





II PLAN LOCAL DE ACCIÓN EN SALUD DE ISLA CRISTINA 2025 – 2029

"Isla Cristina late con salud"

SALUD LOCAL
Isla Cristina

Ayuntamiento de Isla Cristina

AGENDA URBANA ISLA CRISTINA

Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo

Estimados ciudadanos y ciudadanas de **Isla Cristina**,

Me complace presentarles el II Plan Local de Salud, una iniciativa que refuerza nuestro compromiso con el bienestar de la ciudadanía y da continuidad al trabajo iniciado en el primer plan. Esta nueva edición responde a los retos actuales en materia de salud pública y a la necesidad de seguir avanzando en la creación de entornos más saludables para todos.

Este plan se estructura en tres ejes fundamentales:

- **Prevención de Adicciones y Abordaje del Consumo de Drogas y Otros Comportamientos de Riesgo:** Nos comprometemos a fortalecer las estrategias de prevención y acompañamiento, con especial atención a la juventud, para evitar conductas que puedan afectar su salud y su desarrollo.

- **Promoción de Estilos de Vida Saludable:** Queremos seguir fomentando hábitos saludables, como una alimentación equilibrada y la práctica de actividad física, fundamentales para prevenir enfermedades y mejorar la calidad de vida.

- Bienestar Emocional a lo Largo de la Vida: **La salud mental es una prioridad. Apostamos por iniciativas que promuevan el bienestar** emocional en todas las edades, ofreciendo recursos y apoyo accesible para nuestra comunidad.



Es el resultado del esfuerzo conjunto de instituciones, asociaciones, profesionales sanitarios y la implicación de nuestra ciudadanía, cuyo
compromiso ha sido clave en su desarrollo.
La elaboración del II Plan Local de Acción en Salud (2025-2029) se configura como la materialización de la *Acción 104*: *Plan Municipal de Salud*, la cual fue incorporada y priorizada en el Plan de Acción Local Isla Cristina 2030 en el contexto del Programa Operativo Anual (PROA) 2024, ubicándose en el proceso de participación ciudadana impulsado en el marco del Programa Operativo Anual (PROA) 2024 de la Agenda Urbana de Isla Cristina 2030, que ha puesto de manifiesto la importancia de seguir trabajando en esta dirección.

Desde el Ayuntamiento seguiremos promoviendo políticas y acciones que garanticen una Isla Cristina más saludable, convencidos de que, con la colaboración de todos, este plan será una herramienta eficaz para mejorar la calidad de vida en nuestro municipio.

Jenaro Orta
Alcalde de Isla Cristina

ÍNDICE

1 INTRODUCCIÓN Página 4

2 JUSTIFICACIÓN Página 6

2.1. MARCO ESTRATÉGICO Página 6

2.1.1. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL II PLAN LOCAL DE SALUD DE ISLA CRISTINA Página 6

2.1.2. MISIÓN Página 7

2.1.3. VISIÓN Página 7

2.1.4. TEMPORALIDAD Página 7

2.1.5. PRINCIPIOS QUE RIGEN EL II PLAN DE SALUD DE ISLA CRISTINA Página 7

2.2. MARCO NORMATIVO Página 6

2.2.1. ÁMBITO INTERNACIONAL Página 9

2.2.2. ESPAÑA Página 10

2.2.3. ANDALUCÍA Página 12

2.3. MARCO CONCEPTUAL Página 20

2.3.1. SALUD Página 20

2.3.2. SALUD PÚBLICA Página 21

2.3.3. PROMOCIÓN DE LA SALUD Página 22

2.3.3.1. BUENA GOBERNANZA SANITARIA Página 22

2.3.3.2. EDUCACIÓN SANITARIA Página 22

2.3.3.3. CIUDADES SALUDABLES Página 23

2.3.4. ACTIVOS EN SALUD Página 23

3 PERFIL DE SALUD LOCAL Página 24

ACTIVOS Página 26

OBSTÁCULOS Página 28

4 PLAN DE ACCIÓN: LÍNEAS DE TRABAJO Página 29

- LÍNEA ESTRATÉGICA 1 Página 30

PREVENCIÓN DE ADICCIONES: ABORDAJE DE LA PREVENCIÓN Y LA PROMOCIÓN DE ENTORNOS SEGUROS Y LIBRES DE LAS ADICCIONES

- LÍNEA ESTRATÉGICA 2 Página 35

PROMOCIONAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLES: ADHESIÓN A LA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA Y FOMENTO ACTIVIDAD FÍSICA

- LÍNEA ESTRATÉGICA 3 Página 41

BIENESTAR EMOCIONAL, PROMOCIÓN EN TODAS LAS EDADES

5 EVALUACIÓN Página 43

ANEXO 1: INFORME SALUD PERCIBIDA Página 44

ANEXO 2: CARTERA DE SERVICIOS SANITARIOS PÚBLICOS Página 91

ANEXO 3: PLAN DE EVALUACIÓN Página 96

1. INTRODUCCIÓN

Planificar no es otra cosa que establecer un procedimiento para alcanzar un objetivo determinado. En un Plan Local de Salud este objetivo se sustancia en aumentar el nivel de salud de la ciudadanía del municipio. Implica una continua toma de decisiones en aspectos como la identificación de los determinantes sociales de la salud, establecimiento de prioridades, asignación de recursos (humanos y materiales) y dotarlos de lugar y tiempo.

En los Planes locales de Salud, además es necesario que estas tomas de decisiones se lleven a cabo con la participación y la implicación de la comunidad. Esta debe ser activa, continua y capaz de aglutinar el mayor número de colectivos del municipio, implicándose tanto en la información, que permite recoger sus aportaciones, como en el desarrollo de las acciones que se pongan en marcha. En resumen, un plan Local de Salud debe ser construido para la ciudadanía y con la ciudadanía.

De esta forma constituirá una forma de aunar esfuerzos y voluntades en la búsqueda de una mayor calidad de vida. Ha de ser no sólo un instrumento de coordinación, sino de convergencia en la consecución de los objetivos comunes y atender tanto a la coordinación intramunicipal como institucional.

Proponemos una forma de trabajar basada en los activos en salud, es decir en las capacidades de los individuos y en los elementos positivos que les rodean y que favorecen su mejor nivel de salud física, mental y social; por encima de otros modelos basados en el déficit, los problemas o la enfermedad.

Por todo ello, podemos definir el Plan Local de Acción de Salud como un instrumento para la planificación de acciones en salud en los próximos años, en el que se establecerán las prioridades de intervención en salud, los objetivos y actividades de promoción de salud y educación sanitaria necesarias para mejorar la salud y la calidad de vida de la ciudadanía de Isla Cristina. En definitiva hablamos de un documento dinámico con intervención sobre los estilos de vida y el contexto social de los ciudadanos con las siguientes características:

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

A modo de resumen, podemos considerar el Plan de Salud como un "contrato", entre la corporación y la ciudadanía, dinámico y capaz de cumplir con su objetivo: Aumentar el nivel de salud de su población.

2. JUSTIFICACIÓN

2.1. MARCO ESTRATÉGICO

2.1.1. Objetivos Estratégicos del II Plan Local de Salud de Isla Cristina.

Una vez puesta de manifiesto la necesidad de proporcionar respuestas a las situaciones concretas y específicas de la población de Isla Cristina, el II Plan Local de Salud se propone centrar los esfuerzos públicos en aquellas circunstancias condicionantes que puedan suponer un mayor impacto en el nivel de salud de su ciudadanía.

Bajo esta premisa, planteamos las siguientes metas o propósitos de carácter general:

1. Promover los canales necesarios para implicar y comprometer a los ciudadanos y ciudadanas con su propia salud, fomentando conductas y estilos saludables de vida.

2. Potenciar políticas intersectoriales para promover la salud en la población, generar entornos saludables de vida, mejorar la calidad del medioambiente y potenciar los mecanismos de prevención y seguridad de la salud colectiva.

3. Disminuir las desigualdades en salud, que en gran parte son causantes de los resultados desfavorables en nuestra salud local.

4. Identificar y promover los “activos” que conducen a la mejora de la salud, y generan bienestar y calidad de vida en nuestros ciudadanos.

Con estas premisas podemos concretar la Misión y la Visión del II Plan Local de Salud de Isla Cristina.

2.1.2 Misión:

Elaborar un plan local de salud que incida de forma activa y positiva sobre los factores determinantes de la salud, ayudando a la ciudadanía a mejorar su nivel de salud.

2.1.3. Visión:

Que el II Plan Local de Salud de Isla Cristina, se convierta en un verdadero instrumento que nos ayude a mejorar la salud y calidad de vida de nuestra ciudadanía, que sea referencial en la gestión y buenas prácticas a la hora de programar con perspectiva de salud y que se constituya en un referente para conocer y utilizar los "activos en salud" que se desarrollan en nuestro municipio.

2.1.4. Temporalidad:

El Plan Local que ahora se presenta debe tener una proyección temporal a largo plazo; de forma que permita un desarrollo sostenido en el tiempo de las acciones, iniciativas y estrategias que se plantean. Por ello se considera adecuado un marco cronológico de 5 años (2025-2029). No obstante, se irán evaluando y revisando anualmente en sus programas y en las acciones planteadas, por medio de una adenda, que incorporará el Plan de Acción de cada año.

2.1.5. Principios que rigen el II PLAN DE SALUD DE ISLA CRISTINA.

Los principios estratégicos que subyacen a este plan y su proceso de puesta en marcha, que responden a un compromiso común y una visión compartida de todos los agentes intervinientes en la mejora de la salud pública de la ciudadanía de Isla Cristina, son:

A. Participación.

Según la OMS la participación comprende las acciones colectivas mediante las cuales la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia propuestas y satisface las necesidades en materia de salud, de una manera deliberada, democrática y concertada.

Es por tanto, imprescindible obtener la máxima representatividad social de todos los agentes locales en todo el ciclo de vida del plan, que deben formar parte del proceso en todas sus fases, desde el inicio hasta la evaluación final del mismo.

B. Intersectorialidad.

Con la intención, como se ha referido, de incluir el valor salud en todas las políticas locales, será necesaria la coordinación y actuación conjunta de las instituciones, entidades, asociaciones y colectivos que desarrollen sus competencias en el territorio. Esta mirada intersectorial pretende alinear las metas de las distintas organizaciones, sus recursos y sus programaciones.

C. Equidad.

Es preciso tener en cuenta la existencia de colectivos desfavorecidos que se encuentran en situación de vulnerabilidad, exclusión e incluso marginalidad en nuestro municipio. Esta situación puede derivar de distintas circunstancias: personas con discapacidad, personas que viven solas, inmigrantes, etnias, consumos de riesgo, mujeres maltratadas..., en definitiva personas que encuentran dificultades en el acceso a los servicios y programas de salud, e incluso a la información en materia de prevención y promoción de su propia salud.

2.1.2. Integración con el Plan de Acción de la Agenda Urbana de Isla Cristina

El II Plan Local de Acción en Salud (PMS) se integra plenamente en la planificación estratégica municipal al constituir la Acción 104 del Plan de Acción Local Isla Cristina 2030 (AUIC 2030). La Acción 104 establece que la planificación de intervenciones de salud pública debe basarse en la gobernanza, la intersectorialidad y la participación, promoviendo el enfoque de "Salud en Todas las Políticas" (STP) para asegurar que todas las áreas de gobierno contribuyan al bienestar de la población. Este Plan, por lo tanto, es esencial para la implementación de otras acciones relacionadas con los cuidados y los servicios a la población incluidas en la Agenda Urbana.

104 Plan Municipal de Salud

DESCRIPCIÓN

El Plan Local de Salud es el instrumento que recoge la planificación de intervenciones de salud pública a realizar en el municipio. Según la Red Local de Acción en Salud de Andalucía, este Plan ha de elaborarse de acuerdo con una metodología, probada y validada, que se basa en tres principios fundamentales: gobernanza, intersectorialidad y participación. Es decir: impulsada desde el gobierno municipal, en colaboración con todos los agentes locales y sectores que promueven la vida municipal y dando protagonismo a la ciudadanía en su desarrollo a través del trabajo en red desde el enfoque de Salud en Todas las Políticas, es decir, incluyendo el valor salud en cada intervención que se planifique desde cualquier área del gobierno local, puesto que todas ellas influyen en la salud de la población.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

1. Informe sobre la salud de la población del municipio y sus determinantes e inequidades.
2. Reconocimiento de las lineas prioritarias de intervención en salud pública. Evaluación de riesgos comunitarios.
3. Mejora del entorno físico y medio ambiente.
4. Campaña de sensibilización sobre prevención.
5. Promoción de itinerarios saludables y la actividad física.
6. Programa de acceso a alimentación saludable y promoción.
7. Seguimiento y evaluación de la calidad del aire y del agua.
8. Programa de actuación sobre los factores psico-sociales.

CARACTERIZACIÓN

GRADO DE DESARROLLO	No iniciada		Trabajos previos		En desarrollo		Realizada	
	○		○		●		○	
PROGRAMACIÓN ESTIMADA	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
	●	●	●	●	○	○	○	○
ACTORES IMPLICADOS	Ayuntamiento; SS.SS. Comunitarios							
FUENTES DE FINANCIACIÓN	Ayuntamiento; SS.SS. Comunitarios							

ENCAJE EN AGENDA URBANA ESPAÑOLA

OBJETIVO ESTRATÉGICO	OE6. FOMENTAR LA COHESIÓN SOCIAL Y BUSCAR LA EQUIDAD									
OBJETIVO ESPECÍFICO	6.2. Buscar la igualdad de oportunidades desde una perspectiva de género, edad y capacidad.									
SINERGIA CON OTROS OE	OE1	OE2	OE3	OE4	OE5	OE6	OE7	OE8	OE9	OE10
	●	●	●	●	●	●	●	●	○	●

ENCAJE EN PLAN DE ACCIÓN LOCAL

RELACIÓN CON DIAGNÓSTICO	D	D3, D5	F	F1, F2, F3, F4
	A	A1, A3, A5	O	O1
TIPOLOGÍA	Acción singular			
CONTRIBUCIÓN A LOS RETOS	○	R1 Reto climático	○	R4 Reto medioambiental
	○	R2 Reto económico	○	R5 Reto demográfico
	●	R3 Reto social	●	R6 Reto político y cultural

TRAZABILIDAD PARTICIPACIÓN	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
	○	●	●	●	○	●	○	●	●	○
RELACIÓN CON OTRAS ACCIONES	L13: 58, 59, 60, 61, 62, 91									

INDICADORES

2.1.2. Porcentaje de población próxima a los servicios básicos.

2.1.3. Superficie de edificios públicos e instalaciones municipales sobre los que se van a realizar actuaciones de mejora de la calidad y adecuación a la demanda existente.

3.2.1. ¿Se dispone de algún plan o estrategia de calidad del aire que realice un diagnóstico de su situación y establezca prioridades y actuaciones para impulsar su mejora?

4.4.2. Generación de residuos por habitante

6.2.2. ¿Se dispone de un Plan o estrategia que lleve a cabo protocolos de detección temprana de vulnerabilidad/exclusión social?

2.2. MARCO NORMATIVO

2.2.1. ÁMBITO INTERNACIONAL

En el marco internacional, el reconocimiento del poder de acción local en la promoción de las ciudades saludables ha generado en Europa un movimiento de articulación de los alcaldes y representantes locales que se expresó a través de un conjunto de declaraciones de compromiso de estas autoridades europeas con la promoción de la salud para todos. El esfuerzo está basado en principios de sostenibilidad, igualdad, cooperación multisectorial, participación, rendición de cuentas y solidaridad.1 (Fleury, 2015).

La estrategia europea de Salud en Todas las Políticas (STP) consiste en adoptar un enfoque integral de las políticas públicas en el que se tengan en cuenta sistemáticamente las repercusiones en salud de las decisiones políticas, se promuevan las sinergias entre los distintos sectores y se prevean los efectos perjudiciales, con el fin de mejorar la salud de la población.

La Agenda 2030, adoptada por los 193 Estados Miembros de las Naciones Unidas en la cumbre sobre el Desarrollo Sostenible celebrada en 2015 en Nueva York, consta de 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que proporcionan un marco global unificado para el desarrollo sostenible, aplicable por igual a todos los países. En este sentido el ODS 3 es: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades".

Esta misma agenda, está totalmente alineada con la Estrategia de salud 2020, que reconoce la importancia de la acción a nivel local y el papel central que pueden desempeñar los gobiernos locales en la promoción de la salud y el bienestar ya que están en una posición única para proporcionar liderazgo en salud y bienestar, además cuentan con la capacidad de influir en la mayoría de los determinantes de salud y las inequidades. Son por tanto la plataforma ideal para la implementación de los ODS a nivel local.

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

2.2.2. ESPAÑA

En España son múltiples y variadas las referencias normativas para enmarcar la relación del ámbito local con la salud y de la salud con el ámbito local como son la Constitución, la Ley Reguladora de las Bases de Régimen Local de 7/1985, la Ley 27/2013 de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local, la Ley General de Sanidad de 1986, y en Andalucía, el Estatuto de Andalucía, la Ley 2/1998 de Salud de Andalucía, la Ley 5/2010 de Autonomía Local de Andalucía, la Ley 16/2011 de Salud Pública de Andalucía y el Decretoley 7/2014 por el que se establecen medidas urgentes para la aplicación de la Ley 27/2013.

La Ley Reguladora de las Bases de Régimen Local de 7/1985, es una norma que pese a su antigüedad sigue siendo trascendental en el sentido que podíamos decir que es pionera a la hora de asignar a los Ayuntamientos, competencias en materias relacionadas con los determinantes sociales de la salud: como la seguridad alimentaria, el control del aire, o del agua de consumo, el control de plagas, etc.

Cabría señalar una modificación dictada desde el Gobierno español, que cambia sustancialmente el papel de los Ayuntamientos que es el Decreto-ley 7/2014, de 20 de mayo, por el que se establecen medidas urgentes para la aplicación de la Ley 27/2013, de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local.

Esta **Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local**, efectúa una profunda revisión del conjunto de disposiciones relativas al estatuto jurídico de la Administración Local, con varios objetivos básicos: Clarificar las competencias municipales para evitar duplicidades con las competencias de otras Administraciones; Racionalizar la estructura organizativa de la Administración local de acuerdo con los principios de eficiencia, estabilidad y sostenibilidad financiera; Garantizar un control financiero y presupuestario más riguroso y Favorecer la iniciativa económica privada evitando intervenciones administrativas desproporcionadas.

El **Decreto-Ley 7/2014**, establece que las entidades locales solo podrán ejercer competencias distintas de las propias y de las atribuidas por delegación, cuando no se ponga en riesgo la sostenibilidad financiera del conjunto de la Hacienda municipal, de acuerdo con los requerimientos de la legislación de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera y no se incurra en un supuesto de ejecución simultánea del mismo servicio público con otra Administración Pública.

Y en concreto en materia de salud…

La Disposición adicional única, sobre Competencias municipales en materia de educación, salud y servicios sociales establece que: Las competencias que, con carácter previo a la entrada en vigor de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local se preveían como propias de los municipios en materia de participación en la gestión de la atención primaria de la salud e inspección sanitaria, en materia de prestación de servicios sociales, y de promoción y reinserción social, así como aquellas otras en materia de educación, a las que se refieren las disposiciones adicionales decimoquinta y transitorias primera, segunda y tercera de la Ley 27/2011, de 27 de diciembre, continuarán siendo ejercidas por los municipios en los términos previstos en las leyes correspondientes, en tanto no hayan sido asumidas por parte de la Comunidad Autónoma.

El resto de competencias en dichas materias atribuidas a las entidades locales por la legislación de la Comunidad Autónoma anterior a la entrada en vigor de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local, continuarán siendo ejercidas por éstas, de conformidad con las previsiones de la norma de atribución y en los términos establecidos en el artículo 7.2 de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local.

La Estrategia Nacional de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud, aprobada en 2013, busca integrar y coordinar los esfuerzos de promoción de la salud y prevención en todos los niveles sectores y actores implicados, esta estrategia tiene entre sus principios rectores la STP y propone el trabajo en el ámbito local como un aspecto clave para ganar salud.

La Estrategia Nacional de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud, aprobada en 2013, busca integrar y coordinar los esfuerzos de promoción de la salud y prevención en todos los niveles sectores y actores implicados, esta estrategia tiene entre sus principios rectores la STP y propone el trabajo en el ámbito local como un aspecto clave para ganar salud.

2.2.3. ANDALUCÍA

Resaltaremos también como relevante en el marco andaluz, la **Ley 2/1998, de 15 de junio de Salud de Andalucía**, que representa un marco legislativo más amplio para la administración sanitaria en materia de protección de la salud de los ciudadanos y ciudadanas, con el que, además, se pretende regular el campo de actuación y relación con el sector privado, siempre dentro del ámbito competencial de la administración local. Con ella se potencia el papel de los municipios, con el principal objetivo de regular las actuaciones que hacen efectivos los derechos y deberes de la ciudadanía respecto al sector salud, se fomenta la participación, y consecuentemente la corresponsabilidad en el derecho a la protección a la salud.

El **Estatuto de Autonomía de Andalucía (2007)**, con un gran espíritu municipalista y social, es el que confiere a los Ayuntamientos un mayor protagonismo estableciendo que las competencias propias que le son asignadas deben conllevar la necesaria suficiencia financiera. Esto significa una apuesta de adecuación a una sociedad más actual, en la que la ciudadanía goce de más derechos en los que trabajar de forma cercana y activa, de ahí que el mayor protagonismo de los Ayuntamientos sea algo previsible.

La **Ley 16/2011, de 23 de diciembre de Salud Pública de Andalucía (2011)**, en su preámbulo, recalca la importancia de impulsar las competencias y el liderazgo de los municipios en el desarrollo de la acción local en salud, como estrategia para mejorar la salud de la ciudadanía y hacer factible su participación real. Para ello, esta ley establece como instrumento el Plan Local de Acción en Salud, que partiendo de la valoración de la situación de salud local, plantea las acciones concretas, adaptadas al espacio territorial donde se desenvuelve la vida de las personas, con implicación intersectorial y con la participación real de la población que va a ser protagonista.

Esta **Ley**, en su Capítulo II recoge con respecto a la salud pública en el ámbito local:

Artículo 40: La autonomía local en salud pública.

1. Corresponde a los municipios de la Comunidad Autónoma de Andalucía, sin perjuicio de las competencias de las demás administraciones públicas, el ejercicio de las competencias propias establecidas en la legislación básica en materia de entidades locales, en la Ley 5/2010, de 11 de junio, de Autonomía Local de Andalucía, y en el artículo 38 de la Ley 2/1998, de 15 de junio de Salud de Andalucía.

2. Sin perjuicio de las competencias autonómicas, corresponderá a los municipios andaluces velar en sus respectivos territorios por la protección y la promoción de la salud de la población en las competencias que puedan asumir, conforme a lo dispuesto en la correspondiente legislación reguladora de esta materia.

3. Los municipios asumen la coordinación de las intervenciones contempladas en el Plan Local de Salud en materia de promoción de salud comunitaria en su territorio incorporando y articulando la acción y participación de la población y de los sectores públicos y privados.

Artículo 41. El Plan Local de Salud.

1. El Plan Local de Salud es el instrumento básico que recoge la planificación ordenación y coordinación de las actuaciones que se realicen en materia de salud pública en el ámbito de un municipio o una mancomunidad de municipios. La elaboración, aprobación, implementación y ejecución de este plan corresponden a los municipios, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 9.13 de la Ley 5/2010 de 11 de julio, de Autonomía Local de Andalucía.

2. El Plan Local de Salud abordará los siguientes contenidos mínimos:

- El hogar y la familia como centro de intervención.
- Seguridad y gestión del riesgo: vial, laboral, alimentaria, medioambiental y ciudadana.
- Resolución de las desigualdades en salud: socioeconómica, cultural, de género, que afecten a grupos específicos o a personas en situación o en riesgo de exclusión.
- Estilos de vida saludable: actividad física, alimentación equilibrada y lucha contra el tabaquismo.
- Entornos saludables y estrategias sostenibles: escuelas, lugares de encuentro, ocio y paseo.
- Elementos de protección en relación con las garantías en salud alimentaria y salud medioambiental.

Por tanto, a nivel de competencias municipales habría que consultar lo señalado en la **Ley 5/2010, de 11 de junio de Autonomía Local de Andalucía** (LAULA), que en su artículo 9.13, como se ha referido el apartado anterior referente a la Ley de Salud Pública de Andalucía, recoge las competencias de los municipios en relación con la promoción, defensa y protección de la salud pública, incluyendo en su primer apartado la elaboración, aprobación, implantación y ejecución del Plan Local de Salud.

Todo este corpus normativo que plantea un mayor protagonismo municipal en la creación de mejores condiciones para la salud se intenta recoger en el **Plan Andaluz de Salud**, elaborado, como expresión de las políticas de salud del Gobierno de Andalucía, en el contexto de la Estrategia de Salud en Todas las Políticas (ESTP).

Es decir, un proyecto que sirva de instrumento de implementación de la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, haciéndola presente desde el marco autonómico hasta el último rincón municipal de Andalucía, para llevar sus objetivos al entorno más próximo de la ciudadanía, a las agendas políticas de los Entes Locales; ya que es allí donde ésta participa de una forma más directa en las decisiones relacionadas con los determinantes que condicionan su salud. A esta etapa la denominamos “Localización del IV Plan Andaluz de Salud”, o lo que es lo mismo el traslado a lo local de las políticas en materia de salud de la Junta de Andalucía.

El Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía aprobó el 2 de abril de 2024 la Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía (EPVSA) (BOJA nº 66, de 5 de abril de 2024), promovida por la Consejería de Salud y Consumo, a través de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica, con el objetivo de mejorar la salud y el bienestar de la población andaluza.

Según la OMS, las enfermedades crónicas no transmisibles matan a 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo. Esta situación adquiere una especial relevancia si se tiene en cuenta que muchos de los factores determinantes que las provocan son evitables, que las estrategias de promoción de la salud cuentan con evidencias para frenar y, a largo plazo, invertir estas condiciones, que el fomento de estilos de vida saludables conduce a beneficios para la salud a un coste mucho más bajo que el tratamiento médico de cualquiera de los factores de riesgo y enfermedades asociadas, y que las estrategias innovadoras de promoción de la salud, centradas en enfoques integrales y transversales, pueden contribuir a crear un mundo más sano, justo y sostenible.



Esta Estrategia pretende promover los hábitos saludables en toda la población y edades, mediante intervenciones en el ámbito local, en todos los entornos de vida y en todas las políticas, y actuaciones sobre los determinantes que generan desigualdades en salud. Así mismo, propone potenciar los activos personales y comunitarios que generan salud a lo largo de la vida, para que la ciudadanía pueda afrontar el día a día con mayores cotas de bienestar.

Grupos de hábitos que aborda:

Teniendo en cuenta que ya existen otras iniciativas institucionales que abordan los factores de riesgo más comunes relacionados con hábitos nocivos, esta Estrategia se centra en los siguientes hábitos y comportamientos que generan salud a lo largo de la vida y se relacionan entre sí. Estos hábitos contribuyen a prevenir y afrontar, en su caso, un proceso de enfermedad, convirtiéndose en parte activa de la recuperación del proyecto vital de la persona:



ALIMENTACIÓN SALUDABLE: Existiendo un amplio consenso sobre el que se lleva años incidiendo, el fomento de una alimentación saludable continúa siendo una prioridad para todas las políticas públicas de salud.
Una dieta saludable ayuda a protegernos de la malnutrición en todas sus formas y de manera especial, del sobrepeso y la obesidad, así como de las enfermedades no transmisibles, como la diabetes, las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer. Las estrategias deben dar respuesta a la situación social adversa relacionada con los hábitos de alimentación.



ACTIVIDAD FÍSICA: El fomento de la actividad física es también una prioridad para las políticas de salud. La OMS recomienda la realización de actividad física regular de intensidad moderada, como caminar, montar en bicicleta o hacer deporte, por sus considerables beneficios para la salud. Volviéndonos más activos a lo largo del día de formas relativamente simples y teniendo en cuenta que cualquier tipo de actividad física es mejor que no realizar ninguna, podemos alcanzar fácilmente los niveles recomendados de actividad física y reducción del sedentarismo.



SUEÑO SALUDABLE: Dormir lo suficiente y con calidad es esencial para la salud. Las necesidades de sueño varían a lo largo de la vida, fundamentalmente en relación con la edad, pero también con diversos factores, tanto individuales como ambientales. El cerebro se mantiene activo durante el sueño y varias actividades que ocurren mientras dormimos ayudan a mantener un buen estado de salud. Cuando los problemas de sueño son duraderos, predisponen a la persona a padecer determinadas enfermedades y a un empeoramiento generalizado de su salud.





BIENESTAR EMOCIONAL: El bienestar emocional está íntimamente ligado a la salud general e influido por los mismos determinantes sociales. El concepto de bienestar emocional implica dos elementos fundamentales: sentirse bien y funcionar bien en la vida. Las personas con un nivel bajo de bienestar mental tienen una peor respuesta a los retos de la vida cotidiana y una percepción negativa de su salud. Las estrategias han de fortalecer los activos personales y comunitarios, reducir las barreras estructurales relacionadas y mejorar la calidad del entorno físico.



SEXUALIDAD RESPONSABLE: La OMS define la salud sexual como un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso que posibilite tener experiencias sexuales placenteras y seguras a lo largo de nuestra vida, libres de toda coacción, discriminación y violencia.
Las formas de vivir la sexualidad, su aceptación y disfrute, todavía se encuentran marcadas por los estereotipos y roles de género tradicionales que determinan el papel de unas y otros en las relaciones sexuales.



USO POSITIVO DE TRIC: Las Tecnologías de la Relación, la Información y la Comunicación (TRIC) no son de por sí buenas o malas, son simplemente instrumentos al servicio de las personas y dependen del uso que hagamos de ellas.
La presencia de TRIC y su impacto en nuestras vidas las convierten en aliados estratégicos de la salud pública, en la medida que la usamos para la educación, la promoción de la salud y la enseñanza de nuevos comportamientos saludables.
No obstante, su abuso puede generar efectos no deseados en la esfera somática, psicológica y social.







2.3. MARCO CONCEPTUAL

2.3.1. SALUD

La constitución de la OMS de 1948 define la salud como:

Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.

Dentro del contexto de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva.

La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

De acuerdo con el concepto de la salud como derecho humano fundamental, la Carta de Ottawa destaca determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. El reconocimiento de estos prerrequisitos pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud. Estos vínculos constituyen la clave para una comprensión holística de la salud que es primordial en la definición de la promoción de la salud.

Hoy en día, la dimensión espiritual de la salud goza de un reconocimiento cada vez mayor. La OMS considera que la salud es un derecho humano fundamental y, en consecuencia, todas las personas deben tener acceso a los recursos sanitarios básicos.

Una visión integral de la salud supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo.

2.3.2. SALUD PÚBLICA

La salud pública es un concepto social y político destinado a favorecer la salud, prolongar la vida y mejorar la *calidad de vida* de las poblaciones mediante la *promoción de la salud*, la *prevención de la enfermedad* y otras formas de intervención sanitaria.

Los servicios sanitarios resultan imprescindibles para dar respuesta a los problemas de salud de la colectividad, pues consiguen atenuar los perjuicios de las enfermedades y permiten que se pueda recobrar la salud perdida y mejorar la calidad de vida de las personas enfermas. Pero no es el dispositivo asistencial el principal condicionante de nuestro nivel de salud; la salud se gana y se pierde en otros terrenos: antes del nacimiento pueden producirse exposiciones a distintos factores que de forma indeleble determinen la salud futura, y desde el nacimiento hasta la muerte se van acumulando experiencias vitales positivas o negativas que perfilan la salud. El entorno familiar, la educación, los bienes materiales, las desigualdades sociales y económicas, el acceso al trabajo y su calidad, el diseño y los servicios de las ciudades y barrios, la calidad del aire que se respira, del agua que se bebe, de los alimentos que se comen, los animales con los que convivimos, el ejercicio físico que se realiza, el entorno social y medioambiental de las personas, todo ello determina la salud. Las acciones de gobierno, a cualquier nivel, las intervenciones públicas o privadas, tienen en mayor o menor grado repercusiones sobre la salud. De ahí que el enfoque de la salud pública actual se dirige a conformar acciones que rebasan el ámbito de los servicios sanitarios y por tanto requieren nuevas formas de organización.

2.3.3. PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.

La promoción de la salud tiene tres componentes esenciales:

2.3.3.1. Buena gobernanza sanitaria

La promoción de la salud requiere que los formuladores de políticas de todos los departamentos gubernamentales hagan de la salud un aspecto central de su política. Esto significa que deben tener en cuenta las repercusiones sanitarias en todas sus decisiones, y dar prioridad a las políticas que eviten que la gente enferme o se lesione.

Estas políticas deben ser respaldadas por regulaciones que combinen los incentivos del sector privado con los objetivos de la salud pública, por ejemplo armonizando las políticas fiscales que gravan los productos nocivos o insalubres, como el alcohol, el tabaco y los alimentos ricos en sal, azúcares o grasas, con medidas para estimular el comercio en otras áreas. Asimismo, hay que promulgar leyes que respalden la urbanización saludable mediante la facilitación de los desplazamientos a pie, la reducción de la contaminación del aire y del agua o el cumplimiento de la obligatoriedad del uso del casco y del cinturón de seguridad.

2.3.3.2. Educación sanitaria

Las personas han de adquirir conocimientos, aptitudes e información que les permitan elegir opciones saludables, por ejemplo, con respecto a su alimentación y a los servicios de salud que necesitan. Deben tener la oportunidad de elegir estas opciones y gozar de un entorno en el que puedan demandar nuevas medidas normativas que sigan mejorando su salud.

2.3.3.3. CIUDADES SALUDABLES

Las ciudades tienen un papel principal en la promoción de la buena salud. El liderazgo y el compromiso en el ámbito municipal son esenciales para una planificación urbana saludable y para poner en práctica medidas preventivas en las comunidades y en los centros de atención primaria. Las ciudades saludables contribuyen a crear países saludables y, en última instancia, un mundo más saludable.

2.3.4. ACTIVOS EN SALUD

Todo aquel factor o recurso que potencie la capacidad de las personas, de las comunidades y de las poblaciones para mantener la salud y el bienestar. En un procedimiento diferente a la práctica de inventariar y diagnosticar los déficits de los individuos y comunidades, esta metodología se centra en los activos, busca las ventajas y reconoce los talentos, habilidades, intereses y experiencias de cada uno.

3. PERFIL DE SALUD LOCAL

El Ayuntamiento de Isla Cristina se incorpora a la Red Local de Acción en Salud (en adelante RELAS) en julio de 2013 y desde entonces ha ido cubriendo las distintas etapas metodológicas que supone el proceso de creación, desarrollo e implementación de un Plan local de Salud, que ve la luz finalmente en 2016 y cuya vigencia temporal abarca el periodo de 2017-2020.

Tras el parón de la pandemia decide iniciar un nuevo proceso de planificación, para lo que se propone consultar a la ciudadanía sobre su opinión y sus inquietudes con respecto a la salud pública de la localidad.

Una de las fases de construcción del Plan Local de Salud, es el conocimiento, estudio y análisis de toda la información relacionada con la salud que pueda recopilarse, es decir el conocimiento de la "fotografía de la salud" del municipio, a esto lo denominamos Perfil de Salud Local y se define como: "un Informe sobre la salud de la población del municipio, basado en el impacto que, sobre la misma, ejercen sus distintos determinantes. Proporciona una imagen general de la salud local, pues favorece la identificación de problemas, necesidades, recursos y activos en salud. Facilita, además, el compromiso político, la acción intersectorial y la participación de una ciudadanía empoderada, que se incorpora activamente al compromiso de la sociedad local, de mejorar la salud del municipio".

Pero sin lugar a duda uno de los componentes centrales que conforman un Perfil de Salud Local participativo, es la opinión de la ciudadanía, o lo que se denomina también "la Salud Autopercibida". En Isla Cristina, hemos recopilado esta información a través de un cuestionario, diseñado para la ocasión por el Grupo Motor, que se anexa al final del informe, y que ha sido distribuido entre los vecinos y vecinas de la localidad buscando conformar una muestra parecida a la población real en lo que respecta a las variables de edad y sexo. Para la recopilación y análisis de los datos hemos contado con la aplicación "Google form" y allí donde ésta no ha llegado, en aquellos colectivos más alejados de la tecnología, se ha utilizado la encuesta clásica en papel.

De los resultados del análisis de las encuestas de salud autopercibida que ha cumplimentado la ciudadanía de Isla Cristina, cabe extraerse como primera consideración, que la muestra que se ha utilizado para realizar el estudio no se corresponde con la realidad de la población, puesto que las informantes de sexo femenino han sido mucho más numerosas que los del sexo masculino. Quizás ese sea uno de los temas que haya que abordar desde el Plan Local de Salud, la escasa participación de los hombres, sobre todo los de mediana edad (31-64 años) en las actividades propuestas.

Entre los determinantes de la Salud de salud identificados, el más relevante para los informantes, es el de las **Enfermedades individuales**, seguido por el **Medioambiente**, las **Adicciones**, la **asistencia sanitaria**, el mantenimiento, cuidado y limpieza de los **espacios urbanos**, la **Salud mental y emocional** y los **hábitos de vida**, quedando ya con menor relevancia algunos aspectos relacionados con las **vacunas**, el **tráfico**, la **sexualidad**, la **salud laboral**, el **envejecimiento** y la **accesibilidad**.

Podemos observar algunas diferencias en cuanto a la edad de los informantes. Mientras la **salud mental**, los **hábitos de vida**, las **adicciones** y las **enfermedades individuales** preocupan más a las personas más jóvenes, los asuntos relacionados con el **medioambiente**, la **asistencia sanitaria** y los **espacios urbanos**, son los temas sobre los que informan mayoritariamente las personas con un promedio de edad más alto.

La siguiente consideración para plantear es que, si bien, los Hábitos de vida no han sido directamente señalados como el principal problema de salud de la población, la preocupación por enfermedades individuales como el cáncer o las enfermedades crónicas, vinculadas por la evidencia científica con las conductas de las personas, nos permite identificar ese determinante como una de las líneas de trabajo principales que ha de desarrollarse en el Plan Local de Salud de Isla Cristina.

Otro de los ámbitos de intervención que parecen emerger con fuerza entre los señalados por los informantes, son las **Adicciones**, principalmente las drogas, aunque también tienen importancia el consumo de productos adictivos legales como el alcohol y el tabaco, así como las adicciones tecnológicas o sin sustancia.

Uno de los determinantes que más peso está adquiriendo es el que tiene que ver con el **Bienestar emocional**. El hecho de que aún no se sitúe a la altura de otros determinantes en cuanto a su identificación como factor preferente de intervención, probablemente tenga alguna relación con la falta de integración de los elementos emocionales como componente importante de la salud.

ACTIVOS

Uno de los fundamentos conceptuales de los planes locales de salud, consiste en la puesta en valor de los elementos positivos para la salud existentes en los municipios, para ello se les pide a los informantes, que identifiquen esas circunstancias que hacen saludable la vida en su localidad. A esos elementos positivos generadores de salud les llamamos activos para la salud:

Destacan las Playas con casi el 31 % y el entorno natural con más del 12 % de las informaciones, seguido del aire puro, las actividades al aire libre y el clima, circunstancias todas ellas que junto a la gastronomía y a algunos intangibles como la tranquilidad y la paz con la que se vive en la localidad, ayudan a mantener un estilo de vida activo favorecedor de una buena salud.
Es de destacar que también nos encontramos con algunos participantes en el estudio que señalan a los Servicios sanitarios como uno de los activos principales de la localidad.

De forma más específica, podemos realizar una relación de activos identificados en el municipio:

- Polideportivo.
- Centro de interpretación “Garum”.
- Teatro municipal.
- Piscina.
- Auditorio.
- Parque central.
- Ruta de senderismo vía verde desde la playa hasta la casita azul (incluido los merenderos).
- Carril bici.
- Varias plazas (San Francisco, Paseo de las Flores, Las Palmeras, República Dominicana, La Almadraba, La Marisma, La Cigüeña, Del Concejo, Mª Auxiliadora,etc).
- Playas (12 km).
- Instalaciones deportivas (actividades todo el año).
- Faro (vistas-mirador, paseo saludable).
- Paseo Marítimo.
- Servicios Municipales: Sanidad, Educación, Urbanismo, Seguridad ciudadana, etc.
- Centro Servicios Sociales Comunitarios.
- Talleres varios organizados desde Cultura en el Teatro Municipal.
- Talleres para jóvenes desde el área de juventud del Ayuntamiento.
- C.P.D. (Centro Comarcal Drogodependencia).

- Residencia de Mayores.
- Centro de Participación Activa de Mayores.
- CEPER.
- Aula de la Experiencia.
- Red de Asociaciones (Participación Comunitaria en Red).

OBSTÁCULOS

Al efecto de identificar elementos que pudieran modificarse para mejorar el nivel de salud de la población, se les pide a los encuestados que señalen posibles obstáculos presentes en la localidad que dificulten alcanzar un buen nivel de salud.

La suciedad de las calles y los asuntos relacionados con el consumo y venta de droga son los únicos factores que alcanzan una significación estadística reseñable.

Trabajar el concepto de salud y poner en valor el enorme patrimonio a nivel de activos promotores de salud con el que cuenta el municipio, son los ejes vertebradores del nuevo Plan Local de Salud de Isla Cristina.

4. PLAN DE ACCIÓN

LÍNEAS DE TRABAJO

1. PREVENCIÓN DE ADICCIONES: Abordaje de la prevención y la promoción de entornos seguros y libres de las adicciones.
2. PROMOCIONAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLE: Adhesión a la alimentación equilibrada y fomento de la actividad física.
3. BIENESTAR EMOCIONAL: Promoción en todas las edades.

1.- PREVENCIÓN DE ADICCIONES: ABORDAJE DE LA PREVENCIÓN Y LA PROMOCIÓN DE ENTORNOS SEGUROS Y LIBRES DE LAS ADICCIONES:

DIMENSIONES

- ALCOHOL Y TABACO Y CANNABIS.
- FÁRMACOS.
- USO REDES SOCIALES Y TRICO (tecnologías de las relaciones, la información, la comunicación y el ocio).

(El enfoque de la dimensión de las intervenciones deberán de ser trabajadas únicamente desde el ámbito de la prevención universal y ambiental, ya que la prevención selectiva e indicada se trabaja desde el Ciudades ante las drogas - Programa de prevención comunitaria ISLAPREVIENE y la atención temprana desde el CCD Zona costa -Oeste).

2.- PROMOCIONAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLE: ADHESIÓN A LA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA Y FOMENTO ACTIVIDAD FÍSICA.

DIMENSIONES

- ALIMENTACIÓN SALUDABLE
- ACTIVIDAD FÍSICA
- DESCANSO ACTIVO-SUEÑO

3.- BIENESTAR EMOCIONAL, PROMOCIÓN EN TODAS LAS EDADES

- DIMENSIONES
- CRECIMIENTO PERSONAL
- RELACIONES PERSONALES Y HABILIDADES SOCIALES
- OCIO SALUDABLE EN EDADES TEMPRANAS Y SOBRE TODO CON EL SECTOR JUVENIL DEL MUNICIPIO

LÍNEA ESTRATÉGICA 1

1.- PREVENCIÓN DE ADICCIONES: ABORDAJE DE LA PREVENCIÓN Y LA PROMOCIÓN DE ENTORNOS SEGUROS Y LIBRES DE LAS ADICCIONES:

DIMENSIONES

- ALCOHOL,TABACO y CANNABIS (sustancias más consumidas por el colectivo joven de entre 14 y 18 años- ESTUDES 2024).
- PSICOFÁRMACOS (sustancias que más han aumentado su consumo en los últimos años entre los jóvenes, especialmente entre las jóvenes – ESTUDES 2024).
- USO REDES SOCIALES Y TRICO (tecnologías de las relaciones, la información, la comunicación y el ocio). Es un fenómeno creciente que genera gran preocupación social y familiar.

1.1. OBJETIVO GENERAL: Favorecer el aumento de los factores de protección y disminuir los factores de riesgo especialmente entre el colectivo joven de la población isleña.

1.1.1. OBJETIVO ESPECÍFICO: Apoyar técnicamente a los profesionales de educación en la implantación y desarrollo de los distintos programas preventivos en el espacio educativo.

INDICADORES

- **1.1.1.1.** Nº de reuniones realizadas con los equipos directivos de los distintos centros educativos (CEP/ESO/FPB/Bach) *100/Nº de reuniones planificadas.
- **1.1.1.2.** Nº de programas preventivos implantados en los centros educativos *100/Nº de centros educativos.
- **1.1.1.3.** Nº de programas de prevención selectiva implementados en los centros educativos *100/Nº de centros educativos.
- **1.1.1.4.** Nº de intervenciones planificadas y/o realizadas sobre factores predisponentes en los centros educativos *100/Nº de centros educativos.
- **1.1.1.5**. Nº de aulas-clases alcanzadas *100/Nº de aulas-clases totales.
- **1.1.1.6.** Nº de niveles alcanzados *100/Nº de niveles educativos existentes.

1.1.2. OBJETIVO ESPECÍFICO: Asesorar, mediante reuniones individuales, a los técnicos educativos en temas relacionados con la atención y detección precoz de problemas de consumo.

INDICADORES

- **1.1.2.1.** Nº de intervenciones y asesorías realizadas con los técnicos educativos de los centros educativos *100/Nº de reuniones planificadas.
- **1.1.2.2.** Nº de demandas canalizadas y/o atendidas *100/ Nº de demandas recibidas.

1.1.3. OBJETIVO ESPECÍFICO: Organizar actividades alternativas de ocio alternativo en el municipio que favorezcan el aumento de los factores de protección y disminuyan los factores de riesgo.

INDICADORES

- **1.1.3.1.** Nº total de actividades realizadas *100/Nº actividades programadas.

1.2. OBJETIVO GENERAL: Estimular la implicación y participación de la población en la construcción de una ciudad más saludable, donde se hagan más fáciles las opciones más sanas.

1.2.1. OBJETIVO ESPECÍFICO: Sensibilizar a la población sobre el impacto en la salud que tienen las adicciones con y sin sustancia en el municipio reflejando los datos recogidos en el perfil de salud local.

INDICADORES

- **1.2.1.1.** Nº de acciones de sensibilización sobre las adicciones sin sustancias realizadas *100/Nº de acciones programadas.
- **1.2.1.2.** Nº de acciones de sensibilización sobre las adicciones con sustancias realizadas *100/Nº de acciones programadas.
- **1.2.1.3.** Nº de materiales impresos con información de interés para la ciudadanía (folletos/ dípticos/trípticos/ guías).
- **1.2.1.4.** Nº de participantes en los canales de presentación de los datos a la ciudadanía.

1.2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO: Aumentar la percepción del riesgo en la población en general a través del uso de los medios de comunicación locales: tv local, radio, web municipal del Ayuntamiento, Facebook (Pagina ISLAPREVIENE).

INDICADORES

- **1.2.2.1.** Nº de campañas realizadas en los medios de comunicación para la difusión de los mensajes, recursos y actividades diseñadas para la comunidad *100/ Nº de campañas programadas.
- **1.2.2.2.** Nº de espacios radiofónicos emitidos *100/ Nº de espacios radiofónicos programados.
- **1.2.2.3.** Nº de mensajes informativos difundidos *100/Nº de mensajes radiofónicos programados.

1.2.3. OBJETIVO ESPECÍFICO: Fomentar el papel preventivo del movimiento asociativo del municipio.

INDICADORES

- **1.2.3.1.** Nº de reuniones realizadas con las asociaciones *100/Nº de reuniones programadas.
- **1.2.3.2.** Nº de asociaciones asistentes a las reuniones programadas *100/Nº total de asociaciones registradas.
- **1.2.3.3.** Nº de actuaciones conjuntas realizadas con el movimiento asociativo *100/ Nº de actuaciones conjuntas programadas.

1.2.4. OBJETIVO ESPECÍFICO: Fomentar programas de prevención dirigidos a las familias, técnicos y agentes.

INDICADORES

- **1.2.4.1.** Nº de padres/madres participantes en programas dirigidos a la formación a familias.
- **1.2.4.2.** Nº de ediciones y sesiones realizadas *100/ Nº de ediciones y sesiones planificadas.
- **1.2.4.3.** Nº de temas abordados de carácter preventivo *100/ Nº de temas programados.
- **1.2.4.4.** Nº de acciones formativas llevadas a cabo con empresas y/o a otros agentes comunitarios *100/Nº de acciones formativas programadas.
- **1.2.4.5.** Nº de participantes en las distintas acciones formativas de prevención comunitaria.

1.3. OBJETIVO GENERAL: Promover medidas ambientales que favorezcan la prevención del consumo de sustancias y acceso a otras adicciones en el municipio.

1.3.1. OBJETIVO ESPECÍFICO: Diseñar y poner en marcha estrategias preventivas con la participación directa de sectores de la comunidad y desde las distintas áreas del ayuntamiento.

- **1.3.2.** Establecer intervenciones preventivas en fiestas locales y otras celebraciones del municipio.

INDICADORES

- **1.3.1.1.** Nº de iniciativas intersectoriales desarrolladas * 100/Nº de iniciativas intersectoriales programadas.
- **1.3.1.2.** Nº de mensajes informativos difundidos * 100/Nª de mensajes informativos programados.
- **1.3.1.3.** Nº de acciones formativas-talleres formativos realizados con los distintos colectivos objeto de la intervención * 100/Nº de acciones planificadas.
- **1.3.2.1.** Nº de intervenciones preventivas en fiestas y celebraciones locales desarrolladas *100/Nº de intervenciones planificadas.

LÍNEA ESTRATÉGICA 2

2.- PROMOCIONAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLE: ADHESIÓN A LA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA Y FOMENTO ACTIVIDAD FÍSICA.

DIMENSIONES

- ALIMENTACIÓN
- ACTIVIDAD FÍSICA
- DESCANSO ACTIVO- SUEÑO

2.1. OBJETIVO GENERAL: Promocionar la dieta equilibrada: dieta mediterránea.

2.1.1. OBJETIVO ESPECÍFICO: Informar y dar a conocer a la población las bases de una alimentación equilibrada y saludable y los beneficios de la misma.

INDICADORES

- **2.1.1.1.** Nº acciones destinadas a informar y dar a conocer las bases de la alimentación equilibrada realizadas *100/Nº de actividades programadas.
- **2.1.1.2.** Nº participantes en las actividades.
- **2.1.1.3.** Nº de materiales de difusión (folletos, guías, dípticos) difundidos en la población *100/ Nº de materiales editados.

2.1.2. OBJETIVO ESPECÍFICO: Promover actividades formativas relacionadas con el consejo dietético dirigidas a colectivos de riesgo alimentario específico.

INDICADORES

- **2.1.2.1.** Nº actividades formativas en materia de consejo dietético realizadas por colectivos-asociaciones*100/Nº de actividades en materia de alimentación equilibrada realizadas en total.
- **2.1.2.2.** Nº actividades formativas en materia de consejo dietético realizadas desde el centro salud *100/Nº de actividades en materia de consejo dietético realizadas en total.
- **2.1.2.3.** Nº de participantes a las acciones formativas.

2.1.3. OBJETIVO ESPECÍFICO: Divulgar la importancia de los productos autóctonos para el consumo y elaborar un recetario saludable.

INDICADORES

- **2.1.3.1.** Nº actividades orientadas a divulgar la importancia de los productos autóctonos desarrolladas *100/ Nº de actividades orientadas a divulgar la importancia de los productos autóctonos programadas.
- **2.1.3.2.** Nº participantes en las actividades orientadas a divulgar la importancia de los productos autóctonos.
- **2.1.3.3.** Nº de materiales de difusión (folletos, guías, dípticos, libros)* 100/Nº de material editado.
- **2.1.3.4.** Nº espacios emitidos en radio, tv, *100/Nº de espacios programados en radio, tv.
- **2.1.3.5.** Nº publicaciones compartidas-"likes"-seguidas en redes sociales (Facebook, twiter, Instagram, tik-tok)*100/Nº de publicaciones realizadas.

2.1.4. OBJETIVO ESPECÍFICO: Promover actividades informativas sobre la correcta lectura del etiquetado alimentario y pautas de conservación.

INDICADORES

- **2.1.4.1.** Nº actividades informativas sobre etiquetado y conservación de los alimentos realizadas *100/Nº de actividades programadas.
- **2.1.4.2.** Nº participantes en la actividad formativa *100/Nº total de convocados.
- **2.1.4.3.** Nº centros educativos colaboradores *100/Nº total de centros educativos.
- **2.1.4.4.** Nº asociaciones-peñas colaboradores *100/Nº total asistentes a los talleres.

2.1.5. OBJETIVO ESPECÍFICO: Poner en marcha programas intersectoriales de prevención obesidad infantil-adolescencia-juventud con los centros educativos y centro de salud.

- **2.1.5.1.** Nº programas de prevención de obesidad infantil realizados *100/Nº de programas programados.
- **2.1.5.2.** Nº centros educativos que participan en la implantación de programas prevención obesidad infantil *100/Nº total de centros educativos ofertados.
- **2.1.5.3.** Nº profesionales-técnicos que colaboran en los programas *100/Nº de profesionales convocados.

2.1.6. OBJETIVO ESPECÍFICO: Incentivar programas intersectoriales de prevención obesidad en colaboración con el centro de salud y Centro de Participación de mayores de Isla Cristina.

INDICADORES

- **2.1.6.1.** Nº programas de prevención de obesidad realizados *100/Nº de programas programados.

DIMENSIÓN 2. ACTIVIDAD FÍSICA

2.2. OBJETIVO GENERAL: Disminuir el sedentarismo.

2.2.1. OBJETIVO ESPECÍFICO: Fomentar la participación de la población y colectivos en la práctica de la actividad física.

INDICADORES

- **2.2.1.1.** Nº participantes en las actividades con los distintos colectivos (población-movimiento asociativo) objeto de la intervención *100/ Nº de población diana objeto de la intervención.
- **2.2.1.2.** Nº de iniciativas intersectoriales desarrolladas *100/Nº iniciativas intersectoriales planificadas.
- **2.2.1.3.** Nº de colectivos colaboradores en la actividad *100/Nº total de colectivos ofertados.

2.2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO: Divulgar campañas informativas a través de los medios de comunicación que fomente la actividad física y difunda los activos en salud.

INDICADORES

- **2.2.2.1.** Nº de campañas realizadas en los medios de comunicación sobre hábitos y estilos de vida saludables *100/Nº de campañas programadas.
- **2.2.2.2.** Nº de espacios radiofónicos emitidos *100/Nº de espacios programados.
- **2.2.2.3.** Nº de mensajes informativos difundidos *100/Nº de mensajes informativos programados.

2.2.3. OBJETIVO ESPECÍFICO: Poner en marcha itinerarios o caminos escolares peatonales seguros, señalizados y adaptados.

INDICADORES

- **2.2.3.1.** Nº centros educativos adheridos *100/Nº total de centros educativos.
- **2.2.3.2.** Nº alumnos participantes *100/Nº total de alumnos.
- **2.2.3.3.** Nº de itinerarios señalizados *100/Nº de itinerarios planificados.

2.2.4. OBJETIVO ESPECÍFICO: Favorecer el espacio público para itinerarios peatonales seguros, señalizados y adaptados para la movilidad de los cuidados.

INDICADORES

- **2.2.4.1.** Nº de itinerarios señalizados *100/Nº de itinerarios planificados.

2.2.5. OBJETIVO ESPECÍFICO: Fomentar la práctica favorable respecto a la actividad física en edificios públicos y privados de uso público. Acceso y señalética uso de escaleras.

INDICADORES

- **2.2.5.1.** Nº de entidades adheridas al programa "escaleras por la salud" *100/Nº total de entidades contactadas.
- **2.2.5.2.** Nº de edificios públicos con señalética *100/Nº total de edificios públicos existentes.
- **2.2.5.3.** Nº de edificios privados de uso público (alimentación, restauración, hotelera) con señalética *100/Nº total de edificios privados (alimentación, restauración, hotelera) a los que se le ofrece la adhesión al programa.

2.2.6. OBJETIVO ESPECÍFICO: Aumentar los espacios susceptibles de promover la salud en el entorno urbano y sus barrios.

INDICADORES

- **2.2.6.1.** Nº de áreas de esparcimiento mejoradas o nuevas *100/Nº total de áreas de juego planificadas.
- **2.2.6.2.** Nº de circuitos biosaludables y áreas deportivas creadas o rehabilitadas *100/Nº total de circuitos planificados.
- **2.2.6.3.** Nº de zonas creadas en barrios con déficit de espacios verdes *100/Nº total de barrios identificados con esta necesidad.

2.2.7. OBJETIVO ESPECÍFICO: Promover los desplazamientos a pie y en bicicleta en la vida diaria de las personas, mediante una red integrada, accesible, segura y conectada.

INDICADORES

- 2.2.7.1. Km de rutas peatonales y ciclistas creadas *100/Km total planificado en la red urbana.
- 2.2.7.2. Nº de aparcamientos para bicicletas instalados *100/Nº total de aparcamientos planificados.
- 2.2.7.3. Nº de zonas con intervenciones para mejorar.

DIMENSIÓN 3.- DESCANSO ACTIVO-SUEÑO

2.3. OBJETIVO GENERAL: Promocionar estilos de vida saludable para mejorar el descanso activo y la conciliación para el sueño.

2.3.1. OBJETIVO ESPECÍFICO: Realizar actividades de vida saludable mediante el descanso activo y desarrollar intervenciones que ayuden a mejorar el sueño.

INDICADORES

- **2.3.1.1.** Nº participantes en actividades objeto de intervención.

LINEA ESTRATÉGICA 3

3.- BIENESTAR EMOCIONAL

3.1. OBJETIVO GENERAL: Promover la salud y bienestar emocional en todas las etapas de la vida de los ciudadanos del municipio.

3.1.1. OBJETIVO ESPECÍFICO: Promover la salud y el bienestar emocional mediante iniciativas de participación comunitarias contando con los recursos y activos en salud del municipio.

INDICADORES

- **3.1.1.1.** Nº de programas de participación comunitaria, fomento de los activos en salud y aprendizaje emocional en diferentes ámbitos con el fin de promover la salud y el bienestar emocional de la población adulta realizados *100/Nº de programas de ese tipo programados.

3.1.2. OBJETIVO ESPECÍFICO: Colaborar en el programa forma joven y creciendo en salud a través de asociaciones en la línea afectivo-sexual y relaciones igualitarias en los IES.

INDICADORES

- **3.1.2.1.** Nº colaboraciones realizadas *100/Nº de colaboraciones demandadas.
- **3.1.2.2.** Nº actuaciones conjuntas *100/Nº total de actuaciones llevadas a efecto.

3.1.3. OBJETIVO ESPECÍFICO: Fomentar la adquisición de habilidades en parejas jóvenes que estén en situación de riesgo o de mayor vulnerabilidad social.

INDICADORES

- **3.1.3.1.** Nº actividades efectuadas con jóvenes en situación de riesgo o vulnerabilidad * 100/Nº de Actividades programadas.

3.1.4. OBJETIVO ESPECÍFICO: Realizar acciones encaminadas a potenciar habilidades conductuales que son el sustrato de nuestras relaciones emocionales.

INDICADORES

- **3.1.4.1.** Nº Acciones orientadas a potenciar las habilidades conductuales realizadas *100/Nº de Acciones orientadas a potenciar las habilidades conductuales programadas.

- **3.1.4.2.** Nº participantes en cada actividad orientada a potenciar las habilidades conductuales.

3.1.5. OBJETIVO ESPECÍFICO: Promover actividades que ayuden a la capacidad de entender, canalizar y controlar las emociones propias y de los demás (inteligencia emocional).

INDICADORES

- **3.1.5.1.** Nº Acciones orientadas a promover la gestión de las emociones realizadas*100/Nº de Acciones orientadas a promover la gestión de las emociones programadas.
- **3.1.5.2.** Nº participantes en cada actividad orientada a promover la gestión de las emociones.

3.1.6. OBJETIVO ESPECÍFICO: Fomentar hábitos saludables en prevención del suicidio en adolescentes.

INDICADORES

- **3.1.6.1.** Nº Acciones efectuadas*100/ Nº acciones diseñadas.
- **3.1.6.2.** Nº de AMPAS participantes actividades programadas *100/Nº AMPAS convocadas.
- **3.1.6.3.** Nº de centros educativos que participan en las actividades programadas *100/Nº centros educativos convocados.
- **3.1.6.4.** Nº de padres que participan en las actividades programadas *100/N de padres de la población diana.
- **3.1.6.5.** Nº de madres que participan en las actividades programadas *100/N de padres de la población diana.

3.1.7. OBJETIVO ESPECÍFICO: Fomentar programas y acciones diseñadas para mitigar el aislamiento social mediante el apoyo social y emocional.

3.1.7.1. Nº acciones efectuadas-100/Nº acciones diseñadas.
3.1.7.2. Nº participantes en actividad programada *100/Nº total de convocados.

5.- EVALUACIÓN

Con el propósito de propiciar una mejora continua, se evaluarán los distintos objetivos recogidos en el Plan de Acción, al menos una vez cada año, presentando el correspondiente informe de evaluación a la Corporación Municipal.

Para ello se utilizará la hoja de evaluación que se adjunta, en la que estos objetivos operativos se descomponen en indicadores que permitirán la evaluación del plan en cada momento. Esta hoja de evaluación aporta indicadores de proceso, de impacto y de difusión, asignados a sus distintos responsables.

Además de estas evaluaciones anuales, las distintas actuaciones llevadas a cabo se evaluarán a través de lo programado en las agendas trimestrales, con la intención de establecer un proceso de mejora continua.

ANEXO 1 - INFORME DE SALUD PERCIBIDA 2025 - 2030

INTRODUCCIÓN

El Ayuntamiento de Isla Cristina se incorpora a la Red Local de Acción en Salud (en adelante RELAS) en julio de 2013 y desde entonces ha ido cubriendo las distintas etapas metodológicas que supone el proceso de creación, desarrollo e implementación de un Plan local de Salud, que ve la luz finalmente en 2016 y cuya vigencia temporal abarca el periodo de 2017-2020.

Tras el parón de la pandemia decide iniciar un nuevo proceso de planificación, para lo que se propone consultar a la ciudadanía sobre su opinión y sus inquietudes con respecto a la salud pública de la localidad.

Este estudio que a continuación conoceremos supone el arranque de su segundo Plan Local de Salud, que va a tener su base en todo lo que hemos aprendido del anterior proceso.

Un Plan que pretende estar abierto a la participación de la ciudadanía, debe articular fórmulas para que ésta sea canalizada. Un cuestionario puede ser una de esas vías, en tanto en cuanto les permite a las personas incorporar sus opiniones, sugerencias, valoraciones y propuestas al plan general.

Pero antes de entrar en materia, sería conveniente repasar algunos aspectos conceptuales trascendentes en este punto.

Un Plan Local de Salud es un instrumento básico que recoge la planificación, ordenación y coordinación de las actuaciones que se realicen en materia de Salud Pública en el ámbito de un municipio (Ley 16/2011 de Salud Pública de Andalucía). Su proceso de elaboración y desarrollo se basa en el establecimiento de una Red Local de Salud, constituyendo grupos con los diferentes sectores y la ciudadanía, grupos que diseñan y desarrollan su propio Plan Local de Salud, y que integran sus recursos, sus conocimientos y su compromiso para el abordaje de los principales problemas de salud y situaciones de riesgo en el ámbito municipal.

Una de las fases de construcción del **Plan Local de Salud**, es el conocimiento, estudio y análisis de toda la información relacionada con la salud que pueda recopilarse, es decir el conocimiento de la "fotografía de la salud" del municipio, a esto lo denominamos Perfil de Salud Local y se define como: "un Informe sobre la salud de la población del municipio, basado en el impacto que, sobre la misma, ejercen sus distintos determinantes. Proporciona una imagen general de la salud local, pues favorece la identificación de problemas, necesidades, recursos y activos en salud. Facilita, además, el compromiso político, la acción intersectorial y la participación de una ciudadanía empoderada, que se incorpora activamente al compromiso de la sociedad local, de mejorar la salud del municipio".

Pero sin lugar a duda uno de los componentes centrales que conforman un Perfil de Salud Local participativo, es la opinión de la ciudadanía, o lo que se denomina también "la Salud Autopercibida". En Isla Cristina, hemos recopilado esta información a través de un cuestionario, diseñado para la ocasión por el Grupo Motor, que se anexa al final del informe, y que ha sido distribuido entre los vecinos y vecinas de la localidad buscando conformar una muestra parecida a la población real en lo que respecta a las variables de edad y sexo. Para la recopilación y análisis de los datos hemos contado con la aplicación "Google form" y allí donde ésta no ha llegado, en aquellos colectivos más alejados de la tecnología, se ha utilizado la encuesta clásica en papel.

El informe que se desarrolla a continuación va a desgranar las respuestas a las preguntas comprendidas en el cuestionario mencionado, que proporcionan una serie de elementos muy interesantes a la hora de plantear posibles líneas de actuación del Plan Local de Salud de Isla Cristina.

DATOS GENERALES

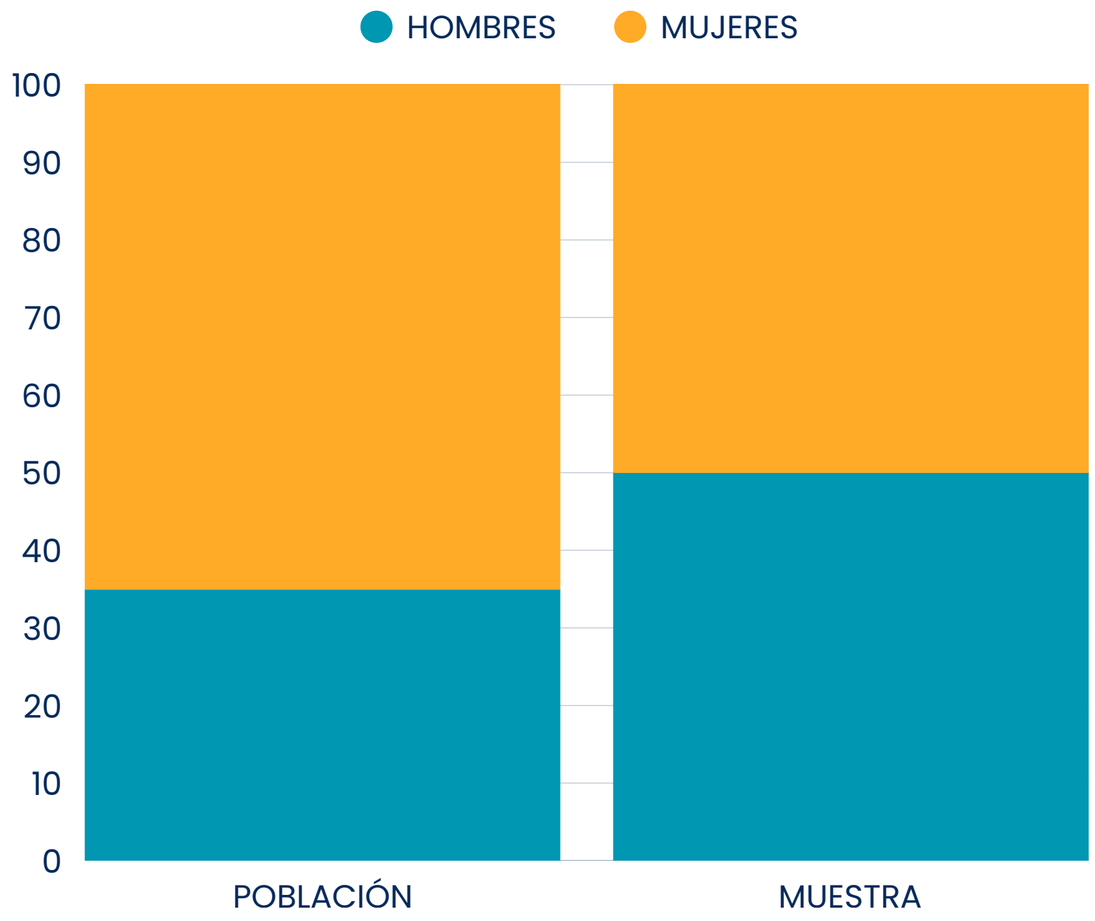
El estudio que a continuación presentamos se ha realizado en los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2023, en la localidad de Isla Cristina. Consiste en un cuestionario de tipo cualitativo (se adjunta como anexo), que ha sido cumplimentado por 98 personas.

TABLA 1: SEXO Y PROMEDIO DE EDAD:

SEXO	FRECUENCIA	%	EDAD (PROMEDIO)
HOMBRE	37	37,76 %	41,92
MUJER	61	62,24 %	42,07
Total Resultado	**98**	**100,00 %**	**42,01**

El muestreo pese a su propósito de representatividad no pretende tener carácter científico puesto que la elección de los informantes no se ha realizado de forma aleatoria, aunque sí busca el ajuste en las variables utilizadas para su clasificación: sexo y edad, con la población real.
El objetivo que se pretendía al comienzo de la encuesta era reunir sobre 100 cuestionarios proporcionalmente similares a las edades y sexo de la población.
Después de varias semanas intentando recabar respuestas, la desproporción entre los informantes de los dos sexos era muy evidente.
Llegado a este punto las alternativas eran: recortar el número de mujeres para ajustarlo a la menor cantidad de hombres, con la consiguiente pérdida de la información recogida, o sacrificar la representatividad a cambio de no desaprovechar un buen número de cuestionarios.
Finalmente, el grupo motor optó por no demorar más el proceso y escoger esta última opción.

GRÁFICO 1: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR SEXOS



Por tanto, de las referidas 98 encuestas, el 62,24 % corresponden a informantes de sexo femenino, mientras que los hombres alcanzan solo el 37,76 %.

TABLA 2: GRUPOS DE EDAD Y SEXO POBLACIÓN (PORCENTAJE)

POBLACIÓN	<30 años	31-64 años	>65 años	TOTAL
HOMBRES	17	26	7	50
MUJERES	16	26	8	50
Ambos Sexos	**33**	**52**	**15**	**100,00**

TABLA 3: GRUPO DE EDAD Y SEXO MUESTRA (PORCENTAJE)

MUESTRA	<30 años	31-64 años	>65 años	TOTAL
HOMBRES	13,27	19,39	5,10	37,76
MUJERES	13,27	44,90	4,08	62,24
Ambos Sexos	**26,53**	**64,29**	**9,18**	**100,00 %**

GRÁFICO 2: MUESTRA POR GRUPOS EDAD Y SEXO

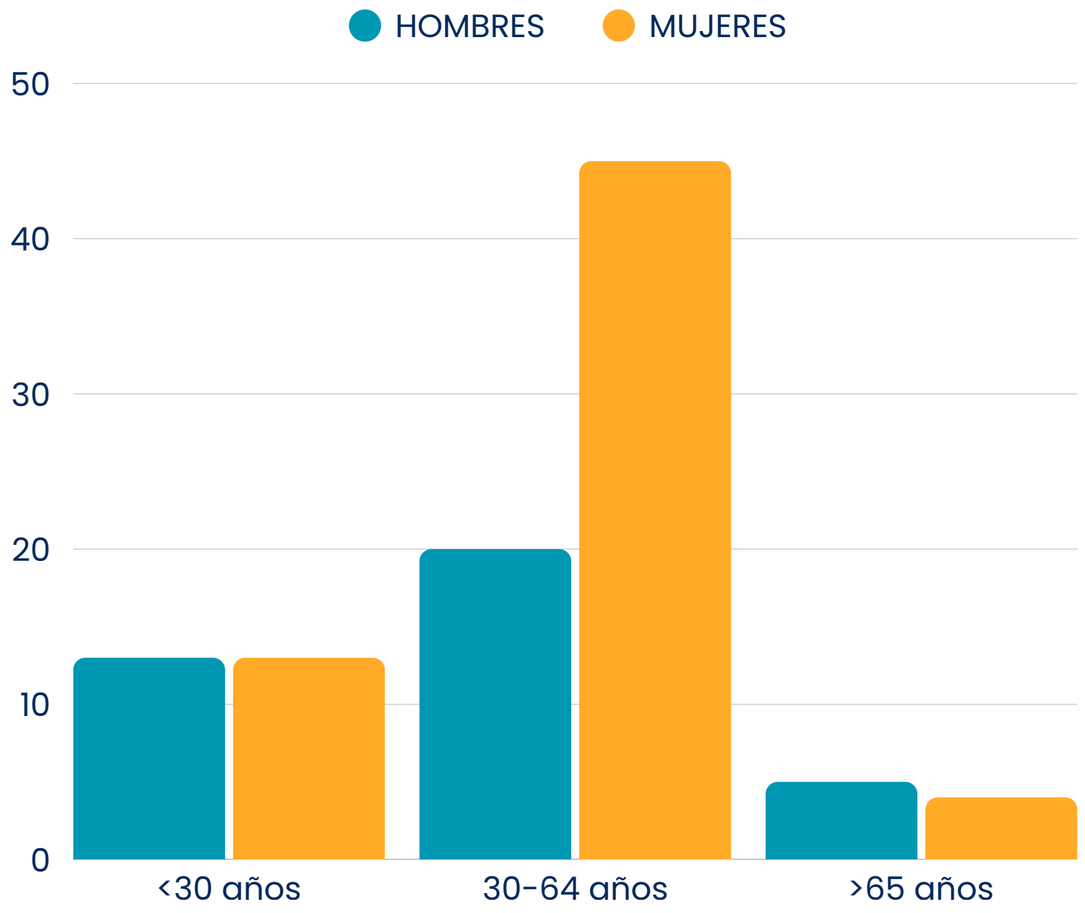
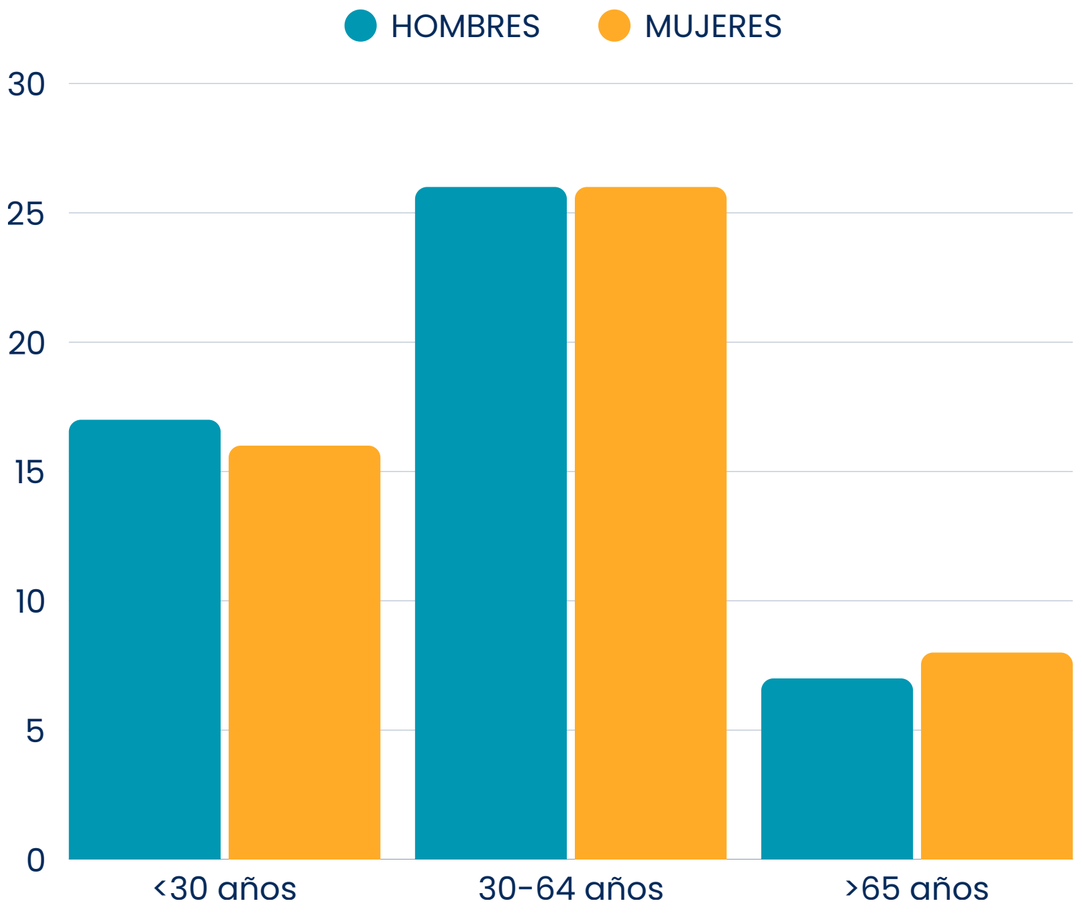


GRÁFICO 3: POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO



Podemos comprobar que, según las variables de clasificación utilizadas: **sexo** y **edad**, la muestra (Tabla 3) no se ajusta idealmente a los datos reales de la población (Tabla 2), puesto que hay varios grupos de clasificación que exceden el 5 % de diferencia (Tabla 4) que es el valor que podríamos considerar asumible para aceptar los datos como representativos de la población.

Vemos a continuación (Tabla 4) como la diferencia en ambas categorías, al igual que en el caso de los hombres cuyas edades se comprenden entre los 30 y los 64 años supera el referido 5% en algunas categorías de comparación, no obstante, con el objeto de no demorar más el proceso, puesto que su ajuste obligaría a realizar modificaciones del tamaño muestral en prácticamente todas las categorías, sin que probablemente se aportara una mejora considerable de la calidad de la información.

TABLA 4: DIFERENCIA PORCENTAJES ENTRE DATOS REALES Y MUESTRAS

SEXO	<30 años	30-64 años	>65 años	TOTAL
HOMBRES	3,88	6,66	1,89	12,43
MUJERES	2,50	-18,89	3,96	-12,43
Total	**6,38**	**-12,23**	**5,85**	**0,00**

Con respecto a la situación laboral (Gráfico 4) vemos que los porcentajes generales pueden tener cierta lógica social: el grupo mayoritario es el de los trabajadores por cuenta ajena que superan el 40 %, seguido de los desempleados, mientras que estudiantes, jubilados y trabajadores por cuenta propia (autónomos/as- empresarios/as) se sitúan alrededor del 10 %, quedando con menor representatividad amas/os de casa.

GRÁFICO 4: SITUACIÓN LABORAL MUESTRA

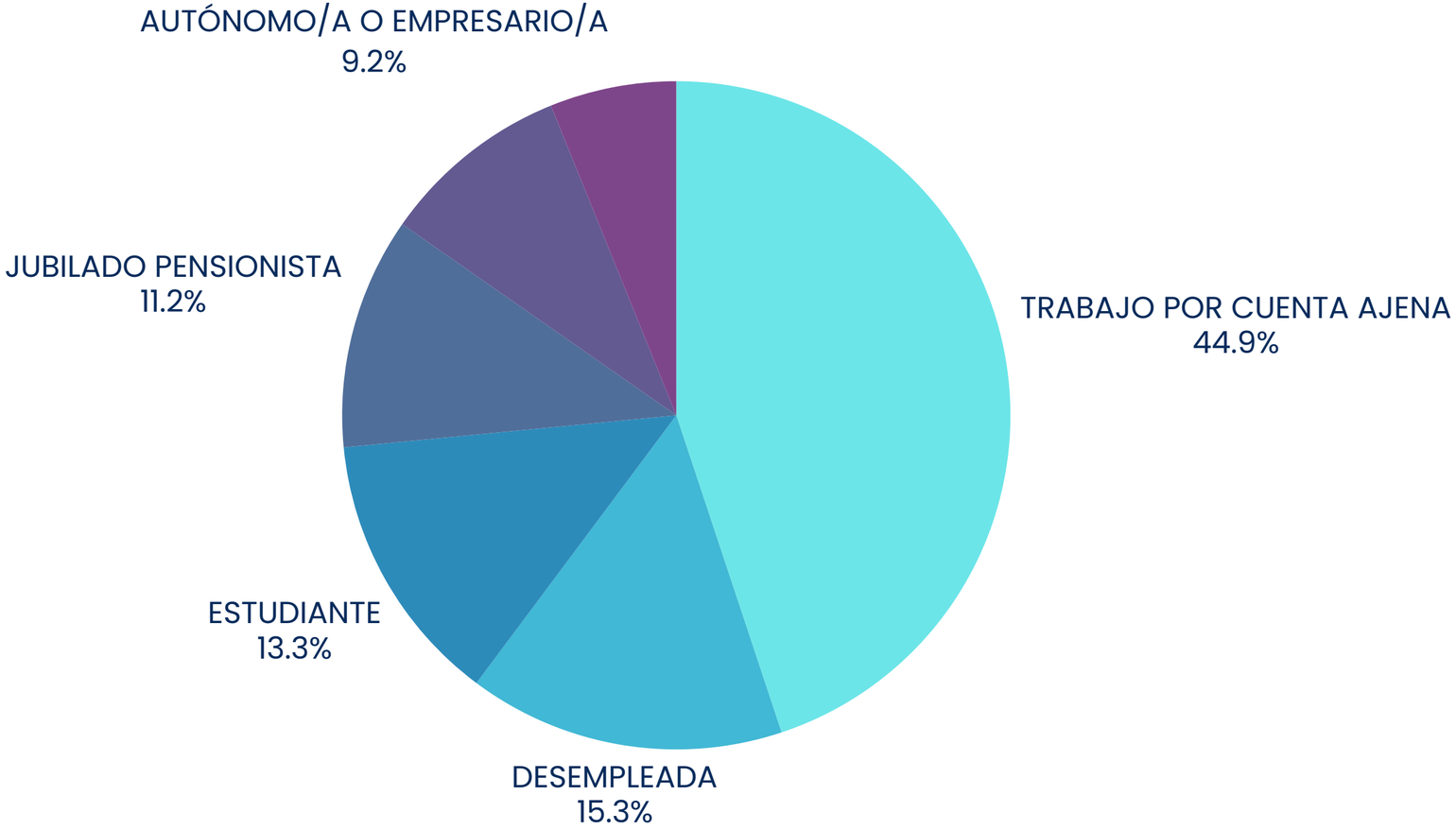


TABLA 5: SITUACIÓN LABORAL RECUENTO Y PORCENTAJES

SITUACIÓN LABORAL	FRECUENCIA	%
TRABAJO POR CUENTA AJENA	44	44,90 %
DESEMPLEADO/A	15	15,31 %
ESTUDIANTE	13	13,27 %
JUBILADO/A PENSIONISTA	11	11,22 %
AUTÓNOMO/A O EMPRESARIO/A	9	9,18 %
AMO/A DE CASA	6	6,12 %
Total resultado	**98**	**100,00 %**

Pero si profundizamos un poco más (Tabla 5) podemos comprobar que, se trata de una variable cuyos resultados se ven bastante influidos por las características de la muestra, que como hemos comentado, tiene un sesgo importante hacia el grupo de mujeres de mediana edad, que son la mayoritarias: Eso evidentemente repercute en la representatividad de la información, por ello nos encontramos de que la distribución de los datos es más parecida a la de las mujeres, mientras que los datos correspondientes a los hombres tienen un peso menor en los resultados.

TABLA 6: SITUACIÓN LABORAL Y SEXO

SITUACIÓN LABORAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL
TRABAJO POR CUENTA AJENA	37,84 %	49,18 %	44,90 %
DESEMPLEADO/A	16,22 %	14,75 %	15,31 %
ESTUDIANTE	18,92 %	9,84 %	13,27 %
JUBILADO/A PENSIONISTA	16,22 %	8,20 %	11,22 %
AUTÓNOMO/A O EMPRESAIO/A	8,11 %	9,84 %	9,18 %
AMO/A DE CASA	2,70 %	8,20 %	6,12 %
Total Resultado	**100,00 %**	**100,00 %**	**100,00 %**

Así nos encontramos (Tabla 6) que casi la mitad de las mujeres que han contestado son trabajadora por cuenta ajena (49,18 %) por poco más de un tercio en los hombres (37,84%).

Las mujeres estudiantes (18,92%) son el doble que los hombres (8,84%), mientras sucede lo contrario entre los jubilados (mujeres 8,20% vs hombres 16,22 %), los resultados pueden equipararse entre ambos grupos en cuando a desempleados y trabajadores por cuenta propia, y la diferencia se hace muy significativa entre los informantes que se manifiestan amos/as de casa, donde las mujeres (8,20%) casi cuadruplican a los hombres (2,7 %).

GRÁFICO 5: DISTRIBUCIÓN LABORAL POR SEXOS

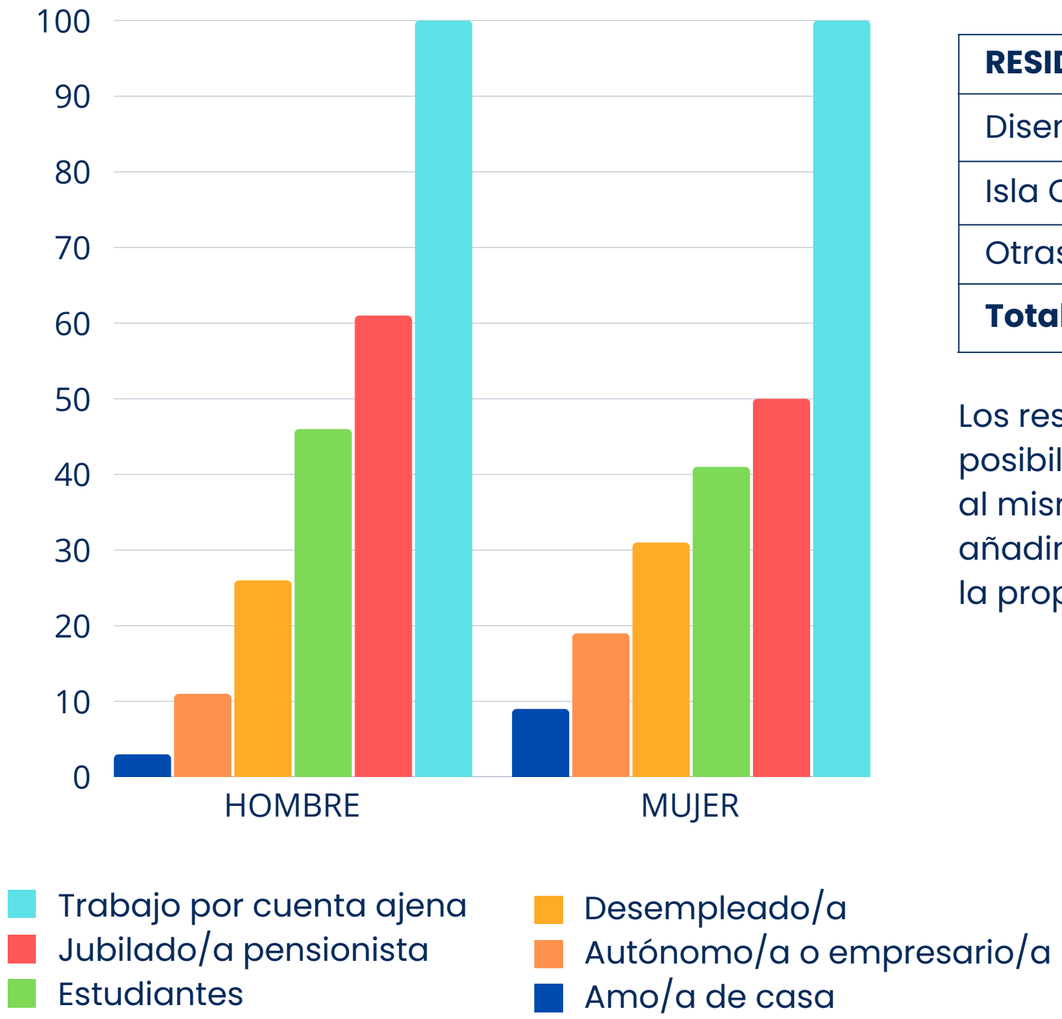


TABLA 7: POBLACIÓN POR NÚCLEO DE RESIDENCIA

RESIDENCIA	FRECUENCIA	%
Diseminados	21	21,43 %
Isla Cristina	75	76,53 %
Otras localidades	2	2,04 %
Total Resultado	**98**	**100,00 %**

Los resultados de la variable núcleo de residencia (Tabla 7) tienen pocas posibilidades de análisis, puesto que la gran mayoría de los informantes pertenecen al mismo grupo, a los residentes en Isla Cristina, a los que si añadimos a los que residen en núcleos residenciales diseminados pertenecientes a la propia localidad, se produce casi una constante.

PROBLEMAS DE SALUD

Antes de pasar a desgranar los distintos factores identificados, es oportuno señalar que el total de los ítems recogidos por los informantes no se corresponde con el número de encuestas cumplimentadas, puesto que muchas de ellas han señalado varios elementos. De esta forma, se han recogido 145 ítems distintos (recordamos que había 98 encuestas cumplimentadas).

TABLA 8: INFORMANTES PROBLEMAS DE SALUD SEXO Y EDAD

SEXO	FRECUENCIA	%	PROMEDIO DE EDAD
HOMBRE	58	40,00 %	46,00
MUJER	87	60,00 %	41,05
Total Resultado	**145**	**100,00 %**	**43,03**

TABLA 9: INFORMANTES PROBLEMAS DE SALUD POR GRUPOS DE EDAD

GRUPOS EDAD	FRECUENCIA	%	PROMEDIO DE EDAD
<30 AÑOS	35	24,14 %	23,34
31-64 AÑOS	92	63,45 %	45,10
>65 AÑOS	18	12,41 %	70,72
Total Resultado	**145**	**100,00 %**	**43,03**

Con respecto a la situación laboral, podemos observar (Tabla 10) que los trabajadores por cuenta ajena en primer lugar y a una distancia considerable, son el colectivo mayoritario, mientras que por el otro extremo son principalmente las amas de casa y, de una forma más discreta, los autónomos/empresarios los grupos de que menos peso tienen en esta muestra.

Aunque hay que reiterar que el sesgo muestral introduce un posible factor de confusión que afecta a cualquier conclusión comparativa que pudiéramos
extraer.

Las tablas 8 y 9 describen la muestra que ha identificado algún problema de salud como circunstancia relevante para la población de Isla Cristina. Vemos que en las mujeres son mayoritarias, el que pertenecen en gran parte al grupo de edad comprendido entre los 31 y los 64 años, como cabría esperar conociendo la distribución de la muestra. También se observa una diferencia en la edad promedio entre ambos sexos de casi 5 años, que parece significativa.

TABLA 10: INFORMANTES PROBLEMAS DE SALUD Y SITUACIÓN LABORAL

SITUACIÓN LABORAL	FRECUENCIA	%	PROMEDIO DE EDAD
TRABAJO POR CUENTA AJENA	69	47,59 %	41,26
DESEMPLEADO/A	23	15,86%	36,39
JUBILADO/A PENSIONISTA	20	13,79 %	68,10
ESTUDIANTE	15	10,34 %	22,60
AUTÓNOMO/A O EMPRESARIO/A	12	8,28 %	46,92
AMO/A DE CASA	6	4,14 %	48,50
Total Resultado	**145**	**100,00 %**	**43,03**

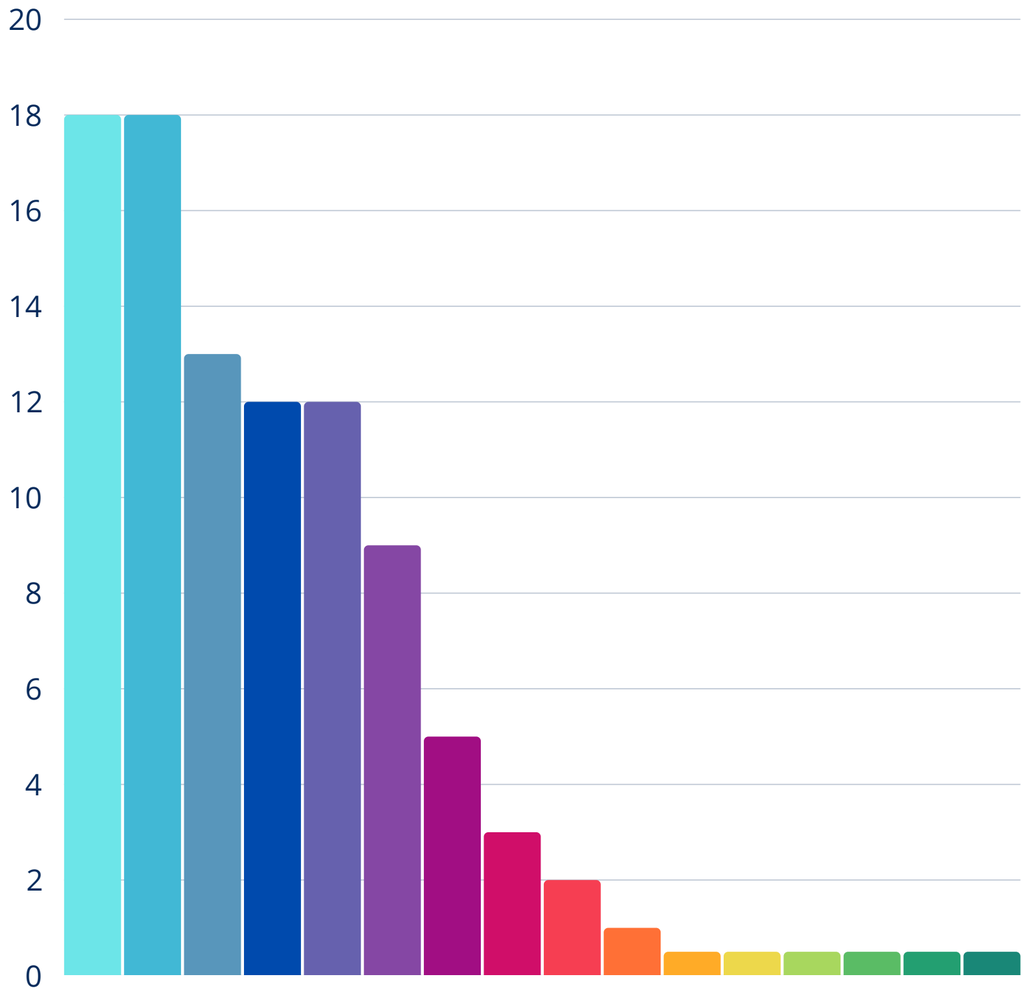
TABLA 11: PROBLEMÁTICA DE SALUD Y PROMEDIO DE EDAD

DETERMINANTE	FRECUENCIA	%	PROMEDIO DE EDAD
EN. INDIVIDUALES	26	17,93 %	35,04
MEDIOAMBIENTE	26	17,93 %	55,38
ADICCIONES	20	13,79 %	38,20
ASISTENCIA SANITARIA	18	12,41 %	46,56
ESPACIOS URBANOS	18	12,41 %	44,56
NS/NC	14	9,66 %	40,64
SALUD MENTAL	8	5,52 %	32,88
HÁBITOS VIDA	4	2,76 %	35,25
CIVISMO	3	2,07 %	49,00
ACCESIBILIDAD	1	0,69 %	27,00
CONTROL ANIMALES	1	0,69 %	54,00
CONTROL ANIMALES	1	0,69 %	35,00
ENVEJECIMIENTO	1	0,69 %	51,00
LABORALES	1	0,69 %	31,00
SEXUALIDAD	1	0,69 %	23,00
TRÁFICO	1	0,69 %	66,00
Total Resultado	**1**	**0,69 %**	**43,03**

Entre los determinantes de la Salud de salud identificados (tabla 11), el más relevante para los informantes, es el de las **Enfermedades individuales**, seguido por el **Medioambiente**, las **Adicciones**, la **asistencia sanitaria**, el mantenimiento, cuidado y limpieza de los **espacios urbanos**, la **Salud mental y emocional** y los **hábitos de vida**, quedando ya con menor relevancia algunos aspectos relacionados con las **vacunas**, el **tráfico**, la **sexualidad**, la **salud laboral**, el **envejecimiento** y la **accesibilidad**.

Podemos observar algunas diferencias en cuanto a la edad de los
informantes. Mientras la **salud mental**, los **hábitos de vida** y las **enfermedades individuales** preocupan más a las personas más jóvenes, los asuntos relacionados con el **medioambiente**, la **asistencia sanitaria** y los **espacios urbanos**, son los temas sobre los que informan mayoritariamente las personas
con un promedio de edad más alto.

GRÁFICO 6: CATEGORÍAS PROBLEMAS DETECTADOS



Este análisis se puede complementar con el de los distintos ítems en función de los grupos de edad en los que hemos agrupado a los informantes para realizar la muestra (Tabla 12).
Mientras que entre las personas más jóvenes (menores de 30 años) los factores mayoritariamente indicados son las **enfermedades individuales**, y las **adicciones**, para los adultos (entre 31 y 64 años) la respuesta se encuentra menos centralizada y se reparte entre más ítems, siendo además de las anteriores, temas relacionados con el **medioambiente** y los **espacios urbanos**; los más mayores, por su parte, centralizan sus aportaciones en el **medioambiente**, la **asistencia sanitaria** y ya con menor peso, la gestión de los espacios urbanos, llama poderosamente la atención que este colectivo de mayores no haya nadie identificado enfermedades individuales como información preferente.

TABLA 12: DETERMINANTES DE LA SALUD Y GRUPOS DE EDAD

DETERMINANTE	<30 años	31-64 años	>65 años	Total Resultado
EN. INDIVIDUALES	28,57 %	17,39 %		17,93 %
MEDIOAMBIENTE	5,71 %	18,48 %	38,89 %	17,93 %
ADICCIONES	14,29 %	16,30 %		13,79 %
ASISTENCIA SANITARIA	8,57 %	10,87 %	27,78 %	12,41 %
ESPACIOS URBANOS	11,43 %	11,96 %	16,67 %	12,41 %
NS/NC	11,43 %	9,78 %	5,56 %	9,66 %
SALUD MENTAL	11,43 %	4,35 %		5,52 %
HÁBITOS VIDA	2,86 %	3,26 %		2,76 %
CIVISMO		3,26 %		2,07 %
ACCESIBILIDAD	2,86 %			0,69 %
CONTROL ANIMALES		1,09 %		0,69 %
CONTROL ANIMALES		1,09 %		0,69 %
ENVEJECIMIENTO		1,09 %		0,69 %
LABORALES		1,09 %		0,69 %
SEXUALIDAD	2,86 %			0,69 %
TRÁFICO			5,56 %	0,69 %
Total Resultado	**100,00 %**	**100,00 %**	**100,00 %**	**100,00 %**

Si analizamos los resultados de la cuestión en función del sexo de los informantes, la primera observación que podemos realizar es que, en vista de la diferencia tan considerable que hay en la muestra entre ambos sexos, parece lógico analizar esta variable de forma diferenciada para cada sexo (tabla 13).

Para la mujer son muy importante las **enfermedades individuales** con casi un cuarto de sus informaciones, mientras que para el hombre, es lo relacionado con el **medioambiente**, el asunto principal. También es destacable la gran disparidad que existe entre los dos grupos en cuanto a la **salud mental**, el dato de las mujeres casi triplica al de los hombres. El resto de ítems no presentan diferencias muy significativas pudiéndose equiparar entre ambos grupos.

TABLA 13: DETERMINANTES DE LA SALUD Y SEXO

DETERMINANTE	HOMBRE	MUJER	Total Resultado
EN. INDIVIDUALES	8,62 %	24,14 %	17,93 %
MEDIOAMBIENTE	27,59 %	11,49 %	17,93 %
ADICCIONES	12,07 %	14,94 %	13,79 %
ASISTENCIA SANITARIA	10,34 %	13,79 %	12,41 %
ESPACIOS URBANOS	13,79 %	11,49 %	12,41 %
NS/NC	12,07 %	8,05 %	9,66 %
SALUD MENTAL	3,45 %	6,90 %	5,52 %
HÁBITOS VIDA	1,72 %	3,45 %	2,76 %
CIVISMO	3,45 %	1,15 %	2,07 %
ACCESIBILIDAD		1,15 %	0,69 %
CONTROL ANIMALES	1,72 %		0,69 %
CONTROL ANIMALES		1,15 %	0,69 %
ENVEJECIMIENTO	1,72 %		0,69 %
LABORALES		1,15 %	0,69 %
SEXUALIDAD		1,15 %	0,69 %
TRÁFICO	1,72 %		0,69 %
Total Resultado	**100,00 %**	**100,00 %**	**100,00 %**

Por otro lado, resulta significativa la escasa relevancia que han tenido en el estudio aspectos como los hábitos de vida, la salud mental o el envejecimiento, elementos que la literatura y el análisis de otros municipios ponderan con mayor potencia.

En cuanto a la situación laboral, vemos en la Tabla 14 que la Atención Sanitaria es el problema más importante las amas de casa seguido de las adicciones, para los estudiantes son los asuntos relacionados con la **Salud mental**, para desempleados y trabajadores por cuenta ajena pesan más las **enfermedades individuales**, mientras que para los jubilados/pensionistas los asuntos prioritarios son aquellos relacionados con el **medioambiente** seguido de la **asistencia sanitaria**, por su parte los trabajadores por cuenta propia (autónomos y empresarios) reparten sus aportaciones entre el **medioambiente** y las **adicciones**.

En cuanto a la situación laboral, vemos en la Tabla 14 que la Atención Sanitaria es el problema más importante las amas de casa seguido de las adicciones, para los estudiantes son los asuntos relacionados con la **Salud mental**, para desempleados y trabajadores por cuenta ajena pesan más las **enfermedades individuales**, mientras que para los jubilados/pensionistas los asuntos prioritarios son aquellos relacionados con el **medioambiente** seguido de la **asistencia sanitaria**, por su parte los trabajadores por cuenta propia (autónomos y empresarios) reparten sus aportaciones entre el **medioambiente** y las **adicciones**.

TABLA 14: DETERMINANTES DE LA SALUD Y SITUACIÓN LABORAL (%)

DETERMINANTE	AC	TCP	DES	EST	J-P	TCA	TOTAL
EN. INDIVIDUALES	16,67 %	8,33 %	17,39 %	13,33 %		26,09 %	17,93 %
MEDIOAMBIENTE		25,00 %	13,04 %		40,00 %	17,39 %	17,93 %
ADICCIONES	33,33 %	25,00 %	13,04 %	13,33 %		14,49 %	13,79 %
ASISTENCIA SANITARIA	50,00 %		8,70 %	13,33 %	20,00 %	10,14 %	12,41 %
ESPACIOS URBANOS		16,67 %	17,39 %	13,33 %	15,00 %	10,14 %	12,41 %
NS/NC		8,33 %	17,39 %	13,33 %	15,00 %	5,80 %	9,66 %
SALUD MENTAL		8,33 %	4,35 %	26,67 %		2,90 %	5,52 %
HÁBITOS VIDA						5,80 %	2,76 %
CIVISMO						4,35 %	2,07 %
ACCESIBILIDAD			4,35 %				0,69 %
CONTROL ANIMALES		8,33 %					0,69 %
CONTROL ANIMALES			4,35 %				0,69 %
ENVEJECIMIENTO						1,45 %	0,69 %
LABORALES						1,45 %	0,69 %
SEXUALIDAD				6,67 %			0,69 %
TRÁFICO					5,00 %		0,69 %
Total Resultado	**100,00 %**	**100,00 %**	**100,00 %**	**100,00 %**	**100,00 %**	**100,00 %**	**0,69 %**

ENFERMEDADES INDIVIDUALES

La categoría identificada por mayor número de informantes es la que hemos denominado con el epígrafe de enfermedades individuales, ésta supone casi un 20 % del estudio (19,71%), siendo 26 las personas que han realizado aportaciones en este sentido. A continuación podemos comprobar que son mucho más las mujeres que los hombres las que identifican este factor como el más importante para la salud de los vecinos (Tabla 15). También se observan diferencias entre las edades según el sexo de estos informantes, las mujeres tiene de promedio 5 años más que los hombres. La edad promedio de la categoría es de 35,04 años, más de 7 años menor que la edad promedio general de la muestra, 42.29.

TABLA 15: ENFERMEDADES INDIVIDUALES, SEXO Y EDAD.

SEXO	FRECUENCIA	%	PROMEDIO DE EDAD
HOMBRE	5	19,23 %	30,20
MUJER	21	80,77 %	36,19
Total Resultado	**26**	**100,00 %**	**35,04**

Llama mucho la atención de que ninguna persona de más de 65 años, haya identificado esta categoría en sus encuestas, que se han circunscrito a los grupos de edad más jóvenes. Quizás por ese motivo el promedio de edad sea bastante más bajo que el del resto de la muestra como hemos referidos anteriormente.

TABLA 16: ENFERMEDADES INDIVIDUALES Y GRUPOS DE EDAD

GRUPO EDAD	FRECUENCIA	%	EDAD (Promedio)
JÓVENES	10	38,46 %	24,20
ADULTOS	16	61,54 %	41,81
MAYORES	0	0 %	SD
Total Resultado	**26**	**100,00 %**	**35,04**

En cuanto a la situación laboral (Tabla 17), es llamativo en primer lugar, la ausencia de jubilados-pensionistas en esta categoría, dato coherente con lo apuntado anteriormente, pero que se aleja de otros estudios similares, en los que este colectivo se centra mucho en sus propias patologías a la hora de identificar problemas.
Dos grupos de informantes centran más del 85 % de las respuestas, los trabajadores por cuenta ajena y los desempleados, parece que se considera a la enfermedad individual como un impedimento para el desarrollo normal de la actividad laboral.



TABLA 17: ENFERMEDADES INDIVIDUALES Y SITUACIÓN LABORAL

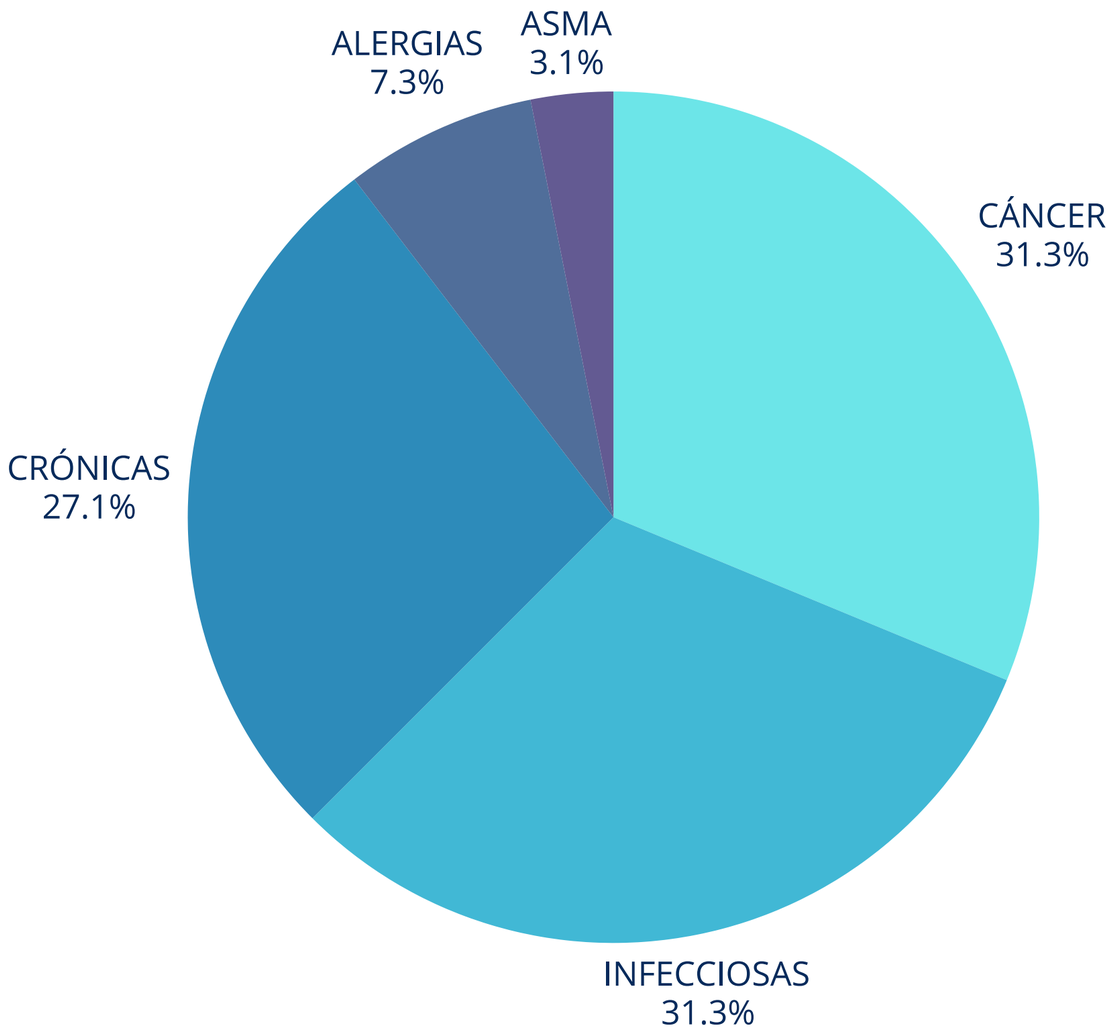
SITUACIÓN LABORAL	FRECUENCIA	%	EDAD (Promedio)
TRABAJO POR CUENTA AJENA	18	69,23 %	36,28
DESEMPLEADO/A	4	15,38 %	31,00
ESTUDIANTES	2	7,69 %	22,50
AUTÓNOMO/A O EMPRESARIO/A	1	3,85 %	38,00
AMO/A DE CASA	1	3,85 %	51,00
JUBILADO/A O PENSIONISTA	0	0	0
Total Resultado	**26**	**100,00 %**	**35,04**

Con respecto a los problemas concretos que conforman la categoría (Tabla 18), se centran mucho en el cáncer y las enfermedades infecciosas (Gripe- Covid), entre las que superan el 60%, seguidas por las enfermedades crónicas, siendo minoritarias el resto de aportaciones.

TABLA 18: DETERMINANTE ENFERMEDADES INDIVIDUALES, PROBLEMAS IDENTIFICADOS

PROBLEMAS	FRECUENCIA	%	EDAD PROMEDIO
Cáncer	8	30,77 %	35,75
Infecciosas	8	30,77 %	35,50
Crónicas	7	26,92 %	32,57
Alergias	2	7,69 %	35,00
Asma	1	3,85 %	43,00
Total resultado	**26**	**100,00 %**	**35,04**

GRÁFICO 7: ENFERMEDADES INDIVIDUALES. PROBLEMAS IDENTIFICADOS



MEDIOAMBIENTE

El siguiente determinante social de la salud que se identifica es el correspondiente al área de Medioambiente.
Donde observamos que solo hay dos factores concretos con cierta relevancia estadística, el suministro de agua y el saneamiento.

TABLA 19: DETERMINANTE MEDIOAMBIENTE POR PROBLEMAS CONCRETOS

PROBLEMAS CONCRETOS	%	FRECUENCIA	EDAD PROMEDIO
Suministro agua	38,46 %	10	58,10
Saneamiento	26,92 %	7	54,57
Contaminación	7,69 %	2	17,00
Argotóxicos	3,85 %	1	71,00
Aguas estancales	3,85 %	1	63,00
Antenas	3,85 %	1	77,00
Frío húmedo	3,85 %	1	40,00
Limpieza	3,85 %	1	64,00
Radiaciones	3,85 %	1	77,00
Vertidos	3,85 %	1	51,00
Total Resultado	**100,00 %**	**26**	**35,04**

Puede comprobarse que casi un 40 % hablan de suministro de agua. Analizando los datos recogidos. parece evidente que la información se refiere a un problema circunscrito a una zona concreta (Urbanización Las Palmeritas), por la cantidad de informantes que se ha identificado con esa zona, que en un 70% identifican este problema concreto.

RESIDENCIA	%	FRECUENCIA
Urb. Las Palmeritas	70,00 %	7
Isla Cristina	20,00 %	2
La Redondela	10,00 %	1
Total Resultado	**100,00 %**	**10**

ADICCIONES

El siguiente determinante de la salud, que aparece en el estudio es el compuesto por los ítems relacionados con las **ADICCIONES** que han sido identificadas por 20 personas, el 13,79 % de los informantes de la muestra.

TABLA 21: ADICCIONES SEGÚN SEXO Y PROMEDIO DE EDAD.

SEXO	%	FRECUENCIA	PROMEDIO-EDAD
HOMBRE	35,00 %	7	40,00
MUJER	65,00 %	13	37,23
Total Resultado	**100,00%**	20	38,20

En este apartado del estudio podemos observar que las diferencias entre ambos sexos son evidentes, siendo las mujeres con un 65% las que casi monopolizan la respuesta a esta categoría (Tabla 21).

TABLA 22: ADICIONES SEGÚN GRUPOS DE EDAD.

SEXO	FRECUENCIA	%
JÓVENES	5	25,00 %
ADULTOS	15	75,00 %
MAYORES	0	0 %
Total Resultado	**20**	**100,00 %**

Llama la atención que la mayoría de informantes son del grupo de adultos, siendo su porcentaje superior al de la muestra (tabla 3), mientras que el de los jóvenes se encuentra muy por debajo y el de las personas mayores es inexistente.

TABLA 23: ADICCIONES SEGÚN SITUACIÓN LABORAL

SITUACIÓN LABORAL	FRECUENCIA	%
TRABAJO POR CUENTA AJENA	10	50,00 %
AUTÓNOMO/A O EMPRESARIO/A	3	15,00 %
DESEMPLEADO/A	3	15,00 %
AMO/A DE CASA	2	10,00 %
ESTUDIANTE	2	10,00 %
Total Resultado	**20**	**100,00 %**

Son los trabajadores por cuenta ajena, muy por encima de lo esperado, los que informan de circunstancias relacionadas con las adicciones, seguidos a mucha distancia por los autónomos/empresarios y desempleados. Los jubilados/pensionistas no identifican las adicciones como elemento problemático en la encuesta (tabla 23).

Las drogas ilegales son las que aportan más peso en el estudio, constituyendo el 70 % de la categoría, seguido por las adicciones en general (20 %), mientras que las drogas legales, (el alcohol y el tabaco), se sitúan en un 10 %.

TABLA 24: ADICCIONES. PROBLEMAS DETECTADOS

PROBLEMA	FRECUENCIA	%	PROMEDIO-EDAD
Drogas	14	70,00 %	38,07
Adicciones	4	20,00 %	38,75
Legales	2	10,00 %	38,00
Total Resultado	**20**	**100,00 %**	**38,20**

Llama la atención la no identificación de las adicciones tecnológicas en este apartado, que en otros trabajos similares si han sido señaladas como un factor importante.

ATENCIÓN SANITARIA

El siguiente de los determinantes que ha obtenido cierta relevancia en el estudio, es el de la Atención Sanitaria. Sobre esta categoría han informado 18 personas, es decir el 12,41 % de los participantes. Las mujeres suponen el doble que los hombres en esta categoría.

TABLA 25: ATENCIÓN SANITARIA, SEXO Y EDAD.

SEXO	FRECUENCIA	%	EDAD (Promedio)
HOMBRE	6	33,33 %	44,00
MUJER	12	66,67 %	47,83
Total Resultado	**18**	**100,00 %**	**46,56**

TABLA 26: ATENCIÓN SANITARIA Y GRUPOS DE EDAD

GRUPO EDAD	FRECUENCIA	%
JÓVENES	3	16,67 %
ADULTOS	10	55,56 %
MAYORES	5	27,78 %
Total Resultado	**18**	**100,00 %**

Si observamos la muestra distribuida en función de la edad agrupada en las tres cohortes que hemos utilizado para clasificar a los informantes, el dato que más llama la atención es la diferencia existente entre el grupo mayoritario (adultos entre 31 y 64 años) que casi alcanza el 56 % frente a los otros dos grupos (Tabla 26).

TABLA 27: ATENCIÓN SANITARIA Y SITUACIÓN LABORAL

SITUACIÓN LABORAL	FRECUENCIA	%
TRABAJO POR CUENTA AJENA	7	38,89 %
JUBILADO/A PENSIONISTA	4	22,22 %
AMO/A DE CASA	3	16,67 %
DESEMPLEADO/A	2	11,11 %
ESTUDIANTE	2	11,11 %
Total Resultado	**18**	**100,00 %**

Si hacemos el análisis de las personas que han propuesto la atención sanitaria como el principal problema de salud de la localidad según su situación laboral, el colectivo mayoritario que es el de los trabajadores por cuenta ajena es el que identifica esta categoría como la más importante, seguido de jubilados/pensionistas y amas/os de casa.
Llama la atención a que no haya nadie del colectivo de trabajadores por cuenta propia (autónomos y empresarios) que haya señalado factores de esta categoría.

Llama la atención que los trabajadores por cuenta ajena que han informado ese determinante se sitúan por encima del valor de este grupo en la muestra (40,17 % Tabla 5) al igual que los desempleados (17,09% Tabla 5) y los estudiantes (13,69% Tabla 5) mientras que el resto de grupos se sitúa muy por debajo de su valor en la muestra, llegando al extremo de los empresario/as-autónomos/as de los cuales ninguno de su grupo ha identificado la asistencia sanitaria como problema relevante.

TABLA 28: ATENCIÓN SANITARIA, PROBLEMAS IDENTIFICADOS

PROBLEMA	FRECUENCIA	%
Citas	5	27,78 %
Dotación	5	27,78%
Demoras	3	16,67 %
Falta personal	3	16,67 %
Desplazamientos	1	5,56 %
Mala atención	1	5,56 %
Total Resultado	**18**	**100 %**

Un análisis más detallado de las repuestas agrupadas en la categoría de Atención Sanitaria, nos muestra que son las citas sanitarias y la dotación del Centro de Salud las que son señaladas con más insistencia, seguidas de las demoras y de la falta de personal.

TABLA 31: ESPACIOS URBANOS Y GRUPOS DE EDAD

GRUPO EDAD	FRECUENCIA	%
JÓVENES	4	22,22 %
ADULTOS	11	61,11 %
MAYORES	3	16,67 %
Total Resultado	**18**	**100,00 %**

TABLA 32: ESPACIOS URBANOS Y SITUACIÓN LABORAL

SITUACIÓN LABORAL	FRECUENCIA	%
TRABAJO POR CUENTA AJENA	7	38,89 %
DESEMPLEADO/A	4	22,22 %
JUBILADO/A PENSIONISTA	3	16,67 %
AUTÓNOMO/A O EMPRESARIO/A	2	11,11 %
ESTUDIANTE	2	11,11 %
Total Resultado	**18**	**100,00 %**

Si que resulta más llamativo el dato si lo vemos por grupos de edad, apareciendo como mayoritario el grupo de las personas adultas (31-64 a) que suponen más del 60 % del total de informantes de esta categoría.
Con respecto a la situación laboral, es el colectivo de trabajadores por cuenta propia el principal suministrador de información con casi el 40 %, seguido por los desempleados que supera el 22%; mientras que, en el otro extremo, llama la atención que las Amas/os de casa no hayan aportado ninguna referencia al respecto (Tabla 32).

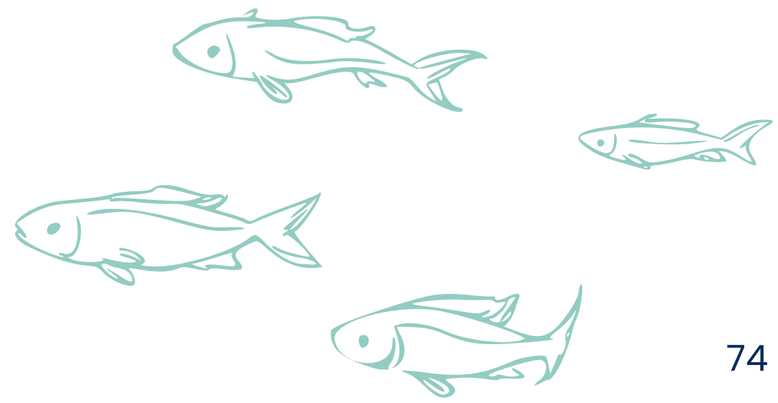


TABLA 33: ESPACIOS URBANOS, PROBLEMAS IDENTIFICADOS

PROBLEMAS	FRECUENCIA	%
Limpieza	10	55,56 %
Arreglos	2	11,11 %
Excrementos	2	11,11 %
Alcantarillado	1	5,56 %
Basura	1	5,56 %
Inundabilidad	1	5,56 %
NS/NC	1	5,56 %
Total Resultado	**18**	**100 %**

Sobre los problemas identificados, más de la mitad de la información se centra en factores vinculados con la limpieza, o falta de ella, de las calles, quedando ya el resto de factores a bastante distancia de ese (Tabla 33).

SALUD MENTAL

Uno de los determinantes que aparece con más peso en otros estudios similares, es el de la Salud mental o emocional, en este estudio llama la atención la escasa incidencia de este factor ya que ha sido señalado solo por 8 personas dato que apenas supera el 5 % del total de las aportaciones del estudio.
Podemos observar que existe diferencia numérica entre los sexos, como cabría esperar teniendo en cuenta la muestra, el número de las mujeres sobrepasa ampliamente al de los hombres, aunque éstos superan en casi 16 años la edad promedio de las mujeres (Tabla 25).

TABLA 34: BIENESTAR EMOCIONAL SEGÚN SEXO Y PROMEDIO DE EDAD

SEXO	FRECUENCIA	%	EDAD PROMEDIO
HOMBRE	2	25,00 %	27,50
MUJER	6	75,00 %	34,67
Total Resultado	**8**	**100,00 %**	**32,88**

En relación a la situación laboral, vemos que son los estudiantes los más sensibilizados ante este problema, suponiendo la mitad del total de informantes, por el contrario las amas/os de casa ni siquiera aparecen en el estudio.

TABLA 35: BIENESTAR EMOCIONAL SEGÚN GRUPOS DE EDAD

GRUPO	FRECUENCIA	%
JÓVENES	4	50,00 %
ADULTOS	4	50,00 %
MAYORES	0	0 %
Total Resultado	**8**	**100,00 %**

Si analizamos el detalle de las aportaciones, vemos que la mayoría de estas son muy genéricas, la respuesta más repetida es la de problemas de salud mental, que supone la mitad de los informantes del determinante (tabla 28).

El resto de factores del estudio alcanzan cifras muy modestas, apenas superan el 2 % por lo que ofrecen pocas posibilidades de análisis y de extracción
de conclusiones.

TABLA 36: BIENESTAR EMOCIONAL SEGÚN SITUACIÓN LABORAL

SITUACIÓN LABORAL	FRECUENCIA	%
ESTUDIANTE	4	50,00 %
TRABAJO POR CUENTA AJENA	2	25,00 %
AUTÓNOMO/A O EMPRESARIO/A	1	12,50 %
DESEMPLEADO/A	1	12,50 %
Total Resultado	**11**	**100,00 %**

TABLA 37: BIENESTAR EMOCIONAL. PROBLEMAS IDENTIFICADOS.

ETIQUETA	FRECUENCIA	%
Salud mental	4	50,00 %
Ansiedad	2	25,00 %
Depresión	2	25,00 %
Total Resultado	**8**	**100,00 %**

CONCEPTO DE SALUD

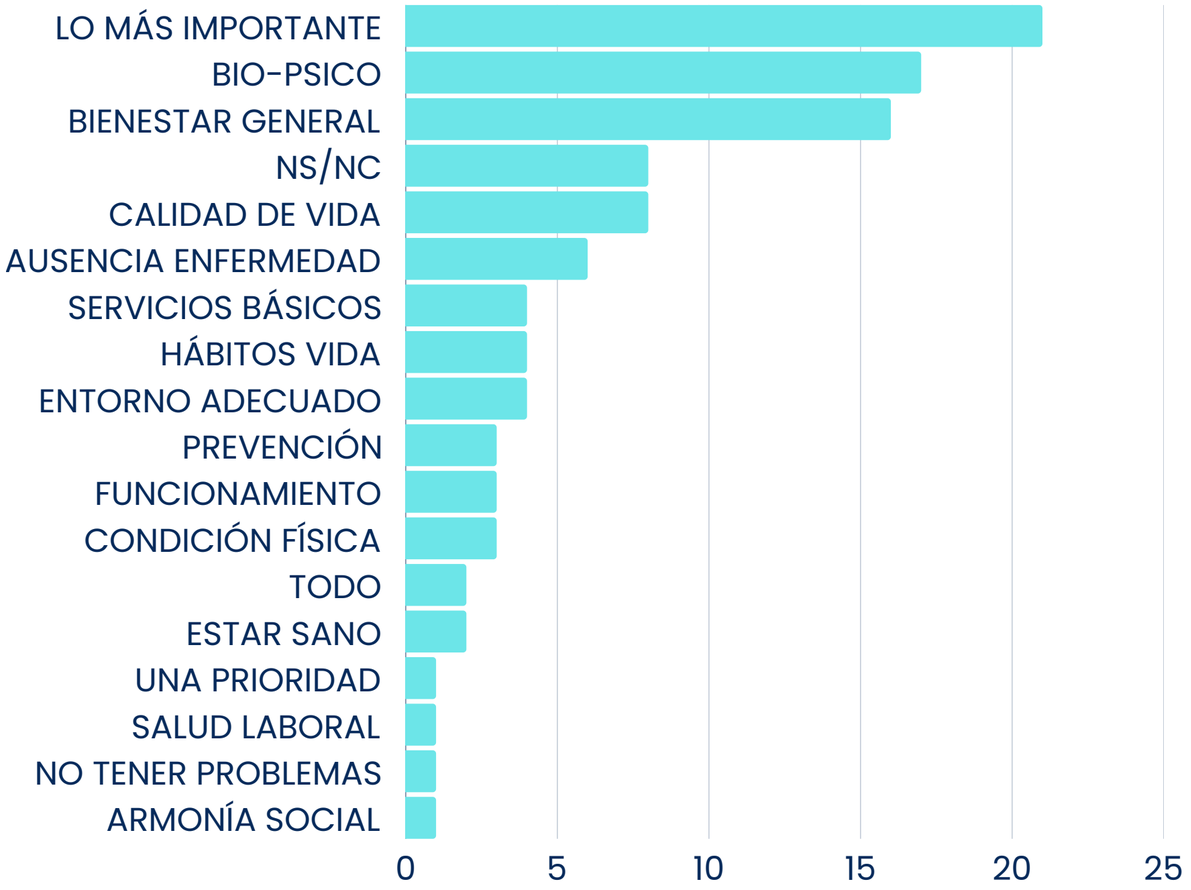
Otro de los elementos de reflexión a que nos conduce el cuestionario, ha sido la respuesta que los informantes han dado cuando se les ha preguntado ¿qué es para usted la salud? Hay que tener en cuenta que esto es un elemento importante para trabajar desde los planes locales de salud, puesto que si ésta no se contempla desde una perspectiva transversal difícilmente se podrá abordar desde otros ámbitos distintos al sanitario.

TABLA 38: CATEGORÍAS CONCEPTO SALUD

CONCEPTO	FRECUENCIA	%	EDAD PROMEDIO
LO MÁS IMPORTANTE	23	20,35 %	41,61
BIO-PISO	19	16,81 %	40,05
BINESTAR GENERAL	18	15,93 %	40,72
CALIDAD DE VIDA	9	7,96 %	48,22
NS/NC	9	7,96 %	44,00
AUSENCIA ENFERMEDAD	6	5,31 %	54,00
ENTORNO ADECUADO	4	3,54 %	48,50
HÁBITOS VIDA	4	3,54 %	37,75
SERVICIOS BÁSICOS	4	3,54 %	49,00
CONDICIÓN FÍSICA	3	2,65 %	32,00
FUNCIONAMIENTO	3	2,65 %	49,33
PREVENCIÓN	3	2,65 %	56,00
ESTAR SANO	2	1,77 %	42,50
TODO	2	1,77 %	35,50
ARMONÍA SOCIAL	1	0,88 %	58,00
NO TENER PROBLEMAS	1	0,88 %	18,00
SALUD LABORAL	1	0,88 %	56,00
UNA PRIORIDAD	1	0,88 %	27,00
Total Resultado	**113**	**100,00 %**	**43,12**

De las 113 aportaciones que se han recogido (Tabla 29) son mayoría las que se refieren a la salud como lo más importante (20,35 %), a continuación, son los ámbitos físicos y psicológicos identificados conjuntamente los que conforman la apreciación de casi un 17 % de las personas informantes, mientras que la categoría Bienestar general que agrupa las tres facetas del bienestar según la OMS (bio-psico-social) se acerca al 16 % y ya por debajo se sitúan la calidad de vida, la ausencia de enfermedad, vivir en un entorno adecuado, los hábitos de vida o contar con unos servicios básicos.
Con menor peso en el estudio se identifican una variada panoplia de ítems diversos, pero que aportan variedad y matices a un concepto ya de por si complejo.

Hemos decidido mantener la literalidad de las respuestas, si bien hace más complejo el análisis por incrementar el número de ítems, pero creemos que aporta calidad a la definición colectiva de la salud. Si a los ítems que tienen pocas aportaciones se les agrupara en una casilla como otros o varios, seguramente no repararíamos en factores tan importantes como la funcionalidad del ser humano, la armonía social o la salud laboral que son elaboraciones cognitivas muy creativas para referirse al concepto de salud.



ACTIVOS

Uno de los fundamentos conceptuales de los planes locales de salud, consiste en la puesta en valor de los elementos positivos para la salud existentes en los municipios, para ello se les pide a los informantes, que identifiquen esas circunstancias que hacen saludable la vida en su localidad. A esos elementos positivos generadores de salud les llamamos activos para la salud.

En este caso el número de ítems recogidos ha sido 149, de las cuales casi el 68 % son mujeres (Tabla 39), pertenecientes de forma mayoritaria al grupo de edad que hemos catalogado como adultos comprendidos entre los 30 y los 64 años (Tabla 40), y cuya situación laboral más representada sería la de trabajador/a por cuenta ajena o desempleado/a (Tabla 41).

TABLA 39: ACTIVOS POR SEXO Y PROMEDIO DE EDAD

SEXO	FRECUENCIA	%	EDAD PROMEDIO
HOMBRE	48	32,21 %	42,67
MUJER	101	67,79 %	41,38
Total Resultado	149	**100,00 %**	**41,79**

TABLA 40: ACTIVOS POR GRUPOS DE EDAD

GRUPO EDAD	FRECUENCIA	%
JÓVENES	36	24,16 %
ADULTOS	102	68,46 %
MAYORES	11	7,38 %
Total Resultado	**149**	**100,00 %**

TABLA 41: ACTIVOS POR SITUACIÓN LABORAL

SITUACIÓN LABORAL	FRECUENCIA	%
TRABAJO POR CUENTA AJENA	69	46,31 %
DESEMPLEADO/A	27	18,12 %
ESTUDIANTE	18	12,08 %
JUBILADO/A PENSIONISTA	15	10,07 %
AUTÓNOMO/A O EMPRESARIO/A	13	8,72 %
AMO/A DE CASA	7	4,70 %
Total Resultado	**149**	**100,00 %**

Vemos como entre los ítems más valorados (Tabla 42) destacan las **Playas** con casi el 31 % y el **entorno natural** con más del 12 % de las informaciones, seguido del **aire puro**, las **actividades al aire libre** y el **clima**, circunstancias todas ellas que junto a la **gastronomía** y a algunos **intangibles** como la tranquilidad y la paz con la que se vive en la localidad, ayudan a mantener un estilo de vida activo favorecedor de una buena salud.

TABLA 42: ACTIVOS POR CATEGORÍAS.

ACTIVOS	FRECUENCIA	%	EDAD PROMEDIO
PLAYAS	46	30,87 %	42,65
ENTORNO NATURAL	19	12,75 %	39,47
AIRE PURO	11	7,38 %	44,64
ACTIVIDAD AIRE LIBRE	8	5,37 %	37,88
CLIMA	8	5,37 %	36,25
NS/NC	7	4,70 %	40,00
GASTRONOMÍA	6	4,03 %	37,17
HORAS DE LUZ	6	4,03 %	44,50
INTANGIBLES	5	3,36 %	45,00
PINARES	5	3,36 %	42,20
PROGRAMA ACTIVIDADES	5	3,36 %	38,00
SENDEROS	5	3,36 %	41,60
ESPACIOS URBANOS	4	2,68 %	43,75
SERVICIOS SANITARIOS	4	2,68 %	37,25
LIMPIEZA	2	1,34 %	55,50
NADA	2	1,34 %	49,50
PAISAJE	2	1,34 %	55,50
UBICACIÓN	2	1,34 %	44,00
INCLASIFICABLES	1	0,67 %	49,00
INSTALACIONES DEPORTIVAS	1	0,67 %	45,00
Total Resultado	**149**	**100,00 %**	**41,79**

Es de destacar que también nos encontramos con algunos participantes en el estudio que señalan a los Servicios Sanitarios como uno de los activos principales de la localidad. El resto de factores se enumeran en la tabla 42 pero no alcanzan relevancia estadística reseñable.

OBSTÁCULOS

Al efecto de identificar elementos que pudieran modificarse para mejorar el nivel de salud de la población, se les pide a los encuestados que señalen posibles obstáculos presentes en la localidad que dificulten alcanzar un buen nivel de salud.

En este caso han sido 120 las aportaciones recogidas, cuyos informantes mayoritariamente han sido mujeres (tabla 35) integrantes del grupo de personas comprendidas entre los 31 y 34 años (tabla 36).

TABLA 35: OBSTÁCULOS PARA LA SALUD, SEXO FRECUENCIA Y EDAD PROMEDIO

SEXO	FRECUENCIA	%	EDAD PROMEDIO
HOMBRE	42	35,00 %	42,07
MUJER	78	65,00 %	41,26
Total Resultado	**120**	**100,00 %**	**41,54**

TABLA 36: OBSTÁCULOS PARA LA SALUD, GRUPOS DE EDAD FRECUENCIA

GRUPO EDAD	FRECUENCIA	%
JÓVENES	32	26,67 %
ADULTOS	78	65,00 %
MAYORES	10	8,33 %
Total Resultado	**120**	**100,00 %**

TABLA 37: OBSTÁCULOS PARA LA SALUD, GRUPOS DE EDAD FRECUENCIA

SITUACIÓN LABORAL	FRECUENCIA	%	EDAD PROMEDIO
TRABAJO POR CUENTA AJENA	54	45,00 %	41,69
DESEMPLEADO/A	22	18,33 %	35,50
ESTUDIANTE	15	12,50 %	22,60
JUBILADO/A PENSIONISTA	13	10,83 %	65,69
AUTÓNOMO/A O EMPRESARIO/A	10	8,33 %	46,90
AMO/A DE CASA	6	5,00 %	48,50
Total Resultado	**120**	**100,00 %**	**41,54**

Como cabría esperar existe cierto nivel de reiteración entre las respuestas a esta pregunta con respecto a la que les pedía que identificaran los problemas de salud (tabla 11), aunque cuantitativamente existen ciertas diferencias.

TABLA 38: OBSTÁCULOS PARA LA SALUD, CATEGORÍAS FRECUENCIA Y EDAD PROMEDIO

OBSTÁCULOS	FRECUENCIA	%	EDAD PROMEDIO
SUCIEDAD	23	19,17 %	48,13
MUCHA DROGA	11	9,17 %	41,91
ENFERMEDADES INDIVIDUALES	9	7,50 %	27,11
NS/NC	9	7,50 %	33,33
GESTIÓN RESIDUOS	7	5,83 %	35,43
SERVICIOS SANITARIOS	7	5,83 %	37,14
FALTA CIVISMO	6	5,00 %	49,67
MANTENIMIENTO	5	4,17 %	41,60
RED SANEAMIENTO	5	4,17 %	42,60
CONTAMINACIÓN	4	3,33 %	44,25
EXCREMENTOS	4	3,33 %	49,25
GOBERNANTES	4	3,33 %	51,00
SEGURIDAD	4	3,33 %	34,50
ANTENAS MÓVILES	3	2,50 %	64,00
ALTERNATIVAS OCIO	2	1,67 %	26,00
ÁRBOLES ALERGÉNICOS	2	1,67 %	41,50
HÁBITOS DE VIDA	4	1,67 %	32,00
INEQUIDAD	2	1,67 %	49,50
INFRAESTRUCTURAS DEFICIENTES	2	1,67 %	47,50
MOSQUITOS	2	1,67 %	45,00
SALUD MENTAL	2	1,67 %	20,50
ACCESIBILIDAD	1	0,83 %	27,00
ADICCIONES	1	0,83 %	24,00
CONTROL ANIMALES	1	0,83 %	54,00
HUMEDAD	1	0,83 %	58,00
TRÁFICO	1	0,83 %	51,00
Total Resultado	**120**	**100,00 %**	**41,54**

La suciedad de las calles y los asuntos relacionados con el consumo y venta de droga son los únicos factores que alcanzan una significación estadística reseñable (Tabla 38).

PROPUESTAS

La última cuestión que planteaba el estudio, ha sido la de que realizaran propuestas para el avance del Plan Local de Salud de Isla Cristina. Se han recogido 145 aportaciones en esta línea.

TABLA 39: PROPUESTAS POR SEXO Y PROMEDIO DE EDAD

SEXO	FRECUENCIA	%	EDAD PROMEDIO
HOMBRE	49	33,79 %	42,10
MUJER	96	66,21 %	40,36
Total Resultado	**145**	**100,00 %**	**40,95**

TABLA 40: PROPUESTAS POR GRUPO DE EDAD

GRUPO EDAD	FRECUENCIA	%
JÓVENES	36	24,83 %
ADULTOS	97	66,90 %
MAYORES	12	8,28 %
Total Resultado	**145**	**100,00 %**

TABLA 41: PROPUESTAS POR GRUPO DE EDAD

SITUACIÓN LABORAL	FRECUENCIA	%
TRABAJO POR CUENTA AJENA	69	47,59 %
DESEMPLEADO/A	23	15,86 %
ESTUDIANTE	21	14,48 %
JUBILADO/A PENSIONISTA	15	10,34 %
AUTÓNOMO/A O EMPRESARIO/A	10	6,90 %
AMO/A DE CASA	7	4,83 %
Total Resultado	**145**	**100,00 %**

El perfil básico del informante en este apartado sería el de mujer (Tabla 39) con edad comprendida entre los 31 y los 64 años (Tabla 40), cuya situación laboral mayoritaria es la de trabajadora por cuenta ajena (Tabla 41). Con respecto a las propuestas, en su mayoría responden a actividades formativas y deportivas, quedando ya a más distancia la realización de otro tipo de actividades y la sensibilización y concienciación tanto de hábitos de vida como sobre asuntos medioambientales .

TABLA 42: PROPUESTAS CLASIFICADAS POR CATEGORÍAS

PROPUESTAS	FRECUENCIA	%	EDAD PROMEDIO
FORMACIÓN	27	18,62 %	44,81
ACTIVIDADES DEPORTIVAS	26	17,93 %	37,31
NS/NC	16	11,03 %	38,94
OTRAS ACTIVIDADES	15	10,34 %	34,00
CONCIENCIACIÓN HÁBITOS	14	9,66 %	41,50
INFRAESTRUCTURAS	10	6,90 %	41,25
SENSIBILIZACIÓN AMBIENTAL	8	5,52 %	50,00
LIMPIEZA	6	4,14 %	42,50
POLÍTICA MUNICIPAL	4	2,76 %	53,00
SERVICIOS SANITARIOS	4	2,76 %	59,33
RED SUMINISTROS	3	2,07 %	59,33
SALUD MENTAL	3	2,07 %	36,00
SEGURIDAD	3	2,07 %	29,00
CAMPAÑAS CIVISMO	1	0,69 %	40,00
CONTROL ANIMALES	1	0,69 %	54,00
DIFUSIÓN	1	0,69 %	40,00
HAY BASTANTES	1	0,69 %	30,00
MÁS LIMPIEZA	1	0,69 %	39,00
TRÁFICO	1	0,69 %	41,00
Total Resultado	**145**	**100,00 %**	**40,95**

CONCLUSIONES

De los resultados del análisis de las encuestas de salud autopercibida que ha cumplimentado la ciudadanía de Isla Cristina, cabe extraerse como primera consideración, que la muestra que se ha utilizado para realizar el estudio no se corresponde con la realidad de la población, puesto que las informantes de sexo femenino han sido mucho más numerosas que los del sexo masculino.
Quizás ese sea uno de los temas que haya que abordar desde el Plan Local de Salud, la escasa participación de los hombres, sobre todo los de mediana edad (31-64 años) en las actividades propuestas.

La siguiente consideración a plantear es que, si bien, los **hábitos de vida** no han sido directamente señalados como el principal problema de salud de la población, la preocupación por enfermedades individuales como el cáncer o las enfermedades crónicas, vinculadas por la evidencia científica con las conductas de las personas, nos permite identificar ese determinante como una de las líneas de trabajo principales que ha de desarrollarse en el Plan Local de Salud de Isla Cristina.

Otro de los ámbitos de intervención que parecen emerger con fuerza entre los señalados por los informantes, son las **adicciones**, principalmente las drogas, aunque también tienen importancia el consumo de productos adictivos legales como el alcohol y el tabaco, así como la adicciones tecnológicas o sin sustancia.

Uno de los determinantes que más peso está adquiriendo tras la pandemia es el que tiene que ver con el **Bienestar emocional**, determinante que en otros municipios, en este contexto temporal, ha adquirido mucha relevancia. El hecho de que aún no se sitúe a la altura de otros determinantes en cuanto a su identificación como factor preferente de intervención, probablemente tenga alguna relación con la falta de integración de los elementos emocionales como componente importante de la salud.

Trabajar el concepto de salud y poner en valor el enorme patrimonio a nivel de activos promotores de salud con el que cuenta el municipio, deberán ser los ejes vertebradores del nuevo Plan Local de Salud de Isla Cristina que ahora se comienza a construir.

Cuestionario de percepción de la salud

FECHA:

El propósito de este cuestionario es el de identificar los principales problemas de salud de la localidad. Se pretende crear un listado lo más amplio posible de problemas locales de salud. Posteriormente se procederá a la priorización de los problemas concretos a abordar, de las metas generales a establecer y de las estrategias específicas a seguir. En el cuestionario encontrará preguntas "cerradas", en las que deberá marcar con una X la/s categoría/s de respuesta elegida/s y abiertas, en las que el/la informante debe proporcionar una respuesta libre (texto).

DATOS DEMOGRÁFICOS

A1. SEXO:

Hombre ☐

Mujer ☐

A2. EDAD:

☐

A3. SITUACIÓN ACTUAL:

Trabajo por cuenta ajena ☐

Empresario/a o autónomo/a ☐

Amo/a de casa ☐

Desempleado/a ☐

Estudiante ☐

Jubilado/a pensionista ☐

“Entendemos por Salud Pública todas aquellas actuaciones encaminadas a mejorar la calidad de vida de las personas”

B1.- ¿Qué problema de salud pública sería el más importante de su localidad?. Evite las enfermedades individuales.

B2.- ¿Qué es para usted LA SALUD?

B3.- ¿Qué es lo que más le gusta del pueblo que pueda ser bueno para la salud?

B4.- ¿Y lo que menos le gusta del pueblo que pueda ser perjudicial?

B5.- ¿Qué actividades de salud le gustaría que se realizaran en su pueblo?

Muchas gracias por su colaboración.



ANEXO 2- CARTERA DE SERVICIOS SANITARIOS PÚBLICOS

RECURSOS HUMANOS EL EQUIPO DE PROFESIONALES QUE INTEGRA LA UGC SE COMPONE DE:

- 10 Médicos de Familia en C.S. Isla Cristina y 1 en el Consultorio de La Redondela.
- 1 Médico Dispositivo de Apoyo.
- 3 Pediatras.
- 4 Médicos DCCU.
- 9 Enfermeros de Familia en C.S. Isla Cristina y 1 en el Consultorio de La Redondela.
- 4 Enfermeros DCCU.
- 1 Enfermera Especialista en enfermería Familiar y Comunitaria.
- 1 Enfermera Especialista Referente Escolar.
- 3 Auxiliares de Enfermería.
- 1 Enfermera Gestor de Casos.
- 1 Matrona.
- 1 Trabajador social.
- 1 Farmacéutica.
- 2 Veterinarias.
- 1 Fisioterapeuta.
- 1 Administrativa.
- 3 Auxiliares administrativos.
- 5 Celadores.
- 1 Celador.

A. Servicios de Unidades Clínicas y Equipos Básicos de Atención Primaria:

Actividad asistencial en el Centro y en domicilio:

- Consultas de Medicina Familiar a demanda y programada.
- Consulta de Pediatría a demanda y programada.
- Consultas de enfermería a demanda y programada.
- Consultas de Trabajo social a demanda y programada.

Actividad asistencial urgente las 24 horas:

- En el centro.
- En domicilio.

SERVICIOS

- Atención al alta hospitalaria.
- Atención a Inmovilizados.
- Atención a cuidadoras/es.
- Atención a los mayores de 65 años.
- Atención mayores 65 años en riesgo de dependencia.
- Atención a personas ancianas residentes en instituciones.
- Atención a personas con HTA.
- Atención a personas polimedicadas.
- Anticoagulación oral.
- Inmunizaciones Tétanos/Difteria.
- Inmunizaciones Gripe (Indicación de vacunación).
- Inmunizaciones VPH.
- Programa personalizado de dispensación de Metadona.
- Detección precoz de Metabolopatías.
- Vacunación completa.
- Seguimiento de Salud Infantil.
- Vacunación de niños en edad escolar.
- Planificación Familiar.
- Programa de diagnóstico precoz de cáncer de mama.
- Cirugía Menor.
- Deshabituación tabáquica/Atención a personas fumadoras.
- Atención al climaterio.
- Atención a problemas de Salud Mental.
- Atención a personas con riesgo social.
- Programa “Forma joven”.
- Atención sanitaria frente a la violencia de género.
- Consejo dietético, individual y grupal.
- Atención a personas con Incontinencia urinaria.
- Cribado de cáncer colorrectal.
- Detección precoz cáncer cérvix.

CARTERA DE SERVICIOS POR PROCESOS ASISTENCIALES:

- Atención a personas con Diabetes (DMI +DMII).
- Atención apersonas con EPOC.
- Atención a adultos con Asma.
- Atención a niños con Asma.
- Cobertura PAI Embarazo:
- *Embarazadas con 1ª visita de la 12 semana.
- *Educación Maternal.
- *Asistencia Puerperal.
- Atención a personas en situación de cuidados paliativos.
- Atención a personas en situación de cuidados paliativos domiciliarios.
- Atención a personas con Insuficiencia Cardiaca.
- PAI HBP/Cáncer de Próstata.
- Atención apersonas con VIH.
- Control de enfermedades transmisibles.
- Tuberculosis.
- Programa Forma Joven.

DISPOSITIVOS DE APOYO:

- Fisioterapia/rehabilitación.
- Salud bucodental: La población de Isla Cristina tiene que desplazarse al Centro de Salud de Ayamonte para poder recibir este servicio.
- Servicio de Radiología: La población de Isla Cristina tiene que desplazarse al Centro de Salud de Ayamonte para poder recibir este servicio.
- Servicio de Salud Pública.
- Vigilancia epidemiológica.
- Servicio de Salud Ambiental y Salud Alimentaria.

PROYECTOS DE LA UGC EN COLABORACIÓN CON EL AYUNTAMIENTO:

- Programas de padres en la Radio Local.
- Programa “Un Millón de pasos”.

ANEXO 3-PLAN DE EVALUACIÓN

LÍNEA ESTRATÉGICA 1:

- **Prevención de adicciones:** abordaje de la prevención y la promoción de entornos seguros y libres de las adicciones.

LÍNEA ESTRATÉGICA 2:

- **Promocionar estilos de vida saludable:** adhesión a la alimentación equilibrada y fomento de la actividad física.

LÍNEA ESTRATÉGICA 3:

- **Bienestar emocional:** promoción en todas las edades.

ADICCIONES

LÍNEA ESTRATÉGICA	DIMENSIONES	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO	INDICADORES	TIPO	RESPONSABLE
1. Prevención comunitaria de las adicciones y de otros comportamientos adictivos:	**1.** Prevención de adicciones: abordaje del consumo de drogas y otros comportamientos de riesgo en el municipio.	**1.1.** Aumentar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo atendiendo a los distintos niveles preventivos, las poblaciones a las que se dirigen y el tipo de riesgo que se desea prevenir.	**1.1.1.** Apoyar técnicamente a los profesionales de educación en la implantación y desarrollo de los distintos programas preventivos en el espacio educativo.	**1.1.1.1.** Nº de reuniones realizadas con los equipos directivos de los distintos centros educativos (CEP/ESO/FPB/BACH) *100/Nº de reuniones planificadas.		
				1.1.1.2. Nº de programas preventivos implantados en los centros educativos. *100/Nº de centros educativos.		
				1.1.1.3. Nº de programas de prevención selectiva implementados en los centros educativos. *100/Nº de centros educativos.		
				1.1.1.4. Nº de intervenciones planificadas y/o realizadas sobre factores predisponentes en los centros educativos. *100/Nº de centros educativos.		
				1.1.1.5. Nº de aulas-clases alcanzadas. *100/Nº de aulas-clases totales.		
				1.1.1.6. Nº de niveles alcanzados *100/Nº de niveles educativos existentes.		

			1.1.2. Asesorar, mediante reuniones individuales, a los técnicos educativos en temas relacionados con la atención y detección precoz de problemas de consumo.	**1.1.2.1.** Nº de intervenciones y asesorías realizadas con los técnicos educativos de los centros educativos. *100/Nº de reuniones planificadas.		
				1.1.2.2. Nº de demandas canalizadas y/o atendidas. *100/ Nº de demandas recibidas.		
			1.1.3. Organizar actividades alternativas sin alcohol en el municipio que fomenten el ocio saludable.	**1.1.3.1.** Nº total de actividades realizadas. *100/Nº actividades programadas.		
		1.2. Estimular la implicación y participación de la población, a través de sus organizaciones, en la construcción de una ciudad más saludable, donde se fomente el no consumo de cualquier tipo de droga y/o adicción.	**1.2.1.** Sensibilizar a la población sobre el impacto en la salud que tiene las adicciones con y sin sustancia en el municipio reflejando los datos recogidos en el perfil de salud local.	**1.2.1.1.** Nº de acciones de sensibilización sobre las adicciones sin sustancias realizadas. *100/Nº de acciones programadas.		
				1.2.1.2. Nº de acciones de sensibilización sobre las adicciones con sustancias realizadas. *100/Nº de acciones programadas.		

				1.2.1.3. Nº de materiales impresos con información de interés para la ciudadanía (folletos/dípticos/trípticos/guías).		
				1.2.1.4. Nº de participantes en los canales de presentación de los datos a la ciudadanía. *100/Nº de personas de la población diana.		
			1.2.2. Aumentar la percepción del riesgo en la población en general a través del uso de los medios de comunicación locales: tv local, radio, web municipal del Ayuntamiento, Facebook (Pagina ISLAPREVIENE).	**1.2.2.1.** Nº de campañas realizadas en los medios de comunicación para la difusión de los mensajes, recursos y actividades diseñadas para la comunidad. *100/ Nº de campañas programadas.		
				1.2.2.2. Nº de espacios radiofónicos emitidos. *100/ Nº de espacios radiofónicos programados.		
				1.2.2.3. Nº de mensajes informativos difundidos. *100/Nº de mensajes radiofónicos programados.		

			1.2.3. Fomentar el papel preventivo del movimiento asociativo del municipio.	**1.2.3.1.** Nº de reuniones realizadas con las asociaciones. *100/Nº de reuniones programadas.		
				1.2.3.2. Nº de asociaciones asistentes a las reuniones programadas. *100/Nº total de asociaciones registradas.		
				1.2.3.3. Nº de actuaciones conjuntas realizadas con el movimiento asociativo. *100/ Nº de actuaciones conjuntas programadas.		
			1.2.4. Organizar actividades alternativas sin alcohol y otras adicciones en el municipio que fomenten el ocio saludable.	**1.2.4.1.** Nº total de actividades realizadas. *100/ Nº actividades programadas.		
			1.2.5. Fomentar programas de prevención dirigidos a las familias y a las empresas.	**1.2.5.1.** Nº de padres/madres participantes en programas dirigidos a la formación a familias. *100/ Nº total de familias que solicitan los programas.		
				1.2.5.2. Nº de ediciones y sesiones realizadas. *100/ Nº de ediciones y sesiones planificadas.		

				1.2.5.3. Nº de temas abordados de carácter preventivo. *100/ Nº de temas programados.		
				1.2.5.4. Nº de acciones formativas llevadas a cabo con empresas y/o a otros agentes comunitarios. *100/Nº de acciones formativas programadas.		
				1.2.5.5. Nº de participantes en las distintas acciones formativas de prevención comunitaria. *100/ Nº de personas de la población diana.		
		1.3. Promover medidas que favorezcan la prevención del consumo de drogas y otras adicciones sin sustancia en el municipio.	**1.3.1.** Diseñar y poner en marcha actividades de formación con participación directa de sectores de la comunidad.	**1.3.1.1.** Nº de iniciativas intersectoriales desarrolladas. *100/Nº de iniciativas intersectoriales programadas.		
				1.3.1.2. Nº de mensajes informativos difundidos. *100/Nª de mensajes informativos programados.		
				1.3.1.3. Nº de acciones formativas talleres formativos realizados con los distintos colectivos objeto de la intervención. *100/Nº de acciones planificadas.		

			1.3.2. Contribuir a la disminución del riesgo que supone el consumo de drogas, especialmente dirigido a adolescentes y jóvenes consumidores los fines de semana.	1.3.2.1. Nº actividades realizadas en el ocio juvenil. *100/Nº total de actividades de ocio programadas.		
				1.3.2.2. Nº materiales preventivos elaborados-editados repartidos en el ocio juvenil. *100/Nº total de actividades de ocio programadas.		

HÁBITOS DE VIDA

LÍNEA ESTRATÉGICA	DIMENSIONES	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO	INDICADORES	TIPO	RESPONSABLE
2. HÁBITOS DE VIDA	**2.1.** ALIMENTACIÓN.	**2.1.** Promocionar la dieta equilibrada: dieta mediterránea.	**2.1.1.** Informar y dar a conocer a la población las bases de una alimentación equilibrada y saludable y los beneficios de la misma.	**2.1.1.1.** Nº acciones destinadas a informar y dar a conocer las bases de la alimentación equilibrada realizadas. *100/Nº de actividades programadas.		
				2.1.1.2. Nº participantes en las actividades. *100/Nº de personas convocadas.		
				2.1.1.3. Nº de demandas en materia de alimentación equilibrada atendidas ejecutadas. *100/Nº de demandas propuestas por la población en materia de alimentación equilibrada.		
				2.1.1.4. Nº de materiales de difusión (folletos, guías, dípticos) difundidos en la población. *100/Nº de materiales programado para realizar.		

			2.1.2. Promover actividades formativas relacionadas con el consejo dietético.	**2.1.2.1.** Nº actividades formativas en materia de alimentación equilibrada realizadas por colectivos asociaciones. *100/Nº de actividades en materia de alimentación equilibrada realizadas en total.		
				2.1.2.2. Nº actividades formativas en materia de alimentación equilibrada realizadas desde el centro salud. *100/Nº de actividades en materia de alimentación equilibrada realizadas en total.		
				2.1.2.3. Nº de participantes a las acciones formativas. *100/Nº de personas convocadas.		
			2.1.3. Divulgar la importancia de los productos autóctonos para el consumo y elaborar un recetario saludable.	**2.1.3.1.** Nº actividades orientadas a divulgar la importancia de los productos autóctonos desarrolladas. *100/ Nº de actividades orientadas a divulgar la importancia de los productos autóctonos.		
				2.1.3.2. Nº participantes en las actividades orientadas a divulgar la importancia de los productos autóctonos. *100/Nº total de convocados.		

				2.1.3.3. Nº de materiales de difusión (folletos, guías, dípticos). *100/Nº de material programado.		
				2.1.3.4. Nº espacios emitidos en radio, tv... *100/Nº de espacios programados en radio, tv....		
				2.1.3.5. N.º publicaciones compartidas “likes”- seguidas en redes sociales (Facebook, twiter, Instagram, tik-tok). *100/Nº de publicaciones realizadas.		
			2.1.4. Promover actividades informativas sobre la correcta lectura del etiquetado alimentario y pautas de conservación.	**2.1.4.1.** Nº actividades informativas sobre etiquetado y conservación de los alimentos realizadas. *100/Nº de actividades programadas.		
				2.1.4.2. Nº participantes en la actividad formativa. *100/Nº total de convocados.		
				2.1.4.3. Nº centros educativos colaboradores. *100/Nº total de centros educativos.		
				2.1.4.4. Nº asociaciones-peñas colaboradores. *100/Nº total asociaciones-peñas a las que se oferta la actividad.		

			2.1.5. Poner en marcha programas intersectoriales de prevención obesidad infantil: centros educativos-centro de salud.	**2.1.5.1.** Nº programas de prevención de obesidad infantil realizados. *100/Nº de programas programados.		
				2.1.5.2. Nº centros educativos que participan en los programas. *100/Nº total de centros educativos ofertados.		
				2.1.5.3. Nº profesionales-técnicos que colaboran en los programas. *100/Nº de profesionales convocados.		
	2. ACTIVIDAD FÍSICA	**2.2.** Disminuir el sedentarismo.	**2.2.1.** Difundir los activos en salud del municipio.	**2.2.1.1.** Nº de campañas realizadas en los medios de comunicación para la difusión de los mensajes y recursos del municipio. *100/Nº de campañas programadas.		
				2.2.1.2. Nº de espacios radiofónicos emitidos. *100/Nº de espacios radiofónicos programados.		
				2.2.1.3. Nº de mensajes informativos difundidos. *100/Nº de mensajes programados.		

2.2.2. Fomentar la participación de la población y movimiento asociativo en la práctica de la actividad física.	**2.2.2.1.** Nº participantes en las actividades con los distintos colectivos (población-movimiento asociativo) objeto de la intervención. *100/ Nº de población diana objeto de la intervención.		
	2.2.2.2. Nº de iniciativas intersectoriales desarrolladas.*100/Nº iniciativas intersectoriales planificadas.		
	2.2.2.3. Nº de asociaciones colaboradoras en la actividad. *100/Nº total de asociaciones ofertadas.		
2.2.3. Divulgar campañas informativas a través de los medios de comunicación sobre hábitos y estilos de vida saludables.	**2.2.3.1.** Nº de campañas realizadas en los medios de comunicación sobre hábitos y estilos de vida saludables. *100/Nº de campañas programadas.		
	2.2.3.2. Nº de espacios radiofónicos emitidos. *100/Nº de espacios programados.		
	2.2.3.3. Nº de mensajes informativos difundidos. *100/Nº de mensajes informativos programados.		

			2.2.4. Poner en marcha itinerarios o caminos escolares peatonales seguros, señalizados y adaptados.	**2.2.4.1.** Nº centros educativos adheridos. *100/Nº total de centros educativos.		
				2.2.4.2. Nº alumnos participantes *100/Nº total de alumnos.		
				2.2.4.3. Nº de itinerarios señalizados. *100/Nº de itinerarios planificados.		
			2.2.5. Fomentar la práctica favorable respecto a la actividad física en edificios públicos y privados. Acceso y señalética uso de escaleras.	**2.2.5.1.** Nº de entidades adheridas al programa “escaleras por la salud”. *100/Nº total de entidades contactadas.		
				2.2.5.2. Nº de edificios públicos con señalética. *100/Nº total de edificios públicos existentes.		
				2.2.5.3. Nº de edificios privados de uso público (alimentación, restauración, hotelera) con señalética. *100/Nº total de edificios privados (alimentación, restauración, hotelera) a los que se les ofrece la adhesión al programa.		

BIENESTAR EMOCIONAL

LÍNEA ESTRATÉGICA	DIMENSIONES	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO	INDICADORES	TIPO	RESPONSABLE
3. BIENESTAR EMOCIONAL		**3.1.** Promover la salud y bienestar emocional en todas las etapas de la vida de los ciudadanos del municipio.	**3.1.1.** Promover la salud y bienestar emocional a través de programas de participación comunitaria contando con los activos de salud del municipio.	**3.1.1.1.** Nº de programas de participación comunitaria, fomento de los activos en salud y aprendizaje emocional en diferentes ámbitos con el fin de promover la salud y el bienestar emocional de la población adulta realizados. *100/Nº de programas de ese tipo programados.		
			3.1.2. Colaborar en el programa forma joven y creciendo en salud a través de asociaciones en la línea afectivo-sexual y relaciones igualitarias en los IES.	**3.1.2.1.** Nº colaboraciones realizadas. *100/Nº de colaboraciones demandadas.		
				3.1.2.2. Nº actuaciones conjuntas. *100/Nº total de actuaciones llevadas a efecto.		
			3.1.3. Incidir en parejas jóvenes que estén en situación de riesgo o de mayor vulnerabilidad social.	**3.1.3.1.** Nº actividades efectuadas con parejas jóvenes en situación de riesgo o vulnerabilidad. *100/Nº de ACTIVIDADES PROGRAMADAS.		
			3.1.4. Potenciar habilidades conductuales a través de acciones formativas y/o informativas que son el sustrato de nuestras relaciones emocionales.	**3.1.4.1.** Nº Acciones orientadas a potenciar las habilidades conductuales realizadas. *100/Nº de Acciones orientadas a potenciar las habilidades conductuales.		

				3.1.4.2. Nº participantes en cada actividad orientada a potenciar las habilidades conductuales. *100/Nº total de convocados.		
			3.1.5. Promover actividades que ayuden a la capacidad de entender, canalizar y controlar las emociones propias y de los demas (inteligencia emocional).	**3.1.5.1.** Nº Acciones orientadas a promover la gestión de las emociones realizadas. *100/Nº de Acciones orientadas a promover la gestión de las emociones.		
				3.1.5.2. Nº participantes en cada actividad orientada a promover la gestión de las emociones. *100/Nº total de convocados.		