



GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS  
CONSEJERIA DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS



Plan Municipal de Salud de Morcín

2008 / 2013

# Plan Municipal de Salud

de Morcín



Ayuntamiento de Morcín



**Edita**  
Federación Asturiana de Concejos  
Consejería de Salud y Servicios sanitarios del Principado de Asturias

**Colabora**  
Ilmo. Ayuntamiento de Morcín

**Impreso en**  
Repromorés, S.L.

**Deposito Legal**  
AS-4070/08

Se permite la reproducción total o parcial de este libro,  
siempre y cuando no sea con fines comerciales y se referencie la fuente.

# Plan Municipal de Salud

de Morcín



Ayuntamiento de  
Morcín

# ÍNDICE

<b>PRESENTACIÓN</b>	<b>7</b>
<b>I. FUNDAMENTACIÓN Y METODOLOGÍA</b>	<b>11</b>
1. Plan Municipal de Salud	12
2. Criterios metodológicos	14
3. Indicaciones para la implementación del Plan Municipal de Salud del Concejo de Morcín	18
4. Estructura del Plan	21
<b>II. PLAN DE ACTUACIÓN</b>	<b>23</b>
1. Descripción general del concejo de Morcín	25
2. Población	29
Datos significativos	29
Propuestas y prioridades	39
Objetivos y líneas de actuación	40
Indicadores para la evaluación	41
3. Aspectos socioeconómicos	43
Datos significativos	43
Propuestas y prioridades	57
Objetivos y líneas de actuación	58
Indicadores para la evaluación	59
4. Recursos sociosanitarios	61
Datos significativos	61
Propuestas y prioridades	74
Objetivos y líneas de actuación	76
Indicadores para la evaluación	81
5. Medio ambiente, urbanismo y comunicaciones	83
Datos significativos	83
Urbanismo	89
Transporte y telecomunicaciones	91
Propuestas y prioridades	95
Objetivos y líneas de actuación	96
Indicadores para la evaluación	99
6. Estado de salud	101
Datos significativos	101
Seguridad ciudadana	133
Propuestas y prioridades	146
Objetivos y líneas de actuación	148
Indicadores para la evaluación	154
7. Estilos de vida	157
Datos significativos	157
Propuestas y prioridades	174
Objetivos y líneas de actuación	176
Indicadores para la evaluación	181
<b>III. EVALUACIÓN DEL PLAN MUNICIPAL DE SALUD</b>	<b>183</b>
Métodos de evaluación	184
Indicadores para la Evaluación del Plan Municipal de Salud	184
<b>IV. FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>187</b>



**E**n mayo de 2006, la **Federación Asturiana de Concejos** y la **Consejería de Salud y Servicios Sanitarios** firman el convenio para la creación de la *Red Asturiana de Concejos Saludables*, bajo los principios estratégicos del Plan de Salud de Asturias 2004-2007.

En la línea de actuación 5 del mencionado plan regional, *Convivir en Pueblos Saludables*, se pone en evidencia que la calidad de las infraestructuras de las ciudades y pueblos influye significativamente en la salud y es una condición necesaria para que la sociedad funcione.

El principal objetivo de esta Red es apoyar a las ciudades y municipios adheridos en la implementación de políticas y estrategias basadas en el documento *Salud para Todos en el año 2000* de la Organización Mundial de la Salud.

Los requisitos que han de cumplir aquellos concejos que forman parte de la Red incluyen:

- Desarrollo de políticas intersectoriales de promoción de la salud
- Participación de la comunidad
- Intercambio de comunicación y experiencias entre los concejos adheridos

Este movimiento de Municipios Saludables tiene sus raíces en los conceptos recogidos en *Salud para Todos en el año 2000* y la *Carta de Ottawa*, documentos en los que se reconoce la importancia que tiene el ámbito local en la promoción de salud, así como el relevante papel que han de tener los gobiernos municipales en la misma, poniendo énfasis en las desigualdades de salud, las necesidades de los grupos en riesgo y en los determinantes sociales económicos y ambientales de la salud.

A nivel operativo, los ayuntamientos tienen que desarrollar la visión estratégica de la salud de las ciudades y comprometerse a trabajar de forma coordinada e integral con otras organizaciones e instituciones locales para mejorar el ambiente físico y social de la ciudad.

De este modo, el Ayuntamiento de Morcín, consciente de la importancia de la promoción de la salud en el concejo, se adhiere a la Red Asturiana de Concejos Saludables tras acuerdo plenario el **28 de diciembre de 2006**, con la principal finalidad de promover la salud y el bienestar en general de toda la población y con el compromiso de cumplir las obligaciones que se derivan de dicha adhesión:

- Formulación de políticas municipales en los distintos ámbitos sectoriales
- Creación de entornos físicos y sociales saludables
- Refuerzo de la acción comunicativa promoviendo la participación pública
- Apoyo a las personas con el fin de desarrollar su habilidad para mantener y mejorar la salud.



La adhesión del concejo a la **Red Asturiana de Concejos Saludables** y la apuesta por estar entre los primeros concejos de Asturias en elaborar un Plan Municipal de Salud, han sido pasos importantes para conseguir el objetivo de aumentar el nivel de salud de la población morcieniega.

## Morcín, Concejo Saludable

En esencia, un **concejo saludable** es aquel que se compromete y ejecuta acciones en el ámbito de la salud con miras a mejorar la calidad de vida de la población. La clave para construir un municipio saludable es propiciar un cambio de actitud y del concepto que se tiene de la promoción de la salud a través del establecimiento de políticas públicas saludables, servicios y programas.

Un municipio saludable comienza con el desarrollo y/o fortalecimiento de la relación entre las autoridades locales, líderes de la comunidad y representantes de los sectores público y privado, para colocar la salud y la calidad de vida como prioridades en la agenda política y como elemento central del plan de desarrollo municipal. Por ejemplo, con el diseño de políticas sanitarias desde la comunidad para una adecuada gestión del tráfico, zonas peatonales, calidad del aire, ruido, zonas verdes, adecuada gestión de residuos, etc.

El concepto Ciudad Saludable implica a los ayuntamientos, pero también a representantes de otros sectores como salud, asuntos sociales, educación, ONGs, medios de comunicación y población en general.

Pero ¿a qué nos referimos concretamente cuando hablamos de Salud?

En un primer acercamiento se suele entender la salud como la **ausencia de la enfermedad**. Al igual que hay distintas enfermedades y que muchas de ellas pueden manifestarse en varios grados de gravedad, la salud tampoco es un estado bien definido y estable, sino un concepto relativo y dinámico. No existe la salud absoluta, sino distintos niveles de salud.

Una concepción moderna de la salud la define como un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento; no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

El fin de las actuaciones, tanto personales como públicas, frente a la enfermedad y la salud consiste, en términos generales, en conseguir el **mayor nivel de salud posible** teniendo en cuenta las circunstancias personales, sociales e incluso históricas, influyendo en los **factores determinantes de la salud** que son:

- **La biología humana:** las condicionantes físicas y bioquímicas del ser humano en el sentido de la genética, de alteraciones congénitas y/o hereditarias, pero también el proceso continuo de cambio y evolución del cuerpo humano desde el nacimiento hasta el fallecimiento, y la pertenencia a un sexo determinado.

- **El entorno socioeconómico:** los recursos económicos, el acceso al empleo, a la educación y formación, y a la vivienda, las condiciones laborales, etc.
- **El entorno social y cultural:** las relaciones familiares, las redes sociales, la tradición y la cultura, con sus conceptos de enfermedad y salud y los roles asignados a mujeres y hombres, a la infancia, la adolescencia o la vejez.
- **El medio ambiente y las infraestructuras:** el clima, el grado de contaminación y de calidad del agua, del aire, del suelo; la contaminación acústica; la disponibilidad y el consumo de distintas fuentes de energía, los distintos sistemas de transporte.
- **Los estilos de vida:** los hábitos de alimentación, la actividad física, el consumo de tabaco, alcohol, medicamentos o drogas; los hábitos sexuales; la prevención de riesgos para la salud/ integridad física.
- **El sistema de cuidados:** la atención preventiva, la curativa, la conservadora y la paliativa a personas enfermas.

Lo que en un primer momento y espontáneamente más se suele asociar con el binomio salud–enfermedad es la atención sanitaria, los medicamentos o los hospitales, aspectos que representan únicamente uno de los factores determinantes del estado de salud en un concejo.

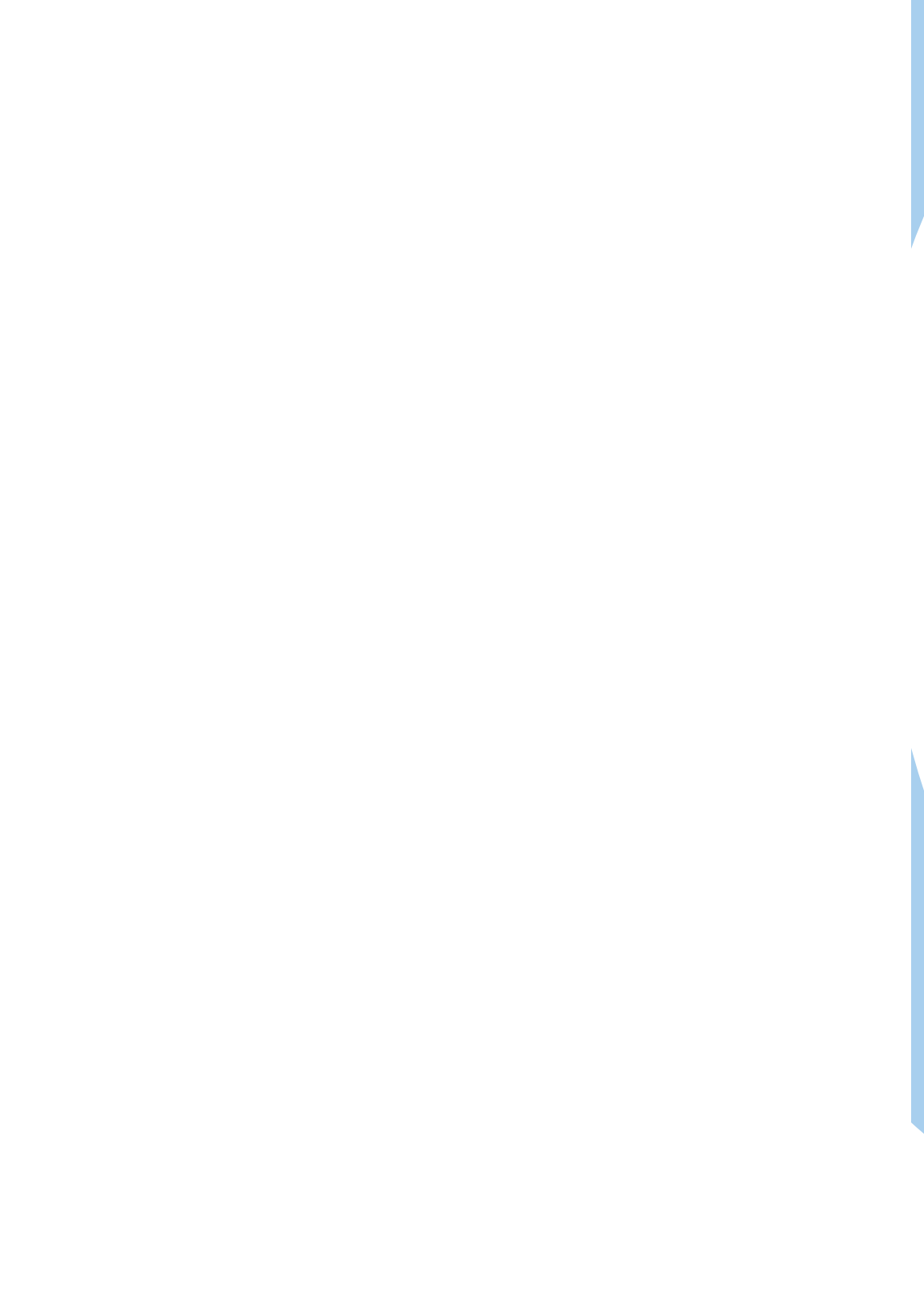
La Atención Primaria y Especializada que cumpla con las necesidades cuantitativas y cualitativas de la población y de accesibilidad no discriminatoria por razones físicas, de género, económicas o socioculturales es importante y se puede considerar como básico y de cumplimiento obligatorio en cualquier sociedad desarrollada.

Por ello, una de las tareas incluida en la elaboración del Plan Municipal de Salud consiste en la recogida de los datos sobre la Atención Sanitaria existente en el concejo y para sus habitantes con el fin de detectar deficiencias, si las hay, y promover mejoras dentro de la cooperación interinstitucional, dado que la planificación de la Atención Sanitaria no es competencia municipal.

Sin embargo, teniendo en cuenta que todos los determinantes mencionados están vinculados entre sí, el Plan Municipal de Salud debe incorporar datos sobre cada uno de ellos con el fin de poder ofrecer un **diagnóstico integral de la Salud en el concejo**.

El **Plan Municipal de Salud** que se presenta a continuación define, basándose en el diagnóstico del estado de salud actual y las aportaciones de las distintas organizaciones, asociaciones y de la ciudadanía en general, los objetivos generales y concretos y va a ser el marco para futuros programas y proyectos de promoción de la salud.

No obstante, este Plan no debe entenderse como un documento cerrado, sino como **inicio de un proceso continuo, racional, abierto y participativo**.



The background features large, abstract, overlapping shapes in a light blue color against a white background. These shapes are curved and organic in form, creating a modern, minimalist aesthetic. The shapes are positioned around the central text, framing it without obscuring it.

# I Fundamentación y metodología

## 1. PLAN MUNICIPAL DE SALUD

En el marco del proyecto de “Ciudades Saludables” de la Organización Mundial de la Salud, la herramienta propuesta para formular políticas municipales que, desde los distintos ámbitos sectoriales, confluyan en la protección y promoción de la salud de la ciudadanía, creando entornos físicos y sociales saludables, es el **Plan Municipal de Salud**, cuya finalidad es sistematizar y planificar la respuesta a dicho reto, evitando la degradación del entorno urbano.

El Plan Municipal de Salud es uno de los objetivos básicos a desarrollar por los municipios integrantes de la *Red Asturiana de Concejos Saludables*. Se trata de diseñar una *planificación estratégica* dirigida a mejorar el estado de salud de la población. Es la herramienta principal en la tarea de formular esa planificación para las políticas municipales saludables en los distintos ámbitos sectoriales, en la creación de entornos físicos y sociales saludables y equitativos, y en la promoción de la participación ciudadana en el mantenimiento y mejora de la salud.

### Plan Municipal de Salud:

Estrategia municipal planificada para incrementar el grado de salud de la población, que tiene por finalidad actuar sobre los “factores determinantes para la Salud”, eliminando o al menos reduciendo los negativos y fortaleciendo y reforzando los positivos en el marco de políticas de prevención y protección de la salud.

El **Plan Municipal de Salud** es, por lo tanto, un paso importante en este proceso continuo que permite:

- Elaborar y poner a disposición de las instituciones competentes y de la población en general un **diagnóstico del estado de salud actual del concejo**.
- Definir y consensuar, dentro del objetivo general de elevar el nivel de salud, los **objetivos más concretos** entre todos los agentes sociales del concejo, incentivando en el mayor grado posible la participación e implicación de la ciudadanía.
- **Priorizar los objetivos** en función de la repercusión que tengan en la salud de la población y de la facilidad o dificultad de su logro a corto, medio y largo plazo.

Hay objetivos relativamente fáciles en el sentido material; es decir, que no necesitan grandes recursos económicos, como por ejemplo la prohibición de fumar en lugares públicos. Otras medidas sí requieren grandes inversiones y una planificación a largo plazo, como por ejemplo la construcción de una nueva depuradora de agua o la instalación de plantas de generación de energía renovable. Finalmente, hay objetivos que a pesar de no necesitar grandes esfuerzos económicos, se realizan lentamente como por

ejemplo todos los que tienen que ver con la concienciación y el cambio de estilos de vida poco saludables.

- Definir un marco temporal para la puesta en marcha y la duración de los programas y proyectos.
- Definir indicadores de evaluación para que los agentes sociales y la misma ciudadanía puedan observar el grado de cumplimiento de los propósitos y, en su caso, poder proceder a la adaptación y el desarrollo de los objetivos, programas y proyectos.

### **Los Principios en los que ha de basarse el Plan son:**

#### **• Planificación**

La planificación es esencial en la elaboración del Plan y la programación que lo desarrolla. Entre los aspectos a destacar, señalamos los siguientes:

- Partir de un análisis riguroso de la situación actual en salud del municipio, teniendo en cuenta todos sus factores determinantes.
- Establecer un diagnóstico completo y veraz, con prioridades.
- Fijar objetivos realistas, específicos, alcanzables y medibles.
- Adoptar medidas operativas que desarrollen directa o indirectamente los objetivos.
- Evaluar los resultados y ajustar el Plan a la evolución de la situación.
- Tener en cuenta los referentes de planificaciones territoriales de orden superior (autonómicos, estatales...).
- Utilizar modelos, técnicas y herramientas de planificación contrastados en otras investigaciones similares.

#### **• Coordinación**

Debe contemplar la coordinación intramunicipal, interinstitucional y el encuentro con la sociedad civil.

#### **• Liderazgo político**

La necesaria integración intramunicipal, interinstitucional y con la ciudadanía del Plan hace imprescindible el necesario apoyo político, tanto en su fase de elaboración como en la de puesta en marcha, implementación y revisión.

#### **• Carácter globalizador e integrador**

El Plan debe dirigirse a la ciudadanía, contando con la participación de la población a la que se dirige, pero a su vez se plantea desde una visión global de los problemas y factores, evitando exclusiones y considerando a la persona como un todo.

Por ello, tan solo queda decir que, aún siendo responsabilidad municipal, este Plan queda a disposición de cualquier persona o entidad que desee promover la calidad de vida en el concejo, convirtiéndose en un documento de referencia o intención que va a permitir establecer nuevos cauces de actuación y estrategias coordinadas de intervención local.

De este modo, será una herramienta de mucha utilidad para el Consejo de Salud Municipal, cuyos miembros, que representan tanto al Centro de Salud como al Ayuntamiento y movimiento asociativo, han participado intensamente en su elaboración y, por tanto, son las personas que mejor conocen las iniciativas que deben ponerse en marcha acordes con el sentir de la ciudadanía y la opinión técnica.

## 2. CRITERIOS METODOLÓGICOS

El propio proyecto Ciudades Saludables aporta una metodología consistente en el tradicional ciclo de planificación:

• **Análisis de la situación o Diagnóstico de Salud**, siguiendo a su vez la siguiente metodología:

**I. Análisis de fuentes bibliográficas.** Partiendo de fuentes estadísticas oficiales, estudios, publicaciones y memorias de servicios, se ha tratado de construir un marco aproximativo a la situación de la salud en Morcín en la actualidad.

**II. Entrevistas en profundidad a personas expertas.** Además de la consulta a diversas fuentes de documentación y el contacto directo con la ciudadanía, se han realizado entrevistas a profesionales de diversas áreas, lo que ha permitido conocer de primera mano la situación real de algunos de los factores condicionantes de la salud de la población del concejo.

**III. Elaboración de tablas, cuadros mapas o descripción**, de acuerdo con la clasificación de los datos recogidos.

**IV. Redacción del documento final** y elaboración de conclusiones y propuestas para el debate.

**Los objetivos de este análisis de la realidad del concejo son:**

1. Recopilar datos sobre demografía y su evolución, tanto en el concejo de Morcín, como en la comarca y Asturias, al considerarse referencias claves para afrontar y planificar cualquier tipo de acción o política pública.

2. Analizar aspectos socioeconómicos del concejo, pues el grado de desarrollo económico y social --principalmente el nivel de estudios, la economía local o el paro registrado-- son factores que van a influir de forma muy directa en el nivel de salud.

3. Inventariar los diferentes recursos sociosanitarios que existen en el concejo de Morcín (municipales y mancomunados), con una breve descripción de los mismos, con el fin de valorar a través de la participación ciudadana las mejoras que puedan precisarse.
4. Detectar los principales problemas sociosanitarios de Morcín, ya sea a través de entrevistas a personas expertas o de pequeños grupos de debate, estableciendo propuestas o líneas de mejora que puedan resultar viables para el Ayuntamiento u otras entidades implicadas en la calidad de vida de la población del concejo.
5. Comprobar la calidad del medio ambiente, las actuaciones en urbanismo, así como la cobertura de las comunicaciones en Morcín, todos ellos aspectos relevantes para la salud del concejo.
6. Analizar los estilos de vida, ya que el estilo de vida de una persona puede ponerla en riesgo de enfermedad o muerte, a causa de unos malos hábitos alimenticios, la falta de ejercicio o el consumo de drogas.
7. Recoger datos sobre el estado de salud y calidad de vida de las personas que viven en el concejo.
8. Plasmear un marco de referencia sólido y basado en la realidad diagnosticada, que pueda servir para la puesta en marcha del Plan de Salud Municipal, y que contará con la constante participación de la ciudadanía.

Por tanto, se ha realizado un estudio pormenorizado de los problemas de salud existentes en el concejo utilizando para ello información aportada por la ciudadanía, a través de sus diversas agrupaciones, por profesionales de diversos ámbitos de la salud (Sanidad, Servicios Sociales, Educación,...), a la que se ha sumado la obtenida de otras fuentes: informes y estudios sobre problemas concretos, entrevistas personalizadas a personal técnico y fuentes estadísticas y bibliográficas sobre el concejo.





## ESTRUCTURA DEL ANÁLISIS DE LA REALIDAD

- 1) Características Generales
- 2) Demografía
- 3) Aspectos Socioeconómicos
- 4) Recursos Sociosanitarios
- 5) Medio Ambiente
- 6) Urbanismo
- 7) Comunicaciones
- 8) Seguridad Ciudadana
- 9) Programas de Educación para la Salud y Medioambiente
- 10) Estado de Salud y Estilos de Vida.

Posteriormente, una vez terminada la fase de análisis de realidad sobre el estado de salud, plasmada ésta en un documento técnico, se pone en marcha la siguiente fase enfocada a trazar objetivos y líneas de intervención en base a los aspectos más relevantes puestos de manifiesto en el mencionado documento.

### • Establecimiento de prioridades

Los aspectos más destacados surgidos en el diagnóstico estadístico-técnico de la anterior fase nos dan la visión de lo que *se puede, se debe o se necesita hacer*.

Para seleccionar las prioridades, se ha tenido en cuenta el segmento de la población destinataria afectada, la necesidad de ser reforzadas y las facilidades y/o dificultades para actuar sobre el problema desde el ámbito municipal.

En esta fase, se elaboró un cuestionario y se mantuvieron reuniones y mesas de trabajo con personal técnico municipal y de los servicios sanitarios, con agentes sociales, grupos políticos y asociaciones para que indicasen los aspectos que consideraran más relevantes, graduando su importancia; todo ello, enfocado a promover la implicación ciudadana en la consideración de sus necesidades y prioridades, además de en los objetivos específicos a alcanzar en materia de prevención y promoción de la salud local.

### • **Determinación de objetivos**

Cada uno de los objetivos específicos y líneas de intervención responden a unos objetivos generales que serán el eje de articulación e intervención del Plan de Salud Municipal de Morcín, los cuales se enumeran a continuación:

- 1. Potenciar la atención e intervención a la infancia, adolescencia y juventud, de forma que se mejore la prevención, promoción y protección de la salud en el ámbito infantil y juvenil.**
- 2. Disminuir las desigualdades en salud debidas al género, protegiendo a la población femenina y fomentando la igualdad de oportunidades y el respeto hacia las mujeres.**
- 3. Promocionar el envejecimiento saludable y la visión positiva de la vejez, de forma que las personas mayores puedan permanecer el mayor tiempo posible activas y partícipes de la vida del concejo.**
- 4. Proteger a las personas en riesgo de exclusión social, promoviendo su integración en la sociedad y reduciendo los efectos perjudiciales para su salud debidos a la situación de vulnerabilidad.**
- 5. Promover que todas las personas del concejo alcancen el mejor nivel de salud posible, fomentando mejoras en los principales condicionantes de la salud; es decir, los recursos sociosanitarios, los estilos de vida, el medioambiente, el urbanismo, las comunicaciones y la economía local.**

### • **Establecimiento de programas y actividades**

A partir de los objetivos anteriores, se proponen líneas de actuación a seguir para alcanzar los mismos. No se han planteado como programas ya cerrados, ya que el establecimiento de estos correspondería al ámbito técnico desde el que se propongan realizarlos. Estas líneas de actuación son el eje sobre el que se pueden desarrollar posteriormente los planes operativos, y nos definen cómo se pueden alcanzar los objetivos marcados.

### • **Ejecución**

Supone la implementación del Plan Municipal de Salud en el período establecido (2008-2012).

### • **Evaluación y nuevo análisis.**

Además de la evaluación de cada programa concreto, el Plan ha de ser evaluado, preferiblemente con una periodicidad anual. Para ello, en cada apartado estudiado se ofrecen una serie de indicadores que serán los que nos faciliten la evaluación, dándonos una referencia de la evolución de cada fenómeno o problema considerado.

### 3. INDICACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN MUNICIPAL DE SALUD DEL CONCEJO DE MORCÍN

#### Creación de un Órgano de Coordinación operativa

Del Diagnóstico de Salud previo a este Plan surge un pre-requisito que se dibuja como realmente importante para garantizar la viabilidad y funcionamiento eficaz del mismo: la creación y dinamización de un ÓRGANO DE COORDINACIÓN OPERATIVA, ampliación y complemento del **Consejo Municipal de Salud**. Este órgano de coordinación estará formado por las diferentes áreas del Ayuntamiento con competencias sobre materias sensibles a las políticas de salud, así como representantes de la comunidad de profesionales de Salud, Educación, Medio Ambiente y Servicios Sociales del concejo y diversas asociaciones. Los objetivos fundamentales de este ÓRGANO DE COORDINACIÓN OPERATIVA serán:

- Definir necesidades: estructurales, financieras y organizativas.
- Establecer prioridades y actividades clave.
- Realizar un seguimiento de las actividades emprendidas.
- Definir los roles y funciones de cada participante.
- Potenciar la cooperación entre los organismos participantes.
- Poner en marcha un plan de marketing intersectorial que publicite las actuaciones que cada participante realiza en temas de salud.
- Reconocer y valorar el trabajo realizado por cada uno de sus miembros.
- Proponer nuevas actividades que den continuidad al plan.

#### Creación de la figura de Responsable de la Coordinación operativa

Este órgano de coordinación debería contar con una persona que supervise todo el proceso y permita asegurar la consecución de los objetivos propuestos en este Plan.

El papel de COORDINADOR/A conllevará, entre otras, las siguientes funciones:

- Potenciar la cooperación entre los distintos actores: ayuntamiento con sus correspondientes áreas, población, instituciones gubernamentales y no gubernamentales, etc.
- Desarrollar las distintas acciones impulsadas por el Ayuntamiento.
- Fomentar, desde diversas áreas del Ayuntamiento, la realización de las acciones contempladas en el Plan.
- Coordinar las diversas administraciones implicadas en el Plan de Salud.
- Coordinar las diversas áreas y servicios municipales implicados en el Plan de Salud.
- Implicar a diversos sectores en el desarrollo del Plan.

- Estimular, desde diversos ámbitos, acciones para el fomento de la salud de la población del concejo.

### Infraestructura de apoyo a la formación

Este plan contempla, en los distintos programas que lo integran, un gran número de propuestas formativas, tanto en la línea de ‘formación de formadores/as’ (dirigida a capacitar a profesionales de la mediación socio-sanitaria, educativa y social), como en la línea de ‘formación de las poblaciones diana’ (dirigida a capacitar a segmentos concretos de la población). Por ello, podría resultar de interés contar con una cierta infraestructura que permitiera optimizar los recursos (humanos, técnicos, económicos), unificar criterios básicos, asesorar la puesta en práctica y evaluar las acciones formativas que se lleven a cabo.

### Recursos

Para llevar a cabo los programas, actividades e intervenciones que se plantean en este Plan de Salud, hay una serie de RECURSOS fundamentales en prácticamente todas las propuestas que se realizan. Por ello, y a fin de evitar su reiteración, en este apartado introductorio se citan todos aquellos recursos que se consideran clave para una puesta en práctica eficaz, efectiva y eficiente de este Plan de Salud:

- Ayuntamiento.
- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.
- Servicio Público de Empleo.
- Red Asturiana de Concejos Saludables.
- Instituto Asturiano de la Mujer.
- Organizaciones no gubernamentales de ámbito comunitario y nacional (ONGs).
- Universidad de Oviedo.
- Centros educativos.
- Dirección Provincial de Trabajo y Seguridad Social.
- Empresa de autobuses responsable del transporte público en el concejo.
- Asociaciones diversas:
  - Vecinales
  - Comerciantes
  - Empresas
  - Padres y madres
  - Amas de casa
  - Personas con algún tipo de discapacidad
  - Jóvenes
  - Mujeres
  - Medioambientales.

- Sindicatos.
- Colectivo de personas desempleadas

### Refuerzo de actividades

#### Días Mundiales

Puede resultar de enorme interés para la dinamización y el refuerzo de los programas e intervenciones que en este Plan de Salud se proponen, la realización de diversas actividades y jornadas coincidiendo con la celebración de los distintos Días Mundiales que promueve la Organización Mundial de la Salud (Día Mundial Sin Tabaco, Día Mundial del Sida, Día Mundial del Medio Ambiente...). Morcín podría utilizar anualmente el 'Día Mundial del Medio Ambiente' y el 'Día Mundial del árbol' como jornadas de fomento y mejora del entorno del municipio, intentando canalizar actividades del Ayuntamiento, de la Concejalía de Medio Ambiente y de las asociaciones ecologistas.

### Subvenciones a proyectos

Una forma de apoyar determinadas líneas de actuación y/o de cubrir algunas lagunas que puedan detectarse puede ser el apoyo económico, a través de subvenciones para proyectos de promoción de la salud, que incidan en los ámbitos abordados en este Plan.

### Apoyo a Asociaciones

Uno de los elementos clave para la adecuada implementación del Plan de Salud es la participación real de la población. Sin esa participación, las posibilidades reales de lograr los objetivos que se proponen disminuyen drásticamente. La participación 'real' de la población implica una relación en igualdad y co-responsabilidad, valorando la aportación de todas las personas, proporcionando los espacios, situaciones y dinámicas de interacción que potencien esa participación e incentivando la capacidad participativa real en la elaboración de propuestas concretas, como en la puesta en marcha de alternativas y soluciones.

Una buena estrategia para lograr una verdadera participación de la población (imprescindible para que hagan suyo este Plan) es a través del apoyo y la potenciación de todas aquellas asociaciones que trabajan en el municipio y que, de una forma u otra, permiten que la población sea la verdadera protagonista de las acciones. Estas asociaciones proporcionan una serie de ventajas para poder conseguir los objetivos marcados ya que, a través de su trabajo, conocen a la población en la que desarrollan su actividad y han establecido una relación de confianza mutua y estrategias metodológicas eficaces.

### Apoyo a profesionales de la salud

Es probable que la lectura de las propuestas aquí presentadas permita identificar algunos 'puntos fuertes' de la intervención que ya se están realizando. Sería muy recomendable en ese caso, que dichas actuaciones sean reconocidas y reforzadas.

Paralelamente, es posible que también hayan sido detectados algunos puntos débiles de tales profesionales (lagunas de información, actitudes prejuiciosas o discriminatorias, aspectos de formación a mejorar, habilidades no desarrolladas...). Esta identificación - que puede permitir la elaboración de planes y proyectos de formación específicos - constituiría, sin lugar a dudas, una de las consecuencias más destacables del presente documento.

## 4. ESTRUCTURA DEL PLAN

Tras una breve reseña de las **características generales del concejo**, para hacer el Plan de Salud más operativo se ha estructurado en seis apartados que tienen correspondencia con los determinantes de la salud:

- **Población:** aspectos demográficos indicadores de salud, grupos diana de población respecto a la salud
- **Aspectos socioeconómicos:** actividad económica del concejo, desempleo, uso de nuevas tecnologías, etc
- **Recursos sociosanitarios:** instalaciones municipales, recursos sanitarios, programas de educación y promoción de la salud, etc
- **Medio ambiente, urbanismo y comunicaciones:** condiciones básicas de salud ambiental, calidad de la vivienda, infraestructuras del concejo
- **Estado de salud, discapacidad y seguridad ciudadana:** enfermedades comunes, causas de mortalidad, morbilidad crónica, seguridad ciudadana, violencia de género
- **Estilos de vida:** tabaquismo, alcoholismo, alimentación, ejercicio físico y hábitos sexuales

Asimismo, cada uno de estos seis bloques ha sido subdividido en unos apartados comunes para cada uno:

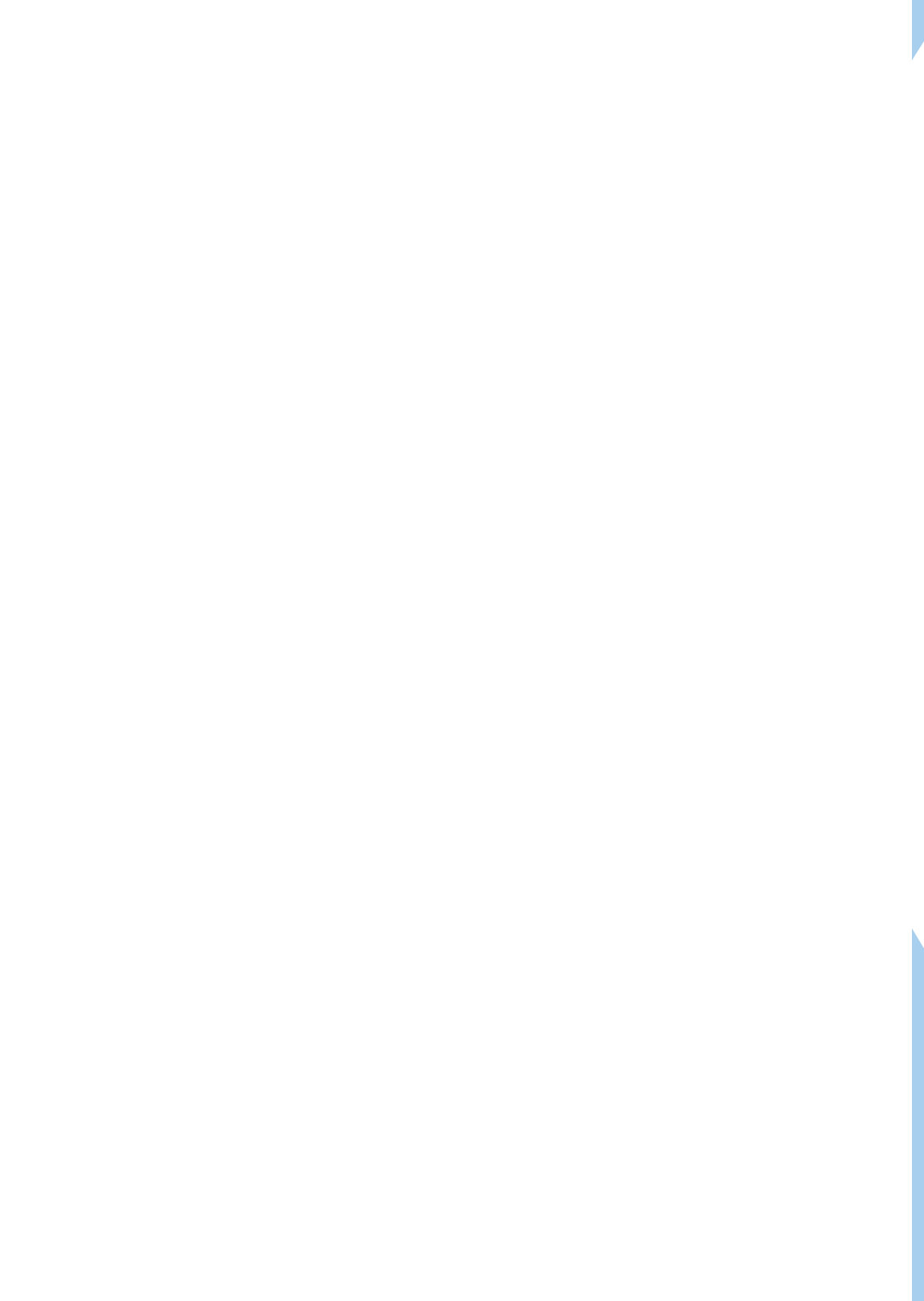
#### DATOS SIGNIFICATIVOS.

#### PROPUESTAS Y PRIORIDADES:

Surgidas de la Participación Técnica y Ciudadana.

#### OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN.

#### INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN.





II  
Plan de Actuación



CONCENJO

## 1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL CONCEJO DE MORCÍN



El concejo de Morcín se encuentra situado en el centro de la comunidad autónoma del Principado de Asturias, flanqueado al norte por el municipio de Ribera de Arriba, al oeste por los de Santo Adriano y Quirós, al este por el de Mieres y al sur por Riosa.

Es un pequeño concejo, de 50,05 Km<sup>2</sup>, con una abrupta topografía que se desarrolla entre los 1.712 m de cota máxima en el pico Gamonal, en la sierra del Aramo (considerado Paisaje Protegido en el Plan de Ordenación de los Recursos Naturales de Asturias), y los 140 m de cota mínima, situada en el río Caudal. Otras alturas destacadas son los picos de La Mostayal (1.301 m), Peña La Vara (1.211 m), el Monsacro (estribación del Aramo con una altitud oscilante entre los 802 m de Covariella y los 1.057 de La Fayona) y el Llosoriu (993 m).

Su reducida extensión lo sitúan entre de los veinte municipios más pequeños del Principado de Asturias.

Dan forma a su relieve materiales antiguos paleozoicos, del Devónico y Carbonífero, destacando las calizas carboníferas, o de montaña, que forman las más importantes elevaciones.

En su paisaje vegetal predominan el matorral y el erial a pasto (hay pastizales de buena calidad, aprovechados por la cabaña ganadera), que ocupan más del 40% de la superficie, pero sigue habiendo algunos bosques de hayas, robles, castaños, manzanos, sauces y abedules, así como abundantes arbustos como el acebo y el enebro.

Administrativamente, se encuentra dividido en siete parroquias: San Miguel de Argame, Santa Eulalia de Morcín —que es a su vez la capital del concejo—, San Esteban de Castandiello, San Pedro de Peñerudes, San Juan de la Piñera, San Sebastián de Morcín y San Antonio de la Foz. Esta numerosa división parroquial, para un concejo de tan exigua superficie, infiere claramente las dificultades que históricamente tuvieron que superar los diferentes núcleos de población en su relación y comunicación tanto interna como externa. Estos núcleos se asientan cada uno de ellos en pequeños valles separados entre sí que descienden de manera acusada por la ladera este de la sierra del Aramo.

El principal curso fluvial, el río Caudal, atraviesa el concejo de forma marginal por su extremo nororiental, primero en dirección sureste-noroeste, para virar posteriormente su cauce dirección hacia el norte tras la fuerte inflexión que el río traza en la zona de Parteayer.

El valle excavado por el río Caudal permitió la apertura de la carretera (N-630), que durante casi tres décadas constituyó la salida principal de Asturias hacia la Meseta hasta la apertura de la A-66, entre Mieres y Oviedo bajo El Padrún.

Morcín ha sido desde siempre un concejo eminentemente rural, de marcada tradición ganadera gracias a los inmejorables pastos que posee en la sierra del Aramo y en el Monsacro. Esta tradición ganadera ha sido también la base de una actividad artesanal en la fabricación de los conocidos quesos de afuegal pitu, por los que en la actualidad es reconocido incluso fuera de las fronteras nacionales.

Sin embargo, no se debe olvidar otra actividad secular, la minería del carbón. Desde los inicios de la explotación del pozo Montsacro, en 1846 (ahora propiedad de la empresa estatal minera Hunosa), la actividad extractiva ha ido dejando una huella imborrable en el paisaje y en el paisanaje de este territorio. La huella profunda de la minería se puede observar no sólo en el subsuelo, sino también en su hábitat, en la forma de ser y de entender la vida de sus gentes y en el carácter noble y solidario de las mismas.

Las siete parroquias del concejo de Morcín presentan distintos tipos de hábitat en función de la actividad predominante. De este modo, La Foz muestra una inequívoca vocación minera en los núcleos de Las Mazas y los Lugares de Arriba y de Abajo, cercanos físicamente al pozo minero del Montsacro y zonas de reclutamiento de su mano de obra.

Las entidades de población del resto de las parroquias, excepto Santa Eulalia, presentan un predominio de las actividades ganaderas. Santa Eulalia, la capital del concejo, ha ido durante los últimos años cambiando su fisonomía con la construcción de un número importante de viviendas que la han convertido en una pequeña ciudad dormitorio de los núcleos de población más cercanos, como Oviedo y Mieres.

La población censada en el concejo en 2007, según cifras del Instituto Nacional de Estadística alcanzaba la cifra de 2.996 habitantes, con prácticamente el mismo número de hombres y de mujeres. Su pirámide de población comienza a acusar los síntomas de envejecimiento, que en Asturias son evidentes desde hace algunas décadas, aunque sin alcanzar los niveles tan acusados que se observan en otros concejos de la región. En Morcín todavía 1.411 habitantes (algo más del 47% de la población) se encontraban en 2007 por debajo de los 44 años de edad. Si a esto le unimos la llegada de población joven que se está asentando en Santa Eulalia, mayoritariamente parejas, podemos concebir fundadas esperanzas de un próximo rejuvenecimiento de su población.

Pero esta afluencia no sólo servirá para frenar el envejecimiento de su población, sino que también sirve ya para evitar o reducir su lento pero progresivo descenso pobla-

---

cional desde los máximos históricos alcanzados en la década de los años 60 (4.296 habitantes) gracias al auge de la minería. Morcín, y más concretamente su parroquia de La Foz, como otros muchos concejos mineros asturianos, fue en su momento tierra de promisión y de acogida para muchas familias que aquí encontraron un lugar donde vivir y trabajar.

Pero la lenta recesión de la actividad minera ha significado también el lento e inexorable declive de su población. La cercanía de importantes núcleos urbanos y la mejora de las comunicaciones ha permitido el éxodo de muchas personas que han fijado su residencia fuera del concejo, pero conservando su vieja vivienda como segunda residencia, a la que retornan con facilidad y frecuencia.

POBLACIÓN

## 2. POBLACIÓN

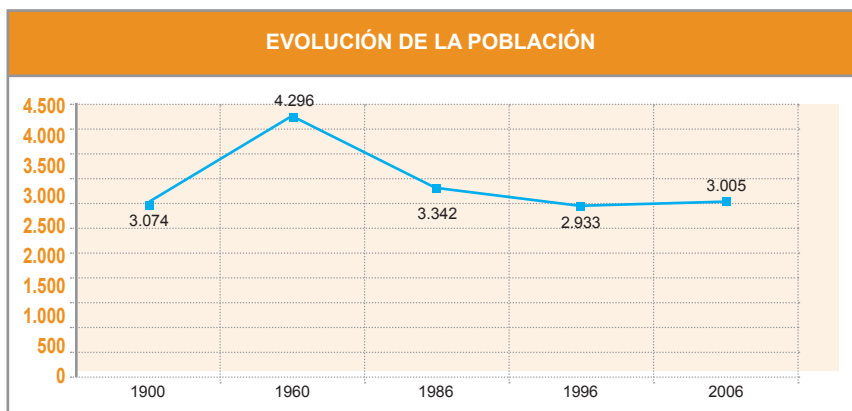
### Datos significativos

#### Evolución de la población 1900-2006

El número de habitantes de Morcín apenas ha variado a lo largo de la última centuria. Sin embargo, examinando los censos decenales se aprecian dos claras etapas diferenciadas:

La primera llega hasta 1960 y es de crecimiento, a pesar de algunas variaciones debido a la emigración y al estancamiento demográfico que se sufrió durante la Guerra Civil.

La segunda abarca desde 1960 hasta la actualidad y se caracteriza por el declive poblacional, con una pérdida acusada, pasando de 4.296 habitantes en el censo de 1960, a casi 3.000 en la actualidad. Las pérdidas no han sido proporcionadas entre todas las parroquias. Las pérdidas poblacionales más acentuadas se registraron en Sebastián, San Esteban y Peñerudes, pero también fueron significativas en Argame o La Foz. La mejor librada es Santa Eulalia, ya que por su proximidad a Oviedo se ubican primeras y segundas residencias de personas que trabajan fuera del territorio del municipio, convirtiéndose así en un prototipo de ciudad dormitorio.



La población total del concejo en el año 1900 ascendía a 3.074 personas censadas, con una densidad de población de 60,15 hab/km<sup>2</sup>, que correspondía al 0,48% de la población total de Asturias, la más elevada hasta el día hoy. Desde ese momento la población de Morcín ha sufrido escasas variaciones, teniendo su momento álgido en el

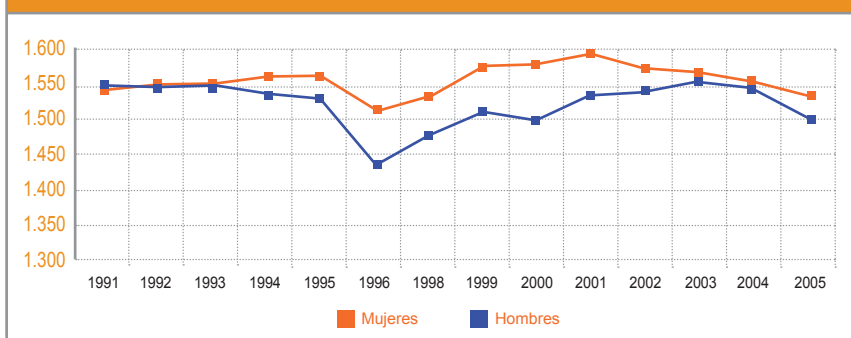
año 1960, con 4.296 personas censadas, y su momento más bajo en el año 1996 con 2.933 personas en el censo. En el año 2006 presentó un censo total de 3.005 habitantes, con una densidad de población de 60,04 hab/km<sup>2</sup>, que corresponde al 0,27% de la población total asturiana, lo que nos indica que la población del concejo no ha sufrido ningún crecimiento, sino todo lo contrario.

TABLA EVOLUCIÓN POBLACIÓN 1900-2006 MORCÍN.

	Censo Población	Densidad Población	% respecto a Asturias
Año 1900	3.074	61,06	0,48%
Año 1960	4.296	85,83	0,43%
Año 1986	3.342	66,77	0,30%
Año 1996	2.933	58,60	0,26%
Año 2006	3.005	60,04	0,27%
Año 2007	2.996	59,86	0,27%

Fuente: SADEI 2007

EVOLUCIÓN POBLACIÓN 1991-2005



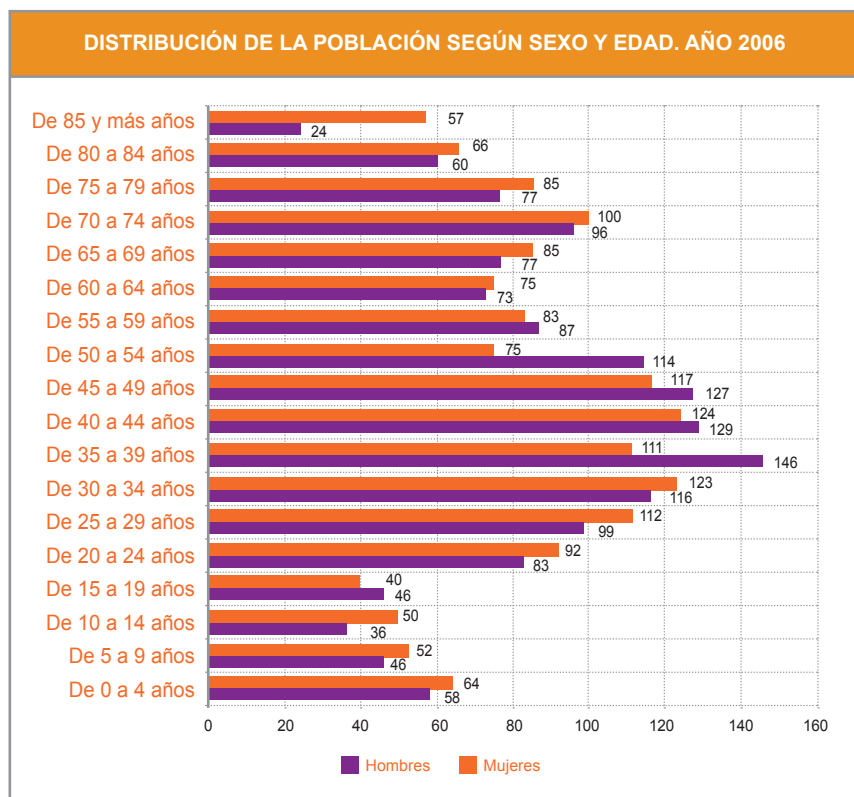
La evolución de la población femenina y masculina es muy pareja, pero el número de mujeres es siempre superior, destacando más significativamente en la década 1995-2005.

### Situación poblacional año 2006

El concejo presenta una población total de 3.005 personas censadas, el intervalo de edad con mayor número de personas corresponde al de 35 a 39 años, con un total de 257 personas, y el de menor corresponde a los intervalos de 85 y más años (81 personas), pero que ya supone una alta esperanza de vida en el concejo, y a los de 10 a 14 y 15 a 19 años (86 personas), lo que supone una escasa población infantil y juvenil.

La suma de las personas mayores de 65 años representa un 24,2%, lo que supone prácticamente una cuarta parte de la población total del concejo, dando una idea del envejecimiento poblacional que ofrece Morcín. No obstante, aparece un porcentaje significativo de población en edad activa, de 20 a 64 años, que puede hacer que la demografía cambie notablemente en el concejo si se dan las condiciones adecuadas durante los próximos años. Es de destacar el asentamiento de población joven en Santa Eulalia.

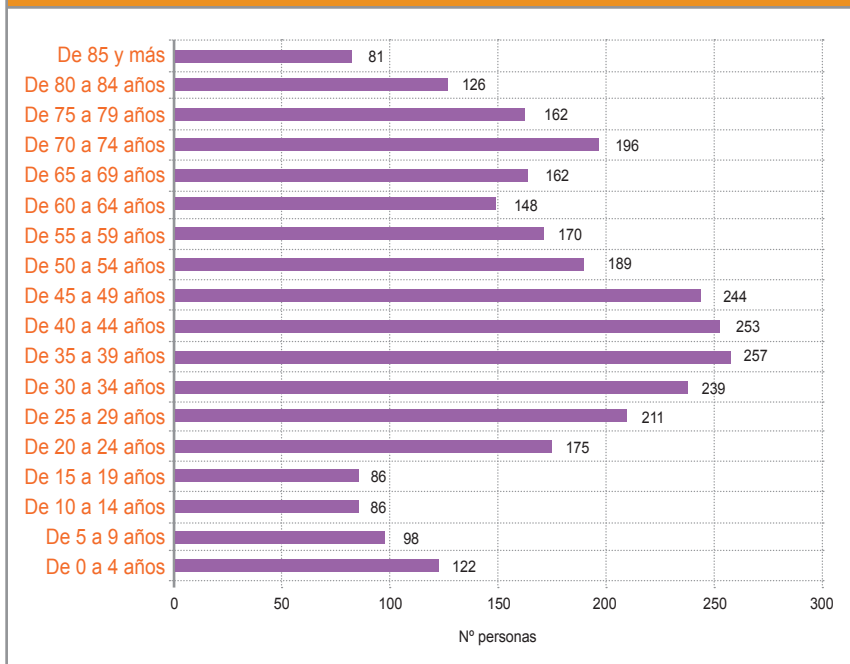
Salvo en las personas mayores de 85 años, en las que las mujeres representan el 70,4% de la población, no se aprecian diferencias estructurales notables por sexos en los distintos rangos. Respecto a la diferencia registrada en el intervalo citado, se explica por una tasa de mortalidad más acusada en los hombres que en las mujeres en esa edad.





Envejecimiento poblacional superior al resto de Asturias, presentando un mayor incremento relativo de mujeres en las edades más avanzadas.

#### DISTRIBUCIÓN POBLACIÓN POR RANGO DE EDAD. AÑO 2006



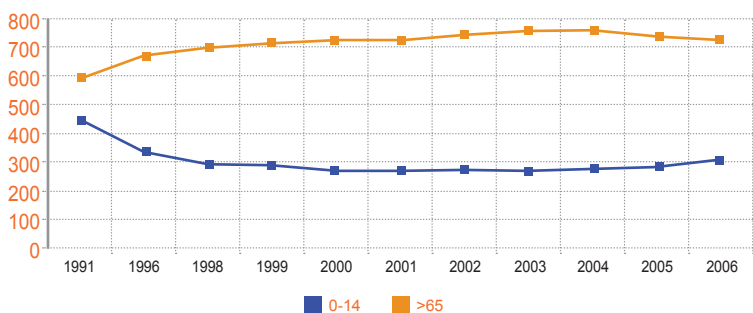
#### Población por edades. Intervalos significativos

Si se analiza la evolución del peso sobre la población total de dos grupos de edad fundamentales (menores de 14 años y mayores de 65), podemos observar que presentan trayectorias completamente divergentes desde los años 90 hasta la actualidad. El porcentaje de personas menores de 14 años sobre el total de la población sufre un descenso continuado y el de mayores de 65 años, un aumento progresivo. Estos datos se enmarcan en el proceso de envejecimiento progresivo que se está experimentando de forma generalizada en todo el país y de forma particular en comunidades como el Principado de Asturias. No, obstante conviene destacar el aumento de población

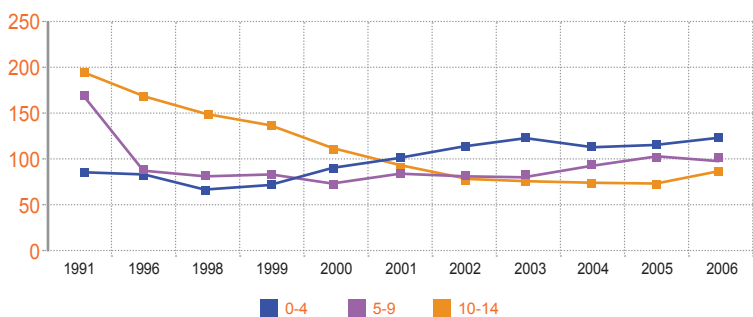
infantil y juvenil registrada en Morcín en los últimos cinco años (ver tabla evolución de la población de 0-14 años).

Pérdida relativa de población con respecto al resto de Asturias en las edades comprendidas entre 25-34 años (probable efecto de no asentamiento de jóvenes en décadas anteriores) y entre 55-64 años (probable efecto de las jubilaciones anticipadas con emigración posterior y mayor repercusión de la guerra civil española que en el conjunto de Asturias).

#### EVOLUCIÓN POBLACIÓN DE 0 A 14 AÑOS Y MAYORES DE 65



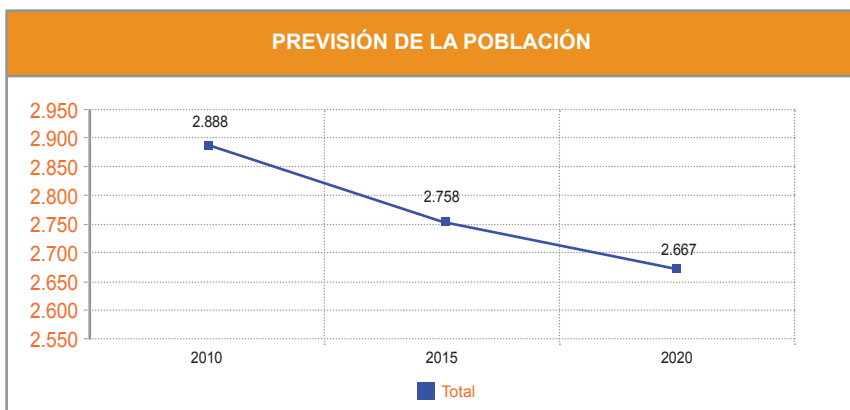
#### EVOLUCIÓN POBLACIÓN DE 0 A 14 AÑOS (1991-2006)



Tras el estudio de la evolución de los indicadores demográficos en los últimos 15 años (Fuente: Sadei), se prevé una disminución progresiva de la población del concejo, si bien cabe destacar que en dicha previsión aparece un aumento en el porcentaje de población joven y una disminución en el porcentaje de mayores de 64 años.

PREVISIÓN DE LA POBLACIÓN DEL CONCEJO DE MORCÍN					
Edad	2000	2005	2010	2015	2020
0-19	448	393	423	478	492
20-34	693	618	580	509	492
35-54	879	933	949	940	911
55-64	321	331	318	297	307
>65	725	741	616	534	465
<b>Total</b>	<b>3.066</b>	<b>3.016</b>	<b>2.888</b>	<b>2.758</b>	<b>2.667</b>

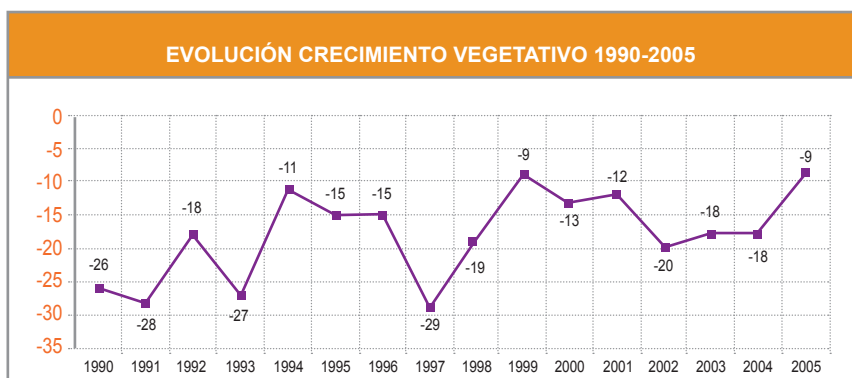
Fuente: SADEI. 2006



### Crecimiento vegetativo. Natalidad y mortalidad

El concejo de Morcín, al igual que el resto de la comunidad autónoma, presenta desde 1990 hasta la actualidad un crecimiento vegetativo negativo. Es decir, un mayor número de defunciones que de nacimientos. Las cifras del concejo son muy similares a las de Asturias. Así, el crecimiento vegetativo de la región en el año 2005 se situó en  $-5,221$  ( $-4,93$  por mil), frente a  $-9$  ( $-4,48$  por mil) registrado en Morcín.

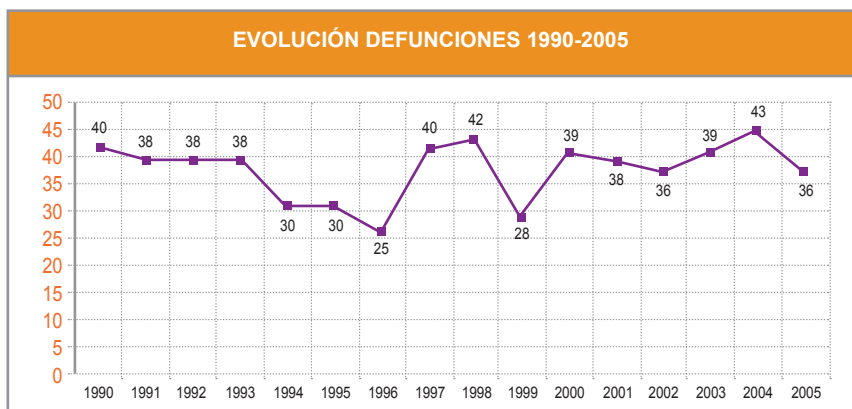
El momento más crítico en Morcín se fecha en 1997, con un valor de  $-29$ . El año 2005 se sitúa con una de las tasas más bajas de crecimiento vegetativo negativo, lo que puede suponer un indicador de inicio de evolución positiva de población.



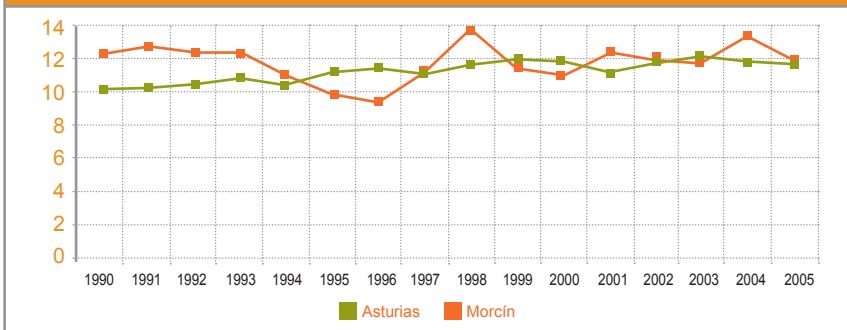
Fuente: SADEI. 2006

### Evolución de las defunciones

Morcín se encuentra, al igual que el resto de Asturias, situada a la cabeza de las comunidades autónomas en este apartado, con un elevado número de fallecimientos en los últimos 15 años. Si bien ha disminuido el número de muertes en el último periodo, en este aspecto el concejo presenta una incidencia de muertes superior a la comunidad.



### COMPARACIÓN TASAS MORTALIDAD ASTURIAS Y MORCÍN



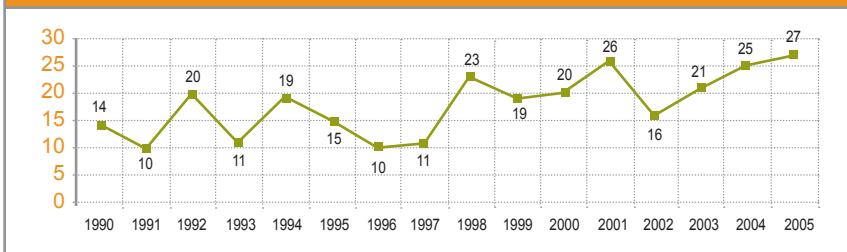
Conviene resaltar que la esperanza de vida sigue aumentando, tanto en Asturias como en Morcín, situándose en 83,8 el número medio de años que se espera que viva una mujer, y en 76,4 en el caso de los hombres, motivo fundamental del gran envejecimiento de la población registrado en el Principado.

### Evolución de los nacimientos

Asturias es la comunidad autónoma que menor número de nacimientos presenta en los últimos años, con una tasa de natalidad tres puntos por debajo de la media nacional. En este sentido, cabe destacar que Morcín tiene una tasa de nacimientos superior a la asturiana, sólo dos puntos por debajo de la media nacional, lo que supone un esperanzador dato poblacional.

Despunte de la tasa de natalidad desde el año 1998 en Morcín. Esta tasa es superior a la asturiana para el periodo 1998-2006.

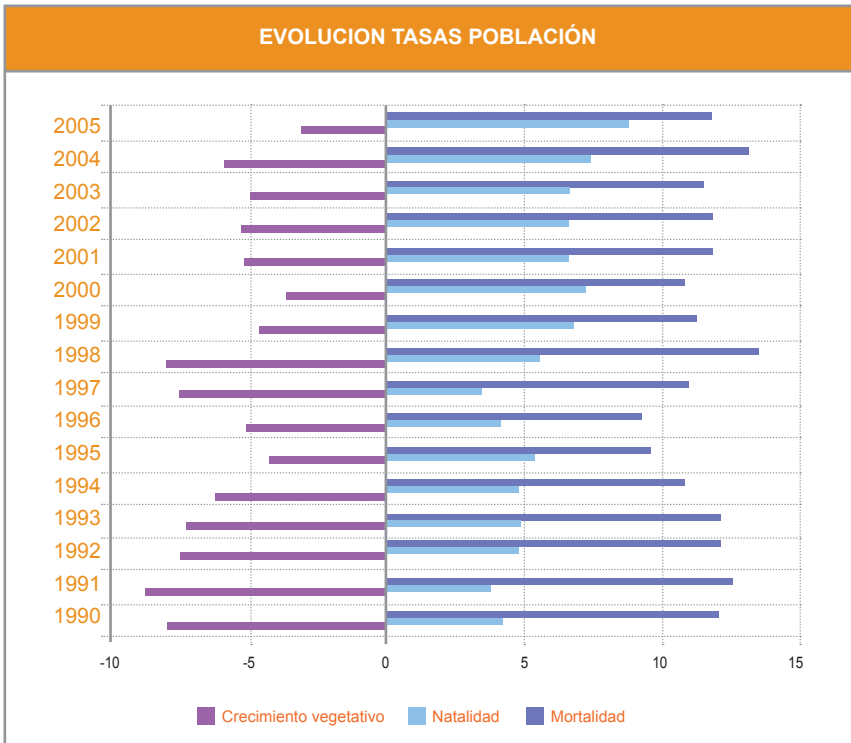
### EVOLUCION NACIMIENTOS 1990-2005



A pesar de que el crecimiento vegetativo presenta valores negativos a lo largo de todo el periodo, desde el año 2002 se observa un aumento de nacimientos significativo, y relacionado con el establecimiento en Santa Eulalia del ya mencionado anteriormente grupo de población joven, en edad de tener hijos/as.

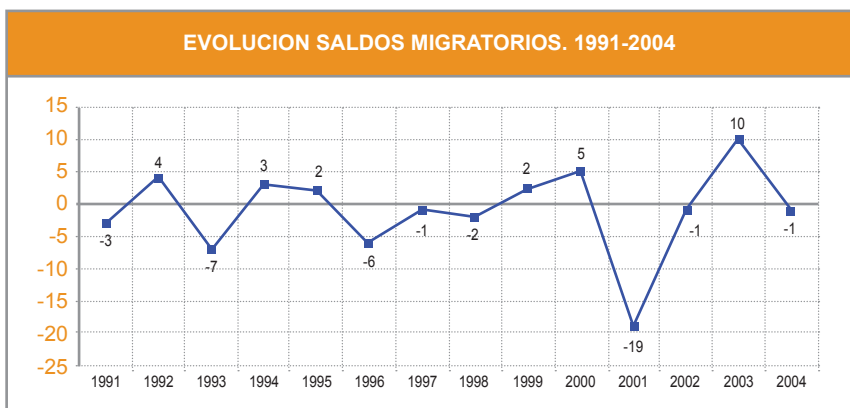
### Tasas de crecimiento vegetativo, defunciones y nacimientos

Morcín presenta pues una tasa de crecimiento vegetativo negativa, una elevada tasa de defunciones y una baja tasa de natalidad, pero con un significativo aumento de nacimientos que hacen suponer una moderación en estos valores respecto a los valores medios de Asturias.



### Saldos migratorios

Los movimientos migratorios no representan en Morcín un dato poblacional significativo, ya que corresponden a un bajo porcentaje de personas del concejo. Se deduce pues que no es un lugar atrayente para que personas de otros lugares establezcan su residencia, aunque no representa valores tan negativos como en otros municipios asturianos. En los últimos años no se observa un movimiento de marcha de la población, lo que supone un dato esperanzador para la recuperación demográfica de la zona.



### Población extranjera

La población extranjera en el concejo representa sólo el 1,7% del total, lo que nos indica que no es un lugar de destino para este colectivo.

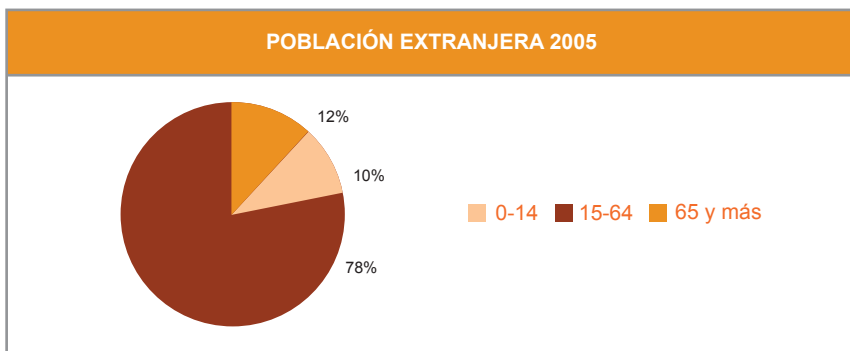


TABLA DISTRIBUCIÓN POBLACIÓN EXTRANJERA. MORCÍN. 2005

Edad	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
0-14	2	3	5
15-64	17	24	41
> 65	3	3	6
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>30</b>	<b>52</b>

Fuente: SADEI. Año 2005

## Propuestas y prioridades

Las personas mayores, debido a su incremento numérico y a los cambios de evolución demográfica, se han convertido en centro de interés colectivo. La sensibilidad social hacia sus necesidades y problemas se ha multiplicado durante los últimos años.

Varias son las razones que sustentan el diseño de planes de promoción de la salud dirigidos a las personas mayores como una prioridad en las políticas municipales. Pero entre todas ellas cabe destacar:

1. Vivir a edades avanzadas supone hoy una mayor posibilidad de exposición a riesgos que implican pérdidas en salud:

**Pérdida del protagonismo social:** El cambio de roles, en un marco ideológico que sobrevalora el trabajo, la competencia y la capacidad física, conduce con frecuencia a cuadros de ansiedad y depresión en la vejez.

**Cambios en la red de relaciones sociales:** Separación de las personas que han sido sus referentes afectivos, que puede llevar al aislamiento social y a la soledad. Son los más mayores, sobre todo las mujeres, quienes se enfrentan con mayor frecuencia a este hecho. La soledad no buscada es un factor que contribuye en gran medida a la aparición de cuadros depresivos y a percibir negativamente la salud.

**Disminución del poder adquisitivo:** La escasez de recursos económicos condiciona el acceso a otros recursos que proporcionan bienestar en la vejez (actividades de ocio, relaciones sociales, servicios de ayuda, etc.) y conlleva una falta de seguridad en el futuro y, en ocasiones, la dependencia o la institucionalización.

**Barreras arquitectónicas y estructurales:** La estructura de Morcín no facilita la vida cotidiana de las personas mayores. Abundan las barreras arquitectónicas en los accesos a lugares de encuentro y transportes. Las condiciones del entorno favorecen el riesgo de accidentes, promoviendo por tanto la disminución de actividades y contactos sociales. Por otra parte, una proporción



nada despreciable de las viviendas habitadas por personas mayores no están adaptadas a sus aptitudes funcionales, favoreciendo el riesgo de accidentes y la pérdida de autonomía.

2. Mayor prevalencia, entre las personas mayores, de enfermedades potencialmente incapacitantes, tales como: enfermedades osteo-articulares, cerebrovasculares, cuadros neurológicos, demencias, cuadros residuales y enfermedades orgánicas avanzadas.

3. Patrón específico de morbilidad relacionado con el envejecimiento y caracterizado por los llamados síndromes geriátricos: Inestabilidad y caídas, inmovilidad, malnutrición y deshidratación, deterioro cognitivo, depresión, limitaciones sensoriales, incontinencia de esfínteres, úlceras por presión, enfermedades terminales. En Morcín hay que destacar la vinculación a la minería, y con ello las enfermedades específicas de esta actividad laboral.

Existen posibilidades de prevenir el envejecimiento patológico y la incapacidad funcional, de promover que las personas mayores puedan llevar una vida autónoma acorde a sus necesidades y deseos el mayor tiempo posible y de mejorar su calidad de vida en situaciones de dependencia, con intervenciones eficientes desde la administración local.

El concejo de Morcín puede obtener enormes beneficios si aprovecha la experiencia y saber acumulados por las personas mayores que lo habitan. Facilitar y promover que puedan devolver a la comunidad parte de estos saberes y de esta experiencia resultará una de las intervenciones más rentables posibles, tanto a nivel económico como, desde luego, a nivel social y de salud.

## Objetivos y líneas de actuación

### Objetivo:

Ayudar a envejecer dignamente en el propio entorno.

### Líneas de actuación

*Facilitar el aprendizaje de las personas mayores sobre: cambios fisiológicos normales al envejecer; habilidades de autocuidado para evitar riesgos y mantener la capacidad funcional y conductas adaptativas ante los cambios de roles que suceden en el proceso de envejecimiento.*

*Incrementar la motivación de las personas mayores para incorporar hábitos saludables a su cotidianidad.*

*Facilitar el proceso de adaptación socio-familiar de las personas mayores en edad de prejubilación.*

*Disminuir el impacto de la dependencia en las personas mayores.*

*Incrementar la formación de profesionales de diferentes sectores para trabajar en promoción de la salud de los y las mayores.*

*Realizar programas de formación dirigidos a los/as cuidadores/as de personas mayores.*

*Potenciar los servicios de ayuda a domicilio, centros sociosanitarios con cuidados rehabilitadores, centros de día, viviendas tuteladas, centros especiales de atención a mayores.*

## **Objetivo:**

Disminuir las desigualdades en las condiciones favorecedoras de la salud.

### **Líneas de actuación**

*Favorecer el acceso de las personas mayores a actividades culturales.*

*Promover la participación de los y las mayores en la educación de niños/as y jóvenes.*

*Promover una imagen positiva de la edad anciana.*

*Fomentar el protagonismo de las personas mayores en la vida pública y en particular en las decisiones relativas a la salud.*

## **Indicadores para la evaluación**

- Estructura de la población general por edad y sexo
- Tasa de mortalidad por sexo y edad
- Número Programas realizados
- Participantes (personas mayores) en cada programa: edad y sexo
- Servicios creados para las personas mayores

# ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

### 3. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

#### Datos significativos

##### Actividad Económica y Empleo

La principal actividad económica era la minería. La distribución del empleo en 1994, según la Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales (SADEI), presenta un dominio abrumador del sector secundario (64,73%) frente al primario (21,18%) y el terciario (14,09%), sobre todo debido a que se contabilizan todos los empleos del pozo Monsacro, de Hunosa, situado en el límite con Riosa y en el que trabajan personas de ambos concejos. Al repartir el empleo minero, único significativo dentro del secundario, se obtiene una imagen real más equilibrada.

En los últimos años se asiste a un tímido despegue de la industria agroalimentaria, aunque se trata de pequeñas empresas de carácter casi familiar.

##### Agricultura

Debido a factores morfológicos y climatológicos, predominan en el concejo los pastizales, con una superficie aproximada de 2.330 Ha, teniendo fama por su excelente calidad los de Paluciano, Las Bozas, Alguera y Cantos, además de los pastos de la montaña de La Mostayal, La Magdalena y todas las laderas del Aramo, terrenos que son aprovechados estacionariamente.

La superficie dedicada a labor es de 240 Ha, cultivándose principalmente maíz, pero teniendo importancia la producción de habas, legumbres y frutas (destacan las cerezas de La Vega, los higos de Argame, las fresas de Otura y las manzanas de la Piñera), habiendo perdido mucho el cultivo de la famosa escanda de Morcín.

La superficie dedicada al cultivo forestal es la segunda en extensión en el concejo, después de la dedicada al pasto, ocupando un total de 1.662 Ha. El resto de superficie se distribuye entre 35 Ha de zona urbana y unas 633 Ha de terreno improductivo.



## Ganadería

En cuanto a ganadería, el primer lugar lo ocupa, por su número, el ganado de corral, con unas 4.500 cabezas, aunque no cabe duda que la especie más importante cualitativa y económicamente es la de vacuno, con unas 1.700 cabezas. El ganado lanar y cabrío ha perdido la importancia que tuvo en otras épocas, contabilizándose en la actualidad unas 350 cabezas. El equino, con unas 250 cabezas, y el mular y el asnal, con unas 180, también están presente en la ganadería morciniega.

En lo que respecta al ganado porcino, la mayor parte se trae de los mercados provinciales para su explotación en el régimen familiar, sacrificándose al año unas 800 cabezas, pese a que esta actividad está en declive desde el año 2000.

La raza de vacuno más extendida es la *Asturiana de los valles*, aunque la *Parda alpina* y la *Frisona* viven tiempos de expansión. También existen ejemplares de *Asturiana de las montañas*. Este ganado suministra carne y leche de excelente calidad. El mayor número de cabezas lo ocupan las reses dedicadas a la explotación mixta de carne, leche y trabajo.

Por lo que respecta al ganado equino, existen dos paradas de sementales de raza selecta dedicadas a la cría de ganado para la explotación y venta de carne, que es vendida casi en su totalidad en los mercados provinciales.

Fuera de las especies de ganado vacuno y equino, las otras tienen escasa importancia por lo que respecta a su producción y explotación; e incluso aquéllas han perdido su importancia, ya que casi la totalidad de la población activa está empleada en el sector servicios y, durante los años 70 hasta finales de los 90, en la minería.

## Industria

Destaca principalmente la existencia del Pozo Monsacro desde el año 1846 y del Polígono Industrial de Argame:

### Pozo Montsacro

El Pozo Montsacro, localizado en La Foz, es el yacimiento más importante de Morcín. Su plantilla (un total de 586 personas) se nutre, básicamente, de trabajadores/as residentes en Riosa y Morcín. Desde hace años, el carbón se extrae a la superficie por la bocamina del pozo Incolaza, en Ablaña (Mieres).

Los orígenes de las explotaciones mineras en el concejo datan de mediados del Siglo XIX, cuando se iniciaron con el fin de abastecer a la *Fábrica Nacional de Armas* de Trubia. Más tarde, habiéndose habilitado otras fuentes de abastecimiento para la Fábrica trubieca, la explotación pasó a ser desarrollada por distintas sociedades particulares con resultado diverso, según las épocas, dependiendo siempre de las fluctuaciones en el mercado del carbón.

En 1914, la Sociedad *Hulleras de Riosa* adquirió las minas en subasta pública, aumentando así la producción y facilitando con obras importantes para el concejo la salida

del mineral hacia las vías principales de ferrocarril en el centro de la provincia. La gestión de esta Sociedad continuó hasta 1952, cuando las explotaciones fueron adquiridas por la Empresa Nacional Siderúrgica (ENSIDESA). Fue esta empresa la que profundizó las explotaciones, creando el pozo principal, con la denominación de *Pozo Monisacro*. Años más tarde, el pozo se incorporó a la Empresa Nacional Hulleras del Norte S.A (HUNOSA), consiguiendo una modernización del pozo y un aumento en su producción.

### **Polígono Industrial de Argame**

El Polígono Industrial de Argame, cuyas obras comenzaron a mediados de 2006, está llamado a convertirse en el mayor polígono de las Cuencas Mineras, alcanzando en torno a los 400.000 m<sup>2</sup>. Tras finalizar la urbanización de la primera fase de esta nueva área industrial, el Ayuntamiento prevé ampliarla para responder a la fuerte demanda que existe para la instalación de empresas.

En la primera fase del polígono ya en marcha se prevé la instalación de 61 empresas de las más de 130 que solicitaron reserva de terrenos, con lo que está previsto generar en el concejo entorno a los 1.200 empleos.

### **Hostelería**

La mayoría de las empresas del concejo son de carácter familiar. Morcín cuenta con una pequeña red hotelera dedicada principalmente al turismo rural, además de gran cantidad de bares y restaurantes especializados en comida tradicional asturiana, destacando los de la zona de Peñerudes.

Predominio de la industria (principalmente la extractiva), seguida del sector servicios (destacando comercio, reparación y hostelería).

### **Empleo**

La preponderancia de la actividad minera en el municipio de Morcín queda reflejada en el volumen total del empleo que genera, en torno al 47% del mercado laboral del concejo.

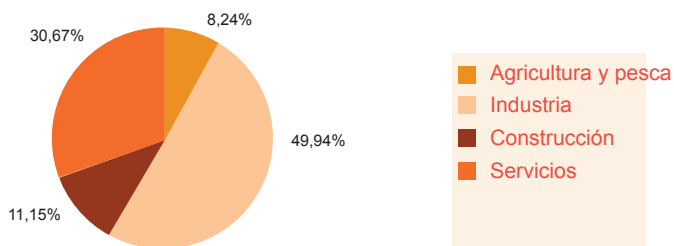
En los últimos años se asiste a un tímido despegue de la industria agroalimentaria, aunque se trata de pequeñas empresas de carácter casi familiar.

**EMPLEO SEGÚN RAMAS DE ACTIVIDAD ECONÓMICA.  
MORCÍN 2005**

Actividad	Número	%
<b>Agricultura y Pesca</b>	<b>65</b>	<b>8,24</b>
Agricultura y Pesca	65	8,24
<b>Industria</b>	<b>394</b>	<b>49,94</b>
Industrias extractivas	372	47,15
Industrias de alimentación, bebidas y tabaco	8	1,01
Industrias química	8	1,01
Otros productos minerales no metálicos	0	0,0
Metalurgia y productos metálicos	4	0,51
Industria transformadora de los metales	0	0,0
Otras industrias manufactureras	2	0,25
Energía eléctrica, gas y agua	0	0,0
<b>Construcción</b>	<b>88</b>	<b>11,15</b>
Construcción	88	11,15
<b>Servicios</b>	<b>242</b>	<b>30,67</b>
Comercio y reparación	67	8,49
Hostelería	45	5,70
Transporte y Comunicaciones	24	3,04
Servicios financieros y empresariales	11	1,39
Educación, sanidad y servicios sociales	31	3,93
Otros servicios	64	8,11
<b>Total</b>	<b>789</b>	<b>100,00</b>

Fuente SADEL. 2005

**EMPLEO SEGÚN ACTIVIDAD ECONÓMICA. MORCÍN 2005**

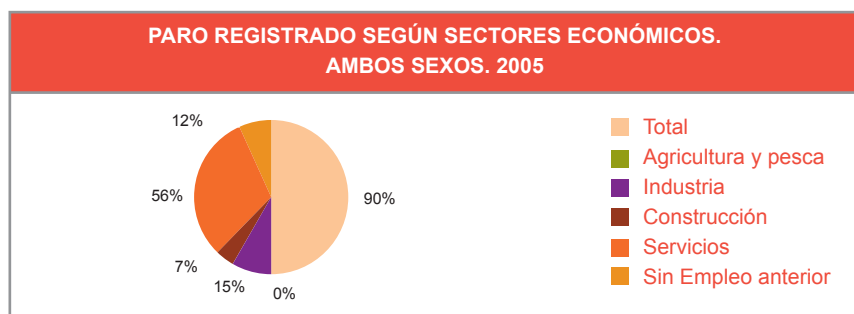
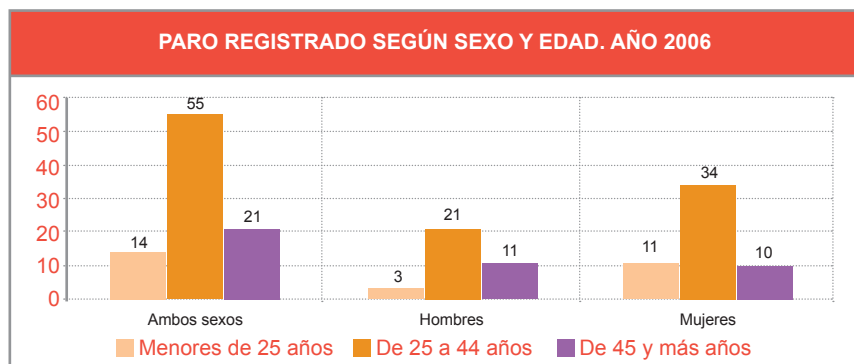


Los últimos datos sobre la composición del empleo en Morcín permiten destacar el predominio de las siguientes actividades:

1. Industria: 49,94%, destacando la industria extractiva.
2. Servicios: 30,67%, destacando comercio, reparación y hostelería.
3. Construcción: 11,15%.
4. Agricultura y pesca: 8,24%.

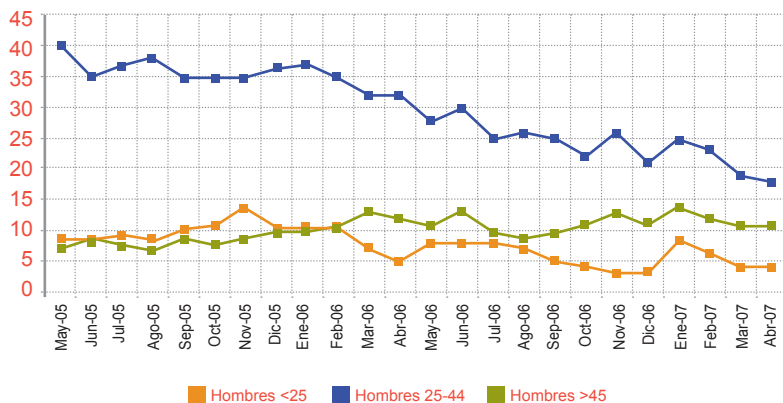
### Paro registrado

Según sectores económicos, la agricultura y la ganadería presentan el mayor porcentaje de desocupados/as, seguido del sector industrial y del colectivo de desocupados/as sin empleo anterior (el mayor porcentaje de desocupados sin empleo anterior corresponde a las mujeres, con un 91,6%). La mayor tasa de desempleo se concentra entre las personas de 25 a 44 años. No obstante, la evolución del desempleo en los últimos años ha sido de una disminución progresiva del número de personas desempleadas, apreciada fundamentalmente en ese intervalo de edad, tanto en hombres como en mujeres.



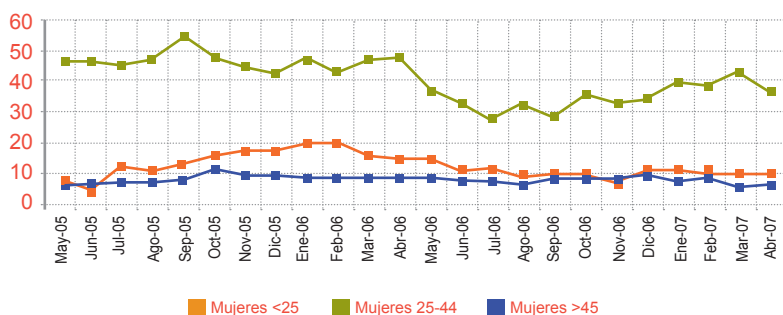


## EVOLUCIÓN DEL PARO SEGÚN EDAD. HOMBRES



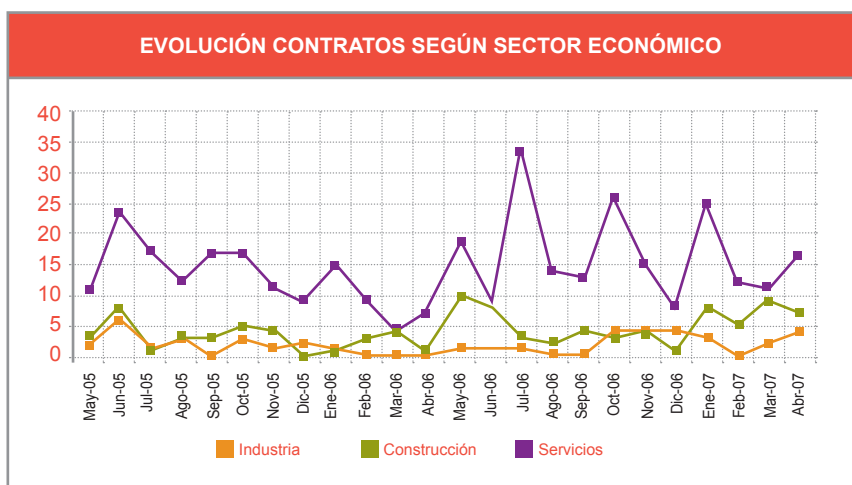
En los últimos años, disminución progresiva de personas desempleadas, especialmente en el rango de 25 a 44 años y tanto en hombres como en mujeres.

## EVOLUCIÓN DEL PARO SEGÚN EDAD. MUJERES



## Evolución de contratos

En los últimos años se han registrado el mayor número de contrataciones en el sector servicios, seguido de la construcción, lo que está reflejando un cambio en la estructura laboral de Morcín, debido fundamentalmente a la disminución de la minería, y por supuesto de la agricultura y la ganadería.



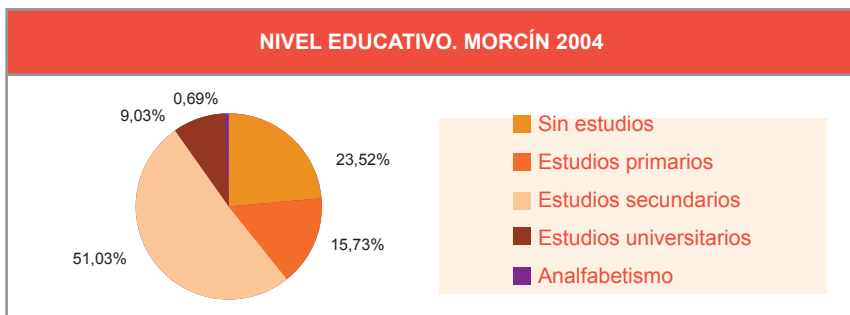
## Nivel de instrucción

Según los datos facilitados por el Censo de Población y Viviendas, el 51% de la población morciniega tiene estudios secundarios, casi un 10% universitarios. Es de destacar el alto porcentaje de población de sin estudios, un 23,52%, muy por encima de la media asturiana.

NIVEL EDUCATIVO. MORCÍN-ASTURIAS 2004		
	Morcín (%)	Asturias (%)
Analfabetismo	0,69	0,9
Sin estudios	23,52	11,1
Estudios primarios	15,73	26,0
Estudios secundarios	51,03	49,1
Estudios universitarios	9,03	12,9

Fuente: Anuario Social de España. Fundación La Caixa. 2004

Porcentaje alto de población sin estudios (23,52%), muy por encima de la media asturiana.



### Composición de Hogares y Viviendas

Parroquia	Total viviendas 1996	Viviendas ocupadas 1996	Viviendas ocupadas 2002	Tipología dominante
La Piñera	155	125	118	Vivienda unifamiliar aislada, de uso residencial, de planta baja + 1 planta
Peñerudes	129	82	79	
Santa Eulalia	59	27	30	
San Sebastián	210	113	118	
Argame	22	12	14	
La Foz	78	33	39	
San Esteban	100	73	71	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del P.G.O.

Las parroquias que cuentan con mayor número de viviendas son: La Piñera, Peñerudes, San Sebastián y San Esteban.

De estos cuatro núcleos principales, el porcentaje de ocupación de viviendas de 1996 a 2002 disminuyó entre un 2 y un 5%, excepto en San Sebastián, donde aumentó un 2,39%.

En el resto de parroquias, que cuentan con un número menor de viviendas, el porcentaje de ocupación se ha visto incrementado de 1996 a 2002 entre un 5% y un 9%.

De forma general, el porcentaje de viviendas ocupadas del 1996 al 2002 creció un 0,53% (pasando del 61,75% en 1996 al 62,28% en 2002).

La tipología dominante de viviendas es prácticamente la misma en todas las parroquias: viviendas unifamiliares, aisladas, de uso residencial y de planta baja más una planta.

POBLACIÓN Y TAMAÑO MEDIO DE LAS FAMILIAS (2002)			
Parroquia	Habitantes	Familias	Tamaño medio
Argame	221	77	2,87
La Foz	1.225	460	2,66
Peñerudes	216	80	2,70
Piñera	294	118	2,49
San Esteban	263	109	2,41
San Sebastián	180	80	2,25
Santa Eulalia	729	274	2,66
<b>Total</b>	<b>3.128</b>	<b>1.198</b>	<b>2,61</b>

Fuente: Datos municipales

El tamaño medio de las familias oscila entre dos y tres miembros, aunque se observan diferencias interparroquiales: los hogares de mayor tamaño están en Argame y Peñerudes y los más pequeños en el centro del concejo, concretamente en La Piñera, San Esteban y San Sebastián.

EDIFICIOS SEGÚN TIPO		
<b>Total</b>	<b>939</b>	<b>%</b>
Con una vivienda familiar	798	85,0
Con varias viviendas familiares	104	11,1
Con viviendas familiares compartido con locales	20	2,1
Con vivienda colectiva: hotel, albergue, pensión...	0	0,0
Con vivienda colectiva: convento, cuartel, prisión...	0	0,0
Con vivienda colectiva: instituciones de enseñanza...	0	0,0
Con vivienda colectiva: hospitales en general...	0	0,0
Con locales compartidos con alguna vivienda	2	0,2
Locales	15	1,6
Alojamientos	0	0,0

Según el censo de población y vivienda 2001 ofrecido por el INE, el 96% de los edificios están destinados a viviendas familiares (con una o con varias viviendas). El 4% restante se destinan a viviendas familiares compartidas con locales, locales compartidos con alguna vivienda y locales solos.

### EDIFICIOS DESTINADOS A VIVIENDA SEGÚN SU ESTADO

<b>Total</b>	<b>922</b>
<b>Bueno</b>	<b>867</b>
<b>Deficiente</b>	<b>29</b>
<b>Malo</b>	<b>6</b>
<b>Ruinoso</b>	<b>20</b>

Además, según este censo del INE, el 94% de los edificios destinados a vivienda se encuentra en buen estado, mientras que el 6% restante se encuentran en deficiente, malo o ruinoso estado.

### HOGARES SEGÚN RÉGIMEN DE TENENCIA DE LA VIVIENDA

<b>Total</b>	<b>1.155</b>
<b>En propiedad por compra, totalmente pagada</b>	<b>575</b>
<b>En propiedad por compra, con pagos pendientes (hipotecas...)</b>	<b>210</b>
<b>En propiedad por herencia o donación</b>	<b>170</b>
<b>En alquiler</b>	<b>91</b>
<b>Cedida gratis o a bajo precio por otro hogar, la empresa...</b>	<b>15</b>
<b>Otra forma</b>	<b>94</b>

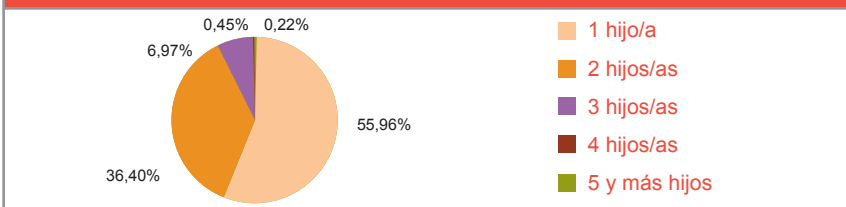
Asimismo, el censo de población y vivienda de 2001 constata que el 82,67% de los hogares están habitados en régimen de propiedad, mientras que un 7,87% son alquilados.

Por otro lado, el 100% de las viviendas son familiares, no hay ninguna colectiva. De las familiares, el 73,61% son viviendas principales, mientras que el 26,38% son viviendas secundarias, vacías o de otro tipo.

### FAMILIAS SEGÚN NÚMERO DE HIJOS/AS

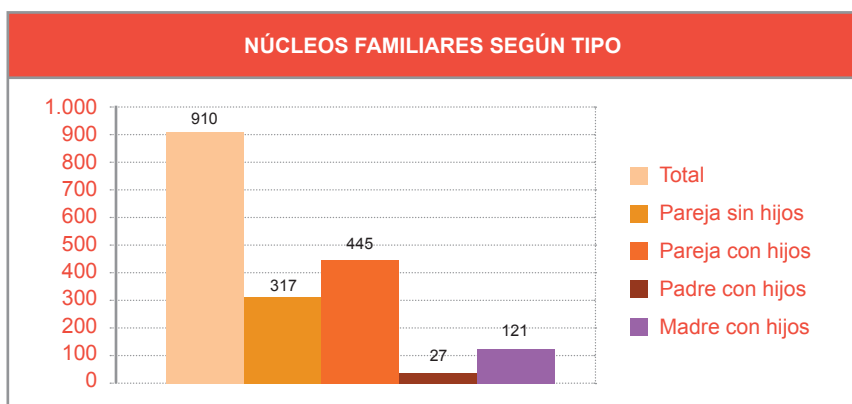
	<b>Total</b>	<b>1 hijo/a</b>	<b>2 hijos/as</b>	<b>3 hijos/as</b>	<b>4 hijos/as</b>	<b>5 y más hijos/as</b>
<b>Morcín</b>	100,00%	55,96%	36,40%	6,97%	0,45%	0,22%

### FAMILIAS SEGÚN NÚMERO DE HIJOS/AS



Como se puede observar en el gráfico, más de la mitad de las familias de Morcín sólo tienen un hijo/a o como mucho dos, mientras que un 7,64% de las familias tiene 3, 4, 5 o más.

NÚCLEOS FAMILIARES SEGÚN TIPO DE NÚCLEO					
	Total	Pareja sin hijos/as	Pareja con hijos/as	Padre con hijos/as	Madre con hijos/as
Morcín	910	317	445	27	121



Casi la mitad de los núcleos familiares están compuestos por parejas con algún hijo, seguido de parejas sin hijos y por último, un 16,25% formado por familias monoparentales (mayoritariamente madre con hijos/as).

### Tecnologías de la Información

El concejo de Morcín cuenta con un Telecentro, situado en el Polideportivo de La Foz, desde el año 2003. En él se desarrollan una serie de actividades encaminadas a la consecución de los siguientes objetivos:

1. Democratizar el acceso a la Sociedad de la Información y permitir que distintos grupos de población se beneficien de ella.
2. Desmitificar las supuestas dificultades de uso y manejo básico de las tecnologías de la Información.
3. Poner a disposición de la población de Morcín una herramienta de acceso a la información, la formación, el empleo, el ocio, los servicios públicos, las relaciones sociales y la cultura.

4. Identificar y experimentar las ventajas del uso racional de las tecnologías digitales en la vida cotidiana.

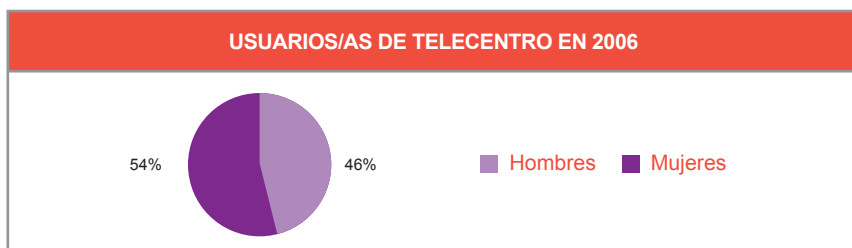
Durante 2006 se obtuvieron los siguientes datos globales:

	Cómputo	Cómputo
Usos	Usuarios-as (período anterior)	382
	Nuevos usuarios-as	79
	Usos	3.091
Formación "Red de Telecentros"	Usos/ordenador	386,38
	Talleres	25
	Participantes	154
Certificación de Conocimientos Ofimáticos	Usos Campus Virtual "Red de Telecentros"	59
	Certificaciones	11
	Formación Presencial (Talleres)	7
Servicios electrónicos (e-administración)	Participantes	46
	Teleformación	60
	Talleres	1
	Participantes	9
	AEAT (Administración electrónica Agencia Tributaria)	75
	Administración del Principado de Asturias	77
	Seguridad Social	1
Universidad de Oviedo	11	
Otras Administraciones	5	
Banca Electrónica	16	

El Telecentro de Morcín pone a disposición de la ciudadanía una conexión ADSL y 8 ordenadores de uso público.

El número de personas usuarias del telecentro aumentó en 2006, según los datos de la siguiente tabla:

Usuarios/as	Anteriores	Nuevos/as	% Incremento
Hombres	168	45	26,79
Mujeres	214	34	15,89
Totales	382	79	20,68
	461		



En la siguiente tabla se muestran las actividades realizadas durante 2006:

Actividades realizadas	Nº	%
Autoformación	21	0,68
Búsqueda de empleo	165	5,34
Búsqueda información	3.076	99,51
Consulta materiales	77	2,49
Correo electrónico	2.643	85,51
Diseño Web	32	1,04
Mecanografía	6	0,19
Otros	28	0,91
Participación en talleres	831	26,88
Realización de trabajos	245	7,93
Recursos formativos	45	1,46
Retoque fotográfico	24	0,78
Servicios de ocio	1.394	45,10
Teleformación	99	3,20
Teletrabajo	52	1,68
Uso escáner	121	3,91
Uso impresora	1.543	49,92
Uso ofimático	564	18,25
e-Administración	158	5,11
Servicios electrónicos	27	0,87

Desde la Red de Telecentros se llevan a cabo acciones encaminadas a facilitar la inserción de toda la ciudadanía en la sociedad de la información, haciendo especial hincapié en aquellos colectivos con específicas barreras en su alfabetización digital y, por tanto, en el acceso a las ventajas que la Sociedad de la Información pone a su disposición. Se detallan a continuación las acciones programadas específicamente para los diferentes colectivos:

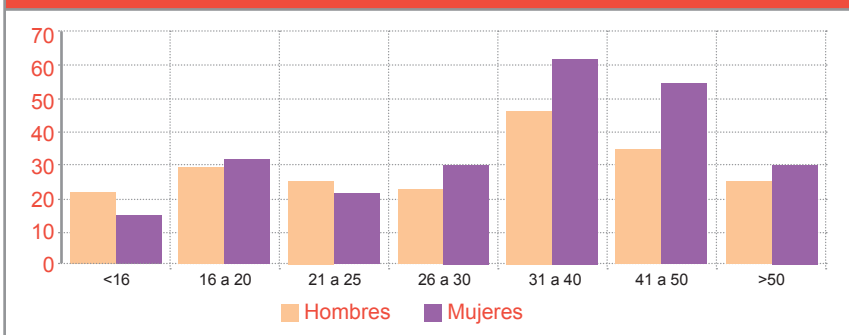


Talleres para...	Número	Duración total	Participantes
Personas mayores	2	18	10
Mujeres	8	75	51
Totales	10	93	61

### USUARIOS/AS TOTALES POR SEXO Y EDAD

	Hombres	Mujeres	% Hombres	% Mujeres
<16 años	24	16	5,21	3,47
De 16 a 20	22	24	4,77	5,21
De 21 a 25	27	24	5,86	5,21
De 26 a 30	26	32	5,64	6,94
De 31 a 40	49	64	10,63	13,88
De 41 a 50	37	57	8,03	12,36
Mayores de 50	28	31	6,07	6,72

### USUARIOS/AS TOTALES POR SEXO Y EDAD



## Propuestas y prioridades

Surgidas de la participación Técnica y Ciudadana

### PERSONAL DE SERVICIOS SOCIALES, AGENTE DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES Y EDUCADORA SOCIAL

- Apoyo a las mujeres (conciliación).
- Conductas sexistas y discriminatorias.
- Integración de la perspectiva de género en todas las políticas y actuaciones.
- Empleo estable y de calidad

### ASOCIACIONES

- Desarrollo de proyectos de interés general que contribuyan al progreso económico y social de forma respetuosa con el medio ambiente.
- Impulsar todas las actividades relacionadas con la festividad de San Antón, especialmente las vinculadas al aspecto lúdico-cultural y gastronómico.
- Fomentar y divulgar el conocimiento de la festividad y el pueblo de La Foz. Investigar y recuperar viejas y perdidas tradiciones relacionadas con San Antón y los nabos, como la *puya*, la procesión, los cánticos medievales y los juegos de la carteta y el monte.
- Relacionarse y compartir similares proyectos con otras entidades de semejante naturaleza.

### POBLACIÓN EN GENERAL

- Trabajo estable.
- Vivienda asequible.

## Objetivos y líneas de actuación

### Objetivo:

Promover empleo estable en el concejo entre la juventud y mujeres especialmente.

### Líneas de actuación

*Facilitar el acceso de las mujeres a la educación, el empleo y el ocio.*

*Aprovechar la creación de polígono Industrial de Argame para ofrecer a la juventud del concejo un empleo de calidad y la posibilidad de acceder a una vivienda asequible (viviendas protegidas, alquileres asequibles utilizando la gran cantidad de viviendas vacías del concejo), evitando así su salida a otros municipios con más oportunidades laborales.*

*Potenciación y mantenimiento del Telecentro como herramienta de acercamiento a las nuevas tecnologías para toda la ciudadanía.*

*Potenciación del turismo rural como fuente de empleo.*

*Priorizar a las personas desempleadas del concejo para su inclusión en el mercado laboral ante la nueva situación potencial de creación de empleo (polígono industrial).*

### Objetivo:

Potenciar la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres entre la población.

### Líneas de actuación

*Potenciar que los miembros de la familia valoren positivamente el principio de igualdad de oportunidades y que se establezcan patrones de reparto de responsabilidades domésticas.*

*Ofertar servicios para descargar a las mujeres de parte de sus responsabilidades.*

*Realizar actividades de sensibilización sobre la discriminación por razón de género y sobre la igualdad de oportunidades en la población, en las escuelas y comunidad en general.*

*Identificar y actuar en grupos de mujeres en situaciones personales o familiares de riesgo: violencia de género, toxicomanías, etc.*

## Objetivo:

Fomentar la integración social de colectivos desfavorecidos.

### Líneas de actuación

*Mejorar las actitudes y habilidades de la población general para el ejercicio real de conceptos tales como Solidaridad, Igualdad y Derechos Humanos.*

*Motivar en los y las jóvenes más desfavorecidos/as o menos motivados/as el interés por la formación y la cultura como vías de desarrollo personal, laboral y social.*

*Garantizar una vivienda adecuada para todas las familias.*

*Identificar y actuar en grupos de mujeres en situaciones personales o familiares de riesgo: violencia de género, toxicomanías, etc.*

### Indicadores para la evaluación

- Número de personas desempleadas por edad y sexo
- Número de contrataciones, tasa de contrataciones indefinidas
- Número y porcentaje de personas discapacitadas empleadas: edad y sexo
- Programas de formación y sensibilización desarrollados
- Número de participantes (edad y sexo) en programas de formación y sensibilización
- Número de servicios creados

# RECURSOS SOCIOSANITARIOS

## 4. RECURSOS SOCIOSANITARIOS

### Datos significativos

#### Estructura Municipal

La estructura del Ayuntamiento de Morcín para la legislatura 2007-2011 se organiza en torno a las siguientes concejalías:

- Infraestructuras, Medio Ambiente y Medio Rural.
- Urbanismo e Industria.
- Cultura, Turismo, Deportes y Cooperación.
- Sanidad, Servicios Sociales, Educación y Mujer.
- Hacienda, Personal y Régimen Interior y Empleo.

#### Servicios de Salud

##### Atención primaria

Según el Decreto 80/2006, de 29 de junio, de sexta modificación del Decreto 112/1984, de 6 de septiembre, por el que se aprueba el Mapa Sanitario de Asturias, el concejo de Morcín pertenece al Área IV y, dentro de ésta, a la Zona Especial de Salud 4.4. que incluye: Morcín, Riosa y Ribera de Arriba, así como Pedroveya y La Rebollada, del concejo de Quirós, y Lavares del concejo de Santo Adriano. Esta Zona Especial consta de los siguientes **consultorios locales**:

- La Vega (Riosa).
- Santa Eulalia (Morcín).
- La Foz (Morcín).
- Soto de Ribera (Ribera de Arriba).

Los consultorios ubicados en el concejo de Morcín, cuentan con los siguientes servicios:

##### Consultorio local La Foz de Morcín

En este consultorio se pasa consulta tres días a la semana: lunes, miércoles y viernes.

Servicios que ofrece	Personal que pasa visita en este centro
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicina General</li> <li>• Enfermería</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dr. D. Francisco Vigil-Escalera</li> <li>• Enfermera D<sup>a</sup>. Isabel González</li> </ul>

### Consultorio local Santa Eulalia de Morcín

Este consultorio, en funcionamiento desde abril de 2007, sustituye al antiguo consultorio de Santa Eulalia y también al consultorio de Argame (cerrado desde julio de 2007). En él se pasa visita todos los días.

Servicios que ofrece	Personal que pasa visita en este centro
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicina General</li> <li>• Enfermería</li> <li>• Profilaxis obstétrica</li> <li>• Pediatría</li> <li>• Punto de Atención Continuada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un médico</li> <li>• Una enfermera</li> <li>• Un pediatra</li> <li>• Una matrona</li> </ul>

Mencionar que en el consultorio de Soto de Ribera se presta el servicio de Dentista o Higienista Bucodental, tanto para la población del municipio de Ribera de Arriba como para la de los concejos de Riosa y Morcín, que deben desplazarse a Soto de Ribera. Las consultas semanales son los martes y viernes.

Además, en los consultorios de Santa Eulalia y Riosa se desarrolla Atención Continuada, alternando los días de atención en ambos consultorios.

#### Atención Especializada

El centro hospitalario de referencia del Área IV y, por tanto, de la población de Morcín, es el *Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA)*, situado en el Municipio de Oviedo (a unos 10 km de distancia de Morcín).

ACTIVIDAD POR SERVICIOS					
Servicios	Camas	Ingresos	Estancias	E. Media	% Ocupac.
Cardiología	54,82	3.445	22.683	6,58	113,05
Dermatología I	2,73	120	851	7,09	85,17
Dermatología II	1,37	23	143	6,22	28,52
Digestivo	29,00	1.403	10.787	7,69	101,63
Endocrinología	6,00	214	1.752	8,19	79,78
Hematología	20,41	580	6.683	11,52	89,46
Insuficiencia Cardíaca	2,65	47	434	9,23	44,75
Investigación	0,00	2	0	0,00	
Medicina Interna I	51,59	1.359	18.368	13,52	97,28
Medicina Interna II	41,16	1.301	14.822	11,39	98,39

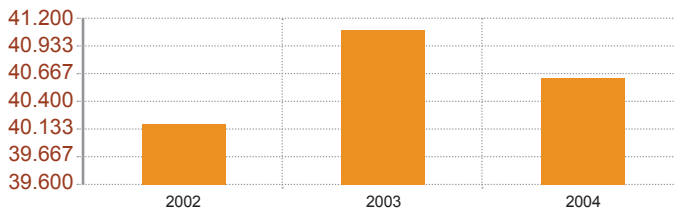
ACTIVIDAD POR SERVICIOS					
Servicios	Camas	Ingresos	Estancias	E. Media	% Ocupac.
Medicina Nuclear II	2,00	112	240	2,14	32,79
Nefrología	21,00	671	7.098	10,58	92,35
Neumología I	26,07	907	7.832	8,64	82,08
Neumología II	83,94	2.082	19.937	9,58	64,89
Neurología I	28,11	1.190	9.417	7,91	91,53
Neurología II	25,77	867	7.602	8,77	80,60
Psiquiatría	21,65	660	7.103	10,76	89,64
Psiquiatría de Enlace	3,35	35	1.115	31,86	90,94
Oncología Médica	31,00	921	9.945	10,80	87,65
Onc. Radioterápica	4,00	191	201	1,05	13,73
Rehabilitación	59,00	374	18.299	48,93	84,74
Reumatología	1,47	185	1.159	6,26	215,42
Ventilación Mecánica	0,86	44	115	2,61	36,54
C. Cardíaca	15,99	1.036	8.132	7,85	138,95
C. General I	75,49	2.656	32.314	12,17	116,96
C. General II	23,24	652	7.283	11,17	85,62
C. Infantil	0,00	655	2.388	3,65	
C. Maxilofacial	7,47	779	3.319	4,26	121,40
C. Plástica	25,00	803	6.548	8,15	71,56
C. Torácica	12,00	535	4.927	9,21	112,18
C. Vascul ar I	51,84	899	14.645	16,29	77,19
C. Vascul ar II	40,75	721	12.859	17,83	86,22
Vascul ar Crónicos	2,70	48	1.118	23,29	113,13
Ginecología	37,62	2.152	10.124	4,70	73,53
Neurocirugía	52,00	1.360	19.167	14,09	100,71
O.R.L.	22,41	1.267	9.046	7,14	110,29
Oftalmología I	1,47	203	444	2,19	82,52
Oftalmología II	3,30	580	1.244	2,14	103,00
Traumatología I	58,73	1.844	21.354	11,58	99,34
Traumatología II	16,02	782	9.338	11,94	159,26
Urología	26,30	1.033	7.657	7,41	79,55
Urología II	17,29	719	6.725	9,35	106,27



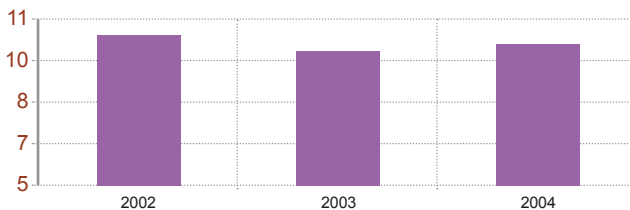
## ACTIVIDAD POR SERVICIOS

Servicios	Camas	Ingresos	Estancias	E. Media	% Ocupac.
Pediatría	0,00	1.477	7.100	4,81	
Neonatología	21,00	1.109	5.283	4,76	68,74
Obstetricia	46,79	3.311	12.699	3,84	74,15
UVI I	24,00	680	8.189	12,04	93,23
UVI II	14,39	738	3.666	4,97	69,61
UVI III	6,00	270	1.757	6,51	80,01
UVI Neonatal	12,00	205	4.153	20,26	94,56
UVI Infantil	4,56	326	1.300	3,99	77,89
Neumología S.A.G.	18,42	928	6.882	7,42	102,08
Neurología S.A.G.	20,16	773	6.297	8,15	85,34
Varios	44,14	1	1		
Área Infantil	62,39				
<b>Totales</b>	<b>1.281,42</b>	<b>40.652</b>	<b>402.545</b>	<b>9,90</b>	<b>85,83</b>

## GRÁFICO DE EVOLUCIÓN DE INGRESOS



## GRÁFICO DE EVOLUCIÓN DE ESTANCIA MEDIA



### UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

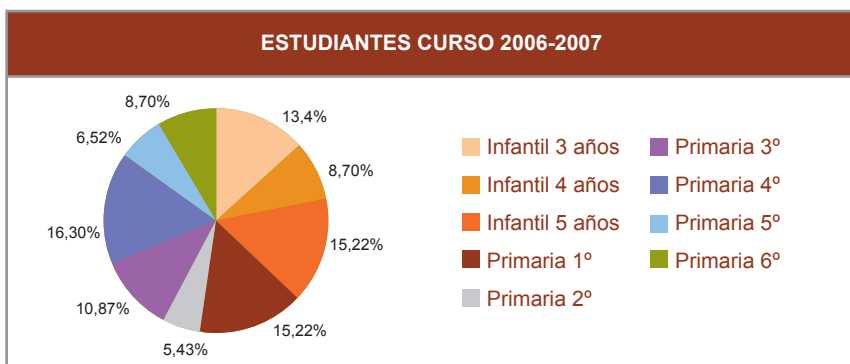
Número de camas	20
Número de estancias	7.159
Porcentaje de ocupación	97,80
Número de ingresos	656
Primeros ingresos	208
Reingresos	418
Tasa de primeros ingresos/1000 h.	0,80
Urgencias atendidas	560
Interconsultas	167
Personas atendidas/año	449

### Educación

El concejo cuenta con un Centro Educativo en funcionamiento: el Colegio Público *Horacio Fernández Inguanzo*, situado en el núcleo de La Foz. El horario de clases es de jornada continua, de 9,30 a 14,30 horas. Dispone de comedor.

En el curso 2006- 2007, la matrícula fue de 92 alumnos/as, que se distribuyen en tres aulas de Infantil y cuatro de Primaria. La ratio es, por tanto, reducida; con un máximo de quince alumnos/as por clase.

Curso	Nº de grupos	Nº de alumnos/as
Infantil 3 años	1	12
Infantil 4 años	1	8
Infantil 5 años	1	14
Primaria 1º	1	14
Primaria 2º	1	5
Primaria 3º	0	10
Primaria 4º	1	15
Primaria 5º	1	6
Primaria 6º	0	8
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>92</b>



El colegio dispone de unas instalaciones muy completas: 7 aulas de primaria, 2 almacenes, 1 aula de idioma, 1 aula de religión, 1 aula de asturiano, 1 laboratorio, 1 aula de tecnología, 2 aulas de video, 1 aula de música, aulas de tutorías, 2 patios, aseos en las dos plantas, 2 aulas de infantil, 1 aula de psicomotricidad, 1 sala de profesores/as, 1 aula de informática, 1 biblioteca, 1 comedor y una cocina.

Los órganos de participación con que cuenta el colegio son: el Claustro de Profesores/as, el Consejo Escolar y la Asociación de madres y padres de alumnos/as (AMPA).

La plantilla orgánica para el curso 2006-2007 fue la siguiente: 2 grupos de Educación Infantil, 4 grupos de Educación Primaria, 2 profesores de Infantil, 3 profesores de Primaria, 1 profesor de Física (Itinerante), 1 profesor de inglés (itinerante), 1 pedagogo terapéutico (itinerante), 1 profesor de música (itinerante) y un especialista en Audición y Lenguaje (itinerante).

El colegio cuenta con los siguientes servicios:

- **Comedor:** gestionado directamente por el centro. El personal de cocina cuenta con un cocinero y una cocinera ayudante. La atención de los niños y niñas en horario de 14,30 a 16,00 h. es realizada por tres cuidadoras. Todo el alumnado que requiera del uso de transporte escolar, tiene beca de comedor. Y quienes tengan su domicilio en La Foz, pueden hacer uso del comedor escolar como contribuyentes.
- **Transporte:** destinado al alumnado del centro que no resida en La Foz. El centro cuenta con dos líneas de transporte, con acompañante de transporte escolar cada una.
- **Biblioteca Escolar:** está dotada con una zona infantil de lectura; mesas de lectura, consulta y estudio; mesa de trabajo; rincón de novedades y zona de exposiciones. En ella se realizan actividades de animación a la lectura, formación e integración curricular.

El colegio de Morcín está adscrito a los siguientes centros: IES Aramo, IES Cerdeño e IES Doctor Fleming.

Entre las actividades celebradas en el curso 2006/2007 están el “Proyecto de Educación Vial” y los “Talleres de Coeducación”.

El colegio cuenta con un periódico escolar (L’Orbayu) y también participa en el Concurso Radiofónico “Radio Cole”, retransmitido en Radio Parpayuela. Es un concurso lúdico-educativo que se realiza en colaboración con la Consejería de Educación, Ayuntamientos, Consorcio de la Montaña Central y APAs “Miguel Virgos” y “Concapa”.

No existe en el municipio escuela de 0-3 años, ni guarderías, ni Educación Secundaria Obligatoria.

Por otro lado, a través del Centro de Educación de Personas Adultas del Caudal, se tiene acceso a:

- Nivel 1 Alfabetización.
- Nivel 2 Formación Base.
- ESPA (Enseñanza Secundaria para Adultos), Módulos 1 y 2.
- Talleres de Mecanografía, Informática, Inglés 1 y 2, Francés 1 y 2.
- Aula Mentor : español para extranjeros.

Estas actividades formativas se realizan en las localidades de la Foz y de Santa Eulalia, y se pretende poner en funcionamiento un aula de Educación de Personas Adultas en Argame

## Mujer

En los últimos años el Ayuntamiento de Morcín ha fijado como uno de sus objetivos prioritarios la participación de las mujeres en todas las esferas de la vida pública, social y cultural. Para conseguirlo ha implementado las áreas de mujer, salud y servicios sociales, dotándolas de personal técnico, nuevos equipamientos e infraestructuras. Con este motivo se han puesto en marcha proyectos innovadores como:

- Apertura de la Agencia de Igualdad de Oportunidades.
- Puesta en marcha de los Talleres de Tiempo Propio.

La **Agencia Comarcal de Igualdad**, dependiente del Consorcio de la Montaña Central, comenzó su labor en el municipio a finales del año 2005, y su objetivo es fomentar la promoción de las mujeres y la prevención de las desigualdades, trabajando en ámbitos como: educación, formación, empleo y asociacionismo.

Entre sus funciones cabe destacar:

- Promoción de la integración laboral de las mujeres.
- Impulso de medidas de conciliación de la vida familiar, laboral y personal.

- Desarrollo y aplicación de Planes de Igualdad de Oportunidades que marquen las líneas de actuación en materia de igualdad.
- Información, orientación y asesoramiento sobre:
  1. Itinerarios formativos y de empleo.
  2. Técnicas de formación y orientación laboral.
  - 3 Educación y Coeducación.
  - 4 Igualdad de oportunidades, Acciones Positivas y Sensibilización sobre Discriminaciones.
  5. Apoyo institucional al mantenimiento de asociaciones de mujeres.

En el año 2006, desde la Agencia de Igualdad se llevaron a cabo en el concejo de Morcín dos actividades, denominadas: “Mujer y Deporte” (para niños y niñas de 6 a 16 años), que tuvo lugar durante el verano; y “Taller de Coeducación” (celebrado en el C.P. “Fernández Inguanzo” de la Foz de Morcín, destinado al alumnado de dicho colegio).

También en 2006, se puso en marcha en el Ayuntamiento de Morcín el programa Tiempo Propio. Surgió como experiencia piloto, pero debido a su buena acogida por parte de las mujeres del concejo, continuó en 2007.

**Tiempo propio** es un programa para mujeres mayores de 50 años a través del que se crea un espacio para el encuentro, la cultura, la formación, la salud, la visibilización, recuperación y valorización de la historia y las aportaciones de las mujeres, para la conexión con las nuevas tecnologías y el conocimiento de Asturias desde una nueva perspectiva que hace presentes a las mujeres. Su objetivo es ofrecer un cauce para la participación social de las mujeres mayores con el fin de mejorar su calidad de vida y su bienestar.

**Tiempo propio** es un programa promovido por el Instituto Asturiano de la Mujer en colaboración con la Concejalía de la Mujer del Ayuntamiento de Morcín.

Los talleres ofertados fueron los siguientes:

- Envejecimiento Activo I y II
- Internet I y II
- Cine
- Animación a la lectura
- Movimiento saludable
- Salud
- La Historia a través de las mujeres

- Escritura creativa
- Pintoras asturianas

Hay que destacar que los talleres más solicitados fueron: Movimiento saludable y Salud.

### Servicios Sociales

En el concejo de Morcín, el Centro de Servicios Sociales Municipales se encuentra situado en el edificio del antiguo consultorio médico, y atiende al público los martes de 10:00 a 14:00 horas; junto con los Servicios Sociales Municipales del Concejo de Ribera de Arriba, que son coordinados por el Centro Intermunicipal de Servicios Sociales del concejo de Riosa.

La plantilla de personal de Servicios Sociales que desarrolla su actividad en Morcín, está compuesta por las siguientes profesionales, que también desarrollan su labor en los concejos de Soto de Ribera y Riosa.

- 1 Auxiliar Administrativa.
- 2 Trabajadoras Sociales.
- 1 Educadora Social.
- 3 Auxiliares para Servicios de Ayuda a Domicilio.

En la U.T.S. se lleva a cabo la prestación de Servicios Sociales Generales o de Atención Primaria, que constituyen la puerta de entrada al Sistema Público de Servicios Sociales.

Desde el Centro Intermunicipal de Servicios Sociales se llevan a cabo las siguientes prestaciones y servicios:

1. Teleasistencia y Ayuda a Domicilio.
2. Gestión del Salario Social Básico.
3. Tramitación de la Ley de Dependencia.
4. Proyecto local de Integración Social.
5. Programa de acogida, integración y refuerzo educativo de personas inmigrantes.
6. Intervención técnica de Apoyo a la Familia.
7. Tramitación de: residencias para mayores, centros de día, centros de personas con discapacidad, carnés de familia numerosa, reconocimiento de minusvalía, pensiones no contributivas.
8. Ayudas de Emergencia y Apoyo económico.

Asimismo, también se ocupa de:

- Organización de cursos, talleres y jornadas.
- Coordinación y mediación con otros servicios y entidades: centro de salud, centro escolar, juzgado, asociaciones, etc.
- Coordinación con los servicios del Principado de Asturias (Consejería de Bienestar Social, etc.).

<b>SERVICIO PÚBLICO DE TELEASISTENCIA (2006) MORCÍN</b>	
<b>Total usuarios/as atendidos/as</b>	<b>21</b>
<b>Índice de cobertura (usuarios/pob. &gt;65)*100</b>	<b>2,96</b>
<b>Mayores de 80 años</b>	<b>10</b>
<b>Usuarías mujeres</b>	<b>16</b>
<b>Edad media</b>	<b>80</b>

<b>SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO (2006) MORCÍN</b>	
<b>Total usuarios atendidos</b>	<b>40</b>
<b>Usuarios/as dependientes</b>	D. Ligera: 29
	D. Severa: 11
	Gran Dependencia: 0
<b>Índice de cobertura (usuarios/pob. &gt;65)*100</b>	<b>5,64</b>
<b>Mayores de 80 años</b>	<b>20</b>
<b>Usuarías mujeres</b>	<b>27</b>
<b>Usuarías mujeres &gt;80 años</b>	<b>13</b>
<b>Edad media</b>	<b>80</b>
<b>Precio público (euros/hora)</b>	<b>9,57</b>
<b>Horas de atención dispensadas (año)</b>	<b>6.084</b>
<b>Intensidad horaria (promedio de horas/mes/usuario)</b>	<b>18 horas/mes/usuario/a</b>

## Cultura

El Ayuntamiento de Morcín gestiona el funcionamiento de los siguientes centros municipales:

- Biblioteca Pública de Santa Eulalia, con un horario de atención al público de lunes a viernes de 16:30 a 20:00 h y sábados de 10:30 a 13:00 h
- Centro Social de Castandiello.
- Local para encuentro de asociaciones “La Panera”.

- Museo Etnográfico de la Lechería, gestionado por la **Asociación Cultural Amigos de los Quesos** y ubicado en **La Foz** (Lugar de Abajo). Nace en 1992 por iniciativa de la **Hermandad de la Probe** y **Asociación de Amigos de los Quesos** con el objetivo de crear un espacio adecuado para conservar todos aquellos testimonios de la producción lechera tradicional y sus derivados, así como estudiar y divulgar todos los aspectos relevantes del mundo ganadero y lechero tradicional en su conjunto, mostrarlo al público en general y servir de punto de referencia y apoyo a especialistas e investigadores/as en el mundo ganadero. Realiza labores divulgativas y de investigación, entre las que se cuentan colaboraciones con ayuntamientos y colegios de toda **Asturias**. Asimismo, cuenta con exposiciones, tanto temporales como permanentes de herramientas y utensilios relacionados con el mundo de la ganadería tradicional y la elaboración del queso y la manteca. Alberga unas quinientas piezas, distribuidas en tres secciones temáticas: La Leche, Los Quesos y La Manteca. Está abierto de lunes a viernes de 10,00 a 13,30 y de 16,00 a 19,30.
- Local de gestión municipal para la celebración de reuniones, cursos, etc. de La Foz de Morcín.
- En cuanto al patrimonio cultural, cabe destacar el histórico torreón medieval del Siglo XIII, declarado monumento histórico-artístico, emblema del concejo, las capillas medievales de Santiago y la Magdalena, y la iglesia de San Juan.

## Deporte

En la zona de la Montaña Central se pueden practicar varios deportes muy arraigados a la tierra, así como la pesca, la caza, paseos..., en lugares naturales espectaculares, en los cuales, se puede disfrutar del entorno y de la tranquilidad.

Morcín, paraíso verde de Asturias, es un lugar de esparcimiento y tranquilidad, en cuyos valles rurales se conjuga la clásica estampa campesina, el remanso de paz de la quintana y la soberbia naturaleza del paisaje. Aquí se pueden abordar **rutas de media montaña** sin riesgo alguno y en todas las direcciones.

En los desplomes Sur del Monsacro se han abierto numerosas vías de variada dificultad para que sirvan de escuela de escalada. En otras partes de Morcín, como Peña Manteca, Peñamiel, Figares o Aramo, también se practica de modo habitual este difícil deporte.

En el **polideportivo municipal**, en La Foz, se pueden practicar varias actividades deportivas y culturales. Desde el rocódromo, que sirve de iniciación a la escalada y prácticas de entrenamiento, hasta el fútbol-sala, gimnasia, aeróbic, kárate, o actividades manuales dedicadas a la creatividad personal. Esta variada gama de actividades se complementa con otros deportes de más riesgo, como la práctica del **parapente** desde La Peña Rocas a la vega de Argame o desde los altos del Aramo a los valles de Cardeo.

La **espeleología** también tiene en el Monsacro su lugar apropiado, con varias cuevas en la formación kárstica de esta singular montaña.



También el *mountain-bike* tiene su paraíso en las sendas de los cordales del Aramo y del Monsacro.

La **caza** y la pesca son otros alicientes de este pequeño pero completísimo concejo. Morcín es el Coto Regional nº 51, en el que hay abundancia de jabalí, corzo y especies menores como liebre o conejo. En la pluma, lo más significativo es la becada, o arcea, y la perdiz de alta montaña. En cuanto a la **pesca**, los ríos de Morcín y Riosa, así como el Caudal y el embalse de los Alfilorios, ofertan excelentes rincones para practicar este deporte.

El C. P. de Morcín participa en los Juegos Deportivos del Principado con dos equipos de fútbol sala: uno alevín y otro benjamín.

A través de la Agencia de Igualdad de Oportunidades también se vienen realizando actividades deportivas, como por ejemplo Batuka en el año 2006 (para niños y niñas de 8 a 14 años) o Tai-Chi (para menores de 50 años).

Desde la concejalía de Deporte, se gestionan las actividades de: aerobio, pilates, full contact y danza.

El concejo de Morcín, además, cuenta con dos equipos de fútbol sala.

Las instalaciones deportivas que hay en el municipio son: polideportivo de La Foz, el gimnasio de Santa Eulalia, la piscina municipal y un campo de fútbol en Santa Eulalia.

### **Asociaciones**

En el municipio de Morcín existe un amplio tejido asociativo, aunque hay que destacar la falta de un registro de asociaciones en el Ayuntamiento.

Las asociaciones activas que existen en el concejo son:

- Hermandad de La Probe.
- Asociación de Hermanamiento con Lecousse.
- Asociación Deportiva Montsacro-Mostazal F.S.
- A.D. Morcín F.S.
- Cofradía de Amigos de los Nabos.
- Peña de Caza “La Puente”.
- Peña de Automovilismo “El Gaxapu”.
- Asociación Medioambiental “La Cirigüeña”.
- Asociación de Mujeres “Sola Malena”.
- A.D. de caza “El Trapón”.
- Peña de Caza “El Carbayón”.

- Peña de Caza “Busloñe”.
- Asociación Cultural “San Pedro”.
- Asociación de Padres y Madres del C.P. de La Foz de Morcín.

### **Formación y Empleo**

El municipio de Morcín, junto con el resto de concejos de la Agrupación de Municipios de la Montaña Central, cuenta con los servicios de la Agencia de Desarrollo Local, formada por 4 agentes.

El **Agente de Desarrollo Local** tiene un día de atención al público en el Ayuntamiento de Morcín.

Entre sus principales funciones están: coordinación de turismo del Consorcio de la Montaña Central, promoción empresarial, temas relacionados con el Polígono de Argame, gestión de subvenciones y proyectos del Ayuntamiento en temas de empleo y empresas.

El Agente de Desarrollo Local también se encarga de gestionar Planes Locales de Empleo, Acciones Complementarias y ofrece asesoramiento y apoyo para llevar a cabo proyectos dentro del PRODOR. También se encarga de promover la realización de Talleres de Empleo en el concejo.

Por otro lado, el Ayuntamiento de Morcín, tiene firmado un Convenio con el Ayuntamiento de Mieres para participar del Centro de Apoyo a la Integración o **Centro Ocupacional de Cardeo** (Mieres). Este centro cuenta con los siguientes programas o núcleos de intervención: “La persona con discapacidad”, “El sistema familiar” y “El ambiente”.

## Propuestas y prioridades

### Surgidas de la participación Técnica y Ciudadana

#### PERSONAL DE SERVICIOS SOCIALES, AGENTE DE IGUALDAD Y TÉCNICA DE SALUD

- *Actividades de dinamización para mayores.*
- *Escuela Infantil.*
- *Potenciación de los servicios sociales.*
- *Atención Salud Mental en el concejo.*
- *Trabajador/a social en los centros de salud para lograr coordinación sociosanitaria.*
- *Escasa implicación y participación social.*
- *Escasez de formación en temas de salud de la población en general.*
- *Promover iniciativas de formación para la población ( cursos para cuidadores/as, etc).*

#### REPRESENTACIÓN POLÍTICA: PSOE, PP, IU

- *Centro de Día de Apoyo Rural.*
- *Fisioterapeuta en Centro de Salud del concejo, para no tener que desplazarse a Oviedo a rehabilitación.*
- *Sendas para caminar, con el objetivo de buscar vías alternativas de resocialización de personas en situación de aislamiento (falta de lugares de encuentro al cerrar los “chigres”).*
- *Centros sociales.*
- *Charlas y actividades para la población.*
- *Centro de Salud en Argame.*
- *Mayor utilización infraestructuras escolares.*
- *Creación de un espacio radiofónico en el colegio.*

## COLEGIO PÚBLICO

- *Escuela promotora de salud.*
- *Comedor y cocina escolar como apoyo para una alimentación sana.*
- *Formación continua a todos los/las profesionales implicados/las en la educación.*
- *Mejora en las instalaciones del colegio (son muy antiguas).*

## ASOCIACIONES

- *Mejorar el campo fútbol.*
- *Adecuación del local de encuentro de asociaciones “La Panera” para personas discapacitadas.*
- *Posibilidad consultas para las mujeres (ginecología, salud mental. . .) en el concejo.*
- *“Utilizar” a las asociaciones como recurso: ayuda a personas mayores si dispusieran de forma de transporte para ir a las casas.*
- *Creación de un registro municipal de asociaciones locales.*
- *Recursos para gente mayor: comida a domicilio, etc.*

## POBLACIÓN EN GENERAL

- *Creación de centros sociales en todos los núcleos rurales para la dinamización de personas mayores o reapertura de los “chigres”.*
- *Mayor número de profesionales para la asistencia de población mayor.*
- *SIMTROM: posibilidad de controlar a pacientes desde los centros de salud del concejo, ante la dificultad de trasladarse a Oviedo.*
- *Aumentar el número de actividades infantiles.*
- *Centro de Salud en Argame.*
- *Mayor horario apertura al público del servicio de correos.*
- *Guardería infantil 0-3 años.*
- *ESO: Posibilidad de cursar en el concejo todos los estudios.*
- *Zonas de juego infantil convenientemente cercadas para evitar el riesgo de atropellos*

## Objetivos y líneas de actuación

### Personas mayores

#### Objetivo:

Optimización de los recursos existentes en el concejo y creación de nuevos recursos ante la demanda.

#### Líneas de actuación

*Desarrollar de manera gradual los recursos sociales y sanitarios, estableciendo los mecanismos de coordinación necesarios.*

*Ofertar los cuidados asistenciales en el lugar más adecuado para las personas mayores.*

*Acercamiento de los recursos sociales, educativos y culturales a las poblaciones de las áreas rurales dispersas.*

*Realizar programas de formación dirigidos a los/as cuidadores/as de personas mayores.*

*Introducir la figura del voluntariado para la asistencia al grupo de mayores.*

*Potenciar los servicios de ayuda a domicilio, centros sociosanitarios con cuidados rehabilitadores, centros de día, viviendas tuteladas y centros especiales de atención a mayores.*

*Mejorar la coordinación de los dispositivos asistenciales y sociales para la atención integral de las personas mayores.*

*Implantación en el concejo el Programa “Rompiendo Distancias”.*

*Creación de un Aula Municipal de la tercera edad, donde se lleven a cabo programas de salud.*

*Dada la cantidad de pacientes en tratamiento con Sintrom, posibilidad de llevar su control y seguimiento en el concejo, sin tener que desplazarse a Oviedo.*

*Atención médica específica para este colectivo en el concejo*

*Constitución de un Área específica de Mayores dentro de los órganos municipales.*

#### Objetivo:

Fomentar la participación de las personas mayores en el concejo.

### Líneas de actuación

*Favorecer el acceso de las personas mayores a actividades culturales.*

*Promover la participación de las personas mayores en la educación de niños, niñas y jóvenes.*

*Fomentar el protagonismo de las personas mayores en la vida pública y, en particular, en las decisiones relativas a la salud.*

*Fomentar el asociacionismo en personas mayores.*

### Personas discapacitadas

#### Objetivo:

Disminuir las desigualdades en las condiciones favorecedoras de salud.

### Líneas de actuación

*Incrementar la formación de profesionales de diferentes sectores para trabajar en la promoción de la salud de las personas con discapacidades.*

*Informar y sensibilizar a la población en general sobre las características y necesidades de las personas con discapacidad.*

*Eliminar las barreras urbanas arquitectónicas.*

*Aumento de personal profesional para la atención de personas con discapacidad: potenciación del servicio de ayuda a domicilio y del servicio de teleasistencia.*

*Implicación de voluntariado para complementar la acción de asistencia a este colectivo.*

#### Objetivo:

Potenciar la participación.

### Líneas de actuación

*Favorecer el acceso de las personas con discapacidad a actividades culturales, recreativas, de empleo y de formación.*

*Fomentar el protagonismo de las personas con discapacidad en las decisiones relativas a su salud.*

*Promover la creación de organizaciones de personas con discapacidad.*

## Mujeres

### Objetivo:

acercar los recursos disponibles en el concejo a las mujeres, creando nuevos recursos específicos.

### Líneas de actuación

*Facilitar el acceso de las mujeres a los distintos servicios del concejo de los que tienen que hacer uso en relación con el desempeño de la doble función (trabajo remunerado y cuidado de la familia).*

*Potenciar las habilidades de profesionales del ámbito socio-sanitario y otros para que refuercen las conductas más saludables en las mujeres.*

*Ofertar servicios para descargar a las mujeres de parte de sus responsabilidades.*

### Objetivo:

Potenciar la participación.

### Líneas de actuación

*Potenciar y fomentar que las mujeres se sientan protagonistas activas y capaces de conducir los procesos relativos a su vida y la de su familia, en general, y a su salud en particular.*

*Fomentar la implicación de las mujeres en programas y actividades que se dirijan a ellas.*

*Proporcionar canales generales de participación de las mujeres en la vida y decisiones del concejo.*

*Potenciar el asociacionismo entre las mujeres y facilitar la labor de las asociaciones de mujeres ya constituidas.*

## Juventud

### Objetivo:

Mejorar la accesibilidad a los recursos.

### Líneas de actuación

*Potenciar la accesibilidad a instrumentos de promoción y prevención (guías informativas, útiles concretos: bebidas sin alcohol, condones, etc.).*

*Potenciar la accesibilidad a los equipos profesionales del ámbito socio-sanitario y educativo.*

*Potenciar la accesibilidad a los centros, dispositivos y programas de promoción y prevención (bibliotecas, centros de deporte, ocio y cultura, centros sociosanitarios).*

### **Objetivo:**

Potenciar la participación.

#### **Líneas de actuación**

*Potenciar la creación y desarrollo de grupos de iguales.*

*Mejorar las habilidades de auto-organización y capacitar a la población joven para que puedan incidir en las políticas de salud del concejo.*

*Fomento del trabajo en red a partir de los recursos ya existentes.*

*Constitución de un Área específica de Jóvenes dentro de los órganos municipales.*

#### **Infancia**

### **Objetivo:**

Aprovechar recursos existentes y mejorar su accesibilidad. Creación de nuevos recursos.

#### **Líneas de actuación**

*Aprovechar los lugares que los niños y niñas de Morcín consideran como más saludables para fomentar hábitos (desde el deporte a la lectura).*

*Recuperar para el juego y la convivencia espacios abiertos (zonas acotadas y preparadas para tal fin en la calle, plazas, parques), fomentando la existencia de zonas públicas donde se desarrollen actividades adecuadas para distintas edades.*

*Favorecer el acceso y desarrollo de actividades culturales, deportivas, alternativas de ocio, formación, salud, etc.*

*Favorecer el acceso a entornos más saludables como parques, jardines, parques deportivos, zonas naturales de los alrededores.*

*Mejorar las habilidades de la infancia para su autodesarrollo grupal y social.*

*Mejora del transporte y servicios destinados a la población infantil; creación de una escuela infantil con cobertura de 0 a 3 años.*

*Inclusión del Centro Educativo de la Foz en la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS), con el objetivo de conseguir una escuela saludable que facilite la adopción por toda la comunidad educativa de modos de vida sanos en un ambiente favorable a la salud.*



**Objetivo:**

Fomentar las relaciones sociales entre iguales.

**Líneas de actuación**

*Potenciar y fomentar el asociacionismo de los/as niños/as para el desarrollo de actividades diversas en el entorno.*

*Fomentar la celebración anual de acciones en el municipio que tengan a la infancia como protagonistas.*

**Recursos en general****Objetivo:**

Optimizar el aprovechamiento y uso de los recursos existentes: mejorar o ampliar los existentes y/ o crear nuevos recursos.

**Líneas de actuación**

*Creación de Centros Sociales en los núcleos rurales del concejo.*

*Utilización de edificios municipales sin uso actual, (escuelas, consultorios locales...) para dedicarlos a fines sociales (escuela infantil, Centros de Día, Centros de Día de Apoyo rural, Residencia Geriátrica...).*

*Mejora de las instalaciones del Colegio Público.*

*Centro Polideportivo cubierto para Santolaya.*

*Aprovechamiento invernal de la piscina municipal, con cubrición y climatización.*

*Rehabilitación de la escuela de Las Mazas (fondos mineros) para la creación de un espacio social.*

*Mejora de la Biblioteca Municipal, para convertirla en un auténtico espacio cultural del concejo.*

*Ampliación del horario de apertura del servicio de Correos.*

*Mejora del funcionamiento de los repetidores de televisión, para facilitar la recepción adecuada de los distintos canales y TDT, ampliando así la oferta televisiva.*

*Creación de un área WIFI (acceso a Internet Inalámbrico) en todo el concejo.*

*Potenciación y mantenimiento del Telecentro como herramienta de acercamiento de la población a las nuevas tecnologías.*

*Potenciación del turismo rural.*

## Indicadores para la evaluación

- Aumento de los recursos sociales (centros sociales, centros de día, guardería infantil, etc).
- Personas atendidas y recursos disponibles en los distintos programas de Servicios Sociales.
- Cartera de Servicios de Atención Primaria, equipamiento personal y material.
- Instalaciones y ofertas deportivas.
- Asociaciones creadas.
- Recursos informativos creados.
- Programas de educación para la salud llevados a cabo y participantes por edad y sexo.

# MEDIO AMBIENTE URBANISMO Y COMUNICACIONES

## 5. MEDIO AMBIENTE, URBANISMO Y COMUNICACIONES

### Datos significativos.

#### Medio Ambiente

##### Calidad del Aire y Contaminación Acústica

La contaminación atmosférica es muy nociva para la salud humana y el medio ambiente: problemas respiratorios, muertes prematuras, eutrofización<sup>1</sup> y deterioro de los ecosistemas por los depósitos de nitrógeno y de sustancias ácidas son algunas de las consecuencias de este problema, tanto local como transfronterizo.

Los contaminantes más preocupantes en lo que se refiere a la salud pública son el ozono troposférico<sup>2</sup> y, sobre todo, las partículas<sup>3</sup> (en particular las partículas finas o PM<sub>2,5</sub>).

La calidad del aire se regula por la *Ley 38/1972, de 22 de diciembre*, por la que se establecen los objetivos de protección del ambiente atmosférico, desarrollada por el Real Decreto 1073/2002, de 18 de octubre, sobre evaluación y gestión de la calidad del aire ambiente en relación con el dióxido de azufre, dióxidos de nitrógeno, óxido de nitrógeno, partículas, plomo, benceno y monóxido de carbono y por el Real Decreto 1796/2003, de 26 de diciembre, relativo al ozono en el aire ambiente.

La Red de Control Ambiental del Principado de Asturias está compuesta por 19 estaciones ubicadas en los principales núcleos de la región, lo que permite medir la calidad del aire en los mismos. La estación más cercana al concejo de Morcín es la situada en Mieres.

La legislación vigente, no sólo establece los valores que marcan el límite a partir del cual la calidad del aire amenaza a la salud humana o de los ecosistemas, sino que fija, además, el número de superaciones permitido de estos valores límite.

---

<sup>1</sup> Eutrofización: exceso de nutrientes nitrogenados (amoníaco y óxido de nitrógeno) que perturba las comunidades vegetales y se infiltra en las aguas dulces, lo que causa, en ambos casos, una pérdida de diversidad biológica.

<sup>2</sup> Ozono troposférico: ozono cuya creación es el resultado de reacciones químicas entre los compuestos orgánicos volátiles (COV) y los óxidos de nitrógeno (NOx) bajo el efecto de la radiación solar y que se acumula en altitudes bajas.

<sup>3</sup> Partículas: polvo emitido por determinadas actividades humanas (partículas primarias) o que se forma en la atmósfera (partículas secundarias) a partir de varios gases, como el dióxido de azufre (SO<sub>2</sub>), los óxidos de nitrógeno (NOx) y el amoníaco (NH<sub>3</sub>). Las partículas se distinguen, entre otras características, por su tamaño: partículas gruesas (PM<sub>10</sub>) que miden entre 2,5 y 10 m de diámetro, mientras que las partículas finas (PM<sub>2,5</sub>) miden menos de 2,5 m de diámetro.

Según el Estudio del Medioambiente en Asturias 2005, la Estación de Contaminantes Atmosféricos de Mieres no superó en dicho año el umbral de alerta de dióxido de azufre (SO<sub>2</sub>), ni tampoco el de dióxido de nitrógeno (NO<sub>2</sub>) ni el de ozono (O<sub>3</sub>). Los resultados son muy diferentes si se analizan las partículas (PM10). El valor límite diario de partículas para la protección de la salud humana, fijado en 50 µg/m<sup>3</sup>, se superó en todas las estaciones de la región.

Un aspecto que puede influir en la contaminación atmosférica del municipio de Morcín es la Central Térmica que se encuentra situada en el concejo limítrofe de Ribera de Arriba. La Directiva sobre Grandes Instalaciones de Combustión (2001/80/CE), desarrollada en nuestro país por el R.D. 430/2004 de 12 de marzo, contempla límites de emisión individuales de SO<sub>2</sub>, Nox y partículas para las instalaciones que se autoricen tras su aprobación y fija nuevas condiciones para las instalaciones que se autorizaron antes de 1987 (instalaciones existentes). Este segundo caso es en el que se encuentra la Central Térmica de Soto de Ribera.

La combustión de carbón cuenta con un factor muy negativo: las importantes emisiones de CO<sub>2</sub>, Nox y SO<sub>2</sub>. Por este inconveniente están afectadas por los compromisos del Protocolo de Kyoto y tienen que someterse a un proceso de renovación casi total (que en la Central Térmica de Soto de Ribera ya está en marcha), reemplazándose por central de Ciclo Combinado que emplea el gas natural como materia prima<sup>4</sup>.

### Abastecimiento de agua

El abastecimiento de agua en el municipio de Morcín está gestionado directamente por el Ayuntamiento.

El concejo de Morcín se abastece de agua potable a través de redes municipales. Existen varios puntos de captación (aproximadamente unos 9 manantiales) y gran parte del caudal llega al depósito central, desde donde se reparte a un buen número de pueblos, abasteciéndose el resto mediante redes parciales.

En el municipio hay 48 depósitos de agua, de los que tan sólo 3 ó 4 cumplen la normativa, por lo que el Ayuntamiento se plantea en un futuro privatizar la gestión del agua, ya que se ve imposibilitado para llevar a cabo una buena gestión del agua por falta de recursos.

Además, el municipio “exporta” agua desde el embalse de los Alfílorios hasta Oviedo. El embalse es alimentado por pequeños cursos locales y, sobre todo, por la gran conducción que llega desde Riosa. Se está realizando el acondicionamiento de los órganos de desagüe de la presa del embalse.

---

<sup>4</sup> “Población, Administración y Territorio en Asturias”, CES del Principado de Asturias. 2007.

## Saneamiento, Depuración y Calidad del Agua

En general, la red de saneamiento presenta importantes deficiencias: en el Valle del Río Morcín muchos pueblos tienen alcantarillados elementales, pero los vertidos se efectúan directamente a los ríos. Hay 6 u 8 casos en los que existen decantadoras o fosas sépticas.

La Foz y Las Mazas tiene alcantarillado, pero también vierten directamente al río. Hay una gran necesidad de controlar los vertidos a los ríos, ya que no existe ningún tipo de colector o depuradora, aunque está en proyecto la construcción de uno.

En cuanto a los controles de calidad del agua de consumo, personal del Ayuntamiento realiza controles diarios, pero además, periódicamente, la empresa Aqualia también lleva a cabo controles programados, los cuales remite directamente al Ayuntamiento y a Sanidad.

La Confederación Hidrográfica del Norte es el organismo de cuenca encargado de ejecutar las inversiones que realiza el Ministerio de Medio Ambiente en Asturias en materia de obras hidráulicas. Durante 2005, la Confederación Hidrográfica del Norte invirtió 18,2 millones de euros en obras hidráulicas en Asturias. Entre los proyectos de mayor cuantía destaca el acondicionamiento de los órganos de desagüe de la presa de Los Alfilorios.

## Residuos

La normativa vigente sobre residuos a nivel estatal está formada por la Ley 10/1998, de 21 de abril, de Residuos, además de por otras normas y planes más específicos como el R.D. 952/1997, de 20 de junio, sobre residuos tóxicos y peligrosos o el Plan Nacional de Descontaminación y Eliminación de Policlorobifelinos (PCB), Policloroterfelinos (PCT) y aparatos que los contengan (2001-2010).

A nivel autonómico, tenemos el Plan Básico de Gestión de Residuos en Asturias (2001-2010), cuyo objetivo principal es: “definir y programar las directrices que deben seguir las diversas actuaciones, públicas o privadas, relativas a la gestión integrada de los residuos, dentro del marco propuesto por la Ley 10/1998, de Residuos, y demás normativa nacional y comunitaria sobre residuos, con el fin de proteger el medio ambiente y la salud de las personas”.

Para garantizar la gestión de los residuos producidos en cualquier punto del territorio, en Asturias se ha optado generalmente por una gestión centralizada a cargo de COGERSA.

Según el Informe Anual 2005 de COGERSA, en dicho año se gestionaron en COGERSA 1.035.685 toneladas de residuos, siendo el 94,5% residuos no peligrosos (RNP) y el 5,4% residuos peligrosos (RP). De los primeros, el 45,9% corresponde a residuos urbanos (RU) y asimilables, seguidos de residuos de construcción y demolición (RCD) que representan un 24,1% del total.

Respecto a la recogida selectiva de papel, cartón, envases ligeros y vidrio, los contenedores instalados en el Principado de Asturias a 31 de diciembre de 2005 eran: 3.223 de papel y cartón, 2.304 de vidrio y 2.109 de envases ligeros. Las cantidades recogidas fueron de 25.360 toneladas de papel y cartón (23,58Kg. hab/año), con un incremento cercano al 6,42% sobre el año 2004; 8.741 toneladas de vidrio (8,13 Kg. hab/año), con un incremento del 4,66% sobre el año 2004, y 5.661 toneladas de envases ligeros (5,26 Kg hab/año), con un decremento del 0,03% sobre el año 2004.

Los residuos urbanos (RU) son los residuos generados en los domicilios, que comúnmente conocemos como basura.

Según el estudio del CES, "Estado del Medioambiente en Asturias 2005", en el año 2003 en Asturias se produjo el 2,2% de los residuos generados en España, lo que supone una reducción de 0,2 puntos porcentuales respecto al año anterior (año 2002: 2,4% de los residuos generados en España).

Relacionando la generación de residuos con la población, Asturias se encuentra entre las Comunidades Autónomas con un porcentaje de generación de residuos inferior al de población: en el año 2003, el 2,5% de la población generó el 2,2% de los residuos urbanos generados a nivel nacional.

La tasa de generación de residuos per cápita en Asturias se situaba en el año 2003 en 1,2 Kg. por habitante y día, cifra inferior a la media nacional, que asciende a 1,4 Kg.

Los Ayuntamientos son los responsables de la realización de la recogida de los residuos domiciliarios. En ocasiones disponen de servicios municipales propios, pero en otros casos debido a diferentes motivos, contratan el servicio exteriormente. El Ayuntamiento de Morcín tiene un contrato con la empresa Arcadio Aurelio Suárez García, que se encarga de recoger y transportar los residuos sólidos urbanos del municipio semanalmente y depositarlos en la Estación de Transferencia de Mieres, donde se compactan y trasladan en camiones al depósito central de COGERSA.

En cuanto a la recogida de residuos selectiva, si comparamos las cifras de los años 2005 y 2006, en Asturias se ha incrementado el número de contenedores tanto de vidrio, como de envases y de papel y cartón; también se han incrementado las toneladas de residuos en los tres tipos de reciclaje, el número de habitantes por contenedor y los Kg. por habitante.

### RECOGIDA SELECTIVA DE COGERSA EN ASTURIAS 2005 Y 2006

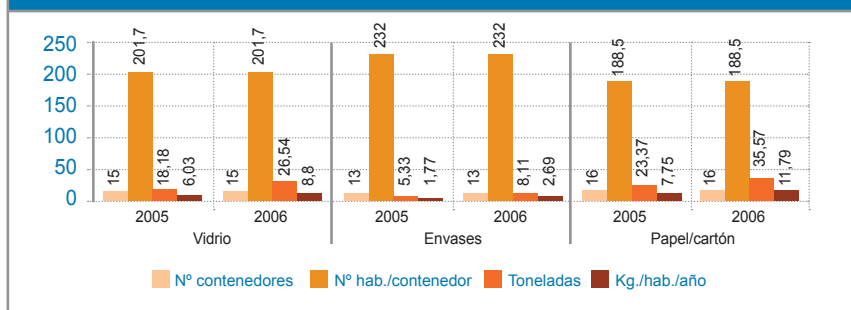
Fracción	Nº contenedores		Habitantes/contenedor		Toneladas		Kg/habitante	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Papel	3.223	3.381	278	319	25.357	26.628	23,58	24,73
Vidrio	2.304	2.435	389	442	8.743	9.508	8,13	8,83
Envases	2.109	2.253	425	478	5.657	5.915	5,26	5,49

En el municipio de Morcín, comparando cifras de los años 2005 y 2006 en cuanto a recogida selectiva, obtenemos los siguientes datos: el número de contenedores de vidrio, envases y papel y cartón es el mismo en ambos años, así como el número de habitantes por contenedores. Sin embargo, las toneladas recogidas han disminuido para los tres tipos de residuos y también han disminuido los Kg por habitante al año.

### RECOGIDA SELECTIVA DE COGERSA EN MORCÍN 2005 Y 2006

	Vidrio		Envases		Papel/cartón	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Nº contenedores	15	15	13	13	16	16
Nº hab./ contenedor	201,07	201,07	232,00	232,00	188,50	188,50
Toneladas	18,18	26,54	5,33	8,11	23,37	35,57
Kg/hab/año	6,03	8,80	1,77	2,69	7,75	11,79

### RECOGIDA SELECTIVA DE COGERSA EN MORCÍN





El municipio de Morcín no cuenta con ningún punto limpio, el más cercano está situado en el concejo limítrofe de Ribera de Arriba.

En cuanto a limpieza de calles y zonas verdes, una empresa se encarga de la limpieza de las zonas verdes, pero la realiza casi exclusivamente en los principales núcleos del municipio. No hay una adecuada limpieza de calles y zonas verdes hasta el momento.

### Energía

Hidroeléctrica del Cantábrico es la empresa suministradora de energía eléctrica, que llega sin problemas a todas las viviendas habitadas del municipio.

Todos los pueblos disponen de alumbrado público en las calles y caminos interiores y se procura atender, en la medida de lo posible, todas las peticiones de instalación de nuevos puntos de luz.

Según la Encuesta de Infraestructuras y Equipamientos Locales, la calidad del suministro de energía eléctrica es buena en todo el municipio.

No hay suministro de gas natural en el municipio. Sólo está prevista la llegada de gas natural, a corto plazo, a Argame.

### Planes de Emergencia

En el concejo de Morcín no existe Plan Municipal de Emergencia de Protección Civil. En su defecto, actúa como Plan Director, el PLATERPA (“Plan Territorial de Protección Civil del Principado de Asturias”), además de otros Planes Especiales de Protección Civil que fueran de aplicación en función del tipo de emergencia, como por ejemplo el INFOPA (Plan de Protección Civil del Principado de Asturias ante el riesgo que pueden generar los incendios forestales) o el PLAMERPA (Plan Especial de Protección Civil del Principado de Asturias ante emergencias por accidentes en el transporte de mercancías peligrosas).

El PLATERPA constituye el marco regulador de toda planificación ante emergencias que, a distintos niveles o sectores, se elabore en el territorio de la Comunidad Autónoma asturiana, al objeto de garantizar la respuesta ante las emergencias de la Administración Pública en su conjunto.

De acuerdo con la Norma Básica de Protección Civil, el PLATERPA tiene por objeto hacer frente a las situaciones de grave riesgo, catástrofe o calamidad pública, así como aquellas situaciones de emergencia, consideradas emergencia menor o no calamitosa, que puedan presentarse en todo el ámbito geográfico del Principado de Asturias.

## Urbanismo

### Suelos Industriales/Sistema Productivo

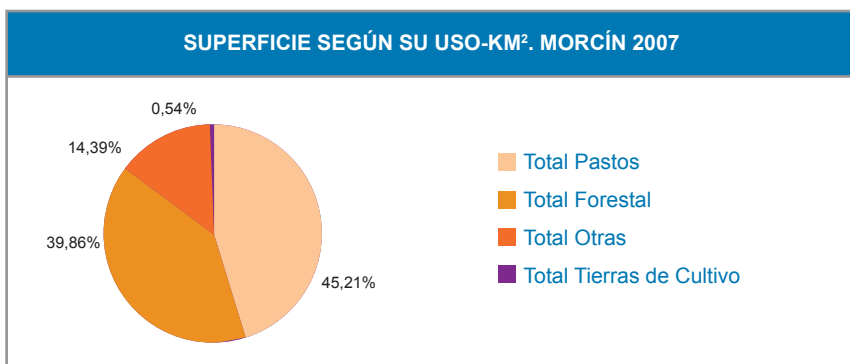
El despegue socioeconómico de Morcín ha de pasar, necesariamente, por alguna iniciativa de gran envergadura que actúe como motor de desarrollo y contribuya a diversificar las fuentes de empleo. Empresas que se ocupen en nuevas ramas de actividad, donde tengan cabida jóvenes profesionales y personal formado tanto en oficios tradicionales como en las últimas tecnologías. Todo esto queda plasmado en la construcción del Parque Empresarial de Argame.

El Programa de Promoción de Suelo Industrial del Principado de Asturias 2005-2008 recoge el análisis del desarrollo de suelo industrial bajo la modalidad, casi siempre, de Parque Empresarial. El Programa recoge 131 posibles actuaciones en 63 concejos, siendo el Polígono Industrial de Argame el cuarto de mayor tamaño. Es un polígono de reactivación minera y pretende servir de apoyo al resurgimiento económico de la zona. Se asienta en un terreno de vega, bien localizado, próximo a conexiones con la autovía A-66 y cuenta con una superficie considerable<sup>5</sup>.

SUPERFICIE SEGÚN USOS (KM <sup>2</sup> ). MORCÍN. 2007		
	Km <sup>2</sup>	%
<b>Total</b>	<b>50,05</b>	<b>100,00</b>
<b>Total Tierras de Cultivo</b>	<b>0,27</b>	<b>0,54</b>
Cultivos Herbáceos	0,27	0,54
Cultivos Leñosos	0,00	0,00
<b>Total Pastos</b>	<b>22,63</b>	<b>45,21</b>
Praderas Naturales	16,27	32,51
Pastizales	6,36	12,71
<b>Total Forestal</b>	<b>19,95</b>	<b>39,86</b>
Monte Maderable	10,56	21,10
Monte Leñoso (matorral)	3,94	7,87
Erial a Pasto	5,45	10,89
<b>Total Otras</b>	<b>7,20</b>	<b>14,39</b>
Terreno Improductivo	4,58	9,15
Superficie No Agrícola	2,10	4,20
Aguas	0,52	1,04

Fuente: SADEI

<sup>5</sup> "Población, administración y territorio en Asturias", CES del Principado de Asturias. 2007.



### Áreas Residenciales y Zonas Verdes

En la Foz de Morcín está prevista la construcción de 25-30 viviendas de Protección Oficial, que se sumarán a las viviendas sociales ya existentes en dicha localidad.

En Santa Eulalia se tiene prevista la construcción de un número elevado de viviendas, tanto de titularidad pública como privada, aprovechando el despegue que supondrá el Parque Empresarial para el municipio.

En cuanto a las zonas verdes, según una medición reciente de los principales núcleos del municipio realizada por personal del Ayuntamiento, existen 35.975m<sup>2</sup> de zonas verdes, que se distribuyen de la siguiente manera:

- Santa Eulalia: 9.821 m<sup>2</sup>.
- Argame: 5.244 m<sup>2</sup>.
- Lugar de Arriba: 433 m<sup>2</sup>.
- Lugar de Abajo: 4.168 m<sup>2</sup>.
- Las Mazas: 7.904 m<sup>2</sup>.
- Parteayer: un campo de fútbol de 5.320 m<sup>2</sup> y un Área Recreativa de 8.406 m<sup>2</sup>.

A esto habría que sumar dos áreas recreativas más que existen en el municipio, pero que en el momento de la realización de este diagnóstico aún estaban sin medir.

## Transporte y Telecomunicaciones

### Carreteras y Red Viaria

Morcín dispone de una completa red de carreteras que se organiza a tres niveles (nacional, autonómico y municipal), a la que se une un buen número de pistas asfaltadas que permiten el acceso a todos los núcleos de población.

La vía principal es la **N-630** que permite la comunicación con Oviedo y Gijón, con el área de Mieres y Lena y con la meseta. Presenta un buen estado de firme y cuenta con anchos arcones. Fue una carretera muy transitada hasta los años 90 del siglo XX, cuando se inauguró el tramo de la Autovía A-66 desde Oviedo a Campomanes, pero en la actualidad acoge fundamentalmente tráfico local.

De rango comarcal es la carretera **AS-231** (de Peñamiel a Lena por Riosa) que es la que canaliza las comunicaciones entre la N-630 y la localidad de La Foz. Tanto el estado del firme como el trazado son satisfactorios para el tráfico que soporta. Los tramos más peligrosos coinciden con las travesías de los diferentes núcleos de población (Las Mazas, La Puente, La Foz).

Las carreteras locales son la **MO-1** (de Santa Eulalia a Busloñe), la **MO-2** (de Malpica a Peñerudes y La Carrera), la **MO-3** (de Las Mazas a El Reguero), la **MO-4** (de La Foz a Los Llanos) y la **MO-5** (de Soto de Ribera a Quirós, pasando por Peñerudes). El estado general del firme es bueno, aunque en algunos puntos el trazado resulta excesivamente estrecho y sinuoso. El tramo más crítico es el que recorre la MO-1 entre Santa Eulalia y Las Vegas de San Esteban, ya que soporta un gran volumen de tráfico, discurre por una zona donde la edificación es casi continua y presenta algunas curvas muy estrechas y cerradas.

Existe una **línea de ferrocarril de vía estrecha** (Oviedo-Collanzo) que es gestionada por la Empresa FEVE. Se trata de una parte del trazado del antiguo Ferrocarril Vasco Asturiano que unía la cuenca minera del Caudal con el puerto de San Esteban de Pravia. El servicio que presta al concejo es escaso, pues sólo tiene parada a la altura de Partheyer (Santa Eulalia).

### Transporte

El transporte público por carretera es atendido por la empresa Álvarez González y Cía, con sede en Santa Eulalia de Morcín. Aunque se trata siempre de decisiones regidas por la demanda, el recorrido y frecuencia de los distintos servicios parece, a priori, satisfactorio. Las líneas que atienden las necesidades de la población del concejo son las siguientes:

- **Riosa-Oviedo-Riosa:** presta servicio directo a las localidades de La Foz, La Puente, Las Mazas, Santa Eulalia-Partheyer y Argame, así como a las inmediaciones de las canteras de Peñamiel. Las frecuencias en días laborables, desde las 7 de la mañana hasta las 10,30 de la noche, oscilan entre los 30 y los 60 minutos, según el tramo horario; durante los fines de semana los servicios se realizan cada dos horas.

- **Riosa-Mieres-Riosa:** discurre por el valle de La Foz y ofrece seis servicios diarios (tres por la mañana y tres por la tarde) en cada sentido, reduciéndose los fines de semana a la mitad.
- **Riosa-Pola de Lena-Riosa:** también por el valle de La Foz, se limita a un servicio hacia Pola de Lena a las 9,30 horas y regreso a Riosa a las 12,45 horas que se efectúa sólo los miércoles y los viernes.
- **Peñerudes y Cardeo** también cuentan con servicios de transporte público en autobús: desde las respectivas localidades se llega a Santa Eulalia para enlazar con la línea Riosa-Oviedo-Riosa. Las salidas se efectúan a primera hora de la mañana y primera hora de la tarde, mientras que los enlaces de regreso son a las 13,30 y las 18,30 horas. El primer trayecto beneficia a todas las localidades próximas a la carretera MO-2 (parroquias de La Piñera y Peñerudes, fundamentalmente); y el segundo, a los pueblos cercanos a la MO-1 hasta Cardeo.

También el autobús urbano de Mieres realiza algún servicio hasta Santa Eulalia.

No existe estación de autobuses en ningún núcleo del concejo. En Santa Eulalia hay un espacio reservado para ellos en la glorieta que conecta el barrio primitivo con la urbanización Montsacro. En el resto de puntos a lo largo de los distintos trayectos, los autobuses efectúan sus paradas en lugares prefijados: en las vías principales (N-630, AS-231) hay espacio para detenerse fuera de la calzada (tanto en carretera como en travesía), pero en la mayoría de las carreteras locales no puede evitarse invadir la calzada. En ocasiones, los lugares de espera están dotados con una marquesina donde protegerse del sol y la lluvia y que también es utilizada para el transporte escolar.

El transporte por ferrocarril utiliza la vía de ancho métrico de la línea Trubia-Collanzo, que permite los desplazamientos hacia Oviedo (con trasbordo en Trubia), Mieres, concejo de Aller y valle alto del Caudal (previo trasbordo en Mieres).

En lo que se refiere a desplazamientos particulares por carretera, se utiliza con mucha frecuencia el automóvil, tanto para viajes de corto recorrido (entre los pueblos y los núcleos principales del concejo o de un pueblo a otro), como para los que tienen como origen o destino la ciudad de Oviedo, Mieres u otras villas cercanas.

No se considera necesario un estudio detallado de tráfico en Morcín por tratarse de un concejo de pequeñas dimensiones y sin problemas de saturación en sus carreteras y vías férreas. Durante varias décadas, el concejo fue paso obligado en los desplazamientos por carretera hacia la Meseta. En los años noventa se produjo el desplazamiento de los tráfico de larga distancia hacia la nueva autovía (tramo Oviedo-Campomanes de la A-66), con lo que la carretera N-630 quedó restringida mayormente al tráfico local. Esta circunstancia puede resultar beneficiosa para el concejo si se consigue desarrollar actividades que aprovechen la ventaja de disponer de una carretera amplia, con buen firme y bien conectada con la autovía.

El transporte público más utilizado por la población de Morcín es el autobús, debido fundamentalmente a que el tren sólo tiene una parada en el concejo y los horarios y rutas no son muy adecuados y no permiten un desplazamiento rápido (debido a que hay que hacer trasbordos y hay muy pocas líneas al día). La población más envejecida del municipio, que suele vivir en los núcleos más alejados y dispersos, utiliza mucho el taxi, especialmente para acudir a consultas médicas, tanto a los centros de salud del concejo como a los servicios especializados de Oviedo. Hay un número muy alto de taxis en el municipio: 7 taxis, que se reparten de la siguiente manera: 1 en Santa Eulalia, 1 en Las Mazas, 1 en Argame y 4 en La Foz.

## Accesibilidad y Aparcamientos

### ¿Qué tipos de barreras existen?

- **Barreras urbanísticas.** Son las existentes en las vías públicas y en los espacios libres (bordillos sin rebajar, alcorques de árboles o jardineras en pasos estrechos, pavimentos deslizantes...).
- **Barreras arquitectónicas en la edificación.** Son las existentes en los accesos o en el interior de los edificios (escaleras sin rampa o ascensor como alternativa, un aseo con reducido espacio o puertas estrechas...).
- **Barreras en los transportes.** Transporte público no adaptado a las necesidades de las personas con discapacidad (autobuses sin rampa de acceso y que no sean de piso bajo).
- **Barreras de la comunicación.** Son los impedimentos para la emisión o recepción de mensajes, directamente o a través de los medios de comunicación (un semáforo sin señal acústica, un servicio de información sin intérprete del lenguaje de signos, etc.).

Algunas de las razones de la importancia que tiene la Accesibilidad son:

- 1) En ocasiones impide el contacto de la persona discapacitada con el grupo de sus iguales.
- 2) Frecuentemente dificulta el acceso a la escolaridad y, por tanto, impide la integración escolar plena.
- 3) Las dificultades de acceso pueden impedir que una persona con discapacidad ocupe un puesto de trabajo, con lo que la integración laboral queda truncada.
- 4) Finalmente, los obstáculos físicos impiden la normal convivencia, las deseables relaciones sociales y el disfrute del entorno.

En suma, las barreras arquitectónicas constituyen un obstáculo, más frecuente de lo deseable, que dificultan la integración de las personas con discapacidad, que acrecientan su marginación y que impiden la mejora de su calidad de vida.

La **Ley 5/95, de 6 de abril, de Promoción de la Accesibilidad y Supresión de Barreras del Principado de Asturias** “tiene por objeto el establecimiento de normas y criterios básicos para la promoción de la accesibilidad y la supresión de barreras y obstáculos, en el diseño y ejecución de las vías y espacios libres públicos, en el mobiliario urbano, en la construcción y reestructuración de edificios y en los medios de transporte y de comunicación sensorial; tanto de titularidad pública como privada”.

En el municipio de Morcín, la accesibilidad y supresión de barreras es todavía una asignatura pendiente. No hay más que observar las aceras (todas ellas con bordillos y sin rampas) y el acceso a los distintos servicios tanto públicos (Ayuntamiento, Colegio o Biblioteca) como privados (tiendas, empresas). En un municipio donde la mayor parte de su población tiene algún tipo de discapacidad (generalmente debido a su edad avanzada) sería muy importante que se tuviese en cuenta, tanto en sus planes de ordenación urbana como en el resto de políticas, la normativa existente sobre promoción de la accesibilidad y supresión de barreras.

## Propuestas y prioridades

Surgidas de la participación Técnica y ciudadana

### **Personal Técnico de Servicios Sociales, Agencia de Igualdad y Educadora Social**

- Transporte público.
- Eliminación de barreras. Accesibilidad a todos los niveles (transporte, urbanístico, social, tecnológico...).
- Medio ambiente saludable (contaminación acústica, red de distribución y saneamiento de aguas, calidad del agua potable..).

### **Guarda Forestal**

- Prevención incendios: quemas controladas en montes de utilidad pública, y propiedades particulares. Informar de que se realizan quemas y desbroces si se solicita.
- Mayor concienciación sobre el sector forestal por parte de la ciudadanía: incentivar al cumplimiento de la legislación y sancionar los incumplimientos; no permitir el pastoreo en parcelas donde se realizan quemas incontroladas; quitar primas por pastoreo.

### **Asociaciones**

- Eliminación de las barreras arquitectónicas.
- Desarrollo de proyectos de defensa de la naturaleza y el paisaje.
- Difundir la educación ambiental y realizar actuaciones de formación. En particular, actuaciones que contribuyan a la conservación y el desarrollo sostenible de la Sierra del Aramo y su entorno.



### Población en general

- Mejora en los transportes.
- Control de animales salvajes: jabalíes, lobos.
- Limpieza de la senda del pantano Aflorios y zonas recreativas.
- Medidas de control de la velocidad del transporte público y privado en las carreteras del concejo.
- Aumento de los días de recogida basura.
- Aumento de la recogida selectiva de basura.

## Objetivos y líneas de actuación

### Medio Ambiente

#### Objetivo:

Promover el desarrollo de conocimientos, actitudes y habilidades que ayuden a la población escolar a comprender la relación entre las actividades humanas y su impacto en el medio ambiente, así como a responsabilizarse de mantener y mejorar el medio biofísico de su entorno.

#### Líneas de Actuación

*Promover la educación ambiental en la escuela como parte integrante de la educación global de niñas y niños.*

*Fomentar entre escolares de Morcín el buen uso de las papeleras y el uso de contenedores específicos: pilas, papel, vidrio, envases.*

*Fomentar entre la población infantil del concejo la cultura de la conservación de los recursos naturales, incidiendo en el respeto y cuidado de esos recursos.*

*Fomentar entre la infancia el cuidado y respeto de árboles y zonas verdes.*

#### Objetivo:

Informar y aumentar las habilidades de la población en aspectos tales como: la contaminación atmosférica, acústica, de residuos, etc, prevención de accidentes laborales y de tráfico.

## Líneas de Actuación

*Facilitar el acceso de la población a cualquier información que consideren importante acerca de la contaminación y problemas relacionados, tales como olores, alarmas, escapes, etc.*

*Promoción de la mejora de la comunicación social en Morcín acerca de la conservación del entorno.*

*Difusión de material de sensibilización sobre reciclaje, conservación del entorno, uso de energías renovables, etc.*

## Objetivo:

Mantener el entorno en condiciones óptimas y saludables.

## Líneas de Actuación

*Creación de espacios saludables para mayores, adaptados a sus necesidades.*

*Promoción de las sendas verdes existentes y recuperación de las abandonadas.*

*Vigilancia y evitación de los efectos nocivos sobre la salud que pueda tener la presencia animal sin control sanitario (perros, gatos, etc.).*

*Potenciación de actuaciones en las zonas más desfavorecidas.*

*Promoción de la asociación y organización de grupos interesados en temas de salud medio-ambiental.*

*Disminución de la contaminación acústica generada por actividades y locales recreativos.*

*Control de los animales domésticos y no domésticos.*

*Realizar, fomentar y potenciar mejoras medio-ambientales a todos los niveles en el concejo.*

*Potenciar la creación y desarrollo de grupos de voluntarios/as ambientales.*

*Mejorar las habilidades de auto-organización y capacitar a la población para que puedan incidir en las políticas medio-ambientales de Morcín.*

*Dar prioridad a la limpieza y jardinería en jardines y viales en todo el concejo.*

*Mejoras de zonas degradadas mediante su limpieza y desbroce.*

*Creación de meandros artificiales en la salida natural del río Morcín y el Arrollo de los Molinos en Argame, para evitar inundaciones.*

*Creación de una escollera y dique en Argame, para evitar el desbordamiento del río Caudal.*

*Protección y conservación de la naturaleza, limpieza de ríos, montes y espacios de vertederos ilegales.*

*Mejora y ampliación del servicio de recogida selectiva de basura.*

*Limpieza adecuada de los contenedores de basura.*

*Potenciación de la recogida de basura selectiva.*

*Implantación de una gestión adecuada de residuos agropecuarios y ganaderos.*

*Creación de un Punto Limpio en el concejo.*

*Control de la calidad del agua para el consumo humano. Regularización en el cumplimiento de la normativa en los depósitos de agua. Limpieza y reparación de depósitos y arquetas de agua.*

*Control de los vertidos a los ríos (colector/depuradora).*

*Aumentar la oferta de lugares saludables y potenciar el uso de aquellas zonas infrautilizadas.*

#### **Polígono Industrial de Argame:**

- *Sensibilizar a las empresas que se asienten en el polígono para que mejoren su comportamiento medioambiental de una manera rentable: Industrias Limpias.*
- *Creación de un punto limpio industrial (punto de almacenamiento de residuos industriales no peligrosos), con una adecuada gestión.*

*Saneamiento del río Riosa a su paso por el concejo.*

*Controles periódicos de los posibles efectos nocivos para la población de la Central Térmica de Soto de Ribera.*

*Creación del Plan Municipal de Emergencia de Protección Civil.*

## **Urbanismo, Transporte y Comunicaciones**

### **Objetivo:**

Revalorización de espacios públicos y urbanos.

### **Líneas de Actuación**

*Eliminar las barreras arquitectónicas.*

*Mejorar el acceso a zonas de especial interés cultural.*

*Aumentar y mejorar la dotación de las zonas recreativas del concejo.*

*Programación del mantenimiento permanente de red viaria municipal.*

*Ejecución de un puente peatonal sobre N-630 para el acceso a la estación de FEVE y la parada de autobuses.*

*Fomento de la remodelación integral de los pueblos, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de su población.*

*Instalación de bocas de riego para bomberos en los núcleos del concejo.*

*Mantenimiento del mobiliario urbano con limpieza y adecuación.*

*Facilitar el abastecimiento de gas natural en el concejo.*

## Objetivo:

Mejorar el transporte público en accesibilidad y horarios en todo el concejo.

### Líneas de Actuación

*Mejora y acondicionamiento del transporte escolar (cinturones de seguridad en los asientos).*

*Transporte adaptado para dependientes en zona rural.*

*Creación de paradas de autobús adecuadas en todo el concejo.*

*Facilitación de los servicios de emergencia en zona rural: mejorar la señalización de parroquias para poder acceder sin pérdida de tiempo a los domicilios.*

*Solucionar el problema de exceso de velocidad en las carreteras del concejo a su paso por núcleos urbanos.*

### Indicadores para la evaluación

- Residuos Sólidos Urbanos en kg/habitante
- Recogida selectiva: kg/habitante y tasa porcentual sobre total de residuos urbanos
- Instalación de Punto Limpio
- Número de empresas con Certificación de Gestión Ambiental
- Líneas y frecuencia del transporte colectivo, número de viajeros/as
- Incendios forestales: número y superficie afectada según tipo
- Resultados de las mediciones de la contaminación acústica
- Porcentaje de población que tiene acceso a un sistema de aguas residuales, fosa séptica u otros medios higiénicos de evacuación de aguas residuales, para zonas urbana y rural
- Porcentaje de población cuyos abastecimientos de agua potable están sujetos a comprobación regular de su calidad, separadamente para zonas urbana y rural
- Desarrollo de programas de vigilancia del aire y control de las mediciones

# ESTADO DE SALUD

## 6. ESTADO DE SALUD, DISCAPACIDAD Y SEGURIDAD CIUDADANA

### Datos significativos

#### Salud Percibida y Calidad de Vida

La valoración del estado de salud está condicionada por las enfermedades padecidas y por las características de cada persona (sexo, edad, estado civil, familia e instrucción), socioeconómicas (ingresos y estatus social) o incluso residenciales (tipo y tamaño de hábitat y grado de satisfacción residencial con la propia casa y el entorno). La percepción del propio estado de salud también es conocida como salud subjetiva, para diferenciarla de la salud objetiva, con enfermedades diagnosticadas y dolencias padecidas y declaradas. Refleja el estado físico y las enfermedades padecidas, pero también los factores sociales, económicos y del entorno de la persona.

Este indicador es una medida utilizada por la administración para conocer el estado general de la población. No sustituye otros indicadores (morbilidad hospitalaria, mortalidad, uso de servicios, dotaciones, equipamientos, etc.), pero es la forma que tienen los gobiernos de oír la voz de la ciudadanía en un tema tan sensible e importante: la salud. Es por naturaleza un indicador subjetivo. Puede ser utilizado para predecir futuras situaciones o necesidades y avisa ya del declive en las habilidades funcionales de las personas. Permite establecer rápidamente las diferencias entre sexos, grupos de edad y otras características sociodemográficas.

La autopercepción del estado de salud es un simple pero efectivo indicador del estado de salud global y es una útil herramienta para predecir necesidades asistenciales y para la organización de programas. El hecho de sentirse bien determina el propio desarrollo de la vida diaria: hay una relación estrecha entre cómo se siente una persona y lo que esa persona hace.

El estado de salud subjetivo varía poco en el transcurrir del tiempo, con lo que el impacto de las políticas sanitarias y sociales de prevención y mejora de las condiciones de vida de las personas se puede cuantificar a través de este indicador, a largo plazo. En España, la evolución de la autovaloración positiva de la salud ha ascendido ligeramente. Del 68,8% de población que se consideraba en buen o muy buen estado de salud en 1993, al 69,8% en 2001 y al 71,3% en 2003. En 2003, el 75,2% de los varones decía disfrutar de buena o muy buena salud, frente al 67,1% de las mujeres.

La edad aparece como la principal variable asociada a diferencias en la percepción de la salud por la población española. Apenas el 40% de personas adultas manifiesta tener un estado de salud bueno o muy bueno, aunque con una ligera tendencia creciente.

Una de cada cinco (21,2%) personas mayores lo declara malo o muy malo, si bien con una ligera tendencia descendente. Son las personas más jóvenes quienes mejor estado declaran, situándose el umbral a partir del que empieza a disminuir fuertemente la valoración positiva de la salud hacia los 45 años.

El sexo es un factor diferenciador de la salud subjetiva, y este contraste se acentúa en las edades más avanzadas. El 45% de los hombres mayores definieron su estado de salud como bueno o muy bueno; las mujeres de la misma edad sólo lo hacen en un 33,3%. Por otro lado, éstas obtienen mayores puntuaciones en estados de salud mala o muy mala; un cuarto de ellas la han definido así, frente a un 15,3% de varones.

Por tanto, según avanza la edad, las percepciones negativas aumentan y también crecen las diferencias entre varones y mujeres.

Educación y problemas de salud están inversamente relacionados; y en este indicador concreto de la percepción del estado de salud, también. Éste puede ser uno de los factores que ayudan a explicar las diferencias por sexos en la salud subjetiva entre la población mayor, pues los varones de esas cohortes poseen niveles de instrucción más altos. Factores socio-económicos o mayores tasas de incapacidad son otros elementos explicativos a tener en cuenta.

La valoración que hacen las personas mayores españolas de su salud es similar a la media del resto de países de la UE; con un escaso punto adicional en la percepción negativa de los/as españoles/as de más edad respecto de la media europea. Estas percepciones ligeramente más negativas también las comparten Italia y Portugal (Eurostat: *Health Statistics*, 2002).

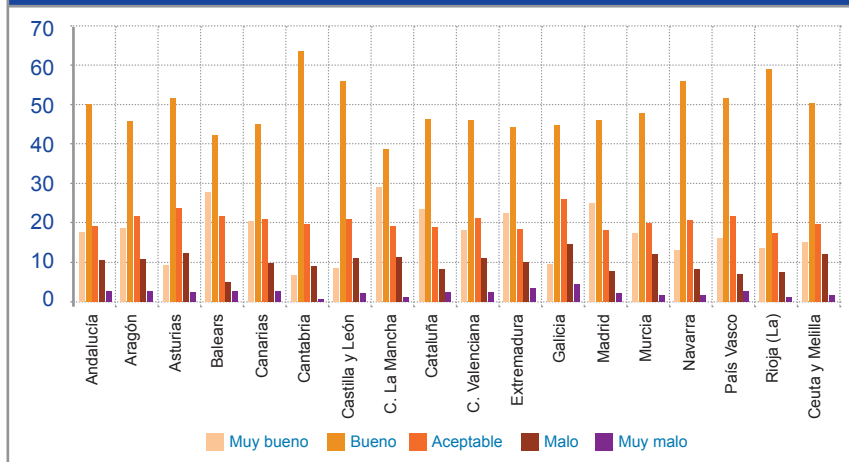
En este apartado se va a trabajar con datos obtenidos tanto de la Encuesta de Condiciones de Vida de 2005 como de la Encuesta de Salud para Asturias 2002, por considerarlos como los instrumentos más adecuados para medir la calidad de vida percibida del ámbito de salud que ocupa este Plan.

La Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) se realizó por primera vez en el año 2004 y es una operación estadística armonizada que sustituye al Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE), y que está respaldada por el Reglamento (CE) N° 1177/2003 del Parlamento Europeo y del Consejo de 16 de junio de 2003 relativo a las estadísticas comunitarias sobre la renta y las condiciones de vida.

Según la ECV de 2005, el 61,3% de las personas encuestadas califica su estado de salud como muy bueno o bueno, frente al 14,7%, que lo considera malo o muy malo. Si comparamos estos datos con los obtenidos en la ECV de 2004, donde el 60,3% consideraban su estado de salud como bueno o muy bueno mientras que el 14,2% lo consideraban malo o muy malo, vemos que la variación es muy pequeña, incrementándose sólo en un 1% en 2005 el porcentaje de personas que consideran su salud como buena o muy buena.

Considerando solamente los datos de la ECV de 2005, donde se compara el estado de salud general por CC.AA., Asturias se encuentra en el penúltimo lugar, con el 61,3% de personas adultas que consideran su estado de salud general como muy bueno o bueno.

**POBLACIÓN ADULTA POR ESTADO GENERAL DE SALUD  
EN % Y CC.AA. 2005**



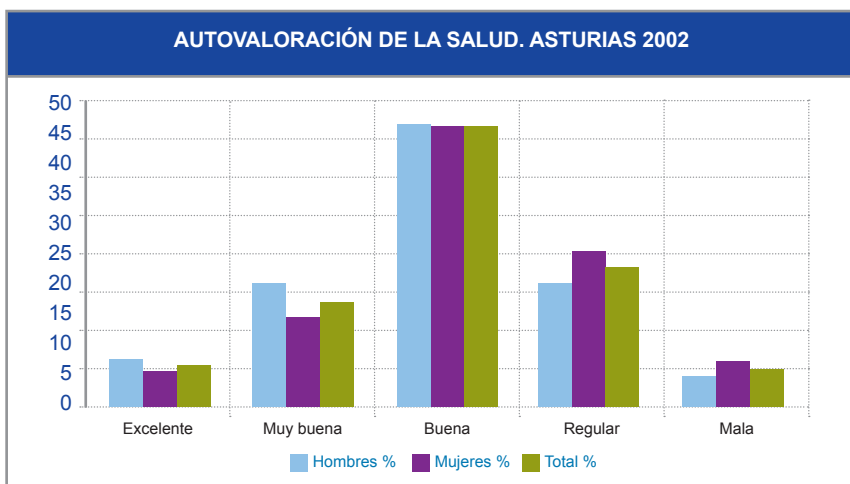
Considerando ahora los resultados obtenidos de la Encuesta de Salud para Asturias 2002, un 24,4% de la población adulta asturiana opina y valora su estado de salud como excelente o muy bueno. Si se agrega a quienes la consideran buena, se alcanza un porcentaje del 70,7% de personas que consideran su salud, al menos, como buena. Esta circunstancia varía por sexos. Así, las mujeres tienen una tendencia a valorar su salud en peor estado que los hombres, si bien esas diferencias no son significativas respecto en la consideración de salud muy buena, circunstancia declarada por un 20,5% de los hombres frente a un 14,8% de las mujeres.

**AUTOVALORACIÓN DE LA SALUD. ASTURIAS**

	Hombres %	Mujeres%	Total%
Excelente	7,8	6,1	6,9
Muy Buena	20,5	14,8	17,5
Buena	46,6	46,1	46,3
Regular	20,3	25,4	23
Mala	4,8	7,5	6,3

Fuente: Encuesta de Salud para Asturias 2002





## Morbilidad

El 22,2% de la población española declaró haber padecido alguna enfermedad, dolencia o impedimento en los últimos doce meses, que le limitó en su actividad habitual durante más de 10 días (ENS 2003), en proporción entre similar varones y mujeres, aunque algo más elevada en éstas. La encuesta de 2001 aportaba cifras algo menores (19,0% para el conjunto de la población; 16,7% de los varones, 21,2% de las mujeres).

De nuevo el análisis por edades y sexos marca las diferencias. A medida que aumenta la edad, el porcentaje de personas que padecieron enfermedades limitadoras de su actividad habitual se incrementa, y a partir de los 75 años la tasa supera un 30% respecto a la cohorte anterior, significando que tres de cada siete personas de 75 ó más años estuvieron enfermas (43,3%). Con la vejez aumentan las enfermedades crónicas y degenerativas, conduciendo muchas de ellas a problemas funcionales

Hasta los 24 años los varones presentan porcentajes de enfermedad algo más altos que las mujeres; de los 25 en adelante la tendencia se invierte. A más edad, mayor es la proporción de mujeres que enferman respecto a los hombres. Es a los 75 y más años cuando mayor se hace la diferencia, pues las mujeres que declararon haber enfermado superan en un 28% a los hombres.

El tipo de dolencia predominante padecida (autodeclarada) por las personas mayores es osteomuscular. El 31% declara que la dolencia o enfermedad que limitó su actividad estaba dentro de la categoría "artrosis, reumatismo, dolor de espalda", seguida de enfermedades del corazón, con un 21,2%. Es decir, casi un tercio de la población de

mayor ha declarado problemas osteomusculares, que además son las principales causantes del mayor número de discapacidades. Las mujeres declaran este tipo de dolencia en proporciones muy superiores a los varones, mientras que éstos señalan más problemas de corazón y aparato respiratorio que las mujeres, posiblemente en relación con hábitos de vida menos saludables.

La enfermedad más diagnosticada entre la población mayor es la artrosis o problemas reumáticos, pues casi la mitad de las personas de 65 y más años la padecen (57,1% en las mujeres, 31,3% en hombres). A continuación le sigue la hipertensión arterial (41,3%), y con porcentajes menos elevados, la mala circulación (29,3%) y el colesterol elevado (23,4%). A excepción de tres enfermedades, las mujeres presentan mayores porcentajes, y en la mayoría de ellas con una amplia diferencia: padecen artrosis y problemas reumáticos en un 82% más que los hombres, mala circulación en un 76,8% más, colesterol alto en un 41,3% y superan a los hombres en un 36% cuando hablamos de hipertensión arterial.

Sin embargo, no son estas las enfermedades en las que mayores diferencias se registran entre sexos. La osteoporosis --considerada una de las principales razones de discapacidad crónica y factor que contribuye a que se produzcan fracturas de vértebras, tobillo, muñeca y cadera-- es padecida por algo más de un quinto de la población mayor femenina, mientras que en los varones la tasa no llega al 3%. La pérdida de densidad ósea es un problema frecuente en ambos sexos después de los 30 años, pero se acelera en el caso de las mujeres después de la menopausia (*Mujeres, Envejecimiento y Salud*, Ruth Bonita para la Comisión Mundial sobre la Salud de la Mujer, OMS, 1998).

También llama la atención que el diagnóstico de depresión en mujeres sea más del doble que en los varones (13,5% mujeres, 5,1% varones). Ésta es una problemática de salud en la que las condiciones sociales y culturales inciden más que en cualquier otra. La asociación entre pobreza y enfermedad psiquiátrica está muy bien documentada, y estos determinantes tienen mayores probabilidades de tener efectos negativos sobre mujeres mayores que sobre otras mujeres u hombres más jóvenes.

**Morbilidad hospitalaria.** Aunque la morbilidad hospitalaria es un indicador útil para conocer y comparar el nivel de salud de las personas y la distribución de las enfermedades, este indicador no cuantifica la incidencia real de las distintas enfermedades o dolencias; lo que contabiliza son los/as pacientes ingresados/as y dados de alta por curación, mejoría, traslado o fallecimiento, por lo que puede estar sujeto a factores como la forma en que se provee la asistencia sanitaria, cambios en las prácticas médicas, disponibilidad de los recursos, etc. y no sólo al estado de salud de la población.

Al comparar las últimas tasas de morbilidad por cada mil habitantes con las de 1991, se observa una reducción de altas hospitalarias en población infantil y joven (de 5 a 34 años), y un aumento en las de las personas de 55 y más años, siendo éste especialmente significativo en el último tramo de edad. De cada mil personas de 75 y más años, 289 ingresaron en un hospital, sólo 214 lo hicieron en 1991. Como vemos, en

un periodo de 13 años, la morbilidad en personas de este grupo de edad se ha incrementado un 35%.

El argumento del sobreenvejecimiento no alcanza a explicar por completo el aumento de morbilidad en población de 75 y más años. Hay profesionales que apuntan que, aparte de un posible aumento de la fragilidad, existe una mayor utilización de los servicios hospitalarios derivada de la mejora en accesos, prestaciones y eficiencia de los equipos; sin embargo, en el caso de que estas mejoras incidiesen en los resultados estadísticos, estimularían la utilización de los servicios sanitarios en todos los grupos de edad y no sólo en el de las personas más mayores. Por otra parte, el mayor desarrollo en técnicas quirúrgicas y de tratamiento, tendrían el efecto contrario, es decir, evitarían hospitalizaciones haciendo bajar el número de altas.

Al contabilizarse también las reincidencias, el número de altas no es equivalente al de personas. En edades en las que la probabilidad de enfermedades crónicas y de mayor gravedad aumente, los reingresos serán más frecuentes, haciendo que la tasa de morbilidad aumente.

Varón de 65 o más años, es el perfil que de manera más frecuente encontraremos en los hospitales españoles: en 2004 sumaron 870.540 altas. Los hombres presentan mayor número de altas en todos los tramos de edad, exceptuando las cohortes que van desde los 14 a los 44 años y coincidiendo con la edad reproductiva de las mujeres, las altas por parto hacen que la morbilidad femenina sea superior en esas edades. A partir de los 65 años las diferencias entre ambos sexos se acentúan, y en el tramo de 74 a 84 años el número de altas de los varones supera en un 52% al de las mujeres.

El dato de mayor morbilidad hospitalaria concuerda con el de mayor mortalidad masculina; sin embargo, no casa con lo retratado por indicadores como salud subjetiva o enfermedades diagnosticadas (ENS), que nos mostraban peores estados de salud para la mujer. La menor presencia de mujeres mayores hospitalizadas puede deberse a razones no estrictamente de salud, sino más relacionadas con el papel de las mujeres en el hogar y la familia, y quizá una menor predisposición a ser ingresada. Se podría decir, por tanto, que pese a un mayor grado de hospitalización masculina, las mujeres padecen más enfermedades y discapacidades.

Casi 2/5 (38,6%) de todas las altas hospitalarias correspondieron a personas mayores; constituyendo así el grupo de población más significativo respecto del conjunto total de ingresos hospitalarios. La distribución por edades de la morbilidad indica que el tramo de 65 a 74 años es en el que mayor porcentaje de ingresos se suceden (16,7%). Se está produciendo un proceso de envejecimiento también en la población que ingresa en los hospitales, con sus consecuencias en los tipos de tratamientos e intervenciones más frecuentes.

Las estadísticas de morbilidad permiten conocer de qué enferman o padecen los y las habitantes de determinada región. Asimismo, nos permite calcular la población a servir con determinados programas y la demanda de servicios que su atención exigirá.

El término morbilidad se refiere a las enfermedades y dolencias en una población. El brote de una enfermedad puede tener consecuencias graves sobre otros aspectos poblacionales. Los datos sobre la frecuencia y la distribución de una enfermedad pueden ayudar a controlar su propagación y, en algunos casos, conducir a la identificación de su causa. La tasa de incidencia es el número de personas que contraen una enfermedad durante un lapso de tiempo determinado por cada 1.000 ó 100.000 habitantes expuestos.

A continuación, abordamos el tema de la mortalidad exponiendo datos estadísticos de Atención Primaria, Atención Hospitalaria, Salud Mental y Enfermedades de Declaración Obligatoria y Brotes Epidémicos.

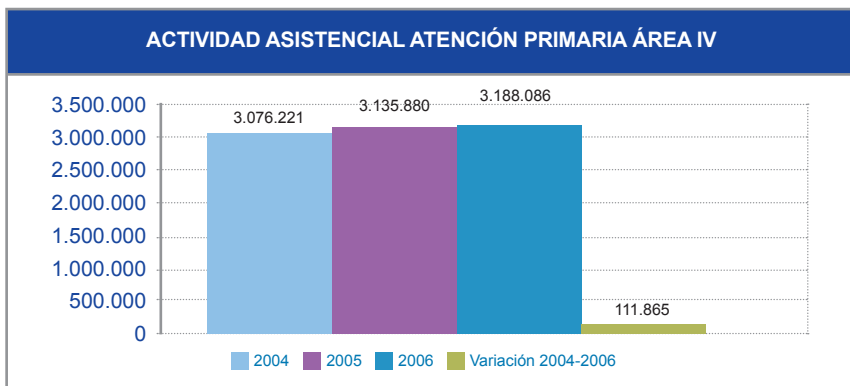
### Atención primaria

No se han podido identificar cuáles son las principales demandas de salud de la población en Morcín, así como los diagnósticos más frecuentes realizados dentro del ámbito de Atención Primaria en el municipio. Sin embargo, sí es posible ofrecer datos sobre la actividad asistencial en medicina general, pediatría, enfermería, urgencias y unidades de apoyo (fisioterapia y matronas) en el Área IV durante los años 2004, 2005 y 2006.

Como se observa en la siguiente tabla, la mayor actividad asistencial recae en medicina general, seguida de enfermería. La variación del número total de pacientes de 2004 a 2006 nos indica que la actividad asistencial en el Área IV ha aumentado en todas las áreas, excepto en enfermería y en las matronas.

<b>ACTIVIDAD ASISTENCIAL ATENCIÓN PRIMARIA ÁREA IV. Nº TOTAL DE PERSONAS ATENDIDAS 2004, 2005, 2006</b>				
	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>Var. 2004-2006</b>
Medicina General	1.706.133	1.733.425	1.754.151	+ 48.018
Pediatría	162.698	178.122	196.202	+ 33.504
Enfermería	989.465	988.645	985.301	- 4.164
Urgencias	155.399	174.364	187.688	+ 32.289
Fisioterapia	5.906	6.281	6.279	+ 373
Matronas	16.021	14.700	15.562	- 459
Actividad global Área IV	3.076.221	3.135.880	3.188.086	+ 111.865

Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Gerencia de Atención Primaria del Área IV



Datos más concretos a nivel municipal los encontramos en la siguiente tabla, que nos ofrece la Actividad Asistencial del periférico de Santa Eulalia, durante los años 2004, 2005 y 2006. Como podemos observar, la variación de 2004 a 2006 del número total de personas atendidas en todas las áreas profesionales aumentó en 217 (disminuyendo en 271 el número de pacientes en medicina general y aumentando en 488 en enfermería). Respecto a la actividad asistencial en domicilios, vemos como de 2004 a 2006 se produjo una disminución en el número total.

El número de personas atendidas en el punto de atención continuada de Riosa (se incluye también Morcín), ascendía en 2006 a 4.032 pacientes.

**ACTIVIDAD ASISTENCIAL PERIFÉRICO DE STA. EULALIA.  
TOTAL DE PERSONAS ATENDIDAS, 2004, 2005, 2006**

	2004			2005			2006		
	Total	Atención en centro	Atención en domicilio	Total	Atención en centro	Atención en domicilio	Total	Atención en centro	Atención en domicilio
Medicina General	11.932	11.828	104	12.514	12.226	288	11.661	11.634	27
Enfermería	3.695	3.184	511	4.482	3.978	504	4.183	3.769	414
Todas las áreas profesionales	15.627	15.012	615	16.996	16.204	792	15.844	15.403	441

Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por Gerencia de Atención Primaria Área IV

El contrato programa varía cada año dependiendo de los objetivos propuestos desde el SESPA. La Gerencia de Atención Primaria del Área IV nos ha proporcionado los datos del Contrato Programa del año 2004.

### CARTERA DE SERVICIOS ZONA ESPECIAL DE SALUD 4.4.

Servicios	Cartera alcanzada	Servicios	Cartera alcanzada
Consulta infantil	892	Vacunación de la gripe	
Vacunaciones	790	Mayores o igual a 65 años	873
Revisiones niño/a sano/a (0-23 meses)	115	Menores de 65 años	360
Revisiones niño/a sano/a (2-5 años)	212	Vacunación del tétanos	3.140
Revisiones niño/a sano/a (6-14 años)	333	Vacunación de la hepatitis B a grupos de riesgo	643
Educación para la salud en Centros Educativos	1	Prevención de enfermedades cardiovasculares	3.096
Prevención de la caries infantil	356	Atención a pacientes crónicos/as: hipertensión	918
Atención del asma en infancia y adolescencia	97	Atención a pacientes crónicos/as: Diabetes	331
		Atención a pacientes crónicos/as: EPOC	88
Captación y valoración de mujeres embarazadas	46	Atención a pacientes crónicos/as: Obesidad	448
Seguimiento de mujeres embarazadas	47	Atención a pacientes crónicos/as: Hipercolesterolemia	461
Preparación al parto	46	Atención a Pacientes con VIH- SIDA	4
Visita en el primer mes de postparto	43	Educación a grupos de pacientes crónicos/as: Diabetes	0
Información y seguimiento de métodos anticoncep.	555	Educación para la salud a otros grupos	18
		Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados/as	59
Diagnóstico precoz de cáncer de cervix	501	Atención a pacientes terminales	6
Diagnóstico precoz de cáncer de endometrio	799	Atención al consumidor/a excesivo de alcohol	58
Diagnóstico precoz de cáncer de mama	247	Prevención y detección de problemas en el anciano/a	377
Atención a mujeres en el climaterio	90	Cirugía menor	49
Consulta población adulta	4.771	Tratamientos fisioterapéuticos básicos	40

Fuente: Gerencia de Atención Primaria Área IV

## Atención hospitalaria

En la Memoria de 2004 del Hospital Universitario Central de Asturias encontramos datos sobre la actividad asistencial que se llevó a cabo en el mismo durante los últimos años. Destacamos la siguiente información:

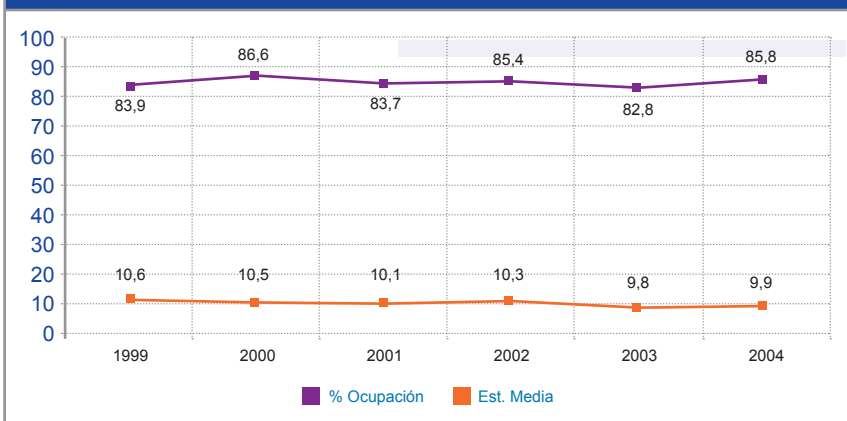
- **Hospitalización:** de 2002 a 2003 se produce un descenso de las *estancias*, pero de 2003 a 2004 la cifra se mantiene estable (e incluso aumenta un poco). Respecto a los *ingresos*, desde el año 2000, el número de ingresos anuales tiene escasa variabilidad. Si se atiende a la evolución de 2003 a 2004 observamos que se ha dado un ligero descenso. *La estancia media* viene experimentando una disminución pequeña, pero constante, desde 1999 (10,6) hasta 2004 (9,9). *El porcentaje de ocupación* de 2003 a 2004 aumentó en un 3%. Por Áreas, las estancias medias más largas se producen en Rehabilitación (48,93), Psiquiatría de Enlace (31,86) y Vascular Crónicos (23,29); mientras que los porcentajes más altos de ocupa-

ción son de Reumatología (215,42), Traumatología II (159,26) y Cirugía Maxilo-facial (121,40).

#### ACTIVIDAD DE HOSPITALIZACIÓN. EVOLUCIÓN ANUAL

Año	Estancias	Ingresos	% Ocupación	Est. Media
1999	413.320	38.859	83,9	10,6
2000	432.959	41.068	86,6	10,5
2001	413.966	41.036	83,7	10,1
2002	417.044	40.171	85,4	10,3
2003	402.172	41.084	82,8	9,8
2004	402.545	40.652	85,8	9,9

#### EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD DE HOSPITALIZACIÓN



- **Consultas Externas:** El número total de consultas externas en el HUCA aumentó en 8.741 de 2003 a 2004, al igual que en el Centro periférico de Especialidades, donde el aumento ha sido de 1.023 consultas más en 2004 respecto a 2003. Por Áreas, el mayor número de consultas se registra en Tocoginecología, Rehabilitación I y Traumatología I.

### NÚMERO TOTAL DE CONSULTAS EXTERNAS. 2003-2004

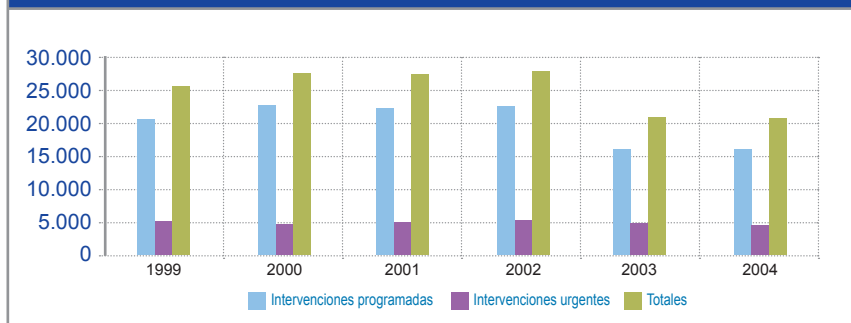
	2003	2004
HUCA	407.624	416.365
Centro Periférico de Especialidades	153.372	154.395

- **Actividad quirúrgica:** el número de *intervenciones programadas* experimentó una disminución considerable de 2002 a 2003, pero de 2003 a 2004 apenas hubo variación (incluso aumentó un poco). El número de *intervenciones urgentes* tuvo una evolución similar, aunque de 2003 a 2004 disminuyó ligeramente. El *número total de intervenciones quirúrgicas* se mantuvo estable de 2003 a 2004 después de haber experimentado una disminución importante de 2002 a 2003.

### ACTIVIDAD QUIRÚRGICA. EVOLUCIÓN ANUAL

	Intervenciones programadas	Intervenciones urgentes	Totales
1999	20.372	4.982	25.354
2000	22.593	4.826	27.419
2001	22.287	4.910	27.196
2002	22.544	5.079	27.623
2003	16.024	4.834	20.858
2004	16.111	4.734	20.845

### EVOLUCIÓN ANUAL DE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS



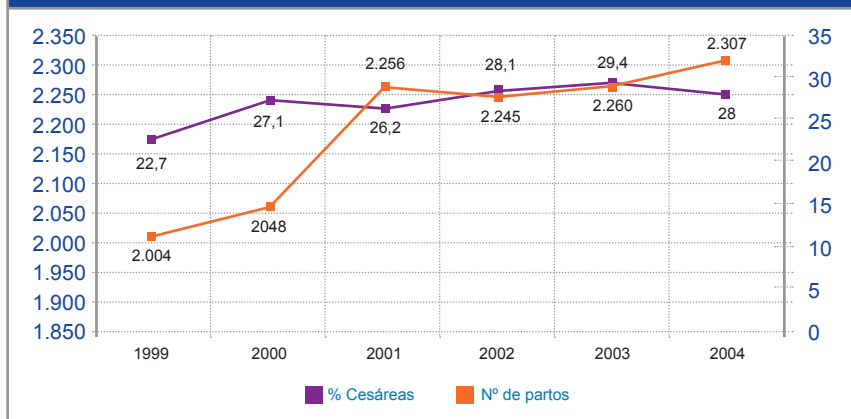
- **Actividad de partos:** el número de *partos* viene aumentando ligeramente desde el año 1999 (2.004) hasta el año 2004 (2.307). Se ha incrementado también el porcentaje de *cesáreas* realizado (del 22,7% en 1999 al 28,0% en 2004).



## ACTIVIDAD DE PARTOS. EVOLUCIÓN ANUAL

	Nº de partos	% Cesáreas
1999	2.004	22,7
2000	2.048	27,1
2001	2.256	26,2
2002	2.245	28,1
2003	2.260	29,4
2004	2.307	28,0

## EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD DE PARTOS



- *Actividad de Urgencias:* se produjo un descenso en el número de urgencias de 2003 con respecto a 2004, tanto en las urgencias sin ingreso como en el de urgencias con ingreso.

## ACTIVIDAD DE URGENCIAS. EVOLUCIÓN ANUAL

	Nº Urgencias	Nº de no ingresadas	% ingresos urgencias
2000	118.829	95.041	19,8
2001	119.182	96.083	19,4
2002	123.176	100.044	18,77
2003	131.359	107.622	18,07
2004	128.072	105.031	17,99

## Salud mental

La siguiente tabla ofrece datos sobre la Actividad Asistencial en los centros de Salud Mental del Área IV entre los años 2003 y 2004.

SALUD MENTAL ÁREA IV			
		2003	2004
<b>Centro de Salud Mental</b>	Nº de consultas	43.489	44.720
	Nº de personas atendidas/año	10.769	11.551
<b>Unidades de atención Infanto-Juvenil</b>	Nº de consultas	2.649	2.216
	Nº de personas atendidas/año	789	802
<b>Unidades de hospitalización psiquiátrica</b>	% Ocupación	93,44	97,80
<b>Unidad de desintoxicación hospitalaria</b>	% Ocupación	60,05	64,07
<b>Unidad de trastornos de la conducta alimentaria</b>	Nº total de ingresos en atención hospitalaria	48	48
	Nº total de ingresos en hospital de día	32	34

Fuente: Elaboración Propia a partir de datos de la Memoria del HUCA de 2004

Como se observa, de un ejercicio a otro se aprecia un aumento de la actividad asistencial de Salud mental en el Área IV, tanto en los centros de salud mental como en las distintas unidades de atención especializada.

## Enfermedades de Declaración Obligatoria y brotes epidémicos

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica viene regulado por el RD 2210/1995, que crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Esta normativa se complementa en Asturias con el Decreto 69/ 97, por el que se constituye el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVE) del Principado.

El SIVE está constituido por un conjunto de sistemas de información sanitaria que permiten el conocimiento de la situación de salud de una comunidad para la puesta en marcha de medidas de intervención con vistas a la resolución de los problemas de Salud Pública. Los sistemas de información que forman el SIVE son:

- El Sistema Básico de Vigilancia, integrado por el sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (sistema EDO), la notificación de brotes y situaciones epidémicas y la declaración microbiológica.
- Sistemas Específicos de Vigilancia Epidemiológica, como los sistemas basados en registros de casos, sistemas centinela, encuestas de seroprevalencia y otros sistemas aplicados a la vigilancia epidemiológica del VIH y SIDA.

El Sistema EDO incluye una relación de enfermedades a vigilar mediante un sistema de declaración obligatoria y universal en el conjunto de la Comunidad Autónoma. Las enfermedades objeto de declaración obligatoria vienen recogidas en un listado que incluye 35 enfermedades. La declaración se refiere a casos nuevos de la enfermedad aparecidos en el curso de la semana epidemiológica, que finaliza a las 24 horas del sábado, y basta la sospecha clínica, ya que el objetivo fundamental del sistema es la detección precoz de los casos de enfermedades susceptibles de una intervención.

Este sistema permite: estudiar las tendencias de las enfermedades en el tiempo, observar cambios en el patrón epidemiológico de las mismas, detectar agrupaciones de casos, epidemias y enfermedades emergentes y planificar y evaluar programas de salud en base a un mejor conocimiento del comportamiento de las enfermedades en el Principado de Asturias.

Existen diferentes tipos de declaración, según la información que se recoge y la rapidez necesaria en la notificación.

- **Exclusivamente numérica.** Sólo se notifica el número de casos vistos en la semana.
- **Con datos epidemiológicos básicos.** Cada caso se acompaña de las iniciales de nombre y apellidos, edad, sexo y antecedentes de vacunación.
- **Individualizada o Nominal.** Cada caso se acompaña de una ficha epidemiológica con datos identificativos del paciente e información relevante de la enfermedad.
- **Urgente.** Por el medio más rápido posible (teléfono, fax, etc.). Todos los casos de estas enfermedades deben intentar confirmarse con las pruebas de laboratorio adecuadas y debe realizarse una encuesta epidemiológica específica.

Asimismo, es obligatoria la declaración de brotes epidémicos de cualquier enfermedad o riesgo para la salud, aunque no sean EDO, con el fin de adoptar las medidas de control adecuadas. La declaración por parte del personal médico debe realizarse a la Sección de Vigilancia Epidemiológica, en la Dirección General de Salud Pública y Planificación, de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

La declaración por sistemas especiales se realiza mediante un Sistema Especial de Registro de Casos, con una encuesta epidemiológica específica. En este apartado se incluye la vigilancia del SIDA, lepra, rubéola congénita, sífilis congénita, tétanos neonatal y de las encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas (EETH).

El SIDA es una enfermedad de declaración obligatoria individualizada, para la que existe un sistema especial de vigilancia epidemiológica que se puso en marcha en 1986. Se registran como casos de SIDA aquellas personas que, residiendo habitualmente en Asturias, cumplen los criterios de definición de caso establecidos por los CDC y modificados según recomendaciones de la OMS para Europa a partir de 1994. Las principales fuentes de información para la notificación de casos de SIDA son: (1)

El personal médico de Atención Especializada del Sistema de Salud. (2) La Subcomisión de Epidemiología del Plan Nacional sobre el SIDA, que facilita los casos de personas residentes en Asturias, pero notificadas por otras CC.AA. (3) Registro de Mortalidad de Asturias.

A continuación, se presenta un resumen de la información relativa a Enfermedades de Declaración Obligatoria, comparando el número de casos y las tasas de incidencia por 100.000 habitantes de Morcín y de Asturias en los años 2005 y 2006.

	Asturias				Morcín			
	2005		2006		2005		2006	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
<b>Numérica</b>								
Gripe	38.562	3.581,7	23.046	2.140,04	664	21.642,76	362	11.799,22
Varicela	6.311	586,2	6.806	632,00	20	651,89	17	554,11
OPD (procesos diarreicos)	34.865	3.238,3	49.083	4.557,82	551	17.959,58	488	15.906,13
Sífilis	64	5,9	53	4,92	2	65,19	3	97,78
Infección gonocócica	47	4,4	59	5,48	5	162,97	3	97,78
<b>Datos Epidemiológicos Básicos</b>								
Rubéola	10	0,9	8	0,74	0	0,00	0	0,00
Parotiditis	126	11,9	114	10,59	0	0,00	0	0,00
Tos ferina	8	0,7	1	0,09	0	0,00	0	0,00
<b>Nominal</b>								
Brucelosis	6	0,6	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Hepatitis A	5	0,5	13	1,21	0	0,00	0	0,00
Hepatitis B	17	1,6	10	0,93	0	0,00	0	0,00
Hepatitis víricas, otras	28	2,6	27	2,51	0	0,00	0	0,00
Legionelosis	34	3,2	44	4,09	0	0,00	1	32,59
Paludismo	6	0,6	6	0,56	0	0,00	0	0,00
Shigelosis	2	0,2	5	0,46	0	0,00	0	0,00
Tuberculosis respiratoria	191	17,7	151	14,02	0	0,00	0	0,00
Otras tuberculosis	28	2,60	41	3,81	0	0,00	0	0,00
<b>Urgente</b>								
Enfer. Meningocócica	21	2,0	22	2,04	1	32,59	0	0,00
<b>Registro de casos</b>								
SIDA	30	2,8	26	2,41	0	0,00	0	0,00

Las Enfermedades de Declaración Obligatoria con mayor incidencia en Morcín durante el año 2006 fueron los procesos diarreicos (OPD) y la gripe, con 488 y 362 casos respectivamente. La varicela ocupó el tercer lugar, aunque a gran distancia (17 casos). Estas tres enfermedades suponen el 99,19% del total de EDOs notificadas en Morcín en el año 2006. El porcentaje restante se reparte entre:

- Sífilis: 3 casos.
- Infección Gonocócica: 3 casos.
- Legionela: 1 caso.

En todas estas EDOs, Morcín supera la tasa de Asturias (excepto en la varicela).

Del resto de EDOs no se ha registrado ningún caso durante 2006 en Morcín.

En comparación con el año 2005, señalar que se produjo una disminución en el número de casos, tanto de gripe como de varicela y OPD y también de infección gonocócica. Los únicos aumentos se concentraron en el número de casos de sífilis (en 2006 un caso más que en 2005) y de *legionella* (en 2005 no hubo ningún caso).

Por otro lado, la tuberculosis respiratoria ha seguido un descenso continuado desde el año 2001, siguiendo la misma tendencia que la media asturiana (desde el año 2001 a 2004 siempre hubo uno o dos casos anuales de tuberculosis respiratoria en Morcín, mientras que en 2005 y 2006 no se registraron casos). Esta enfermedad ha sido una de las grandes causas de morbilidad y mortalidad en nuestro país y Comunidad Autónoma, y, en la actualidad, continúa siendo un importante problema de Salud Pública. La tuberculosis en Asturias se ha mantenido siempre en niveles muy superiores a los de la media nacional, y aunque en la actualidad se mantiene por encima ha disminuido mucho la diferencia y ha experimentado un descenso entre el año 2005 y 2006 en Asturias.

Por último, haremos referencia a distintos tipos de brotes, que aunque no son de obligada declaración en la lista EDO, es importante mencionarlos por su relación con las condiciones higiénico- sanitarias.

- Brotes por Alimento: en 2005 en Asturias se registraron 19 brotes por alimento. En 17 se confirmó el agente causal, que en un 76% de los casos fue la salmonelosis. 2005 fue el ejercicio en el que se registraron un número menor de brotes (un 27% menos con respecto a 2004). El mayor número de brotes (47%) se registró en el Área IV. No se registró ningún fallecimiento relacionado con estos brotes. En un 31,6% de los brotes (del total de Asturias) no fue posible identificar el alimento causante de la infección. En un 10,5% estuvo implicado el huevo o algún ovoproducto. Los pasteles fueron responsables del 16% de los brotes. Otros alimentos transmisores fueron ensaladas (10,5%), y mariscos, pescados, carne y pollo en un 5,3% cada uno de ellos. En el 31,6% de los brotes se constataron prácticas incorrectas de manipulación de los alimentos. Además, en otro

37% de los casos, la elaboración y/o mantenimiento de los alimentos fue inadecuada. En casi una cuarta parte de los brotes no se identificó el factor contribuyente. El lugar de consumo del alimento implicado fue un restaurante u hotel en el 72% de los brotes alimentarios. Además, en el 11% de los mismos el lugar de consumo fue un geriátrico. Un 17% ocurrió en el propio hogar.

- **Brotes No Alimentarios:** El Área IV presenta el 61,5% de los brotes ocurridos durante este periodo. Los brotes más frecuentes fueron los de *transmisión personal*. En 2005 se registraron en Asturias 5 brotes con transmisión persona-persona como mecanismo fundamental de contagio, tres de los cuales tuvieron lugar en Oviedo y dos en Llanera. Se registraron un total de 4 brotes por artrópodos en Asturias, correspondiendo dos de ellos al Área IV. En 2005 se registró un brote por zoonosis (brucelosis) en una familia con ganado enfermo en una localidad de Riosa (concejo limítrofe a Morcín). No se registró ningún brote por agua ni de *transmisión aérea* en el Área IV.

Dado que la gripe y los procesos diarreicos son las enfermedades EDOs más frecuentes entre la población asturiana y también en Morcín, se han podido obtener datos más actualizados de las mismas durante el periodo 2006/07.

Durante la temporada 2003-2004, 16 Comunidades Autónomas, entre ellas Asturias, comenzaron a formar parte de la Red centinela de vigilancia de la gripe en España.

El periodo de vigilancia epidemiológica de la gripe en Asturias se establece, generalmente de octubre a mayo, meses entre los que se localiza la temporada gripal.

La *Población vigilada*, corresponde a la población asignada al personal sanitario participante en el sistema de vigilancia centinela. La población mínima cubierta es del 3% de la población total asturiana.

Según **La Red de Médicos Centinelas de Asturias**, en la temporada 2006/07 la gripe se caracterizó por una incidencia media ligeramente superior a la temporada anterior y muy alejada de las grandes ondas epidémicas que generan elevado número de casos y carga asistencial. Estas últimas suelen suceder cada 3 ó 4 años. Los momentos de mayor intensidad sucedieron a fines de enero y comienzos de febrero.

Los cuadros clínicos presentes en pacientes de gripe fueron similares a los de años anteriores, si bien se incrementó considerablemente el porcentaje de personas con síntomas de vías respiratorias altas.

La población infantil fue la más afectada (mayores incidencias cuanto más pequeños/as son).

Con respecto a los **procesos diarreicos**, durante los meses de febrero y marzo de 2007 dentro de la Red de Médicos Centinelas de Asturias se ha observado una caída en la incidencia de casos con respecto a los meses precedentes, existiendo una mayor incidencia a principios de febrero. Las tasas llegan en el periodo a 393 casos/100.000

hab. (la acumulada es de 2.641 casos/1000.000 hab., es decir, en 9 meses de vigilancia, una de cada 40 personas ha padecido una diarrea y ha acudido a consulta médica por ello).

Hay una mayor incidencia en las Áreas II y VII.

Por edades, las más afectadas han sido, como es habitual, las infantiles. Uno de cada 9 menores de 1 año de edad han tenido una diarrea en estos nueve meses de vigilancia; y uno de cada 10 de entre 1 y 4 años. Sólo una de cada 100 personas de 65-74 años ha padecido una diarrea.

El cuadro clínico predominante ha sido, por este orden, diarrea, dolor abdominal, vómitos, carácter agudo, fiebre y tenesmo rectal. La duración media del proceso diarreico ha sido de 2,5 días.

A un 2,5% de los casos ha sido necesario derivarlos al hospital en el momento del diagnóstico y a un 9% se les concedió la incapacidad transitoria para el trabajo.

### Morbilidad crónica

Según resultados obtenidos de la Encuesta de Salud para Asturias de 2002, un 34,3% de la población asturiana adulta manifiesta que tiene o ha tenido conocimiento (auto-percepción o diagnóstico médico) de padecer artritis, artrosis o problemas reumáticos, un 17% de padecer hipertensión arterial, el mismo porcentaje de padecer alergias, al igual que el de padecer ansiedad o nervios. Un 13% de la población manifiesta padecer o haber padecido depresión y un 14% de padecer exceso de colesterol. Un 7,5% declaran padecer enfermedades del corazón y un 7% diabetes (azúcar). Un 10% dicen padecer asma o bronquitis crónica y un 6% úlcera de estómago o duodeno.

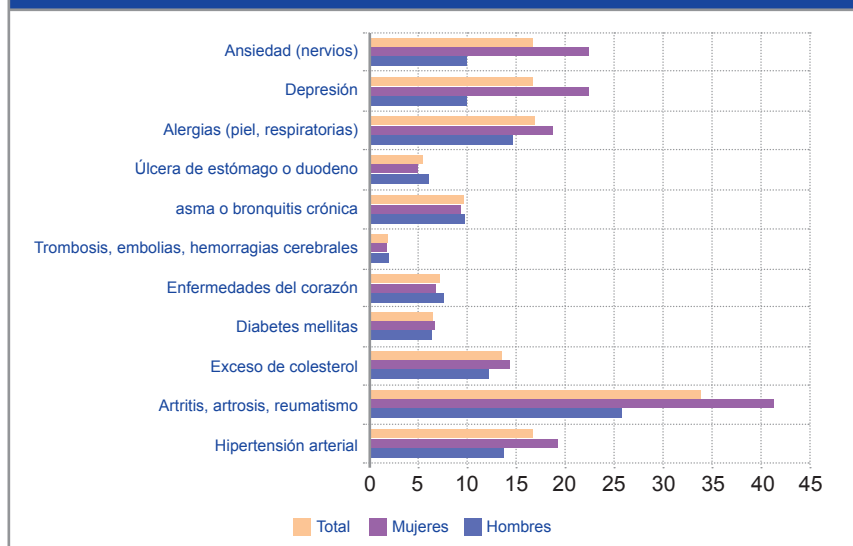
Hay diferencias marcadas por sexos en muchas patologías, en perjuicio de las mujeres en todas ellas. Así, un 41,5% de las mujeres manifiestan padecer problemas reumáticos frente a sólo un 26% de los varones. Un 19% de las mujeres dicen tener hipertensión arterial frente a un 14% de los varones. Además, se observan grandes diferencias en el apartado de problemas psicológicos o psiquiátricos: un 23% de las mujeres declaran padecer o haber padecido ansiedad (nervios) frente a sólo un 10% de los varones, y un 18% de las mujeres indican padecer o haber padecido depresión frente a sólo un 7% de los varones.

## MORBILIDAD CRÓNICA POR SEXO. ASTURIAS 2002

	Varones (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Hipertensión arterial	13,9	19,4	16,8
Artritis, artrosis, reumatismo	26	41,5	34,3
Exceso de colesterol	12,5	14,6	13,7
Diabetes mellitas	6,6	6,7	6,7
Enfermedades del corazón	7,9	7,1	7,5
Trombosis, embolias, hemorragias cerebrales	2,2	2,0	2,1
Asma o bronquitis crónica	9,9	9,8	9,9
Úlcera de estómago o duodeno	6,4	5	5,7
Alergias (piel, respiratorias)	14,9	18,9	17,1
Depresión	6,6	17,8	12,6
Ansiedad (nervios)	10,2	22,7	16,9

Fuente: Encuesta de Salud para Asturias 2002.

## MORBILIDAD CRÓNICA POR SEXOS. ASTURIAS 2002





Por edades, es posible encontrar una mayor prevalencia a medida que aumenta la edad. Las personas mayores se ven mayormente afectadas por todas las patologías excepto las alergias seguidas del asma y la bronquitis crónica.

Por zonas de residencia, para la mayoría de las patologías, las personas que residen en la zona centro (como Morcín) tienen un menor porcentaje de prevalencia, excepto para la diabetes mellitas, trombosis, embolias y accidentes cerebrovasculares, asma o bronquitis crónica y procesos emocionales. En el análisis por clase social, se observa una menor frecuencia de los procesos en las clases más privilegiadas. Por lo general, su frecuencia se incrementa a medida que descendemos de clase.

La Encuesta Nacional de Salud ofrece la posibilidad de comparar los registros totales de España con los de Asturias, con relación al porcentaje de población que ha sido diagnosticada de algún tipo de enfermedad. La siguiente tabla incluye estos datos, que indican de forma general que las prevalencias en Asturias son superiores a las nacionales, principalmente en lo que se refiere a asma, bronquitis crónica o enfisema, depresión, mala circulación y problemas reumáticos y artrosis.

<b>POBLACIÓN CON ENFERMEDAD CRÓNICA DIAGNOSTICADA. ASTURIAS, ESPAÑA. 2003</b>		
	<b>Total Asturias %</b>	<b>Total España %</b>
Hipertensión arterial	12,82	12,28
Colesterol elevado	7,43	8,91
Diabetes	3,17	5,02
Asma, bronquitis crónica o enfisema	10,8	5,33
Enfermedad del corazón	7,98	5,03
Úlcera de estómago	3,85	2,12
Alergia	11,63	9,76
Depresión	9,94	4,56
Otras enfermedades mentales	0,84	1,71
Jaquecas, migrañas, dolores de cabeza	6,61	5,75
Mala circulación	18,15	11,08
Hernias	5,08	4,39
Artrosis y problemas reumáticos	28,62	16,38
Osteoporosis	6,87	4,16
Problemas del periodo menopáusico (excepto osteoporosis)	2,33	1,39
Problemas de la próstata	3,05	2,32

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2003 (INE).

## Mortalidad

Las defunciones en España siguen siendo fundamentalmente de personas mayores. En 2004 fallecieron 306.965 personas de edad, el 82,5% de todos los fallecimientos (371.934 defunciones). En 2004 fallecieron 11.490 más que en 2001, y la tasa (que relaciona el número de fallecimientos de una determinada edad respecto a la población de esa edad) pasó de 42,9 por mil a 42 por mil en 2004. Casi cinco de cada seis entierros tienen a una persona mayor como protagonista; en 1910, no llegaban a tres de cada diez, siendo entonces el mayor protagonismo el de la mortalidad infantil. Y esta proporción sigue aumentando, lo que refleja una mayor homogeneización del proceso de muerte, del patrón de edad en el momento de fallecer: cada vez se muere a más edad, por lo que se concentra en las edades más elevadas.

El patrón de mortalidad por edades y sexos presenta una distribución disimétrica: los varones empiezan a morir antes y las mujeres más tardíamente. Las tasas de mortalidad aumentan con la edad. Para el conjunto de la población española, la tasa de mortalidad en 2001 era de 8,9 muertes por cada 1.000 personas, que se sitúan entre las más bajas de la UE, junto con las de Italia, Grecia y Francia. Las tasas entre varones ( $9,3\text{‰}$ ) supera a la de mujeres ( $8,2\text{‰}$ ). Lo mismo sucede entre las personas de edad avanzada, con tasas de  $48,4$  y  $37,4\text{‰}$  para varones y mujeres respectivamente. A los 65-69 años las tasas están situadas en  $12,7\text{‰}$  y suben progresivamente, pero existe un salto importante a partir de los 85 años, algo más tardío entre las mujeres. A los 85-89 años, 139 varones de cada mil fallecen (107 mujeres), hasta llegar a 315 entre las personas de 95 y más años (298 mujeres).

La disminución de tasas se ha producido en todos los tramos de edad, siendo las cohortes de 85 a 89 y 95 y más las que han experimentado un mayor descenso respecto a 2001; destacar, sin duda, ese descenso de la mortalidad en todas las edades, especialmente en torno a los 80 años, que es donde más vida se está ganando a la muerte en los últimos años.

**Causas de mortalidad.**- Nueve de cada diez personas fallecidas por enfermedades del aparato circulatorio tienen 65 ó más años. La principal causa de muerte entre la población mayor siguen siendo las enfermedades del aparato circulatorio (enfermedad cerebrovascular, 31.933 defunciones; infarto agudo de miocardio, 19.655; insuficiencia cardiaca, 18.243; otras enfermedades del corazón, 14.825; otras enfermedades isquémicas del corazón, 13.965; enfermedades hipertensivas, 5.924; aterosclerosis, 3.090; y otras).

Los principales riesgos de enfermedad y muerte por enfermedades del aparato circulatorio tienen que ver con la hipertensión arterial, colesterol alto, hábitos no saludables, dieta con exceso de grasas y obesidad.

El cáncer es la segunda causa de mortalidad en España para la población en general y para las personas de edad. Sin embargo, esta causa está menos concentrada en las edades superiores: algo más de siete de cada diez fallecidos por cáncer tenía 65 ó

más años (nueve de cada diez en la mortalidad por la primera causa, la enfermedad circulatoria).

Muchos factores pueden explicar el riesgo de desarrollar la enfermedad y causar la muerte: historia familiar, anomalías cromosómicas, hábitos no saludables (tabaquismo, alcohol, dieta inadecuada), o exposición a agentes químicos nocivos. Importantes recursos sanitarios se invierten cada año en su lucha y la inversión en investigación en este campo es notable. Según un estudio de la Agencia Internacional para la investigación sobre el cáncer, es posible que uno de cada tres varones y una de cada cuatro mujeres hayan desarrollado un cáncer en los primeros 75 años de su vida (Eurostat: *Health Statistics, 2002*).

Entre todas las defunciones por esta causa, 74.065 mayores fallecieron por diferentes tipos de tumores, destacando entre todos el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón, que afecta a varones en proporción de algo más de siete a uno respecto de fallecimientos de mujeres por esta causa (11.133 varones fallecidos frente a 1.693 mujeres, de 65 y más años).

Este tipo de cáncer está estrechamente relacionado con el consumo de tabaco, hábito muy desarrollado entre varones de todas las edades (fumadores y ex fumadores) y poco extendido entre mujeres de edad. Es un cáncer con elevada mortalidad antes de alcanzar los 65 años. Por otra parte, la experiencia de lo que sucede en otros países puede servir como previsión de lo que sucederá en España. En los países nórdicos la mortalidad por cáncer de pulmón entre las mujeres es destacable, debido a su mayor consumo de tabaco, hábito ya muy extendido entre las mujeres españolas de edad intermedia y joven, que pueden seguir similar patrón de mortalidad en edades intermedias y avanzadas en un futuro próximo.

El cáncer de colon provocó 7.994 muertes entre personas mayores en 2004 (más entre varones que en mujeres). Está también asociado a dietas alimenticias con exceso de consumo de grasa, proteínas, carnes y alcohol; por el contrario, se reconoce que alimentos con fibra son beneficiosos en la evitación de esta patología y su mortalidad asociada. El cáncer de próstata provocó 5.368 fallecidos en los varones de edad; es un tipo de tumor muy relacionado con la edad; de hecho 94,3 de cada cien muertos por esta causa son personas de edad y 53,3% de todos los fallecidos tienen 80 ó más años.

El cáncer de mama provocó 3.666 defunciones en las mujeres mayores. Éste es el tipo de cáncer más importante entre las mujeres de edad, por encima del de colon y de estómago, y es la principal causa de muerte de las mujeres entre 40 a 64 años; entre las de 65-69 baja al cuarto lugar y al noveno entre las de 70 a 74 (Ine, Inebase, Defunciones según Causas de Muerte, 2004). La mortalidad causada por este tipo de tumores tiene una distribución por edad bastante distinta que el de próstata en varones: 62,8% de las muertes ocurre en mujeres de 65 y más años, y sólo el 28,2% de las fallecidas por esta causa tiene 80 ó más años. Entre los factores de riesgo suelen citarse los hormonales y también el exceso en consumo de grasa y factores genéticos. Según los datos

publicados en el informe del Ministerio de Salud: *La Población Española en el contexto europeo y del Sistema Nacional de Salud*, España es uno de los países con una mortalidad más baja por cáncer de mama; se sitúa un 25% por debajo de la media de la UE. Las tasas más bajas se dan en Lituania, Polonia y Portugal. Por el otro lado, los países con una tasa de mortalidad más alta por esta causa serían Dinamarca, República Checa, Irlanda y Estonia.

Destacan, por su importancia creciente, las defunciones por causa de enfermedades mentales y del sistema nervioso, aunque la tercera y cuarta causa de mortalidad entre los mayores (y en el conjunto de la población) sigan siendo las enfermedades respiratorias y las digestivas. En el grupo de enfermedades mentales se incluyen trastornos seniles y preseniles y en el grupo de enfermedades del sistema nervioso la enfermedad de Alzheimer; ambas son las más importantes dentro de sus respectivos grupos, es decir, los principales tipos de demencias. No sólo son causa de mortalidad, sino una de las más importantes causas de discapacidad entre las personas mayores, con una progresión en tasas muy destacada.

Estas causas de mortalidad están relacionadas casi exclusivamente con la población mayor. Prácticamente todos los fallecimientos por trastornos orgánicos seniles y preseniles se dieron en personas de 65 ó más años, y el 98,8% de las defunciones por Alzheimer. En dieciocho años (entre 1986 y 2004) los trastornos mentales y las enfermedades del sistema nervioso se han cuadruplicado (en tasas) y en proporciones más elevadas entre la población muy mayor; a partir de los 85 años, 86 personas de cada 100.000 morían por causas de tipo nervioso (el Alzheimer entonces no estaba desglosado a efectos estadísticos), y ahora lo hacen 611 personas (2004).

La demencia, en cualquiera de sus formas, es un declive en las habilidades mentales que progresa lentamente, en el que se deteriora la memoria, la inteligencia, el juicio y se modifica la personalidad. En un estudio realizado por Alzheimer Europa (2000), cuyas referencias deben ser tratadas con precaución, se estimaba una tasa de prevalencia de  $12,4\%_{00}$  en la población de 30-99 años para España; cifra inferior a la media europea, lo que equivalía a una estimación de 488.956 personas afectadas por la enfermedad. En otro estudio, España aparece con Dinamarca y Finlandia con la prevalencia más alta de Europa (citado en Eurostat: *Health Statistics, 2002*).

Por causas externas de mortalidad, la distribución de casos se equilibra entre todas las edades. Dos quintos de las personas fallecidas tenían 65 y más años. El motivo de esta distribución reside en la alta mortalidad por diferentes tipos de accidentes (tráfico o actos violentos) en las edades jóvenes y adultas, que afectan sobre todo a varones. Las caídas accidentales se concentran más en edades avanzadas y sobre todo en mujeres.

La muerte por suicidio o lesiones autoinfligidas aumenta con la edad, en proporciones siempre superiores entre los varones, cuyas tasas exceden a las de mujeres varias veces. Por tanto, las tasas más altas las encontraremos en el tramo de edad de 85 y más años (55,5 y 9,5 por cada 100.000 varones y mujeres de esa edad). La mortalidad por esta

causa presenta en Europa un patrón geográfico claro: los países del Este presentan la mayor mortalidad, mientras que los países mediterráneos registran las menores tasas. España es el quinto país de la UE con menor mortalidad por suicidio, un 40% inferior a la media de la UE (*La Salud de la Población Española en el Contexto Europeo y del Sistema Nacional de Salud, Indicadores 2005*, Ministerio de Sanidad y Consumo).

**Mortalidad evitable.**- Tras décadas de descensos generalizados de la mortalidad general hasta niveles de ocho fallecimientos por 1.000 habitantes ( $7,7\text{‰}$  en 1980, la más baja de la historia), la mortalidad se mueve en torno a nueve muertes por cada mil habitantes, como en los últimos años. Es difícil encontrar tasas más bajas en el mundo de forma continuada; por ello, España se sitúa entre los países con mayor esperanza de vida.

Pero existe una mortalidad evitable, la que es sensible a la prevención primaria o a los cuidados médicos, la que se podría haber evitado si la enfermedad hubiese sido prevenida o hubiese respondido a un tratamiento; para su cálculo, se propone el análisis de la mortalidad causada por diferentes tipos de enfermedades. Es un indicador aproximado. Éste refleja proporciones mucho más elevadas de muertes evitables entre los varones, 684 fallecimientos de cada 10.000 serían evitables, sensibles a prevención primaria, es decir, enfermedades del tipo cáncer de pulmón, cirrosis de hígado y accidentes de tráfico, que como se ha dicho, afectan más a los varones. Esta mortalidad evitable manifiesta una relación estrecha con riesgos de comportamiento y hábitos no saludables (tabaquismo, alcoholismo, conductas violentas).

Como muerte evitable por cuidados médicos se toma la provocada por enfermedades del aparato respiratorio, circulatorio y tumores. En este caso, las diferencias entre varones y mujeres son muy escasas, dada la elevada mortalidad de éstas por enfermedades del sistema circulatorio.

Estos indicadores de mortalidad prematura son muy útiles para evaluar las políticas preventivas y los programas sanitarios de prevención y tratamiento de enfermedades. Se observa en los últimos años una mejoría en los sistemas de prevención y de intervención médicas, con mayor evitación de muertes sensibles a los tratamientos médicos. Como resumen de este indicador se presentan los años potenciales de vida perdidos por estas muertes evitables o prematuras, es decir, las ocurridas antes de los 70 años. Cada vez se pierden menos años, pues se ha retrasado la mortalidad hacia los escalones altos de la pirámide de edades, y la ganancia ha sido mayor entre los varones, cuyas cohortes aún así pierden por mortalidad prematura más del doble de años que las mujeres.

En nuestro contexto actual, se considera que una buena parte de la mortalidad registrada antes de los 75 años puede ser evitada mediante adecuadas prácticas preventivas y de atención sanitaria, de ahí que monitorizar la evolución de la mortalidad en esas edades se considere una actividad básica de salud pública.

Según el informe “**Exceso de Mortalidad en Asturias 2005**” (promovido por la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias):

- La mortalidad en menores de 75 años continúa descendiendo en Asturias y en España a un ritmo medio anual del 2%, tanto en varones como en mujeres.
- En el contexto español, Asturias presenta tasas muy favorables de mortalidad en la infancia, adolescencia, jóvenes menores de 25 años y mujeres de edades comprendidas entre los 55 años y los 75 años. Sin embargo, Asturias registra tasas de mortalidad elevadas entre los 25 y los 55 años, especialmente entre los varones.
- Tomando como base el año 2005, se estima que en Asturias podría ser prevenida un 19% de la mortalidad observada en varones y un 9% de la registrada en mujeres menores de 75 años si se consiguieran tasas de mortalidad similares a las alcanzadas por otras CCAA con mejores perfiles de mortalidad. Esto se traduciría en alrededor de 600 fallecimientos menos cada año.
- Desde un punto de vista de estrategia de riesgo, parece aconsejable incrementar la inversión en programas preventivos que actúen sobre las principales causas de mortalidad en Asturias en la franja de edad de 25 a 55 años donde las diferencias con España son mayores. Potenciales áreas de trabajo serían: SIDA, accidentes de tráfico, mortalidad asociada al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, suicidios, cirrosis, infarto agudo de miocardio y tumores de pulmón y de mama.
- Pequeñas reducciones de mortalidad entre los varones de 55 a 74 años podrían igualmente contribuir a reducir notablemente la mortalidad prematura en Asturias.

La siguiente tabla recoge las causas de muerte, clasificadas por grandes grupos, en Morcín y Asturias durante 2005. Por orden, las tres principales causas de muerte en Asturias son: (1) enfermedades del sistema circulatorio, (2) tumores (neoplasias) y (3) enfermedades respiratorias. Por el contrario, las principales causas de muerte en Morcín corresponden: en primer lugar, a los tumores; en segundo lugar, a las enfermedades del sistema circulatorio; y, en tercer lugar, nos encontramos con un mismo porcentaje de enfermedades del sistema respiratorio y de causas externas de morbilidad y mortalidad.

Si comparamos los porcentajes de Morcín y Asturias, vemos como en lo que respecta a los grupos I, II, III, IV, IX, X, XII, XIV, XVI y XVII Morcín registra porcentajes inferiores a los de la media asturiana. Por el contrario, en los grupos V (trastornos mentales y del comportamiento), VI-VII- VIII (sistema nervioso/ del ojo y sus anexos/ del oído y de la apófisis mastoides), XI (sistema digestivo), XIII (sistema osteomuscular y tejido conjuntivo), XVIII (síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte) y XX (causas externas de morbilidad y mortalidad), los porcentajes de Morcín superan a los de Asturias (especialmente el porcentaje del grupo XX).

**TOTAL DEFUNCIONES SEGÚN CAUSAS DE MUERTE. MORCÍN. ASTURIAS. 2005.  
GRANDES GRUPOS DE CAUSAS DE MUERTE (CIE-10)**

	Morcín %	Asturias %
I Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	1,52
II Tumores (neoplastias)	25	26,59
III Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	0,00	0,31
IV Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2,77	2,99
V Trastornos mentales y del comportamiento	5,55	5,02
VI-VII-VIII Sistema nervioso/del ojo y sus anexos/del oído y de la apófisis mastoides	8,33	4,21
IX Enfermedades del sistema circulatorio	22,22	33,95
X Sistema respiratorio	11,11	11,35
XI Sistema digestivo	8,33	4,75
XII Piel y tejido subcutáneo	0,00	0,27
XIII Sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	2,77	1,18
XIV Sistema genitourinario	0,00	2,03
XV Embarazo, parto y puerperio	0,00	0,00
XVI Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,00	0,19
XVII Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,00	0,14
XVIII Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	2,77	1,52
XX Causas externas de morbilidad y mortalidad	11,11	3,98

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de SADEL.

**MORTALIDAD POR CAUSAS EXTERNAS. 1999- 2005**

	Todas las causas externas		Suicidios	
	Nº de casos	Tasa por 100.000hab.	Nº de casos	Tasa por 100.000hab.
<b>Morcín</b>	17	554,1	9	290,1

Fuente: Registro de Mortalidad de Asturias, Dirección General de Salud Pública y Planificación.

Con relación a las cuatro principales causas de muerte en Morcín por sexos, es posible observar en la siguiente tabla que los varones están más afectados que las mujeres por tumores y enfermedades del sistema respiratorio. Mientras que las mujeres superan a los varones en enfermedades del sistema circulatorio y en causas externas de mortalidad y morbilidad. Al mismo tiempo, también podemos señalar como los varones superan a las mujeres en defunciones causadas por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, sistema nervioso/ del ojo y sus anexos/ del oído y de la apófisis mastoides y enfermedades del sistema digestivo; mientras que las mujeres se ven más afectadas por trastornos mentales y del comportamiento, enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo y por síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte.

<b>DEFUNCIONES SEGÚN CAUSAS DE MUERTE POR SEXOS. MORCIN.2005.</b>		
<b>GRANDES GRUPOS DE CAUSAS DE MUERTE (CIE-10)</b>		
	<b>Varones %</b>	<b>Mujeres %</b>
I Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00
II Tumores (neoplastias)	35	12,5
III Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	0,00	0,00
IV Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	5	0,00
V Trastornos mentales y del comportamiento	5	6,25
VI-VII-VIII Sistema nervioso/del ojo y sus anexos/del oído y de la apófisis mastoides	15	0,00
IX Enfermedades del sistema circulatorio	5	43,75
X Sistema respiratorio	15	6,25
XI Sistema digestivo	10	6,25
XII Piel y tejido subcutáneo	0,00	0,00
XIII Sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	0,00	6,25
XIV Sistema genitourinario	0,00	0,00
XV Embarazo, parto y puerperio	0,00	0,00
XVI Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,00	0,00
XVII Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,00	0,00
XVIII Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	0,00	6,25
XX Causas externas de morbilidad y mortalidad	10	12,5

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de SADEI.



No contamos con datos sobre las principales causas de muerte por edades en Morcín. Sin embargo, sí es posible ofrecer, a partir del Informe sobre Mortalidad en Asturias 2005, las correspondientes al Área IV por grupos de edad, las cuales aparecen en la siguiente tabla y cuyas causas principales son las siguientes:

- Menores de 1 año: ciertas afecciones originadas en el período perinatal (XVI).
- 1 a 4 años: enfermedades del sistema circulatorio (IX) y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (XVII).
- Entre 5 y 14 años: no hubo fallecimientos en este grupos de edad, en el Área IV, durante el año 2005.
- Entre 15 y 24 años: causas externas (XX).
- Entre 25 y 34 años: causas externas (XX).
- Entre 35 y 44 años: tumores (neoplastias) (II).
- Entre 45 y 54 años: tumores (neoplastias) (II).
- Entre 55 y 64 años: tumores (neoplastias) (II).
- Entre 65 y 74 años: tumores (neoplastias) (II).
- Entre 75 y 84 años: enfermedades del sistema circulatorio (IX).
- De 85 o más años: enfermedades del sistema circulatorio (IX).

**MORTALIDAD POR GRANDES GRUPOS DE ENFERMEDADES**  
(% sobre total de fallecimientos, distribución por grupos de edad).  
**ÁREA SANITARIA IV. 2005**

	I	II	III	IV	V	VI VII VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XVI	XVII	XVIII	XX
<1	7,1					7,1							57,1	21,4	7,1	
1 a 4							50,0							50,0		
5 a 14																
15-24		8,3					8,3	8,3								75,0
25-34	3,4	13,8				3,4	6,9	6,9	3,4		3,4					58,6
35-44	8,7	29,0	1,4			2,9	20,3	2,9	5,8					1,4	1,4	26,1
45-54	3,1	49,1		3,1	0,6	2,5	19,3	3,7	8,1		1,2	0,6			0,6	8,1
55-64	1,6	49,0	0,4	4,4	0,8	0,8	22,7	5,2	8,0	0,4		1,2		0,4	0,4	4,8
65-74	0,7	45,1	0,2	2,8		2,8	27,1	10,3	5,5	0,2	0,6	1,3				3,5
75-84	1,6	26,0	0,2	3,0	4,2	6,1	35,0	11,2	4,5	0,5	1,7	1,6			0,8	3,6
85+	1,1	12,9	0,4	3,3	6,6	5,1	41,0	15,1	4,8	0,3	1,5	2,1			3,9	1,9
Total	1,5	26,3	0,3	3,1	4,0	4,6	33,8	11,5	5,1	0,3	1,3	1,6	0,2	0,2	1,8	4,3

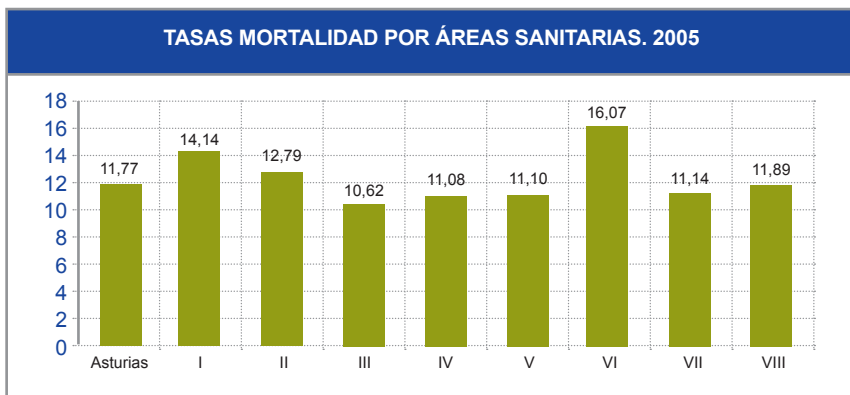
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Informe Mortalidad 2005 para Asturias

A continuación, la siguiente tabla ofrece, de forma más precisa, las tres primeras causas de muerte por edad y sexo en el año 2005 dentro del Área Sanitaria IV. Si comparamos estos datos con los correspondientes a Asturias para el mismo período, respecto a los varones se corresponden de forma generalizada con los datos para Asturias.

<b>PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO. ÁREA SANITARIA IV.2005 (Lista reducida 102 grupos, porcentajes por grupos de edad)</b>						
<b>Edad</b>	<b>Varones</b>			<b>Mujeres</b>		
	<b>1ª</b>	<b>2ª</b>	<b>3ª</b>	<b>1ª</b>	<b>2ª</b>	<b>3ª</b>
<b>15-39</b>	Accidentes de tráfico vehículos de motor (25%)	Suicidio y lesiones autoinfligidas (12,5%)	Envenenamiento accidental por psicofármacos y drogas de abuso (12,5%)	Envenenamiento accidental por psicofármacos y drogas de abuso (20,0%)	Suicidio y lesiones autoinfligidas (15,0%)	Accidentes de tráfico vehículos de motor (10,0%)
<b>40-64</b>	Tumor maligno de la tráquea, de bronquios y pulmón (12,5%)	Infarto agudo de miocardio (10,9%)	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (5,5%)	Tumor maligno de mama (14,4%)	Enfermedades cerebrovasculares (7,2%)	Tumor maligno de ovario (4,8%)
<b>65+</b>	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto asma) (8,5%)	Enfermedades cerebrovasculares (8,4%)	Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón (7,5%)	Enfermedades cerebrovasculares (7,7%)	Otras enfermedades del corazón (7,7%)	Infarto agudo de miocardio (6,3%)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Informe Mortalidad 2005 para Asturias.

Respecto a la evolución de las tasas de mortalidad durante el período 1990-2005, tanto la tasa de mortalidad en Asturias como en el Área IV ha experimentado un crecimiento continuo en ambos casos, siendo siempre la de Asturias superior a la de Oviedo (Área IV). En el año 2005, la tasa de mortalidad para el Área IV era de 11,08, siendo ésta la segunda más baja de todas las Áreas Sanitarias. La tasa más alta corresponde al Área VI (Oriente de Asturias), con un 16,07.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de SADEL.

## Discapacidad

La Organización Mundial de la Salud, en su clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, distingue estos tres conceptos y los define de la siguiente manera:

- *Deficiencia*: Las deficiencias son trastornos en cualquier órgano, e incluyen defectos en extremidades, órganos u otras estructuras corporales, así como en alguna función mental, o la pérdida de alguno de estos órganos o funciones. Ejemplos de deficiencias: ceguera, sordera, parálisis o amputación de una extremidad, retraso mental, visión parcial, etc.
- *Discapacidad*: Restricción o falta (debidas a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se consideran normales para un ser humano. Engloba las limitaciones funcionales o las restricciones para realizar una actividad que resultan de una deficiencia. Ejemplos de discapacidades: dificultades para ver, oír, o hablar normalmente, para moverse o subir las escaleras, para bañarse, comer, etc.
- *Minusvalía*: Situación desventajosa, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide a una persona desempeñar una función considerada normal en su caso (dependiendo de la edad, el sexo y de factores sociales y culturales). Ejemplos de minusvalías: tener que permanecer en la cama o en casa, no poder utilizar transporte público.

Según la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud elaborado por el INE en 1999, un 9,5% de la población total asturiana (101.000 personas) tiene reconocido algún grado de **discapacidad**, lo que supone una tasa de 299 por mil

en personas de más de 65 años y de un 46 por mil en personas de 6 a 64 años. De esta población, 63.000 (62,3%) presentan dificultades para actividades de la vida diaria y 47.000 (46%) tienen un grado de dependencia importante.

Con relación a la necesidad de ayuda para la realización de determinadas actividades o funciones vitales, la Encuesta de Salud del Principado de Asturias señala que un 57,1% de la población mayor de 15 años necesita ayuda para poder ver. Un 3,8% para desplazarse, un 3,7 para desplazarse fuera del hogar, un 3,4% para oír y un 3,1% para realizar las tareas del hogar. El resto de actividades representan unos porcentajes inferiores al 2%.

Las mujeres superan a los varones en necesidad de ayuda en todas las categorías analizadas. Por edades, existe una mayor necesidad a medida que aumenta la edad. Por último, es posible señalar que la población de la zona central de Asturias (en la que se encuentra Morcín) necesita porcentualmente más ayuda que la de la zona rural y las cuencas en todas las categorías, salvo para oír, comunicarse y aprender y aplicar conocimientos. En el análisis por clases sociales, se observa una mayor proporción de necesidad de ayuda en varones de la clase social más alta, con casi un 60%. En cambio, en mujeres, la proporción va aumentando según se baja la clase, llegando a ser cercana al 80% en mujeres de la clase más baja.

En junio de 2007, había en Morcín un total de **451 personas calificadas con minusvalía** (que representan el 15% de la población del municipio, un porcentaje muy alto), de las cuales **184 eran mujeres y 267 hombres**. Del total de mujeres menores de 65 años calificadas con algún grado de minusvalía, la mayoría tienen una minusvalía sólo física o mixta. En el grupo de mayores de 65 años, el mayor número corresponde a las mujeres que padecen alguna minusvalía sólo física. En el grupo de los hombres menores de 65 años, se aprecia un mayor número de minusvalías sólo psíquicas, pero sigue estando por debajo del número de hombres calificados con minusvalía sólo física o mixta. En los mayores de 65 años, el mayor número, con diferencia, es el correspondiente a minusvalías sólo físicas. Tanto en hombres como en mujeres, vemos como el mayor porcentaje de personas calificadas con minusvalía corresponde a mayores de 65 años, especialmente en el grupo de las mujeres (67,39% de mujeres con algún grado de minusvalía frente a un 53,18 de hombres).

Desde el Ayuntamiento de Morcín, y a través de los Servicios Sociales de la zona, se tramitan y conceden Tarjetas de Aparcamiento para personas con movilidad reducida. De 2002 a 2007 se concedieron 9 tarjetas de aparcamiento.

PERSONAS CALIFICADAS CON MINUSVALÍA DEL MUNICIPIO DE MORCÍN						
Sexo	Edad	T/minusv.	% de minusvalía			Subtotales
			33-44%	45-65%	> 65 %	
Mujeres	0-14 años	física	0	0	0	0
		psíquica	0	0	0	0
		mixta	0	0	0	0
		Totales				0
	15-65 años	física	12	12	8	32
		psíquica	0	0	1	1
		mixta	11	9	7	27
		Totales				60
	>65 años	física	37	20	42	99
		psíquica	1	0	0	1
		mixta	4	8	12	24
	Totales				124	
	<b>Total mujeres</b>					
Hombres	0-14 años	física	0	1	0	1
		psíquica	0	0	0	0
		mixta	0	0	0	0
		Totales				1
	15-65 años	física	64	30	3	97
		psíquica	2	2	7	11
		mixta	1	10	5	16
		Totales				124
	>65 años	física	67	37	26	130
		psíquica	0	0	1	1
		mixta	6	2	3	11
		Totales				142
	<b>Total hombres</b>					
<b>Total de personas del municipio de Morcín con minusvalía reconocida</b>						<b>451</b>

Fuente: Consejería de Bienestar Social. 2006

Existe una clarísima interrelación entre la salud y las situaciones de dependencia. En concreto, se tiene constancia de la eficacia de las intervenciones sanitarias en edades medianas de la vida para prevenir la aparición de la dependencia en las edades más avanzadas, y se ha demostrado, asimismo, que la mejora de los hábitos de vida de la población contribuye significativamente a mejorar la esperanza de vida sin discapacidad<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Libro Blanco sobre la "Atención a las personas en situación de dependencia en España".

## Seguridad ciudadana

La **Guardia Civil** del puesto de Riosa, que lleva ambos concejos, es quien se encarga de garantizar la Seguridad Ciudadana en el concejo de Morcín.

La plantilla está compuesta por 12 agentes, y entre sus principales funciones se encuentran:

- velar por el cumplimiento de las leyes y reglamentos
- prestar auxilio en casos de grave riesgo, catástrofe o calamidad pública
- auxiliar y proteger a las personas y asegurar la conservación y custodia de los bienes
- custodiar las vías de comunicación
- prevenir la comisión de actos delictivos
- mantener y restablecer, en su caso, el orden y la seguridad ciudadana
- investigar los delitos para descubrir y poner a disposición judicial a los presuntos culpables
- vigilar el tráfico y el transporte en las vías públicas interurbanas
- perseguir el fraude fiscal, el contrabando y todo tipo de tráfico ilícito.

Los datos facilitados por la Dirección General de la Guardia Civil respecto al concejo se muestran a continuación:

- Intervenciones y denuncias en situaciones de violencia o amenaza para la salud o integridad física:

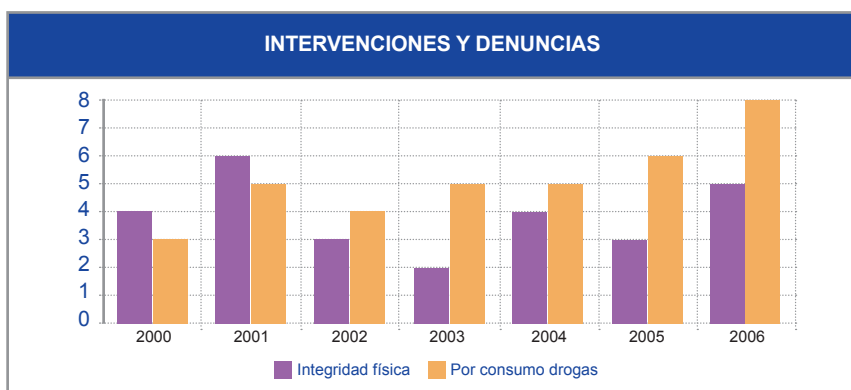
2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
4	6	3	2	4	3	5

- Tipología de las denuncias o intervenciones; peleas grupales, homicidios, agresiones de animales, etcétera.

- Denuncias por infracción a la Ley 1/92 (Protección de Seguridad Ciudadana).
- Denuncias por infracción a la Ley de Montes. (Quemas de rastrojos en verano).
- Denuncias por infracción a la Ley de Aguas (navegar por ríos y embalses sin autorización).
- Denuncias por infracción a la Ley Protectora de Animales (animales sueltos).
- Intervenciones en la vigilancia de orden público en fiestas y eventos.
- Intervenciones por problemas de lindes de fincas.

- De denuncias intervenciones en casos de abuso sexual: 1 en el año 2003
- Intervenciones/ denuncias por consumo o tráfico de drogas.

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
3	5	4	5	5	6	8



Por tráfico de drogas no se ha producido ninguna denuncia en el citado periodo.

Como datos significativos o novedosos, cabe destacar un aumento gradual de denuncias e intervenciones en asuntos relacionados con la violencia de género en los últimos años.

Resumen de problemas más significativos del concejo:

1. Problemas con lindes de fincas.
2. Problemas con el ganado suelto.
3. Problemas con los daños en cultivos ocasionados por animales de caza (jabalí).

Según datos proporcionados por el **112**, durante 2006 se registraron las siguientes incidencias en el concejo de Morcín:

- 1 persona desorientada.
- 3 robos.
- 5 incidencias de seguridad ciudadana.
- 3 casos de violencia de género.
- 9 cortes de carretera.
- 1 asistencia en carretera.
- 2 en coberturas de eventos.

- 2 inundaciones.
- 1 retirada de elementos peligrosos.
- 12 conatos de incendio
- 12 incendios forestales.
- 1 incendio urbano de uso comercial.
- 848 asistencias sanitarias.
- 87 traslados sanitarios.
- 6 accidentes de tráfico.
- 2 accidentes de tráfico con atrapados.
- 3 accidentes de tráfico con heridos.
- 9 accidentes de tráfico sin heridos.
- 1 accidentes industrial.
- 2 accidentes laborales.
- 5 rescates de animales.
- 10 animales circulando por la calzada o vía del tren.
- 3 conducciones temerarias.
- 3 agresiones.
- 6 alteraciones del orden público.
- 4 daños a bienes.
- 2 personas desaparecidas.

Respecto a las actuaciones del **SEPRONA** (Servicio de Protección de la Naturaleza de la Guardia Civil), tenemos:

- Número de actuaciones en campos de control de caza, pesca, vertidos ilegales (tierra o agua), emisión de partículas de aires, protección de la naturaleza en incendios.
- Número de denuncias:

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
6	4	6	4	5	8	9

- Por caza:

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
2	1	2	1	1	2	2



- Por pesca:

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
2	1	1	1	0	0	0

- Por protección de la naturaleza e incendios:

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
2	2	3	3	4	6	7

Destacar el aumento de denuncias por protección de la naturaleza e incendios recibidas por el Seprona, la mayoría ocasionadas por quemas incontroladas que acaban en incendios.

El concejo de Morcín cuenta con los servicios de Guarda Forestal (compartido con el resto de concejos que componen la Montaña Central), que tiene como misión cuidar de los bosques públicos y animales e informar a sus superiores acerca del estado de los mismos. Entre las principales funciones que realiza están:

- **INCENDIOS FORESTALES:** guardias de incendios; vigilancia, detección y localización de incendios forestales; realización de permisos de quema e informar sobre índices a los solicitantes, etc.
- **OCUPACIONES EN MONTES, GRAVÁMENES, PERMUTAS:** tramitar solicitudes de ocupación, de licitación, de gravámenes, permutas; conformar actas de entrega en terrenos cedidos por la Administración
- **INMATRICULACIÓN DE FINCAS:** informes técnicos sobre el estado de las fincas, lindes y colindancias, documentación catastral, etcétera.
- **PRÁCTICAS DEPORTIVAS EN MONTES:** vigilancia y control de aquellas que necesiten autorización, emisión de permisos de acampada y control de las mismas, información sobre áreas recreativas, denuncias en caso de actividades no autorizadas
- **PASTOS Y GANADERÍA:** prindas de ganado, informes sobre desbroces además de su control y vigilancia, control y vigilancia de pastos públicos
- **OFICINA:** atención al público
- Otras funciones relacionadas con deslindes, plantaciones forestales, roturaciones, cambios de cultivo, aprovechamientos en montes, explotación forestal, cabañas en los montes, obras hidráulicas, especies forestales y plagas.

## Accidentalidad

La Encuesta de Salud del Principado ha analizado como causas de accidentalidad la existencia de intoxicaciones, agresiones, quemaduras, golpes, etc.

En cuanto a la frecuencia, los resultados de la Encuesta nos indican que al menos el 11 % de la población asturiana ha sufrido algún incidente de este tipo en el último año. En cuanto al tipo de accidente, **los más frecuentes son los accidentes de tráfico**, con un 27%, seguidos de las **caídas** de dos niveles distintos un 22%, y **las quemaduras y golpes** con un 13%. Por sexos, los **accidentes más frecuentes en las mujeres son las caídas** con un 29%, mientras que **en los hombres son los accidentes de tráfico**, también con un 29%. Las diferencias entre sexos están marcadas por la frecuencia de las caídas, mientras que en las mujeres se registra el 29%, en los hombres es de un 16%; lo mismo ocurre con otros accidentes, mientras que en los hombres los accidentes de tráfico suponen el 29%, en las mujeres se cifra en el 24%. Sin ser estadísticamente significativas las diferencias, las mujeres tienen más de tres veces intoxicaciones no alimentarias que los hombres, y a su vez los hombres sufren más frecuentemente agresiones o contusiones que las mujeres.

Teniendo en cuenta el lugar donde se produjeron estos incidentes, podemos reflejar que un 26% se situaron en el mismo domicilio o en el edificio que alberga al mismo, un 24% se produjo en la vía pública por accidente de tráfico, un 17% en el lugar de trabajo y un 15 % en la calle pero no por accidente de tráfico.

Las diferencias de lugar por sexos estadísticamente significativas existen en cuanto a la localización en el domicilio o edificio de su casa, donde las mujeres tienen proporciones de 36%, frente al 16% de los hombres, y a la inversa en cuanto a la localización en el trabajo, donde tienen lugar un 23% de los incidentes en los hombres respecto al 9% de las mujeres. Existen otras diferencias, en este caso no significativas, de una mayor accidentalidad de mujeres en la calle, y mayor en lugares de ocio y recreo, en centros deportivos y los propios accidentes de tráfico de los hombres.

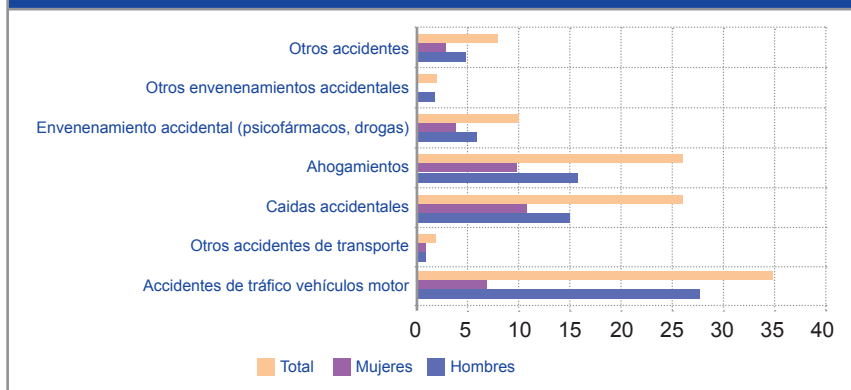
Por último, añadimos los datos sobre las tasas específicas de mortalidad (por 100.000 habitantes) y el número de muertes por tipo de accidente y sexo del Área Sanitaria IV durante el año 2005. La mayor tasa y número de accidentes corresponde a los de tráfico con vehículos de motor, seguido por las caídas accidentales y ahogamientos. Por sexos, los varones superan a las mujeres en todas las categorías analizadas, excepto en otros accidentes de transporte, donde se igualan.

**MORTALIDAD POR ACCIDENTES. TASA Y Nº DE CASOS.  
ÁREA SANITARIA IV. 2005**

	Varones	Mujeres	Totales
Accidentes de tráfico vehículos motor	18,1 (28)	4,1 (7)	10,7 (35).
Otros accidentes de transporte	0,6 (1)	0,6 (1)	0,6 (2)
Caidas accidentales	9,7 (15)	6,4 (11)	8,0 (26)
Ahogamientos	10,3 (16)	5,8 (10)	8,0 (26)
Envenenamiento accidental (psicofármacos, drogas)	3,9 (6)	2,3 (4)	3,1 (10)
Otros envenenamientos accidentales	1,3 (2)	0	0,6 (2)
Otros accidentes	3,2 (5)	1,7 (3)	2,4 (8)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Informe Mortalidad 2005 para Asturias.

**Nº DE CASOS DE MORTALIDAD POR ACCIDENTES.  
ÁREA SANITARIA IV. 2005**

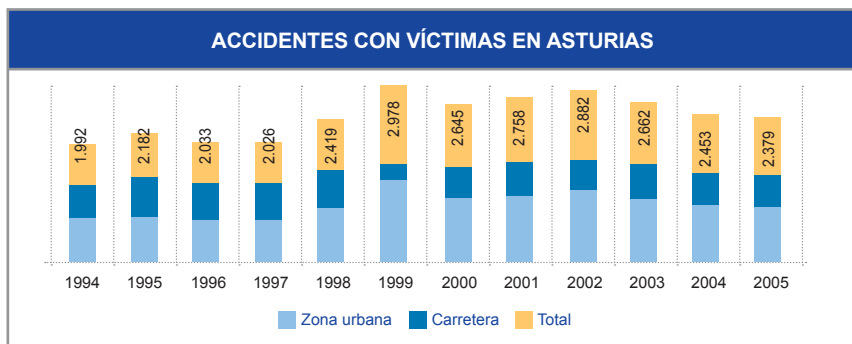


### Accidentes de tráfico

Del Estudio realizado por el Instituto de Tráfico y Seguridad Vial (INTRAS) “La Edad, Factor Clave en los Accidentes de Tráfico” se deduce que Asturias es una de las Comunidades Autónomas donde más se ha reducido la mortalidad juvenil en la carretera entre 2000 y 2005, registrando el índice más bajo del país en el fallecimiento de jóvenes entre 14 y 17 años y uno de los más bajos en lo relativo a jóvenes de 18 a 31 años.

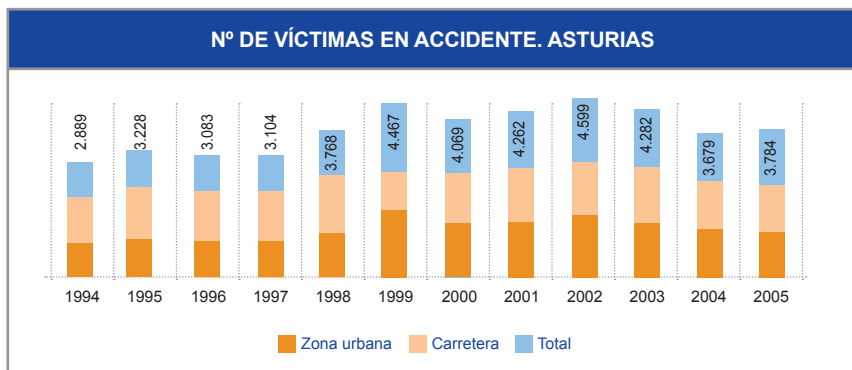
En los cuatro tramos de edad en los que se divide el estudio, el Principado se encuentra por debajo de la media nacional. Es en el caso de las personas mayores de 65 años es donde las ratios de mortalidad en las carreteras asturianas revelan cifras más pre-

ocupantes y cercanas a la media nacional. Las personas mayores de 65 años suponen 7 muertes de cada 100.000 habitantes, siendo de 9,3 a nivel nacional.



Las muertes en las carreteras asturianas se han reducido un 26,19 %, seis puntos por encima de la media del país y también se ha reducido el número de accidentes. Los choques han caído en un 20%, mientras los heridos graves bajaron en el mismo periodo un 35%. La disminución más espectacular es la relacionada con los heridos leves, que suponen una reducción del 58,9 %.

La causalidad de los siniestros también ha variado y el 31 % de los accidentes se producen por alguna distracción de los/as conductores/as. El mismo porcentaje lo registran los siniestros motivados por infracciones de la normativa de circulación, mientras que los excesos de velocidad acusan el 21 % de los choques. El alcohol o las drogas provocan el 7% de los accidentes, mientras que en el 3% de los casos son el sueño y el cansancio el determinante del siniestro.



El mayor número de víctimas se ha producido en carreteras convencionales, mientras que ha descendido en las zonas urbanas. En cuanto a la edad, es de destacar que la franja que refleja un mayor porcentaje es la comprendida entre los 25 y 64 años, y aunque la cifra se ha reducido en los últimos cinco años en un 24% aún sigue manteniendo cifras bastante altas.

Los accidentes producidos por ciclomotores y turismos han descendido, aunque también es cierto que los accidentes de motos y autobuses han sufrido un repunte. El accidente más frecuente continúa siendo la salida a la vía, computando el 39% de las víctimas mortales, especialmente de 0:00 a las 6:59 horas, franja horaria en la que más del 50% de los accidentes registrados son de este tipo.

Respecto a los datos específicos del concejo de Morcín, facilitados por la Dirección General de Tráfico, tenemos:

AS-231 P.K. 0-4,7						
Año	Acc. con víctimas	Muertes	Heridos/as graves	Heridos/as leves	Acc. daños materiales	Temporada más accidentes
2002	1	0	0	1	6	Invierno
2003	1	0	0	1	5	-
2004	2	0	0	2	6	Verano/Invierno
2005	3	0	1	2	4	-
2006	4	0	1	3	6	-

N-630 P.K. 36,5-41,2.						
Año	Acc. con víctimas	Muertes	Heridos/as graves	Heridos/as leves	Acc. daños materiales	Temporada más accidentes
2002	4	2	1	1	7	Primavera
2003	3	0	0	7	6	Verano
2004	4	0	1	5	9	Invierno
2005	1	0	0	1	8	Invierno/Verano
2006	3	0	0	3	6	-

MO-1 P.K. 0-6,2.						
Año	Acc. con víctimas	Muertes	Heridos/as graves	Heridos/as leves	Acc. daños materiales	Temporada más accidentes
2002	0	0	0	0	2	-
2003	0	0	0	0	0	-
2004	2	0	0	2	2	-
2005	0	0	0	0	1	-
2006	0	0	0	0	3	-

MO-2 P.K. 1,5-4,5						
Año	Acc. con víctimas	Muertes	Heridos/as graves	Heridos/as leves	Acc. daños materiales	Temporada más accidentada
2002	0	0	0	0	1	-
2003	0	0	0	0	0	-
2004	1	0	0	2	0	-
2005	0	0	0	0	1	-
2006	1	1	1	0	0	-

MO-3 P.K. 0-4,2						
Año	Acc. con víctimas	Muertes	Heridos/as graves	Heridos/as leves	Acc. daños materiales	Temporada más accidentada
2002	0	0	0	0	0	-
2003	0	0	0	0	0	-
2004	0	0	0	0	0	-
2005	0	0	0	0	0	-
2006	0	0	0	0	0	-

MO-4 P.K. 0-2						
Año	Acc. con víctimas	Muertes	Heridos/as graves	Heridos/as leves	Acc. daños materiales	Temporada más accidentada
2002	0	0	0	0	0	-
2003	0	0	0	0	0	-
2004	0	0	0	0	0	-
2005	0	0	0	0	0	-
2006	0	0	0	0	0	-

MO-5 P.K. 0,5-9,5						
Año	Acc. con víctimas	Muertes	Heridos/as graves	Heridos/as leves	Acc. daños materiales	Temporada más accidentada
2002	1	1	0	0	0	-
2003	1	0	0	1	0	-
2004	0	0	0	0	0	-
2005	0	0	0	0	1	-
2006	0	0	0	0	2	-

En el periodo comprendido entre los años 2002 y 2006 no existen puntos negros (emplazamientos pertenecientes a una calzada de una red de carreteras en los que durante un año natural se hayan detectado tres o más accidentes con víctimas con una separación máxima entre uno y otro de 100 m.) en los tramos de las carreteras señalados a su paso por el conejo.

Los **factores concurrentes** más frecuentes en los accidentes han sido:

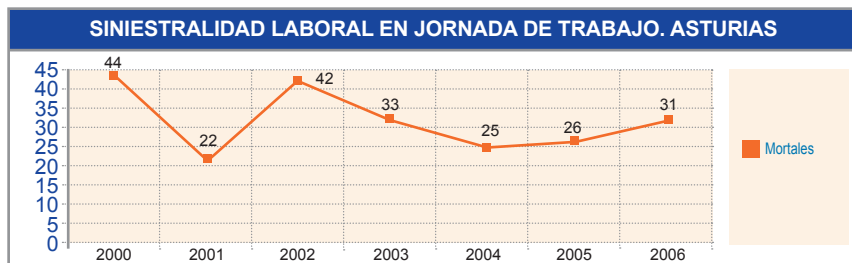
1. Infracciones de las normas de circulación.
  - Velocidad inadecuada.
  - No mantener distancia de seguridad.
  - No cumplir señales de ceda el paso y stop.
  - Cambios de carril sin previa señalización de maniobra.
  - Peatones cruzando la calzada de forma antirreglamentaria.
2. Distracción.
3. Alcohol, cansancio, sueño.
4. Meteorología adversa.
5. Otros factores (animales sueltos, objetos en la calzada, obras, avería)

### Accidentes laborales

La siniestralidad laboral está estrechamente ligada a la actividad económica, siendo el sector más afectado el de la construcción, que en el año 2006 supuso un 24% del total de los accidentes laborales (aunque en su mayoría se trate de accidentes leves, estos han reflejado una totalidad de 4.728 accidentados). Un porcentaje menor es el que corresponde a la minería, que recoge un total de 2.140 accidentes, en su mayoría leves.

SINIESTRALIDAD LABORAL EN JORNADA DE TRABAJO (CON BAJA). ASTURIAS 2000-2006				
Año	Leves	Graves	Mortales	In itinere
2000	23.283	259	44	986
2001	23.724	284	22	1.258
2002	21.957	310	42	1.477
2003	20.422	265	33	1.440
2004	18.534	216	25	1.480
2005	18.773	220	26	1.683
2006	19.348	172	31	1.665

Fuente: Instituto Asturiano Prevención Riesgos Laborales.



Según los datos obtenidos por el Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales en el periodo 2000-2006, podemos observar que éstos han sufrido un repunte en el último año del 2,8% en el total de los accidentes, siendo los leves los de mayor incremento, cuya totalidad en el año 2005 ascendía a 18.773, aumentando esta cifra en el 2006 un 3,1%. Igual ocurre con los accidentes mortales, cuyo incremento fue del 19,2%, mientras los accidentes graves disminuyeron en un 21,8%. Debemos resaltar que los accidentes de trabajo “in itinere” con baja han disminuido en un 1,1%, algo que no sucedía en años anteriores. Entre los días que se registra una mayor siniestralidad se encuentra el jueves y el viernes, según las estadísticas.

### Donaciones y Trasplantes

En el año 2006 se produjeron en Asturias 66 trasplantes renales y 11 de corazón. Estas cifras representan un aumento en el número de trasplantes renales desde el año 2000 (58 trasplantes) y un descenso en los cardíacos (22 en el año 2000).

El mayor número de trasplantes realizados en el año 2006 corresponde, en primer lugar, a los renales, seguido de los de córnea y en tercer lugar los hepáticos. En último lugar, están los trasplantes de corazón.

TIPOS DE ÓRGANOS TRASPLANTADOS. ASTURIAS. 2006.	
Trasplante Renal	66
Trasplante de Córnea	56
Trasplante Cardíaco	11
Trasplante Hepático	39
Trasplante de Médula Antóloga	26
Trasplante de Médula Alogénica	12

Fuente: Memoria 2006 del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Según datos de la **Organización Nacional de Trasplantes**, en España, el número de trasplantes renales, hepáticos, pulmonares y pancreáticos han ido en aumento desde el año 2000 hasta el año 2006; por el contrario, el número de trasplantes cardíacos (al igual que en Asturias), ha experimentado un descenso desde el año 2000.

En Asturias, en el año 2006, había 391 pacientes en diálisis (1,82% del total de pacientes en diálisis en España) y 82 pacientes en lista de espera de trasplante renal (1,95% del total de pacientes en lista de espera de trasplante renal en España).

En cuanto a las donaciones, la tasa anual de donantes de órganos en España (que venía experimentando un aumento desde el año 1989) disminuyó ligeramente del año 2005 al año 2006, alcanzando en el año 2006 una tasa similar a la del año 2000. En el año 2006, Asturias presenta una tasa anual de donantes de órganos de 44,4 por millón, situándose por encima de la media nacional (tasa anual de España en 2006 se encontraba en el 33,8 por millón).



En cuanto a la edad, el mayor número de donantes de órganos en España tienen entre 45 y 60 años. Por sexos, el 61,7% de los donantes españoles son hombres. La mayor cantidad de donantes de órganos en España durante el año 2006 según la causa de muerte, son quienes fallecieron por hemorragia cerebral.

### **Violencia de Género**

En nuestro país el Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer aprobó, el pasado 28 de junio de 2007, coincidiendo con el primer año desde su constitución, su primer Informe Anual, elaborado a partir de la propuesta de un grupo de personas expertas en la materia.

En este Informe se resalta el aumento sostenido de las denuncias en los últimos años, sobre todo como consecuencia de una mayor conciencia del fenómeno y de una mejora progresiva de la atención y protección de sus víctimas. De este modo, constata que el número de denuncias por violencia de género ha aumentado más de un 70% entre 2002 y 2006 y que la tasa de denuncias por cada mil mujeres de 18 y más años ha pasado del 2,66 en 2002 al 4,29 ‰ en 2006.

En cuanto a la manifestación de maltrato de género, en el Informe se menciona que se da en mujeres de todas las edades, clase social, situación laboral, tamaño del municipio en el que residen, nivel educativo, posicionamiento ideológico u opciones religiosas, a pesar de que dicha manifestación tiene diferentes magnitudes.

Por último, el Informe contempla cuatro propuestas de actuación generales y otras 79 englobadas en ocho ámbitos diferentes: educativo no universitario; universitario; de medios de comunicación y publicidad; sanitario; laboral, de seguridad social y de apoyo económico; de derecho a la asistencia social integral; médico-forense y jurídico.

Las cuatro propuestas de actuación general son:

- Creación de la base de datos del Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer, a partir de los indicadores que han quedado establecidos.
- Formación y especialización.
- Coordinación, seguimiento y evaluación de las distintas medidas, para permitir la mejora y adopción de pautas de actuación comunes que garantizarán la continuidad del sistema de protección.
- Sensibilización y prevención.

A nivel regional tenemos el Observatorio de Igualdad de Oportunidades del Instituto Asturiano de la Mujer, donde, entre otras cosas, se recoge la siguiente información:

- La necesidad de avanzar en la erradicación de la violencia de género hizo poner en marcha una amplia serie de medidas y recursos, que con la Ley Integral contra la Violencia de Género se han visto potenciados y diversificados.

- Las denuncias crecen cada año, lo que no tiene por qué significar un aumento de la problemática, sino que una mayor aceptación y apoyo social, así como la nueva legislación y los recursos, hacen que las mujeres se sientan capaces de denunciar esta situación.
- En Asturias en el año 2005 casi tres de cada 10.000 mujeres denunciaron sufrir violencia de género y una mujer fue asesinada; de las 746 órdenes de protección incoadas fueron aceptadas 532.
- Los Centros Asesores de la Mujer tienen entre sus tareas intervenir en procedimientos judiciales representando a las mujeres que lo solicitan y esta demanda ha crecido de forma importante con respecto al año anterior. La Asociación Simone de Beauvoir ha ejercido la acusación particular en un número también sensiblemente mayor que en 2004.
- La Red de Casas de Acogida, gestionada por la Cruz Roja Española en Asturias, ha admitido a 206 mujeres en 2005, acompañadas de 180 menores, habiendo ingresado casi la totalidad por maltrato y apreciándose un descenso de mujeres con respecto al año anterior.
- El descenso global no se ha producido en todas las casas de la Red, ya que en las de Avilés y Gijón se superaron las cifras de los dos años anteriores.
- La policía es quien realiza mayoritariamente las derivaciones, seguida por los Centros Asesores de la Mujer, los Servicios Sociales y el teléfono 112.
- Son las áreas centrales del Principado las que más mujeres aportan a la red y también las que presentan mayor tasa de cobertura.
- Una de cada cinco mujeres que ingresa en la red es inmigrante, presentando una permanencia similar al resto de mujeres.
- Seis de cada diez mujeres que han ingresado en las casas de acogida ha realizado una denuncia, siendo los datos similares a los de 2004.
- El Registro VIMPA que recoge información de las mujeres atendidas en la red sanitaria, en funcionamiento desde 2003, ha presentado una tendencia ascendente en la remisión de informes de mujeres atendidas tanto en la red de Atención Primaria, como de Atención Especializada.
- La tasa de asistencia más alta la presenta en 2005 el área sanitaria de Gijón, seguida de la de Avilés y de la del Nalón, llamando la atención las importantes diferencias entre áreas como Nalón y Caudal.
- Por edades, la tasa más alta la presenta el grupo de mujeres de 25 a 39 años, pero en el grupo de menores de esta edad la tasa es también importante, lo que da idea de relaciones violentas en parejas jóvenes.

- La pareja o expareja es el agresor más frecuente, aunque entre mujeres menores de 25 años, casi en un 30% de los casos, la agresión es producida por familiares y otras personas.
- Desde el sistema sanitario se deriva a otros recursos, siendo a Trabajo Social y a los Centros Asesores de la Mujer a los que se remite con mayor frecuencia a las mujeres atendidas.
- El Programa de Atención Psicosocial, destinado a mujeres que necesitan ayuda para reconstruir su vida y superar el maltrato, ha atendido, hasta finales de 2005, a 154 mujeres con una media de edad de 40 años, que recibieron psicoterapia individual y otro tipo de intervenciones.
- La media de tratamiento ha durado 253 días, siendo seis el número medio de sesiones y las mujeres que habían sufrido maltrato sexual las que más tiempo necesitaron para la recuperación.

Según datos suministrados por la Red de Casas de Acogida de Asturias, en el año 2006 se produjo una sola llamada al Servicio de Atención de Urgencias de la Red e ingresaron dos mujeres procedentes de Morcín en alguna de las Casas de Acogida de Asturias. El número total de ingresos de mujeres maltratadas en Casas de Acogida de Asturias ha ido en aumento desde el año 2002 (ingresaron 372 mujeres) hasta el año 2006 (404 mujeres ingresadas).

En Morcín no existe ninguna mujer que disponga del servicio de Teleasistencia a mujeres víctimas de malos tratos.

## Propuestas y prioridades

Surgidas de la participación Técnica y Ciudadana

### REPRESENTACIÓN POLÍTICA

- Prevención de suicidios.
- Asistencia a la población envejecida, de vinculación minera, un tanto “especial” en formas de pensar, y con enfermedades características dada su labor profesional.
- Educación vial desde la infancia: escuela.

## PERSONAL TÉCNICO DE SERVICIOS SOCIALES, AGENTE DE IGUALDAD Y EDUCADORA SOCIAL

- Prevención de la dependencia en personas mayores.
- Intervención con las personas receptoras del salario social básico del concejo:
  - 1.- Acompañamiento psicológico (apoyo psicosocial continuado), en especial a aquellas personas que viven solas. Se podrían planificar actividades grupales para crear grupos de autoayuda, ya que se han detectado altos índices de depresión.
  - 2.- Formación y orientación profesional: la mayoría de estas personas tienen destrezas laborales, aunque hay que tener en cuenta que casi todas sus actividades laborales se dan dentro de la economía sumergida: limpiando casas o cuidando a personas.
  - 3.- Voluntariado y ocio: para potenciar las redes de apoyo, se deberían realizar programas de ocio así como la posible inclusión directa de voluntariado, tratando de este modo de fomentar las relaciones sociales normalizadas (Banco del Tiempo). El voluntariado se puede potenciar mediante acciones de formación y proyectos concretos de participación.
  - 4.- Proponer actividades de ocio y tiempo libre que reduzcan el aislamiento, así como procurar espacios psicoeducativos que fomenten el aumento del conocimiento.
- Atención a las personas dependientes: mayores, personas con discapacidad, enfermedad mental, etcétera.
- Mayor implicación de profesionales de la sanidad para una intervención más humana y menos protocolarizada.

## COLEGIO PÚBLICO

Mayor seguridad en el transporte escolar; cinturón de seguridad en los autobuses.

## Objetivos y líneas de actuación

### Morbilidad

#### Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO): procesos diarreicos

##### **Objetivo:**

Disminuir la incidencia de estos procesos en la población.

##### **Líneas de Actuación**

*Mejorar la calidad del agua para consumo*

*Formar a la población en prácticas alimentarias seguras: correcta conservación de alimentos, sobre todo de aquellos destinados a consumo “en fresco” y cocción adecuada de alimentos*

#### Enfermedades EDO: gripe

##### **Objetivo:**

Lograr mayor efectividad en la campaña de vacunación.

##### **Líneas de Actuación**

*Acceder al grupo más vulnerable, (personas mayores en zonas rurales), con difícil acceso a los centros de salud, por lo que apenas llegan a los servicios sanitarios, no participando por ello en las campañas de vacunación.*

*Mayor difusión de la campaña de vacunación.*

*Facilitar transporte de personas mayores o dependientes, o realizar una “campaña itinerante” de vacunación en zonas estratégicas del concejo para llegar al mayor número de personas.*

#### Enfermedades EDO: varicela

##### **Objetivo:**

Atenuar, en lo posible, su contagio.

##### **Líneas de Actuación**

*Informar a la población acerca del desarrollo de la enfermedad, haciendo especial énfasis en el contagio.*

*Inmunización activa: vacuna antivariçela para mayores de 10 años.*

*Inmunización pasiva: inmunoglobulina antivariçela en población de alto riesgo y que no pueden vacunarse (embarazadas, inmunodeprimidos/as, etc.)*

## Enfermedades EDO: transmisión sexual

### Objetivo:

Prevención.

### Líneas de Actuación

*Formar a la población en prácticas sexuales seguras.*

## Salud perinatal

### Objetivo:

Promocionar la salud de las mujeres en relación al proceso de maternidad.

### Líneas de Actuación

*Educación para la salud en el ámbito de la consulta, en la comunidad y en la escuela.*

*Actividades preventivas antes de la concepción: vacunación rubéola, consejo antitabaco, ácido fólico, etcétera.*

*Identificar riesgos para la reproducción y aplicar medidas de prevención en el entorno laboral.*

*Prestar especial atención a las parejas y mujeres embarazadas en precaria situación social.*

*Medidas que fomenten la conciliación de la vida familiar y laboral.*

*Ampliar el horario de asistencia médica (matrona) en el concejo.*

### Objetivo:

Fomentar las actuaciones preventivas y de promoción de la salud reproductiva, dirigidas a hombres y mujeres en edad fértil.

## Líneas de Actuación

*Proporcionar información y educación a las parejas en edad fértil, tanto de manera individual en la consulta, como a través de actuaciones colectivas de promoción de la salud.*

*Desarrollar programas de educación sanitaria en la escuela dirigidos a prevenir embarazos en la adolescencia, sobre el consumo de tabaco, alcohol y drogas durante el embarazo y fomento de una imagen positiva de la lactancia.*

## Mortalidad

### Tumores

#### Objetivo:

Aumentar el conocimiento de la población general sobre hábitos y estilos de vida protectores frente al cáncer.

## Líneas de Actuación

*Desarrollar programas de prevención primaria en el ámbito sanitario, escolar y laboral.*

*Elaborar y difundir a la ciudadanía guías informativas que contemplen el reconocimiento de signos y síntomas de sospecha de un cáncer.*

*Realizar actividades comunitarias en las que se fomente la adopción de estilos de vida saludables. Se hará hincapié sobre el valor de no fumar, no consumir alcohol con exceso y llevar una dieta saludable*

*Instaurar una semana al año en la que se divulguen y promocionen los estilos de vida saludables frente al cáncer.*

*Promover actuaciones globales de educación para la salud.*

*Financiar convenios de colaboración con asociaciones, autoridades locales, empresas, escuelas, instalaciones de ocio, grupos minoritarios étnicos, etcétera, que formen una red donde se lleven a cabo iniciativas frente a los factores de riesgo que aumentan las posibilidades de tener un cáncer.*

*Impulsar y optimizar las actividades de cribado para los tumores en los que se ha demostrado eficiencia: cáncer de mama y cáncer colo-rectal.*

*Establecer líneas fluidas de coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y otros dispositivos tales como voluntariado y ONG.*

*Promover y estimular convenios con entidades y asociaciones que prestan un apoyo psico-social a pacientes oncológicos/as y sus familias.*

*Mejorar la formación de los y las profesionales de la sanidad en cuidados paliativos.*

## Enfermedades cardiovasculares

### Objetivo:

Promover actuaciones globales de educación para la salud dirigidas a la prevención de estas enfermedades.

### Objetivo:

Mejorar los hábitos y estilos de vida cardiosaludables.

### Líneas de Actuación

*Diseñar una campaña informativa, en colaboración con los dispositivos asistenciales existentes en el concejo, fundamentalmente los Centros de Salud.*

*Campaña de formación dirigida al personal de la administración local para ayudar a las personas que están sufriendo un posible síndrome coronario agudo.*

*Establecer una Jornada Cardiosaludable coincidiendo con los eventos sanitarios nacionales o internacionales promovidos por distintas sociedades científicas.*

### Causas externas: accidentes

### Objetivo:

Reducción de los accidentes de tráfico en el ámbito del hogar, en zonas de recreo, de tiempo libre y actividades deportivas en grupos de población relevantes.

### Líneas de Actuación

*Realizar estudios sobre repercusión y trascendencia de los accidentes domésticos, de ocio y deportivos, entre la población.*

*Programas destinados a establecer normas adecuadas para zonas de recreo, zonas deportivas, lugares de ocio, esparcimiento y zonas naturales, estableciendo medidas de seguridad técnicas, exigibles y legales.*

*Realizar campañas informativas dirigidas a prevenir los factores reales de riesgo de los accidentes domésticos, de ocio y deportivos.*



*Programas preventivos de reducción de riesgos en accidentes de tráfico añadidos al consumo de alcohol, drogas, otras sustancias psicotrópicas y algunos medicamentos, dirigidos fundamentalmente a grupos de mayor riesgo.*

*Participación de la Jefatura de Tráfico, en las actividades educativas y formativas de jóvenes y sus familias, en materia de educación vial.*

*Control e inspección de los vehículos de motor con especial incidencia, además de los turistas, al transporte escolar y vehículos industriales.*

*Adecuación, señalización y mantenimiento de la red viaria en general, con diseño de vías seguras, y realización de acciones correctoras de los “puntos negros” y un progresivo aumento de localización de “puntos blancos”.*

*Promoción desde el Plan Marco de Educación para la Salud de actividades de seguridad vial.*

*Informar y sensibilizar a la población sobre los factores y circunstancias de riesgo que intervienen en la producción de accidentes y las medidas para prevenirlos.*

*Fomentar conductas seguras, con especial énfasis entre la infancia, adolescencia y personas mayores, ya que son los grupos más vulnerables.*

*Potenciar la participación comunitaria en la prevención de accidentes, implicando a organismos y asociaciones locales, con objeto de la integración de los municipios de Asturias en el programa de Comunidades Seguras de la OMS.*

*Impulsar la inclusión de la educación vial en los programas educativos escolares.*

*Propiciar ambientes seguros mediante la adopción medidas de prevención pasivas en escuelas, parques, instalaciones deportivas, etcétera, mediante la identificación y eliminación de los elementos de especial riesgo.*

*Impulsar la mejora de las condiciones viarias como señalización, establecimiento de carriles para bicicletas, mejora de los servicios de transporte público, etcétera.*

*Aumentar las habilidades de padres, madres, familiares, educadores/as, etcétera, para fomentar la consecución de la salud en la infancia; con especial énfasis en relación al abordaje de las situaciones de maltrato infantil y respecto a la prevención de los accidentes infantiles.*

### **Causas externas: suicidios**

#### **Objetivo:**

Sensibilizar a profesionales con implicación en la detección de conductas de riesgo

### Líneas de Actuación

*Impartir conferencias para el personal médico, de enfermería y Trabajo Social, abordando principalmente los siguientes temas: mitos, exploración de la ideación suicida, grupos de riesgo de suicidio, diagnóstico y tratamiento de la depresión en adolescentes y personas mayores, evaluación del riesgo de suicidio y medidas esenciales para evitar el suicidio durante la crisis suicida.*

*Recoger datos fiables sobre prevalencia de conducta suicida en el concejo*

#### Objetivo:

Sensibilizar a toda la población sobre la relación entre salud mental y suicidio.

### Líneas de Actuación

*Contar con el respaldo de los medios de comunicación para realizar programas de radio, televisión o artículos periodísticos sobre el tema del suicidio y su prevención.*

*Proponer la realización de un taller sobre como debe ser enfocado el tema del suicidio en los medios.*

*Impartir conferencias, charlas en escuelas públicas y privadas al alumnado, profesorado y madres y padres de familia de sensibilización sobre la problemática del suicidio y su prevención*

*Asumir una permanente disposición de colaborar en la capacitación de organizaciones, instituciones, grupos de ayuda mutua, asociaciones, etcétera, en cada comunidad.*

*Prestar atención inmediata a los sobrevivientes o familiares de suicidas para ayudar a elaborar el duelo por esta causa.*

*Fomentar la formación y capacitación de grupos de voluntariado en la comunidad y creación de una línea telefónica de ayuda al suicida atendida por profesionales y voluntariado con actitudes para ello.*

### Salud laboral

#### Objetivo:

Promover un entorno de trabajo saludable.

Reducir la siniestralidad laboral.

## Líneas de Actuación

*Promocionar la información, formación y participación de los trabajadores/as y empresariado en relación con la salud.*

*Realizar un Programa de Formación en Salud Laboral para profesionales de Atención Primaria.*

*Acercar a las empresas las actividades de promoción de la salud que ya se vienen impulsando y desarrollando en otros ámbitos.*

*Optimizar las actividades de promoción de la salud que se están desarrollando en las empresas.*

*Establecer vías formales de colaboración entre personal sanitario de las empresas y del sistema sanitario público asistencial, tanto de Primaria como de Especializada.*

## Indicadores para la evaluación

### Indicadores generales

- Esperanza de vida a diferentes edades
- Esperanza de vida en buena salud
- Índice de salud mental general en la población adulta
- Índice medio de calidad de vida infantil relacionada con la salud
- Esperanza de vida libre de discapacidad
- Índice de dependencia
- Número de casos de violencia de género
- Estado de salud percibido
- Número de programas de formación realizados
- Número de personas participantes: edad y sexo

### Mortalidad

- Número de defunciones
- Tasas de mortalidad: mortalidad general y por las principales causas de muerte
- Mortalidad perinatal
- Número de suicidios: edad y sexo

### Morbilidad

- Prevalencia declarada de problemas bucodentales en población adulta
- Incidencia de procesos diarreicos

- 
- Incidencia de varicela
  - Incidencia de gripe
  - Incidencia de cáncer
  - Incidencia de enfermedades de transmisión sexual
  - Incidencia enfermedades respiratorias
  - Incidencia enfermedades cardiovasculares
  - Cobertura de la población en programas de vacunación
  - Prevalencia declarada de trastornos mentales

# ESTILOS DE VIDA

## 7. ESTILOS DE VIDA

### Datos significativos

No existen estudios a nivel municipal sobre estilos de vida, no obstante se dispone de cifras regionales de diferentes estudios (“Encuesta de Salud, 2002”, “Informe del Observatorio Regional sobre Drogas, 2006”, “Estudio sobre la sexualidad en la juventud asturiana, 2006” de la Universidad de Oviedo, Consejo de la Juventud del Principado de Asturias y la Consejería de Salud, “Estilos de Vida en la Juventud Asturiana, 2005”) o nacionales, (Hábitos Alimenticios de los Españoles SENC, 2006):

### Consumo de tabaco

El 1 de enero de 2006 entró en vigor la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco (“ley anti-tabaco”) que tiene como objetivo, entre otros, “limitar el acceso y disponibilidad de un producto que genera adicción discapacidad, enfermedad y muerte”.

Un Informe del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT), publicado con motivo del primer aniversario de la ley, señala que las ventas de tabaco se redujeron en 2006 un 2,8 % frente a la reducción del 0,6 % en el año anterior. En el informe se estima que el consumo por parte de la población residente habitualmente en España ha podido caer aún más teniendo en cuenta que la diferencia del precio del tabaco con otros países europeos puede haber causado un aumento de las ventas a extranjeros. Destaca, además, que los “niveles de nicotina ambiental se han reducido en un 83% en los centros de trabajo y en un 53% en los restaurantes”.

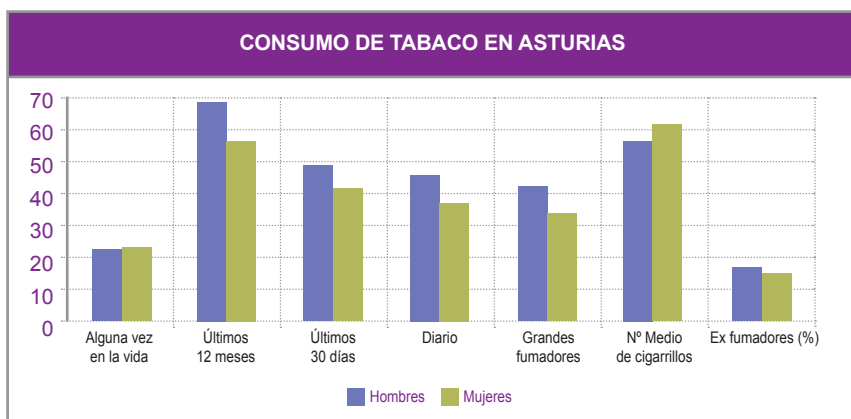
Basándose en la encuesta del CIS de diciembre de 2006, la misma fuente asegura que la prevalencia del tabaquismo ha bajado un 8%, lo que equivaldría a 750.000 personas fumadoras a nivel nacional. A este grupo habría que añadir los tres millones de personas que intentaron dejar de fumar y los aproximadamente dos millones que fuman menos que antes y están dispuestas para un nuevo intento de superar la adicción al tabaco. Atribuye esta evolución, en primer lugar, a la entrada en vigor de la ley del tabaco y no a un cambio de precios del tabaco ya que el precio medio de cajetilla ha sido incluso inferior en 2006 en comparación con 2005.

Para evaluar los efectos de la ley de forma más exhaustiva y fundamentada, habría que esperar a los datos definitivos de la Encuesta de Salud de 2006. El avance de resultados del segundo trimestre de 2006 indica que la reducción del tabaquismo puede haber sido mucho menor de lo señalado por el CNPT, dado que el número de personas que fumaban a diario bajó sólo del 28,1% en 2003 a un 27% en el segundo trimestre de 2006, siendo la reducción mayor en los hombres (del 34,1% al 32,2%) que en las mujeres (del 22,4% al 22,1%).

Según el Informe 2006 del Observatorio sobre Drogas para Asturias, en el año 2003, un 40% de la población asturiana de entre 15 y 64 años declaró haber fumado en el “último año” y un porcentaje ligeramente inferior (36,5%) haberlo hecho en el “último mes”. Algo menos de un tercio (223.000 personas) manifestó consumir tabaco a diario, con una proporción ligeramente superior de mujeres que de hombres (31% frente a 29,5%). En el grupo de edad que va desde los 15 a los 44 años fumarían aproximadamente 66.000 asturianos frente a unas 95.000 asturianas.

Este hecho parece confirmar el patrón de consumo de tabaco que viene observándose en los últimos años, tanto en Asturias como en España, en el que las mujeres jóvenes se incorporan con mayor frecuencia que los hombres al hábito tabáquico y mantienen prevalencias más altas hasta los 40 años de edad. A partir de esta etapa, se invierte la tendencia y los hombres pasan a fumar en mayor proporción que las mujeres, circunstancia que hace que la prevalencia global acabe siendo mayor en los primeros.

La tendencia a disminuir la frecuencia de consumo diario de tabaco en varones en Asturias es más acusada que la observada en España. En los grupos de edad de 15 a 24 y 25 a 34 años se aprecian en Asturias prevalencias sensiblemente más bajas que las de la media española, lo que conlleva que en nuestra región el porcentaje de consumidores diarios de tabaco en los hombres sea menor que el de las mujeres, algo que no sucede a nivel nacional, donde los hombres siguen fumando con mayor frecuencia que las mujeres.



El número medio de cigarrillos que declaran consumir al día es de 12,7 con un nivel muy parecido de intensidad entre ambos sexos. Casi cuatro de cada diez son grandes fumadores/as, es decir, consumen cantidades iguales o superiores a 20 cigarrillos.

Cabe destacar que el 21,3% de los hombres y casi el 14% de las mujeres manifiestan haber dejado de fumar, siendo el porcentaje total de ex fumadores/as en la población asturiana del 17%.

### Consumo de alcohol

El consumo de alcohol está muy extendido en nuestra vida, con una oferta amplia, variada y accesible. Durante el año 2003, nueve de cada diez asturianos/as manifestó haberlo consumido “alguna vez en su vida” y más de tres cuartas partes de la población reconocieron haberlo hecho en el “último año”.

En lo que se refiere a los consumos más frecuentes o habituales, y por tanto los más problemáticos, cabe señalar que el 80% de los hombres y el 61,9% de las mujeres afirman haberlo consumido en el “último mes”, y más de 97.000 asturianos/as, de 15 a 64 años declaran ingerir bebidas alcohólicas a diario (13,3%).

Con carácter general, los hombres consumen alcohol con mayor frecuencia e intensidad que las mujeres, siendo muy significativas estas diferencias intersexuales en el caso de los consumos diarios, donde los hombres cuadruplican los consumos.

La ingesta de alcohol se manifiesta con dos patrones claramente diferenciados: consumo en día laborable y de fin de semana. Durante los fines de semana se aprecian pocas diferencias en frecuencia en función del género, sin embargo, en los días laborales los consumos son mucho menores para ambos sexos, pero con mayor frecuencia en los hombres que en las mujeres.

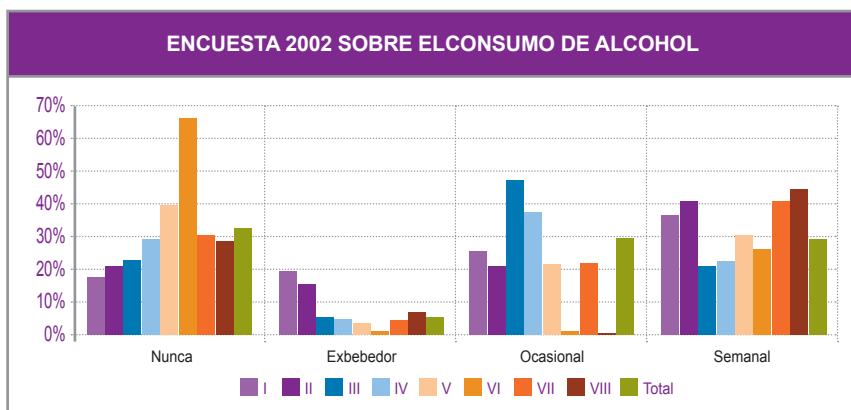
Son el vino, la cerveza/sidra, y los combinados, por ese orden las bebidas más consumidas entre la población asturiana. Los fines de semana se alteran estos puestos, situándose en cabeza la sidra/cerveza, seguida por el vino, y los combinados.

Según la Encuesta de Salud para Asturias 2002, en función de las Áreas Sanitarias de la región, podemos observar que el mayor número de personas que nunca beben se encuentra en la zona Oriental (VI), el mayor número de bebedores/as ocasionales en la zona de Avilés (III), el mayor número de ex bebedores/as en el Noroccidente (I), y el mayor número de consumidores/as semanales en la zona del Nalón (VIII).

ÁREAS SANITARIAS									
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Total
<b>Nunca</b>	17,9%	21,3%	22,9%	30,0%	39,9%	67,3%	30,5%	28,9%	32,7%
<b>exbebedor/a</b>	19,8%	16,4%	6,3%	5,3%	3,8%	2,0%	4,9%	7,4%	6,1%
<b>Ocasional</b>	25,4%	21,3%	47,9%	38,5%	22,7%	2,0%	22,6%	16,1%	29,4%
<b>Semanal</b>	36,8%	41,0%	21,9%	23,1%	32,1%	26,8%	41,4%	45,6%	30,0%

Fuente: Encuesta de Salud para Asturias (ESA).2002.





El Área sanitaria V es la de mayor consumo abusivo los fines de semana y días laborales en varones y la que menos en ambos periodos el Área sanitaria I.

El alcohol sigue siendo una de las principales causas de siniestralidad. Según el RACC, en 2004 más del 40% de las personas fallecidas de entre 21 y 30 años en accidentes de tráfico dio positivo en los controles. Y el 60% de los siniestros de jóvenes sucede en las noches de los fines de semana. Y aún así, cuatro de cada diez jóvenes asturianos/as reconocen que beben alcohol cuando salen con el coche.

### Consumo de sustancias psicoactivas en la población asturiana

En nuestra región como en el resto del territorio español, obviamente las sustancias legales son las drogas más consumidas por el conjunto de la población. Según los datos del Observatorio sobre Drogas para Asturias, publicados en 2006 y que se refieren al período de 1995 a 2003, el alcohol ocupa el primer lugar en frecuencia de utilización en la mayoría de las tipologías de consumo establecidas: experimental (alguna vez en la vida), esporádico (últimos 12 meses) y habitual (últimos treinta días), seguido por el tabaco, que sólo supera al alcohol en el caso de los consumos diarios (en el año 2003, 30,5% frente a 13,3%).

Se puede observar, además, que el uso experimental y esporádico disminuyó en ambas sustancias en la comparación del año 2003 con 2001, después de un aumento en el bienio anterior. La evolución del uso habitual fue diferente entre las dos sustancias, ya que mientras que el consumo de tabaco decreció, el del alcohol continuó subiendo, aunque con una tasa inferior al período anterior.

El resto de productos psicoactivos muestran unos porcentajes de consumo mucho más pequeños, siendo relevantes los del cannabis, con prevalencias del 27,7%, 9,8% y 7% en lo que se refiere a los consumos experimentales, esporádicos y habituales respecti-

vamente (2003). La cocaína, los alucinógenos, las anfetaminas, las drogas de síntesis, la heroína y los inhalables volátiles apuntan prevalencias de consumo muy inferiores, que se sitúan entre el 1% y el 6% en las fases de experimentación y en torno al 1% para los consumos más habituales.

El cannabis subió en todos los tipos de consumo, duplicando prácticamente el porcentaje de uso habitual del año 2003 (7,0%) la tasa de 1995 o 1996 (3,5% y 3,6% respectivamente). En las demás sustancias, entre 2001 y 2003 creció el uso experimental, excepto del éxtasis y el consumo esporádico y habitual disminuyó en todas ellas.

El mencionado Informe del Observatorio sobre Drogas también muestra los análisis de consumos bajo la perspectiva de género, donde se pone de manifiesto que en general las proporciones de consumidores son siempre mayores en los hombres que en las mujeres, si bien, en el caso del alcohol y el tabaco, estas diferencias intersexuales son relativamente más reducidas y, en cuanto al consumo esporádico y habitual, se redujeron en 2003 respecto a 2001.

En el cannabis, el consumo esporádico y habitual es entre dos y tres veces más frecuente en el colectivo masculino.

### Consumo de sustancias psicoactivas entre la juventud asturiana

La mayoría de consumos de las demás drogas se concentran en las edades más jóvenes. Según datos recogidos en el Informe del Observatorio Regional sobre Drogas, 2006, los porcentajes de consumo de sustancias psicoactivas por parte de estudiantes de enseñanza secundaria son mayores que los que se encontraron en las personas adultas. Esta diferencia es menor en el caso de las drogas legales y más acusada en las consideradas ilegales.

El alcohol es la sustancia más consumida por este colectivo en tres de las cuatro tipologías de consumo consideradas en el estudio. Tres cuartas partes de estudiantes de secundaria (77,5%) declararon haber consumido alcohol el “último mes” y casi el 90% manifestó haber realizado un consumo menos habitual (“alguna vez” y “últimos 12 meses”)

En frecuencia de consumo, tras el alcohol aparecen el tabaco y el cannabis. En relación con el tabaco, casi uno de cada tres jóvenes de 14 a 18 años declara haber fumado en el “último mes” y uno de cada cinco utilizar el cannabis con bastante frecuencia. Ambas sustancias superan en frecuencia de consumo diario al alcohol, del cual parece que hacen un uso más contenido en lo que se refiere al consumo diario (3,4%).

La cocaína sigue a las anteriores en frecuencia de utilización, mostrando unas prevalencias estimadas del 7% para los consumos de los “últimos 12 meses” y de cerca del 4% en sus usos más frecuentes.

En cuanto a la proporción de jóvenes que manifiestan consumir alguna de las otras drogas: éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, heroína, sustancias volátiles, etc., es mucho

menor, no obstante en fases de experimentación y en los consumos esporádicos en ocasiones se aprecian porcentajes importantes.

En la distribución del consumo de drogas por sexos, en el año 2004 se aprecian siempre proporciones de consumidores mayores en los chicos que en las chicas, exceptuando los casos del tabaco y alcohol, donde la frecuencia de utilización es ligeramente mayor en las segundas. En el año 2004, había también más chicas que chicos que consumían la cocaína de forma experimental. Las relativamente menores diferencias intersexuales se dan en el cannabis y la cocaína, y las mayores en las drogas de síntesis, anfetaminas y los alucinógenos.

En cuanto a la evolución, se puede observar que el consumo subió entre 2000 y 2004 en todas las sustancias y tipos de consumo, salvo en el tabaco de consumo habitual o diario. El mayor incremento se registra en el consumo habitual de alcohol. Llama la atención el porcentaje absoluto y el incremento del consumo habitual de bebidas alcohólicas entre las chicas. Entre las drogas ilegales, se registró sobre todo un aumento en el consumo de cocaína, en todos los tipos de consumo.

En cuanto a la toma de contacto o inicio al consumo de drogas legales, las cifras del Observatorio Regional muestran que suele ser bastante precoz. En torno a los 13 años se toma contacto con el tabaco y el alcohol y un año después los consumos parecen estar bastantes instaurados. Alrededor de los 15 años se inicia la experimentación con el cannabis y a partir de aquí van apareciendo el resto de las sustancias. Dentro de las sustancias de comercio ilegal, la heroína parece ser de las que se consume más prematuramente, seguida de los inhalantes o sustancias volátiles, cuya utilización es también bastante temprana, por estar encuadradas dentro del mercado legal, si bien, posteriormente, van a presentar prevalencias de consumo muy bajas.

### Consumo de fármacos

Según la Encuesta de Salud para Asturias 2002, un 15,6 % de las personas encuestadas dice haber tomado en las últimas dos semanas medicamentos para el catarro, gripe, garganta o bronquitis, un 14,1% para los nervios (tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir, depresión, etc.) y un 13,6% para combatir el dolor o bajar la fiebre (no por reuma o artrosis), el mismo porcentaje que tomaba un medicamento para la tensión arterial. Un 4% han tomado antibióticos, el mismo porcentaje que para combatir la alergia y la diabetes. Un 3% dice tomar medicación para no quedarse embarazadas, un 1% para adelgazar y un 3% toma otros productos homeopáticos.

Por sexos, las mujeres muestran un consumo superior al de los hombres para todos los tipos de fármacos, excepto en medicaciones indicadas para el corazón y alteraciones digestivas, aunque estas diferencias no son significativas en la mayoría de los productos farmacéuticos. En la mencionada encuesta sí se encuentran diferencias significativas en el consumo de fármacos para los nervios (un 19,5% de las mujeres los consume, frente a un 8% de los varones); en los productos alternativos (4% de las mujeres frente a 1,4% de los varones), en las vitaminas, minerales, tónicos, laxantes y en los

productos para adelgazar, aunque estos últimos tienen también entre las mujeres una prevalencias muy baja.

Por edades, las personas jóvenes consumen más medicación para el catarro, alergias y contraceptivos. Las personas mayores, por su parte, consumen más medicamentos para la tensión arterial, para los nervios, el corazón, el reuma y el colesterol.

Aunque el aumento de la toma de medicamentos con la edad es superior en las sustancias para la tensión arterial, el reuma, las enfermedades cardíacas y, con diferencia, el colesterol y la diabetes, destaca también la evolución de la prevalencia en los somníferos y psicofármacos. En la Encuesta se señala que este incremento afecta, además, en mayor grado a las mujeres. Detrás de los medicamentos para la tensión arterial, los medicamentos para los nervios se sitúan en la segunda posición por frecuencia en las mujeres mayores de 64 años.

Por último, se puede observar que las prevalencias del colectivo femenino en casi todos los tipos de medicamentos superan las correspondientes al grupo masculino también en el intervalo de 16 y 29 años de edad, aunque las diferencias son menores que entre los dos colectivos cuando cumplieron ya los 64 años.

Medicamentos/productos para adelgazar	16-29 años	30-44 años	45-64 años	>64 años	Total
Para catarro, gripe, garganta, bronquios	20,4	16,1	11,1	15,8	15,6
Para dolor y/o bajar la fiebre	13,1	14,0	14,4	12,7	13,6
Vitaminas, minerales, tónico, laxantes	6,4	5,1	4,7	7,7	5,9
Antibióticos	3,8	3,0	3,9	3,9	3,7
Para los nervios (tranquilizantes...)	4,8	7,6	18,6	24,3	14,1
Para la alergia	8,1	3,6	3,5	2,6	4,4
Para la diarrea	0,5	0,8	0,8	1,1	0,8
Para el reuma	0,5	1,7	7,4	13,4	5,9
Para el corazón	0,7	0,9	5,9	18,4	6,5
Para la tensión arterial	0,7	3,2	16,4	33,0	13,6
Para alteraciones digestivas	1,9	3,0	6,1	8,3	4,9
Para no quedar embarazada	9,5	2,5	0,4	0,7	3,1
Pomadas, lociones para piel o cabello	2,1	2,1	1,6	1,3	1,8
Medicamentos/productos para adelgazar	1,4	0,8	0,6	0,4	0,8
Para bajar el colesterol	0,7	1,1	7,8	12,3	5,6
Para la diabetes	1,0	0,2	4,5	10,3	4,0
Hierbas, productos homeopáticos, dietéticos	1,7	2,8	2,7	3,9	2,8

Fuente: Encuesta de Salud de Asturias. 2002

En cuanto a la auto-prescripción de medicación, la más elevada es la destinada a catarro, gripe, etcétera, seguida de la del dolor o fiebre y, a gran distancia, la de productos alternativos, vitaminas, y pastillas para los nervios. Por sexos, existen diferencias significativas únicamente en el caso de pastillas para los nervios y productos alternativos. Por grupos de edad, las personas jóvenes se automedican con más frecuencia para afrontar un catarro, una gripe o para paliar el dolor o bajar la fiebre, mientras que las personas mayores se autoprescriben sobre todo frente a alteraciones digestivas y procesos crónicos.

Los cocientes más elevados de autoprescripción sobre el consumo total lo tienen los medicamentos para el catarro, la gripe, la garganta y para el dolor y/ o bajar la fiebre. En los dos restantes grupos de medicamentos con más frecuencia total, los somníferos y psicofármacos y las sustancias para la tensión arterial, la cuota de automedicación se sitúa ligeramente por debajo del 10%. Destaca, además, que casi un 20% de los antibióticos se ingieren sin receta médica.

Medicamentos/productos para adelgazar	Total	Autoprescripción	Autoprescrip. total
Para catarro, gripe, garganta, bronquios	15,6	8,0	51,3%
Para dolor y/o bajar la fiebre	13,6	6,0	44,1%
Vitaminas, minerales, tónico, laxantes	5,9	1,7	28,8%
Antibióticos	3,7	0,7	18,9%
Para los nervios (tranquilizantes...)	14,1	1,3	9,2%
Para la alergia	4,4	0,5	11,4%
Para la diarrea	0,8	0,1	12,5%
Para el reuma	5,9	0,5	8,5%
Para el corazón	6,5	0,4	6,2%
Para la tensión arterial	13,6	1,3	9,6%
Para alteraciones digestivas	4,9	0,5	10,2%
Para no quedar embarazada	3,1	0,2	6,5%
Pomadas, lociones para piel o cabello	1,8	0,5	27,8%
Medicamentos/productos para adelgazar	0,8	0,2	25,0%
Para bajar el colesterol	5,6	0,5	8,9%
Para la diabetes	4,1	0,6	14,6%
Hierbas, productos homeopáticos, dietéticos	2,8	1,9	67,9%

Fuente: Encuesta de Salud de Asturias. 2002

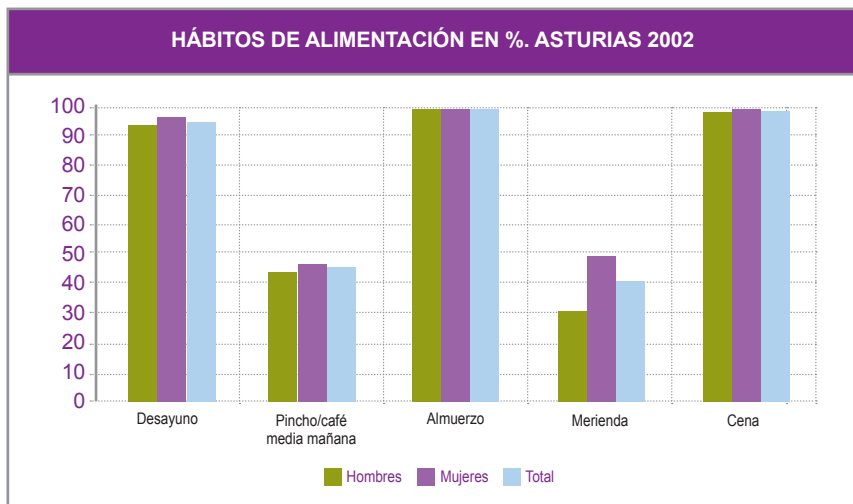
## Alimentación

Existe una interacción entre los hábitos alimentarios, la actividad física y los factores genéticos que inciden en el peso de las personas, de ahí que en el tratamiento de la obesidad, el plan de alimentación y la actividad física sean pilares fundamentales para conseguir un peso adecuado.

Las comidas que más se realizan son (según encuesta de Salud de Asturias 2002) el almuerzo (99,6%), y la cena (99%).

Comidas practicadas habitualmente	Hombres %	Mujeres %	Total %
Desayuno	94,0	96,7	95,4
Pincho/café-media mañana	44,2	47,1	45,7
Almuerzo	99,5	99,7	99,6
Merienda	31,5	49,4	41,1
Cena	98,2	99,2	99,0

Fuente: Encuesta de Salud para Asturias 2002



Hay un hecho curioso que se plasma en la encuesta y es el consumo de alimentos de madrugada.

Según la encuesta de Salud para Asturias 2002, el 58% de las personas encuestadas consideran que la relación entre su peso y su talla es normal, una de cada tres considera que su peso es alto y solamente el 4% de la población cree que su peso es muy alto,

sólo para un 5% de las personas encuestadas su peso es bajo. Las mujeres consideran que tienen un mayor peso que los hombres: un 65% de los hombres cree tener un peso normal, mientras que sólo lo hace el 55% de las mujeres. Un 6% de las mujeres creen tener un peso muy alto frente al 2% de los hombres.

El peso medio de la población asturiana (encuesta 2002) es de 71,1kg. El peso medio de los hombres es de 78 kg. frente a los 65 kg de media en las mujeres.

Otra observación es que las mujeres realizan más la comida del desayuno que los hombres. También aparecen diferencias en el caso de la merienda (49% mujeres y 31% hombres). En cuanto al “picoteo” a lo largo del día, las mujeres representan un 27% mientras que los hombres el 15%.

En cuanto a edades, se observa que el desayuno es realizado por una alta proporción de personas mayores de 65 años de edad (98%), mientras que en las personas jóvenes sólo realiza esta comida un 93%, y también quienes tienen una mayor tendencia a tomar algo de madrugada (9%) frente a sólo un 2% en las personas mayores. También son los y las jóvenes quienes más realizan el picoteo a lo largo del día: un 29% frente al 16% de las personas de 45 a 64 años y un 18% de las personas mayores.

Las mujeres que con más frecuencia toman el desayuno son las de los núcleos rurales. Por el contrario, el desayuno es menos consumido por las universitarias.

Según los datos del Estudio Nacional de Nutrición y Alimentación, elaborado a partir de la Encuesta de Presupuestos Familiares del INE 1991, Asturias estaría por encima de la media nacional en consumo de leche y derivados, azúcar y miel y leguminosas, y por debajo en pescados, carnes y bebidas alcohólicas.

En un estudio realizado en Asturias, en el que se compara el consumo de alimentos de 8.544 voluntarios/as de edades comprendidas entre 35 y 65 años con las recomendadas por el Departamento de Agricultura de EEUU (USDA), sólo un porcentaje relativamente bajo cumple las recomendaciones para cada grupo de alimentos.

Estas recomendaciones describen cómo debe ser una dieta saludable:

- Se concentra principalmente en frutas, verduras, granos integrales y productos lácteos libres de grasas o de bajo contenido graso.
- Incluye carnes magras, aves de corral, pescado, alubias, huevos y nueces.
- Contiene pocas grasas saturadas, grasas trans, colesterol, sal y azúcares agregados.

### COMPOSICIÓN ADECUADA DE LA DIETA DE UNA PERSONA ADULTA

Hidratos de carbono	440 g	1.760 Kcal (55%)
Lípidos	106 g	960 Kcal (30%)
Proteínas	120 g	480 Kcal (15%)
Total 3.200 Kcal/día		

En cuanto a la talla, la altura media de los hombres es de 170 cm frente a 160 cm de las mujeres. Relacionando el peso con la altura se establece el Índice de Masa Corporal (IMC).

#### Índice de masa corporal

El Índice de Masa Corporal (IMC) es un índice del peso en relación con la altura. Es el más utilizado para evaluar el grado de riesgo asociado con la obesidad.

A nivel nacional, la frecuencia de los niveles de sobrepeso u obesidad en la población viene aumentando desde hace más de una década. Entre 1993 y 2003, el porcentaje ajustado por edad de población de 20 y más años pasó de 9,9% a 14%, siendo evidente este incremento tanto en varones (9,4% en 1993 y 13,7% en 2003) como en mujeres (10,4% y 14,3%), produciéndose este aumento en todos los grupos de edad.

Según los datos de 2003 de la Encuesta Nacional de Salud del INE, Asturias es la segunda comunidad autónoma con un mayor índice de sobrepeso grado I y la cuarta en sobrepeso grado II.

A nivel regional, los principales resultados que aporta la Encuesta de Salud para Asturias 2002 son los siguientes: un 50,9% de la población tiene normopeso, un 29% sobrepeso, un 31% problemas de obesidad y un 0,4% de obesidad mórbida. Por sexos, las mujeres tienen una mayor proporción de sobrepeso, obesidad, obesidad mórbida y bajo peso que los varones. La mayor diferencia se encuentra en los niveles de bajo peso (10% de mujeres frente al 2% de varones).

Si analizamos los datos en función del sexo y la edad, un 22 % de los varones jóvenes tiene al menos sobrepeso, frente al 18 % de las mujeres. Entre los varones mayores de 64 años existe menos sobrepeso en un 47% frente a un 65% en el caso de las mujeres. En varones, los mayores porcentajes de sobrepeso se encuentran entre los 45 y 64 años (56%), mientras que en las mujeres de esta misma edad es del 52 %.

#### Actividad física

Según la Encuesta Nacional de Salud 2003, la práctica del ejercicio físico no es muy frecuente entre la población joven, un 16% de niños y un 13% entre las niñas. Las diferencias aún aumentan más con la edad y la práctica de algún deporte aumenta con el nivel de educación de la familia.



Al igual ocurre en la Encuesta de Salud del Principado de Asturias, en la que un 45,1% de la población adulta asturiana declara hacer ejercicio físico ocasionalmente, un 34,3% no hace ejercicio físico y un 12,7% lo hace de forma regular, sólo un 7,6% realiza actividades de este tipo varias veces por semana. Los varones se sitúan por encima de las mujeres un 36,9% no hace ningún tipo de actividad frente al 31,4% de varones.

La actividad de carácter más intenso disminuye con la edad. Por edades, las mujeres entre los 16 y 29 años con un 39,6% y las de 30 y 44 años en un 40,9% son las que muestran un mayor nivel de inactividad, superando en más de cinco puntos a las mayores de 64 años que suponen el 34,6%.

Con relación a las practicas sedentarias y su evolución a nivel nacional, las estimaciones realizadas desde las encuestas nacionales de salud españolas llevadas a cabo por el Ministerio de Sanidad y Consumo señalan que el 54% de la población de más de 16 años (53% de los varones y 62,9% de las mujeres) se declaró sedentaria durante su tiempo libre en 2003. El porcentaje de sedentarismo aumenta con la edad y con el nivel de instrucción. El grupo más sedentario es de las mujeres de 65 y más años.

Si bien este porcentaje venía reduciéndose desde finales de los 80, en los últimos años se observa una tendencia a la estabilización e incluso al aumento, razón por la que al comparar 1993 (54%) y 2003 (58,5%) se observa un ligero incremento. Asturias sigue el patrón señalado de aumento de prácticas sedentarias durante este periodo, habiéndose incrementado el porcentaje total de 64% a 68% entre 1993 y 2003.

### Hábitos sexuales

Un informe de la OMS de 1975, definió la salud sexual como “la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”. Desde ese punto de vista, se consideran muy importantes el derecho a la información sexual y el derecho al placer.

### Jóvenes

Un estudio sobre la sexualidad en la juventud asturiana realizado por equipos investigadores de la Universidad de Oviedo, Consejo de la Juventud del Principado de Asturias y la Consejería de Salud, ha puesto de manifiesto que la población joven tiene los conocimientos básicos en materia de sexualidad, acerca del embarazo y métodos anticonceptivos. Aunque los riesgos del uso de la llamada “marcha atrás” son conocidos por una gran mayoría, queda aún un grupo de más del 10% de chicos y chicas que creen que es cuestión de “saber controlarse”.

Este estudio se llevó a cabo con una muestra de 1.048 jóvenes, conservando la proporcionalidad que existe en la población joven asturiana en variables como el sexo, la edad, la zona geográfica y el tipo de estudios o formación que siguen.

Cuando se les pregunta si en alguna ocasión no han utilizado métodos anticonceptivos en una relación con penetración vaginal, se muestra que un 28% de los hombres y un 38% de las mujeres han asumido ese riesgo al menos en alguna ocasión. Las razones esgrimidas son fundamentalmente porque no los usan si no están a mano.

### **Población Adulta**

Según la Encuesta de salud y hábitos sexuales del año 2003 (ESHS 2003), realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE), un 94% de la población española de 18 a 49 años ha tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida, siendo la tasa masculina ligeramente inferior a la femenina. Comparando la población asturiana con la española, se puede señalar que la prevalencia entre los hombres es superior y la de las mujeres algo inferior a las tasas nacionales y que la diferencia es mayor en Asturias que en el conjunto del país, donde prácticamente son iguales.

En Asturias, aproximadamente un tercio de estas personas ha tenido una sola pareja sexual, un 40% entre dos y cuatro y un 13% entre cinco y nueve. Diferenciando el porcentaje por sexos, se puede apreciar que la mayoría de las mujeres ha tenido sólo una pareja sexual a lo largo de su vida, mientras que este porcentaje se reduce a un 20% entre los hombres asturianos. Sumando a este valor la prevalencia de “dos parejas”, la diferencia entre hombres y mujeres incrementa aún más (76,68% de las mujeres frente a un 32,71% de los hombres.). Además, en la comparación entre los hombres asturianos y españoles, se puede notar que los porcentajes de Asturias superan a los nacionales a partir de tres y más parejas.

Se repite la misma pauta respecto a las relaciones sexuales con parejas ocasionales durante el último año. La tasa asturiana de hombres multiplica por casi seis la tasa femenina. En la comparación con el conjunto del país se confirma que los hombres asturianos son, como promedio, más propensos a este tipo de relaciones sexuales y las mujeres menos.

En cuanto al número de personas a las que han diagnosticado alguna **enfermedad de transmisión sexual**, la tasa asturiana para ambos sexos no difiere de la tasa total de España (5,26% y 5,36%, respectivamente). Sin embargo, en el desglose por sexos, se puede observar que en Asturias son más frecuentes entre las mujeres, mientras que a nivel nacional, las padecen relativamente más hombres.

En el contexto de las enfermedades de transmisión sexual es sorprendente que, a pesar de las amplias y frecuentes campañas, sólo un 15% de la población dispone de los conocimientos suficientes para identificar correctamente los mecanismos de transmisión del VIH/ SIDA, con muy pequeñas diferencias entre hombres y mujeres y entre el conjunto español y la Comunidad Autónoma.

### **Personas Mayores**

Las personas mayores se enfrentan a multitud de **prejuicios sociales** que las conceptualizan como sinónimo de incapacidad e inactividad. Son muchas las limitaciones que se les imponen: limitaciones que, desde su propio entorno, vienen dadas por sus hijos/as y otros familiares, la sociedad y las instituciones, que intervienen de una

misma forma, a través del control. Si trasladamos esto al campo de la sexualidad, no sólo se pone de manifiesto dicho control, sino que además aparece el **reproche y la desaprobación**.

Son las actitudes culturales que denigran a la vejez y reservan la sexualidad, y concretamente la atracción física, para la juventud, las que más daños causan a las personas mayores. Muchas de ellas mismas piensan que no deben mostrar sus necesidades sexuales, e incluso se sienten culpables por ello. Por eso no es extraño encontrar parejas que durante los años de vejez evitan el contacto sexual. La incidencia de estos factores sociales se agudiza en las mujeres, que llegadas a cierta edad, además de ser mujeres, son mayores.

No obstante, desde un punto de vista más serio y razonable, negar la existencia de sexualidad en la vejez es tan incorrecto como su ridiculización, ya que la sexualidad es una constante vital que se va desarrollando a lo largo de nuestras vidas y que acompaña – en sus distintas formas y expresiones - a los seres humanos hasta su muerte.

Entre las personas mayores existe gran diversidad en lo que se refiere a sus intereses y capacidades sexuales. Cualquier persona puede tener capacidad e interés sexual en la vejez, aunque es necesario examinar por qué a menudo se cree que se puede ver alterada la sexualidad en el envejecimiento. Una de las razones es asociar vejez con pérdida de interés sexual, y afirmar que las personas de la tercera edad no tienen motivación por el sexo. **El desinterés sexual aparece en aquellas personas que en momentos anteriores de su ciclo vital no le daban importancia a este aspecto, por lo que con el paso de los años el sexo se sigue viendo como algo innecesario y sin sentido.** Este colectivo de hombres y mujeres a menudo manifiesta poco o ningún interés por el sexo durante su juventud o señala que sus relaciones no eran física ni emocionalmente satisfactorias. Por lo tanto, no es cierto que el envejecimiento constituya el principal factor causante del desinterés sexual.

Otro de los argumentos por los que se cree que el sexo en la vejez desaparece está relacionado con los **cambios del estado físico y de salud**. Este cambio puede influir en el **comportamiento sexual** y la **forma concreta de las relaciones sexuales**; pero esto no tiene por qué repercutir en el interés por el sexo. Lo adecuado es realizar una consulta médica cuando aparezca un problema de salud, donde les pueda dar una serie de pautas al respecto.

### Interrupciones Voluntarias del Embarazo

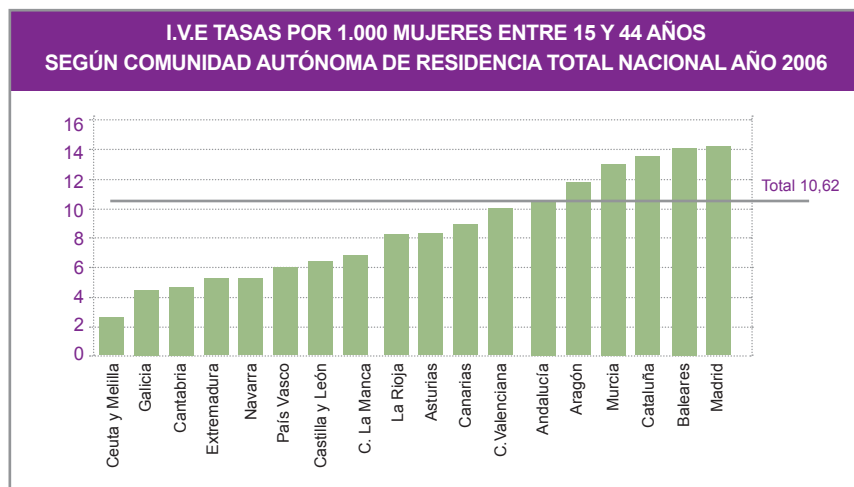
Las Intervenciones Voluntarias del Embarazo (IVE) quedan despenalizadas en España a través de la Ley Orgánica 9/1985, que reformó el artículo 417 bis del Código penal, en tres supuestos concretos:

- Evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada
- Si el embarazo es consecuencia de un hecho constitutivo de un delito de violación, previamente denunciado
- Presunción de graves tara físicas o psíquicas en el feto.

El mismo artículo determina, además, las comprobaciones previas que han de constar. Exige el consentimiento expreso de la mujer embarazada y la realización del aborto por personal médico o bajo su dirección en centros o establecimientos públicos o privados acreditados, siendo la acreditación diferente en función de si se trata de interrupciones de bajo riesgo (menos de doce semanas de gestación) o de alto riesgo (más de doce semanas de gestación). Los requisitos que deben cumplir los centros están recogidos en el Real Decreto 2409/1986, de 21 de noviembre.

Según el informe de Interrupciones Voluntarias de Embarazo realizado por la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo y basado en la información recogida a través del cuestionario aprobado por el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en **España** se realizaron en el año 2006 un total de 101.592 interrupciones voluntarias de embarazo, lo que equivale a una tasa de **10,62 casos por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años**. En el año 2005 la tasa era de 9,60, equivalente a un total de 94.664 casos.

La tasa de Asturias superó en todos los años del período 1996–2000 a la tasa nacional, con una diferencia máxima, en el año 1996, de aproximadamente cuatro casos por 100.000 mujeres, que se redujo a 1,24 puntos en el año 2000. A partir de este momento, la tasa asturiana se quedó por debajo de la tasa española, situándose en el año 2006 en 8,33 casos por 1.000 mujeres frente a los ya mencionados 10,62 en el ámbito nacional.



En 2006, del total de interrupciones llevadas a cabo (1.764), el 65,19% de los casos fueron de mujeres solteras, de las que un 81,21% tenían edades comprendidas entre los 15 y 30 años, siendo el intervalo de edad de 20 a 24 años el que más actuaciones recoge, 406 del total de 1.150 mujeres solteras que realizaron IVE en el 2006. Entre las mujeres casadas, donde más interrupciones encontramos es en la franja de edad entre 35 y 39 años.

Asturias 2006	Edad (años)								
	Total	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	>44
<b>Total I.V.E.</b>	<b>1.764</b>	1	219	454	437	320	242	84	7
Estado civil									
Soltera	1.150	1	214	406	314	146	57	11	1
Casada	433	0	3	39	68	117	130	51	5
Viuda	7	0	0	0	0	1	4	2	0
Divorciada	43	0	0	1	10	10	15	7	0
Separada	131	0	2	8	25	46	36	13	1
No consta	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Es importante destacar que un 55,4% de las mujeres asturianas que practicaron un aborto voluntario no habían acudido en los dos últimos años, al menos, a un Centro de Planificación Familiar (C.P.F.), y de ese 55,4%, el 71% correspondía a la franja de edad de 15 a 30 años.

Utilización C.P.F.									
Si. Público	462	0	32	107	103	104	84	28	4
Si. Privado	312	0	19	60	82	72	53	25	1
Si. Otros	12	0	1	4	2	2	3	0	0
No	978	1	167	283	250	142	102	31	2
No consta	1	0	0	0	0	0	0	0	0

El 97% de las 1.764 totales, es decir, 1.713 intervenciones se efectuaron en centros de carácter privado, sólo el 1,4% de los abortos voluntarios que se practicó en Asturias fue realizado en un hospital o centro público, a pesar de que todos los hospitales públicos están reconocidos desde 1987 para la práctica del aborto.

Asturias 2006	Edad (años)								
	Total	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	>44
<b>Total I.V.E.</b>	<b>1.764</b>	1	219	454	437	320	242	84	7
Tipo de Centro									
<b>Hospitalario</b>	<b>51</b>	0	5	11	13	6	13	3	0
Público	26	0	2	5	3	4	9	3	0
Privado	25	0	3	6	10	2	4	0	0
<b>Extrahospitalario</b>	<b>1.713</b>	1	214	443	424	314	229	81	7
Público	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Privado	1.713	1	214	443	424	314	229	81	7

En cuanto a las jóvenes asturianas menores de 20 años, fueron 220 los casos registrados, el 12,47% del total, correspondiendo el 37% de los casos a jóvenes de 19 años de edad.

UTILIZACIÓN DE LA AE Y DE LA IVE EN JÓVENES DE 15-24 AÑOS. 2004					
Asturias 2006	Mujeres 15-24 años	IVE mujeres de 15-24 años	AE estimada en mujeres de 15-24 años	Tasa por mil IVE*	Tasa por mil AE**
<b>Total nacional</b>	2.601.461	33.386	305.361	12,83	117,38
<b>Asturias</b>	56.986	744	7643	13,06	134,12
*IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo **AE: Utilización de Anticoncepción de Emergencia					

Fuente: Censo del INE, 2001, Ministerio de Sanidad y Consumo (Informe de IVE)  
e International Marketing Studies ( anticonceptivos de emergencia 2004)

## Prácticas preventivas

A continuación se detallan aspectos de la prevención de enfermedades a partir del propio sistema sanitario. Los datos se han obtenido de la ESA (Encuesta de Salud del Principado de Asturias, 2002).

### Control de la tensión arterial

Un 73% de la población adulta asturiana declara haberse tomado la tensión arterial hace menos de un año. Sólo un 2,5% afirma no haberlo hecho nunca y un 3,5% hace más de cinco años. Las mujeres son las que más utilizan esta práctica con respecto a los hombres. Las personas mayores son las que se toman la tensión con mayor frecuencia. Sólo un 1% de las personas mayores de 44 años han declarado no haber tomado nunca la tensión arterial.

### **Control de Glicemia y Colesterol**

El 82,7% de la población adulta de Asturias se ha analizado la glucemia y el colesterol en los últimos cinco años. Son las mujeres las que más han hecho estos análisis, práctica que va aumentando con la edad.

### **Vacunación antigripal**

En la campaña 2001, se vacunó el 25% de la población adulta de Asturias. No hay diferencia en cuanto al género, sin embargo, en cuanto a estudios se observa que se vacunan en mayor proporción las personas que tienen estudios más básicos que las personas con estudios.

### **Mamografías**

La mitad de las mujeres encuestadas de más de 15 años han declarado haberse hecho alguna vez una mamografía y son las comprendidas entre 45 y 64 años las que más mencionan haberse hecho alguna. También muestra la ESA 2002 mayor proporción entre las mujeres que tienen estudios primarios frente a una menor proporción de universitarias.

### **Citologías vaginales**

Dos tercios de las mujeres encuestadas refieren haberse hecho al menos una prueba, de éstas, tres cuartas partes refieren haberla hecho hace menos de tres años, y un 12% lo habían hecho hacía más de cinco años. Por edades, las mujeres que más se han hecho esta prueba son las de entre 30 y 64 años, sólo un 42% de mujeres mayores se ha realizado alguna citología.

## **Propuestas y prioridades**

### **Surgidas de la participación Técnica y Ciudadana**

#### **PERSONAL DE SERVICIOS SOCIALES, AGENCIA DE IGUALDAD, TÉCNICA DE SALUD Y EDUCADORA SOCIAL**

Ante la carencia de hábitos saludables (alimentación, actividad física, consumo, alcohol, tabaquismo, drogas) insistir en:

Fomento de la prevención de drogodependencias.

Programas de alimentación y nutrición sana.

Actuación en hábitos saludables en colaboración con el centro escolar

Realizar un estudio adaptado a la población del concejo sobre la situación de salud.

### REPRESENTACIÓN POLÍTICA: PSOE, PP, IU

- Incentivar el deporte como fomento de hábito saludable.
- Iniciativas de prevención del tabaquismo, alcoholismo y drogadicciones.

### COLEGIO PÚBLICO

- Mayor implicación del profesorado en temas de educación de la salud.
- Aprovechar el bajo número de alumnado para dar una educación de calidad.

### ASOCIACIONES

- Prevención drogodependencias.
- Difundir las propiedades saludables y gastronómicas de los nabos:

*Nutricionalmente se caracteriza por presentar cantidades apreciables de vitaminas y minerales (micronutrientes), entre los que destaca la vitamina C (con 100 gramos de nabo se cubren más de la mitad de la ingesta diaria recomendada de esta vitamina). También presenta vitaminas A y B; entre los minerales destacan el calcio, fósforo, potasio, magnesio, azufre, yodo y arsénico. Tiene un bajo valor calórico, sólo presenta entre un 5-7 % de hidratos de carbono, y pocas proteínas y grasas, con lo cual se puede incluir perfectamente en cualquier dieta de adelgazamiento. Es importante la cantidad de fibra que contiene, además de ser de tipo insoluble, con lo cual mejora el tránsito intestinal, evitando el estreñimiento y previniendo el cáncer de colon. A su vez facilita la eliminación de colesterol, por lo que favorece la prevención de enfermedades cardiovasculares. El consumo de este tipo de vegetales del género brassica se ha asociado con un menor riesgo de sufrir cáncer de pulmón, próstata, mama, útero, endometrio y tumores relacionados con el tracto gastrointestinal (estómago, hígado y colon).*

### CIUDADANÍA NO ASOCIADA

- Prevención de tabaquismo, alcoholemia y drogas en la comunidad
- Prevención drogas en el colegio y promoción de hábitos saludables.



## Objetivos y líneas de actuación

### Tabaquismo

#### Objetivo:

Prevenir el inicio del consumo de tabaco.

#### Objetivo:

Ayudar a las personas fumadoras a abandonar el consumo de tabaco.

#### Objetivo:

Potenciar los espacios sin humo.

### Líneas de actuación

*El marco de referencia para las actuaciones encaminadas a la prevención y control de tabaquismo la constituyen los planes de Acción para una Europa libre de tabaco aprobados por el Comité Regional para Europa de la OMS.*

#### **Estrategias para una Europa Libre de tabaco:**

1. Reconocer y mantener el derecho de las personas a elegir una vida sin tabaco.
2. Establecer, mediante legislación, el derecho a un ambiente sin tabaco.
3. Prohibir la publicidad y la promoción del tabaco, así como el mecenazgo por la industria tabacalera.
4. Informar a todas las personas de los peligros del tabaco y la magnitud de la epidemia.
5. Asegurar la existencia de ayuda para todas las personas fumadoras que quieran dejar de fumar.
6. Imponer un impuesto especial al tabaco de al menos un 1% para financiar programas específicos de control y actividades de promoción de salud.
7. Instaurar de forma progresiva desincentivos fiscales.
8. Prohibir nuevos métodos de distribución y bloquear futuras estrategias de marketing de las compañías tabaqueras.
9. Monitorizar los efectos de la pandemia y evaluar la efectividad de las contramedidas.

10. Establecer alianzas entre todos los sectores de la comunidad que quieran promover la buena salud.

## Alcohol y drogas

### Objetivo:

Disminuir la incidencia y prevalencia del consumo de drogas y alcohol y reducir los daños asociados al consumo.

### Líneas de actuación

*Promover la formación de los y las profesionales de la salud.*

*Promocionar la Educación para la Salud sobre valores, actitudes, riesgos y estilos de vida saludables para evitar las drogodependencias: mejora de conocimientos, actitudes y habilidades para decidirse a vivir sin el hábito del consumo de alcohol y otras drogas.*

*Implantar programas de prevención en diferentes escenarios, principalmente en el medio escolar*

*Favorecer la participación de madres y padres en el sistema preventivo de las drogodependencias, a través de su formación en la escuela de padres y madres.*

*Realizar actividades de educación para la salud dirigidas a la comunidad en las consultas sanitarias y el entorno escolar.*

*Formar al profesorado en drogodependencias.*

*Realizar diagnósticos precoces de los factores de riesgo y desarrollo de los factores de protección, especialmente en el ámbito de la atención primaria y el entorno escolar.*

*Elaborar un programa específico dirigido a intervenir sobre la baja percepción de riesgo en el consumo de drogas.*

*Potenciación de la participación de las personas con hábitos saludables en la vida social, como modelos de vida saludable para la infancia y la juventud.*

### Objetivo:

Proporcionar a las personas con problemas de drogodependencia una atención integral, integrada, normalizada y accesible.

### Líneas de actuación

*Informar a las personas drogodependientes de todos los recursos a disposición.*

*Formación especializada a toda persona que trabaje en atención de drogodependencias.*

### Alimentación

#### Objetivo:

Potenciar que la población en general disponga de información, recursos y habilidades para alimentarse de forma sana y equilibrada.

### Líneas de actuación

*Facilitar información clave y realista a los grupos socioeconómicos más desfavorecidos para que puedan acceder a dietas lo más saludables y baratas posibles.*

*Promover una alimentación saludable adaptada a todos los grupos de edad, sexo y estados de salud a través de jornadas o talleres.*

*Ampliar la intervención educativa desde los equipos de atención primaria dirigidos a personas con patologías prevalentes relacionadas con la dieta y las personas mayores frágiles o de alto riesgo.*

*Fomentar hábitos alimentarios saludables en la infancia, incidiendo en la importancia del desayuno y estimulando el ejercicio físico.*

*Elaborar un Plan de Actuación en el comedor escolar del Colegio Público.*

*Formar en Educación para la Salud a las familias en alimentación y actividad/ejercicio físico en el centro docente a través de la AMPA*

*Educación nutricional a embarazadas y mujeres en periodo de lactancia.*

#### Objetivo:

Prevención de diversas patologías (obesidad, enfermedades oncológicas, osteoporosis y malnutrición) con una adecuada alimentación.

### Líneas de actuación

*Facilitar ayuda alimentaria a los grupos socioeconómicos más desfavorecidos.*

*Involucrar a la Atención Primaria en el seguimiento físico de los trastornos de conducta alimentaria.*

*Incidir en el establecimiento de programas de yodoprofilaxis mediante canales adecuados de información a la población general y a profesionales de la salud para conseguir la erradicación de las deficiencias de yodo.*

*Implantar el servicio de comida a domicilio (Programa Rompiendo Distancias).*

*Establecer una coordinación fluida, a través de los equipos directivos, entre el profesorado y profesionales de la salud para el apoyo en educación para la salud y el seguimiento de la dieta de los niños y niñas.*

### **Objetivo:**

Mejorar los hábitos de higiene dental.

#### **Líneas de actuación**

*Promocionar, desde la educación infantil, la necesidad de realizar una adecuada higiene dental a través de actividades prácticas.*

*Concienciar a madres y padres sobre la necesidad de una adecuada higiene dental*

#### **Ejercicio - actividad física**

### **Objetivo:**

Fomentar la prescripción y promoción eficaz de la actividad física, según grupos de edad, sexo y estado de salud.

#### **Líneas de actuación**

*Formar al personal sanitario y técnico municipal en habilidades para aumentar la efectividad de la prescripción y promoción de la actividad física.*

*Recomendación sistemática de paseo diario.*

### **Objetivo:**

Fomentar la práctica de actividad física en la población, en especial de la infancia, mujeres y personas mayores, con la finalidad de disminuir la prevalencia de la población sedentaria.

#### **Líneas de actuación**

*Realizar un programa de promoción de la salud y prevención de patologías en población de riesgo.*

*Difusión de buenos hábitos para la práctica del ejercicio físico.*

*Diseño, edición y máxima difusión de carteles y dípticos promotores de los beneficios de la actividad física.*

## Hábitos sexuales

### Objetivo:

Promover la salud sexual y reproductiva.

### Líneas de actuación

*Fomentar la educación sexual de la población en general y de jóvenes y adolescentes en particular, priorizando la adquisición de prácticas sexuales más seguras.*

*Potenciar y desarrollar actividades estructuradas y coordinadas de promoción de la salud sexual en el ámbito educativo.*

*Mejorar las actuaciones de educación afectivo-sexual para disminuir la tasa de embarazos no deseados en adolescentes.*

*Clarificar la información respecto al embarazo, a enfermedades de transmisión sexual (ETS) y al VIH/SIDA, entre toda la población en general, y entre jóvenes en particular.*

*Lograr que la población en general, y la juventud en particular, sean capaces de identificar los riesgos de ciertas conductas concretas. en relación al embarazo no deseado, a las ETS y al VIH/SIDA.*

*Potenciar la accesibilidad a los instrumentos de promoción y prevención (guías informativas, útiles concretos: condones, otros métodos contraceptivos, etc.).*

*Potenciar la accesibilidad a los centros, dispositivos y programas socio-sanitarios y educativos, especialmente los de carácter preventivo y educativo.*

*Fomentar un papel activo por parte de asociaciones y entidades ciudadanas en actividades dirigidas a desdramatizar y desproblematizar actitudes en relación a la sexualidad y al placer.*

## Estilos de vida saludables en infancia y juventud

### Objetivo:

Fomentar estilos de vida saludables.

### Líneas de actuación

*Impulsar políticas saludables que fortalezcan actividades de promoción y prevención de estilos de vida saludables, con la participación activa de la juventud y la infancia, desde la planificación, ejecución y evaluación de los programas.*

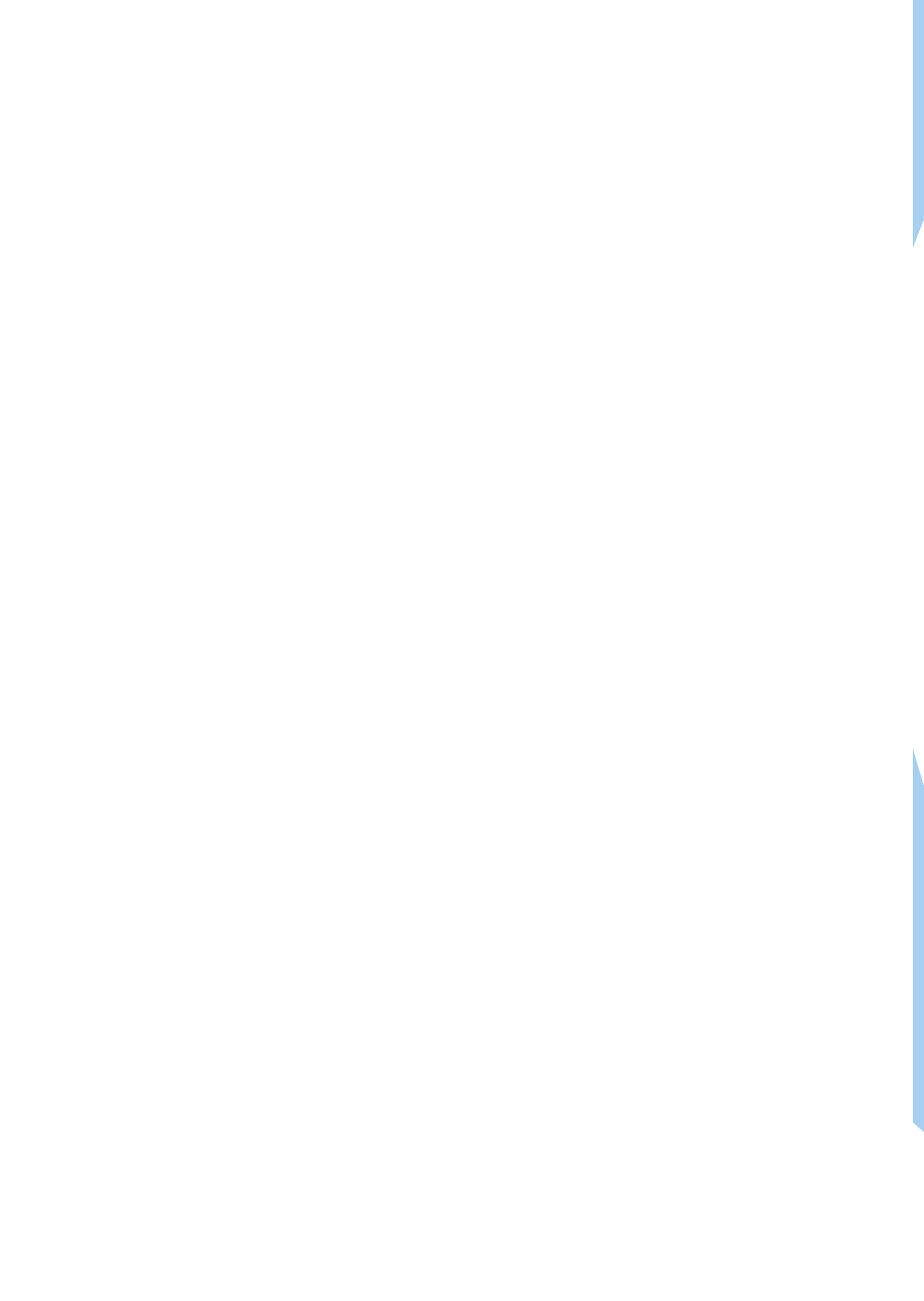
*Fortalecer líneas de trabajo específicas orientadas a promover el crecimiento físico sano; el autocuidado expresado en hábitos de higiene; el desarrollo de la autoimagen y la identidad personal; el fomento de la autoestima, asertividad y capacidad para la toma de decisiones, con el objetivo de saber enfrentarse a situaciones de riesgo.*

*Desarrollar acciones de capacitación y formación integral para los distintos agentes transmisores y modeladores de estilos de vida saludables (profesorado, ámbito sanitario, asociaciones y agrupaciones juveniles).*

*Capacitar a madres y padres para que tengan recursos educativos para desarrollar en sus hijos/as actitudes, valores y habilidades personales y sociales sanas, como estrategia de prevención inespecífica de problemas sociales y de salud (violencia, delincuencia, droga)*

## Indicadores para la evaluación

- Número de programas (formación, sensibilización) creados
- Número de participantes: edad y sexo
- Número de padres y madres participantes en programas de educación para la salud
- Número de interrupciones voluntarias de embarazos en el concejo
- Recursos creados



The page features a white background with several large, abstract, light blue shapes. These shapes are curved and organic, resembling stylized waves or flowing forms. They are positioned around the central text, with some extending towards the top and bottom edges of the page.

# III Evaluación del Plan Municipal de Salud



## EVALUACIÓN DEL PLAN MUNICIPAL DE SALUD

### Métodos de Evaluación

Se realizará una evaluación que incluya, como mínimo, los siguientes aspectos:

- Recursos humanos, materiales físicos y financieros utilizados en la realización del Plan Municipal de Salud. En este apartado se valoran también los obstáculos y los apoyos legales, financieros, administrativos y políticos.
- Programas y actividades llevadas a cabo dentro del marco de este Plan, identificando los objetivos, la participación del grupo destinatario de la actividad, la cooperación con otras entidades públicas o privadas y el personal encargado de la actividad o del programa.
- Resultados conseguidos.

### Indicadores para la Evaluación del Plan Municipal de Salud

Teniendo este Plan carácter municipal, su evaluación debe basarse, para ser lo más concreto posible y poder medir de alguna manera los efectos específicos, en los indicadores establecidos durante la fase de la elaboración del diagnóstico.

Sin embargo, es evidente que el estado de salud y su evolución dependen de un gran número de factores y que la influencia que se puede ejercer sobre ellos desde el municipio es limitada. Por lo tanto, no se podrá construir una relación directa de tipo causa-efecto entre la puesta en marcha del Plan Municipal de Salud y posibles variaciones en los indicadores de la salud que se exponen a continuación, pero la evolución en estos indicadores puede servir de orientación para la actualización y redefinición de los objetivos, líneas de actuación y programas en un siguiente Plan Municipal de Salud.

Un indicador mide las diferencias entre objetivos marcados en el Plan y los resultados obtenidos a partir de intervenciones realizadas.

Los indicadores que se han tomado de referencia son los propuestos por Ciudades Saludables de la OMS:

**INDICADORES DE SALUD DE CIUDADES SALUDABLES DE LA OMS****Indicadores de salud**

- Mortalidad: todas las causas
- Causa de la muerte
- Morbilidad
- Bajo peso al nacer

**Indicadores de los servicios sanitarios**

- Existencia de un programa de educación sanitaria ciudadana
- Porcentaje de niños/as totalmente vacunados/as
- Número de habitantes por cada médico/a de asistencia primaria en ejercicio
- Número de habitantes por enfermero/a
- Porcentaje de habitantes cubiertos por un seguro de enfermedad
- Disponibilidad de servicios de asistencia sanitaria primaria en lenguas extranjeras
- Número de cuestiones relacionadas con la salud examinadas por el municipio cada año

**Indicadores medioambientales**

- Contaminación atmosférica
- Calidad del agua
- Porcentaje de contaminantes del agua extraídos del total de las aguas residuales producidas
- Índice de calidad de la recogida de residuos domésticos
- Índice de calidad del tratamiento de los residuos domésticos
- Área relativa de la superficie de zonas verdes en la ciudad
- Acceso público a las zonas verdes
- Solares industriales abandonados
- Deporte y ocio
- Calles peatonales
- Posibilidades de desplazarse en bicicleta por la ciudad
- Transporte público
- Cobertura de la red de transporte público
- Espacio habitable

**Indicadores socioeconómicos**

- Porcentaje de población que vive en alojamientos deficientes
- Número estimado de personas sin hogar
- Índice de desempleo
- Porcentaje de personas que ganan menos de los ingresos medios per cápita
- Porcentaje de guarderías para niños y niñas en edad preescolar
- Porcentaje de todos los nacidos/as vivos/as de madres < 20; 20-34; 35+
- Índice de abortos en relación al número total de nacidos/as vivos/as
- Porcentaje de personas discapacitadas empleadas

En cada una de las áreas temáticas estudiadas se han ido reflejando los indicadores que se utilizarán para la evaluación del Plan de Salud según los objetivos que se persigue conseguir.

Sería conveniente comparar los valores de los distintos indicadores obtenidos en el momento de la evaluación del Plan con los valores iniciales, en su gran mayoría incluidos en el Diagnóstico, y relacionar la evolución en el concejo con el desarrollo en la Comarca y el conjunto de la Comunidad Autónoma. Para facilitar esta comparación, la configuración de los indicadores y su agrupación retoma la estructura del Diagnóstico del Estado de Salud incluido en el presente Plan.

The page features a white background with several large, abstract, light blue shapes that resemble stylized waves or organic forms. These shapes are positioned around the central text, with one large shape at the top right and another at the bottom left, both curving towards the center. The text is centered in a blue serif font.

IV  
Fuentes y  
Bibliografía

## FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Española del Medicamento.
- Anuario Social de España 2004. Fundación La Caixa.
- Ayuntamiento de Morcín.
- Centro de Educación Adultos del Caudal.
- Centro Nacional de Epidemiología.
- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios (2003). Encuesta de salud para Asturias.
- Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo.
- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios (2004). Plan Salud para Asturias, 2004-2007. La salud como horizonte.
- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios (2005). Informe epidemiológico del Principado de Asturias 2004.
- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios (2006). Informe epidemiológico del Principado de Asturias 2005.
- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. Exceso de mortalidad en Asturias 2005.
- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. Mortalidad en las cuencas mineras de Asturias 1987-2003.
- Consejería de Infraestructuras, Política Territorial y Vivienda.
- Colegio oficial de psicólogos de Asturias. Percepción del riesgo del consumo de drogas en escolares de enseñanza secundaria del Principado de Asturias.
- COGERSA.
- Dirección General de Tráfico.
- Empresa Autobuses Álvarez González.
- Escuela Nacional de Sanidad.
- Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP)/ Red Española de Ciudades Saludables (RECS) (2005). Guía metodológica de elaboración de planes municipales de salud.
- FEVE.
- Fundación Comarcas Mineras. FUCOMI.
- Fundación CTIC. Memoria Telecentro de Morcín 2006.

- Gobierno del Principado de Asturias. Instituto Asturiano de la Mujer.
- Hospital Universitario Central de Asturias. Memoria 2004.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud de 1999.
- Instituto de Migraciones y Asuntos Sociales. Plan de Acción para las Personas con Discapacidad (1997-2002). Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1997.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Condiciones de Vida de 2005.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Salud y Hábitos sexuales 2003.
- Gerencia Atención Primaria Área Sanitaria IV.
- Ministerio de Medio Ambiente.
- Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Observatorio sobre Drogas para Asturias. Informe 2006.
- Pr Hogar Jadón y Alonso S.L. Estudio de necesidades de los perceptores del Salario Social Básico en Morcín.
- Secretaría General de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores de Salud. Tercera evaluación en España del programa regional europeo Salud Para Todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995.
- SESPA.
- 112 Asturias.
- SADEI
- SIAPA (Sistema de Información Ambiental del Principado de Asturias)
- Universidad de Oviedo .”Previsión Demográfica Morcín”
- [www.educastur.prncast.es](http://www.educastur.prncast.es).
- [www.wikipedia.es](http://www.wikipedia.es).
- Secretaría General de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores de Salud. Tercera evaluación en España del programa regional europeo Salud Para Todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995.

Coordinación Técnica: **Ana María Navarrete Martín**  
**RED ASTURIANA DE CONCEJOS SALUDABLES**