquiatría sobre el Suicidio. Zorrilla y Pinto. (2009)
23. Informe sobre Mortalidad en la CAPV 2008. Gobierno Vasco; Dpto. de Sanidad y Consumo. (2008).



24. Las Políticas para disminuir las Desigualdades en Salud. Carme Borrell y Lucía Artacoiz (2008).
25. Mapeo de la Salud de los Entornos Humanos a Escala Local. Barton y Grant (2006)
26. Memoria 2008 de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica. Dpto. de Sanidad del Gobierno Vasco; Dirección Territorial de Sanidad de Álava; Subdirección de Salud Pública. (2008).
27. Página Web del Ayuntamiento de Vitoria - Gasteiz (<http://www.vitoria-gasteiz.org/>).
28. Plan de Prevención y Control del Sida. Gobierno Vasco. (2009).
29. Plan de Salud. Gobierno Vasco (2002 - 2010).
30. Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Endocrino - Metabólicas de la CAPV. Gobierno Vasco. (2009).
31. Resumen de la Incidencia del Cáncer en la CAPV 2005. Gobierno Vasco. (Noviembre de 2009)
32. Subsanan las Desigualdades en una Generación. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Resumen Analítico. OMS. (2008).
33. Suplemento SESPAS. El Trabajo Reproductivo o Doméstico. Isabel Larrañaga y otros. (13 de Abril de 2004).
34. Suplemento SESPAS. La Salud en la Infancia. Concha Colomer Revuelta y otros. (13 de Abril de 2004).
35. Suplemento SESPAS. Salud e Inmigración: Nuevas Realidades y Nuevos Retos. Josep M. Jansá y Patricia García de Olalla. (14 de Abril de 2004)
36. Suplemento SESPAS. Género y Salud en la Prensa Diaria. Gemma Revuelta y otros. (14 de Abril de 2004).
37. Variaciones en el Perfil de la Persona Desempleada. Ayuntamiento de Vitoria - Gasteiz. Dpto. de Promoción Económica y Planificación Estratégica. (2009).
38. Boletín de Agenda Local 21 de Vitoria-Gasteiz, 2011.
39. Boletín de Agenda Local 21 de Vitoria-Gasteiz, 2012.
40. Encuesta movilidad diaria ciudadanos Vitoria-Gasteiz. 2011