



Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Familias

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD



RED LOCAL DE ACCIÓN EN SALUD DE ANDALUCÍA (RELAS): CASARES

Diciembre 2023

DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL

Índice

❖ Bloque I: Características socio-demográficas y económicas.

❖ Bloque II. Principales problemas de salud. Morbilidad.

1. Principales enfermedades en el municipio.
2. EDOs (Enfermedades de Declaración Obligatoria).
3. Cáncer
4. Cribado cáncer
5. Vacunación infantil

❖ Bloque III. Mortalidad.

1. Tasa mortalidad y evolución
2. APVP: Años potenciales de vida perdidos y MPPE: mortalidad prematura potencialmente evitable.
3. Causas de mortalidad

❖ Bloque IV. Factores determinantes de la salud-estilos de vida.

1. Alimentación saludable y actividad física
2. Salud sexual
3. Tabaquismo
4. Hábitos tóxicos. Tabaquismo
5. Salud mental y adolescencia

❖ Bloque V. Programas de prevención y promoción de la salud en los centros de salud de Casares.

1. Prevención y abordaje de la obesidad infantil
2. Prevención y abordaje del tabaquismo.
3. Programas de promoción de hábitos de vida saludables en los centros educativos de casares
4. Prevención y abordaje de la violencia de género y el maltrato infantil

❖ Bloque VI. Unidad de protección de la salud: ámbito alimentario y ambiental.

1. Seguridad alimentaria
2. Sanidad ambiental

INTRODUCCION – JUSTIFICACION

La **Salud Pública** es el conjunto de actividades organizadas por la Administración Pública, con la participación de la **sociedad**, para prevenir la mala salud, así como, proteger, promover y recuperar la salud de la población, tanto en el ámbito individual como colectivo y mediante medidas sanitarias, sociales, sectoriales y transversales.

En el año 2008 y por iniciativa del Servicio de Epidemiología y Salud Laboral de la Consejería de Salud Pública de la Junta de Andalucía se inicia la creación de la Red Local de Acción en Salud de Andalucía (RELAS). Se realiza, para ello, un estudio basado en el análisis epidemiológico de áreas pequeñas, llevado a cabo por los Distritos de Atención Primaria de Salud (APS) del Servicio Andaluz de Salud (SAS) dentro de los objetivos del Contrato Programa.

Con este proyecto, lo que se pretende es ayudar a los municipios andaluces a encontrar recursos y activos que mejoren la salud de sus poblaciones, como asesoramiento, apoyo y guía para iniciar su Plan Local de Salud (PLS), que es, el instrumento básico para la planificación, ordenación y coordinación de las actuaciones que se realicen en materia de Salud Pública.

El objetivo mediante este informe es describir la población del área mediante una serie de indicadores demográficos, socioeconómicos, de salud y de servicios de atención sanitaria. Se pretende que sea una “fotografía” que ayude a políticos, gestores y profesionales de los servicios públicos a identificar necesidades, inequidades y deficiencias de la salud poblacional, sus determinantes y la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios.

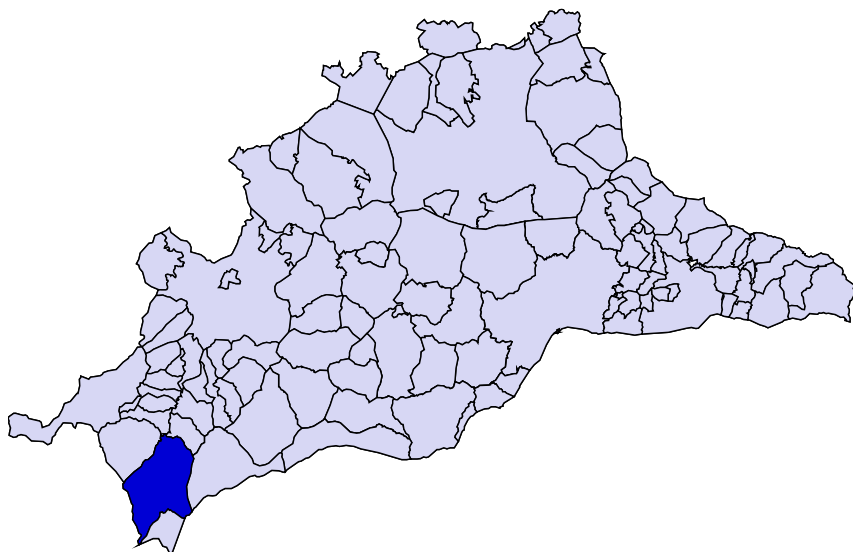
Las características de cada municipio dictan el patrón de realización del informe de salud, las fuentes de información de los datos y los indicadores que se obtienen. Así, en municipios pequeños (<50.000 habitantes) como es el caso de Casares, se dificulta la obtención de datos en fuentes como el INE, además de haber una menor cantidad de casos e información a analizar respecto a municipios grandes en plataformas con InfoWeb (SAS) y RedAlerta (SVEA) y se obtienen en general indicadores más sensibles a los cambios de pequeños datos.

Ordenación territorial

Casares es un municipio de la provincia de Málaga, dividido en 3 núcleos de población: Casares pueblo, El Secadero y Casares Costa.

Está situado al extremo suroccidental de la provincia de Málaga, en la comarca de la Costa del Sol Occidental. Se extiende entre la Serranía de Ronda y el borde oriental del Campo de Gibraltar, con una extensión de 162,4 km², a 97 km de la capital de la provincia.

Su climatología es mediterránea con una temperatura media anual de 17 °C.



En términos de administración sanitaria, en cuanto al **sistema público**, depende del Sistema Sanitario Andaluz de Salud (SAS). El municipio de Casares queda cubierto a nivel hospitalario por el Hospital Universitario Costa del Sol. En cuanto Atención Primaria pertenece al Distrito Sanitario Costa del Sol, en la Zona Básica de Salud de Estepona, con un consultorio propio en el mismo municipio que depende del Centro de Salud de Sabinillas, el cual, también incluye a parte de la población de Casares.



Historia

La historia de Casares arranca hace más de 100.000 años, cerca de la Sierra de Utrera, donde, gracias a sus buenas condiciones estacionales para las comunidades de cazadores-recolectores, fue asiento de neandertales evolucionando hasta el Homo Sapiens u hombre como nominamos actualmente. A lo largo de los siglos, sufre diferentes influencias, convirtiéndose en una auténtica ciudad romana donde llega a acuñar su propia moneda, fundado por el mismo Julio César. Los árabes también dejaron su huella, dando origen al actual núcleo urbano, llegando en el siglo XIV a ser tierra de frontera con los reinos castellanos, hasta su repoblación cristiana. Pasando por ser uno de los pueblos que resistió la conquista francesa en la Época Moderna hasta nuestra Época Contemporánea, dónde nació Blas Infante, considerado padre del *andalucismo*, fallecido en 1936 en la Guerra Civil.

❖ BLOQUE I. Características socio-demográficas.

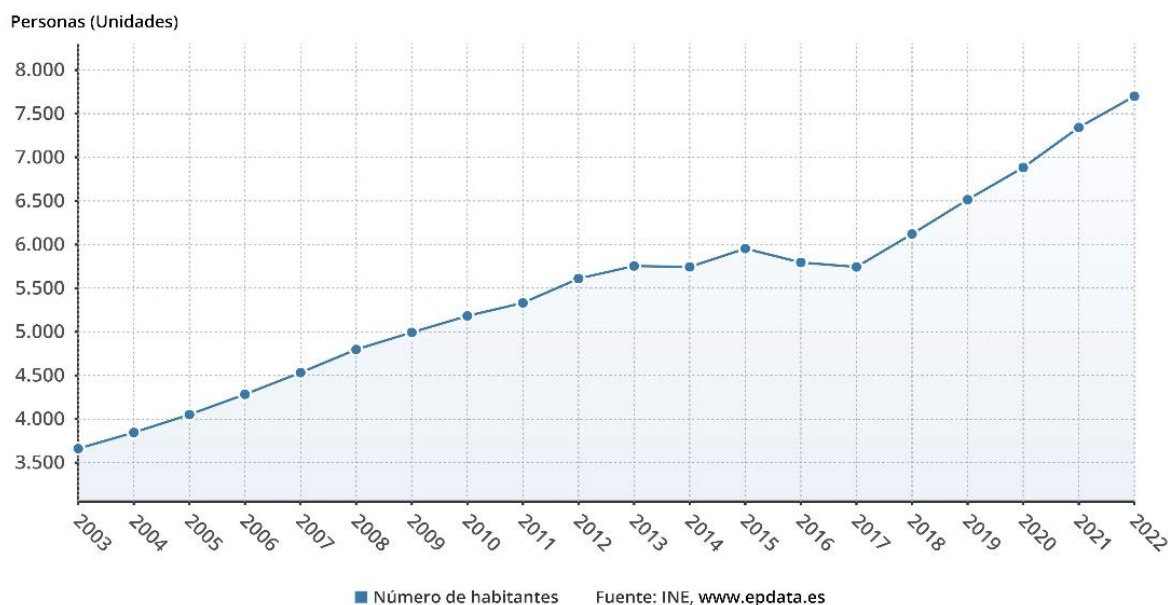
A. Características e indicadores socio-demográficos.

1. Pirámide de población y evolución de la población.

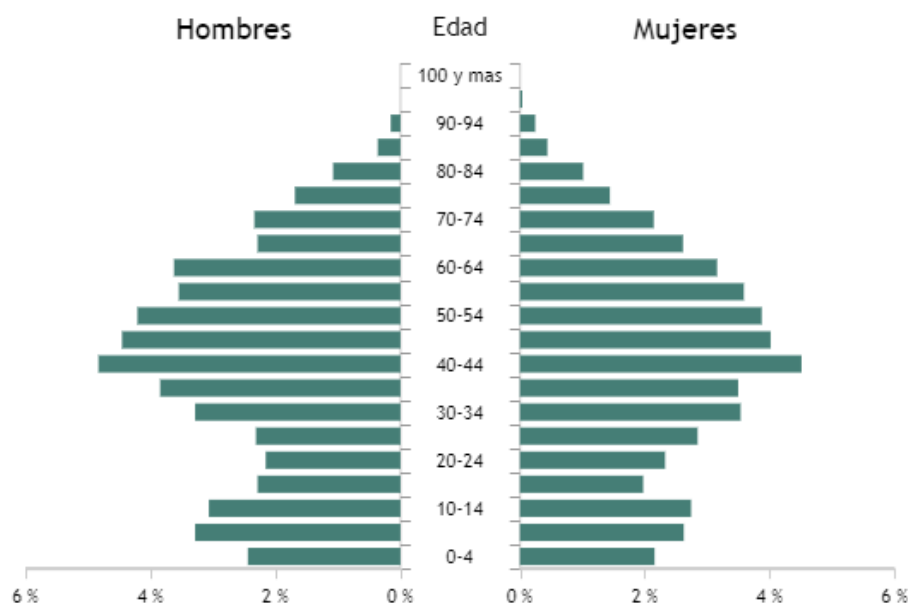
El municipio cuenta con una población total de **7.700 habitantes (INE 2022)**, 51,24% hombres y 48,75% mujeres, repartidos entre los 3 núcleos: Casares pueblo (2.089 hab.), El Secadero (1.222 hab.) y Casares Costa (3.692 hab.), además de una población en diseminados de 697; la densidad de población de 35,37 hab./km².

El aspecto demográfico más característico que se puede observar es el incremento de la población de Casares, concretamente un 33,9 % entre 2017-2022, manteniendo una tendencia positiva.

Así ha cambiado la población en Casares



La **edad media** de la población en 2022 fue de **41,8 años**, más joven que la media provincial (42,96) y la autonómica (42,8). Respecto a la pirámide poblacional destacar que tiene porcentajes de población en menores de 15 años, inferior a un 20 % y una población mayor de 65 años del 16%.



Fecha de referencia: **1 de enero de 2022**

La población por sexo y grupo quinquenales es la siguiente:

	Total	Hombres	Mujeres
1 de enero de 2022			
Todas las edades	7.700	3.946	3.754
De 0 a 4 años	354	188	166
De 5 a 9 años	455	253	202
De 10 a 14 años	447	236	211
De 15 a 19 años	328	176	152
De 20 a 24 años	345	166	179
De 25 a 29 años	397	178	219
De 30 a 34 años	525	253	272
De 35 a 39 años	565	296	269
De 40 a 44 años	719	372	347
De 45 a 49 años	652	343	309
De 50 a 54 años	622	324	298
De 55 a 59 años	549	273	276
De 60 a 64 años	522	279	243
De 65 a 69 años	377	176	201
De 70 a 74 años	345	180	165
De 75 a 79 años	241	130	111
De 80 a 84 años	161	83	78
De 85 a 89 años	62	28	34
De 90 a 94 años	31	12	19
De 95 a 99 años	3	0	3
100 y más años	0	0	0

Fuente: INE.

2. Tasa natalidad

Nacidos vivos durante el periodo indicado/población total del mismo periodo por 1.000.

AÑO	Habitantes	Nacimientos	TASA NATALIDAD
2021	7.342	52	7,08
2020	6.883	64	9,30
2019	6.515	63	9,70
2018	6.121	68	11,11
2017	5.743	67	11,70

Fuente: IECA (Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía). Tablas de elaboración propias.

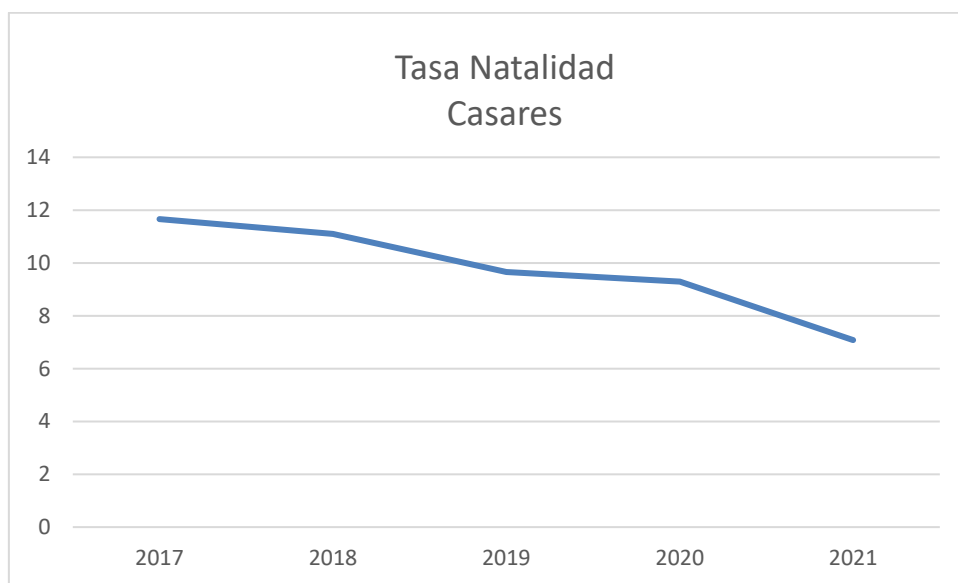


Tabla de elaboración propia.

La **tasa bruta natalidad Casares** (7,08 nacidos / 1.000 habitantes) es ligeramente menor que la tasa bruta natalidad de Málaga provincia (7,40 nacidos /1.000 habitantes). La tendencia de la curva de los últimos años va en decremento, aunque destacar que el año 2021, que es el último dato aportado, puede estar influenciado por la pandemia COVID19 de 2020-2021, pues la tendencia de los últimos años era superior de forma mantenida.

El número de nacimientos es superior a las defunciones (datos apartado mortalidad), excepto en 2021 en el que hay un exceso de mortalidad que puede asociarse a la pandemia COVID19, por lo que el crecimiento vegetativo de la población hasta entonces se considera positivo.

Año	Nacimientos	Fallecidos	Diferencia
2021	52	54	-2
2020	64	49	15
2019	63	36	27
2018	68	41	27
2017	67	34	33
2016	53	44	9
2015	58	43	15
2014	66	33	33
2013	54	37	17
2012	67	25	42

Fuente. Foro Ciudad.

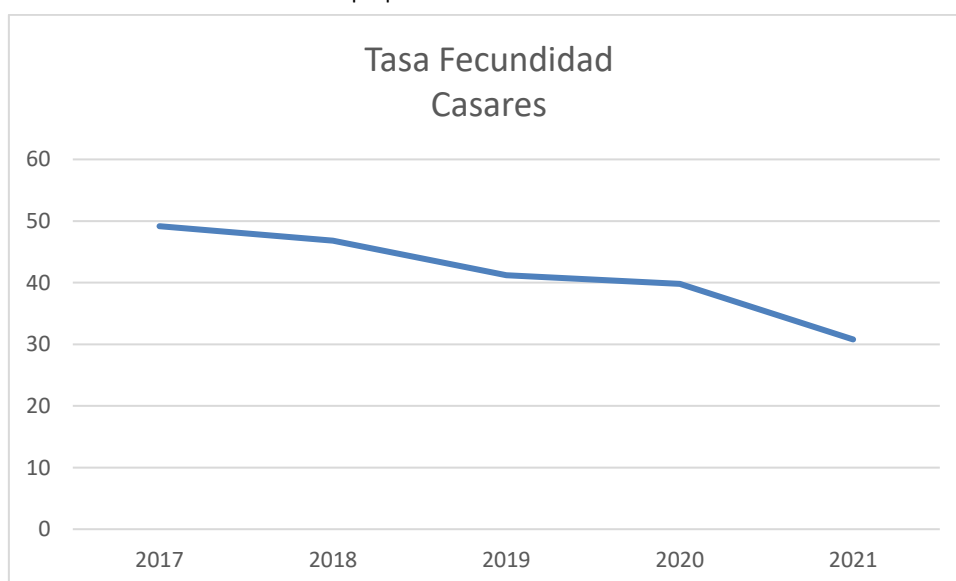
La esperanza de vida al nacer en el Distrito Sanitario Costa del Sol en 2021 es de 80,43 años en hombres y de 85,69 en mujeres, siendo las más alta de toda Andalucía.

3. Tasa global fecundidad

Nacidos vivos durante el periodo indicado/población en edad fértil (15-49 años) del mismo periodo por 1.000.

	Mujeres (15-49 años)	Nacimientos	TASA FECUNDIDAD
2021	1.689	52	30,78
2020	1.608	64	39,80
2019	1.528	63	41,23
2018	1.451	68	46,86
2017	1.363	67	49,15

Fuente: INE. Tablas de elaboración propias.



La tasa de fecundidad en 2021 de Casares es 1,84 puntos menor que la de Málaga provincia (32,62). Se observa una tendencia negativa en los últimos años, similar a la tasa de natalidad.

4. Índice de dependencia

Con este parámetro, se muestra proporción de la población en determinados intervalos de edad (menor de 15 años y mayor de 65) que dependen económicamente de la población activa.

	Índice de dependencia global	Índice de dependencia jóvenes	Índice de dependencia mayores
Málaga	51,42	23,92	27,50
Casares	49,66	25,94	23,71

Fuente: IECA 2022. Tablas de elaboración propias.

El índice global es inferior en Casares respecto a la provincia de Málaga, siendo de igual manera en los mayores y a diferencia de los jóvenes que es superior.

5. Índice de envejecimiento

Porcentaje que representa la población mayor de 64 años sobre la población menor de 16 años a 1 de enero de un año concreto.

	Índice de envejecimiento
Málaga	115,15
Casares	91,38

Fuente: IECA, INE 2022. Tablas de elaboración propias.

Los datos de Casares respecto al provincial reflejan una población más joven en el municipio.

6. Tasa de sobreenvjecimiento

Nº de usuarios mayores de 84 años/Nº usuarios mayores de 65 años por 100.

MAYORES DE 84 AÑOS	96
MAYORES DE 65 AÑOS	1220
TASA SOBREENVEJECIMIENTO	7,86

Fuente: INE 2022. Tablas de elaboración propias.

La tasa de sobreenvjecimiento en Casares es menor respecto al índice provincial que es de 12,58 casi en la mitad.

7. Índice generacional

Representa el número de personas de 35 a 64 años por cada persona de 65 y más.

TOTAL 35-64	3.629
TOTAL >65	1.220
ÍNDICE GENERACIONAL	2,97

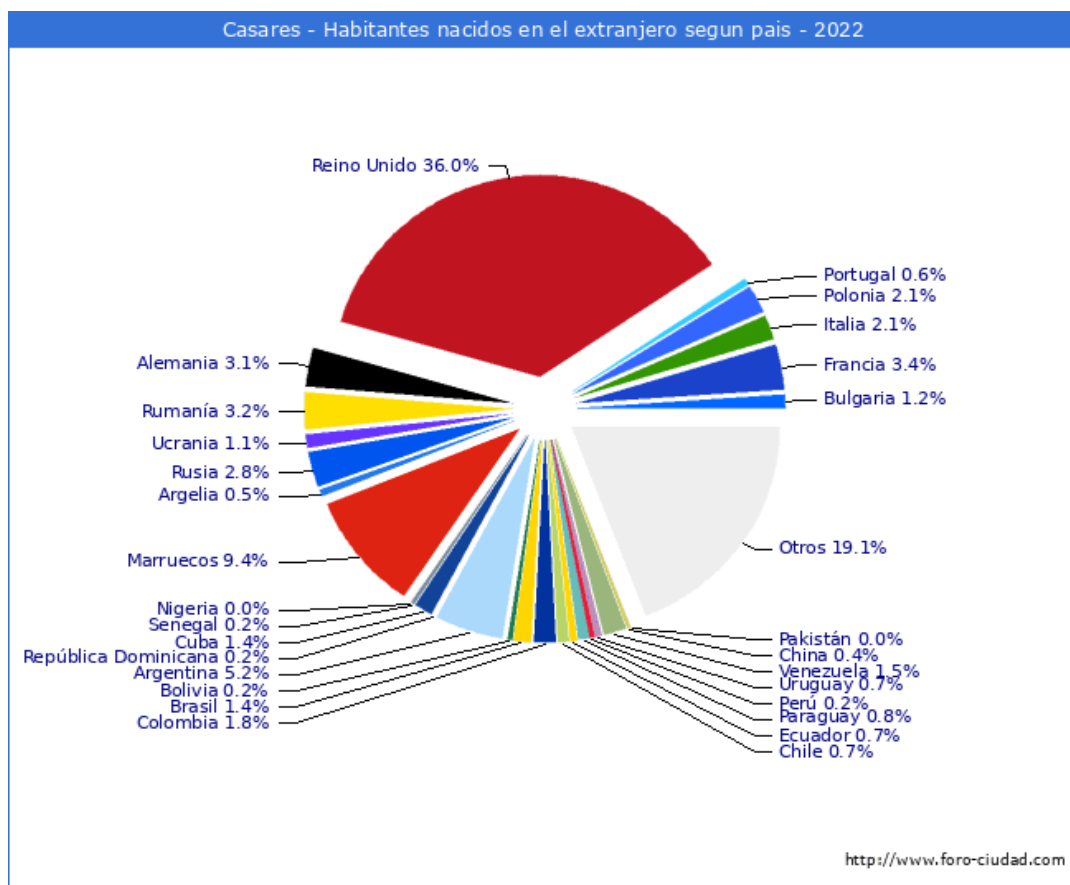
Fuente: INE 2022. Tablas de elaboración propias.

Este índice es superior al provincial (2,50), por lo que en el municipio hay una mayor proporción entre la generación de 35 a 64 años en proporción a la generación de mayor de 64 años.

8. Tasa de inmigración

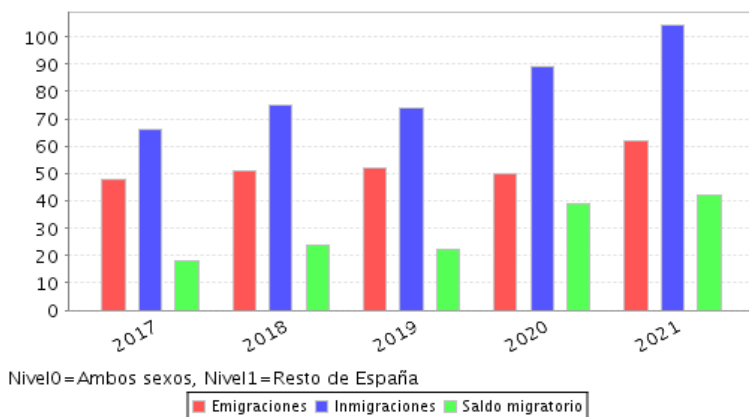
A continuación, se exponen los datos brutos de extranjeros, cuya proporción es de un 34,49 % total de la población del municipio, siendo Reino Unido el principio país de origen, seguido de Marruecos.

Número de extranjeros. 2022	2.514
Principal procedencia de los extranjeros residentes. 2022	Reino Unido
Porcentaje que representa respecto total de extranjeros. 2022	41,3
Emigraciones. 2021	474
Inmigraciones. 2021	940

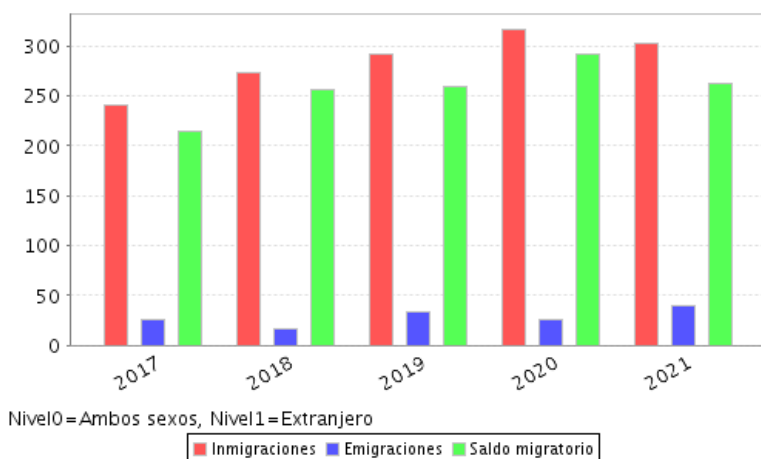


Respecto a los saldos migratorios (saldo es la diferencia entre la inmigración y la emigración), aparecen dos tipos que son: el **externo**, diferencia entre las altas procedentes y las bajas con destino en diferentes comunidades autónomas u otros países, y saldo migratorio **interno** que es la diferencia entre la inmigración y la emigración dentro de Andalucía.

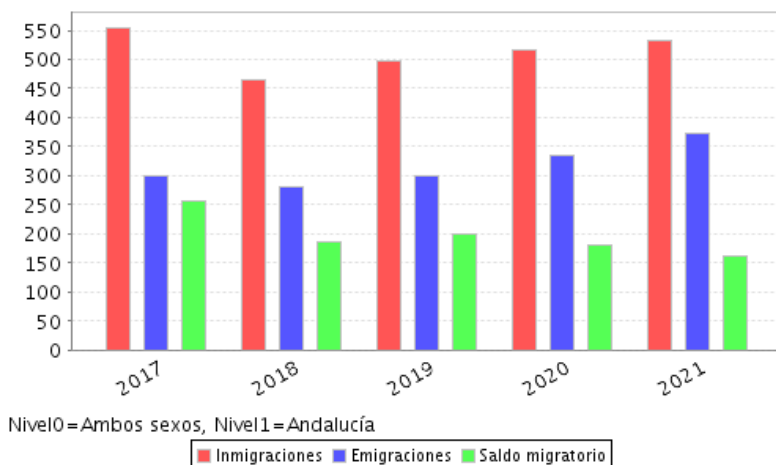
1. Saldo migratorio externo con otras CCAA:



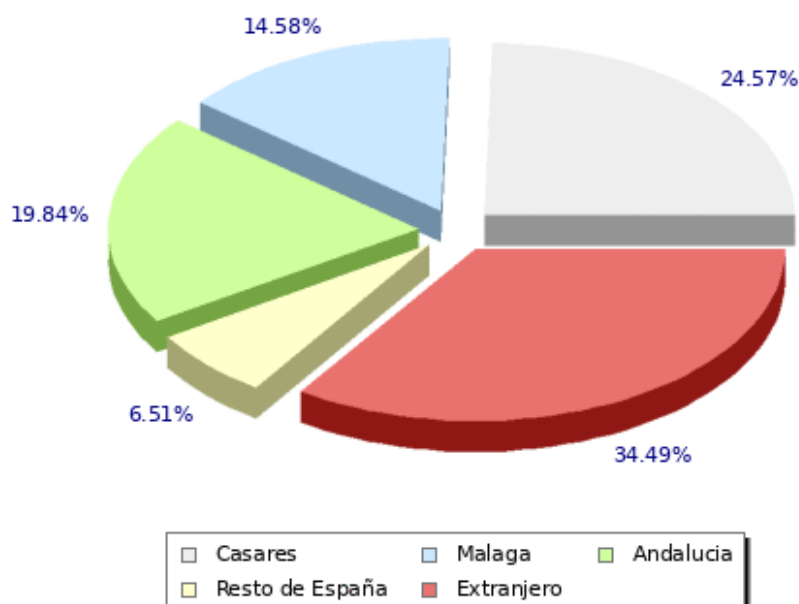
2. Saldo migratorio externo con otros países:



3. Saldo migratorio interno (Andalucía):



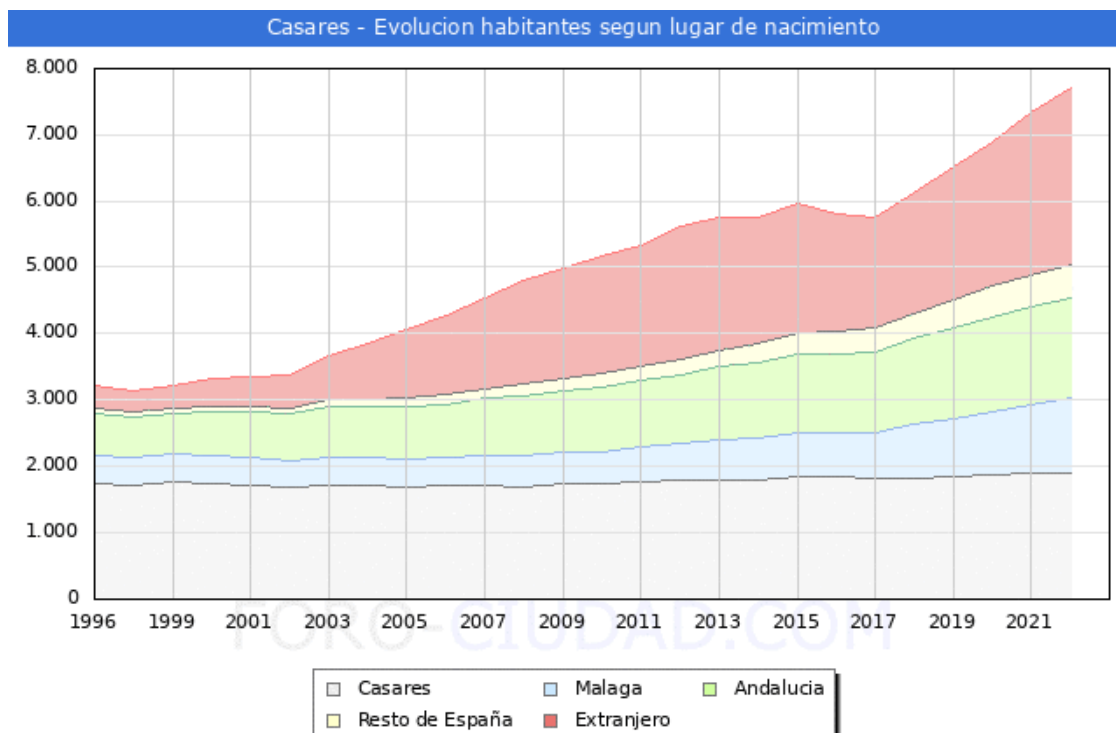
Casares - Habitantes segun Lugar de nacimiento - 2022



<http://www.foro-ciudad.com>

Se obtiene un análisis de la población desde 1996 hasta 2022 en el que concluimos que:

4. Aumentan (152) los habitantes nacidos en Casares, pasando del 54.27% al 24.57%.
5. Aumentan (700) los habitantes nacidos en la provincia de Málaga, pasando del 13.19% al 14.58%.
6. Aumentan (898) los habitantes nacidos en la la comunidad de Andalucía, pasando del 19.65% al 19.84%.
7. Aumentan (421) los habitantes nacidos en el resto de España, pasando del 2.50% al 6.51%.
8. Aumentan (2.323) los habitantes nacidos en otros países, pasando del 10.39% al 34.49%.



<http://www.foro-ciudad.com>

9. Tasa de analfabetismo.

La tasa de analfabetismo se ha calculado usando el último Censo de Población y Viviendas de 2011 que proporciona el nivel de estudio completado de la población municipal, respecto a la provincial (2,04 en ambos sexos) es mayor en Casares, siendo de 5.

NIVEL DE ESTUDIO COMPLETADO		TASA
No sabe leer o escribir	235	5
Sabe leer y escribir pero fue menos de 5 años a la escuela	545	12
Fue a la escuela 5 o más años pero no llegó al último curso de E	509	11
Llegó al último curso de ESO, EGB o Bachiller Elemental o tiene	1577	34
Bachiller (LOE, LOGSE), BUP, Bachiller Superior, COU, PREU	542	12
FP grado medio, FP I, Oficialía industrial o equivalente, Grado Me	260	6
FP grado superior, FP II, Maestría industrial o equivalente	215	5
Diplomatura universitaria, Arquitectura Técnica, Ingeniería Técnica	175	4
Grado Universitario o equivalente	*	
Licenciatura, Arquitectura, Ingeniería o equivalente	200	4
Máster oficial universitario (a partir de 2006), Especialidades Médi	*	
No procede	899	
TOTAL	5276	

Fuente: Población de más de 16 años por nivel de estudios completados (2011), IECA, Censo de Población y Viviendas 2011. Tabla de elaboración propia.

En el *Censo de Población y Viviendas de 2021*, cribaron el nivel de estudio en otros rangos quedando así la distribución.

NIVEL DE ESTUDIO COMPLETADO	Casares	TASA
Educación primaria e inferior	1.452	19,83
Primera etapa de Educación Secundaria y similar	1.911	26,10
Segunda etapa de Educación Secundaria y Educación Postsecundaria no Superior	1.276	17,43
Educación Superior	1.451	19,82
No aplicable (menor de 15años)	1.231	16,81

Fuente: Población de más de 16 años por nivel de estudios completados (2021), IECA, Censo de Población y Viviendas 2021. Tabla de elaboración propia.

Tras analizar las características sociodemográficas, se concluye que el número de población total de Casares va en aumento, con un crecimiento vegetativo positivo, aunque con un mayor peso en el crecimiento de la población inmigrante extranjera (principalmente europea). Al hacer una comparación de los datos del municipio se objetiva una población menos envejecida respecto a la media provincial y autonómica.

B. Características e indicadores socio-económicos:

A continuación, se plasma la información aportada por el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA) dentro del Sistema de Información Multiterritorial de Andalucía (SIMA).

Centros de Infantil. Curso 2020-2021	37	Bibliotecas públicas. 2021	1
Centros de Primaria. Curso 2020-2021	17	Centros de salud. 2022	2
Centros de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Curso 2020-2021	9	Consultorios. 2022	1
Centros de Bachillerato. Curso 2020-2021	6	Viviendas familiares principales. 2011	24.280
Centros C.F. de Grado Medio. Curso 2020-2021	3	Transacciones inmobiliarias. Vivienda nueva. 2022	861
Centros C.F. de Grado Superior. Curso 2020-2021	3	Transacciones inmobiliarias. Vivienda segunda mano. 2022	2.879
Centros de educación de adultos. Curso 2020-2021	2	Número de pantallas de cine. 2023	1

Agricultura

Cultivos herbáceos. 2021		Cultivos leñosos. 2021	
Superficie dedicada a cultivos herbáceos (ha)	167	Superficie dedicada a cultivos leñosos (ha)	534
Principal cultivo herbáceo de regadío	Cebolla	Principal cultivo leñoso de regadío	Limonero
Principal cultivo herbáceo de regadío (ha)	18	Principal cultivo leñoso de regadío (ha)	185
Principal cultivo herbáceo de secano	Avena	Principal cultivo leñoso de secano	Algarrobo
Principal cultivo herbáceo de secano (ha)	17	Principal cultivo leñoso de secano (ha)	37

Establecimientos con actividad económica. 2021

Sin asalariados	4.132
Hasta 5 asalariados	2.114
Entre 6 y 19 asalariados	415
De 20 y más asalariados	134
Total establecimientos	6.795

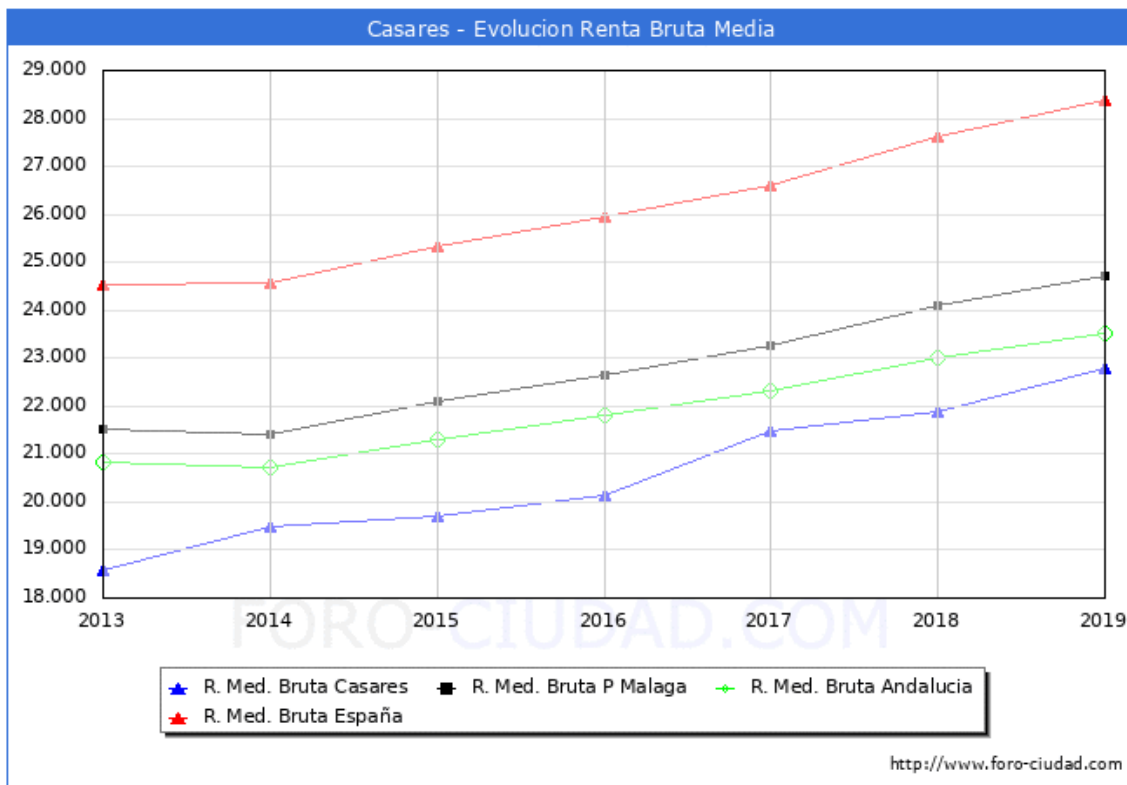
Principales actividades económicas. 2021

Sección G. Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas; reparación de vehículos de motor y motocicletas	1.308
Sección F. Construcción	1.016
Sección I. Hostelería	712
Sección L. Actividades inmobiliarias	707
Sección M. Actividades profesionales, científicas y técnicas	678

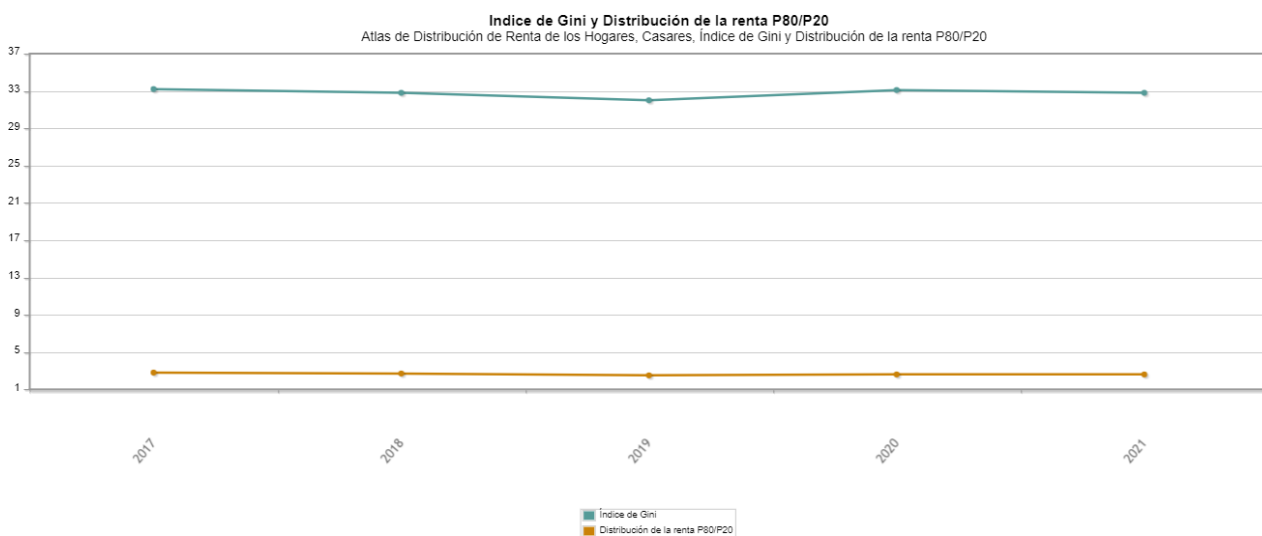
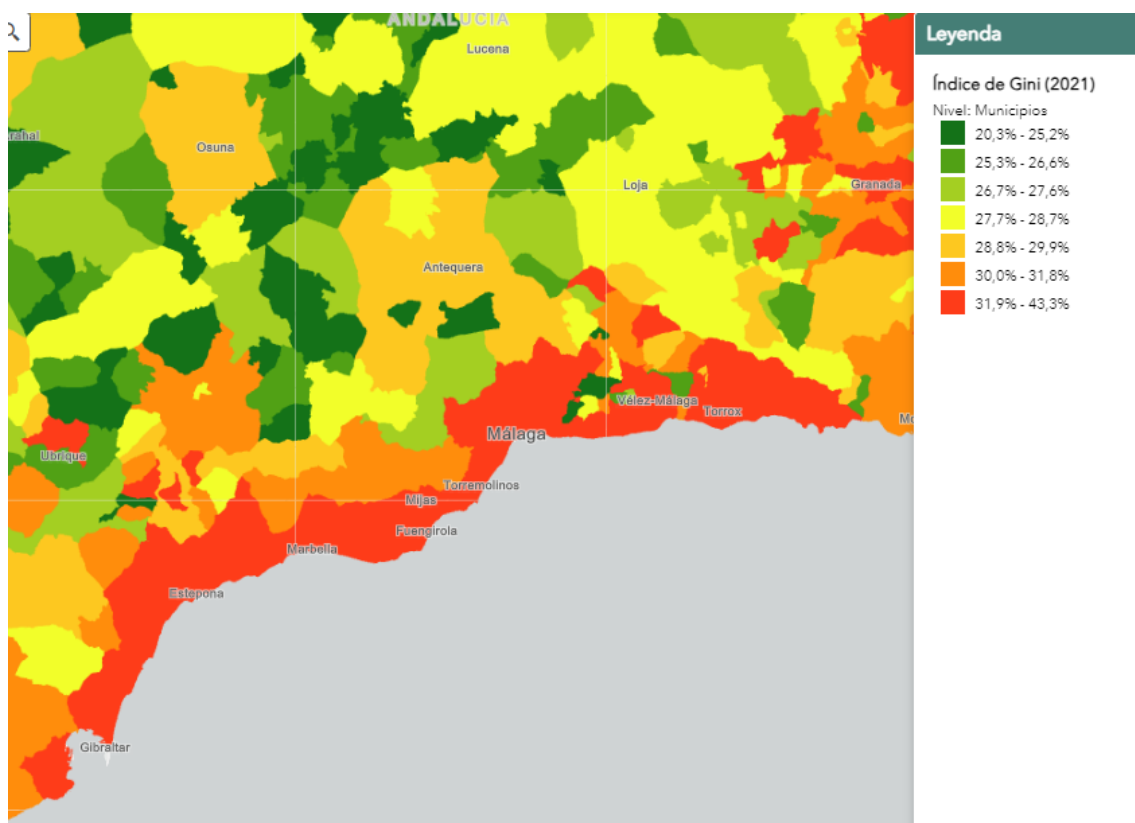
Paro registrado. Mujeres. 2022	3.025	Contratos registrados. Indefinidos. 2022	11.478
Paro registrado. Hombres. 2022	1.821	Contratos registrados. Temporales. 2022	9.212
Paro registrado. Extranjeros. 2022	-	Contratos registrados. Extranjeros. 2022	4.771
Tasa municipal de desempleo. 2022	15,0	Trabajadores eventuales agrarios subsidiados. Mujeres. 2022	5
Contratos registrados. Mujeres. 2022	-	Trabajadores eventuales agrarios subsidiados. Hombres. 2022	0
Contratos registrados. Hombres. 2022	11.851		

10.Mercado de trabajo:

En 2021 la renta media bruta de Casares se sitúa como el municipio nº 62 en la comunidad de Andalucía y el nº 1.167 a nivel nacional. Se adjunta una gráfica con la comparación desde 2013 a 2019 de la renta media bruta de Casares con la provincial, de la comunidad y de la nacional, siendo la municipal la más baja y ascendiendo a una velocidad similar.



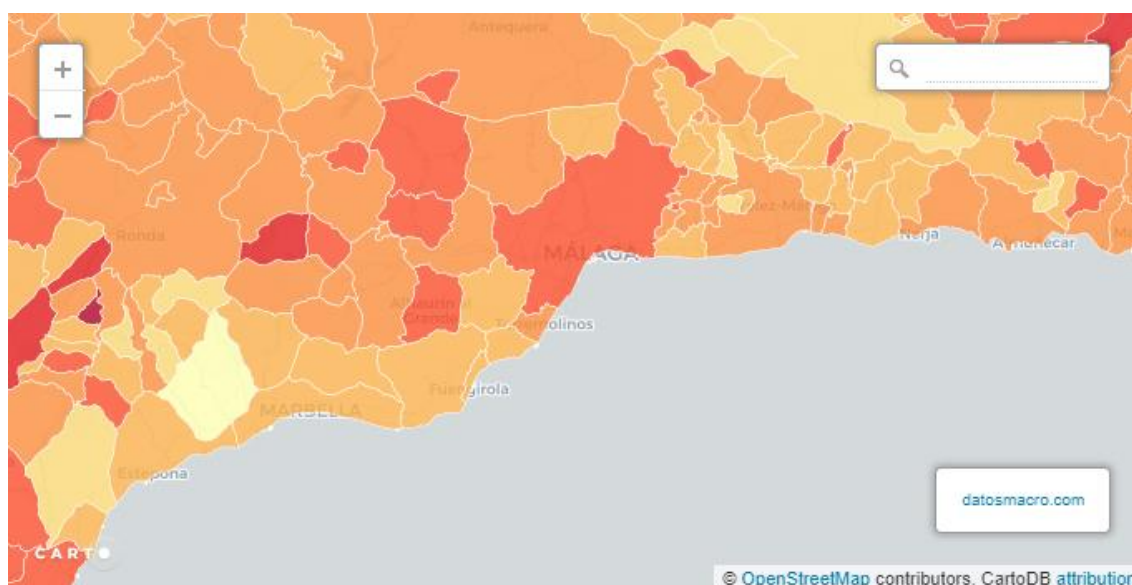
En cuanto a **indicadores de desigualdad**, se muestran el Índice de Gini y la ratio 80/20 para entender la distribución de la renta de Casares, siendo en 2021 el Índice de Gini de 32,77 y la ratio 80/20 de 2.0, por lo que, el municipio se encuentra en unos valores altos de desigualdad, como podemos observar en la imagen inferior.

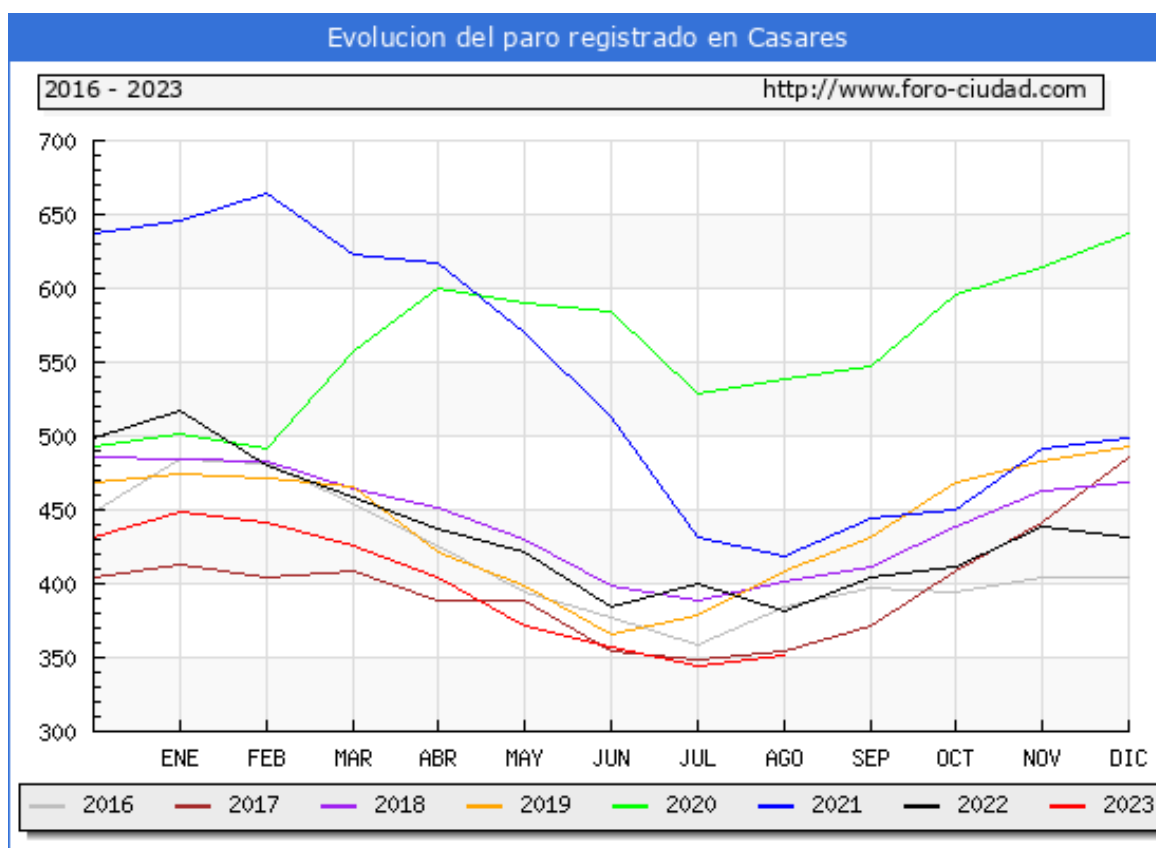


C. Tasa de desempleo

La tasa media de desempleo en Casares es históricamente a lo largo de los años menor que la media provincial y autonómica, oscilando en el municipio entre 13,26 y 20,51.

Territorio	Anual	Demandantes no ocupados	Tasa municipal de desempleo anual
Andalucía	2018	924932,25	23,39
	2019	889516,75	22,27
	2020	1077134,25	26,47
	2021	974618,75	23,83
	2022	865812,25	21,24
Málaga	2020	200587,75	25,74
	2021	180228,50	22,82
	2022	151021,25	18,94
Casares	2018	445,75	17,21
	2019	451,50	15,97
	2020	596,00	20,51
	2021	532,50	17,08
	2022	429,50	13,26





❖ BLOQUE II. Principales problemas de salud. Morbilidad.

La vigilancia de la salud es imprescindible para desarrollar acciones que nos lleven a mejorar la salud individual y colectiva cuyo método es la compilación, comparación y análisis de datos de forma sistemática y continuada. Se engloba la vigilancia de las enfermedades transmisibles, no transmisibles, factores de riesgo y determinantes. Se aplica a todos los aspectos de la historia natural de la enfermedad. Enmarcada legalmente en la Ley 16/2011, 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía.

La **morbilidad** es la cantidad de personas que enferman o presentan mala salud en un lugar y periodo de tiempo concreto en relación con el total poblacional. Una manera de estimarlo es mediante los procesos asistenciales integrados (PAIs) recogidos en la base poblacional de salud y una vez detectadas estas necesidades, se podrán elaborar estrategias e intervenciones de salud pública.

1. Principales enfermedades en el municipio:

Las **enfermedades más prevalentes en 2022** son por orden de mayor a menor: dislipemia, hipertensión, artrosis/espondilosis, diabetes, trastorno de ansiedad y asma. Si hacemos la división por sexo, son más prevalentes en los hombres, aunque con poca diferencia, la dislipemia, hipertensión y diabetes; mientras que, en mujeres, siendo una proporción del doble la artrosis, trastorno de ansiedad y asma.

Categoría	Patología	Prevalencia por 10.000 personas-año			Total	Razón Estandarizada	Intervalo Confianza 95%
		Hombres	Mujeres	Total			
Endocrino	Dislipemia	2.228,67	2.166,90	2.199,92	616	0,89	0,82 - 0,95
Circulatorio	Hipertensión	2.168,69	2.066,16	2.120,96	590	0,88	0,81 - 0,94
Osteomuscular	Artrosis, espondilosis	992,49	1.743,94	1.342,29	361	0,72	0,66 - 0,80
Endocrino	Diabetes	1.227,71	1.034,17	1.137,62	311	1,13	1,02 - 1,26
Salud Mental	Trastorno de ansiedad	628,66	1.284,82	934,1	279	0,86	0,76 - 0,96
Respiratorio	Asma	654,63	1.029,70	829,22	223	0,76	0,67 - 0,87

Fuente: InfoWeb. Sistema Andaluz de Salud, 2022.

Destacar otras **enfermedades crónicas** importantes en nuestro país, como son la EPOC e insuficiencia cardiaca, que, en este municipio, el orden de prevalencia son la 8ª y 15ª en la población.

Categoría	Patología	Prevalencia por 10.000 personas-año			Razón Estandarizada	Intervalo Confianza 95%
		Hombres	Mujeres	Total		
Respiratorio	EPOC	916,52	658,96	796,62	1,59	1,39 - 1,81
Circulatorio	Insuficiencia cardiaca	331,5	238,87	288,38	1,02	0,82 - 1,27

Fuente: InfoWeb. Sistema Andaluz de Salud, 2022.

Si comparamos los datos de 2022 con **los más prevalentes en la provincia**, son similares, no siendo ninguno significativamente mayor en el municipio respecto al provincial, aunque, el orden es diferente, siendo de mayor a menor: hipertensión, dislipemia, artrosis/espondilosis, trastorno de ansiedad, asma y diabetes.

En cuanto a los pacientes crónicos complejos priorizados, en 2022 se han trabajado 71 PAP (Plan de Actuación Personalizado), con 62 en seguimiento proactivos. En este programa se trabaja con los pacientes diagnosticados de EPOC e insuficiencia cardiaca que cumplan ciertos criterios de inclusión.

Centro	TOTAL PACIENTES		PAP	SEGUIMIENTO PROACTIVO	EDUCACION TERAPEUTICA
	ACTIVOS	PASIVOS			
Casares	78	11	71	62	0

Fuente: InfoWeb. Sistema Andaluz de Salud, 2022.

2. Enfermedades de declaración obligatoria (EDOs):

El sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDOs) constituye una pieza clave dentro de la Red de Vigilancia Epidemiológica, cuya finalidad es la detección precoz de los problemas de salud y enfocar la toma de medidas para proteger la salud de la población.

Los contenidos y procedimientos, vienen recogidos en la Orden de 12 de noviembre de 2015, por la que se modifica la Orden de 19 de diciembre de 1996.

A continuación, se presenta la evolución de EDOs en el municipio de Casares en los últimos 10 años (2014-2023), obtenidas de la fuente de declaración y seguimiento

RedAlerta. Los datos en dicho periodo pueden verse alterados tanto en número como en distribución a partir de 2020 debido a la pandemia COVID19 siendo parte de ellos probablemente consecuencia de esta situación. Se recogen un total de **46 casos** EDOs concentrando el 52% en infecciones de transmisión sexual (ITS), siendo lo más llamativo 5 casos de VIH/SIDA y aparte, un caso de sífilis congénita que es indicador de mal seguimiento del embarazo, en este caso, en madre de origen extranjero. Del total de las EDOs, el 10,90 % eran casos de origen de la infección en el extranjero.

Durante de dicho periodo de estudio, también añadir como EDO los 812 casos de SARS-COV-2 que constan en RedAlerta, concentrados entre marzo de 2020 y septiembre de 2023, de los cuales constan 15 fallecidos.

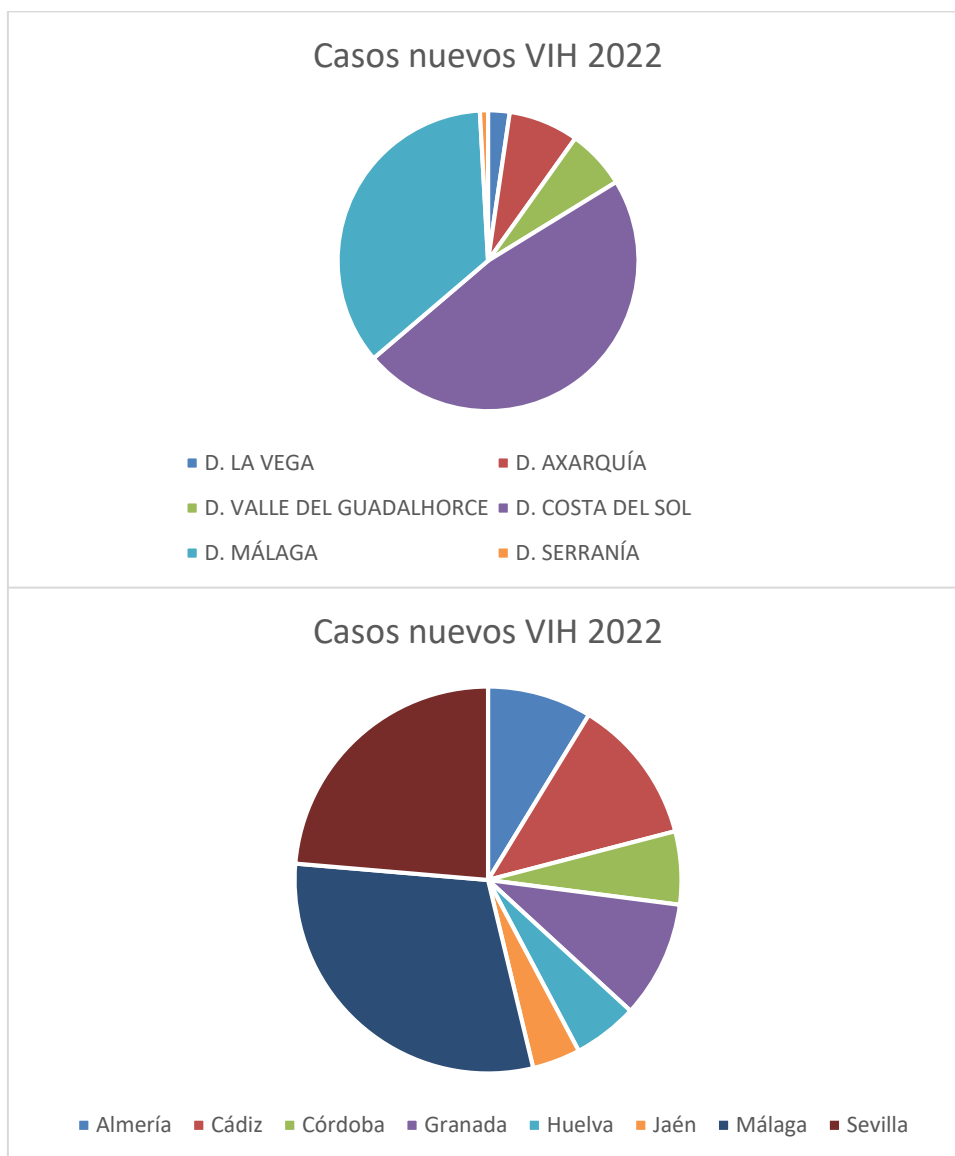
Se han estudiado también las **Alertas o Brotes**, siendo el resultado de 4 brotes de SARS-COV-2 registrados en 2021.

Fuente: RedAlerta.

Evento	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL
Disentería						1					1
Fiebre Q			1								1
Giardiasis			1		1					1	3
Hepatitis A				1							1
Hepatitis B							1				1
Hepatitis C							1	2			3
Herpes Genital									1		1
Infección genital por Chlamydia T.	1				2				1		4
Infección gonocócica					1			1			2
Infección por VIH y SIDA						1		1	3		5
IRAS por A. baumannii multirresistente	1		1								2
IRAS por Escherichia coli multirresistente										1	1
IRAS por Klebsiella multirresistente						2				1	3
IRAS por otras enterobacterias MRR					1						1
IRAS por MRSA	1	1				1					3
Legionelosis							1				1
Sífilis	1	2		1		1			1	1	7
Sífilis congénita								1			1
Tuberculosis		1	1								2
Varicela							1				1
Viruela de los monos									2		2
TOTAL	4	4	4	2	5	6	4	5	8	4	46

El VIH/SIDA es un problema de salud muy importante en el Distrito Costa del Sol, comparándolo con otros distritos de la provincia, como la provincia de Málaga y en general con otras provincias andaluzas, por lo que, aunque en el municipio de Casares (Prevalencia: 6,47 x 10.000 pers-año) se tenga de las prevalencias más bajas de la provincia (Prevalencia media Distrito Costa del Sol: 40 x 10.000 pers-año), no

puede dejar de hacerse búsqueda activa y promocionar la vigilancia y prevención de los colectivos más vulnerables.



3. Cáncer:

En **2022**, se detectaron en Andalucía 48.455 nuevos cánceres, siendo 9.852 en la provincia de Málaga de los cuales, 2.908 pertenecientes al Distrito Costa del Sol. En el municipio de Casares hubo un total de 19 casos nuevos, siendo el más incidente el cáncer de mama con 8 casos, seguido de próstata y leucemia.

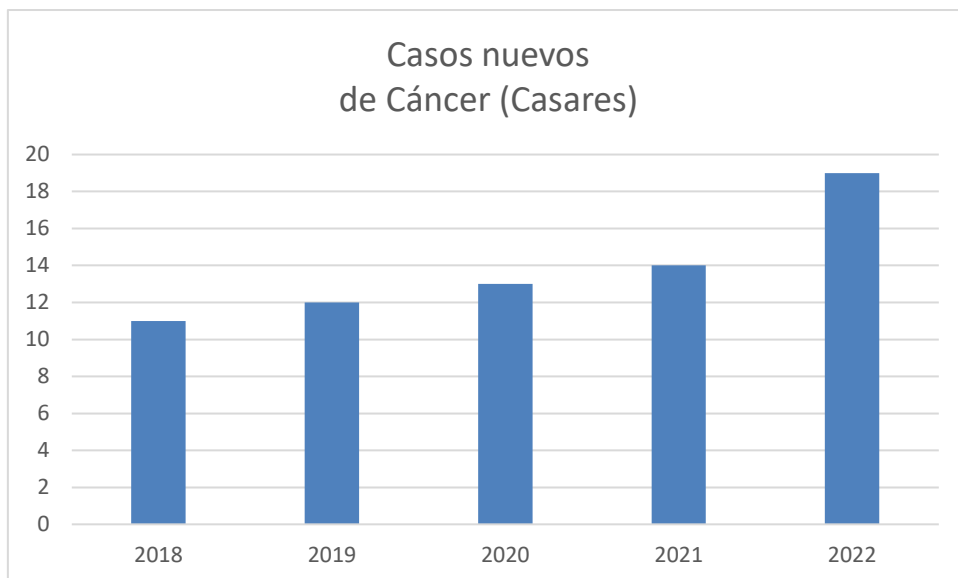
Enfermedad	Casos nuevos
Cáncer de mama	8
Cáncer de próstata	4
Leucemia	2
Cáncer inmunoproliferativo	1
Cáncer de vejiga	1
Cáncer de útero	1
Melanoma de piel	1
Cáncer de cabeza y cuello	1
TOTAL	19

Fuente Infoweb. **Incidencia** cáncer municipio Casares 2022.

Si estudiamos el cáncer en el municipio de Casares, de manera prevalente, es decir, todos los casos (nuevos diagnósticos o que llevan más tiempo), los más frecuentes en el periodo de 2022 son cáncer de próstata, mama, colorrectal, vejiga y linfoma no Hodgkin.

Enfermedad	Prevalencia
Cáncer de próstata	112,41
Cáncer de mama	88,77
Cáncer colorrectal	46,67
Cáncer de vejiga	32,61
Linfoma no Hodgkin	22,85
Cáncer de tiroides	19,25
Leucemia	15,45
Cáncer de estómago	15,4
Melanoma de piel	14,13
Cáncer de cabeza y cuello	12,87
Cáncer de útero	12,01
Cáncer de bronquio y pulmón	11,55
Cáncer de hueso y tejidos blandos	7,7
Cáncer de ovario	7,7
Enfermedad de Hodgkin	7,7
Cáncer inmunoproliferativo	5,45
Cáncer de cuello uterino	3,85
Cáncer de testículo	3,85
Cáncer de riñón y pelvis renal	3,85

Fuente: Infoweb. **Prevalencia** por 10.000 personas-año cáncer Casares 2022

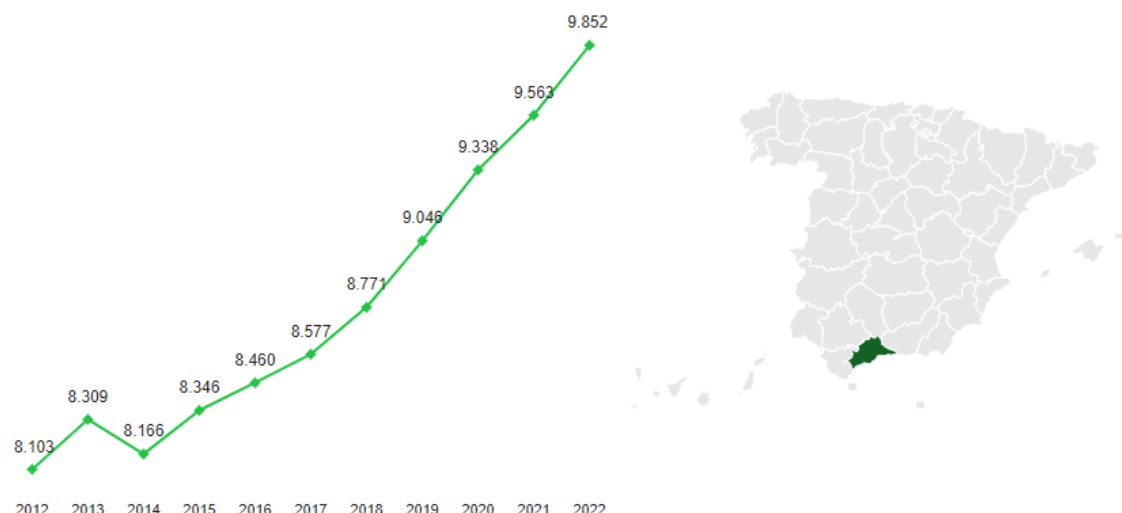


Fuente Infoweb. **Incidencia** cáncer municipio Casares 2018-2022

TIPO CÁNCER	CASOS NUEVOS
Cáncer de mama	491
Cáncer de próstata	425
Cáncer colorrectal	398
Cáncer de bronquio y pulmón	297
Melanoma de piel	186
Cáncer de vejiga	157
Cáncer de cabeza y cuello	123
Linfoma no Hodgkin	121
Cáncer de páncreas	93
Cáncer de hígado y vías biliares	75
Leucemia	70
Cáncer de útero	65
Cáncer de riñón y pelvis renal	64
Cáncer de tiroides	63
Cáncer de hueso y tejidos	52
Cáncer de cuello uterino	48
Cáncer de ovario	47
Cáncer de estómago	42
Cáncer inmunoproliferativo	36
Enfermedad de Hodgkin	30
Cáncer de testículo	16
Sarcoma de Kaposi	9
TOTAL	2908

Fuente Infoweb. **Incidencia** cáncer Distrito Costa del Sol 2022.

Evolución de nuevos casos



Fuente: Asociación española contra el Cáncer. Provincia de Málaga.

4. Cribado cáncer:

Un cribado son pruebas dirigidas a una población diana (normalmente con mayor riesgo de una enfermedad concreta por el sexo o la edad), sin síntomas y sin antecedentes personales o familiares que predispongan a padecer dicha enfermedad (para estos pacientes existen programas de cribado específicos).

4.A Cribado cáncer mama:

El cáncer de mama durante **2022**, ha sido el tipo de cáncer más diagnosticado en el municipio y en el Distrito Sanitario Costa del Sol y el más prevalente en la provincia de Málaga. El cribado de cáncer de mama es un programa dirigido a la población diana que son mujeres de entre 50 y 69 años residentes en Andalucía que son invitadas a realizarse una mamografía cada dos años. A continuación, exponemos los datos recabados de Casares (Consultorio de Casares y C.S. de Sabinillas) y de la totalidad del Distrito Costa del Sol.

2022 CAP	POBLACION INICIAL	EXCLUSIONES POR CANCER DE MAMA	EXCLUSIONES CON MAMOGRAFIA SCREENING AÑO ANTERIOR	POBLACION DIANA	MUJERES CON CITA MAMOGRAFÍA SCREENING EN AÑO	COBERTURA
Casares	349	7	35	307	88	28,66%
Sabinillas	1.811	53	98	1.660	250	15,54%
Distrito C.del Sol	77.817	2.436	8.933	66.448	12.802	19,40%

Fuente: InfoWeb.

En abril de **2023** se amplió el rango de edad hasta los 71 años, por lo que esperamos encontrar diferencias en los datos al cerrar el año, se aportan los datos desde enero hasta el 9 de noviembre de este año, donde sí que podemos observar un aumento de la cobertura de mujeres de la población diana que tiene una cita registrada en un 45,93% siendo superior a la media del Distrito e inferior a la media andaluza con un 59,77%.

2023 CAP	POBLACION INICIAL	EXCLUSIONES POR CANCER DE MAMA	EXCLUSIONES CON MAMOGRAFIA SCREENING AÑO ANTERIOR	POBLACION DIANA	MUJERES CON CITA MAMOGRAFÍA SCREENING EN AÑO	COBERTURA
Casares	391	16	105	270	124	45,93%
Sabinillas	1.913	118	286	1.509	298	19,75%
Distrito C. del Sol	86.266	2.602	15.600	68.064	24.271	35,66%

Fuente: InfoWeb.

A partir de mediados de noviembre de este año, se implementa una mejora de los recursos tanto en infraestructuras, como en material y ampliación de días de citas pasando de 2 días a la semana a 5 (L-V), por lo que se espera una mejora de los datos para el año siguiente.

En cuanto a los resultados del cribado de mama este año, se exponen las lecturas de las ecografías llevada a cabo por los radiólogos del hospital de referencia (Hospital Costa del Sol). Desde enero hasta octubre de 2023, se leyeron un total de 15.450 ecografías, de las cuales un 11,98% fueron derivadas por anomalía y 9 resultaron diagnóstico de cáncer.

HOSPITAL	Nº LECTURAS	TASA DE DERIVACION	RESULTADO CÁNCER
H. COSTA DEL SOL	15.450	11,98	9

Fuente: InfoWeb.

Los resultados aportados en la gráfica superior muestran como a pesar del bajo porcentaje de participación en el programa, aunque cada vez más arraigado, se diagnostican de manera temprana cáncer presuntamente asintomático, por lo que, si el programa tuviera mayor adherencia el número de cáncer de mama diagnosticado de manera temprana, sería mayor.

4.B Cribado cáncer colon:

El cribado por cáncer de colon es un programa que está dirigido a hombres y mujeres de 50 a 69 años, residentes en Andalucía. La invitación a participar, se realizará durante el tiempo considerado como una ronda de cribado normal, dentro de los 2 años siguientes. La implementación del programa en el Distrito se empezó a realizar en 2018 con la población de 69 años.

CAP	Población a invitar	% Invitados	Aceptación sobre P. a invitar	Participación sobre P. a invitar
Casares 2022	334	98,80%	18,26%	10,48%
Casares 2023	381	94,23%	9,45%	4,99%
Sabinillas 2022	1.524	95,21%	12,40%	5,77%
Sabinillas 2023	1.657	92,03%	9,47%	3,98%
Distrito C. del Sol 2022	55.554	96,59%	16,61%	7,61%
Distrito C. del Sol 2023	62.369	91,39%	12,47%	6,25%

Fuente: InfoWeb.

Los indicadores de gestión que resultan tras analizar los dos últimos años reflejan una baja participación tanto en los centros de salud como a nivel del distrito, llegando sólo al 10% en el centro de salud de Casares pueblo en 2022.

CAP	Test	Colonoscopias	Adenomas	Cáncer
Casares 2022	50	1	1	0
Casares 2023	44	0	0	0
Sabinillas 2022	146	10	1	0
Sabinillas 2023	134	2	1	1
Distrito C. del Sol 2022	6.502	384	41	7
Distrito C. del Sol 2023	7.702	223	70	2

Fuente: InfoWeb.

Los resultados aportados en la tabla superior muestran como a pesar del bajo porcentaje de participación en el programa, se diagnostican de manera temprana lesiones premalignas como adenomas y hasta cáncer ya instaurado, por lo que, si el programa tuviera más adherencia el número de cáncer colorrectal evitado o diagnosticado de manera prematura sería mayor.

5. Vacunación infantil:

Uno de los objetivos del SAS en el contrato *Programa* es la Vigilancia de cobertura de vacunación completa, la cual debe superar el 97% de total de vacunación, cuyo cálculo es: Número total de niños/as nacidos en el periodo anual dos años antes del que hay que evaluar que han recibido vacunación completa en el año / Número total de niños/as nacidos en el periodo anual dos años antes del que hay que evaluar * 100. Los datos

que se ofrecen corresponden al final del periodo de recuento; posteriormente se abre un plazo de alegaciones donde se intenta subsanar los resultados.

CASARES	Vacunación Completa		
	BienVac	Pob	V.C.
2023	14	14	100,00%
2022	6	7	85,70%
2021	16	16	100,00%

Fuente: InfoWeb.

SABINILLAS	Vacunación Completa		
	BienVac	Pob	V.C.
2023	120	124	97,10%
2022	139	141	92,40%
2021	110	114	93,30%

Fuente: InfoWeb.

DISTRITO CS.	Vacunación Completa		
	BienVac	Pob	V.C.
2023	3.514	3.686	95,30%
2022	3.484	3.667	95,00%
2021	3.686	3.898	94,60%

Fuente: InfoWeb.

El cumplimiento de la vacunación infantil en el municipio de Casares se estudia mediante los resultados de los dos centros de salud que engloba a la población. El objetivo deseado sólo se obtuvo en 2023, aunque en municipios pequeños como es este caso presenta limitaciones debido a que los resultados son muy sensibles a cambios en pequeños datos, siendo en casos como en el consultorio de Casares de 2022, la diferencia de un solo niño la que dicta el cumplimiento o no.

En el Distrito Sanitario Costa del Sol, los datos son inferiores en general, por la negativa de las familias como motivo principal, siendo muy dificultoso conseguir los objetivos marcados.

❖ BLOQUE III. Mortalidad.

El estudio de las defunciones es una de las principales fuentes de información sobre el estado de salud de una población; para entender mejor este fenómeno, observamos su evolución y sus causas. La **esperanza de vida** en el Distrito Sanitario Costa del Sol, está al nacer en ambos sexos en 83,01 años, siendo en hombres de 80,43 años y de 85,69 en mujeres.

1. Tasa mortalidad

Fallecidos en Casares durante el periodo indicado/población total Casares del mismo periodo por 1.000.

AÑO	Habitantes	Defunciones	TASA MORTALIDAD
2021	7.342	54	7,35
2020	6.883	49	7,12
2019	6.515	36	5,53
2018	6.121	41	6,70
2017	5.743	34	5,92

Fuente: IECA. Foro ciudad actualización 06/10/2023. Tablas de elaboración propias

EDAD	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
TOTAL	54	33	21
30-34	2	1	1
35-39	1	1	-
40-44	2	1	1
50-54	2	2	-
55-59	2	2	-
60-64	5	3	2
65-69	2	1	1
70-74	4	4	-
75-79	9	6	3
80-84	7	4	3
85-89	13	5	8
90-94	3	2	1
95+	2	1	1

Fuente: IECA 2021. Mortalidad por sexo y grupos de edad.

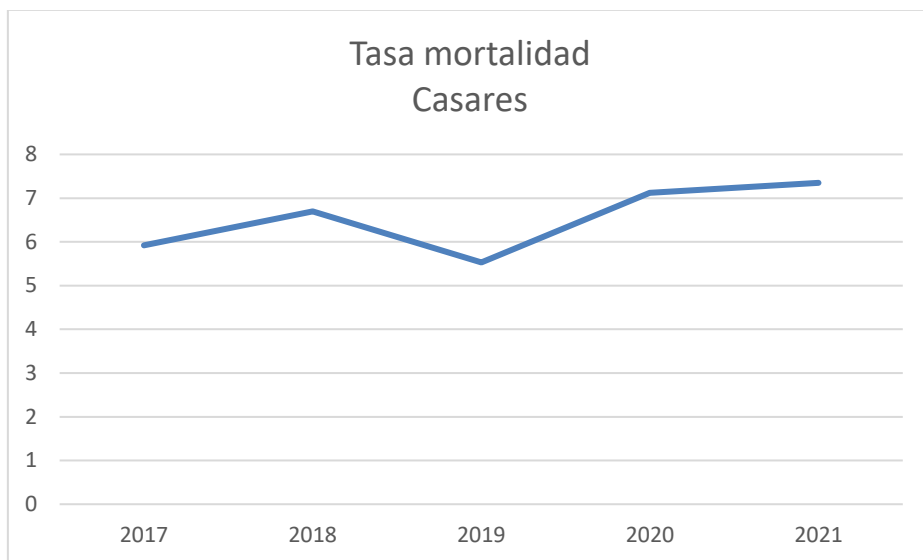
En cuanto a la tasa de mortalidad, se observa un aumento en 2020-2021, respecto a la tendencia previa, posiblemente influenciado por la pandemia COVID19. Al separar por grupos de edad, en el año 2021, el grupo de 85 a 89 años fue dónde se registró el mayor número de fallecimientos concretamente en mujeres.

Si comparamos los datos, se observa haciendo un evolutivo histórico, tasas inferiores a nivel municipal frente a los datos provinciales y autonómicos en todos los años.

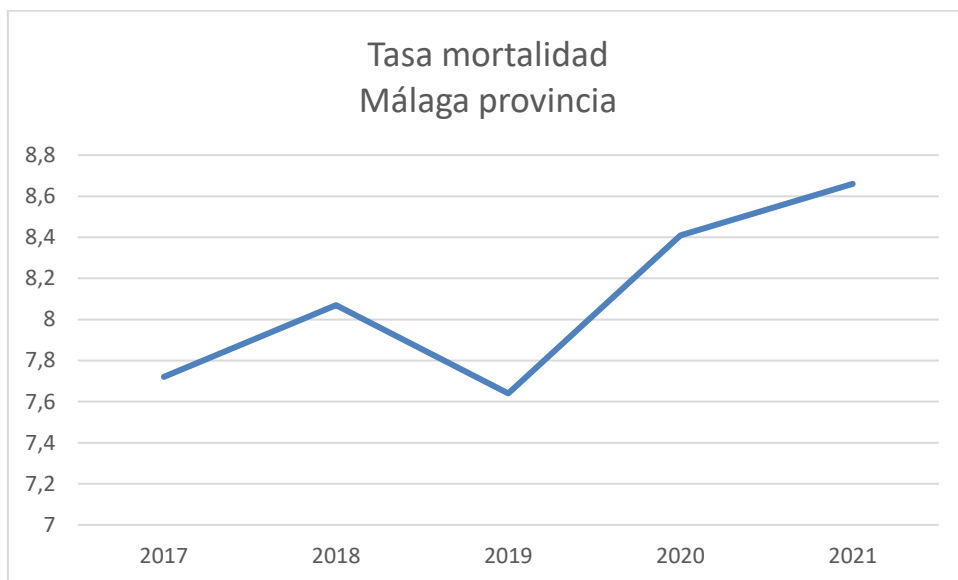
2021	DEFUNCIONES	TASA MORTALIDAD
Andalucía	79.339	9,36
Málaga	14.724	8,68

Fuente: IECA. Tabla elaboración propia.

2. Evolución tasa de mortalidad.



Fuente: Foro-Ciudad. Elaboración propia.



Fuente: INE. Elaboración propia.

3. APVP: Años potenciales de vida perdidos y MPPE: mortalidad prematura potencialmente evitable.

A partir de 2018, se añade en el análisis de tendencias de Andalucía un nuevo indicador: MPPE (mortalidad prematura sensible a la prevención y atención sanitaria), es decir, las muertes que se hubieran evitado si el sistema sanitario hubiera funcionado correctamente en todos sus pasos; que se sumó al indicador que ya venía incorporándose en las estadísticas de mortalidad en Andalucía, los APVP (años potenciales de vida perdidos), en el que se reflejan los años que se han dejado de vivir por haber muerto de forma prematura.

Estos indicadores son de ayuda para el estudio de salud de la población y más específicamente para señalar los principales problemas, muchos de ellos evitables, en los que se debe trabajar en la atención sanitaria y salud pública, para una mejor calidad de vida.

	ND MPsPr		TB MPsPr		TE MPsPr	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	6.997	2.170	179,2	55,9	189,2	55,2
Málaga	1.315	471	169,5	60	173,8	58,1

	ND MPsAS		TB MPsAS		TE MPsAS	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Andalucía	3.146	2.464	80,6	63,5	87	63,1
Málaga	633	488	81,6	62,1	84,2	60,3

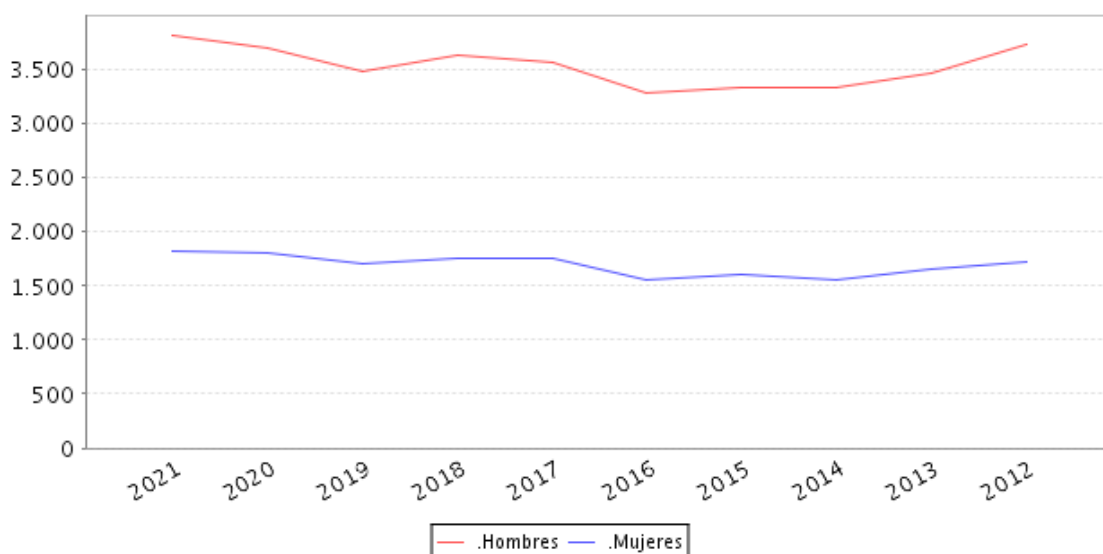
Fuente: IECA 2021.

Principales indicadores de mortalidad prematura sensible a la prevención o la atención sanitaria.

- ND MPsPr: N° de casos de mortalidad prematura sensible a la prevención (MPsPr).
- TB MPsPr: Tasa bruta de MPsPr por 100.000 habitantes.
- TE MPsPr: Tasa estandarizada de MPsPr por 100.000 habitantes.
- ND MPsAS: N° de casos de mortalidad prematura sensible a la atención sanitaria (MPsAS).
- TB MPsAS: Tasa bruta de MPsAS por 100.000 habitantes.
- TE MPsAS: Tasa estandarizada de MPsAS por 100.000 habitantes.

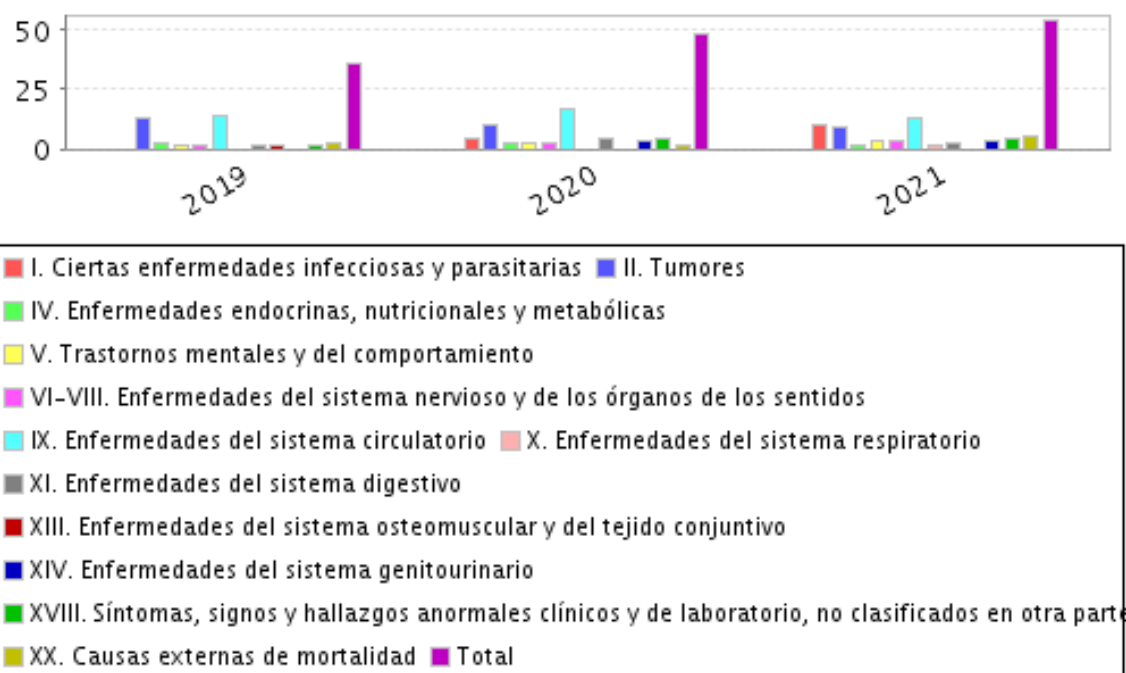
Se analizamos los indicadores anteriores obtenidos durante 2021, observamos tanto en la población malagueña como la andaluza, los casos y tasas de mortalidad prematura evitable son hasta 3 veces mayores en hombres que en mujeres. No siendo así, sin embargo, en los datos de fallecimientos prematuros sensibles a la atención sanitaria en los que son cifras ligeramente superiores en hombre respecto a mujeres. Aunque en general, la tendencia en ambos parámetros es descendente.

A continuación, se expone la gráfica del evolutivo de APVP en Andalucía desde 2012 a 2021.



4. Mortalidad por causas:

En cuanto a la mortalidad por sus diferentes causas en **Casares**, se han obtenidos los datos por diagnósticos de la CIE-10 de 2019 a 2021, objetivando la primera causa de muerte por enfermedades del sistema circulatorio, seguido de tumores y pasando en 2021 a ser la segunda causa las enfermedades infecciosas, debido a la situación pandémica COVID19.



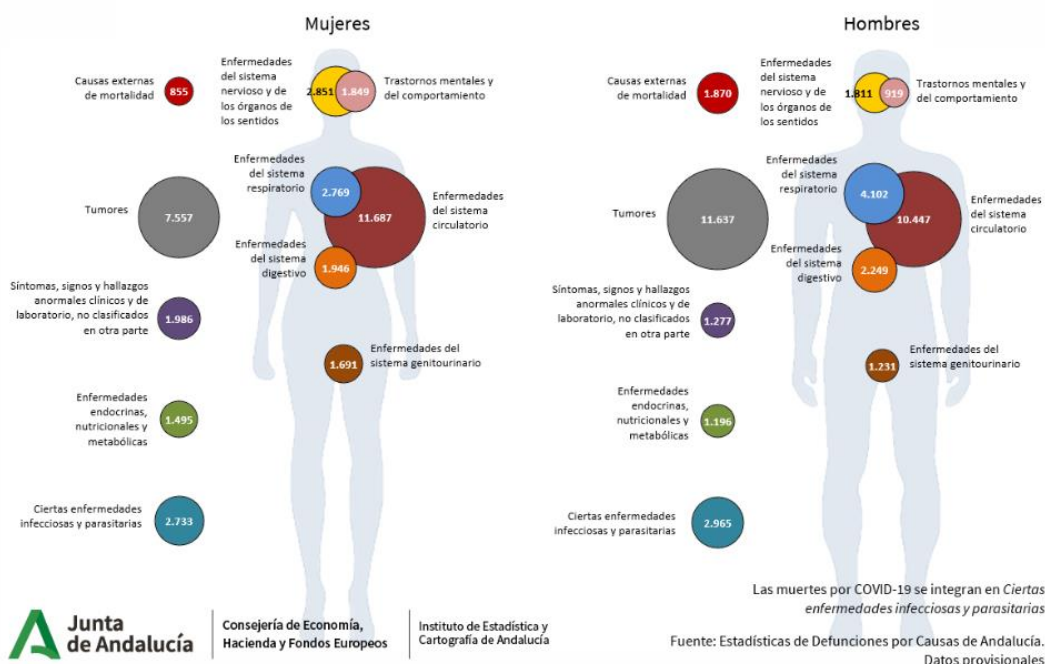
Fuente: IECA.

Para determinar la causa de muerte más específica por sexo, obtenemos los datos en **Andalucía en 2021**, en los que lidera en primer lugar la COVID-19 en ambos sexos, seguido de Enfermedades cerebrovasculares, Cardiopatías isquémicas, Insuficiencia cardiaca (dentro de las enfermedades del Sistema circulatorio), enfermedades neurodegenerativas y tumores; por lo que, sigue el patrón similar a Casares.

Causa de muerte (Lista reducida)	Hombres	Mujeres
Resto de causas	13.424	14.211
COVID-19 (confirmado y sospecha)	3.826	2.875
Enfermedad cerebrovascular	2.296	2.822
Cardiopatía isquémica	3.310	2.316
Insuficiencia cardiaca	1.338	2.196
Enfermedad de Alzheimer	797	1.774
Enfermedad hipertensiva	841	1.754
Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil	838	1.663
Cáncer de mama	12	1.153
Diabetes	1.004	1.152
Cáncer de colon y recto	1.472	1.014
Enfermedades del riñón y uréter	608	864
Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón	2.945	780
Tumores malignos de tejidos linfáticos y hematopoyéticos	780	576
Cáncer de páncreas	609	558
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1.431	471
Neumonía e influenza	533	454
Septicemia	282	309
Caídas accidentales	301	305
Cáncer de hígado y vías biliares intrahepáticas	588	273
Cáncer de estómago	436	266
Cirrosis y otras enf. crónicas del hígado	716	230
Suicidio	661	188
Cáncer de vejiga	644	150
Accidentes de transporte	296	48
Cáncer de próstata	949	0

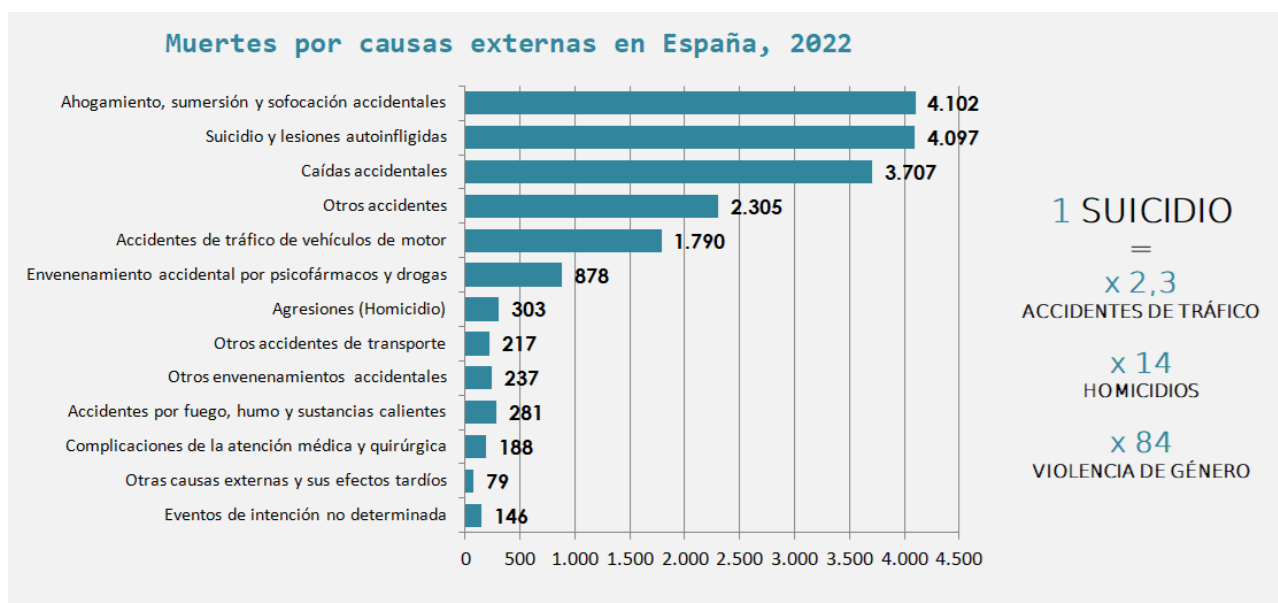
Fuente: IECA. Mortalidad por sexos 2021, Andalucía.

Defunciones de residentes en Andalucía según principales causas de muerte. Año 2022



Últimos datos publicados el 25 de agosto de 2023.

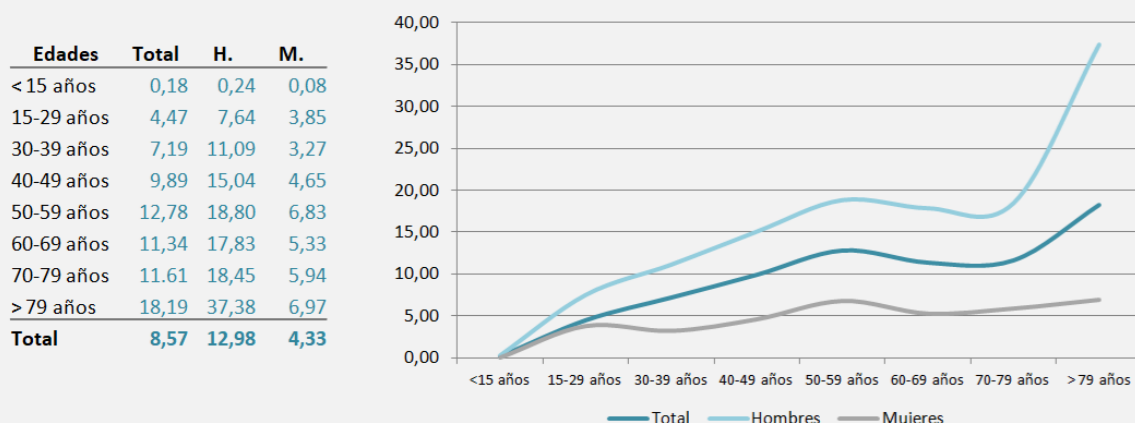
En este apartado abordamos de manera más específica las muertes por causas externas, que es una de las principales causas de muerte en la CCAA de Andalucía. Destacar que, en España en 2022, por primera vez desde 2008, dejó de ser la primera causa de muerte por causa externa en España, pasando a ocupar el primer puesto el ahogamiento y el suicidio en segundo lugar.



Fuente: Observatorio del Suicidio en España, 2022.

Al analizar la situación nacional en 2022, se observa que las tasas aumentan con la edad, siendo la mayor tasa en varones del intervalo de edad de mayores de 79 años.

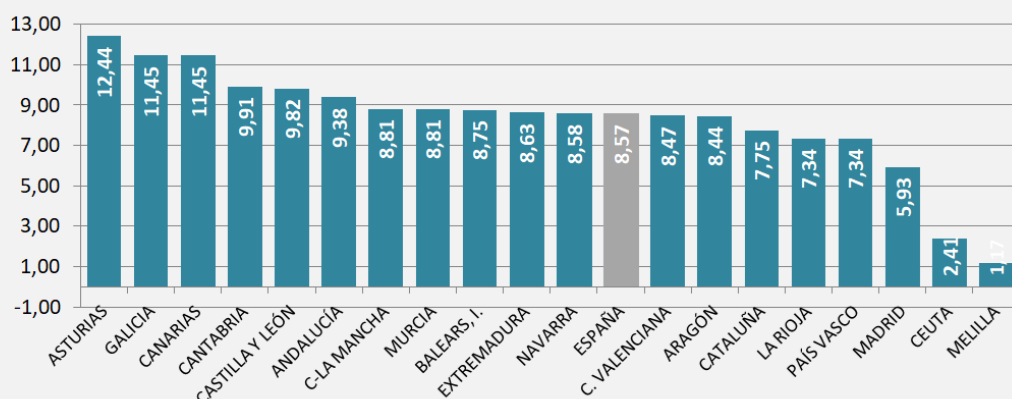
Tasas de suicidio por 1000.000 habitantes, sexo y edad. España, 2022



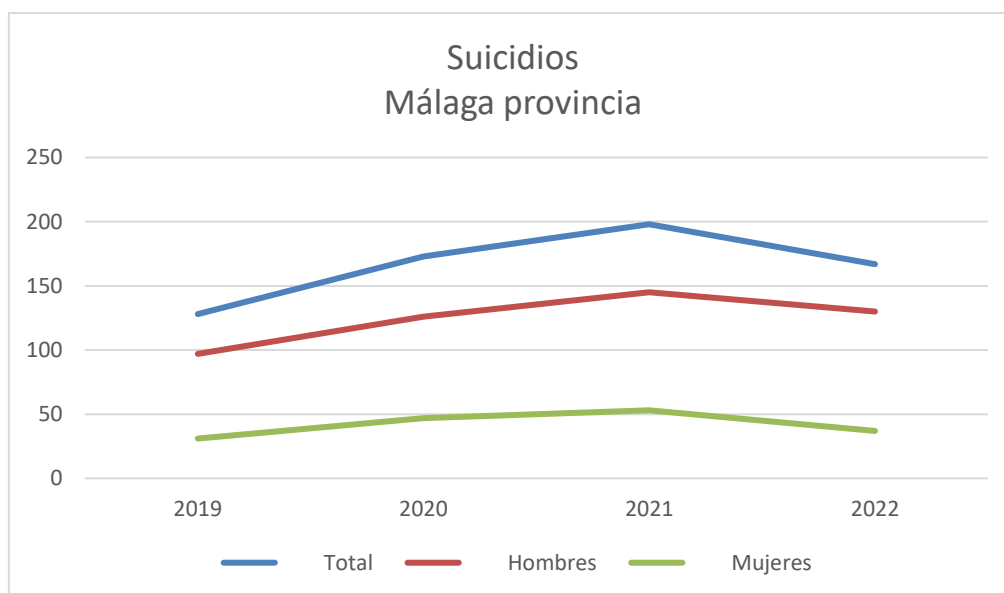
Fuente: Observatorio del Suicidio en España, 2022.

Se realiza una comparación entre las Comunidades Autónomas respecto a la media nacional, quedando Andalucía la sexta por orden descendente con una tasa del 9,38.

Tasas de suicidio por 1000.000 habitantes y CC.AA, 2022



Analizando los datos de casos de suicidio en la provincia de Málaga de manera evolutiva desde 2019 y por sexo, se observa una tendencia en aumento en total, siendo más acentuada en hombres respecto a mujeres, siendo superior en 2020-2021, años sesgados por la pandemia COVID19 y sufriendo un ligero descenso en 2022.



Fuente: INE 2019-2022.

En cuanto a otra de las causas externas más frecuentes de muerte, **defunciones por accidentes de tráfico**, se han obtenido los datos de Casares mediante la DGT de 2013 a 2017, siendo 2 los fallecidos en el municipio en este intervalo.

Muertos en accidentes de tráfico en Casares entre 2013 y 2017

(Cómputo a 30 días después del accidente)

	Muertos en accidentes de tráfico (Personas)
2017 - Año	0
2016 - Año	0
2015 - Año	1
2014 - Año	1
2013 - Año	0

Fuente: Dirección General de Tráfico (EpData). 2013-2017

En la DGT y en el INE se ofrece la comparación de siniestros mortales y de fallecidos entre provincias, en este caso se compara los datos de la provincia de Málaga con los nacionales, siendo una tendencia descendente en los últimos años. Si se analizan las tasas, se observa como los datos de Andalucía son mayores respecto a los datos

nacionales y que junto a Cádiz, Málaga se sitúa entre las 10 provincias con más siniestralidad por accidente de tráfico.

	Siniestros mortales		Fallecidos	
	2022	2023	2022	2023
Málaga	24	19	24	16
Total	890	880	969	961

Fuente: Dirección General de Tráfico.

	2018	2019	2020	2021
Andalucía	3,15	3,78	3,41	3,71
Nacional	4,06	3,91	3,09	3,38

Fuente: INE.

❖ BLOQUE IV. Factores determinantes de la salud-estilos de vida.

En este bloque vamos a desarrollar la información más relevante que disponemos en relación a los hábitos de vida relacionados con los principales problemas de salud que se han identificado en el estudio epidemiológico. En la mayoría de casos, se trata de datos de prevalencia de conductas, extraídos de estudios de cobertura nacional o regional, ya que no existe esa información a nivel local. Sin embargo, entendemos que es importante conocer estos datos para facilitar la identificación de prioridades del nuevo Plan de Salud Local de Casares.

1. Alimentación saludable y actividad física

a) Sobrepeso, obesidad y sedentarismo

La Obesidad es la Epidemia del siglo XXI (OMS), que, junto al sobrepeso y el sedentarismo, se asocia a numerosos problemas de salud desde la infancia a todas las edades.

Para definir el sobrepeso y la obesidad habitualmente se realiza una estimación indirecta del contenido graso corporal por medio del IMC, que se calcula dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado de la altura en metros (kg/m²). En las personas adultas, la OMS define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25 kg/m², y la obesidad como un IMC igual o superior a 30 kg/m².

La Obesidad infantil es uno de los principales problemas de salud pública en nuestro país dado que conlleva consecuencias en la salud física, mental y social tanto en la infancia y adolescencia como en la edad adulta.

En la población infantojuvenil se utilizan diferentes criterios para establecer las definiciones de infrapeso, normopeso, sobrepeso y obesidad.

PREVALENCIA

ESPAÑA es el 4º país de la Unión Europea con mayor prevalencia de obesidad y sobrepeso infantil (superando conjuntamente el 40% en ambos sexos), detrás de Chipre, Italia y Grecia (datos COSI_sistema de vigilancia de la Obesidad infantil impulsado por la región europea de la OMS). Es decir, **4 de cada 10** niños y niñas tienen exceso de peso en nuestro país (estudio ALADINO_ estudio de alimentación, actividad física, desarrollo infantil y Obesidad de la Agencia de Seguridad Alimentaria y Nutrición AESAN, en el marco de la iniciativa COSI).

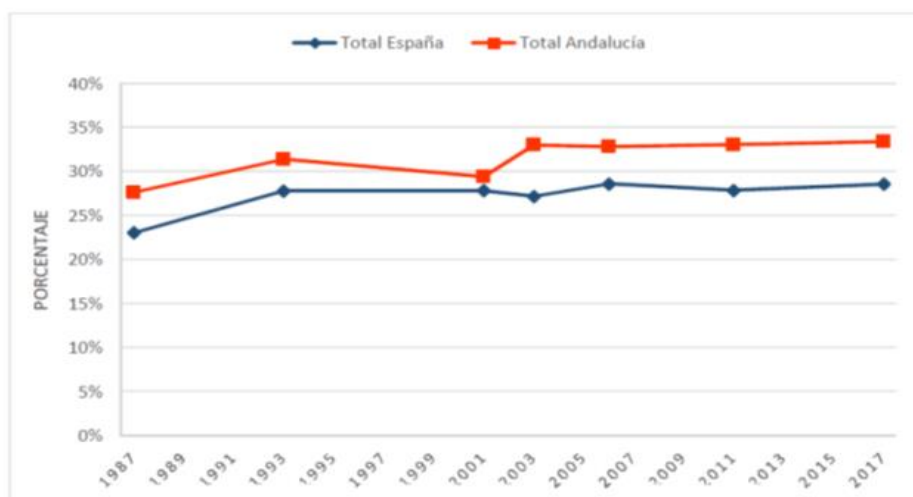
Si se considera la obesidad abdominal (indicador muy asociado a efectos adversos para la salud), el crecimiento de la obesidad infantil y adolescente en los últimos veinte años ha sido aún más relevante, pasando de un 16% a un 22,8%, debido principalmente a que se ha duplicado la obesidad en las niñas y adolescentes (de 9,3% a 20%).

Existen cada vez más indicios de que la pandemia COVID-19 ha podido empeorar las cifras de obesidad infantil, especialmente para niños, niñas y adolescentes (NNA) en situación de mayor vulnerabilidad.

ANDALUCIA tiene prevalencias de exceso de peso (sobrepeso más obesidad infantil) en la población de 2 a 17 años más elevadas que el conjunto de España (según la (Encuestas Nacionales de Salud ENS (1987-2017) con datos de IMC informados por las familias y utilizando los puntos de corte de la IOTF.

En 2017, el sobrepeso y la obesidad infantil en España afectaba al 28,56% de la población mientras que en Andalucía la prevalencia era del 33,40%. Tanto los datos de España como los de Andalucía muestran, en las tres últimas encuestas, una tendencia a la estabilización.

Gráfico 7. Sobrepeso más obesidad infantil en población de 2-17 años. Comparación Andalucía-España. Encuestas Nacionales de Salud 1987-2017.

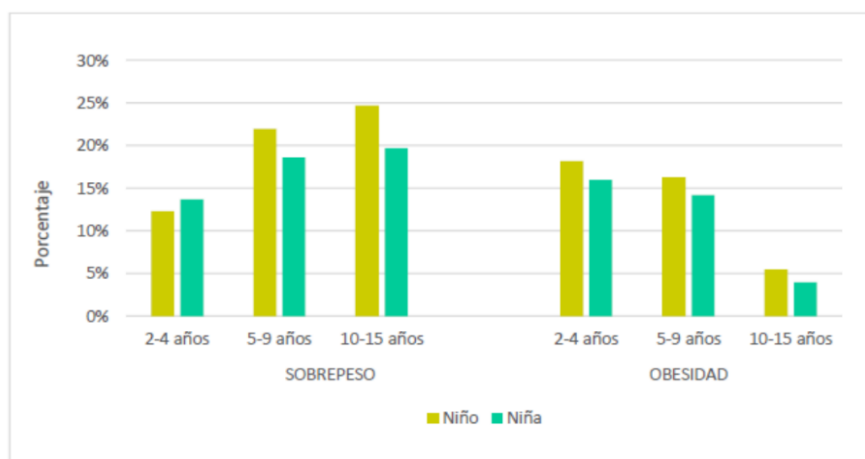


Fuente:ENSE 1987-2017 (elaboración PIOBIN)

Desde el punto de vista de la **evolución** (Encuesta Andaluza de Salud_EAS 2011-2016 utilizando criterios IOTF)) con datos observados (medidos) el sobrepeso se mantienen en torno al 21% y la obesidad disminuye del 17.7 al 11.8%. El exceso de peso también desciende del 38.6% al 32.3%.

En análisis por **edad y sexo** en la población de 2 a 15 años, el sobrepeso es mayor en grupos de más edad y sobre todo en los niños. Sin embargo, la obesidad va disminuyendo entre los de más edad sobre todo a partir de los 9 años en ambos sexos.

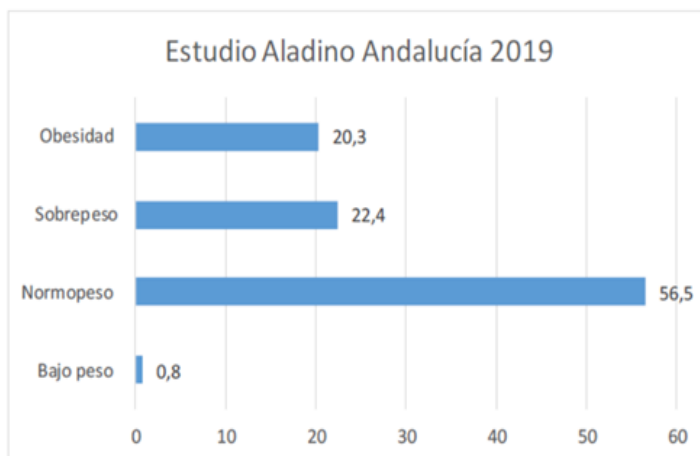
Gráfico 13. Sobrepeso y obesidad por grupos de edad y sexo. Población de 2 a 15 años. Encuesta Andaluza de Salud 2016.



Fuente: EAS 2016 (elaboración PIOBIN)

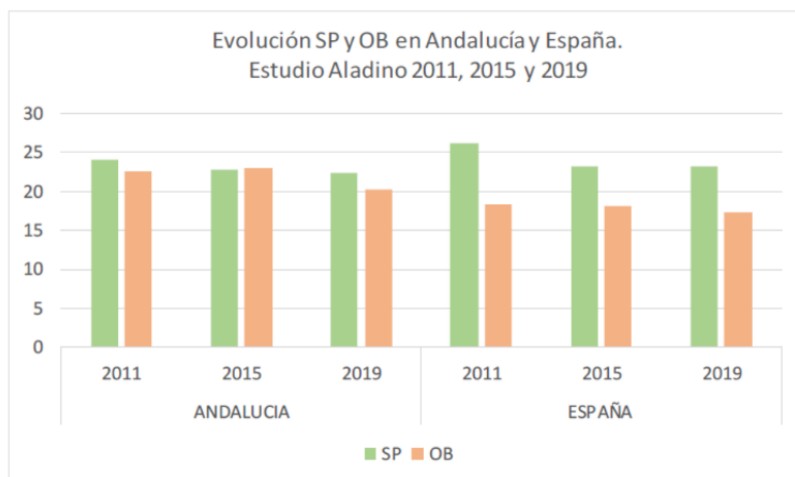
El estudio ALADINO Andalucía 2019, en escolares de 6-9 años, muestra que la epidemia de exceso de peso infanto-juvenil en Andalucía parece estabilizada en la última década. Los datos de sobrepeso se mantienen y los de obesidad disminuyen ligeramente, aunque todavía presentan niveles más elevados que el conjunto de España.

Gráfico 4. Distribución global Estudio Aladino Andalucía 2019



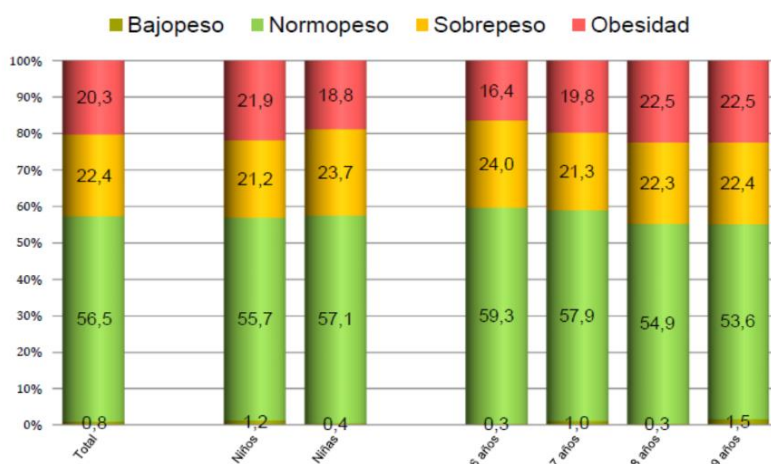
Fuente: ALADINO 2019 (elaboración PIOBIN)

Gráfico 7. Serie histórica. Comparativa Estudio Aladino España/Andalucía oleadas 2011, 2015 y 2019.



El 21.2% de los niños y el 23.7% de las niñas entre 6-9 años tiene sobrepeso. La obesidad es más prevalente entre los niños en un 21.9% que entre las niñas que es de un 18.8%.

Gráfico 3. Distribución de los niños/as según IMC, sexo y edad.



Fuente: Estudio Aladino Andalucía 2019

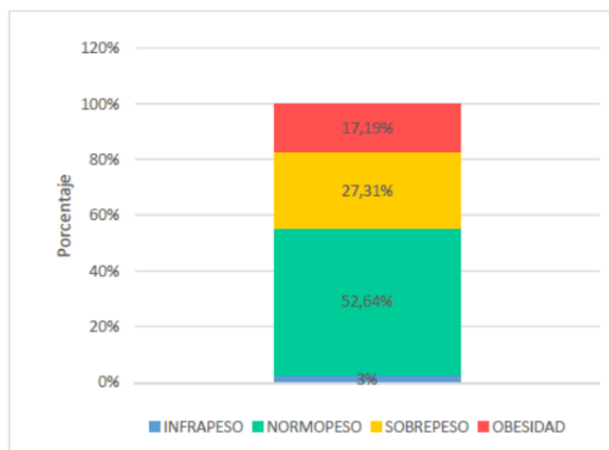
El sobrepeso está estable en las edades estudiadas y en ambos sexos, mientras que la obesidad aumenta a medida que lo hace la edad, siendo los niños de 8 y 9 años los que presentan los datos más elevados.

ORIGEN

La Obesidad tiene un origen multicausal y complejo. Intervienen factores genéticos, biológicos, psicosociales, de estilo de vida, sociodemográficos y ambientales a lo largo de la vida, especialmente en la primera infancia, que es la etapa que más influye en el desarrollo físico, mental y social a corto y largo plazo.

La evidencia más reciente ya muestra que las influencias en los períodos iniciales del desarrollo van a condicionar las respuestas de los niños al ambiente obesogénico que les rodea, lo que indica también la importancia de enfocar la prevención en las primeras etapas de la vida (período preconcepcional, gestación y dos primeros años) lo que se conoce como los 1000 primeros días de vida.

Gráfico 20. Situación del IMC en la primera visita de seguimiento del embarazo de las gestantes atendidas en Atención Primaria de Salud. Andalucía 2018



Fuente: Historia de Salud Digital de Andalucía. Diraya.

La Obesidad Infantil se transmite en las familias desde las fases iniciales de la vida. Es más frecuente si los progenitores tienen obesidad, si durante el embarazo hay una ganancia de peso excesiva o diabetes gestacional o si la lactancia materna no es exclusiva durante los primeros meses de vida.

Hay que destacar la importancia de la percepción de las familias sobre la obesidad: 7 de cada 10 escolares con exceso de peso son percibidos por sus progenitores dentro de un peso normal. Esta percepción distorsionada es más frecuente si alguno de los progenitores tiene exceso de peso, si el hogar tiene un menor nivel de estudios o de ingresos o si el hijo es varón. La percepción inadecuada del exceso de peso infantil provoca que se minimice el problema y se retrase su abordaje. (ALADINO 2019)

ANDALUCIA según un análisis más exhaustivo de la muestra ampliada del estudio ALADINO Andalucía, realizado a través de la EASP (Escuela Andaluza de Salud Pública) destaca que el 90.6% de los progenitores de escolares con sobrepeso consideran que sus hijos/as tienen peso normal, y el 43.3 % de los progenitores cuyos hijos/as tienen obesidad.

GRUPOS VULNERABLES

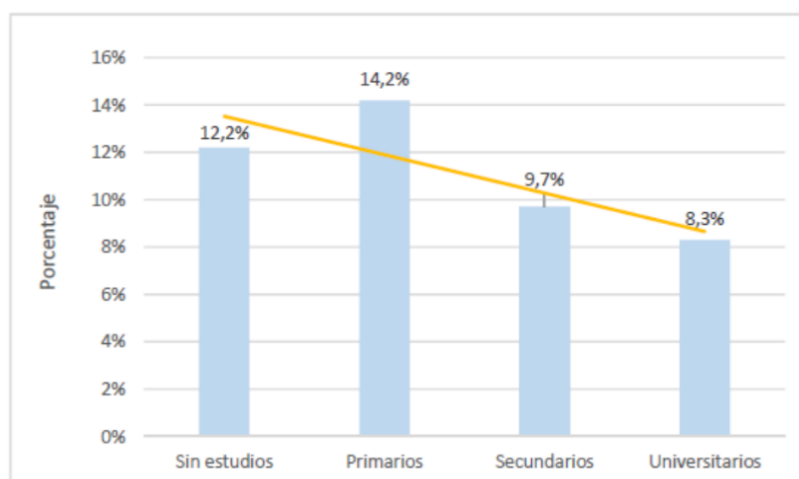
Según la renta y otros factores de vulnerabilidad social, en España la obesidad infantil se duplica para ambos sexos en hogares con menos ingresos en comparación con los que tienen más ingresos (23.7% vs 10.5%) y se concentra en mayor medida entre población de origen gitano, migrante y con discapacidad.

La obesidad es algo más frecuente en los niños que en las niñas en todas las clases sociales excepto en la clase más desfavorecida (VI) en que la situación se invierte.

En **ANDALUCIA** el porcentaje más alto de obesidad también se observa en familias con menor nivel de ingresos, rozando el 25%, mientras que los de rentas más altas se mantienen en torno al 14%. (ALADINO 2019)

Igualmente, relacionado con el nivel de estudios, siendo los hijos de padres con estudios universitarios los que presentan menores tasas de obesidad y mayores tasas de normopeso (EAS 2016).

Gráfico 14. Prevalencia de obesidad en población de 2-15 años según el nivel de estudios de los padres. Encuesta Andaluza de Salud 2016.



Hábitos de alimentación y actividad física y otros estilos de vida

La **LACTANCIA MATERNA** es un factor protector del exceso de peso en la infancia y además también ayuda a la recuperación del peso de las madres en el período puerperal.

La obesidad infantil es más frecuente en niños/as con **ESTILOS DE VIDA** menos saludables en relación a la actividad física —menos tiempo dedicado a actividad física y más a actividades sedentarias—, a la alimentación —menos consumo de fruta y hortalizas y más consumo de alimentos y bebidas procesados con alto contenido calórico, en azúcares, grasas y sal y bajo contenido en fibra y en nutrientes esenciales—, al bienestar emocional —ansiedad, depresión, baja autoestima, aislamiento social— y al sueño —menor cumplimiento de las recomendaciones de horas de sueño—.

Los estilos de vida no son solo elecciones individuales, sino que los contextos socioculturales y económicos y los entornos donde viven y crecen los niños/as tienen una gran influencia en la medida que facilitan o no la motivación y el acceso a los estilos de vida saludables.

Destacan por su importancia tres ámbitos: alimentario, ocio y actividad física y sociocultural.

Ámbito alimentario:

El sobrepeso y la obesidad se producen por un desequilibrio energético entre las calorías consumidas (alimentación) y gastadas (actividad física y sedentarismo), por lo que son fundamentales los hábitos de las familias.

La composición de los patrones de alimentación ha cambiado: ha disminuido el consumo de frutas, verduras, legumbres y productos frescos propios de la dieta mediterránea y ha aumentado el consumo de alimentos procesados con mayor contenido de azúcares, sal y grasas y menor contenido en fibra, proteínas y micronutrientes esenciales.

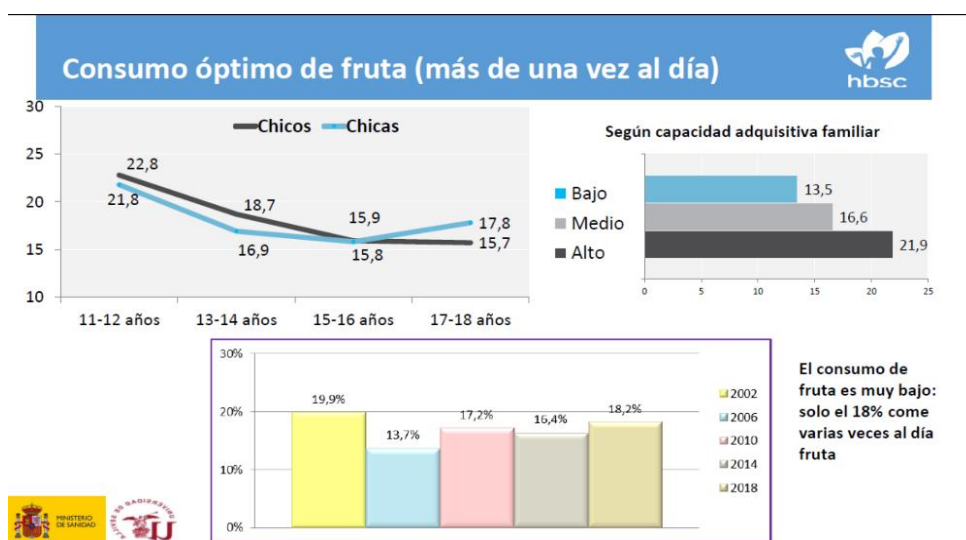
La mayor densidad energética en la alimentación, el aumento de consumo de azúcares libres y el descenso del consumo de fibra, son 3 de los principales factores que contribuyen al riesgo de desarrollar obesidad.

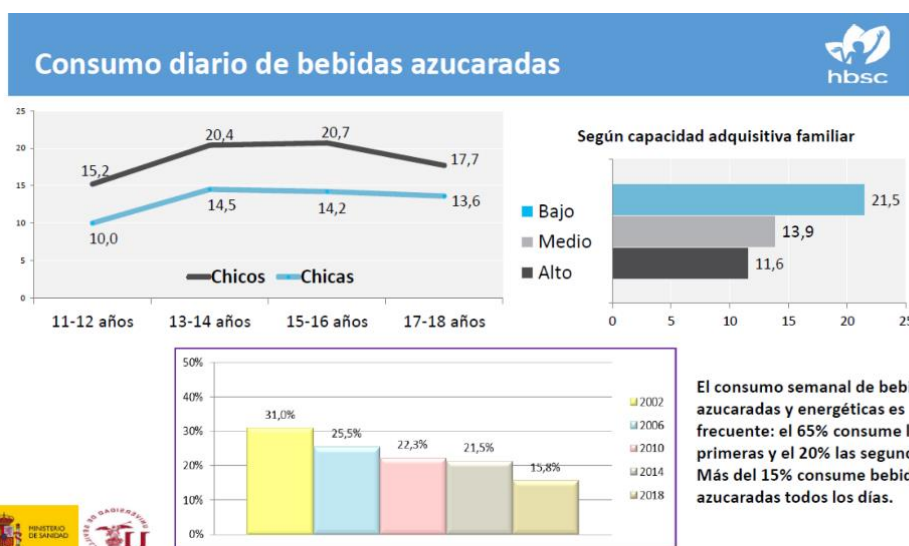
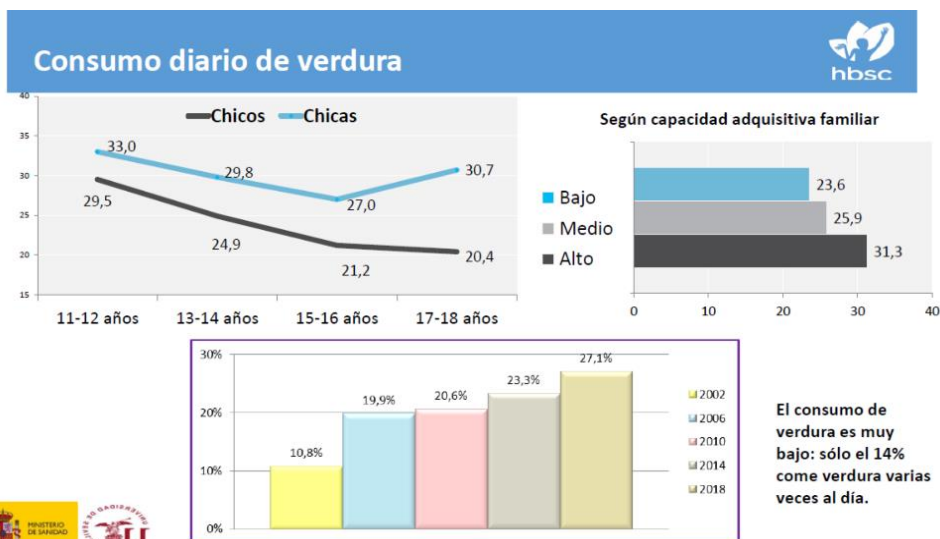
Todas las fases desde la producción, distribución, precio, etc influyen en la disponibilidad, acceso y preferencias a productos más o menos saludables tanto en el hogar como fuera.

España es el país de la UE en el que menos niños/as y consumen vegetales diariamente y el 3º en el que menos consumen fruta fresca diariamente (COSI)

Según el HBSC 2018 en escolares de 11-18 años sólo el 18% come fruta varias veces al día, y menos todavía son los que consumen verdura varias veces al día (14%). Este consumo es menor cuanto más bajo sea el nivel adquisitivo de la familia

Si consideramos el consumo de bebidas azucaradas y energéticas el consumo es preocupante, un 65% y un 20 % las consume respectivamente y más del 15% consume bebidas azucaradas todos los días.





En **ANDALUCÍA** la evolución de la EAS muestra un incremento en cuanto a consumir fruta o verdura al menos 5 veces por semana en la población de 2-17 años.

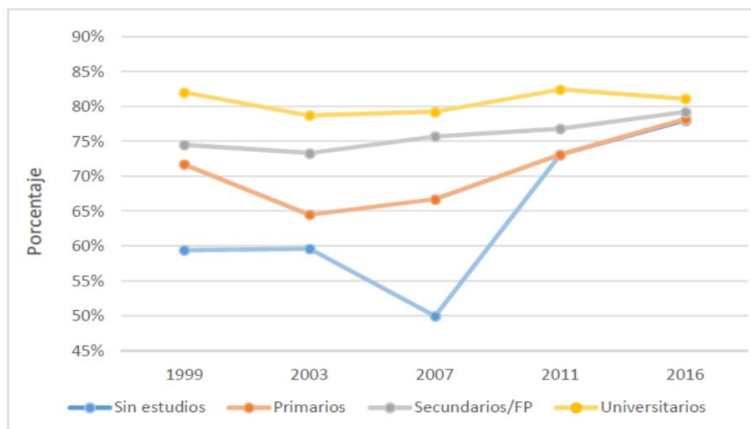
Gráfico 24. Consumo de fruta o verdura “al menos, 5 veces a la semana” por sexo en población de 2 a 17 años. Encuestas Andaluzas de Salud 1999-2016.



Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud 1999, 2003, 2007, 2011, 2016

En cuanto al nivel de estudios los hijos de padres universitarios continúan teniendo el valor más alto, sin embargo, los que han tenido una evolución más favorable han sido los hijos de los progenitores sin estudios.

Gráfico 25. Evolución del consumo de fruta o verdura “al menos, 5 veces a la semana” según el nivel de estudios de los progenitores en población de 2 a 17 años. Encuestas Andaluzas de Salud 1999-2016.



Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud 1999, 2003, 2007, 2011, 2016

Igual en la ENSE 2017 el 17.08% de la población de más de 1 año en Andalucía consume refrescos azucarados a diario, el doble que en España.

Ámbito de ocio y actividad física:

Influye en la accesibilidad a espacios y rutinas en su vida cotidiana en los que realizar actividad física con otros niños/as o en familia, el mantenimiento de una movilidad activa o la realización de ocio activo y deporte.

El 75.4% de los niños y el 65.2% de las niñas españolas son activos y un 23% de niños y 15% de niñas son sedentarios.

Los estilos de vida menos saludables se asocian entre sí de forma que los y las escolares con una alimentación menos saludable son también menos activos.

En la adolescencia disminuye el porcentaje de escolares activos aumentando las diferencias de género de forma que las adolescentes son progresivamente menos activas que los adolescentes. (estudios ALADINO y PASOS 2019)

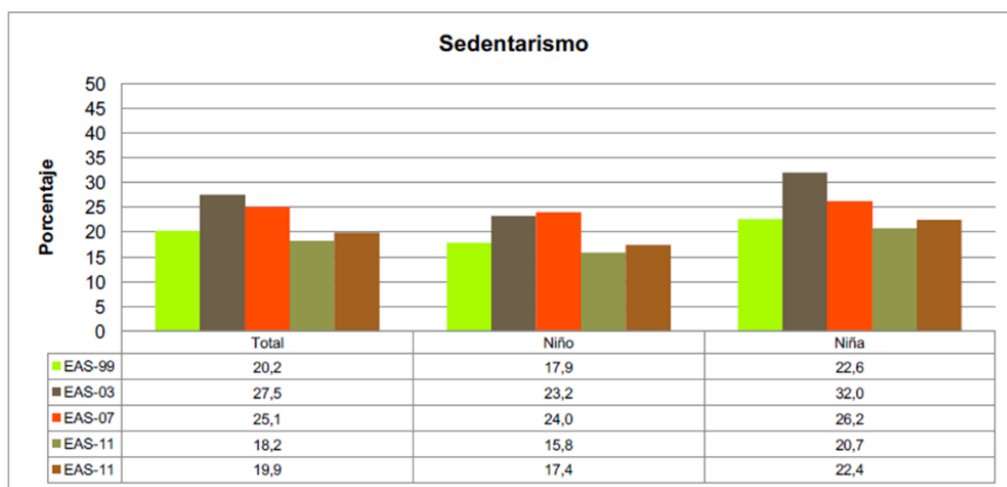
ANDALUCÍA:

SEDENTARISMO

Según la EAS 2016, el 19,9% de la población menor de 16 años no realizó actividad física alguna, más las niñas, con un 22,4% (los niños con un 17,4%). A mayor edad disminuía el sedentarismo: un 60,1% para el grupo de 0 a 2 años y un 8,1% para el grupo de 8 a 15 años.

Málaga tiene una tasa de sedentarismo con un 21,5%.

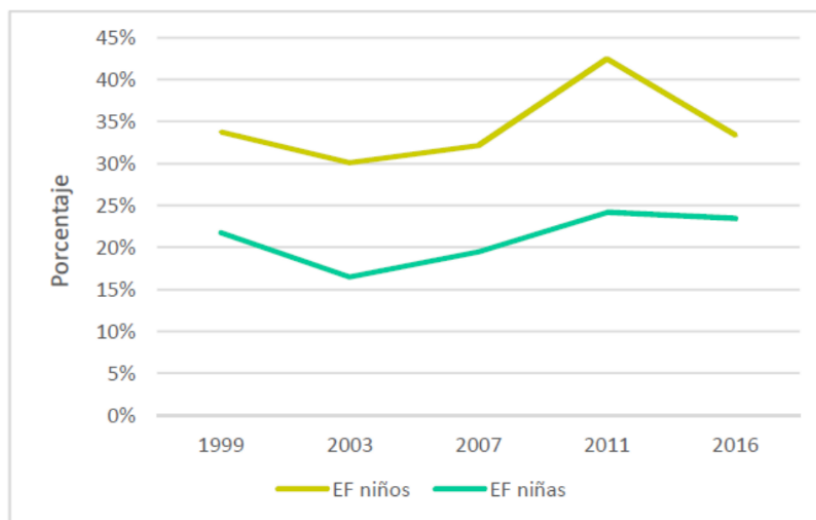
Porcentaje de menores sedentarios por sexo. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007, 2011 y 2015.



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2016. Elabora PIOBIN.

La práctica de ejercicio regular es un factor protector frente al exceso de peso además de tener otros beneficios para la salud y el rendimiento escolar de la población infantil.

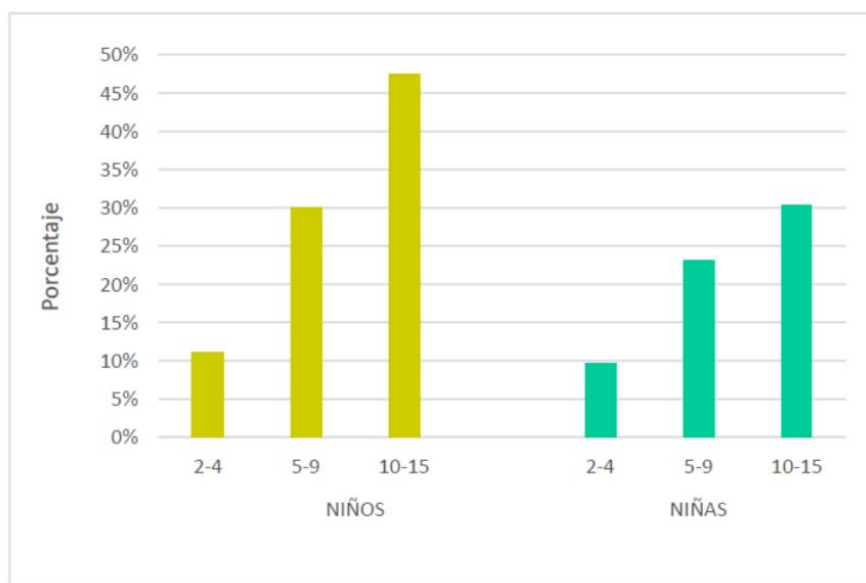
Gráfico 28. Evolución de la población de 2 a 15 años de Andalucía que realiza ejercicio físico “regularmente o varias veces a la semana”. Encuestas Andaluzas de Salud 1999-2016



Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud 1999, 2003, 2007, 2011 y 2016

En la última EAS 2016 la actividad física aumenta con la edad en ambos sexos, siendo el grupo que mayor nivel de actividad física tiene el de 10-15 años.

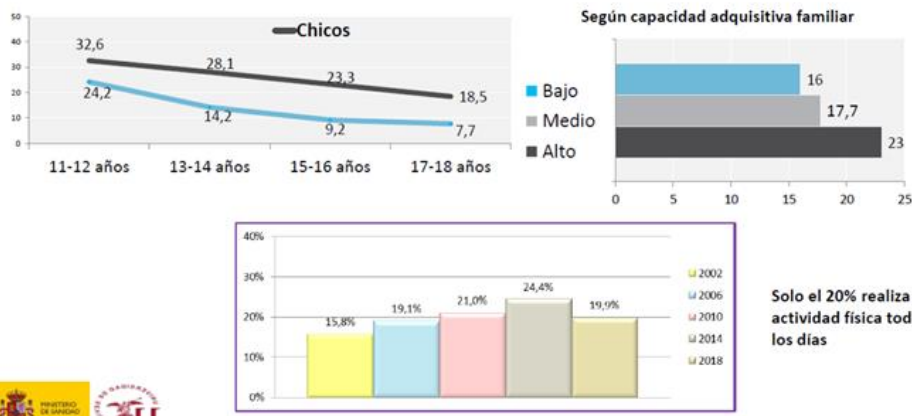
Gráfico 29. Actividad física por grupos de edad y sexo. Encuesta Andaluza de Salud 2016



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2016

Sin embargo, el porcentaje de niños/as que realizan ejercicio físico regular o varias veces en semana es bajo. Según el HBSC 2018 solo el 20% realiza actividad física todos los días.

Actividad física moderada a vigorosa todos los días (al menos 60 minutos por día)



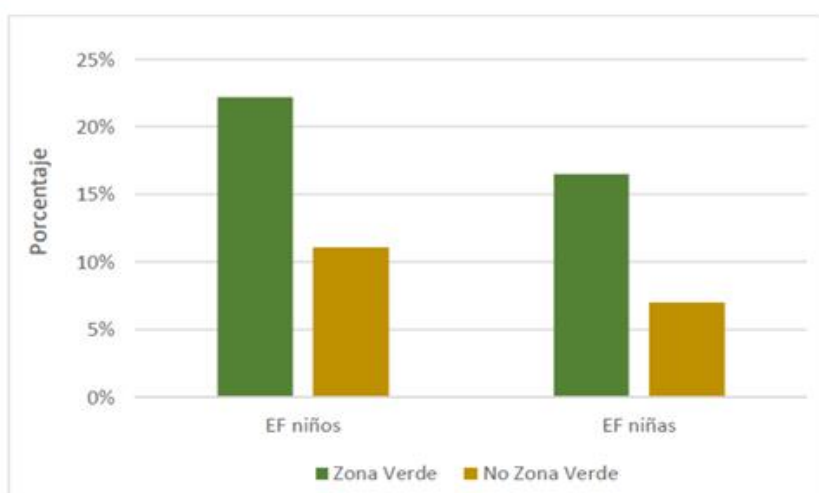
Existe una brecha de genero pues las niñas siempre se encuentran en niveles inferiores de actividad física que los niños.

Ámbito sociocultural:

Condiciona los modelos sociales que influyen en las relaciones sociales, el tiempo y recursos que los niños/as y las familias tienen para dedicar a actividades saludables, al descanso y al bienestar y las percepciones sociales sobre el desarrollo saludable o la obesidad.

La existencia de zonas verdes en las proximidades de los domicilios promueve la práctica de ejercicio físico entre los menores.

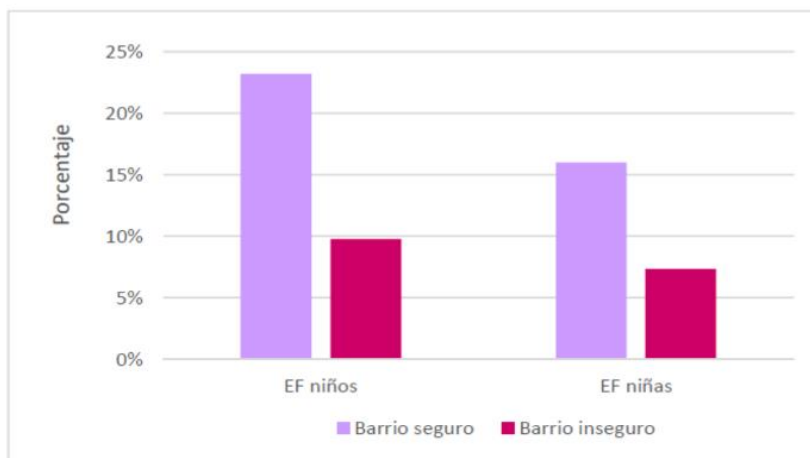
Gráfico 30. Porcentaje de población de 2 a 15 años por sexo que realiza ejercicio físico “regular o varias veces a la semana” y existencia de zonas verdes en el barrio. Encuesta Andaluza de Salud 2016



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2016

Sin embargo, la percepción de las familias sobre la inseguridad en su barrio la dificulta.

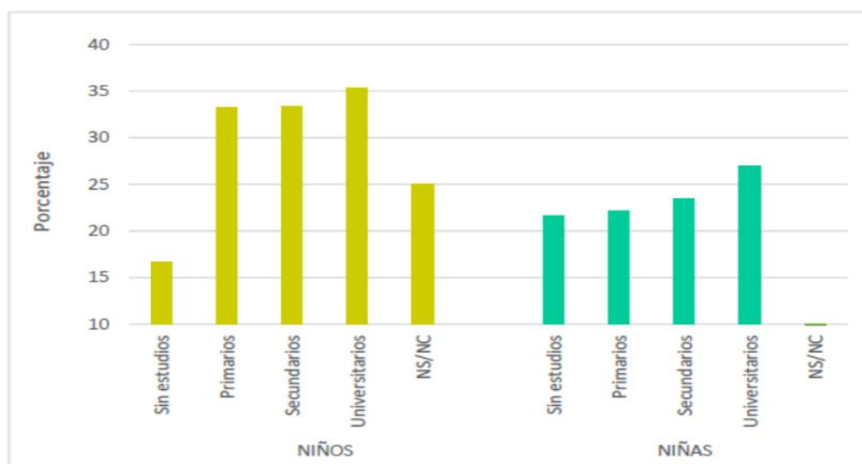
Gráfico 31. Porcentaje de población de 2 a 15 años por sexo que realiza ejercicio físico “regular o varias veces a la semana” y percepción de los padres sobre la seguridad en el barrio. Encuesta Andaluza de Salud 2016



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2016

A esto se une el nivel educativo de los padres, sobre todo en el caso de las niñas. Aquellas con padres con menor nivel educativo tienen niveles más bajos de ejercicio.

Gráfico 32. Actividad física “regular o varias veces a la semana” en niños y niñas de Andalucía (2-15 años) según el nivel educativo de los padres. Encuesta Andaluza de Salud 2016.

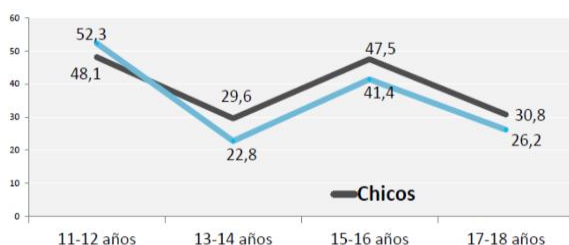


Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2016

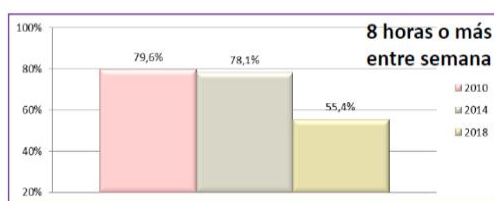
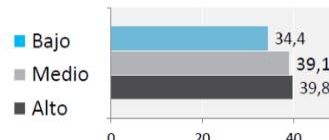
Aunque los enfoques clásicos que relacionan los estilos de vida y el desarrollo de obesidad infantil se han centrado en la importancia de la actividad física y la alimentación, la evidencia científica internacional muestra cada vez de forma más clara la importancia del **SUEÑO y BIENESTAR EMOCIONAL** en el mantenimiento de un peso saludable, tanto de manera directa como a través de su influencia sobre la actividad física y la alimentación.

No dormir las horas recomendadas duplica el riesgo de obesidad en niños y niñas en etapa escolar; y un desequilibrio en el bienestar emocional incrementa la probabilidad de presentar obesidad

Horas de sueño entre semana: nº óptimo de horas recomendadas



Según capacidad adquisitiva familiar 11-14 años



Menos de la mitad duermen el número óptimo de horas recomendado para su edad los días entre semana



LA ERA DE LAS PANTALLAS: vivimos en una sociedad interconectada, en la que el uso de las tecnologías para la relación, la información y la comunicación (TRIC) ocupa cada vez más espacio en la vida cotidiana desde edades tempranas.

Un reciente estudio realizado por Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en el que han participado más de 50 mil niños/as españoles entre 11 y 18 años llama la atención sobre el uso generalizado de internet, en muchos casos de forma intensiva, que puede asociar consecuencias para su salud física, debidas al sedentarismo digital y también para la salud mental y social.

El 94.8% tiene móvil siendo la edad de acceso al primer móvil los 11 años.

Más de la mitad (58%) duerme con el móvil en la habitación y el 21% se conecta a partir de medianoche todos o casi todos los días

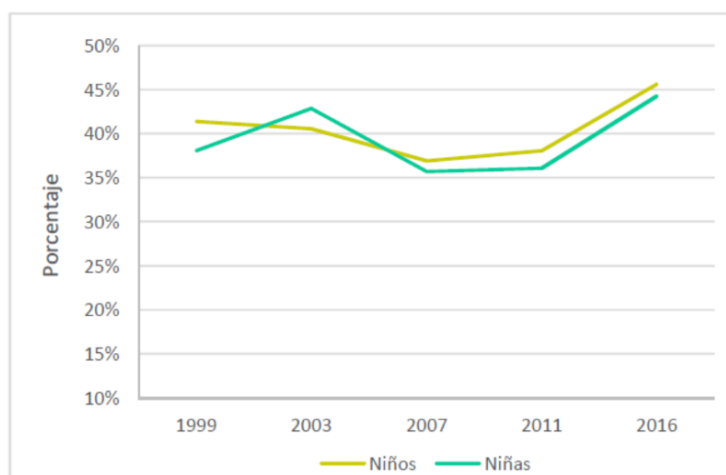
El 31.6% pasa más de 5 horas al día conectado a internet entre semana, subiendo al 49.6% durante el fin de semana.

Un 33% estaría desarrollando un uso problemático de internet y de las redes sociales y más las chicas que los chicos, aumentando el porcentaje a partir de los 14 años.

El 22.8% ha sufrido acoso escolar y el 9.2% ciberacoso en algún momento de su vida.

ANDALUCÍA: El 45% de la población de 2-15 años dedica 2 o más horas diarias a ver la TV, aumentando los porcentajes con la edad en ambos sexos. (EAS2016).

Gráfico 27. Porcentaje de población de 2 a 15 años que pasa 2 o más horas diarias viendo la televisión. Encuestas Andaluzas de Salud 1999-2016.



Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud 1999, 2003, 2007, 2011 y 2016

Según la ENS para Andalucía el 75% de la población de 1-14 años ve 1 hora o más la TV en días laborables y el 83 % los fines de semana. Los datos están por encima de la media nacional.

Según HBSC sobre escolares de 11-18 años y resumiendo resultados para Andalucía:

		CONSUMO ALIMENTOS						EJERCICIO FISICO	
		DESAYUNO DIARIO (ENTRE SEMANA)	FRUTAS DIARIO	VERDURAS DIARIO	DULCES DIARIO	BEBIDAS ENERGÉTICAS (>1/SEMANA)	BEBIDAS O REFRESCOS CON AZÚCAR DIARIO	60 MIN/DÍA	ACT. FISICA INTENSA EN TIEMPO LIBRE
GLOBAL		61,8%	32,4%	25,4%	19,5%	20,1%	22,7%	20,3%	14,2%
SEXO	CHICOS	65,3%	30,8%	23,3%	17,1%	26,2%	26,4%	26,6%	18,9%
	CHICAS	58,4%	33,9%	27,5%	21,9%	14,3%	19,2%	13,9%	9,4%
CAPACIDAD ADQUISITIVA FAMILIAR	BAJA	54,1%	22,0%	19,3%	25,9%	20,7%	31,1%	16,5%	11,6%
	MEDIA	58,0%	31,4%	25,0%	16,6%	19,1%	20,3%	18,6%	13,7%
	ALTA	68,0%	53,2%	31,7%	15,2%	17,2%	13,8%	23,8%	15,9%

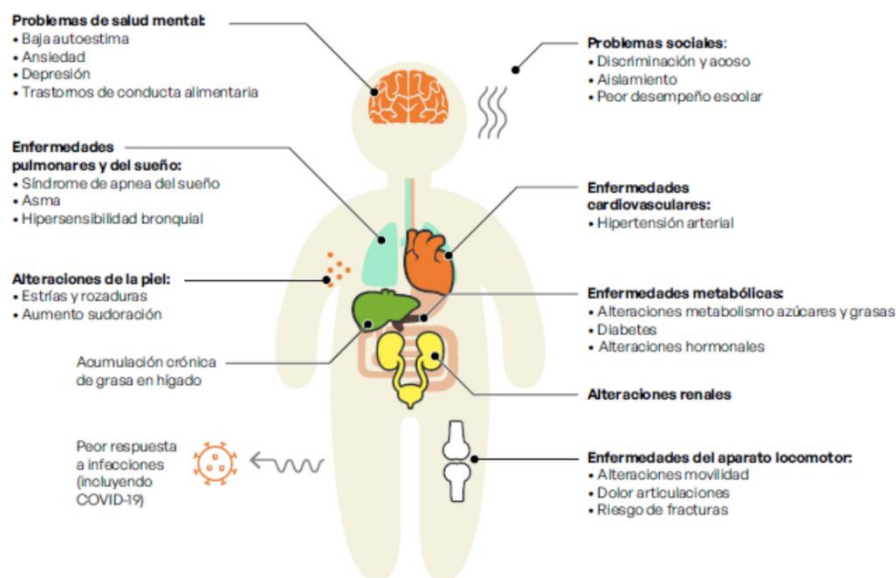
FUENTE: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC-2018) Andalucía. ELABORACIÓN PROPIA (Área de Educación para la Salud. UGC PPV. DAP COSTA DEL SOL)

b) Consecuencias para la salud física, mental y social.

La Obesidad Infantil está asociada con una mayor probabilidad de desarrollar problemas de salud en múltiples sistemas del organismo, cuya gravedad aumenta con el grado de obesidad, y muchos de estos problemas ya se conoce que pueden empezar en la infancia y adolescencia.

Además, provoca efectos psicosociales negativos en la salud mental, la calidad de vida y el desarrollo, provocando menor rendimiento escolar, más absentismo y menor probabilidad de tener buenos resultados académicos y completar una educación

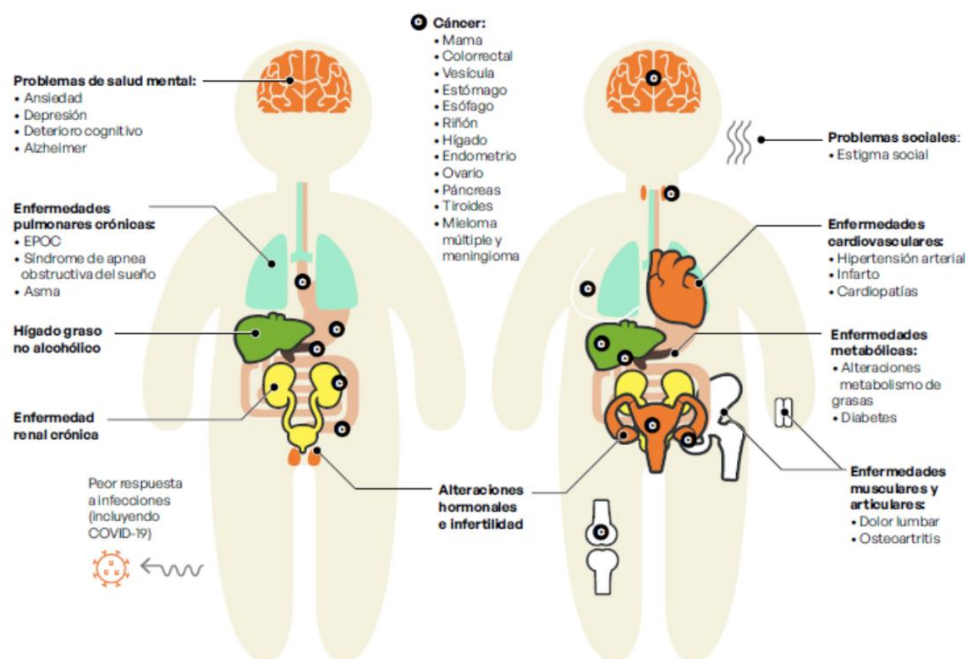
superior. El 55% de los niños y niñas con obesidad serán adolescentes con obesidad. El 80% de los adolescentes con obesidad serán adultos con obesidad.



Fuente: Adaptado de Ebbeling et al. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. 2002.

SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA EDAD ADULTA:

En la edad adulta la Obesidad, como enfermedad crónica progresiva, se asocia a la aparición precoz de distintas enfermedades, a la pérdida de calidad de vida y a la reducción de la esperanza de vida (mayor cuanto más grave sea el grado de obesidad). El incremento de la mortalidad se produce principalmente por un aumento del riesgo de las 2 principales causas de muerte en España: las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.



Fuente: Adaptado de WHO European Regional Obesity Report 2022.

En España la obesidad supone una reducción en 2.6 años en la esperanza de vida de la población y supone el 9.7% del gasto sanitario, reduce la productividad laboral en lo que equivaldría a 479.000 jornadas laborales anuales suponiendo una reducción del PIB del 2.9%. para cubrir estos costes cada persona paga en nuestro país un promedio de 256 euros al año en impuestos. En conclusión, por cada euro invertido en prevención de la obesidad se recuperarían 6. (estudio OCDE 2019_ organización para la cooperación y el desarrollo económico).

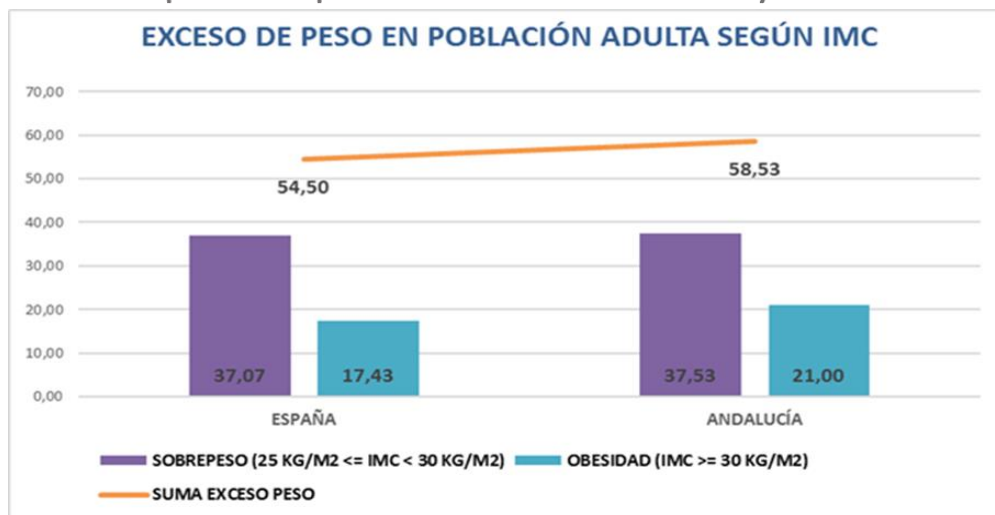


El 58% de la población mayor de 18 años tiene exceso de peso, más hombres que mujeres y en ambos aumenta con la edad y condiciones desfavorables.

La prevalencia es menor en aquellos con mayor nivel de estudios, ingresos y clase social.

ÍNDICE DE MASA CORPORAL POBLACIÓN ADULTA (IMC).

Comparación España-Andalucía. Población de 18 y más años.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2017. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Elaboración (Área Educación para la Salud. UGC PPV. DAP Costa del Sol).

Las barreras para seguir una alimentación saludable se centran en la falta de tiempo para comprar alimentos y para cocinar (con el trasfondo de un reparto desigual de las tareas y cuidados familiares) y en la presión del marketing de productos no saludables sobre los niños y niñas. El bajo precio de los alimentos y bebidas ultra procesados, su palatabilidad y la rapidez de su preparación hace que sean muy accesibles para las familias y muy demandados por la población infantojuvenil.

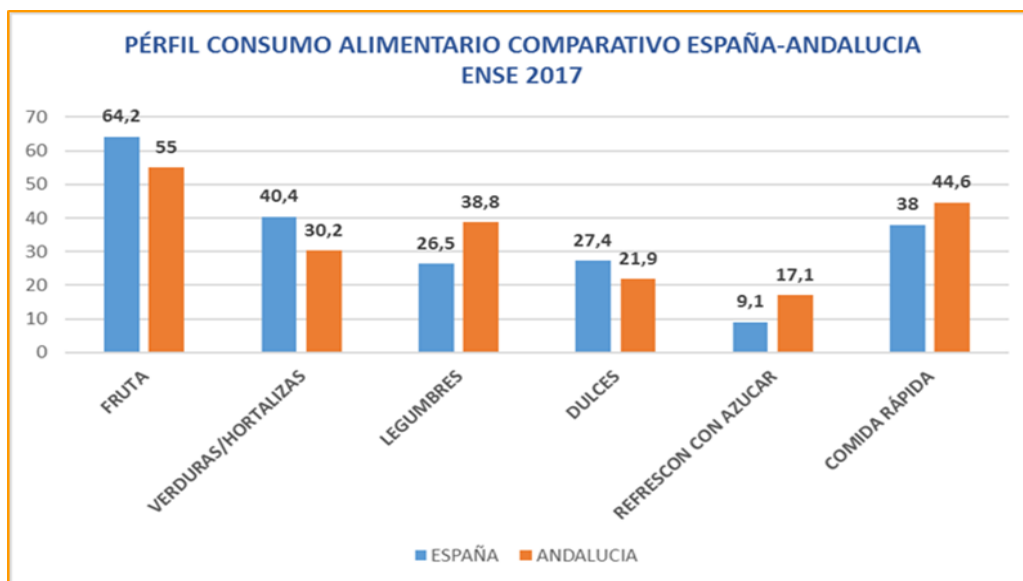
Más de la mitad de la población andaluza mayor de 16 años tiene exceso de peso. Málaga es la provincia con mejores resultados (prevalencia 49%)

La tendencia de la prevalencia es de aumento de 1999 a 2011 y después comienza a descender hasta 2016; Málaga tiene un descenso de entre el 11.8 %. Estos descensos también registran desigualdades ya que se producen en las clases medias y altas y no en las más desfavorecidas.

La proporción de población andaluza que toma fruta y verdura a diario está por debajo de las recomendaciones saludables y Málaga está muy por debajo de la media andaluza.

Con respecto el consumo recomendable de legumbres, aunque está por encima de la media española, todavía es escaso el porcentaje de población que lo realiza.

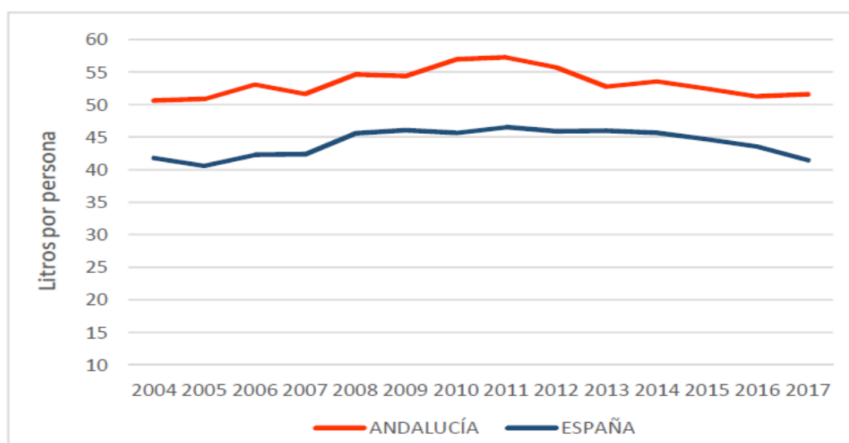
El consumo de dulce es menor que en España, pero casi un 22% de los andaluces los consumen a diario.



El consumo de refrescos azucarados diario es alto y casi dobla el de España y comida rápida (más de 1 vez a la semana) es muy alto.

Según el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación el 82.3% por ciento de los refrescos se consumen en el hogar frente a un 17.7% que se consumen fuera. Destaca la media por persona y año de los litros consumidos, que en Andalucía es de 51.63 litros por encima de la media española (41.53 litros).

Gráfico 26. Consumo de gaseosas y bebidas refrescantes en Andalucía y en España. Consumo per cápita en los hogares en litros por persona y año, 2004-17.



Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. 2018



	FRUTA	VERDURAS/ HORTALIZAS	LEGUMBRES	DULCES	REFRESCOS CON AZÚCAR	COMIDA RÁPIDA
	diario	diario	3 ó más veces/sem	diario	diario	más de 1 vez/sem
ESPAÑA	64,2	40,4	26,5	27,4	9,1	38
ANDALUCÍA	55	30,2	38,8	21,9	17,1	44,6

El 89% de la población tiene una actividad física habitual o trabajo sedentario y ha ido en aumento progresivo con los años; siendo más frecuente en mujeres (91,8%) y a mayor edad. El 89.3% jóvenes de 16 a 24 años son sedentarios en su actividad o trabajo.

El 38% de la población andaluza mayor de 16 años no practicaba ejercicio físico en su tiempo libre, más en mujeres (41,8%).

En Málaga el 86,7 % de su población tiene sedentarismo en el trabajo o actividad habitual (segunda provincia con menor cifra) y un 43,1 % también son sedentarios en su tiempo libre (segunda provincia más sedentaria en su tiempo libre).

Más sedentarios en el trabajo y menos en tiempo libre: los niveles socioeconómicos superiores.

En Andalucía, tendencia en aumento del sedentarismo en trabajo y tiempo libre desde 2007 a 2016. De los 45 a 64 años es donde fue mayor el aumento de personas que no realizaron ningún ejercicio físico en su vida habitual, trabajo o tiempo libre.

Comparando Andalucía con España (Encuesta Española de Salud ENSE 2017),

ACTIVIDAD-TRABAJO HABITUAL	SEDENTARIO	ACTIVO
AMBOS SEXOS		
ESPAÑA	79,03	19,92
ANDALUCÍA	79,22	20,24

SEDENTARISMO EN TIEMPO DE OCIO	SI	NO
AMBOS SEXOS		
ESPAÑA	36,04	63,96
ANDALUCÍA	39,47	60,53

En cuanto al nivel de actividad física en función de las recomendaciones saludables, Andalucía recoge peores cifras que España.

NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA	ALTO	MODERADO	BAJO
AMBOS SEXOS			
ESPAÑA	24,33	40,39	35,28
ANDALUCÍA	20,22	36,95	42,83

2. Salud sexual

En relación a la salud sexual como parte esencial de un estilo de vida saludable, nos gustaría señalar 2 áreas problemáticas en las que creemos que es necesario diseñar e implantar estrategias de educación para la salud; el aumento de las Infección de Transmisión Sexual y el consumo de pornografía en la pubertad y adolescencia.

a) Prevención de las ITS.

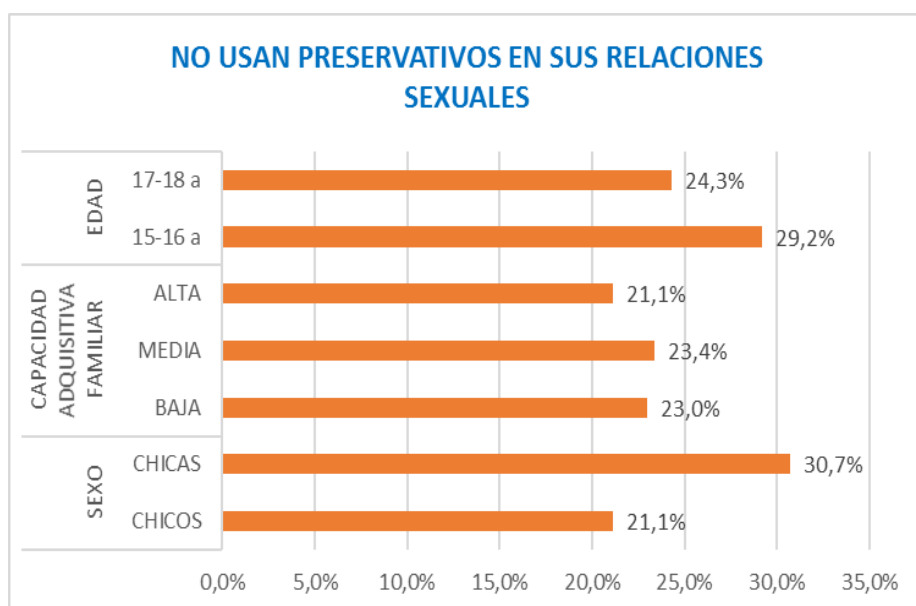
El aumento constante y significativo de las ITS pone en evidencia la práctica de relaciones sexuales no protegidas, en un contexto cultural en el que, la edad de inicio de las relaciones sexuales coitales es cada vez más precoz, aumenta el número de parejas sexuales a lo largo de la vida, y el uso del preservativo ha disminuido.

En relación a la **edad de inicio** de las relaciones sexuales coitales en Andalucía, el Estudio sobre Conductas relacionadas con la Salud en Escolares de 11 a 18 años, realizado en 2018 (Health Behaviour in School-aged Children-HBSC), señala que entre los 17 y 18 años, cerca de la mitad de los y las jóvenes ya han mantenido relaciones coitales, siendo la edad de inicio antes de los 15 para el 27,8 % de ellos. Este mismo dato sube al 41,9 % en el caso de los menores que pertenecen a familias con menos ingresos económicos.

		Total	11 años o menos	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Total		486	2.1%	0.8%	6.1%	18.8%	23.5%	31.3%	14.0%	3.4%
Sexo	Chico	256	4.0%	1.6%	5.6%	19.2%	22.5%	30.5%	12.2%	4.4%
	Chica	230	0.0%	0.0%	6.6%	18.5%	24.7%	32.1%	15.9%	2.1%
Grupo de edad	11-12 años	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	13-14 años	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	15-16 años	124	4.3%	3.2%	12.8%	39.9%	30.3%	9.6%	0.0%	0.0%
	17-18 años	361	1.4%	0.0%	3.8%	11.6%	21.2%	38.8%	18.8%	4.5%
Grupo de edad por sexo	Chico 11-12 años	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	Chico 13-14 años	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	Chico 15-16 años	69	7.6%	5.7%	11.4%	38.1%	25.7%	11.4%	0.0%	0.0%
	Chico 17-18 años	186	2.6%	0.0%	3.5%	12.1%	21.3%	37.6%	16.8%	6.1%
	Chica 11-12 años	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	Chica 13-14 años	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	Chica 15-16 años	55	0.0%	0.0%	14.5%	42.2%	36.2%	7.2%	0.0%	0.0%
	Chica 17-18 años	175	0.0%	0.0%	4.2%	11.0%	21.1%	40.0%	20.9%	2.8%
Capacidad Adquisitiva Familiar	Baja	105	1.3%	1.3%	9.1%	30.2%	17.9%	29.4%	7.8%	3.1%
	Media	190	0.9%	0.7%	4.9%	11.9%	27.1%	37.6%	14.9%	2.1%
	Alta	93	2.9%	0.0%	1.7%	17.6%	29.8%	28.2%	14.5%	5.3%

Descripción de las variables sexo, edad y capacidad adquisitiva de los menores que han tenido relaciones coitales.
Fuente : HBSC 2018. Muestra Andaluza

En relación al **uso del preservativo** en las relaciones coitales, en los más jóvenes, en este mismo estudio los resultados indican que alrededor de un 25% de los que mantienen relaciones sexuales, no utilizan habitualmente preservativo.



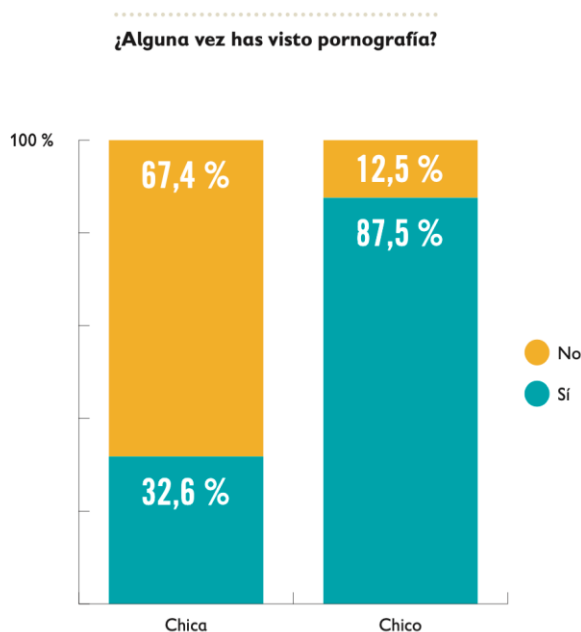
Fuente : HBSC 2018.

La prevención de las ITS supone abordar algunas de las siguientes creencias erróneas, que obstaculizan las prácticas sexuales protegidas:

- Todas las ITS presentan síntomas.
- Las ITS son producto de la promiscuidad.
- Los miembros de parejas “estables” no tienen riesgo de contraer una ITS.

Nuevos riesgos: acceso a pornografía en pubertad y adolescencia.

Hoy en día existen ya multitud de evidencias que nos indican que un gran número de nuestros adolescentes, acceden a videos de contenido sexual explícito; los profesionales sanitarios que trabajan en el programa Forma Joven así lo atestiguan también en función de las preguntas, inquietudes y afirmaciones que observan en las aulas y en las asesorías. En un estudio realizado por Save de Children en 2020, entre jóvenes de 13 a 17 años, que incluye una muestra andaluza, el 60,9 % de las y los jóvenes entre 13 y 17 años, había visualizado videos pornográficos alguna vez, siendo la diferencia por sexos muy llamativa.



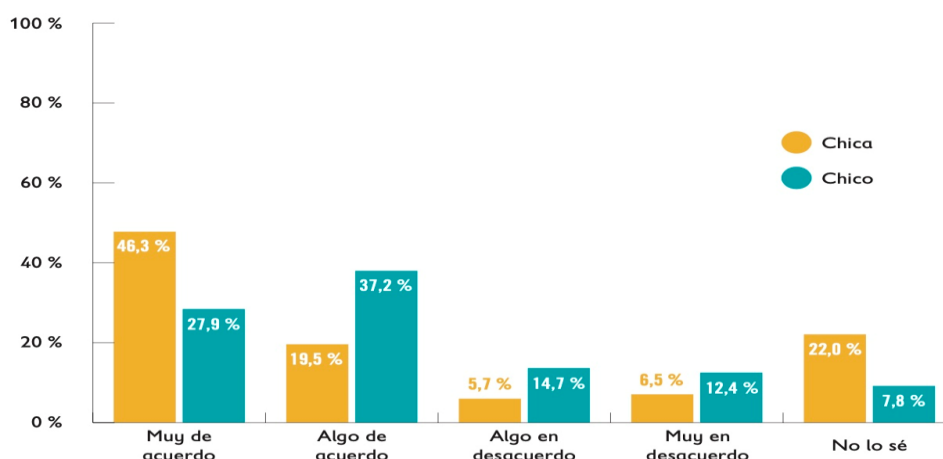
Fuente: Estudio (Des) Información sexual: Pornografía y adolescencia. Save the Children

La edad del primer contacto entre los varones serían los 11 años, y entre las chicas, los 13. Otros estudios nacionales (Ballester L. 2019) sitúan la edad de inicio a los 8 años, haciéndose frecuente y más estable a los 13 en varones y 15 en mujeres.

En cuanto a la frecuencia de acceso a estos contenidos, el 71,8 % de las personas que sí han visto pornografía, la han buscado en los últimos 30 días; el 87% son chicos y el 13 % restante chicas. La mayoría considera que su consumo es responsable, pero un 33,7 % siente que ve más pornografía de la que le gustaría.

En cuanto a la percepción de violencia, un 65,7% reconoce que los contenidos pornográficos son violentos; en este punto también hay diferencias significativas entre chicos y chicas, ya que más del doble de chicos (27,1 %) que de chicas (12,2 %) opina que no hay violencia.

¿Crees que los contenidos de la pornografía son a veces violentos?



Fuente: Estudio (Des) Información sexual: Pornografía y adolescencia. Save the Children

Esta práctica tan extendida, expone a nuestros adolescentes a una variedad de riesgos entre los cuales habría que resaltar, la normalización e incluso erotización de prácticas sexuales violentas, ejercidas además normalmente por parte de varones hacia mujeres, el refuerzo a la primacía del deseo masculino sobre el femenino, y la ocultación de los riesgos asociados a la actividad sexual.

Un reciente artículo de revisión (A. Villena, 2020) señala también otros riesgos:

- El 37,7% de los varones y el 19,3% de las mujeres serían usuarios de riesgo, porque presentan una mayor probabilidad de desarrollar un uso problemático o adicción
- favorecer el “sexting” o envío de imágenes y videos sexuales explícitos propios a través del teléfono móvil o las redes sociales. 1 de cada 4 adolescentes refieren haberlo llevado a cabo alguna vez.
- Alimentar lo que se conoce como “porno de venganza” (revenge porn) o difusión de contenido sexual explícito como una venganza tras una ruptura sentimental. Es una práctica que parece haberse extendido en los últimos años entre los más jóvenes y, además, se trata de una categoría en auge en los portales pornográficos online. Algunos autores consideran que existe una relación entre el consumo de pornografía y efectos perjudiciales en las relaciones sexuales, que fomentaría relaciones sexuales de riesgo al no usar anticonceptivos, mayor uso de sexting, encuentros con múltiples parejas sexuales y expectativas irreales sobre la relación sexual, afectando a la satisfacción sexual.

3. Hábitos tóxicos. Tabaquismo

La epidemia de Tabaquismo es el principal problema de salud pública a nivel mundial. Es la sustancia psicoactiva más consumida en España después del alcohol. Es factor de riesgo y causa de muerte, múltiples enfermedades (diversos tipos de cáncer, enfermedades respiratorias y cardiovasculares, etc) y empobrecimiento.

Mata anticipadamente al 50% de las personas entre 35 y 69 años de edad, que lo consumen durante su vida, haciéndoles perder al menos 10 años de vida, a lo que se añade una peor calidad de vida de los años vividos. Causa efectos perjudiciales en todo el organismo a nivel físico y psicológico. En Andalucía el Tabaquismo es la 1ª causa identificada de morbilidad y mortalidad evitables y el Tabaquismo pasivo la 3ª.

a) Prevalencia

El 27.9% de la población andaluza mayor de 16 años fuma a diario. La prevalencia global ha ido descendiendo. El consumo de tabaco es relevante como marcador de desigualdad social, existiendo desigualdad de género vinculada con la edad.

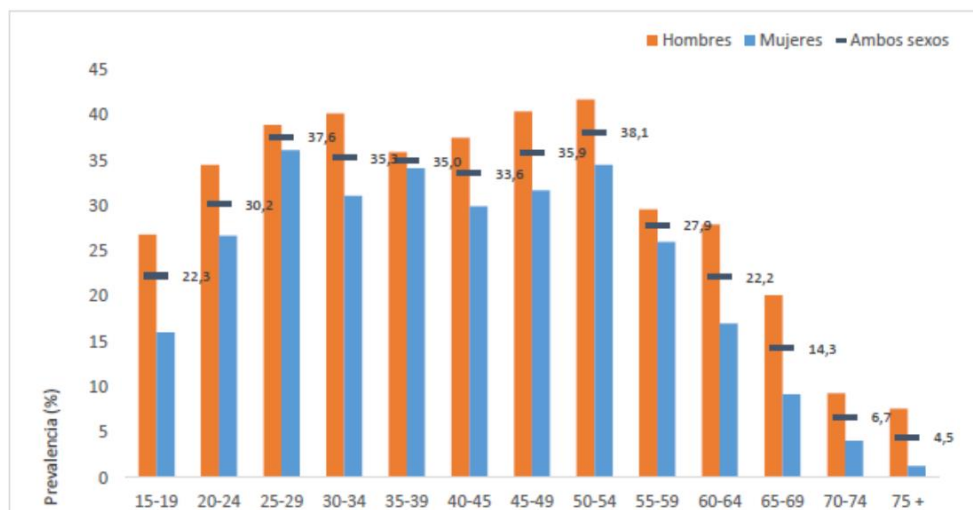
El consumo ha disminuido más en los hombres que en las mujeres, aunque los hombres todavía continúan fumando más que las mujeres (31.4% y 24.6% respectivamente), pero al estratificar por grupos de edad en el grupo de hombres jóvenes de 15-19 años y en mujeres a partir de los 45 años la prevalencia ha aumentado.

Es fundamental trabajar desde la perspectiva de género las actuaciones vinculadas al inicio del consumo, prevalencia y abandono del hábito.



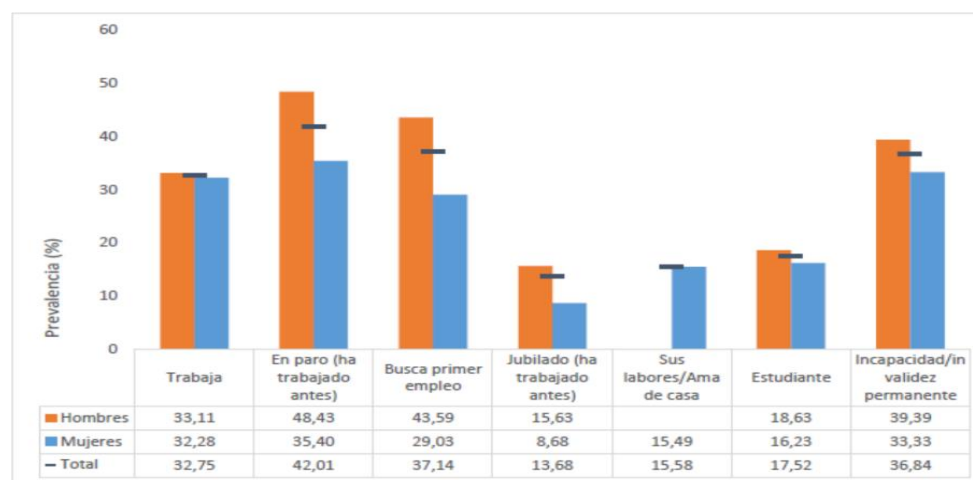
Patrón de consumo de tabaco en Andalucía. EAS 2003-2015

El grupo de edad entre 25-55 años es el que más fumadores presenta (> 35%). Fuman más las personas con estudios secundarios (32.2%) seguidas de las que tienen estudios primarios (27.3%).



Prevalencia tabaquismo diario en Andalucía por sexo y grupos de edad. EAS 2015.

La población activa es la que más fuma a diario, y dentro de ella mucho más la que está en paro (antes han trabajado) (42,01%) que la que trabaja (32,75%). Dentro de la población inactiva, los que más fuman son los estudiantes, seguidos de amas de casa y jubilados.



Las personas con menores ingresos fuman con mayor frecuencia (30,7%), al igual que las que pertenecen a clases sociales más desfavorecidas (33,3% frente a un 18,3% de las clases superiores)

En **Málaga** la población que fuma a diario ha descendido notablemente. En 2015 es la provincia con la menor prevalencia de Andalucía (24,4%). Fuman más los malagueños (26,55%) que las malagueñas (24,31 %).

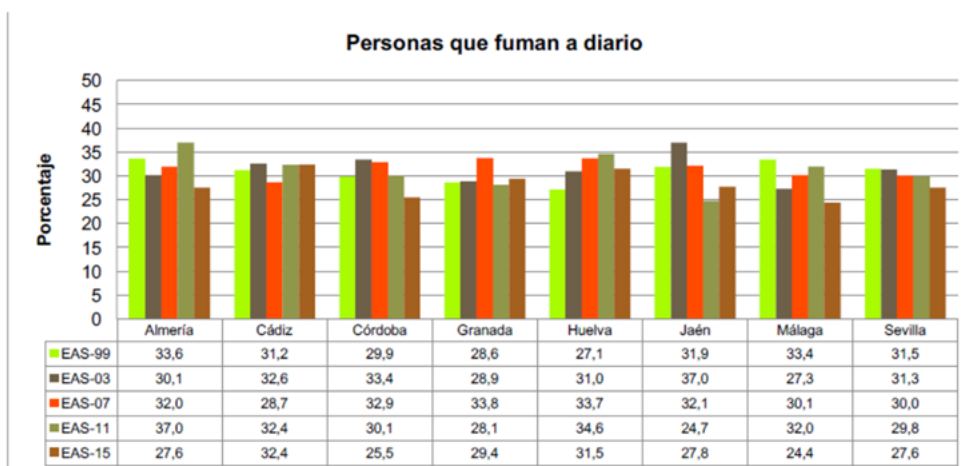


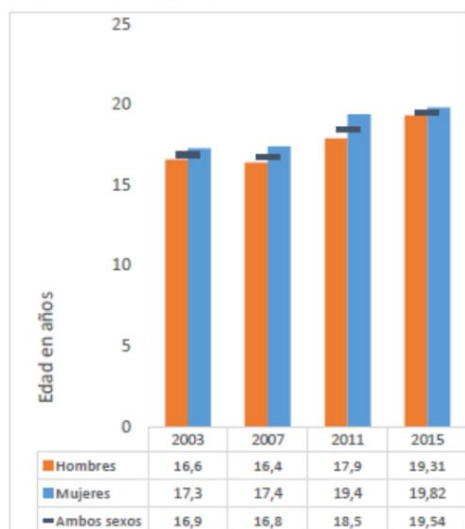
Ilustración 137. Prevalencia de personas que fuman a diario por provincias. Andalucía. Años 1999, 2003, 2007, 2011 y 2015.

b) Consumo diario e inicio antes de los 20 años

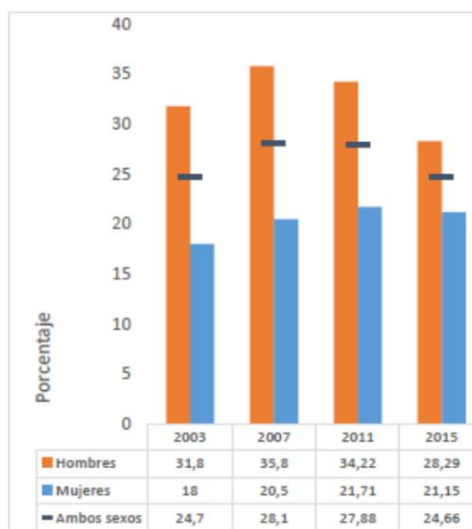
El consumo diario medio ha disminuido en 5 cig menos, siendo actualmente de 12.6 cigarrillos/día, 14 ellos frente a casi 11 ellas. No habiendo diferencias entre provincias.

Llama la atención que mientras el porcentaje de hombres que comienza a fumar antes de los 20 años ha disminuido de forma llamativa del 32% en 2003 al 28% en 2015, ha aumentado también en más de 3 puntos en las mujeres de 18% al 21.15%.

Edad media al inicio



Inicio antes de los 20 años



c) Consumo en edad escolar

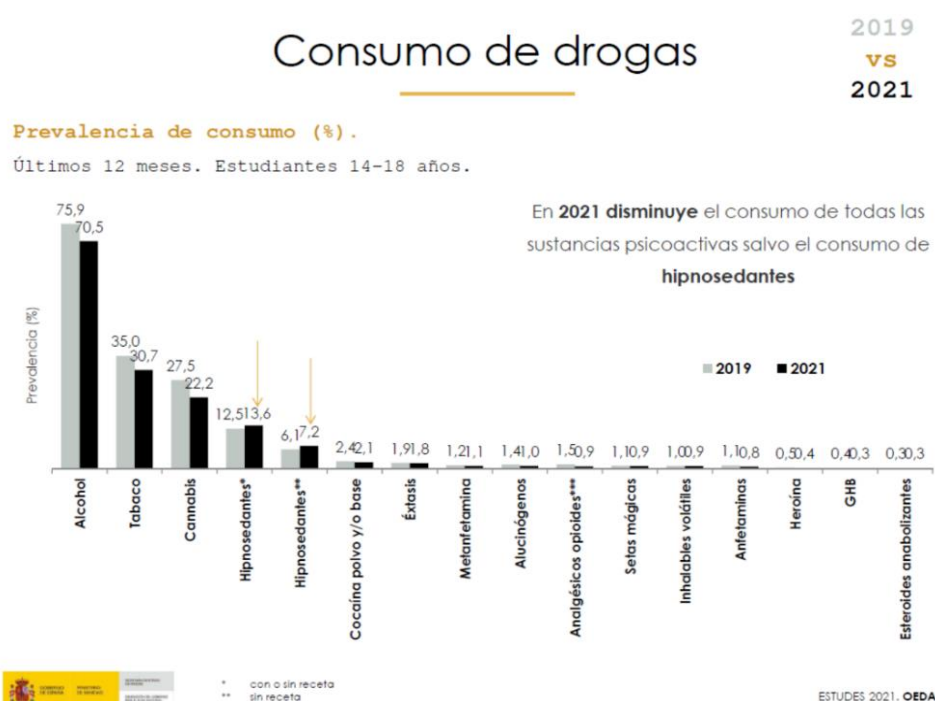
Según el estudio **HBSC 2018**, En Andalucía la gran mayoría de escolares entre 11-18 años nunca ha fumado (más del 80 % de los chicos y más del 78 % de las chicas), frente al 3.7% de los chicos y 3% de las chicas que sí manifiestan haber fumado en los últimos

30 días. (Las diferencias entre los sexos en 2018 desaparece en todos los grupos de edad).

El contacto con el tabaco (43.45% de jóvenes entre 17 y 18 años manifiesta haberlo probado alguna vez), así como el consumo diario (claramente más alto a partir de los 15-16 años) aumenta conforme aumenta el grupo de edad, tanto en chicos como en chicas.

Según la clase social, es algo más frecuente en adolescentes pertenecientes a familias con baja capacidad adquisitiva (5,4%) en relación a familias de nivel medio (3,9%) y alto (3,2%), entre las que casi no hay diferencias.

Según el estudio **ESTUDES 2021** (Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España, del Ministerio de Sanidad), entre los estudiantes de 14-18 años, el tabaco es la segunda sustancia psicoactiva más consumida 30.7%, precedida por el alcohol 70.5% y seguida del cannabis 22.2%.



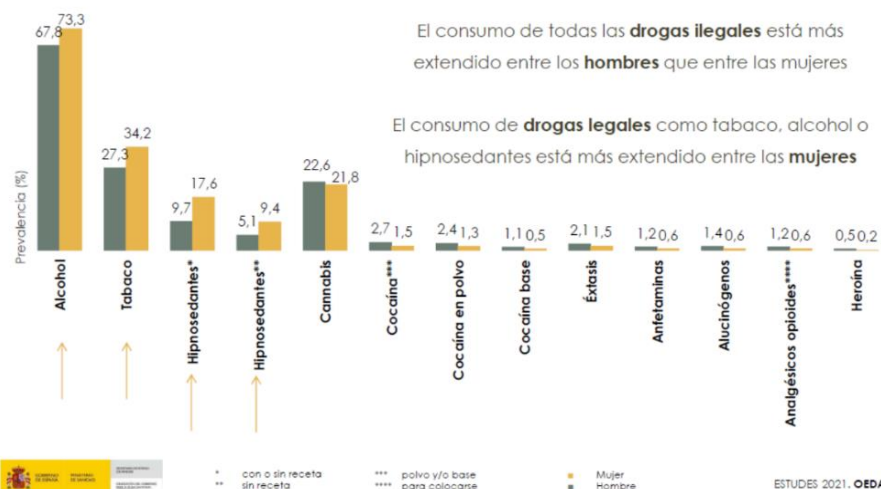
Existe una clara diferencia de género. El porcentaje de estudiantes de secundaria consumidores de tabaco es mayor entre las chicas de 14-18 años que entre los chicos.

Consumo de drogas



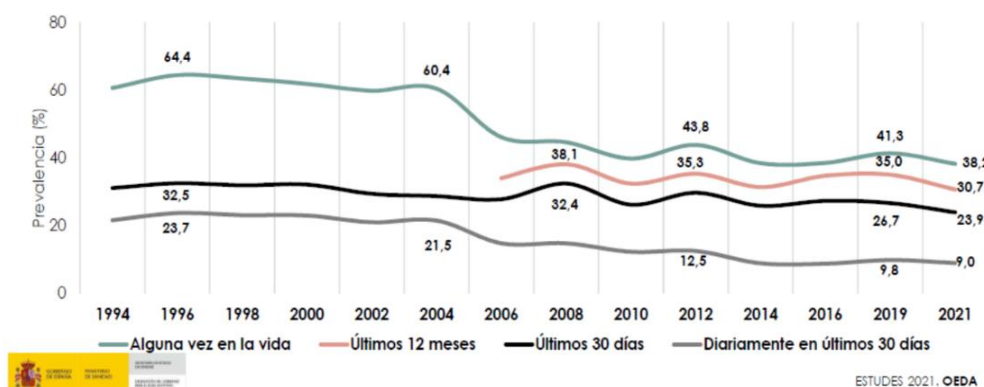
Prevalencia de consumo por sexo (%).

Últimos 12 meses. Estudiantes 14-18 años.



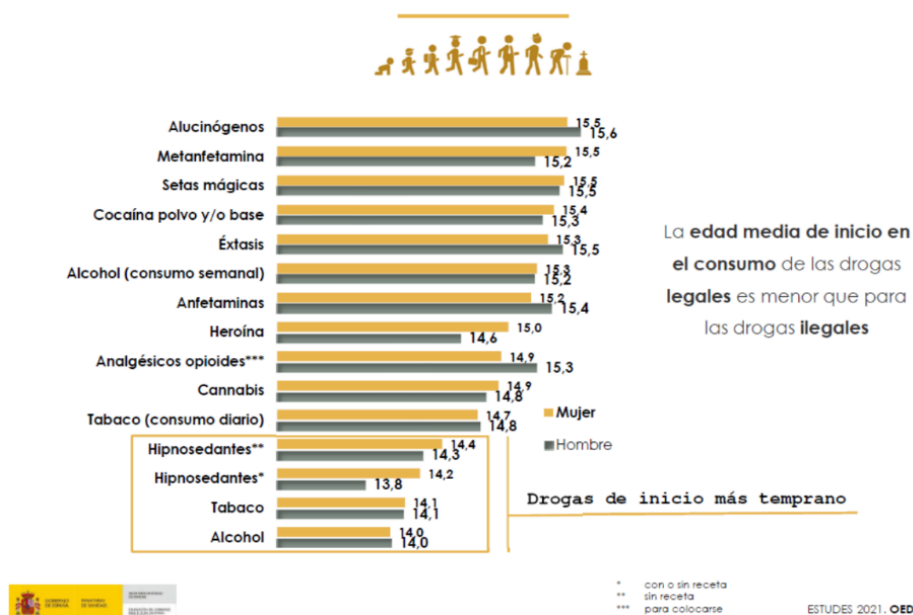
En 2021 el 38,2% ha fumado tabaco alguna vez en la vida, el 30,7% alguna vez en el último año y el 23,9% alguna vez en los últimos 30 días previos a la encuesta.

El 9 % de los estudiantes de secundaria entre 14-18 años ha fumado a diario los últimos 30 días.



El primer consumo de las sustancias psicoactivas con mayor prevalencia (alcohol y tabaco) se produce a la misma edad, en hombres y en mujeres: 14,0 años en el caso de alcohol y 14,1 en tabaco; mientras que el inicio en el consumo diario de tabaco se retrasa ligeramente hasta los 14,7 años.

Edad media de inicio en el consumo



En **ANDALUCÍA**, en los últimos 30 días, fuman más las chicas que los chicos (24.9% frente a 18.9%).

El primer consumo de las sustancias psicoactivas con mayor prevalencia (alcohol y tabaco) se produce a la misma edad en hombres y en mujeres.

Destaca en todas las CCAA, que hay menos de 1 año de diferencia entre la edad media de inicio (13.9 años) y la de inicio de consumo diario (14.9)

Según la encuesta HBSC_Health Behaviour in School-aged Children de 2018, sobre las conductas saludables en la población escolar de 11-18 años, la gran mayoría de escolares andaluces entre 11-18 años nunca ha fumado (más del 80 % de los chicos y más del 78 % de las chicas), frente al 3.7% de los chicos y 3% de las chicas que sí manifiestan haber fumado en los últimos 30 días. (Las diferencias entre los sexos han ido disminuyendo a lo largo de las ediciones. En 2010 solo se aprecian a los 15-16 años, en 2014 solo a los 17-18 años y en 2018 desaparecen en todos los grupos de edad).

El contacto con el tabaco (43.45% de jóvenes entre 17 y 18 años manifiesta haberlo probado alguna vez), así como el consumo diario (claramente más alto a partir de los 15-16 años) aumenta conforme aumenta el grupo de edad, tanto en chicos como en chicas.

Según la clase social, es algo más frecuente en adolescentes pertenecientes a familias con baja capacidad adquisitiva (5,4%) en relación a familias de nivel medio (3,9%) y alto (3,2%), entre las que casi no hay diferencias.



d) Tipo de producto de tabaco consumido

-CIGARRILLOS CONVENCIONALES Y DE LIAR

ESTUDES 2021 un 49.2% de los estudiantes de 14-18 años que han fumado el último mes consumen indistintamente cigarrillos de cajetilla y de liar y le siguen solo los cigarrillos de cajetilla (28.2%). Se duplica el % de fumadores de tabaco de liar (22.5%) respecto a 2019 (14.1%)

Las chicas fuman más los de cajetilla y los chicos indistintamente, aunque por edades es más común fumar de ambos tipos con independencia de la edad analizada.

-CIGARRILLOS ELECTRONICOS (VAPEO) Y NUEVOS DISPOSITIVOS DE LIBERACION DE NICOTINA

En la población general, el consumo diario de cigarrillos electrónicos y/o nuevos dispositivos de liberación de nicotina es aún muy reducido (inferior al 3%).

Sin embargo, hasta un 12.1% para el marco temporal de haberlos fumado alguna vez en la vida (EDADES 2022).

Es muy llamativo el consumo entre los jóvenes, pues el 44.3% de los estudiantes de 14-18 años los han fumado alguna vez en su vida (ESTUDES 2021)

En el último año el 22,8 % de los jóvenes de 14-18 años ha consumido cigarrillos electrónicos y el 8,1% lo ha hecho en el último mes.

Independientemente de la edad, fuman más cigarrillos electrónicos los chicos que las chicas. Y en ambos, la prevalencia es más elevada a los 18 años (58,0% en hombres y 49,4% en mujeres).

En **ANDALUCÍA** el 46.9% de los estudiantes de secundaria entre 14-18 años ha consumido cigarrillos electrónicos, superando ampliamente la media nacional (22.8%).

El tipo de cartucho más usado por estudiantes que vapean (usan cig. electrónicos) es el que no contiene nicotina (60,7%). Prefieren con nicotina el 14,9%, y el 24,4% restante utiliza cartuchos o líquidos de los dos tipos.

Entre los estudiantes de ambos sexos que no son fumadores de tabaco, hay una mayor prevalencia de consumo del cigarrillo electrónico sin nicotina, pero son los chicos los que registran mayor porcentaje, siendo casi 2 de cada 3 los que realizan ese tipo de consumo (65,3%).

Estos cartuchos, son puerta de entrada a los cartuchos con nicotina, preferencia que se manifiesta conforme aumenta la edad de los estudiantes.

-CONSUMO DUAL DE TABACO EN CIGARRILLO Y EN CIGARRILLO ELECTRONICO

El vapeo sin nicotina entre los estudiantes que han fumado tabaco se encuentra en torno al 60%.

Más del 77% de los estudiantes que han fumado tabaco alguna vez reconocen haber vapeado y el 87.8% de los que fuman a diario, también ha fumado cigarrillos electrónicos. Y el 40% (independientemente del tramo temporal), han sido cigarrillos electrónicos con nicotina.

Tan solo un 8,5% de los que han fumado cigarrillos electrónicos manifiestan que su intención era reducir el consumo de tabaco o dejarlo, y algo más los chicos (9,3% frente a 7,6%).



Consumo de cigarrillos electrónicos (CE)

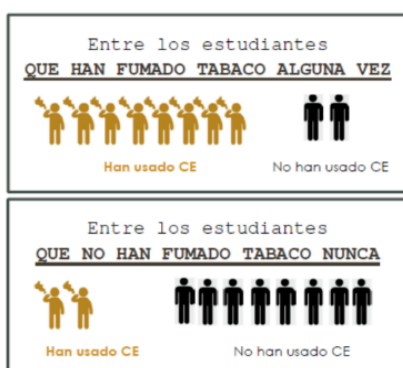
Perfil consumidores

14-18 años, últimos 12 meses

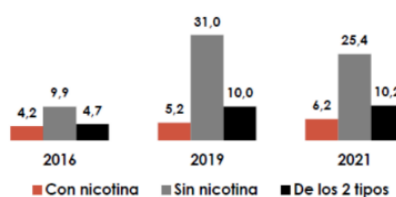
→ **Sexo:** 55,3% hombres

→ **Padres les permiten fumar:** 30%

(20,3% total estudiantes)



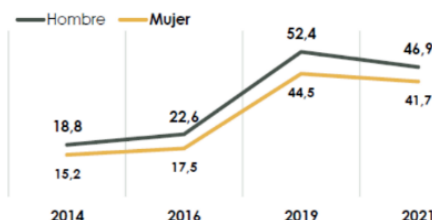
Tipos de CE alguna vez en la vida



Prevalencia CE últimos 30 días: 8,1%

Prevalencia CE últimos 12 meses: 22,8%

Prevalencia CE alguna vez en la vida: 44,3%



ESTUDIOS 2021. OEDA

ANDALUCÍA Un 46.9% de los estudiantes de secundaria entre 14-18 años ha consumido cigarrillos electrónicos, superando ampliamente la media nacional (22.8%).

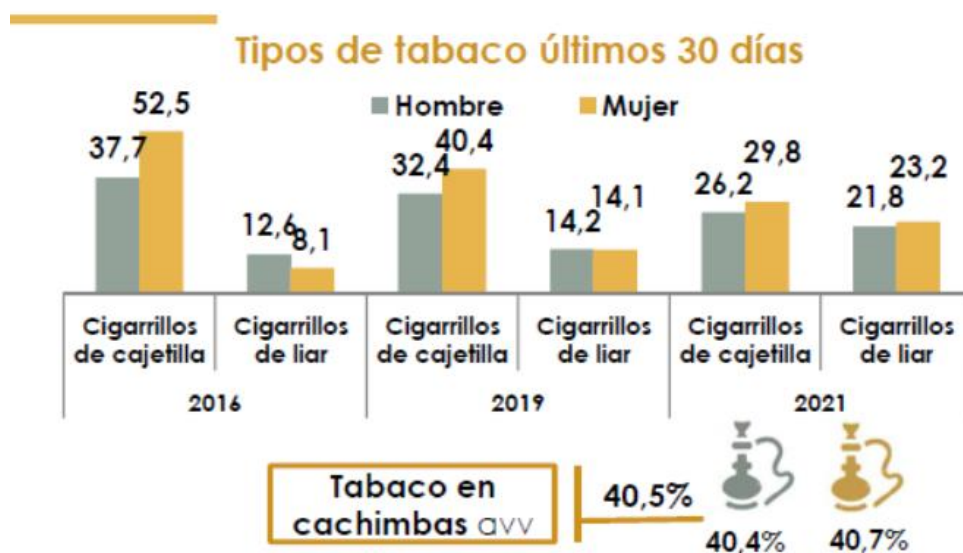
Mapa nº 7. Prevalencia de **cigarrillos electrónicos** en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2021.



En la mayoría de comunidades el consumo está más extendido entre los chicos que las chicas.

-CONSUMO DE CACHIMBAS

El 40.5% de estudiantes entre 14-18 años dice haber fumado cachimbas en los últimos 30 días.



Población estudiantil de 14-18 años, España (ESTUDES 2021)

Según el HBSC 2018, el 18.3 % de los jóvenes estudiantes entre 15 y 18 años afirma haber fumado cachimba alguna vez en el último mes.

El consumo es muy similar entre chicos (19,1%) y chicas (17,8%) y aumenta con la edad.

Fuman más en cachimba el grupo de 17-18 años (19,6%) que el de 15-16 años (16,9%) y en este sí se aprecia una ligera diferencia entre chicos (20,7%) y chicas: (18,4%).

No se aprecian diferencias llamativas entre niveles adquisitivos y consumo en el último mes: baja (18,1%), media (16,9%) y alta (18,3%).

En **ANDALUCÍA**, llama la atención el porcentaje bastante elevado cuando se pregunta si ha fumado alguna vez cachimbas o pipas de agua (con o sin nicotina) respondiendo afirmativamente el 77.1% de los escolares entre 11-18 años, algo más las chicas 80.1% que los chicos 74%.

-BINOMIO TABACO Y CANNABIS:

Según el ESTUDES 2021, el Tabaco mezclado con cannabis, tiene una prevalencia de consumo en los últimos 30 días del 86.4% en chicos y el 89.2% en chicas.

El 78.7% de los estudiantes que declaran haber consumido cannabis alguna vez en su vida también admite haber fumado cigarrillos electrónicos en algún momento.

d) Actitud ante el tabaquismo

PERCEPCION DE RIESGO ASOCIADA AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Los alumnos que han vapeado alguna vez tienen una percepción de riesgo más baja en el consumo de tabaco y cannabis, y además creen que el acceso a estas sustancias es sencillo respecto a los que nunca han usado cigarrillos electrónicos.

Entre los que nunca han fumado cigarrillos electrónicos, hay una mayor creencia de que estas prácticas pueden acarrear problemas (59,3% consumo esporádico y 92,3% habitual).

MOTIVACION PARA DEJAR DE FUMAR

Los que menos lo intentan son los más jóvenes (30% de 16 a 24 años) (EAS).

Según ESTUDES 2021: el 27.7% de los alumnos de 14-18 años que fuman no tienen intención de dejarlo todavía. Y menos intención hay si el consumo es más reciente. Solo el 18.4% de los jóvenes que han fumado a diario los últimos 30 días manifiestan la intención de dejarlo.

Lo han intentado dejar un 41,4% de los que han fumado en los últimos 12 meses, y un 39.8 % de los que han consumido los últimos 30 días (esporádico o diario). Un 30% se lo han planteado, pero al final no se han atrevido, y son más los que no se atreven, (41.8%), si se considera el consumo diario.

En la población adulta (EAS 2015), el 43% de personas fumadoras ha realizado algún intento para dejarlo no observándose diferencias significativas entre hombres y mujeres.

A mayor edad más personas dejan de fumar. Es a partir de los 45 años cuando la mayoría de las personas fumadoras manifiestan su deseo de dejar de fumar

(aproximadamente un 60%) y lo intentan más conforme aumenta la edad (mayores de 75 años en un 54,3% y entre 55- 64 años en un 52,2%), siendo la media de intentos para dejarlo 2.5 veces.

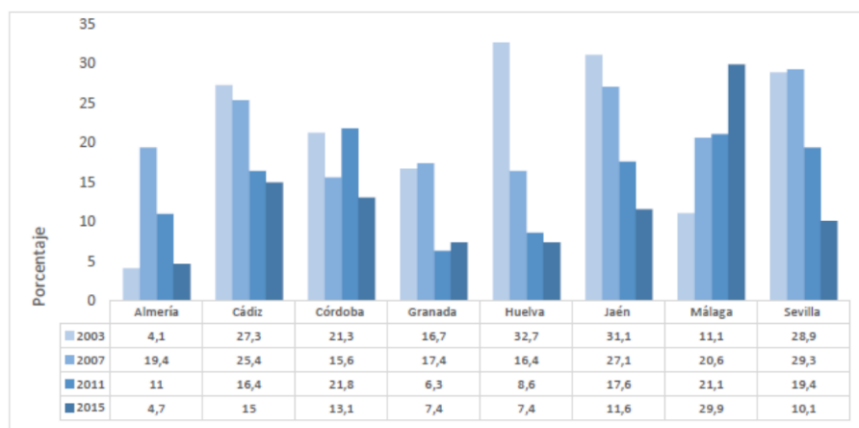
Existe una clara desigualdad social en cuanto a nivel de estudios y socioeconómico.

Se lo plantean más (44%) las personas con estudios universitarios seguidas de estudios secundarios y primarios (43,8% y 43,1%).

Las personas con mayores ingresos y/o pertenecientes a clases sociales más altas lo intentan en mayor proporción que las de menos ingresos y/o clases sociales más desfavorecidas.

Los motivos de abandono del hábito son en su mayoría motivos personales (86.4%) y lo alegan más las mujeres que los hombres; mientras que los que lo dejan por consejo médico son tan solo el 13.6%, siendo **Málaga** la excepción, pues el motivo de dejarlo por consejo médico asciende al 30%.

Fig. 17: Evolución del consejo médico como motivo de abandono del tabaco, por provincias. Encuesta Andaluza de Salud, 2003-2015



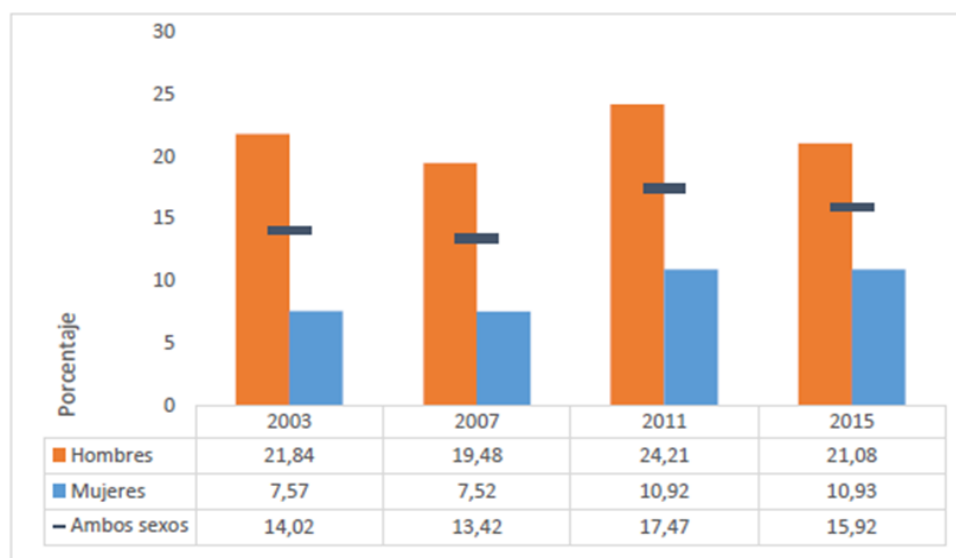
Entre los motivos personales destaca por propia voluntad en una 46.4% de los casos y por molestias a causa del tabaco en un 11.9%.

PERSONAS EXFUMADORAS

El porcentaje de personas exfumadoras aumenta en la última década (ENSE 2017). Hay más exfumadores hombres que mujeres (debido a su mayor prevalencia).

En **Andalucía** el 16% de la población adulta es exfumadora (EAS 2015). El porcentaje de hombres exfumadores casi duplica al de las mujeres (21.1% frente a 10.9%), aunque ha habido un ligero aumento de mujeres que han dejado de fumar.

Fig. 18: Personas exfumadoras. Encuesta Andaluza de Salud, 2003-2015.



e) Tabaquismo pasivo

Según la EAS 2015 el 26% de la población residente en Andalucía es fumadora pasiva en el hogar, más mujeres (27,2%) que hombres (24,8%); y más los jóvenes (38,2%).

La exposición al humo disminuye según aumenta la edad (8,7% personas de más de 75 años).

Las personas con estudios secundarios (28,6%) han sido los más expuestos al humo del tabaco en sus hogares, seguidos de los que tenían estudios primarios (25,7%) y estudios universitarios (21%).

Están más expuestas al humo del tabaco las personas de clases sociales más desfavorecidas (26,9%), seguidas de las clases más altas (22,3%) y la clase media (20,9%).

Los andaluces se exponen más a ambientes cargados de humo en fin de semana (de 1 a 4 horas: un 7,9% en fin de semana y más de 4 horas: un 3,6%).

Se exponen más entre semana los andaluces con nivel socioeconómico más desfavorable, mientras que aquellos con una situación socioeconómica más favorable lo estuvieron más en el fin de semana.

En **Málaga** hay un 28.8% de fumadores pasivos, y tiene los valores más altos de fumadores pasivos durante el fin de semana (14,8% de personas expuestas de 1 a 4 horas y 9% más de 4 horas).

El mayor porcentaje de fumadores pasivos tanto entre semana como en fin de semana se observó entre los más jóvenes.

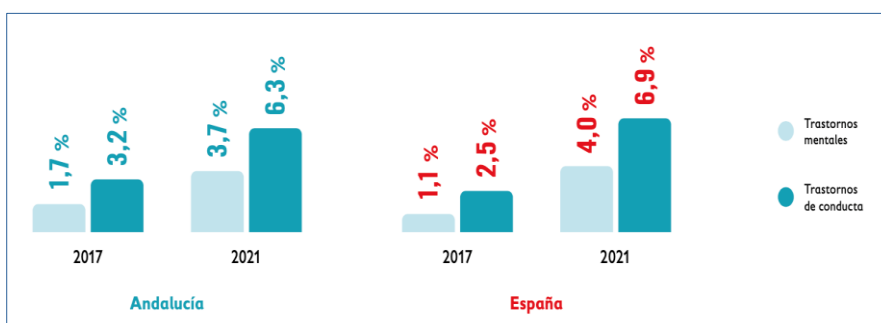
4. Salud mental y adolescencia

En nuestro entorno existe una preocupación extendida y creciente en relación a la salud mental de nuestros adolescentes y es que existen bastantes evidencias de que la pandemia ha pasado factura a esta población.

Con el fin de conocer más de cerca esta realidad, vamos a desglosar los resultados de un estudio realizado en 2021 por la ONG Save the Children, sobre la Salud Mental y el suicidio en la infancia y adolescencia, titulado “Crecer saludable (mente)”. Este estudio se basa en la comparación entre la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2017 y una encuesta realizada a nivel nacional a 2.000 padres y madres, de menores entre **4 y 16 años**, con preguntas idénticas a la ENS añadiendo preguntas específicas sobre pensamientos suicidas, y con muestra representativa a nivel de Comunidad Autónoma. El 80% de los trastornos a los que se refieren ambas encuestas han sido diagnosticados por un médico.

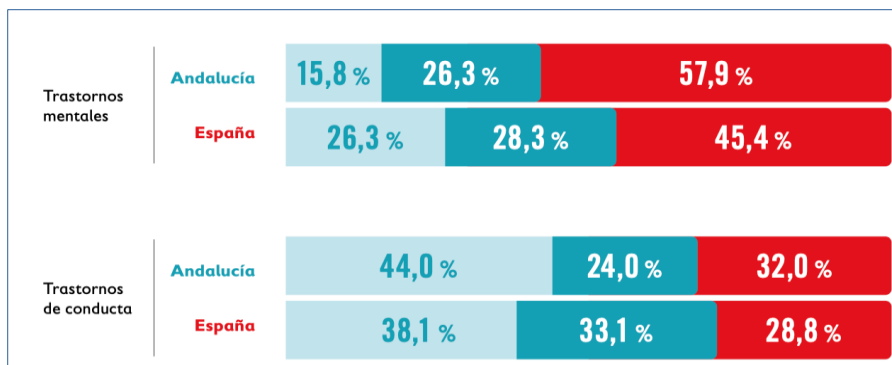
Según los resultados de este estudio, tras la pandemia, y comparando datos de 2017 con 2021, se han duplicado los trastornos mentales y de conducta, tanto a nivel nacional como a nivel andaluz entre la población infantil y adolescente.

Evolución de los trastornos mentales u de conducta. 2017-2021



La **edad** es un factor determinante relevante, de tal manera que los trastornos mentales son más frecuentes entre los más mayores y los trastornos de conducta aparecen a edades más tempranas.

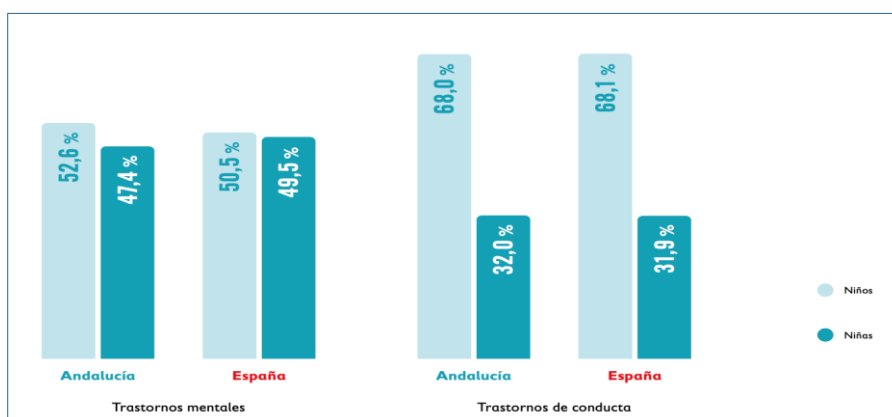
Trastornos mentales y de conducta por edad



El **sexo** es también un

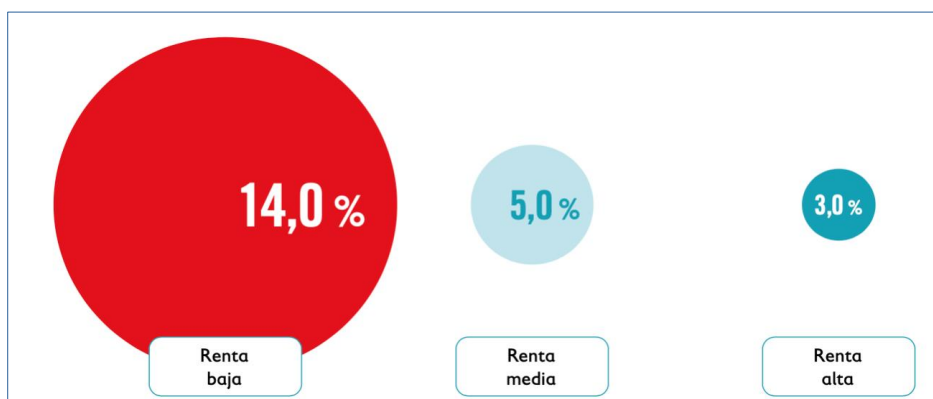
factor determinante ya que los niños presentan mayores prevalencias en ambos tipos de trastornos, siendo en el caso de los trastornos de conducta estas diferencias mayores al 50 %.

Trastornos mentales y de conducta por sexo



Finalmente, este estudio analiza el efecto del nivel de renta familiar en la prevalencia de los trastornos mentales infantiles, arrojando unos resultados realmente nítidos sobre la fuerza que tienen las desigualdades sociales en la salud mental infantil, ya que es 4 veces más frecuente la presencia de problemas en NNA de familias de renta baja frente a las familias de renta alta.

Porcentaje de niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales y/o de conducta por nivel de renta



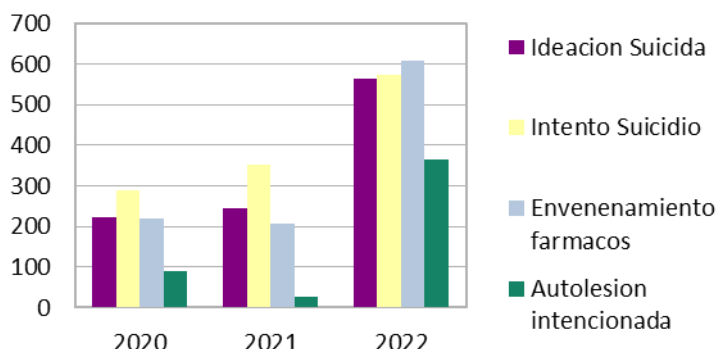
Además del incremento de los problemas de salud mental, **en general**, nuestra sociedad está siendo cada vez más consciente del problema de salud pública que representa el fenómeno del **suicidio**. En apartados anteriores hemos analizado su prevalencia, incidencia y evolución, y, en resumen, podemos **concluir** que tanto el **sexo** como la **edad**, son factores determinantes, siendo los varones y los mayores de 40 años las personas más afectadas. La evolución del número de casos no indica, actualmente, un ascenso acusado de este fenómeno, tal y como con frecuencia percibimos en la información que nos llega a través de los medios de comunicación, aunque si hay un leve ascenso que hay que monitorizar con detenimiento.

El suicidio adolescente es una causa de muerte principal para los más jóvenes, y en todo caso, para todas las edades, se trata de **mueres evitables** que hasta hace poco han tenido muy poca visibilidad como problema en nuestra sociedad.

Las estrategias de prevención del suicidio deben centrarse de forma relevante, en la infancia y adolescencia, ya que como veremos más adelante, muchos de los factores de riesgo más importantes, sí se generan y desarrollan durante las primeras etapas del desarrollo.

Si en relación al suicidio hemos concluido que la evolución no es acusadamente ascendente, tenemos que concluir todo lo contrario en relación a las **autolesiones e intentos autolíticos**. En nuestro propio entorno, y según datos del Hospital Universitario Virgen de la Victoria, las urgencias hospitalarias atendidas por este motivo han pasado de 764 episodios en 2020 a 2.110 en 2022, multiplicándose por 2,7.

Episodios de autolesiones e intentos de suicidio atendidos en las Urgencias del HUVV

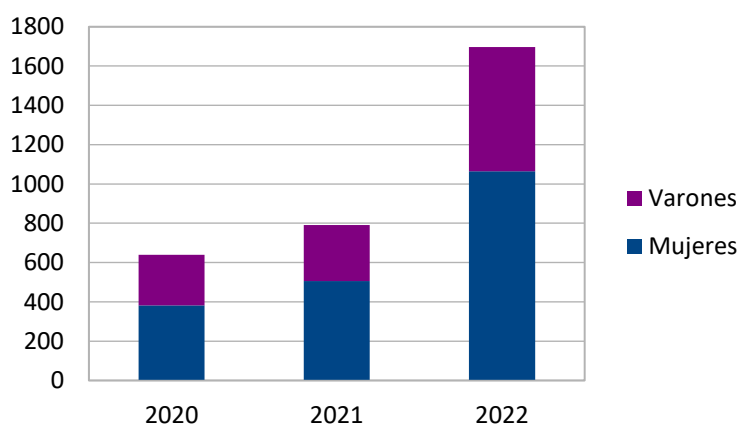


Fuente: Sistemas de Información del HUVV

Hay que aclarar que las autolesiones, no necesariamente tienen intencionalidad suicida, ya que algunas personas, especialmente las más jóvenes, suelen utilizar el dolor autoproducido como estrategia para aliviar crisis de angustia y sentimientos intensos de vacío y despersonalización. En todo caso, las autolesiones también son un predictor clínico de riesgo autolítico.

Si segregamos estos datos por **sexo**, podremos observar que hay una diferencia de género relevante, que ha ido además aumentando en la serie analizada, siendo las **mujeres** las personas atendidas en un 60 % en 2020 y en un 67% en 2022.

Proporción de mujeres y varones atendidos por autolesiones e intentos autolíticos

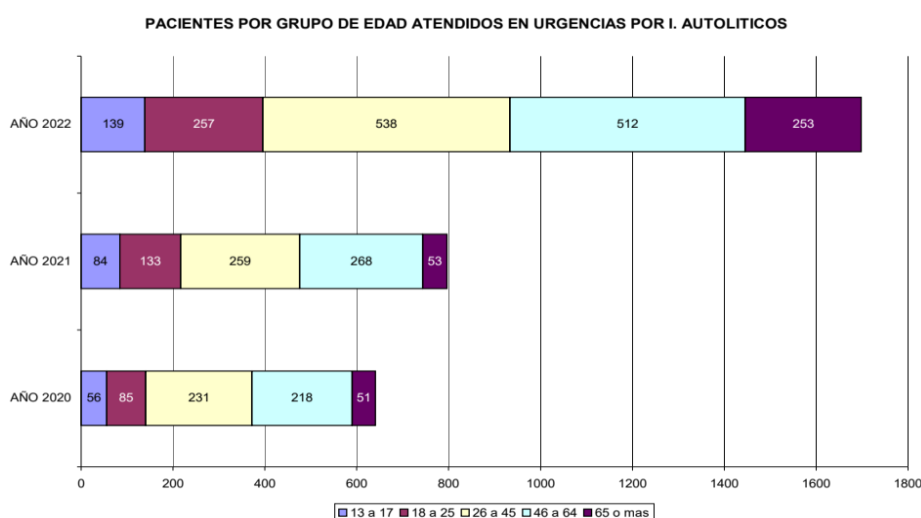


Fuente: Sistemas de Información del HUVV

En cuanto a la edad, el 45% de las personas atendidas por autolesiones e intentos autolíticos tenían más de 45 años y el 8% menos de 18.

Edad	%
13-17	8 %
18-25	15 %
26-45	32 %
46-64	30 %
> 65	15 %

El grupo de edad que en mayor medida ha aumentado desde 2020 a 2022 es el grupo de mayores de 65 años, que se ha multiplicado casi por 5 (4,96), seguido por el grupo entre 18 y 25 (3,0). El resto de los grupos de edad analizados se han multiplicado por 2,3 y 2,4.



Como conclusión, las autolesiones y los intentos autolíticos, son una conducta que está creciendo de forma muy intensa y rápida, especialmente en las personas más mayores, tiene un sesgo de género y desde una perspectiva de salud pública, señala una prioridad que debe impulsarnos a estudiar en profundidad los factores de riesgo para poder implantar medidas preventivas.

A modo de primera aproximación para prevenir tanto los suicidios como los intentos autolíticos y la autolesiones, vamos a mencionar brevemente, los principales **grupos de riesgo** que la literatura científica señala y que en una conferencia magistral (“Cifras y Letras”) resumió Miguel Guerrero, Psicólogo Clínico y Coordinador del Equipo de Salud Mental de la ZBS de Marbella en las 3ª Jornada Virtual Prevención y Suicidio: Jóvenes y Adolescentes celebradas en la Escuela Andaluza de Salud Pública el pasado día 11 de noviembre.

Estos grupos de riesgo, referidos a **población infantil y juvenil**, aunque no son el grupo de población que mayor conducta suicida presenta, sí es la etapa vital en el que se generan los factores de vulnerabilidad y de riesgo, y por lo tanto, es hacia donde tendríamos que volcar las estrategias de prevención.

1. Menores con Trastornos de Salud Mental. La prevalencia de trastornos psicológicos en población infanto-juvenil estaría entre un 10-20 % y el de Trastorno Mental Grave (TMG) entre 4 y 6 %. Además de sufrir por los propios problemas psicológicos, están expuestos al rechazo y estigma social.
2. Menores con diversidad del desarrollo, como el espectro autista que tiene especiales dificultades para expresarse y relacionarse con los demás.
3. Menores con enfermedades médicas, agudas y crónicas, así como con discapacidad.
4. Menores con antecedentes familiares de suicidio. 82% de riesgo más. La exposición de personas cercanas y referentes sociales es un factor riesgo.
5. Jóvenes que consumen drogas. El consumo de drogas está presente en 1 de cada 3 suicidios y actuaría tanto como factor de riesgo como factor precipitante.
6. Menores en riesgo de exclusión social. El bajo nivel socio-educativo también correlacionaría con mayor riesgo suicida. El 75% de los suicidios mundiales se producen en países de rentas medias y bajas. No es un fenómeno de países ricos.
7. Menores que viven experiencias adversas o traumáticas en la infancia. Es seguramente el factor que más peso tiene.
8. Las personas que se identifican como colectivo LGBTQ+ tienen 4 veces más probabilidades de intentar suicidarse. El estigma en este caso también, es un vector social patógeno.
9. Menores con conducta suicida previa e historial de autolesiones repetidas. Van perdiendo el miedo y tolerando el dolor. En algunos estudios se concluye que en el 50% de los casos de intentos autolíticos, había intentos previos.
10. Menores víctimas de abusos, violencia, maltrato o acoso. Hasta un 41 % de las personas que se hacen intentos de suicidio han tenido experiencias de abuso en la infancia y adolescencia.

Según la literatura científica, si fuéramos capaces de anular este último factor, los intentos de suicidio descenderían hasta un 67% (riesgo poblacional atribuible de los intentos de suicidio).

5. Conclusiones sobre factores determinantes de la salud y estilos de vida

ALIMENTACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA

- La Obesidad infantil sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública que conlleva consecuencias en la salud física, mental y social tanto en la infancia y adolescencia como en la edad adulta. El 55% de los niños y niñas con obesidad serán adolescentes con obesidad. El 80% de los adolescentes con obesidad serán adultos con obesidad.
- En **ANDALUCÍA** el porcentaje más alto de obesidad infantil se observa en familias con menor nivel de ingresos, rozando el 25%, mientras que los de rentas más altas se mantienen en torno al 14%.
- El 58% de la población mayor de 18 años tiene exceso de peso, más hombres que mujeres y en ambos aumenta con la edad y condiciones desfavorables.
- El sobrepeso, se debe no solo a un estilo de alimentación no saludable y a un bajo nivel de actividad física, sino que está también estrechamente relacionado con otros elementos del estilo de vida como los hábitos de sueño, el uso excesivo de pantallas o el bienestar emocional.
- Solo un 20% de los menores hacen ejercicio físico diariamente; el 31.6% pasa más de 5 horas al día conectado a internet entre semana, subiendo al 49.6% durante el fin de semana

SALUD SEXUAL

- El constante incremento de los casos de ITS lo convierten en un problema de salud pública de primer orden.
- Desde el punto de vista preventivo, es necesario abordar los obstáculos sociales para el uso del preservativo, así como las falsas creencias que existe en relación a las prácticas y supuestos grupos de riesgo.
- Un gran número de adolescentes y pre-adolescentes de nuestro entorno están expuesto a los modelos de sexualidad y relación interpersonal que exhibe y difunde el mundo de la pornografía. Esta realidad requiere que intervengamos tanto desde las familias como desde las instituciones encargadas de la educación de nuestros menores.

TABAQUISMO

- El consumo de tabaco sigue siendo en Andalucía la primera causa identificada de morbilidad y mortalidad evitables; el tabaquismo pasivo es la tercera causa. Sigue fumando a diario el 27,9 % de la población andaluza mayor de 16 años.
- Es fundamental trabajar desde la perspectiva de género las actuaciones vinculadas al inicio del consumo, prevalencia y abandono del hábito.
- Los nuevos tipos de consumo han irrumpido con fuerza (cigarrillos electrónicos y cachimbas) y se nutren de la falsa creencia de un menor riesgo para la salud que el consumo de cigarrillos. Además, aunque se utilicen sin nicotina, son una puerta de entrada al consumo del mismo.

SALUD MENTAL Y ADOLESCENCIA

- Hay indicios que apuntan a un empeoramiento de la salud mental en general, y especialmente de la salud mental infanto-juvenil. Hay cierto consenso en que las circunstancias de la pandemia han favorecido esta situación.
- El número de suicidios no ha aumentado de forma aguda, pero sí los intentos autolíticos y las autolesiones. Los adolescentes no son el grupo de población más afectado, pero sí son la población en la que hay que centrar las intervenciones preventivas.
- La prevención de la violencia, el abuso y el maltrato a la infancia y la adolescencia, la **protección a la infancia**, en definitiva, debe ser un objetivo prioritario para todas las instituciones responsables de su bienestar. Coordinarnos y colaborar para cumplir con este fin es una obligación que todos debemos asumir.

6. Bibliografía

Alimentación y ejercicio físico

- La Salud en Andalucía: Adultos. V ENCUESTA ANDALUZA DE SALUD (Adultos) 2015-2016. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Febrero 2017
- La Salud en Andalucía: Infantil (Menores de 16 años). V ENCUESTA ANDALUZA DE SALUD (Adultos) 2015-2016. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Febrero 2017
- ENCUESTA NACIONAL DE SALUD. ESPAÑA 2017 (ENSE 2017): Determinantes de salud. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. 2018
- ESTUDIO SOBRE LA ALIMENTACIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA, DESARROLLO INFANTIL Y OBESIDAD EN ESPAÑA 2019: ESTUDIO ALADINO 2019. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). Ministerio de Consumo. Gobierno de España. septiembre 2020.
- Moreno C, Ramos P, Rivera F et al. Informe técnico de los resultados obtenidos por el Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2018 en Andalucía. Ministerio de Sanidad, 2020.
- Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía. Informe de Evaluación 2011-2018. Noviembre 2019. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía.
- Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía: INFORME ANUAL 2011-2018 y 2021. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía.
- Informe epidemiológico de las enfermedades transmisibles y no transmisibles. Andalucía. Año 2020. Monografía Vol. 26, Nº 08. Octubre de 2021. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. Consejería Salud. Junta de Andalucía.

Salud Sexual

- Estudio HBSC en España, y HBSC Andalucía 2018
- https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/HBSC_2018.htm
- (Des) Información sexual: Pornografía y adolescencia. Save the Children España 2020
- Uso y uso problemático de pornografía en adolescentes: un debate no resuelto. A. Villena Moya, G. Mestre-Bach, C. Chiclana Actis. Adolescere 2020; VIII (2): 32-41

Hábitos Tóxicos. Tabaquismo

- Encuesta Nacional de Salud ENS 2017
- Encuesta Andaluza de Salud EAS 2015
- Monografía vol 25 nº5 Vigilancia Epidemiológica del Tabaquismo en Andalucía
- Estudio HBSC en España, y HBSC Andalucía 2018

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/HBSC_2018.htm

- Estudio comparativo de las ediciones 2002-2006-2010-2014-2018 del estudio HBSC en España
- ESTUDES 2021: encuesta en estudiantes de 14-18 años realizada en centros educativos del Plan Nacional sobre Drogas
- EDADES 2022: encuesta población entre 15-64 años sobre alcohol y otras drogas en España del Plan nacional sobre Drogas
- Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010 y actualización 2022. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía
- Balance anual del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2021

SALUD MENTAL

- “Creciendo Saludable(mente)”. Save de Children España, 2021
- Suicidios España. Observatorio del suicidio en España. Web de la Fundación Española para la prevención del suicidios
- “Cifras y Letras”. Miguel Guerrero . Ponencia en el Tercera Jornada de Prevención del Suicidio. EASP, Granada 2022
- <https://www.easp.es/project/3a-jornada-prevencion-suicidio-jovenes-y-suicidio/>

❖ BLOQUE V. Programas de prevención y promoción de la salud en los centros de salud de casares.

1. Prevención y abordaje de la obesidad infantil

Este programa se desarrolla en los centros de salud, a través en la marco del Plan Integral de Obesidad Infantil, en la línea de prevención y atención a la obesidad infantil. A través de un Programa de Intervención Avanzada los profesionales abordan el sobrepeso y la obesidad con el/la menor y su familia y puede ser de forma individual y/o grupal. El sanitario (pediatra/enfermero) trabaja alimentación, ejercicio físico, motivación y estrategias de abordaje conductual para lograr cambios a estilos de vida más saludables.

La intervención individual en obesidad infantil (IAIOI) se realiza en la propia consulta, e incluye varias consultas programadas, donde se trabaja con el niño/a y la familia.

La intervención grupal en obesidad infantil (IAIGOI) se realiza en tres talleres de aproximadamente de 1.5-2 horas de duración, que incluyen alimentación saludable, actividad física y la cesta de la compra.

Además, y ya a nivel comunitario, se han desarrollado otras actividades junto al catálogo de activos y recursos para la práctica de actividad física de los menores. Este catálogo tiene como fin compilar los recursos disponibles en el entorno para que los profesionales puedan indicar y aconsejar su uso a menores y sus familias.

2. Prevención y abordaje del tabaquismo.

La red andaluza de servicios sanitarios y espacios libres de humo y el Servicio Andaluz de Salud (SAS) dispone de una red de servicios asistenciales integrada y organizada para garantizar la accesibilidad de la población fumadora a los programas de deshabituación.

RED ANDALUZA DE SERVICIOS SANITARIOS Y ESPACIOS LIBRES DE HUMO (RASSELH)

Integrada en la iniciativa (independiente y sin ánimo de lucro) de la Global Network for Tobacco Free Health Care Services (GNSH-Global) y cuyo objetivo es desarrollar estrategias activas comunes de los servicios sanitarios en el control y la prevención del tabaquismo.

La Red Andaluza RASSELH aglutina instituciones, organizaciones y asociaciones para promover estándares de control de tabaquismo definidos (GNSH-Global). La participación está basada en cuatro niveles de acreditación (miembro, bronce, plata y oro) según el nivel obtenido.

A esta Red pueden adherirse, además otros centros no sanitarios y entidades locales (Ayuntamiento, asociaciones, Playas y piscinas sin Humo, etc).

CASARES: El Centro Sanitario de Casares junto al de Sabinillas forman parte de esta iniciativa y en el actual año ha desarrollado los diferentes estándares por lo que solicitarán a final del año el Nivel Plata en dicha Red.

Cuenta con dos profesionales de ambas categorías (medicina y enfermería) como coordinadores de la RASSELH y responsables del programa de atención al Tabaquismo.

ATENCION A LA PERSONA FUMADORA EN CASARES

-Registro del hábito y consejo básico para dejar de fumar (intervención básica): Intervención oportunista (aprovechando otro motivo por el que la persona acude a consulta), en forma de consejo breve, personalizado, firme y motivador, del profesional sanitario a la persona fumadora para que deje de fumar.

-Intervención avanzada para dejar de fumar: Programa de intervención avanzada multicomponentes que combina abordaje cognitivo-conductual para trabajar la dependencia psicológica y social del tabaco, combinando tratamiento farmacológico para trabajar la dependencia física a la nicotina.

- Intervención avanzada individual (IAIT): se realiza en consulta por el médico y enfermera y se puede pedir cita directamente en el centro de salud o a través de salud responde. Incluye varias consultas programadas, antes, durante y después de dejar de fumar adaptadas individualmente a la persona fumadora. Este tipo de intervención se oferta tanto en el centro sanitario de Casares como en el centro de salud de Sabinillas.

- Intervención avanzada grupal (IAGT): se puede pedir cita desde cualquiera de los centros sanitarios, a través de la consulta del médico y enfermera que a su vez derivan al programa a los usuarios que deseen dejar de fumar en un programa grupal que se realiza en el centro de salud de Sabinillas. La intervención grupal se realiza en sesiones de aproximadamente de 1.5-2 horas de duración, un día por semana durante 6 semanas, 3 sesiones antes de dejar de fumar y otras 3 tras dejar de fumar. En cada una se abordan temas relacionados con el consumo de tabaco, la dependencia, herramientas para afrontar riesgo de recaída, etc.

Tanto la IAIT como la IAGT requieren sesiones de seguimiento para prevención de recaídas al menos a los 3, 6 y 12 meses.

PREVENCION DE TABAQUISMO EN LA COMUNIDAD

1. CAMINATA LA VIDA SIN TABACO SABE MEJOR: cada año desde el 2009 y de forma simultánea con los demás grandes municipios del Distrito, se ha celebrado la Caminata 'La vida sin humo sabe mejor' convocada con motivo del Día Mundial sin Tabaco de la OMS.
2. Organizaban el centro sanitario junto al Ayuntamiento y diferentes instituciones y entidades locales participando población general de todas las edades y centros escolares.
3. CARAVANA DE LA EPOC 2019
4. PREVENCIÓN DE TABAQUISMO EN ESPACIOS EDUCATIVOS: Incluida en los Programas "Creciendo en Salud y Forma Joven".
5. MESAS INFORMATIVAS Y EXPOSICION/GALERIA INTERACTIVA con códigos QR en los centros de salud y puntos emblemáticos del municipio. En 2022:

1. Con motivo del Día Europeo del Riesgo cardiovascular con el objetivo de concienciar sobre la importancia de los estilos de vida saludables para el control de los factores de riesgo cardiovascular.
2. con motivo del Día Mundial sin Tabaco con el objetivo de concienciar sobre la importancia de no fumar, y los beneficios de dejarlo, informar de la realidad de las cachimbas, captar personas fumadoras y realizar consejo básico e información sobre programas para dejar de fumar en el centro de salud.

3. Programas de promoción de hábitos de vida saludables en los centros educativos de casares

Los Centros sanitarios de Casares y Sabinillas, colaboran con los Centros educativos del municipio en el desarrollo del Programa de Innovación Educativa, Hábitos de Vida Saludable (HHVS) que tiene como fin desarrollar en el alumnado actitudes, conocimientos y habilidades que favorezcan la elección de estilos de vida saludables. Este programa está destinado a los centros docentes de Andalucía sostenidos con fondos públicos y es fruto de la colaboración de la Consejería de Educación con otras Consejerías y entidades como Salud, Agricultura, el Instituto Andaluz de la Juventud, Ayuntamientos, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Asociaciones etc.

Consta de dos modalidades: “*Creciendo en Salud*” para centros que imparten educación infantil, educación especial y educación primaria y “*Forma Joven*” para los que imparten enseñanzas de educación secundaria.

Al inicio de cada curso escolar, los centros educativos tienen la opción de elegir su adscripción a estos programas, y en función de ello, los Centros de Salud se integran en los grupos de trabajo intersectorial que se deben establecer en cada centro educativo para identificar los tópicos de salud prioritarios dentro de las líneas que el centro ya ha solicitado, así como las actividades que se van a realizar para abordarlos entre todos. Las líneas de trabajo a la que se pueden inscribir los centros educativos, son las siguientes:

CRECIENDO EN SALUD	FORMA JOVEN
Educación Emocional	Educación Emocional
Habitos de vida saludables	Habitos de vida saludables
Uso positivo de las TIC	Uso positivo de las TIC
Autocuidados y accidentabilidad	Sexualidad y relaciones igualitarias
Prevención del consumo de sustancias adictivas	Prevención del consumo de sustancias adictivas

La línea de Educación Emocional es obligatoria para los Centros Educativos que se inscriben en estos programas, y las líneas en las que más colaboramos desde los Centros de Salud es en Hábitos de Vida Saludables (Alimentación- Ejercicio Físico) y Autocuidados así como en Sexualidad y relaciones igualitarias.

La modalidad *Forma Joven* también incluye la posibilidad de implantar un servicio de Asesoría (individual ó en pequeño grupo) en los Institutos, ofreciendo al alumnado la posibilidad de consultar sobre los temas de salud que se incluyen en el programa.

Esta colaboración entre los Centros de Salud y los Centros educativos tiene bastante tradición en Casares, y de hecho, durante el curso escolar 2022-23 se inscribieron tanto el CEIP Blas Infante como el CEIP Los Almendros. En el actual curso escolar, estamos todavía en periodo de inscripción.

4. Prevención y abordaje de la violencia de género y el maltrato infantil

La Violencia de Género y su impacto en la salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1996 reconoció que la violencia sobre las mujeres era un problema de Salud Pública, poniendo de manifiesto las graves consecuencias que tiene sobre la salud. La violencia de género puede ser física, psicológica, sexual, económica y/o ciberviolencia.

Según la última macroencuesta de violencia contra la mujer en España (2019), el 32,4% de mujeres de 16 años o más, ha sufrido al menos un tipo de violencia de la pareja actual o de parejas pasadas en algún momento de su vida. Extrapolando esta cifra a la población, se estima que 6.605.825 mujeres de 16 o más años han sufrido violencia de alguna pareja o expareja a lo largo de sus vidas.

A pesar de los esfuerzos realizados en las últimas décadas, lamentablemente las mujeres todavía soportan un alto grado de violencia, tanto en sus relaciones de pareja como fuera de ellas, y sucede en todas las clases sociales, religiones y niveles educativos.

En una relación de violencia la mujer sufre una pérdida progresiva de autoestima, aumentando la sumisión y el miedo hacia el agresor, siendo para el maltratador la ratificación de que su estrategia funciona. Los trastornos y problemas psicológicos de las mujeres son consecuencia del maltrato, no la causa.

Desde 2018 (Ley 7/2018), se considera que las hijas e hijos de las mujeres que están sufriendo violencia física, sexual o psíquica por sus parejas o exparejas, siempre son también, víctimas directas de la violencia de género. En el periodo comprendido entre los años 2013 y 2020, 35 menores de edad han sido asesinados por la pareja o ex pareja de su madre en España. En el mismo periodo, 286 menores de edad han quedado huérfanos de madre por violencia de género.

La violencia de género, en cualquiera de sus manifestaciones, tiene siempre repercusiones en la salud física, psíquica, sexual, reproductiva y social de la mujer, que persisten incluso después de que la situación haya terminado. Las mujeres que sufren violencia física y/o sexual por parte de su pareja pueden llegar a padecer un 60% más de enfermedades de carácter físico que aquéllas que no son víctimas de tal violencia.

CUADRO 3. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA SALUD DE LAS MUJERES.

SALUD FÍSICA	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	SALUD PSÍQUICA
• Muerte (homicidio, suicidio) • Lesiones diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras, que pueden producir discapacidad • Deterioro funcional • Síntomas físicos inespecíficos (por ejemplo, cefaleas) • Agravamiento de situaciones crónicas: dolor crónico, síndrome del intestino irritable, otros trastornos gastrointestinales, trastornos del sueño y discapacidades	• Conductas sexuales de alto riesgo para contagio de ITS y VIH/SIDA • Coerción reproductiva o falta de autonomía sexual y reproductiva • Embarazo no deseado • Retraso en el inicio de los cuidados prenatales. • Ganancia de peso inadecuada en el embarazo • Infecciones vaginales, cervicales y renales. • Sangrados y hemorragias durante el embarazo. • Aumento del riesgo de aborto, parto prematuro, Bajo Peso del Recién Nacido	• Depresión • Ansiedad • Trastorno por estrés postraumático • Baja Autoestima • Trastornos de la conducta alimentaria, anorexia, bulimia • Trastornos psicopatológicos • Intento de suicidio, autolesiones • Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos • Mala o salud autopercebida

Consecuencias en la salud de hijas e hijos:

Los factores que determinan el impacto en la salud de las hijas e hijos de mujeres en relaciones de maltrato son, básicamente, la edad, su nivel de desarrollo, sexo, el tipo de violencia o violencias que sufre la madre, la severidad y tiempo de exposición a la violencia, el contexto familiar o la acumulación de otros factores estresantes. Los problemas de salud detectados, afectan a diferentes áreas: física, psíquica, cognitiva, conductual y social y tiene efectos a corto, medio y largo plazo.

CUADRO 5. POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO SOBRE LA SALUD DE HIJOS

SALUD FÍSICA
• Muerte por homicidio o por interponerse entre el agresor y su madre para intentar frenar la violencia • Daños y lesiones • Riesgo de alteración de su desarrollo integral: retraso del crecimiento, disminución de las habilidades motoras, retardo en el lenguaje, síntomas regresivos • Alteraciones del sueño y de la alimentación • Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas
SALUD PSÍQUICA
• Ansiedad, depresión, baja autoestima • Trastorno de estrés postraumático • Déficit de atención y concentración, hiperactividad • Dificultades de aprendizaje y socialización, habilidades sociales escasas, bajo rendimiento escolar • Problemas de conducta social: Adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras • Comportamientos de riesgo • Adicciones • Asunción de roles de protección de hermanos y hermanas o de su madre • Trastornos psicopatológicos
A LARGO PLAZO O TRANSGENERACIONAL
• Conductas agresivas de hijos varones hacia las madres en particular y hacia las mujeres en general, aprendidas de los hombres violentos del propio contexto familiar. • Mayor probabilidad de desarrollar comportamientos agresivos y violentos y reproducir la conducta del agresor con su madre o en relaciones de pareja. • Mayor tolerancia al maltrato en las mujeres.

El personal sanitario se encuentra en una posición ideal para la detección de las situaciones de violencia. Concretamente, el médico o la médica de Atención Primaria tiene un papel relevante en la detección precoz del maltrato; su accesibilidad, la continuidad en la atención, el conocimiento del contexto familiar y la alta frecuentación, le sitúan en un lugar estratégico para el diagnóstico precoz.

En este sentido, La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, cuenta con un protocolo específico para el abordaje de la VG desde los centros sanitarios; donde se detalla, entre otros, que los profesionales del Servicio Andaluz de Salud tienen la obligación legal (artículo 262 y 544 ter. párrafo 2º de la LECr.), de poner en conocimiento de la autoridad judicial la Confirmación o Sospecha de Violencia de Género de toda mujer atendida, mediante la emisión de un parte judicial o un informe de sospecha a fiscalía.

En el Distrito Sanitario Costa del Sol (DSCS) emite anualmente una media de 600 partes judiciales por violencia de género. Durante 2022, se emitieron 570 partes judiciales por VG y se atendieron a 735 mujeres por este motivo. Además, se emitieron 18 Informes SIMIA por situación de riesgo de VG infantil, y 28 menores víctimas de VG fueron atendidos por el EAM del DSCS.

El DSCS forma anualmente a sus profesionales en violencia de género, y dispone de un Equipo Especializado de Atención a la Mujer y Menores víctimas de VG, que trabaja de forma coordinada con los recursos municipales y provinciales contra la violencia de género.

Educación en igualdad a niños y jóvenes, y la condena unánime de la sociedad y las instituciones contra los maltratadores, es el camino hacia un futuro digno para todas las mujeres.

Maltrato Infantil y su impacto en la salud

Maltrato Infantil (MI) es “cualquier acción, omisión o trato negligente, no accidental, por parte de los padres, cuidadores o por instituciones que compromete la satisfacción de las necesidades básicas del menor e impide o interfiere en su desarrollo físico, psíquico y/o social (de Paúl 1998). El maltrato infantil puede ser físico, psicológico, por negligencia o abandono, sexual, bullying, grooming, y por violencia de género, entre otros.

El Maltrato Infantil daña de manera importante la salud física y psicológica del menor, llegando a provocar incluso su muerte; siendo sus consecuencias persistentes a lo largo de toda la vida del menor, en función de la gravedad y mantenimiento del maltrato sufrido.

Algunos datos sobre Maltrato Infantil en España y Andalucía.

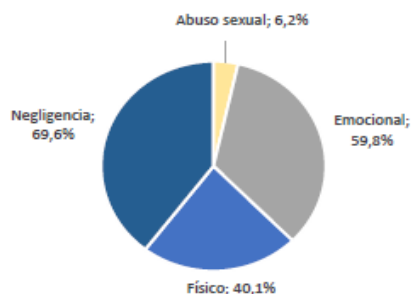
- En España se confirma maltrato en 5-8/10.000 niños, aunque sólo son detectados 10-20% de casos
- La edad de los menores no constituye por sí misma un factor de riesgo; aunque 12-14 años mayor incidencia. 0-2 años mayor prevalencia
- La negligencia, el maltrato emocional y maltrato físico son los maltratos más frecuentes
- El sexo de las víctimas no es determinante, si bien hay una incidencia y prevalencia ligeramente más alta en chicos que en chicas

En cuanto al tipo de maltrato:

- Los chicos sufren más maltrato físico y negligencia
- Las chicas sufren más abuso sexual y maltrato emocional
- Lo habitual es que no se dé un solo tipo de maltrato, sino varios tipos de maltratos simultáneos
- Es característico que el maltrato sea reiterado

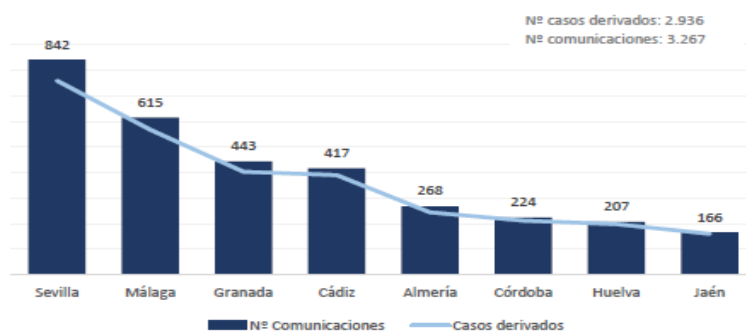
-Aproximadamente el 15% de todos los casos confirmados de maltrato infantil están relacionados con la agresión sexual (Bonner, 1999).

Gráfico 6. Distribución de las notificaciones de maltrato infantil según tipología de maltrato. Andalucía, 2019



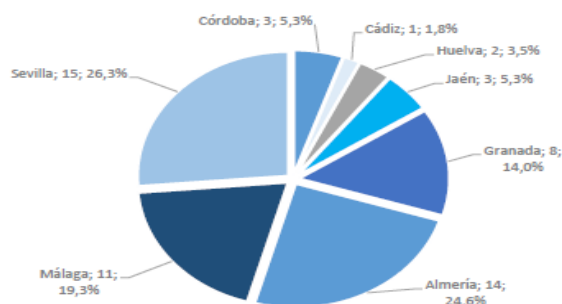
Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de datos de la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación. Dirección General de Infancia. 2020.

Gráfico 1. Número de comunicaciones y casos derivados de maltrato infantil según provincia. Andalucía, 2019



Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de datos de la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación. Dirección General de Infancia. 2020.

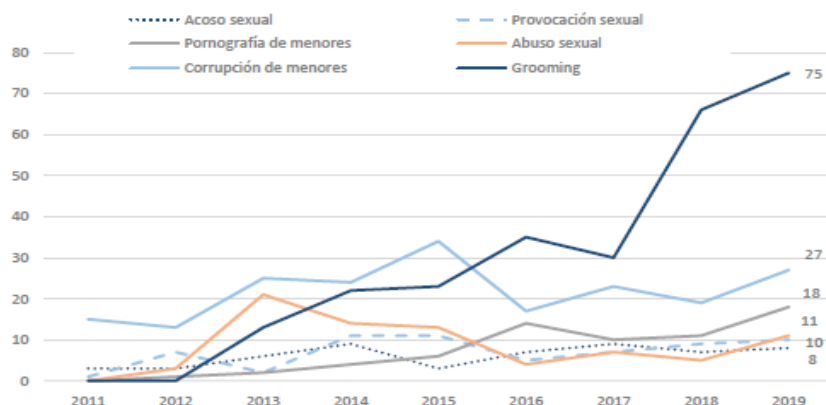
Gráfico 11. Distribución provincial del número de personas menores de 18 años cuyas madres han sido asesinadas por violencia de género. Andalucía, 2013-2020*



* Datos hasta el 31 de julio de 2020.

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir del Boletín Estadístico mensual julio 2020 de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad. Datos actualizados hasta el 31/07/2020.

Gráfico 14. Evolución del número de chicas victimizadas según tipo de ciberdelito sexual. Andalucía, 2011 - 2019



Nota: De los delitos sexuales quedan excluidas las agresiones sexuales con/sin penetración y los abusos sexuales con penetración.
Fuente: Ministerio del Interior, Secretaría de Estado y Seguridad, Portal Estadístico de Criminalidad, Cibercriminalidad, 2020.

Al igual que ocurre con otros maltratos como la violencia de género o el maltrato a menor; el personal sanitario se encuentra en una posición ideal para la detección de las situaciones de violencia. Por ello, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, cuenta también para el MI con un protocolo de actuación desde servicios de salud, donde se detalla nuevamente la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la confirmación o sospecha de maltrato a un/una menor.

En este sentido, en 2022 se emitieron en el DSCS 56 partes judiciales por maltrato a menor.

BIBLIOGRAFÍA

- La Salud en Andalucía: Adultos. V ENCUESTA ANDALUZA DE SALUD (Adultos) 2015-2016. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Febrero 2017
- La Salud en Andalucía: Infantil (Menores de 16 años). V ENCUESTA ANDALUZA DE SALUD (Adultos) 2015-2016. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Febrero 2017
- ENCUESTA NACIONAL DE SALUD. ESPAÑA 2017 (ENSE 2017): Determinantes de salud. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. 2018
- ESTUDIO SOBRE LA ALIMENTACIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA, DESARROLLO INFANTIL Y OBESIDAD EN ESPAÑA 2019: ESTUDIO ALADINO 2019. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). Ministerio de Consumo. Gobierno de España. Septiembre 2020.
- Moreno C, Ramos P, Rivera F et al. Informe técnico de los resultados obtenidos por el Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2018 en Andalucía. Ministerio de Sanidad, 2020.

- Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía. Informe de Evaluación 2011-2018. Noviembre 2019. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía.
- Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía: INFORME ANUAL 2020. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía. 2021
- Informe epidemiológico de las enfermedades transmisibles y no transmisibles. Andalucía. Año 2020. Monografía Vol. 26, Nº 08. Octubre de 2021. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. Consejería Salud. Junta de Andalucía.
- Programas CRECIENDO EN SALUD y FORMA JOVEN: <https://portals.ced.junta-andalucia.es/educacion/portals/web/habitos-vida-saludable> Consejería de Educación y Deportes. Junta de Andalucía.
- FORMA JOVEN: <https://www.formajoven.org/> Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía.
- Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. 3ª edición 2020. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía.
- Protocolo de Intervención Sanitaria en casos de Maltrato Infantil. Consejería de Igualdad, salud y políticas sociales de la Junta de Andalucía.

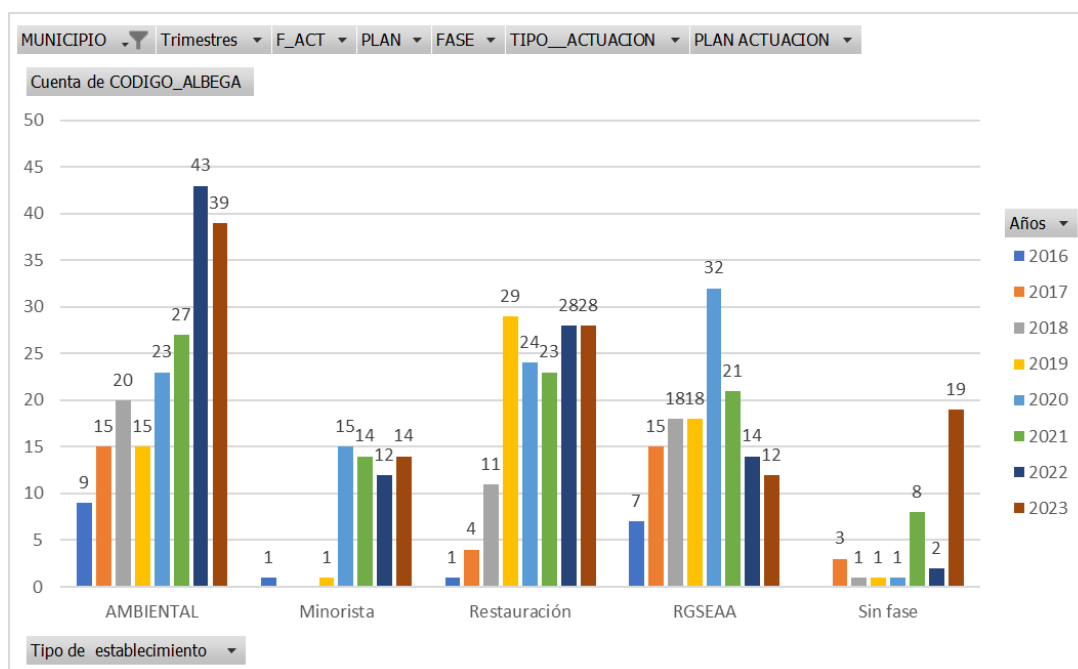
❖ BLOQUE VI. Unidad de protección de la salud: Ámbito alimentario y ambiental.

El informe de salud del municipio de Casares se realiza mediante la evaluación de los diferentes planes y programas que se aplican en el marco de la Unidad de Protección de la Salud del DAP Costa del Sol

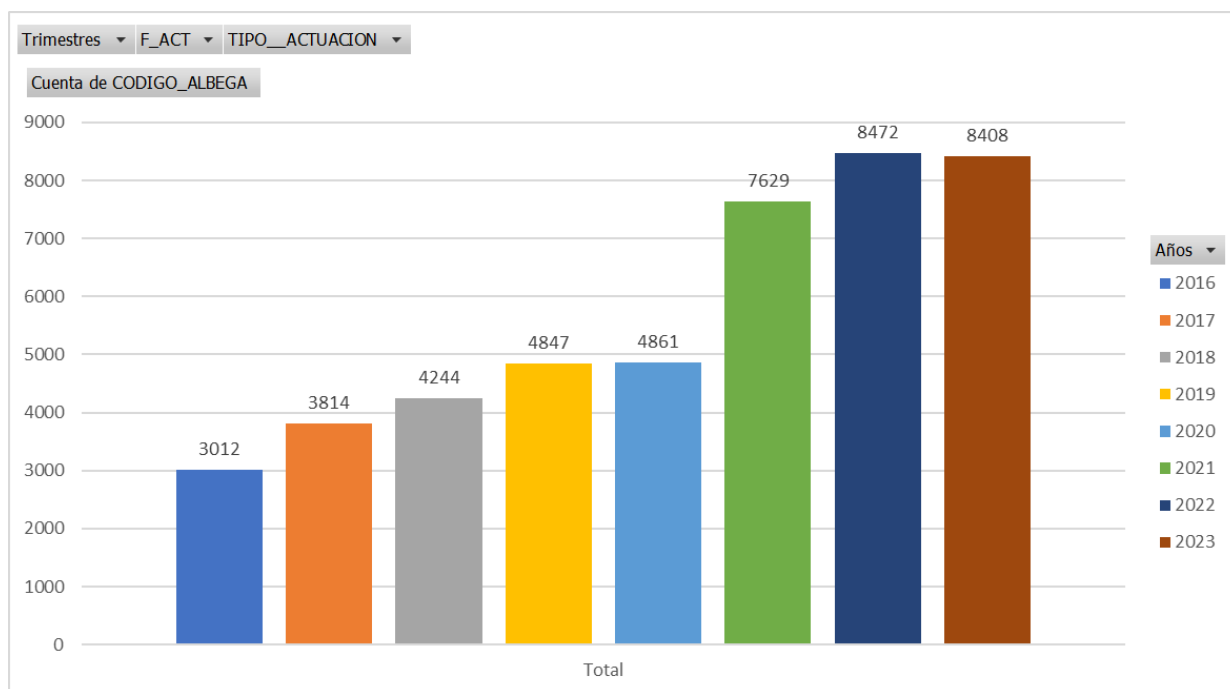
Estos planes y programas incluyen las actuaciones realizadas tanto en el ámbito ambiental como alimentario.

En los gráficos que se muestran a continuación se puede evaluar las actuaciones realizadas en los últimos años en el marco de Protección de la Salud.

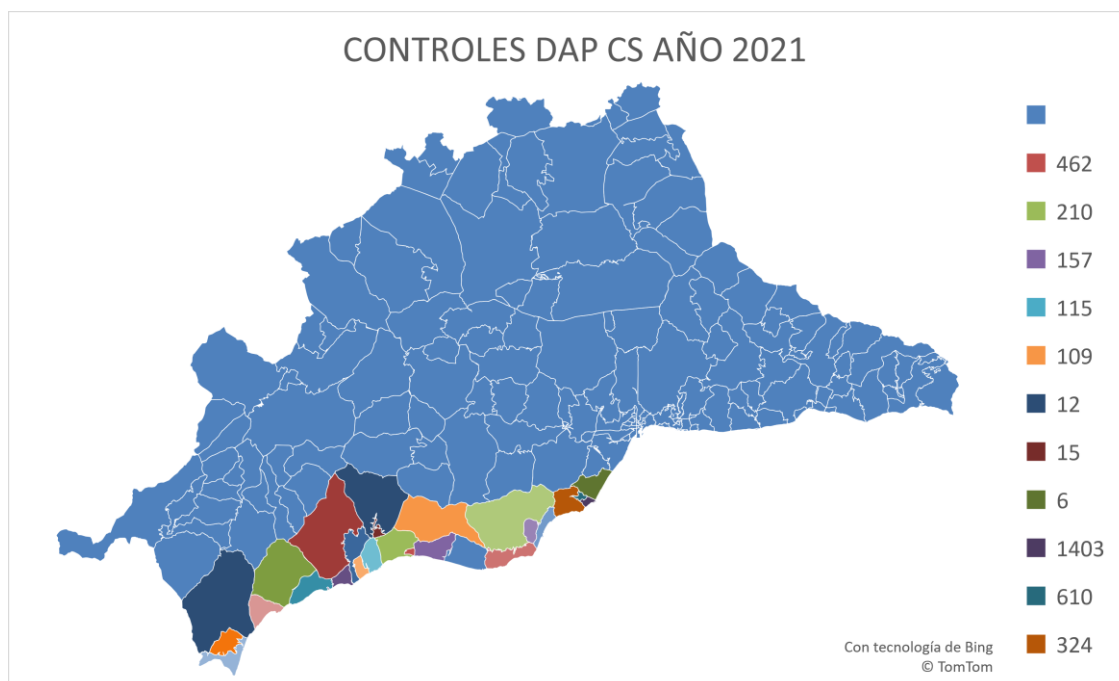
1.- Actuaciones realizadas en Casares entre los años 2016-2023:



Como se puede observar existe un incremento de inspecciones que se han llevado a cabo en los últimos años y que se pone de manifiesto en el siguiente gráfico que recopila la información de todo el Distrito:



2.- Mapa que representa el número de actuaciones por municipios en 2021:



SEGURIDAD ALIMENTARIA

El número de establecimientos alimentarios censados actualmente en el municipio de Casares se encuentra en torno a los ____70 ____; incluyendo tanto la Costa como el pueblo, además de Secadero

Es un censo en constante movimiento y en muchas ocasiones se pueden encontrar discrepancias debido a la variabilidad de los establecimientos, destacan en mayor medida establecimientos de restauración y alojamientos turísticos.

Los controles sanitarios que se llevan a cabo por la Unidad de protección de la Salud se realizan siguiendo dos criterios:

- Inspecciones programadas en base a una clasificación de riesgo previa que se realiza a propuesta de las direcciones de las Unidades y siguiendo los criterios establecidos por la Dirección de Salud Pública de la Consejería.
- Inspecciones de oficio; motivadas principalmente por:
 - 1.- Denuncias.
 - 2.- Alertas sanitarias que involucran establecimientos alimentarios.
 - 3.- Brotes o alertas generadas por toxiinfecciones alimentarias producidas en establecimientos públicos.
 - 4.- A petición del interesado, en el marco del Registro de establecimientos alimentarios.

En relación a las enfermedades relacionadas con las alertas alimentarias o que provocan brotes podemos destacar dos principalmente por el riesgo que supone para la salud, como son: Listeriosis y Salmonelosis.

Aunque las alertas que se han producido en los últimos años son principalmente gastroenteritis cuyo origen suele ser desconocido y que se producen en comedores colectivos, como residencia de mayores, hoteles y cuyo principal foco se relaciona con un origen vírico.

A destacar otro de los programas realizados por la Unidad de Protección, es el Programa EVACOLE; el cual realiza un estudio Nutricional y Presencial de los diferentes comedores escolares del municipio, incluyendo tanto la revisión del comedor como del menú escolar que se propone a los niños.

En todas las inspecciones realizadas y de manera generalizada se observa un alto grado de compromiso por parte de los responsables, no encontrando en la mayoría de los casos incidencias o no conformidades que no se hayan subsanado en visitas posteriores.

SANIDAD AMBIENTAL

Establecimientos con instalaciones de probabilidad de proliferación de Legionella.

La legionelosis es una enfermedad bacteriana de origen ambiental provocada por una bacteria denominada Legionella, dicha enfermedad suele estar asociada a dispositivos y sistemas que utilizan el agua a temperaturas que permiten la proliferación, pero además producen aerosoles durante su funcionamiento, ya que el contagio de la enfermedad se produce al aspirar los aerosoles suspendidos en el aire.

Hay muchos factores en los circuitos hidráulicos que favorecen la proliferación de la bacteria como las variaciones de temperatura, la presencia de biofilms o biocapas, las incrustaciones calcáreas..., etc.

Es por ello, que desde la Unidad de Protección de la Salud se controlan todos aquellos establecimientos que disponen de instalaciones con probabilidad de proliferación de Legionella para garantizar el cumplimiento de la normativa sanitaria de aplicación, Real Decreto 487/2022, de 21 de junio, por el que se establecen los requisitos sanitarios para la prevención y el control de la legionelosis.

El número de establecimientos controlados bajo el Programa de instalaciones de riesgo de Legionella en el municipio de Casares es de 11 agrupando las instalaciones presentes en los núcleos de Casares Costa, Casares pueblo y Secadero.

Las principales instalaciones objeto de aplicación de la normativa sanitaria y que en mayor medida podemos encontrar son:

1.- Sistemas de agua fría de consumo humano y agua caliente sanitaria en alojamientos turísticos: este tipo de instalaciones son las mayoritarias y se incluyen en el grupo de instalaciones de alta probabilidad de proliferación de Legionella, se encuentran principalmente en establecimientos turísticos y también, aunque en menor medida en instalaciones deportivas y sanitarias.

2.- Jacuzzis o bañeras de hidromasajes: en los últimos tiempos se han incrementado el número de instalaciones de este tipo, encontrándose principalmente en alojamientos turísticos y centros de ocio (SPA).

3.- Instalaciones que anteriormente se consideraban de baja probabilidad de riesgo de Legionella pero que en la actualidad y tras los estudios realizados se consideran responsables de muchos de los casos relacionados con esta enfermedad, destacando principalmente:

- Riego por aspersión, a tener en cuenta principalmente cuando afecta a zonas urbanas, campos de golf...
- Instalaciones para el lavado de coches.
- Fuentes ornamentales.
- Y, por último, aunque en menor medida por la climatología propia de la zona, los elementos de climatización por agua pulverizada.

En la evaluación realizada con respecto a las actuaciones de los últimos años, se han inspeccionado todos los establecimientos anteriormente indicados. No se han detectado grandes incidencias durante las inspecciones y/o supervisiones realizadas y en la mayoría de los casos, éstas se han subsanado de forma adecuada, sólo en ocasiones muy puntuales, y principalmente por no atender a los requerimientos que se han realizado en las inspecciones, se ha procedido a proponer la incoación de expediente sancionador.

Es importante destacar que la legionelosis es una enfermedad de declaración obligatoria figurando, como tal, en el anexo I del Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la red nacional de vigilancia epidemiológica, siendo los casos objeto de notificación a través de dicha red, lo que permite la recogida y análisis de la información con el fin de poder detectar problemas, valorar los cambios en el tiempo y en el espacio y contribuir a la aplicación de medidas preventivas y de control frente a dicha enfermedad.

En el periodo evaluado no se ha declarado ningún brote o cluster de Legionelosis relacionados con ningún establecimiento en el municipio, aunque sí que han aparecido casos comunitarios de Legionelosis de forma periódica, aunque no se ha evidenciado una relación directa con el municipio de Casares.

Cuando se detecta un nuevo caso de Legionelosis se declara en la RedAlerta, lo que conlleva una serie de actuaciones que se realizan tanto Epidemiología como por las Unidad de Protección de la Salud, realizando actuaciones destinadas principalmente a identificar las instalaciones que hayan podido causar la enfermedad:

- En primer lugar, se valoran las instalaciones de riesgo que existen en las proximidades del domicilio o del lugar trabajo del caso que previamente se ha identificado en la encuesta epidemiológica; empezando por TTRR o Condensadores evaporativos.
- Una vez descartadas las instalaciones que mayor repercusión pueden tener, se procede a realizar un estudio del resto de instalaciones, entre las mas destacadas se incluyen fuentes municipales, riego por aspersión y lavado de coches, entre otras.
- Una vez evaluadas las instalaciones exteriores, se realiza visita de control a los domicilios particulares siempre que sea posible y así lo autorice el propietario, realizando revisiones tanto de las instalaciones de agua fría de consumo humano, en la que se incluyen los aljibes comunitarios como las instalaciones de agua caliente sanitaria.

Estas actuaciones son de un rigor y necesidad extrema cuya finalidad es identificar instalaciones de riesgo que puedan ser las causantes de la enfermedad y evitar que pueda afectar a otra persona o convertirse en un brote.

Las principales conclusiones derivadas de las investigaciones que se han realizado en los últimos años por la Unidad de Protección de la Salud a lo largo de todo el Distrito son las siguientes:

1.- Los resultados de las inspecciones realizadas durante la investigación de los casos fueron variables; detectando instalaciones sin programas de autocontrol y sin formación adecuada por parte del personal de mantenimiento y otras instalaciones con los procedimientos y protocolos correctamente establecidos y controlados.

2.- Las fuentes municipales disponen en una proporción alta de sistemas de desinfección adecuados a la normativa, en cambio se ha detectado que el riego por aspersión no suele realizarse en horario de baja afluencia de personas; ya que están programados para que se conecten en diferentes horas del día sin evitar la coincidencia de estos horarios con la afluencia de personas.

3.- En los domicilios particulares se encuentran deficiencias en las instalaciones interiores comunitarias; principalmente asociadas a deficiencias en el mantenimiento y limpieza de los aljibes comunitarios que no suelen tener control de desinfectante; esto genera que en muchos casos el agua que llega a las viviendas no dispone de niveles adecuado de cloro residual libre.

También es normal encontrar deficiencias asociadas a la temperatura de agua caliente sanitaria que en muchas ocasiones se encuentra a niveles inferiores de los recomendados en la normativa sanitaria. En todos los casos se realizan indicaciones de limpieza y mantenimientos de las instalaciones y temperaturas y se insta a realizar una limpieza y desinfección de las redes interiores de los establecimientos.

Como dato a destacar en este ámbito es la proliferación de apartamentos turísticos que sin mantener una regularización adecuada genera una dificultad a la hora de realizar una vigilancia sanitaria adecuada de estos establecimientos.

Programa de zonas de baño

Las zonas de agua de baño pertenecientes al municipio de Casares e incluidas en el censo de zona de aguas de baño nacional dentro del programa NÁYADE son las que se detallan a continuación:

Aguas costeras:

- Playa Ancha
- La Paloma- Torrevigía

Aguas continentales:

- Manantial La Hedionda- Cúpula Romana

Estas zonas de baño están incluidas en el programa de muestreo de agua de baño realizado a nivel nacional, que incluye 9 muestras anuales programadas de manera quincenal entre los meses de mayo y septiembre coincidiendo con la temporada de baño de Andalucía y además una muestra adicional que se realiza previa a la Semana Santa.

En los muestreos que se realizan se comprueban dos tipos diferentes de parámetros:

- Parámetros visuales en el momento de la recogida de las muestras y que incluyen parámetros como temperatura, transparencia, color, presencia de medusas, aceites minerales, sustancias tensioactivas, residuos plásticos, cauchos o residuos orgánicos, maderas y algas.

- Parámetros microbiológicos que se analizan en el Laboratorio de Salud Pública de Málaga y que incluye E. Coli y Enterococos intestinales principalmente relacionados con la contaminación fecal.

En el marco del programa de muestreo de zonas de baño de Casares, no se observan incidencias reseñables en los últimos años, obteniendo unos resultados excelentes en todos los análisis realizados tanto en las aguas costeras como en las continentales.

Por otro lado, existe un problema de presencia de algas, principalmente pardas que se presentan en determinadas épocas del año de forma abundante en las diferentes zonas de baño de la Costa del Sol y que generan problemas de calidad de aguas de baño, aunque Casares no es de los municipios más afectados.

Por otro lado, una de las principales actividades que hay que tener en cuenta y que puede afectar a la calidad de agua costera en Casares es el Saneamiento Integral de la Costa del Sol.

Como se observa en la fotografía, este saneamiento se distribuye a lo largo de toda la línea de costa de la Costa del Sol.



El estado de las conducciones además de ser antiguas, han sufrido mucho por lo temporales que acontecen asiduamente a la costa produciendo una situación complicada para los colectores, que en muchas ocasiones sufren roturas o pérdidas que generan vertidos directamente al mar, provocando incidencias que afectan a la calidad del agua.

Agua de consumo humano

Las diferentes zonas de abastecimiento que distribuyen el agua de consumo humano en el municipio de Casares se encuentran divididas en 3 zonas completamente diferentes tanto por el origen del agua como por los riesgos asociados al mismo, siendo la empresa gestora en las tres zonas Acosol:

1.- Zona de abastecimiento de Casares: esta es la zona de abastecimiento que distribuye el agua a Casares pueblo, el origen de la misma es principalmente superficial, captando agua del nacimiento de Sierra Bermeja.

2.- Zona de abastecimiento Costa del Sol Occidental: esta zona distribuye el agua a Casares Costa, es el principal abastecimiento de toda la Costa del Sol y distribuye el agua procedente de la ETAP de Río Verde cuyo origen del agua también es superficial principalmente, aunque intervienen otras captaciones como la desaladora.



3.- Zona de abastecimiento de Secadero: esta zona de abastecimiento distribuye el agua a la zona de Secadero, siendo en este caso de procedencia subterránea formada por captaciones tipo pozo entubado situadas en el Río Guadiaro.

Además, tanto Secadero como Costa del Sol Occidental disponen como suministro alternativo de conexión con el Campo de Gibraltar.

La gestión del agua es un reto que en los últimos años y debido a la sequía se ha vuelto más complicado aún si cabe, por eso es muy importante realizar una gestión eficaz de los recursos y fomentar otros sistemas de obtención de agua, principalmente con la

promoción del uso de aguas regeneradas en aquellas instalaciones que generan un alto consumo como pueden ser, son piscinas, riego de parques y jardines; y principalmente los numerosos campos de golf existentes en la costa.

Piscinas de uso colectivo:

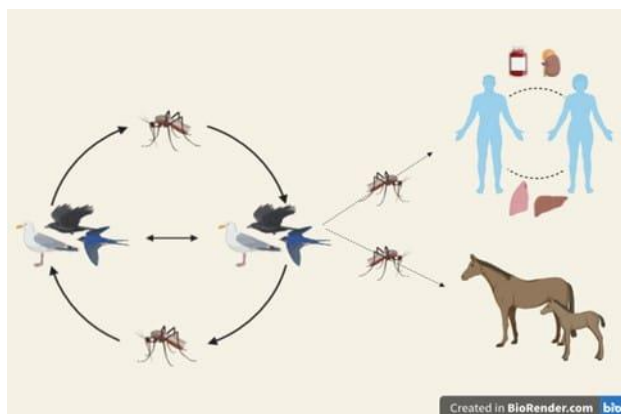
La gestión de las piscinas de uso colectivo en el municipio de Casares, principalmente en la parte de la Costa dificulta disponer de un censo actualizado y realizar los controles necesarios para garantizar que se adecuen a la normativa sanitaria, principalmente en cuanto a las piscinas de las Comunidades de Propietarios, que son las que se encuentran en mayor número.

No obstante, se realizan controles programados a las piscinas públicas, tanto municipales como las pertenecientes a alojamientos turísticos encontrando numerosos incumplimientos tanto estructurales como de mantenimiento, aunque en general; se subsanan en los plazos establecidos.

Cambio climático y la incidencia en vectores que afectan a la salud de la población, haciendo especial incidencia en el Virus del Nilo Occidental.

La presencia de vectores que, debido al cambio climático, a la globalización y la modificación de diferentes hábitats están proliferando de manera incontrolada en zonas de nuestro entorno es preocupante, máxime cuando los efectos pueden afectar a la salud de la población.

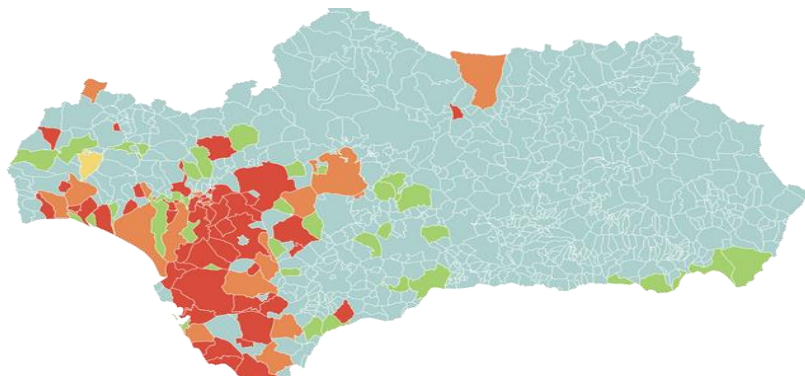
En algunos casos, estos vectores transmiten una diversidad importante de enfermedades algunas de ellas graves que ha generado la necesidad de implantar programas específicos para el control de este tipo de vectores, siendo el más importante el realizado para el Virus del Nilo Occidental.



Actualmente, tal y como se observa en el mapa; Casares se encuentra en nivel de riesgo de riesgo 1.

Por ello, es muy importante, mantener una vigilancia tanto a nivel municipal como comunitario destinada a disminuir la población de vectores, especialmente los mosquitos que transmiten esta enfermedad.

Las actuaciones principales deben ir encaminadas a realizar un análisis de situación, mantener la vigilancia de los arroyos y evitar la proliferación de zonas con agua estancada y en todo caso combinar tratamientos químicos con otras medidas correctoras.



INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

En este año 2023 se ha realizado la vigilancia del municipio encontrando

- Casares: Se encuentra en el NR1.
- Cuenta con un Plan de Vigilancia y Control de Vectores aprobados.
- Realizan las diagnosis conforme al Plan aprobado y tratamientos derivados de estas diagnosis en el núcleo de Casares Costa.
- Realizan control y vigilancia de los puntos críticos que tienen establecidos
- Disponen del Plan de Comunicación a la ciudadanía a través de las redes sociales municipales.

CONCLUSIONES CUALITATIVAS

- En general, se están incrementando de manera significativa el control sanitario de los establecimientos de Casares, haciéndose mayor si cabe en aquellos cuya repercusión sanitaria pueda ser mayor; como industrias de alimentos de origen animal, comedores colectivos, principalmente escolares y establecimientos de restauración colectiva.
- Es necesario destacar que el censo establecimientos alimentarios no se encuentra actualizado; existiendo gran variabilidad e inestabilidad en muchos establecimientos, principalmente en los minoristas y establecimientos de restauración, lo que incide en la dificultad de disponer de información adecuada sobre el tipo y número de establecimientos reales en el municipio Y con ello llevar un control sanitario adecuado.
- El control de los establecimientos con instalaciones de riesgo de Legionella es elevado, en la mayoría de los casos tienen los procedimientos muy interiorizados

y desarrollados, aunque con la reciente modificación de la normativa sanitaria hace necesario mantener el control sanitario.

- El control sanitario de las fuentes municipales y del riego por aspersión debe ser prioritario y debe acogerse a la normativa sanitaria, ya que la exposición de personas a este tipo de instalaciones es muy elevada.
- En relación, con las aguas de baño, no existen incidencias destacables, aunque se deberá valorar la posibilidad de realizar actuaciones centradas en la eliminación de algas o medusas, si fuera necesario. Por otro lado, se considera necesario seguir trabajando en la detección precoz y subsanación de problemas de saneamiento con objeto de evitar la contaminación de las aguas de baño principalmente en la temporada de baño.
- La proliferación de vectores y las diferentes zoonosis que puedan producirse derivado de esto son un reto prioritario y que debemos tener en cuenta como principal foco de control.

PROPUESTAS DE MEJORA

- En relación con los establecimientos alimentarios es necesario garantizar una comunicación eficaz entre el Ayuntamiento y la Unidad de Protección de la Salud centrándonos en aquellos establecimientos alimentarios que solicitan licencias de apertura, de esta forma se garantizaría disponer de un censo más real y actualizado, incrementando con ello la cobertura de los establecimientos y los controles sanitarios que se le puedan realizar
- Se deberán buscar actuaciones concretas que garanticen un mayor control para las piscinas de las Comunidades de Propietarios con objeto de poder garantizar el cumplimiento de la normativa sanitaria.