



***“EL PLAN LOCAL DE SALUD DE OSUNA”  
(2014-2018)***



## INDICE DE CONTENIDOS

---

1. PRESENTACIÓN INSTITUCIONAL
2. PERFIL MUNICIPAL: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE SALUD
3. METODOLOGÍA DE TRABAJO: EL CONTEXTO, EL PROCESO Y EL INSTRUMENTO
4. PLAN DE ACCIÓN
5. EVALUACIÓN
6. ANEXOS



Las administraciones públicas tienen la obligación de adaptarse a los nuevos tiempos y a las necesidades que estos generan. Por ello, el Ayuntamiento de Osuna se suma a la red de municipios andaluces que quieren desarrollar en su territorio un PLAN LOCAL DE SALUD.

El concepto actual de salud pública en las sociedades avanzadas pone el énfasis en una estrategia de anticipación, de prevención de las desigualdades frente a lo puramente asistencial.

Este Plan de acción local va a identificar las problemáticas y necesidades de la población en términos de salud pública y va a tratar de generar entornos de vida cada vez más saludables. Por eso, en este documento no se hablará de enfermedades, tratamientos o recursos de asistencia médica, sino de aquellas condiciones de vida de nuestro pueblo que pueden determinar directamente nuestra salud (medio ambiente, jardines, urbanismo, tráfico, alimentación, educación, hábitos y estilos de vida, actividad física, etc.).

Esta nueva visión de la salud pública demanda igualmente una forma renovada de trabajar, aunando esfuerzos y recursos, compartiendo proyectos, programas, iniciativas y actuaciones que se integran en unos mismos objetivos y de modo transversal. En este sentido, la herramienta más potente del Plan Local de Salud será la del trabajo en Red que se dinamiza a través de este proyecto.

Por tanto, este Plan debe canalizar y coordinar las distintas actuaciones de salud pública de todos los sectores públicos y privados. Y, especialmente, debe contar con la participación ciudadana como elemento central que de sentido real a todas las acciones que se desarrollen en la práctica.



## PLAN LOCAL DE SALUD. AYUNTAMIENTO DE OSUNA



En definitiva, el Plan Local de Salud viene a iniciar, de forma institucional, un compromiso decidido por mejorar las condiciones de vida que más pueden llegar a determinar nuestra salud, avanzando de lo asistencial hacia una estrategia de inversión dirigida a la promoción y mejora del bienestar y la calidad de vida de las y los osunaenses.

Rosario Andújar Torrejón

Alcaldesa del Ilustre Ayuntamiento de Osuna



El Plan Local de Salud (PLS) de Osuna, nace en el marco del proyecto de Red Local de Acción en Salud “RELAS”, cuya meta es desarrollar, bajo el liderazgo del Gobierno Local, una red local de acción en salud para conseguir los objetivos de salud al nivel más próximo de la ciudadanía.

Incorporada a la Constitución Española, la Carta Europea de Autonomía Local identifica en los municipios la capacidad de ordenar y gestionar bajo la propia responsabilidad una parte importante de los asuntos públicos mediante el impulso de políticas propias. Esto se sustenta sobre el ejercicio del liderazgo político del gobierno local para que tanto los actores públicos como privados, desde sus propios ámbitos, formen una red capaz de hacer competitivo el territorio y de dar una respuesta adaptada a la realidad de la sociedad a la que representa.

En la actualidad, el nuevo Estatuto Andaluz confiere a los ayuntamientos un mayor protagonismo y, esto significa una apuesta de adecuación a una sociedad más actual, en la que la ciudadanía goce de muchos más derechos en los que trabajar de forma cercana y activa, de ahí que el mayor protagonismo de los ayuntamientos sea algo previsible.

De este modo, tanto la Ley de Salud Pública como la Ley de Autonomía Local contemplan, al amparo de una gobernanza local, el desarrollo de la acción local en salud en las entidades locales mediante un instrumento clave: el Plan Local de salud (PLS), con el que poder incorporar los objetivos de salud en las políticas locales de los diferentes sectores. Esto convierte el pacto local en un instrumento de integración para la conexión de las inquietudes y prioridades de la ciudadanía y sus problemas de salud.

A través de la firma de un Convenio de Colaboración entre el Exmo. Ayuntamiento de Osuna y la Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de Sevilla, se establece un canal formal de comunicación, colaboración y acción intersectorial entre la Delegación Territorial y la Corporación Local con el objeto de crear una red en salud y elaborar un Plan Local de Salud con un soporte de “Red Local” intersectorial e interdepartamental.



## PLAN LOCAL DE SALUD. AYUNTAMIENTO DE OSUNA



En este sentido, El PLAN LOCAL DE SALUD pretende mejorar la salud y la calidad de vida de los/as ciudadanos/as de Osuna.

Para ello, se abordarán los principales problemas de Salud Pública que presenta la localidad, a través del trabajo coordinado en red con todas aquellas Instituciones, Entidades, Asociaciones y Ciudadanía en general que, de algún modo desarrollan su labor profesional o están interesadas en la mejora de la Salud Pública.

El Plan Local de Salud, es un instrumento vivo, abierto y participativo, con capacidad de hacer frente a los nuevos problemas que surjan en la Localidad en esta materia, a través de acciones informativas, formativas, de promoción, preventivas y de vigilancia.

FRANCISCA DÍAZ ALCAIDE

DELEGADA TERRITORIAL DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES DE SEVILLA



## 2. PERFIL MUNICIPAL: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE SALUD.

### 2.1. Análisis sociodemográfico

#### Localización

Osuna está situada en el Sureste de la provincia de Sevilla distando 86 kilómetros de la capital y estando situada en el paralelo 37º 5´ del meridiano de Greenwich.

#### Distancias a la capital, altitud, latitud y longitud

Municipio	Distancia a la capital en Km.	Altitud sobre el nivel del mar	Latitud	Longitud
Osuna	86,0	282	37º 14'	5º 06'

La provincia de Sevilla es la mayor extensión superficial de Andalucía con 105 municipios distribuidos en sus 14.042 Km<sup>2</sup>. Osuna tiene una extensión total de 592,5 Km<sup>2</sup>, el cuarto más extenso de la provincia detrás de Écija, Carmona y Utrera.

Su clima es muy duro, con temperaturas mínimas en invierno de 0º o 2º en los meses de Noviembre a Febrero y temperaturas máximas en verano de 35º o 40º en Junio, Julio y Agosto. La media anual de precipitación estriba entre 3 y 5 días en los meses de Octubre a Abril y de 0 días en los restantes. Las horas mensuales de sol se mueven en una horquilla de 240 horas en Enero a 380 horas de sol en Julio.

La principal actividad económica es la agricultura. Un 82,3% de la tierra está dedicado a la agricultura. Los cultivos mayoritarios en la zona son los leñosos, concretamente el olivar tanto de aceituna como de aceite, y los cultivos herbáceos, entre los que destacan los cereales y el algodón. La zona de monte, está cubierta en la mayoría de los casos por matorral y arbustos de bajo potencial económico.

Osuna es atravesada por la autovía del 92 (A-92), haciéndolo de este a oeste, dirección Málaga y Granada. Con el resto de los municipios está comunicada por carreteras de la red intercomarcal y por carreteras de la red secundaria, con un trazado más suave para la comunicación con municipios situados más al norte (campiña sevillana), pasando a carreteras más sinuosas a medida que nos desplazamos al sur, entrando en el macizo Bético.



El acceso a estos municipios se puede realizar, asimismo en autobús desde la estación de El Prado, ubicada en la capital sevillana. La fluidez y horarios de estas redes secundarias de transporte están establecidos para el acceso del resto de los pueblos hacia Osuna, por ser centro de referencia en el área sanitaria, educativa y administrativa.

El eje ferroviario transversal de Andalucía lo componen las líneas que unen Granada, Málaga y Sevilla, que se prolongan hacia Huelva y Almería, conformando la red que une las distintas provincias andaluzas, y siendo una alternativa al transporte por carreteras. Por esta razón, la Junta de Andalucía está realizando una serie de inversiones encaminadas a mejorar el trazado y el sistema de seguridad, con el objetivo de conseguir que los trenes circulen a 250 kilómetros a la hora.

Este eje ferroviario transversal de Andalucía pasa por la población de Osuna.

### Datos demográficos

En cuanto a la población, desde los años ochenta el incremento de población se ha caracterizado por subidas moderadas.

#### Evolución de la población

	Población Censo 2001	Población Censo 1991	Población Censo 1981	Incremento 1981/1991	Incremento 1991/2001	Incremento 2001/1981
Osuna	16.848	16.791	16.047	4,64%	0,34%	4,99%

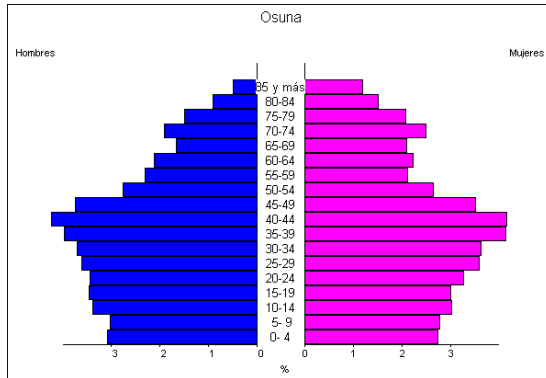
#### Distribución de la población por edad y sexo

	Menor de 15 años	De 15 a 64 años	Más de 64 años
Osuna	17,93%	65,81%	16,26%





En relación a la distribución de la población por edades, los datos nos informan que la mayoría de la población está comprendida entre 15 y 65 años.



Si analizamos detenidamente la pirámide de población (2006-2009), podemos constatar una diferencia entre hombres y mujeres en el tramo de edad 70-85 años, existen mayor número de mujeres que de hombres. Este dato nos lleva a la conclusión de que la esperanza de vida de las mujeres es mayor que la esperanza de vida de los hombres.

La **tasa de natalidad** del Municipio (12,53) está discretamente encima de la de Andalucía, (11,33). La tasa general de fecundidad del municipio (2006-2009) es ligeramente superior a la media andaluza a la andaluza, sin embargo, la tasa específica en el grupo de edad de 15-19 años es muy superior a la media de la Comunidad Autónoma. (Fuente: Análisis epidemiológico AGS Osuna 2011)

Municipio	Tasa de fecundidad específica <15años	Tasa de fecundidad específica 15-19	Tasa general de fecundidad
Osuna	0,92	24,09	4,92
AGS OSUNA	0,25	<b>18,90</b>	4,38
ANDALUCÍA	0,18	15,49	4,52

La relación de **dependencia de ancianos** supera en gran medida las cifras de la Comunidad Autónoma andaluza, siendo mayor la diferencia en mujeres, con una proporción de mayores de 65 años 8 puntos superior a la media de Andalucía. (Fuente: Análisis epidemiológico AGS Osuna 2008)

Municipio	Hombres	Mujeres
Osuna	14,70	20,70
Área Sanitaria de Osuna	14,82	19,72
Andalucía	9,08	12,36



## Indicadores socio económicos

### Nivel de estudios

En cuanto al nivel de estudios de la población, podemos apreciar que tiene una menor formación académica que el resto de municipios de la provincia y menor aún que la población que reside en la capital, lo que demuestra la menor predisposición de la población rural a continuar con su formación hasta niveles universitarios.

Tan sólo para el nivel de segundo grado; ESO, EGB o Bachillerato Elemental los resultados se asemejan a los obtenidos para el resto de la provincia e incluso con la capital. Este hecho podría argumentarse por la obligatoriedad de este nivel de estudios.

### Porcentaje de la población > 16 años según el nivel de estudios

Municipio	Analfab	Sin estudio	Primer grado	ESO,EGB, Bachiller Elemental	Bachiller Superior	FP G.M.	FP G.S.	Tercer Grado: Diploma	Tercer Grado: Licencia	Tercer Grado: Doctor
Osuna	11,8	19,3	21,9	23,8	7,3	2,7	4,3	5,3	3,5	0,1

Claramente podemos afirmar que para todas las edades existe un menor número de personas que deciden continuar con su formación académica en relación a los porcentajes existentes en la media provincial.

Asimismo, es destacable el dato relativo a la tasa de escolarización por sexo. En principio, la tónica para este criterio es la misma que hemos comentado, esto es, existe menor propensión a continuar con la formación académica que en el resto de la provincia pero existe un dato relevante, el número de mujeres que deciden continuar con su formación es mayor que el número de hombres.

### Tasa de paro

La siguiente tabla muestra la evolución de la tasa de paro registrada desde 1995 a 2002. Es decir, la evolución del porcentaje que representa el paro registrado en cada año respecto a la población potencialmente activa del mismo año.



#### Evolución de la tasa de paro 1995-2001 (en %)

Municipio	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Osuna	12,3	10	9,6	8,1	8,8	8,3	8	7,4

#### Tasa de paro 2001

Municipio	Trabaj. Agrarios subsidiados 2001	Parados 2001 según Orden Ministerio Trabajo	Total Parados 2001	Población activa 2001	Tasa de paro	Tasa Oficial
Osuna	1.681	635	2.316	7.644	30,30%	8,00%

En relación al número de parados por sexo, existen grandes diferencias entre ambos, del total de parados en la zona objeto de estudio el 60,47% son mujeres y el 39,53% hombres.

Para ambos sexos los intervalos de edad que albergan un mayor número de parados son los que tienen entre 20 y 35 años, es decir, jóvenes que buscan su primer empleo.

Dentro de estos intervalos de edad, encontramos un mayor número de mujeres que de hombres lo que demuestra que a la población femenina le resulta aún más difícil encontrar su primer empleo.

El intervalo de edad que engloba el menor número de parados es el intervalo de 50 a 60 años y es en ese intervalo de edad, el único en el que existe un mayor número de hombres que de mujeres en situación de desempleo.

Considerando el porcentaje de parados por grupos de edad de forma más detallada, observamos la situación que se da en Osuna; el mayor número de parados está concentrado en edades menores a 35 años, de lo que podemos deducir que los jóvenes de las zonas rurales tienen una mayor dificultad a la hora de encontrar un empleo.

Respecto a la distribución del número de parados en función del nivel de estudios que poseen, encontramos que casi el 80% del número de personas en situación de desempleo en la zona solamente tienen finalizado los estudios considerados básicos; Graduado Escolar, E.G.B. o los estudios primarios sin certificado.



Es de reseñar la peculiaridad de que el menor porcentaje de parados está representado por efectivos sin estudios. Esta circunstancia podría hacernos pensar en una relación directa del tipo; persona sin estudios, mayor posibilidad de encontrar empleo, sin embargo, la argumentación de estos bajos porcentajes está basada en la propia evolución de la población activa; hay pocas personas en edad de estar empleada que no tenga ningún tipo de estudios.

Continuando con el orden decreciente del número de parados según su preparación académica, tras los desempleados con estudios básicos hallamos a los desempleados con nivel de bachiller, FP, y con estudios de diplomatura o grado medio que representan casi el 19% de los parados de la zona.

Por último nos resta valorar la posición que ocupa en el ranking el número de parados con estudios universitarios. En la zona ocupan el penúltimo lugar en el ranking, escena que no se repite de igual modo en la capital donde el número de parados con estudios superiores se sitúa por encima de los parados con nivel de grado medio o FP.

En relación a las personas que están en situación de desempleo actualmente pero que han trabajado con anterioridad en alguna actividad, hay que matizar las distintas secciones en las que se distribuyen. La principal característica de la zona objetivo es ser una zona mayoritariamente agrícola por tanto es fácilmente deducible que el mayor número de parados está concentrado en esta actividad (18%). Tras la actividad agraria la siguiente actividad que genera mayor número de parados es la construcción cuyo porcentaje alcanza el 12,3%. En tercer lugar encontramos los parados procedentes de la actividad hostelera que representan el 8,5%, le siguen los desempleados de la industria manufacturera que alcanzan el 7,5% y en comercio que representan el 6,7%. Para el resto de actividades los porcentajes de parados son menos significativos.

#### Renta disponible por habitante

Municipio	Renta familiar por habitante	Variación Renta familiar
Osuna	Entre 6.975 y 7.800	Entre el 20 % y 25 %

Con relación a Osuna, podemos señalar que, de los 61 pueblos que disfrutaban del mismo nivel de renta en el año 1995 (entre 6.975 y 7.800 euros), el 60% ha experimentado variaciones superiores al 25% y, sin embargo, Osuna forma parte del grupo que menor variación ha tenido en su nivel de renta familiar, con variaciones entre el 15% y el 20%.



Otro indicador para definir la menor o mayor riqueza de una determinada zona lo podemos encontrar en el análisis pormenorizado de las fuentes generadoras de renta y de la renta media declarada en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (I.R.P.F). Si bien es cierto que la información obtenida no es totalmente completa, pues existe un grupo de contribuyentes que no tiene la obligación de presentar declaración de I.R.P.F, al no superar determinados umbrales mínimos de renta, hemos considerado oportuna la información, siempre que se entienda sólo, desde un punto de vista orientativo.

Respecto al origen del total de rentas declaradas en la zona objetivo, encontramos que la mayor parte de ellas tienen la calificación de rentas netas del trabajo. Las rentas procedentes de las actividades profesionales suponen el 13,74%, y le siguen las rentas de actividades empresariales y las rentas derivadas del capital inmobiliario, mobiliario, las imputaciones de rentas, los rendimientos irregulares y los incrementos y disminuciones de patrimonio, todo incluido en el grupo denominado "Otro tipo de rentas".

**Tabla 18: Rentas Declaradas (IRPF)**

	Nº de declarac.	Rentas Netas Declaradas	Renta Media Declarada	Rentas netas del trabajo	Rentas netas de activ. Empres.	Rentas netas activ. Profes.	Otro tipo de rentas netas
<b>Osuna</b>	4.121	48.021.566	11.653	71,24%	7,43%	13,74%	7,58%

## Vivienda

### Tipos de viviendas

	Total Viviendas	Viviendas Principales	Viviendas Secundarias	Viviendas Vacías	Otro tipo de viviendas
<b>Osuna</b>	7.253	76,13%	2,73%	20,45%	0,69%



Del número total de viviendas, un 76,13% son viviendas principales, es decir, ocupadas la mayor parte del año o todo el año, un 2,73% son viviendas secundarias, entendiéndose éstas como viviendas utilizadas temporalmente durante el año; un 20,45% son viviendas desocupadas o vacías, es decir, no son utilizadas por sus propietarios.

Realizando un análisis de las viviendas en relación al año de construcción, podríamos pensar a priori que los porcentajes de viviendas construidas en cada una de las décadas es similar a los porcentajes del resto de la provincia y que, en consecuencia, el ritmo de construcción ha sido similar. Sin embargo, hay que analizar el ritmo de construcción con el crecimiento que ha sufrido la población.

#### Porcentaje de viviendas según período de construcción

Municipio	Anterior a					
	1961	1961-1970	1971-1980	1981-1990	1991-2000	2001
Osuna	31,4	11,4	13,3	18,7	21,3	3,9

En cuanto a los datos de viviendas de nueva planta, se aprecia que la mayoría fueron viviendas realizadas con los medios económicos de sus propietarios.

#### Viviendas de nueva planta o rehabilitadas

Municipio	Nueva Planta				Rehabilitación Protegida		
	Promoción Pública	V.P.O. Protegida	Vivienda Libre	Total	Normativa Estatal	Normativa Autonómica	Total
Osuna	0	1	205	206	0	15	15

El 13% de las viviendas de la localidad se encuentran en mal estado (nº de viviendas en estado deficiente, malo o ruinoso por cada 100 habitantes. Datos 2001).



### Índice de privación material

La privación material de un área geográfica se define como la falta relativa de bienes, recursos o servicios que están ampliamente extendidos en la sociedad a la que pertenece. El atlas Interactivo Sociodemográfico de España asigna una puntuación a cada municipio, donde el valor 0 representa un nivel medio de privación. El valor calculado para Osuna es de 2.27.

### Algunas conclusiones sobre los datos:

- La pirámide de población Osuna, similar a la de Andalucía y responde a una población donde la fecundidad es baja y se encuentran en proceso de envejecimiento. La distribución entre sexos es similar salvo en las edades avanzadas, en las que existe mayor población femenina que masculina. La mayoría de la población está comprendida entre los 15 y 65 años, situándose la media de edad en 38,5 años.
- El hecho de que, la tasa específica de fecundidad en niñas de 15-19 años sea significativamente mayor que la de Andalucía, orienta a que la educación sexual especialmente entre los jóvenes debe ser un área en la que continuar trabajando.
- Menor formación académica que el resto de municipios de la provincia, tanto en el caso de los hombres como de las mujeres.
- Los intervalos de edad que albergan un mayor número de parados son los que tienen entre 20 y 35 años, es decir, jóvenes que buscan su primer empleo.



- Con respecto al número de parados por sexo, existen grandes diferencias entre ambos, del total de parados en la zona objeto de estudio el 60,47% son mujeres y el 39,53% hombres.
  
- Casi el 80% de las personas en situación de desempleo en la zona solamente tienen finalizado los estudios considerados básicos; Graduado Escolar, E.G.B. o los estudios primarios sin certificado.
  
- *“Existe un amplio consenso en torno al hecho de que la salud de las poblaciones y de sus individuos tiene un claro y profundo origen social. Los grupos y las personas que ocupan las posiciones sociales más altas viven más tiempo y además gozan de mejor salud. En la medida que se sigan manteniendo graves desigualdades en las condiciones de vida de los individuos que componen una comunidad, se seguirán manteniendo importantes desigualdades sociales en la salud. Llegar a evitarlas pasa por reconocer, y actuar en consonancia respecto del enorme peso que los factores políticos, económicos y sociales tienen en la salud de las personas”. (Primer informe sobre desigualdades sociales y salud en Andalucía, 2009)*
  
- *Las capas sociales desfavorecidas presentan un patrón de morbi-mortalidad más elevado. Se admite que la condición social es un factor que influye en el grado de probabilidad de padecer determinadas enfermedades y en la pérdida de años potenciales y de esperanza de vida. Reducir las desigualdades es uno de los compromisos centrales de las políticas sociales en Andalucía. (III Plan Andaluz de Salud 2003-2008)*





## **2.2. Situación de salud del municipio**

### **Indicadores del estado de Salud**

«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.» OMS, 1948. A pesar de ésta definición, la salud de las poblaciones seguimos midiéndolas, principalmente, por la carga de enfermedad (morbilidad) y por la mortalidad. Los estilos de vida son, desde hace mucho tiempo, reconocidos como factores determinantes de la salud, de ahí el interés por conocer los hábitos de vida de la población.

### **Estilos de Vida**

Se dispone de escasa información a nivel municipal, por lo que los datos que se exponen a continuación son los correspondientes a Andalucía extraídos de la Encuesta andaluza de Salud de los años 2007 y 2011.

- **Alimentación saludable**

En 2007, el consumo diario de frutas y verduras en Andalucía fue mayor entre las mujeres (55,6% frutas y 27,5% verduras) que en los hombres (47,7% y 20,9% respectivamente). El consumo aumenta con la edad, duplicándose entre los mayores de 75 años con respecto al grupo de 16 a 24 años. En 2011 aumentó el consumo de estos alimentos respecto a 2007. El 81,3% y 70% de la población andaluza manifestó consumir al menos 3 veces a la semana fruta fresca y verduras, respectivamente.

En el año 2007 el porcentaje de menores que recibieron lactancia materna exclusiva durante los tres primeros meses de vida alcanzó el 45,3% (43,9% de los niños y 46,7% de las niñas).

- **Actividad física**

La práctica de ejercicio físico regular es más frecuente entre los jóvenes, especialmente los hombres, disminuyendo con la edad y desapareciendo las diferencias de género a partir del grupo de edad de 45 a 54 años. En 2011, el sedentarismo durante el tiempo libre había descendido al 28,5% de la población, siendo superior en mujeres (30,9%) que en hombres (26%).



- **Consumo de tabaco**

En el año 2011 la edad media de inicio del consumo de tabaco se situó en 16,6 años en los hombres y 17,8 años en las mujeres. El inicio del tabaquismo en edades más jóvenes es menos frecuente en población con un mayor nivel de renta o estudios.

Según los datos disponibles de la última Encuesta Nacional de Salud de 2006, Andalucía se encontraba entre las Comunidades Autónomas con una prevalencia de tabaquismo más elevada. En 2011, el 27,7% de la población andaluza manifiesta consumir tabaco a diario (33,1% hombres y 22,5% mujeres). Este porcentaje se ha reducido desde 2007 (31,1%) a expensas del abandono del tabaco por hombres. Los valores más elevados en la prevalencia de tabaquismo alcanzan su pico máximo entre los 25 y 54 años. Un porcentaje elevado de las personas, especialmente hombres, con un diagnóstico de Diabetes o Hipertensión Arterial son fumadoras.

Aproximadamente un tercio de los andaluces fumadores que acudieron al médico en 2007 recibieron consejo para dejar de fumar. El mayor porcentaje de personas fumadoras a las que les gustaría dejar de fumar se encuentra distribuida entre los grupos de mayor y menor renta, pero el mayor porcentaje de personas que dejaron de fumar en los últimos 4 años, se concentra en grupos sociales con mayor renta y con estudios universitarios.

En la Puebla de Cazalla, con datos disponibles de finales de 2012 a través de los registros de las historias de salud, constan 485 personas fumadoras de las que 15 consiguieron dejar el hábito de fumar a lo largo del año.

- **Consumo de alcohol**

Desde el año 2003 existe una tendencia creciente en el consumo de alcohol al menos una vez al mes en la población andaluza, siendo del 45,9% en 2011. En hombres aumentó del 56,5% al 61,7% y en mujeres del 21,8% al 31,0%. Los mayores porcentajes, por encima del 50%, se alcanzan entre los 16 y 54 años. Este consumo aumenta con el nivel de renta y el nivel de estudios.

Desde 1999 existía un descenso en la edad de inicio al consumo de alcohol hasta 2007, tendencia que se rompe en 2011. Un 1,5% de la población andaluza (2,4% hombres y 0,5% mujeres), especialmente jóvenes entre 16 a 24 años y entre 55 y 64 años tenía un consumo excesivo de alcohol en 2007.



En 2011 la edad media de inicio al consumo de alcohol fue 17,9 años (17,4 varones y 18,8 mujeres).

- **Sobrepeso y obesidad**

En 2011 el 58,2% de la población andaluza presentaba sobrepeso u obesidad (62,9% hombres y 53,7% mujeres). La prevalencia de obesidad en hombres y mujeres andaluces es de 17,9% y 20,4% respectivamente y presenta un marcado gradiente social. En los últimos años ha aumentado el sobrepeso y obesidad en la población andaluza, especialmente en edades adultas, siendo entre los 45 y 75 o más años, las edades con mayor prevalencia.

- **Seguridad vial**

En 2007, el porcentaje de hombres que siempre usaron casco cuando viajaron en moto o motocicleta fue del 69% en ciudad y 90,5% en carretera, mientras que en mujeres fue del 67,3% y 85,3%, respectivamente. En cuanto al uso del cinturón de seguridad, las mujeres dicen usar siempre el cinturón en ciudad un 8% más que los hombres. En carretera, tanto mujeres como hombres usan el cinturón siempre en más del 97% de los casos estudiados (97,1% en hombres y 97,9% en mujeres).

El uso de asientos especiales para menores fue un 6% más frecuente en las mujeres que en los hombres.

En líneas generales, el uso de medidas de seguridad vial se adopta con mayor frecuencia entre las personas con mayores niveles de estudios y clases sociales más altas.

## **Morbimortalidad**

En el año 2009 se llevó a cabo un estudio de la mortalidad a nivel municipal. Se analizaron las 18 causas más frecuentes de mortalidad durante el periodo 1981-2008 incluidas en el Atlas de Mortalidad Interactivo de Andalucía (AIMA), y se describieron aquellas en la que la mortalidad prematura era mayor para la población estudiada que para el resto de Andalucía.



La mortalidad prematura se mide en años potencialmente de vida perdidos (APVP) y representa los años de vida que se pierden a causa de una muerte prematura antes de una edad arbitrariamente establecida en los 70 años, realizando unos ajustes estadísticos que permitan comparar poblaciones de diferente composición de edad.

En el caso del municipio de Osuna las 4 primeras causas de APVP 2002-2006) en hombres en el municipio de Osuna son los accidentes de tráfico, el cáncer de pulmón, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado y el suicidio-lesiones autoinfligidas. Hay que destacar que en 2 de ellas, los accidentes de tráfico y los suicidios, los APVP son superiores a la media andaluza. En las mujeres, las 4 primeras causas de APVP, el cáncer de mama, el cáncer de hígado, y el suicidio-lesiones autoinfligidas.

### 3. METODOLOGÍA DE TRABAJO

#### **3.1. El contexto: La Acción Local en Salud**

La acción local en salud encuentra su justificación normativa en los ámbitos internacional, estatal, autonómico y comunitario. El conjunto de estas normas que vienen dictándose en las últimas décadas configuran el marco legal que da sentido y posibilita el desarrollo de políticas municipales de salud.

A nivel autonómico, el III Plan Andaluz de Salud propone, entre sus líneas prioritarias, la definición y desarrollo de un modelo integrado de salud pública, moderno, innovador y transparente que permita el liderazgo necesario para abordar una nueva etapa de la Salud en Andalucía; e identifica la “acción local” como uno de los 6 ejes transversales de actuación para el alcance de todos sus objetivos, porque la evidencia demuestra que para la elaboración de una respuesta a los problemas de salud pública, la participación o implicación de la comunidad es un factor clave para el éxito en su resolución.



En el ámbito local propiamente, la aprobación en 2010 de la Ley de Autonomía Local de Andalucía (LAULA), ha venido a consolidar el ámbito municipal como aquel dónde mejor deben desarrollarse y más plenamente, las competencias en materia de salud pública. Más concretamente, el artículo 13 de esta Ley recoge las competencias concretas que corresponde desarrollar a los municipios, al tiempo que confiere a los “Planes locales de Salud” la capacidad de articularlas eficazmente.

La acción local en salud pública implica una transformación y evolución de la actividad económica tradicionalmente vinculada a la salud desde un posicionamiento asistencial, centrado en la esfera de las enfermedades y su tratamiento, hacia un posicionamiento proactivo de anticipación, promoción y mejora del bienestar de las personas.

En este contexto, la acción local en salud debe comprender el esfuerzo sistemático por identificar las necesidades de la población en su territorio y organizar las respuestas de la ciudadanía y de los sectores clave para enfrentarlas, incluyendo la formulación de políticas, la ordenación de los recursos y la implantación de estrategias innovadoras que afronten los nuevos retos de salud pública.

Por tanto, la incorporación de los objetivos de salud pública a la agenda de los gobiernos locales y el desarrollo de la legislación en esta materia, se han convertido en una oportunidad para dar cobertura al desarrollo de la acción local en salud, ofreciendo el liderazgo a las corporaciones locales desde diferentes ópticas y procesos de gobernanza. Estas estrategias de “salud en todas las políticas” van dirigidas al fomento de la equidad mediante la prevención de las desigualdades sociales de salud en el ámbito comunitario. En este contexto global, los planes locales de salud permiten canalizar y acercar los objetivos de salud a la población



La ciudadanía en general demanda cada vez más, no solo tener acceso a una mejor atención sanitaria, sino vivir en un entorno (social, laboral o de ocio) cada vez más saludable, en el que se garantice la seguridad de los alimentos, la calidad del aire que respira, la potabilidad de las aguas que consume, la accesibilidad y adaptación urbanística de espacios y recursos a todas las franjas de edad, colectivos y necesidades.

Si partimos del concepto de salud pública como “el esfuerzo organizado por la sociedad para prevenir la enfermedad, proteger, promover y restaurar la salud, y prolongar la vida”<sup>1</sup>, hablamos de “trabajar por mejorar la salud de la población”. Por tanto, será necesario contribuir, de forma coordinada con otros sectores e instituciones, en la creación de las condiciones estructurales de la sociedad y en las condiciones de vida de la población más favorecedoras para la salud, promoviendo conductas y estilos de vida más saludables.

La mejora de la salud de la población conlleva necesariamente dirigir las actuaciones hacia los determinantes de nuestra salud, dirigiendo los esfuerzos y los recursos a la reducción de las desigualdades que, entre otros factores, se generan o se ven afectados por hábitos, conductas y estilos de vida poco saludables.

### **3.2. El proceso: Fases de actuación**

El proyecto forma parte del proceso de reforma de la Salud Pública, para el cual se han seleccionado una serie de Ayuntamientos andaluces, de diferente configuración territorial, entre los que se encuentra Osuna, con el objetivo general de concretar una estrategia de acción local capaz de dar respuesta a los problemas de salud pública del

---

<sup>1</sup> Last, JM. *A dictionary of epidemiology*. New York: Oxford University Press; 1995.



territorio, al nivel más próximo de la ciudadanía y mediante acciones colectivas de funcionamiento de trabajo en Red.

Previa comunicación e implicación del Gobierno Local, con fecha 30 de junio de 2011 se firmó un Acuerdo de Colaboración entre la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, a través de su Delegación Provincial, y el Ayuntamiento de Osuna, teniendo como objeto la realización de acciones de prevención, protección y promoción de la salud en el ámbito local. A través de este acuerdo oficial, esta entidad local asumía los siguientes compromisos: Uno, liderar, dinamizar y propiciar la cohesión de las instituciones y agentes sociales con implicación en la ejecución de las acciones relacionadas con la salud, y dos, la elaboración del Plan Local de Salud de Osuna (PLS) del municipio.

Desde la firma de este acuerdo de colaboración hasta la redacción del presente PLS, el Ayuntamiento de Osuna lidera este proyecto que, necesariamente, pasa por diferentes etapas o fases naturales, entre las que se contempla la aprobación o respaldo institucional por el Pleno de la Corporación Municipal, siguiendo criterios de convergencia, cohesión y participación institucional respecto a las acciones y políticas de acción local en salud en el ámbito comunitario.

Tratándose de un proceso complejo, la elaboración el PLS atraviesa diferentes fases de actuación a lo largo del tiempo y no siempre con un carácter unidireccional.

---

#### Elaboración del PLS

---

- A. Formación previa
  - B. Creación del Grupo Motor
  - C. Análisis de la situación de salud de Osuna
  - D. Identificación y priorización de problemas de salud
-



## PLAN LOCAL DE SALUD. AYUNTAMIENTO DE OSUNA



- 
- E. Identificación de agentes clave
  - F. Presentación del proyecto a la ciudadanía
  - G. Creación de la Red Local de Salud
  - H. Concreción de un Plan de Acción
- 

Entre las condiciones o requisitos mínimos de viabilidad necesarios destacamos el “capital humano”, entendido en este caso como la participación, tanto en la planificación como en la puesta en marcha del proyecto, de un amplio abanico de profesionales y ciudadanos/as de la localidad, sin la cual este proyecto carecería de sentido práctico y real.

---

### Agentes Clave

---

- Representantes y técnicos municipales
  - Del Área de Gestión Sanitaria de Osuna
  - Del sector educativo
  - De entidades, asociaciones y colectivos
  - De otros sectores públicos o privados
  - Ciudadanía en general
- 

En términos más concretos, resumimos en la tabla siguiente las acciones más significativas durante el proceso seguido hasta la redacción del PLS:

Acciones	Objetivos/ Temporalización
▪ Acuerdo de Colaboración entre la Consejería de Salud y el Ayto. de Osuna	➤ <i>Liderar, dinamizar y propiciar la cohesión de las instituciones y agentes sociales en el territorio en materia de salud. 30/junio/2011</i>
▪ Taller de impulso de acción local en salud pública.	➤ <i>Dar a conocer los elementos claves y los aspectos básicos para la elaboración de un PLS en Osuna.30/junio/2011</i>





- 
- **Constitución del grupo motor impulsor y coordinador.** ➤ *Impulso y coordinación de estrategias. Septiembre/2011*
  
  - **Estudio de necesidades de SP percibidas por la población** ➤ *Identificación de activos y necesidades de SP por grupos sectoriales, agentes o informantes clave. Octubre/2011 - Febrero/2012*
  
  - **Encuentros y jornadas de SP**
    - *Difusión y promoción de la participación ciudadana y de implicación de diferentes agentes sociales, así como de preparación del trabajo en RED. Marzo/2012 – Julio/2012*
    - *Presentación del proyecto al movimiento asociativo (III Encuentro de asociaciones "Osuna Solidaria". 25/01/2012*
    - *Presentación del proyecto y dinámicas del trabajo en red como primera aproximación a la identificación de recursos, agentes y directorios básicos por áreas de actuación preferentes. 26/06/2012*
  
  - **Formación** ➤ *Participación de técnicos municipales encargados de la coordinación general del proyecto en diferentes acciones formativas. 2011-2013*
  
  - **Plan de Comunicación** ➤ *Difusión pública de información relativa a la acción local en salud y acciones relacionadas. Destacamos la creación de un blog temático (<http://osunasaludable.blogspot.com.es/>). Abril/2013*
  
  - **I Semana de la Salud** ➤ *Acciones diversas de promoción y prevención de la salud a nivel comunitario en base a los determinantes de la salud y las necesidades detectadas. Octubre/2013*
-



### **3.3. El instrumento: El Plan Local de Salud (PLS)**

De conformidad con la nueva concepción de la salud pública y los marcos normativos y competencias que se manejan actualmente, el Ayuntamiento de Osuna, especialmente a través de las Delegaciones Municipales de Salud, Bienestar Social y Participación Ciudadana que lideran y diseñan el proyecto, presenta el PLS que se materializa a través del desarrollo de una metodología de trabajo o estructura operativa de acción intersectorial denominada RED LOCAL DE ACCION EN SALUD (RELAS).

Es por ello que este instrumento no se concibe como un documento cerrado o finalista, sino que tiene sentido desde una perspectiva planificada de actuación comunitaria e intersectorial en continuo movimiento y con una expectativa de perdurabilidad en el tiempo (2014-2018). Es decir, el PLS es un punto de partida, un documento permanentemente abierto a la participación de la ciudadanía que debe retroalimentarse de la dinámica de coordinación de entidades, organizaciones, recursos y acciones de salud pública en el municipio que denominamos RELAS.

Hasta la redacción actual del PLS, hemos seguido la siguiente secuencia general de acciones fundamentales o síntesis que consideramos los pilares básicos de este Plan de acción local:

---

#### **SECUENCIA PLS**

---

1. CONOCIMIENTO PREVIO DE LA SITUACIÓN SOCIO-SANITARIA DEL MUNICIPIO
  2. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES Y RECURSOS
  3. ORGANIZACIÓN DE RESPUESTAS NECESARIAS (PLAN DE ACCIÓN)
-



Es decir, el PLS se concibe como una herramienta que, partiendo de la valoración de la situación de salud local, planifica acciones concretas, adaptadas al espacio territorial donde se desenvuelve la vida de las personas, con implicación intersectorial y con la participación real de la población que va a ser protagonista. A esto es a lo que llamamos PLAN DE ACCIÓN, donde concretamos los factores más prácticos o de viabilidad para hacer efectiva el proyecto RELAS.

Más concretamente, el PLS es el instrumento básico que recopila cómo se van a realizar todas las actuaciones a desarrollar en el municipio en materia de salud pública (planificación, ordenación y coordinación).

El PLS pretende ser una herramienta básica para garantizar y posicionar la salud pública del territorio como objetivo estratégico de todos los sectores implicados en la política municipal. Por tanto, es una apuesta institucional por mejorar la salud de la población desde la intersectorialidad, tratando de ser más eficaces sin aumentar los recursos.

A través de la estructura operativa RELAS, se busca aglutinar a la mayoría de sectores implicados, aunando esfuerzos y recursos para trabajar de forma eficiente, dando forma a todas las acciones (proyectos, programas, etc.) que ya se venían realizando en el municipio de forma sectorial, lo que permite un enriquecimiento mutuo.

Este documento supone una guía básica para la acción local, promoviendo una participación real y efectiva de la ciudadanía en la elaboración, modificación y revisión de las acciones en salud pública, creando instrumentos de participación flexibles y adaptados a la misma. Como ya se ha comentado anteriormente, es simplemente un punto de partida abierto a la participación y que debe retroalimentarse continuamente con el esfuerzo de tod@s.



### **3.4. Las prioridades: Detección de necesidades**

La estructura del PLS que se expone es el resultado del proceso combinado de la identificación de los problemas de salud más prevalentes en el municipio, su agrupación y priorización.

A partir de la constitución del Grupo Motor se realizaron diversas acciones dirigidas a la localización, estudio, conocimiento, impacto y participación de agentes claves. De este modo, se ha trabajado en la elaboración y valoración de resultados a partir de la realización de diferentes estrategias y acciones comunitarias (encuestas, cuestionarios, creación de grupos de discusión, estudios técnicos de valoración, elaboración de informes socio-sanitarios, etc.), agrupando las acciones en torno a una serie de colectivos poblacionales relevantes:

---

#### IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES POR COLECTIVOS (cuestionarios y grupos de discusión)

---

- MUJERES
  - MAYORES
  - JÓVENES
  - COMUNIDAD EDUCATIVA
  - MOVIMIENTO ASOCIATIVO
  - REFERENTES CLAVE
-



Fruto de este trabajo y tomando también como referencia estudios preliminares existentes (*“Análisis de la situación de salud de Osuna. Morbimortalidad y Activos”*. AGSO, abril 2011), se elaboró como primera fase el Informe *“Identificación de necesidades y problemas de salud”* (ver anexos), a partir del cual, se ha trabajado en la priorización de los problemas detectados, valorando que puedan ser abordables por el PLS mediante acciones concretas en el territorio y con la participación de los recursos implicados.

Se han valorado especialmente algunas variables tales como el mapa de activos o recursos, la existencia de estructuras dinámicas de participación consolidadas y otros factores potenciales como la magnitud, trascendencia, repercusión o vulnerabilidad de las necesidades detectadas.

De este primer estudio, se identifican y acuerdan, en el contexto del grupo motor, las siguientes áreas para la constitución de grupos o mesas de trabajo de la dinámica RELAS:

---

**RELAS: ÁREAS DE ACTUACIÓN PREFERENTE**

---

- ALIMENTACIÓN-ACTIVIDAD FÍSICA
  - ADICCIONES
  - ACCIDENTABILIDAD
  - VIOLENCIA
  - SALUD MENTAL
  - EDUCACIÓN SEXUAL
  - SALUD AMBIENTAL
  - OCIO EN POBLACIÓN JOVEN
-



A partir de esta identificación previa, mediante determinadas dinámicas de trabajo orientadas a dicho fin, se determinaron las mesas o grupos de trabajo relativas a cada una de dichas áreas de actuación. En el momento que se elabora este PLS y teniendo en cuenta la complejidad del proyecto, el desarrollo de las mismas no es homogéneo, observándose niveles de funcionamientos diferentes y variados.

Por tanto, a través de la aprobación definitiva del PLS como punto de partida institucional, se establece el compromiso oficial de impulsar, promover y consolidar el mejor desarrollo del proyecto RELAS en Osuna, fomentando la actividad de las diferentes áreas o mesas de trabajo que componen dicha Red, como referente y guía básico para la acción local en adelante.



## 4. PLAN DE ACCIÓN



## 5. EVALUACIÓN

Teniendo en cuenta que su aprobación institucional se presenta a finales de diciembre 2013 y que se contempla un periodo de vigencia de cuatro años (2014-2018), se estiman los ejercicios anuales naturales como los periodos de ejecución y evaluación del proyecto propiamente.

En el Plan de Acción, cada mesa de trabajo contempla unos indicadores de evaluación en base a los objetivos propuestos inicialmente por cada una de las áreas de actuación que se priorizan.

El conjunto de evaluaciones trabajadas en el RELAS conformarán la evaluación general del proyecto y deberá guiar las acciones relevantes a seguir durante la temporalización del mismo. Para operativizar y materializar las tareas de evaluación propiamente, se elaborará un Informe o Memoria anual que recopile los datos más significativos en relación a la gestión y dinámica del proyecto desarrollado por el Plan Local de Salud del municipio y señale las líneas futuras de acción del mismo durante su periodo de vigencia.

Todas las acciones de impulso, coordinación, evaluación y seguimiento periódico del PLS y de la estructura RELAS, se canalizan a través del Grupo Motor del proyecto.





## 6. ANEXOS



**ANEXO 1: DOCUMENTOS DE APOYO GRÁFICO.**



**ANEXO 2: GLOSARIO DE TÉRMINOS Y CONCEPTOS BÁSICOS  
RELATIVOS AL PLS.**



## GLOSARIO

### 1. SALUD PÚBLICA (SP):

- Esfuerzo organizado por la sociedad para prevenir la enfermedad, proteger, promover y restaurar la salud, y prolongar la vida”. Last, JM. *A dictionary of epidemiology*. New York: Oxford University Press; 1995.
- Tiene la misión de “trabajar por mejorar la salud de la población”; y para ello es necesario contribuir, de forma coordinada con otros sectores e instituciones, en la creación de las condiciones estructurales de la sociedad y en las condiciones de vida de la población más favorecedoras para la salud; en promover las conductas individuales y estilos de vida más saludables; y en luchar contra la enfermedad y minimizar la pérdida de la salud. Todo ello en torno a los cuatro grandes determinantes de la salud: el sistema sanitario, el medioambiente (físico y social), la genética, y los estilos de vida (Informe Lalonde, 1976).

### 2. SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS (STP):

- Estrategia innovadora transversal que da respuesta al rol crítico que juega la salud en la economía y sociedad del siglo XXI. Ésta introduce la mejora de la salud para nuestra población y la reducción de las desigualdades en salud como un objetivo compartido entre todos los niveles, sectores y agentes de gobierno, y dirige una respuesta política integrada, coherente, coordinada y transparente a los retos complejos de la salud de la población mediante la actuación en los determinantes de la salud. La integración de la salud como eje transversal en todas las políticas.
- Estrategia de gobierno que preconiza el que todos los agentes y sectores gubernamentales integren una consideración relevante por la salud en el diseño e implementación de sus políticas, centrada en la equidad. Se trata de posicionar la Salud como objetivo estratégico del



conjunto del Gobierno, en todos los sectores y niveles de la administración.

- "Enfoque de la política pública en todos los sectores que toma en cuenta sistemáticamente las implicaciones de salud en las decisiones, busca generar sinergias y evitar impactos negativos en la salud, con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en salud". *WHO Working Definition prepared for the 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, 10–14 June 2013*

### 3. ACCIÓN LOCAL EN SALUD (ALS):

- Concreta la forma de llevar la SeTP al nivel local y comprende un conjunto de actuaciones orientadas a situar la política y las acciones de salud (prevención, promoción y protección) en el escenario más cercano a la población, posibilitando las sinergias de las políticas públicas, la implicación del sector privado y de la ciudadanía, con el liderazgo de los gobiernos locales.
- La tarea de la Acción Local en Salud es ir creando un escenario de convergencia (STP), entre todos los sectores y actores públicos y privados, capaz de reorientar recursos y organizar la respuesta de manera conjunta y compartida, de forma que centre las acciones en políticas territoriales organizadas y establezca con claridad el papel de cada administración en la organización.
- El resultado es el establecimiento y desarrollo de una red local que trabaja para la mejora de la salud de la población, con un enfoque de perdurabilidad en el tiempo y conforme a un proceso de planificación, que se concreta en un instrumento clave: el Plan Local de Salud.

### 4. PLAN LOCAL DE SALUD (PLS):

- Herramienta básica y clave para garantizar y facilitar el compromiso por parte de la entidad local y todos sus agentes clave.



- Es la culminación de un trabajo realizado, materializado en un documento, que hace tangible dicho trabajo, y sobre todo, para los grupos de trabajo y sus miembros integrantes. Significa que se ha sacado partido a todo el tiempo y esfuerzo que se le ha dedicado; supone un extra de motivación y de satisfacción.
- Es un instrumento facilitador para el seguimiento y evaluación, de todos los proyectos, procesos e iniciativas,...que se relacionan en dicho plan.
- Representa una respuesta organizada a las necesidades de la población.

#### 5. RED LOCAL DE ACCIÓN EN SALUD (RELAS):

Estructura operativa de acción intersectorial en el entorno más cercano de la ciudadanía, por la que se establecen relaciones entre las personas, los grupos y la comunidad; se posibilita el desarrollo de actividades conjuntas; se generan conexiones entre las instituciones y otras entidades territoriales; y que permite la combinación de intereses de los diferentes actores, en el proceso de alcanzar objetivos comunes de progreso, compartiendo los recursos.

#### 6. DETERMINANTES DE LA SALUD:

La OMS define los factores determinantes de la salud como el «Conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones».

#### 7. DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD:

Diferencias en salud entre los grupos de la población, las consideradas sistemáticas, evitables e injustas. Sus causas están en las estructuras sociales y en las instituciones políticas, económicas y legales que actúan sobre los distintos grupos de población.



#### 8. EQUIDAD EN SALUD:

Ausencia de diferencias en salud, injustas y evitables, entre grupos poblacionales, definidos social, económica, demográfica y geográficamente.

#### 9. SALUD URBANA:

Es la rama de la salud pública que estudia los determinantes sociales de la salud humana en los asentamientos urbanos, con el objeto de generar información y conocimiento para formular políticas públicas urbanas dirigidas a promover la salud, disminuir las vulnerabilidades socioambientales, y proteger y conservar la vida para así elevar el bienestar colectivo, presente y futuro, de la población. *Primera reunión del Foro regional de salud urbana de la OPS. México, 2007*

#### 10. GOBERNANZA:

- Tiene que ver con un estilo particular de gobierno donde el proceso de toma de decisiones tiene un marcado carácter colectivo, determinado por las pautas de interacción entre los actores que participan en dicho proceso, considerando que los actores no son sólo los actores públicos, sino que los actores privados tienen una destacada presencia en todo el proceso.
- Esta nueva forma de ejercer el gobierno viene caracterizada por la cooperación entre un número importante de actores públicos y privados en la formulación y aplicación de las políticas públicas.

#### 11. INTERSECTORIALIDAD:

Relación interdependiente y continuada, más o menos asimétrica, entre dos o más sectores para la planificación/acción conjunta, cuyo objetivo central es mejorar la respuesta a los problemas y situaciones que tienen que ver con la atención integral de salud, incorporando la capacidad de decisión de la ciudadanía de forma individual y/o colectiva” *Foro de Salud Pública de Andalucía. Córdoba, 2002*



## 12. GRUPO MOTOR:

- Grupo coordinado por el gobierno local y responsable de su desarrollo, compuesto básicamente, por representantes del gobierno local, el sector salud y aquellos otros, tanto del ámbito institucional como participativo, designados por el Ayuntamiento por su mayor vinculación a los problemas y riesgos de salud locales
- La coordinación del grupo le corresponde a la Alcaldía o persona en quien se delegue, que a sus vez designará una persona que actúe como secretario/a técnico/a del mismo, a efectos de garantizar su organización.
- Un Grupo Motor debe ser un grupo de composición flexible no personalizado, capaz de asumir una serie de funciones concretas, entre otras:
  - Coordinación en el diseño, seguimiento, planificación y dinamización del PLS.
  - Coordinación de los grupos de trabajo.
  - Interlocución con los dirigentes.
  - Consulta de necesidades, expectativas y propuestas de la ciudadanía.
  - Búsqueda compartida de recursos y su gestión.
  - Visión global de los recursos disponibles para optimizar y no duplicar.
  - Integración de los recursos de las Instituciones y otras Entidades.
  - Evaluación global del PLS.

## 13. ANÁLISIS DE SALUD SECTORIAL:

Es un informe inicial que elabora el sector salud que sirve de herramienta de sensibilización del Gobierno Local frente a los problemas de salud y situaciones de riesgo de la localidad.





**ANEXO 3: ACUERDO DE COLABORACIÓN ENTRE LA CONSEJERÍA DE SALUD DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA Y EL AYUNTAMIENTO DE OSUNA, EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA.**



**ANEXO 4: INFORME DE IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS Y  
NECESIDADES DE SALUD (1ª FASE.- Grupo Motor, 15/02/2012).**



**ANEXO 5: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE OSUNA  
(Informe Preliminar. Delegación Provincial de Salud. Abril, 2011).**



**PLAN LOCAL DE SALUD. AYUNTAMIENTO DE OSUNA**

