I Plan Local de Salud

PLAN DE ACCIÓN LOCAL POR LA SALUD
HUÉSCAR 2019-2022

SALUD LOCAL
HUÉSCAR

INDICE

1. Presentación Alcalde y Concejal

2. Delimitación de la Zona de Actuación

2.1.- Localización Territorial
2.2.- Lo que nos dicen los datos y las cifras

3.- Orígenes y porqué un Plan Local de Salud

3.1.- Planificación
3.2.- Marco Normativo
3.3.- Grupo motor y la Red Local de Salud (Relas)

4.- Objetivo General

5.- Objetivos específicos.

6 . Guía metodológica

7. Áreas de Actuación

A. Infancia y Adolescencia.

B.- Personas Adultas.

C - Personas Mayores.

D.- Mujer y Género

E.- Salud Alimentaria y Medio Ambiental

8.. Líneas transversales de Actuación

9.- Temporalización

10.- Recursos

11.- Evaluación del Plan

12. -Anexos

1.- Presentación Alcalde - Concejal

.....
.....
.....

2. Delimitación de la Zona de Actuación

2.1- Localización territorial.

. *Descripción del municipio y ubicación geográfica.*

Vista aérea del Municipio de Huéscar **Fuente: Sistema de Información Geográfico Nacional**

Huéscar se encuentra situado en la zona Noreste de la provincia de Granada entre las provincias de Almería, Albacete y Jaén. Al formar una unidad ciertamente homogénea se considera como una comarca natural denominada altiplano de Huéscar. Su situación con respecto al meridiano Greenwinch es de 38º 05'y los 37º 46'de latitud norte y 2º 44'y 2º 26'de longitud oeste

Limita con los municipios granadinos de Puebla de Don Fadrique, Orce, Galera, Castillejar y Castril ; con los municipios jienenses de Segura de la Sierra (por un enclave) y Santiago-Pontones y con el municipio albaceteño de Nerpio.

Huéscar está formada por un conjunto de serranías de," La Sagra" " Sierra Bermeja " , Sierra de Montilla", Sierra Seca, Sierra de Duda, Sierra de Moncayo, Sierra de Marmolance, Sierra del Muerto, Sierra Jorquera, Sierra de la Encantada…. Todas ellas, junto con sus valles y fuentes: manantial de Fuencaliente....configuran un paisaje natural apto para la realización de actividades como el senderismo, barranquismo, cicloturismo, paseos a caballo, trekking, montañismo, ala delta...

Los parajes más significativos son:

Paraje de Las Santas , Sierra de La Sagra ; Parque Municipal Rodríguez Penalva ; Canal de Carlos III, Cueva de La Encantada, Cuevas del Agua, Secuoyas y Embalse de San Clemente.

En Cuanto a Fuentes y Manantiales :

Nacimiento de Las Santas ; Cueva del Agua de La Sagra ; Fuente de En medio ; Manantial de Fuencaliente; Fuente Alta del Guardal ; Manantial de La Natividad ; Manantial de Parpacén; Fuente de Los Pastores ; Nacimiento Pedro Jiménez; Fuente de Los Pradicos ; Fuente del Tornajo y Trop Plein del Guardal.

Para la realización de actividades ligadas a entornos acuáticos (pesca, remo, piragüismo..) cuenta Huéscar con el pantano de San Clemente, los ríos Guardal, Barbata y Raigadas, además de manantiales naturales. Ha de mencionarse además la existencia de un número importante de cuevas donde puede practicarse la espeleología (Cueva del Agua, Los Frailes, La Encantada, La Sima, el Toyo, etc.) Incluso los aficionados al puenting, pueden disfrutar de este deporte en el puente Duda.

Los materiales que la conforman son aprovechables para la industria, construcción etc.

Hay arcillas: utilizadas para la industria cerámica (borde suroeste de Sierra de Marmolance)

- Arenas, gravas y conglomerados, para industria de los áridos
- Calizas , Dolomías, mármol (no es estrictamente mármol) y Yesos.

En el término municipal de Huéscar existen dos cuencas hidrográficas: la del Barbata y la del Guardal. Son poco caudalosos. Su cabecera está en el

norte de Sierra de La Sagra; entre ambos se encuentra La Rambla de la Virgen que desagua fuera.

Ambos son afluentes del Guadiana Menor y como tales pertenecen a la Cuenca del Guadalquivir.

El río Barbata tiene una compleja red de manantiales, Su cabecera actual es La Fuente de Montilla, Situada al NW de la Sagra, recibe también el arroyo de Las Santas.

En cuanto a la pluviosidad, llueve poco cada vez menos influido por el cambio climático global y otros factores, y las precipitaciones están mal repartidas a lo largo del año

El clima en Huéscar es de inviernos fríos , veranos cálido y templado .Cada vez se atenúan y desvanecen en su precisión más las estaciones. tanto los equinocios como los solsticios.
Los inviernos son más lluviosos que los veranos en Huéscar. El clima aquí se clasifica como Csa (Mediterráneo-Oceánico) por el sistema Köppen-Geiger. La temperatura aquí es en promedio 13.8 ° C. En un año, la precipitación media es de 457mm

TABLA CLIMÁTICA // DATOS HISTÓRICOS DEL TIEMPO HUÉSCAR

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Temperatura media (°C)	5.6	6.7	9.1	11.3	14.6	19.8	23.8	23.6	19.9	14.5	9.7	6.4
Temperatura min. (°C)	1	1.6	3.7	5.7	8.8	13	16.3	16.4	13.4	8.9	4.8	2.2
Temperatura máx. (°C)	10.3	11.9	14.5	17	20.5	26.6	31.4	30.8	26.5	20.1	14.6	10.7
Temperatura media (°F)	42.1	44.1	48.4	52.3	58.3	67.6	74.8	74.5	67.8	58.1	49.5	43.5
Temperatura min. (°F)	33.8	34.9	38.7	42.3	47.8	55.4	61.3	61.5	56.1	48.0	40.6	36.0
Temperatura máx. (°F)	50.5	53.4	58.1	62.6	68.9	79.9	88.5	87.4	79.7	68.2	58.3	51.3
Precipitación (mm)	43	43	51	58	47	23	9	12	28	49	46	48

Hay una diferencia de 49 mm de precipitación entre los meses más secos y los más húmedos. La variación en las temperaturas durante todo el año es 18.2 ° C.

Las heladas son frecuentes, De Octubre- Abril.

Por término medio Huéscar recibe una media de 48 días de lluvia al año. Las precipitaciones son muy variables, de tal manera que en la cabecera del río Barbata nos podemos encontrar una media de 80 días de lluvia al año, mientras que en Huéscar ciudad la media no pasa de 41 días anuales. Los meses mas lluviosos corresponden a Abril y Diciembre, seguidos de marzo y enero. El menos lluvioso de todos es Julio.

Este contraste climático en muy importante para la agricultura, y para la población con una gran incidencia en la misma y en su salud

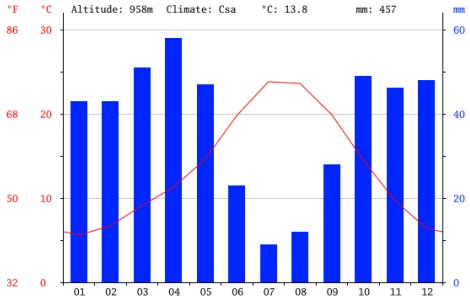


Figura 1

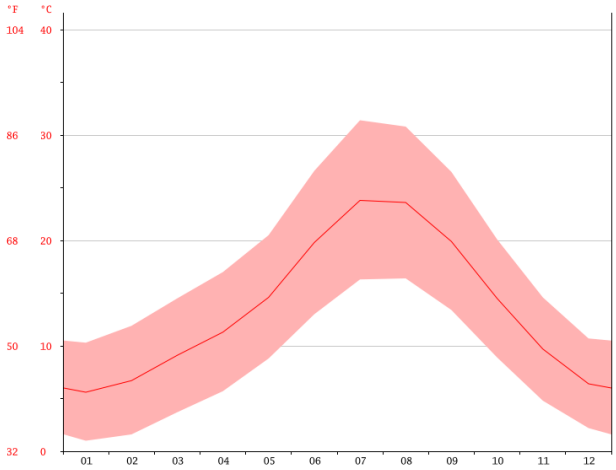


Figura 2

Julio es el mes más cálido del año. La temperatura en julio promedios 23.8 ° C. Las temperaturas medias más bajas del año se producen en enero, cuando está alrededor de 5.6 ° C. (Gráfico 2)

El mes más seco es julio, con 9 mm de lluvia. La mayor cantidad de precipitación ocurre en abril, con un promedio de 58 mm. (Grafico1)

Fuente: https://es.climate-data.org/location/57022/

Haciendo referencia a la vegetación, no existen formaciones arbóreas importantes por el alto grado desertización; las especies que dominan son las coníferas, pino pinaster, roble y encina; algunas sabinas; las famosas sequoias , y algunos árboles de ribera : chopos, álamos blancos ….

La vegetación arbustiva y de estepa la componen en asociaciones con la vegetación arbórea :coscojas, sabinas, retamas, lentisco, romero. Esparto…

Extensión superficial en Km2	**468**
Altitud sobre el nivel del mar	**952**
Número de núcleos componen el municipio	**6**
Densidad de población	**17,58**
Porcentaje Superficie Provincial	**3,78%**

2.2.- Lo que nos dicen los datos y las cifras

-Población

Según datos extraídos del padrón municipal de habitantes y del Instituto Estadística de Andalucía (IECA), la distribución de la población de Huéscar por núcleos de población es la siguiente:

Núcleo	Población		
	Total	Hombres	Mujeres
HUESCAR	7.677	3.790	3.887
BARRIO NUEVO	492	275	217
BARRIO NUEVO DE SAN CLEMENTE	316	162	154
HUESCAR	6.613	3.209	3.404
CANAL DE SAN CLEMENTE	17	8	9
DUDA	28	13	15
PARRA (LA)	30	17	13
Población en diseminados	181	106	75

Población total. 2015	**7.677**		Número de extranjeros. 2015	**216**
Población. Hombres. 2015	**3.790**		Principal procedencia de los extranjeros residentes. 2015	**Reino Unido**
Población. Mujeres. 2015	**3.887**		Porcentaje que representa respecto total de extranjeros. 2015	**33,33**
Población en núcleos. 2015	**7.496**		Emigraciones. 2014	**230**
Población en diseminados. 2015	**181**		Inmigraciones. 2014	**168**
Porcentaje de población menor de 20 años. 2015	**19,36**		Nacimientos. 2014	**47**
Porcentaje de población mayor de 65 años. 2015	**23,28**		Defunciones. 2014	**99**

Incremento relativo de la población en diez años. 2015	**-6,66**		Matrimonios de distinto sexo. 2014	**13**

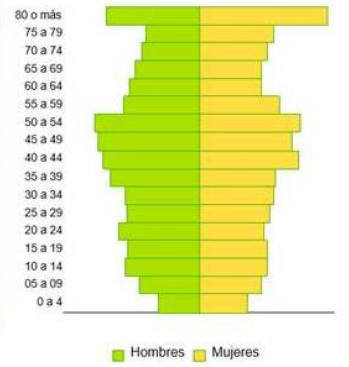
2. POBLACIÓN

Población

Hombres	3.759
% Población Hombres	49,40%
Mujeres	3.850
% Población Mujeres	50,60%
Total	7.609
% Población Provincial	0,83%

Población por grupos de edad y pirámide poblacional

Grupo Edad	Población		
	HOMBRE	MUJER	Total
0 a 4	121	143	264
05 a 09	177	186	363
10 a 14	217	200	417
15 a 19	211	199	410
20 a 24	238	194	432
25 a 29	212	207	419
30 a 34	218	221	439
35 a 39	261	225	486
40 a 44	283	294	577
45 a 49	299	275	574
50 a 54	306	299	605
55 a 59	222	236	458
60 a 64	206	186	392
65 a 69	189	185	374
70 a 74	169	200	369
75 a 79	155	220	375
80 o más	275	380	655
Total	3.759	3.850	7.609



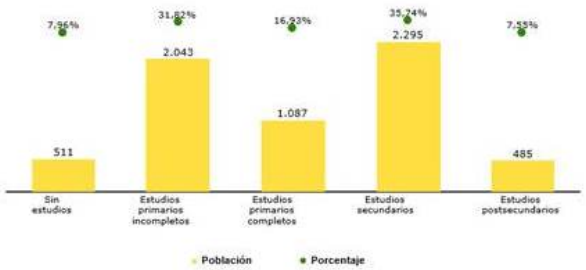
Servicio Andaluz de Empleo
CONSEJERÍA DE EMPLEO, EMPRESA Y COMERCIO

UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo

Tasas demográficas	Municipio	Provincia	Andalucía
Tasa de juventud	11,07%	11,01%	10,78%
Índice de Vejez	23,30%	17,29%	16,32%
Índice de Maternidad	16,35%	19,42%	20,74%
Índice de Tendencia	72,73%	83,08%	85,38%
Índice de Reemplazo	100,12%	101,08%	100,54%
Índice de Dependencia	58,79%	48,64%	48,22%
Índice de Renovación de la Población Activa	99,06%	0,00%	92,80%

Población por nivel de instrucción

Nivel Formativo	HOMBRE		MUJER		Total	
	Población	Porcentajes	Población	Porcentajes	Población	Porcentajes
Sin estudios	167	5,32%	344	10,49%	511	7,96%
Estudios primarios incompletos	1.003	31,93%	1.040	31,71%	2.043	31,82%
Estudios primarios completos	589	18,75%	498	15,18%	1.087	16,93%
Estudios secundarios	1.165	37,09%	1.130	34,45%	2.295	35,74%
Estudios postsecundarios	217	6,91%	268	8,17%	485	7,55%
Total	3.141	100,00%	3.280	100,00%	6.421	100,00%



Población Inmigrante

	Municipio	Provincia	Andalucía
Personas Inmigantes	220	57.703	620.006
Tasa de población inmigrante	2,89	6,30	7,39

Continente	Nacionalidad	HOMBRE		MUJER	
		Población	Porcentajes	Población	Porcentajes
UNIÓN EUROPEA	RESTO UE	15	14,02%	17	15,04%
	RESTO EUROPA NO UE	0	0,00%	0	0,00%
	BULGARIA	0	0,00%	0	0,00%
	FRANCIA	1	0,93%	3	2,65%
	ALEMANIA	0	0,00%	1	0,88%
	ITALIA	0	0,00%	0	0,00%
	RUMANIA	10	9,35%	15	13,27%
	REINO UNIDO	33	30,84%	30	26,55%
RESTO DE EUROPA	RUSIA, FEDERACION DE	0	0,00%	2	1,77%
	UCRANIA	0	0,00%	0	0,00%
CENTROAMÉRICA	RESTO PERSONAS EXTRANJERAS	1	0,93%	0	0,00%
AMÉRICA DEL SUR	RESTO AMÉRICA	6	5,61%	12	10,62%
	ARGENTINA	1	0,93%	1	0,88%
	BOLIVIA	5	4,67%	2	1,77%
	COLOMBIA	0	0,00%	5	4,42%
	ECUADOR	2	1,87%	1	0,88%
	PERÚ	0	0,00%	0	0,00%
AMÉRICA DEL NORTE	RESTO ASIA	4	3,74%	1	0,88%
	CHINA	3	2,80%	5	4,42%
ÁFRICA	RESTO ÁFRICA	6	5,61%	1	0,88%
	MARRUECOS	20	18,69%	17	15,04%

Fuente: **Observatorio Argos. Consejería de Empleo. Septiembre 2017**

- Sociedad

Centros de Infantil. 2013	**4**		Centros de salud. 2013	**1**
Centros de Primaria. 2013	**3**		Consultorios. 2013	**0**
Centros de Enseñanza Secundaria Obligatoria. 2013	**2**		Viviendas familiares principales. 2011	**3.001**
Centros de Bachillerato. 2013	**3**		Viviendas destinadas a alquiler. 2012	**0**
Centros C.F. de Grado Medio. 2013	**2**		Viviendas destinadas para la venta. 2012	**0**
Centros C.F. de Grado Superior. 2013	**1**		Viviendas rehabilitadas. 2012	**0**
Centros de educación de adultos. 2013	**1**		Transacciones inmobiliarias. 2014	**34**
Bibliotecas públicas. 2013	**1**		Número de pantallas de cine. 2015	**0**

- Indicadores socio demográficos

En esta tabla se recogen una serie de indicadores, con datos básicos del municipio de Huéscar:

Indicadores 2016	Valor
Edad media población general	44,46
Incremento relativo población empadronada (2015-2011)	-3,72
Índice de ruralidad	-0,48
Índice de sobre-envejecimiento	16,68
Índice dependencia	38,62
Índice generacional de ancianos	1,72
Índice juventud	15,34
Índice vejez	151,70
Tasa Población extranjera	2,82
Razón de sexo (H/M)	97,50
Razón de sexo población extranjera (H/M)	96
Tasa Bruta de Mortalidad	12,90
Tasa bruta de natalidad	6,12
Tasa global de fecundidad	28,50
Índice de maternidad	17,40
Índice de reemplazo	108,71

Fuente. Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública. Vigía 2016
Distrito Sanitario Granada-Metropolitano y Área de Gestión Sanitaria Nordeste

- *Indicadores Socio económicos*

En esta tabla se recogen una serie de indicadores, con datos básicos del municipio de Huéscar, a nivel socio-económico:

Indicadores (2016)	Valor
% Tierras ocupadas por cultivos herbáceos regadío sobre total superficie	57
% Tierras ocupadas por cultivos herbáceos secano sobre total superficie	87,14
% Tierras ocupadas por cultivos leñosos regadío sobre total superficie	89,70
% Tierras ocupadas por cultivos leñosos secano sobre total superficie	85,11
Índice de privación material	2,04
Índice sintético de bienestar	96,1
Nº de hombres parados	319
Nº de mujeres paradas	377
Nº establecimientos con actividad económica de 20 y más trabajadores/as sobre el total de establecimientos	13
Nº establecimientos con actividad económica de 6-19 trabajadores/as sobre el total de establecimientos	14
Nº establecimientos con actividad económica hasta 5 trabajadores/as sobre el total de establecimientos	506
Nº total de parados/as	696
Plazas establecimientos hoteleros turismo rural	31
Renta bruta per cápita	7.379,12
Tasa de vehículos por habitantes	0,82
Total de Restaurantes	10
Total Plazas de los Establecimientos hoteleros (se incluye hoteles, hostales y pensiones)	238
% establecimientos de construcción	10,63

% establecimientos servicios	74,77
% establecimientos industria	14,59

Fuente. Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública. Vigía 2016
Distrito Sanitario Granada-Metropolitano

- Otros.

3.MERCADO DE TRABAJO

Demandantes de empleo

Demandantes por sector de actividad económica

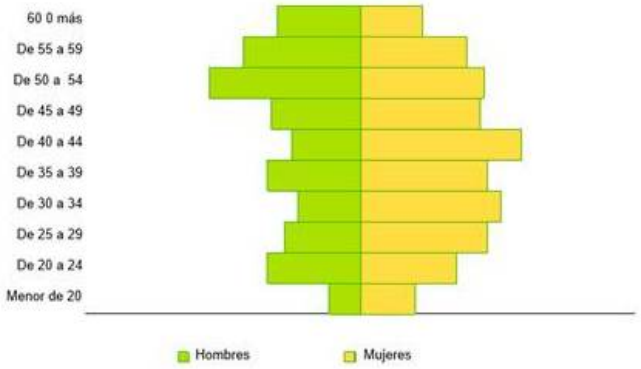
Sector	HOMBRE		MUJER	
	Demandantes	Porcentajes	Demandantes	Porcentajes
AGRICULTURA Y PESCA	120	27,97%	189	27,55%
CONSTRUCCION	88	20,51%	76	11,08%
INDUSTRIA	21	4,90%	22	3,21%
SERVICIOS	177	41,26%	362	52,77%
SIN EMPLEO ANTERIOR	23	5,36%	37	5,39%
Total	429	100,00%	686	100,00%

Paro Registrado en el Municipio

Sexo	Municipio	Provincia	Andalucía
HOMBRE	251	40.148	357.995
MUJER	326	46.843	483.890
Total	577	86.991	841.885

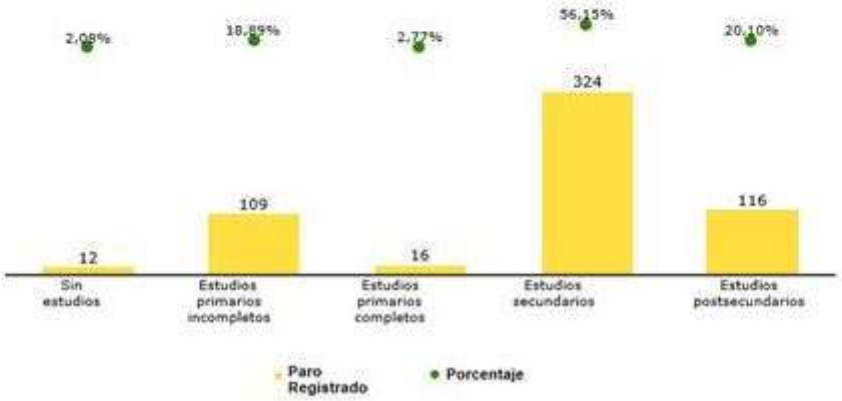
Paro registrado por sexo y edad

Grupo Edad	HOMBRE		MUJER		Total	
	Paro	Porcentaje	Paro	Porcentaje	Paro	Porcentaje
Menor de 20	9	3,59%	16	4,91%	25	4,33%
De 20 a 24	27	10,76%	28	8,59%	55	9,53%
De 25 a 29	22	8,76%	37	11,35%	59	10,23%
De 30 a 34	18	7,17%	41	12,58%	59	10,23%
De 35 a 39	27	10,76%	37	11,35%	64	11,09%
De 40 a 44	20	7,97%	47	14,42%	67	11,61%
De 45 a 49	26	10,36%	35	10,74%	61	10,57%
De 50 a 54	44	17,53%	36	11,04%	80	13,86%
De 55 a 59	34	13,55%	31	9,51%	65	11,27%
60 0 más	24	9,56%	18	5,52%	42	7,28%
Total	251	100,00%	326	100,00%	577	100,00%



Paro registrado por sexo y nivel formativo

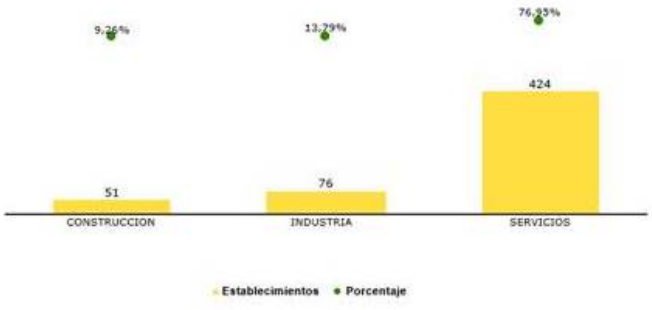
Nivel Formativo	HOMBRE		MUJER		Total	
	Paro	Porcentaje	Paro	Porcentaje	Paro	Porcentaje
Sin estudios	5	1,99%	7	2,15%	12	2,08%
Estudios primarios incompletos	56	22,31%	53	16,26%	109	18,89%
Estudios primarios completos	12	4,78%	4	1,23%	16	2,77%
Estudios secundarios	140	55,78%	184	56,44%	324	56,15%
Estudios postsecundarios	38	15,14%	78	23,93%	116	20,10%
Total	251	100,00%	326	100,00%	577	100,00%



4. ACTIVIDAD ECONÓMICA

Establecimientos

Sector	Municipio	% en Municipio	Provincia	% de Provincia	Andalucía	% de Andalucía
CONSTRUCCION	51	9,26%	5.622	8,88%	46.345	8,29%
INDUSTRIA	76	13,79%	4.629	7,31%	37.808	6,76%
SERVICIOS	424	76,95%	53.088	83,82%	474.952	84,95%
Total	551	100,00%	63.339	100,00%	559.105	100,00%



Servicio Andaluz de Empleo
CONSEJERÍA DE EMPLEO, EMPRESA Y COMERCIO

UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo

Fuente: Observatorio Argos. Consejería de Empleo, Empresa y Comercio. Servicio Andaluz de Empleo. Septiembre 2017

3.- Los Orígenes y porqué un Plan Local de Salud

3.1.- Planificación

Es fundamental poner en valor la sinergia de todos los sectores, públicos y privados, para centrar sus objetivos, acciones y recursos hacia la misma dirección: la búsqueda de la mayor calidad de vida de la ciudadanía en los entornos donde ésta desarrolla su vida, ya que se es consciente de que el sector sanitario no puede por sí sólo abordar todos los aspectos relacionados con estilos de vida saludables, como la educación, la vivienda, el medioambiente, servicios sociales, tráfico, deporte…

Para poner en marcha el proyecto, son indispensables: el territorio y beneficiarios, la planificación conjunta de los sectores y los recursos compartidos con los que contamos

En lo que respecta a la salud**, la ciudadanía demanda cada vez más, no solo tener acceso a una atención sanitaria de calidad que resuelva sus problemas de salud, sino vivir en un entorno ya sea social, laboral o de ocio, seguro y saludable**; en el que se le garantice la seguridad de los alimentos, la calidad del aire que respira y la potabilidad de las aguas que consume y de la salubridad e higiene del entorno medioambiental en el que vive.

Sobre **la salud** actúan diversos determinantes o factores, que es necesario tener en cuenta a la hora de delimitar el concepto de salud, y que hacen referencia a aspectos tan variados como factores biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos.

Es fundamental promover el **conocimiento de los factores medioambientales y sociales** sobre la salud, facilitar la creación de entornos saludables, fomentar las acciones tendentes a evitar, reducir o retrasar el inicio y desarrollo de los factores de riesgo.

Para conseguir una comunidad más sana con estos criterios, significa dirigir las actuaciones hacia **los determinantes de la salud** y por ello hacia los sectores competentes.

En este sentido, **el nuevo modelo de Salud Pública (SP) en Andalucía,** tiene la misión de *“trabajar por mejorar la salud de la población”*

En este contexto, se concibe un campo de trabajo local, en el espacio de encuentro más cercano a la ciudadanía, donde ésta desarrolla su convivencia, establece sus relaciones y construye su entorno.

Y todo ello tomando como punto de partida : el lugar donde viven y se desenvuelven las personas .

La intervención local comienza por la identificación, descripción y dirección de una red, en la que actúen todos los agentes que pueden influir en la salud de un determinado territorio, sin solapar funciones y actuaciones pero compartiendo y consensuando responsabilidades y actuaciones colaborativas con otras Instituciones o servicios públicos

La **Planificación Municipa**l así entendida, no es posible sin una **Participación Ciudadana** activa, continua y capaz de aglutinar el mayor número de colectivos. Sin duda, la implicación de la propia ciudadanía favorece la efectividad de las intervenciones en salud, sin detrimento de la responsabilidad adquirida y volcada democráticamente en las instituciones de gobierno local tal como lo es referente a la salud

Ello exige un nivel de corresponsabilidad superior a la hora de centrar la misión de cada nivel institucional de forma cooperativa. Este proyecto significa **la continuidad de un trabajo en el municipio de Huéscar, donde la intersectorialidad, la participación ciudadana y el apoyo institucional** juegan un papel fundamental .

La salud es el estado de completo bienestar **físico, mental y** social y está determinada por : *estilos de vida,* relacionados con: alimentación, el sedentarismo, ***el ejercicio*** , el estrés, los accidentes, la sexualidad no responsable y la utilización de los servicios sanitarios ; *medio ambiente* ; *asistencia sanitaria* y *naturaleza humana*

De ahí actuar con un I Plan Local de Salud y Relas.

3.2 Marco normativo de apoyo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978 ya habla de "Salud para todos en el siglo XXI" buscando la equidad y solidaridad en salud. Y e**n este contexto, legalmente y en Andalucía, la Ley 16/2011 de 23 de Diciembre de salud pública de Andalucía**, representa el marco legislativo más amplio para la administración en materia de protección de la salud; con ella se potencia el papel de los Municipios, a los que corresponde velar en sus respectivos territorios por la protección y la promoción de la salud de la población en las competencias que puedan asumir.

El concepto actual de salud pública se define como el "esfuerzo organizado por la sociedad para prevenir la enfermedad, proteger, promover y restaurar la salud y prolongar la vida", siendo obligación de los responsables públicos trabajar para mejorar la salud de la población, y para ello es necesario crear las condiciones estructurales en la sociedad y en las condiciones de vida de la población mas desfavorecedoras para la salud. Asimismo promoviendo conductas individuales y estilos de vida mas saludables y minimizar la perdida de salud.

El nuevo estatuto confiere a los Ayuntamientos mayor protagonismo y recoge que es competencia municipal la elaboración, implantación y ejecución de su Plan Local de salud al igual que el desarrollo de políticas de acción local y comunitaria en materia de salud.

El Plan Andaluz de salud entre sus líneas prioritarias propone la definición y el desarrollo del nuevo modelo integrado de salud pública para abordar la salud identificando la Acción Local como uno de sus ejes transversales de actuación para alcanzar los objetivos, siendo este el punto de partida del proyecto RELAS, ya que contempla una estrategia de descentralización de forma que todos los programas de promoción y prevención de la salud pública se acerquen hasta el ámbito más cercano a los ciudadanos, es decir, el nivel local.

Nos encontramos con ello en Huéscar, hacia el avance de creación del **I Plan Local de Salud**, con el objetivo de trasladar lo planificado a la realidad mediante la ejecución de las acciones allí donde surgen los problemas, en un espacio inmediato y contando con los protagonistas.

En este enclave, **y desde el Ayuntamiento de Huéscar y las diferentes áreas municipales se está trabajando de forma coordinada en la creación de las mejores condiciones estructurales del municipio** para mejorar las condiciones de vida de la ciudadanía de Huéscar, promoviendo estilos de vida y comportamientos individuales y colectivos más saludables, luchando contra las

enfermedades y potenciando las condiciones de salud, promoviendo en gran medida a la progresiva implantación en el nivel local de la estrategia de la salud en todas las políticas.

2. El Ayuntamiento de Huéscar.

El Ayuntamiento de Huéscar está dividido en distintas áreas funcionales como son:

- Igualdad, Seguridad Ciudadana, Gobernación, Policía Local, Protocolo, Relaciones Institucionales y Comunicación

- Economía, Hacienda, Presupuestos, Patrimonio, Contratación, Sanidad y Consumo, Abastecimiento, Transparencia y Participación Ciudadana

- Urbanismo, Infraestructuras Publicas, Desarrollo, Fomento, Comercio, Agricultura, Ganadería y Aguas de Riego

- Recursos Humanos, Pfea, Empleo, Educación, Deportes, Juventud y Redes Sociales

- Bienestar Social, Turismo, Cultura, Fiestas, Escuela y Banda De Música

- Servicios Generales, Mantenimiento, Medio Ambiente, Parques y Jardines, Áreas Recreativas, Agrupación de Voluntarios de Protección Civil, Abastos, Mercados y Parque Móvil

3.3.- Grupo Motor y La Red Local de Salud (Relas)

El proyecto de la Red Local de Acción en Salud (RELAS) nace con la misión de "aprender a hacer" con los diferentes gobiernos locales, en el marco de la nueva salud pública. Para ello, se seleccionaron una serie de Ayuntamientos de Andalucía, de diferentes características, con el objetivo de poder concretar una ***Estrategia de acción local****, a través de un pilotaje,* capaz de dar respuesta a los problemas de salud pública del territorio, mediante acciones colectivas de funcionamiento en red.

Para el desarrollo de este proyecto, **en Abril de 2012**, se inició el proceso del proyecto RELAS en nuestra localidad, a través del Grupo Motor.

Este **Grupo Motor (en adelante GM),** que cuenta con un coordinador político así como una coordinación técnica,¿? una red local que incorpora a todos los sectores implicados para actuar con una planificación, ejecución y evaluación del proyecto de forma consensuada. Este grupo motor partió de la formación ¿? recibida a distintos colectivos, instituciones y asociaciones del Municipio, como decíamos anteriormente. Dicho grupo motor está formado por:

- Representantes de la Delegación de Salud de la Junta de Andalucía
- Centro de Salud de Huéscar
- Representantes del Centro Municipal de La Mujer de Huéscar
- Áreas de Concejalías de Sanidad, Urbanismo Cultura, Recursos Humanos, del Ayuntamiento de Huéscar
- Representantes de Servicios Sociales Comunitarios
- Representante del Centro Guadalinfo de Huéscar
- Policía Local de Huéscar

El Grupo Motor desempeña unas funciones concretas:

- El diseño, seguimiento, planificación y dinamización del Plan Local de Salud (PLS)

- La coordinación de las mesas/equipos/grupos de trabajo.

- La interlocución con los/as dirigentes.

- La consulta de necesidades, expectativas y propuestas de la ciudadanía.

- La búsqueda compartida de recursos y su gestión.

- Aportar la visión global de los recursos disponibles para optimizar y no duplicar.

- La integración de los recursos de las Instituciones y otras Entidades.

- La evaluación del Plan

En el grupo, se lleva a cabo una sistemática línea de trabajo mediante reuniones ordinarias periódicas, con convocatoria establecida y propuestas de acciones a realizar por los distintos integrantes del mismo **.GTT** **(** Grupos de Trabajo) El grupo ha realizado un informe de la salud,¿? una aproximación a la situación de la salud.

Proyectos de apoyo y Actividades Permanentes

El carácter intersectorial de este Plan Local de Salud (PLS) y de su plan de acción (PALS), implica no sólo un trabajo continuado en el tiempo y en el espacio durante todo este largo recorrido, que se inició en 2012, sino que también implica la puesta en marcha de diferentes proyectos de intervención, para reforzar, para poner en valor y sobre todo, para darle difusión a todo el trabajo desarrollado desde el año 2012.

Hasta el momento, podemos destacar, que la iniciativa de la **"Semana de la Salud", es un eje primordial en este proceso, que se inicia en 2015**, con una serie de actividades organizadas, durante una semana, dándole cabida a todas las instituciones presentes en el territorio, así como al tejido asociativo, empresas, comercios y ciudadanía en general, con la intención de poner en valor, toda una serie de actividades vinculadas con la salud, organizadas para ese día en concreto, pero que realmente, se realizan durante todo el año.

Este evento de la "Semana de la Salud", como evento aglutinador, contenedor, ha ido poco a poco creciendo, hasta convertirse en un evento organizado con actividades durante una semana entera, por tanto, permitiendo, llegar a más personas e implicando a más instituciones y profesionales, que ya por tanto, va por la 2ª edición , año 2016, y 3ª edición en este 2017.

Tampoco debemos olvidarnos, de otras muchas actividades organizadas, a raíz de la puesta en marcha del proyecto RELAS en nuestro municipio, vinculadas a actividades relacionadas con días mundiales y proyectos (Sobre ruedas y Road Show, Por un millón de pasos, Salud de las Mujeres, tabaquismo, Salud en general,...).

Presentación del Plan Local de Salud

Este Plan Local de Salud de Huéscar, su aprobación en pleno, que tiene previsto su celebración**, durante el mes de ..... de 2017.**

Se acuerda por parte de la corporación municipal, **que el período de ejecución del I Plan Local de Salud de Huéscar, será 2018-2020???** (ambos inclusive).

Y por último, la presentación de dicho Plan Local de Salud, tendrá lugar el día..... coincidiendo con ……., en un acto público celebrado en nuestra localidad, con la intención de dar a conocer el contenido y el compromiso de este documento, así como, la organización de una serie de actividades paralelas, invitando a tal acto, a todas las personas y profesionales que han participado, a todas las instituciones presentes, a las asociaciones, y ciudadanía en general.

3. OBJETIVO GENERAL

- **Promover la mejora de la salud física, mental y social , calidad de vida y medio ambiente de la población de Huéscar**

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Propiciar la responsabilización en autocuidados para la gestión de la propia salud
- Fomentar actuaciones generadoras de una vida activa .
- Promover acciones para la mejora salud emocional y mental de la población de Huéscar
- Propiciar la solicitud de especialidades médicas en el municipio
- Desarrollar una red local de acción en salud para llevar a cabo los objetivos de salud al nivel más próximo de la ciudadanía.
- Recoger la planificación, ordenación y coordinación de las actuaciones que se realicen en materia de salud pública en el municipio de Huéscar
- Formación sobre la alimentación en referencia a las materias primas del municipio y recursos autóctonos, como base fundamental de bienestar de la población
- Fomentar la higienización de la población oscense y su entorno vital, reciclaje , residuos, depuración, etc.
- Promover acciones de control en núcleos zoológicos del casco urbano y su control: roedores, pulgas, gatos, perros, y otros que puedan afectar a la población oscense

- Controlar de forma exhaustiva la cloración de las aguas potables y su efecto en la salud de l@s oscenses.

- Concienciar sobre el control de las aguas subterráneas, acuíferos., y su repercusión en la salud de la población.

- Concienciar sobre control de eliminación de residuos, basuras, etc.

- Sensibilizar sobre el reciclaje, reutilización de residuos y su impacto para la salud

- Informar sobre el uso de las nuevas tecnologías, radiaciones y su repercusión en el medio ambiente de la población oscense

    - Priorizar y desarrollar herramientas de participación ciudadana y que la población oscense se convierta en su propio agente de cambio en materia de salud.

- Orientar y apoyar los sectores con responsabilidades y competencias relacionadas con la salud para integrar el sector y lograr el desarrollo municipal.

- Fijar la repercusión positiva del Proyecto del Geoparque del Cuaternario, como referencia de y por la población oscense.

LINEAS DE TRABAJO. Problemas de Salud detectados

El proceso generado desde sus inicios, supone que en el seno del Grupo Motor,(**GM**) como impulsor de este I Plan Local de Salud, y según los problemas priorizados, se ha tomado la decisión de establecer unas **líneas de trabajo** en las que giran las acciones a desarrollar en este **I Plan Local de Salud de Huéscar**, que se tratarán y reforzarán según los grupos de edad más vulnerables a los mismos, habiendo líneas que afectan por igual a toda la población oscense.

Problemas de salud/factores de riesgo identificados y priorizados:

1. Sedentarismo

2. Obesidad y obesidad infantil

3. Trastornos alimenticios: anorexia, bulimia y Otros trastornos.

4. Enfermedades degenerativas: alzheimer

5. Trastornos depresivos y mentales

6.- Salud ambiental y social

7.- Alimentación y componentes

8.- Cancer -piel ¿?

9.- Salud Laboral- Farmacias

10.- Primeros auxilios

6 . Guía metodológica

La metodología de trabajo ha seguido una serie de fases:

Se parte de:

- **Informe de salud**,¿? documento inicial, que supone el punto de partida, con la visión parcial desde Salud, el primer paso hacia el Perfil de Salud.

- **Delimitación/identificación de los agentes clave**, actualizando la red generada anteriormente, para generar la intersectorialidad y la participación en el proceso de construcción del PLS (plan local de salud), agentes clave definidos como :

-

. ***"…entidades, organismos, profesionales y población en general, que pueden ser considerados activos en salud, por sus aportaciones y por sus sinergias hacia la construcción de un plan local de salud***"

- **Identificación/detección de problemas de salud y/o factores de riesgo,** de soluciones y activos en salud, a través de un cuestionario básico, que se ha pasado a una muestra representativa de todos los sectores y colectivos de la localidad de Huéscar.

- **Análisis de la información recogida y** elaboración de un informe de resultados. La relación de problemas identificados y priorizados son:

1. Sedentarismo

Se detectó en el estudio (**GM**) el problema del sedentarismo y falta de actividad física con el tema de la mala alimentación, siendo *factores importantes del* ***aumento de la obesidad y sobrepeso en la población****.*

La gran mayoría de las personas con las que se ha trabajado, ven el deporte como una importante herramienta para la promoción de la salud, mejorando el bienestar físico y psicológico de la ciudadanía. En este sentido cobra particular importancia el conocimiento y acceso que tenga la población a estos recursos existentes.

Un factor importante que destacan es que Huéscar tiene una buena oferta deportiva, instalaciones adecuadas y un entorno privilegiado para la práctica deportiva.

Únicamente se resalta negativamente la distribución urbanística de la ciudad, con inadecuados carriles bici, que no cumplen la normativa y la dificultad de hacer actividades en la ciudad .

La práctica de ejercicio físico regular es más frecuente en la población juvenil, especialmente los hombres, disminuyendo con la edad y desapareciendo las diferencias de género a partir del grupo de edad de 45 a 54 años. El sedentarismo en mayor en la mujer y va disminuyendo con la edad.

Se ha subrayado el factor de desigualdad de práctica deportiva en las mujeres. Se destaca como hecho que éstas practican menos deporte, por diversos factores culturales, sociales..., afectando a su calidad de vida y nivel de salud. Aunque se reconoce que cada vez más la mujer practica actividades deportivas, todavía existen importantes diferencias.

El sedentarismo según la percepción de la población oscense está relacionado con el **cambio de hábitos sociales**, el **abuso de las nuevas tecnologías**, e incluso con la crisis económica actual que provoca apatía en la ciudadanía, falta de actividad social, depresión etc...

Con lo cual se tienen que tomar medidas en este ámbito, tales como :

- Mantener un compromiso con el fomento del deporte

- Potenciar la difusión de oferta de actividades físicas del municipio en diferentes sectores

- Promover campañas de concienciación para práctica de actividad física saludable.

- Coordinación entre los diferentes agentes: Centro Salud, Centros Educativos, Centro de la Mujer, Casa de la Juventud, Asociaciones deportivas y culturales , Gimnasios, Centros Deportivos, etc

Haciendo más hincapié en la población diana: Menores, mujeres, personas mayores, personas discapacitadas y personas adultas

2. Obesidad y obesidad infantil

Se trata de una problemática ampliamente reconocida por el **GM** (Grupo Motor) . Se considera fundamental mantener unos correctos hábitos alimentarios para el desarrollo físico y psíquico de la ciudadanía.

Existe una percepción de que **la alimentación de la juventud y la infancia** en nuestra localidad no es correcta y hay una gran preocupación por este tema.

Se coincide en identificar la **mala alimentación y la falta de actividad física** como causas principales en el aumento de casos de obesidad y sobrepeso, especialmente la obesidad infantil.

La educación alimentaria es fundamental, para inculcar buenos hábitos alimentarios, se ve necesario el trabajo con la población infantil y jóvenes, **actuando desde la institución educativa y la familia**.

El factor económico está condicionando el consumo y estilo de vida de las familias y como consecuencia la calidad de lo que comen. Es destacable observar que la crisis económica ha afectado enormemente los hábitos alimentarios, para algunas personas entrevistadas, empeora la calidad de la alimentación, también se destaca que a pesar de tener que reducir gastos en consumo, no han disminuido algunos alimentos no saludables.

Prácticamente todas las personas entrevistadas han resaltado que **no existe conciencia del problema**, la ciudadanía puede practicar durante años malas prácticas alimentarias que afectan a su salud y el desarrollo de enfermedades derivadas de unos malos hábitos alimentarios, pero no se considera un problema hasta que llega la enfermedad y se acude al médico.

A la hora de intervenir sobre esta problemática se requiere trabajar de manera coordinada entre varias instituciones, unido a la participación de la familia y asociaciones. Se plantean entre otras una serie de medidas:

- Dar a conocer los productos y alimentos autóctonos y otros que compongan una alimentación sana

- Conocimiento de los beneficios que lleva consigo una dieta equilibrada

- Incentivar el consumo de alimentos saludables, haciendo hincapié en las etapas decisivas de la persona : infancia y adolescencia

- Reforzar el consumo de alimentos, comidas tradicionales típicas y sanas de nuestra ciudad.

Como población diana estaría : Población general, infancia y adolescencia, madres y padres, responsables de comedores escolares, catering, guarderías, personal de hostelería...

3. Trastornos alimenticios: anorexia, bulimia y otros trastornos.

La alimentación como proceso fisiológico, se encuentra en el ser humano fuertemente influido por aspectos psicológicos. Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), tienen criterios diagnósticos recogidos en la clasificación DSM IV de salud mental. El abordaje de estos problemas, se realiza por tanto desde la doble vertiente; fisiológica, tratando las alteraciones biológicas que sufren las personas afectadas y psicológica, tratando las motivaciones íntimas que llevan al desencadenamiento y mantenimiento de estos comportamientos.
Como la mayoría de las enfermedades, los trastornos de la conducta alimentaria inician su proceso patológico de forma sinuosa y se van afianzando y agravando a lo largo del tiempo, complicando cada vez más su tratamiento y resolución. Por tanto la prevención primaria, es el abordaje, que de ser posible, aporta mayores beneficios, ya que a través de ella se pretende evitar la enfermedad desde antes de su inicio, eliminando los factores que la producen o creando instrumentos defensivos en el ser humano para su protección.
En segundo lugar la detección y tratamiento precoz de las patologías en general y en este caso de los TCA, especialmente detectadas : anorexia y bulimia aumenta las posibilidades de solución del problema, acortando la duración de los procesos y reduciendo el sufrimiento del paciente y su entorno.
Habría que considerar:

· Prevenir trastornos de la conducta alimentaria (TCA), como la anorexia y la bulimia, en población adolescente.
· Potenciar factores de protección frente a estas enfermedades.
· Facilitar el desarrollo de un pensamiento crítico frente al modelo estético corporal dominante impuesto socialmente. ·
. Poner en manos de los profesionales que trabajan con adolescentes (psicopedagogos, pedagogos, psicólogos, y docentes) un instrumento de trabajo, sencillo y válido, con el que desarrollar actividades de

promoción/educación para la Salud y prevenir los Trastornos de la Conducta Alimentaria.
Estaría adecuado un estudio, formación e información sobre :
Imagen corporal
Autoimagen y autoestima.
Alimentación y nutrición.
Medios de comunicación: la publicidad.
La población diana sería : Población joven , Familia, y formadores

4. Enfermedades degenerativas: alzheimer y otras demencias.

El abordaje del Alzheimer y otras demencias como prioridad de salud pública y un problema socio-sanitario de primer orden. Se ha convertido en la gran epidemia silenciosa del siglo XXI y en el gran reto para la¬ sostenibilidad de cualquier sistema sociosanitario, como consecuencia de la confluencia de varios factores relativos a su dimensionamiento y alcance, así como sobre su elevado impacto para las personas afectadas, sus familiares y personas cuidadoras y el conjunto de la sociedad , donde en nuestra población oscense existe un aumento importante, lo cual supone una de las principales causas de discapacidad y dependencia y graves limitaciones para la autonomía básica de las personas; devastador no solo para l@s pacientes si no para sus cuidadoras y cuidadores, para las familias , entre otros factores asociados

De este modo se puede plantear algunos ejes de actuación:

• Generar un grupo de trabajo en red entre las instituciones, asociaciones etc..
• Establecer objetivos comunes para el abordaje integral de las demencias.
• Impulsar el intercambio de conocimientos, experiencias y buenas prácticas entre profesionales e informar a las familias y cuidador@s
• Transferir a la sociedad los avances alcanzados en la lucha contra la enfermedad y la mejora de la calidad de vida.
• Coordinar las acciones sociosanitarias que se desarrollen a nivel local y comarcal en el ámbito de las demencias
. Experiencias con las Asociaciones de Alzheimer

La población diana , será la población adulta- tercera edad, Cuidador@s y Familias

5. Trastornos depresivos y mentales

Existe una percepción por parte de las personas del **GM** de aumento de problemas de salud relacionados con la salud mental (depresión reactiva, estrés, ansiedad, insomnio...), provocados o agravados por la situación económica que vive la sociedad hoy en día y otros problemas subyacentes

Huéscar sufre la crisis económica y la falta de empleo, precariedad laboral, riesgo a perder el puesto de trabajo, recortes salariales y derechos laborales, recortes en prestaciones y pensiones condiciona el estado de salud de la ciudadanía.

En algunos puntos se destaca el aumento de enfermedades somatógenas producidas por un desequilibrio mental, por lo que los problemas mentales están provocando el aumento de enfermedades físicas.

Se resalta por parte del GM, la necesidad de atender esta problemática y a la población afectada, se requiere una atención a la salud mental de la persona de una manera integral, evitando la sobremedicación que se utiliza en estos casos. Igualmente se ha destacado que no existen medios adecuados, ni campañas que atiendan estas problemáticas, especialmente la prevención y promoción de la salud mental.

Las personas entrevistadas han subrayado la importancia de **trabajar a nivel sociocomunitario**, la importancia del deporte y actividades al aire libre como actuaciones complementarias a las terapias, al igual que dar un enfoque más alternativo y abierto al tratamiento de las emociones.

Las mujeres, y las adolescentes aumentan este tipo de enfermedad, que también es influido por el sistema patriarcal que sufrimos.

Se contemplan una serie de medidas como:

- Favorecer la participación activa de usuari@s y familiares, mediante el apoyo al movimiento asociativo, sensibilización social y potenciación del voluntariado
- Promover estrategias de comunicación dirigida a la población en general, personas afectadas, familiares, profesionales, que ayuden a combatir el estigma social, promocionar la salud y prevenir la enfermedad mental
- Aumentar la coordinación y comunicación con los recursos existentes
- Potenciar la implicación y participación de la población, donde no se promocione el consumo de sustancias

6.- Salud Ambiental

Huéscar presenta una estructura muy especifica y donde haya que tener en cuenta una serie de parámetros para valorar , en cuanto al entorno urbano:

- Tener en cuenta la accesibilidad de todas las personas, con discapacidad, madres y padres con carritos, personas con carros de compra,,,,
- Los vallados correctos de los solares
- Los excrementos de los animales
- El mantenimiento y limpieza de calles, jardines y espacios públicos
- Aprovechamiento de las nuevas energías limpias.; solar, eólica...
- Puntos limpios.
- Control de contenedores y que estén soterrados.
- Evitar y controlar la contaminación acústica en lugares puntuales
- Análisis e información de riesgos de aguas residuales
- Análisis e información de Residuos Sólidos y otros
- Información de Aguas para consumo humano
- Cómo afecta la climatología (Geográfia de la salud – Biometeorología) en la población oscense

El entorno no urbano:

Hay que considerar la riqueza de nuestra foresta , nuestras aguas y manantiales, para que estén en las condiciones de máxima calidad, para la mejora, disfrute y optimización de la población oscense, concienciando del valor que tiene y cómo afecta a nuestra salud.

- Manantiales, Sierras, Parajes, rutas y senderos....

La Diana de población es general, aunque tratándose de sensibilización, es importante empezar con la población infantil.

- **Definición de la línea de trabajo**, en función de los problemas de salud y/o factores de riesgo, *priorizados, seleccionados y agrupados*.

El llevar a acabo una metodología participativa, como la que se ha tenido en estos años para el diseño del PLS, consideramos que ha servido a la vez para aunar esfuerzos entre todos los agentes y personal técnico.

La consecución de este Plan requiere de un compromiso y una implicación concienciada de todas las personas y de un respaldo institucional.

Agradecer a todas las personas participantes que han querido invertir su tiempo en el diseño de este PLS de Huéscar. Y desde ahora se trabajara el **GM (**Grupo Motor) **y GTT** (Grupos de Trabajo - Coordinados)

7.- líneas de actuación

- ***A. INFANCIA Y ADOLESCENCIA***

Fundamentación

La población infantil y adolescente forma el % más bajo de población del municipio de Huéscar. Son la base fundamental de la pirámide y muy vulnerable. Hay una serie de problemas de salud que tenemos que tener en cuenta en este tramo de población, tal como obesidad infantil, sedentarismo, asma y enfermedades respiratorias y alergias escasez de recursos para población infantil con discapacidad, necesidad de educación el valores, en coeducación.
En la adolescencia: consumo de sustancias tóxicas a edades tempranas,(alcohol y tabaco)…,conductas de riesgo que acaban en accidentes de tráfico, embarazos no deseados, accidentes laborales, conflicto intergeneracional con los padres , malos hábitos alimenticios (obesidad, anorexia y bulimia…), sedentarismo (causas de problemas de espalda), exceso de preocupación por el físico: los falsos modelos que nos presentan en los medios, nuevas tecnologías y su uso negativo: consecuencias , falta de modelos que representes conductas solidarias, que trasladen el esfuerzo y la recompensa……

Objetivo general

- **A. INFANCIA Y ADOLESCENCIA:**

Facilitar, Informar , sensibilizar la participación de la población infantil y juvenil de los beneficios de una vida saludable.

OBJETIVOS	***MEDIDAS***
- Fomentar una cultura preventiva en ámbitos de seguridad vial y cuidados en el hogar - Propiciar hábitos de higiene personal y del entorno social - Coeducar - Sensibilizar sobre personas diferentes y promover su integración - Promover hábitos saludables en las comidas; descanso; cuidados personales (dentista, vacunas, visitas oftafmólogo/a…) - Promoción de hábitos de higiene varia : limpieza. Uso papeleras, recogida de excrementos de mascotas… - Informar y asesorar sobre consecuencias del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias tóxicas - Potenciar la educación afectivo-sexual y sus consecuencias de transmisión sexual - Educar sobre el valor positivo de las NTIC y su buen uso - Prevención de acosos y violencia de género - Dar a conocer pautas de alimentación saludable para evitar obesidad ,anorexia y bulimia. - Cultura preventiva sobre moda y tendencias - Potenciar iniciativas de salud medioambiental.	- Programas de Educación vial y talleres extraescolares de prevención. - Programas y juegos sobre la salud bucodental , higiene personal y entorno social - Actividades en Día internacional de la discapacidad, síndrome de Down, actividades intergeneracionales - Programas de vacunación, desayunos saludables, yo me cuido y tu???. - Actividades “ veo veo” - Actividades “ un recorrido por la localidad para observar la limpieza y actuar. Papeleras, excrementos…..”.. - Reforzar Programas como : Forma joven, A fumar no me apunto” , “ Yo no me automedico”, Yo paso de las drogas…Ciudades ante las drogas. - Fomentar programas de Sexualidad saludable y sin riesgos. YO RESPETO-TU REPETAS - Formación y prevención a madres y padres sobre trastornos alimenticios - Formación de buenas prácticas en el uso de las TICS - Actividades en el Dia Internacional contra la Violencia de Género con el Centro de la Mujer.- - Programas digitales de Prevención y Acoso del IAM - Alternativas de ocio nocturno

	- Campañas de corresponsabilidad en casa - Velar que se cumplan las normativas vigentes sobre la venta de alcohol y tabaco a menores

- ***B. PERSONAS ADULTAS***

Fundamentación

.

Es un tramo de edad numeroso. Tiene unas características muy especiales puesto que es la edad donde se consolidan muchos valores, se trasmite mucha información y eso sopesa en la sociedad más aún si tenemos en cuenta que se supone es la edad laboral " estable", donde nuestra vida activa adquiere más responsabilidades: cuidado familia, hijas e hijos , personas mayores, donde la mujer adquiere un papel fundamental educacional de trasmisión ; la igualdad se hace más desigual si cabe.: la maternidad (cada vez más tardía) , la incorporación laboral, la falta de conciliación, Falta de corresponsabilidad, Hábitos no saludables.

Donde nuestra sociedad evidencia más las diferencias de género

Se hacen más agudos los conflictos familiares y problemas psicológicos asociados, las Adicciones y Automedicación.

Las Enfermedades musculoesqueléticas (Dolor, Fibromialgia...) entre otras.

Todo ello se hace patente en puntos como:

- El Sedentarismo
- Conciliación de la vida laboral y familiar, falta de corresponsabilidad

- Malos hábitos alimenticios
- Consumo de alcohol y tabaco en exceso asociado a las relaciones sociales, al ocio y tiempo libre.
- Falta de participación
- Aunque cada vez más los hombres participan del cuidado de las personas dependientes mayormente siguen siendo las mujeres sobre quienes recae el cuidado de los familiares enfermos, con las repercusiones que esto tiene en su salud física y psíquica.

Objetivo general

Favorecer la adquisición de hábitos y conductas saludables contribuyendo al bienestar y prevención de problemáticas de salud en las personas oscenses, **mejorando la esperanza de vida saludable, previniendo y retrasando la aparición del déficit propio de la edad.**

OBJETIVOS	**MEDIDAS**
- Concienciar sobre problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias tóxicas, - Sensibilizar a la población sobre la necesaria corresponsabilidad de hombre y mujeres en el trabajo doméstico y en las responsabilidades familiares Realzar el valor de cuidarnos no sólo físicamente, sino también mentalmente.	**-** Talleres de promoción de la salud: rutas saludables. - Taller de prevención de adicciones a diversas sustancias tóxicas - Actividades de cocina saludable, compras y reciclaje entre mujeres y hombres - Talleres de Inteligencia emocional - Concursos de comidas tradicionales con

- Concienciar a la población sobre la importancia de la dieta en salud y promover hábitos de alimentación saludable y equilibrada - Informar y difundir los beneficios que la práctica del deporte tiene para contribuir a la vida saludable - Poner en valor los espacios naturales de nuestro entorno - Cuidar el medio ambiente reduciendo la generación de residuos, reduciendo el consumo de energía, Impulsando la compra y el consumo sostenible, etc - Apoyar producción de alimentos ecológicos y el consumo de alimentos naturales y su beneficio en la salud y el medio. - Sensibilizar sobre hábitos posturales como prevención - Concienciar sobre la medicación correcta, la automedicación y sobre el buen uso de la misma - Formar sobre la prevención del cáncer y otras enfermedades : respiratorias, cardiovasculares, degenerativas….	productos naturales y saludables - Rutas ocio deportivas con perspectiva de género - Voluntariado como juegos de vigilancia a la hora de proteger el medio ambiente de nuestra ciudad: parque, pueblo, jardines, piscinas…. - Cursos de yoga, tai chi, reiki… - Curso de defensa personal - Talleres de interrelación entre: lo que como, lo que hago, lo que soy…mi salud - Curso de “ cómo ahorrar en las compras, ser ecologic@s y no morir en el intento” - Alternativas a la medicación convencional - - Taller “ cómo cuidarme y estar genial en mi terapia: antes, durante y después de mi cáncer” - Respirar es una alternativa estupenda: Aprendo a respirar bien. - Talleres de relajación, musicoterapia y risoterapia - Taller en apoyo emocional y desarrollo personal - Curso de habilidades personales: Yo me desenvuelvo perfectamente: soy empátic@ y asertiv@

.

- ***C.- Personas MAYORES***

Fundamentación

Es el último tramo de edad , donde está más envejecida las personas y donde el numero de mujeres es más elevado, es normal que se requieran más cuidados, donde las enfermedades degenerativas: alzheimer es más evidente, las enfermedades coronarias , respiratorias y también trastornos depresivos y mentales. Donde la dependencia juega un papel predominante. Donde la automedicación y polimedicación está a la orden del día, problemas neurológicos y arrastrar hábitos no saludables que repercuten en todo: hipertensión, colesterol, glucemia.

Prevalencia de enfermedades potencialmente incapacitantes: osteo-articulares, cerebrovasculares, demencias y otras enfermedades degenerativas, etc.

• Sobrecarga de las mujeres mayores, en las que recae mayormente el trabajo de la casa, el cuidado de sus familiares e incluso el cuidado de los nietos.

• Cambios en la sociedad que conllevan el cambio en las relaciones familiares, la predominancia de la familia nuclear hace que los mayores queden excluid@s

La conciliación de la vida laboral y familiar conlleva la descarga del cuidado de nuestros mayores en los recursos sanitarios.

Falta de voluntariado para el cuidado y acompañamiento de nuestros mayores.

Soledad y falta de iniciativa.
Pérdida de valor de la figura de los mayores

Objetivo general

Mejorar la calidad de vida de las personas mayores incorporando hábitos de vida sana.

OBJETIVOS	**MEDIDAS**
- Fomento de la coordinación interinstitucional entre agentes sociales y de salud para la mejora de la atención socio-sanitaria a personas con dependencia o discapacidad - Facilitar coordinación entre los distintos recursos : ayuda domiciliaria residencias, centro de Día, estancia diurna,,, - Favorecer el envejecimiento activo con buenas practicas físico - deportivas - Formación en dietas saludables en comedores para personas mayores, - Estimular el ejercicio de la actividad mental de las personas mayores con el fin de mantener activa su memoria.- - Potenciar la participación de los mayores en actividades sociales, culturales, deportivas, etc.	- Coordinación socio-sanitaria - Talleres de memoria y estimulación intelectual a través del juego, lectura…. - Reuniones de trabajo entre los diferentes recursos de la zona par facilitar labores y puesta en acción de buenas prácticas - Actuaciones de ocio y tiempo libre, de yoga, manualidades, ,,,Actividades deportivas, culturales… - Talleres de prevención de accidentes domésticos, de uso correcto de los medicamentos para personas enfermas poli medicadas y familiares, elaboración de comidas saludables… - Jornadas intergeneracionales en centros educativos. - Actividades de “ mentorización “ en algunas

- Fomento de una red de voluntariado de apoyo a personas mayores, a cuidadores y entre los propios mayores. - Visibilizar el trabajo de las mujeres mayores	temáticas, sobre todo con recursos naturales de la zona. - Exposición de trabajos y talleres de trabajos que las mujeres han realizado en la zona

D.- MUJER Y GÉNERO

- *Fundamentación*

El género es uno de los determinantes de un estado de salud equitativo. Los factores determinantes de la salud y la enfermedad no son los mismos para las mujeres y los hombres. El género interactúa con las diferencias biológicas y los factores sociales.

Las mujeres y los hombres desempeñan roles diferentes en contextos sociales diferentes. Estos roles son valorados de manera diferente y los asociados con los hombres son generalmente valorados más positivamente.

Esto afecta a la situación en la que las mujeres y los hombres acceden y controlan recursos, y afecta también al desarrollo del proceso personal y necesario de toma de decisiones para proteger la propia salud; de esta manera se producen situaciones no equitativas en los patrones de riesgo para la salud, en la utilización de los servicios sanitarios y en los resultados de salud.

OBJETIVOS	**MEDIDAS**
- Sensibilizar sobre la corresponsabilidad entre mujeres y hombres en el ámbito laboral y familiar - Concienciar sobre las condiciones laborales de las mujeres - Prevenir sobre las desigualdades de género - Sensibilizar y concienciar sobre riesgos – causas de la violencia de género	- Crear u grupo de hombres para la igualdad y trabajar la corresponsabilidad - Talleres de igualdad: cocina , bricolaje , costura - Talleres de “ inteligencia emocional”, autoestima . - Jornadas en contra de la Violencia de género. Mesas de trabajo, fuera y dentro de los IES - Talleres específicos en los cuidados de la mujer:

- Fomentar la prevención de los cuidados y autocuidados en la mujer - Formar e informar sobre una educación sexual saludable - Informar sobre planificación familiar - Fomentar la formación y conocimiento de la mujer desde la gestación hasta la lactancia. - Formar a las mujeres en su " descarga de tareas" - Fomentar que las mujeres participen y se asocien - Asentar medidas para la conciliación de la vida laboral y familiar de las mujeres - Favorecer medidas de acceso al empleo de las mujeres - Fomentar la participación e información del Centro Municipal de Información a la Mujer	Educación sexual, relajación, automedicación, estrés y cargas familiares, reconocimiento de sus dolencias. - Creación de una plataforma de hábitos saludables para las mujeres:; *" Mente sana, cuerpo sano, mujer excelente"* - Charlas informativas de la anticoncepción y prevención del embarazo. Métodos. - Taller formativo : La mujer en el climaterio. - La crianza para madres y padres. - Taller para cuidadoras. La descarga emocional - La alimentación y el ejercicio saludable en la mujer según su edad y su condición física y de salud - Rutas con perspectiva de género: Una visión diferente. - La comunicación en las TICS, en las mujeres: empleabilidad, ocio, riesgos,??? - Talleres de Orientación profesional e inserción laboral. - Talleres de Nuevas Tecnologías desde la perspectiva de género. Una herramienta a tu medida

E.-. LA SALUD ALIMENTARIA Y MEDIOAMBIENTAL

Fundamentación.

La salud y el medio que nos rodea están íntimamente relacionados. El aire que respiramos, el agua que bebemos, la comida que tomamos , los alimentos, el entorno de trabajo o el interior de los edificios tienen una gran implicación en nuestro bienestar y nuestra salud. Por ese motivo, **la calidad y la salubridad de nuestro entorno son vitales para una buena salud.**

Profundizando en lo anteriormente expuesto, hoy en día existen un cierto número de efectos sobre la salud que se suponen provocados por factores medioambientales; algunos ejemplos:

-Las **enfermedades respiratorias**, el asma y las alergias, por la contaminación del aire, en ambientes cerrados o al aire libre.

-**Trastornos neurológicos de desarrollo**, por los metales pesados como, por ejemplo, las dioxinas, los PCB y los plaguicidas.

-El **cáncer infantil**, por una serie de agentes físicos, químicos y biológicos (p. ej., humo de tabaco en el núcleo familiar, exposición profesional de los progenitores a disolventes).

-la **exposición al humo** del tabaco durante el embarazo aumenta el riesgo de síndrome de muerte súbita entre los bebés, de déficit de peso al nacimiento, de un funcionamiento reducido de los pulmones, de asma, de insuficiencias respiratorias y de infecciones del oído medio.

-Los **plaguicidas** tienen probablemente un efecto sobre la situación inmunológica, la alteración de los procesos endocrinos, los trastornos neurotóxicos y el cáncer.

-La **radiación ultravioleta** puede reprimir la respuesta inmunológica y constituye una de las principales fuentes de cáncer de piel.

Cuando se habla de alimentación responsable hay que referirse a una alimentación sana, es decir, la idónea para la prevención de enfermedades y respetuosa con el medio ambiente. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental y reducir la productividad.

La elección de los alimentos es muy importante para gozar de buena salud.

Es por ello fundamental una alimentación equilibrada para gozar de una vida más saludable, teniendo en cuenta que precisamos de una alimentación lo suficientemente variada que garantice aporte nutritivo, adaptándola a características de edad, sexo, ejercicio físico que realice.

En nuestro entorno gozamos de buena calidad de alimentos que debemos tener en cuenta y ser responsables en su producción y consumo

Objetivo General

Actuar con una adecuada protección y correcta alimentación para la población oscense y su repercusión en el entorno medioambiental

OBJETIVOS	**MEDIDAS**
- Mejorar la vigilancia en el uso del consumo de alimentos derivados de la matanzas caseras o / y particulares - Vigilar la venta y consumo de productos vegetales y no vegetales de origen casero. Riesgos - Gestionar el control de plagas y de animales abandonados	- Identificación de censos de animales para matanzas - Exista un protocolo de actuación para ventas de alimentos de origen casero - Exista un control de prevención para aquellas personas que en la temporada vendan “ vino del país” - Campañas de sensibilización , y respeto hacia los animales , su control y recursos para animales

- Gestionar la recogida y reciclaje de productos perecederos y no de las ventas ambulantes en mercados… - Controlar los “recipientes “ para el control de residuos desechables : vidrio, papel, aceite, ropa, cartón…. - Informar a la población oscense sobre riesgos directos en su salud asociados al medio ambiente y alimentación. - Fomentar la sensibilización del respeto al medioambiente, espacios verdes, recreativos… - Fomentar el cuidado y respeto por las aguas de nuestro entorno: piscinas naturales y artificiales, acequias, estanques… - Consumir responsablemente aguas, caso de piscinas y demás usos. - Fomentar el uso de la agricultura ecológica como prevención en la salud. - Regular el consumo de humos, aceites, residuos en alcantarillados, depuradora… - Vigilar efectos negativos de antenas de telefonía u otros elementos radioactivos	callejeros - Sensibilización de porqué, cómo y dónde reciclar: lo positivo y negativo de hacerlo o no - Concienciar a la población oscense sobre el beneficio de una alimentación saludable , ecológica y sin riesgos. - Dar a conocer pautas de prevención de la salud en función de estilo de vida y de comidas saludables - Fomentar actitudes positivas en prevención de enfermedades emergentes, relacionadas con el medio ambiente de manera más o menos directa. - Favorecer una cultura asociativa para el cuidado y vigilancia de nuestro medio ambiente - Aumentar que la población oscense sea consciente y participativa en todos los ámbitos de prevención de la salud. - Actividades conjuntas entre diferentes organismos implicados en la agricultura, ganadería, salud y medio ambiente…para dar respuestas positivas a problemas de salud medioambiental del pueblo

8.- LINEAS TRANSVERSALES

Cuando se habla de **transversalidad** se hace referencia a aquel contenido, tema, objetivo o competencia que “atraviesa” todo proceso.

Se puede afirmar que la compresión de la transversalidad se hace posible desde un planteamiento sistémico porque vislumbra toda la experiencia, como una oportunidad para integrar todas las actuaciones que se acometan en un plan local de salud, desde la órbita de la promoción, protección y prevención de la salud.

De este modo, teniendo en cuenta el nuevo modelo de salud pública, **las líneas transversales a abordar en este plan local de salud de Huéscar, son:**

- **Equidad en Salud**

Equidad es la ausencia de diferencias evitables, injustas o modificables entre grupos de personas, ya estén definidos estos grupos social, económica, demográfica o geográficamente. (OMS, 2009a).

La “equidad en salud” implica que todo el mundo debería tener una oportunidad justa para lograr desarrollar el máximo potencial de salud y, de forma más pragmática, que ninguna persona debería encontrarse en desventaja para desarrollar dicho potencial (OMS, 2009b). Por lo tanto, la equidad en salud es la ausencia de desigualdades en salud.

La equidad en salud implica que los recursos sean asignados según la necesidad.

En este Plan Local de Salud de Huéscar, se parte del abordaje de la equidad en salud, en las intervenciones planificadas, para ello, **el proceso a seguir en esta línea transversal para la efectiva aplicación de la equidad en salud en el Plan Local de Salud de Huéscar, es el siguiente:**

Entender el contenido del Plan y de sus intervenciones
Definir los recursos intervinientes “Qué y Quienes”
Identificar los obstáculos y los elementos facilitadores en el proceso
Tener presente los Determinantes Sociales de la Salud en la aplicación la equidad.
Pasos acordados y Consensuados y rediseñados

- **Género**

A partir de la IV Conferencia Mundial de la Mujer de Pekín (1995), la OMS ha situado la reducción de las desigualdades por razón de género, en general, y de las desigualdades de género en salud, en particular, entre sus prioridades, instando a los gobiernos para que tomen las medidas necesarias para abordarlas.

A partir de esa fecha, muchos de sus Estados Miembros, entre ellos España, han firmado acuerdos internacionales que reconocen **el género como determinante de la salud**.

Entre dichos acuerdos figura la Declaración de Madrid (firmada por 28 países europeos, durante la celebración, el 14 de septiembre del año 2001, de un Seminario sobre *Mainstreaming* de Género en las políticas de Salud en Europa).

En ella se reconoce la necesidad de avanzar en los compromisos internacionales y en su implementación, a partir de las siguientes premisas:

• Mujeres y hombres tienen el mismo derecho al desarrollo de su salud. Es necesario que las políticas sanitarias reconozcan que mujeres y hombres, debido a sus diferencias biológicas y a sus roles de género, tienen necesidades, obstáculos y oportunidades diferentes.

El género es uno de los determinantes de un estado de salud equitativo. Los factores determinantes de la salud y la enfermedad no son los mismos para las mujeres y los hombres. El género interactúa con las diferencias biológicas y los factores sociales.

Las mujeres y los hombres desempeñan roles diferentes en contextos sociales diferentes. Estos roles son valorados de manera diferente y los asociados con los hombres son generalmente valorados más positivamente.

Esto afecta a la situación en la que las mujeres y los hombres acceden y controlan recursos, y afecta también al desarrollo del proceso personal y necesario de toma de decisiones para proteger la propia salud; de esta manera se producen situaciones no equitativas en los patrones de riesgo para la salud, en la utilización de los servicios sanitarios y en los resultados de salud.

A este respecto, en este Plan Local de Salud, se parte del compromiso explícito de avanzar en ese camino de la equidad, al introducir la perspectiva de género como eje transversal de todas las intervenciones que se pongan en marcha.

Por tanto, los contenidos abordados en esta línea transversal, son los siguientes:

- La violencia de género
- Sesgos en salud
- Conciliación vida laboral/familiar
- Igualdad de oportunidades

Algunas referencias bibliográficas:

- **Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los Planes Integrales**
http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/guia_perspectiva_genero.pdf

- **Guía para la aplicación del enfoque de género en las intervenciones en salud**
http://www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer/ugen/system/files/documentos/97.pdf

- **Ley de Participación Ciudadana de Andalucía.**
http://www.calri.junta-andalucia.es/administracionlocalyrelacionesinstitucionales/ocms/ocms/anteproyectoleyparticipacioncidudadana/portada.html

- **Reglamento de participación ciudadana**
http://www.ayuntamientodebaza.es/images/documentos/reglamento-participacion-ciudadana.pdf

- Participación

La participación ciudadana es una pieza fundamental del sistema democrático. Sin participación no puede haber democracia. La evolución del ejercicio de ese derecho nos enseña que la participación necesaria en nuestras sociedades complejas no puede limitarse únicamente a las elecciones periódicas para elegir a los representantes de las instituciones.

Hay que ampliar y profundizar ese derecho para incorporar a la ciudadanía, desde el inicio mismo del diseño y la elaboración de las políticas públicas. Pero además, el gobierno de nuestras comunidades, de nuestros pueblos y ciudades no puede realizarse hoy de manera lineal, simple y homogénea.

Las necesidades de esas sociedades complejas y las demandas de una ciudadanía cada vez más exigente y consciente de sus derechos, reclaman la

actuación de gobiernos relacionales que promuevan el debate social para la articulación de las diferentes visiones existentes con respecto a las políticas públicas.

La mirada poliédrica, desde multiplicidad de ángulos, recogiendo aportaciones de los diferentes actores e intereses sociales, debe sustituir la mirada única y uniforme que no puede ser eficaz en un contexto de flexibilidad y cambio permanente como el que se vive en los municipios de la sociedad postindustrial.

La participación ciudadana deviene así, no sólo el ejercicio de un derecho fundamental, sino el elemento clave para conectar la acción de gobierno con las necesidades de las personas y facilitar la eficacia de las políticas. Las personas tienen derecho a participar en su bienestar, fin último de la acción política.

Los ciudadanos y ciudadanas tienen derecho a ser pueblo soberano y activo y no sólo público espectador y pasivo y una manera de conseguirlo es implicándose en la elaboración y desarrollo de las actuaciones públicas que les afectan. En esta línea conectamos con las propuestas impulsadas por la Unión europea y el Consejo de Europa.

La participación ciudadana se relaciona principalmente con la democracia participativa y directa.

Otra de las formas de lo que significa la participación ciudadana es a través de las ONG´s, las cuales *luchan* por ciertos temas sociales sin sustituir en las funciones del gobierno sino evaluándolas o apoyándolas.

Últimamente, organismos institucionales (a todos los niveles) forman consejos de la ciudadanía para la administración o evaluación de las políticas públicas.

Por tanto, el concepto de participación que predomina en nuestro Plan Local de Salud es el siguiente: *“Proceso en el que la ciudadanía, en general, y las entidades organizadas, se involucran en la formulación, implementación y seguimiento de las políticas públicas, y en este caso concreto, en las intervenciones planteadas en el Plan Local de Salud de Huéscar”.*

La potenciación de la auto-organización y de la participación en la vida social, es un aspecto a abordar en cada una de las líneas de trabajo y con los diferentes colectivos.

Un plan local de salud ha de trasladar el protagonismo a la ciudadanía canalizando esta participación a través de grupos formal o informalmente

constituidos. Por tanto, en este **I Plan Local de Salud de Huéscar, los contenidos que se abordan son:**

- Fomento del voluntariado
- Asociacionismo
- Promoción de actividades a través del tejido asociativo

Algunas referencias bibliográficas:

- **Agenda Local para la participación**
http://www.femp.es/files/566-328-archivo/FOLLETO%20ALAPAR.pdf

- Desigualdades

Literalmente, el término "desigualdades en salud" hace referencia a las diferencias existentes en el estado de salud entre individuos o grupos medidas en términos como la esperanza de vida, la mortalidad o la morbilidad.

Nuestro interés no radica en las diferencias en salud derivadas del azar o de las decisiones individuales, sino en las diferencias evitables que se relacionan con variables sociales, económicas y ambientales (por ejemplo, las condiciones de vida y laborales, la educación, la profesión, el nivel de ingresos, el acceso a una atención sanitaria de calidad, los servicios de prevención de enfermedades y promoción de la salud) sobre las cuales el individuo no ejerce control alguno y que pueden abordarse mediante políticas públicas.

Por tanto, por desigualdades en salud entendemos las diferencias en salud evitables e injustas sobre las que las acciones de los gobiernos, otras instituciones implicadas y las comunidades ejercen una fuerte influencia, que pueden abordarse con políticas públicas (Comisión Europea, 2009).

La desigualdad en salud tiene su origen en las desigualdades políticas, económicas y sociales que existen en la sociedad. En la mayoría de países del mundo se ha puesto en evidencia la existencia de desigualdades sociales en salud siendo las personas de clases sociales menos favorecidas, las mujeres y los inmigrantes de países de renta baja los que presentan peor salud.

Es necesario señalar que estas desigualdades son muy importantes ya que producen un exceso de enfermedad y muerte superior a la que causan la mayoría de factores de riesgo de enfermar conocidos.

Consideración de que las diferencias por nivel socio-económico, edad, redes de apoyo y nivel de autonomía son origen de desigualdades en salud. Por tanto, un plan de salud debe garantizar las mismas oportunidades de acceso diseñando estrategias que tengan en cuenta las diferencias.

Y por tanto, en este I Plan Local de Salud de Huéscar, las estrategias se encaminan a través de una serie de **contenidos, que se abordan en esta línea:**

- estado de salud
- discapacidades
- condiciones del entorno
- exclusión social

Algunas referencias bibliográficas:

- Guía metodológica para integrar la equidad en las estrategias, planes y actividades en salud
http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/docs/Guia_metodologica_Equidad_EPAs.pdf

- **Minorías étnicas**

La mayor parte de sociedades se hallan estratificadas en grupos raciales, étnicos y culturales. La denominación usual que se les da es "minorías" (o bien "mayorías", según el caso). Estas minorías se distinguen de una estratificación por clases, en tanto que poseen estilos de vida distintivos que pueden remontarse a tradiciones culturales de otra sociedad, sus miembros pueden pertenecer a menudo a diferentes clases sociales y tienen conciencia de existir como grupo separado del resto de la población.

Los criterios para establecer la pertenencia al grupo pueden ser la apariencia física, el origen común en otro país o región, la lengua, la cultura o la posesión de un estilo de vida distintivo. Las **minorías raciales, étnicas y culturales** son grupos subordinados o cuya posición es vulnerable a la subordinación. El término mayoría se aplica a los segmentos raciales, étnicos y culturales de la población que gozan de un rango más alto y de una situación de mayor seguridad.

Las minorías étnicas suelen incorporarse a una sociedad concreta bajo circunstancias desventajosas.

Para que un grupo sea considerado "grupo étnico", según Barth, debe reunir las siguientes características:

1. autoperpetuarse biológicamente
2. compartir unos valores culturales fundamentales
3. crear un campo propio de comunicación e interacción
4. la pertenencia al grupo es identificable como tal por otros

Las diferencias entre los grupos minoritarios y mayoritarios suelen ser tanto de orden objetivo como subjetivo, pero la pertenencia al grupo viene condicionada de forma decisiva por las valoraciones subjetivas. El sentimiento de pertenencia a uno u otro grupo tiene un papel trascendente.

El rasgo principal que da lugar a la valoración de un grupo como minoría étnica es, sobre todo, de índole cultural.

Estos pueden dar lugar a su vez, a autoexclusiones del grupo minoritario, que contribuyen a reforzar y mantener la discriminación, repercutiendo directamente en su calidad de vida y sobre todo, en su salud.

En este Plan Local de Salud de Huéscar, se plantea la necesidad de abordar las intervenciones, teniendo en cuenta las minorías étnicas presentes en el territorio, para ello, **los contenidos que se abordan en esta línea son:**

- condiciones del entorno
- exclusión social

Algunas Referencias Bibliográficas:

- "Etnología general" Kuntz Dittmer, Fondo de Cultura Económica, México, 1960.

- "Los marginados en España" José Cazorla Pérez, Fundamentos, Madrid 1978.

- Comunicación. La importancia de la comunicación a nivel local

Esta metodología de trabajo intersectorial y participativa, requiere facilitar el acercamiento a los medios de comunicación locales y comarcales y, sobre todo, para convertir en “noticiables” los logros de la actividad cotidiana de las acciones llevadas a cabo a partir del Plan Local de Salud de Huéscar.

En esta nueva forma de hacer en la que en la que los Ayuntamientos son los agentes clave de la salud pública a nivel local, se consideran los medios de comunicación locales como un **instrumento prioritario** para la difusión de mensajes sobre esta iniciativa. Los medios de comunicación locales también son agentes clave en la comunicación de la salud pública en el nivel más cercano a la ciudadanía.

Estos recursos de comunicación, ya sean de carácter municipal, públicos o privados son clave de éxito en este campo porque son ellos los que conocen la realidad de sus municipios. Además, para fortalecer los lazos de comunicación, existen dos aspectos a considerar: el trabajo en red, siempre bajo el liderazgo municipal, y la constancia.

Es por ello necesario realizar una instantánea de la localidad, para identificar los distintos canales de comunicación, los referentes/agentes clave de la misma, los instrumentos y los distintos tiempos de la comunicación.

Todo ello sin perder de vista la importante aportación que pueden efectuar en la comunicación de salud pública el tejido asociativo.

ómo se desarrolla la comunicación local: “el plan de comunicación”

En el proceso de desarrollo del Plan de Acción (PALS) en este Plan Local de Salud, es muy importante tener en cuenta una serie de aspectos:

1. **El establecimiento de un circuito de comunicación local** que cuente con los efectivos en comunicación de las instituciones implicadas en todo el proceso: entidad local/supramunicipal, delegaciones territoriales, asociaciones, empresas,... Para lograrlo, se precisa conocer cómo son los flujos de la información y los recursos para la comunicación en este ámbito.

2. **En la difusión de la actividad de la red,** nos marcamos una serie de pautas claves:

   - En el grupo motor: Trabajar con la información anticipada

   - No perder la importancia de la información por el sesgo de lo cotidiano

   - Elaborar propuestas, dejando la actuación en el protagonismo local de quien controla los medios

   - Realizar el seguimiento del impacto informativo de las actividades no solo a nivel cuantitativo sino para conocer cuáles son los hitos que más interés suscitan a nivel local.

3. **Por tanto, el plan de comunicación** se sustentará en el empleo de los medios presentes en el territorio: web y blog del proyecto (http://huescarsaludable.blogspot.com.es/) , así como del propio Ayuntamiento, la edición de trípticos y cartelería informativa, la edición de material divulgativo y otras actividades que fomenten la difusión y comunicación de las acciones planificadas. Facebook, Twiter...

- Campañas y cuñas de radio
- Difusión en camisetas, mochilas, bolsas...
- Roll-up
- Otros.

9.-. Temporalización.

El I Plan Local de Salud de Huéscar tendrá una vigencia de 3-4 años?????

Y la temporalización de las actividades o medidas vendrán determinadas de la siguiente forma :

A.- Agenda Permanente

B. -Agenda Puntual

A.- PERMANENTE

- **Enero**: Educación Ambiental y La Paz.

- **Febrero:** Cáncer y Justicia Social

- **Marzo**: Día Internacional de la Mujer; Los Bosques, el Agua y Medio Ambiente

- **Abril:** Día Mundial de La Salud, Diversidad Sexual y sexualidad; Educación
- **Mayo:** Semana de la Salud de Huéscar ,Educación Física
- **Junio:** Infancia, Ancianidad.
- **Julio:** Diversidad cultural, Enfermedades mentales
- **Agosto:** Drogas y otras sustancias tóxicas, Educación vial
- **Septiembre:** Alzheimer, minorías étnicas
- **Octubre:** Mujer rural ,Inmigración
- **Noviembre**: Día contra la Violencia de Género,
- **Diciembre:** Día contra el SIDA.

B.- PUNTUAL - TEMPORAL

- Todas aquellas actividades y medidas que surjan y se planifiquen a principios del semestre, y pueden ser complementarias a las ya establecidas de forma periódica durante el año.

10.- RECURSOS

Humanos:

- Equipo Motor (GM) y Grupo de trabajo (GTT)
- Asociaciones de Mujeres, Deportivas, Culturales
- Todas aquellas personas participantes en las diferentes actuaciones

Materiales:

Los que se necesiten para la realización de los diferentes talleres, actividades,.
Material divulgativo elaborado para dar difusión.
Material Fungible para actividades y otros.

Institucionales:

Utilizaremos todos los recursos municipales disponibles para la realización de las diferentes actividades

Privados:

. Residencias de Mayores
. Centro de Estancia Diurna

. Guarderías Infantiles

. Ayuda Domiciliaria

. Empresas de Multiservicios

. Otros.

11.- Evaluación del Plan

La puesta en marcha del I Plan Local de Salud implica que desde todos los ámbitos se asuman la realización de las medidas y actuaciones previstas y el papel que desempeñan tanto el personal técnico como el político.

La vigencia del mismo será de un periodo comprendido entre los años 2018-2020 ¿??, durante los que se llevará a cabo un seguimiento y evaluación continua de su aplicación.

Para ello se creará una comisión de seguimiento y evaluación del PLS formada por el grupo motor y grupo de trabajo implicado en la planificación del mismo.

La comisión de seguimiento se reunirá una vez al semestre con el fin de analizar las medidas interpuestas hasta el momento y según indicaciones, se basarían en los siguientes indicadores:

- Indicadores de seguimiento o realización para cada una de las actuaciones previstas en el PLS
- Indicadores de resultados que permitan conocer el grado de cumplimiento de cada uno de los objetivos específicos.
- Indicadores de impacto o contexto que analizarán la aplicación y alcance de los objetivos generales.

INDICADORES DE EVALUACIÓN¿?

Para ello deberán utilizarse unas fichas para cada acción concreta donde se puedan medir los indicadores expuestos.

Al finalizar dichas reuniones semestrales, se emitirá un informe que refleje el análisis del trabajo llevado a acabo hasta ese momento.

En la última sesión semestral del periodo de ejecución del PLS, se llevará a cabo una evaluación, donde se recoja toda la información relativa a la consecución de los objetivos y actuaciones que se hayan desarrollado en el presente PLS.

12.- Anexos

Anexo I

Marco de Referencia

La incorporación de hábitos saludables en la vida diaria como prevención de enfermedades y como promoción de estilos de vida saludables que nos ayuden a vivir más años y con mayor calidad de vida. La especie humana, sobre todo en los países desarrollados, ha experimentado un cambio radical en su forma de vida durante el último siglo. Conocemos cómo a lo largo de toda su historia, las personas han utilizado su propio cuerpo como instrumento para conseguir alimentos, para trabajar, para desplazarse, para relacionarse, etc.

Sin embargo y en las últimas décadas, tal situación se ha transformado, como consecuencia del cambio profundo en sus hábitos de vida: El coche, los transportes públicos, la posibilidad de establecer comunicaciones a larga distancia, etc. Han relegado progresivamente un organismo preparado para la acción al olvido, convirtiéndolo en un cuerpo que no precisa prácticamente de actividad alguna, para desarrollar sus actividades. Sin embargo, nuestro cuerpo no ha tenido tiempo para adaptarse a éstos acelerados cambios en los hábitos de vida, y lógicamente, tal desajuste también está teniendo sus repercusiones en la salud. Estos cambios de conducta devienen, con frecuencia, en patologías. Los nuevos hábitos de alimentación y la escasez de actividad propician la aparición de los problemas de salud más prevalentes en la sociedad del siglo XXI.

Por otro lado, el 2002 realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO,57), recoge y explica cómo un conjunto de factores de riesgo importantes, causan por sí solos una proporción considerable de todas las defunciones y enfermedades que se producen en la actualidad, en la mayoría de los países. En el caso de las enfermedades crónicas, además del tabaco y alcohol, las más destacables serían el sobrepeso y la obesidad, la inactividad física, el bajo consumo de frutas y verduras y diversos efectos biológicos

intermedios, como pueden ser el aumento de la tensión arterial y el incremento del colesterol sérico y de la glucemia.

Además y según estimaciones de la propia Organización Mundial de la Salud la falta de ejercicio físico provoca más de dos millones de muertes al año en el mundo. Si a esto además se le añade una alimentación inadecuada y el consumo de tabaco, el sedentarismo estaría involucrado en alrededor del 80 % de las enfermedades del corazón prematuras, y constituye por sí mismo, una de las diez primeras causas de defunción y discapacidad en el mundo. A la vista de éstos datos, no es extraño pues, que la OMS considere el sobrepeso y la vida sedentaria como la verdadera epidemia del Siglo XXI para los países occidentales. Por este motivo y con el lema “Por tu salud muévete”, en la conmemoración del Día Mundial de la Salud del año 2002, éste Organismo hizo un llamamiento a las personas, las comunidades y los países para que iniciaran actuaciones conducentes a disminuir el impacto de estos graves problemas de salud.

Por lo tanto y, en éste contexto, se entiende que, cualquier esfuerzo de planificación de las organizaciones sanitarias de los países de la órbita occidental debería de contemplar, por un lado, la prioridad que constituye el problema de salud pública de la obesidad, y por otro, el abordaje de sus determinantes directos. Es decir: el desarrollo de actuaciones con relación al desequilibrio nutricional y la ausencia de actividad física; de aquí que tanto los planes de salud como los planes integrales y aquellos otros instrumentos de promoción deberían de incluir como estrategias, líneas de fomento de una alimentación equilibrada y de la actividad física adecuada, como las dos caras de una misma moneda. En el año 2002, la 55ª Asamblea Mundial de la Salud recomendó la elaboración de una estrategia mundial en materia de régimen alimentario y actividad física (61), trabajo que recientemente ha visto la luz con la pretensión, siguiendo las instrucciones emanadas de la Asamblea, de definir las estrategias más adecuadas de promoción de la salud y de reducir los riesgos de las enfermedades crónicas no transmisibles. En el mismo se insiste además, en la necesidad de incorporar en las políticas nacionales a todos los sectores implicados, incluyendo a la sociedad civil y a la industria alimentaria.

También en el año 2002, el Parlamento Europeo y el Consejo aprobaron un nuevo programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud pública (9), de aplicación en el periodo 2003 a 2008. Este nuevo programa, centra sus líneas de actuación en tres grandes objetivos generales: proporcionar información sanitaria, reaccionar rápidamente ante los riesgos sanitarios y fomentar la salud actuando sobre los factores determinantes de la salud, a través de la prevención y la promoción de la salud. Hay que reseñar

que, las acciones de este último objetivo se dirigen a abordar cuestiones específicas, como la nutrición, bajo la premisa de actuaciones intersectoriales que incluyan medidas en otras áreas sociales, como las de los consumidores y del medio ambiente.

Dicho programa establece entre las prioridades el abordaje de los factores determinantes de la salud, en diversos contextos, entre ellos el del espacio laboral y la asistencia sanitaria, insistiéndose en la necesidad de que los profesionales sanitarios integren, de forma sistemática, las acciones de promoción de la salud en su trabajo cotidiano. También, y con relación a la nutrición y la actividad física, el programa marca directrices centradas en los hábitos alimentarios de los niños y adolescentes, plantea la prevención y establece medidas contra la obesidad, realiza un análisis de actitudes con respecto a la dieta, la lactancia y la actividad física. Respecto a ésta última, da preeminencia a la formulación de políticas para que se fomenten nuevos hábitos saludables en la escuela, los lugares de trabajo, en la planificación urbana y en la construcción, así como en las actividades relacionadas con el ocio.

Es importante insistir que, el trabajo intersectorial es condición sine qua non, para poder llevar a cabo las transformaciones sociales deseadas. Una de las bases en las que, precisamente, reside la eficacia de éstas estrategias de promoción de la salud, para que los ciudadanos puedan llevar a cabo los cambios hacia un estilo de vida sano, es la percepción de que lo que es posible en un contexto (por ejemplo los centros de trabajo, las escuelas,...); puede ser extrapolable a los demás.

El patrón de morbi-mortalidad de nuestra Comunidad Autónoma, mantiene idéntico perfil al del conjunto del Estado y de países de la Unión Europea. Nos referimos a causas de enfermedad y muerte relacionadas con unos hábitos de vida inadecuados: una alimentación no equilibrada, el sedentarismo, el consumo de tabaco, etc. Estos hábitos están estrechamente relacionados con graves patologías como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, y determinados tipos de cáncer, enfermedades que además de la magnitud que actualmente representan, preocupan por la creciente incidencia entre la población. Por tanto, **en el marco del Plan Local de Salud de .....**, la intervención intersectorial y participada, a través de esta línea de trabajo, es fundamental, para ello, tenemos en cuenta algunos datos de referencia, incluidos inicialmente en el diagnóstico de salud, relacionados con los estilos de vida *(fuente. Encuesta Andaluza de Salud EAS 2003-2011)*:

<u>Sobrepeso</u>

En el año 2007 el 53,5% de la población andaluza tenía un peso superior al normal (sobrepeso u obesidad), mayor en hombres (59,8%) que en mujeres (47,3%). Huelva (58,9%) y Granada (57,3%) son las provincias en las que se registraron mayores porcentajes de personas con sobrepeso u obesidad.

Evolución prevalencia sobrepeso infantil (Encuesta Andaluza de Salud 2007)

La prevalencia de sobrepeso aumenta con la edad en ambos sexos, presentando la última encuesta los valores más altos en todos los grupos de edad y sexo. Veamos a continuación, los datos referidos a Andalucía y Granada:

- La media provincial se sitúa en 25,4% y en Andalucía en 18,6%
- Desagregado por sexos, en niños en Granada 24,8 y Andalucía 19,9%, mientras que en niñas en la provincia de Granada 26,0% frente al 17,3% de Andalucía.

En general, la prevalencia de sobrepeso infantil en la provincia de Granada es superior a la media de Andalucía, destacando por encima de todo, una mayor prevalencia en el caso de las niñas.

Sedentarismo en el puesto de trabajo y tiempo libre.

En el año 2007 el 83,3% de la población andaluza ejercía un trabajo sedentario, entendido éste como aquel que se realiza sentado o de pie sin realizar esfuerzos, siendo más frecuente este tipo de trabajos entre las mujeres (89,2%) que en los hombres (77,2%). Durante el tiempo libre, el sedentarismo alcanzó el 43,1% de la población, mayor también entre las mujeres (45,5%) que entre los hombres (40,7%). Cádiz es la provincia que presentó mayores porcentajes de sedentarismo en el tiempo de trabajo (87,4%) y Huelva en el tiempo de ocio (58,5%). En el caso de Granada presenta unos valores de 81% y 40%, muy por debajo de la media de Andalucía.

Sedentarismo en población infantil. Prevalencia de sedentarismo en población infantil.

En el año 2007 la frecuencia de sedentarismo se situaba en el 24,0% en el caso de los niños y en el 26,2% en las niñas, frecuencia que disminuía conforme aumentaba la edad del menor, niña o niño. Así, en los grupos etarios de 3 a 7 años y de 8 a 15, el porcentaje de menores que no hace ningún tipo de actividad física en su tiempo libre es del 21,4% y del 10,8% respectivamente. Por provincias Cádiz (19%) y Granada (19,4%) son las

áreas en las que se encontraron menores frecuencias de sedentarismo entre la población menor de 16 años, frente a Huelva, que con un 44% destaca por ser la provincia con mayor tasa de sedentarismo entre la población infantil.

Salud Emocional y mental

La salud mental o emocional es "un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a la comunidad" (OMS, 2003). **El cuidado nuestra salud emocional,** es una responsabilidad de todos y cada uno de las personas. En primer lugar porque nos ayuda a estar bien, a sentirnos más seguros y a vivir con más plenitud. En segundo lugar, porque si estamos bien, hacemos el mundo un poco más habitable para todos.

Así, del mismo modo que cuidamos nuestra salud física a través de la alimentación, el ejercicio y el descanso, nuestra salud emocional requiere de un poco de nuestro tiempo y atención.

Una buena salud emocional y personal se asocia **con una serie de factores claves**:

- Expresando sentimientos, siendo respetuosos con el entorno que nos rodea
- Aprendiendo a no juzgar a las personas, sin motivo aparente y a no juzgarte a uno/a mismo/a. La crítica solo sirve cuando se hace de manera constructiva, aportando soluciones.
- Aprendiendo de los errores y los hábitos negativos (la mayor victoria es una derrota).
- Practicando la escucha activa
- Manteniendo metas e ilusiones
- Saber respetar a las personas tal como son
- ...

La incorporación de hábitos saludables en la vida diaria como prevención de enfermedades y como promoción de estilos de vida saludables que nos ayuden a vivir más años y con mayor calidad de vida. La especie humana, sobre todo en los países desarrollados, ha experimentado un cambio radical en su forma de vida durante el último siglo. Conocemos cómo a lo largo de toda su historia, las personas han utilizado su propio cuerpo como instrumento para conseguir alimentos, para trabajar, para desplazarse, para relacionarse, etc.

Sin embargo y en las últimas décadas, tal situación se ha transformado, como consecuencia del cambio profundo en sus hábitos de vida: El coche, los transportes públicos, la posibilidad de establecer comunicaciones a larga distancia, etc. Han relegado progresivamente un

organismo preparado para la acción al olvido, convirtiéndolo en un cuerpo que no precisa prácticamente de actividad alguna, para desarrollar sus actividades. Sin embargo, nuestro cuerpo no ha tenido tiempo para adaptarse a éstos acelerados cambios en los hábitos de vida, y lógicamente, tal desajuste también está teniendo sus repercusiones en la salud. Estos cambios de conducta devienen, con frecuencia, en patologías. Los nuevos hábitos de alimentación y la escasez de actividad propician la aparición de los problemas de salud más prevalentes en la sociedad del siglo XXI.

Por otro lado, el 2002 realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO,57), recoge y explica cómo un conjunto de factores de riesgo importantes, causan por sí solos una proporción considerable de todas las defunciones y enfermedades que se producen en la actualidad, en la mayoría de los países. En el caso de las enfermedades crónicas, además del tabaco y alcohol, las más destacables serían el sobrepeso y la obesidad, la inactividad física, el bajo consumo de frutas y verduras y diversos efectos biológicos intermedios, como pueden ser el aumento de la tensión arterial y el incremento del colesterol sérico y de la glucemia.

Además y según estimaciones de la propia Organización Mundial de la Salud la falta de ejercicio físico provoca más de dos millones de muertes al año en el mundo. Si a esto además se le añade una alimentación inadecuada y el consumo de tabaco, el sedentarismo estaría involucrado en alrededor del 80 % de las enfermedades del corazón prematuras, y constituye por sí mismo, una de las diez primeras causas de defunción y discapacidad en el mundo. A la vista de éstos datos, no es extraño pues, que la OMS considere el sobrepeso y la vida sedentaria como la verdadera epidemia del Siglo XXI para los países occidentales. Por este motivo y con el lema “Por tu salud muévete”, en la conmemoración del Día Mundial de la Salud del año 2002, éste Organismo hizo un llamamiento a las personas, las comunidades y los países para que iniciaran actuaciones conducentes a disminuir el impacto de estos graves problemas de salud.

Por lo tanto y, en éste contexto, se entiende que, cualquier esfuerzo de planificación de las organizaciones sanitarias de los países de la órbita occidental debería de contemplar, por un lado, la prioridad que constituye el problema de salud pública de la obesidad, y por otro, el abordaje de sus determinantes directos. Es decir: el desarrollo de actuaciones con relación al desequilibrio nutricional y la ausencia de actividad física; de aquí que tanto los planes de salud como los planes integrales y aquellos otros instrumentos de promoción deberían de incluir como estrategias,

líneas de fomento de una alimentación equilibrada y de la actividad física adecuada, como las dos caras de una misma moneda. En el año 2002, la 55ª Asamblea Mundial de la Salud recomendó la elaboración de una estrategia mundial en materia de régimen alimentario y actividad física (61), trabajo que recientemente ha visto la luz con la pretensión, siguiendo las instrucciones emanadas de la Asamblea, de definir las estrategias más adecuadas de promoción de la salud y de reducir los riesgos de las enfermedades crónicas no transmisibles. En el mismo se insiste además, en la necesidad de incorporar en las políticas nacionales a todos los sectores implicados, incluyendo a la sociedad civil y a la industria alimentaria.

También en el año 2002, el Parlamento Europeo y el Consejo aprobaron un nuevo programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud pública (9), de aplicación en el periodo 2003 a 2008. Este nuevo programa, centra sus líneas de actuación en tres grandes objetivos generales: proporcionar información sanitaria, reaccionar rápidamente ante los riesgos sanitarios y fomentar la salud actuando sobre los factores determinantes de la salud, a través de la prevención y la promoción de la salud. Hay que reseñar que, las acciones de este último objetivo se dirigen a abordar cuestiones específicas, como la nutrición, bajo la premisa de actuaciones intersectoriales que incluyan medidas en otras áreas sociales, como las de los consumidores y del medio ambiente.

Dicho programa establece entre las prioridades el abordaje de los factores determinantes de la salud, en diversos contextos, entre ellos el del espacio laboral y la asistencia sanitaria, insistiéndose en la necesidad de que los profesionales sanitarios integren, de forma sistemática, las acciones de promoción de la salud en su trabajo cotidiano. También, y con relación a la nutrición y la actividad física, el programa marca directrices centradas en los hábitos alimentarios de los niños y adolescentes, plantea la prevención y establece medidas contra la obesidad, realiza un análisis de actitudes con respecto a la dieta, la lactancia y la actividad física. Respecto a ésta última, da preeminencia a la formulación de políticas para que se fomenten nuevos hábitos saludables en la escuela, los lugares de trabajo, en la planificación urbana y en la construcción, así como en las actividades relacionadas con el ocio.

Es importante insistir que, el trabajo intersectorial es condición sine qua non, para poder llevar a cabo las transformaciones sociales deseadas. Una de las bases en las que, precisamente, reside la eficacia de éstas estrategias de promoción de la salud, para que los ciudadanos puedan llevar a cabo los cambios hacia un estilo de vida sano, es la percepción

de que lo que es posible en un contexto (por ejemplo los centros de trabajo, las escuelas,...); puede ser extrapolable a los demás.

El patrón de morbi-mortalidad de nuestra Comunidad Autónoma, mantiene idéntico perfil al del conjunto del Estado y de países de la Unión Europea. Nos referimos a causas de enfermedad y muerte relacionadas con unos hábitos de vida inadecuados: una alimentación no equilibrada, el sedentarismo, el consumo de tabaco, etc. Estos hábitos están estrechamente relacionados con graves patologías como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, y determinados tipos de cáncer, enfermedades que además de la magnitud que actualmente representan, preocupan por la creciente incidencia entre la población. Por tanto, en el marco del Plan Local de Salud de ....., la intervención intersectorial y participada, a través de esta línea de trabajo, es fundamental, para ello, tenemos en cuenta algunos datos de referencia, incluidos inicialmente en el diagnóstico de salud, relacionados con los estilos de vida (fuente. Encuesta Andaluza de Salud EAS 2003-2011):

Sobrepeso
En el año 2007 el 53,5% de la población andaluza tenía un peso superior al normal (sobrepeso u obesidad), mayor en hombres (59,8%) que en mujeres (47,3%). Huelva (58,9%) y Granada (57,3%) son las provincias en las que se registraron mayores porcentajes de personas con sobrepeso u obesidad.
Evolución prevalencia sobrepeso infantil (Encuesta Andaluza de Salud 2007)
La prevalencia de sobrepeso aumenta con la edad en ambos sexos, presentando la última encuesta los valores más altos en todos los grupos de edad y sexo. Veamos a continuación, los datos referidos a Andalucía y Granada:

- La media provincial se sitúa en 25,4% y en Andalucía en 18,6%
- Desagregado por sexos, en niños en Granada 24,8 y Andalucía 19,9%, mientras que en niñas en la provincia de Granada 26,0% frente al 17,3% de Andalucía.

En general, la prevalencia de sobrepeso infantil en la provincia de Granada es superior a la media de Andalucía, destacando por encima de todo, una mayor prevalencia en el caso de las niñas.

Sedentarismo en el puesto de trabajo y tiempo libre.

En el año 2007 el 83,3% de la población andaluza ejercía un trabajo sedentario, entendido éste como aquel que se realiza sentado o de pie sin realizar esfuerzos, siendo más frecuente este tipo de trabajos entre las

mujeres (89,2%) que en los hombres (77,2%). Durante el tiempo libre, el sedentarismo alcanzó el 43,1% de la población, mayor también entre las mujeres (45,5%) que entre los hombres (40,7%). Cádiz es la provincia que presentó mayores porcentajes de sedentarismo en el tiempo de trabajo (87,4%) y Huelva en el tiempo de ocio (58,5%). En el caso de Granada presenta unos valores de 81% y 40%, muy por debajo de la media de Andalucía.

Sedentarismo en población infantil. Prevalencia de sedentarismo en población infantil.

En el año 2007 la frecuencia de sedentarismo se situaba en el 24,0% en el caso de los niños y en el 26,2% en las niñas, frecuencia que disminuía conforme aumentaba la edad del menor, niña o niño. Así, en los grupos etarios de 3 a 7 años y de 8 a 15, el porcentaje de menores que no hace ningún tipo de actividad física en su tiempo libre es del 21,4% y del 10,8% respectivamente. Por provincias Cádiz (19%) y Granada (19,4%) son las áreas en las que se encontraron menores frecuencias de sedentarismo entre la población menor de 16 años, frente a Huelva, que con un 44% destaca por ser la provincia con mayor tasa de sedentarismo entre la población infantil.

Salud Emocional y mental

La salud mental o emocional es “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a la comunidad“ (OMS, 2003). El cuidado nuestra salud emocional, es una responsabilidad de todos y cada uno de las personas. En primer lugar porque nos ayuda a estar bien, a sentirnos más seguros y a vivir con más plenitud. En segundo lugar, porque si estamos bien, hacemos el mundo un poco más habitable para todos.

Así, del mismo modo que cuidamos nuestra salud física a través de la alimentación, el ejercicio y el descanso, nuestra salud emocional requiere de un poco de nuestro tiempo y atención.

Una buena salud emocional y personal se asocia con una serie de factores claves:

- Expresando sentimientos, siendo respetuosos con el entorno que nos rodea
- Aprendiendo a no juzgar a las personas, sin motivo aparente y a no juzgarte a uno/a mismo/a. La crítica solo sirve cuando se hace de manera constructiva, aportando soluciones.

- Aprendiendo de los errores y los hábitos negativos (la mayor victoria es una derrota).
- Practicando la escucha activa
- Manteniendo metas e ilusiones
- Saber respetar a las personas tal como son

Estos y otros muchos factores claves, y su normal desarrollo personal, repercuten en gran medida, en una buena salud emocional de las personas, repercutiendo a su vez, en una vida más activa como marcando una dieta alimenticia más equilibrada. En este caso, contextualizando esta línea de trabajo, hacemos referencia a algunas intervenciones o planes integrales aquí en Andalucía, cabe señalar, el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA), que se orienta a la consecución de una serie de metas en salud, incorporando, de forma transversal, el principio de equidad y el enfoque género. Asimismo, reconoce la importancia de la acción intersectorial, promoviendo acciones que faciliten la cooperación entre los distintos sectores involucrados. Y todo ello teniendo en cuenta la evidencia científica disponible para la elaboración de las recomendaciones y la viabilidad financiera de las mismas. Por tanto, entre otras prioridades, este Plan contempla:
- una serie de intervenciones de comunicación dirigida, tanto a la población general como a profesionales, que ayude a combatir el estigma, promocionar la salud y prevenir la enfermedad mental.
- la promoción de la salud mental y la prevención de la enfermedad mental, formulando objetivos y actividades de marcado carácter intersectorial.
- Potenciar la red de atención a la salud mental, de cara a consolidar el modelo comunitario y avanzar en la perspectiva de la recuperación y el desarrollo de los programas de apoyo social.
- Estrategias de atención específica a la salud mental de la infancia y adolescencia, a las personas en situación de exclusión social o en riesgo de padecerla, programas de detección e intervención precoz en psicosis y programas específicos de atención a las personas con trastornos de la personalidad.

Potenciar la participación activa de usuarios, usuarias y familiares, mediante el apoyo al movimiento asociativo y el impulso de programas de ayuda mutua, sensibilización social y potenciación del voluntariado

1. Sedentarismo
2. Obesidad y obesidad infantil
3. Trastornos alimenticios: anorexia, bulimia
4. Enfermedades degenerativas: alzheimer
5. Trastornos depresivos y mentales

6.- Salud Ambiental

Plan para la promoción de la actividad física y la alimentación equilibrada
http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_alimentacion_equilibrada/Plan_actividad_fisica.pdf

Plan Integral de Obesidad Infantil
http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_obesidad_infantil/plan_obesidad_infantil.pdf

Plan Integral Salud Mental Andalucía (PISMA)

ANEXIONAR LISTADO DE ACTIVIDADES Y ACTUACIONES REALIZADAS PREVIAMENTE, QUE SE ESTÉ O VAYAN A REALIZAR Y AQUELLAS QUE SE HAGAN DE FORMA PERMANENTE