

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD



RED LOCAL DE ACCIÓN EN SALUD

INDICE

Introducción	Página 3
Concepto de diagnóstico de salud	Página 8
Objetivos y Características del diagnóstico de salud	Página 9
Metodología del diagnóstico de salud: etapa descriptiva y etapa pronóstica	Página 10
Nivel de salud	Página 10
Factores determinantes de la salud	Página 10
Factores personales	Página 10
Medio ambiente	Página 11
Política de salud	Página 11
El municipio de Linares	Página 13
Demografía	Página 27
Estado de salud	Página 32
Morbilidad	Página 32
Mortalidad	Página 34
Determinantes en salud	Página 39
Activos en salud	Página 71
Conclusiones del diagnóstico en salud de la localidad de Linares.....	Página 127
Propuestas de intervenciones desde sector sanitario	Página 133

1.- INTRODUCCIÓN

El papel de los municipios en la mejora de la salud de la ciudadanía andaluza es la línea principal de debate en este espacio de encuentro, en el marco de la nueva Ley de Autonomía Local y del Anteproyecto de Ley de Salud Pública de Andalucía.

En la Ley de Autonomía Local en su artículo 13 define las competencias municipales en la Promoción, defensa y protección de la salud pública, que incluye:

- a) La elaboración, aprobación, implantación y ejecución del Plan Local de Salud.
- b) El desarrollo de políticas de acción local y comunitaria en materia de salud.
- c) El control preventivo, vigilancia y disciplina en las actividades públicas y privadas que directa o indirectamente puedan suponer riesgo inminente y extraordinario para la salud.
- d) El desarrollo de programas de promoción de la salud, educación para la salud y protección de la salud, con especial atención a las personas en situación de vulnerabilidad o de riesgo.
- e) La ordenación de la movilidad con criterios de sostenibilidad, integración y cohesión social, promoción de la actividad física y prevención de la accidentabilidad.

En el Anteproyecto de Ley de Salud Pública de Andalucía en su Artículo 49 define la transversalidad de la salud:

“1. Se reconoce el carácter transversal de la salud pública, que comprende la integración de la perspectiva de la salud pública en el ejercicio de las competencias de las distintas políticas y acciones públicas, desde la consideración sistemática de los determinantes de salud, la igualdad de oportunidades y la equidad en salud...”

4. Se privilegiará la intersectorialidad en las áreas de educación, bienestar social, políticas de igualdad, medio ambiente y agricultura, consumo, empleo y vivienda.”

En el Artículo 65 define la promoción de la salud:

“1. [...] promoviendo las acciones destinadas a fomentar el desarrollo físico, mental y social de las personas y a crear las condiciones que faciliten a éstas y a la sociedad las opciones más saludables. También propiciarán en las personas las actitudes, los valores y las conductas necesarias para motivar su participación en beneficio de la

salud individual y colectiva. Con este propósito se crearán, en coordinación con las instituciones competentes, mecanismos que permitan el desarrollo de programas locales y regionales de salud que tengan como base la relación intersectorial y la participación ciudadana en la formulación y ejecución de políticas públicas saludables

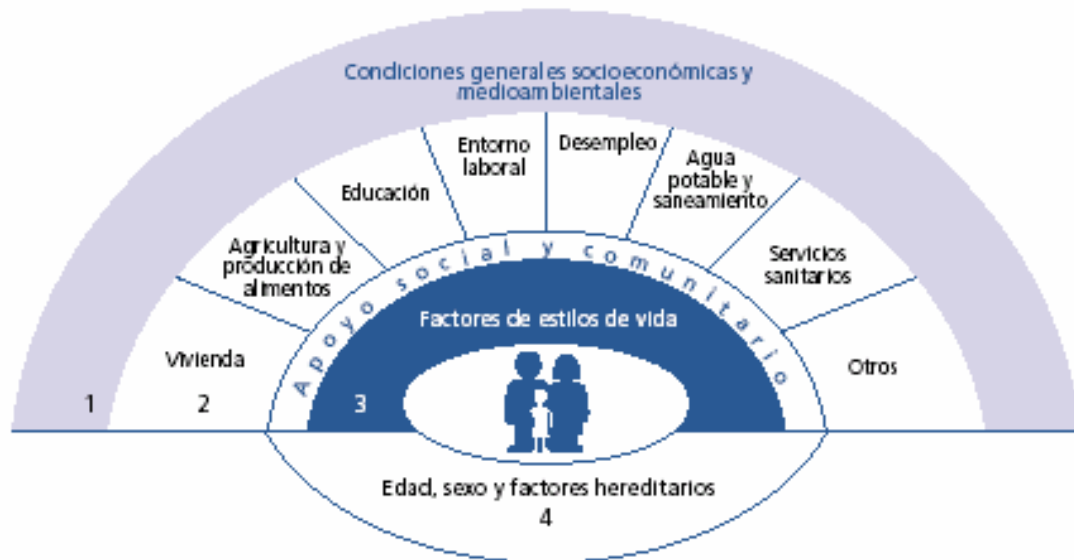
5. [...] *potenciará la identificación y el aprovechamiento de los recursos o activos con los que cuentan las personas y los colectivos, como factores protectores, para mejorar su nivel de salud y bienestar.*”

El municipio es el territorio donde vive, actúa y donde se desarrollan las actividades sociales y productivas de la ciudadanía. También es el lugar donde se generan las redes de colaboración, apoyo y de amistad y como tal, constituye el escenario más propicio para desarrollar dinámicas políticas, socioeconómicas, medioambientales y de salud de cara a mejorar el bienestar de sus habitantes.

En este sentido, Linares se suma a una red de municipios que quieren poner en marcha un PLAN LOCAL DE SALUD, sostenido sobre tres pilares fundamentales: la prevención, la participación y la transversalidad.

- **Prevención y promoción de la salud**, porque son la base de la nueva concepción de salud pública.
- **Participación**, porque si de lo que en definitiva se trata es de crear entornos de vida más saludable para todos, los propios ciudadanos deben ser protagonistas de las relaciones y de la toma de decisiones.
- **Transversalidad**, porque el lema “Salud en todas las políticas” ha de ser el principio inspirador de todo este proyecto, partiendo de la certeza de que desde la economía y la industria, desde la educación o la agricultura, desde el medio ambiente o el transporte, desde el deporte o el bienestar social, son muchas las decisiones que influyen en la salud de todas las personas que componen la comunidad. En nuestras sociedades actuales, complejas y globales, los ámbitos de la gestión política no pueden permanecer fragmentados. Por lo que la salud depende del modelo de determinantes en Salud de Dahlgren y Whitehead y todas las acciones en salud deben de ser multisectoriales.

Figura 1. Factores que afectan a la salud



Según La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, dice:

- La ausencia de servicios de salud no es la causa de la mayor carga de enfermedad.
- Las enfermedades transmitidas por el agua no se deben a una falta de antibióticos, sino a la falta de saneamiento y a que las fuerzas políticas y sociales no son capaces de aprovisionar agua potable a toda la población.
- Las enfermedades cardíacas no se deben a la falta de unidades de enfermedades coronarias sino al modo de vida que las personas llevan, que está modulada por el medio físico, laboral y social en el que viven.
- La obesidad no está causada solo por un déficit individual, sino por un exceso de oferta y disponibilidad de alimentos ricos en grasas y en azúcares.

Por lo tanto, las acciones más importantes sobre los determinantes sociales de la enfermedad deben proceder de sectores que no son el sector salud.

Un 42% de la carga total de enfermedad no es atribuible a los servicios de sanitarios (Fuente: Diderichsen (2000) Instituto Sueco de Salud Pública)

Proporción (%) de la carga total de enfermedad atribuida a varias causas en la Comunidad Europea	
Factor de riesgo	% atribuible de carga de enfermedad
1.- Consumo de tabaco	9,0
2.- Uso de alcohol	8,4
3.- Inactividad física	4,4
4.- Sobrepeso	3,7
5.- Factores ambientales laborales	3,6
6.- Deficiencia de vegetales y fruta en la dieta	3,5
7.- Pobreza	3,1
8.- Desempleo	2,9
9.- Uso de otras drogas	2,4
10.- Contenido de grasa de la comida	1,1
	42,1%

“LA SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS” (STP) nace de la Declaración de Roma el 18 de diciembre de 2007.

Es un enfoque de mejora de la salud que va más allá de los límites del sector de la salud. Y se entiende como: las políticas de todo un gobierno que tienen como objetivo mejorar la salud y el bienestar de su ciudadanía.

Pero también implica involucrar a nuevos agentes en las políticas de salud: La industria, el sector privado, las organizaciones no gubernamentales, las asociaciones de diferente tipo (profesionales o ciudadanas) y al mundo académico, el de la investigación y la innovación.

Como se menciona en la Declaración de Roma, El estado de salud de la población está determinado en gran medida por factores externos al sector sanitario– tales como los factores socio-económicos, sociales y medioambientales que afectan a los estilos de vida y los comportamientos. La política sanitaria debería, por consiguiente, dirigirse a mejorar el funcionamiento de los servicios de salud pública y de los sistemas sanitarios, así como interactuar con las políticas y la toma de decisiones en sectores distintos al sanitario para la mejora de la salud.

Es propósito de la Secretaría General de Salud Pública de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía analizar la estrategia de STP con todos los sectores potencialmente implicados para acordar la manera de adaptar dicha estrategia a las necesidades y

características del contexto de Andalucía, e incorporarlas en el IV Plan de Salud de Andalucía.

Las ventajas de trabajar la Salud desde los Programas Locales son:

- El gobierno local es la única figura en la que convergen las políticas (STP) y tiene capacidad para ponerlas en marcha.
- El análisis de la situación de salud sea mucho más cercano y real.
- En el establecimiento de prioridades, se pueda contar con todos los agentes implicados en procesos de salud.
- La participación ciudadana resulta mucho más representativa de la realidad social del territorio.
- La coordinación de recursos disponibles y activos para la salud es óptima.
- La implicación de todos los sectores son vividos de forma más satisfactoria.
- Los esfuerzos son entendidos como responsabilidades propias en la salud de la comunidad.
- Las mejoras y logros conseguidos sean comunes, participados y celebrados como un éxito conjunto.

2.- CONCEPTO DE DIAGNÓSTICO DE SALUD

Entendemos por diagnóstico de la situación de salud el conjunto de conocimientos que proporciona información sobre el nivel de salud de una comunidad o municipio y sobre los factores que condicionan dicho nivel de salud. El centro del diagnóstico de salud lo constituyen tanto el nivel de salud – enfermedad del individuo como el de la colectividad, y sobre este núcleo influyen todas las variables que forman parte del ecosistema humano, tales como el medioambiente, factores demográficos, socioeconómicos, culturales, biológicos y recursos sanitarios y su utilización. El análisis de estos aspectos es el punto de partida de cualquier trabajo en el campo de la salud.

Desde el punto de vista de la administración sanitaria, el diagnóstico de la situación de salud es el primer paso del proceso de planificación, del que deriva, como segundo paso, la elaboración del plan de salud. Este primer paso consiste en el análisis actual y pasado de dos grandes componentes que conforman la situación de salud ya mencionada.

3.- OBJETIVOS Y CARACTERÍSTICAS DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD

Los objetivos del diagnóstico de la situación de salud son dos:

- 1.- Planificar y organizar servicios de salud en función de la población real que haya que atender y de las necesidades de salud que hubiéramos identificado en la misma.
- 2.- Evaluar los resultados de los programas y en consecuencia la eficacia y eficiencia de los mismos.

Las características del diagnóstico de la situación de salud, es que debe de reunir una serie de características que permitan cumplir los postulados mencionados en la definición del mismo, destacando:

- 1.- Debe de ser objetivo, debe de expresar siempre las verdaderas necesidades de salud de la comunidad y no influirse por ideas personales. El diagnóstico debe de contener la menor subjetividad posible y expresar los fenómenos en forma cuantitativa.
- 2.- El sujeto diagnóstico de la situación de salud es otro aspecto importante a considerar. De acuerdo con el concepto anteriormente formulado, el sujeto del diagnóstico debe de ser una comunidad demográficamente definida, que vive en un área dada, cuyas características configuran una unidad geosocial. Es esta unidad la que constituye el sujeto del diagnóstico cuya situación de salud se estudia. La unidad geosocial debe de reunir ciertas condiciones tales como: disponibilidad permanente de los recursos básicos que proporcionen asistencia sanitaria, constituir una unidad de registro de datos, poseer un tamaño de población adecuada a las características de cobertura de los servicios, etc...
- 3.- El diagnóstico de la situación de salud debe de ser completo, es decir, capaz de describir, explicar y evaluar la situación de salud de toda la comunidad en su conjunto.
- 4.- Debe de considerar el factor tiempo, es decir, que el diagnóstico es un estudio de la situación de salud en un periodo de tiempo determinado, que debe de ser en lo posible un año anterior al que se hace el estudio.

La situación que se estudia es por tanto la del pasado, de la cual se inferirá la situación actual y futura, con todas las limitaciones que tiene prever la tendencia hacia el futuro, sobre todo cuando se analiza un fenómeno complejo.

4.- METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD:

El diagnóstico de la situación de salud incluye varias etapas en las cuales se describe, explica y pronostica dicha situación de salud.

a) Etapa Descriptiva

Si partimos de la premisa de que cada comunidad tiene un nivel de salud y de que este es a su vez resultado de las características propias de los individuos y de todos los factores que con ellos se relacionan, la descripción debe referirse a la identificación y medición de esa resultante. De ahí que en esta etapa deban estudiarse dos aspectos fundamentales: el nivel de salud y todos sus factores condicionantes.

4.1.- El nivel de salud:

Hasta el momento no se ha logrado establecer una escala capaz de medir la salud en términos positivos. Por lo tanto, ésta se mide a través de su expresión negativa que son morbilidad y mortalidad.

4.2.- Factores determinantes de la salud:

El nivel de salud que se ha logrado conocer en la etapa anterior es el resultante de los factores que lo condicionan. La Epidemiología demuestra que una enfermedad se produce por el juego de dos elementos básicos: el huésped y el medio ambiente que le rodea y favorece la exposición de los susceptibles al riesgo de los agentes que forman parte de dicho ambiente.

Los factores condicionantes que se refieren pues a los factores del huésped, del medio ambiente (físico, socio-económicos y cultural), y de la política de salud.

4.2.1.- Factores personales:

Toda comunidad tiene una susceptibilidad específica frente a cada hipotético daño para la salud. Esta depende de muchas variables, entre las cuales cabe destacar, por un lado,

el volumen y algunas características de la población, y por otro el grado de nutrición de la misma.

Las características demográficas determinan en gran modo el nivel de salud de una comunidad, siendo la que más inciden en el mismo: la edad, sexo, estado civil, natalidad, migraciones, distribución urbano / rural y estimación de la población para los próximos años. Resulta claro que en una población en la que predomine la proporción de habitantes de edad avanzada frente a las edades jóvenes, las enfermedades serán degenerativas y tumorales, que constituirán también las principales causas de muerte.

La nutrición es uno de los factores que más modifican y condicionan la susceptibilidad de los individuos, en medida en que el exceso o defecto del aporte nutritivo determina toda una patología, a la vez que influye de manera importante en la capacidad defensiva del organismo, en la letalidad de diversas enfermedades, y en modelar los riesgos de aparición de otras. Por lo tanto conocer el grado de nutrición de una población nos orientará acerca de su riesgo de enfermar y morir.

4.2.2.- El Medio ambiente

La vida del hombre se desarrolla en un medio complejo, con el cual se establece un mayor o menor equilibrio y adaptación, lo cual se traduce asimismo en diversos grados de salud o enfermedad. Con fines prácticos se esquematiza la exposición en dos grandes apartados: el ambiente natural y el ambiente cultural.

El medio natural se refiere al medio físico, como la geografía, la altitud, el clima, humedad, etc. Sin embargo lo más importante es el medio físico que ha sido modificado por la actividad humana y es producto de la misma, tal y como ocurre con las excretas, basuras, portabilidad del agua, polución, etc.

El medio cultural es el resultante del desarrollo económico y social, y los factores del mismo más relacionados con la salud son: vivienda, educación, empleo, transporte, comunicaciones, etc.

4.2.3.- Política de salud

Este es el factor condicionante que mayor relevancia tiene para el trabajo de los sanitarios, ya que constituye el área donde dicho trabajo adquiere una mayor autonomía y responsabilidad.

La política de salud se define como la forma en que se utilizan los recursos que la comunidad ha asignado para las tareas de salud.

El estudio de la política de salud comprende el conocimiento del volumen y organización de los recursos, la forma en que se asignan a los problemas de salud, y cual es la eficiencia que se logra con esos recursos.

El volumen trata de analizar el total de recursos humanos, materiales y financieros con que cuenta el sector salud en el área del diagnóstico.

Los recursos invertidos en salud no se disponen al azar, sino que se ajustan a una organización en la que se cumple un rol determinado cuyo objetivo final es el de realizar un conjunto de actividades dirigidas a fomentar, proteger y/o recuperar la salud.

b) Etapa explicativa

Una vez descrita la situación de salud en la etapa anterior, se debe establecer el origen y consecuencias de la misma. El origen puede ser natural o cultural, según radique en el comportamiento de la naturaleza o en la situación económico – social de la comunidad.

En todo problema subyace una cadena de relaciones causales y de lo que se trata es identificar cuales de estas relaciones son de mayor peso en cada uno de ellos, con el fin de que, al ser modificadas, se produzca el mayor efecto beneficioso posible.

Esta etapa permite identificar los problemas de salud de esa comunidad, los cuales no sólo son considerados como tales por la magnitud actual de sus tasas o indicadores, sino también por la importancia objetiva de los factores que los condicionan (saneamiento del medio ambiente, riesgo laboral, etc.), o la trascendencia social o económica de las consecuencias del problema (absentismo laboral, invalidez, etc.).

c) Etapa pronóstica:

El pronóstico constituye también un elemento de juicio para la evaluación de la situación observada y descrita, y que permite apreciar si es o no posible introducir cambios en dicha situación, como también dar una idea de la magnitud del cambio imputable a la política de salud, de la cuantía del cambio atribuible a otros factores del desarrollo (educación, vivienda, empleo, etc.).

5.- DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE LINARES

Esta ciudad es la capital de la comarca de Sierra Morena, en la que se incluye una parte de la cordillera de Sierra Morena, además del Parque Natural de Despeñaperros. La población de esta comarca es de 105.640 habitantes (INE 2007), tiene una superficie de 1.396,7 km² y una densidad de población de 75,6 hab/km².

Tiene una situación privilegiada por ser encrucijada de caminos y por su riqueza agrícola, pecuaria y minera. Centro comercial e industrial de primera magnitud, es Linares una ciudad que ha sabido conjugar perfectamente su trascendente pasado histórico y sus tradiciones con el ritmo de una ciudad moderna y activa.

Actualmente es una ciudad que se caracteriza por una clara vocación al comercio al haber desaparecido la totalidad de la industria de extracción minera con el cierre de todas las minas durante el final del siglo XX. Vanguardista y bien comunicado, en pleno proceso de crecimiento, se ha caracterizado por ser uno de los municipios más importantes de Andalucía debido a su pionera y floreciente industria.

Ubicación

El término municipal de Linares abarca una extensión de 197'92 km².

Está situado al noroeste de la provincia de Jaén, entre el sector oriental de Sierra Morena y la parte alta de la Depresión del Guadalquivir, por lo que se pueden apreciar dos zonas bien diferenciadas: la sierra y la campiña.

El paisaje de la sierra presenta a su vez gran homogeneidad, llamando la atención la desaparición de zonas adehesadas de antaño a favor del cultivo del olivar; no obstante, en el noroeste del término, aparecen pequeños enclaves de pastizal encinar con algún sector dedicado a las huertas.

En lo que respecta al paisaje de la campiña, nos permite distinguir dos áreas, de las cuales la más occidental aparece cubierta de olivar y zonas menores dedicadas al cultivo de cereales; la otra área cuenta también con grandes extensiones de olivar y subáreas de regadío.

Los ríos Guadalimar y Guadiel, ambos afluentes del Guadalquivir, marcan respectivamente el límite con las poblaciones de Vilches, Ibros y Torreblascopedro al sureste, y Bailén y Guarromán al oeste.

Clima

En cuanto al clima, se caracteriza por una amplitud térmica superior a los 20°, (alrededor de 8°C de Temperatura en enero y superior a 28° durante los meses de julio y agosto). Alcanzándose durante los meses de invierno temperaturas bajas y siendo los veranos muy calurosos, como consecuencia de su continentalidad. Su régimen de lluvias presenta dos estaciones pluviométricas bien diferenciadas, siendo la húmeda de octubre a mayo y la seca de junio a septiembre aunque pueden existir grandes oscilaciones de un año a otro.

Descripción de las zonas de trabajo social. perfiles generales. características socioeconómicas

Territorialmente, el municipio de Linares se halla subdividido en cuatro Zonas para la gestión y desarrollo de las actividades propias en el ámbito de los Servicios Sociales:

- Zona 1 “San José”.
- Zona 2 “Arrayanes”.
- Zona 3 “La Paz”.
- Zona 4 “Centro”.

ZONA 1. “San José”.

Mapa.



Territorialmente comprende las siguientes áreas:

- Zona Gran Avenida de Andalucía, Pintores, Urb. Pueblo del Olivo y Anexos.
- Bda. Vega de Sta. María.
- Barrio San José.
- San Antonio /Zarzuela.
- “El Cerro”.

A grandes rasgos el perfil determinante de la zona es el que sigue:

La zona de Gran Avenida, Pintores, Pueblo del Olivo y calles colindantes suele estar conformada por familias comparativamente más pequeñas en el número de miembros respecto a otros barrios de actuación de la zona. Dentro de ella se ubica una zona de carácter residencial compuesta por viviendas unifamiliares tipo chalet con zonas ajardinadas, cuya población residente es de status socioeconómico alto.

El nivel de formación suele ser medio/alto, siendo más frecuente que ambos miembros de la pareja desempeñen actividad laboral.

Constituye una zona bien dotada de infraestructuras y recursos con fuerte presencia en el sector servicios. En la misma se ubican varias entidades bancarias, centros comerciales, tiendas, etc... En su radio geográfico encontramos varios Centros educativos tanto de Educación Primaria como Secundaria (S.A.F.A., C.P. “Jaén”, C.P. “Ciudad de Linares”; I.E.S.”Reyes de España”, I.E.S. “Cástulo”, Centro de Educación Adultos “Paulo Freire”) disponiendo también de Centros privados de Guardería.

Respecto a otros barrios integrantes en la zona: San José, San Antonio, Zarzuela; en el aspecto físico están conformados fundamentalmente por viviendas unifamiliares, que exceptuando las de la Zarzuela son de construcción antigua y en algunos casos de aspecto deteriorado.

Ubicándonos en lo que es el Barrio de San José propiamente dicho, el llamado “Arroyo de Periquito Melchor” constituye en si mismo una línea divisoria configurando perfiles sociales muy determinados. En esta zona cabe destacar la convivencia intercultural, encontrando un número significativo población inmigrante, fundamentalmente pakistani dedicada en su mayoría a la venta ambulante y pequeños comercios. Suelen ser familias grandes en cuanto al número de miembros, constituyendo el idioma una barrera para la comunicación. En cuanto a la población autóctona del barrio suele ser mayor de 65 años.

La barriada San Antonio está habitada, en su gran mayoría, por población de etnia gitana.

A nivel social, en líneas generales, San José se podría definir como un barrio obrero con ocupaciones de carácter precario y empleos poco cualificados.

Con referencia a la población gitana presente en estos barrios, los índices de precariedad y cualificación laboral se disparan en sentido negativo.

En cuanto a nivel de recursos e infraestructuras dispone de los básicos, si bien, actualmente se está llevando a cabo un importante plan de mejora y adecuación funcional del barrio de San José.

Mención aparte merece el barrio denominado “El Cerro”, entendiéndolo por el mismo la línea divisoria anteriormente mencionada que constituye el arroyo de “Periquito Melchor”. Se trata de una zona de especial problemática social, constituida por un núcleo poblacional en su mayoría marginal con predominio de población de etnia gitana.

Aunque la entrega de las nuevas viviendas llevadas a cabo en el año 2003 ha supuesto una notable mejora de las condiciones de vida eliminando el chabolismo de la zona, siguen predominando elevados factores de marginación. El resto de las viviendas presentan un estado precario.

A grandes rasgos los perfiles socio-económicos responden a los siguientes indicadores:

-Dimensiones muy elevadas de las unidades familiares (muchos hijos).

-Tasa de natalidad muy elevada. Las unidades familiares se constituyen a edades muy tempranas (casi adolescentes). Es frecuente la convivencia de varios núcleos en un mismo domicilio.

-Nivel cultural y educativo que no alcanza niveles mínimos. Mayoritariamente son analfabetos funcionales.

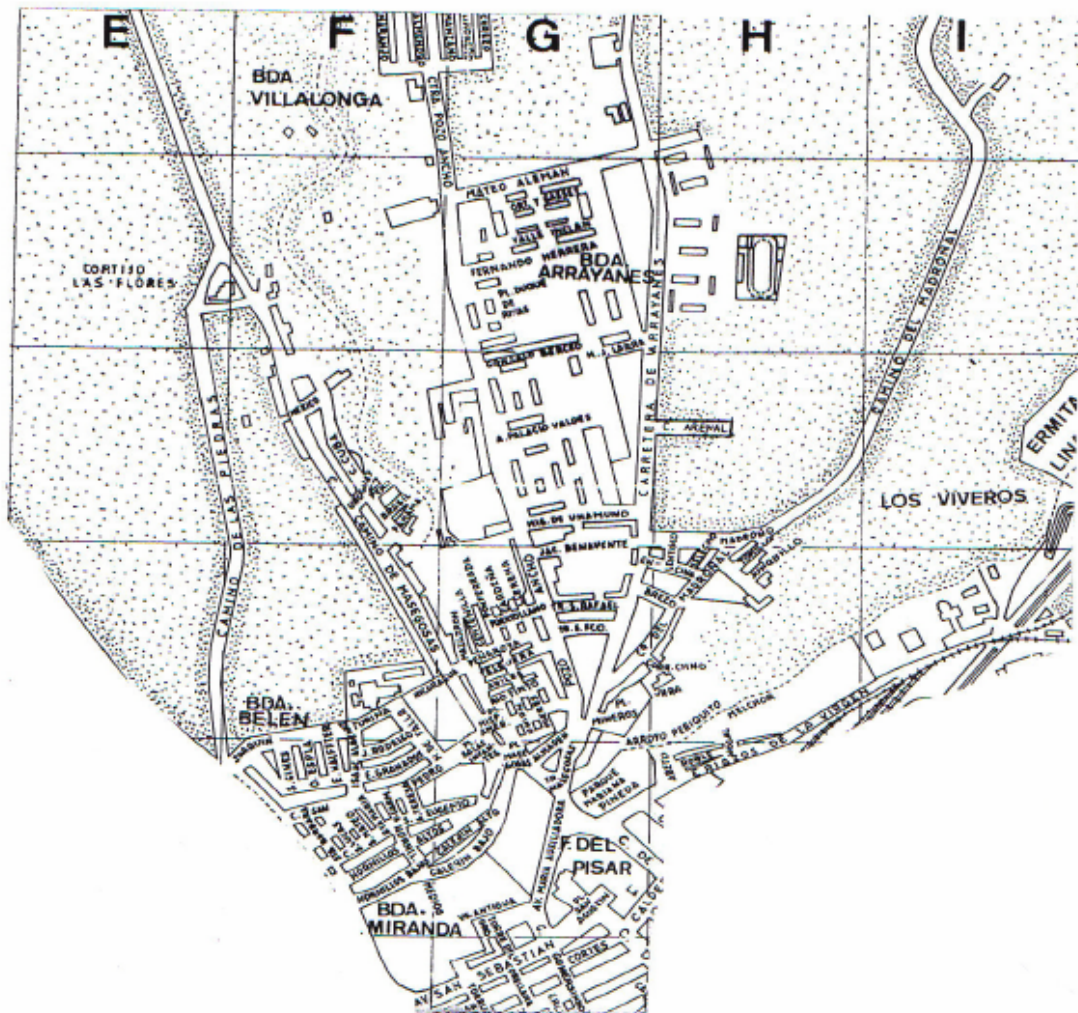
-Tasa de absentismo escolar elevada y abandono temprano del itinerario

educativo por lo que es frecuente no finalizar la enseñanza obligatoria. No obstante, la intervención directa sobre esta problemática por parte de todos los sectores implicados en la misma (SS.SS.CC., Programa ZEPS y Educación) ha corregido satisfactoriamente la práctica de no escolarización de los menores, aunque se sigue trabajando en la línea de mejora al respecto. El C.P. “Cardenal Spínola” y el Centro Educativo “Sagrado Corazón” asumen mayoritariamente a la población en edad escolar procedente de “El Cerro” y “San José”. Otro Centro escolar ubicado próximo a la zona, más concretamente a “San Antonio” y “La Zarzuela”, es el C.P. “Sta. Teresa” que al igual que los anteriores también cuenta con servicio de comedor.

-Tasa de desempleo elevadísima, actividades de economía sumergida (empleos temporeros agrícolas, venta ambulante no regularizada, recogida de chatarra, actividades ilícitas, etc...).

-Escaso o nulo grado de cualificación laboral y poca o nula motivación para acceder al mismo.

ZONA 2 “ARRAYANES”



Barriadas incluidas en la zona: Bda. “Belén”, Bda. “Miranda”, “Arrayanes”, “Villalonga”, “Masegosas”, “Fuente del Pisar” y Urbanización “San Roque”.

La barriada “Arrayanes” se encuentra ubicada en la zona Norte de la ciudad, ocupando unos terrenos que hasta 1.957 estaban dedicados a la explotación agrícola (huertos familiares).

Las primeras construcciones de servicios se realizan en 1.964, consumándose la edificación de viviendas en el año 1.968. Hasta este momento se han sucedido seis fases de construcción.

En la actualidad, esta Barriada cuenta con amplios bloques, casi todos de promoción pública, bordeados de anchas calles y espaciosa avenidas con extensas zonas ajardinadas y libres de edificaciones (actualmente en malas condiciones de conservación).

Entre los servicios con los que cuenta encontramos; dos Colegios Públicos, dos Institutos de Educación Secundaria, un Centro de Educación Infantil, Centro de día para mayores, Centro Social Polivalente y una Guardería Municipal.

La mayoría de la población es de clase media-baja, encontrando en esta zona el mayor asentamiento de la ciudad de población de etnia gitana.

Se trata de una población joven con un elevado índice de natalidad, lo que conlleva una presencia importante de población infantil.

La actividad económica y laboral del barrio se centra, en muchos casos, en trabajos de carácter precario y temporero: venta ambulante, servicio doméstico, recogida de aceituna, vendimia, etc.

Las cifras de desempleo, aunque son muy elevadas, no se corresponden con los datos que figuran en el SAE relativos a los demandantes de empleo, debido al elevado número de familias con economía sumergida y al escaso interés de muchos de los habitantes de esta zona por su incorporación a las redes de empleo normalizadas, viviendo en un gran porcentaje con la única expectativa de acceder a prestaciones económicas públicas de carácter asistencial.

Encontramos, entre sus habitantes, asimismo, una tasa muy elevada de analfabetismo, y serios problemas en el ámbito educativo; fracaso escolar, absentismo, abandono del itinerario educativo a edades muy tempranas y falta de motivación hacia el hecho educativo por parte de los padres, valores que les son transmitidos a sus hijos.

Si a todo lo expuesto, le añadimos la existencia de problemas derivados del consumo y tráfico de drogas, podemos concluir que nos hallamos ante una zona que puede considerarse como de “Especial Problemática Social”.

Junto a la Barriada Arrayanes está situada “Villalonga”, barriada de origen minero formada por viviendas unifamiliares de una planta, que tradicionalmente ha estado habitada por trabajadores de las minas. Actualmente suelen residir en ella, mayoritariamente, mineros jubilados o sus descendientes, nutriéndose de los servicios de la Barriada vecina (Arrayanes).

“Fuente del Pizar”. Rodeando el parque “Mariana Pineda” encontramos una zona en la que se mezclan antiguas edificaciones, casi todas ellas unifamiliares, con modernos edificios de vecinos y viviendas residenciales de reciente construcción.

Se trata de un área en expansión que cuenta con los siguientes servicios; un Colegio Público, Cáritas Interparroquial, un Hogar del Pensionista, la Estación de autobuses, el Centro de Atención Temprana, el Centro Provincial de Drogodependencias y Protección Civil.

Lindando con ésta tenemos un reducido grupo de viviendas en condiciones de habitabilidad deficientes, que configuran la zona conocida como “Eriazos de la Virgen”, cuya población, mayoritariamente de etnia gitana, cuenta con escasos recursos económicos procedentes de la venta ambulante o economía sumergida.

Las Barriadas “Miranda”, “Belén” y “Masegasas” se encuentran situadas entre las carreteras de Pozo Ancho y de Baños.

Las Barriadas “Belén” y “Miranda” están conformadas por viviendas unifamiliares de una y dos plantas, principalmente de antigua construcción, algunas de ellas rehabilitadas. Recientemente se han construido en esta zona viviendas unifamiliares adosadas.

En términos generales, diríamos que nos encontramos ante una población con un perfil socioeconómico medio – bajo, con elevada presencia de colectivo de tercera edad, y con un número, aunque escaso, de familias de etnia gitana y de origen pakistaní con insuficientes recursos económicos.

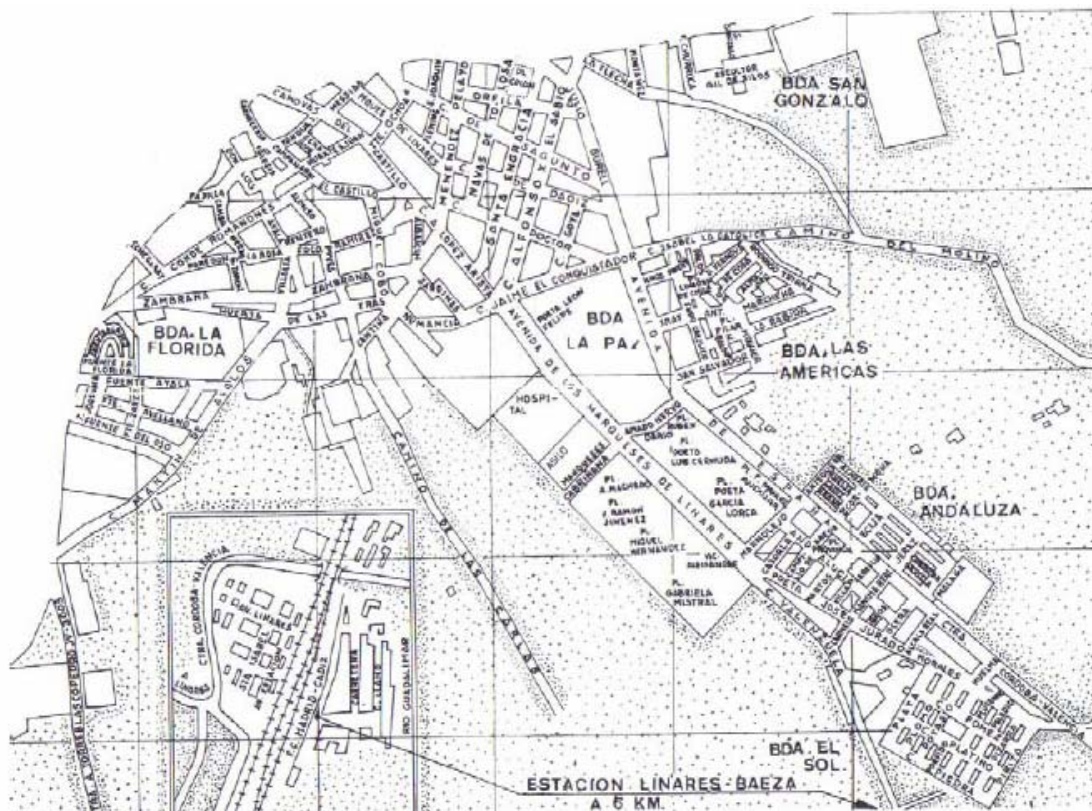
En los últimos años, con la construcción de las nuevas urbanizaciones, se han incorporado a la barriada nuevas familias jóvenes.

Masegosas. A pesar de ser un barrio de viviendas unifamiliares, no guarda similitud con el barrio “Belén”, ya que las edificaciones suelen ser de una planta, bastante pequeñas, y con carencias estructurales derivadas de la antigüedad de su construcción y de los materiales empleados en la misma.

Casi todas estas casas se encuentran habitadas por familias muy numerosas, de etnia gitana, que suelen guardar parentesco entre si y que, generación tras generación residen en el barrio. Estas familias tradicionalmente se han dedicado a la venta ambulante, alcanzando algunas de ellas un nivel adquisitivo medio, muy por encima de la media de los habitantes de ésta zona.

La urbanización “San Roque” se encuentra situada en el extrarradio de la Zona de Arrayanes, estando constituida por viviendas unifamiliares tipo chalet, cuyos habitantes disponen de un nivel socio-económico y cultural medio-alto. Ubicada en la misma, se encuentra un centro residencial, para tercera edad, “Santa Teresa Doctora” de carácter privado.

ZONA 3. “LA PAZ”.



Los barrios que comprende esta zona son los siguientes: Barriada “San Gonzalo”, Barriada “Las Américas”, Barriada “Andaluza”, Barriada “El Sol”, Barriada “Girón”, Barriada “La Paz”, Barriada “La Florida”, “Casco Antiguo” y Estación Linares – Baeza.

La Barriada Andaluza, Girón y el Sol son los barrios que delimitan la parte sureste del Municipio de Linares. La conforman casas unifamiliares, siendo la “Colonia el Sol” la de construcción mas reciente, aunque data de hace aproximadamente 25 años.

La Barriada “La Paz”, quizá sea, la que mayor extensión geográfica de la Zona comprenda, formada, en su mayoría por bloques de edificios de seis plantas, siendo la mayoría de las edificaciones de estas cuatro barriadas de promoción pública y/o protección oficial.

“Las Américas”, en cambio, se constituye con construcciones mixtas, bloques de pisos (pero no de gran altura), y casas unifamiliares.

“La Florida” y el “Casco Antiguo” vienen a ser las zonas más próximas al Centro Comercial Abierto de la localidad. Igualmente, predominan las casas unifamiliares, pero cabe distinguir que la población aquí asentada suele ser de estrato social medio-alto, en contraposición con el resto de barriadas cuya población es mayoritariamente de clase obrera.

Decir, que el Casco Antiguo está en constante cambio socio-económico. Si bien con anterioridad estaba habitado por personas de avanzada edad residentes en viviendas antiguas, hoy por hoy, está siendo ocupado por población joven, activa y de estatus social medio-alto. Así pues, sus construcciones se están renovando, convirtiéndose, en una zona altamente revalorizada.

La Barriada “San Gonzalo”, sin embargo, es una zona distribuida por completo en urbanizaciones residenciales.

Atendiendo a los recursos existentes en la Zona podemos decir que ésta cuenta con cuatro Centros Públicos de Educación Primaria y uno de Educación Secundaria.

Otros cuatro Centros Concertados en los que se imparte tanto Primaria como Secundaria, un Centro de Educación Especial perteneciente a APROMSI, la Escuela Universitaria Politécnica y un Centro Oficial de Formación Profesional Ocupacional. La Escuela Oficial de Idiomas y el Conservatorio Profesional de Música. Se deduce que es la Zona que más recursos de formación, reglada y /o no reglada, aglutina.

Igualmente, es una zona donde hay un porcentaje elevado de tercera edad que se ve incrementado por la existencia de tres Centros Residenciales para este sector de población, así como un Centro de día. Se encuentra, también, el único Centro Residencial para Disminuidos Psíquicos (CAMP) del Municipio.

Al tratarse de una zona extensa, acoge gran número de asociaciones vecinales, culturales y educativas.

También se ubican, en la misma, Organismos tan importantes como los distintos Juzgados de Primera Instancia e Instrucción, la Tesorería General de la Seguridad Social y la Cámara de Comercio e Industria.

Cuenta con un Centro de Salud y, específicamente, con Centros de Menores (uno de Acogida y otro de Reforma), dos museos y la Piscina Municipal cubierta.

Puede decirse que todos los barrios que comprende la zona disfrutan de una infraestructura excelente, no ya sólo a nivel de recursos y equipamiento, sino también en cuanto a zonas verdes y ajardinadas.

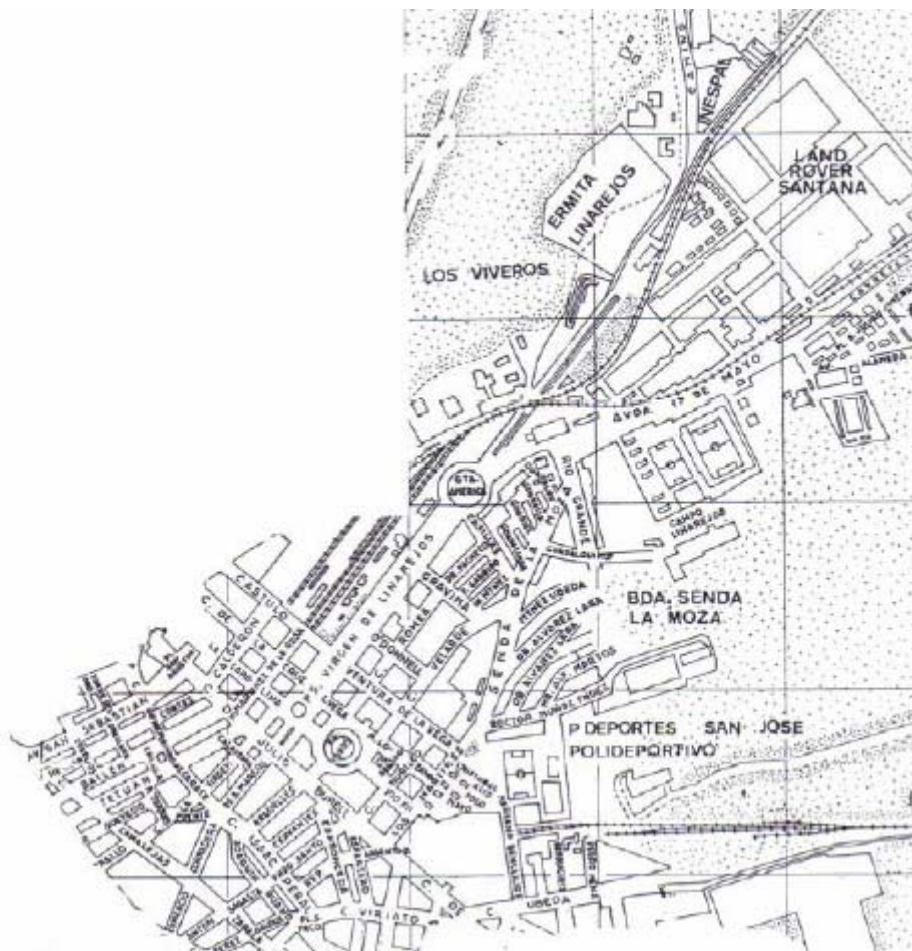
A pesar de que algunos de sus barrios están situados en la periferia de la ciudad, aportando, así, las ventajas de residir fuera del casco urbano, también, poseen, como se ha visto, todo un equipamiento variado que satisface las necesidades de toda la población residente, además de disponer de una red de comunicación vial fluida con el resto del Municipio.

La Estación de Linares-Baeza es una Entidad Local Menor que se enmarca, también, en la Zona 3. Este ha sido el principal nudo ferroviario de Andalucía durante varias décadas, es por ello, que sus habitantes siempre han sido trabajadores de RENFE o han

estado vinculados al ferrocarril de una u otra forma. Hoy por hoy, esta red ferroviaria está en decadencia, y la población aquí asentada atiende al personal de RENFE ya jubilado, y a otros grupos que por distintas necesidades han adquirido aquí su vivienda.

Así pues, actualmente cuenta con un total de 1800 habitantes aproximadamente, de los que en su mayoría pertenecen al sector de tercera edad y a etnia gitana. Posee recursos sociales como un consultorio médico local, un Centro de día y biblioteca, aunque se nutre de los recursos de Linares, de quien depende y de la que sólo le separan seis kilómetros de distancia.

ZONA 4. ZONA CENTRO.



Esta Zona engloba las siguientes áreas: Zona Centro, Barriada “Senda de la Moza”, Zona “Estación de Almería”, Paseo de Linarejos, Barriada “Santa Ana”, Urbanización

“Puerta de Castro”, Urbanización “Virgen de Linarejos”, La Garza y Camino de San Miguel.

Estas áreas, si bien están unidas geográficamente, se encuentran bien diferenciadas si atendemos a las características de las edificaciones que la configuran y al perfil de la población que reside en ellas. De este modo podemos distinguir:

Zona Centro. Constituye el centro neurálgico de la ciudad, en él además de encontrarse enclavadas las sedes de importantes instituciones públicas tales como el Ayuntamiento (en funciones) de la ciudad, el C.A.I.S.S. (Centro de Atención e Información de la Seguridad Social), el Patronato Municipal de Bienestar Social, Oficina Municipal de Información al Consumidor, Oficina de Atención a la Mujer, Centro de Información Juvenil, Unidad territorial de Empleo, Biblioteca Municipal etc, encontramos asentado una gran parte del sector Servicios de la localidad. Así, la zona cuenta con una gran cantidad de sedes bancarias y cajas de ahorros, bastantes locales de ocio y esparcimiento, y sobre todo un elevado número de comercios.

Destacar la existencia del llamado Centro Comercial Abierto, que supone una gran apuesta de nuestra ciudad por el pequeño comercio y las tiendas especializadas.

Si nos centramos en el perfil medio de los ciudadanos que residen en esta zona de Linares (sobre todo el Centro Comercial y alrededores), destacar que en su mayoría está conformado por personas de nivel cultural y económico medio alto, correspondiendo el mayor porcentaje a profesionales que residen en viviendas de propiedad, de renta libre, muchas de ellas de nueva construcción o rehabilitadas, abundando los pisos de vecinos que superan los 100 m².

No obstante, en esta misma Zona habitan, también, un grupo significativo de vecinos mayores de 65 años, residentes en domicilios de renta antigua, cuyo nivel económico es muy inferior y que ocupan viviendas, muchas de ellas sin restaurar, que presentan importantes barreras arquitectónicas en su acceso y algunas deficiencias de conservación. Para este grupo de población (tercera edad) la zona cuenta con dos Centros de Atención al Jubilado y un Centro de Estancia Diurna.

La Zona Centro se prolonga hacia el noreste por el Paseo de Linarejos, en el que se ubican edificaciones de renta libre con varios pisos de altura. Las características socio-económicas de sus residentes es muy similar a los de la Zona Centro.

Barriada “Santa Ana”. Esta barriada, nacida tras la creación de la principal factoría de la ciudad (Santana Motor), está formada por bloques de pisos de protección oficial que en sus comienzos estuvieron habitados casi en su totalidad por trabajadores de esta fábrica, tras el auge experimentado por la empresa, estos trabajadores vieron aumentado su poder adquisitivo y por consiguiente pudieron acceder a viviendas con mejores equipamientos en otras zonas de la ciudad.

Actualmente, la Barriada está habitada por un perfil de población mayoritariamente de clase obrera y con una renta per cápita que suele estar por debajo de la media de la ciudad. Esta Barriada cuenta con un Colegio de Educación Primaria y con algunas zonas verdes.

La barriada “Senda de la Moza” tiene una configuración propia, cuenta con bloques de vecinos de poca altura y viviendas unifamiliares, muchas de ellas de antigua construcción. En su mayoría, la población es de clase obrera abundando unidades familiares que habitan viviendas en régimen de alquiler con una situación económica que podíamos denominar como media-baja.

En esta Barriada podemos encontrar un Colegio Público de Educación Primaria, un Instituto de Educación Secundaria, un Centro Concertado que oferta plazas de Educación Primaria y Secundaria, y el Polideportivo “San José”.

Pertencen, así mismo, a esta Unidad de Trabajo Social varias zonas residenciales enclavadas en las afueras de la ciudad tales como: “Estación de Almería” y Urbanizaciones “Puerta de Castro” y “Virgen de Linarejos.

Éstas son zonas formadas por viviendas unifamiliares, casi todas ellas de renta libre, habitadas por ciudadanos con unas características socioeconómicas media altas.

Estas áreas están bien comunicadas con el resto de la ciudad, y tienen amplias zonas verdes, aunque al ser residenciales suelen presentar carencias en el Sector Servicios.

Por último, señalar, que en la zona conocida como “La Garza” está enclavada en el Parque Municipal del mismo nombre, que cuenta con varias piscinas, campos de tenis, fútbol y golf, rodeados de zonas verdes.

Alrededor de este parque encontramos un número importante de parcelas en el que se han construido, de forma libre, viviendas tipo chalet, utilizadas como segunda vivienda, aunque existe un asentamiento importante de familias que han trasladado allí su domicilio habitual.

6.- DEMOGRAFIA

6.1.- Introducción

El análisis de las características de la población, tanto desde el punto de vista de la estructura, como de la magnitud de los fenómenos vitales que en ella concurren, aporta una información básica para la planificación y la práctica sanitaria.

Los fenómenos demográficos y los progresos sanitarios son múltiples y recíprocos, por ejemplo los cambios en las variables demográficas inciden directamente en el aumento o disminución, de la demanda de atención sanitaria, tipo de atención que se necesita, según predominio de población anciana, juvenil o de primera infancia. Según la estructura por edades que tenga una comunidad influirá en sus medios y modos de vida, en sus características de enfermar y de morir, etc.

6.2.-Tamaño y evolución de la población.

El tamaño de la población creció en unos 2000 habitantes, gracias al fenómeno de la inmigración de los años 2004, 2005 y 2006 y desde entonces se mantiene estable. En el año 2008 encontramos un índice de crecimiento relativo de la población de 1,0013 (fuente de información padrón municipal 2008) (Figura 1)

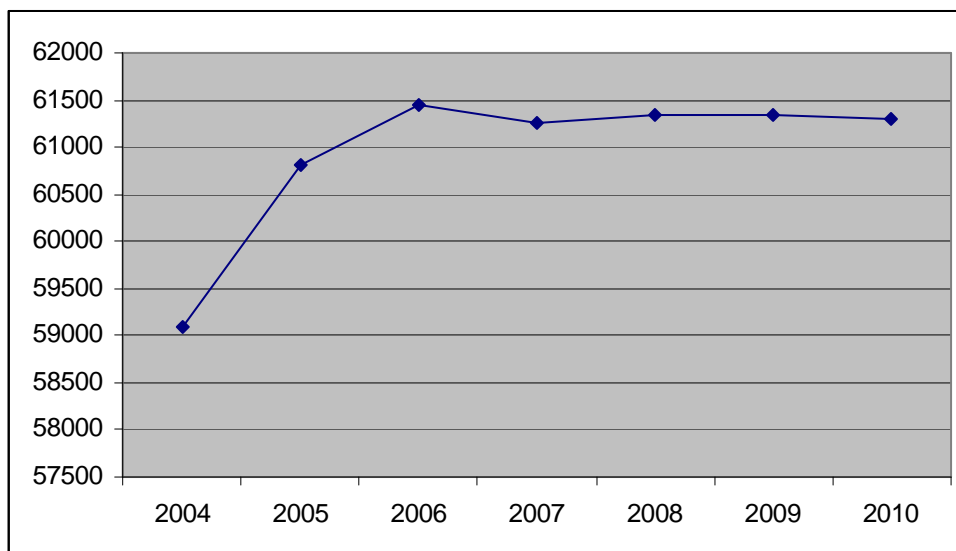


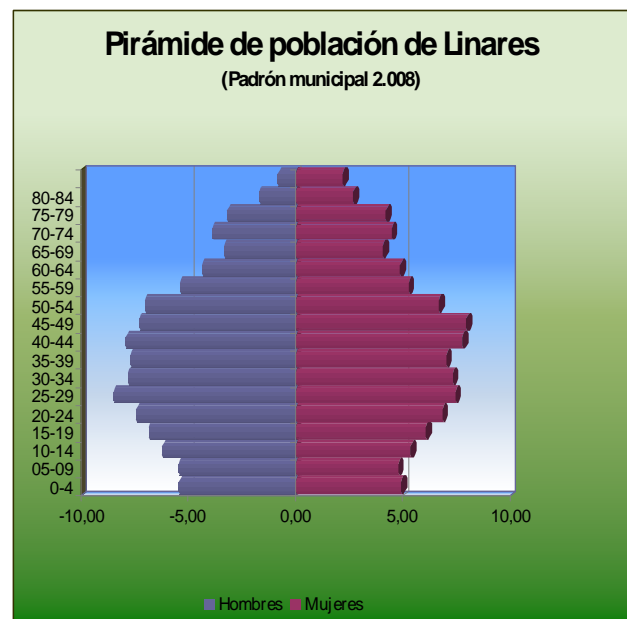
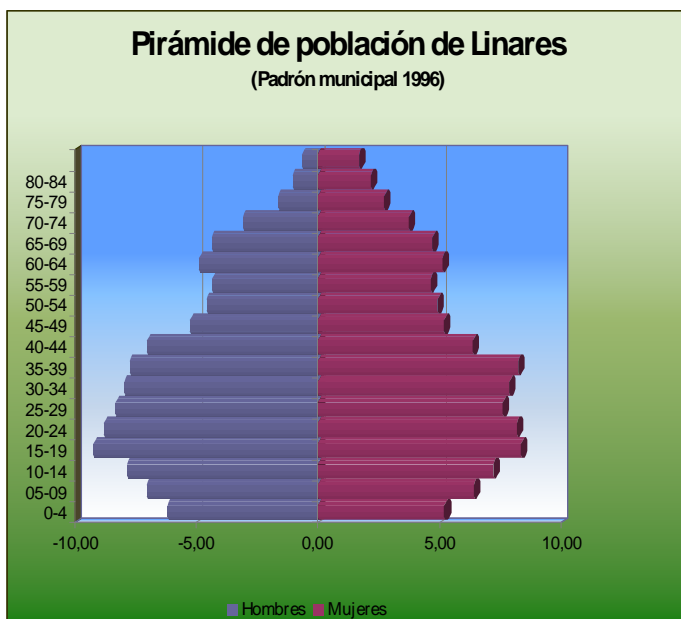
Figura 1.- Evolución de la población del municipio de Linares desde 2004-2010.

6.3. Estructura de la población por edad y sexo

El análisis de las pirámides de población de Linares de los años 1996 y 2008, muestran una pirámide con predominio de hombres hasta el intervalo de edad de 35-39 años en el primer caso y hasta 55-59 en el segundo caso, invirtiéndose esta tendencia a favor del sexo femenino a partir de estos intervalos de edad. (Figura 2),

La comparación de las pirámides de población entre los años 1996 y 2008 pone de manifiesto la transformación de la población de Linares, consistente en el adelgazamiento de la base, ensanchamiento de la cúspide (baja natalidad y envejecimiento de la población), inclinación de la pirámide poco pronunciada que significa existencia de población adulta, envejecida y con tasas de natalidad bajas, desplazamiento de la muesca de baja natalidad relacionada con los efectos de la postguerra más intensa en el lado de los hombres en el intervalo de 65-69 años (debido a emigraciones, epidemias, etc.).

Todas estas características conforman una pirámide en 2008, en forma de bulbo propia de poblaciones desarrolladas y nos indican una población regresiva en la que la natalidad ha descendido rápidamente y sin embargo las tasas de mortalidad llevan mucho tiempo controladas, siendo la esperanza de vida cada vez mayor y con posibles dificultades para garantizar el relevo generacional.



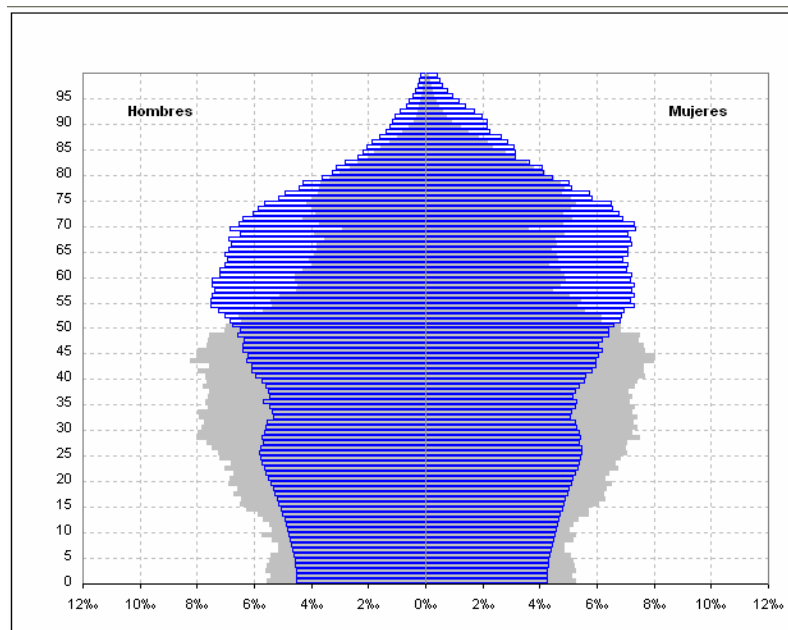


Figura 3.- Proyección de la población de Linares en 2035 comparada con población actual.

Si comparamos la pirámide de la población de Linares actual (color gris) con la población estimada en el año 2035 (color azul) observamos el mismo fenómeno que aparece al comparar la pirámides del año 1996 con la del año 2008, consistente en el adelgazamiento de la base, ensanchamiento de la cúspide (baja natalidad y envejecimiento de la población), inclinación de la pirámide poco pronunciada que significa existencia de población adulta, envejecida y con tasas de natalidad bajas, desplazamiento de la muesca de baja natalidad relacionada con los efectos de la postguerra más intensa en el lado de los hombres en el intervalo de 65-69 años (debido a emigraciones, epidemias, etc.). La proyección de población de Linares de 2035 pone de manifiesto que el gran porcentaje de la población se encuentra en los intervalos de 50 a 75 años, en la pirámide de 2008 el gran porcentaje de la población se encuentra en los intervalos de 25 a 55 años.

6.4.Descripción de la población:

	Linares	Jaén	Andalucía
% Población menor de 15 años	16,03	16,04	16,17
% Población entre 15 a 64 años	68,66	66,20	69,24
% Población de 65 años y más	15,31	17,75	14,59
% Población de 85 años y más	1,51	1,87	1,49
Edad Media de la Población	38,90	39,70	38,53
Edad Media Hombres	37,70	38,40	37,36
Edad Media Mujeres	42,40	41,00	39,73
Índice de Envejecimiento	95,51	101,23	83,68
Tasa de Sobre-envejecimiento	9,92	10,55	10,26
Tasa de dependencia	45,64	54,43	47,10
Tasa de dependencia juvenil	23,34	27,05	25,64
Tasa de dependencia ancianos	22,30	27,38	21,46
Tasa bruta de natalidad	12,14	10,58	12,22
Tasa de fecundidad	47,33	42,76	66,12

	1981		1996		2008	
	Esperanza de vida al nacer en mujeres	Esperanza de vida al nacer en hombres	Esperanza de vida al nacer en mujeres	Esperanza de vida al nacer en hombres	Esperanza de vida al nacer en mujeres	Esperanza de vida al nacer en hombres
Jaén	78,14	73,34	81,37	75,10	83,03	77,43
Andalucía	77,53	71,36	80,66	73,55	82,98	76,88
España	80,67	73,50	81,84	74,62	84,27	78,17

Con respecto a los principales grupos de edad, Linares presenta un menor porcentaje de población menor de 15 años que la de la provincia de Jaén y Andalucía, pero no existiendo grandes diferencias significativas.

Linares presenta un mayor porcentaje de población entre 15 a 64 años que la de la provincia de Jaén y menor proporción que Andalucía, pero no existiendo grandes diferencias significativas.

Linares presenta un menor porcentaje de población mayor de 65 años que la de la provincia de Jaén y mayor proporción que Andalucía, pero no existiendo grandes diferencias significativas.

Tras analizar los principales grupos de edad de la población la pirámide de población de Linares será más regresiva que la andaluza y menos regresiva que la de la provincia de Jaén, esta misma afirmación queda demostrada tras analizar el índice de envejecimiento (Expresa como varía el crecimiento de la población adulta con respecto a la población más joven de la estructura de población) y la tasa de sobre – envejecimiento (proporción de mayores de 85 años con respecto a los mayores de 65 años).

Con respecto a la Edad media de la población y las edades medias desglosadas en hombres y mujeres no existen grandes diferencias significativas, pero podemos afirmar que la Edad media es mayor que la andaluza y menor que la de la provincia de Jaén.

Si analizamos la tasa de dependencia (proporción de población inactiva formada por los mayores de 65 años o más y de la población de menor de 15 años con respecto a la población activa que se encuentra entre 15-64 años) observamos que la de Linares es menor que la de la provincia de Jaén y que la andaluza, al igual que la tasa de dependencia juvenil (proporción de población menor de 15 años con respecto a la población activa que se encuentra entre 15-64 años). En la tasa de dependencia de ancianos (proporción de población mayor de 65 años con respecto a la población activa que se encuentra entre 15-64 años) observamos que la de Linares es menor que la de la provincia de Jaén y mayor que la andaluza.

Si observamos la tasa bruta de natalidad ($\text{Nacidos vivos} / \text{Población Total} \times 1000$) de Linares es similar a la población andaluza y mayor que la población de la provincia de Jaén. En cambio presenta una menor cifra de Tasa de fecundidad ($\text{Nacidos vivos} / \text{Población en edad fértil } 15-49 \times 1000$) que la población andaluza y mayor que la población de la provincia de Jaén.

Con respecto a la esperanza de vida al nacer podemos afirmar que ha ido experimentando un ascenso a lo largo de los últimos años, siendo esta mayor en las mujeres.

7.- ESTADO DE SALUD

7.1. Morbilidad

- Fuente de información: Historia de Salud Digital (HSD) DIRAYA
- Corte temporal: 31 de diciembre de 2010

ATENCIÓN A PERSONAS HIPERTENSAS	Nº personas atendidas	población	% población
Linares A Virgen de Linarejos	2.726	20614	13,22
Linares B Los Marqueses	1.956	16652	11,75
Linares C San José	1.674	14440	11,59
Linares D Arrayanes	1.079	7867	13,72
Total Linares	7.435	59.573	12,48
Media Andalucía			11,03*

ATENCIÓN A PERSONAS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA	Nº personas atendidas	población mayores 65 años	% población
Linares A Virgen de Linarejos	163	3445	4,73
Linares B Los Marqueses	123	2771	4,44
Linares C San José	104	2369	4,39
Linares D Arrayanes	54	1085	4,98
Total Linares	444	9.670	4,59
Media Andalucía			5,53*

ATENCIÓN A PERSONAS ASMÁTICAS ADULTAS	Nº personas atendidas	población mayores 15 años	% población
Linares A Virgen de Linarejos	751	17972	4,18
Linares B Los Marqueses	488	6945	7,03
Linares C San José	506	11918	4,25
Linares D Arrayanes	223	6466	3,45
Total Linares	1.968	43.301	4,54
Media Andalucía			2,76*

ATENCIÓN A PERSONAS ASMÁTICAS MENORES DE 15 AÑOS	Nº personas atendidas	población menores 15 años	% población
Linares A Virgen de Linarejos	41	2642	1,55
Linares B Los Marqueses	197	3240	6,08
Linares C San José	257	2522	10,19
Linares D Arrayanes	33	1401	2,36
Total Linares	528	9.805	5,39
Media Andalucía			8,59*

ATENCIÓN A PERSONAS CON EPOC	Nº personas atendidas	población mayor 40 años	% población
Linares A Virgen de Linarejos	297	10284	2,89
Linares B Los Marqueses	82	8087	1,01
Linares C San José	367	7073	5,19
Linares D Arrayanes	114	3695	3,09
Total Linares	860	29.139	2,95
Media Andalucía			3,30*

ATENCIÓN A PERSONAS CON NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS	Nº personas atendidas	población	% población
Linares A Virgen de Linarejos	41	17972	0,23
Linares B Los Marqueses	18	6945	0,26
Linares C San José	24	11918	0,20
Linares D Arrayanes	15	6466	0,23
Total Linares	98	43.301	0,23
Media Andalucía			0,20 (NS)

ATENCIÓN A PERSONAS CON DEMENCIA	Nº personas atendidas	población mayores 65 años	% población
Linares A Virgen de Linarejos	120	3445	3,48
Linares B Los Marqueses	32	2771	1,15
Linares C San José	28	2369	1,18
Linares D Arrayanes	37	1085	3,41
Total Linares	217	9.670	2,24
Media Andalucía			3,79*

ATENCIÓN A PERSONAS CON DIABETES	Nº personas atendidas	población	% población
Linares A Virgen de Linarejos	1459	17972	8,12
Linares B Los Marqueses	803	6945	11,56
Linares C San José	867	11918	7,27
Linares D Arrayanes	645	6466	9,98
Total Linares	3.774	43.301	8,72
Media Andalucía			6,83 *

NS: sin significación estadística en comparación con Andalucía

*: con significación estadística, con una probabilidad de error <5%

- **Discusión:**

La información anterior procede de la extracción de datos de la HSD mediante la aplicación Diabaco. Son personas diferentes con diagnóstico registrado e incluidas en el proceso asistencial correspondiente. No puede utilizarse esta información como un

indicador directo de prevalencia de las diferentes patologías, ya que existe un sesgo de información.

Con estas consideraciones, se observa, comparada con la media andaluza, una mayor tasa de personas con hipertensión arterial, diabetes y asma en adultos. Por el contrario, se observa una menor tasa de insuficiencia cardíaca, asma infantil, EPOC y demencia. No se observa diferencia en la tasa de personas atendidas con necesidad de cuidados paliativos.

- Conclusiones:

La información disponible no nos permite deducir que la prevalencia de las patologías registradas en la HDS de atención primaria en el municipio de Linares sean diferentes a la media andaluza, debido al sesgo antes comentado.

7.2. Mortalidad.

- Fuentes de información:
 - Instituto Nacional de Estadística (INE)
 - Atlas Interactivo de mortalidad en Andalucía (AIMA). El Atlas Interactivo de Mortalidad en Andalucía muestra la distribución geográfica y la evolución temporal de la mortalidad en todos los municipios andaluces desde 1981. Este Sistema de Información Geográfica muestra los resultados para las principales causas de muerte por grupos de edad y sexo. (<http://www.demap.es/aima>).
- Intervalo temporal: de 1981 a 2008

Indicadores	valor selección	valor España
Mortalidad general: razón de tasas, hombres, menos de 1 año	0,912	1
Mortalidad general: razón de tasas, mujeres, menos de 1 año	0,979	1
Mortalidad general: razón de tasas, hombres, 1-14 años	1,149	1
Mortalidad general: razón de tasas, mujeres, 1-14 años	1,09	1
Mortalidad general: razón de tasas, hombres, 15-44 años	1,284	1
Mortalidad general: razón de tasas, mujeres, 15-44 años	1,159	1
Mortalidad general: razón de tasas, hombres, 45-64 años	1,104	1
Mortalidad general: razón de tasas, mujeres, 45-64 años	0,951	1
Mortalidad general: razón de tasas, hombres, 65-74 años	1,267	1
Mortalidad general: razón de tasas, mujeres, 65-74 años	1,323	1
Mortalidad general: razón de tasas, hombres, 75-84 años	1,343	1
Mortalidad general: razón de tasas, mujeres, 75-84 años	1,329	1
Mortalidad general: razón de tasas, hombres, 85 años o más	1,183	1
Mortalidad general: razón de tasas, mujeres, 85 años o más	1,396	1
Mortalidad general: razón de tasas, todos los grupos de población	1,123	1

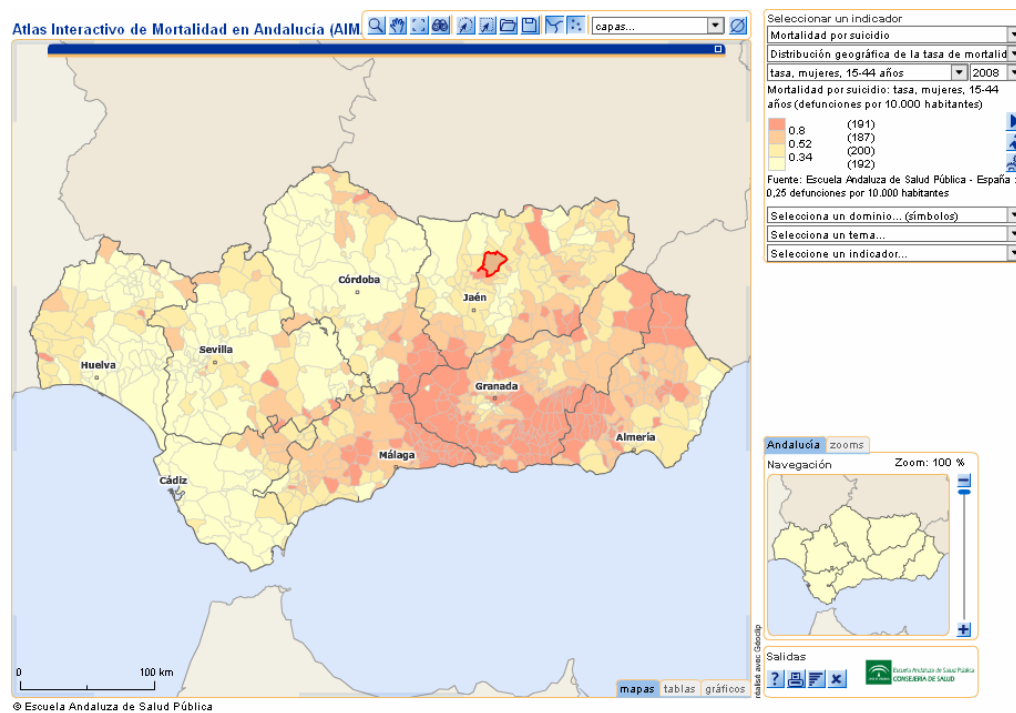
Causas de mortalidad según CIE					
Causa de Mortalidad	2004	2005	2006	2007	2008
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	16	21	11	12	15
Tumores [neoplasias]	117	132	124	133	116
Enfermedades de la sangre y de de la inmunidad	1	2	2	3	2
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	19	21	13	19	26
Trastornos mentales y del comportamiento	18	15	16	10	14
Enfermedades del sistema nervioso	14	22	16	27	19
Enfermedades del ojo y sus anexos	0	0	0	0	0
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema circulatorio	178	186	177	195	203
Enfermedades del sistema respiratorio	60	91	52	78	66
Enfermedades del sistema digestivo	44	35	37	38	41
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	0	2	1	5	1
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	5	4	4	9	8
Enfermedades del sistema genitourinario	21	8	12	17	17
Embarazo, parto y puerperio	0	0	0	0	0
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	1	1	1	0	1
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0	1	1	1	2
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos no clasificados	28	14	15	26	17
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	15	21	19	14	20
TOTAL	537	576	501	587	568

% de mortalidad según la causa de la CIE					
Causa de Mortalidad	2004	2005	2006	2007	2008
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2,98	3,65	2,20	2,04	2,64
Tumores [neoplasias]	21,79	22,92	24,75	22,66	20,42
Enfermedades de la sangre y de de la inmunidad	0,19	0,35	0,40	0,51	0,35
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	3,54	3,65	2,59	3,24	4,58
Trastornos mentales y del comportamiento	3,35	2,60	3,19	1,70	2,46
Enfermedades del sistema nervioso	2,61	3,82	3,19	4,60	3,35
Enfermedades del ojo y sus anexos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	33,15	32,29	35,33	33,22	35,74
Enfermedades del sistema respiratorio	11,17	15,80	10,38	13,29	11,62
Enfermedades del sistema digestivo	8,19	6,08	7,39	6,47	7,22
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	0,00	0,35	0,20	0,85	0,18
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	0,93	0,69	0,80	1,53	1,41
Enfermedades del sistema genitourinario	3,91	1,39	2,40	2,90	2,99
Embarazo, parto y puerperio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0,19	0,17	0,20	0,00	0,18
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,00	0,17	0,20	0,17	0,35
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos no clasificados	5,21	2,43	2,99	4,43	2,99
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	2,79	3,65	3,79	2,39	3,52



Exceso significativo de mortalidad para algunos grupos de población en 2008. Municipio de Linares.

	Edad (años)	Sexo	Tasa x 10.000 habitantes	Razón de tasas suavizada (comparativa con la tasa española)
CÁNCER DE HIGADO	65-74	Varón	8,09	1,67
CÁNCER DE PULMÓN	75-84	Varón	57,97	1,33
ENFERMEDAD ISQUÉMICA	75-84	Varón	54,83	1,66
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	65-74	Varón	25,65	1,94
SUICIDIO	15-44	Mujer	0,68	2,77



- **Discusión:**

La mortalidad del municipio de Linares es similar a la del resto de Andalucía, y con algunos matices, respecto a España. Se observa un aumento de mortalidad general con un gradiente Noreste-Suroeste, fundamentalmente en las causas Cardiovasculares.

Las causas que suponen una mayor mortalidad son las Cardiovasculares (35,74%) y Oncológicas (20,42%), por tanto las intervenciones para reducir mortalidad debieran ir encaminadas a mejorar los factores de riesgo relacionados con estos dos grupos de enfermedad.

Para algunas causas y grupos de edad, en el municipio de Linares, se observa un exceso de mortalidad comparado con la media española. En parte, se puede explicar por el gradiente Noreste-Suroeste antes comentado.

La mayor parte de estas desviaciones afectan a grupos de edad a partir de los 65 años, lo que puede interpretarse como el resultado del efecto de factores de riesgo que han estado presentes durante años. Por ejemplo: exceso de mortalidad por cáncer de hígado en hombres de 65 a 74 años, por cáncer de pulmón en hombres de 75 a 84 años, enfermedad isquémica y cerebrovascular en hombres de 75 a 84 años. Todas estas causas tienen como factores de riesgo de mayor peso hábitos de vida no saludables mantenidos durante años (tabaco, alcohol, dieta rica en grasas saturadas, sedentarismo, etc).

Se observa un exceso de mortalidad por suicidio en mujeres de 15 a 44 años comparado con la media española, para el que no disponemos en este momento elementos que nos permitan deducir los factores implicados. No obstante una situación similar se observa en el resto de municipios del oriente andaluz.

Respecto a la media andaluza, se observan además dos causas de mortalidad para el municipio de Linares que más contribuyen a años potenciales de vida perdidos en personas de 0 a 70 años (Mortalidad Prematura): VIH en hombres y Cáncer de mama en mujeres.

- Conclusiones:

Existen escasas diferencias en tasas de mortalidad respecto al resto de Andalucía. La mayor proporción de mortalidad se debe a enfermedades cardiovasculares y cáncer. Por tanto, las intervenciones necesarias para disminuir la mortalidad deben orientarse a disminuir los factores de riesgo relacionados con estas patologías, fundamentalmente incidir en estilos de vida saludables y mejorar las condiciones socioeconómicas y ambientales que las favorezcan.

8.- DETERMINANTES DE LA SALUD

8.1. Datos atención al tabaquismo en Linares

El tabaquismo representa el primer factor individual de riesgo de enfermedad y la primera causa aislada de enfermedad, relacionándosele con más de 25 enfermedades. Fumar es el principal factor causante de entre el 16% y el 40% de los cánceres: cáncer de pulmón (en un 85%), cáncer de la cavidad oral (en un 92% de los casos en varones y un 61% en mujeres), cáncer de laringe (83%), de esófago (80%)... Asimismo, más del 90% de los casos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) están relacionados con el humo del tabaco. El tabaco es, igualmente, uno de los principales factores de riesgo cardiovascular y la primera causa aislada de mortalidad prematura.

Hay que añadir que estos riesgos no se limitan exclusivamente a la población fumadora. La Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer de la OMS, demostró que los niveles típicos de exposición involuntaria al humo del tabaco provocan cáncer de pulmón aunque las personas no hayan fumado nunca; así, incluye la exposición pasiva al humo del tabaco (el tabaquismo pasivo) dentro del grupo de agentes cancerígenos humanos. Esta misma organización ha señalado que, entre quienes conviven con personas fumadoras, el riesgo de sufrir enfermedades coronarias es un 25% más alto y el riesgo de cáncer de pulmón es entre un 20 y un 50% más elevado.

Se debe resaltar también que el humo de tabaco afecta especialmente a la población infantil, en la que aumenta el riesgo de sufrir infecciones respiratorias altas, otitis media, sinusitis, bronquitis, neumonías y asma.

En este informe se presentan los resultados de la Encuesta Andaluza de Salud 2007 sobre el hábito tabáquico en la población andaluza y su comparación con los resultados del mismo estudio en 2003.

Fumadores a diario por sexo y provincia, EAS 2003 – 2007

	2003			2007		
	Hombre %	Mujer %	Total %	Hombre %	Mujer %	Total %
Almería	42,02%	17,79%	30,01%	38,75%	24,49%	31,98%
Cádiz	38,88%	26,61%	32,63%	35,70%	22,04%	28,63%
Córdoba	43,95%	23,60%	33,45%	43,87%	22,69%	32,87%
Granada	37,31%	20,94%	28,88%	43,09%	25,00%	33,78%
Huelva	35,57%	26,49%	30,95%	40,29%	26,77%	33,66%
Jaén	50,37%	24,21%	37,03%	43,61%	20,74%	32,09%
Málaga	33,65%	21,15%	27,22%	36,79%	23,67%	30,11%
Sevilla	39,46%	23,51%	31,25%	38,45%	21,74%	30,05%
Total	39,47%	23,12%	31,10%	39,36%	23,05%	31,10%

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: S^o Epidemiología y SL. S.G. de Salud Pública. Consejería de Salud

Edad media de inicio del consumo por provincias, EAS 2003-2007

Provincia	2003			2007		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Almería	16,6	18,2	17,1	16,4	16,7	16,5
Cádiz	16,6	17,2	16,9	15,9	17,5	16,5
Córdoba	16,2	16,6	16,4	16,0	17,9	16,8
Granada	16,6	17,3	16,9	16,6	17,7	17,0
Huelva	16,4	16,6	16,5	16,7	16,5	16,6
Jaén	17,0	17,1	17,0	16,4	16,8	16,5
Málaga	16,5	17,7	17,0	16,6	18,1	17,2
Sevilla	16,6	17,6	17,0	16,5	16,9	16,6
Andalucía	16,6	17,3	16,9	16,4	17,4	16,8

Fumadores a diario por grupo de edad y sexo, EAS 2003 – 2007

	2003			2007		
	Hombre %	Mujer %	Total %	Hombre %	Mujer %	Total %
16-24	37,03%	35,03%	36,06%	36,07%	30,67%	33,43%
25-44	48,74%	36,74%	42,78%	51,06%	34,59%	43,02%
45-54	45,45%	17,28%	31,29%	44,42%	24,90%	34,45%
55-64	31,90%	5,26%	18,12%	31,89%	10,86%	21,35%
65-74	19,64%	1,69%	9,91%	17,49%	1,62%	8,75%
Más de 75	14,50%	0,32%	5,71%	9,09%	1,38%	4,71%
Total	39,47%	23,12%	31,10%	39,36%	23,05%	31,10%

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: S^o Epidemiología y SL. S.G. de Salud Pública. Consejería de Salud

Personas que recibieron consejo médico para dejar de fumar por sexo y provincia, EAS 2003 – 2007.

Provincia	2003			2007		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Almería	30,1%	25,5%	28,6%	42,6%	18,8%	33,7%
Cádiz	37,2%	20,1%	29,7%	47,3%	44,3%	46,0%
Córdoba	21,5%	15,6%	19,2%	20,0%	23,1%	21,1%
Granada	37,5%	41,3%	38,9%	45,2%	39,1%	42,6%
Huelva	47,8%	47,3%	47,6%	22,9%	22,4%	22,7%
Jaén	22,6%	25,0%	23,4%	31,6%	50,0%	38,7%
Málaga	37,0%	22,3%	31,3%	39,8%	39,6%	39,7%
Sevilla	30,4%	24,2%	28,1%	30,5%	26,1%	28,8%
Andalucía	32,1%	25,6%	29,6%	34,8%	32,5%	33,9%

Personas que recibieron consejo médico para dejar de fumar por sexo y grupo de edad, EAS 2003 – 2007.

Grupo de edad	2003			2007		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
16-24	12,6%	14,3%	13,4%	15,2%	23,9%	19,4%
25-44	26,6%	27,1%	26,8%	24,9%	33,8%	28,8%
45-54	38,5%	41,9%	39,4%	43,3%	36,1%	40,5%
55-64	56,8%	38,7%	53,9%	63,7%	33,3%	56,8%
65-74	71,8%	41,6%	68,3%	70,0%	33,3%	67,4%
75+	71,9%	0,0%	69,7%	61,9%	50,0%	60,0%
Total	32,1%	25,6%	29,6%	34,8%	32,5%	33,9%

Abandono por consejo médico, según sexo y provincia, EAS 2003 – 2007

Provincia	2003			2007		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Almería	6,1%	0,0%	4,1%	26,5%	0,0%	19,4%
Cádiz	30,4%	19,1%	27,3%	29,6%	7,7%	25,4%
Córdoba	20,3%	24,5%	21,3%	15,9%	14,3%	15,6%
Granada	18,9%	10,8%	16,7%	24,7%	2,6%	17,4%
Huelva	34,5%	24,1%	32,7%	22,5%	7,4%	16,4%
Jaén	38,1%	12,7%	31,1%	30,8%	16,7%	27,1%
Málaga	14,1%	3,8%	11,1%	25,8%	6,1%	20,6%
Sevilla	33,6%	13,1%	28,9%	38,1%	11,6%	29,3%
Andalucía	24,2%	11,6%	20,8%	28,3%	8,2%	22,7%

	Exfumadores por sexo y provincia, EAS 2003 – 2007					
	2003			2007		
	Hombre %	Mujer %	Total %	Hombre %	Mujer %	Total %
Almería	20,7%	11,6%	16,2%	18,1%	7,3%	13,0%
Cádiz	16,5%	5,6%	10,9%	23,2%	5,2%	13,9%
Córdoba	21,5%	6,5%	13,8%	20,6%	4,2%	12,1%
Granada	30,2%	10,7%	20,2%	21,3%	10,2%	15,5%
Huelva	18,5%	4,6%	11,4%	20,4%	13,6%	17,1%
Jaén	18,5%	7,0%	12,6%	19,5%	6,7%	13,1%
Málaga	25,0%	10,4%	17,5%	15,6%	5,9%	10,3%
Sevilla	18,9%	5,8%	12,2%	19,2%	9,8%	14,4%
Total	21,2%	7,7%	14,3%	19,5%	7,5%	13,4%

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: S^o Epidemiología y SL. S.G. de Salud Pública. Consejería de Salud

A través de estos resultados podemos observar en la provincia de Jaén y en Linares:

- ⇒ La prevalencia de fumadores diarios ha bajado significativamente de 2003-2007. La bajada ha sido más destacada en hombres, aunque seguimos aún muy por encima de la media andaluza.
- ⇒ La prevalencia de mujeres fumadoras es la más baja de toda Andalucía.
- ⇒ Alta prevalencia en franjas de edad más bajas.
- ⇒ La edad de inicio en el consumo ha bajado tanto en hombres como en mujeres, situándose en 16,5 años de media.
- ⇒ En lo referente a consejo sanitario, Jaén se encuentra en un destacado primer lugar en cuanto a consejo a mujeres, aunque está por debajo de la media en cuanto a consejo a hombres.
- ⇒ El consejo sanitario es mucho menor en las franjas de edad más jóvenes.
- ⇒ El motivo de abandono por consejo médico ha descendido con respecto a 2003, sin embargo seguimos estando muy por encima de la media en ambos sexos y en primer lugar en lo concerniente a las mujeres.
- ⇒ El porcentaje de exfumadores ha aumentado algo con respecto a 2003 en hombres, y se ha reducido en mujeres. En relación al resto de Andalucía estamos algo inferior a la media.

A continuación se expondrán datos referidos a la intervención en tabaquismo en la Localidad de Linares específicamente.

<i>Población mayor 15 años</i>	49.688 (datos BDU)	
<i>Estimación fumadores EAS-2007</i>	15.900	32%
<i>Nº fumadores reciben Intervención Básica</i>	6.587	41,4%
<i>Nº fumadores abandonan hábito</i>	2.195	13,8%

Los datos de población fumadora se obtienen a partir de 16 años, por lo que la estimación de fumadores sería algo menor

En relación a los datos reflejados por la EAS, Linares se encuentra por encima de los reflejados tanto en personas que reciben consejo para dejar de fumar, como en exfumadores.

<i>INDICADOR</i>	<i>EAS ANDALUCIA</i>	<i>EAS JAEN</i>	<i>DIABACO LINARES</i>
<i>Fumadores reciben consejo dejar fumar</i>	33,9%	38,7%	41,4%
<i>Fumadores abandonan hábito</i>	13,4%	13,1%	13,8%

Reflejar que todas las intervenciones en el campo de la prevención o abandono del tabaquismo que se realizan desde los servicios de salud tienen evidencia científica de efectividad.

8.2. Sobrepeso y obesidad

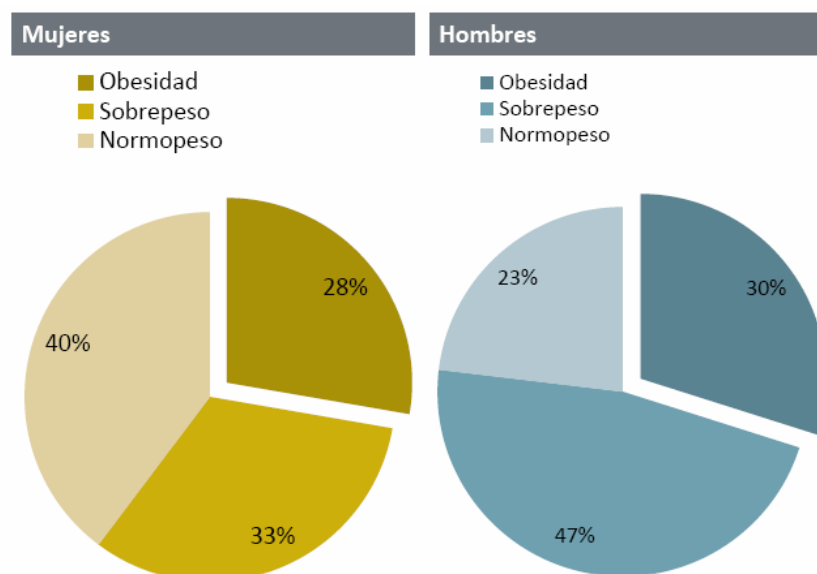
La obesidad consiste en el acúmulo de tejido graso en el organismo en relación con otros componentes corporales y es el resultado de un balance energético positivo.

La prevalencia de la obesidad en todas las edades se ha incrementado de forma alarmante en las últimas décadas en todo el mundo, hasta el punto de que la OMS utiliza la expresión “Epidemia Mundial”.

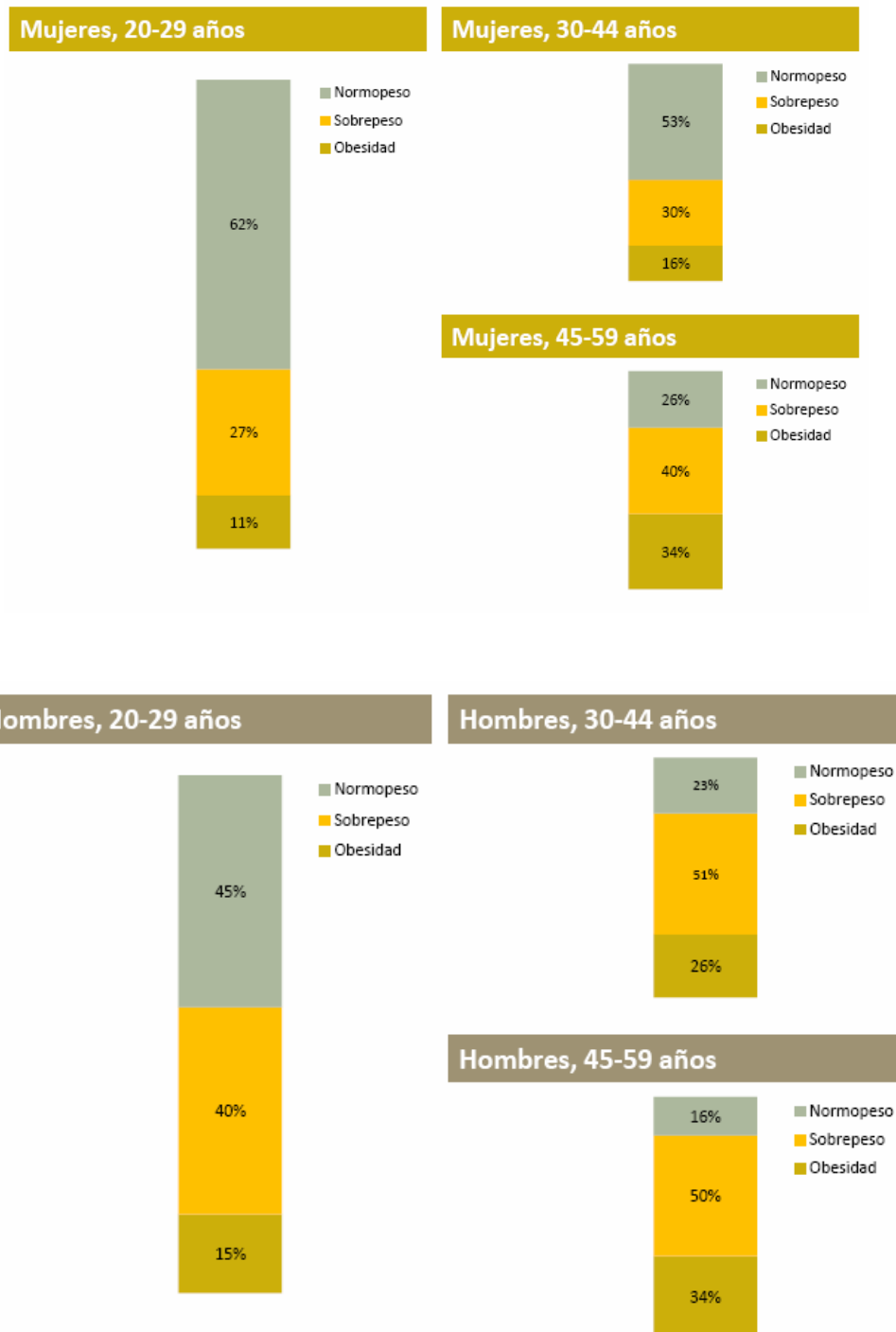
En estos momentos hay el triple de personas obesas en el mundo de las que había en los años setenta del siglo pasado. Según datos de la OMS en 2002 se registraron 300 millones de personas con obesidad clínica en el mundo y se calculaba que para 2005 habría 500 millones de personas obesas.

Según el Estudio DRECA2 promovido por la Consejería de Salud de Andalucía con el objetivo de analizar la evolución temporal y la tendencia de los factores de riesgo y del riesgo cardiovascular en más de 2.700 andaluces de entre 5 y 59 años durante los años comprendidos entre 1992-2004, pone de manifiesto que las mujeres tienen menos problemas de obesidad y sobrepeso que los hombres y que más del 40% se encuentran en normopeso frente al 23% de los hombres. Un 28% de las mujeres tienen sobrepeso sobre un 30% de los hombres y un 33% de las mujeres tienen obesidad frente al 47% de los hombres.

Podemos deducir que este fenómeno se produce porque las mujeres comen de forma más equilibrada que los hombres dado que éstas realizan menos actividad física que los hombres.



Si analizamos por sexo y grupo de edad la obesidad y el sobrepeso podemos observar que conforme aumenta la edad aumentan los porcentajes de sobrepeso y obesidad tanto en los hombres como en las mujeres.



El incremento detectado en la prevalencia de la obesidad infantil, tanto en países industrializados como en desarrollo, plantea numerosos retos para la salud pública. Uno de ellos es la unificación de criterios para definir la obesidad en la infancia, condición indispensable para conocer la situación actual en los distintos países y regiones, así como para monitorizar el impacto de las medidas de salud pública que se propongan.

Nuestro país parece presentar la misma tendencia y los grupos de expertos llaman la atención sobre el aumento de la obesidad en población infantil y adolescente, cuyas cifras se han triplicado en los últimos diez años. El estudio PAIDOS de 1984 comunicó una prevalencia de obesidad infantil del 4,9% para niños de ambos sexos entre los 6 y los 12 años posteriormente se han realizado otros estudios a nivel regional o con muestras nacionales, tales como el publicado por Moreno y cols, el estudio RICARDIN, el Cuatro Provincias y, más recientemente, el enKid, que muestra que el 13,9% de la población entre 2 y 24 años presenta obesidad y el 26,3% sobrepeso.

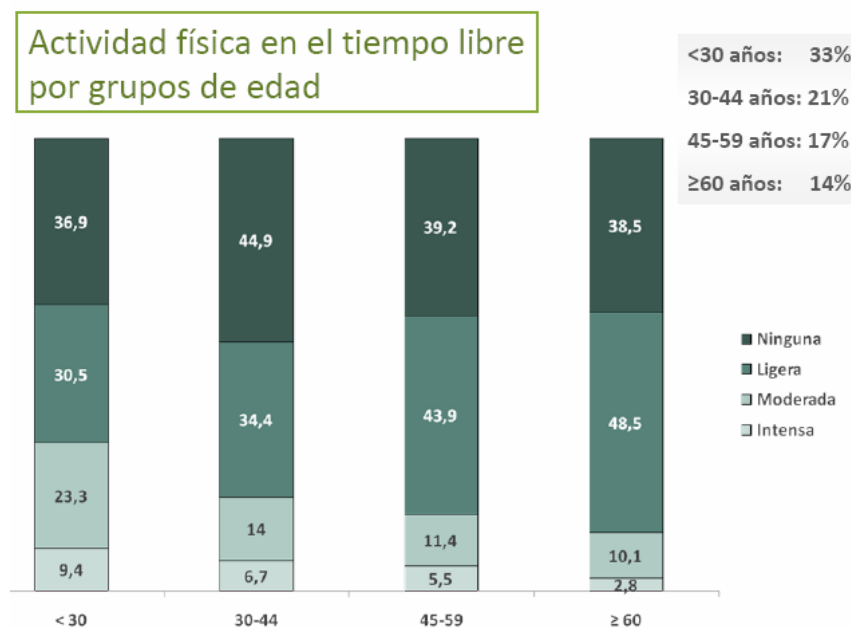
La obesidad en la infancia y la adolescencia está relacionada con problemas para la salud tales como:

- Impacto negativo en la salud mental y la calidad de vida.
- Riesgo de continuar padeciendo obesidad en la edad adulta (más riesgo a más edad y especialmente si se asocia con obesidad en progenitores).
- Mayor riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2.
- Mayor riesgo de hipertensión arterial.
- Mayor riesgo de complicaciones metabólicas (dislipemias, resistencia a la insulina, hiperandrogenemia...).
- Riesgo de alteraciones esqueléticas.
- Otros padecimientos que, por ser menos conocidos, pueden estar infradiagnosticados: esteatosis hepática, apneas de sueño, etc.

8.3. Actividad, ejercicio físico y deporte

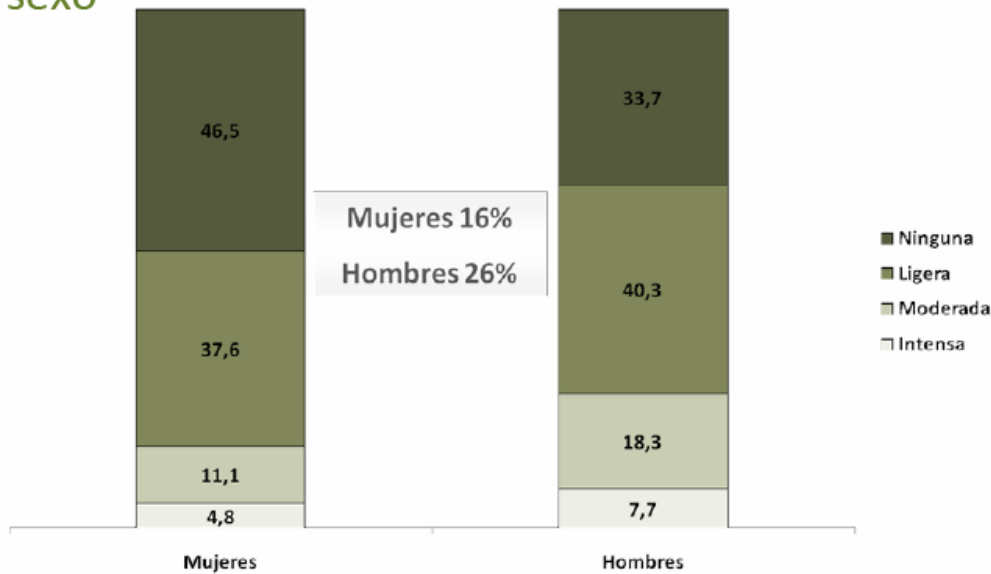
Según el Estudio DRECA2 promovido por la Consejería de Salud de Andalucía con el objetivo de analizar la evolución temporal y la tendencia de los factores de riesgo y del riesgo cardiovascular en más de 2.700 andaluces de entre 5 y 59 años durante los años comprendidos entre 1992-2004, pone de manifiesto que conforme aumenta la edad la actividad física descende de un 33% en menores de 30 años al 14% en personas con edad mayor a 65 años.

En la siguiente gráfica podemos observar el nivel de actividad física en cada uno de los grupos de edad.



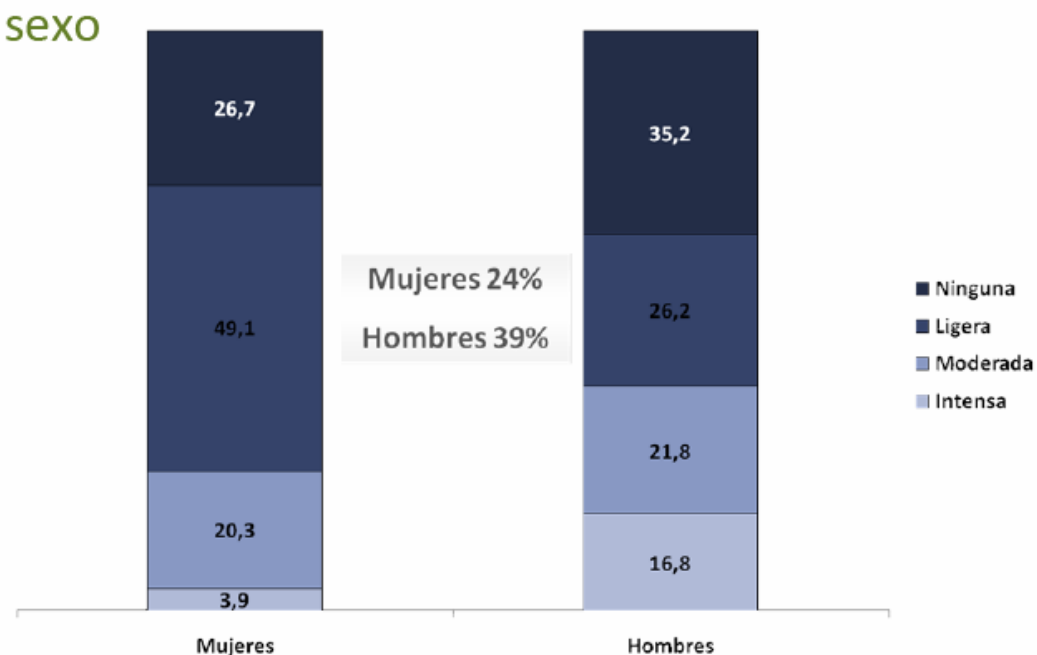
Si analizamos el nivel de actividad física en el tiempo libre según el sexo podemos observar que las mujeres la realizan en menor medida que los hombres, un 46% de las mujeres no realiza ningún tipo de actividad física frente al 33% de los hombres.

Actividad física en el tiempo libre por sexo



El hecho anterior también se pone de manifiesto en el lugar del trabajo, por lo que podemos afirmar que un 39% de los hombres realizan actividad física en el lugar de trabajo frente a un 24% en las mujeres, lo que supone casi la mitad.

Actividad física en el trabajo por sexo

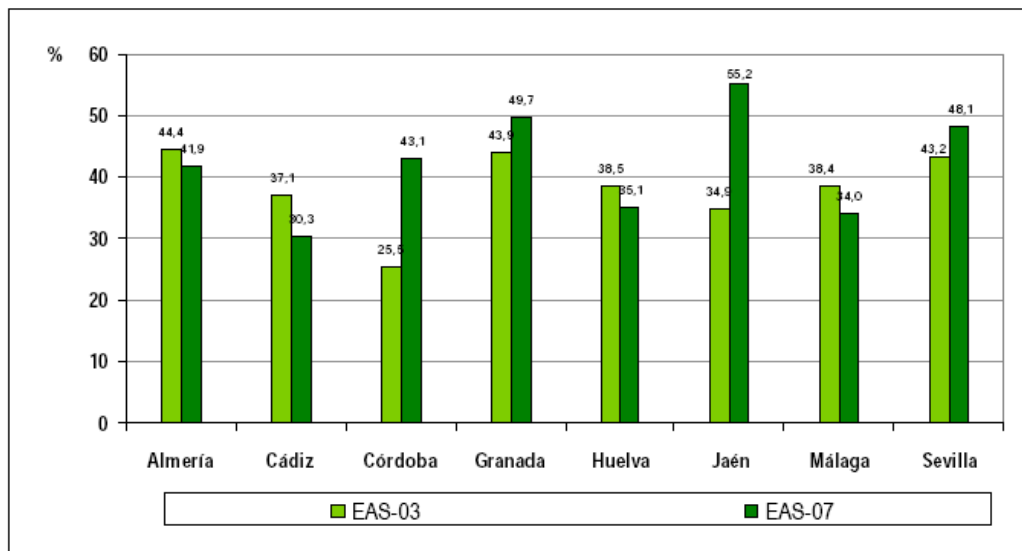


8.4. Alcohol y otras drogas:

Por grupos, el consumo de alcohol es más frecuente entre las personas más jóvenes, donde se alcanza los mayores porcentajes en el rango de edad de 25 a 44 años (50,6%). Además de en los jóvenes, las prevalencias más altas de consumo de alcohol aparecen entre las personas con mayores niveles de estudios, con rentas mensuales más altas y de clases sociales más favorecidas.

Por provincias, Jaén (55,2%), Granada (49,7%) y Sevilla (48,1%) son las áreas en las que se recogen mayores proporciones de personas que declaran que al menos una vez al mes beben alcohol.

Figura 119. Prevalencia de personas que consumen alcohol al menos una vez al mes por provincias. Andalucía. Años 2003 y 2007.



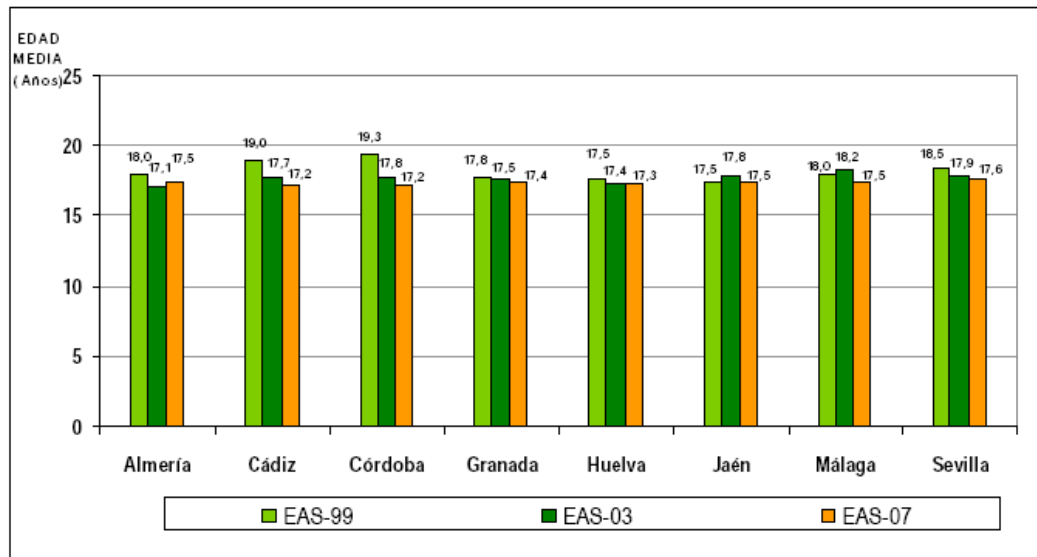
Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud. Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública. EAS-03: Encuesta Andaluza de Salud del año 2.003; EAS-07: Encuesta Andaluza de Salud del año 2.007.

En el año 2007 la edad media de inicio al consumo de alcohol era de 17,1 años en los varones y de 18,1 años en las mujeres. El estudio por grupos etarios señala cómo cada vez más comienza a tomarse alcohol a edades más tempranas. En relación a otros parámetros como el nivel de estudios, los ingresos económicos mensuales, la clase social o las diferentes provincias, la edad de inicio al consumo de alcohol muestra patrones bastante similares entre los diferentes grupos poblacionales.

Evolución desde la Encuesta Andaluza de Salud de 1999. Desde el año 1999 se ha venido produciendo un descenso en la edad de inicio al consumo de alcohol (18,3

años en media en el año 1999 y los 17,4 años en el 2007). Este descenso se ha producido por igual en todos los grupos de edad, niveles de renta, clases sociales, niveles de estudios y provincias.

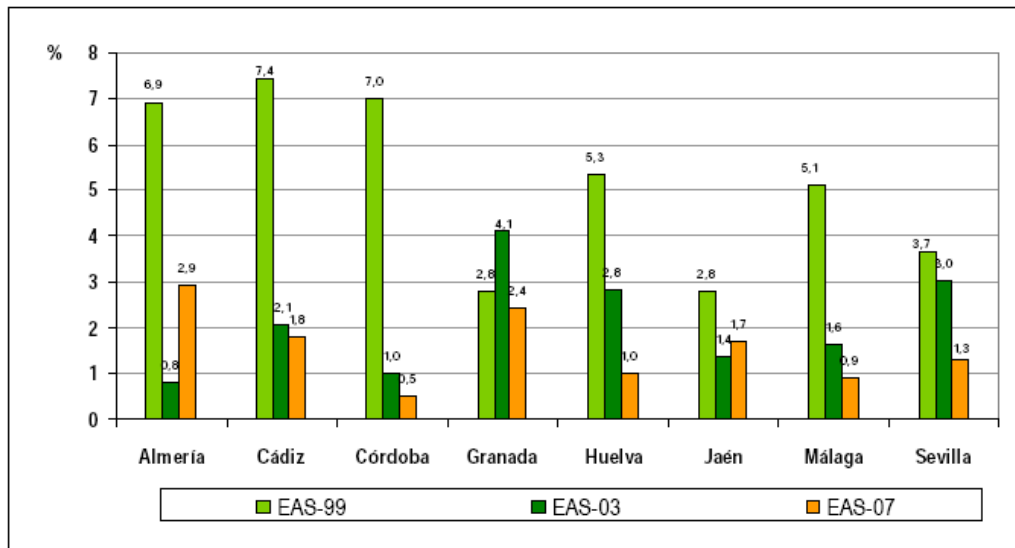
Figura 125. Edad media de inicio al consumo de bebidas alcohólicas por provincias. Andalucía. Años 1999, 2003 y 2007.



Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud. Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública. EAS-99: Encuesta Andaluza de Salud del año 1.999; EAS-03: Encuesta Andaluza de Salud del año 2.003; EAS-07: Encuesta Andaluza de Salud del año 2.007.

En el año 2007 un 2,4% de los hombres y un 0,6% de las mujeres eran sospechosos de alcoholismo. El perfil era el de personas jóvenes (entre 16 y 24 años), con altos ingresos mensuales (2500 € mensuales o superiores) y de clases sociales más bajas (clases IV, V y en desempleo). Por nivel de estudios, sin embargo, apenas existen diferencias relevantes por grupos.

Figura 131. Porcentaje de personas con sospecha de alcoholismo por provincias. Andalucía. Años 1999, 2003 y 2007.



Fuente: Encuestas Andaluzas de Salud. Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública. EAS-99: Encuesta Andaluza de Salud del año 1.999; EAS-03: Encuesta Andaluza de Salud del año 2.003; EAS-07: Encuesta Andaluza de Salud del año 2.007.

Según la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2009/2010 del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, el consumo de alcohol entre las personas con edades comprendidas entre los 15 a 65 años se mantiene relativamente estable con respecto a años anteriores, El consumo se concentra en fines de semana y la bebida más consumida es la cerveza (en días laborales y en fines de semana).

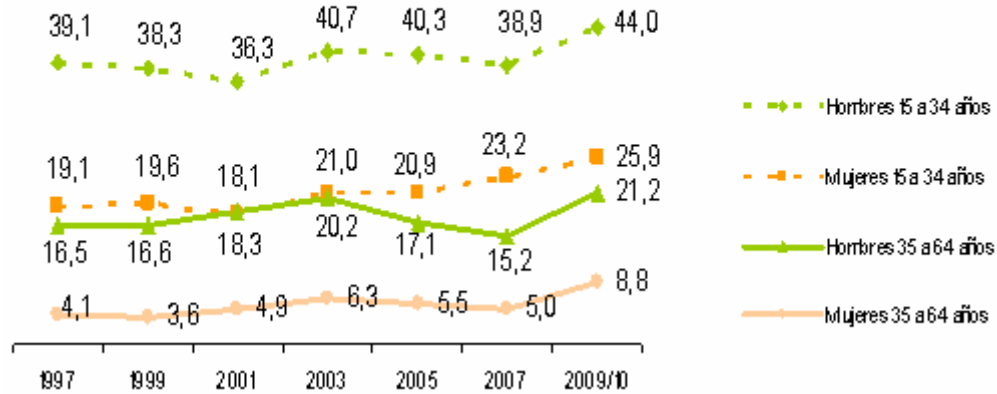
Consumo de riesgo/perjudicial:

A un 7,4% de las personas que han consumido alcohol alguna vez en la vida se les puede atribuir un consumo de riesgo/perjudicial.

En 2009, el 23,1% de la población de 15 a 64 años se emborrachó en los últimos 12 meses. (67% hombres y 33% mujeres)

Tendencia ascendente de las borracheras de 15 a 64 en ambos sexos y grupos de edad.

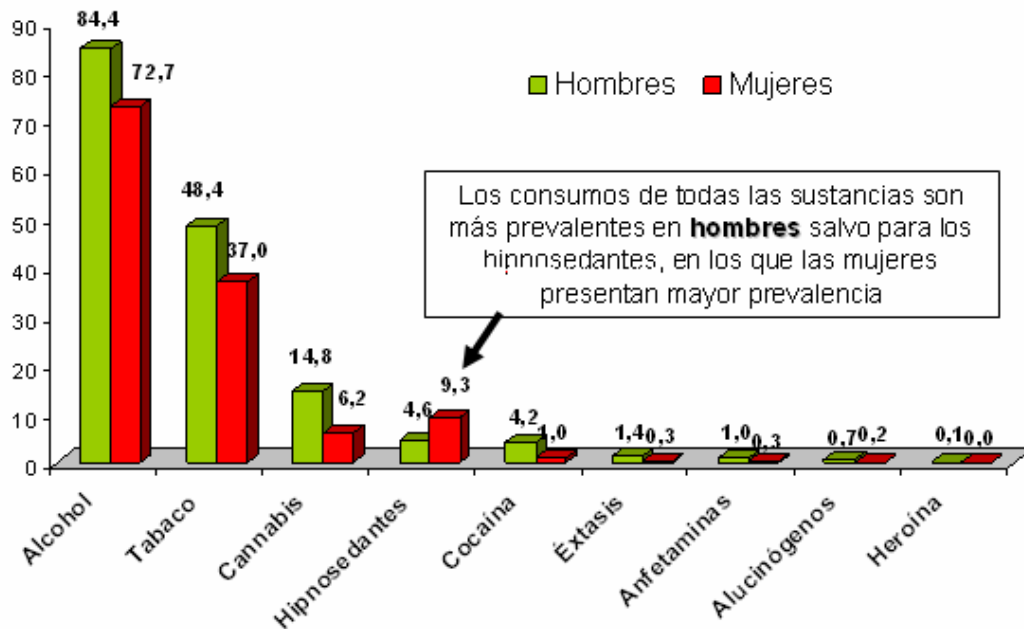
Borracheras (%) en los últimos 12 meses de 15 a 64 años por edad y sexo.



El consumo de otras sustancias según la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2009/2010 se refleja en las siguientes tablas:

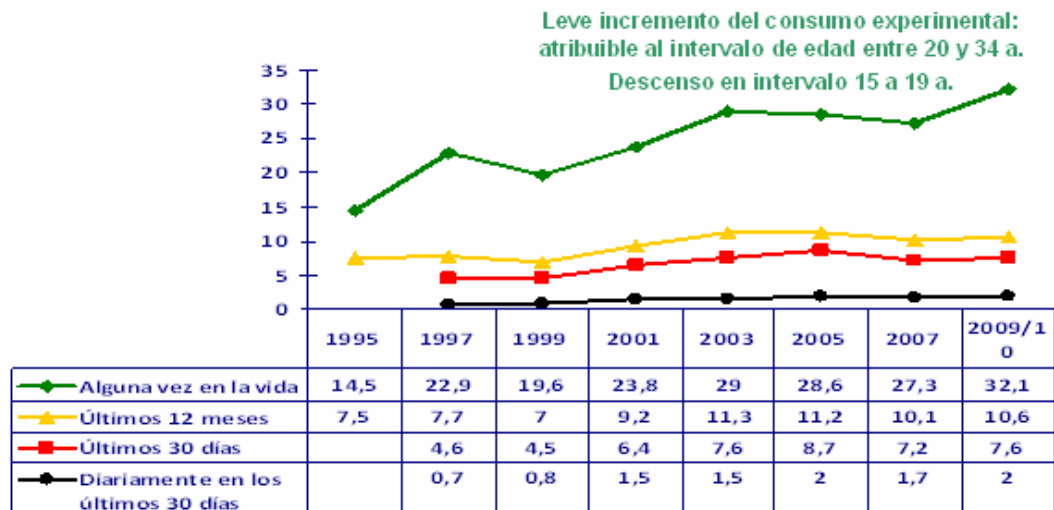
Consumo (%) de drogas en los últimos 12 meses de 15 a 64 años

Las drogas más consumidas entre la población de 15 y 64 años son el **alcohol y el tabaco** seguidas de **cannabis e hipnosedantes**



Consumo (%) de **cannabis** de 15 a 64 años

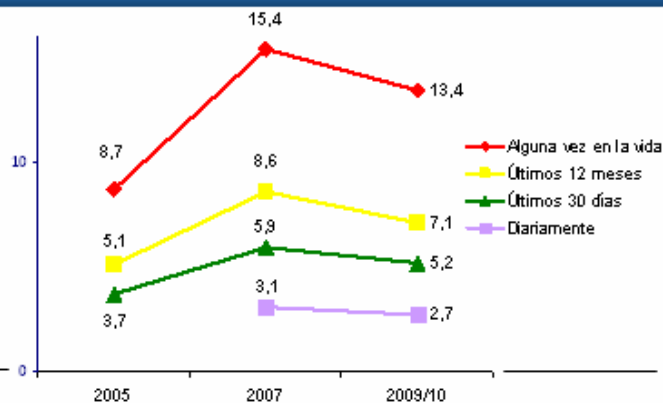
El cannabis es la sustancia **ilegal más consumida** de 15 a 64 años
 El consumo se mantiene **estable** desde 2003



Consumo (%) de **hipnosedantes** de 15 a 64 años

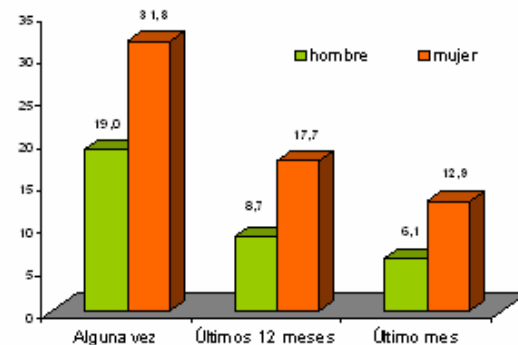
% consumo hipnosedantes
 por frecuencia de consumo

En 2009 **descenso** del
 consumo de hipnosedantes
 con respecto a 2007



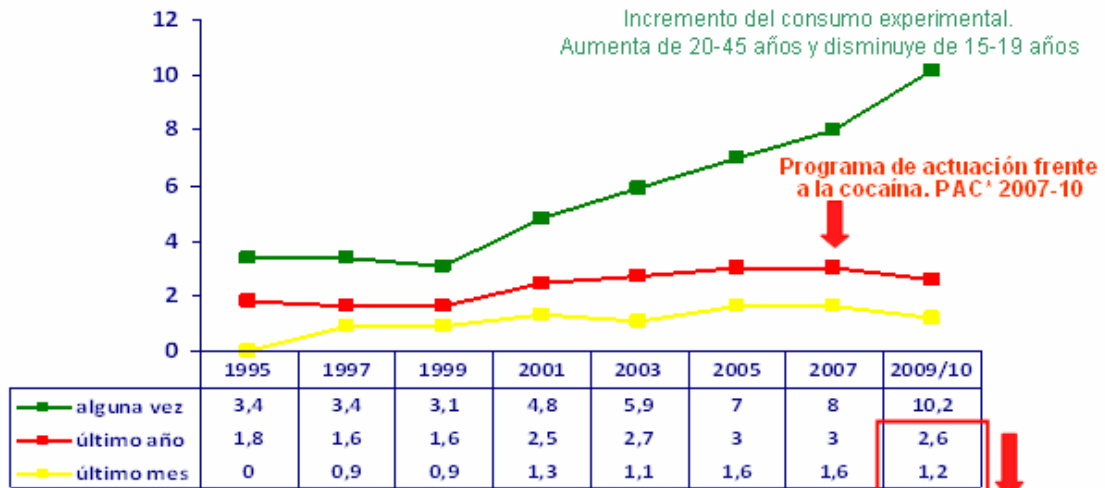
% consumo hipnosedantes
 por sexo

Predominio de consumo en
mujeres y grupo de mayor
 edad (35-64 años)



Consumo (%) de cocaína en polvo de 15-64 años

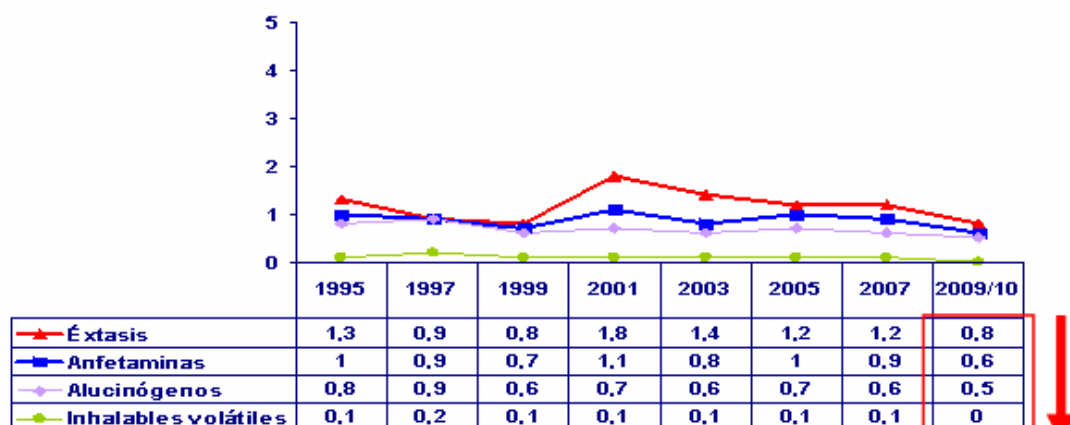
El consumo de cocaína **desciende**, por primera vez, en 2009/10 tras una etapa al alza (1995-2005) y posterior estabilización (2005-2007).



*PAC: Programa de Actuación frente a la Cocaína, para la prevención del consumo, reducción y mejora de la atención a los problemas asociados a la cocaína. 2007-2009: 395 programas y 17 millones €. ↓

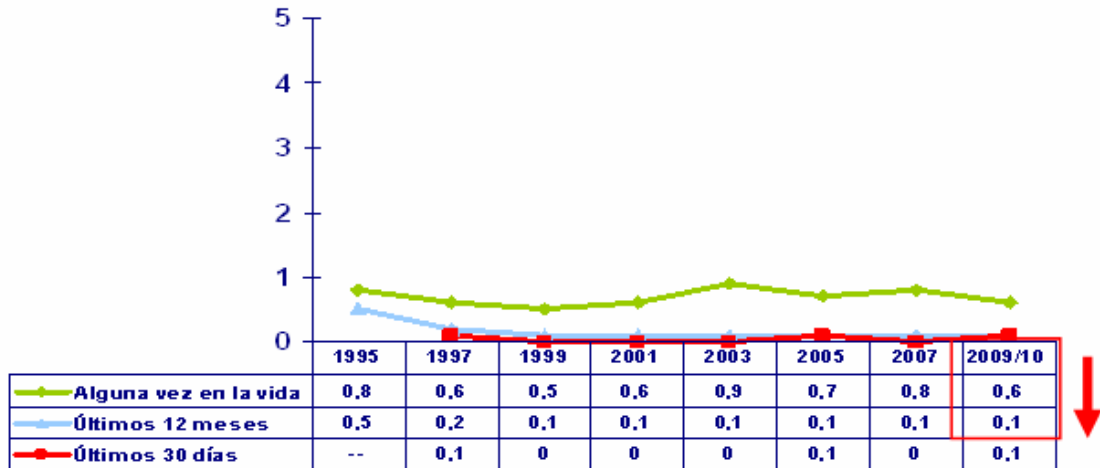
Consumo (%) de 15 a 64 años en los últimos 12 meses de éxtasis, anfetaminas, alucinógenos e inhalables volátiles

Los consumos de éxtasis, anfetaminas, alucinógenos e inhalables volátiles mantienen **niveles bajos y estables**.



Consumo (%) de heroína en polvo de 15-64 años

El consumo se mantiene **estable y en niveles bajos** y descende su uso experimental. Ligeró repunte en el ámbito internacional → **vigilancia**



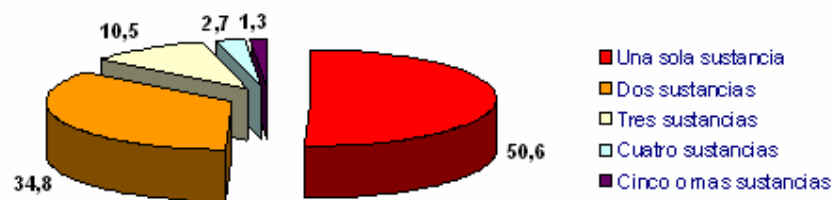
Prevalencia (%) de policonsumo de sustancias psicoactivas (últimos 12 m)

El policonsumo de drogas (legales e ilegales) es un patrón de consumo cada vez más prevalente en España y en Europa.

Se busca potenciar o compensar los efectos de diferentes drogas pero aumenta los riesgos y los problemas asociados y dificulta su tratamiento.

El 50% de los consumidores de sustancias psicoactivas consumen dos o más sustancias. El alcohol está presente en el 90% de los policonsumos.

Porcentaje de consumidores que han consumido una o más sustancias en los últimos 12 meses



8.5. Inmigración

	Nacionalidad Española	Inmigrantes	Total	% Inmigrantes
Linares	59766	1574	61340	2,57
Jaén	648866	18572	667438	2,78
Andalucía	7578941	623279	8202220	7,60

Si analizamos la población según los datos del Padrón Municipal del año 2008 podemos observar que el porcentaje de inmigrantes sobre la población total es muy similar a la de la provincia de Jaén y dos veces y medio inferior que el porcentaje de inmigrantes sobre la población total de Andalucía.

Si analizamos los datos de inmigración por género podemos observar un predominio de los hombres con respecto a las mujeres y no existiendo grandes diferencias significativas con los datos de Andalucía.

	Total Inmigrantes	Inmigrantes Hombres	Inmigrantes Mujeres	% Inmigrantes Hombres	% Inmigrantes Mujeres
Linares	1574	891	683	56,61	43,39
Jaén	18572	11145	7427	60,01	39,99
Andalucía	623279	330851	292428	53,08	46,92

Si analizamos el origen de la inmigración observamos que existen diferencias significativas con los datos de Andalucía, la población inmigrante mayoritaria en Andalucía suele ser de origen Europeo y constituye más del 54% frente al 30% de Linares, observándose que el porcentaje de población de origen africana (29% frente el 19%) y de Asia (22% frente al 3%) está aumentado en nuestra localidad.

	Población extranjera total	% Población de África	% Población de América	% Población de Asia	% Población de Europa	% Resto de población extranjera
Linares	1574	29,10	18,55	22,17	30,18	0,00
Jaén	18572	38,08	22,10	5,39	34,39	0,04
Andalucía	623279	19,61	23,09	3,00	54,25	0,05

Si analizamos este fenómeno de forma más detallada y profundizamos en el país de origen del inmigrante observamos que en Andalucía el país de origen principal es el

Reino Unido motivado por el cambio de residencia a zonas costeras de Andalucía y observamos que en Linares y en la provincia de Jaén supone un porcentaje bajo del total, un 0,95% y un 3,72% respectivamente. Existen más inmigrantes de origen rumano en Linares y en la provincia de Jaén con respecto a Andalucía.

También evidenciamos que existen menos inmigrantes de origen alemán en Linares, un 0,83% frente el 3,89% de Andalucía, esto fenómeno tiene la misma explicación como le sucede a los inmigrantes del Reino Unido.

	% Población de Alemania	% Población de Bulgaria	% Población de Francia	% Población de Italia	% Población de Reino Unido	% Población de Rumanía	% Población de Rusia	% Población de Ucrania
Linares	0,83	1,14	1,46	1,97	0,95	18,11	1,21	0,38
Jaén	1,04	1,88	1,31	1,00	3,72	19,12	1,08	0,85
Andalucía	3,89	1,65	2,22	2,78	16,06	12,78	1,46	1,72

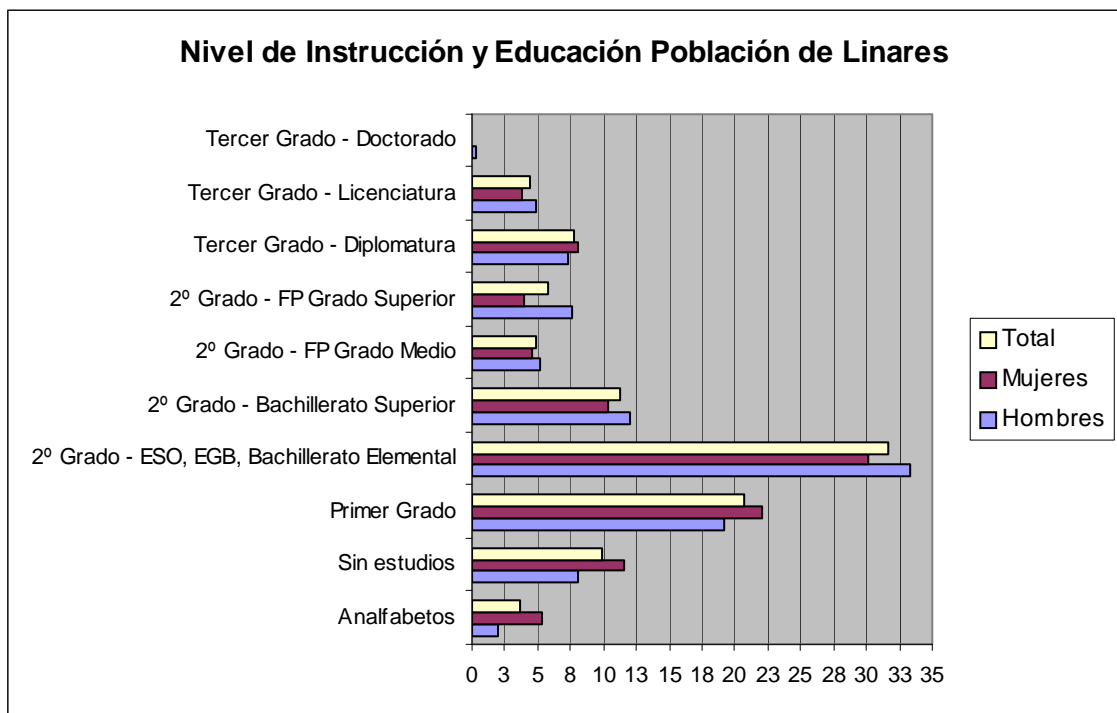
Existe diferencias con los inmigrantes de origen marroquí dado que el la Localidad de Linares y en la provincia de Jaén representa un porcentaje mayor del total, un 21,98% y un 26,04% respectivamente frente al 15,1% de Andalucía. Este fenómeno también sucede en la población de origen chino tenemos en Linares un 4,70% frente al 1,68% de origen andaluz.

	% Población de Marruecos	% Población de Argentina	% Población de Bolivia	% Población de Colombia	% Población de Ecuador	% Población de Perú	% Población de China	% Población de Oceanía y Apátridas
Linares	21,98	1,59	0,44	4,32	3,11	1,65	4,70	0,00
Jaén	26,04	1,54	3,20	5,30	6,02	0,96	1,92	0,04
Andalucía	15,10	4,19	3,59	3,41	3,76	0,74	1,68	0,05

8.6. Nivel de Instrucción y educación

Si analizamos el nivel de instrucción y educación de los habitantes de la localidad de Linares según el último Censo poblacional (2001) observamos que en las mujeres presentan niveles de instrucción de analfabetismo o sin estudios son porcentajes mayores que los hombres, y manteniéndose valores muy similares entre hombres y mujeres en los estudios primarios, secundarios y universitarios, ya sean estudios de Diplomatura, Licenciatura o de tercer ciclo como los Doctorados.

Nivel de Estudios	Hombres	Mujeres	Total	% Hombres	% Mujer	% Total
Analfabetos	428	1293	1721	1,93	5,40	3,73
Sin estudios	1809	2763	4572	8,14	11,54	9,90
Primer Grado	4259	5267	9526	19,16	21,99	20,63
2º Grado - ESO, EGB, Bachillerato Elemental	7405	7199	14604	33,32	30,06	31,63
2º Grado - Bachillerato Superior	2688	2492	5180	12,09	10,41	11,22
2º Grado - FP Grado Medio	1158	1109	2267	5,21	4,63	4,91
2º Grado - FP Grado Superior	1692	963	2655	7,61	4,02	5,75
Tercer Grado - Diplomatura	1640	1915	3555	7,38	8,00	7,70
Tercer Grado - Licenciatura	1090	917	2007	4,90	3,83	4,35
Tercer Grado - Doctorado	57	32	89	0,26	0,13	0,19



Según los datos del Instituto de Estadística de Andalucía IEA en el año 2.006 se encontraban en la localidad de Linares matriculados un total de 5.828 alumnos/as en centros de Educación básica, lo que supone casi un 10% de la población total de la

localidad, 6.171 alumnos/as en centros de educación secundaria, más del 10% de la población y unos 466 alumnos en centros de educación de adultos.

Alumnos de educación básica			Alumnos en Educación secundaria			Alumnos en centros de educación de Adultos
Centros públicos	Centros privados	Total	Centros públicos	Centros privados	Total	Total
3203	2625	5828	4180	1991	6171	466

8.7. Analfabetismo

Si analizamos la tasa de analfabetismo y las tasas desglosados por género, según el último Censo poblacional (2001), observamos que los valores son muy similares a la población andaluza, en cambio la provincia de Jaén presenta unas tasas mayores.

Observamos el mismo fenómeno que en el nivel de instrucción, las mujeres presentan tasas de analfabetismo mucho más altas que en los hombres en dos veces y medio el valor.

	Tasa de analfabetismo	Tasa de analfabetismo: Hombres	Tasa de analfabetismo: Mujeres
Linares	3,7	1,9	5,4
Jaén	6,3	3,6	8,8
Andalucía	4,4	2,6	6

8.8. Indicadores laborales y empleo

	Tasa de paro	Tasa de paro: Hombres	Tasa de paro: Mujeres
Linares	23,2	18,2	31,4
Jaén	17,30	12,70	26,00
Andalucía	18,80	13,90	27,00

	% Hombres	% Mujeres
Linares	49,13	50,87
Jaén	48,33	51,67

Si analizamos los datos de los parados con el nivel de instrucción que tienen según los datos del Servicio Andaluz de Empleo SAE del año 2.008 publicados en el IEA, vemos

que el gran porcentaje de parados tienen estudios medios tanto en Linares como en la provincia de Jaén, seguidos de los universitarios, los primarios incompletos, los primarios completos y los analfabetos, y no existiendo grandes diferencias significativas entre los datos de la localidad frente a los de la provincia.

	% Parados: Analfabetos	% Parados con Estudios primarios incompletos	% Parados con Estudios primarios completos	% Parados con Estudios secundarios	% Parados con Estudios postsecundarios
Linares	1,04	10,18	3,17	73,90	11,71
Jaén	0,84	10,36	4,10	72,76	11,93

Si analizamos por sexo estos mismos datos observamos el mismo fenómeno, y no existiendo grandes diferencias significativas entre los datos de la localidad frente a los de la provincia.

	% Hombres parados: Analfabetos	% Hombres parados: Estudios primarios incompletos	% Hombres parados: Estudios primarios completos	% Hombres parados: Estudios secundarios	% Hombres parados: Estudios postsecundarios
Linares	1,12	9,10	2,90	76,44	10,44
Jaén	1,00	12,18	4,32	74,74	7,75

	% Mujeres parados: Analfabetos	% Mujeres parados: Estudios primarios incompletos	% Mujeres parados: Estudios primarios completos	% Mujeres parados: Estudios secundarios	% Mujeres parados: Estudios postsecundarios
Linares	1,01	10,70	3,29	72,69	12,31
Jaén	0,74	9,15	3,96	71,44	14,72

8.9. Zonas de transformación social

Las Zonas de Necesidades de Transformación Social (ZNTS) se definen como “aquellos espacios urbanos claramente delimitados, en cuya población concurren situaciones

estructurales de pobreza grave y marginación social, y en los que sean significativamente apreciables problemas en las siguientes materias:

- ▶ Vivienda, deterioro urbanístico y déficit de infraestructura, equipamiento y servicios públicos.
- ▶ Elevados índices de absentismo y fracaso escolar.
- ▶ Significativas deficiencias higiénicas y sanitarias.
- ▶ Fenómenos de desintegración social.
- ▶ Altas tasas de desempleo, junto a graves carencias formativas profesionales.

En la localidad de Linares existen dos ZNTS una situada en Arrayanes y otra en la zona de la Barriada de La Zarzuela, El Cerro y San Antonio

8.10. Exposición Medio Ambiental del Aire y Partículas (PM10)

Entre los problemas y retos ambientales más acuciantes que actualmente debe afrontar la sociedad se encuentra la contaminación del medio ambiente atmosférico con sus procesos parejos de cambio climático y efecto invernadero a escala planetaria. Hay que decir que a pesar del dilatado periodo desde el cual comienza a plantearse la necesidad de actuaciones y acuerdos concretos, los problemas relacionados con la contaminación del medio ambiente atmosférico son probablemente los más difíciles de afrontar por su amplitud y complejidad a lo que debemos añadir la interdependencia de las actuaciones a todos los niveles.

Según la ley 34/2007, de 15 de noviembre, de calidad del aire y protección de la atmósfera, contaminación atmosférica se define como la presencia en el aire de materias o formas de energía que impliquen riesgo, daño o molestia grave para las personas y bienes de cualquier naturaleza. Si bien existen otras definiciones, el denominador común en todas ellas, es el de apuntar los perjuicios sobre los humanos o sus pertenencias, por lo que la mera presencia de sustancias extrañas a la composición atmosférica no se considera contaminación.

La utilización de combustibles fósiles es una de las principales fuentes de la contaminación atmosférica, tanto en procesos industriales, como en transportes o generación de calor. Además, algunos procesos diferentes de la combustión contribuyen considerablemente a las emisiones contaminantes.

Generalmente se suele distinguir la contaminación urbana de la industrial, siendo la primera la derivada del transporte, calefacciones y de establecimientos industriales de pequeño tamaño, mientras que por contaminación industrial se entiende la producida por procesos industriales de cierta entidad. Uno u otro tipo de contaminación son, en la práctica, difícilmente dissociables.

Las principales fuentes artificiales emisoras de los diferentes contaminantes atmosféricos son las centrales térmicas, la industria petroquímica y química, la siderurgia y las industrias de sector metalúrgico en general, la industria alimentaria, papelera y del cemento, en lo que respecta al sector industrial; el transporte, las calefacciones de todo tipo en residencias, comercios, etc. y las instalaciones de incineración de basura doméstica y desechos industriales.

Aunque la contaminación atmosférica no puede decirse que sea un problema generalizado en el territorio andaluz, como sucede en las regiones más desarrolladas del norte de Europa, no significa que no existan problemas de cierta entidad que afectan a zonas específicas de nuestra región.

Ello se explica, principalmente, por la concentración territorial que ha caracterizado al desarrollo del sector industrial en la región, agravada por una cierta especialización relativa en sectores de actividad especialmente contaminantes (energía, química básica, etc.).

El origen básico de contaminación atmosférica lo constituyen las concentraciones urbanas y áreas metropolitanas cada vez más congestionadas (a pesar de poseer en Andalucía un tamaño medio en el contexto de las ciudades europeas), lo que supone una concentración de emisión de sustancias nocivas, procedentes de vehículos, industrias y usos domésticos.

La Red de Vigilancia y Control de la Contaminación Atmosférica de Andalucía de la Consejería de Medio Ambiente es la encargada de controlar la calidad del aire, La Red está constituida por 68 de estaciones, se miden tanto contaminantes químicos (SO₂, NO_x, PARTICULAS, CO, O₃, SH₂, TRS y BTX), como parámetros acústicos y meteorológicos. El número de sensores de cada estación depende de los problemas puntuales del lugar y condiciones el emplazamiento. En el interior de cada estación se

encuentra el adquirente de datos, que es un ordenador que concentra la información de todos los sensores y los envía al centro de control provincial.

Para evaluar la calidad del aire debemos que no debemos de sobrepasar los siguientes valores límite de:

Dióxido de azufre:

Los valores límite se expresarán en $\mu\text{g}/\text{m}^3$. El volumen se ajustará a una temperatura de 293K y a una presión de 101.3 kPa.

	Periodo de promedio	Valor límite	Margen de tolerancia (1)
Valor límite horario para la protección de la salud humana	1 hora	350 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ No podrá superarse en más de 24 ocasiones por año civil	150 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (43% del valor límite) a partir del 19/07/1999
Valor límite diario para la protección de la salud humana	24 horas	125 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ No podrá superarse en más de 3 ocasiones por año civil	Ninguno
Valor límite para la protección de los ecosistemas	1 año civil y periodo invernal (del 01/10 al 31/03)	20 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	Ninguno

Dióxido de nitrógeno y óxidos de nitrógeno

Los valores límite se expresarán en $\mu\text{g}/\text{m}^3$. El volumen se ajustará a una temperatura de 293K y a una presión de 101.3 kPa.

	Periodo de promedio	Valor límite	Margen de tolerancia (1)
Valor límite horario para la protección de la salud humana	1 año civil	200 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ de NO ₂ No podrá superarse en más de 18 ocasiones por año civil	100 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (50% del valor límite) a partir del 19/07/1999
Valor límite anual para la protección de la salud humana	1 año civil	40 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ de NO ₂	20 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (50% del valor límite) a partir del 19/07/1999
Valor límite anual para la protección de la vegetación	1 año civil	30 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ de NO _x	Ninguno

Partículas (PM10)

Se definen dos fases para alcanzar los objetivos deseados. Los valores límite de la fase 2 deberán revisarse a la luz de una mayor información acerca de los efectos sobre la salud y el medio ambiente, la viabilidad técnica y la experiencia en la aplicación de los valores límite.

	Periodo de promedio	Valor límite	Margen de tolerancia (1)
Valor límite diario para la protección de la salud humana	24 horas	50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ de PM10 No podrá superarse en más de 35 ocasiones por año civil	25 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (50% del valor límite) a partir del 19/07/1999
Valor límite anual para la protección de la salud humana	1 año civil	40 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ de PM10	8 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (20% del valor límite) a partir del 19/07/1999

Plomo

Para este contaminante se podrán definir unas zonas en las inmediaciones de fuentes industriales específicas, situadas en lugares contaminados a lo largo de decenios de actividad industrial, donde se atrasará 5 años la fecha de cumplimiento del valor límite.

	Periodo de promedio	Valor límite	Margen de tolerancia (1)
Valor límite anual para la protección de la salud humana	1 año civil	0,5 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	0,5 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (100% del valor límite) a partir del 19/07/1999

8.11. Exposición Polínica

Según la incidencia de los principales tipos polínicos en la atmósfera de España se han elaborado los siguientes mapas:





Distribución OLIVO



Distribución CIPRÉS



Distribución ABEDUL



Distribución ROBLES y ENCINAS



Distribución PLANTAGO

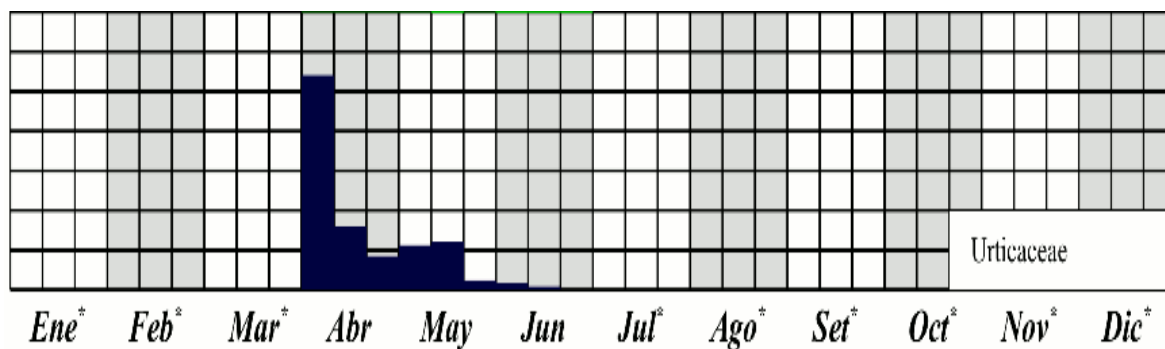


Distribución CHENOPODIACEAE-AMARANTHACEAE



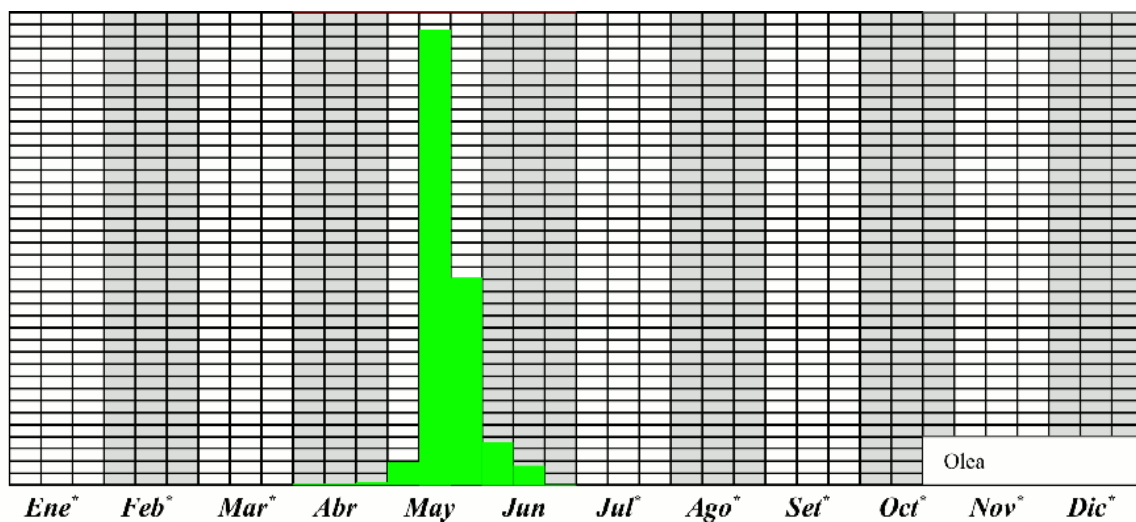
Podemos observar que la localidad de Linares tiene una alta incidencia polínica de olivo, gramíneas y robles y encinas y una moderada incidencia polínica de plantago, ciprés y ortigas.

La distribución a lo largo del año de los valores de polen de las urticáceas (son una familia de plantas predominantemente herbáceas, representadas en Linares por las ortigas y parietarias) es la siguiente:



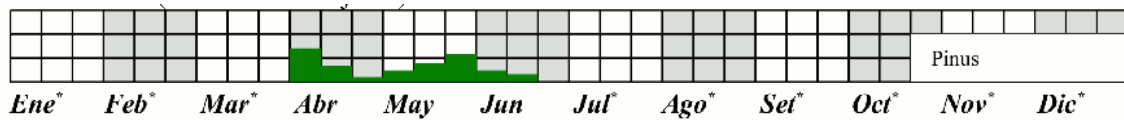
Nota cada división representa 25 granos de polen por metro cúbico.

La distribución a lo largo del año de los valores de polen del olivo en Linares es la siguiente:



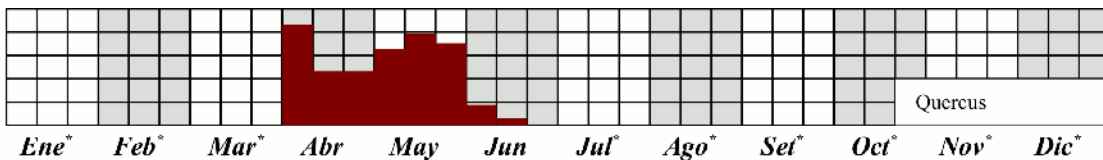
Nota cada división representa 250 granos de polen por metro cúbico.

La distribución a lo largo del año de los valores de polen del pino en Linares es la siguiente:



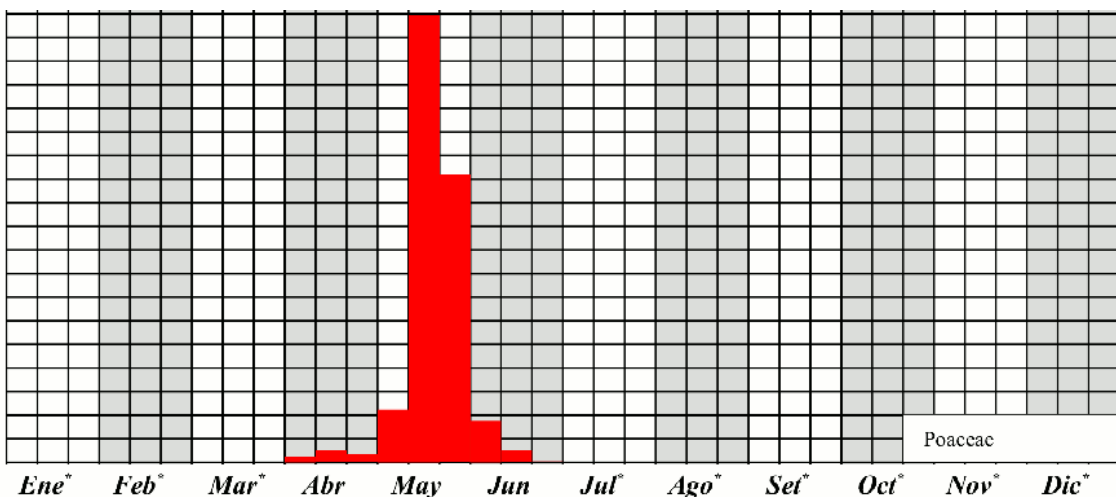
Nota cada división representa 25 granos de polen por metro cúbico.

La distribución a lo largo del año de los valores de polen del roble o de las encinas en Linares es la siguiente:



Nota cada división representa 25 granos de polen por metro cúbico.

La distribución a lo largo del año de los valores de polen de las gramíneas o poáceas en Linares es la siguiente:



Nota cada división representa 25 granos de polen por metro cúbico.

8.12 . Protección de la salud:

8.12.1. Inspecciones a establecimientos alimentarios:

En la ciudad de Linares tenemos censados y controlados desde la Unidad de Protección de la Salud un total de 459 establecimientos alimentarios, repartidos en industrias y minoristas de los diferentes sectores, como restauración y minoristas de alimentación (polivalente, venta de pan, carnicerías, pescaderías, golosinas, heladerías y fruterías).

En los diferentes controles realizados se ha podido comprobar que las deficiencias higienico sanitarias son de carácter leve o moderadas que se corrigen tras un plazo de tiempo. Durante el año 2010 solamente se han tramitado por deficiencias graves dos actas a la Delegación Provincial de Salud.

Sería conveniente destacar como área de mejora la falta de información por parte de la administración local relativa a la apertura de establecimientos alimentarios en la ciudad, esto implica que algunos establecimientos pueden escapar al control sanitario por desconocimiento de su existencia. En este sentido, consideramos de importancia la necesidad de establecer un flujo de comunicación sobre los controles realizados por la Unidad en los establecimientos anteriormente citados así como los realizados por el personal dependiente del Ayuntamiento denominados como de venta ambulante (ferias, mercado medieval navideño, etc.), con el fin de tener conocimiento por parte de ambos servicios de control, de las inspecciones realizadas y el resultado de las mismas.

8.12.2. Aguas de consumo:

De la vigilancia realizada diariamente en SINAC se comprueba que en el agua de consumo de la ciudad no se aprecian desviaciones de los parámetros de calidad establecidos en el Real Decreto 140/2003 por el que se establecen los criterios sanitarios de calidad de las aguas de consumo humano.

Por su posible repercusión en salud pública, es necesario destacar la existencia de urbanizaciones de cierta entidad, que se abastecen de captación propia como el Residencial La Cruz y otras que aunque se abastecen de la red pública, el agua es almacenada en grandes depósitos a partir de los que el agua pasa a otros más pequeños en cada edificio o directamente a grifo. Tanto en un caso como en otro el control no se realiza por el gestor, sino por las propias comunidades, por lo que se desconoce la

calidad del agua que consumen. Tampoco se tiene conocimiento de los controles realizados relativos a fuentes no conectadas a la red existentes en el término municipal, ni disponemos de un censo actualizado de las mismas.

8.12.3. Legionella:

Durante el año 2010 se han censado en el sistema de información VEGA las 57 instalaciones de riesgo de la localidad, realizándose al menos una inspección a cada una de ellas, sin detectarse deficiencias significativas en las mismas. Solo en una ocasión se ha realizado inspección motivada por un caso aislado de legionela en humana, que no se ha podido asociar a ninguna instalación.

8.12.4. Piscinas de uso colectivo:

En el término municipal se encuentran censadas 47 piscinas de uso colectivo. En los controles realizados durante el año 2010, aunque se han detectado deficiencias en un porcentaje elevado de inspecciones (47% para el Distrito), en ningún caso se tratan de deficiencias estructurales graves que haya requerido el envío de las actas a los servicios jurídicos. Se considera necesario una mejora en el procedimiento de concesión de licencias de reapertura de forma que se evite el funcionamiento de las piscinas sin disponer de la concesión efectiva por parte del Ayuntamiento, incluso en los casos en los que el informe sanitario es desfavorable.

8.12.5. Seguridad química:

En este término municipal no existe problemática digna de mención en lo que este apartado se refiere.

Uno de los objetivos marcados por este Distrito sanitario para este año es la caracterización de la exposición a biocidas y fitosanitarios de poblaciones vulnerables. La primera parte del trabajo consiste en actualizar el censo de los espacios vulnerables como parques, jardines, centros educativos, centros sanitarios, residencias de ancianos y otros espacios de uso público susceptibles de ser tratados con biocidas/ fitosanitarios. Se inspeccionarán aquellos que se hayan priorizado por riesgo. Teniendo en cuenta que la aplicación de estos productos se realiza por personal del ayuntamiento o empresas

autorizadas a las que el mismo haya contratado, es de gran importancia la colaboración del mismo para dar cumplimiento al objetivo marcado.

8.12.6. Zoonosis:

Dadas las características de este municipio no hay que destacar incidencias producidas por la fauna que puedan afectar a la población. La mayoría de actuaciones realizadas se relacionan con agresiones producidas por animales de compañía. A diferencia de lo que ocurre en zonas rurales, en un porcentaje elevado de casos se puede realizar la observación del animal por tener datos del propietario. Dicho esto, desde esta Unidad entendemos que por la elevada incidencia de agresiones, incrementada en la época estival, se hace necesario que por parte del ayuntamiento, dentro de sus competencias, se incremente la vigilancia y control del tránsito de animales considerados peligrosos sin las medidas de protección para evitar agresiones.

8.12.7. Promoción de salud:

Desde la Unidad de Protección de la Salud se están realizando actividades de promoción de la salud en centros escolares y en alguna asociación que la ha demandado. Hemos detectado que poblaciones con mucho menor número de habitantes y menor potencial asociativo demandan mayor número de actividades que en esta localidad, por lo que consideramos que el ayuntamiento podría ser el motor canalizador de las demandas de intervención en este ámbito.

9.- ACTIVOS EN SALUD

Un activo para la salud se puede definir como cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar. (Morgan A. Ziglio E. 2008).

La salud positiva es una forma de ver las acciones en salud, focalizando la mirada hacia lo que hace que las personas, las familias y las comunidades aumenten el control sobre su salud y la mejoren. En este modelo que revitaliza la promoción de la salud va a ganar valor la idea de activos para la salud.

La conceptualización de “activos para la salud” y “salud positiva” sigue la lógica de hacer fáciles y accesibles las opciones orientadas al bienestar, crecimiento y envejecimiento saludable.

Es un proceso diferente a la práctica de inventariar y diagnosticar las deficiencias de individuos y comunidades (tradicionalmente utilizado en los diagnósticos de salud). Este método reconoce que cada comunidad tiene talentos, habilidades, intereses y experiencias que constituyen un valioso arsenal que puede usarse y es un valor del contexto.

Además, el modelo de los activos comunitarios se sustenta en una metodología que enfatiza el desarrollo de políticas y actividades basadas en las capacidades, habilidades y recursos de las personas y barrios menos favorecidos. Este método trata de identificar el mapa de activos o fortalezas de la comunidad para descubrir capacidades y talentos individuales, colectivos y ambientales existentes en el contexto.

La identificación de activos y la generación del mapa de activos de la comunidad de Linares es un proceso que debe llevarse a cabo con el convencimiento de que la comunidad cuenta con recursos propios que utilizar para mantener y promocionar su salud y bienestar.

En una primera aproximación a los activos con los que cuenta nuestra localidad podemos enumerar:

9.1. Activos de Salud del Sistema Sanitario Público de Andalucía

En Andalucía la Consejería de Salud ha elaborado Planes Integrales y Procesos Asistenciales Integrados y estos pueden ser considerados como activos de salud institucionales.

En esta línea cabe destacar los siguientes Planes Integrales:

- Plan Integral de Diabetes
- Plan Integral de Obesidad Infantil.
- Plan Integral de Atención a la Accidentabilidad.
- Plan Integral de Oncología.
- Plan Integral de Tabaquismo.
- Plan Integral de Atención a las Cardiopatías.
- Plan de Atención al Ictus.
- Plan Andaluz frente al VIH/Sida y otras ITS.

En la línea de Procesos Asistenciales cabe destacar:

- PAI Dolor Torácico.
- PAI Diabetes.
- PAI Ataque cerebrovascular.
- PAIs Oncológicos (Mama, Cervix, Prostata, etc.).
- PAI Atención al Trauma Grave.

9.1.1. Recursos para la Atención Sanitaria

9.1.1.1. Recursos Sanitarios en Atención Primaria

La localidad de Linares cuenta con 4 centros de Salud, y cuenta con los siguientes profesionales sanitarios: 36 médicos de familia, 8 Pediatras, 33 Enfermeras y 3 enfermeras Gestoras de Casos y 2 odontólogos, y su distribución es la siguiente:

Centro de Salud	Médicos de Familia	Pediatras	Enfermeras	Enfermeras Gestoras de Casos
Linares A Virgen de Linarejos	13	2	12	0,5
Linares B Los Marqueses	10	3	8	1
Linares C San José	8	2	8	1
Linares D Arrayanes	5	1	5	0,5
TOTAL	36	8	33	3

La población que atiende cada centro de AP es la siguiente:

Centro de Salud	población total	menores 15 años	entre 15 y 65 años	mayores de 65 años	% mayores de 65 años
Linares A Virgen de Linarejos	20.614	2.642	14.527	3.445	16,71
Linares B Los Marqueses	16.652	3.240	10.641	2.771	16,64
Linares C San José	14.440	2.522	9.549	2.369	16,41
Linares D Arrayanes	7.867	1.401	5.381	1.085	13,79
TOTAL	59573	9805	40098	9670	16,23

El centro de salud con menos población envejecida es el de Linares D Arrayanes, el porcentaje de mayores de 65 años sobre el total de población ronda el 14% frente al 17% del resto de centros.

Linares cuenta con un punto de Urgencias de AP situado en el Centro de Salud Virgen de Linarejos y dispone de 3 equipos de guardia, cada equipo está compuesto por un médico de familia y por una enfermera. Este punto de urgencias está compartido con los habitantes de las siguientes poblaciones: Guarroman, Torreblascopedro, Jabalquinto, Estación Linares-Baeza y Campillo del Río. Los días laborables en horario de mañana existe un dispositivo móvil de urgencias que atiende urgencias domiciliarias.

La cartera de servicios que ofrecen los Centros de Salud en la localidad de Linares es la siguiente:

CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Servicios de unidades clínicas y equipos básicos de atención primaria

Seguimiento de embarazo (ver Proceso asistencial embarazo, parto y puerperio)

Seguimiento de salud infantil

- Detección precoz de metabolopatías
- Vacunaciones infantiles
- Seguimiento de la salud infantil
- Salud escolar

Planificación familiar

- Planificación familiar

Atención sanitaria a problemas específicos

- Atención al alta hospitalaria
- Atención a personas inmovilizadas
- Atención a personas en situación terminal
- Atención de ancianos en riesgo
- Atención de ancianos residentes en instituciones
- Valoración de necesidades de cuidados domiciliarios y de cuidados a cuidadores

Atención de personas con procesos crónicos

- Atención de personas con hipertensión arterial
- Atención de personas con diabetes
- Atención de personas con EPOC
- Atención de personas VIH+
- Atención de personas con asma
asma infantil y asma en adultos
- Atención a personas polimedicadas
- Atención a personas en tratamiento anticoagulante oral

Inmunizaciones no sistemáticas

- Inmunización contra la gripe
- Inmunización contra el tétanos y la difteria
- Inmunización contra la hepatitis B

Control de enfermedades transmisibles

- Atención a la tuberculosis

Deshabitación tabáquica / Atención a personas fumadoras

- Deshabitación tabáquica / Atención a personas fumadoras

Cirugía Menor

- Cirugía Menor

Detección precoz del cáncer de mama

Atención al climaterio

- Atención al climaterio

Atención sanitaria a mujeres víctimas de malos tratos

- Atención sanitaria a mujeres víctimas de malos tratos

Examen de salud de las personas mayores de 65 años

- Examen de salud de las personas mayores de 65 años

Atención a los problemas de salud de los jóvenes

- Atención a los problemas de salud de los jóvenes

Atención de personas en riesgo social

- Atención de personas en riesgo social

Dispositivos de Apoyo

Salud bucodental

- Tratamiento de procesos agudos bucodentales
- Cirugía oral
- Seguimiento de la salud bucodental de las embarazadas
- Actividades de Promoción y Prevención de la Salud Bucodental en la Escuela
- Programa de Asistencia Bucodental para la Población de 6 a 15 años
- Asistencia Bucodental a personas con discapacidades

Servicios de Salud Pública

Vigilancia epidemiológica

- Vigilancia epidemiológica


Servicios de seguridad alimentaria y salud ambiental

- Seguridad alimentaria
- Salud ambiental

9.1.1.2. Recursos Sanitarios en Atención Hospitalaria

La localidad de Linares cuenta con 1 Hospital General Básico que dispone de 264 camas, 7 quirófanos, 37 consultas, 1 servicio de Urgencias y 1 Unidad de Cuidados Intensivos. Tiene asignada la población de 22 localidades de la zona norte de la

provincia de Jaén a excepción de Andujar y Arjona. Dispone de 135 médicos y de 492 profesionales sanitarios no facultativos.

HOSPITAL COMARCAL SAN AGUSTÍN (LINARES)		
	EQUIPAMIENTO:	
	Salas rayos X convencional	8
	Ecógrafos	7
	Salas de hemodinámica	-
	Radiología vascular	-
	Telemandos	2
	TAC	1
	RNM	-
	PET	-
	Bomba de cobalto	-
Acelerador lineal	-	
Gammacámaras	-	
Litotritor	-	
POBLACIÓN (Ajustada a efectos de financiación C.P. 2006):		116.477
INFRAESTRUCTURA:		
Camas instaladas	264	
Quirófanos	7	
Consultas	37	
PERSONAL:		
Directivo	4	
Facultativo	135	
Sanitario no facultativo	492	
No sanitario	271	
En formación	16	
ACTIVIDAD:		
Ingresos	10.650	
Estancias	50.561	
Urgencias	79.089	
Consultas	168.089	
Hospital de día médico	1.114	
Partos vaginales	1.158	
Intervenciones quirúrgicas:	7.170	
- programadas	2.292	
- urgentes	938	
- cirugía mayor ambulatoria	1.761	
- otras ambulatorias	2.179	
Estancia media	5,13	
Índice de utilización de estancias	0,81	
Índice casuístico	1,27	
PROCESOS MÁS FRECUENTES:		
Parto vaginal sin complicaciones	949	
Trastornos respiratorios, excepto infecciones, bronquitis y asma.		
Con complicación mayor	404	
Neonato, peso al nacer >2.499 g, sin procedimiento quirúrgico significativo con diagnóstico neonato normal	370	
Gastroenteritis no bacteriana y dolor abdominal. Edad < 18 años.		
Sin complicaciones	241	
Cesárea sin complicaciones	204	
Parto vaginal con complicaciones	202	
Procedimientos sobre útero y anejos por carcinoma "in situ" o por proceso no maligno. Sin complicaciones	197	
Otros trastornos del sistema nervioso. Sin complicaciones	191	
Sustitución articulación mayor excepto cadera y reimplantación miembro inferior, excepto por complicaciones	174	
Enfermedad vírica y fiebre de origen desconocido. Edad <18 años	174	
ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS:		
% población satisfecha con la atención sanitaria	86,3	
% población que recomendaría el centro	90,6	

La cartera de Servicios de este centro Hospitalario es la siguiente:

Hospital San Agustín (Linares)

SERVICIOS / ESPECIALIDADES

MÉDICAS

APARATO DIGESTIVO
CARDIOLOGÍA
HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA (CLÍNICA)
MEDICINA INTENSIVA
MEDICINA INTERNA
Unidades Funcionales Dependientes
UNIDAD DE INFECCIOSOS
Patología Especializada Asumida
ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN
NEUROLOGÍA
REUMATOLOGÍA
NEUMOLOGÍA
PEDIATRÍA
Unidades Funcionales Dependientes
UNIDAD DE NEONATOLOGÍA
REHABILITACIÓN
SALUD MENTAL (E.S.M.D.)

MÉDICO-QUIRÚRGICAS

ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN
CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA
DERMATOLOGÍA M.Q. Y VENEREOLOGÍA
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
OFTALMOLOGÍA
OTORRINOLARINGOLOGÍA
TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA
UROLOGÍA

DIAGNÓSTICAS

ANÁLISIS CLÍNICOS
ANATOMÍA PATOLÓGICA
BIOQUÍMICA CLÍNICA
HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA (LABORATORIO)
MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA
NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA
RADIODIAGNÓSTICO

GENERALES

FARMACIA HOSPITALARIA
FARMACOLOGÍA CLÍNICA
MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
URGENCIAS

UNIDADES FUNCIONALES

HOSPITAL DE DÍA MÉDICO

UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA

CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA

9.1.2. SEGUIMIENTO DE LA SALUD INFANTIL – PROGRAMA DEL NIÑO SANO

Servicio destinado a la población infantil y a sus padres o tutores, con el fin de controlar el adecuado desarrollo del niño/a sano/a y asegurar el seguimiento de pacientes con patología crónica.

Con las siguientes actividades:

- Valoración del estado nutricional, del desarrollo pondero-estatural y del desarrollo psicomotor.
- Prevención de la muerte súbita infantil.
- Vacunaciones e Inmunizaciones completas según el calendario vacunal.

- Consejos generales sobre desarrollo del niño, hábitos nocivos y estilos de vida saludables.
- Educación sanitaria y prevención de accidentes infantiles.
- Orientación anticipada para la prevención y detección de los problemas del sueño y de esfínteres.
- Detección de hipoacusias, displasia de cadera, criptorquidia, estrabismo, problemas de visión, problemas del desarrollo puberal, obesidad, autismo, trastornos por déficit de atención e hiperactividad.
- Detección y seguimiento del niño con discapacidades físicas y psíquicas.
- Detección y seguimiento del niño con patologías crónicas.
- Controles de salud de niños/as con edades comprendidas entre 0 y 4 años, con los siguientes criterios mínimos:
 - Al menos, tres controles en el 1er año de vida. El primero debe realizarse en el primer mes de vida.
 - Un control de salud entre los 15 y 18 meses.
 - Un control de salud a los 2 años.
 - Un control de salud a los 4 años.

Los datos del Programa del Seguimiento de la Salud Infantil – Niño Sano en la localidad de Linares durante el año 2010 han sido los siguientes:

Un total de 238 niños y niñas que han cumplido 4 años durante el año 2010 han tenido 6 o más visitas del Programa del Seguimiento de la Salud Infantil.

9.1.3. PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR

Conjunto de actividades dirigidas a mejorar la salud de la población escolarizada. Se desarrollan en el entorno escolar, y los objetivos son promover la adquisición de hábitos sanos y actitudes saludables en los alumnos y contribuir a la formación en educación para la salud de los profesores.

Las actividades se dirigen a niños y niñas de 6 a 14 años que se encuentren cursando:

- 1er curso de Enseñanza Primaria (E.P.)

- 6º curso de Enseñanza Primaria
- 2º curso de Enseñanza Secundaria Obligatoria (E.S.O.)

Estas actividades son:

- Examen de salud individual.
- Revisión del Calendario Vacunal y vacunación.
- Educación para la Salud en la Escuela -educación sexual, tabaco, alcohol, accidentes de tráfico, etc.

Los datos del Programa de Salud Escolar en la localidad de Linares durante el curso escolar 2009 – 2010 han sido los siguientes:

Se han revisado un total de 666 alumnos/as matriculados del primer curso de Enseñanza Primaria y 517 alumnos/as matriculados del 2º curso de Enseñanza Secundaria Obligatoria (E.S.O.) y se han encontrado o detectado 117 anomalías.

Un total de 666 alumnos/as matriculados del primer curso de Enseñanza Primaria se vacunan de la difteria, tetanos y tos ferina.

105 alumnos matriculados en 6º E.P. inician vacunación frente a la varicela y 210 alumnos/as matriculados en 6º E.P. que completan vacunación anti-HB (3 dosis).

710 alumnos/as matriculados del 2º curso de Enseñanza Secundaria Obligatoria (E.S.O.) completan la vacunación tras la administración del tétanos y difteria

9.1.4. PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL

Conjunto de actividades encaminadas a la promoción, prevención y asistencia de las patologías más frecuentes en el ámbito de la Salud Bucodental.

A) Actividades de promoción y prevención de la salud bucodental

Se llevará a cabo en los centros escolares matriculados en 1º de Enseñanza Primaria, en coordinación con profesionales de la educación y asociaciones de padres de alumnos (AMPAS).

Incluye la captación de escolares de riesgo mediante:

- Detección de escolares de alto riesgo de caries, enfermedad periodontal y maloclusiones.

- Detección de escolares con discapacidad.
- Detección de escolares de alto riesgo social.
- Detección de escolares con enfermedades de base, en los que un tratamiento bucodental agresivo suponga un riesgo añadido para la salud.

La Población diana son los escolares matriculados en 1º de Enseñanza Primaria.
Durante el año 2010 en la localidad de Linares se han revisado a un total de 666 niños y niñas matriculados en 1º de Enseñanza Primaria.

B) Actividades dirigidas a la población general

Actividades destinadas a la población general, para la asistencia de las patologías bucodentales más frecuentes. Dentro de ellas se engloban medidas dirigidas a:

Tratamiento de procesos agudos bucodentales

Atención de los procesos infecciosos, inflamatorios, traumáticos o de cualquier otra índole que afecta al área orofacial, traumatismos óseodentarios y heridas en mucosa oral, así como la patología aguda de la articulación temporomandibular (ATM).

Incluye:

- Exodoncias.
- Tratamiento de osteoflemones, pulpitis agudas, celulitis cervicofaciales.

Excluye:

- Tratamientos conservadores.

Cirugía oral

Atención de procesos subsidiarios de cirugía oral que puedan ser realizados en Atención Primaria.

Incluye:

- Exodoncias complejas.
- Exodoncias múltiples.
- Exodoncia de dientes semi-incluidos.
- Exodoncia de mesiodens y supernumerarios semierupcionados.
- Regularización de rebordes óseos y alveoloplastias.
- Frenectomía.

Durante el año 2010 en la localidad de Linares se han realizado 6687 consultas de odontología para realizar actividades dirigidas a la población general. De las cuales 2090 eran de personas mayores de 65 años.

Se han realizado 1318 consultas de cirugía oral y un total de 3349 exodoncias realizadas a la población general.

C) Actividades dirigidas a las embarazadas

Actividades de promoción, prevención y asistencia bucodental que se presta a toda gestante que lo precise, debido a los cambios orales que se producen en la gestación normal.

Incluye:

- Promoción de la higiene dental y adquisición de dieta sana no cariogénica.
- Exploración bucodental preventiva en el primer trimestre de gestación siguiendo el modelo de la OMS.
- Uso de flúor y de clorhexidina en sus distintas formas y presentaciones.
- Exodoncias, y otras medidas terapéuticas.

La población diana es el número total de gestantes incluidas en el Proceso Embarazo, parto y puerperio.

Durante el año 2010 en la localidad de Linares se han atendido a 286 mujeres embarazadas, a las que se le ha practicado 9 exodoncias, 240 limpiezas de boca y 19 obturaciones.

D) Actividades dirigidas a la población de 6 a 15 años

Consiste en la atención odontológica a la población de 6 a 15 años según recoge el Decreto 281/2001 de prestación asistencial dental.

La asistencia se realiza en los Centros de Atención Primaria o en aquellos centros habilitados por la Consejería de Salud, siendo libre la elección de dentista de cabecera por parte de los padres o tutores.

Incluye:

- **Asistencia dental Básica:**

- Revisión anual del Estado de Salud Oral.
- Educación para la Salud Bucodental (higiene oral, uso de flúor y recomendaciones dietéticas).
- Sellado de fosas y fisuras en dentición permanente.
- Obturaciones en dentición permanente.
- Tartrectomía cuando se detecte cálculo y/o pigmentaciones extrínsecas en dentición permanente.
- Exodoncias, en dentición temporal y permanente.
- Atención de cualquier urgencia bucodental.

• **Tratamientos Especiales:**

- Conjunto de actuaciones que se realizan ante la presencia de trastornos del grupo incisocanino, a causa de malformaciones y/o traumatismo. Se incluyen además tratamientos de ortodoncia en los casos de pacientes intervenidos de fisura palatina, labio leporino y otras malformaciones que produzcan maloclusión severa.

Excluye:

Los tratamientos por traumatismo del grupo incisivo-canino cuando exista un tercero obligado a responder de dicho tratamiento.

Durante el año 2010 en la localidad de Linares se han realizado 4260 atenciones odontológicas a la población de 6 a 15 años, de las que se han practicado un total de 432 sellado de fisuras, 338 obturaciones, 217 limpiezas de boca, 48 exodoncias de la dentición permanente y 15 tratamientos especiales.

E) Asistencia bucodental a personas con discapacidad

Atención sanitaria bucodental específica para todas las personas residentes en Andalucía

y afectadas por una discapacidad, cuya severidad le impida la colaboración en la exploración y tratamiento en la asistencia dental, requiriendo por ello de sedación profunda o anestesia general, y cuyo aseguramiento corresponda al Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Durante el año 2010 en la localidad de Linares se han prestado asistencia bucodental a 12 personas con discapacidad.

9.1.5. PROCESO EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Proceso por el que, tras el deseo expreso de gestación por parte de la mujer o el diagnóstico de embarazo, se programan las actividades para su seguimiento de forma integrada entre los profesionales de Atención Primaria y Especializada, fomentando la participación de la mujer en el desarrollo del mismo.

Dichas actividades irán dirigidas a la captación precoz y la realización de las visitas establecidas en los tres trimestres de la gestación, la educación maternal, la asistencia al parto y al puerperio, así como la conexión con los Programas de Salud Infantil y la atención a la planificación familiar.

- Consulta preconcepcional. Promoción de estilos de vida saludables mujer/pareja.
- Captación precoz, antes de la 9 semana de gestación.
- 1ª consulta, con cita previa antes de la 12 semana de gestación.
- Captación activa en gestantes de riesgo.
- Información específica sobre calendario de seguimiento, ubicación de servicios, horarios, nombres de profesionales y teléfonos.
- Quimioprofilaxis con ácido fólico para prevención de los defectos de tubo neural.
- Información sobre diagnóstico prenatal (solicitud de marcadores bioquímicos).
- Evaluación del riesgo obstétrico en todas las visitas.
- Aconsejar Preparación al nacimiento (actividad grupal del primer trimestre).
- Preguntar sobre el hábito tabáquico a la mujer y su pareja, informar sobre los efectos en el embarazo y la lactancia. Ofrecer apoyo si lo demandan.
- Serología de rubéola, toxoplasma, lúes, VHB y VIH según cronograma.
- Analítica general en cada etapa de gestación con valoración en tiempo.
- Cribado de diabetes gestacional.

- Valorar vacunación antitetánica.
- Cribado de incompatibilidad D.
- Cribado del estreptococo del Grupo B en la semana 36 asegurando que los resultados estén disponibles en el momento del parto.
- Pruebas de coagulación (analgesia epidural).
- Urocultivo entre la 12-16 semanas y en la 28.
- Exploración ecográfica en torno a las 12, 20 y 35 semanas de gestación.
- Asistencia mínima a 3 sesiones de educación maternal a partir de la semana 28 de gestación.
- Realización de pruebas para evaluar bienestar fetal a partir de la 39-40 semanas en las gestantes de bajo riesgo.
- Información sobre el proceso del parto, puerperio y cuidados del recién nacido, y sobre derechos (Decreto 101/95).
- Fomento de la lactancia materna.
- Registro de datos en la Historia Clínica y cumplimentación del Documento de Salud de la Embarazada (DSE) en cada visita de seguimiento.

Durante el año 2010 se han incluido a un total de 562 mujeres han sido incluidas en el proceso de embarazo, de las cuales 479 han sido captadas antes de las 12 semanas, lo que representa un 85,23% del total y 449 gestantes han tenido 5 o más visitas de seguimiento.

Se han realizado un total de 546 visitas puerperales a domicilio y 322 han recibido educación maternal, lo que representa un 57,29% del total.

9.1.6. EXAMEN DE SALUD A MAYORES DE 65 AÑOS

Atención sanitaria que presta el equipo del Centro (profesionales médicos/as, de enfermería, trabajo social), a las personas mayores de 65 años que tiene como objetivo detectar precozmente los problemas de salud que puedan constituir situaciones de riesgo e implantar las medidas de promoción y prevención que, según los estudios disponibles,

mejoran la salud y la calidad de vida de nuestros mayores de 65 años, al mismo tiempo que aumenta el periodo libre de dependencia.

Objetivo General

Detectar precozmente los problemas de salud en personas mayores de 65 años que puedan constituir situaciones de riesgo e implantar las medidas de promoción y prevención que según los estudios disponibles mejoran la salud y la calidad de vida de nuestros mayores de 65 años, al mismo tiempo que aumentan el periodo libre de dependencia.

Objetivos Específicos

- Identificar y captar a las personas mayores de 65 años, residentes en Andalucía.
- Clasificar a las personas mayores de 65 años, según su grado de autonomía personal.
- Identificar los problemas de salud y necesidades de cuidados de mayor prevalencia, garantizando la valoración de los mayores de 65 años.
- Establecer las medidas de prevención y promoción de la salud, en consonancia con la valoración realizada.
- Potenciar los mecanismos de coordinación entre profesionales y servicios ofertados en atención primaria para el desarrollo de las intervenciones.
- Facilitar el acceso de la población diana a los profesionales y servicios de atención primaria, para la intervención precoz de los problemas de salud detectados.

Los Servicios de Atención Primaria del SSPA son el punto de partida para el desarrollo de este plan, coordinando a los diferentes profesionales y servicios ofertados.

Este servicio que se oferta, se define como el conjunto de las actividades destinadas a la promoción, prevención, diagnóstico precoz, confirmación diagnóstica, establecimiento de un plan terapéutico y de cuidados, para los mayores de 65 años en Andalucía.

Persigue el seguimiento evolutivo, la prevención, el manejo de complicaciones, y el apoyo psicológico y social al paciente y al cuidador principal del mismo.

A) Clasificar a las personas mayores de 65 años, según su grado de autonomía personal

La clasificación debe ser realizada, a raíz del primer contacto de esta persona con el Sistema Sanitario, por el Profesional Sanitario que lo atiende en ese momento.

La pertenencia a cada grupo se hace tras una valoración con anamnesis dirigida (se pueden utilizar como apoyo, si es necesario, el test de Barthel o índice de Katz). La clasificación en cada uno de los grupos nos permitirá establecer los criterios de priorización.

Se podrán clasificar en los siguientes grupos:

Persona mayor de 65 años autónoma

Son aquellas personas mayores de 65 años que no presentan enfermedad o que aún padeciéndola de manera aguda o crónica, mantienen su autonomía o independencia, estando sus características físicas, mentales y sociales de acuerdo con su edad cronológica.

Los grados de dependencia funcional se corresponderían con un test de Barthel de 90 a 100 puntos o Índice de Katz A-B.

Persona mayor de 65 años frágil o en riesgo de dependencia.

Son aquellas personas que cumplen alguna de las siguientes condiciones y que debido a cualquiera de ellas, se encuentran en situación de riesgo de dependencia:

- Problemas de Salud: Patología crónica que condicione una incapacidad funcional; por ejemplo: neoplasia avanzada, demencia, hospitalización reciente, polifarmacia, deterioro mental, deterioro cognitivo, depresión.
- Criterios Asistenciales: Edad superior a 80 años, inmovilizado en su domicilio, residentes en instituciones.
- Problemas Sociales: Aislamiento social y/o familiar (vive solo o sin familia próxima); cambios frecuentes de domicilio (anciano itinerante); viudedad reciente; riesgo de institucionalización prematura o inadecuada; rechazo de su situación; recursos económicos insuficientes; problemas de vivienda (barreras arquitectónicas, sin condiciones mínimas, etc.).

Los grados de dependencia funcional se corresponderían con un test de Barthel 90-61 puntos o Índice de Katz

Persona mayor de 65 años dependiente

Se entiende a aquella persona que cumple tres o más de los siguientes criterios y por lo tanto, se encuentra en situación de dependencia con pocas posibilidades de que esta situación cambie:

- Edad superior a 75 años.
- Presencia de pluripatología descompensada.
- Proceso o enfermedad principal con carácter incapacitante.
- Patología mental grave acompañante o predominante.
- Problemas sociales relacionados con su estado de salud.

Los grados de dependencia funcional se corresponderían con un test de Barthel de 0-60 puntos o Índice de Katz F-G.

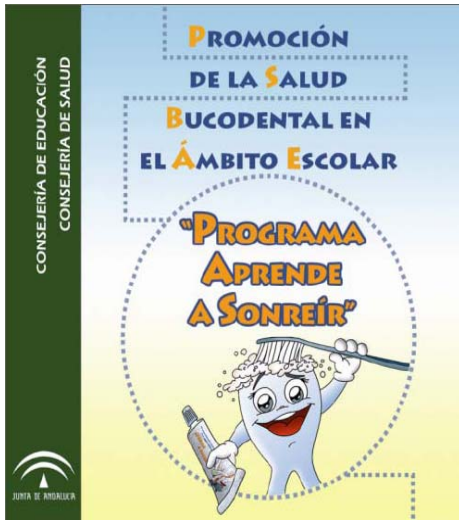
En el sentido que se definen los tres grupos de población mayor de 65 años descritos con anterioridad, el presente programa de prevención y promoción abarcará fundamentalmente, a los dos primeros grupos, donde las intervenciones de estas características tienen un importante impacto en la salud y la calidad de vida de los mayores, según recoge la evidencia científica disponible.

B) Establecer las medidas de prevención y promoción de la salud, en consonancia con la valoración realizada. Valoración sistemática y actividades a realizar, van a depender del grupo de clasificación funcional al que pertenezca la persona mayor, sin perjuicio de todas aquellas que se deban realizar de manera individual a cada una de ellas.

Desde su implantación hasta el 31 de diciembre de 2010 en la localidad de Linares se han realizado un total de 6005 exámenes de salud a mayores de 65 años, lo que representa un 63% del total.

Y un total de 3802 personas mayores de 65 años son autónomas, 1131 personas mayores de 65 años son frágiles o en riesgo de dependencia, 1072 personas mayores de 65 años son dependientes y existen un total de 446 cuidadoras mayores de 65 años.

9.1.7. APRENDE A SONREÍR



Es un programa realizado por la Consejería de Educación y la Consejería de Salud. El Programa Aprende a Sonreír, trata de desarrollar hábitos saludables de higiene bucodental y alimentación sana, en niños y niñas de 3 a 12 años, con la implicación de familiares y profesionales de los centros educativos que desarrollan el Proyecto.

Las razones para introducir entre las enseñanzas de los niños y niñas la Educación para la Salud y con ella la salud bucodental son variadas.

El sistema educativo actual en Andalucía considera una educación integral de la persona aquella que debe contemplar, entre otras cuestiones, la formación de los alumnos y alumnas para que sean capaces de tomar decisiones de manera razonada; y entre esas decisiones están las que van a tener consecuencias sobre su salud y la de los que los rodean. Así pues, un proyecto educativo de centro que contemple la educación integral del alumnado y garantice la formación de una ciudadanía libre, crítica y responsable ha de incluir en el mismo, contenidos culturalmente relevantes, socialmente útiles y pedagógicamente atractivos, que ayuden al alumnado a estructurar su pensamiento y a comprender su entorno y el mundo en que vive.

Desde esta opción de enseñanza aprendizaje constructivista, que parte de las ideas previas para generar nuevos aprendizajes mediante la interacción con la realidad cultural de los alumnos y alumnas, contar con contenidos como los que pueden proporcionar centros de interés relativos a la educación para la salud, en esta ocasión la salud bucodental y con recursos tanto humanos como didáctico y materiales de la propia estructura sanitaria, conferirá al proceso educativo significatividad lógica, facilitando la comprensión y los aprendizajes.

Las enfermedades bucodentales, y en especial la caries y la enfermedad periodontal (problema de las encías), constituyen un importante problema de salud pública, dada su elevada frecuencia y su alto coste personal y económico, y sin embargo son fácilmente evitables si se practica diariamente una higiene y alimentación adecuada.

El Cuarto Estudio Epidemiológico de Salud Bucodental en Escolares Andaluces 2006, refleja que los índices de caries, tanto en dentición temporal como permanentes se encuentran estabilizados, al igual que los índices de restauración en relación a los datos obtenidos en 2001, sin embargo la prevalencia del sellador se ha triplicado en el grupo de 7 años y duplicado en el de 12. La situación gingival ha mejorado claramente en el grupo de 12 años. En la actualidad la mitad de escolares de este grupo de edad se encuentra gingivalmente sano.

Objetivos son:

- Valorar la importancia de una buena salud bucodental y su relación con la consecución de una vida más saludable y agradable.
- Implicar a la familia en el desarrollo de actividades educativas para reforzar los contenidos trabajados en el aula.
- Proporcionar al profesorado conocimientos, habilidades, recursos humanos y materiales para introducir la educación dental en el currículum.
- Que la comunidad educativa y la población en general conozca los mecanismos que contribuyen a conseguir y conservar una buena salud bucodental.
- Conocer la relación entre una inadecuada alimentación e higiene bucodental y la aparición de algunas enfermedades.

Los datos del programa en la localidad de Linares durante el año 2010:

Han participado un total de 6529 niños y se han impartido un total de 30 intervenciones grupales dirigidas a los padres y madres de niños de entre 3 a 12 años.

En el caso de Linares, durante el curso escolar 2009- 2010 se han incorporado nuevos colegios (actualmente existen un total de 15 centros), tendencia que continúa el actual curso académico.

La Inmaculada Concepción
La Presentación de Nuestra Señora
San Joaquín
Europa
Andalucía
Santa Ana
Cardenal Spínola
Asociación Cultural Educativa A.C.E.L.
Colón
Escuelas Profesionales de la Sagrada Familia
San Agustín
Ciudad de Linares
Niña María
Francisco Baños
Marqueses de Linares

Dentro de este programa de salud bucodental está el concurso Limpia tus dientes y gana. Se trata de una actividad de educación para la salud desarrollada por personal de odontología en coordinación con colegios de Linares, en la que se fomentan buenas prácticas respecto al cepillado de los dientes y evitación de alimentos cariogénos.

9.1.8. PROGRAMA SONRISITAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL



El Programa Sonrisitas trata de promover la adquisición de hábitos saludables en niños y niñas de 0 a 3 años, conseguir el que adquieran un buen aprendizaje en cuanto a la alimentación sana y la higiene de boca y dientes, con la implicación de familiares y profesionales de los Centros que imparten el 1º Ciclo de Educación Infantil, que desarrollan el Proyecto a partir de los recursos didácticos.

La educación para la salud en la infancia adquiere una gran importancia ya que es el momento idóneo para desarrollar valores, conocimientos y hábitos de vida saludables. Los Centros que imparten el Primer Ciclo de la Educación Infantil son lugares especialmente adecuados para las intervenciones de promoción de la salud. Constituyen,

junto con la familia, el contexto más favorable para la formación integral de la población infantil y para la reducción de las desigualdades en salud.

El Programa «Sonrisitas» de Promoción de la Salud Bucodental en los Centros que imparten el Primer Ciclo de la Educación Infantil, tiene como referencia la experiencia que vienen desarrollando en el ámbito escolar, la Consejería de Educación y la Consejería de Salud, son una evaluación muy positiva, tanto por el conjunto de profesionales como por las familias y el alumnado.

Destacamos que, para su puesta en funcionamiento, aplicación y evaluación, además de la participación del equipo de profesionales de los Centros que imparten el Primer Ciclo de la Educación Infantil, se necesita la implicación activa de las familias para alcanzar los mejores resultados. El programa consiste en facilitar a los Centros que imparten el Primer Ciclo de la Educación Infantil apoyo y asesoramiento, así como recursos didácticos y materiales para desarrollar un programa de Educación para la Salud a partir de los contenidos de la salud bucodental.

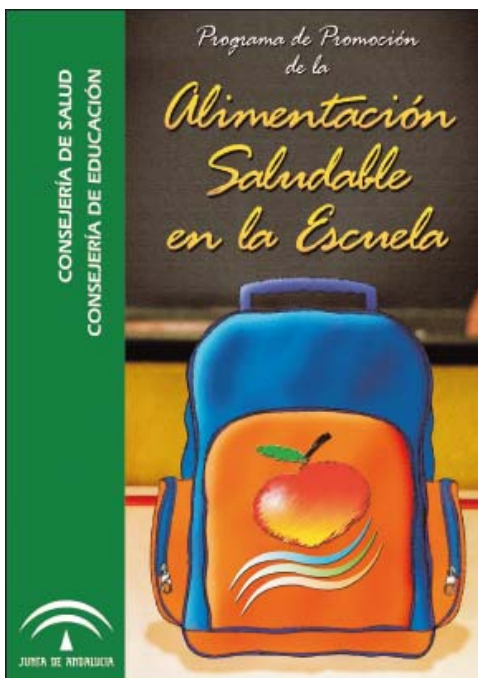
Tipos de actividades:

- Actividades educativas con las niñas y los niños relativas a la alimentación sana en general y no cariogénica en particular, en las que se les muestre tanto aspectos culturales como nutricionales de la misma.
- Actividades dirigidas a la población infantil (como mínimo talleres de cepillado e higiene), encaminadas a la formación de hábitos y consecución de contenidos curriculares tanto procedimentales como actitudinales.
- Actividades informativas y de implicación de las familias en los Centros que imparten el Primer Ciclo de la Educación Infantil y en el hogar.
- Actividades de mejora de las condiciones del entorno de los Centros que imparten el Primer Ciclo de la Educación Infantil desde el punto de vista de la salud oral.
- Actividades de promoción de la salud bucodental dirigidas a la comunidad.

De este programa de promoción de la salud bucodental pueden beneficiarse los siguientes centros preescolares de escolarización para niños de 0 a 3 años:

CENTRO	UGC
C.E.I "SANTA ROSA"	LINARES A
C.E.I " LOS MENINOS"	LINARES A
C.E.I "SAGRADO CORAZON"	LINARES B
E.I "LA PAZ"	LINARES B
C.E.I "ARCO IRIS"	LINARES B
E.I. " LOS TULIPANES"	LINARES A
E.I " LOS ARRAYANES"	LINARES D

9.1.9. PROGRAMA ALIMENTACIÓN SALUDABLE



El programa trabaja para promover en el alumnado de primaria el hábito de una alimentación sana y equilibrada y fomentar el ejercicio físico, con la implicación de los centros educativos que desarrollan el proyecto a partir de los recursos didácticos.

OBJETIVOS

- Sensibilizar al alumnado sobre la importancia de una alimentación equilibrada y la relación entre ésta y el estado de salud.
- Trasladar a las familias esta importancia así como la de su colaboración.
- Promover el peso adecuado.
- Sensibilizar sobre los riesgos del marketing comercial en la venta de alimentos infantiles.

- Dar a conocer los beneficios de la Dieta Mediterránea, como dieta saludable realizada por nuestros antepasados.
- Potenciar el conocimiento y análisis sobre el reparto de la riqueza y los problemas de malnutrición en el mundo.

El objetivo último que se persigue es un cambio de las actitudes del grupo, que repercutan en el ámbito familiar y social.

Durante el curso escolar 2010 – 2011 en la localidad de Linares participan un total de 1101 alumnos/as de 10 colegios de Educación Primaria, siendo los siguientes:

NOMBRE COLEGIO	TOTAL ALUMNADO
Alfonso García Chamorro	73
La Presentación de Nuestra Señora	99
Padre Poveda	49
Asociación Cultural Educativa A.C.E.L.	50
Jaén	92
Colón	301
Escuelas Profesionales de la Sagrada Familia	190
Los Arrayanes	43
Francisco Baños	143
Marqueses de Linares	61
TOTAL	1101

9.1.10. PROGRAMAS EN MATERIA DE TABAQUISMO

Dentro del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía podemos encontrar programas destinados al abordaje del tabaquismo en el ámbito laboral y educativo. Hay que en cuenta la gran importancia de ambos, desde el punto de vista de la prevención y el retraso de la edad de inicio, y considerando que las franjas de mayor prevalencia que

son las mas jóvenes no suelen acudir a los servicios de salud y por tanto beneficiarse del consejo sanitario para dejar de fumar.

9.1.10. 1. AMBITO LABORAL: PROGRAMA EMPRESAS LIBRES DE HUMO.

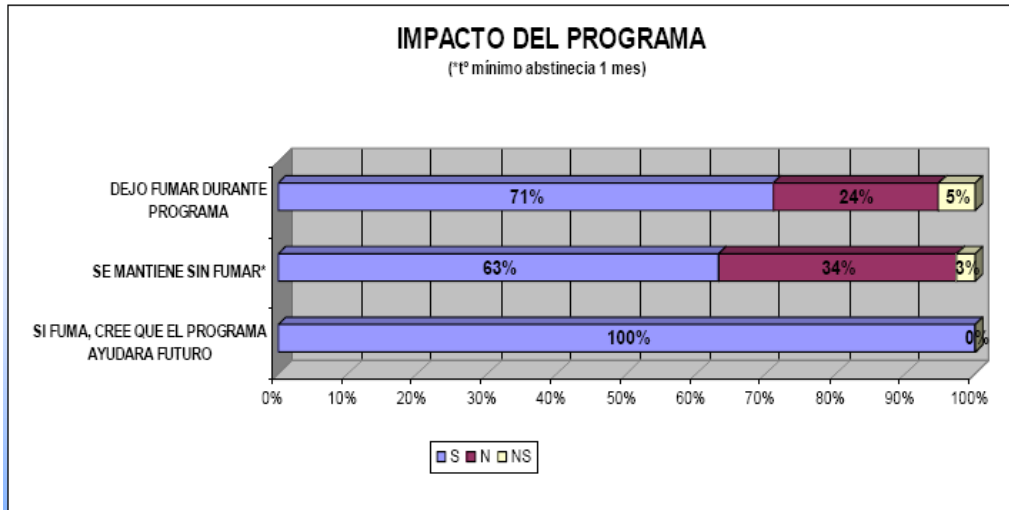
Consiste en realizar actuaciones de sensibilización, información y oferta de deshabituación en la empresa para ofrecer consejo sanitario a todos los trabajadores y facilitar la asistencia al programa de deshabituación a los interesados.

Existe un técnico para Andalucía Oriental dedicado a la captación, firma y seguimiento de las empresas. Para los programas de deshabituación se cuenta con los técnicos de las unidades de tabaquismo de los distritos sanitarios.

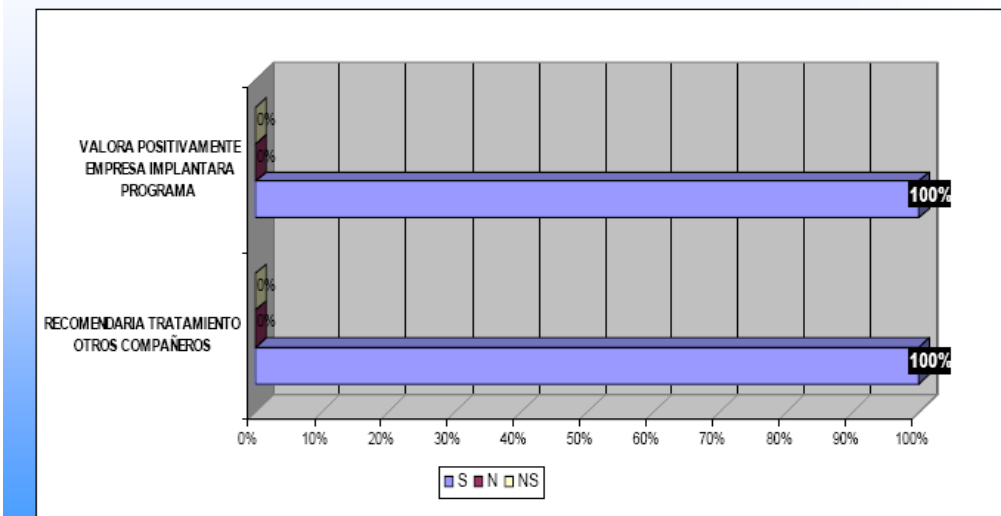
En Linares se ha firmado convenio y trabajado con Santana Motor y el Cuerpo Nacional de Policía. Con el Ayuntamiento de Linares se ha tenido varios contactos sin llegar a ultimar el convenio. Se refleja algunos

Con el CNP se realizaron intervenciones individuales a un reducido número de trabajadores.

En Santana Motor se atendieron a 46 trabajadores en tres grupos. Los datos principales se reflejan en la siguiente tabla.



El 100% de los encuestados valora positivamente la implantación del programa por parte de la empresa.



9.1.10.2. OTRAS ACTUACIONES EN MATERIA DE TABAQUISMO

Desde el distrito sanitario, se está colaborando con distintas asociaciones y entidades para la realización de actuaciones en materia de prevención y abandono del tabaquismo.

Entre ellas se ha colaborado con:

- ⇒ Asociación de Mujeres Gitanas Hierbabuena, con charlas coloquio sobre prevención del tabaquismo en mujeres gitanas.
- ⇒ FAISEM: mediante convenio colaboración a nivel autonómico en el que se esta dando formación a los monitores sobre consejo básico y se esta ofertando deshabituación a los usuarios. En 2010 ya se trabajo con una de las viviendas supervisadas de Linares y para 2011 se trabajara con las dos que existen en la localidad.
- ⇒ Cada 31 de mayo se celebra el Día Mundial Sin Tabaco con diversas actuaciones.

9.1.10.3. PROGRAMA ¡A NO FUMAR ME APUNTO!

El programa trata de garantizar un entorno escolar libre de humo y sensibilizar a la comunidad educativa sobre los riesgos del consumo de tabaco, proporcionándole servicios de deshabituación tabáquica así como recursos sobre tabaquismo para el profesorado.



“A no fumar, ¡Me apunto!” es un programa de prevención del tabaquismo en el ámbito educativo organizado por la Consejería de Salud y la Consejería de Educación y que cuenta también con la colaboración de la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social y la Consejería de Medio Ambiente de la Junta de Andalucía, dirigido al alumnado de los centros andaluces de enseñanza secundaria.

El programa constituye una de las estrategias del Plan Integral de Tabaquismo en Andalucía, por lo que va acompañado de un conjunto de medidas destinadas a abordar el tabaquismo en nuestra comunidad autónoma: la atención al tabaquismo en los servicios sanitarios, la sensibilización de la población ante el problema, la intervención

específica en sectores de población de especial relevancia social, o la restricción del consumo en diferentes espacios. Todo ello contribuirá a la creación de un contexto social más proclive a la prevención del tabaquismo, lo que, sin duda, constituirá un importante apoyo a las intervenciones que se realicen desde los centros educativos.

“A no fumar, ¡Me apunto!” integra distintas experiencias de prevención del tabaquismo en el ámbito educativo realizadas en Andalucía: las Unidades Didácticas y los concursos “Clase sin humo” y “Déjalo y Gana” . La amplia acogida que han tenido entre los centros docentes andaluces de enseñanza secundaria, en unos casos, y los buenos resultados alcanzados en la evaluación, en otros, aconsejan mantenerlos en este nuevo programa, en el que se pretende una mayor integración de las propuestas de prevención del tabaquismo que llegan al entorno educativo.

También tiene en cuenta la existencia de otras iniciativas institucionales de prevención de drogodependencias en el ámbito educativo que incluyen actividades de prevención del tabaquismo, como “DINO” y “Prevenir para vivir”.

El programa está dirigido a adolescentes que estudian enseñanza secundaria en centros docentes de la comunidad autónoma andaluza.

“Clase sin humo”: Se trata de un concurso dirigido al alumnado de 1º o 2º de E.S.O. El concurso, consiste en que una clase, junto con su tutor o tutora, se compromete a no fumar durante cinco meses y a elaborar un eslogan sobre la prevención del tabaquismo. El mantenimiento de este compromiso permite acceder a varios premios al finalizar el curso escolar. Podrán participar, las clases de 1º o 2º curso de E.S.O. que desarrollen las Unidades Didácticas. Esta actividad se considera opcional para los centros que participen en el programa.

“Déjalo y Gana”: El concurso va dirigido al alumnado de 14 a 19 años. Consiste en que un alumno o una alumna se compromete individualmente a mantenerse sin fumar durante un mes (tanto si es fumador como si no lo es). El mantenimiento de este compromiso a lo largo del concurso (mes de abril) le abre la posibilidad de acceder a premios individuales. Podrán participar individualmente, los alumnos o alumnas de 14 a 19 años de los centros inscritos (3º y 4º de ESO, Bachillerato y ciclos formativos de Grado Medio).

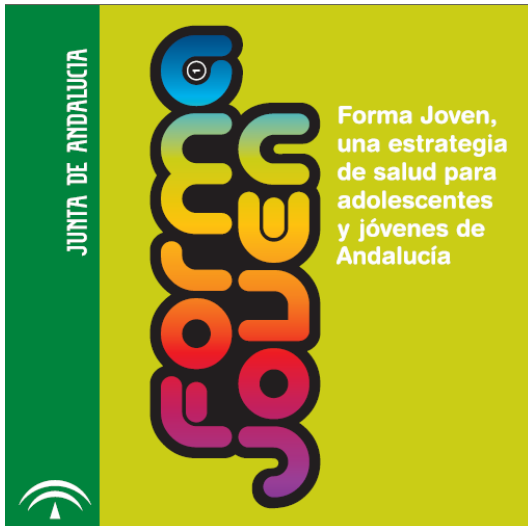
¿Cuáles son sus objetivos?

- Garantizar un entorno escolar libre de humo.
- Desarrollar hábitos saludables entre la población adolescente.
- Proporcionar al profesorado conocimientos, habilidades y recursos humanos y materiales para trabajar la prevención del tabaquismo desde su práctica docente.
- Sensibilizar a la comunidad educativa de las ventajas de mantenerse sin fumar y de abandonar el hábito tabáquico.
- Retrasar la edad de inicio en el consumo de tabaco entre los alumnos y alumnas de educación secundaria.
- Disminuir la prevalencia de fumadores entre el alumnado escolarizado en los centros andaluces de enseñanza secundaria.
- Facilitar a la comunidad educativa el acceso a los servicios de deshabituación.

Durante el curso escolar 2010 – 2011 en la localidad de Linares a NO FUMAR ME APUNTO participan 37 clases de alumnos/as de 6 centros de Enseñanza Secundaria, siendo un total de 914 alumnos/as y 81 profesores/as implicados en el programa. Distribuyéndose los mismos según la siguiente tabla:

NOMBRE CENTRO	Nº CLASES	1º de ESO	2º de ESO	3º de ESO	4º de ESO	TOTAL ALUMNOS	TOTAL PROFESORADO
Alfonso García Chamorro	2	23	12	0	0	35	19
Asociación Cultural Educativa A.C.E.L.	1	0	29	0	0	29	2
Huarte San Juan	14	123	88	109	83	403	17
Reyes de España	8	29	48	68	66	211	9
Cástulo	4	97	0	0	0	97	10
Himilce	8	56	56	18	9	139	24
TOTAL	37	328	233	195	158	914	81

9.1.11. PROMOCIÓN SALUD JÓVENES EL PROGRAMA FORMA JOVEN



Forma Joven es una estrategia de salud dirigida a promover entornos y conductas saludables entre la gente joven de Andalucía. Basado en la acción intersectorial, en su desarrollo cooperan varias Consejerías de la Junta de Andalucía así como otras instituciones y agentes sociales como ayuntamientos, asociaciones de madres y padres.

En esencia, la estrategia consiste en acercar las actividades de promoción de la salud y de prevención de los riesgos asociados a la salud, a los entornos donde conviven jóvenes y adolescentes y otorgarles, además, un papel activo y central en dichas actividades.

Forma Joven pretende capacitar a chicos y chicas para que elijan las opciones más saludables en cuanto a los estilos de vida: alimentación, actividad física, sexualidad, etc. y en cuanto a su bienestar psicológico y social, así como en la prevención de la accidentabilidad, el tabaquismo y otras adicciones. Se trata de aportarles instrumentos y recursos para que puedan afrontar los riesgos para su salud más comunes y frecuentes en estas edades.

Forma Joven nace en el marco del Plan de Atención a la Salud de los Jóvenes en Andalucía, publicado en 2001 con el objetivo general de “Reducir la morbimortalidad y mejorar la respuesta a los problemas de salud de adolescentes y jóvenes”. Se venía constatando entre la juventud una incidencia evitable de embarazos no deseados, accidentes de tráfico, consumo de drogas, sida y otras enfermedades de transmisión sexual, etc.

De otro lado, la Consejería de Educación y el Instituto Andaluz de la Mujer, concluyeron en identificar como prioridad la educación afectivo sexual de chicos y

chicas, entre otras, y la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social estaba desarrollando iniciativas de prevención de drogodependencias y de formación de mediadores y mediadoras, a través de la Dirección General de Drogodependencias y el Instituto Andaluz de la Juventud, con la estrecha colaboración del Consejo Andaluz de la Juventud.

Conscientes de que la población joven no acude a los servicios de salud, las consejerías y organismos implicados en la promoción de salud de la juventud andaluza, coordinaron sus esfuerzos con el planteamiento inicial de acercar los servicios de salud a los espacios frecuentados por ésta en forma de “asesorías”, donde pudieran consultar y obtener respuestas a temas de salud que les preocupaban. Es así como Forma Joven se inicia en los Institutos Públicos de Enseñanza Secundaria de Andalucía.

Durante el curso escolar 2009 – 2010 en la localidad de Linares han participado los siguientes Oretania, Himilce, Reyes de España y Cástulo.

Durante el curso escolar 2010 – 2011 se han sumado a los 4 IES anteriores el IES Huarte de San Juan y la Asociación Cultura y Educativa de Linares ACEL. Por lo que este programa se oferta a 6 IES, faltando el IES Santa Engracia y SAFA Linares.

Los datos del programa durante el 2009 – 2010 en la localidad de Linares han sido los siguientes:

ALUMNOS ATENDIDOS			139
TIPO DE CONSULTA		INDIVIDUAL	100
		PAREJAS	3
		GRUPOS	13
MOTIVO CONSULTA	AFECTIVO SEXUAL	ORIENTACIÓN	20
		ANTICONCEPCIÓN	4
		OTROS	8
	AREA DE ADICCIONES	ALCOHOL	0
		TABACO	0
		OTRAS	25
	AREA DE SALUD MENTAL	AUTOESTIMA	15
		TRASTORNOS ALIMENTARIOS	2
		VIOLENCIA IGUALES	3
		VIOLENCIA DE GENERO	0
		OTROS	8

ACTUACIONES	INFORMACIÓN	37
	DOCUMENTACIÓN	31
TIPO DE INTERVENCION	CONSEJO	100
	GRUPAL	19
	PADRES	18
DERIVACIONES	SALUD MENTAL	2
	CPD	1
	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	1
	MEDICO DE FAMILIA	2
	CONS.ORIENT.SEXUAL	0
	TRABAJO SOCIAL	2
	OTROS	2

9.1.12. Uso de medicamentos en el Distrito Sanitario Jaén Norte

El uso adecuado de los medicamentos viene establecido por la Organización Mundial de la Salud, se define como la actividad en la que un profesional sanitario indica a un paciente un medicamento adecuado a sus necesidades clínicas, a las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un periodo de tiempo adecuado, suponiendo el menor coste posible para él y para la comunidad.

Los medicamentos curan enfermedades, previenen problemas para que éstos no se conviertan en enfermedades crónicas y alivian síntomas de las enfermedades. Pero las medicinas también pueden causar reacciones no deseadas si no se usan correctamente. Los errores pueden suceder en el hospital, en el centro de salud, en la farmacia o en la casa.

Los grupos farmacológicos que más se prescriben en nuestro ámbito son, en orden decrecientes, los analgésicos y antipiréticos (68% de incremento en los últimos 5 años), seguido de los inhibidores de la bomba de protones (67,3%) “mal llamados protectores” y los antihipertensivos (42%). Estos datos están en la línea con el perfil de prescripción que tienen la mayoría de municipios de Jaén.

En cuanto al gasto que suponen los medicamentos, cada vez se está incrementando de una manera más exponencial. Durante el año 2010 el gasto en

farmacia en el municipio de Linares ha sido de 22.901.680 € que con respecto al año 2006 ha supuesto un incremento del 17,3%.

Los medicamentos más caros de nuestras prescripciones, radican sobre moléculas como la Atorvastatina, y al grupo de los Antagonistas Renina Angiotensina (ARA II), no siendo de primera elección ninguno de estos dos, y todo el grupo farmacológico que interviene en el tratamiento del asma.

Todo esto nos orienta a que aún existen márgenes de mejoras para adecuar mejor los tratamientos que actualmente tienen nuestros pacientes.

Todos los medicamentos tienen sus beneficios pero también sus riesgos. Los medicamentos no son algo que se puedan usar a la ligera. En nuestra población, la falta de adherencia, la falta de cumplimentación, el considerar que los medicamentos son inocuos o que no hacen daño, el consumo de cada vez más fármacos de manera irresponsable son desencadenantes de problemas de salud muy graves que hemos de tener muy en cuenta.

Tenemos que trabajar por concienciar y crear cultura para generar entre todos el uso adecuado del medicamento en todos y cada uno de los pacientes. El cumplir con los tratamientos, el usar los medicamentos que estrictamente ha indicado un profesional sanitario, son dos simple directrices que ayudarían mucho a la salud de los ciudadanos.

9.1.13. ASISTENCIA SANITARIA:

9.1.13.1 Screening de Cáncer de Mama:

En el municipio de Linares, la población elegible durante el año 2010 (mujeres de 50 a 69 años que son llamadas para realizarse una mamografía) ha sido de 2798 mujeres. Se ha conseguido una tasa de Captación (mujeres que son llamadas, y que realmente acuden para realizarse una mamografía) de 88,46%. Esta cifra, supone un incremento

cercano al 10% respecto a la tasa de Captación obtenida en el año anterior, 2009, que fue de 79,45 %. (datos referidos exclusivamente al municipio de Linares).

Pone de manifiesto el grado de sensibilización de la población general con el despistare de esta patología, que supone la primera causa de mortalidad por cáncer en la mujer.

9.1.13.2 Coberturas vacunales:

Actualmente, a cierre de año 2010 la cobertura de Vacunación Completa de Linares es de 99,53% , (superior a la media del Distrito, que se sitúa en 98,28%).

Durante los años 2007, y 2008, las coberturas alcanzaron cifras del 100%. No obstante, cabe destacar la labor realizada por los profesionales sanitarios en la captación de niños en pauta vacunal, dada la dificultad que supone la adscripción de muchos de estos niños a zonas de marginalidad y transformación social.

9.1.13.3 Píldora postcoital:

En total, en el año 2010 se han dispensado en el Distrito Sanitario Jaén Norte un total de 956 píldoras postcoitales. De ellas, 343 han sido dispensadas por los cuatro centros de la ciudad de Linares. Esta cifra supone casi un 50% menos de dispensación respecto al año 2009, debido entre otros factores a una mayor protección de los ciudadanos a la hora de mantener relaciones sexuales y a la liberalización de este anticonceptivo de emergencia, que permite adquirirlo directamente en la farmacia.

9.1.13.4. IVE:

En el año 2010, se han recibido 89 solicitudes para estudio y tramitación de interrupción voluntaria de embarazo, respecto a las 66 recibidas en el año 2009. Este incremento se puede explicar por el aumento de prevalencia en embarazos no deseados, a pesar de las medidas adoptadas desde salud en cuanto a educación sanitaria, así como al cambio de Normativa a mediados del año 2010.

9.1.13.5. Vacunación Gripe:

Durante el año 2009, en la semana 46 (15 al 21 de Noviembre), se alcanzó el pico máximo de Incidencia de Gripe, con 372,70 casos/100000 habitantes. Dada la pandemia de Gripe A que tuvo lugar durante esta temporada, el grupo de edad con mayor tasa de afectación fue el de 5 a 14 años.

En Linares se comunicaron un total de 7 alertas fuera del horario laboral de personas residentes en este municipio, muchos de los cuales requirieron ingreso hospitalario.

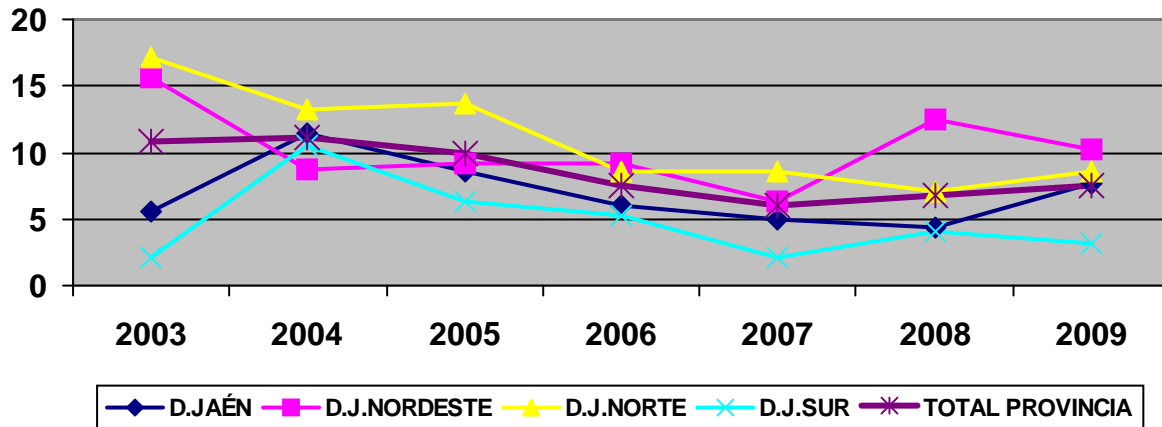
La vacunación antigripal año 2009 fue manifiestamente superior a la del año 2010, debido a las Indicaciones de Vacunación dadas a la población general, con inclusión de nuevos grupos de riesgo, y a la sensibilidad de la población general dado el desconocimiento del virus.

9.1.13.6. EDOS: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDOs). Brotes y Alertas Sanitarias

El Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO,s) es de máxima utilidad en el Área de Epidemiología porque proporciona además de la información necesaria para adoptar las adecuadas medidas de prevención y control ante una alerta, una orientación acerca de las prioridades sanitarias de nuestra población.

Tuberculosis:

TASA DE TUBERCULOSIS POR 100.000 HAB. JAÉN 2003-09



En nuestro distrito, al igual que en el resto de la Provincia, se observa una tendencia descendente en cuanto al número de declaraciones de enfermedad tuberculosa, situándose la tasa de incidencia provincial en el año 2009 en 7,5 casos / 100000 habitantes. Prueba de ello, es el control y seguimiento que se hace de la Tuberculosis, en la que se implican múltiples profesionales sanitarios en la declaración, estudio de convivientes, realización de pruebas complementarias, control de finalizaciones de tratamiento, etc.

En el año 2010, se han diagnosticado un total de 5 casos de TBC en Linares, siendo 4 de ellas bacilíferas. Ha existido un descenso en el número de casos respecto al año 2009 (7 casos de TBC, siendo 5 de ellos bacilíferos).

Cabe destacar el fenómeno evolutivo que se da en población inmigrante, teniendo este colectivo una tendencia creciente respecto a la población general.

Alertas Sanitarias:

Se define como la aparición súbita de riesgos que requieran intervención inmediata de los Servicios de salud pública, aparición de brotes epidémicos o agrupaciones inusuales de casos (toxiinfecciones alimentarias), casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria de notificación Urgente.

A lo largo de los dos últimos años (2009 y 2010), ha habido dos casos de toxiinfecciones alimentarias en Linares, uno por año respectivamente.

Ambas ocurrieron en ámbito público, es decir, se detectó un origen común en establecimiento público (banquete). Se desarrollaron de forma satisfactoria gracias a la intervención precoz de los profesionales implicados.

Meningitis:

Durante el año 2009, una de las Alertas Sanitarias se debió a un caso de Meningitis en un centro Preescolar de Linares, suponiendo una Sepsis Meningocócica tipo B, siendo necesario para ello la Quimioprofilaxis fuera del horario laboral de 54 personas.

Durante el año 2010, no se han diagnosticado alertas sanitarias relacionadas con esta EDO.

Infecciones de Transmisión Sexual:

A lo largo del año 2010, sólo se han declarado dos casos de enfermedades de Transmisión Sexual: un caso de gonococia, y otro de Herpes Genital, lo que pone de manifiesto la infradeclaración existente en este grupo de declaraciones.

VIH/SIDA

Según las declaraciones recibidas hasta el 15 de octubre de 2010 en el Registro Andaluz de Casos de Sida, en 2009 se han diagnosticado 175 casos de sida, lo que supone un descenso del 85% respecto a los diagnosticados en 1994, año de máxima incidencia de casos de sida en Andalucía.

Con respecto a 2008, en el año 2009 se evidenció un descenso del 2,2% del total de los diagnósticos, en varones descendió el número de casos un 6.2% y en mujeres, sin embargo aumentó un 14,7%. Se mantiene la tendencia descendente de los usuarios de drogas por vía parenteral en un 17%. También bajaron aunque en menor medida los casos atribuidos a relaciones sexuales no protegidas entre hombres 7%, y aumentaron los casos con categoría de transmisión heterosexual con 17%.

En cuanto a los diagnósticos de 2009, el 78% de los diagnósticos de sida recayeron en hombres y la edad media al diagnóstico se sitúa en los 42 años. La proporción de casos pediátricos (menores de 13 años) es de 1,14%. El 41% de las personas que han

desarrollado el sida en 2009 contrajeron la infección por compartir material de inyección para la administración parenteral de drogas. Las personas que contrajeron la infección por relaciones heterosexuales no protegidas ascienden al 27%. Aunque dicha transmisión, en números absolutos, afecta más a hombres que a mujeres, entre las últimas adquiere especial relevancia al representar el 51% de los diagnósticos de sida en mujeres en 2009. La tercera vía de transmisión más frecuente han sido las relaciones homosexuales entre hombres, que supone el 14% de todos los casos y el 18% de los que afectan a hombres. Por lo tanto, en conjunto, se observa un 41% de casos por transmisión sexual que iguala, por primera vez en la epidemiología del sida en Andalucía a la transmisión por compartir material de de inyección para la administración parenteral de drogas.

9.1.13.7. Accidentes de Tráfico:

Durante el año 2007, un total de ~~82350~~ pacientes fueron atendidos en H. San Agustín a consecuencia de sufrir un accidente de tráfico. (De ellos, 32% fueron jóvenes atendidos en urgencias). En 2008, esta cifra se sitúa en torno a ~~77540~~ pacientes (supone un descenso del 0.94%), siendo los jóvenes atendidos en Urgencias un 31,7%.

9.1.14. CENTRO PROVINCIAL DE DROGODEPENDENCIAS:

El Centro Provincial de Drogodependencias (CPD) es un centro especializado en la atención a los problemas derivados de las drogas y constituye el operativo del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones. Desarrolla además actividades de información, prevención, programas de incorporación social y la coordinación técnica del I Plan Provincial sobre Drogas y Adicciones en la provincia. Realiza las siguientes funciones:

- Servir como centro especializado en la atención primaria de las toxicomanías.
- Actuar como órgano de información ciudadana del fenómeno de las drogas.
- Colaborar con las instituciones sanitarias para la rehabilitación de los toxicómanos.
- Concreción en su demarcación territorial de las actuaciones definidas en el I Plan provincial sobre Drogas y Adicciones.

- Desarrollo de un sistema de información (provincial) dirigido, tanto a los ciudadanos como a la obtención de información sobre la realidad del uso indebido de drogas.
- Revisión, asesoramiento, aprobación y apoyo de los programas de carácter preventivo, que tanto las entidades privadas como los organismos públicos, realicen en su demarcación territorial a fin de garantizar que tengan la cualificación técnica necesaria.
- Actuación como estructura especializada en el tratamiento del alcoholismo y las drogodependencias. En este sentido el CPD realizará el asesoramiento y la supervisión técnica de los distintos centros de tratamiento dependientes de la red pública, en su provincia.
- Coordinación con las instituciones de rehabilitación y reinserción, asesorando el desarrollo de sus programas, prestando apoyo terapéutico cuando lo requieran y centralizando la derivación de pacientes al ámbito regional.
- Coordinación de los distintos programas de prevención, asistencia y reinserción como eje referencial de cualquier actuación en materia de drogas y adicciones bajo los principios de coordinación y participación.

La estructura provincial de atención del servicio público a las drogodependencias está constituida por los siguientes Centros de Atención Ambulatoria (CTA):

- Centro Provincial de Drogodependencias de Jaén.
- Centro Comarcal de Drogodependencias de Andújar:
- Centro Comarcal de Drogodependencias de Linares.
- Centro Comarcal de Drogodependencias de Úbeda.
- Centro Comarcal de Drogodependencias de Villacarrillo-Peal de Becerro:
- Equipo de apoyo en Instituciones Penitenciarias (EAIP).

En el año 2009 el Centro Comarcal de Drogodependencias de Linares atendió 202 personas, de las cuales 171 hombres y 31 mujeres, en la siguiente tabla se desglosa por tipo de sustancias.

Sustancias	Linares	
	H	M
juego Patológico	3	0
otros opioides	1	0
heroína/rebujao	35	6
cocaína	50	9
anfetaminas		
MDMA (extasis)		
tabaco	2	1
hipnóticos y sedantes		
sustancias volátiles		
cannabis	17	6
alcohol	63	9
otras		
Total	171	31

Con respecto al programa de tratamiento con metadona el Centro Comarcal de Drogodependencias de Linares atendió durante el año 2009 a un total de 152 personas. La dispensación de la metadona se realizó en el centro de salud de Linares A.

PROGRAMA DE TRATAMIENTO CON METADONA (P.T.M.)

Distribución de los casos en P.T.M. por género y centro

Centros	Hombres	Mujeres	Total
Linares	137	15	152

9.2. Activos de Salud relacionados con ASOCIACIONES Y ONGs:

Linares cuenta con un importante tejido asociativo, en total 94 Asociaciones que pueden agruparse en los siguientes ámbitos:

ÁREA DE INTERVENCIÓN	Número de Asociaciones
Educación	32
Vecinal	17
Bienestar social	6
Salud	13
Cultura	11
Juventud	6
Tercera Edad	1
Mujeres	4
Consumidores	2
Emigración	1
Seguridad Ciudadana	1
TOTAL	94

Con respecto a las asociaciones de ayuda mutua en el ámbito de salud debemos de destacar las siguientes:

- Asociación Española Contra el Cáncer
- Asociación Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa.
- Asociación Linarense de Alcohólicos Rehabilitados – ALAR
- Asociación de Alcohólicos Rehabilitados – AREUS
- Asociación Libres del Alcohol Cástulo - ALAC
- Asociación Provincial Linarense Jugadores Rehabilitados – APLIJER
- Asociación de Diabéticos de Linares – ADILI
- Asociación Alzheimer y Demencias Afines “Conde García”
- Asociación Minusválidos Físicos de Linares
- Asociación de Fibromialgia de Jaén – AFIXA
- Asociación Calidad de Vida de Fibromialgia y Fatiga Crónica
- Asociación de Parkinson de Jaén.
- Asociación de Autismo Almazara

9.3. Activos de Salud relacionados con el Ayuntamiento y el municipio de Linares

9.3.1. ECOPARQUES :

Existe un ecoparque denominado como punto limpio gestionado por la empresa RESUR JAÉN S.A.

9.3.2. RUTAS SALUDABLES Y CARRIL BICI :

Existe un carril bici en el acceso a Linares por el polígono de los jarales , comunicando con la ronda sur y el parque de cantarranas.

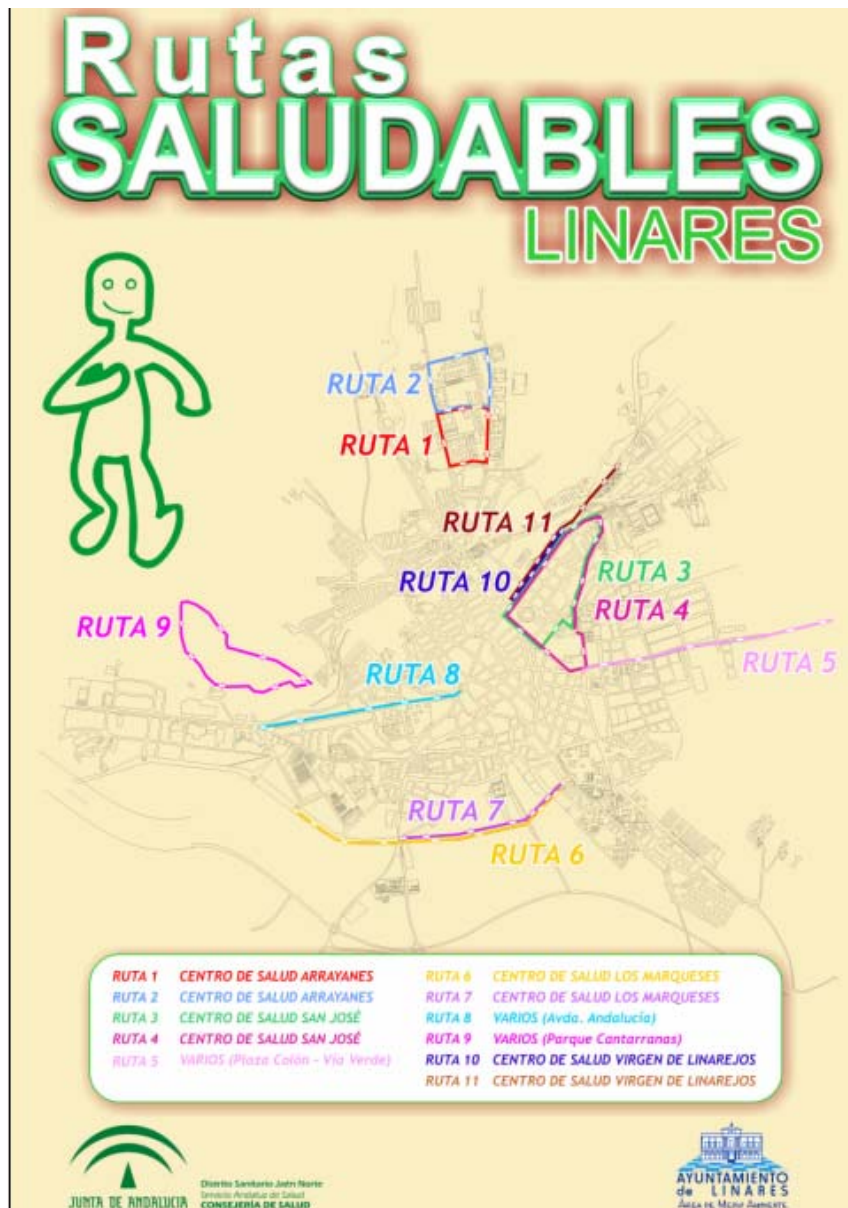
Disponemos de tres rutas a través de vías verdes que aprovechan antiguos trazados ferroviarios.

En Linares existen 11 rutas saludables con once itinerarios diferentes: de las cuales existen ocho relacionadas con los 4 centros de salud de la localidad, cada uno de ellos dispone de dos rutas cercanas al mismo, luego existen 3 rutas generales en las que se pueden utilizar independientemente del centro de salud al que el ciudadano pertenezca: la ruta que recorre toda la avenida de Andalucía, la ruta del parque de Cantarranas y la que une la plaza Colón con la vía verde.

Para la implantación de esta medida se han editado carteles informativos donde aparecen las diferentes rutas y 4 dípticos diferentes, uno por cada uno de los centros de salud, en los que se detallan de cada una de las rutas propuestas la información sobre la distancia recorrida, la duración de las mismas, el gasto energético y si disponen de punto de agua, también se informa de las razones de la importancia de realizar ejercicio físico y de una serie de recomendaciones para realizarlo.

Entre las recomendaciones que aparecen en los dípticos informativos destacan: la utilización de calzado y ropa adecuada, llevarse una botella de agua para asegurar una correcta hidratación, evitar las horas de máximo calor, realizarla acompañado/a y con moderada intensidad y larga duración.

El proyecto 'Rutas Saludables' es una iniciativa de la Consejería de Salud enmarcada en el Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada y reforzado con otras acciones como "Por un millón de pasos" que se viene llevando en varias localidades de la Comunidad Autónoma.



9.3.3. INSTALACIONES DEPORTIVAS , CLUBES DEPORTIVOS, PROGRAMAS DEPORTIVOS :

En la localidad de Linares existen tres Instalaciones polideportivas Municipales y una Piscina Municipal Climatizada .

Existen un total de 54 Clubes deportivos.

Y los programas deportivos son los siguientes:

- Programa general “Campaña Municipal Deporte para Todos “

- Curso de mantenimiento físico para Adultos
- Cursos de natación aprendizaje y Natación dirigida para Adultos
- Jornada Deporte y Mujer y Deporte y Salud
- Jornadas de Senderismo
- Ruta Cicloturista
- Carreras Populares
- Día de la Bicicleta
- Torneos Populares (Petanca ,Golf)
- Juegos Deportivos Municipales
- Juegos Deportivos Escolares Jornadas de prevención y Detección de enfermedades y lesiones a los participantes en la Campaña Municipal Deporte para Todos .

9.3.4. PARQUES DE TRÁFICO Y EDUCACIÓN VIAL :

Existe en proyecto un parque de tráfico y educación vial

9.3.5. INSTALACIONES SOCIOSANITARIAS (Mayores , discapacidad , menores) :

En la localidad de Linares existen dos centros de día de la tercera edad dependientes de la Conserjería de Igualdad de la Junta de Andalucía .

1 Centro de día de la tercera edad dependiente del Ayuntamiento de Linares .

1 Residencia de personas Mayores dependiente de la Consejería de Igualdad

1 Asilo de Ancianos .

3 Residencias Privadas de la Tercera edad.

1 Centro de Acogida de menores dependiente de la Consejería de Igualdad de la Junta de Andalucía.

1 Taller Ocupacional Municipal de discapacitados psíquicos .

1 Centro de Atención a discapacitados psíquicos . dependiente de la Consejería de Igualdad de la Junta de Andalucía

9.3.6. ALBERGUES TEMPOREROS Y CENTROS DE ACOGIDA INMEDIATA ,COMEDORES DE BENEFICENCIA :

El Patronato Municipal de Bienestar Social tiene suscrito un convenio con la Asamblea Local de Cruz Roja y Cáritas Interparroquial para la atención a transeúntes y otros colectivos, con el fin de poner a disposición de este sector de población los recursos que den respuesta a una atención digna en alojamiento, alimentación y desplazamiento, así como prevenir y atender situaciones de marginación.

En breve se inaugurará en Linares un Centro Municipal de corta estancia para acogida de Marginados sin Hogar y transeúntes. Este Centro ofrecerá un espacio de acogida, durante tres días, con capacidad para 10 personas, estando habilitado para cubrir las necesidades de descanso, aseo y alimentación de personas en riesgo de exclusión social y sin hogar, que no estando empadronados/as ni siendo residentes de la ciudad de Linares, se encuentren en esta localidad, a fin de evitar su permanencia en la calle y la cronificación de situaciones de exclusión sin hogar.

Ubicación: C/ Pintor de los Ríos esquina C/ Mariano Benlliure.

9.3.7. PROGRAMAS DE LOS SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS

Los Servicios Sociales Comunitarios constituyen la puerta de entrada al Sistema Público de Servicios Sociales, siendo de vital importancia que ésta sea lo más homologada y articulada posible, garantizando el acceso universal y adecuado al conjunto de ciudadanos.

Estos Servicios centran su intervención no sólo en el desarrollo de las Prestaciones Básicas, sino también en actuaciones de prevención y promoción, además de intervenciones con colectivos determinados (inmigrantes y comunidad gitana) con presencia significativa en la ciudad.

La acción social comunitaria, orientada por principios de normalización, integración e inserción, adquiere un significativo impulso cuando se apoya y fundamenta en un exhaustivo y objetivo conocimiento de la realidad social.

9.3.7.1. Programa Ciudades ante las Drogas

El programa Ciudades ante las Drogas constituye el marco de referencia de las actuaciones de prevención en el ámbito comunitario.

Está ubicado en el Centro Social Polivalente de Arrayanes, Calle Tirso de Molina 8.

Las actuaciones se dirigen a toda la comunidad, incidiendo en mayor medida en los sectores más jóvenes y en los grupos de mayor riesgo social a través de las siguientes actividades: Lúdicas, Formativas, Informativas, Laborales, Asesoramiento a entidades, Asociaciones y voluntariado, Campañas puntuales, Escuelas de padres, Promoción de la salud, Investigación, Control del consumo, Educativas.

Tiene como objetivo general reducir o paliar el uso y/o abuso de drogas, tanto legales como ilegales, promocionando el empleo de estrategias encaminadas a suprimir o reducir los factores responsables de la iniciación al consumo de drogas, así como a potenciar los factores de protección.

9.3.7.2. Programa de Zonas con Necesidades de Transformación Social

Recursos Humanos y ubicación

Se cuenta con tres educadoras del Plan Integral de Intervención en el Cerro, ubicadas en dependencias del Centro Social Polivalente de "San José" y en A.A.V.V "Los Sauces".

Objetivo

El fin último del programa es ofertar a la población de las barriadas "El Cerro", Zarzuela y San Antonio, las estrategias, recursos, actuaciones... para que puedan superar los problemas de vivienda, desempleo, formación-educación, urbanismo, infraestructura, problemas de drogadicción, seguridad ciudadana y otros.

Se realizarán actuaciones que garanticen la atención de las necesidades sociales de este barrio y favorezcan su integración con el resto del municipio, haciéndoles partícipes de su propio cambio.

Áreas de intervención

Las áreas de intervención se centran en cuatro ámbitos:

a) Ámbito educativo

En esta área se trabaja para la reducción del absentismo escolar, la inserción sociolaboral, atención social y promoción económica.

Las actuaciones del programa han ido encaminadas a un contexto más amplio de intervención, englobando acciones individuales, grupales, familiares y comunitarias dirigidas a la prevención de la marginalidad y la inserción social.

Actuaciones:

- Programa para la reducción del absentismo escolar.

Trabajamos para escolarizar y/o aumentar la tasa de asistencia al centro escolar de los menores de la zona, en estrecha colaboración con el profesorado para conocer las características de los niños/as absentistas y sus familias con el fin de trabajar de forma continuada. Destacamos entre las actuaciones: "El Proyecto despertador". intervenciones en centro escolar, coordinación con el equipo de orientación educativa, gestiones para matriculaciones, prescripciones y motivación a las familias de los alumnos, colaboración en Comunidades de Aprendizaje..

- Ludoteca infantil

Se busca la creación de un programa educativo alternativo, que posibilite a los niños/as de la zona de intervención, en su mayoría de exclusión social, desarrollar sus capacidades, muchas veces reprimidas por el entorno o no estimuladas adecuadamente. Todo ello a través de actividades lúdico-educativas que fomentan la sociabilidad, cooperación y participación entre ellos.

- Talleres:

Taller de expresión plástica, taller de disfraces, taller de música, taller de lecto-escritura, video forum, taller de informática infantil, talleres transversales (educación para la paz, educación medioambiental, educación para la salud, coeducación, educación vial), talleres de juegos y juguetes..

b) Ámbito de intervención sociofamiliar

Los aspectos a tratar en esta área son organización y cuidado del hogar y educación de los hijos, hábitos alimenticios, habilidades sociales, etc.

Actuaciones:

- Programa de desarrollo de habilidades con jóvenes - punto de encuentro juvenil:

Se trata de un espacio que promueve y aglutina acciones de orientación, formación y participación activa, sirviendo como soporte del resto de actividades y programas dirigidos a jóvenes.

La metodología de trabajo va encaminada a conseguir dos objetivos: Prevención de conductas desviadas y Reeducción de las mismas.

- Talleres:

Taller de expresión plástica, video forum, Taller de manualidades, Taller de apoyo al estudio, taller de expresión y comunicación, Taller de información, orientación e inserción profesional y formativa, taller de expresión corporal, talleres sobre temas transversales, Talleres de habilidades sociales, medio ambiente.

- Cursos de formación para jóvenes

- Actuaciones de intervención sociofamiliar, organización del hogar, cuidados y educación de los hijos/as intervención con familias

- Comedor escolar

A través del comedor escolar se pretende conseguir en los menores una dieta equilibrada, instaurar adecuados hábitos de higiene, prevenir el absentismo escolar, educar en adecuados hábitos de comportamiento, concienciar a las familias.

Los beneficiarios del comedor son niños/as de la zona escolarizados en el colegio Cardenal Spínola.

El comedor se encuentra ubicado en la Asociación de Vecinos Los Sauces.

- Campaña de concienciación higienico-bucal

- Campaña de inclusión de los menores en guardería

- Campaña de talón de asistencia dental anual para los menores.

- Promoción de empleo, orientación, profesional, promoción de empresas.

c) Ámbito de intervención para la salud sobre grupos y conductas de riesgo

La promoción de la salud, se ocupa del desarrollo de las habilidades individuales y capacidad de la persona, incluye tanto la intervención sobre el entorno para reforzar los factores que contribuyen al desarrollo de estilo de vidas saludables, como para modificar aquellas que impiden ponerlos en práctica.

Actuaciones:

- Taller de prevención de drogas

- Escuela de fútbol
- Programa para la promoción de estilos de vida saludables para nuestros mayores
- Medioambiente:
 - Actividades para la mejora, respeto y conservación de espacios públicos
 - Proyecto "mejoremos lagarde"
 - Actividades medioambientales

d) Ámbito de promoción social y cultural

Se trata de desarrollar actividades de sensibilización social y cultural encaminadas a la vinculación de su población a la zona y al conjunto del municipio.

Actuaciones:

- Escuela de verano

En verano tratamos de continuar el programa con los mismos niños/as con los que venimos trabajando durante todo el año, además de nuevas incorporaciones.

Su mecánica es sencilla establecer una dinámica de ocio que permita, a la vez la adquisición de comportamientos sociales básicos, escuchar, sentarse en la mesa, respetar y compartir las cosas, e incluso adquirir hábitos de higiene personal.

Una de las actividades más importante de este programa es continuar con la rutina escolar durante el periodo estival, la Escuelade Verano se convierte así en un centro contra el absentismo a través de Talleres de apoyo al estudio, de expresión plástica, medioambientales, Juegos populares, Visitas culturales y lúdicas y otros ...

- Campamentos de verano

Se busca crear un espacio lúdico formativo en el que los niños/as con los que se interviene desde los Servicios Sociales Comunitarios desarrollen sus capacidades y habilidades, interaccionen con otros niños/as, mejorar hábitos saludables yen definitiva crear un espacio de convivencia y diversión durante el periodo estival.

Cuenta con actividades: Deportivas, Talleres, Piscina, Juegos populares, Juegos nocturnos, etc.

- Desarrollo de actividades en el ámbito cultural

- Infancia y Juventud
- Mujer
- Tercera Edad "Programa de animación sociocultural y personas mayores"

9.3.7.3. Programa de actuación integral para la comunidad gitana

Desde hace bastante años, este sector de la población ha evolucionado considerablemente y el proceso de integración ha mejorado mucho.

No obstante aún se hace precisa la intervención con población gitana, tratando de incidir en diversas áreas problemáticas en las que todavía no se han alcanzado los niveles deseados, tales como; educación, salud, empleo o vivienda; y todo ello, en perfecta sincronía con los objetivos del Plan de Desarrollo Gitano del Ministerio de Sanidad y Política Social y el Plan Integral para la Comunidad Gitana de la Junta de Andalucía, así como con el Plan Andaluz para la Inclusión Social.

Además, se interviene también con población no gitana con objetivos de integración, sobre todo en Barrios como; Arrayanes, La Esperanza, Fuente del Pizar, Eriazos de la Virgen, Masegosa y la Estación Linares Baeza.

Objetivo General

Promocionar todos los aspectos de la comunidad gitana a nivel social desde el conocimiento de su cultura y peculiaridades, hasta lograr una total integración de este colectivo con el resto de la sociedad, eliminando prejuicios y evitando la asimilación.

Objetivos Específicos

- Promover la difusión y aceptación de la cultura gitana, tanto por parte de los/gitanos/as como por el resto de la sociedad.
- Sensibilizar a la opinión pública sobre las peculiaridades de este colectivo fomentando la tolerancia y la convivencia.
- Fomentar la participación de las personas de etnia gitana en la vida social, cultural, educativa, etc.
- Coordinar y rentabilizar recursos de forma que mejore la calidad de atención a la Comunidad Gitana.
- Desarrollar estrategias para la promoción integral de l@s gitan@s.
- Mejorar la escolaridad y reducir el absentismo.
- Reducir la tasa de analfabetismo.
- Mejorar las condiciones de salud de este sector de la población.
- Potenciar hábitos de vida saludables.

- Eliminar la infravivienda y mejorar las condiciones en que viven algunas familias, así como asesorar en el uso de recursos.
- Creación de nuevas Asociaciones, apoyo a las ya existentes y facilitar recursos a las mismas.
- Mejorar el acceso de l@s gitan@s al mercado laboral y al autoempleo.
- Facilitar el uso normalizado de recursos.

Actividades

Actividades como Talleres de ocio para jóvenes, deportivas, Escuela de Madres y Padres, Talleres de alfabetización, Escuela de verano, Campamentos estivales, Campañas de sensibilización sobre Interculturalidad, Aulas de refuerzo, Proyecto de salud comunitaria, Apoyo a Asociaciones en iniciativas sobre el tema, Cursos de orientación laboral y técnicas de búsqueda de empleo, Jornadas, Encuentros, Seminarios, Mesas, Programas de radio, Viajes culturales y Cursos.

9.3.7.4. Programa de apoyo en materia de inmigración

La inmigración es "un fenómeno social emergente", relativamente reciente en España, que ha pasado de ser un país de emigrantes a un país receptor de población inmigrante.

Este incremento de población extranjera ha supuesto un reto tanto para las Administraciones Públicas como para la sociedad de acogida en su conjunto, dando lugar a una sociedad plural en la que una de sus características principales es la diversidad cultural, que lejos de entenderla como un proceso enriquecedor de interacción y reciprocidad entre la población extranjera y la autóctona, se transforma en la mayoría de las ocasiones en distintas formas de exclusión social

Corresponde a las Administraciones Públicas impulsar respuestas desde una perspectiva integral del fenómeno migratorio, haciendo efectiva la integración plena, entendida como el proceso de incorporación de los inmigrantes a la sociedad en igualdad de condiciones, derechos, obligaciones y oportunidades con los ciudadanos autóctonos, proporcionándoles instrumentos y recursos para un mejor funcionamiento en nuestro país.

El II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía formula que la integración social sólo es posible desde la igualdad de derechos y oportunidades del conjunto de los

habitantes de la Comunidad Autónoma Andaluza, independientemente de su origen étnico, religión, cultura, procedencia, etc.

Es por ello que, desde este Patronato Municipal de Bienestar Social, se está llevando a cabo la ejecución del "Programa de Apoyo a los Servicios Sociales Comunitarios en materia de Inmigrantes", prestando una atención normalizada, entendiendo por normalización el proceso por el que una determinada política tiende a desplegar servicios, prestaciones y recursos, tomando en especial consideración los elementos comunes que existen entre personas, grupos o colectivos y desarrollando estrategias que permitan la integración de las personas y el acceso a los recursos y servicios sin que las diferencias sean un obstáculo.

El servicio se presta con carácter individualizado, actuando como primer acogedor de las demandas de los usuarios, ofreciendo asesoramiento técnico y especializado sobre sus derechos y recursos existentes así como su valoración y canalización hacia otros servicios, realizando actividades de:

- Orientación, Información, Valoración y Asesoramiento sobre recursos sociales, de empleo, económicos, sanitarios, de vivienda, de ocio y tiempo libre; Legislación vigente en materia de Extranjería (autorizaciones de residencia y trabajo, visados, renovación de tarjetas, nacionalidad, contratación de personas extranjeras, reagrupación familiar, arraigo social, etc.).
- Intervención Familiar.
- Intervención Socio-Sanitaria.
- Apoyo a la Inserción Laboral.
- Formación, ocio y tiempo libre.

9.3.7.5. Programa de envejecimiento activo y de promoción de la autonomía personal

Los Servicios Sociales Comunitarios, como estructura básica y primer nivel de atención del Sistema de Servicios Sociales de Andalucía, atienden entre otros al sector de mayores.

En el ámbito municipal, la atención integral a las personas mayores es uno de los objetivos prioritarios en la agenda de los Servicios Sociales. A través de su promoción y

participación en la sociedad, favoreciendo el mantenimiento en su medio habitual y evitando su marginación, así como proporcionando un cuidado preventivo, progresivo e integral continuado.

Existe el Proyecto de Dinamización “cultura y ocio del mayor VIII” y cuenta con los siguientes talleres permanentes: Taller de Memoria, Lectura, Musicoterapia, Historia “Conoce tu provincia”, Historia de Andalucía, Lectoescritura, Divertimento, Nuevas Tecnologías e Internet y Animación

Existe el Proyecto de promoción de estilos de vida saludable para nuestros/as mayores y se centra en las siguientes áreas:

- I. Área de desarrollo físico-psíquico.
- II. Área de actividades formativos-culturales.
- III. Área de dinámica ocupacional.
- IV. Área de actividades sociales y participación ciudadana.

El objetivo general del Proyecto de promoción de estilos de vida saludable para nuestros/as mayores es propiciar la capacitación de la población para favorecer el control sobre su propia salud y mejorarla, mediante el desarrollo de habilidades personales: conocimientos, habilidades y actitudes que mejoren o mantengan la salud

También existen los Talleres permanentes de: Taller de Pintura, Taichi-Chikung, Natación Terapéutica, socioeducativo sobre cuidados del pie, Manualidades, Sevillanas, Gimnasia Articular y de Mantenimiento, Nuevas Tecnologías, Encaje de Bolillos, Teatro, Coral y Aula de Alfabetización.

También para el año 2011 se han planificado también los siguientes talleres y actividades: Taller de Estimulación Cognitiva, Taller de Habilidades Sociales y Resolución de conflictos, Fisioterapia Grupal, Yoga, Baile para Personas Mayores. Enero/Agosto-Octubre/diciembre 2011, Día Mundial de la Salud. Jornada: “Promoción de Hábitos de Vida Saludable” 07/04/2011- 14/04/2011, Rutas de Senderismo Minero. Abril-Octubre 2011, Jornadas Saludables Intercentros. Mayo-Octubre 2011, IX

Jornadas de Consumo Saludable. Noviembre 2011, Promoción de la Dieta Mediterránea/Ejercicio Físico y Prevención de Enfermedades Cardiovasculares

9.3.8. TRABAJADORES SOCIALES COMUNITARIOS

Estas actividades comunitarias cuentan con los siguientes recursos humanos: un total de 9 Trabajadores Sociales Comunitarios (Unidades de Trabajo Social , Dependencia , Patronato Municipal e Inmigrantes), 8 Educadores sociales Comunitarios (Unidades de Trabajo Social, Programa de Zonas , con Necesidades de Transformación Social , Programa de Actuación Integral para la Comunidad Gitana , Programa de Envejecimiento activo y Programa de Promoción de la Autonomía Personal y de un Trabajador Social para el Programa Ciudades ante las Drogas.

9.3.9. PROYECTOS DEL PLAN URBAN

A) Mejora de infraestructuras del Centro Social “ARRAYANES”.

De una manera amplia se entiende por formación permanente la capacidad que tienen las personas de todas las edades del ciclo vital y consecuentemente la aplicación de programas educativos/formativos a lo largo de toda la vida. Aprendizaje que debe garantizar la igualdad de oportunidades, para que las personas puedan adaptarse a las diferentes transformaciones sociales, culturales y participar de forma activa en el diseño de un futuro común.

El Consejo Europeo (Lisboa, Marzo de 2000), estableció la necesidad de la educación/formación a lo largo de toda la vida, como un derecho y una de las claves del siglo XXI, siendo necesario que las instituciones acomodasen sus objetivos a la consecución de dicho fin.

Es por tanto, en este contexto en el que cobran significación los Centros Sociales a los que asisten personas de diferentes generaciones >50 años hasta 90 años (EJE 3).

Actuaciones a ejecutar:

- Pintado de fachada.
- Pintado de vallado y puertas de carpintería metálica (presentan oxidación).
- Instalación de persianas nuevas.

B) Rehabilitación de patios traseros de viviendas en la Barriada del Cerro.

Desde la reubicación en viviendas en el año 2003 de las personas que habitaban chabolas en la barriada Cerro, se ha detectado un deterioro creciente en los patios de las 31 viviendas de promoción pública situadas en la misma, debido entre otras cosas a que estaban sin adecentar permanecían con la esencia propia del terrero.

Esto supone un gran perjuicio para las personas que habitan las viviendas debido a:

- Focos de enfermedades.
- Insalubridad debido al deterioro de desagües.
- Inundaciones en la vivienda en periodos de lluvia.
- Proliferación de roedores y parásitos, etc.

Como primera intervención más urgente, habría que delimitar los patios con muros de separación, para posteriormente rehabilitar los patios interiores.

C) Plan de Inserción laboral y empleo.

- Taller de empleo especializado en albañilería para reparar patios en 31 viviendas de promoción pública.
- Cursos de educación ambiental en el cuidado del entorno. “Barrenderos de zona becados”.
- Curso de formación de monitor de aula matinal.

D) Renovar e implantar nuevas infraestructuras urbanas en la zona. “mejoremos nuestro barrio”.

Arreglo de acerado, pinetes, farolas, alcantarillado contenedores, etc, con ello pretendemos el normal desarrollo de la vida de los vecinos, mayor seguridad ciudadana, salubridad e integración.

E) Creación de dos zonas deportivas en el entorno de la Calle Alberto Lagarde.

Este proyecto consideramos que es fundamental para la eficacia del resto de los proyectos.

Se ha detectado esta necesidad para favorecer el ocio y la eliminación de vertederos en la zona.

Se instalaran pistas deportivas en la parte superior e izquierda, actualmente descampados usados como vertederos, favoreciendo el ocio de jóvenes e infancia.

En la parte derecha hacer de nuevo jardín, mejorando infraestructura alumbrados, etc.

Con la finalidad de aprovechar ecológicamente el espacio.

F) Aula matinal en el Colegio Cardenal Spínola.

Con esta medida intentaremos prevenir el absentismo escolar, la puntualidad de los menores al centro y cubrir las necesidades básicas del desayuno que la mayoría de los niños carecen produciendo un rendimiento bajo.

Paralelamente se trabajaría los hábitos de higiene y alimentación de los menores, además de procurar un mayor acceso de los padres para la incorporación al mundo laboral.

Proyecto ha comenzado durante el año 2010 y continuará en años sucesivos.

PRESUPUESTO PARA ACTIVIDADES DE LAS DISTINTAS AREAS

Departamento de Salud y Consumo :..... 20.000 Euros

Patronato Municipal de Bienestar Social :

Presupuesto para Dependencia y ayuda a domicilio2.518.630 Euros

Presupuesto para gestión de Ley de Dependencia163.944 Euros

Presupuesto para Actividades con la comunidad gitana20.000 Euros

Presupuesto para Actividades en materia de inmigración15.000 Euros

Presupuesto Actividades Zonas Necesidades Transformación Social32.000 Euros

10.- CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN EN SALUD DE LA LOCALIDAD DE LINARES

El Diagnóstico de Salud de la población del municipio de Linares pretende ser una fotografía que nos indica el nivel de salud de la población, muestra los distintos determinantes que la afectan, así como los activos de salud que mantienen o elevan los niveles. También pretende ser un punto de partida como una herramienta para que los integrantes del grupo motor elaboren el Plan de Acción Local de Salud de Linares y prioricen los distintos problemas de salud como las intervenciones a llevar a cabo en la localidad.

El Plan Local de Salud, deberá de sostenerse sobre tres pilares fundamentales: la prevención, la participación y la transversalidad.

- **Prevención y promoción de la salud**, porque son la base de la nueva concepción de salud pública.

- **Participación**, porque en definitiva se trata de crear entornos de vida más saludable para todos, los propios ciudadanos deben ser protagonistas de la toma de decisiones y de las relaciones a través de las distintas redes sociales.

- **Transversalidad**, porque el lema “Salud en todas las políticas” ha de ser el principio inspirador de todo este proyecto, partiendo de la certeza de que desde la economía y la industria, desde la educación o la agricultura, desde el medio ambiente o el transporte, desde el deporte o el bienestar social, son muchas las decisiones que influyen en la salud de todas las personas que componen la comunidad. Basándonos en el modelo de determinantes sociales en Salud de Dahlgren y Whitehead y todas las acciones en salud deben de ser multisectoriales.

No podemos obviar que debemos de contemplar los siguientes puntos de mira: el género, la desigualdad y los activos en salud.

El Plan Local de Salud debe de ser un instrumento vivo, abierto y participativo, con capacidad de hacer frente a los nuevos problemas que surjan en la Localidad en esta

materia, a través de acciones informativas, formativas, de promoción, preventivas y de vigilancia de la salud.

Si analizamos la estructura de la población y su evolución observamos la distribución típica de la población de los países desarrollados, una pirámide en forma de bulbo o regresiva, con las siguientes características:

- Poca población en edades tempranas (actualmente un 16%), con tendencia a disminuir.
- Incremento considerable de población en los tramos de edad intermedios: gran concentración de población en edades activas.
- Aumento de los mayores de 65 años (actualmente más de un 15%) y un incremento de los mayores de 85 años, lo que es conocido como sobre-envejecimiento poblacional (actualmente más de un 1,5%) todo esto explica la tendencia al **envejecimiento poblacional**

Todo ello origina envejecimiento de la población y un aumento de las consecuencias sobre su salud como puede ser el aumento de la **cronicidad** y de la **dependencia**.

Si observamos la tasa bruta de natalidad (Nacidos vivos / Población Total x 1000) de Linares es similar a la población andaluza y mayor que la población de la provincia de Jaén. En cambio presenta una menor cifra de Tasa de fecundidad (Nacidos vivos / Población en edad fértil 15-49 x 1000) que la población andaluza y mayor que la población de la provincia de Jaén.

Si analizamos las características socioeconómicas de las diferentes zonas o barrios de la localidad de Linares encontramos **desigualdades** que pueden afectar al nivel de salud de la población. En Linares existen dos Zonas de Necesidades de Transformación Social, una de ellas en Arrayanes y la otra en la zona de la Barriada de La Zarzuela, El Cerro y San Antonio. Constituyéndose unos espacios urbanos claramente delimitados, en cuya población concurren situaciones estructurales de pobreza grave y marginación social, y en los que aparecen grandes problemas de habitabilidad y salubridad de las viviendas con el consiguiente deterioro urbanístico de la zona, elevados índices de absentismo y fracaso escolar, significativas deficiencias higiénicas y sanitarias,

aparición de fenómenos de desintegración social y altas tasas de desempleo junto a graves carencias formativas profesionales. Desde los Servicios Sociales Comunitarios del Ayuntamiento de Linares se han puesto en marcha diferentes medidas como son: el programa de Zonas con Necesidades de Transformación Social, el programa Ciudades ante las Drogas y el programa de actuación integral para la comunidad gitana con sus diferentes actuaciones.

Otro determinante socioeconómico que afecta la salud de la población es la elevada tasa de **desempleo** y mucho mayor en la mujer que en el hombre.

Con respecto al **nivel de instrucción** y educación de los habitantes de la localidad de Linares observamos porcentajes mayores de mujeres que presentan niveles de instrucción, analfabetismo o sin estudios frente a los hombres, y manteniéndose valores muy similares entre hombres y mujeres sobre el resto de estudios. Las mujeres presentan tasas de analfabetismo mucho más altas y superan dos veces y medio el valor de las de los hombres, siendo éstas menores que las andaluzas.

El **tabaquismo** representa el primer factor individual de riesgo de enfermedad y la primera causa aislada de enfermedad, relacionándose con más de 25 enfermedades. El porcentaje de personas fumadoras mayores de 16 años en la provincia de Jaén es mayor que el resto de las provincias andaluzas. Desagregando por sexo, observamos que el porcentaje de mujeres fumadoras es menor que en el resto de las provincias.

Jaén se presenta como la provincia andaluza con mayor porcentaje de personas que declaran que al menos una vez al mes consumen **alcohol** (55,2%). El consumo es más frecuente entre las personas más jóvenes. Además de en los jóvenes, la prevalencia más alta de consumo de alcohol aparecen entre las personas con mayores niveles de estudios, con rentas mensuales más altas y de clases sociales más favorecidas.

La **falta de adherencia a la dieta mediterránea** origina problemas de sobrepeso y obesidad. Las mujeres tienen menos problemas de **obesidad y sobrepeso** que los hombres, más del 40% tienen normopeso frente al 23% de los hombres. Un 28% de las mujeres tienen sobrepeso frente al 30% de los hombres y un 33% de las mujeres tienen obesidad en relación al 47% de los hombres.

Si analizamos los datos por sexo y grupo de edad podemos observar que conforme aumenta la edad también aumenta el porcentaje de sobrepeso y obesidad tanto en los hombres como en las mujeres.

La **actividad física y el deporte** constituye otro determinante de la salud de la población, observamos que existe una relación inversamente proporcional entre la edad con el nivel de actividad física.

Si analizamos el nivel de actividad física en el tiempo libre según el sexo podemos observar que las mujeres la realizan en menor medida que los hombres. En Linares existen los siguientes activos relacionados: un carril bici en el acceso a Linares por el polígono de los Jarales, tres rutas a través de vías verdes que aprovechan antiguos trazados ferroviarios y once rutas saludables con itinerarios diferentes. Disponemos de tres Instalaciones polideportivas Municipales, una Piscina Municipal Climatizada y 54 Clubes deportivos. Desde el Ayuntamiento se programan diferentes actividades deportivas a lo largo del año.

El porcentaje de **inmigrantes** de la localidad de Linares (2,5%) es muy similar al del resto de la provincia, siendo dos veces y medio inferior al de Andalucía (7,6%).

Si analizamos el origen de la inmigración observamos que existen diferencias significativas con los datos de Andalucía, la población inmigrante mayoritaria en Andalucía suele ser de origen Europeo y constituye más del 54% frente al 30% de Linares.

En cuanto a los controles realizados en cuestión de **Protección de la Salud** no observamos desviaciones significativas en cuanto a deficiencias o incumplimientos de normativa en establecimientos alimentarios, legionela, piscinas de uso colectivo, seguridad química y aguas de consumo. Con respecto a este último punto se debería de asegurar el control de la calidad sanitaria del agua de consumo independientemente si procede de la red de suministro o no. Sería deseable incrementar los flujos de

comunicación entre Distrito Sanitario y Ayuntamiento respecto censos de establecimientos e instalaciones así como de actuaciones realizadas.

En cuanto al cumplimiento de la normativa en materia de tabaquismo, se observa un cumplimiento generalizado de la ley.

En la localidad existen 4 centros de salud y un hospital comarcal. Existen dos puntos de urgencias uno de Atención Primaria y otro a nivel Hospitalario. Por lo que dispone de una buena **infraestructura sanitaria** para afrontar los problemas de salud de los ciudadanos.

Cabe destacar la labor realizada por los profesionales sanitarios en la captación de niños en pauta vacunal, dada la dificultad que supone la adscripción de muchos de estos niños a zonas de marginalidad y transformación social, el porcentaje de vacunación completa ha sido del 99,53% en el año 2010.

Linares cuenta con un importante **tejido asociativo**, en total 94 Asociaciones que pueden agruparse en los siguientes ámbitos, 13 de ellas se relacionan con asociaciones de pacientes y de ayuda mutua.

La **tasa de mortalidad** del municipio de Linares se encuentra estable en los últimos 10 años.

Las **causas de mortalidad** se encuentran ligadas a estilos de vida, principalmente las tres primeras causas: las **cardiovasculares** (33%), las **oncológicas** (22%) y las **respiratorias** (11%) representan más del 66%, y se encuentran en consonancia con las de la población andaluza. Las estrategias de intervención sanitaria abordan la prevención del riesgo cardiovascular y del cáncer.

Más del 42% de la carga de enfermedad dependen de los estilos de vida, si analizamos la morbilidad de los habitantes de la localidad de Linares observamos unas tasas mayores en personas con hipertensión arterial, diabetes y asma en adultos si la comparamos con la media andaluza. Por el contrario, se observa una menor tasa de insuficiencia cardíaca, asma infantil, EPOC y demencia. No se observa diferencia en la tasa de personas atendidas con necesidad de cuidados paliativos.

Y como reflexiones para la acción, para concluir, la morbi - mortalidad en el municipio de Linares está expuesta a factores de riesgo como:

- Bajo nivel económico (Pobreza) en algunas zonas de la población especialmente en las ZNTS.
- Entorno ambiental y familiar inadecuado especialmente en las ZNTS.
- Tabaquismo.
- Consumo excesivo de alcohol.
- Falta de actividad física.
- Hábitos alimentarios erróneos.
- Poca percepción de los riesgos.

Por lo tanto son:

- Prevenibles.
- Modificables.
- Susceptibles de mejora mediante la acción, muy especialmente ligada a programas de Promoción y Protección de la Salud, así como Prevención de la Enfermedad.

11.- PROPUESTAS DE INTERVENCIONES DESDE EL SECTOR SANITARIO PARA REDUCIR LA MORBI – MORTALIDAD

Desde el enfoque de determinantes sociales y activos en salud que se ha seguido para realizar este diagnóstico, y que será, junto al enfoque de género y de desigualdades el que guíe el desarrollo del Plan Local de Salud, huelga decir que las intervenciones que se habrán de recoger en el mismo tienen que proceder de todos aquellos sectores que han demostrado su influencia en la salud de las personas.

Las que se presentan a continuación, son algunas de las líneas y estrategias que desde el sector sanitario se desprenden a raíz de este diagnóstico, y que pasarán a formar parte del grueso de actuaciones que los distintos grupos de trabajo se definan tras la priorización y gestión de recursos disponibles, y que se plasmarán en el futuro Plan Local de Salud de nuestra localidad.

Las estrategias para reducir la mortalidad pueden ser a nivel individual dirigidas a cada persona según todas sus características personales (estado de salud, hábitos de vida, etc.) y a nivel poblacional en Andalucía la Consejería de Salud ha elaborado Planes Integrales y Procesos Asistenciales Integrados.

En esta línea cabe destacar los siguientes Planes Integrales:

- Plan Integral de Diabetes
- Plan Integral de Obesidad Infantil.
- Plan Integral de Atención a la Accidentabilidad.
- Plan Integral de Oncología.
- Plan Integral de Tabaquismo.
- Plan Integral de Atención a las Cardiopatías.
- Plan de Atención al Ictus.
- Plan Andaluz frente al VIH/Sida y otras ITS.
- Plan de Actividad física y alimentación equilibrada.

En la línea de Procesos Asistenciales cabe destacar:

- PAI Dolor Torácico.
- PAI Diabetes.
- PAI Ataque cerebrovascular.
- PAIs Oncológicos (Mama, Cervix, Prostata, etc.).
- PAI Atención al Trauma Grave.
- PAI Atención a personas fumadoras

11.1.- Intervenciones sobre el Riesgo Cardiovascular

a) CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR:

a.1.- HTA:

Cribado de la HTA mediante un control de TA con la siguiente periodicidad:

- Al menos una vez hasta los 14 años.
- Cada 5 años entre los 14 y 40 años.
- Cada dos años todas las personas mayores de 40 años
- Al menos una vez al año a los mayores de 65 años y en los casos con cifras de 130 – 139 /85 – 89 mm Hg.

a.2.- DISLIPEMIA:

Realizar cribado de dislipemia mediante una determinación de colesterol total sérico a aquellas personas que cumplan los criterios de inclusión establecidos por el PICA.

a.3.- OBESIDAD.

Intensificar las actividades de prevención de la obesidad.

a.4.- DIABETES:

Intensificar las actividades de cribado de la diabetes, a través de determinaciones de glucemia.

a.5.- TABAQUISMO:

Realizar cribado e intervención básica mediante criterios establecidos por el Proceso Asistencial Integrado de Atención a las persona fumadoras.

b) ACCIONES ENCAMINADAS A REDUCIR LOS FACTORES DE RIESGO:

b.1.- INTERVENCIONES PREVENTIVAS:

b.1.1.- PREVENCIÓN PRIMARIA:

- Identificación y registro de antecedentes de enfermedad vascular y nivel de prevención:

- Identificar y registrar en historia clínica informatizada antecedentes de enfermedad vascular conocida.
- Evaluar y registrar el Riesgo Cardiovascular a través del Test de Framingham.
- Registrar nivel de prevención: Primaria (sin enfermedad vascular) o Secundaria (se ha identificado una enfermedad vascular).
- Registro de las Enfermedades vasculares: cardiopatía isquémica (angina de pecho, IAM, angioplastia o cirugía de revascularización), enfermedad cerebrovascular (ictus isquémico, o hemorrágico, AIT, demencia vascular, angioplastia o endarterectomía carotídea) o arteriopatía periférica (claudicación intermitente, angioplastia o cirugía vascular periférica).

- Identificación y confirmación de factores de riesgo:

- Antecedentes familiares. Identificar y registrar antecedentes familiares de cardiopatía isquémica precoz (< 55 años en hombres y < 65 en mujeres, en familiares de primer grado).
- Tabaco. Identificar hábito tabáquico: fumador (toda persona que fuma regularmente o que ha abandonado el tabaco hace menos de 1 año), exfumador (persona que habiendo sido fumador, lleva al menos un año sin fumar), no fumador (persona que nunca ha fumado regularmente, al menos durante un mes), y fase de abandono. Cribado de tabaquismo: cada 2 años a partir de los 12 años. No es necesario en >25 años que nunca han fumado, en cualquier caso se realizará intervención básica según PAI y se ofertará intervención avanzada a personas que deseen abandonar el hábito..
- HTA. Identificar y registrar los antecedentes personales de HTA. Toda persona que reciba tratamiento farmacológico antihipertensivo se considerará hipertensa. Para la confirmación de HTA se requiere al menos 2 o más medidas de presión arterial, tomada en consulta en cada una de 2 o más visitas, tras la detección inicial.

Cribado: una vez hasta los 14 años, cada 5 años entre los 14 y los 40, cada 2 años en >40. Cifras de 130-139/85-89 una vez al año.

Diagnóstico de etiología, grado de gravedad, grado de repercusión visceral.

- Diabetes Mellitus. Identificar y registrar DM. Todo paciente que reciba tratamiento farmacológico para la DM se considera diabético. Cribado oportunista: anualmente a personas con factores e riesgo de DM y cada 3 años en el resto de >45 años.

Diagnóstico: glucemia basal ≥ 126 , glucemia a las 2 horas de SOG (75 gr) ≥ 200 , síndrome hiperglucémico con glucemia al azar > 200 . Las 2 primeras se confirman con una nueva determinación.

-Dislipemias. Identificar y registrar dislipemias. Toda persona que reciba tratamiento hipolipemiante se considera dislipémico. Cribado: 1 vez en <35 años varones o < 45 años en mujeres y cada 5 años hasta los 75. En >75 al menos 1 vez si no se ha determinado antes.

Diagnóstico; CT ≥ 240 , HDL < 40 , LDL ≥ 160 .

- Valoración y estratificación del riesgo cardiovascular

- Asignar prevención primaria o secundaria.

- Prevención secundaria pertenece siempre a RCV alto.

- El cálculo del RCV se realiza ante la presencia al menos de un factor de RCV mayor. Se recomienda la aplicación del método de Grundy. Se asignarán las siguientes categorías: >20 alto, 10-20 moderado, <10 bajo. Directamente bajo si no hay ningún factor de riesgo mayor. Directamente alto: DM con micro o macroalbuminuria, dislipemias familiares aterogénicas, HTA grado III o con afectación de órgano diana.

B.1.2.- Prevención secundaria:

- Modificaciones de estilos de vida o intervenciones no farmacológicas:

- Diseñar Plan de Cuidados individualizado con los siguientes Objetivos específicos:

- Conocimientos sobre enfermedad vascular y factores de riesgo por parte del paciente y/o cuidador.

- Conocimiento sobre medidas no farmacológicas que el paciente debe adoptar para mejorar la evolución de su proceso.
- Conocimientos sobre el tratamiento farmacológico (posología y posibles efectos secundarios).
- Actuación sobre estilos de vida:
 - Dar Recomendaciones sobre estilos de vida a todos los pacientes, independientemente de que reciban o no tratamiento farmacológico. Las que han demostrado ser eficaces para reducir la morbimortalidad cardiovascular son:
 - Abandono del tabaquismo (Grado de recomendación B).
 - Realización de ejercicio físico aeróbico regular (Grado de recomendación B).
 - Modificaciones dietéticas consistentes en:
 - Incremento del consumo de frutas y verduras frescas (Grado de recomendación A).
 - Reducción de la ingesta de grasa total y sustitución de las grasas saturadas por poli y monoinsaturadas (Grado de recomendación A).
- **Actuaciones específicas sobre los factores de riesgo:**
 - **Intervención tabáquica:**
 - a) Explicación detallada de los riesgos del consumo del tabaco e información clara de los beneficios que supone su abandono.
 - b) Valoración de la dependencia a la Nicotina a través del Test de Fagerström.
 - c) Consejo breve antitabaco a los fumadores adecuado y en cada visita desde el momento del diagnóstico (Grado de recomendación A):
 - **Hipertensión arterial:**
 - a) **Tratamiento no farmacológico:**

Deben recomendarse y mantenerse en todos los hipertensos, con independencia de que reciban o no medicación antihipertensiva.

- Disminución de la ingesta de sodio en la dieta (Grado de recomendación A).
- Ejercicio físico aeróbico regular (Grado de recomendación A).
- Reducción del peso corporal (Grado de recomendación A).
- Limitación del consumo de alcohol. (Grado de recomendación A).
- Incremento del consumo de fruta y verdura fresca con alto contenido en potasio (Grado de recomendación A).
- Reducción de la ingesta de grasa total y saturada (Grado de recomendación A).

b) Tratamiento farmacológico

Debe ser individualizado, teniendo en cuenta la comorbilidad, indicaciones y contraindicaciones según la patología asociada

- Aunque puede utilizarse cualquier grupo farmacológico, los diuréticos tiazídicos a dosis bajas constituyen el primer escalón del tratamiento antihipertensivo (Grado de recomendación A).
- No se recomienda Doxazosina en monoterapia (Grado de recomendación A).
- En un elevado porcentaje de hipertensos serán necesarias las combinaciones de dos o más fármacos para controlar adecuadamente las cifras tensionales.
- Informar sobre los posibles efectos secundarios de la medicación y sobre la necesidad de un adecuado cumplimiento terapéutico.

- Dislipemia

a) Tratamiento no farmacológico:

Debe recomendarse a todo paciente con dislipemia, con independencia de que reciban o no medicación hipolipemiente.

- Modificar el estilo de vida (Grado de recomendación A). Las intervenciones que han demostrado ser eficaces son:

- Intervención dietética: Debe ser instruido en el seguimiento de una dieta mediterránea (Grado de recomendación A).

- Reducción del peso corporal: Si tiene sobrepeso u obesidad ($IMC > 25 \text{ Kg/m}^2$) debe recibir consejo (dieta hipocalórica y recomendaciones sobre ejercicio físico) para reducir su peso corporal (Grado de recomendación B).
- Realización de ejercicio físico aeróbico regular adaptado a sus características (Grado de recomendación B).

El objetivo es conseguir los objetivos de LDLc establecidos para cada paciente.

b) Tratamiento farmacológico

El tratamiento hipolipemiante se basará fundamentalmente en los valores de LDLc:

- Si es inferior a 100 mg/dl. se indicarán o reforzarán las medidas no farmacológicas.
- Si es mayor o igual a 130 mg/dl, se indicará tratamiento farmacológico.
- Si está entre 100 y 129, se indicará tratamiento no farmacológico intensivo durante un máximo de 3 meses, realizándose una valoración e intervención posterior según los resultados obtenidos.

En la hipertrigliceridemia aislada, el tratamiento farmacológico se recomienda en los casos de dislipemias familiares aterogénicas (hiperlipemia familiar combinada, disbetalipoproteinemia) y de hipertrigliceridemias con riesgo de pancreatitis aguda (triglicéridos $> 1.000 \text{ mg/dl.}$, antecedentes personales de pancreatitis).

En general, los fármacos más recomendables son las estatinas, aunque también pueden emplearse, según el caso, las resinas de intercambio iónico y los fibratos.

La elección del fármaco se basará en el perfil lipídico y en la eficacia demostrada en ensayos clínicos. Los más recomendables en prevención secundaria son: simvastatina (20-40 mg/día) (Grado de recomendación

A) y, en determinados casos (triglicéridos elevados y/o HDLc bajo), gemfibrozilo (1200 mg/día) (Grado de recomendación A).

Informar sobre posibles efectos secundarios de la medicación y la necesidad de un adecuado cumplimiento terapéutico.

Una vez iniciado el tratamiento hipolipemiante, este debe mantenerse de forma indefinida, salvo intolerancia o efectos secundarios.

Los ajustes posológicos se realizarán trimestralmente, según los valores de LDLc, hasta conseguir el objetivo terapéutico.

El objetivo de iniciar o continuar el tratamiento farmacológico es conseguir los objetivos de LDLc establecidos.

b.2.- Seguimiento de intervenciones preventivas

b.2.1.- Seguimiento en prevención primaria:

- Prevención secundaria: oportunista (cese de hábito tabáquico o consejos breve antitabaco o tratamiento), trimestral (PA, Fc, IMC, cumplimentación terapéutica, detección efectos secundarios) , anualmente (analítica, EKG, exploración física completa).
- Prevención primaria RCV alto: igual.
- Prevención primaria RCV moderado-bajo: igual.
- Cálculo RCV: anual en personas con RCV moderado-alto. Bienal en personas con RCV bajo si tienen algún factor de riesgo presente.

b.2.2.- Seguimiento en prevención secundaria.

- De forma oportunista:
 - a) Observar el cese del hábito tabáquico y refuerzo del abandono si éste se ha producido.
 - b) Consejo breve antitabaco, si procede
- Semestralmente, al menos:
 - a) Valoración de las cifras de PA y FC y ajuste terapéutico si procede.
 - b) Valoración del cumplimiento terapéutico e instauración de medidas de mejora, si procede.

- c) Detección, registro y valoración de efectos secundarios y/o reacciones adversas relacionadas con la ingesta de fármacos, introduciendo las modificaciones terapéuticas pertinentes.
- d) Refuerzo de medidas educativas sobre estilos de vida y refuerzo positivo de los objetivos alcanzados.
- e) Valoración perfil lipídico y ajuste terapéutico si procede. Si está con medicación hipolipemiente se valorará cada 3 meses hasta alcanzar los objetivos terapéuticos.
 - Anualmente:
 - a) Valoración de resultados de los análisis y EKG solicitados.
 - b) Realizar exploración física completa.

c) Desarrollar actividades de actualización de los conocimientos de los profesionales

c.1.- Actualización de la evaluación del riesgo cardiovascular:

Actualizar los conocimientos de los profesionales sanitarios en la Evaluación del Riesgo Cardiovascular, así como de las distintas actividades de prevención primaria y secundaria de las enfermedades cardiovasculares que se pueden poner en marcha aprovechando las sesiones de formación continuada de los centros.

c.2.- Actualización en rcp básica y avanzada de todo el personal:

Actualizar los conocimientos y habilidades en RCP Básica y Avanzada de todos los profesionales, esto facilitara la puesta al día en los últimas recomendaciones y el reciclaje de los profesionales, y mejorará la atención sanitaria.

c.3.- Dotación de desfibriladores:

En todos los puntos de Atención Continuada de todas las UGC de AP (12) disponen de desfibriladores semiautomáticos y de maletines de urgencias y emergencias con los medios de RCP, oxigenoterapia, y las medicaciones más usuales para este tipo de pacientes. Se tiene previsto de ir incrementando este número y acercarlos a otros centros de AP que no disponen de punto de atención continuada.

11.2.- Intervenciones para reducir la mortalidad en procesos oncológicos:

La Unión Europea elaboró un decálogo para reducir la incidencia de cáncer.

Los diez preceptos del decálogo europeo para la lucha contra el cáncer

Algunos tipos de cáncer pueden evitarse, y para ello es básico que:

1. No fume y si fuma deje de fumar lo antes posible. No fume delante de otros.
2. Sea moderado en su consumo de bebidas alcohólicas
3. Evite la exposición excesiva al sol
4. Respete las instrucciones profesionales de seguridad durante la producción, manipulación o utilización de toda sustancia cancerígena. Su salud mejorará si sigue las dos normas siguientes (puntos 5 y 6) que, además, reducen el riesgo de padecer ciertos tipos de cáncer.
5. Coma frecuentemente frutas y verduras frescas y cereales de alto contenido en fibra
6. Evite el exceso de peso y limite el consumo de grasas.

Más tipos de cáncer podrían curarse si se detectaran antes

7. Consulte a su médico en caso de alguna forma de evolución anormal: cambio de aspecto de un lunar, un bulto o una cicatriz.
8. Consulte a su médico en caso de trastornos persistentes, como tos, ronquera, cambio en sus hábitos intestinales o pérdida de peso injustificada.

Específico para mujeres

9. Hágase un frotis vaginal, tal como lo establezca su médico especialista
10. Vigile sus senos regularmente, y si es posible hágase una mamografía a los intervalos regulares que su médico le recomiende.

Las seis primeras recomendaciones del Decálogo de Lucha contra el Cáncer, configuran la prevención primaria, siendo las cuatro últimas recomendaciones parte de la prevención secundaria o diagnóstico precoz. Con la prevención primaria lo que se trata de conseguir es que no se produzca la enfermedad, por lo que es muy importante conocer los factores de riesgo que pueden incidir en la aparición y posterior desarrollo de la misma. A continuación se analizarán los mencionados preceptos.

11.2.1.- Estrategias para reducir la mortalidad en cáncer de mama

- Evaluar la cobertura del programa de cribado de cáncer de mama, con objeto de conocer el margen de mejora y trabajar conjuntamente con los ayuntamientos y las entidades locales para mejorar las medidas de captación. Intensificando las estrategias de captación en los municipios con sobremortalidad.
- Actualizar anualmente los censos de mujeres con edades comprendidas en el programa de cribado de cáncer de mama.
- Realización de folletos informativos para aumentar la captación del programa de cribado de cáncer de mama donde aparece la importancia de acudir al screening y de contactar telefónicamente con el personal de programa si la mujer no ha recibido la citación para realizarse la mamografía.
- Realizar la captación desde las consultas de medicina de familia y enfermería de las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama, hacer un seguimiento personalizado.
- Intensificar las medidas para mejorar los estilos de vida - especialmente las específicas contra el tabaquismo, la obesidad y el sedentarismo
- Evaluar y mejorar el cumplimiento de las medidas establecidas en el Proceso Asistencial de cáncer de mama..

11.2.2.- Estrategias para reducir la mortalidad en cáncer de pulmón

- Implantar el Proceso Asistencial Integrado (PAI) de cáncer de pulmón
- Implantar el Proceso Asistencial Integrado (PAI) de atención a las personas fumadoras
- Continuar con los grupos de deshabituación tabáquica avanzados con apoyo psicológico y/o fármacos que hay en las UGC de AP.
- Realizar a todos los pacientes que acudan a consulta de médico de familia y enfermería el consejo mínimo antitabáquico, con la Explicación detallada de los riesgos del consumo del tabaco e información clara de los beneficios que supone su abandono. Entrega de documentación de apoyo, por escrito, facilitada por el SSPA. Y realizar una valoración de la dependencia a la Nicotina a través del Test de Fagerström y ofertar ayuda para realizar un intento serio de abandono del tabaco.
- Continuar con todas la medidas del Programa FORMA JOVEN para la prevención del tabaquismo y de los programas A NO FUMAR ME APUNTO.

11.3.- Estrategia del Uso Adecuado de los medicamentos en los centros de Atención Primaria del Distrito Sanitario Jaén Norte.

- Seguimos la estrategia global del SSPA:

- Prescripción de medicamentos por principio activo (PA) y de los productos sanitarios por prescripción genérica.
- Elección de los medicamentos de Primera elección para tratar los problemas de salud más frecuentes y con una fuerte apoyo bibliográfico de evidencia científica.
- Uso adecuado de Productos Sanitarios con indicación precisa y siguiendo los protocolos aprobados por la comunidad científica.
- Formación a los profesionales sanitarios.
- Programa de Visado para los distintos medicamentos y productos sanitarios de especial riesgo.

- Los ciudadanos puede prevenir los errores relacionado con el uso de los medicamentos:

- Conociendo sus medicamentos.

- Tenga una lista de los nombres de sus medicamentos, cuánto y cuándo los toma.
- Incluya las medicinas sin receta, vitaminas y hierbas y suplementos.
- Lleve esta lista a todas sus visitas con el médico.
- Leer y seguir las instrucciones de las etiquetas o prospectos de los medicamentos. No tome remedios recetados a otra persona.
- Hacer preguntas. Si no conoce las respuestas a estas preguntas, pregunte a su médico, a su enfermera o farmacéutico:
 - ¿Por qué tengo que tomar este remedio

- ¿Cuáles son los efectos a los que tengo que estar atento?
- ¿Qué debo hacer si ocurren?
- ¿Cuándo debo dejar de tomar el medicamento?
- ¿Puedo tomar este remedio junto con las otras medicinas de mi lista?

- Decálogo para el para el paciente sobre el uso apropiado de las medicinas.

1. Consulte con su Centro de Salud, con su médico(a) o enfermero(a), o farmacéutico(a) cuando tenga preguntas sobre alguna medicina.
2. Mantenga una lista de las medicinas que usted toma. Su lista debe incluir los medicamentos con y sin receta médica (o de venta libre), vitaminas, remedios a base de hierbas medicinales, y otros suplementos dietéticos o nutricionales que usted tome. Asegúrese de enseñársela a su médico de familia para que pueda actualizar su historia médica y ayudarle a usar las medicinas de una forma segura.
3. Antes de empezar una nueva medicina, consulte con su centro de salud o un farmacéutico(a). Ellos pueden ayudarle a evitar que tome medicinas y suplementos dietéticos o nutricionales que no se mezclan bien.
4. Escoja la medicina que trata sólo el problema que le está afectando. Tomar medicinas para condiciones que no tenga no le ayudará, sino que puede hacerle daño y causar efectos secundarios innecesarios.
5. Lea la etiqueta cada vez que tome una medicina. Aunque usted crea que conoce su medicina, asegúrese cuál medicina es, qué trata, y cómo debe usarla. También asegúrese que tenga suficiente luz para poder ver la etiqueta claramente.
6. Conozca los ingredientes activos en todas sus medicinas. Los principios activos forman la parte de la medicina que hace que funcione. No tome al mismo tiempo dos medicinas que tengan el

mismo ingrediente activo, porque el tomar demasiada cantidad de un mismo ingrediente activo puede hacerle daño.

7. Use la dosis incluida en el prospecto de la medicina y no tome más de lo recomendado. Si esta dosis no le ayuda, consulte con a su centro de salud. Tome la medicina sólo por la cantidad de tiempo que recomienda el prospecto. Si usted cree que necesita usar la medicina por más tiempo, consulte con su proveedor de servicios de salud.
 8. Mantenga la medicina en el envase, frasco, o tubo original para que pueda encontrar las instrucciones fácilmente. Mantenga las medicinas fuera del alcance de los niños y las mascotas. Guárdelas en una caja cerrada con llave, o en un armario.
 9. Guarde sus medicinas en un lugar fresco y seco. Esto ayudará a que las medicinas funcionen mejor y duren más tiempo.
1. Si la fecha de caducidad de la medicina ha pasado, la medicina no será tan efectiva. A través de su farmacia usted puede obtener información sobre la forma más segura para deshacerse de medicinas vencidas o caducadas, y de la misma forma mantenerlas fuera del alcance de los niños.