SALUDA DEL ALCALDE

Tras la adhesión de Bonares en la Red Local de Acción en Salud de Andalucía, a través de convenios específicos entre las delegaciones provinciales de Salud, desde nuestro Ayuntamiento y los grupos de trabajo establecimos el compromiso para la elaboración de un Plan Local Estratégico de Salud; un compromiso que supone una apuesta política por la salud, contando con la participación de la ciudadanía como agente d acción fundamental.

Todo el mundo conoce la relación entre los hábitos de vida de las personas y su nivel de salud. Lo que no todo el mundo reconoce es la relación entre la salud de las personas y un buen número de circunstancias que no siempre están bajo su control.

Es precisamente en el municipio, el territorio más cercano a la ciudadanía, donde cobran especial importancia las acciones para promover conductas más sanas y conseguir que los entornos donde viven, conviven y trabajan las personas y sus familias, sean más saludables.

El Plan Local de Salud, como herramienta de planificación imprescindible para la acción local en salud de las entidades locales, representa una nueva forma de hacer, e incorporar respuestas a los principales problemas y situaciones de riesgo en la localidad mediante acciones concretas y específicas.

Este Plan que ahora tienes entre las manos, es fruto de un proceso participativo en el que asociaciones y entidades locales, profesionales del sector de salud y de otros sectores, vecinos del municipio y responsables políticos han trabajado aunando esfuerzos y recursos para detectar necesidades y problemáticas; realizar propuestas de acción; y dar forma a todas las actuaciones, proyectos y programas que venían realizándose en Bonares, así como programar acciones futuras según las necesidades detectadas.

Para finalizar quiero agradecer el trabajo de todos los que han participado y conformado los diferentes grupos de trabajo e invitar a toda la ciudadanía y entidades implicadas a continuar trabajando en este modelo de gobernanza para que Bonares sea cada día más saludable.

Juan Antonio García García

SALUDA CONCEJALA DE SALUD

Desde temprana edad siempre he creído y he defendido que los derechos humanos solo se puede defender con la Democracia, la cual tenemos el privilegio de poder vivir.

El principal de todos esos derechos es la asistencia en materia de salud, por tanto mi compromiso y el del equipo de gobierno al que tengo el gusto de pertenecer es el de trabajar por programas y actividades dirigidos a nuestros vecinos y vecinas para la prevención de enfermedades y la protección de la salud.

Diversas actividades se han venido realizando a lo largo del año para llevar una vida más saludable, todas ellas incluidas en el PLAN LOCAL DE SALUD, plan por el que se lleva trabajando varios años y que está ya finalizado.

En este plan se ha venido trabajando para dar soluciones a las necesidades de bonariegos y bonariegas que en materia de salud les venían preocupando, por ello se ha elaborado dicho plan, el cual incluye actividades para la mejora de nuestra SALUD.

Como digo siempre vivimos en una sociedad consumista, de querer tenerlo todo, y nos olvidamos de lo realmente importante la SALUD, pues sin ella de nada sirve lo demás, y recordad cada día, que la salud es la primera y gran riqueza que podemos tener.

Es un honor para mí poder presentar este Plan como resultado del trabajo que se ha llevado a cabo durante tanto tiempo. No ha sido tarea fácil la elaboración del mismo, por lo tanto mi agradecimiento a todas las personas que configuraron grupos de trabajo, revisaron borradores e hicieron aportaciones de uno u otro tipo. Gracias especialmente a las asociaciones, profesionales del sector de la salud y vecinos, que con su colaboración, han ayudado a enriquecer este proyecto.

A vuestra disposición, la concejala de salud.

Saray Romero Morueta

INDICE

1. Introducción.
2. Justificación.
3. Marco Conceptual, legislativo y Estratégico.
4. Metodología
5. Perfil.
6. Priorización.
7. Líneas Estratégicas.
8. Anexos.

1. INTRODUCCIÓN

Un Plan Local de Salud, debe contar con la implicación de la comunidad como uno de los aspectos clave, sin esta participación ciudadana, el Plan Local de Salud no pasará de ser un documento más de los que genera un Ayuntamiento que podrá tener mayor o menor fortuna en su desarrollo, pero siempre estará alejado de sus destinatarios.

Pero cuando hablamos de participación ciudadana en relación a procesos de este tipo, hay que tener en cuenta que ésta debe ser activa, continua y capaz de aglutinar el mayor número de colectivos del municipio, implicándose tanto en la información, que permite recoger sus aportaciones, como en el desarrollo de las acciones que se pongan en marcha. En definitiva el plan ha de ser no sólo un plan para la ciudad sino un plan de la ciudadanía.

Planificar es una manera de aunar esfuerzos y voluntades, alineándolos en la consecución de metas y objetivos, o dicho de otra forma, teniendo en cuenta el ámbito en el que nos movemos, en la búsqueda de una mayor calidad de vida, por esto ha de ser no sólo un instrumento de coordinación, sino de convergencia en la consecución de los objetivos comunes. Debe atender a la coordinación intramunicipal e institucional, facilitando un nuevo modelo de gobernanza.

A modo de conclusión, podemos decir que el Plan de Salud debe significar un "contrato" entre la corporación y la ciudadanía, contrato dinámico y capaz de cumplir con su objetivo principal: elevar su nivel de salud.

Para ello, el Plan Local de Salud requerirá un abordaje interprofesional e intersectorial. Los complejos y acelerados cambios sociales, hacen cada día más necesaria la concurrencia de distintos sectores y de un amplio espectro de profesionales que precisan entender esta complejidad y la forma en la incide en los problemas de salud.

Por todo ello, podemos definir el Plan Local de Salud, como un documento dinámico con intervención sobre la forma y los contextos en los que vive la gente, que estará:

- Impulsado por la voluntad política.
- Establecido entre la corporación local y la ciudadanía.
- Orientado hacia la meta de elevar el nivel de salud en el municipio.
- Formulado sobre los principios de participación comunitaria, coordinación interinstitucional, intramunicipal e intersectorialidad.
- Centrado en la promoción y protección de la salud y la prevención de las enfermedades.

2. JUSTIFICACIÓN

La investigación de las últimas décadas en materia de salud pública ha puesto repetidamente de manifiesto que la buena salud de la población no depende exclusivamente ni de la cantidad ni de la calidad asistencial de los sistemas sanitarios. Todos los estudios nos hacen deducir, que el incremento constante de los recursos sanitarios mejora el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de la enfermedad, pero contribuye escasa o en ninguna medida a la mejora de la salud general de la población.

El interés creciente que despierta la planificación en salud, tiene que ver con la necesidad de hacer frente a fenómenos emergentes como el envejecimiento demográfico , las enfermedades crónicas y las crecientes desigualdades en salud, nuevos retos en salud que requieren de una respuesta coherente e integrada de los gobiernos locales.

La necesidad de planificar en salud se sustenta sobre la sólida evidencia, de que la salud depende en gran medida de factores económicos, sociales y políticos controlados por las políticas no sanitarias y que a su vez una población sana, constituye un recursos esencial para el crecimiento y desarrollo económico de nuestra localidad.

Planificar es adelantar los cambios en la dirección deseada, pero también es establecer prioridades, es asignar recursos, es en suma una herramienta que permite ordenar la toma de decisiones y finalmente dotarla de un espacio temporal.

Así pues, es fundamental promover el conocimiento de los factores medioambientales y sociales que incide en el estado de la salud de nuestra población. Facilitar la creación de entornos saludables, fomentar asociaciones tendentes a evitar, reducir o retrasar el inicio y desarrollo de los factores de riesgo: el refuerzo de la autoestima y la autonomía de las personas en la construcción de un proyecto de vida saludable, el impulso y apoyo a las familias cuidadoras, el asociacionismo y otras organizaciones de participación ciudadana.

Actualmente sabemos que para muchos temas de Salud Pública, es preciso un proceso de organización de varios de los elementos que constituyen una localidad y que pueden tener un impacto positivo en la salud (la vivienda, las seguridad vial, la actividad física …) y esto no exige necesariamente más financiación, sino el compromiso de orientar los recursos hacia las intervenciones priorizadas y de ese modo, incrementar la eficacia.

Por eso entendemos que cualquier planificación debe partir de "lo local", el lugar donde viven y se desenvuelven las personas, ya que la salud como factor de bienestar social y personal es un elemento significativo de pacto local donde resulta posible aunar los intereses de la ciudadanía, los intereses de los profesionales de los servicios y la corporación local y dirigirlos hacia el avance de nuestra localidad en el ámbito de la salud.

Este Plan Estratégico, por tanto significa la continuidad de un trabajo en el municipio de Bonares, donde la intersectorialidad, la participación ciudadana y el apoyo institucional juegan un papel fundamental. Su proyección va más allá del sector sanitario, mediante las alianzas con otros sectores implicados en el desarrollo de una planificación de la salud en el entorno urbano; fomentando la promoción de comportamientos saludables, colaborando en el diseño de localidades para una mejoras de las condiciones de vida, contribuyendo al desarrollo de una gestión local, saludable y participativa.

3. MARCO CONCEPTUAL, LEGISLATIVO, ESTRATÉGICO Y TEMPORALIDAD.

MARCO LEGISLATIVO

En el marco internacional, el reconocimiento del poder de la acción local en la promoción de ciudades saludables, ha generado en Europa un movimiento de articulación de los alcaldes y representantes locales que se expresó a través de un conjunto de declaraciones, de compromiso de estas autoridades europeas con la promoción de la salud para todos. El esfuerzo estaba basado en principios de sostenibilidad, igualdad, cooperación multisectorial, participación, rendición de cuentas y solidaridad[1]

La **Carta Europea de Autonomía Local**[2] identifica en los municipios la capacidad de ordenar y gestionar bajo la propia responsabilidad una parte sustancial de los asuntos públicos mediante el impulso de políticas propias. Esto se sustenta sobre el ejercicio del liderazgo político del gobierno local para que tanto los actores públicos como privados, desde sus propios ámbitos, formen una red capaz de hacer competitivo el territorio y de dar una respuesta adaptada a la realidad de la sociedad a la que representa. Su ratificación por parte del Reino de España implica a toda la municipalidad del Estado.

En Andalucía, la **Ley de Salud** (1998), representa un marco legislativo más amplio para la administración sanitaria en materia de protección de la salud de los ciudadanos y ciudadanas, con el que, además, se pretende regular el campo de actuación y relación con el sector privado, siempre dentro del ámbito competencial de la administración local. Con ella se potencia el papel de los municipios, con el principal objetivo de regular las actuaciones que hacen efectivos los derechos y deberes de la ciudadanía respecto al sector salud, se fomenta la participación, y consecuentemente la corresponsabilidad en el derecho a la protección de la salud.

El **Estatuto de Autonomía Andaluz** (2007), con un gran espíritu municipalista y social, es el que confiere a los Ayuntamientos un mayor

[1]The Milan Declaration on Healthy Cities, 1990; The Athens Declaration for Healthy Cities, 1998; Mayor's Statement of the WHO Healthy Cities Network in Phase II, Denmark, 2000; The Belfast Conference, 2003

[2]Consejo de Europa: Carta Europea de la Autonomía Local, hecha en Estrasburgo el 15 de octubre de 1985. Ratificada por España el 20 de enero de 1988 (BOE núm. 47, de 24 de febrero de 1989)

protagonismo y, sobre todo, establece que las competencias propias que les son asignadas deben conllevar la necesaria suficiencia financiera. Esto significa una apuesta de adecuación a una sociedad más actual, en la que la ciudadanía goce de muchos más derechos en los que trabajar de forma cercana y activa, de ahí que el mayor protagonismo de los Ayuntamientos sea algo previsible.

Pero seguramente las normas que más apostados por dotar a los Ayuntamientos de protagonismo y competencias en materias de Salud Pública han sido por una parte la **Ley de Autonomía Local de Andalucía** (2010), en su artículo 9.13, recoge las competencias de los municipios en relación con la promoción, defensa y protección de la salud pública, incluyendo en su primer apartado la elaboración, aprobación, implantación y ejecución del Plan Local de Salud.

Y en segunda instancia la **Ley de Salud Pública de Andalucía** (2011), que en su preámbulo, recalca la importancia de impulsar las competencias y el liderazgo de los municipios en el desarrollo de la acción local en salud, como estrategia para mejorar la salud de la ciudadanía y hacer factible su participación real. Para ello, esta ley establece como instrumento el Plan Local de Acción en Salud que, partiendo de la valoración de la situación de salud local, plantea las acciones concretas, adaptadas al espacio territorial donde se desenvuelve la vida de las personas, con implicación intersectorial y con la participación real de la población que va a ser protagonista.

Y finalmente, haciendo un poco de síntesis de todo este cuerpo legislativo señalaremos al **IV Plan Andaluz de Salud** elaborado, como expresión de las políticas de salud del Gobierno de Andalucía, en el contexto de la Estrategia de Salud en Todas las Políticas. Es decir, un proyecto que sirva de instrumento de implementación de la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, haciéndola presente desde el marco autonómico hasta el último rincón municipal de Andalucía, para llevar sus objetivos al entorno más próximo de la ciudadanía, a las agendas políticas de los Entes Locales, ya que es allí donde ésta participa de una forma más directa en las decisiones relacionadas con los determinantes que condicionan su salud.

MARCO CONCEPTUAL

Una vez puesta de manifiesto la necesidad de proporcionar respuestas a las situaciones concretas y específicas de la población de Bonares, el Plan Local de Salud se propone centrar los esfuerzos públicos en

aquellas circunstancias condicionantes que puedan suponer un impacto en el nivel de salud de la ciudadanía.

Con esta premisa, planteamos una serie de metas o propósitos de carácter general, que configuran el marco conceptual de nuestro proyecto.

- Promover los canales necesarios para implicar a nuestros ciudadanos con su salud, fomentando conductas y estilos saludables de vida.
- Potenciar políticas intersectoriales para promover la salud en la población, generar entornos saludables de vida, mejorar la calidad del medioambiente y potenciar los mecanismos de prevención y seguridad de la salud colectiva.
- Disminuir las desigualdades en salud, que en gran parte son causantes de los resultados desfavorables en nuestra salud local.
- Identificar y promover los "activos" que conducen a la mejora de la salud, y generan bienestar y calidad de vida en nuestros ciudadanos.

Con este marco podemos concretar la Misión y la Visión del Plan Local de Salud de Bonares.

MARCO ESTRATÉGICO

MISIÓN:

La misión de las personas que forman parte de la construcción del Plan Local de Salud debe encaminarse la elaboración de un plan local de salud que incida de forma activa y positiva sobre los factores determinantes de la salud ayudándonos a mejorar el nivel de salud de la ciudadanía.

VISIÓN:

Que el Plan Local de Salud de Bonares, se convierta en un verdadero instrumento que nos ayude a mejorar la salud y calidad de vida de nuestros ciudadanos, que sea referencial en la gestión y buenas prácticas a la hora de programar con perspectiva de salud y que se

constituya en un referente para conocer y utilizar los “activos en salud” que se desarrollan en nuestro municipio.

TEMPORALIDAD.

El Plan Local que ahora se presenta debe tener una proyección temporal importante de forma que permita un desarrollo sostenido en el tiempo de las acciones, iniciativas y estrategias que se plantean. Por ello se considera adecuado un marco cronológico de 4 años (2017-2020) que se irá evaluando y revisando anualmente en sus programas y en las acciones planteadas, por medio de una adenda.

Itinerario Municipio

4. METODOLOGÍA

Para la elaboración del Plan Local de Salud se ha utilizado la **metodología RELAS** propuesta por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales:

- **Fase Inicial**: Constitución de un grupo impulsor que liderado por el Ayuntamiento y una coordinadora técnica hacen posible el desarrollo de todo el proyecto.

- **Perfil de Salud**: Evaluación del estado de salud del municipio de basado en el concepto de determinantes de la salud, con un enfoque participativo. En este documento se identifican los aspectos fuertes que tiene el municipio (recursos y características favorables para la salud local) y los aspectos que se pueden mejorar (carencia de recursos y características desfavorables) en relación a la salud local.

- **Priorización:** Elegir de forma consensuada los aspectos identificados en el perfil que deben ser abordados por el Plan Local de Salud.

- **Elaboración del Plan Local:** A través de grupos de trabajo se identificaron y determinaron los objetivos generales que queríamos alcanzar en cada una de las líneas estratégicas definidas en la etapa anterior.

Tanto en la elaboración del presente Plan como en su puesta en marcha se han tenido en cuenta una serie de **principios metodológicos** que le confieren un fuerte componente participativo e innovador, otorgando un papel protagonista al establecimiento de un compromiso común y una visión compartida entre agentes públicos y privados en la mejora de la salud pública de todos/as los/as bonariegos/as.

1.Participación:A modo de garantizar el éxito en la elaboración y gestión del presente Plan, hace que resulte imprescindible la máxima representatividad de todos los agentes locales en todo el ciclo de vida del Proyecto, desde la fase de inicio hasta el momento de la evaluación, pasando por los momentos de ejecución y seguimiento.

La presencia de Instituciones, entidades, asociaciones, etc. resultará esencial para conseguir la implicación de la ciudadanía, ya sea mediante sus representantes a nivel asociativo como a nivel individual en los distintos foros de participación. Ya en la preparación del Plan local de Salud se ha contado con el máximo número posible de miembros del tejido asociativo, con la finalidad de buscar su adhesión al proyecto y la incorporación de sus aportaciones a la redacción del mismo.

2.Intersectorialidad:Con el objeto de abordar la salud pública desde todas las políticas, se ha apostado por una línea de trabajo, en donde la intersectorialidad ocupa un lugar central mediante la coordinación y actuación conjunta de todas aquellas Instituciones, entidades y asociaciones que están de algún modo relacionadas en materia de salud pública. El fin último sería el abordaje y la búsqueda de recursos compartidos desde todos los sectores implicados.

3. Abierto y Dinámico: El presente documento tendrá en cuenta todos aquellos acontecimientos, que de manera coyuntural vayan surgiendo a lo largo de la vigencia del mismo y que sean objeto de abordaje desde la Salud Pública, con el objeto de convertir el Plan en un instrumento abierto y vivo, capaz de hacer frente a los cambios a través de acciones informativas, formativas, preventivas y de vigilancia de los nuevos problemas que en materia de Salud Pública surjan en la Localidad

5. PERFIL LOCAL EN SALUD BONARES

5.1. Introducción.

¿Qué es el perfil de salud local?

Es el producto de un proceso de trabajo y de reflexión compartida intersectorial, interdisciplinar y participativa.
En él se incluye información sobre los determinantes de la salud como son el medioambiente (natural y construido), las condiciones y características socioeconómicas o el estilo/hábitos de vida, información relevante de otros sectores, distintos al estrictamente sanitario, así como información relativa a medidas del área de salud.
El perfil de salud es el primer peldaño del proceso de planificación local en salud. Este constituye la base y el soporte para la elaborar el Plan de Acción, sirve para identificar los distintos "actores/agentes" que podrán establecer las alianzas y sinergias locales (Red Local de Salud), así como la base para establecer prioridades en salud y una parte esencial de la toma de decisiones locales.

Objetivos y finalidad

El perfil de Salud es el documento de base para establecer prioridades de salud y para la toma de decisiones locales, dirigidas a la acción, estableciéndose alianzas para la salud.

Objetivos

- Organizar y sintetizar la información relevante sobre la salud y sus determinantes.
- Identificar problemas, necesidades, riesgos, activos y recursos locales.
- Identificar necesidades de nuevos datos e indicadores de salud.
- Estimular la realización de cambios de salud.
- Impulsar la acción intersectorial en el municipio.
- Informar a la ciudadanía, a los políticos, a los profesionales.
- Incorporar e implicar a la comunidad.
- Identificar áreas susceptibles de actuación para mejorar la salud.

- Ser una herramienta útil para el seguimiento de los problemas y necesidades priorizadas y del resultado e impacto de las actuaciones emprendidas.

5.2. Diagnóstico Preliminar de Epidemiología.

5.2.1. INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS

A continuación se exponen los principales datos demográficos del municipio de Bonares.

Población

Población total. 2013	6.282	Número de extranjeros. 2013	1.098
Población. Hombres. 2013	3.115	Principal procedencia de los extranjeros residentes. 2013	Rumanía
Población. Mujeres. 2013	3.167	Porcentaje que representa respecto total de extranjeros. 2013	35,15
Población en núcleo. 2013	5.788	Emigraciones. 2012	158
Población en diseminado. 2013	494	Inmigraciones. 2012	201
Porcentaje de población menor de 20 años. 2013	22,14	Nacidos vivos por residencia materna. 2012	76
Porcentaje de población mayor de 65 años. 2013	14,77	Defunciones por lugar de residencia. 2012	39
Incremento relativo de la población en diez años. 2013	18,64	Matrimonios por lugar donde fijan la residencia. 2012	14

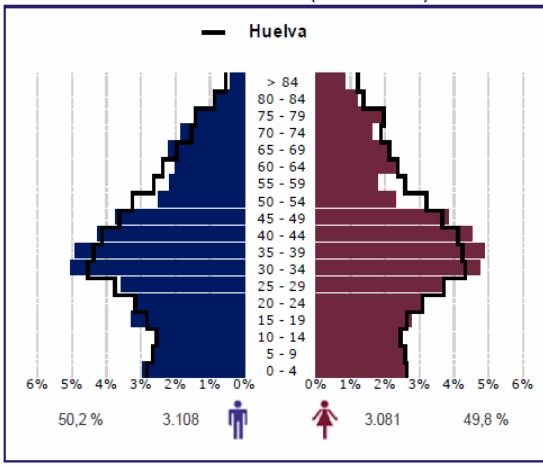
Extraído de: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. SIMA – Bonares (Huelva) [Internet]. [citado17 de noviembre de 2014].Recuperado a partir de: http://www.ieca.junta-andalucia.es/sima/htm/sm21014.htm

Estructura de la población según padrón 2011

Bonares — **Ficha Municipal - 2012**

Fecha de cierre de entrada de datos: 29/02/2012

ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN (Padrón 2011)



TASAS DEMOGRÁFICAS

	Municipio	Comunidad	España
Dependencia	44,2 %	46,0 %	47,1 %
Envejecimiento	14,6 %	15,2 %	17,2 %
Maternidad	20,2 %	22,2 %	21,3 %
Tendencia	104,2 %	103,2 %	104,8 %
Reemplazo	163,9 %	132,4 %	114,3 %

$$\text{Dependencia} = \frac{\text{Pob. <15 + Pob >64}}{\text{Pob. de 15 a 64}} \times 100$$

$$\text{Envejecimiento} = \frac{\text{Pob. > 64}}{\text{Pob. Total}} \times 100$$

$$\text{Maternidad} = \frac{\text{Pob. de 0 a 4}}{\text{Mujeres de 15 a 49}} \times 100$$

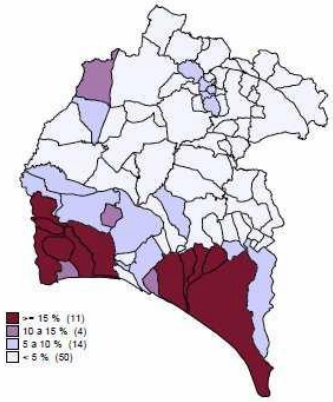
$$\text{Tendencia} = \frac{\text{Pob. de 0 a 4}}{\text{Pob. de 5 a 9}} \times 100$$

$$\text{Reemplazo} = \frac{\text{Pob. de 20 a 29}}{\text{Pob. de 55 a 64}} \times 100$$

POBLACIÓN EXTRANJERA POR NACIONALIDAD (Principales nacionalidades) - 2011

	Total		Hombres		Mujeres	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Total	**1.062**	**17,2**	**523**	**16,8**	**539**	**17,5**
Europa	**684**	**64,4**	**243**	**46,5**	**441**	**81,8**
Unión Europea	647	60,9	220	42,1	427	79,2
Reino Unido	43	4,0	26	5,0	17	3,2
Alemania	26	2,4	11	2,1	15	2,8
Francia	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rumanía	340	32,0	116	22,2	224	41,6
Resto Europa	37	3,5	23	4,4	14	2,6
África	**355**	**33,4**	**263**	**50,3**	**92**	**17,1**
Marruecos	236	22,2	153	29,3	83	15,4
América	**3**	**0,3**	**2**	**0,4**	**1**	**0,2**
Colombia	1	0,1	0	0,0	1	0,2
Ecuador	2	0,2	2	0,4	0	0,0
Argentina	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Asia	**20**	**1,9**	**15**	**2,9**	**5**	**0,9**
Resto países	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**

Proporción de población extranjera sobre el total de la población



El porcentaje de extranjeros total está calculado sobre el total de la población.
El porcentaje de extranjeros por países está calculado sobre el total extranjeros.

Extraído de: Bonares. Ficha municipal 2012. Padrón 2011. http://internotes.cajaespana.es/pubweb/decyle.nsf/85811657B93355BBC125787200239B48/$File/21014.PDF?OpenElement

La localidad mantiene una tasa de dependencia, fertilidad y envejecimiento cercana a la media andaluza y una tasa de reemplazo superior a la andaluza. La población extranjera representa el 17% aproximadamente de la población del municipio.

2. RESULTADOS EN SALUD

-Mortalidad
La causa seleccionada a continuación está dentro de las 4 primeras causas con más años de vida potencialmente perdidos y presenta un exceso de años al compararse con Andalucía.

Causa de mortalidad con exceso de años de vida potencialmente perdidos por causa de mortalidad en mujeres:
1. Cáncer de mama
2. Accidentes de tráfico
3. Enfermedad isquémica del corazón

Causa de mortalidad con exceso de años de vida potencialmente perdidos por causa de mortalidad en hombres:
1. Accidentes de tráfico
2. Enfermedad crónica de vías respiratorias
3. Diabetes mellitus

Fuente: Datos de registro de mortalidad de Andalucía 2002-2006.Elaborado por Área hospitalaria Juan Ramón Jiménez e Infanta Elena.

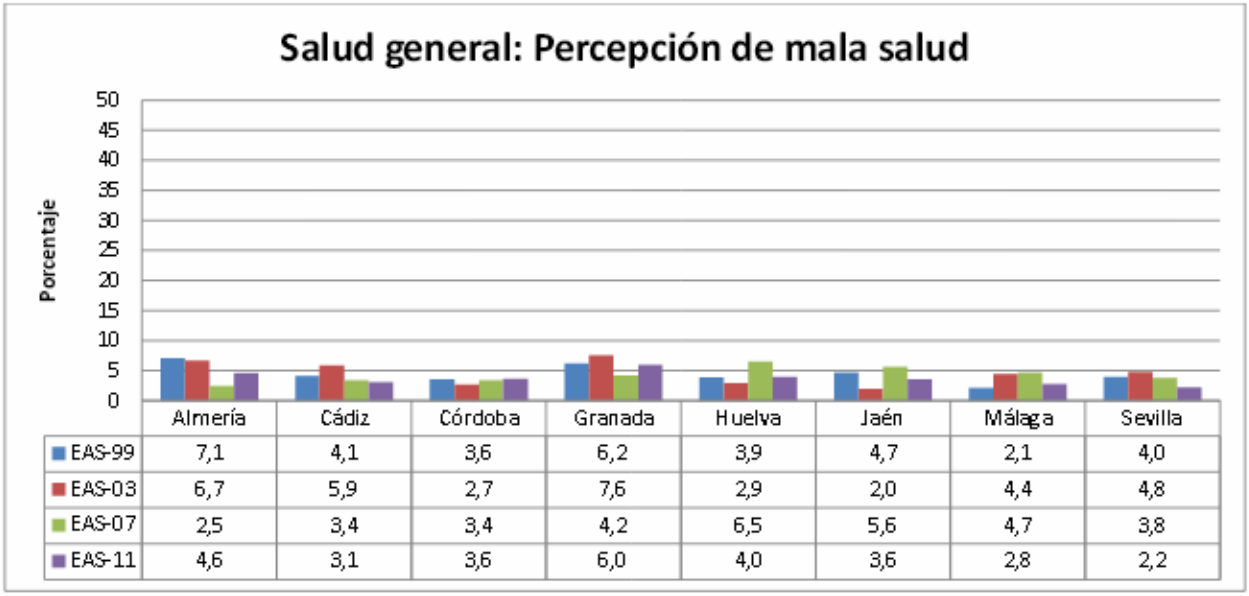
La causa seleccionada a continuación se ha priorizado según la tendencia del Atlas de Mortalidad de Andalucía (1981-2008),la tasa de años de vida potencialmente perdidos (Datos de registro de mortalidad de Andalucía 2002-2006) y listado de Mortalidad Innecesariamente Prematura y Sanitariamente Evitable (MIPSE), y dentro de estas, con especial interés de las causas susceptibles de intervención por los servicios de asistencia sanitaria.
Causa de mortalidad priorizada:

Hombres	Causa	Mujeres	Causa
	Enfermedad cerebrovascular		**Cáncer de mama**
	Cáncer de estómago		**Enfermedad isquémica del corazón**

Fuente: Elaborado por Distrito Condado Campiña. Área de Epidemiología. DAPS Condado Campiña. Análisis de Mortalidad Año 2010.Noviembre 2010

- Morbilidad

En las encuestas andaluzas de salud en el año2011, el 3,4% de la población andaluza declaró tener una mala o muy mala percepción de su salud. En las mujeres se percibió la mala (mala o muy mala) salud en mayor porcentaje (4,6%frente al 2,2% de los hombres).



	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
EAS-99	7,1	4,1	3,6	6,2	3,9	4,7	2,1	4,0
EAS-03	6,7	5,9	2,7	7,6	2,9	2,0	4,4	4,8
EAS-07	2,5	3,4	3,4	4,2	6,5	5,6	4,7	3,8
EAS-11	4,6	3,1	3,6	6,0	4,0	3,6	2,8	2,2

Gráfico 3. Prevalencia de mala salud percibida por provincia. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007 y 2011.

Encuesta andaluza de salud. Portal de Igualdad, Salud y Políticas Sociales[Internet].[citado17 de noviembre de2014].Recuperado a partir de: http://www.csalud.junta-Andalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/C_3_NUESTRA_SALUD/C_1_Vida_sana/Vigilancia_de_la_salud/encuesta_andaluza_de_salud/encuesta?perfil=ciud&desplegar=/temas_es/C_3_NUESTRA_SALUD/&idioma=es&tema=/temas_es/C_3_NUESTRA_SALUD/C_1_Vida_sana/Vigilancia_de_la_salud/encuesta_andaluza_de_salud/&contenido=/channels/temas/temas_es/C_3_NUESTRA_SALUD/C_1_Vida_sana/Vigilancia_de_la_salud/encuesta_andaluza_de_salud/encuesta

- PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS CONTROLADAS.

Prevalencia de diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma, insuficiencia cardíaca e hipertensión (HTA).La unidad de análisis es el municipio. Fuente: Sistema de seguimiento cartera de servicios.
Período de tiempo: 2013.

	Prevalencia Bonares (%)	Prevalencia en población general
Atención a Personas con Diabetes	**8,69**	**6**
Atención a Personas con EPOC	**4,24**	**9**
Atención a Adultos con asma(>15 años)	**7,26**	**5**
Atención a Niños/as con asma	**13,03**	**10**

Fuente: SIGAP Distrito 2013.

- TASA DE TUBERCULOSIS ANUAL

Número de caso de tuberculosis y tasa anual promedio de tuberculosis en el municipio y en la provincia.

Fuente: Sistema de vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA) Periodo: 2003-2012.

Dentro del bloque de morbilidad se describe el número de casos con tuberculosis y tasa anual promedio de los años 2003-2012 cuyas tasas son inferiores a la media provincial. No obstante, hay que resaltar que existe un descenso de los casos a nivel provincial, desde 2008. De manera que, actualmente tenemos una media de 70 casos de tuberculosis anuales y una tasa en 2012 de 14. 54 casos de tuberculosis por 100000 habitantes en toda la provincia.

	Bonares		Provincia de Huelva	
Morbilidad	2003-2012	Tasa anual promedio2003-2012 por 100 000habitantes	2003-2012	**Tasa anual promedio2003-2012 por100 000habitantes**
Tuberculosis(número de personas)	**4**	**7.07**	**844**	**18.80**

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA)

-TASA DE RECIÉN NACIDOS CON BAJO PESO AL NACER.

Recién nacidos con un peso al nacimiento menor o igual a 2.600gramos;"Número de recién nacidos con un peso inferior o igual a 2.600 gramos nacidos en el cuatrienio 2005–2008/total de niños nacidos durante el cuatrienio 2005–2008.

	Bonares	Distrito Condado Campiña	Andalucía
Morbilidad Recién nacidos con bajo peso al nacer	**9,62%**	**9,96%**	**9,30%**

Fuente: Sistema de Detección Precoz de Metabolopatías.Periodo:2005-2008

- FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Tasa de paro global en el municipio de Bonares en 2013.
Población parada de un año (media anual 2013)/población activa según padrón municipal2013.
Fuente: SEPE.IEA Periodo: 2013

	Nº Parados en2013	Tasa de paro global
Bonares	369	8,5

Fuente: SEPE.IEA

- **La tasa de abandono escolar** a partir de los 16 años fue del 38,2% en Huelva en el año 2010, casi 4 puntos por encima de la media de Andalucía (34,7%). Elevándose en mayor proporción entre los hombres (42,6%) que entre las mujeres (33,7%). Esta diferencia de género también se produce en Andalucía.

- ASISTENCIA SANITARIA

Tasa de participación en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama Descripción: Calcula, independientemente del número de citaciones, el porcentaje de mujeres que han sido exploradas al menos una vez.
Cálculo: Nº de mujeres exploradas/Población elegible x 100
Numerador:

Asistencia Sanitaria 2013	Programa de detección Precoz de cáncer de mama	Tasa de participación 2013:	Tasa de participación mínima necesaria
		96,55%	**70%**

Fuente: Programa Detección Cáncer de Mama (DCM).Distrito Condado Campiña.

Número de mujeres exploradas al menos una vez en el periodo de estudio.

1. Mujeres a las que se les realiza el estudio mamográfico decribado (test de screening).
2.Número de mujeres que aportan una mamografía realizada como máximo 6 meses antes de la cita, que cumpla los criterios metodológicos del programa en cuanto a proyecciones ,que es interpretada y sigue el mismo proceso de las que se realizan en la propia unidad.

Denominador: Población elegible: Mujeres a las que se les ha ofrecido la participación, al menos una vez, en el periodo evaluado.

Fuente: Programa Detección Cáncer de Mama (DCM).Distrito Condado Campiña. Periodo: 2013

Tasa de participación en el programa de planificación familiar
Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que participan en el programa de planificación/población susceptible de 15 a 49 años. Fuente: sigap Periodo: 2013

Asistencia Sanitaria 2013	Planificación familiar	%de participación de mujeres de15-49 años	%de participación de mujeres de15-49 años según la población referencia.
		3.92%	**5%**

Fuente:SIGAP2013

Participación en programas de promoción de salud

Asistencia Sanitaria Promoción de salud	Programa de Promoción de salud	Centros participantes 2014-2015	%Participación respecto al Total de centros
	Forma Joven y "A no fumarme apunto"	1 centro de enseñanza secundaria	**100%**
	Programas de Alimentación Saludable y Ejercicio Físico	1Centrode Educación Infantil y Primaria	**100%**
	Aprende a Sonreír	1centrode Educación Infantil y Primaria	**100%**

PORCENTAJE DE COBERTURA DE VACUNACIÓN COMPLETA.

La descripción del indicador es la siguiente: "número total de niños/as nacidos en el periodo anual dos años antes del que hay que evaluar que han recibido vacunación completa (4DTPa+4VPI+4Hib+3HB+3Mc+1Tven el año/Número total de niños/as nacidos en el periodo anual dos años antes del que hay que evaluar x 100" en el municipio, provincia y Andalucía. Este indicador es importante que sea mayor del 95% para garantizar las coberturas vacúnales.
Fuente: Diraya Vacunas.
Periodo: Enero–Septiembrede2014

	Niños que han recibido la vacunación completa	Nº de niños/as nacidos en el periodo a evaluar	% de cobertura de vacunación completa		
			Bonares	**Provincia**	**Andalucía**

Cobertura vacunación completa	**66**	**69**	**95,7%**	**95,2%**	**93,9%**

- PORCENTAJE DE COBERTURA DE LA VACUNACIÓN FRENTE A LA TRIPLE VÍRICA A LOS 4 AÑOS.

La descripción del indicador es la siguiente: "Número de niños/as nacidos cuatro años antes del periodo que hay que evaluar que han recibido la segunda dosis de vacuna triplevírica correspondiente a los tres años de edad/Número de niños/as nacidos en el periodo anual cuatro años antes del que hay que evaluar "en el municipio, provincia y Andalucía.

Fuente: Diraya Vacunas.
Periodo: Enero–Septiembrede2014

	Niños que han recibido la vacunación triple vírica	**Nº de niños/as nacidos en el periodo a evaluar**	**%de cobertura de vacunación completa**		
			Bonares	**Provincia**	**Andalucía**
Cobertura vacunación frente triple vírica	**67**	**70**	**95,7%**	**95,3%**	**93,1%**

-PORCENTAJE DE COBERTURA DE VACUNACIÓN PARA LA GRIPE

Número de personas con vacunación para la gripe/total de personas estimadas candidatas a vacunación durante la campaña de vacunación de 2013 expresado en porcentaje.
Fuente: SIGAP 2013
Periodo :2013

Morbilidad		Bonares	Población de referencia
	Inmunizaciones para la gripe realizadas	**68,16%**	**70%**

- ESTILOS DE VIDA

Según datos de a EAS-2011, Huelva presenta la prevalencia más alta de tabaquismo diario en hombres tras Almería y la 3ª más alta en mujeres tras Almería y Málaga. La prevalencia general de Hueva con un 34,56 es la 2ªmás alta de Andalucía (media andaluza 30,91).

Al contrario que en Andalucía, en Huelva se ha producido un aumento en el consumo de tabaco con respecto a la EAS-2007 (0,9puntos). Este incremento se registra en ambos sexos pero es ligeramente superior en las mujeres, aunque éstas siguen manteniendo unas tasas de consumo muy por debajo de la de los hombres.

El porcentaje de personas que realizan actividad física en Huelva, según la EAS 2011 es del16,7%,muysuperioral8,20%delaEAS-2007.Este incremento se produce en ambos sexos pero es muy superior en hombres. El dato provincial está un poco por debajo de la media de Andalucía (17,3%)

CONCLUSIONES

La estructura poblacional de Bonares y la importante representación de población inmigrante, hacen necesario que en el proceso del plan de acción se represente a este colectivo para que desde el punto de vista cualitativo pueda aportar sus fortalezas en las acciones en salud y fomentar la diversidad en el municipio.

El análisis sobre los resultados en salud sugiere que posibles causas a priorizar en las acciones en salud podrían ser la enfermedad cerebro vascular en hombres mientras que el cáncer de mama y la enfermedad isquémica cardíaca en las mujeres. La causa de mortalidad de accidentes de tráfico dados los años de vida potencialmente perdidos, podría ser otra causa a considerar. Respecto a las patologías crónicas, es importante considerar la diabetes. Estas causas dependen de la exposición a diferentes factores de riesgo, con diferentes tiempos de latencia. Por ello, las medidas a poner en marcha a corto, medio y largo plazo, serán diferentes en función del tiempo necesario para que surtan efecto.

Los determinantes en salud en el municipio conviene analizarlos con cautela puesto que sus posibles efectos pueden aparecer a más largo plazo. En el caso de los determinantes ligados a factores socio económicos y educativos son orientativos del nivel provincial.

Los determinantes relacionados con la asistencia sanitaria necesita que se siga trabajando en la misma línea y reforzando trabajo frente a las vacunaciones y programas como la planificación familiar. Las causas de mortalidad pueden ser abordadas desde el marco de promoción de salud realizando un abordaje integral desde las condiciones de vida, los estilos de vida, la calidad ambiental y la asistencia sanitaria.

5.3. SALUD AUTOPERCIBIDA. CUESTIONARIOS

Datos epidemiológicos del municipio de Bonares. 2014

El presente documento pretende mostrar una aproximación del estado de salud de Bonares, más bien una "fotografía" inicial de la situación de salud del municipio a través de determinados indicadores o medidas.

La información de indicadores y medidas es un punto de partida para proseguir con la comunidad a trabajar en las posibles acciones en salud. Es una información cuantitativa y relevante que será completada con los recursos identificados por los propios bonariegos y bonariegas que definirán las acciones en salud.

Los indicadores o medidas utilizadas pretenden recoger resultados en salud en términos de mortalidad y morbilidad y determinantes en salud según diversos modelos teóricos. Todos los indicadores utilizados han sido extraídos de sistema de registro y de estudios elaborados por distintas instituciones de nuestro ámbito como las áreas hospitalarias, distrito sanitario y delegación de salud.

La finalidad de este documento es apoyar al plan de acción local en salud del municipio.

INFORME RESULTADOS CUESTIONARIOS BONARES

ÍNDICE

DATOS GENERALES 20

PROBLEMAS DE SALUD..... 21

Medioambiente 22
Servicios Sanitarios..... 25
Adicciones 26
Enfermedades individuales..... 27
Dependencia 28
Otros 29

SALUD MENTAL/EMOCIONAL..... 30

ACTIVOS 30

ELEMENTOS NEGATIVOS PARA LA SALUD 30

CONCLUSIONES 33

Datos Generales

Tabla 1: Comparativa datos de sexo de la encuesta con los reales[3]

SEXO	ENCUESTA	REAL	% ENCUESTA	% REAL
HOMBRE	56	3.115	42,75%	49,59 %
MUJER	75	3.167	57,25%	50,41 %
Total general	**121**	6.282	**100,00%**	100,00 %

Tabla 2: Comparativa de promedios de edad entre la encuesta y los reales.

EDAD	PROMEDIO EDAD REAL	PROMEDIO EDAD ENCUESTA
HOMBRE	35,63	37,72
MUJER	44,12	39,19
General	**40,49**	38,46

Tabla 3: Comparativa entre grupos de edad encuestados con los reales.

REALES	< 65 años	> 65 años	ENCUESTADOS	< 65 años	> 65 años
HOMBRE	83,59%	16,41%	HOMBRE	89,29 %	10,71 %
MUJER	81,09%	18,91%	MUJER	80,00%	20,00 %

Tabla 4: Grupo Informantes

Grupo Información	Frecuencia	%
CIUDADANÍA	117	89,31%
TEC. SERV. SAN.	8	6,11%
TEC. MUNICIPALES	5	3,82%
POLÍTICA MUNICIPAL	1	0,76%
Total general	**131**	**100,00%**

[3] Datos del SIMA IEA, 2013

Tabla 5: Situación actual

Situación actual	Frecuencia	%
TRAB. CUENTA AJENA	35	26,72%
DESEMPLEO	30	22,90%
AMA CASA	21	16,03%
ESTUDIANTE	21	16,03%
JUBILADO	11	8,40%
EMPR/AUT.	8	6,11%
OTROS	4	3,05%
N/C	1	0,76%
Total general	**109**	**100,00%**

PROBLEMAS DE SALUD

Tabla 6: Problemas de salud, frecuencia y porcentaje.

ÁMBITO	FRECUENCIA	%	EDAD Promedio
Medioambientales	34	23,13%	40,91
Servicios Sanitarios	32	21,77%	38,72
Adicciones	29	19,73%	37,41
Enf. Individuales	22	14,97%	43,77
Dependencia	10	6,80%	42,40
NS/NC	8	5,44%	45,50
Otros	7	4,76%	43,57
Salud Mental	4	2,72%	40,75
Estilos de vida	1	0,68%	44,00
Total general	147	100,00%	40,67

Tabla 7: Problemas de salud según el sexo. Hombres.

ÁMBITO	FRECUENCIA	%	Promedio edad
Adicciones	18	26,87%	38,39
Servicios Sanitarios	17	25,37%	33,41
Medioambientales	12	17,91%	43,25
Enf. Individuales	9	13,43%	31,78
NS/NC	4	5,97%	26,25
Salud Mental	3	4,48%	41,00
Dependencia	3	4,48%	47,67
Otros	1	1,49%	37,00
Total general	67	100,00%	36,90

Tabla 8: Problemas de salud según el sexo. Mujeres.

ÁMBITO	FRECUENCIA	%	Promedio edad
Medioambientales	22	27,50%	39,64
Servicios Sanitarios	15	18,75%	44,73
Enf. Individuales	13	16,25%	52,08
Adicciones	11	13,75%	35,82
Dependencia	7	8,75%	40,14
Otros	6	7,50%	44,67
NS/NC	4	5,00%	64,75
Estilos de vida	1	1,25%	44,00
Salud Mental	1	1,25%	40,00
Total general	80	100,00%	43,83

Medioambiente

Tabla 9: Ámbito Medioambiente.

Medioambiente	Frecuencia	%
EXCREMENTOS PERROS	8	23,53%
CONTAMINACION FABRICA PRÓXIMA	8	23,53%
FALTA HIGIENE MERCADO PUBLICO	3	8,82%
ANIMALES ABANDONADOS SUELTOS	3	8,82%
CONTAMINACION AMBIENTAL TRÁFICO	2	5,88%
CONTAMINACION ATMOSFERICA	2	5,88%
ACERADO EN MAL ESTADO	2	5,88%
LAS CUCARACHAS	1	2,94%
ACUMULACION RESIDUOS, PROVOCA RATAS, GATOS	1	2,94%
SUCIEDAD EN LAS CALLES, ESPECIALMENTE PLAZAS	1	2,94%
AGUA MUY MALA	1	2,94%
FALTA HIGIENE PILETAS, MALOS OLORES Y BICHOS	1	2,94%
CONTAMINACION PROVOCA ENFERMEDADES	1	2,94%
Total general	**34**	**100,00%**

Tabla 10: Medioambiente y género

SEXO	FRECUENCIA	%	% INTERGRUPO
HOMBRE	12	35,29%	17,91 %
MUJER	22	64,71%	27,50 %
Total general	**34**	**100,00%**	

Tabla 11: Medioambiente segregado por factores y género

Factores Medioambientales	HOMBRE	MUJER	% GENERAL
CONTAMINACIÓN	17,65%	23,53%	41,18%
LIMPIEZA VIARIA	17,65%	41,18%	58,82%
Total general	**35,29%**	**64,71%**	**100,00%**

Tabla 12: Medioambiente segregado por factores y promedio de edad.

Factores MA	Promedio de EDAD
CONTAMINACIÓN	27,21
LIMPIEZA VIARIA	50,50
Total general	**40,91**

Tabla 13: medioambiente y grupo de información.

GRUPO INFORMACIÓN	FRECUENCIA	%	% INTERGRUPO
CIUDADANÍA	32	94,12%	24,24 %
TEC. SERV. SAN.	1	2,94%	20,20 %
TEC. MUNICIPALES	1	2,94%	20,20 %
Total general	**34**	**100,00%**	

Tabla 14: Medioambiente y situación actual.

SITUACIÓN	FRECUENCIA	%	% INTERGRUPO
ESTUDIANTE	16	47,06%	76,19 %
JUBILADO	8	23,53%	72,73 %
AMA CASA	3	8,82%	13,64 %
DESEMPLEO	2	5,88%	5,71 %
TRAB. CUENTA AJENA	2	5,88%	5,26 %
EMPR/AUT.	2	5,88%	18,18 %
N/C	1	2,94%	100,00 %
Total general	**34**	**100,00%**	

Tabla 15: Medioambiente segregado por factores y situación actual.

Rótulos de fila	CONTAMINACIÓN	LIMPIEZA VIARIA
AMA CASA	0,00%	100,00%
DESEMPLEO	100,00%	0,00%
EMPR/AUT.	0,00%	100,00%
ESTUDIANTE	62,50%	37,50%
JUBILADO	25,00%	75,00%
TRAB. CUENTA AJENA	0,00%	100,00%
Total general	**42,42%**	**57,58%**

Servicios Sanitarios

Tabla 16: Ámbito Servicios Sanitarios

PROBLEMA IDENTIFICADO	FRECUENCIA	%
Poca atención medica	4	12,50%
Dificultades te manden especialista medico	3	9,38%
Transporte centro salud, mayores y discapacitados	2	6,25%
Centro salud	2	6,25%
Trato de los sanitarios y administrativo centro salud	2	6,25%
Cambio marcas medicamentos genéricos	2	6,25%
Lista de espera salud	2	6,25%
Lista de espera salud y bajas de médico de cabecera	2	6,25%
Lejanía centro salud y mejor atención	1	3,13%
Lista de espera largas para especialistas y operaciones	1	3,13%
Confusión por el cambio de marcas de genéricos	1	3,13%
Falta de médicos y enfermeros centro salud	1	3,13%
Falta de médico y cambio de médicos	1	3,13%
Automedicación	1	3,13%
Urgencias	1	3,13%
Pedir cita médico, cuesta dinero	1	3,13%
Subasta de medicamentos	1	3,13%
Disponer ambulancia 24 horas	1	3,13%
Centro salud horarios y materiales centro salud	1	3,13%
Poco tiempo médicos atender pacientes	1	3,13%
Mejor atención medica, especialmente urgencias	1	3,13%
Total general	**32**	**100,00%**

Tabla 17: Servicios Sanitarios en razón de sexo

SEXO	FRECUENCIA	%	Sobre Grupo	Edad promedio
HOMBRE	17	53,13%	25,37 %	33,41
MUJER	15	46,88%	18,75 %	44,73
Total general	**23**	**100,00%**		**38,72**

Tabla 18: Servicios Sanitarios en función de Grupo de informantes.

GRUPO INFORMACIÓN	FRECUENCIA	%	SOBRE GRUPO
CIUDADANÍA	28	87,50%	21,21 %
TEC. SERV. SAN.	4	12,50%	80,00 %
Total general	32	100,00%	

Tabla: 19 Servicios sanitarios y situación actual

SITUACIÓN ACTUAL	FRECUENCIA	%	SOBRE GRUPO
TRAB. CUENTA AJENA	11	34,38%	28,95 %
DESEMPLEO	10	31,25%	28,57 %
AMA CASA	7	21,88%	31,82 %
ESTUDIANTE	2	6,25%	9,52 %
JUBILADO	1	3,13%	9,09 %
EMPR/AUT.	1	3,13%	9,09 %
TOTAL GENERAL	32	100,00%	

Adicciones

Tabla 20: ámbito Adicciones Frecuencia y porcentaje

PROBLEMAS IDENTIFICADOS	**FRECUENCIA**	**%**	**EDAD PROMEDIO**
DROGODEPENDENCIAS	21	72,41%	38,29
CONSUMO ALCOHOL	7	24,14%	34,14
ADICCIONES EN GENERAL	1	3,45%	42,00
Total general	**29**	**100,00%**	**37,21**

Tabla 21: Adicciones por Sexo y porcentaje intergrupo.

SEXO	FRECUENCIA	%	Sobre cada grupo
HOMBRE	18	62,07%	26,87 %
MUJER	11	37,93%	13,75 %
Total general	**29**	**100,00%**	

Tabla 22: Adicciones por Sexo y problema identificado.

	FRECUENCIA		%	
PROBLEMAS	**HOMBRE**	**MUJER**	**HOMBRE**	**MUJER**
DROGODEPENDENCIAS	**11**	**10**	**39,29%**	**35,71%**
CONSUMO ALCOHOL	**6**	**1**	**21,43%**	**3,57%**
Total general	**17**	**11**	**66,67%**	**33,33%**

Tabla 23: Adicciones por grupo de informantes.

GRUPO INFORMANTES	FRECUENCIA	%	Sobre cada grupo
CIUDADANÍA	24	82,76%	18,18 %
TEC. MUNICIPALES	3	10,34%	60,00 %
POLÍTICA MUNICIPAL	1	3,45%	100,00 %
TÉCNICO SERV. SANTITARIOS	1	3,45%	12,50 %
Total general	**29**	**100,00%**	

Tabla 24: Adicciones con respecto a su situación actual

SITUACIÓN	FRECUENCIA	%	Sobre cada grupo
TRAB. CUENTA AJENA	12	41,38%	31,58 %
DESEMPLEO	9	31,03%	25,71 %
EMPR/AUT.	5	17,24%	45,45 %
ESTUDIANTE	1	3,45%	4,76 %
AMA CASA	1	3,45%	4,55 %
JUBILADO	1	3,45%	9,09 %
Total general	**24**	**100,00%**	

Enfermedades individuales

Tabla 25: Ámbito Enfermedades Individuales, Frecuencia y porcentaje

PROBLEMAS IDENTIFICADOS	**FRECUENCIA**	**%**	**Promedio de EDAD**
CANCER	17	77,27%	42,82
INFARTOS	2	9,09%	40,00
PARKINSON	1	4,55%	66,00
ALZEHIMER	1	4,55%	52,00
ENVEJECIMIENTO PREMATURO POBLACION	1	4,55%	37,00
Total general	**22**	**100,00%**	**43,77**

Tabla 26: Ámbito Enfermedades individuales, en razón de sexo y % intergrupo.

Sexo	Frecuencia	%	Sobre cada grupo
HOMBRE	9	40,91%	31,78 %
MUJER	13	59,09%	16,25 %
Total general	**22**	**100,00%**	

Tabla 27: Ámbito Enfermedades individuales, por grupo de información.

Grupo información	Frecuencia	%	Sobre cada grupo
CIUDADANÍA	21	95,45%	15,.91 %
TÉCNICO MUNICIPAL	1	4,55%	16,67 %
Total general	**22**	**100,00%**	

Tabla 28: Ámbito Enfermedades individuales, por situación actual y % intergrupo.

Situación Actual	Frecuencia	%	Sobre cada grupo
TRAB. CUENTA AJENA	8	36,36%	21,05 %
AMA CASA	5	22,73%	22,73 %
OTROS	4	18,18%	50 %
DESEMPLEO	4	18,18%	11,43 %
ESTUDIANTE	1	4,55%	4,76 %
Total general	**22**	**100,00%**	**43,77**

Dependencia

TABLA 29: Ámbito Dependencia, Frecuencia, porcentaje y edad media.

Problemas identificados	Frecuencia	%	Promedio EDAD
DISCAPACIDAD	5	50,00%	42,40
DEPENDENCIAS	4	40,00%	44,50
ENFERMEDAD DE LA DEPENDENCIAS	1	10,00%	34,00
Total general	**10**	**100,00%**	**42,40**

Tabla 30: Ámbito Dependencia, en razón de sexo y porcentaje intergrupo.

Sexo	Frecuencia	%	Sobre cada grupo
HOMBRE	3	30,00%	4,48 %
MUJER	7	70,00%	8,75 %
Total general	**10**	**100,00%**	

Tabla 31: Ámbito Dependencia, por grupo de información y porcentaje intergrupo.

Grupo información	Frecuencia	%	Sobre cada grupo
CIUDADANÍA	8	80,00%	6,06 %
TÉCNICO SERV. SANTITARIOS	2	20,00%	25,00 %
Total general	**10**	**100,00%**	

Tabla 32: Ámbito Dependencia, por situación actual y porcentaje intergrupo.

Situación actual	Frecuencia	%	Sobre cada grupo
DESEMPLEO	4	40,00%	11,43 %
OTROS	2	20,00%	25,00 %
TRAB. CUENTA AJENA	2	20,00%	5,26 %
EMPR/AUT.	2	20,00%	18,18 %
Total general	**10**	**100,00%**	**42,40**

Otros

Tabla 33: Otros Items indicados

Problemas identificados	Frecuencia	%
Que se escuche las quejas vecinos	2	28,57%
Falta espacio niños para ocio	1	14,29%
Información asesoramiento hábitos saludables	1	14,29%
Endogamia	1	14,29%

Educación, crisis en valores	1	14,29%
Falta espacio jóvenes para ocio	1	14,29%
Total general	**7**	**100,00%**

SALUD MENTAL/EMOCIONAL

Tabla 34: Salud mental/emocional. Problemas identificados

Problemas identificados	Frecuencia	%
ESTRÉS	2	50,00%
INSOMNIO	1	25,00%
DEPRESION	1	25,00%
Total general	**4**	**100,00%**

ACTIVOS

Tabla 35: Activos para la salud

CATEGORÍAS	FRECUENCIA	%
ENTORNO NATURAL	59	45,38%
ESPACIOS DEPORTIVOS Y DE OCIO	28	21,54%
ACTIVIDADES DEPORTIVAS	21	16,15%
CALIDAD VIDA	8	6,15%
OTROS	6	4,62%
CENTRO MÉDICO	5	3,85%
SUS GENTES	3	2,31%
Total general	**130**	**100,00%**

ELEMENTOS NEGATIVOS PARA LA SALUD

Tabla 36: Elementos negativos para la salud.

CATEGORÍAS	FRECUENCIA	%
CONTAMINACIÓN	19	17,92%
SUCIEDAD	17	16,04%
TRÁFICO	14	13,21%
DROGAS	10	9,43%
TABACO	8	7,55%
ALCOHOL	8	7,55%
CENTRO SALUD	7	6,60%
OTROS	5	4,72%

CIVISMO	4	3,77%
BARRERAS ARQUITECTONICAS	4	3,77%
ANIMALES SUELTOS	2	1,89%
INSTALACIONES DESAPROVECHADAS	2	1,89%
AGUA	2	1,89%
SEGURIDAD	2	1,89%
MAL USO SISTEMA SANITARIO	2	1,89%
Total general	**106**	**100,00%**

5.4. CARTERA DE SERVICIOS CENTRO SALUD BONARES

Atención al alta hospitalaria
Atención a personas inmovilizadas
Atención a las personas cuidadoras

Atención a las personas cuidadoras de grandes discapacitados .Telecontinuidad de cuidados a personas frágiles tras el alta hospitalaria.
Seguimiento.

Atención a los mayores de 65 años.
Atención a mayores de 65 años en riesgo de dependencia.
Atención a mayores de 65 años residentes en instituciones.

Atención a personas con HTA
Inmunizaciones Tétanos-difteria.
Inmunizaciones Gripe (indicadores de vacunación).

Detección Precoz de Metabolopatías
Vacunación completa
Seguimiento de Salud Infantil a los 4 años
Vacunaciones de triple vírica en niños de 3 años.

Salud Sexual y Reproductiva. Mujeres en seguimiento en planificación familiar.
Programa de diagnóstico precoz del Cáncer de mama.

Cirugía Menor.

Salud Bucodental en mayores de 65 años.
Salud Bucodental en embarazadas.
Promoción y Prevención de Salud bucodental en la escuela.

CARTERA DE SERVICIOS POR PROCESOS ASISTENCIALES
Atención a personas con Diabetes (DMI+DMII)
Atención a personas con EPOC
Atención a adultos con asma
Atención a niños con asma
Seguimiento de Embarazo
Embarazadas con 1ª visita antes de las 12 semanas
Educación maternal
Asistencia Puerperal
Atención a personas en situación de cuidados paliativos
Atención a personas con Insuficiencia Cardiaca
PAI HBP/ Cáncer de próstata
Atención a personas con V.I.H.

ACTUACIONES Y PROGRAMAS DE PROMOCION SALUD INCLUIDOS

PITA (Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía)
PIOBIN (Plan Integral de Prevención de la Obesidad Infantil)
Educación Maternal
PAFAE (Plan Integral de Alimentación Saludable y Ejercicio Físico)
GRUSE-M (Grupos Socioeducativos para Mujeres)
Programas Escolares
Trabajo Con cuidadoras/es
Estrategia de Seguridad del Paciente
Prevención de las Enfermedades no Transmisibles
Estrategia de Calor

Actividades a desarrollar a través del nivel uno de participación ciudadana
Mesas divulgativas
Charlas-Talleres con motivo celebración de Días mundiales de interés socio-sanitario.

Charlas-Talleres de formación con las distintas asociaciones e instituciones contemplados Plan de Participación.

5.5. RESUMEN; CONCLUSIONES

- Existe una evidente infrarrepresentación masculina en la muestra, aunque ha sido corregida en parte con la incorporación de los nuevos cuestionarios cumplimentados.

- La distinción por sexos parece importante, como puede observarse en las tablas 7 y 8 en la que se señalan los problemas de salud percibidos por uno y otro sexo, mientras que para los hombres el principal motivo de preocupación en cuanto a la salud pública son la adicciones, para las mujeres son los asuntos medioambientales.

- En cuanto a la edad, respecto a los hombres, la muestra sigue teniendo un promedio menor que la población real, y, en cambio en las mujeres éste es mayor, aunque las diferencias son ahora mucho más pequeñas, por tanto la muestra es más representativa

- Se ha paliado el déficit existente de personas de más de 65 años, sobre todo con respecto a los hombres, en los que la brecha de la muestra con respecto a la realidad era mucho mayor anteriormente.

- Con respecto a las otras variables de clasificación, el "grupo de información", ofrece pocas posibilidades, puesto que muy mayoritariamente está compuesto por ciudadanía; mientras que la "situación actual", si ofrece más posibilidades, puesto que sus distintas categorías están más representadas, posibilitando así la comparación entre ellas.

- En las respuestas abiertas con respecto a los problemas de salud, se han diferenciado 147 items, agrupados en varias categorías. La que más destaca es la referida a los problemas medioambientales, con casi el 23,13 %, seguido por la problemática de los servicios sanitarios, con el 21,77 %, las adicciones que no llega al 20 %, quedando por debajo las enfermedades individuales con casi el 15 %. El resto de problemas ha tenido una presencia menor en las respuestas.

- Las adicciones son señaladas por casi un 27 % de los hombres que han informado la encuesta, ofreciendo registro menores en las mujeres que no llegan al 14 %.

- Con respecto a los problemas medioambientales, destacan con igual medida (23,53 %) elementos tan dispares como la contaminación por la industria química de Huelva y los excrementos de perro en la vía pública. Quizás sea oportuno por la

operatividad de la intervención separar los factores relacionados con la contaminación de aquellos otros que tiene que ver con la limpieza viaria.

- Los elementos medioambientales son informados con mayor frecuencia por las mujeres, casi un tercio de ellas (27,50 %) los destacan como el principal problema de salud de la localidad frente al 18 % de los hombres.

- También llama la atención que más de tres cuartos de los estudiantes, señalen a los factores medioambientales como los más trascendentes en la salud de la población de Bonares, asimismo, los jubilados demuestran una gran preocupación en este campo, lo cual puede resultar un poco llamativo, aunque si realizamos un ejercicio de clasificación y separamos los factores medioambientales relacionados con la contaminación y los vinculados a la suciedad viaria, la respuesta se nos hace evidente.

- De esta segregación se desprende que la suciedad viaria importa más a las mujeres que a los hombres; y que además es destacada por personas de más edad (promedio casi dobla a los que señalan la contaminación.

- Si tenemos en cuenta la situación actual, observamos que Las Amas de casa, empresarios autónomos, jubilados y trabajadores por cuenta ajena que destacan la limpieza viaria, mientras que, los desempleados y los estudiantes hacen lo propio con la contaminación.

- Con respecto a la relación entre los que han identificado los servicios sanitarios, lo hacen en mayor medida los hombres (25,37 %) que las mujeres (18,75 %), pero la edad de las que informan es superior en más de 11 años a los primeros.

- Este factor constituye el principal problema de salud de la localidad, para el 30% de los trabajadores por cuenta ajena, los desempleados y las amas de casa.

- El siguiente de los ámbitos identificados lo constituyen las adicciones, destacándose dos items, los relacionados con las drogodependencias o el consumo de drogas ilegales, que son el 72,41 % y aquellos que identifican el consumo de alcohol como el principal problema de salud de Bonares que suponen el 24,14 % de la muestra.

- Resulta muy evidente la diferencia entre Hombres y mujeres a la hora de identificar este problema, mientras que para casi el 27 % de los primeros es el principal problema de salud, para las segundas el porcentaje no llega al 14 %. Si

descomponemos esta diferencia, nos encontramos que solo una mujer de la muestra identifica el consumo de alcohol como algo problemático.

- Otra diferencia curiosa entre ambos grupos es la edad, mayor en más de 4 años de promedio entre los que señalan las drogas frente a los que indican el alcohol, como si los jóvenes tuvieran más percepción del alcohol como problema que de las drogas.

- Otro dato llamativo al respecto de las adicciones, es el hecho de qué más del 45 % de los Empresarios/Autónomos identifica ese ámbito, mientras que en el otro extremo, no llegan al 5 % de los estudiantes o amas de casa los que señalan dicho problema.

- Del ámbito de enfermedades individuales, destaca por encima de todos los demás, el cáncer, que preocupa a más del 77 % de la población encuestada.

- Esta preocupación puede parecer que afecta más a las mujeres que a los hombres, pero si tenemos en cuenta los porcentajes dentro de cada uno de los sexos, las cifras son muy distintas, y son los hombres los que casi en el doble de proporción señalan este factor (31,78%/16,25%).

- Estadísticamente, no merece la pena pormenorizar en los demás ámbitos identificados, ya que su volumen de informantes es muy pequeño, por lo que, cualquier conclusión carecería de valor analítico

- Con respecto a los activos en salud o elementos que aportan salud a la población, destacan el entorno natural (45,38 %) y la disponibilidad de espacios deportivos y de ocio (21,54 %), o el programa de actividades deportivas (16,15 %); el resto de factores tiene menor relevancia estadística aunque si sería interesante complementarlo utilizando herramientas que amplíen la significación cualitativa de los datos recogidos.

- Con respecto a los elementos del territorio que son percibidos por la población como menos agradables, se vuelve a repetir el modelo generado para los problemas de salud, siendo señalados los factores medioambientales como la proximidad a las fábricas, la limpieza o la contaminación; así como los relacionados con el consumo de sustancias adictivas. Como novedad con respecto a lo apuntado a lo largo del cuestionario, aparece el tráfico como elemento negativo para la salud de los ciudadanos de Bonares.

6. PRIORIZACIÓN.

NECESIDADES SENTIDAS

Reflejadas población participante en la presentación perfil (problemas planteados, detectados en los cuestionarios), la población considera que son:

- Adicciones.
- Hábitos de vida saludable.
- Bienestar Emocional.
- Servicios Sanitarios

7. LINEAS ESTRATÉGICAS.

LINEA ESTRATEGICA: ADICCIONES

DIMENSIONES
CONSUMO DE ALCOHOL Y CANNABIS A EDADES CADA VEZ MAS TEMPRANAS. Se ha detectado una disminución de la edad de los consumidores (11 o 12 años). Permisividad social y aceptación del consumo.
CONSUMO DE COCAINA . Porcentaje muy alto de población afectada, sobre todo de consumo ocasional (fines de semanas y fiestas). No es percibido como problemático. Facilidad de acceso a la sustancia en la localidad
ANSIOLÍTICOS Y ANTIDEPRESIVOS. Sobre todo en el colectivo de mujeres adultas de mediana edad.
OCULTACIÓN/NEGACION. Generalizado a todas las problemáticas de adicciones en la localidad.

OBJETIVOS
OBJETIVO GENERAL: **Aumento de la sensibilización y concienciación de la población local respecto de la problemática de adicciones en nuestro pueblo.**

LINEA ESTRATEGICA : HABITOS DE VIDA SALUDABLE.

DIMENSIONES
SEDENTARISMO Nuestra vida cotidiana nos hace cada vez más cómodos e inactivos por los avances tecnológicos y nuestro estilo de vida facilitando el sedentarismo y no animándonos a llevar una vida activa. El sedentarismo afecta a la salud y existe más riesgo de morir. Se acabaría con él ANDANDO. Para gozar de vida saludable es indispensable dedicar tiempo semanal a la actividad física.
MALA LIMENTACIÓN Nuestro estilo de vida, el ritmo que llevamos día a día, nos impide cuidar la alimentación tanto como nos gustaría y eso se refleja en el exterior.Una mala Alimentación es causa de malos hábitos adquiridos desde la infancia desarrollando enfermedades graves tales como la obesidad.La educación nutricional es muy importante y promueve estilos de vida saludables comer alimentos adecuados, realizar deporte…Una buena alimentación es esencial para mantenerse sano, física y mentalmente.
AUTOMEDICACIÓN Es consecuencia de la venta libre, la facilidad con la que se obtiene, y de un concepto equivocado de "autocuidado de la salud" sino se utiliza correctamente. Su consumo de forma incorrecta provoca daños en la salud, su consumo aumenta cada año. Por ello debemos de reflexionar antes de medicarnos y cumplir con los tratamientos de acuerdo a lo prescrito por nuestro médico.
ESTRÉS Es consecuencia del poco tiempo libre del que disponemos después del trabajo y las obligaciones familiares. Los retos personales y profesionales le dan interés a la vida, sin embargo, han de ser retos accesibles que no generen un exceso de ansiedad. Hay que llevar un estilo de vida saludable sabiendo gestionar el tiempo de forma positiva.

Uno de los factores clave para disfrutar de una adecuada calidad de vida es el ser capaz de utilizar el tiempo libre de una forma agradable y gratificante. Cualquier forma de actividad física puede servir para aliviar el estrés y aumentar la sensación de bienestar.
IMPORTANCIA DE CUIDARSE Unos buenos hábitos diarios nos ayudarán a estar en forma, tanto en nuestra vida profesional como personal. Cuidarnos, sólo nos aportará beneficios. La salud depende en gran parte de la alimentación y el estilo de vida. Cada uno de nosotros debemos tener la mayor responsabilidad sobre nuestra salud", adoptar un estilo de vida saludable depende, en gran parte, de cada uno. El deporte para todos es una herramienta para facilitar la práctica deportiva e inculcar hábitos de vida saludable en personas de todas las edades, rompiendo con el sedentarismo, superando estrés, evitando enfermedades, favoreciendo la interacción entre personas de distintos grupos sociales en ambientes donde los valores principales son: participación, amistad, cooperación,..

OBJETIVOS
OBJETIVO GENERAL: **Promover y fomentar hábitos de Vida Saludable**

LINEA ESTRATEGICA : BIENESTAR EMOCIONAL

DIMENSIONES (problemas)
Relacional. Aislamiento. Soledad
Personal. Emocionalidad percibida
Manejo de los conflictos y de los momentos vitales diferentes
Biológica. Estado de salud físico. Enfermedades invalidantes

OBJETIVOS
OBJETIVO GENERAL: El uso del tiempo para uno mismo: Bienestar emocional y personal.

LINEA ESTRATEGICA :SERVICIOS SANITARIOS

DIMENSIONES
Calidad del trato y amabilidad del personal administrativo.
Acumulación de agendas de los profesionales.
Poca asistencia por desconocimiento a las actividades organizadas por el centro de salud
Movilidad de los profesionales especialmente de pediatría

OBJETIVOS
OBJETIVO GENERAL: Mejorar la satisfacción de la población con los servicios prestados por el centro de salud.

8. ANEXOS.

- CONVENIO
- TRÍPTICO JORNADAS INICIANDO CAMINO 2013
- FOTOS 2013
- INVITACIONES
- CUESTIONARIOS
- TRIPTICOS JORNADAS PERFIL DE SALUD
- FOTOS Y PEGATINAS PROBLEMAS
- INVITACIONES
- SEMANA DE LA SALUD TRIPTICOS
- FOTOS