

I PLAN MUNICIPAL DE SALUD 2022-2026



**PA
LEN
CIA**

AYUNTAMIENTO
Concejalía de Servicios Sociales

ÍNDICE

I.- INTRODUCCIÓN.

II.- CONTENIDO Y OBJETIVOS.

III.- PRINCIPIOS RECTORES.

IV.- DIAGNÓSTICO DE SALUD.

1.-DEMOGRÁFICOS

2.- NACIMIENTOS EN PALENCIA.

2.1-EL SALDO MIGRATORIO.

3.- MORTALIDAD

3.1. CASTILLA Y LEÓN

4.- PROYECCIONES DE POBLACIÓN A CORTO PLAZO 2020-2035

5.- MEDIO AMBIENTE EN PALENCIA

5.1.- CALIDAD DEL AIRE

A.- PARTÍCULAS EN SUSPENSIÓN.

B.- OZONO (O3).

C.- DIÓXIDO DE NITRÓGENO (NO2).

D.- DIÓXIDO DE AZUFRE (SO2).

5.2.- CALIDAD DEL AGUA

5.3.- RUIDO

5.4.-NIVELES DE POLEN Y ALERGIA EN PALENCIA.

5.5.-RESIDUOS

6.- CONCLUSIONES

V.- ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN PALENTINA.

1.- MORTALIDAD.

1.1.- DEFUNCIONES SEGÚN LA CAUSA DE MUERTE.

A.- ESPAÑA.

B.- CASTILLA Y LEÓN.

C.- PALENCIA.

1.2.-EDAD.

1.3- EFECTOS DE LA PANDEMIA DEL COVID- 19 SOBRE LA SALUD MENTAL.

1.4.-CAUSAS EXTERNAS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD.

2.- LA POBLACIÓN CON PROBLEMAS ESPECIALES: DISCAPACIDAD y DEPENDENCIA.

A.- DISCAPACIDAD

B.- DEPENDIENTES

3.- ESPERANZA DE VIDA.

4.- SALUD AUTOPERCIBIDA.

5.- CALIDAD DE VIDA

VI.- ESTRATEGIAS DE ACCIÓN

A.- ESCUELA MUNICIPAL DE SALUD.

B.- EJE I. ACTIVIDADES SEGÚN POBLACIÓN DIANA

1.- ACTUACIONES CON LA POBLACIÓN INFANTIL. PALENCIA CIUDAD AMIGA DE LA INFANCIA

2.- POBLACIÓN JUVENIL.

4.- PERSONAS MAYORES.

C.- EJE II.- ACTUACIONES SOBRE ENFERMEDADES CON MAYOR MORTALIDAD EN PALENCIA.

1.- PALENCIA CIUDAD CARDIOSALUDABLE.

2.- PREVENCIÓN DEL CÁNCER.

D.- EJE III.- INTERVENCIONES DIRIGIDAS A LA POBLACIÓN GENERAL DESDE EL AYUNTAMIENTO DE PALENCIA.

1.- PATRONATO MUNICIPAL DE DEPORTES DEL AYUNTAMIENTO DE PALENCIA.

2.- PROGRAMAS FORMATIVOS EN LOS CENTROS SOCIALES Y AULAS DE MAYORES

3.- INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

4.- DEPORTE INCLUSIVO.

5.- PROGRAMAS EMERGENTES.

5.1.- ASISTENCIA A PERSONAS CON PROBLEMAS PSICOLÓGICOS DERIVADOS DE PANDEMIA COVID- 19

5.2.- PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

E.- EJE IV. OTROS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN ORGANIZADOS Y DESARROLLADOS POR LOS CEAS.

1.- PROGRAMA DE APOYO A FAMILIAS (PAF).

2.- EQUIPO PARA LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL DEL AYUNTAMIENTO DE PALENCIA (EPAP)

3.- SAD.

4.- TELEASISTENCIA

5.- OTROS SERVICIOS

VII.-EVALUACIÓN DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

VIII.- EPÍLOGO

I.- INTRODUCCIÓN.

El objeto del presente Plan de Salud de Palencia 2022-2026 es el establecimiento y desarrollo de las acciones necesarias para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y una mejora de la calidad de vida de las personas residentes en Palencia. Se trata, no sólo de intervenir en las problemáticas ya instauradas, sino de prevenirlas mediante diferentes estrategias y actividades, teniendo en cuenta los diferentes sectores poblacionales y sus problemáticas concretas.

Para la elaboración y ejecución del Plan se parte del conocimiento actual, tanto de los recursos disponibles como de la situación de la población, en lo referente a sus condiciones, medios, hábitos de vida y estado de salud en general, para continuar con un conjunto de actuaciones que impliquen a la ciudadanía en el cuidado de su propia salud estableciendo actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y educación para la salud, teniendo en cuenta los factores implicados tanto sanitarios, como físicos, ambientales, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y económicos, en definitiva todos los que contribuyen a que un municipio sea saludable.

El Plan Municipal de Salud es la herramienta fundamental para formular políticas municipales que confluyan en la protección y promoción de la salud de la población, creando entornos físicos y sociales saludables e integrando la salud en los objetivos de todas las áreas municipales.

Una última observación importante a tener en cuenta a la hora de desarrollar y ejecutar el Plan local de Salud, es la consideración del mismo como documento vivo, que irá adaptándose a la situación que se esté viviendo en cada momento. Para finalizar, añadir que se espera que este Plan de Salud, sirva como un documento estratégico que aglutine todas las políticas y acciones que en materia de Salud se lleven a cabo en el municipio de Palencia.

II.- CONTENIDO Y OBJETIVOS.

El I Plan Municipal de Salud se articula en torno a dos actuaciones fundamentales como son el Diagnóstico de salud y unas Estrategias de acción. Un análisis del diagnóstico de salud de la ciudad de Palencia nos ha conducido a plantear una serie de Estrategias de acción divididas en cuatro ejes y la creación de la Escuela Municipal de Salud.

La Escuela Municipal de Salud es una entidad que aglutina todas las actuaciones desde el Ayuntamiento que se realicen vinculadas a la Salud. Dichas actuaciones se realizarán en distintos lugares de la ciudad, con diferentes objetivos y dirigidas a distintos segmentos de población. Por tanto todas las actuaciones que se realicen desde diferentes áreas municipales relacionadas con el tema de salud se integrarán en la Escuela Municipal de Salud, de manera exclusivamente organizativa y de exposición. Se trataría de tener en un mismo lugar como puede ser la página web municipal todas las actuaciones referentes a la promoción de la salud aunque la organización y ejecución de las actuaciones las realicen, obviamente el departamento correspondiente. Se trata de dar una visión de conjunto de todas las actuaciones referentes al tema de salud y que se pueda ofrecer una información rápida, clara y visible.

Los cuatro Ejes sobre los que se articulan las actuaciones nos permiten organizar las actuaciones dependiendo de la población a la que van dirigidas, las enfermedades prioritarias para su prevención de acuerdo al Diagnóstico previo (Eje I y Eje II respectivamente), Los Ejes III contiene las estrategias dirigidas tanto a la población en general como y en el Eje IV se han incluido los programas organizados y ejecutados por los (CEAS) Centro sociales y de mayores. Se incluyen encada uno de los ejes actuaciones que se realizan en este momento como aquellas que se planea realizar en el período de vigencia del presente Plan.

Para lograr la meta general de mejorar la salud de la población de Palencia aumentando tanto los años de vida como la calidad de estos años vividos, se han establecidos 10 Objetivos Generales desarrollados por sus correspondientes objetivos específicos que se definen a continuación:

Objetivo General I: Avanzar en una Gobernanza municipal por la salud:

Objetivos Específicos:

1. Implementar la estrategia de Salud en todas las Políticas en el ámbito municipal.

2. Promover, mantener y reforzar una actuación integrada y coordinada por parte del Ayuntamiento de Palencia con otras administraciones públicas y privadas

3. Adhesión de la ciudad de Palencia a redes y proyectos en el marco de la promoción de la salud a nivel urbano (Red Española de Ciudades Saludables, WHO European Healthy Cities Network entre otros) y a la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud.

Objetivo general II: Favorecer la equidad entre los diferentes grupos de la población

Objetivos específicos.

1. Favorecer la integración social de la población más vulnerable y en riesgo de exclusión social.

2. Contribuir a la integración social de las personas con discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales.

3. Contribuir a la asistencia de personas en situación de Dependencia.

4. Promover la igualdad de género.

5. Promover la salud y bienestar de las personas adictas, su entorno familiar y profesionales/voluntariado que desarrollan su actividad con estas personas a través de acciones de asesoramiento y formación, así como mediante el apoyo a las entidades, asociaciones y grupos de ayuda mutua que intervienen en el proceso de inclusión social de las personas adictas y su entorno familiar, como se recoge en el VII Plan Local de Drogodependencias.

Objetivo general III: Contribuir a la reducción de las enfermedades no transmisibles mediante la promoción de estilos de vida saludables.

Objetivos específicos:

1. Favorecer pautas alimentarias saludables en toda la población.

2. Promover la actividad física de la población a través de la utilización de los recursos existentes, y coordinar la participación e integración de la población con discapacidad en las actividades deportivas.

3. Contribuir a disminuir la incidencia y gravedad de las enfermedades crónicas en la población de Palencia

4. Promover actividades multidisciplinarias, entre los servicios sociales y sanitarios, que permitan el desarrollo de un envejecimiento satisfactorio.

5. Evitar riesgos para la salud en el uso de las instalaciones deportivas.

Objetivo general IV: contribuir a la reducción de las enfermedades transmisibles.

Objetivos específicos:

1. Promover una sexualidad saludable en la población, a través de la educación sexual.

2. Contribuir a la prevención de brotes epidémicos de enfermedades infecciosas prevenibles en la población más susceptible.

3. Concienciar a la población sobre la importancia de la información y formación en la prevención de las enfermedades infecciosas y la vacunación.

Objetivo general V: Promoción de la salud y las habilidades para la dirigida a la Infancia, juventud y personas mayores.

Objetivos específicos Infancia:

1. Promover conductas favorables para la salud en el ámbito escolar, socioeducativo y de ocio.

2. Fomentar roles de género igualitarios que favorezcan la salud presente y futura de los niños y las niñas.

3. Promover valores y habilidades relacionales y sociales saludables, igualitarias, inclusivas y respetuosas entre la población infantil.

4. Detectar, prevenir y actuar sobre aquellos menores y sus familias que se encuentren en situación de vulnerabilidad socioeconómica, en riesgo de exclusión social o en riesgo para la salud.

5. Reforzar el papel de los centros educativos como espacios para la promoción de la salud y la salud comunitaria.

6. Fomentar una crianza saludable y corresponsable entre padres y madres.

7. Promover la participación dirigida al cumplimiento de estos objetivos.

Objetivos específicos Juventud:

1. Desarrollar una estrategia de Promoción de Salud en la población joven que incorpore actuaciones específicas para este colectivo en los ámbitos comunitario y de ocio.
2. Fomentar roles de género igualitarios favorables para la salud presente y futura de-la juventud.
3. Reducir la precariedad laboral, fomentar la formación y aportar herramientas que faciliten la creación de un proyecto vital y la adopción de conductas favorables por parte de las personas jóvenes para la salud.
4. Promover el acceso de la población joven a la oferta cultural y deportiva, así como su participación activa en ella y en la vida de la ciudad.
5. Promover la participación dirigida al cumplimiento de estos objetivos.

Objetivos específicos Personas Mayores:

1. Potenciar la participación y la socialización de las personas mayores en la vida de la ciudad, fomentando una visión positiva del envejecimiento y prevenir la soledad no deseada.
2. Fomentar conductas saludables en la población mayor.
3. Promover habilidades para un envejecimiento activo saludable y el mantenimiento del bienestar.
4. Promover la autonomía de las personas mayores, potenciando medidas para la permanencia en su entorno y domicilio y garantizando las condiciones óptimas de los mismos.
5. Detectar, prevenir e intervenir sobre los casos de personas mayores en riesgo de exclusión social o que sufren aislamiento o soledad en Palencia.

Objetivo general VI: promover la disminución de lesiones y consecuencias derivadas de los accidentes.

Objetivos específicos.

1. Contribuir a la disminución de los accidentes de tráfico a través de la Educación Vial.

2. Contribuir a la aplicación de un programa de Seguridad Vial.
3. Favorecer la reducción de accidentes infantiles en el ámbito doméstico, urbano y escolar.
4. Promover la disminución de los accidentes en los jóvenes.
5. Contribuir a la reducción de accidentes en las personas mayores.

Objetivo general VII: favorecer el desarrollo de la función educadora de la ciudad.

Objetivos específicos.

1. Organización, planificación y desarrollo de la Escuela Municipal de Salud.
2. Procurar que los padres reciban una formación que les permita ayudar a sus hijos a crecer y a hacer uso de la ciudad.
3. Plantear una política educadora amplia y de alcance global, con el fin de incluir en ella todas las modalidades de educación formal y no formal.
4. Promover la calidad en la enseñanza.

Objetivo general VIII: promover la participación comunitaria.

Objetivos específicos.

1. Potenciar la colaboración con los Grupos de Ayuda Mutua.
2. Potenciar la participación ciudadana mediante la creación de distintos dispositivos como la Mesa de Salud.
3. Concienciar a la población de la importancia de su participación en el logro de un entorno saludable y en la defensa y mejora de su salud.

Objetivo general IX: desarrollar actividades de protección de la salud relacionadas con el control del medio ambiente y residuos.

Objetivos específicos.

1. Garantizar el adecuado tratamiento de los residuos sólidos y líquidos.

2. Realizar el control estricto de residuos industriales, mediante el inventario de empresas productoras y gestoras en el término municipal, y el conocimiento de sus declaraciones de residuos
3. Promover el control de plagas y vectores.
4. Asegurar la calidad de las aguas de abastecimiento y de recreo y racionalizar su uso. Realizar el control de aguas residuales
5. Conocer y difundir los niveles de los contaminantes ambientales (físicos, químicos y biológicos).
6. Informar a todos los sectores sociales sobre la problemática, los objetivos y los logros relacionados con el medio ambiente en nuestro municipio.

Objetivo general X: promover la mejora y desarrollo sostenible del medio ambiente.

Objetivos específicos.

1. Cumplir y hacer cumplir, de acuerdo con el arco de atribución de competencias establecido por Ley, la normativa medioambiental, para lograr la máxima protección ambiental.
2. Respetar las condiciones ambientales a la hora de planificar, y en la toma de decisiones relacionadas con las actividades y servicios que se presten.
3. Recibir y gestionar las quejas trasladadas al Ayuntamiento por los vecinos y otros interesados respecto a las distintas cuestiones medioambientales, con el objetivo de adoptar las medidas precisas para su subsanación.
4. Establecer programas de sensibilización social anuales para difundir el valor y la necesidad de protección del medio ambiente en el municipio.

Objetivo general XI: fomentar la formación en salud.

Objetivos específicos.

1. Favorecer y estimular la formación en salud urbana y desarrollo sostenible.
2. Promover las realizaciones de congresos, jornadas y talleres incluidas en la programación de la Escuela Municipal de Salud.

III.- PRINCIPIOS RECTORES.

El Plan de Salud de Palencia se rige por los principios de equidad, calidad, eficiencia, acción intersectorial, gobernanza, complementariedad y participación. Con el fin de evitar confusiones terminológicas, a continuación, se hace una breve descripción de los mismos.

Equidad: Garantizar la oferta y acceso de las personas a los recursos del Plan tomando en cuenta las desigualdades geográficas, económicas, sociales, culturales y de género. Para ello el Plan de Igualdad debe incrementar los esfuerzos hacia quienes tengan mayores necesidades y adaptar las formas de intervenir para facilitar la oferta y acceso a quienes más lo necesiten en función de sus peculiaridades culturales, de género, situación económica, social. Por tanto, y de manera transversal, el Plan de Salud incorpora la perspectiva de género, de la diversidad y la interculturalidad y la consideración de las necesidades de las personas con discapacidad.

Calidad: El Plan Integral de Salud fomenta de forma activa que, tanto el trato dispensado a las personas, como la formación y la práctica de los y las profesionales, así como la tecnología disponible obedezcan a los estándares de calidad vigentes en los países de nuestro entorno socioeconómico.

Eficiencia: En el Plan de Salud se racionaliza la asignación y consumo de recursos necesarios para alcanzar las metas previstas.

Acción intersectorial: La mayor parte de las intervenciones sobre los factores determinantes de los problemas de salud, así como aquellas destinadas a garantizar la equidad, requieren de la actuación conjunta de otros sectores junto al sector salud. El Programa de Salud, promueve y genera alianzas entre otras instituciones y entidades.

Gobernanza y descentralización: Para hacer efectivo el éxito del Plan debe quedar clara cuál es la asignación de funciones y responsabilidades en la ejecución y evaluación del mismo. En muchas de las actuaciones de ejecución del Plan hay que contar con un conjunto de actores de otros sectores con los que se debe actuar de forma coordinada y complementaria, de forma que cada uno asuma sus cometidos y responsabilidades en el logro de los objetivos del Plan.

Complementariedad y sinergia: Se procura que las actuaciones del Plan de Salud puedan ser complementarias o sinérgicas con las de otros planes. Los problemas de salud más prevalentes afectan con frecuencia a las mismas personas, que comparten entornos, estilos de vida, factores de riesgo y sistema asistencial. Las actuaciones de los Planes de Igualdad deben tomar en consideración esta realidad para evitar el fraccionamiento la duplicación

ineficiente de las actuaciones y para aprovechar los logros de unas en beneficio de otras.

Participación: La ciudadanía es la razón de ser del sistema de salud y sus profesionales son su recurso más valioso. Es importante que el Plan de Salud contemple las condiciones y los mecanismos necesarios para que, tanto la sociedad, como los profesionales (ya sea a título individual o asociativo), puedan expresar sus puntos de vista y participar en el desarrollo del plan, desde la fase de diseño y durante la ejecución y evaluación. Especial interés tiene la participación ciudadana por lo que puede aportar de ganancia en salud, a través de las asociaciones de ayuda mutua relacionadas con el problema de salud de que se trate.

IV.- DIAGNÓSTICO DE SALUD.

El diagnóstico nos permite ordenar y priorizar las acciones que se llevarán a cabo en los próximos años en Palencia para influir en la mejora del bienestar y la salud de la población. El diagnóstico identificará los problemas y las necesidades y, al mismo tiempo, permitirá definir las líneas de intervención susceptibles de llevarse a cabo en el municipio.

1.-DEMOGRÁFICOS

Como podemos apreciar en el gráfico, viven en Palencia más mujeres que hombres, exactamente un 5.6 % más. Aunque nacen más hombres que mujeres, en términos generales de una proporción del 47,18 % para los hombres y un 52,18% para las mujeres a partir del período 35 -39 la diferencia entre mujeres y hombres se va invirtiendo. En términos generales la población femenina es aproximadamente un 5% mayor que la masculina.

Tabla 1. Distribución de la población por género

Pobl. a 01/01/2019	Población 01/01/2020			Var. Absoluta	Var. Relativa (%)
	Hombre	Mujer	Total		
78.412	36.875	41.269	78.144	-268	-0,34

FUENTE: Realización propia. D. G. de Presupuestos y Estadística de la Junta de Castilla y León con datos del INE, "Revisión del Padrón Municipal".
Nota: Cifras Oficiales de Población

A 1 de enero de 2020, los datos de población validados por el INE (RD 1683/2007, de 14 de diciembre) para el municipio de Palencia indicaban una cifra de 78.144 habitantes. La tendencia en los últimos años ha sido de lento decrecimiento tanto en la capital como en la provincia.

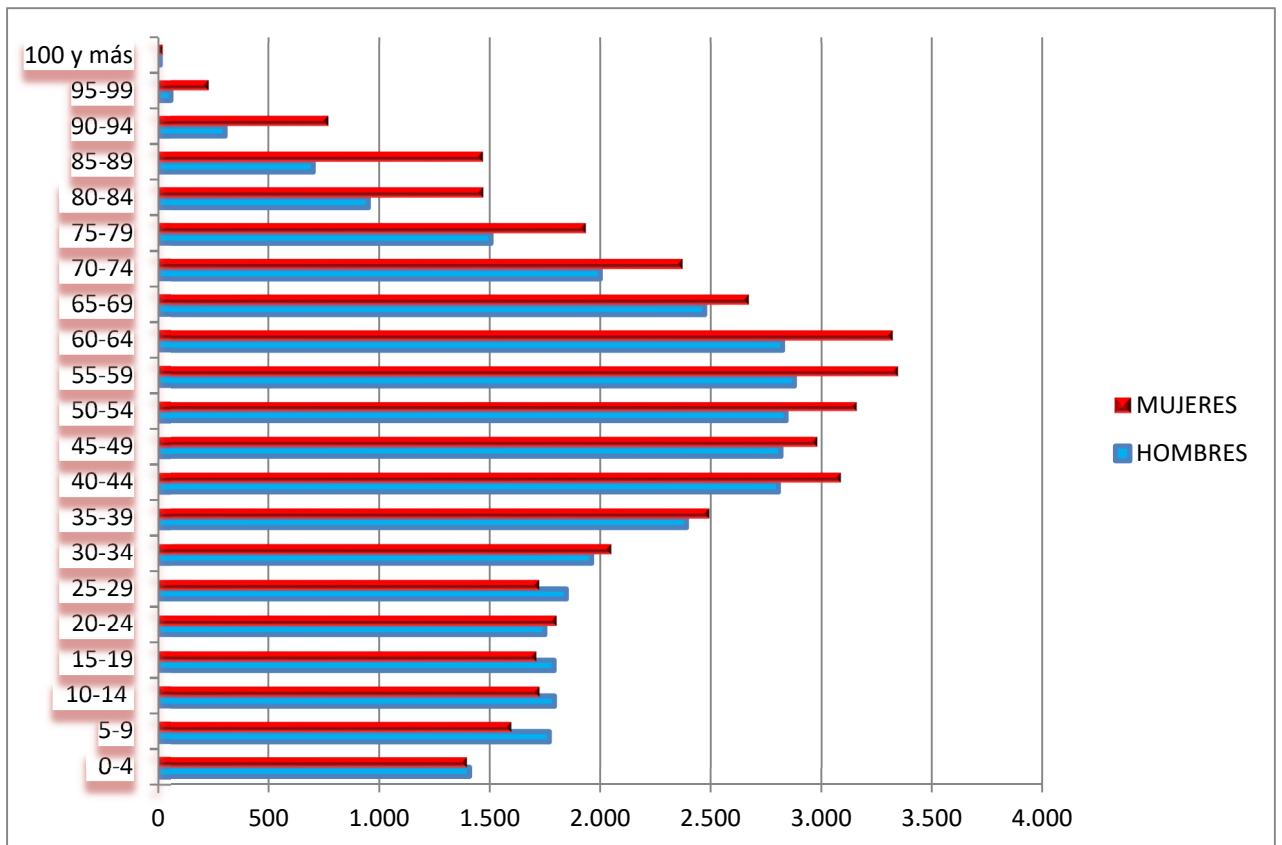
Tabla 2. Distribución de la población por edades.

EDAD	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Hombres 36.875 47.18%	1.409	1.769	1.793	1.792	1.750	1.846	1.960	2.390	2.805	2.816
Mujeres 41.269 52.81%	1.395	1.594	1.722	1.708	1.799	1.721	2.045	2.487	3.083	2.974
	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99
	2.840	2.878	2.824	2.472	2.000	1.506	951	702	304	59
	3.155	3.345	3.320	2.665	2.366	1.930	1.468	1.467	771	232
	TOTAL	78.144								

FUENTE: Realización propia. D. G. de Presupuestos y Estadística de la Junta de Castilla y León con datos del INE.

El grueso de la población tanto en la provincia de Palencia, en su capital y en las demás provincias de Castilla y León, así como en la Comunidad Autónoma en general, aparece entre los 40 y los 65/70 años. Sin embargo en el conjunto del Estado español también habría de incluir la franja entre 30 y 40 años. Si se representara esta tabla en forma de pirámides de población, su forma sería en realidad como “huchas” reflejando un problema común a nuestra Comunidad Autónoma, Castilla y León, y a toda España, aunque existen diferencias. En lugar de ensancharse por la base todas se estrechan, de modo que las generaciones de menos de 25 años disminuyen a cada escalón quinquenal. Son pirámides pirámide de Castilla y León tiene más forma de “barril” que la de España, es decir, la población de 25 a 65 años no es mucho más numerosa que la mayor de 65. En el caso de España, los escalones de 25 a 65 son notablemente más anchos que los de 65 en adelante.

Gráfica 1: Distribución de la población por género y por edad.



FUENTE: Realización propia. D. G. de Presupuestos y Estadística de la Junta de Castilla y León con datos del INE, "Revisión del Padrón Municipal".

Vemos que el número de personas que tienen entre 40 y 70 años es más numeroso. Este grupo corresponde al período de nacimientos durante la década de los 60 del siglo pasado, en la cual se potenciaba la natalidad y las familias numerosas. La franja que componen las personas entre 15 y 35 años es un grupo homogéneo aunque de menor proporción, lo cual afecta negativamente a las posibilidades de cambio de la población y de la sostenibilidad futura del sistema de bienestar social, al haber menos cotizaciones al sistema de la Seguridad Social. Además, también afecta a las posibilidades de recambio de la población, es decir; las posibilidades de rejuvenecer la población.

Un dato muy interesante es observar como la población palentina mayor de 50 años supone la mitad de la población y un tercio de la misma es mayor de 65 años. Como conclusión es una población muy envejecida con un número muy bajos de nacimientos.

Tabla 3: Distribución de la población mayor de 50 años.

	>50 AÑOS		>65 AÑOS	
Hombre	16.538	44,84%	10.818	29,33%
Mujer	20.719	50,20%	14.219	34,45%
TOTAL	37.257	47.67%	25.037	32,03%

FUENTE: Realización propia. D. G. de Presupuestos y Estadística de la Junta de Castilla y León con datos del INE, "Revisión del Padrón Municipal".

Nota: Cifras Oficiales de Población

Tabla 4: Comparando la capital de Palencia con la provincia y el contexto castellano leonés y español los datos son los siguientes:

	01/01/2014	01/01/2015	1/01/2016	1/01/2017	1/01/2018	01/01/2019	1/1/2020
Palencia	167.609	166.035	164.644	163.390	162.035	160.980	160.321
Castilla y León	2.494.790	2.472.052	2.447.519	2.425.801	2.409.164	2.399.548	2.394.918
España	46.771.341	46.624.382	46.557.008	46.572.132	46.722.980	47.026.208	47.450.795
Evolución de la variación interanual (%) de la población. Castilla y León y España. 2011-2020							
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Castilla y León	-1,00%	-0,91%	-0,99%	-0,89%	-0,69%	-0,40%	-0,19%
España	-0,76%	-0,31%	-0,14%	0,03%	0,32%	0,65%	0,90%

FUENTE: Realización propia. D. G. de Presupuestos y Estadística de la Junta de Castilla y León con datos del INE, "Revisión del Padrón Municipal".

Nota: Cifras Oficiales de Población

Tabla 5: Distribución de la población por provincias en Castilla y León.

	Ávila	Burgos	León	Palencia	Salamanca	Segovia	Soria	Valladolid	Zamora
Hombre	79.109	178.578	221.904	79.457	159.929	77.033	44.927	253.540	84.369
Mujer	78.555	179.072	234.535	80.864	169.316	76.445	43.957	267.109	86.219
0-4	5.161	13.000	13.556	5.338	10.502	5.621	3.198	18.875	4.433
5-9	6.393	15.903	16.329	6.048	12.474	6.765	3.626	23.670	5.401
10-14	7.235	16.842	17.878	6.425	14.133	7.443	3.934	25.131	5.954
15-19	6.905	15.936	18.088	6.548	14.025	7.338	4.032	23.512	6.355
20-24	7.151	15.740	18.217	6.822	14.535	7.573	4.184	22.138	6.784
25-29	7.241	16.344	19.469	7.223	15.528	7.668	4.180	22.929	7.280
30-34	7.869	18.585	22.581	8.310	16.622	8.057	4.616	25.636	7.988
35-39	9.192	22.225	28.446	9.931	19.673	9.574	5.241	33.613	9.624

40-44	11.375	27.595	33.115	11.523	22.729	11.412	6.328	43.537	11.656
45-49	11.549	28.028	34.420	11.632	24.637	11.890	6.469	43.620	11.790
50-54	12.257	28.310	36.337	12.702	26.168	12.533	7.112	41.707	13.086
55-59	12.922	27.909	37.760	13.503	26.362	12.184	7.150	39.004	14.169
60-64	11.282	25.444	35.135	13.008	23.560	10.541	6.079	35.871	13.018
65-69	9.243	21.321	28.718	10.542	19.544	8.000	4.948	31.104	11.217
70-74	8.661	19.025	26.055	8.842	18.559	7.172	4.436	29.312	10.666
75-79	7.481	15.434	22.130	7.381	16.535	6.243	4.037	23.599	9.842
80-84	6.213	11.875	19.327	5.619	13.690	5.312	3.457	16.430	8.658
85-89	5.733	10.756	17.678	5.320	11.781	4.844	3.347	12.866	7.694
90-94	2.856	5.546	8.551	2.720	6.031	2.474	1.831	6.064	3.749
95-99	839	1.631	2.278	795	1.873	729	580	1.799	1.080
100 y más	106	201	371	89	284	105	99	232	144
TOTAL	157.664	357.650	456.439	160.321	329.245	153.478	88.884	520.649	170.588

FUENTE: Realización propia. D. G. de Presupuestos y Estadística de la Junta de Castilla y León con datos del INE, "Revisión del Padrón Municipal".

Nota: Cifras Oficiales de Población

2.- Nacimientos en Palencia.

Palencia lidera a nivel nacional el desplome de nacimientos con 233 nacimientos entre enero y abril del año 2020, lideró a nivel nacional la caída de la natalidad en un 29,40 por ciento respecto a los datos registrados hace un año. Este dato supone 21 puntos más de caída respecto al conjunto de Castilla y León (4.111 alumbramientos, -8,67%) y de 23 puntos respecto al índice nacional, según consta en la Estimación Mensual de Nacimientos con datos de abril de 2021 e incluida entre las estadísticas experimentales del Instituto Nacional de Estadística (INE).

El número de nacimientos ha disminuido considerablemente en los cuatro primeros meses de 2020 con respecto al mismo período tanto del año 2019 como de 2018. En el período con datos definitivos (2001-2019) el saldo negativo medio del período ha sido de -878. Es decir, cada año de este siglo en la provincia han muerto casi 900 palentinos más de los que han nacido. Los datos del primer semestre de 2020 (últimos definitivos disponibles), profundizan la línea negativa con 771 muertos más que nacidos.

En 2018, por primera vez en el conjunto de años de los que hay datos, bajamos de los mil nacimientos anuales y, esta tendencia ya se consolidó en 2019 (con 927 nacimientos) y es esperable que suceda lo mismo con los datos definitivos de 2020».

Es un dato importante pues supone 21 puntos más de caída respecto a Castilla y León (-8,67%) y de 23 puntos con el índice nacional (-6,07). El resultado en el corto plazo está siendo ya la disminución del número de

habitantes. Palencia es la provincia de toda España con datos más negativos en cuanto al número de nacimientos en los cuatro primeros meses del 2021, una vez más en este indicador demográfico lidera a nivel nacional el desplome de nacimientos.

Si tenemos en cuenta que el estado de alarma y el confinamiento que nos metió de lleno en la pandemia, se produjo el 14 de marzo de 2020 y de acuerdo con la duración normal de los embarazos, es evidente que las consecuencias de todo el primer período de confinamiento durante la pandemia sobre la fecundidad y posteriores nacimientos, se han producido a partir del mes de enero de 2021.

El número de nacimientos en enero de este año disminuyó en el conjunto del Estado el 20,83%, frente al 23,43 % de Castilla y León y un 36,14% en Palencia, aunque la disminución acumulada de nacimientos en abril es del 29,40% (en febrero fue del -29,54% y en marzo -30,24,

Pero, ya vimos como 2020 los efectos se produjeron en el número de fallecidos (lo que se ha alargado hasta finales de marzo de 2021), empezamos a ver con este estudio del INE como desde enero de 2021 la Covid-19 y sus consecuencias está arrasando con nuestra ya bajísima natalidad.

Si tenemos en cuenta que ha existido un aumento de la mortalidad importante como consecuencia del COVID- 19 y un descenso de nacimientos a corto plazo, la tendencia de disminución del número de habitantes va a ser incluso mayor que las proyecciones que realiza la Junta de Castilla y León.

Los datos anteriores son extrapolables a la capital palentina donde los nacimientos cayeron a mínimos históricos en Palencia. El Hospital Río Carrión registra en cinco primeros meses del año 2021 este año 305 partos, el 25% menos respecto a los 409 del mismo periodo de 2020.

El Crecimiento Vegetativo del Municipio palentino según los últimos datos publicados por el INE para el año 2019 ha sido Negativo, con 423 defunciones más que nacimientos.

Tabla 6: Nacidos por cada 1000 defunciones (2019)

AÑO	PORCENTAJE
2019	525,78
2018	561,27
2017	651,27
2016	641,93
2015	739,44
2014	730,34

Fuente: Elaboración propia. INE

Tabla 7. Crecimiento Vegetativo Cuatro primeros meses de 2021

PROVINCIA DE PALENCIA	2021M04	2021M03	2021M02	2021M01
Dato base	57	62	63	51
Acumulado en lo que va de año	233	176	114	51
Variación anual del acumulado en lo que va de año	-29,61	-30,51	-29,97	-36,14
Variación con respecto a 2019 del acumulado en lo que va de año	-27,19	-30,51	-29,54	-36,93
Diferencia absoluta del acumulado en lo que va de año	-98	-77	-49	-29
Diferencia absoluta con respecto a 2019 del acumulado	-87	-77	-48	-30

	2021M04	2021M03	2021M02	2021M01
Castilla y León				
Dato base	1.128	1.131	954	897
Acumulado en lo que va de año	4.111	2.983	1.851	897
Variación anual del acumulado en lo que va de año	-9,14	-12,91	-17,57	-23,43
Variación con respecto a 2019 del acumulado en lo que va de año	-11,62	-13,86	-18,55	-24,90

Fuente INA. Elaboración propia. Ávila alcanza los 292 entre enero y abril, un 0,06 por ciento más; Burgos llega a los 667 (-4,05 por ciento); León contabiliza 755 (-1,71 por ciento); Palencia suma 233 (-29,40 por ciento); Salamanca llega a los 507 (-14,00 por ciento); Segovia registra 305 (+0,78 por ciento); Soria suma 166 (-15,88 por ciento); Valladolid alcanza los 940 (-13,16 por ciento), y Zamora llega a 246 (+0,70 por ciento).

2.1.- EL SALDO MIGRATORIO (emigrantes menos inmigrantes)

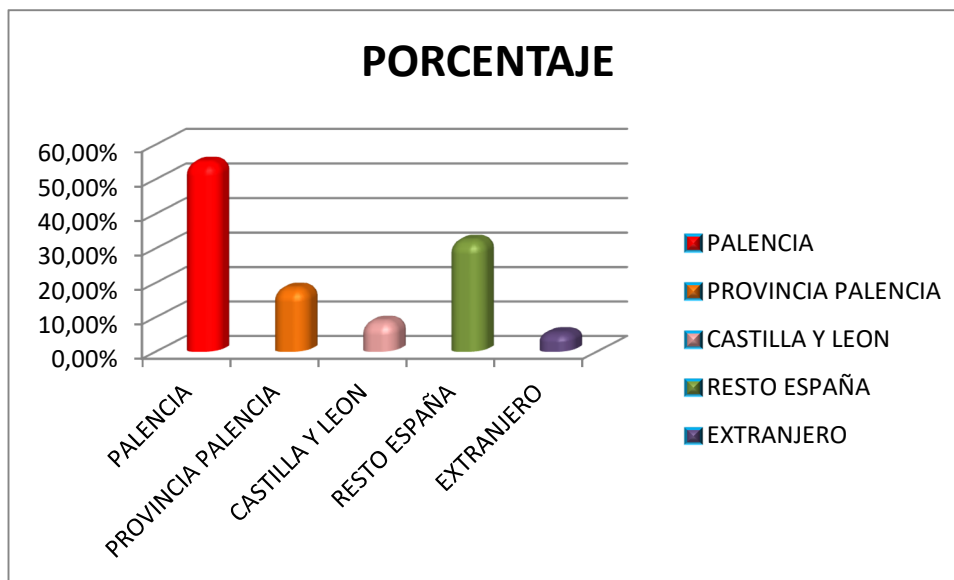
El saldo migratorio es positivo en 185 personas y, como viene siendo tradicional en la provincia, ha sido insuficiente para compensar el saldo vegetativo negativo (nacimientos menos defunciones) de -771 personas. «No obstante, se da un diferente comportamiento entre las migraciones exteriores y las interprovinciales, ya que al extranjero se fueron 168 palentinos mientras vinieron 385 inmigrantes, dejando un saldo positivo de +217 personas. De otras provincias vinieron 645 personas y se fueron de Palencia 677, dando un saldo negativo de -32 personas», el único saldo poblacional positivo es el aporte de la inmigración extranjera frente una ratio negativa de 3,16 defunciones por cada nacimiento y un saldo migratorio con otras provincias muy equilibrado, pero también negativo.

2.1.1. Habitantes según lugar de nacimiento.

Según los datos publicados por el INE procedentes del padrón municipal de 2020 el 54.84% (42.853) de los habitantes empadronados en el Municipio de Palencia han nacido en dicho municipio, el 38.28% han emigrado a Palencia desde diferentes lugares de España, el 18.85% (14.728) desde otros municipios

de la provincia de Palencia, el 10.68% (8.349) desde otras provincias de la comunidad de Castilla y León, el 8.75% (6.837) desde otras comunidades autónomas y el 6.88% (5.377) han emigrado a Palencia desde otros países.

Gráfica 2: Distribución de la población residente según el lugar de nacimiento.



Fuente: Realización propia. INE procedentes del padrón municipal de 2020

3.- MORTALIDAD

Los fenómenos demográficos que se analizan dentro de las estadísticas de movimiento natural de la población (nacimientos, defunciones y matrimonios) estuvieron muy afectados por la pandemia de COVID-19 en el año 2020.

A nivel estatal, durante 2020 fallecieron en España, según el INE, 492.930 personas, un 17,7% más que en 2019. Por meses, cabe destacar los aumentos de defunciones en marzo y abril, del 56,8% y 78,2%, respectivamente, respecto a los mismos meses del año anterior. También cabe reseñar la evolución de la mortalidad a partir del mes de agosto. Sobre todo, en octubre y noviembre, cuando el número de defunciones se incrementó un 21,0% y un 21,6%, respectivamente, respecto a los mismos meses del año anterior.

Según edad y sexo el mayor incremento con respecto a 2019 en términos relativos se observa en el grupo de 75 a 79 años, tanto en hombres (con un incremento del 25,0%) como en mujeres (+22,4%).

Tabla 8: Mortalidad en España durante el 2020.

	Valor	Variación
Total de defunciones	492.930	17,73
Hombres	249.301	17,22
Mujeres	243.629	18,26

Fuente: Datos INE.

Además, según edad y sexo, el mayor incremento con respecto a 2019 en términos relativos aparece en el grupo de 75 a 79 años, tanto en hombres (con un incremento del 25,0%) como en mujeres (+22,4%).

Como resultado del aumento en el número de defunciones y de la disminución en el número de nacimientos, el crecimiento vegetativo de la población residente en España (es decir, la diferencia entre nacimientos de madre residente en España y defunciones de residentes en el país), fue negativo en 153.167 personas en el año 2020.

3.1. CASTILLA Y LEÓN

En la región es necesario destacar que subieron el número de muertes en Castilla y León. En 2020 murieron 36.177 personas, 7.458 más que el año anterior. Cada día se produce de media 99 fallecimientos. Si observamos los datos por sexos vemos que murieron más hombres, 18.156, que mujeres, 18.021, dato que conviene comparar con la distribución de la población en Castilla y León por sexos. La tasa de mortalidad en 2020 en Castilla y León ha subido respecto a 2019, hasta situarse en el 15,13%, es decir, 15,13 muertes por cada mil habitantes lo que la convierte en la más alta del país, 4,7 puntos por encima de la media. La comunidad registró en 2020 un 26% más de defunciones que en 2019 y un crecimiento vegetativo negativo (nacimientos menos defunciones) de-22.543 personas.

Tabla 9: Defunciones en Castilla y León según mes y sexo. Año 2020

Enero			Febrero			Marzo		
Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
2.839	1.416	1.423	2.428	1.247	1.181	4.299	2.222	2.077
Abril			Mayo			Junio		
Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
5.145	2.449	2.696	2.539	1.273	1.266	2.288	1.139	1.149
Julio			Agosto			Septiembre		
Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
2.562	1.258	1.304	2.497	1.214	1.283	2.354	1.214	1.140
Octubre			Noviembre			Diciembre		
Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
2.995	1.550	1.445	3.293	1.680	1.613	2.938	1.494	1.444
Total	Hombres	Mujeres						
36.177	18.156	18.021						
CASTILLA Y LEÓN								

Fuente: Elaboración propia. Datos INE.

Además, Castilla y León ha empeorado su situación en el ranking de tasa de mortalidad. En el año 2019 ocupaba el puesto 18, hasta situarse en el último puesto, lo que le convierte en la comunidad con mayor tasa de mortalidad de España. Si miramos la evolución de la tasa de mortalidad en Castilla y León en los últimos años, vemos que se ha incrementado respecto a 2019 en el que fue del 11,95%, al igual que ocurre respecto a 2010, en el que estaba en el 10,65.

Aunque los datos son del año 2020, son los últimos que ha sacado el INE, los cuales están marcados fuertemente por la pandemia de COVID-19. En resumen, las cifras revelan que la comunidad registró en 2020 un 26% más de defunciones que en 2019. En este sentido, Castilla y León es la tercera comunidad con peores datos, solo superada por la Comunidad de Madrid (41,2% más de fallecimientos que en el año anterior) y Castilla-La Mancha (32,3%). La media nacional se sitúa en el 17,7%.

Con respecto a la influencia del COVID-19, destacaremos el notable aumento de defunciones en 2020, común en todas las comunidades autónomas, pues el virus no ha entendido de fronteras. En algunos territorios la incidencia ha tenido mayor repercusión que en otros, según reflejan los datos. En términos absolutos, el año pasado fallecieron en Castilla y León 36.177 personas frente a las 28.719 de 2019, es decir, se contabilizaron 7.458 decesos más, lo que se traduce en un incremento del 26%.

Castilla y León es la tercera comunidad que mayor subida ha experimentado, pues superiores al 26% sólo lo superan Castilla La Mancha, con una variación del 32,3%; y Madrid, que despunta en el panorama nacional con un 41,2%.

En toda la historia reciente nunca se habían anotado datos tan trágicos, según ponen de manifiesto las series históricas del Instituto Nacional de Estadística, con datos desglosados por comunidades autónomas. Puesto que la pandemia estalló en España a mediados de marzo, cuando el Gobierno central decretó el estado de alarma, es a partir de ese momento cuando se percibe un cambio de tendencia. Mientras en enero hubo 2.839 muertes en la comunidad y en febrero se produjeron 2.428, en marzo la cifra prácticamente se duplicó hasta las 4.299 y en abril se disparó hasta las 5.145.

Para terminar, señalar que el Saldo Vegetativo por mil habitantes (Se define como la diferencia entre el número de nacimientos y el de defunciones de individuos pertenecientes a un determinado ámbito en el año t, por cada 1.000 habitante) en Castilla y León en el año 2020 fue de -9,43, es decir por cada mil castellanos leoneses, anualmente, debería haber 9 menos, la cual se considera alta.

Palencia fue la segunda provincia de Castilla y León que sufrió en menor medida las consecuencias más dramáticas de la pandemia. Según los datos el Instituto Nacional de Estadística, en 2019 registró 2.129 fallecimientos y en 2020 la cifra se elevó a los 2.585, lo que supone un incremento absoluto de 456 y un aumento relativo del 21,42%. Atendiendo a cualquiera de estas dos variables, se trata de la provincia con una diferencia menos acusada que el resto.

En municipio de Palencia, el último año con datos definitivos del INE es 2020. Como se puede observar en la tabla a partir del mes de marzo, fecha de inicio de la pandemia COVID -19, el número de muertes aumentó considerablemente con respecto a los tres primeros meses del año.

4.- PROYECCIONES DE POBLACIÓN A CORTO PLAZO 2020-2035

Las Proyecciones de Población a corto plazo de Castilla y León propuestas por el INE. Los resultados muestran el efecto que tendrían la evolución recientemente observada de la fecundidad, la mortalidad y las migraciones. No tienen como objetivo predecir la evolución de la población sino determinar cómo sería la evolución de la población en el caso de que se mantuvieran las actuales tendencias. La metodología general de cálculo de las Proyecciones de Población en España está basada en el método clásico de componentes. Las principales hipótesis de las proyecciones se sometieron en el mes de mayo de 2020 a una consulta en forma de encuesta a demógrafos de toda España. A la incertidumbre que habitualmente rodea unas proyecciones de población se le suma esta vez el impacto de la COVID-19, que obliga a un replanteamiento de algunas de las hipótesis de evolución futura. Los principales resultados para Castilla y León sobre las Proyecciones de Población a Corto Plazo para el periodo 2020-2035 son las siguientes:

POBLACIÓN Según los cálculos realizados, basados en las hipótesis de partida y en una cifra de población provisional a 1 de enero de 2020 de 2.401.230 habitantes, se estima que la población de Castilla y León decrecerá hasta 2.162.176 habitantes a 1 de enero de 2035(-9,96%).

Por provincias, Palencia sería la tercera provincia que más población perdería, siendo las variaciones relativas de la población estimada (-11,91%) el resto de provincias sería: Ávila (-10,97%), Burgos (-6,53%), León (-13,12%), Salamanca (-10,94%), Segovia (-6,61%), Soria (-7,01%), Valladolid (-7,00%) y Zamora (-17,47%).

Sin embargo, para el conjunto de España, la proyección de población a 1 de enero de 2035 se estima que será de 48.284.479 habitantes, aumentando el 2,02% respecto a la cifra provisional de población a 1 de enero de 2020 (47.329.981 habitantes¹).

ESTRUCTURA POR EDADES Para Castilla y León, se estima que, en los próximos 15 años, se producirá un crecimiento de población en el grupo de edad de mayores de 64 años (22,75%), mientras que se prevé un decrecimiento tanto en el grupo de edad de menores de 16 años (-30,00%) como en el de 16 a 64 años (-19,35%). Para el conjunto de España, se estima que crecerá la población del grupo de edad de mayores de 64 años (38,02%), mientras que decrecerá la población de menos de 16 años (-20,56%) y de 16 a 64 años (-3,44%).

Como resultado de la evolución prevista de la estructura por edades, la tasa de dependencia (población menor de 16 años y mayor de 64 entre la población de 16 a 64 años) continuará su tendencia ascendente (pasando en Castilla y León de 61,8% en 2020 a 80,7% en 2035, y en España de 54,2% a 62,9%).

5.- MEDIO AMBIENTE EN PALENCIA

La población vive en un entorno geográfico y físico determinado que ejerce una influencia sobre el estado de salud de sus habitantes a través de diversos factores. Entre los componentes del medio ambiente que nos rodea y que determina nuestra salud si sobrepasa ciertos límites, se van a exponer el aire, el agua, el ruido.

5.1.- CALIDAD DEL AIRE

Las principales normas que regulan la calidad del aire en España son:

- Directiva 2004/107/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de diciembre de 2004, relativa al arsénico, el cadmio, el mercurio, el níquel y los hidrocarburos aromáticos policíclicos en el aire ambiente.

- Directiva 2008/50/CE del Consejo, de 21 de mayo de 2008, relativa a la calidad del aire ambiente y una atmósfera más limpia en Europa.
- Directiva 2015/1480 de la Comisión, de 28 de agosto de 2015, por la que se modifican varios anexos de las Directivas 2004/107/CE y 2008/50/CE del Parlamento Europeo y del Consejo en los que se establecen las normas relativas a los métodos de referencia, la validación de datos y la ubicación de los puntos de muestreo para la evaluación de la calidad del aire ambiente.
- Ley 34/2007, de 15 de noviembre, de calidad del aire y protección de la atmósfera.
- Real Decreto 102/2011, de 28 de enero, relativo a la mejora de la calidad del aire.
- Real Decreto 39/2017, de 27 de enero, relativo a la mejora de la calidad del aire.

Estas normas establecen unos objetivos de calidad del aire que se concretan en valores límite, valores objetivo, objetivos a largo plazo o umbrales de información y/o de alerta a la población en función del contaminante, encomendando a las Administraciones competentes la función de velar para asegurar su cumplimiento.

En este sentido, las principales funciones de la Red de Calidad del Aire de la Comunidad de Castilla y León y que son utilizadas en Palencia con los objetivos siguientes:

1. Determinar el estado de la calidad del aire en la Comunidad.
2. Determinar el grado de cumplimiento de los valores objetivo, objetivos a largo plazo y valores límites con respecto a los que establezca la legislación vigente.
3. Observar la evolución de los contaminantes en el tiempo.
4. Detectar de manera rápida y eficiente las posibles situaciones de alerta atmosférica.
5. Informar a las administraciones públicas y a la población sobre la calidad del aire regional.

Con esta información, las Administraciones locales y regionales han de adoptar las medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de los requerimientos legales, contribuyendo a la mejora y mantenimiento de una buena calidad del aire en sus ámbitos territoriales.

Los principales indicadores y parámetros que se utilizan para la evaluación del medio ambiente son los siguientes:

En las siguientes tablas se hace un resumen de los Valores límite, Valores objetivo y Umbrales establecidos en la legislación relativa a la calidad del aire. El control de la calidad del aire de Palencia se realiza por medio de la Red de

Control de la Calidad del Aire de Castilla y León. Esta Red está formada a su vez, por varias redes de medida tanto públicas como privadas, que registran continuamente la concentración en inmisión de los principales contaminantes atmosféricos, siendo una total de 63 estaciones las que vigilan nuestro territorio de Castilla y León. La Junta de Castilla y León, posee una Red de 22 estaciones fijas y una móvil.

Todos los datos son registrados por la Red de la calidad del Aire ofrecidos por la Dirección General de Calidad y Sostenibilidad Ambiental - Consejería de Fomento y Medio Ambiente a través de la web <http://servicios.jcyl.es/esco/index.action>

Además, las tablas fueron construidas teniendo en cuenta el Informe de Calidad del aire 2020 realizado por Consejería de Fomento y Medio Ambiente Dirección General de Calidad y Sostenibilidad Ambiental - Red de Control de la Calidad del Aire de Castilla y León (<https://medioambiente.jcyl.es/web/es/calidad-ambiental/informes-anales-calidad-aire.html>).

A.- PARTICULAS EN SUSPENSIÓN.

El término “Partículas en suspensión” abarca una mezcla compleja de sustancias orgánicas e inorgánicas, sólidas o en forma de gotas líquidas, que se encuentran en suspensión en el aire y que varían en tamaño y composición. En conjunto, las partículas pueden presentarse como hollín, nubes de polvo o neblina. Según su tamaño se habla fundamentalmente de dos tipos de partículas:

Partículas PM10: diámetro igual o menor de 10 micras.

Partículas PM2,5: diámetro igual o menor de 2,5 micras (partículas finas) (1 micra es la milésima parte de 1 milímetro).

La composición de las partículas es sumamente heterogénea, pudiendo encontrarse en ellas elementos minerales como arcillas, cuarzos, nitratos, plomo, hierro, aluminio; y biológicos como fragmentos vegetales, polen, virus, bacterias etc. En general, cuanto más pequeña es la partícula, más tóxicos son los elementos que la componen. Cuanto mayor es el tamaño de las partículas menor es el tiempo que permanecen suspendidas en el aire antes de depositarse sobre la superficie. Las elevadas concentraciones de partículas en suspensión pueden provocar disminución de la función pulmonar, desencadenar una crisis asmática en las personas que padecen esta enfermedad o empeorar la situación clínica de los pacientes con problemas respiratorios o cardíacos, aumentando el número de urgencias e ingresos hospitalarios. La fuente de las Partículas en Suspensión proviene del tráfico rodado, especialmente los vehículos diésel, centrales térmicas, incineradoras, calefacciones de carbón, estufas de madera,

hollín de las chimeneas, minería, canteras, procesos industriales (plantas metalúrgicas, producción de sustancias químicas, refinería de petróleo, fabricación de pulpa de papel, de vidrio, de cemento, etc.

La inhalación es la principal vía de exposición. Sin embargo, a partir del moco tragado procedente de las fosas nasales pueden llegar al estómago algunos materiales que son absorbidos en el aparato digestivo. Tal es la principal vía de exposición en el caso del plomo que se encuentra en forma de partículas suspendidas en la atmósfera.

1. EFECTOS PARA LA SALUD

Las elevadas concentraciones de Partículas en suspensión pueden provocar disminución de la función pulmonar, desencadenar una crisis asmática en las personas que padecen esta enfermedad o empeorar la situación clínica de los pacientes con problemas respiratorios o cardíacos aumentando el número de urgencias e ingresos hospitalarios.

Las PM10 resultan menos perjudiciales para la salud que las PM2.5 ya que no penetran tan profundamente en los pulmones y además en su composición suele haber elementos menos tóxicos; pero no son inocuas, y se ha observado un aumento del consumo de broncodilatadores y de la demanda de atención urgente por crisis asmáticas cuando aumenta su concentración en el aire.

A continuación, aparecen los valores promedio en Palencia del año 2020 en comparación con otras capitales de provincia de Castilla y León.

Tabla 10: PARTÍCULAS EN SUSPENSIÓN PM10

PARTÍCULAS ENSUSPENSIÓN PM10 Sin descuento de aporte natural	Nº de veces que se supera el valor límite diario para la protección de la salud humana. (50 µg/m³). No pudiendo superarse en más de 35 ocasiones por año civil. OMS: Nº de veces que se supera el valor guía, 50 µg/m³, media diaria.	Valor límite anual, de datos diarios, para la protección de la salud humana. (40 µg/m³). OMS: Valor guía, 20 µg/m³, media anual de datos diarios.
PALENCIA 3	2	13
AVILA	8	17
BURGOS	6	15
LEÓN	8	18
SALAMANCA	2	4
SEGOVIA	7	14
SORIA	2	14
ZAMORA	1	12
VALLADOLID 11	3	16

Tabla 11: Valores límites P10

	Período de promedio	Valor límite
Valor límite diario	24 horas	50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, que no podrán superarse en más de 35 ocasiones por año.
Valor límite anual	1 año civil	40 $\mu\text{g}/\text{m}^3$

B.- OZONO (O_3).

El ozono es un gas incoloro, de olor penetrante, formado por tres átomos de oxígeno (O_3). Por lo general, este gas nos protege de la radiación ultravioleta, lo usamos como desinfectante, entre otros usos.

1.- Efectos para la salud

Pero alta concentración de ozono en el aire a cotas bajas de la atmosfera puede provocar problemas respiratorios, entre otros problemas de salud, pues no deja de ser un potente agente oxidante. Estos son, entre otros, los posibles síntomas asociados a episodios de contaminación por ozono:

- Irritación ocular
- Cefalea
- Irritación de las vías respiratorias: tos, molestias de garganta, dolor torácico al respirar profundamente.
- Disminución de la función pulmonar. El ozono provoca hiperreactividad bronquial con lo que disminuye el diámetro de la vía aérea lo cual conlleva una mayor dificultad para respirar normalmente, sobre todo al hacer ejercicio.
- Mayor susceptibilidad a las infecciones respiratorias al alterarse los mecanismos defensivos pulmonares.

A medida que se eleva la concentración de ozono aumenta el número de personas afectadas y la gravedad de los síntomas. Niveles que a una persona joven y sana pueden no afectar en absoluto o causarle tan solo ligeras molestias tal vez dificulten una respiración normal o incluso provoquen una crisis en una persona asmática. Además de la concentración, la duración de la exposición es muy importante, ya que los efectos son acumulativos; por tanto, los efectos son mayores tras varios días seguidos con niveles elevados de ozono.

El Real Decreto 102/2011 establece que las administraciones públicas, en el ámbito de sus respectivas competencias, informarán a la población cuando se superen los valores de 180 y 240 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ de ozono. Dicha información incluirá la fecha, hora y lugar de la superación, el tipo de superación (información o alerta), la previsión de la evolución de las concentraciones, así como la zona

geográfica afectada y la duración del episodio y la población afectada y las medidas preventivas encaminadas a reducir la contaminación o la exposición a ésta. Por último, la información ha de incluir las precauciones que deberá tomar la población afectada.

Tabla 12: Valores Ozono de referencia

	Parámetro	Umbral
Umbral de información	Promedio horario	180 µg/m ³
Umbral de alerta	Promedio horario (1)	240 µg/m ³
Valor objetivo para la protección de la salud	Máxima diaria de las medias móviles ocho horarias	120ug/m ³ que no deberá superarse más de 25 días por cada año civil de promedio en un periodo de 3 años

(1) *La superación del umbral se debe medir o prever durante tres horas consecutivas.
Real Decreto 102/2011*

OZONO	Nº de veces que se supera el umbral de alerta a la población para la protección de la salud humana. 400 µg/m ³ , valor horario, durante tres horas consecutivas.	Nº de veces que se supera el valor límite horario para la protección de la salud humana. 200 µg/m ³ , valor horario. No pudiendo superarse en más de 18 ocasiones por año civil. OMS: Nº de veces que se supera el valor guía, 200 µg/m ³ , media horaria. (Sin valor legislativo).	Valor límite anual de datos horarios para la protección de la salud humana. 40 µg/m ³ . OMS: Valor guía, 40 µg/m ³ , media anual de datos horarios. (Sin valor legislativo)
PALENCIA	0	0	6
AVILA	0	0	6
BURGOS	0	0	13
LEÓN	0	0	20
PONFERRADA	0	0	8
SALAMANCA	0	0	13
SEGOVIA	0	0	10
SORIA	0	0	16
ZAMORA	0	0	11
VALLADOLID	0	0	22

Tabla 13: Registros de Ozono 2020

C.- DIÓXIDO DE NITRÓGENO (NO₂).

El dióxido de nitrógeno es un compuesto químico gaseoso. El dióxido de nitrógeno (NO₂) es un gas de color pardo rojizo, soluble en agua, no inflamable, de olor irritante, potente oxidante. Es tóxico y es uno de los óxidos de nitrógeno que se generan en las principales ciudades por motivo de la contaminación. El

Dióxido de Nitrógeno (NO₂) es un contaminante atmosférico que se produce fundamentalmente en las combustiones de los vehículos de motor. Hasta el 80% de las emisiones de este contaminante procede del tráfico rodado, sobre todo de los vehículos diesel. El resto de las emisiones se origina durante la combustión de gas, petróleo y carbón, en centrales térmicas, actividades industriales, calefacciones, incineradoras, etc. El NO₂ ambiental es un indicador clave de la intensidad del tráfico rodado. Por otra parte, es la principal fuente de contaminantes secundarios como las partículas o el ozono troposférico, principal contaminante en la época estival en presencia de altas temperaturas y luz ultravioleta del sol. Una vez inhalado, el 70-90% del NO₂ se absorbe en los pulmones, pasa a la sangre y puede detectarse en otros órganos corporales. El ejercicio incrementa el porcentaje de absorción y la cantidad de gas que llega a las partes más profundas del aparato respiratorio.

1.- Efectos para la salud

El NO₂ puede producir efectos adversos para la salud porque es un oxidante que lesiona las paredes de las células. También por su capacidad para formar ácido nítrico (muy irritante) en contacto con el agua que hay en el ojo, el pulmón o la piel. El NO₂ afecta al aparato respiratorio de forma directa provocando inflamación e indirectamente alterando las defensas del organismo. Esto hace disminuir la resistencia a infecciones bacterianas pulmonares pudiendo causar una mayor incidencia de enfermedades respiratorias.

Pero, como sucede con otros contaminantes atmosféricos, los efectos para la salud humana dependen de la concentración que se alcance en el medioambiente, ya sea interior o exterior. A concentraciones muy altas, como se han dado en ciertos accidentes industriales, el NO₂ puede causar lesiones pulmonares muy severas e incluso fatales. Sin embargo, interesa más el conocimiento de los efectos a concentraciones menores, como las que se alcanzan habitualmente en las zonas urbanas. Durante los episodios de alta contaminación los posibles síntomas derivados de la exposición a este gas se relacionan fundamentalmente con la afectación del aparato respiratorio y cardiovascular. Así pueden presentarse:

1.- Picor de ojos, nariz y garganta

2.- Irritación de los bronquios, con aumento de la secreción bronquial, tos, pitos en el pecho, dificultad para respirar, dolor torácico.

Tabla 13: DIÓXIDO DE NITRÓGENO 2020

DIÓXIDO DENITRÓGENO	Nº de veces que se supera el umbral de alerta a la población para la protección de la salud humana. 400µg/m ³ , valor horario, durante tres horas consecutivas.	Nº de veces que se supera el valor límite horario para la protección de la salud humana. 200 µg/m ³ , valor horario. No pudiendo superarse en más de 18 ocasiones por año civil. OMS: Nº de veces que se supera el valor guía, 200 µg/m ³ , media horaria.	Valor límite anual de datos horarios para la protección de la salud humana. 40µg/m ³ OMS: Valor guía, 40µg/m ³ , media anual de dato horarios.
PALENCIA	0	0	6
ARANDA DE DUERO	0	0	8
AVILA	0	0	6
BURGOS	0	0	13
LEÓN	0	0	11
MEDINA DEL CAMPO	0	0	8
VALLADOLID	0	0	22

Tabla 14 Valores límites

	Período de promedio	Valor límite
Valor límite horario para la protección de la salud	1 hora	200 µg/m ³ de NO ₂ que no podrán superarse en más de 18 ocasiones por año civil
Valor límite anual para la protección de la salud	1 año civil	40 µg/m ³ de NO ₂

El umbral de alerta para el NO₂ se sitúa en 400 µg/m³ registrados durante 3 horas consecutivas.

*Valor límite: nivel que no debe superarse y que es fijado en base a los conocimientos científicos con el fin de evitar, prevenir o reducir los efectos nocivos para la salud humana y para el medioambiente en su conjunto.

* Umbral de alerta: un nivel a partir del cual una exposición de breve duración supone un riesgo para la salud humana.

D.- DIÓXIDO DE AZUFRE (SO₂).

El dióxido de azufre (SO₂) es un gas incoloro no inflamable con un olor penetrante que irrita los ojos. Reacciona en la superficie de cualquier material que se encuentre en la atmósfera, es soluble en agua y puede oxidarse en el aire sin necesidad de que existan gotas de agua. La fuente más común del dióxido de azufre incluye el quemado de combustibles fósiles, la manufactura del ácido sulfúrico o la conversión de la pulpa de madera en papel. También la incineración de residuos y la producción de azufre elemental. El quemado del carbón es la fuente más próxima a nosotros en la producción de dióxido de azufre llegando a contabilizar hasta el 50% del global de emisiones.

El dióxido de azufre es un gas corrosivo que combinado con el vapor de agua presente en la atmósfera produce lluvia ácida. Tanto la deposición húmeda como la seca de estas emisiones, se encuentran implicadas en daños y destrucción de la vegetación y en la degradación de los suelos y edificios, materiales y cursos de agua. El dióxido de azufre en el aire ambiente se encuentra también asociado a problemas de salud como el asma o la bronquitis crónica.

1.- Efectos en salud y ecosistemas

El dióxido de azufre (SO₂) está regulado en la normativa a causa de su potencial efecto sobre la salud y los ecosistemas.

Este contaminante puede producir, incluso a grandes distancias del foco emisor, efectos adversos sobre la salud (tales como irritación e inflamación del sistema respiratorio, afecciones e insuficiencias pulmonares, alteración del metabolismo de las proteínas, dolor de cabeza o ansiedad), sobre la biodiversidad, los suelos y los ecosistemas acuáticos y forestales (puede ocasionar daños a la vegetación, degradación de la clorofila, reducción de la fotosíntesis y la consiguiente pérdida de especies) e incluso sobre las edificaciones, a través de procesos de acidificación, pues una vez emitido, reacciona con el vapor de agua y con otros elementos presentes en la atmósfera, de modo que su oxidación en el aire da lugar a la formación de ácido sulfúrico.

Tabla 15: Valor medios de dióxido de azufre

DIÓXIDO DE AZUFRE	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(7)
PALENCIA	0	0	2	0	6	99,36
ARANDA DE DUERO	0	0	3	0	8	98,09
ÁVILA	0	0	2	0	7	99,59
BURGOS	0	0	1	0	3	97,69

LEÓN	0	0	2	0	8	99,4
SALAMANCA	0	0	3	0	16	99,41
SEGOVIA	0	0	3	0	6	99,46
SORIA	0	0	2	0	6	99,66
ZAMORA	0	0	2	0	7	59,85
VALLADOLID	0	0	6	0	11	93,58

- (1) Nº de veces que se supera el umbral de alerta a la población para la protección de la salud humana. 500 µg/m³, valor horario, durante tres horas consecutivas.
- (2) Nº de veces que se supera el valor límite horario para la protección de la salud humana. 350 µg/m³, valor horario. No pudiendo superarse en más de 24 ocasiones por año civil.
- (3) Nº de veces que se supera el valor límite diario para la protección de la salud humana. 125 µg/m³, valor diario. No pudiendo superarse en más de 3 ocasiones por día.
- (4) Valor de la media anual de datos horarios, expresado en µg/m³. (Sin valor legislativo)
- (5) Nº de veces que se supera el valor guía de la OMS, 20µg/m³ como valor medio diario. Sin valor legislativo).
- (6) Valor del percentil98 de datos horarios, expresado en µg/m³ (Sin valor legislativo).
- (7) Porcentaje de datos válidos horarios, (%).

Tabla 16: Valores límite del Dióxido de azufre (SO₂).para la protección de la salud. Real Decreto 102/2011

	Período de promedio	Valor límite
Valor límite horario para la protección de la salud	1 hora	350 µg/m ³ de NO ₂ que no podrán superarse en más de 18 ocasiones por año civil
Valor límite anual para la protección de la salud	24 horas	125 µg/m ³ de NO ₂ . No debe superarse en más de 3 ocasiones por año civil.

En nuestro ordenamiento legal, la competencia sobre las emisiones es de la Comunidad Autónoma y sobre las inmisiones, del Ayuntamiento. No obstante, existe información a los Ayuntamientos de las Autorizaciones Ambientales de grandes instalaciones, y también una red de control continuo de valores de inmisión, gestionada por la C. A., cuyos datos están permanentemente a disposición de la Autoridad Local.

La legislación establece valores límite cada vez más rigurosos en el tiempo, tanto para los valores umbrales como para el número de superaciones.

Estos mayores niveles de exigencia legal vienen a dar la razón a los epidemiólogos, confirmando que ninguna concentración de contaminantes se puede considerar segura para la salud, por lo que se precisa de un control cada vez más riguroso.

La Consejería de Fomento y Medio Ambiente el Informe Anual de Calidad del Aire del año 2020. De acuerdo con los datos que en él se incluyen y la evolución de los últimos años, podemos decir que el aire que respiramos en Castilla y León es aceptable - bueno y, en algunos lugares, excelente. La calidad del aire en Castilla y León, entre buena y excelente.

Durante doce años consecutivos no se han superado los valores límite de protección a la salud establecidos por la Unión Europea y alguno incluso por debajo de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en cuanto a contaminantes primarios, es decir, dióxido de azufre, dióxido de nitrógeno, benceno, monóxido de carbono, y metales como plomo, arsénico, cadmio y níquel, y partículas en suspensión.

Respecto al ozono -un contaminantes secundario que se forma en la atmósfera como consecuencia de complejas reacciones químicas en las que intervienen sustancias naturales, otros contaminantes y la radiación solar, que tiene soluciones complejas, y que constituye el problema más importante en Castilla y León- , durante el año pasado se ha superado el valor objetivo de protección a la salud por esta sustancia en el sur de las provincias de Segovia, zona central de la de Ávila y sur de Salamanca al sobrepasarse el valor legal valor en las estaciones de Segovia y El Maíllo (Salamanca) representativas de esa zona. Tan solo en una ocasión y durante una hora se superó el umbral de información a la población para el ozono y fue como consecuencia de un incendio forestal en la Comunidad de Madrid.

Teniendo en cuenta las superaciones del valor objetivo de protección a la salud, se está procediendo a elaborar un Plan de Mejora de la Calidad del Aire por Ozono derivado de la Estrategia de Mejora de la Calidad del Aire Regional, que se aprobará a lo largo de 2021 en el que se incluirán las medidas oportunas técnicamente viables para reducir la contaminación por ozono y, sobre todo, fomentar el conocimiento social de esta sustancia que permita la autoprotección de los ciudadanos.

5.2.- CALIDAD DEL AGUA

El agua de consumo humano deberá ser salubre y limpia, y lo es cuando no contiene ningún tipo de microorganismo, parásito o sustancia, en una cantidad o concentración que pueda suponer un riesgo para la salud. En su estado original o después del tratamiento, el agua de consumo humano es aquella utilizada para beber, cocinar, preparar alimentos, la higiene personal y otros usos domésticos, sea cual sea su origen e independientemente de que se

suministren al consumidor a través de redes de distribución públicas o privadas, de cisternas, de depósitos públicos o privados. Son también aquellas aguas utilizadas en la industria alimentaria para fines de fabricación, tratamiento, conservación o comercialización de productos o sustancias destinadas al consumo humano, así como a las utilizadas en la limpieza de las superficies, objetos y materiales que puedan estar en contacto con los alimentos. Y, finalmente, aquellas aguas suministradas para consumo humano como parte de una actividad comercial o pública, con independencia del volumen medio diario de agua suministrado.

Un agua bien tratada y desinfectada con productos autorizados, garantiza al consumidor la ausencia de riesgos en el consumo de agua potable. Por el contrario, un mal tratamiento, almacenamiento, distribución del agua, o una ausencia de desinfección, puede originar la presencia de microorganismos, parásitos o sustancias no deseables, que ocasionan diarreas, náuseas, vómitos, fiebre, dolores abdominales, etc. en el ser humano.

Al hablar de la calidad del agua de consumo humano, las posibles calificaciones son apta, apta con no conformidad, no apta y no apta con riesgo para la salud. Según el informe estadístico correspondiente a 2019 (Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León), se realizaron 3.553 análisis -3.628 en 2018- (52 sin calificación, 286 en 2018) de los 48.085 contabilizados en la comunidad (51.254 en 2018), de los que 3.200 (3.076) dieron como resultado agua apta para el consumo, lo que significa el 90,1%; en 187 (201) apta con no conformidad, es decir el 5,2%; 155 (58) no apta (4,36%) y 12 (7) no apta con riesgo para la salud (0,33%). Se puede decir que el 95,3% de los boletines analíticos de calidad de aguas de consumo humano en la provincia el pasado año dio que apta para el consumo -incluida con no conformidad o incumplimientos de calidad-, frente al 90,25 de 2018.

El informe también hace referencia al subprograma de vigilancia rutinaria de la desinfección de las aguas de consumo humano por medio de la cloración, que se aplica a las redes de abastecimiento que suministren agua a población superior a 50 habitantes y a inferir con alguna industria alimentaria o algún establecimiento comercial.

En Palencia se realizaron durante el pasado año 1.053 determinaciones de cloro libre residual. La mayoría de ellas, 1.051, fueron iniciales y dos de seguimiento de incumplimientos. Palencia, Segovia y Valladolid son las provincias con mayor porcentaje de clorimetrías iniciales con resultado adecuado, oscilando, lo que las convierte en las provincias con las redes mejor desinfectadas de la Comunidad, en la primera visita de inspección. Así, Palencia aparece en la cabeza, con el 98,9%, seguida de Segovia (98,5%) y Valladolid (95%). Por otra parte, Soria, con el 73,5% de sus clorimetrías iniciales adecuadas, es la provincia donde se han detectado mayores deficiencias en la

desinfección, en la inspección inicial. Señalar también que en Palencia no se realizó ninguna determinación microbiológica, fruto de este subprograma, ya que se corrigieron en la primera fase el 100% de las clorimetrías negativas.

En cuanto al subprograma de Vigilancia de los contaminantes químicos de origen geológico en los abastecimientos cuyas captaciones de agua sean subterráneas, las determinaciones analíticas en redes representaron el 9,9%, realizándose entre Ávila y Palencia más de la mitad del total de la Comunidad. En las redes muestreadas en el año 2019, se registró 37 incumplimientos de aptitud (agua no apta), de los que dos correspondieron a Palencia y diez incumplimientos de calidad (agua apta con no conformidad), ninguno en la provincia.

Por último, señalar que también existe el subprograma para fijar los parámetros de contaminación química de carácter geológico que se deben añadir al análisis de control en los abastecimientos cerrados de menos de 500 habitantes. A lo largo del año 2019 no se ha efectuado ninguna resolución, y al respecto hay que decir que a lo largo del año 2019 no se efectuó ninguna resolución, según recoge el informe sobre la calidad de las aguas de consumo humano. Este segundo componente de nuestro medio ambiente es muy homogéneo en Palencia. Toda la ciudad se abastece de una única fuente actual toma de agua, ubicada en Grijota. El total de la población, 100%, está conectada a la red de agua potable y al alcantarillado.

En cuanto a la ciudad de Palencia, hay que destacar que es la primera ciudad europea de más de 10.000 habitantes en utilizar una tecnología innovadora en el tratamiento biológico a escala completa de las aguas residuales, que maximizará la sostenibilidad, la capacidad, la eficiencia y la resiliencia del proceso de depuración.

La instalación de esta tecnología puntera supone una eliminación más efectiva del nitrógeno, fósforo y carbono en el agua. Esto se traduce en un incremento de la capacidad de la carga tratada por la planta sin añadir más volumen de reactor, así como de la eficiencia del proceso en condiciones climatológicas adversas y en una sustancial mejora de la calidad del agua que se devuelve al entorno una vez terminado el proceso. Esta tecnología puntera posibilita la separación mecánica de los fangos activos dentro del reactor biológico, produciendo un incremento de la capacidad de la carga tratada. El proceso de depuración en Palencia es sostenible en términos de residuo 0 y reducción del uso de productos químicos.

Todo lo anterior nos lleva a concluir que en Palencia el agua potable es más barato y con una de las mejores calidades de España.

Tabla 17: Resultados calidad del agua primer semestre 2021

FECHA RECOGIDA MUESTRA	EDAR	RESULTADO SARS-COV-2	VARIACIÓN
08/06/2021	EDAR PALENCIA	POSITIVO	Disminución
08/06/2021	EDAR PALENCIA	NEGATIVO	S/D
01/06/2021	EDAR PALENCIA	NEGATIVO	S/D
01/06/2021	EDAR PALENCIA	POSITIVO	Disminución significativa
01/06/2021	EDAR PALENCIA	POSITIVO	Estable
25/05/2021	EDAR PALENCIA	POSITIVO	Estable
18/05/2021	EDAR PALENCIA	NEGATIVO	S/D
11/05/2021	EDAR PALENCIA	POSITIVO	Aumento
04/05/2021	EDAR PALENCIA	POSITIVO	Estable
27/04/2021	EDAR PALENCIA	POSITIVO	Estable
20/04/2021	EDAR PALENCIA	POSITIVO	Estable
14/04/2021	EDAR PALENCIA	POSITIVO	Estable
12/04/2021	EDAR PALENCIA	NEGATIVO	S/D
07/04/2021	EDAR PALENCIA	POSITIVO	Disminución
05/04/2021	EDAR PALENCIA	POSITIVO	Aumento significativo
31/03/2021	EDAR PALENCIA	POSITIVO	Disminución
29/03/2021	EDAR PALENCIA	POSITIVO	Aumento
23/03/2021	EDAR PALENCIA	POSITIVO	Estable
16/03/2021	EDAR PALENCIA	POSITIVO	Estable
09/03/2021	EDAR PALENCIA	POSITIVO	Estable
02/03/2021	EDAR PALENCIA	POSITIVO	Estable
23/02/2021	EDAR PALENCIA	NEGATIVO	S/D
16/02/2021	EDAR PALENCIA	POSITIVO	Disminución significativa
09/02/2021	EDAR PALENCIA	NEGATIVO	S/D
02/02/2021	EDAR PALENCIA	POSITIVO	Aumento
27/01/2021	EDAR PALENCIA	POSITIVO	Estable
19/01/2021	EDAR PALENCIA	POSITIVO	Estable
12/01/2021	EDAR PALENCIA	POSITIVO	Aumento
05/01/2021	EDAR PALENCIA	POSITIVO	Estable
29/12/2020	EDAR PALENCIA	POSITIVO	Aumento
22/12/2020	EDAR PALENCIA	POSITIVO	Aumento
15/12/2020	EDAR PALENCIA	NEGATIVO	Primera determinación

Debido a un cambio en el laboratorio que realizó el procedimiento, los resultados obtenidos no son comparables con los resultados obtenidos con anterioridad.

5.3- RUIDO

El Excmo. Ayuntamiento de Palencia es la autoridad responsable de la elaboración, aprobación de la propuesta, revisión e información pública del Mapa Estratégico de Ruido de Palencia, en conformidad con las atribuciones competenciales que establece el artículo 4 de la Ley 5/2009, de 4 de junio, del Ruido de Castilla y León. El foco de ruido predominante en Palencia es el ruido debido al tráfico rodado, siendo la afección debida al resto de focos sonoros contemplados (tráfico ferroviario, tráfico aeroportuario y actividades industriales) mucho menos relevante.

Tanto la Directiva 2002/49/CE como el Real Decreto 1513/2005, de 16 de diciembre, por el que se desarrolla la Ley 37/2003, de 17 de noviembre, del Ruido, en lo referente a la evaluación y gestión del ruido ambiental, definen los índices de ruidos siguientes:

- A) Lday (Ld) es el nivel sonoro medio a largo plazo ponderado A definido en la norma ISO1996-2: 1987, determinado a lo largo de todos los períodos día de un año.
- B) Levening (Le) es el nivel sonoro medio a largo plazo ponderado A definido en la norma ISO 1996-2: 1987, determinado a lo largo de todos los períodos tarde de un año.
- C) Lnight (Ln) es el nivel sonoro medio a largo plazo ponderado A definido en la norma ISO 1996-2: 1987, determinado a lo largo de todos los períodos noche de un año.
- D) Lden (Indicador de ruido día-tarde-noche) es el indicador de ruido asociado a la molestia global.

Tabla 18: valores límites de ruido según el momento del día.

ÁREA RECEPTORA Áreas urbanizadas existentes	Índices de ruido dB(A)			
	Ld 7h-19h	Le 19h-23h	Ln 23h-7h	Lden
Tipo 1. Área de silencio	60	60	50	61
Tipo 2. Área levemente ruidosa	65	65	55	66
Tipo 3. Área tolerablemente ruidosa				
- Oficinas o servicios y comercial	70	70	65	73
- Recreativo y espectáculos	73	73	63	74
Tipo 4. Área ruidosa	75	75	65	76
Tipo 5. Área especialmente ruidosa	Sin determinar			

Según los datos expuestos en el Mapa Estratégico de Ruido realizado por la empresa Sincosur Ingeniería Sostenible para el Ayuntamiento en el año 2019, cifran en 19.827 las personas expuestas un exceso de ruido durante las noches, de los 78.629 habitantes contabilizados en el padrón. Además, las pruebas realizadas durante los últimos meses registran también que el 13,1% de la población se encuentra afectada por un nivel acústico demasiado alto durante el día (10.275 personas) y un 6,1% durante las tardes (4.816 vecinos).

Uno de cada cuatro vecinos de la capital está expuesto en sus casas durante las noches a un nivel de ruido por encima de los denominados objetivos de calidad acústica, es decir, los fijados por la ley como máximos en función del área en el que se encuentre una vivienda, y que varían entre los 45 y los 75 o más decibelios, es decir, el ruido equivalente a una calle poco transitada, y el generado por el tráfico de una ciudad, el límite a partir del que el ruido comienza a causar daños. De los 58 centros docentes, 37 sufren un nivel acústico por encima de los niveles de calidad

La principal fuente de ruido al que están expuestos los vecinos de la capital es el tráfico viario, seguido del ferroviario y de la industria, aunque este último de forma no significativa. No existen niveles perjudiciales para la salud, es decir, por encima de los 75 decibelios, en ninguna zona de la ciudad, ni en el cómputo total de las tres fuentes de ruido, ni en un análisis pormenorizado de cada una de ellas.

El porcentaje de población expuesta al ruido por barrios, determinando que los más afectados por esta problemática son los del Campo de la Juventud, San Antonio, Santiago y Avenida de Madrid. Las zonas de la ciudad cuyos vecinos están menos expuestos al ruido son San Pablo y Santa Marina, Allende el Río y El Cristo.

Otro dato analizado es el de los edificios sensibles, es decir los centros sanitarios y los docentes, afectados por el ruido, ya que la ley establece unos valores límite, de 50 decibelios para la noche, y de 60 para el día y la tarde. De los 58 centros docentes existentes en el municipio, hay 37, el 63,8%, expuestos a niveles superiores de ruido durante el día, mientras que, de los 26 centros sanitarios, 18 padecen ruidos por encima de los 50 decibelios durante las noches.

Hay que tener en cuenta que estos resultados surgen al aplicar los datos recopilados al denominado como método END (European Noise Directive), es decir, el obligado por la Comisión Europea, el cual capta datos a una altura de cuatro metros sobre el nivel del suelo, y parte de que todos los habitantes de cada edificio están sometidos al mayor nivel de presión sonora registrado en la fachada más expuesta.

Una proyección con el método VBEB, que permite introducir en los cálculos la distribución de la población en cada edificio a lo largo del perímetro de la planta y de la altura. Según este modelo, «que permite obtener estimaciones más cercanas a los valores reales», la afección del ruido durante la noche disminuye a más de la mitad en los tres períodos del día. Concretamente, 8.483 vecinos (el 10,8%) estaría afectados por niveles de ruido por encima de los objetivos de calidad acústica durante las noches; 3.172 (4%) lo estarían durante el día; y 995 (1,3%) durante la tarde, según se recoge en el análisis realizado por la empresa contratada por el Consistorio.

En Palencia se evidencia que, respecto a la superficie afectada, el foco de ruido predominante es el tráfico rodado, siendo su contribución al ruido total superior al 90%. Esta conclusión, común en la mayoría de mapas de ruido sobre aglomeraciones, es debida al importante volumen de tráfico rodado y a su gran dispersión en el área urbana frente a los otros focos de ruido considerados – ruido de ferrocarril y ruido de industria, mucho más localizados.

La superficie expuesta por ruido de tráfico rodado supera el 20%, mientras que la superficie expuesta por ruido de ferrocarril supera levemente el 2%, y por ruido de industria es inferior al 1%.

El Mapa de ruidos realizado por el Ayuntamiento de Palencia en el año 2012 llega a la conclusión que se superan ampliamente los límites recomendados de ruido diurno y nocturno, tanto en laborables como en festivos, sin embargo la percepción de la población no es muy desfavorable, mostrándose satisfecha con la calidad sonora más de la mitad de la población.

Vivimos inmersos en un entorno ruidoso, y estamos bastante acostumbrados a ello. Esta tolerancia hace que haya escasa presión ciudadana para reducir el ruido ambiente, salvo los conflictos puntuales que se concretan en la zona de ocio nocturno.

5.4.-NIVELES DE POLEN Y ALERGIA EN PALENCIA

Para conocer el nivel de concentración de polen en el aire es necesario entrar en la web del Comité de Aerobiología, una organización que forma parte de la Sociedad Española de Alergología e Inmunidad Clínica, y que cuenta con 23 estaciones de medición de partículas de polen en todo el país. La estación de medición de la ciudad de Palencia, está ubicada en la azotea de la Residencia de la Tercera Edad "Puente de Hierro", en la avenida Ponce de León nº 4. El periodo de actividad vegetativa de las plantas de esa zona es de 11 meses. En un día típico, los niveles de polen aumentan durante la mañana, alcanzan su punto más alto al mediodía y luego bajan de forma gradual. De modo que los niveles más bajos de polen ocurren usualmente antes del amanecer, al finalizar la tarde y temprano en la noche, concretamente de 5 a 7 de la mañana

(gramíneas) y de 6 a 9 (cupresáceas). A partir de las 7 de la mañana (gramíneas) y de las 9 (cupresáceas) se observan las mayores concentraciones.

Las previsiones de los niveles de polen se pueden conocer en www.salud.jcyl.es/polen Servicio de Información Polínica mediante SMS, y en <https://www.saludcastillayleon.es/es/polen/mapas-prevision-niveles-polen-fin-semana>.

5.5.-RESIDUOS

Palencia viene realizando desde hace años la recogida selectiva de residuos (vidrio, papel y cartón, ropa usada, pilas, etc.), mediante diferentes tipos de contenedores.

Además de dar un tratamiento adecuado a cada tipo de residuo y mejorar así su gestión. Por eso se han creado, en lugares prefijados y convenientemente acondicionados en las que se concentran los contenedores para recoger los diferentes residuos. Palencia cuenta con puntos de recogida de residuos especiales: Punto limpio fijo, punto limpio móvil 2021, retirada domiciliar de enseres domésticos, reciclaje del aceite usado, contenedores de pilas en vía pública.

6.- CONCLUSIONES

Palencia es una de las capitales de provincia con menos problemas graves de contaminación como para tener que adoptar medidas restrictivas. Únicamente, y en momentos puntuales se ha detectado un ligero aumento del ozono por la falta de lluvias o en algún día puntual se podido superar los límites máximos recomendables, pero en general tanto la calidad del agua, del aire, acústica y de polen son verdaderamente en general excelentes. Incluso el descenso en la contaminación por NO₂ se ha producido en todas las estaciones analizadas y en un porcentaje que alcanza entre el 30 % y el 50 %. Para las partículas, la situación es más variable al depender de factores como las intrusiones de polvo de origen africano y las emisiones de incendios forestales entre otros, pero hay tendencia a la baja que varía entre el 10 % y el 30%. El Ayuntamiento de Palencia lleva años trabajando para mejorar la calidad del aire y para reducir la emisión de gases contaminantes. Desde 2012 en que fue declarada a Palencia *CIUDAD SOSTENIBLE* se ha seguido y, se sigue avanzando en implementar medidas que favorezcan el medio ambiente y contribuyan a mejorar la calidad de vida de la ciudadanía.

IV.- ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN PALENTINA.

Una vez descrito el municipio desde el punto de vista demográfico y descritas las características de nuestro medio ambiente: calidad del aire, medio hídrico, formas de energía... etc. A continuación, se van a exponer y analizar los datos correspondientes al estado de salud. En este epígrafe se reflexionará sobre los datos aportados tanto por la Consejería de Salud de la Junta de Castilla y León, Ministerio de Sanidad y el INE.

1.- MORTALIDAD.

1.1.- DEFUNCIONES SEGÚN LA CAUSA DE MUERTE

El estudio estadístico de las defunciones en una población y periodo determinados proporciona datos esenciales sobre el estado de salud de la misma, y su comparación con datos procedentes de las poblaciones de su entorno. Puede ayudar a detectar diferencias en la incidencia de diversas patologías.

A.- ESPAÑA

Se comenzará con los datos referentes a España, aunque es necesario decir que las fuentes de dichos datos hacen referencia a los cinco primeros meses del año 2020. Período último del que existen datos aportados por el INE. Durante el mes de marzo de dicho período, fue declarada la pandemia de COVID- 19, sin embargo, los datos sobre la incidencia de la pandemia en Palencia se pueden consultar diariamente en la página de la Consejería de Salud de la Junta de Castilla y León.

Es importante subrayar en relación con las cifras de la pandemia por el COVID- 19 que son muy cambiantes, dependiendo mucho de la fecha que se tome de referencia. Cuando se realizó el presente Plan de Salud, ha habido cinco olas de pandemia, cada una con sus características, su contexto socioeconómico e incluso conviviendo con un rango de población de vacunados. Lo que sí está claro es que la humanidad se está enfrentando a una de las mayores crisis sanitarias mundial de la historia, no apareciendo el final de la misma en un futuro próximo.

De acuerdo a los datos ofrecidos por el INE, durante el periodo enero-mayo de 2020 se produjeron en España 231.014 defunciones, 43.537 más que

en el mismo periodo del año anterior (un 23,2% más). Por sexo, fallecieron 115.541 hombres (un 21,9% más) y 115.473 mujeres (un 24,6% más).

En España, los últimos datos de los que se disponen en el momento de la redacción del Plan de Salud son de los cinco primeros meses de 2020. En el cual aparece que el 23,0% de las defunciones fueron causadas por enfermedades del sistema circulatorio (Aterosclerosis, Hipertensión, Infarto de miocardio, Accidente cerebro vascular. Arritmias, Insuficiencia cardíaca congestiva. ...).

Las enfermedades infecciosas, que incluyen COVID-19 virus identificado y COVID-19 sospechoso, fueron la tercera causa de muerte (20,9% del total), superando a los tumores (20,4%). Obviamente en la actualidad la muerte por COVID-19 es la primera causa por muerte, aunque en la actualidad la vacunación de la población ha frenado la prevalencia de la incidencia de la enfermedad.

Continuando con las enfermedades más prevalentes el grupo de las enfermedades respiratorias se situó como cuarta causa de muerte, con el 10,0% del total y una tasa de 48,9 fallecidos por cada 100.000 habitantes. Para interpretar la información sobre las defunciones relacionadas con la COVID-19 en esta Estadística ofrecida por el INE, es importante saber que en marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) (referencia que utiliza el INE para elaborar el catálogo de enfermedades en sus estadísticas) incorporó dos nuevos códigos a la Clasificación Internacional de Enfermedades en vigor (CIE-10): COVID-19 virus identificado para caracterizar las defunciones en las que se había identificado que el fallecido tenía esta patología y COVID-19 virus no identificado (sospechoso) para referirse a las defunciones en las que no se había podido identificar el virus en el fallecido, pero en las que el médico sospechaba que lo podía tener, al mostrar síntomas compatibles con la enfermedad. La Estadística se elabora en base a los Certificados Médicos de Defunción y a la aplicación de las normas de la OMS. Teniendo en cuenta esta aclaración, los fallecimientos por enfermedades infecciosas en España, aumentaron un 1.687,7% respecto a los cinco primeros meses de 2019. Cabe destacar que el 67,5% de las defunciones de este grupo correspondió a COVID-19 virus identificado y el 26,9% a COVID-19 sospechoso.

Por su parte, el número de fallecimientos por tumores aumentó un 0,5%, mientras que los debidos a enfermedades respiratorias descendieron un 6,6%. Por su parte, las defunciones por enfermedades del sistema circulatorio no experimentaron cambios.

Entre las enfermedades más frecuentes, las causas de muerte que más aumentaron respecto a los cinco primeros meses de 2019 fueron la diabetes (18,6%), las enfermedades hipertensivas (17,6%) y el Alzheimer (13,7%). Estos

incrementos fueron más acentuados durante los meses de marzo a mayo (del 39,5%, 37,1% y 27,3%, respectivamente).

La variación del número de fallecimientos en este periodo presentó distinta tendencia en los meses de enero y febrero y en los de marzo a mayo. Así, el número de defunciones descendió un 4,3% durante enero y febrero respecto al mismo periodo de 2019 (con 3.568 menos). Por su parte, en el periodo de marzo a mayo de 2020 el número de fallecimientos se incrementó un 44,8% (con 47.105 más).

Tabla 19: Defunciones según la causa de muerte más frecuente España. Enero-mayo 2020

	Enero a mayo		Enero y febrero		Marzo, abril y mayo	
	Valor	Variación	Valor	Variación	Valor	Variación
Total enfermedades	231.014	23,20%	78.784	-4,30%	152.230	44,80%
Covid-19 virus identificado	32.652	--	--	--	32.652	100,00%
Covid-19 sospechoso	13.032	--	--	--	13.032	100,00%
Enfermedades isquémicas del corazón	13.015	-3,60%	5.479	-9,90%	7.536	1,60%
Enfermedades cerebrovasculares	11.317	-0,30%	4.714	-2,40%	6.603	1,30%
Demencia	9.284	-4,80%	3.927	-9,5%	5.357	-1,00%

Fuente: Elaboración propia. Datos INE

B.- CASTILLA Y LEÓN

Tabla 20: Distribución de Defunciones por Gran grupo de causa de muerte según Sexo (%). Castilla y León. Avance enero-mayo de 2019 y de 2020.

ENFERMEDAD	Enero-mayo de 2019			Enero-mayo de 2020		
	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias ⁽¹⁾	1,5	1,7	1,6	28,7	28,3	28,5
00A Covid-19 Virus identificado	0,0	0,0	0,0	18,9	16,0	17,5
00B Covid-19 Virus no identificado (sospechoso)	0,0	0,0	0,0	8,7	11,2	9,9
II. Tumores	30,1	18,8	24,5	22,2	14,4	18,3
IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	3,2	4,3	3,7	3,2	4,2	3,7
V. Trastornos mentales y del comportamiento	3,8	7,1	5,5	2,5	4,5	3,5
VI-VIII. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	4,7	6,8	5,7	3,3	5,5	4,4
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	26,0	31,0	28,5	19,2	22,7	21,0
X. Enfermedades del sistema respiratorio	14,6	13,7	14,1	9,5	8,2	8,9
XI. Enfermedades del sistema digestivo	4,8	5,1	5,0	3,7	3,4	3,5
XIV. Enfermedades del sistema genitourinario	3,2	3,6	3,4	2,1	2,9	2,5
XX. Causas externas de mortalidad	4,2	2,6	3,4	3,2	2,1	2,6
Todas las causas de muerte	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Junta de Castilla y León. Dirección General de Presupuestos y Estadísticas con datos del INE

- (1) *I. Enfermedades infecciosas y parasitarias: dentro de este gran grupo se incluyen las dos causas de mortalidad asociadas a la Covid-19 y se desglosa en verificado y sospechoso.*

Comparando los porcentajes correspondientes a los cinco primeros meses de 2019 y 2020 destaca obviamente como enfermedad predominante en Castilla y León el COVID-19, inexistente en el año 2019. Las enfermedades que más han variado son, las Enfermedades del sistema circulatorio, que descendieron del 28,5 al 21,%; seguido de las enfermedades respiratorias que pasaron del 14,1 al 8,9; en el capítulo de tumores, la segunda causa más importante de defunción, también disminuyen pasando de un 24,5% al 18,3%.

C.-PALENCIA

No todos los datos están disponibles desagregados a nivel de municipio, en algunas ocasiones es necesario acudir a estadísticas referidas a la provincia. Los datos más recientes son por provincias de enero-mayo del 2020; los cuales aparecen en la tabla inferior:

Tabla 21 Distribución de Defunciones por Gran grupo de causa de muerte según Provincia de residencia (%). Castilla y León. Avance enero-mayo (2020)

ENFERMEDAD	Enero-mayo de 2020									
	Ávila	Burgos	León	Palencia	Salamanca	Segovia	Soria	Valladolid	Zamora	Castilla y León
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	32,8	22,4	24,6	19,2	33,3	36,2	37,4	27,1	19,6	28,5
00A Covid-19 Virus identificado	19,0	14,2	14,4	9,9	20,8	24,8	26,6	19,0	11,5	17,5
00B Covid-19 Virus no identificado (sospecha)	12,6	7,0	9,1	8,5	11,4	20,1	10,0	7,3	7,0	9,9
II. Tumores	15,4	18,8	18,1	21,9	17,9	12,8	14,1	22,2	18,2	18,3
III. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y trastornos de inmunidad	0,7	0,5	0,6	0,6	0,5	0,2	0,5	0,3	0,8	0,5
IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4,6	4,2	3,5	3,8	3,4	3,0	2,9	3,4	5,4	3,7
V. Trastornos mentales y del comportamiento	3,2	5,5	3,2	5,4	2,7	2,1	3,5	2,9	4,2	3,5
VI-VIII. Enfermedades del sistema nervioso y sensoriales	4,5	4,1	4,9	4,5	4,2	4,3	4,5	4,3	4,0	4,4
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	18,7	22,0	22,6	21,6	20,9	15,5	18,1	20,9	24,6	21,0
X. Enfermedades del sistema respiratorio	8,5	9,6	9,1	9,9	7,9	8,2	8,1	8,7	10,2	8,9

XI. Enfermedades del sistema digestivo	3,4	4,5	3,6	3,8	3,0	2,2	3,6	3,2	4,7	3,5
XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	0,6	0,4	0,8	0,3	0,3	0,4	0,2	0,4	0,3	0,5
XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	1,2	1,4	1,5	1,5	0,7	0,3	1,1	1,2	1,9	1,2
XIV. Enfermedades del sistema genitourinario	2,0	2,4	2,7	3,0	2,3	1,5	2,8	2,6	3,1	2,5
XV. Embarazo, parto y puerperio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
XVI. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1
XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	2,2	0,7	1,2	1,6	0,4	1,4	0,8	0,3	0,7	0,9
XX. Causas externas de mortalidad	2,1	3,5	3,4	2,7	2,2	1,9	2,3	2,3	2,1	2,6
Todas las causas de muerte	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia. Junta de Castilla y León. Dirección General de Presupuestos y Estadística con datos del INE.

Comparando Palencia con el resto de provincias de la comunidad, un dato importante es que Palencia ocupa el último lugar en cuanto a prevalencia de enfermos por COVID-19, 9 puntos por debajo de la media de Castilla y León, aunque el primer lugar de defunciones a causa de tumores. Destacar para finalizar que las enfermedades del corazón y el cáncer, suponen el 43% de las muertes en Palencia.

Los restantes valores no se diferencian significativamente con las restantes provincias, no existe ninguna causa de mortalidad especial que influya en la Ciudad por encima de su entorno.

1.2.-EDAD

El porcentaje mayor de personas que fallecieron por COVID-19, durante el período de comparación con las demás enfermedades de las que se tienen los últimos datos, publicados por Castilla y León, según la tabla 22, corresponde

sobre todo a personas mayores de 70 años. Es necesario recordar la elevada incidencia de la enfermedad que hubo en las residencias de ancianos, disminuyendo la misma según descendemos en la edad de los grupos. En términos generales, obviamente, los grupos que incluyen personas de mayor edad tienen una mayor prevalencia en relación con los fallecimientos por cuestiones del propio deterioro del cuerpo con el paso de la edad; es decir, en los grupos de mayor edad fallecen más por una determinada enfermedad por el simple hecho de tener también mayor probabilidad de morir por cuestiones naturales. Sin embargo, hay que destacar que no ocurre en todas las enfermedades. En el caso de enfermedades del aparato digestivo observamos que la prevalencia es mayor en los grupos de menor edad. Otro fenómeno que requiere un análisis, son las causas del fallecimiento externas al propio individuo como por ejemplo accidentes, que tienen en el grupo de edad comprendido entre los 0 a los 49 años, el mayor número de afectados. Las enfermedades del sistema circulatorio, son las segundas en prevalencia, va aumentando progresivamente como causa de muerte según vamos avanzando en edad, salvo en el grupo de 70-74 años en el cual tienen un menor porcentaje. Otras enfermedades con una alta prevalencia en cuanto a causar la muerte son las enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos, que como es lógico inciden mucho más en personas mayores.

Tabla 22: Defunciones por Gran grupo de causa de muerte en la provincia de Palencia. Castilla y León. Avance enero-mayo 2020.

Distribución de Defunciones por Gran grupo de causa de muerte según Grupo de edad.												
Castilla y León. Avance enero-mayo de 2020												
Gran grupo de causa de muerte	Grupo de edad											Total
	De 0 a 49 años	De 50 a 54 años	De 55 a 59 años	De 60 a 64 años	De 65 a 69 años	De 70 a 74 años	De 75 a 79 años	De 80 a 84 años	De 85 a 89 años	De 90 a 94 años	95 y más	
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias ⁽¹⁾	9,9	13,7	18,7	15,8	21,3	27,4	30,2	30,8	31,3	30,9	26,7	28,5
<i>00A Covid-19 Virus identificado</i>	5,5	6,4	13,4	12,5	14,4	20,3	21,1	20,4	19,3	17,1	13,3	17,5
<i>00B Covid-19 Virus no identificado (sospechoso)</i>	2,2	4,6	3,5	3,0	5,9	6,4	8,1	9,2	10,8	12,8	12,6	9,9
II. Tumores	29,7	34,2	42,5	48,2	40,4	35,3	26,1	20,3	14,0	9,3	5,3	18,3
IV .Enfermedades endocrinas,	2,9	2,7	1,9	2,2	3,6	3,2	3,8	3,7	3,5	3,8	5,0	3,7

nutricionales y metabólicas												
V. Trastornos mentales y del comportamiento	0,7	1,8	0,5	1,3	0,6	1,5	1,7	2,7	3,6	5,2	5,7	3,5
VI-VIII. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	4,0	5,0	3,7	2,0	2,5	3,6	4,4	6,2	4,6	4,6	3,3	4,4
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	15,4	18,3	12,6	16,0	16,5	13,7	18,0	18,4	20,9	23,9	29,0	21,0
X. Enfermedades respiratorio	4,8	6,4	3,7	4,1	5,6	7,4	7,8	7,4	10,5	9,8	11,0	8,9
XI. Enfermedades digestivas	6,2	5,9	6,1	3,9	3,9	3,8	2,5	3,3	3,4	3,5	3,2	3,5
XIV. Enfermedades genitourinarias	0,0	0,5	0,5	0,2	0,4	0,6	2,0	1,9	3,2	3,2	3,9	2,5
XX. Causas externas de mortalidad	19,4	9,1	5,6	4,1	3,5	2,3	1,6	2,3	2,4	1,8	1,7	2,6

Fuente: Elaboración propia. Junta de Castilla y León. Dirección General de Presupuestos y Estadística con datos del INE.

(1) Enfermedades infecciosas y parasitarias: dentro de este gran grupo se incluyen las dos causas de mortalidad asociadas a la Covid-19 y se engrosa la información disponible.

1.3- EFECTOS DE LA PANDEMIA DEL COVID- 19 SOBRE LA SALUD MENTAL.

El Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), realizó el primer estudio científico sobre Salud Mental durante la pandemia se basa en una muestra representativa de la población española con más de 3000 entrevistas incluyendo. El estudio fue publicado el 4 de marzo de 2021

Este sondeo revela que el 23,4% de la población ha sentido mucho o bastante “miedo a morir debido al coronavirus”, un 18,4% entre los hombres y un 28,3% entre las mujeres. Por edad, los que más miedo han sentido a morir a causa del COVID-19 son las personas de 55 a 64 años. (Un 26,2%) respecto al conjunto de todos los rangos de edad.

Según la encuesta sobre Salud Mental realizada por el CIS, un 35,1% reconoce que “ha llorado debido a la situación en la que estamos por el COVID-19”, un 16,9% de hombres y un 52,8% de mujeres. Por edad, los más jóvenes, los de 18 a 24 años, son los que más reconocen que han llorado por la situación de pandemia (42,8%).

También se preguntó si desde que empezó la epidemia se han sentido mal por algún motivo. Un 41,9% “ha tenido problemas de sueño”, un 51,9% ha reconocido “sentirse cansado o con pocas energías” y un 38,7% ha tenido “dolores de cabeza”, entre otros problemas como taquicardias, mareos o desmayos. Además, en este último año un 61,2% de los españoles se siente más preocupado por su salud que antes.

Un capítulo importante a destacar es la Salud mental en menores. La encuesta manifiesta que se han reflejado cambios en el comportamiento de los niños y adolescentes. Un 52,2% de los padres que tienen hijos menores de edad (843 entrevistas de la muestra) con los que han convivido durante la pandemia han notado cambios en la manera de ser de sus hijos. De aquellos que han notado algún cambio en el comportamiento de sus hijos o nietos convivientes, un 72,7 % asegura que sus hijos o nietos han sufrido “cambios de humor”, un 78,6% “cambios en los hábitos de vida” y un 30,4% “cambios en el sueño”.

Un dato que se ha subrayado en la encuesta es adultos jóvenes es el incremento de la prescripción de psicofármacos (más del doble de los prescritos con anterioridad al inicio de la pandemia) en el rango de edad de adultos jóvenes, sobre todo de ansiolíticos, antidepresivos e inductores del sueño, y con duración de tratamientos superiores a 3 meses.

La pandemia ha puesto en evidencia el impacto de las olas de COVID sobre la salud mental. El barómetro del CIS de junio 2021, señala que seis de cada diez españoles tienen síntomas de depresión y ansiedad. La irrupción de la pandemia de covid-19 y los cambios en la vida social han afectado a la salud mental de la población.

Superado el primer impacto del coronavirus que significó el confinamiento y la incertidumbre que obligó a la población a adaptarse a una nueva realidad cambiante, los colectivos más vulnerables, como las personas con alguna enfermedad mental crónica o sobrevenida, han comenzado a mostrar síntomas de agotamiento. Algunas enfermedades mentales con la situación de pandemia que vivimos se han agravado. La pandemia favorece las nuevas conductas de aislamiento, precauciones, normas repetitivas, etc... las cuales a algunas personas les ha supuesto un agravamiento de sus trastornos de base o el comienzo de nuevos síntomas.

Las personas de una edad intermedia y mayor han tenido más riesgo de tener pérdidas significativas de amigos, parejas, padres, etcétera. La pandemia no sólo implica el haber padecido la enfermedad o perder familiares si no también ha producido consecuencias sociales y económicas que generan mayor estrés como perder el trabajo, no poder trabajar, no cobrar el sueldo.

El confinamiento, las restricciones, la falta de contacto social, las dificultades para la conciliación, el miedo al contagio, los problemas económicos

y laborales, los cambios de hábitos o los duelos no resueltos afectan, y mucho, a la salud mental de la población. La crisis del coronavirus tiene un fuerte impacto en el ámbito sanitario y pasa factura también en el bienestar emocional, lo que obliga a adoptar medidas para afrontar la 'otra' pandemia, que se traduce en angustia, estrés, temor, ansiedad, depresión o trastornos del sueño.

El coronavirus está afectando la salud mental de muchas personas. Datos de estudios recientes muestran un aumento de la angustia, la ansiedad y la depresión especialmente trabajadores de la salud, que, sumadas a la violencia, los trastornos por consumo de alcohol, el abuso de sustancias, y las sensaciones de pérdida, son importantes factores que pueden incrementar el riesgo de que una persona decida quitarse la vida.

Después del periodo de confinamiento, desescalada y vacuna, ha habido un mayor incremento de problemas de trastornos de ansiedad y posibles trastornos depresivos. También ha habido un incremento de trastornos obsesivos compulsivos relacionados con rituales de limpieza. A su vez, hemos observado la presencia de ideaciones suicidas de diferentes niveles y un aumento significativo de autolesiones con una función de regulación emocional sin intencionalidad suicida.

El número de suicidios observado durante esta época COVID, no es significativamente mayor que el número de suicidios esperado. Las interpretaciones que se ofrecen sobre este resultado son las siguientes: En primer lugar, el incremento auto informado de los niveles de ansiedad, depresión y pensamientos de suicidio no parece haberse traducido en un aumento correlativo de los suicidios, al menos en los países que formaron parte del estudio. La rápida implementación por parte de los gobiernos y otras instituciones oficiales de nuevas vías de acceso a los servicios de salud mental parece haber constituido un aspecto crucial en la prevención del suicidio. En segundo lugar, se han puesto en marcha diversos factores de protección, como la presencia de un sentimiento colectivo de comunidad, el apoyo a personas vulnerables a través de las nuevas tecnologías, o la permanencia de largos periodos de tiempo acompañados en el hogar, reduciendo así el estrés y la sensación de aislamiento y vacío.

Como se apuntaba en la primera de las explicaciones es necesario diferenciar entre las personas fallecidas como muerte por suicidio por haber sido diagnosticado de esta manera por el patólogo forense, de los intentos de suicidio y autolesiones. Si se incluye como conducta suicida desde la ideación a los intentos, pasando por las autolesiones. En términos generales se habla de un incremento de los intentos de suicidio en la región del 10% en esta crisis sanitaria del coronavirus. Fuentes policiales y médicas también apuntalan esta mayor casuística.

La conducta suicida es un fenómeno complejo y multifactorial, no se puede atribuir a una causa concreta, la crisis sanitaria, el confinamiento, su repercusión en el mercado laboral, en la soledad, el encierro, son algunos de esos factores. Se sabe que la pandemia es un factor de riesgo y que después del confinamiento hay más gente con ideación suicida. Sin embargo, como se decía al comienzo del capítulo, no ha ocurrido así con las muertes voluntarias consumadas, que permanecen estables.

Después del confinamiento hay más gente con ideación suicida. También se constata que son personas diagnosticadas que no han podido continuar con su tratamiento y el ajuste de su medicación, situaciones crisis económicas, emocionales (perder a un familiar y no poder despedirse). Si se juntan muchas situaciones y no son tratadas, aunque no tengan diagnóstico, viven una angustia constante y llegan los miedos. Si no tienen tratamiento o no piden ayuda, llegan a suicidarse. El abordar la complejidad de las conductas suicidas comienza por identificar los factores de riesgo y de protección. Los factores de riesgo clave abarcan desde los sistemas sanitarios y la sociedad hasta los niveles comunitario, relacional e individual.

Las tentativas de suicidio y autolesión en población infantil y juvenil han aumentado un 250 % a causa de la pandemia. El suicidio es la principal causa de muerte no natural entre jóvenes de 15 a 29 años, algo que no había ocurrido desde que se registran datos y que los especialistas relacionan con el estallido de la pandemia de la Covid-19.

España ha registrado en los últimos meses el doble de urgencias psiquiátricas infantiles, casos de ansiedad, depresión y autolesiones e intentos de suicidio adolescentes. La herencia de la Covid-19 resulta incalculable a día de hoy. A las complicaciones físicas de la enfermedad y los efectos económicos que ha supuesto la pandemia, hay que sumarle las secuelas psicosociales, especialmente en la población infantil y juvenil. Según los datos ofrecidos durante el II Congreso Digital de la Asociación Española de Pediatría (AEP), los especialistas alertaron sobre cómo este impacto empieza a saturar las consultas.

Se han duplicado las urgencias psiquiátricas infantiles, los trastornos de conducta alimentaria —que son cada vez más graves—, los casos de ansiedad, trastornos obsesivo-compulsivos, depresión y las autolesiones e intentos de suicidio en adolescentes. También se ha incrementado la violencia sobre los menores, el maltrato y los abusos; y se ha disparado el consumo de pantallas en niños y jóvenes.

En el apartado sobre la infancia, la encuesta del CIS sobre los efectos psicológicos de la pandemia muestra que el 52,2% de los padres que han convivido con sus hijos menores ha percibido cambios en su forma de ser. El

72,7% de ellos asegura que estos han mostrado cambios de humor y un 30,4% cambios en el sueño.

Dentro de las familias, los niños no son ajenos a los problemas del día a día, tanto de salud como sociales y económicos, generados por la Covid-19 quien señala también el aislamiento como un elemento crítico para la desestabilización de los adolescentes y el abuso de las redes sociales como un factor de riesgo.

Además, los niños también son susceptibles al estrés que ha supuesto para las familias los problemas de salud de familiares que han enfermado o que han fallecido, así como a las consecuencias económicas que haya podido tener la pandemia en sus familias. Ven todo el día las noticias, ven a sus padres preocupados..., todo eso crea ansiedad, sobre todo si de base ya hay un trastorno. Determinados trastornos que ya estaban presentes antes de la pandemia, como son alteraciones graves de la conducta de alimentación –con casos de anorexia y bulimia especialmente presentes en niñas entre los 13 y los 16 años-, así como conductas de tipo autolesivo, incluso, de tipo suicida. En ocasiones lo que la pandemia ha hecho es agravar una situación que ya existía previamente, y otras veces ha aflorado una nueva patología.

Es posible supervisar los efectos negativos que la pandemia puede estar causando en la salud mental de los menores y minimizar sus consecuencias, por ejemplo, supervisando la trayectoria educativa y social de los niños y adolescentes y evitando en la medida de lo posible que no pierdan algunas de sus rutinas y el contacto con sus amigos, aunque sea adaptándolo a las normas sanitarias actuales.

Durante este período de pandemia se han ido alterando muchas de las rutinas de horarios, de sueño o de actividad física, cultural o deportiva, así como los patrones de alimentación. Además, hay que añadir la incertidumbre por el futuro, el miedo a los contagios intrafamiliares con pérdidas de contacto o de familiares queridos, los problemas laborales de los padres o a la adversidad económica en muchas familias. Todas estas situaciones han sido motivo de estrés crónico, una situación que puede desencadenar psicopatología en niños y adolescentes.

1.4.-CAUSAS EXTERNAS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD.

Además de la Muerte natural que no se asocia ninguna causa externa o extraña al organismo como causa del fallecimiento. La etiología de la muerte en la mayoría de los casos es endógena, aunque puede ser exógena, como ocurre en las infecciones, esta tendría que ser espontánea.

Existen otros tipos de muerte que son causadas por causas externas al individuo. El concepto que se emplea es *Muerte violenta* definido por aquel

fallecimiento que se debe a un mecanismo suicida, homicida o accidental, es decir, externo al individuo. A su vez se dividen en diferentes tipos:

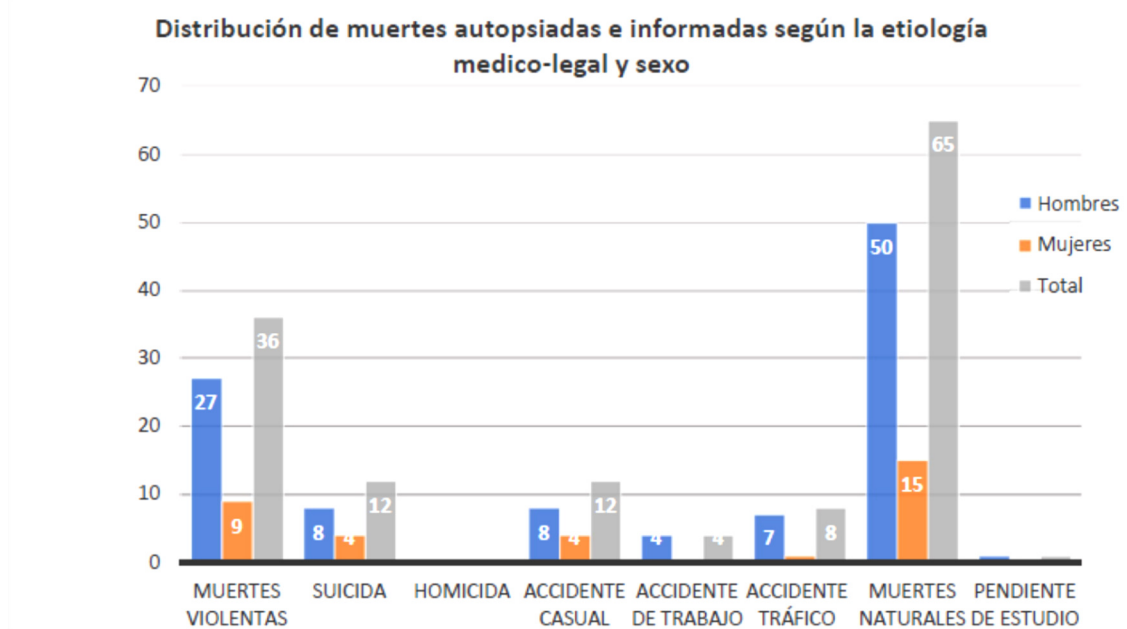
- Suicida: lesiones auto-infligidas que conducen a la muerte del individuo.
- Homicida: lesiones provocadas intencionalmente por otra persona que conducen a la muerte de otro individuo.
- Accidental: muertes que se producen en el ámbito laboral, accidentes de tráfico, incendios, atragantamientos, precipitaciones, etc.

Otra causa de muerte es la denominada *Muerte sospechosa de criminalidad*: Es aquella muerte, que en un primer momento se consideró como natural, pero se presenta con indicios de que haya podido intervenir un factor exógeno al organismo y esto genere dudas en el diagnóstico definitivo. Un ejemplo es la muerte súbita.

Aunque las definiciones de los diferentes tipos de *Muerte violenta* parecen elementales, en la realidad no siempre ocurre de manera tan obvia, siendo así comunes los casos en los que esta separación entre muerte natural y violenta puede encontrarse en un territorio limítrofe.

Para un estudio completo del estudio de causas de mortalidad es necesario analizar las causas externas al propio individuo, es decir aquellas que no son debidas a enfermedades o al normal deterioro por el paso de los años de los años de tejidos y órganos. Dentro de ellas, las más importantes son los accidentes, incluyendo los de tráfico, caídas, ahogamiento y otros tipos, seguidas por el suicidio. Las agresiones no son causa importante de mortalidad, aunque puedan contribuir a la morbilidad por lesiones.

Tabla 23: Datos extraídos del Instituto Medicina Legal de Palencia, que incluye también las localidades de Carrión de los Condes y Cervera. Correspondientes al año 2020.



Fuente: Memoria anual del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF) de Palencia, Salamanca y Valladolid 2020

Tabla 24: La distribución de las muertes por suicidio por edades muestra como casi la mitad de los suicidios tuvieron lugar entre los 61 y 80 años.

	Hombres	Mujeres	Total
Hasta 10 años	0	0	0
De 11 a 20	0	0	0
De 21 a 30	1	0	1
De 31 a 40	0	2	2
De 41 a 50	2	1	3
De 51 a 60	1	0	1
De 61 a 70	2	0	2
De 71 a 80	2	0	2
De 81 a 90	0	1	1
De 91 a 100	0	0	0
Más de 100	0	0	0
Total	8	4	12

Fuente: Memoria anual del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF) de Palencia, Salamanca y Valladolid 2020

El dato es inquietante, muy preocupante, puesto que las muertes por lesiones auto infligidas superan en la última década en Palencia a las sucedidas con residentes en la provincia en accidentes de circulación, según unas anteriores tablas del INE (Instituto Nacional de Estadística), que revelaban 119 fallecimientos por suicidio entre 2008 y 2017 (99 de ellos, de hombres y 20, de mujeres) en Palencia, frente a las 111 víctimas mortales registradas en las carreteras por siniestros de tráfico. 2010 fue el año más negro en este sentido, con 21 muertes por suicidio, tres más que las debidas a accidentes, pero también 2015, con 20 fallecidos por lesiones auto infligidas, si bien en las carreteras «solo» hubo cinco víctimas mortales.

Informes sobre seis agresiones sexuales y 588 lesionados

La memoria del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Palencia, Salamanca y Valladolid correspondiente a 2020 cifra en 872 los

reconocimientos realizados el pasado año en Palencia, incluyendo las revisiones, y en 50, los informes remitidos a la vista. La relación de lesionados reconocidos ascendió a 588: 50, por accidentes de tráfico; 463, por agresiones; 26, por accidente laboral y 499, por otras causas.

En cuanto a los informes psiquiátricos, el número de personas reconocidas fue de 287, incluyéndose 98 incapacidades, 129 internamientos y 60 imputabilidades. En lo que respecta a agresiones sexuales, se informó de seis en 2020 (dos de ellas en el primer trimestre del año; tres, en el segundo y una, en el tercero), mientras que los informes remitidos en procedimientos de malas praxis fueron cuatro.

Por último, la memoria anual del IMLCF de Palencia, Salamanca y Valladolid refiere las actuaciones periciales psicológicas y sociales derivadas de la violencia de género y las civiles de familia correspondientes a la Subdirección de Palencia. Los dos equipos psicosociales adscritos a ella dieron entrada a 55 asuntos penales de violencia de género relacionada con adultos y resolvieron los 55, siete de ellos con valoración de riesgo, y abordaron otros dos con menores como víctimas. Además, dieron entrada a 101 asuntos propios de familia (85 resueltos) y dos de maltrato infantil (los dos resueltos).

Ahora, según el último estudio del Instituto Nacional de Estadística, relativo a 2018, fueron 97 personas en Palencia las que fallecieron por lo que se conoce como causas externas de mortalidad. De ellas, 12 en accidentes de tráfico (9 hombres y 3 mujeres); 11 por caídas accidentales; 38 por ahogamiento y sofocación (10 hombres y 28 mujeres); 14 por suicidio (11 hombres y 3 mujeres), y 20 muertes están catalogadas como 'otros accidentes.

Siguiendo las recomendaciones internacionales de la OMS, la clasificación de causas de muerte se investiga en función de la causa básica del fallecimiento, según la enfermedad que inició la cadena de acontecimientos patológicos que llevaron hasta el fatal desenlace. Según explica el INE, cuando la causa es una lesión traumática, se considera causa básica las circunstancias del accidente que produjo la lesión fatal. Precisamente, este conjunto o cadena de enfermedades es la que debe facilitar el médico que certifica la defunción.

Los datos sobre causas de muerte se recogen en tres modelos de estadística: el Certificado Médico de Defunción, el Boletín Estadístico de Defunción Judicial y el Boletín Estadístico de Parto (para los que fallecen antes del primer día de vida). En Palencia en 2018, cinco bebés fallecieron con menos de un año de vida y uno no superó la semana.

El primero recoge los datos de los fallecidos por causas naturales sin que se precise la intervención de un juez, mientras que el segundo está dirigido a obtener la información de los fallecidos por causas que requieren una intervención judicial por haber indicios de posible causa accidental o violenta.

2.- LA POBLACIÓN CON PROBLEMAS ESPECIALES: DISCAPACIDAD y/o DEPENDENCIA

En cualquier Plan de Salud es muy importante analizar las necesidades y características de las personas afectadas de Discapacidad o Dependencia. La discapacidad se refiere a los límites de las personas para realizar algunas actividades. La dependencia tiene que ver con la falta de autonomía de las personas que no pueden valerse por sí mismas en la vida diaria.

Existen muchas personas que sufren algún tipo de discapacidad, sin embargo, esas personas son completamente autónomas. La diferencia entre discapacidad y dependencia es muy fácil de comprender cuando se hace una pequeña lista con los tipos de discapacidad que existen. En discapacidad física o motora las funciones motoras o físicas están disminuidas o ausentes; por ejemplo, en un brazo o en una pierna. Una persona con dificultades para caminar no tiene por qué depender de otra. Puede llevar una vida completamente autónoma. En los demás tipos de discapacidades, sensorial psíquica e intelectual, la diferencia entre discapacidad y dependencia queda clara pues una persona por ejemplo invidente no tienen por qué depender de otra. Las personas con diversidad psíquica o psicológica que presentan trastornos mentales como la depresión o la ansiedad, por ejemplo, estos trastornos son incapacitantes, como puede apreciarse en todos los tipos es cuestión de grados, dependiendo la discapacidad o la dependencia en virtud de que la patología incapacita o provoca la necesidad de ayuda de otra persona para realizar sus actividades diarias de supervivencia y autocuidado. La gran diferencia existente entre discapacidad y dependencia estriba en que, una persona con discapacidad puede mantener su autonomía y, entonces, no estar en situación de dependencia. Es decir, que una discapacidad no tiene que significar necesariamente la necesidad de dependencia.

La situación de dependencia es la situación permanente en la que se encuentran las personas que por diversas causas (edad, enfermedad, discapacidad, etc.) han perdido parte o toda su autonomía física, mental, intelectual o sensorial y necesitan de la ayuda de otra persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria, o de otros apoyos para su autonomía personal. La autonomía, por lo tanto, según la Ley 39/2006, 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, es la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

La dependencia se da cuando la persona tiene limitaciones en la actividad que requieren el apoyo imprescindible de otra u otras personas para realizar, de forma adecuada, las tareas más elementales, como el cuidado personal, las

actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas. Estas son las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) contempladas por la Ley 39/2006 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

A.- DISCAPACIDAD

Comenzando con las personas con Discapacidad, solamente tendrán la consideración de “personas con discapacidad” aquellas que hayan obtenido un grado igual o superior al 33%. El Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, en su Artículo 4 establece que:

1. Son personas con discapacidad aquellas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, previsiblemente permanentes que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

2. Además de lo establecido en el apartado anterior, y a todos los efectos, tendrán la consideración de personas con discapacidad aquellas a quienes se les haya reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por ciento.

Conforme a ello, según los datos del IMSERSO en España, las personas en que concurren dichas condiciones y que, por tanto, tienen la “consideración de persona con discapacidad” ascienden a 3.257.058 (93.066 más que a 31 de diciembre de 2018, un incremento del 2,9%), de las cuales 1.637.077 son hombres y 1.619.981 son mujeres.

Tabla 25: Distribución por edades en Castilla y León

	AÑO: 2019		
	SEXO		
	Mujer	Varón	Total
De 0 a 4 años	239	472	711
De 5 a 9 años	495	1.059	1.554
De 10 a 14 años	735	1.462	2.197
De 15 a 19 años	859	1.446	2.305
De 20 a 24 años	1.031	1.351	2.382
De 25 a 29 años	1.187	1.668	2.855
De 30 a 34 años	1.578	2.197	3.775
De 35 a 39 años	2.385	3.266	5.651
De 40 a 44 años	3.787	4.708	8.495
De 45 a 49 años	4.816	6.362	11.178
De 50 a 54 años	6.298	8.091	14.389
De 55 a 59 años	7.658	9.872	17.530

De 60 a 64 años	7.852	10.369	18.221
De 65 a 69 años	7.226	9.477	16.703
De 70 a 74 años	7.141	8.647	15.788
De 75 a 79 años	7.012	7.151	14.163
De 80 a 84 años	8.135	6.035	14.170
De 85 a 89 años	8.163	4.617	12.780
De 90 a 94 años	4.824	2.339	7.163
De 95 y más años	4.195	1.685	5.880
TOTAL	85.616	92.274	177.890

Fuente: Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León

Tabla 26: Personas reconocidas con grado de discapacidad igual o superior al 33% en Palencia. Desglosado por sexo y sexo. Año 2019.

Discapacidad	Auditiva		Física		Intelectual		Mental		Visual		TOTAL
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
De 0 a 4	3	1	11	12	13	12	1	0	1	0	54
De 5 a 9	2	48	14	8	28	21	38	84	3	61	307
De 10 a 14	4	3	17	16	54	45	55	18	4	1	217
De 15 a 19	4	5	26	20	77	48	27	6	4	2	219
De 20 a 24	2	5	22	16	58	42	24	10	1	4	184
De 25 a 29	6	20	27	38	57	51	38	85	7	19	348
De 30 a 34	1	43	66	63	74	75	49	126	18	51	566
De 35 a 39	16	44	115	85	67	36	80	89	20	47	599
De 40 a 44	12	2	170	138	77	43	106	7	23	4	582
De 45 a 49	32	52	260	192	75	18	113	86	30	48	906
De 50 a 54	48	18	400	204	87	17	151	54	45	36	1060
De 55 a 59	61	8	540	406	73	48	124	31	56	11	1358
De 60 a 64	88	11	693	387	66	47	121	43	66	18	1540
De 65 a 69	75	46	571	340	60	47	103	99	60	56	1457
De 70 a 74	74	17	471	314	48	68	78	71	50	21	1212
De 75 a 79	42	32	419	378	26	68	60	103	42	39	1209
De 80 a 84	35	4	336	379	21	21	56	3	33	2	890
De 85 a 89	43	34	297	415	14	58	42	129	25	41	1098
De 90 a 94	18	65	146	215	13	16	31	100	18	92	714
De 95 y más	4	23	131	204	12	10	42	54	18	55	553
TOTAL	570	481	4732	3830	1000	791	1339	1198	524	608	15073

Fuente: base estatal de datos de personas con valoración del grado de discapacidad.

B.- DEPENDIENTES

Las cifras sobre la atención a personas calificadas como Dependientes ofrecidos por los Servicios sociales de la Junta de Castilla y León para la provincia de Palencia de acuerdo al catálogo de servicios que se prestan a través de la red pública de servicios sociales de la Comunidad Autónoma (de titularidad pública y privados concertados debidamente acreditados) son los siguientes:

1. Servicio de prevención de las situaciones de dependencia.
2. Servicio de promoción de la autonomía personal.
3. Servicio de teleasistencia.
4. Servicio de ayuda a domicilio.
5. Centro de día.
6. Centro de noche.
7. Centro residencial.

Tabla 27: Distribución de personas Dependientes y prestaciones concedidas

DATOS MÁS RELEVANTES (31-5-2021)		
Personas con derecho a prestación	7.620	
Personas beneficiarias con prestaciones concedidas	7.617	
PRESTACIONES RECONOCIDAS		
PRESTACIONES	Nº prestaciones concedidas.	% Respecto a prestaciones concedidas
Prevención dependencia y Promoción de la Autonomía Personal	1.237	11,64%
Teleasistencia	1.001	9,42%
Ayuda a domicilio	1.514	14,25%
Centros Día/Noche	777	7,31%
Atención Residencial	783	7,37%
P.E. Vinculada al servicio	3.150	29,64%
P.E. Asistencia Personal	76	0,72%
SUBTOTAL SERVICIOS	8.538	80,34%
P.E. Cuidados Familiares	2.089	19,66%
SUBTOTAL PRESTACIONES ECONÓMICAS	2.089	19,66%
TOTAL PRESTACIONES	10.627	100,00%

Fuente: Servicios Sociales Junta de Castilla y León

Tabla 28: Distribución de personas Dependientes y prestaciones concedidas en Palencia

DATOS MÁS RELEVANTES (31-3-2021)	
Personas beneficiarias con prestaciones concedidas	2.040
NÚMERO DE PRESTACIONES DISTRIBUÍDOS POR CEAS	
CEAS NORESTE	641
CEAS CENTRO	435
CEAS NORTE	289
CEAS SUR	678
DISTRIBUCIÓN PRESTACIONES RECONOCIDAS	
Prevención dependencia y Promoción de la Autonomía Personal	40
Teleasistencia (1)	67
Ayuda a domicilio	643
Centros Día/Noche	126
CEF (Cuidados Entorno Familiar).	870
Atención Residencial	1
P.E. Vinculada al servicio	253
P.E. Asistencia Personal	40
TOTAL PRESTACIONES	2.040

(1) Es una prestación que aparece junto al Servicio de ayuda a domicilio o a la prestación vinculada al servicio o al Centro de día.

Fuente: servicios sociales de la Junta de Castilla y León:

Las siglas PVS. Corresponden a la Prestación vinculada al servicio a contribuir a la cobertura de los gastos derivados de la atención prestada en un centro residencial privado, tanto en estancia permanente como temporal, para las personas que tienen reconocida su condición de beneficiarias de plaza pública foral residencial, y se encuentran en proceso de asignación de plaza.

Los cuidados en el entorno familiar (**CEF**) Es una prestación dirigida a personas con cualquier grado de dependencia, destinada a cubrir los gastos derivados de la atención prestada en el domicilio por la persona cuidadora no profesional

El Servicio de Promoción de Autonomía Personal (**PAP**) tiene por finalidad desarrollar y mantener la capacidad personal de controlar, afrontar y tomar decisiones acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias y facilitar la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria.

Por su parte los Servicios Sociales Municipales realizan también una labor de apoyo y asistencia a las personas en situación de dependencia y discapacidad por medio fundamentalmente del Servicio de Ayuda a domicilio y el Programa de Orientación y Asesoramiento E.P.A.P. Serán descrito sen capítulos posteriores.

3.- ESPERANZA DE VIDA

El nivel de esperanza de vida de una población tiene una enorme importancia en la composición de su estructura por edades, rejuveneciéndola en función de la menor o mayor amplitud que sostiene la expectativa de vida media

de la población. Pero no sólo tiene importancia su análisis por la influencia que ejerce sobre la composición por edades de la población, sino que en sí misma, es un indicador de primer orden para valorar el grado de desarrollo de evolución de la sociedad. La esperanza de vida representa el número medio de años que se espera que una persona viva desde el momento en el que nace si los patrones de mortalidad vigentes al momento de su nacimiento no cambian a lo largo de la vida del infante

España ocupa la primera posición en Esperanza de Vida al nacer en mujeres (86,3 años) entre los países de la UE-28 (UE: 83,6) seguida de Francia (85,9); y la tercera posición en hombres (80,7; UE: 78,3), tras Italia (81,2) y Chipre (80,9).6.

Por Comunidades Autónomas, Madrid (85,4 años) es la comunidad con una mayor EV, seguida por Navarra (84,4 años), Castilla y León (84,2 años) y País Vasco (84,1 años). Por su parte, Ceuta y Melilla (81,0 años) y Andalucía (81,9 años) son las ciudades y comunidad autónomas donde la esperanza de vida es menor.

Tabla 29: Comunidades autónomas con más esperanza de vida de España.

	Comunidad Autónoma	Años
1	Madrid	84,99
2	Navarra	84,57
3	Castilla y León	84,20
4	País Vasco	83,97
5	Aragón	83,90
6	Cataluña	83,83
7	La Rioja	83,81
8	Illes Balears	83,71
9	Cantabria	83,60
-	Media Nacional	83,58
10	Castilla-La Mancha	83,57
11	Galicia	83,51
12	Comunitat Valenciana	83,00
13	Asturias	82,83
14	Canarias	82,79
15	Extremadura	82,79
16	Murcia	82,63
17	Andalucía	82,22

Fuente. Elaboración propia. INE

Tabla 30: Esperanza de vida de sus habitantes por provincias

	PROVINCIA	ESPERANZA DE VIDA
1	Madrid	84,99
2	Álava	84,78
3	Guadalajara	84,73
4	Salamanca	84,7
5	Segovia	84,7
6	Valladolid	84,63
7	Navarra	84,57
8	Soria	84,52
9	Burgos	84,5
10	Teruel	84,2
11	Guipúzcoa	84,16
12	Huesca	84,13
13	Barcelona	84,01
14	Ávila	83,93
15	La Rioja	83,81
16	Toledo	83,8
17	Zaragoza	83,79
18	Illes Balears	83,71
19	Lugo	83,69
20	Vizcaya	83,63
21	Cuenca	83,63
22	León	83,63
23	Cantabria	83,6
24	Pontevedra	83,58
-	Media Nacional	83,58
25	Ourense	83,57
26	Lleida	83,55
27	Zamora	83,4
28	Cáceres	83,39
29	A Coruña	83,37
30	Tarragona	83,37
31	Albacete	83,33
32	Palencia	83,25
33	Alicante	83,21
34	Girona	83,19
35	Santa Cruz de Tenerife	83,07
36	Ciudad Real	82,97
37	Valencia	82,89
38	Asturias	82,83

39	Castellón	82,79
40	Córdoba	82,76
41	Murcia	82,63
42	Málaga	82,6
43	Granada	82,47
44	Las Palmas	82,47
45	Badajoz	82,42
46	Jaén	82,24
47	Almería	82
48	Sevilla	82
49	Huelva	81,87
50	Cádiz	81,74

Fuente: Elaboración propia a partir del INE. Indicadores demográficos básicos (publicado en diciembre de 2020 con datos definitivos de 2019).

Es necesario tener en cuenta que la utilización de la esperanza de vida, como indicador general del nivel de salud de la población, no proporciona información sobre la calidad de vida de los individuos, si se desarrolla con buena salud o, por el contrario, con alguna discapacidad o dependencia. Sin embargo, los años de esperanza de vida en buena salud (o años de vida saludable) proporcionan información sobre la calidad de vida en términos de salud del horizonte de años de vida de los individuos. Se considera condición de buena salud la ausencia de limitaciones funcionales o de discapacidad. Sin embargo, las enfermedades crónicas, los problemas mentales y la discapacidad física aumentan su prevalencia con la edad y reducen la calidad de vida de las personas que sufren estas condiciones de salud y de las personas de las que dependen.

4.- SALUD AUTOPERCIBIDA.

La salud autopercebida es un indicador de salud subjetivo que proporciona información sobre la salud física y mental del individuo y se utiliza como predictor de la mortalidad, de la morbilidad y del uso de los servicios sanitarios. Su simplicidad y la recomendación de la OMS de que se incluya como parte estándar de las encuestas de salud, lo han convertido en una de las aproximaciones al nivel de salud de la población más utilizadas. En España, según datos de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE), el 74,0% de la población valora su estado de salud como bueno o muy bueno. Los hombres declaran un mejor estado de salud que las mujeres: el 77,8% y el 70,4% respectivamente. Por otra parte, el 42,2% de los españoles de 65 y más años poseen una valoración positiva de su estado de salud, lo que nos sitúa ligeramente por encima de la media europea (UE: 41,8%). La percepción de un

estado de salud positivo disminuye con la edad. Así en el grupo de 65 y más años, el 45,4% de la población perciben su estado de salud como positivo, con marcadas diferencias por sexo: el 52,3% de los hombres y el 40,0% de las mujeres. En la población de 85 y más años, estos valores descienden a 34,5% en los hombres y a 31,4% en las mujeres. La población de edad avanzada que percibe su salud como buena o muy buena es claramente inferior en las personas con un nivel de estudios básico e inferior, especialmente en las mujeres.

Distribuyendo la población por Comunidades Autónomas, Castilla y León se sitúa en las categorías regular, malo y muy malo, se sitúa en puntuaciones cercanas a la media nacional, sin embargo en la categoría de salud autopercebida *buena* y *muy buena*, hay una diferencia de cinco puntos, en el primer caso por debajo de la media española y en el segundo por encima de la media.

Tabla 31: Salud autopercebida. Distribuida por Comunidades Autónomas.

INE. (2020)

	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
Total Nacional	26,64	47,38	18,85	5,48	1,65
Andalucía	22,45	51,51	18,29	5,22	2,53
Aragón	23,11	50,49	19,86	5,66	0,88
Principado de Asturias.	6,39	63,21	23,87	5,69	0,84
Baleares	50,53	31,35	13,13	3,94	1,05
Canarias	23,94	49,37	19,14	5,48	2,07
Cantabria	43,58	30,65	16,91	6,22	2,65
Castilla y León	21,04	52,4	19,72	5,78	1,06
Castilla - La Mancha	29,08	46,52	18,48	5,03	0,9
Cataluña	28,41	45,18	18,61	6,06	1,75
Comunidad Valenciana	32,68	42,88	17,29	6,17	0,98
Extremadura	33,31	45,67	17,29	3,27	0,47
Galicia	10,87	53,75	26,18	7,74	1,45
Comunidad de Madrid.	31,82	44,85	17,04	4,56	1,74
Región de Murcia	32,45	42,59	18,06	4,94	1,96
Comunidad Foral de Navarra.	24,59	48,63	18,62	5,65	2,5
País Vasco	23,7	47,38	22,46	5,05	1,4

La Rioja.	20,99	52,74	19,88	4,87	1,51
Ceuta	12,55	61,5	20,07	5,29	0,58
Melilla	17,69	59,93	17,66	3,72	0,99

5.- CALIDAD DE VIDA

Para analizar el tema de la calidad de vida es importante analizar el estudio elaborado por la compañía aseguradora y entidad financiera Kelisto (2018). El análisis realizado por Kelisto analiza 50 capitales de provincia, más las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Para cada una de ellas, ha examinado cifras sobre 14 productos y servicios de cinco categorías: vivienda (compra y alquiler), impuestos (IBI, impuesto de circulación y tasa de basuras), transporte público y privado, (precio del billete sencillo de autobús y del bono de 10 viajes, de los taxis y de la gasolina), compra (cesta de la compra, coste de una barra de pan y de un litro de leche) y ocio (precio de una entrada de cine y de una caña).

Para determinar cuáles son las localidades más caras y más baratas, se calculó la diferencia que hay respecto a la media nacional en todas las variables y para todas las ciudades. Estos porcentajes se han sumado y se han dividido por el número de variables analizadas en cada caso.

Con respecto a Palencia, destacar que es la ciudad más barata de España para vivir, un 30,06 por ciento por debajo de la media nacional, seguida de Melilla (-17,13 por ciento) y Lugo (-16,94). Utilizando como variable cuánto deben desembolsar los consumidores para acceder a los mismos productos y servicios en las diferentes capitales de provincia españolas. Por el contrario, el coste de la vida en Barcelona es un 35,5 por ciento más alto que la media nacional, lo que convierte a la ciudad en la capital más cara para vivir, seguida de San Sebastián (+29,9% sobre la media) y Madrid (+25,22%). las ciudades más caras suelen ser las que cuentan con los salarios más altos del país. De hecho, 7 de las 10 capitales con un coste de vida más elevado también forman parte del 'top 10' de localidades con ingresos por hogar más altos. Es lo que sucede con San Sebastián: su coste de la vida que supera en un 29,9% la media nacional, pero los ingresos por hogar en la ciudad son los más altos del país.

Por su parte, en Teruel, la quinta ciudad más barata, los gastos son 14,71% inferiores a los de la media nacional, pero los ingresos también son más bajos (un 10,88% menor al promedio del país). No obstante, también existen ciudades donde la correspondencia no es tan clara, como sucede con Madrid. La capital ocupa la tercera posición entre las ciudades más caras del país, pero baja hasta la decimoquinta posición en lo que respecta a los ingresos. Palencia es la ciudad más barata, pero ocupando la posición 32ª en el ranking por ingresos.

Lugo (0,64 euros, un 46,67% menos que la media) y Palencia (0,7 euros, un 41,67% menos) son las ciudades con precios más económicos. En relación al transporte público el billete sencillo de autobús tiene un precio medio de 1,2 euros a nivel nacional. un bono de diez viajes, las ciudades con los precios más altos son Pontevedra (14 euros, un 90,22% por encima del promedio), Madrid (12,2 euros, un 65,76% más) y Barcelona (10,2 euros, un 38,59% más), mientras que Palencia (4 euros, un 45,65% menos) y Lugo (con 4,50 euros, un 38,86% menos) registran los precios más baratos.

A la hora de pagar la tasa de recogida de residuos sólidos urbanos, los ciudadanos que soportan un importe mayor son los de Girona (180,2 euros, un 60,28% por encima de la media), Pontevedra (131,58 euros, un 45,61% más) y Palma de Mallorca (126,27 euros, un 43,32% más). En el extremo contrario se sitúan Bilbao (28,16 euros, un 154,15% menos) y Palencia (28,46 euros, un 151,48% menos)³.

En otros datos, Palencia aparece en la parte media o no existen diferencias significativas. Por ejemplo, en lo que respecta al IBI o en el precio de la cesta de la compra.

UrbanAudit, es un macroestudio europeo que en España fue realizado por el del Instituto Nacional de Estadística (INE), comparó 109 urbes españolas con más de 50.000 vecinos. A continuación, se expondrán los resultados concernientes a Palencia.

En primer Palencia es una de las poblaciones más envejecidas de todo el país. Pero también en cuanto a su calidad de vida, teniendo en cuenta parámetros como la escasa necesidad de utilizar el coche o el transporte público para ir a trabajar.

Según el informe UrbanAudit, el 8,19% de la población de la capital palentina trabaja en la industria (la media nacional está en el 12,5% y por ejemplo Valladolid registra una tasa del 5,3%), mientras que la proporción de empleo en los servicios se eleva hasta el 82,63%, un sector que incluye por ejemplo un castigado pequeño comercio, que ha sufrido con cierres y persianas bajadas el rigor de los últimos años.

La crisis ha afectado lógicamente al dinero del que disponen las familias para sus gastos cotidianos. El informe habla de 24.394 euros de renta neta anual que tenían los hogares palentinos en 2012 (es el último dato disponible en este indicador). Es una cifra inferior a la media nacional, en 3.350 euros anuales. Eso sí, esta cantidad ha caído en España el 13% en los últimos cinco años, lo que da muestra por un lado de la pérdida de puestos de trabajo (menos sueldos, prestaciones más bajas) y la progresiva precariedad laboral (salarios más bajos, más empleos a tiempo parcial).

Los datos relativos a movilidad revelan una lógica consecuencia del reducido tamaño y la consiguiente comodidad para desplazarse de un lado a otro en una ciudad como Palencia. Uno de cada cinco personas que trabaja se desplaza andando a su trabajo (al extraer conclusiones en este parámetro hay que tener en cuenta que no se especifica la cifra de palentinos que trabajan fuera de la capital y que, por tanto, no acuden a pie hasta su puesto). Y es que el coche como medio de transporte para ir a trabajar lo emplean el 46,65% (también similar al 47,92% nacional), una cifra alta de la que se deduce que buena parte de ellos tienen que ir fuera de la ciudad. El transporte público, es decir el autobús urbano, es solo utilizado para ir a trabajar por el 9,23% de los palentinos.

VI.- ESTRATEGIAS DE ACCIÓN.

Todas las acciones de intervención siguientes entienden la salud desde un punto de vista muy amplio, que afecta a todos los determinantes de la salud, tal y como la define la OMS, como **estado de bienestar físico, social, emocional y ambiental de la población.**

La intervención en el Plan de Salud se articula sobre dos ideas principales; la primera se basa en la prioridad de acciones derivadas del diagnóstico previo y de aquellas modificaciones del mismo que se establezcan a lo largo del período de vigencia del presente Plan. El segundo supuesto es la organización y desarrollo de la Escuela Municipal de Salud del Ayuntamiento de Palencia, como entidad aglutinadora de todas las intervenciones **relacionadas con el área de salud que se hagan desde el Ayuntamiento de Palencia.** Por ejemplo, una actividad que se organice dentro del programa *Palencia amiga de la infancia*, en el capítulo Salud y deportes, aunque perteneciente a dicho programa y organizada dentro del mismo también se consideraría comprendida dentro de la escuela de salud, aunque sólo sea a efectos de organizativos o de exposición. El objetivo es contar con un área que contenga todas las actuaciones que se hagan sobre salud desde el Ayuntamiento, facilitando de esta manera la información a la ciudadanía y la programación y evaluación.

Facilita también el poder ordenar y organizar las acciones según vayan dirigidas a determinados grupos de edad o para abordar la prevención de determinadas patologías. Finalmente se pueden incluir dentro de la Escuela Municipal de Salud aquellas acciones concretas y puntuales se consideren oportunas organizar y que no formen parte de ningún programa.

Las estrategias de acción incluidas dentro de la Escuela de Salud se organizan de acuerdo a **cuatro ejes fundamentales:**

1.- El Eje I Comprenderá las acciones organizadas según la población diana, niños, jóvenes, adultos mayores.

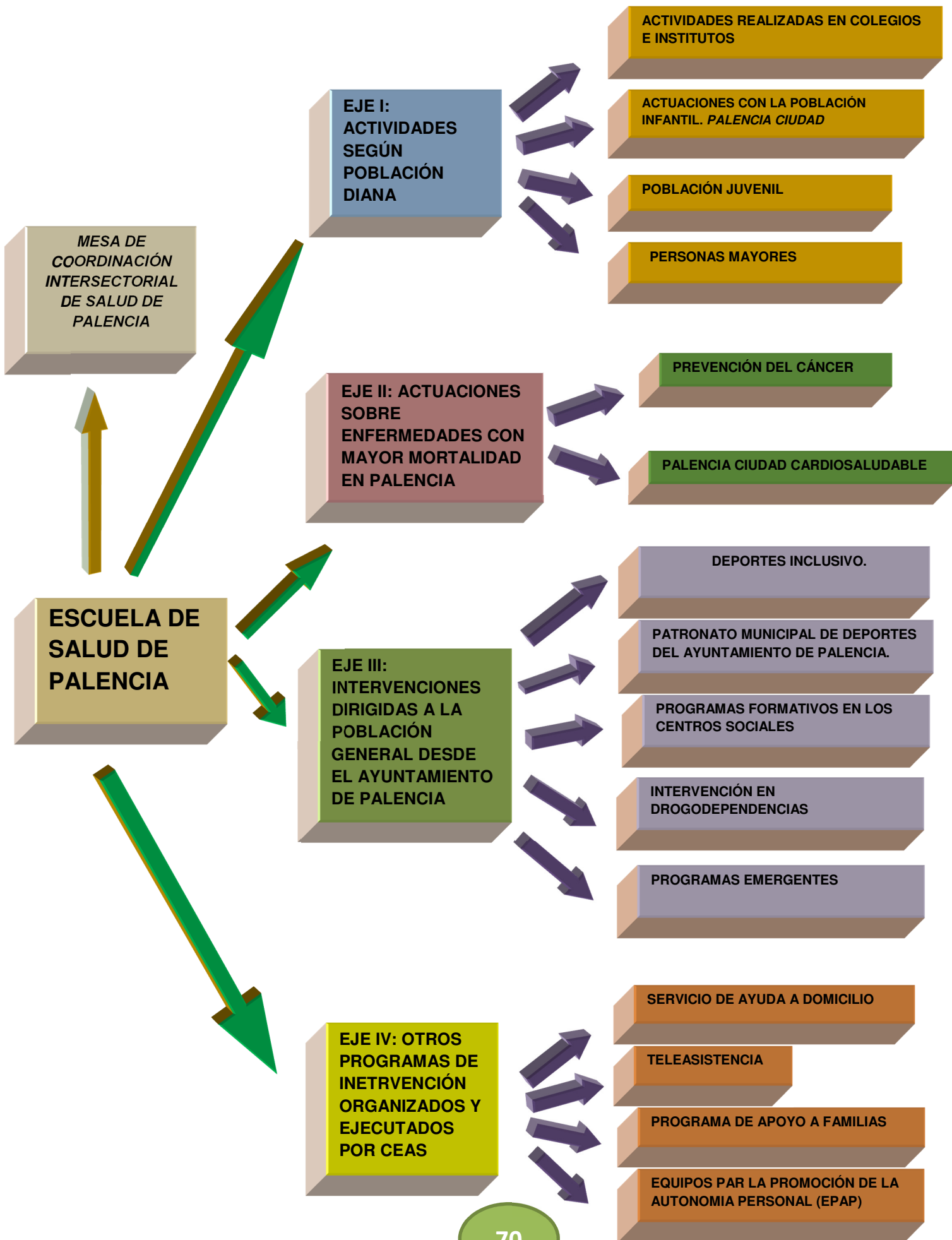
2.- Descritas en el Eje II Dirigidas a la prevención de aquellas patologías que generan más mortalidad en la población palentina, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

3.- El Eje III lo constituyen intervenciones dirigidas a la población general.

4.- En el Eje IV se describen las intervenciones organizadas y ejecutadas por los CEAS y que van dirigidas fundamentalmente a personas Dependientes y Discapacitadas y a familias vulnerables con menores.

Con el objetivo de lograr una participación ciudadana y del tejido asociativo en el Plan de Salud se organizará *la Mesa de Coordinación*, la cual será la misma que participe en la *Estrategia Nacional de Salud*.

En cuanto a la enfermedad causada por el COVID – 19, desde el Ayuntamiento es difícil establecer estrategias que vayan más allá de la prevención, recordando a la población cuales son las medidas que deben adoptar en cuanto por ejemplo al uso de la mascarilla o velar para que la población cumpla las normas que se establezcan en todo momento y lugar. Sin embargo, se incluirá una actuación dirigida a la asistencia de personas con problemas psicológicos derivados de la situación del COVID-19.



A.- ESCUELA MUNICIPAL DE SALUD

Se prevé constituir la Escuela Municipal de Salud con el conjunto de acciones propuestas y planificadas que tienen por objeto formar e informar a la ciudadanía de hábitos saludables que permitan fomentar actitudes para la prevención de la enfermedad, promoción de la salud y la calidad de vida tanto individual como colectiva. El foro más importante de coordinación, debate y propuestas de actuación es la Mesa de Coordinación Intersectorial de Salud de Palencia, organizada en el marco de la adhesión del municipio a la Estrategia Nacional de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud.

Todas las acciones implementadas por la Escuela de Salud del Ayuntamiento de Palencia, se establecen en base al conocimiento y evaluación de la realidad, las necesidades y/o problemas detectados en relación con la salud y la enfermedad, teniendo en cuenta el entorno social, económico y geográfico, además de aquellos determinantes que afectan al municipio.

La Escuela de Salud se basa en el trabajo conjunto y la colaboración entre diferentes áreas intermunicipales, con el tejido asociativo y diferentes instituciones administrativas supramunicipales, sanitarias y educativas, así como con entidades públicas y privadas, permite crear sinergias y compartir recursos materiales y humanos para el logro de los fines propuestos. De esta manera no sólo se da continuidad a cualquier Plan de Salud, sino que también se logra una mayor eficacia en el logro de los objetivos propuestos.

La Mesa de Coordinación se establece como un instrumento para la coordinación y la planificación participativa mediante la colaboración intersectorial de los agentes locales relacionados con la salud. Una de las funciones esenciales de la Mesa es concretar las acciones, intervenciones y las buenas prácticas, basadas en la evidencia científica. La Mesa de Coordinación es un foro donde se coordinarán los recursos sanitarios con los comunitarios y educativos.

Un elemento importante a tener en cuenta en la Escuela Municipal de Salud el tejido asociativo sobre todo las Asociaciones ciudadanas que de una u otra forma están implicadas en el tema de la salud. Asociaciones de personas que padecen un tipo de enfermedad concreta, por ejemplo, cáncer o enfermedad de Parkinson, personas con discapacidad o dependencia, o asociaciones de pertenecientes a un determinado sector de la población según su edad, asociaciones juveniles o de personas mayores.

Se plantea un plan de trabajo basado en la construcción y promoción de alianzas multisectoriales que, mediante una planificación participativa, logre

mantener el compromiso de los diferentes agentes implicados en la promoción y mantenimiento de la salud de la población. La Escuela de Salud organiza actividades informativas y educativas para conseguir la incorporación de actitudes y hábitos en la ciudadanía que sirvan para alcanzar un buen nivel de salud y calidad de vida. Se implica a todos los sectores de la población y a instituciones públicas como Gerencia de Salud de la Junta de Castilla y León, responsables políticos, técnicos municipales, asociaciones, ONG´s sin ánimo de lucro y con fines de interés social, colegios profesionales relacionados con la salud, actores sociales y personas interesadas en el tema etc., generando espacios de participación consolidados e incorporando en la medida de lo posible políticas y programas de salud y bienestar social de forma perdurable en el tiempo.

La participación y colaboración de las entidades institucionales y de voluntariado se formalizará mediante la firma de convenios que garanticen la eficacia y continuidad de su participación.

Resulta de inestimable importancia la implicación y participación del Patronato Municipal de Deportes de Palencia tanto en la planificación como para el desarrollo de las actividades que tienen que ver con la práctica del ejercicio físico.

La coordinación con el Patronato Municipal es fundamental para el eficaz desarrollo de cualquier intervención que se intente desarrollar relacionada con la actividad física y el deporte. También forman parte imprescindible de la Escuela los Centros sociales municipales de Palencia, sobretodo, en la programación a las dirigidas a personas mayores, fundamentalmente referentes con al Envejecimiento Activo. En un capítulo aparte se expondrán las aportaciones a la prevención de la enfermedad y mejora de la calidad de vida que se realizan desde los Centros de Acción Social de Palencia.

OBJETIVOS.-

El objetivo principal de la Escuela de Salud es promover que los ciudadanos lleven una vida más saludable. Un objetivo igualmente importante es fomentar la participación de todos los ciudadanos en el cuidado de su salud, de forma que se sientan responsables de su mantenimiento. Como consecuencia de la participación de la ciudadanía se generarán sinergias entre los diferentes agentes y entidades, facilitando e integrando escenarios facilitadores y promotores de salud y emprendiendo.

En concreto la escuela de salud abarca los siguientes objetivos específicos:

- 1) Promover la autonomía y el autocuidado en la población palentina.

- 2) Entender la Educación para la Salud como el instrumento más importante de prevención.
- 3) Potenciar y fomentar la educación para la salud con todos los colectivos.
- 4) Fomentar la coeducación, cooperación y comprensión.
- 5) Adquirir conductas y habilidades sanas y estilos de vida saludables.
- 6) Prevenir enfermedades mediante la adquisición de hábitos de salud, modificando los comportamientos insanos y participando activamente en la prevención.
- 7) Proteger a los grupos sociales con riesgos específicos: infancia, mayores, discapacitados, etc.
- 8) Mejorar la calidad de vida y el curso de las enfermedades prevalentes en los ciudadanos palentinos.

B.- EJE I. ACTIVIDADES SEGÚN POBLACIÓN DIANA

1.- ACTIVIDADES REALIZADAS EN COLEGIOS E INSTITUTOS DIRIGIDAS A LA POBLACIÓN INFANTIL /JUVENIL.

Se han dividido las actuaciones según vayan dirigidas a los niños o la población joven. El primer grupo, el referido a la infancia, está enmarcado en las actuaciones de *Palencia como ciudad amiga de la infancia* y el otro apartado se dirige a la población joven, en el que se hará especial referencia al Plan Municipal de Drogodependencias. Sin embargo, existe un punto de intersección entre ambas intervenciones que hace referencia a lugar donde se realizan, esto es el ámbito escolar, tanto colegios como institutos. La realización de actividades dirigidas a estos dos sectores de población en los colegios e institutos obedece a la consecución de los siguientes Objetivos generales específicos:

1. Orientar la institución educativa como promotora de salud y bienestar.
2. Logar la participación de todos sus integrantes en coordinación con los equipos directivos, de orientación escolar y AMPAS de los diferentes centros escolares y de otras organizaciones y asociaciones ciudadanas interesadas en programar, organizar y ejecutar una serie de actividades dirigidas a la promoción de la salud.

Objetivos Específicos son:

1. Apoyar a las familias y al profesorado en su tarea educativa facilitando la promoción de estilos y hábitos de vida saludable.
2. Favorecer las habilidades individuales para el cuidado de la salud en los ciudadanos, motivando hábitos de conductas que redunden

en beneficio, no solamente de su propia salud, sino también de la colectividad.

3. Favorecer la coordinación y el trabajo en equipo con otros recursos e instituciones socio-sanitarias y educativas que trabajan con población adolescente y juvenil, tanto en espacios formales como no formales, así como la participación en mesas y otros espacios de coordinación estable.
4. Educación formal: Centros docentes y dentro de ellos: alumnado, personal docente y no docente, familias y personas responsables del alumnado.

2.- ACTUACIONES CON LA POBLACIÓN INFANTIL. PALENCIA CIUDAD AMIGA DE LA INFANCIA

Desde el año 2006, Palencia forma parte de la red de ciudades comprometidas con la infancia, cuando obtuvo el primer reconocimiento de UNICEF “Ciudad amiga de la infancia”.

El Reconocimiento «Ciudad Amiga de la Infancia» es una distinción que otorga UNICEF Comité Español, junto con sus aliados (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, la Federación Española de Municipios y Provincias y el IUNDIA: Instituto Universitario de Necesidades y Derechos de la Infancia y la adolescencia), para poner en valor el compromiso y el esfuerzo que realizan los ayuntamientos, mancomunidades y otros gobiernos locales, junto con sus aliados, para incorporar a la infancia y adolescencia en el centro de su agenda política.

Para seguir manteniendo el reconocimiento de UNICEF el Ayuntamiento de Palencia contribuye a mejorar las condiciones de vida de los niños y adolescentes, mediante la promoción e implementación de políticas municipales eficaces que garanticen el desarrollo integral y el respeto de sus derechos. Como consecuencia el Ayuntamiento de Palencia aplica en sus políticas, normas y programas contenidos en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN). Ser una CAI significa trasladar la CDN al ámbito local y el compromiso para lograr los 5 objetivos marco de la iniciativa:

1. Cada niño y niña es valorado, respetado y tratado justamente dentro de sus comunidades.
2. Las voces, necesidades y prioridades de cada niño y niña se escuchan y se consideran en las normativas y políticas públicas, en los presupuestos y en todas las decisiones que les afectan.
3. Todos los niños y niñas tienen acceso a servicios esenciales de calidad.
4. Todos los niños y niñas viven en entornos seguros y limpios

5. Todos los niños y niñas tienen la oportunidad de disfrutar de la vida familiar, el juego y el ocio.

Para la realización del Programa CAI se han tenido en cuenta los siguientes principios:

1.- Trabajo en red, con el objetivo de desarrollar políticas locales basadas en la colaboración entre gobiernos locales e instituciones públicas y organizaciones sociales de diverso tipo.

2. Participación de los niños: dar voz a los niños para que sus opiniones y propuestas sean una herramienta eficaz y real para la identificación y puesta en práctica de soluciones a los problemas que les afectan. El lugar de participación infantil, por excelencia, debería ser la escuela, siempre y cuando todos los niños estuvieran escolarizados, y cuando tanto la educación para el desarrollo como la educación en Derechos Humanos estuviesen incorporadas en el currículum escolar. El Consejo Municipal de Infancia es otro lugar de obligada incorporación para los niños. El Consejo de Infancia y Adolescencia de Palencia es el órgano de participación de la infancia, de marcado carácter consultivo y basado en la Convención de los Derechos de la Infancia. Tiene una vigencia de cuatro años, tal y como se establece en su propio reglamento. La participación infantil no debe entenderse como un juego o un aprendizaje para una futura participación adulta sino para tomar conocimiento de la realidad y de búsqueda de su transformación dentro de una práctica democrática.

3.- Equidad: inclusión y cohesión social en el ámbito local, focalizando acciones en los grupos más vulnerables protegiendo a los niños que corren mayor riesgo de integración social y de mantenimiento de la salud.

El IV Plan de que desarrolla el programa *Palencia Amiga de la Infancia*, plantea un desarrollo integral, pues no es suficiente abordar un solo aspecto del desarrollo, todos los sectores concurren en garantizar los derechos de la infancia. De nada sirve la oferta educacional si al mismo tiempo no se ha garantizado la nutrición y la salud para que el niño pueda aprender en la escuela. Igualmente, tanto el empleo de los adultos en la familia, como la calidad de la vivienda, agua y ambiente en el entorno en que reside la familia, determinan la calidad de la nutrición y la salud del niño.

Para la redacción del IV Plan de Infancia se realizaron 12 los grupos de discusión con distintos actores, profesores, padres, adolescentes, fuerzas de seguridad, servicios sociales, escuelas infantiles y ludotecas, políticos y niños para conocer la percepción y el imaginario colectivo sobre recursos, ocio, condiciones urbanísticas, hábitos de salud, situación educativa y vida familiar de la infancia en el municipio de Palencia sobre las siguientes áreas: Sensibilización promoción y participación. Medio ambiente y seguridad. Apoyo a la familia. Ocio y cultura. Salud y deporte. A continuación, se estableció de acuerdo con el

método de análisis DAFO las debilidades y oportunidades y las fortalezas y amenazas de la situación de la infancia en Palencia. También se propusieron una serie de acciones realizar:

1.- Juegos y actividades lúdicas preventivas sobre el consumo de las drogas, habilidades para prevenir el acoso escolar e información sobre charlas de sexualidad.

2.- Controlar las entradas y salidas de los centros escolares y mejorar la seguridad en los mismos.

3.- Recibir más charlas impartidas por policías y bomberos/as en los centros educativos, con el fin de educar y prevenir accidentes.

4.- Mejorar la accesibilidad para las personas con discapacidad.

5.- Promover el diseño de una ciudad libre de peligros que contribuya a la movilidad y la autonomía de los niños y niñas. Diseñar una ciudad que se adapte a sus necesidades y características dentro del entorno, mejorando la accesibilidad y fortaleciendo la seguridad vial en el municipio.

6.-Fomentar y apoyar el uso y ampliación del carril bici, transporte urbano y de las áreas lúdico-recreativas en las zonas verdes y peatonales en la ciudad.

7.- Además se añaden otros tres tipos de intervenciones que deben ser incluidas en un plan de actuación con la infancia; la primera está relacionada con el ejercicio físico y el deporte; la segunda se refiere a aspectos relacionados con la nutrición y la última tiene como objetivo fomentar hábitos higiénicos entre los niños. Las acciones que se realizarán tendrán como objetivos:

A.- Garantizar el acceso prioritario de los menores que forman parte de familias en situación de pobreza, una nutrición adecuada y suficiente, mediante prestaciones y programas no estigmatizadores.

B.-Desarrollar una alimentación equilibrada, sobre todo en la prevención de la obesidad infantil y de trastornos en la conducta alimentaria.

C- Desarrollar programas de formación a familias y niños relacionados con la promoción de hábitos higiénicos saludables realizando una intervención psicoeducativa.

En relación con la práctica deportiva, partiendo desde una perspectiva biopsicosocial, se consideran los deportes como una actividad esencial con repercusiones positivas sobre la salud tanto física como psicológica pues mejora el estado de ánimo y reduce los niveles de estrés y ansiedad. Mantiene un impacto social positivo permitiendo socializar en un ambiente sano. La actividad física y la práctica deportiva permiten la adquisición de valores positivos como el trabajo en equipo, la disciplina y el respeto, entre otros. El Patronato municipal

de deportes de Palencia, viene organizando desde hace ya bastantes años, actividades deportivas dirigidas a niños y jóvenes, tanto de carácter competitivo como formativo, con un gran éxito.

Para terminar el capítulo se van a enumerar los programas y actividades que se han venido desarrollando en el programa *Ciudad Amiga de la Infancia*. Es difícil a veces, deslindar cuales están más relacionadas con un área o con otra. Se enumerarán los que tienen una mayor relación con el tema de salud, aunque sea de una manera más o menos tangencial, estructurados dependiendo de la Administración que los organice.

I.- Programas autonómicos.

- 1.-Prevención de hábitos nocivos.
- 2- Programa caminos escolares
- 3- Programa de absentismo escolar de la dirección provincial de educación de la junta de castilla y león.
- 4- Programas de acogimiento familia
- 5.-Programa de apoyo a familias (PAF).
- 6.- Programa de intervención familiar. (PIF).o Apoyo escolar y aulas de verano
- 7- Centro de Atención a la Infancia. Centro de Día "San Juan Bosco".

II.- Programas específicamente municipales

- 1- Asistencia psicosocial ante desprotección infantil:
- 2- Prevención de hábitos nocivos.
 - a. Programa '+joven'. ocio alternativo y saludable para jóvenes. 22 actividades (música, torneos vídeo-juegos, talleres creativos, alimentación sana y creativa, expresión corporal y defensa personal y deportivas). Todas ellas se desarrollarán en el Centro de Información Juvenil y Escuela de Tiempo Libre de la Avenida de Asturias (anterior Espacio Joven).
 - b. Programa Caminos Escolares
 - c. Diagnóstico Juventud Palencia
 - d. Actividades deportivas.
- 4- Prevención de violencia de género. Incluye la atención a los hijos menores de la víctima.
 - a) Programa contra "la violencia ganas tú".

- b) Programa “contamos igual”:
- c) Casa de acogida del ayuntamiento de Palencia
- d) Programa acoge-acompaña:
- e) Construyendo relaciones positivas:
- f) Punto de encuentro

5- Educación afectiva sexual.

6.- Noviembre “*Mes de la Infancia*” Talleres formativos de gestión emocional. *Comprar en el mercado tiene sentido...tiene gusto*. Sobre hábitos saludables de alimentación. *Actividades deportivas* etc.

6- Orientación para la salud”: programa cejos.

7- Programas contra el absentismo escolar

8- Deporte y vida.

10- Apoyo a Asociaciones de Atención a niños y niñas con discapacidad.

11- Campamentos de verano municipales

13- Actividades juveniles del LECRAC

PROGRAMA EDUCANDO

La Concejalía de Educación del Ayuntamiento de Palencia ha desarrollado, en colaboración con entidades privadas, este programa compuesto por un total de diez sesiones. A través de estos vídeos, disponibles también en el canal de Youtube del Ayuntamiento de Palencia, profesionales de la psicología, la pedagogía, la nutrición, la orientación educativa o el deporte ofrecerán herramientas para tratar temas como la educación en igualdad, el uso de la tecnología o la gestión de emociones. Incluye temas como la Gestión emocional, Hábitos Saludables Física y Mental"

3.- POBLACIÓN JUVENIL.

Se han realizado programas con objetivos concretos como los siguientes:

1.- Programa Consexos de la Junta de Castilla y León, es un programa de asesoramiento sexológico, gratuito y confidencial, a través de whatsapp, que tiene como objetivo resolver las dudas, inquietudes y necesidades de la población joven de Castilla y León a través de un servicio de calidad anónimo, cercano, inmediato e individualizado. Este servicio es absolutamente gratuito y anónimo. En ningún momento se le solicitará el abono de cuotas o pagos por consulta. Asimismo, los jóvenes podrán hacer uso del servicio tantas veces como sea necesario.

2.- Programa ¿En qué podemos ayudarte? de la Junta de Castilla y León. Todas aquellas personas interesadas en el uso de este servicio podrán realizar sus preguntas de forma anónima a una generalidad de temáticas que pueden ser de interés, tales como:

- Identidad sexual, roles de género, orientación del deseo, cambios evolutivos biopsicosociales, el autoconocimiento y la auto-aceptación.

- Aspectos relacionales. Salud sexual y reproductiva: Anticoncepción preventiva y anticoncepción de emergencia, infecciones de transmisión genital y VIH, embarazos no deseados e interrupción voluntaria del embarazo, embarazos deseados, etc.

3.- Programa CENTRO JUVENIL DE ORIENTACION PARA LA SALUD (CEJOS)

Este Programa presta las siguientes Actividades y servicios:

- Teléfono de Información en Salud.
- Consulta directa y consultas on-line.
- Actividades de prevención para la salud en los centros educativos, entidades juveniles...
- Talleres en Educación Sexual, Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual y Prevención de Embarazos no Deseados.
- Talleres y Charlas en Prevención de Drogas:
- Talleres de Alimentación Saludable y Prevención de Trastornos de Alimentación.
- Talleres de Educación Vial y Prevención de Accidentes de Tráfico.
- Talleres de Habilidades sociales y desarrollo de la autoestima.
- Actividades formativas de Educación para la Salud para Familias.
- Cursos de Formación para Mediadores/as y Voluntariado.
- Campañas de Sensibilización y Stands informativos
-

Tomando como referente a la población juvenil, además de actuaciones dirigidas a la Prevención de Drogodependencias, en coordinación con el Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León y el Plan Municipal de Drogodependencias, también se realizarán talleres y actuaciones relacionados con:

1. Manejo de la ansiedad en época de exámenes. Los exámenes son uno de los factores más importantes de estrés entre los estudiantes, por ello es necesario dotarles de las herramientas necesarias para hacer frente a estas situaciones.
2. Tecno adicciones: Dirigido a escolares que presentan un uso y/o abuso de las nuevas tecnologías y tienen acceso a los juegos y

apuestas on- line. Con el objetivo de fomentar el uso responsable de la tecnología entre los jóvenes y la responsabilidad en la seguridad de sus redes sociales.

3. Educación afectiva- sexual: diversidad sexual, prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.
4. Ofrecer una alternativa de ocio saludable, durante los fines de semana principalmente, ofreciendo propuesta que favorezcan el asociacionismo juvenil, la práctica de deporte o el voluntariado.
5. Fomento de la actividad física entre la población joven facilitando instalaciones y ofreciendo una amplia variedad de actividades y eventos deportivos que prioricen las necesidades de salud y bienestar de las personas jóvenes.
6. Reducción de las desigualdades de género en la práctica de actividad física, prestando especial énfasis en las jóvenes y en su promoción a través de las subvenciones para el desarrollo de la participación de la mujer en el deporte y en la gestión deportiva.
7. Promoción de la igualdad de género y reducción de la violencia de género entre el colectivo de personas jóvenes.
8. Promoción de una oferta cultural variada y atractiva para la población joven y de espacios de referencia para conocer, impulsar, crear, producir y compartir iniciativas y experiencias en la ciudad, a través del desarrollo de programas que contribuyan a una oferta de ocio y tiempo libre saludable y libre de drogas.
9. Fomento de la participación de los y las jóvenes en el diseño, desarrollo y evaluación de la actuación municipal, en los proyectos culturales, sociales, urbanísticos y de vivienda y de transformación económica de Palencia.

4.- Taller Gestión Emocional para Jóvenes

La Salud Mental se ha visto gravemente afectada por los periodos de confinamiento, junto con las dificultades, pérdidas humanas, etc. derivadas de la pandemia por la Covid-19. La falta de habilidades de gestión emocional conlleva, en muchos casos, sintomatología ansiosa, bloqueos, autolesiones, dificultades de socialización entre los menores, depresiones y hasta autolesiones e intentos de suicidio. Además, como se establecía en el apartado dedicado a la mortalidad y morbilidad en Palencia, los datos estadísticos indican que el suicidio es la principal causa de muerte no natural entre jóvenes y ha aumentado a raíz de la pandemia.

Por ello es imprescindible atender a la población juvenil, que puede llegar a sufrir situaciones de crisis, con un mayor desajuste emocional que el resto de la sociedad, al encontrarse en una etapa evolutiva trascendental en el desarrollo personal.

Los destinatarios son menores palentinos matriculados en cursos de 1º a 4º de la ESO y técnicos. Las actividades han sido programadas y ejecutadas por la Asociación Salud Mental Palencia- FEALES Palencia.

Se imparten, en todos los centros educativos de la capital, dos sesiones para cada grupo de estudiantes, con una duración total de dos horas a cursos de la ESO de la capital. Los objetivos serán, dotar de herramientas para la gestión emocional en momentos de crisis a los menores y establecer un espacio en el que poder hablar de cómo nos sentimos sin sentirnos juzgados por terceras personas.

4.- PERSONAS MAYORES

Revisando la pirámide de población de Palencia se observa claramente que tiene una población envejecida, los mayores de 50 años suponen la mitad de la población y un tercio de la misma es mayor de 65 años. Además, las personas mayores son un grupo de población especialmente vulnerable, expuestos a riesgos comunes que necesitan de intervenciones particulares y específicas, muchas de ellas en un marco de envejecimiento activo y de prevención y promoción de la salud y el bienestar.

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. Entre ellas cabe destacar:

1.- Llegar a edades avanzadas, al margen de diferencias individuales, supone una mayor posibilidad de exposición a riesgos que implican pérdidas en salud como son:

a). Pérdida del protagonismo social junto a la disminución de algunas capacidades conduce con frecuencia a cuadros de ansiedad y depresión en la vejez.

b). Cambios en la red de relaciones sociales: La separación de las personas que han sido los referentes afectivos es frecuente entre los mayores. La pérdida del cónyuge, amigos o la lejanía de los hijos llevan a menudo al aislamiento social y a la soledad. Son los más mayores, y entre ellos las mujeres, quienes se enfrentan con mayor frecuencia a este hecho. La vivencia de soledad es un factor que contribuye en gran medida a la aparición de cuadros depresivos y a percibir negativamente la salud.

c). Disminución del poder adquisitivo: La escasez de recursos económicos y educativos 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 de otros o la institucionalización.

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

3.- Patrón específico de morbilidad relacionado con el envejecimiento 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 y iatrogénicas.

4.- Posibilidades de prevenir el envejecimiento patológico, la incapacidad funcional y 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.

5.- Riesgo de que los cambios sociales comprometan la disponibilidad de las redes familiares, principal fuente de ayuda de las personas mayores dependientes.

La intervención con las personas mayores dentro del Plan municipal de salud debe abordarse teniendo como contexto el *Envejecimiento Activo* de la población mayor. Para la OMS, el envejecimiento activo es el proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida. El fin último es extender la calidad de vida, la productividad y la esperanza de vida a edades avanzadas y con la prevalencia mínima de discapacidad. La intervención con las personas mayores teniendo en cuenta el contexto propuesto por la OMS de envejecimiento activo se desarrolla teniendo en cuenta los siguientes objetivos:

Objetivos Generales

1. Fomentar estilos de vida saludables y mejorar la calidad de vida de las personas mayores.
2. Ayudar a envejecer dignamente en el propio entorno.
3. Potenciar la participación en su propia auto-organización y en la vida social.

Objetivos Específicos

1. Facilitar el aprendizaje de los 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 envejecer.
2. Mejora conocimientos, actitudes y habilidades para vivir la vejez en salud.

3. Incrementar la motivación de los mayores para incorporar hábitos saludables a su cotidianeidad.
4. Facilitar el proceso de adaptación socio-familiar de las personas mayores en edad de jubilación.
5. Favorecer el acceso de las personas mayores a actividades culturales.
- 6.- Fomentar el protagonismo de las personas mayores en la vida pública y en particular en las decisiones relativas a la Salud.
- 7.- Fomentar el asociacionismo en personas mayores.

En este apartado se va a diferenciar a efectos de exposición por una parte la intervención que se realiza desde los CEAS incluidos en el área de Bienestar Social, de aquellas intervenciones de la Escuela Municipal de Salud dirigidas específicamente a la población de personas mayores. En estas últimas se incluyen el programa de intervención destinado a personas mayores de 55 años con algún tipo de discapacidad o dependencia y para sus cuidadores, denominado *Date un respiro*, en el marco de la Estrategia DUSI de la Unión Europea y cofinanciado por fondos municipales y de la Unión Europea. También se incluye el programa de envejecimiento activo desarrollado junto a la Fundación INTRAS.

1.- La Concejalía de Servicios Sociales y la Universidad Popular de Palencia ofrecen un programa integrado por talleres artesanales, de salud y actividades físicas y formativas en los Centros Sociales y Aulas de Mayores. El contenido de los talleres responde a la demanda planteada por la ciudadanía palentina, a la realidad social y demográfica y a las necesidades particulares del contexto urbano donde se desarrollan.

Las Aulas de Mayores están dirigidas a pensionistas o jubilado mayor de 55 años, o desempleados mayores de 60 años, que sean socios de los Centros de Día de San Juanillo o de La Puebla, donde se realizarán los cursos organizados.

En La Puebla, son 42 los cursos, organizados en los siguientes bloques: mantenimiento físico, conocimiento, artística y creatividad. En San Juanillo, la oferta asciende a un total de 36 opciones diferentes, que se agrupan en las mismas áreas que las de La Puebla, añadiendo tres opciones trimestrales dos de informática y una de fotografía.

Los Objetivos Específicos que se alcanzan son:

1. Proporcionar a los mayores de Palencia un lugar de convivencia y relación social, que cubra parte de sus necesidades y evite situaciones de aislamiento social.

2. Favorecer la ocupación del ocio y tiempo libre.
3. Desarrollar actividades específicas para el mantenimiento de sus capacidades y autonomía.
4. Posibilitar la adquisición de hábitos de vida saludables.
5. Facilitar la participación de los mayores en la comunidad y en el propio Centro.
6. Fomentar grupos de voluntariado o ayuda mutua.
7. Promoción de la detección precoz de las situaciones de riesgo que puedan padecer las personas mayores mediante la elaboración del Protocolo de Detección Temprana de Situaciones de Riesgo en Personas Mayores
8. Promoción del encuentro social y el fortalecimiento de las redes de apoyo social en torno a las personas mayores, a través de actuaciones dirigidas a involucrar a este colectivo en la vida de la ciudad, a promover el voluntariado y el asociacionismo, los espacios de ocio, los espacios de interacción intergeneracional y las relaciones de solidaridad en el vecindario.

2.- Un programa desarrollado para fomentar el envejecimiento activo de la población palentina y organizado por el Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Palencia, en colaboración con la Fundación INTRAS de Valladolid, es el desarrollado de un programa con el objetivo de prevenir el deterioro cognitivo de la población mayor. Los participantes aprenden a usar nuevas tecnologías, en concreto a utilizar la Plataforma tecnológica de estimulación psicosocial Ehcobutler. Las personas mayores interactúan con las numerosas aplicaciones que contiene la plataforma obteniendo una potenciación de la dimensión cognitiva, emocional y social. La plataforma también se dirige a las familias y cuidadores, con el objetivo de compartir información y estar al día sobre las actividades cotidianas o condiciones de las personas cuidadas.

3.- A continuación, el programa “Cuenta con Nosotros”, el cual estará cofinanciado con fondos FEDER, dentro de la EDUSI (Estrategias de Desarrollo Urbano Sostenible e Integrado). El servicio está dirigido a personas mayores de 55 años que presentan algún tipo de vulnerabilidad personal y social. El objetivo es hacer del envejecimiento una experiencia positiva para reforzar hábitos adecuados y fomentar las formas de participación y la actividad física y educacional de las personas mayores. Se desarrollará a través de un conjunto de objetivos específicos y de actuaciones que se estructuran en dos ejes:

Por un lado, se tomará en cuenta la atención a cuidadores de personas que presentan reducidas sus habilidades para la vida diaria: aseo, alimentación, movilidad, vestirse, administración de tratamientos, acudir a los servicios de salud, entre otras. Se pretende cuidar al cuidador y favorecer la retención de la

institucionalización de la persona cuidada, permitiendo en muchas ocasiones envejecer en casa.

Como segundo eje, se atenderá a personas que presentan alguna alteración de la salud, como enfermedades reumáticas, lesiones leves, o con falta de hábitos saludables. Se ofrecerá un programa de fisioterapia geriátrica, de talleres formativos, actividades físicas y deportivas generales que ayuden a tratar y/o prevenir todas aquellas dolencias, patologías o lesiones propias del proceso de envejecimiento.

Los cuidadores de las personas descritas en los párrafos anteriores también estarán atendidos mediante la organización de actividades y sesiones para dotarles de estrategias, técnicas y herramientas de afrontamiento de problemas psicosociales que tiene como consecuencia el cuidado de personas.

El programa incluye un servicio consistente en proporcionar un cuidador profesional con el objetivo de sustituir al cuidador principal cuando tenga que acudir a alguna sesión presencial o terapia, durante el tiempo que tarde en acudir a la misma y mientras dure la sesión. También cuando el cuidador necesite realizar algún tipo de gestión personal o un descanso de su rol de cuidador, podrá disponer de un cuidador formal profesional.

También estará incluida en el programa la edición de la guía de espacios de prácticas deportivas al aire libre en la ciudad de Palencia.

Concretando el apartado de intervenciones específicas dentro de la Escuela Municipal de Salud dirigidas a las personas mayores, se realizarán aquellas actividades complementarias a las citadas anteriormente o que no estén comprendidas entre las anteriores. Hay que tener en cuenta que muchas de las actividades organizadas en otros apartados del Programa pueden participar la población de personas mayores.

Por último, señalar como nuevo proyecto de trabajo a poner en marcha, el diseño de programas dirigidos a la detección de personas mayores que viven solas, y que presentan mayor vulnerabilidad por la falta de apoyos familiares, servicios y recursos, y que tengan como objetivo fundamental el poder hacer un seguimiento de ellas, desde los diferentes servicios municipales, para prevenir la situación de soledad “no deseada”.

EJE II.- ACTUACIONES SOBRE ENFERMEDADES CON MAYOR MORTALIDAD EN PALENCIA.

El segundo eje incluye actuaciones para la prevención y atenuación de enfermedades relevantes en Palencia según el diagnóstico realizado en la primera parte del Plan de Salud. Aparecen casi con el mismo porcentaje las

enfermedades cardiovasculares y el cáncer 21.6 y 21.9 % respectivamente. El primer grupo de enfermedades se abordará bajo el epígrafe *Palencia ciudad cardiosaludable*. El bloque de tumores o cáncer participa de muchas de las actividades preventivas que las enfermedades cardiovasculares, aunque se van a proponer también otras específicas.

1.- PALENCIA CIUDAD CARDIOSALUDABLE

El Plan Palencia Ciudad Cardiosaludable se plantea para abordar uno de los retos más importantes de la Salud Pública de los países desarrollados: disminuir la incidencia de muerte de la enfermedad cardiovascular (primera causa de fallecimiento si eliminamos el efecto del COVID- 19), reducir el riesgo cardiovascular y mejorar la calidad de vida, a través de la promoción de hábitos de vida saludables y de la prevención de los principales factores de riesgo cardiovascular.

Dentro del objetivo general municipal de generar en la población estilos de vida saludables que promuevan la salud y la calidad de vida y prevenir la enfermedad o, al menos, su progresión, el siguiente programa que a continuación se expondrá, se va a centrar en fomentar la Salud Cardiovascular a través de la atención de los estilos de vida, fundamentalmente, a través de la alimentación saludable, la promoción del ejercicio físico y el abordaje del consumo de tabaco y alcohol.

Estos objetivos se alcanzarán mediante la realización de actividades, propuestas y campañas que priorizan la prevención y promoción de la salud cardiovascular en coordinación con otras áreas municipales, así como con otras entidades y organismos.

Al igual que cuando nos referíamos a la Escuela Municipal de Salud, es necesaria la coordinación con centros de salud, centros educativos, colegios profesionales, sociedades científicas, administraciones públicas y empresas privadas. Desde un punto de vista de la intervención, se realizarán actividades de información y formación, con el fin de facilitar la salud de los ciudadanos y promover el autocuidado.

La salud cardiovascular es uno de los problemas de salud más prevalentes que está ligado a los estilos de vida, fundamentalmente alimentación, actividad física, consumo de tóxicos, bienestar emocional, envejecimiento a lo largo de la vida, etc. se planifican actividades dirigidas a diferentes estratos de población en base a particularidades como el estado de salud del grupo (sanos, con factores de riesgo o con patología manifiesta), la edad, el género o la distribución geográfica de los recursos.

Entre los objetivos específicos destacamos los siguientes:

1.-Realizaremos acciones formativas e informativas sobre los factores de riesgo cardiovascular y las medidas adecuadas para prevenirlos.

2.- Promover comportamientos saludables en el cuidado de la salud:

a).- Fomentar la alimentación saludable y la seguridad alimentaria.

b).- Impulsar el ejercicio y la actividad física desde la estimulación y la acción.

3.-Desarrollar actividades dirigidas a evitar o retrasar el consumo de tabaco en población más joven y dirigidas a la deshabituación de consumo de tabaco, alcohol y de otras sustancias.

4.- Dar apoyo a colectivos y asociaciones relacionados con la salud.

ACTIVIDADES PROPUESTAS.-

Las actividades de este proyecto van dirigidas a la población general y a colectivos específicos tales como grupos de riesgo en enfermedad cardiovascular como diabéticos, personas con obesidad o sobrepeso, hipertensos, fumadores o consumidores excesivos de alcohol entre otros, así como a pacientes con enfermedad cardiovascular, a sus familias a través de las asociaciones relacionadas con la salud.

❖ SEMANA DEL CORAZÓN.

Con motivo de la celebración del Día mundial del Corazón, el Ayuntamiento de Palencia se une a la campaña que se celebra todos los años en la que se promueven acciones dirigidas a promocionar estilos de vida saludables, además de concienciar e informar en el cuidado de la salud cardiovascular y de los factores determinantes, alimentación, actividad física, consumo de tabaco, alcohol y sustancias tóxicas, control del estrés emocional, entre otros. Durante esta Semana se podrán realizar iniciativa como:

- Difusión de materiales informativos previamente elaborados a través de los diferentes canales de comunicación municipales (web, redes sociales, video etc.).
- Taller de Nutrición: Hábitos como la mala alimentación, la falta de actividad física, el consumo de tabaco o de alcohol. Tratamiento contra la obesidad, como problema prioritario de salud pública.

❖ ACTIVIDADES PROMOTORAS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

La actividad física tiene un efecto positivo en la salud en relación con la calidad de vida, a cualquier edad, para la población en general. Reduce el riesgo

de enfermedades cardiovasculares, entre otros factores físicos, emocionales y sociales determinantes de salud. La actividad física es un elemento importantísimo entre las acciones destinadas a la prevención y atención de riesgo cardiovascular. Se proponen como actividades específicas de actividad física:

- a. Semana del Deporte y la salud
- b. Promoción de uso de parques públicos

❖ **OBESIDAD**

Asimismo, se desarrollará un plan integral de obesidad infantil en colaboración con los centros de salud. Para la población en general, se van a organizar jornadas sobre actividad física, alimentación saludable. En cuanto a la población infantil se tiene como objetivo el informar y concienciar a niños mediante la realización de talleres, proyecciones y juegos interactivos en colaboración con los colegios de la capital. Se organizarán actividades el Día Internacional contra la Obesidad el 12 de noviembre con los siguientes objetivos:

- Mejorar la autoestima y reforzar la imagen personal.
- Ofrecer estrategias de comunicación y habilidades sociales.
- Favorecer el conocimiento entre el alumnado.
- Taller de autoestima e imagen personal

Además, se llevarán actuaciones dirigidas a la prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria en población infantil y juvenil.

❖ **ESPACIOS CARDIOASEGURADOS**

Ayuntamiento dispondrá de espacios cardioasegurados, lugares donde se han instalado desfibriladores, como mínimo en todos los equipamientos deportivos públicos, en dependencias municipales y en vehículos de la Policía Local.

❖ **ESTRÉS**

Numerosas investigaciones apoyan la relación entre el estrés y la enfermedad cardiovascular. Como consecuencia es importante ofrecer a la población la posibilidad de ofrecer herramientas de afrontamiento del estrés. Se realizarán actividades que tengan como objetivos:

- Difusión, información y sensibilización.
- Campañas informativas en medios locales: prensa, web municipal y radio

- Formación, Promoción y Educación de Hábitos Saludables
- Cursos “estrés y Relajación
- Cursos “Humor y Salud”
- Talleres Monográficos sobre “Relajación muscular”

❖ **SEDENTARISMO:**

Entre las patologías o problemas de salud que están asociadas en mayor medida a la condición de sedentarismo están el infarto de miocardio y el ictus, la hipertensión arterial, el sobrepeso y la obesidad y la diabetes tipo II. Entre las campañas que se ofrecerán figuran las siguientes:

- Campaña informativa en medios de comunicación locales.
- Programa de ejercicio físico para diferentes colectivos y objetivos.
- Caminamos al cole.

❖ **TABAQUISMO**

Uno de los factores de riesgo más relacionados con las enfermedades cardiovasculares es el tabaquismo. Se realizarán actividades en coordinación y en el marco del Plan Municipal de Drogodependencias dirigidas a abordar el problema de tabaquismo tanto en la población sana como en la población que necesite algún tipo de apoyo para eliminar el hábito del tabaco.

CONTROL Y SEGUIMIENTO

Control y el seguimiento de cada una de las acciones que nos permita evaluar objetivamente los resultados de las mismas; y por otro, en determinar la incorporación o implantación de nuevas acciones o actuaciones en el ámbito preventivo, tanto en su vertiente de detección como de mejora.

2.- PREVENCIÓN DEL CÁNCER

La prevención del cáncer es otra de los principales temas de prevención que se abordarán en la Escuela de Salud del Ayuntamiento de Palencia. Se propone la realización de actividades en colaboración con asociaciones relacionadas con la enfermedad como AECC u otras entidades.

Se propone la organización del Día mundial de lucha contra el cáncer, el 4 de febrero, y la realización de actividades con el objetivo de fomentar los siguientes hábitos de conducta:

- **No consumir tabaco**

El uso de cualquier tipo de tabaco lleva de manera muy probable al cáncer. Fumar está relacionado con varios tipos de cáncer, incluyendo el cáncer de pulmón, boca, garganta, laringe, páncreas, vejiga, cuello uterino y riñón. El tabaco de mascar se ha relacionado con el cáncer de la cavidad oral y del páncreas. Incluso si usted no usa tabaco, ser fumador pasivo podría aumentar el riesgo de desarrollar cáncer de pulmón.

- **Llevar una dieta saludable**

Aunque hacer selecciones saludables en el supermercado y a la hora de comer no garantiza la prevención del cáncer, podría reducir el riesgo de desarrollar esta enfermedad. Considerar las siguientes pautas:

- a) Consumir muchas frutas y verduras.
- b) Mantener un peso saludable. Reduce el riesgo de desarrollar varios tipos de cáncer, incluido el cáncer de mama, próstata, pulmón, colon y riñón.
- c) Comer más ligero y magro eligiendo menos alimentos ricos en calorías, como los azúcares refinados y las grasas de origen animal.
- d) Si se bebe alcohol, hacerlo solo con moderación. El riesgo de desarrollar varios tipos de cáncer, incluyendo el cáncer de mama, colon, pulmón, riñón e hígado, aumenta con la cantidad de alcohol que se bebe y la cantidad de tiempo que se ha estado bebiendo habitualmente.
- e) Hacer deporte y actividad física. La actividad física también cuenta. Además de ayudarte a controlar tu peso, la actividad física por sí sola podría reducir el riesgo de desarrollar cáncer de mama y de colon. Los adultos que participan en cualquier cantidad de ejercicio físico obtienen algunos beneficios de salud.

Añadir, que el objetivo para este año y desde la AECC, se dirige hacia la prevención del cáncer de colon y su detección precoz, por lo que colaborará en la difusión de esta campaña en el municipio de Palencia.

Estas actividades se podrán organizar también aisladamente cada una de ellas en campañas específicas o bien formando parte de otras campañas generales, además de formar parte del Día Mundial contra el Cáncer.

EJE III.- INTERVENCIONES DIRIGIDAS A VARIOS AMBITOS DE POBLACIÓN / POBLACIÓN GENERAL.

En este eje se incluyen aquellas actuaciones realizadas por el Ayuntamiento de Palencia, no comprendidas en los dos ejes anteriormente descritos, bien porque están dirigidos a la población en general o por comprender varios segmentos de la población. Como se apuntaba en otro lugar, el Plan de

Salud no es un documento cerrado. Durante la vigencia del Plan ocurrirán diferentes situaciones relacionadas con el mantenimiento de la salud que necesiten de su atención urgente. También se podrán recoger aquellas iniciativas ciudadanas que se promuevan desde la Mesa Intersectorial de Salud.

1.- PATRONATO MUNICIPAL DE DEPORTES DEL AYUNTAMIENTO DE PALENCIA.

Para terminar este capítulo se hará una especial mención al Patronato Municipal de Deportes del Ayuntamiento de Palencia y la espléndida labor que realiza en la promoción del deporte y la práctica deportiva, así como del ejercicio físico, lo cual, como se ha manifestado a lo largo de toda la redacción del Plan es esencial en la promoción de la salud. La práctica de deporte es una de las actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud principales. El órgano encargado de fomentar el Deporte en la ciudad desde 1981 es el Patronato Municipal de Deportes. Por lo tanto, todos aquellos programas, actividades o intervenciones que versen sobre la práctica deportiva se realizarán en coordinación con el Patronato Municipal de Deportes.

El Patronato depende de la Concejalía de Juventud y Deportes ha tenido un crecimiento enorme, tanto en sus Instalaciones Deportivas (370.000 metros cuadrados), como en su oferta de actividades y participación ciudadana en las mismas (20.000 personas inscritas en los diferentes programas), en sus presupuestos y en su organización.

En la actualidad el Patronato al realizar la programación se encuentra supeditado a las medidas higiénico-sanitarias que se establezcan por la COVID -19. En cuanto a las actividades organiza comprenden una oferta de modalidades para elegir la que mejor se adapte a gusto o necesidad de cada uno. Algunas de las actividades ofertadas son las siguientes:

- a) - Acondicionamiento físico general (mantenimiento) -Aerobic-gimnasia en el agua - gimnasia aguas profundas - control postural en el agua - chi - kung-espalda sana - fitball e hipopresivos (ejercicios posturales y respiratorios)- gap (glúteos-abdominales-piernas) – pilates - tai-chi - tonificación en gimnasio - yoga
- b) Actividades acuáticas para bebés e infantes (nacidos entre el 2015 y 2019)
- c) Cursos de esgrima - Cursos de golf - Cursos de hockey - Cursos de natación adultos - Cursos de natación niños que cursen de 1º a 6º de Educación Primaria - Cursos de patinaje Cursos de pádel - Cursos de tenis - escuela medio natural. El patronato

Deportivo Municipal de Palencia también organiza ligas de ocio de fútbol sala y baloncesto.

2.- PROGRAMAS FORMATIVOS EN LOS CENTROS SOCIALES Y AULAS DE MAYORES

La Concejalía de Servicios Sociales y la Universidad Popular de Palencia (UPP) realizaron durante el primer semestre del año 2021 la segunda edición del programa 'Somos Red' de manera totalmente gratuita. El programa adaptó la modalidad online, para ofrecer la oferta formativa de los Centros Sociales Municipales y Aulas de Mayores. Mediante la modalidad online aquellos palentinos que eran alumnos de los diferentes cursos ofertados en años precedentes y que, por motivo de la COVID-19, tuvieron que suspenderse de manera presencial para poder continuar con sus actividades, igual que otros que decidan incorporarse a los mismos.

Los cursos que se ofertaron fueron Tai - Chi, Historia del Arte, Encuentro con la actualidad, Sentirnos bien, Pintura, Costura creativa, Pilates, Yoga, Leo para ti, Parques y jardines, Cuadernos de trabajo y zumba. Se incluía un formato de carácter presencial, denominado 'Paseos', consistente en la realización de hasta diez rutas diferentes por parte de grupos de diez personas como máximo.

Ambas entidades, la Concejalía de Servicios Sociales y la Universidad Popular de Palencia (UPP) el curso 2021 - 2022 retomando las actividades presenciales en los Centros Sociales Municipales y las Aulas de Mayores. Se realizarán cursos de formación de adultos y envejecimiento activo de las personas mayores, asegurando que en los mismos se cumplirán todas las medidas de seguridad necesarias que marcan los protocolos de la autoridad sanitaria. Las actividades de las Aulas de Mayores fueron ya expuestas en el apartado de *Programas dirigidos a mayores*. En este apartado se expondrán las actividades que se realizan en los Centros Sociales Municipales.

En los Centros Sociales Municipales, pueden participar personas mayores de 18 años que se encuentren empadronados en la capital. Los 59 cursos se agrupan en talleres artesanales (metales, recuperación de muebles, cuero, cerámica, retacería...), actividades físicas y de salud (aeróbic, chi-kung, tai-chi, yoga, zumba, jardinería, inteligencia emocional...), formativas (Historia del Arte, Historia de las Culturas, psicología, memoria, italiano, inglés...) otras son trimestrales como las nuevas tecnologías y cocina (estiramientos y educación corporal, técnicas de relajación, paseo fotográfico con el móvil, cámara digital, comunicación y trámites por internet, cocina de aprovechamiento...), "con precios que oscilan entre los 20,90 y los 71 euros, dependiendo si las personas interesadas son beneficiarios de pensiones no contributivas, Renta Garantizada

de Ciudadanía (RGC), Renta Activa de Inserción (RAI) o Programas de Integración y Empleo (PIE), debidamente acreditados

Las actividades de los Centros Sociales Municipales, se dirigen a todos los mayores de 18 años que se encuentren empadronados en la capital. La oferta de los cursos en el catálogo de cursos llega hasta los 59, los cuáles se agrupan en talleres artesanales (metales, recuperación de muebles, cuero, cerámica, retacería...), actividades físicas y de salud (aeróbic, chi-kung, tai-chi, yoga, zumba, jardinería, inteligencia emocional...), formativas (Historia del Arte, Historia de las Culturas, psicología, memoria, italiano, inglés...) y trimestrales, nuevas tecnologías y cocina (estiramientos y educación corporal, técnicas de relajación, paseo fotográfico con el móvil, cámara digital, comunicación y trámites por internet, cocina de aprovechamiento...).

3.- DEPORTE INCLUSIVO.

El Ayuntamiento de Palencia en colaboración con la Fundación Eusebio Sacristán, desarrolla un programa con menores y jóvenes en situación de vulnerabilidad social con el objetivo de lograr su inclusión social a través del deporte.

El convenio tiene como objetivo general potenciar las competencias personales, mediante la práctica, el fomento y la promoción entre niños/as y jóvenes de actividades deportivas, culturales y educativas.

Se utiliza un modelo de escuela inclusiva para facilitar la práctica del deporte a menores entre 5 y 15 años que, por diferentes condiciones de carácter físico, psíquico, social, familiar, económico, cultural o étnico, tenga dificultades de desarrollo personal competente. La escuela está basada en el desarrollo de las competencias personales del alumno a través de las competencias específicas de la modalidad deportiva, en este caso de la práctica del fútbol.

Se trata de un proyecto que pretende mejorar la calidad de vida de los menores, mejorando sus condiciones de vida en cuanto a la salud física, los hábitos de higiene saludables y la exposición y adquisición de los valores del deporte tales como la superación, el esfuerzo y la capacidad de sacrificio.

El programa incluye entre sus objetivos imprescindibles generar actitudes positivas de los padres hacia la formación de sus hijos, implicándoles en la dinámica de un uso educativo y positivo del ocio y tiempo libre y en especial del deporte en la formación de sus hijos.

Como área de mejora para el desarrollo de este programa se propone una colaboración con COCEMFE CYL para facilitar a los menores y jóvenes con

discapacidad que quieran participar en actividades deportivas inclusivas la figura del asistente personal aplicado a la promoción de la actividad deportiva.

4. INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

El fenómeno de las adicciones no ocurre en ningún ámbito de población en particular. Es necesario abordar el fenómeno de manera integral y transversal, de tal forma que abarque y elimine todas aquellas causas que provocan el fenómeno de las drogodependencias en nuestra sociedad.

Durante los últimos 25 años, en Palencia se han ido estableciendo y ejecutando diferentes Planes de drogodependencias hasta aprobarse el VII Plan Municipal de Drogodependencias en el 2021.

El VII Plan Municipal de Drogodependencias es el documento que aglutina orienta, impulsa y coordina las actuaciones en materia de prevención y asistencia a personas y colectivos potencialmente vulnerables o afectados por drogodependencias en la ciudad de Palencia.

El Plan de Drogodependencias, contempla la participación, cooperación y coordinación de los programas de prevención e integración social que se llevan a cabo en Palencia. Para cumplir los objetivos anteriores se crea la Mesa de Salud, órgano conformado por instituciones, cuerpos de seguridad, universidad, asociaciones de padres, hosteleros y entidades no gubernamentales y asociaciones que tienen entre sus fines la prevención y/o tratamiento en drogodependencias.

Las líneas de actuación fundamentalmente son tres, prevención, formación, intervención y la reducción de daños de las personas que presentan algún tipo de adicción. Los programas establecidos en el VII Plan se centran en acciones específicas de prevención con los grupos de riesgo o de mayor vulnerabilidad, en el entorno familiar, centros educativos o el ámbito del asociacionismo juvenil; también incluye formación con los agentes de la Policía Local y los profesionales del Tercer Sector y organizaciones sin ánimo de lucro; de sensibilización y difusión de estas iniciativas; de reducción de la oferta mediante medidas de control y coercitivas; y de asistencia e integración social del drogodependiente.

El VII Plan Municipal de Drogodependencias consolida aquellas propuestas concretas ya desarrolladas y evaluadas con éxito en anteriores Planes y además atiende las adicciones conductuales como son las adicciones a las Nuevas Tecnologías o las ludopatías.

El fenómeno de las drogodependencias hay que entenderlo como un fenómeno multicausal y multidimensional que perturba y limita negativamente el

bienestar de los individuos, de sus familias y de la comunidad en su conjunto. Como consecuencia de lo anterior el Plan de Drogodependencias se concibe de manera integral, englobando los diversos aspectos interrelacionados: sanitarios, psicosociales, educativos, laborales, etc.

El Plan tiene las siguientes características:

1. Participación y corresponsabilidad en tanto que, siendo el fenómeno que nos ocupa de naturaleza social, requiere una respuesta desde la propia sociedad, evitando las posturas de delegación en la búsqueda de soluciones sólo en técnicos y servicios especializados de drogodependencias. La familia, los educadores, los empresarios, el mundo del deporte, la cultura y el conjunto de instituciones (Servicios de Salud en general, Centros de Salud Mental, Servicios Sociales, etc.), asumen, desde su rol competencial específico, su corresponsabilidad e implicación, ya que sin su participación no sería posible desarrollar una respuesta integral.

2. Clarificador. Garantizando la consolidación de los programas existentes, los desarrollados en el medio escolar para educación primaria, los de carácter comunitario y los de reducción de accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas.

3. Globalidad, exigidas por la propia complejidad del fenómeno sobre el que se quiere intervenir, así como por su dimensión social. Tales características hacen preciso adoptar una estrategia de abordaje que, comenzando en los equipos especializados de los diferentes Centros y Programas, integren otros recursos de la Comunidad (Centros de Atención Primaria de Salud, Servicios Sociales, Equipos de Salud Mental, Colectivos ciudadanos diversos, etc.), facilitando la adecuada calidad de las intervenciones.

4.- Interdisciplinariedad. Esta perspectiva de globalidad hace necesaria una planificación de la intervención que englobara los diversos aspectos interrelacionados: sanitarios, psicosociales, educativos, laborales, etc. y el diseño de un plan integral que contemplara una coordinación adecuada de los servicios municipales.

5. Prevencionista. Apuesta decididamente por la prevención comunitaria en acciones dirigidas a jóvenes, adolescentes y al ámbito familiar, atendiendo a los nuevos patrones de consumo de drogas y a los factores que inciden en su uso y abuso. Promoviendo una amplia conciencia social sobre la importancia de los problemas ocasionados por el consumo de drogas.

6. Evaluación e Investigación permanente, que nos permitan verificar la adecuación de las acciones emprendidas y el nivel del logro de los objetivos, aportando elementos de juicio para introducir las modificaciones precisas y mejorar la calidad de las intervenciones. No se trata de establecer modelos

rígidos y estereotipados, sino de diseñar programas adaptados a las diferentes realidades personales y sociales. Este enfoque permitirá la revisión y adaptación continuada de las respuestas a los cambios que previsiblemente continuarán dándose.

7. Actualizado. Incluye nuevas adicciones y la utilización de nuevas tecnologías en la información y formación sobre drogas.

8. Recoge las directrices apuntadas en el VI Plan Regional de Drogodependencias relacionadas con programas prioritarios de intervención (reducción de riesgos, prevención del consumo, regulación y control de la oferta...), y en la Estrategia Nacional sobre drogas para el período 2017 - 2024.

El Plan incluye una serie de actuaciones divididas en los siguientes bloques: Programa de prevención en el ámbito escolar. Programa de prevención familiar. Programa de prevención en el ámbito comunitario. Programa de reducción de daños. Reducción de accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas. Programa de incorporación socio-laboral de personas drogodependientes.

El Ayuntamiento de Palencia aprobó la Ordenanza municipal reguladora para la promoción de la convivencia y la prevención de las drogodependencias en la ciudad de Palencia, por el Pleno de la Corporación en sesión de fecha 20/06/2013, con la actualización que corresponde a las modificaciones introducidas por la ley 3/2007 de 7 de marzo. Los contenidos que se recogen en dicha ordenanza son los siguientes:

1- Limitaciones a la publicidad, promoción, venta y consumo de bebidas alcohólicas.

2- Medidas de intervención: medidas de control de la venta y consumo de bebidas alcohólicas.

3- Régimen de inspección y sanción.

Además, desde los Servicios Sociales del Consistorio se han ejecutado siete programas Dédalo, centrados en modificar los factores de riesgo y de protección del entorno familiar para prevenir el abuso de drogas en aquellos preadolescentes con problemas de conducta y en familias de riesgo. Vinculado también al trabajo con familias, el Ayuntamiento ha financiado un programa psicoeducativo de intervención ambulatoria, así como otro centrado en la prevención, que bajo el nombre de Educan2, viene desarrollando ACLAD, la Asociación de Ayuda al Drogodependiente con muy buenos resultados.

Dentro de las acciones llevadas a cabo en el ámbito del ocio y el tiempo libre destaca el programa +Joven y el Espacio Joven que se ha convertido en un referente para los jóvenes palentinos. Se han realizado actuaciones como la

Escuela de Rock, Artes Plásticas, Iniciación a la Fotografía, Curso de Danza – Moderna.

Lechrác Joven, dirigido a una población de 6 a 30 años, donde se realizan una gran variedad de actividades y cursos de formación para jóvenes: Azafatas para eventos, monitor de tiempo libre, charlas sobre violencia de género...

De acuerdo con la implicación de la red asociativa juvenil, las asociaciones juveniles de Palencia han desarrollado actividades de ocio saludable con el objetivo de la prevención de drogodependencias. Los cursos de formación dirigidos a la formación de Mediadores Juveniles, en colaboración con la Liga de Educación y Asociación de Alcohólicos Rehabilitados han incluido dentro de su programa cursos relacionados con la prevención y el tratamiento de drogodependencias.

Programa Exeo, acreditado por el Comisionado Regional, y desarrollado por ACLAD, se ha ejecutado el programa de reducción del daño del consumo de drogas en lugares de ocio y fiesta como conciertos de rock o fiestas patronales.

Programa como el OH.COM financiado por el Comisionado Regional para la Droga donde participan jóvenes sancionados derivados del Departamento Municipal de Policía y Tráfico y/o jóvenes con problemas relacionados con el uso abusivo de alcohol. También se ha formado a 42 agentes de la Policía Local en temas de prevención y tratamiento de drogodependencias. Se incluyen actuaciones incluso fuera de nuestras fronteras a través de propuestas articuladas de Cooperación al Desarrollo como por ejemplo 'ONU Hábitat', integrada dentro de la línea de colaboración 'ciudad-ciudad' creada por Naciones Unidas.

Actividades educativas; Destacamos el Programa de dispensación responsable de alcohol (DRA): dirigido a alumnos de la Escuela de Hostelería del Instituto de Educación Secundaria Virgen de la Calle donde se les forma sobre protocolos acreditados que supone un servicio responsable.

Talleres de reducción de accidentes de tráfico: Estos talleres tienen como finalidad aumentar la percepción de riesgo, reducir los daños asociados al consumo de alcohol-conducción y cannabis-conducción, reforzar la idea de que la conducción es incompatible con cualquier consumo de alcohol y otras drogas como el cannabis, potenciar habilidades de resistencia y de toma de decisiones ante las presiones al consumo y, promover alternativas seguras en lugar de conducir bajo los efectos del alcohol y otras drogas o ser pasajero de un vehículo conducido o alguien que las haya consumido.

Los talleres se ofertan principalmente en centros educativos con alumnado de bachillerato, formación profesional básica (preferentemente de 2º curso), y de ciclos formativos de grado medio y superior. Para trabajar estos

programas se cuenta con la asociación de Atención Integral para la Comunidad, AIC.

Actividades formativas dirigidas a mediadores juveniles y mediadores universitarios, que, por su acceso a los jóvenes, tienen un papel importante como agentes de prevención.

Como novedad en 2021 se inician las intervenciones de sensibilización sobre abuso de juegos digitales, videojuegos o juegos por internet en los institutos. La principal actividad es llevar a cabo los talleres informativos de prevención de la ludopatía tanto en adolescentes como en adultos. - Estos talleres consisten en la transmisión de información sobre lo que es la ludopatía y los riesgos que conlleva, ya que la información es el primer paso para la prevención. – Esta información se dará mediante un “Cine fórum”, es decir, proyectando un vídeo de FEJAR (Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados), acompañado de una pequeña charla, así como de un debate en el que participen tanto los beneficiarios como las profesionales.

Actividades de integración social desarrolladas desde los CEAS en colaboración con las asociaciones ACLAD y ARPA se desarrollan actuaciones como las siguientes:

Detección de personas con problemas de drogodependencia.

Apoyo social.

Educación socio – sanitaria

Apoyo y asesoramiento a familias.

Asesoramiento y orientación legal en materia de empleo.

Coordinación con otros recursos de la red.

Un elemento muy importante del Plan Municipal de Drogodependencias es incluir entre sus propuestas los mecanismos e instrumentos que permitan Evaluar el presente Plan. Como criterios de evaluación y seguimiento con carácter general, señalan los siguientes:

Participación, evaluación continua, Idoneidad, eficacia y eficiencia, continuidad de los programas y complementariedad entre la valoración cuantitativa y cualitativa.

5.- PROGRAMAS EMERGENTES RELACIONADOS CON LA SALUD MENTAL.

Aunque la crisis provocada por la COVID-19 es, en primer lugar, una crisis de salud física, tener en cuenta que nos enfrentamos a una importante crisis de salud mental que se ha visto gravemente afectada por esta pandemia, siendo prioritario ocuparse de ella de forma urgente. Vamos a distinguir dos tipos de intervenciones, una general, dirigida a paliar en la medida de lo posible y de acuerdo a los recursos que existen desde el ámbito municipal y/o derivar a personas en riesgo de sufrir algún tipo de trastorno de salud mental. Y otra más específica dirigida a la prevención del suicidio en la población en general.

5.1.- ASISTENCIA A PERSONAS CON PROBLEMAS PSICOLÓGICOS DERIVADOS DE PANDEMIA COVID- 19.

Se pueden distinguir diferentes tipos de intervención dependiendo de cuales sean los sujetos a los que va dirigida:

1. La población en general, realizando una tarea fundamentalmente de prevención. Muchas tienen miedo a infectarse, morir y perder a familiares y / o personas se enfrentan a turbulencias económicas tras haber perdido sus fuentes de ingresos y sus medios de vida o por estar en peligro de perderlos. La desinformación y los rumores frecuentes sobre el virus y las profundas incertidumbres respecto del futuro son fuentes comunes de angustia
2. Las personas que han sufrido la enfermedad. Padecen niveles elevados de angustia psicológica en relación con la COVID-19 al no saber ciertamente la evolución de los síntomas de la enfermedad que tuvieron, ni las secuelas que les dejó.
3. Los familiares y allegados de personas que han fallecido por esta enfermedad. Muchas de ellas familiares de personas que vivían en residencias y que no pudieron despedirse de sus seres queridos.
4. Grupos profesionales que por las características y objeto de su profesión son grupos de riesgo de contagio. (personal sanitario, policía, maestros fundamentalmente). Destacar el personal sanitario de primera línea y los integrantes de los equipos de respuesta inicial han estado expuestos a numerosos factores estresantes; es esencial velar por la buena salud mental de los trabajadores sanitarios para mantener la preparación, la respuesta y la recuperación con respecto a la COVID-19.
5. Las dificultades emocionales que sufren los niños y los adolescentes se ven exacerbadas por el estrés en el ámbito familiar, el aislamiento social, la interrupción de la educación y la inseguridad sobre el futuro; todo esto ocurre en momentos críticos de su desarrollo emocional y, en algunos casos, se suma a un aumento de los abusos que padecen.

No es sorprendente que se hayan registrado niveles más elevados de lo normal síntomas de depresión y ansiedad. Para hacer frente a los factores estresantes, es posible que las personas recurran a distintas estrategias de afrontamiento nocivas, como el consumo de alcohol, drogas o tabaco, o dediquen más tiempo a comportamientos potencialmente adictivos, como las apuestas en línea. Se hace necesario contar con un conjunto de actuaciones de abordaje de problemas mentales como consecuencia de la pandemia del COVID-19.

Desde un punto de vista municipal, la intervención en salud mental se encuentra acotada tanto por las competencias que la ley atribuye como por los recursos de que se dispone. En el caso de Palencia las intervenciones se realizarán fundamentalmente a través de los CEAS, pues son los lugares de contacto fundamentales entre la población y los servicios asistenciales, siendo por tanto el lugar de detección de aquellos casos que fuera necesarios derivar a los servicios de salud. También se podrán realizar intervenciones dirigidas a poblaciones específicas como son familiares de personas fallecidas, niños, personas que padecieron la enfermedad y población en general. Las actuaciones que se llevarán a cabo son las siguientes:

1. Tener directrices, protocolos de detección (presencia de alguna psicopatología significativa como ansiedad, depresión, ideas de muerte, insomnio etc...) y derivación claros desde una perspectiva de atención multisectorial que garanticen una intervención eficaz.
2. Informar sobre la COVID-19 de manera que se promueva la salud mental y el bienestar psicosocial. Para reducir la propagación del virus y la ansiedad en la población.
3. Fomentar el apoyo social y comunitario. Reforzando las redes familiares a fin de mantener el apoyo y el contacto, activar y fortalecer el apoyo, y fomentar un espíritu de autoayuda.
4. Apoyar acciones comunitarias que refuercen la cohesión social, la solidaridad y métodos saludables de enfrentarse a los problemas, reduzcan la soledad y promuevan el bienestar psicosocial. En este sentido fortalecerán los mecanismos preexistentes y emergentes de apoyo comunitario
5. Reforzar y solicitar el apoyo voluntario dirigido a personas vulnerables. Eso incluye el apoyo a adultos mayores, personal sanitario de primera línea y personas que han perdido sus medios de subsistencia. Se deben impulsar medidas para ayudar a las personas aisladas a mantener el contacto y reducir la soledad (especialmente en el caso de adultos mayores) y paliar el aburrimiento (especialmente en el caso de niños y adolescentes).
6. Realización de Talleres con los siguientes temas:

- a) Afrontar el duelo en tiempo de coronavirus.
- b) Taller de Afrontamiento del estrés y la ansiedad.

5.2. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

El suicidio representa un grave problema de salud pública. Las repercusiones en el entorno son muy importantes, ya que las vidas de los allegados se ven profundamente afectadas a nivel emocional, social y económico. Es por ello de gran importancia la adopción de medidas y el desarrollo de estrategias encaminadas a la disminución de la conducta suicida. Sin duda alguna la prevención del suicidio tiene que ser una de las actuaciones principales que integre el Plan de Salud.

Los objetivos específicos que se van a lograr van a ser los siguientes:

1. Impulsar políticas de prevención y detección precoz del riesgo de suicidio de manera conjunta con otras instituciones, organismos y entidades de la ciudad.
2. Dotar a las personas de recursos que permitan mejorar su acceso a los servicios sanitarios en situaciones de crisis.
3. Reducir la presencia de factores de riesgo y potenciar los factores de protección para fomentar la resiliencia.
4. Informar correctamente sobre los servicios de ayuda disponible.
5. Sensibilizar a la población acerca de la necesidad de dar apoyo social.
6. Derribar el estigma asociado a la conducta suicida.

La Escuela de salud contempla dos tipos de estrategia fundamentales con el objetivo de la prevención del suicidio: talleres de prevención e información dirigidos a diferentes segmentos de población y detección de personas en riesgo de acometer suicidio, así como a familiares y allegados fundamentalmente desde los CEAS y los colegios e institutos.

- Detección y derivación de personas con ideación suicida y/o autolesiones en los CEAS municipales.

Los CEAS son lugares donde se pueden detectar personas con ideas suicidas, vulnerables o que lo hayan intentado y a sus familiares.

Se procederá primeramente a la creación de un protocolo coordinado e integrado de detección de personas en riesgo que contenga un cuadro detallado de síntomas y situaciones de riesgo, además de instrumentos psicométricos de evaluación y otras claves detectoras. El objetivo es poder realizar una intervención de urgencia y/o la derivación a los centros de salud mental

especializados. La evaluación y manejo de la ideación y conducta suicidas (CEAS).

La tipología de los pacientes que se evalúan en este ámbito son de tres tipos: 1) aquellos que han sobrevivido a un intento de suicidio. Su objetivo es velar por que las personas que hayan vivido esta experiencia traumática hagan un proceso de duelo saludable, rompan con el estigma y el tabú entorno al hecho vivido y cuenten con un punto de encuentro; 2) los que acuden a la consulta manifestando ideación suicida y 3) los que tienen ideación suicida pero aún no la han manifestado verbalmente-

Los problemas subyacentes más frecuentes que son importantes detectar son los siguientes:

1. Depresión, Alcohol o consumo de drogas, Escaso control de los impulsos, Otros trastornos mentales y físicos también pueden aumentar el riesgo de suicidio. Entre ellos se incluye la ansiedad, la esquizofrenia, los traumatismos craneoencefálicos y el trastorno de estrés postraumático.
2. Obtener atención eficaz para los trastornos mentales y físicos, y para el consumo de sustancias
3. Ser capaz de acceder fácilmente a los servicios de salud mental
4. Conseguir el apoyo de la familia y de la comunidad
5. Aprender formas de resolver pacíficamente los conflictos
6. Limitar el acceso por parte de los medios de comunicación al contenido relacionado con el suicidio
7. Poseer creencias culturales y religiosas que rechacen el suicidio

▪ **Realización de talleres de prevención y autoayuda de suicidio y conductas autolesivas.**

Es fundamental promover entre la población en general, factores de protección que les permitan alcanzar un pleno desarrollo y un estilo de vida saludable, con el fin de evitar que se lleven a cabo cualquier tipo de conductas que desencadenen el suicidio.

Una de las estrategias previstas en este Plan de Salud para la prevención de suicidio es la realización de talleres formativos, dirigidos tanto a los profesionales de la salud o de servicios sociales. Educadores, padres de familia etc. que tanto por motivos personales como profesionales están en contacto con personas en situación de riesgo o sufren de ideas suicidas o autolesivas. Se trata de ofrecer a estas personas apoyo emocional y da herramientas para actuar ante situaciones relacionadas con esta problemática.

▪ **Día de la Prevención del Suicidio**

Se acogerán distintos actos con motivo del Día Mundial para la Prevención del Suicidio, que se celebrará oficialmente el 10 de septiembre. El objetivo es dar a conocer a la ciudadanía los recursos con los que cuentan y lograr desestigmatizar y que no se sientan etiquetados y marginadas las personas con ideas suicidas o que lo hayan intentado en el pasado.

MUJER Y SALUD

En este capítulo se seguirá lo establecido en el II Plan de Igualdad de Palencia en el que se plasman las líneas políticas y las acciones en materia de igualdad. En dicho Plan se incluye un capítulo dedicado al tema de la salud con perspectiva de género.

La Declaración de Madrid de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), para avanzar hacia la equidad de género, ha impregnado las sucesivas recomendaciones de OMS (2002, 2007 y 2008) dice textualmente:

Para conseguir los más altos niveles de salud, las políticas sanitarias deben reconocer que las mujeres y los hombres, debido a sus diferencias biológicas y a sus roles de género, tienen diferentes necesidades, obstáculos y oportunidades.

Para disminuir las desigualdades en el estado de salud y promover la equidad en la atención, hay que proporcionar con equidad los recursos diagnósticos y terapéuticos y que estos sean adecuados a las necesidades diferenciales de hombres y mujeres.

La incorporación de una perspectiva de género en la salud pública parte del reconocimiento de las diferencias entre el hombre y la mujer en los resultados, experiencias y riesgos sanitarios. Implica abordar la influencia de los factores sociales, culturales y biológicos en las prácticas relacionadas con la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, todo ello dirigido a mejorar la eficiencia, cobertura y equidad de los programas. Integrar las perspectivas de género en las políticas de salud significa también tener en cuenta las diferentes necesidades de la mujer y del hombre en todas las fases del desarrollo de políticas y programas.

Las mujeres enfrentan desafíos y problemas de salud específicos de su género. Además, hay problemas de salud que afectan tanto a hombres como a mujeres, pero que con frecuencia afectan a las mujeres de manera diferente.

Durante los últimos años se han empezado a hacer visibles datos significativos sobre las diferencias en la forma de enfermar y las causas de defunción entre hombres y mujeres. Se aprecia que efectivamente, hay enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las mujeres, ya sea porque sólo en ellas se puede presentar estos problemas, porque son muchos más frecuentes en el sexo

femenino o porque es necesaria una atención especial desde una perspectiva de género.

Algunas enfermedades con una especial idiosincrasia con una perspectiva de género:

a) Cáncer de mama

En España se diagnostican cada año entre 40 y 75 nuevos casos de cáncer de mama por cada 100.000 mujeres y se producen unas 6000 muertes anuales por esta enfermedad.

b) Cáncer de útero.

El cáncer es la segunda causa de muerte después de las enfermedades del aparato circulatorio, aunque en los hombres ocupa el primer lugar. La edad promedio del diagnóstico es de 50 años. Alrededor del 20 % de los cánceres de cuello uterino se diagnostican en mujeres que tienen más de 65 años. El Programa de prevención y diagnóstico precoz de cáncer de cuello de útero, consiste en un programa de cribado con el objetivo de mujeres con lesiones cervicales precursoras con mayor riesgo de progresión a cáncer invasivo y/o infección por el virus del papiloma humano.

c) Endometriosis

Se estima que la endometriosis afecta al 7-15 % de las mujeres en edad fértil. Los síntomas son diversos, a veces con una importante afectación de la calidad de vida, aunque algunas mujeres con la enfermedad podrían no tener síntomas. En general, los síntomas son más intensos durante el periodo menstrual. Debido a la gran variedad sintomática y la conciencia generalizada por parte de las mujeres de que es normal que la menstruación duela, pueden pasar varios años hasta que la endometriosis es diagnosticada. Se estima que la infertilidad puede llegar al 30-40 % de las mujeres con la enfermedad.

d) Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares son una importante causa de mortalidad femenina. Está demostrado que hay diferencias de género relacionadas con la cardiopatía isquémica, en factores de riesgo cardiovascular, manifestaciones clínicas, utilización y rendimiento de pruebas diagnósticas y en la aplicación de medidas terapéuticas. También ha quedado de manifiesto el peor pronóstico global en las mujeres, debido en parte debido a que se trata de pacientes de más edad, con más patología asociada..., pero también al retraso en el diagnóstico y la menor utilización de algunos tratamientos.

e) Artritis reumatoide

Es la causa más común de artritis inflamatoria crónica y afecta aproximadamente del 1 al 2% de la población en general y un 75% de los pacientes son mujeres. El pico más alto de incidencia se produce de 20 a 40 años a pesar de que la incidencia está aumentando últimamente con la edad.

f) Salud mental: Depresión, Ansiedad, trastornos de la alimentación

El género es un factor de riesgo para la presentación de sintomatología depresiva en todos los grupos de edad, con un ratio de riesgo mujer / hombre de 2: 1. También existen diferencias cuantitativas y cualitativas en la morbilidad psiquiátrica, diferencias en la expresión sintomatológica, diferencias en consumo de psicofármacos y el uso y frecuentación de servicios.

g) VIH/SIDA

Las actitudes basadas en la representación social del sida y los consensos tradicionales de género, es lo que motiva a las resistencias sociales y personales a poner en práctica conductas preventivas. El enfoque de género, tanto de la infección como de la enfermedad, muestra diferencias en la atención que buscan y reciben los hombres y las mujeres.

h) Las adicciones desde la perspectiva de género

Mujeres y hombres vivimos en un contexto sociocultural que influye en los roles de género que desempeñamos y van conformando nuestra forma de estar y vivir en el mundo. A su vez, a través de la socialización de género y de los mensajes que recibimos de nuestras familias, del entorno educativo, de los medios de comunicación, entre otros, atribuimos a cada sexo significados distintos de lo que supone el “ideal del ser mujer” y el “ideal del ser hombre”. Esto se traduce en prácticas, normas y valores asimétricos que generan desigualdades en cuanto a la situación y posición de las mujeres. El género es un factor condicionante para el uso y abuso de sustancias, entendiendo los patrones de comportamiento que llevará a las mujeres a consumir. El abuso de las drogas es un problema que repercute de manera diferente en la vida y la salud de las mujeres.

Las acciones que se realizarán en este capítulo relacionadas con el tema de las adicciones desde la perspectiva de género, están recogidas en el VII Plan Local de drogodependencias del Ayuntamiento de Palencia, en los capítulos dedicados a la intervención.

i) Los derechos sexuales y reproductivos.

Son derechos que han sido reconocidos por la comunidad internacional como derechos humanos en declaraciones, convenciones y pactos de las Naciones Unidas y otros documentos aprobados internacionalmente.

El concepto de derechos sexuales está en constante evolución y revisión. Su conceptualización es fruto de un proceso que ha ido gestándose a partir de las reivindicaciones de los movimientos sociales, como el movimiento internacional de mujeres o las organizaciones internacionales como Amnistía Internacional o los grupos LGTBIQ+ (lesbianas, gays, transexuales, bisexuales, intersexuales y todas aquellas realidades que no recoge la sigla).

Por su parte, los derechos reproductivos abarcan no solamente el derecho a decidir sobre la reproducción, sino también el compromiso a garantizar la atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada. Uno de los derechos básicos de las mujeres en materia de salud reproductiva es el derecho a la información y a decidir libremente.

j) La Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN)

Forman parte de lo que se conoce como Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) son enfermedades de salud mental con origen multifactorial que presentan altas tasas de morbi-mortalidad, y una gran prevalencia entre jóvenes y adolescentes en los países desarrollados. Ambas entidades poseen en común una alteración en la percepción de la propia imagen corporal, además de una alteración en su conducta alimentaria. En general, las estimaciones sobre la incidencia y prevalencia de los TA varían según la población estudiada (edad y sexo) y las herramientas de evaluación, lo que sugiere interpretar los datos con cautela. Sin embargo, existe una opinión generalizada que se trata de un problema mucho más extendido de lo que se dice o se piensa y que requiere de muchos más recursos sanitarios para paliar la situación de desprotección, abandono y puesta en riesgo a la que se ven abocadas tantas personas y en una situación de gran fragilidad.

Los Trastornos de Conducta Alimenticia son más frecuentes en mujeres (9 de cada 10 casos), siendo su prevalencia en España de 4,1 a 6,4 por ciento en mujeres entre 12 y 21 años, y de 0,3 por ciento para los hombres según la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia). Siendo el 94% de los afectados mujeres entre 12 a 36 años, aunque cada vez hay más casos entre varones y gente mayor. El 70% de los adolescentes no se siente a gusto con su cuerpo y 6 de cada 10 chicas creen que serían más felices si estuvieran más delgadas y alrededor del 30% de ellas revela conductas patológicas.

Hoy por hoy, se reconoce cada vez más la influencia de los factores sociales para explicar el origen de los trastornos de alimentación. Podemos apreciar una mayor prevalencia de estos trastornos en las denominadas sociedades occidentales, en las que la esbeltez es el ideal de belleza. Sin embargo, es importante matizar que el estar delgada en nuestra sociedad va más allá de la estética (y la salud) ya que se relaciona íntimamente con el baremo del éxito personal y profesional de la mujer. Uno de los índices para lograr el

éxito y la aceptación social en la mujer va a ser el “tener un físico apropiado” y ello suele resumirse generalmente y a grandes rasgos en estar delgada, ser joven y sexualmente atractiva.

Cabría preguntarse entonces si este tipo de dolencias son realmente una enfermedad de la persona, que patologiza a la mujer, y no de una cultura que ejerce una fuerte presión a través de los estereotipos que impone y que se arraigan fuertemente, a través del constante bombardeo de imágenes que nos muestran modelos corporales inviables para la mayoría, influyendo y confrontando constantemente la imagen real con una ideal imposible. No hay que mirar muy lejos para ver como la publicidad nos sobreexpone a la actual presión cultural.

6.- PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Se desarrollarán en centros educativos, tanto de primaria como de secundaria, y están dirigidos a población general, y donde se incluyan todas las áreas temáticas vinculadas a Salud y recogidas en el presente Plan.

EJE IV. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

Es voluntad del Ayuntamiento de Palencia, desarrollar políticas públicas de promoción y protección de la salud y a través de la convocatoria pública anual de subvenciones en materia de servicios sociales, financiar acciones que van dirigidas a la prevención, protección y promoción de la salud y orientadas a la intervención, asistencia, rehabilitación, integración social o promoción del bienestar social de la familia, la infancia, la adolescencia, mayores, personas con discapacidad, colectivos en situación de riesgo de exclusión social, así como las destinadas a la promoción del movimiento asociativo y voluntariado social. Para este objetivo, se destina un presupuesto de 150.000 euros anuales.

Añadir, aquellas prestaciones municipales que se ofrecen a la ciudadanía por medio de los CEAS. Son intervenciones, prestaciones y actividades que se prestan fundamentalmente a personas vulnerables, bien por su edad avanzada, por causa de enfermedad o por ser menores de edad, etc. Se han organizado en este eje independiente, por tratarse de actuaciones relacionadas con la intervención o asistencia de manera preponderante y no tanto con la prevención de la salud. Aunque obviamente pudieran ser incluidos en el Eje I pues van dirigidas a determinadas poblaciones diana.

Otra característica que comparten los siguientes programas y que provoca su agrupamiento en un mismo Eje es la ejecución de los mismos desde los CEAS

municipales. Se detallarán a continuación los programas de intervención incluidos en este Eje IV:

1. Programa de Apoyo a las Familias (PAF).
2. Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)
3. Teleasistencia
4. Equipos de Promoción de la Autonomía Personal (EPAP)

1.- PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LAS FAMILIAS (PAF)

Los Programas de Atención a las Familias, se definen como el conjunto de actuaciones de carácter educativo y psicosocial dirigidas a apoyar y ayudar a familias en situación de crisis o vulnerabilidad social y/o familiar, potenciando las mejores condiciones posibles para la mejora de las relaciones y evolución positiva de las familias, así como actuaciones ante situaciones de riesgo de menores.

Los servicios que presta son los siguientes:

1. Análisis y valoración de las necesidades detectadas.
2. Prevención de situaciones de riesgo en los menores a través de la intervención con los progenitores
3. Elaboración del plan de intervención con la familia y seguimiento.
4. Sesiones educativas en su propio contexto familiar para lograr una adecuada atención, cuidado y protección del menor para lograr que éste tenga un desarrollo integral positivo.
5. Atención, orientación, y apoyo a familias cuando se produce una situación de crisis socio-emocional.

Niveles de intervención y actuaciones que se desarrollan

1. Intervenir o realizar actuaciones de tipo preventivo con aquellas familias en las que se haya detectado problemas o que estén en situación de riesgo, así como aquellas derivadas de la Sección de Protección a la Infancia.
2. Apoyar al CEAS en la valoración de los menores en situación de riesgo y en el diseño de su plan de actuación con la familia.
3. Evaluaciones a los diferentes miembros de la familia, aplicando distintos tipos de escalas de medición.

4. Asesoramiento de problemáticas relacionadas con los procesos de conflictividad familiar y situaciones que impliquen un riesgo de ruptura de la familia.

5. Orientación técnica a la pareja en proceso de separación y divorcio para que este hecho tenga el menor coste psicológico para todos los miembros de la familia, especialmente para los hijos menores de edad.

6. Prestar apoyo a las familias monoparentales en el cumplimiento de sus funciones para la superación de la situación de dificultad social en la que se encuentran de forma mayoritaria.

7. Actuaciones de tipo preventivo con aquellas familias en las que se haya detectado violencia familiar en su seno o en riesgo.

8. Asesoramiento a familias inmigrantes en situación de vulnerabilidad.

9. Llevar un seguimiento de los menores en su contexto de referencia, en coordinación con sus diferentes sistemas sociales (colegio, centro de salud, etc.).

10. Entrevistas psicológicas de orientación, apoyo, intervención o terapia.

11. Intervenciones de carácter integral coordinadas con otros profesionales y sistemas implicados.

12.- Establecer en las familias hábitos saludables y de higiene. También se orienta en una alimentación sana y equilibrada.

Los destinatarios son:

1. Familias con crisis de convivencia y de relación entre sus miembros.

2. Familias con menores en situación de riesgo y desamparo.

3. Familias desfavorecidas o en situación de riesgo.

4. Familias monoparentales con algún tipo de discapacidad.

5. Embarazos de alto riesgo social.

6. Familias en cuyo seno se produce violencia familiar.

7. Problemáticas de conflictividad familiar y/ o situaciones de separación o divorcio.

8. Menores con déficit socio- emocionales en situaciones de riesgo, con edades comprendidas entre cinco y dieciocho años.

9. Adultos que se encuentren en situaciones problema que incidan directamente en la dinámica familiar.

Los equipos de atención son multidisciplinares integrados formados por psicóloga, educadora familiar, y Trabajadoras Sociales, además de otros profesionales que pudieran intervenir en función de las circunstancias familiares.

2.- PERSONAS CON DISCAPACIDAD y EQUIPO PARA LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL DEL AYUNTAMIENTO DE PALENCIA (EPAP).

Los Equipos para la Promoción de la Autonomía Personal (EPAP), son equipos especializados de segundo nivel donde se asiste a personas vulnerables que viven en su hogar familiar y que presentan las siguientes características:

1. Tener alguna discapacidad o dependencia
2. Personas mayores de edad en situación de dependencia o discapacidad Presentan dificultades o carencias importantes en sus necesidades o en su integración social.
3. Debido a causas psicosociales (Aislamiento, riesgo de desprotección, conflictividad familiar o con el entorno, situaciones de desamparo o crisis, nula o baja adherencia al tratamiento, rechazo a la ayuda social, reunificación familiar, riesgo de exclusión social, presencia de cuidadores con baja competencia)
4. Otros recursos se consideran insuficientes, inadecuados o no están disponibles. O necesiten apoyo en las transiciones cuando concluye la intervención de otros dispositivos.
5. Equipo multidisciplinar que complementa a los servicios sociales básicos en materia de dependencia y/o discapacidad cuya intervención se centra en la atención domiciliaria.

La función general del EPAP es mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y/o dependencia que presenten dificultades en la atención de sus necesidades o su integración social, promoviendo la autonomía personal. Se prioriza la permanencia en su domicilio mediante una atención integral. Su intervención repercute tanto en la persona como en los cuidadores. Contenido de la intervención desde el EPAP.

Para la realización de la intervención se realiza previamente una valoración específica de la persona. Para establecer a continuación un Plan Individual de Intervención (PII) consensuado con el CEAS es ejecutado y sometido a una evaluación tanto continua como a sucesivas revisiones.

Las intervenciones que realizan son las siguientes:

1. Entrenamiento en habilidades (carácter social, atención y cuidado, organización doméstica, AVD, solución de problemas, autocuidado, hábitos saludables, etc.)
2. Estrategias de intervención en crisis.
3. Resolución de conflictos familiares.
4. Mediación, orientación y asesoramiento.
5. Activación de recursos de Apoyo Formal e Informal. Derivación, acompañamiento y conexión con otros sistemas (salud, educación, empleo, ocio, cultura, etc.).
6. Orientaciones básicas en accesibilidad y prevención de accidentes.
7. Atención y apoyo al cuidador/familia.

Además de intervenir en la persona destinataria, también son objeto de intervención sus cuidadores no profesionales, el sistema familiar y de apoyo informal. Se intenta integrar en la intervención a otros profesionales (auxiliar de ayuda a domicilio, centro de día, etc...) y a la propia comunidad.

3.-EL SERVICIO PÚBLICO DE AYUDA A DOMICILIO (SAD)

El SAD constituye un conjunto de intervenciones profesionales, de carácter preventivo y rehabilitador, que tienen por objeto la atención de situaciones de dependencia en el entorno del domicilio habitual, fomentando y favoreciendo la autonomía personal, así como la complementariedad de la familia y las redes de apoyo a la misma.

Su finalidad esencial es la prestación de apoyo personal, doméstico, psicosocial, educativo y técnico, orientado a facilitar a sus beneficiarios la autonomía suficiente según su situación en el medio habitual de convivencia.

Población destinataria: Discapacitados, personas dependientes, enfermos crónicos, personas dependientes en general que, por diversos motivos como la edad, enfermedades, etc., no se valen por sí mismos para atender las necesidades elementales del cuidado personal y del hogar.

Objetivos:

1. Prevenir y evitar el internamiento innecesario de personas que, con una alternativa adecuada, puedan permanecer en su medio habitual.
2. Favorecer en la persona usuaria el desarrollo de sus capacidades personales y hábitos de vida saludables.
3. Atender situaciones coyunturales de crisis personal o familiar, que afecten a la autonomía de la persona usuaria en la vida de la comunidad.
4. Colaborar con las familias en la atención a las personas dependientes.
5. Potenciar las relaciones sociales y las actividades en el entorno comunitario, paliando los posibles problemas de aislamiento y soledad.

6. Mejorar el equilibrio personal del individuo, de su familia y de su entorno, mediante el refuerzo de los vínculos familiares, vecinales y de amistad.

4.- TELEASISTENCIA

Se trata de un Servicio de atención permanente que, a través de un dispositivo telefónico, permite el contacto inmediato del usuario con una Central de Emergencias para atender aquellas situaciones en las que éste pueda encontrarse en dificultad desde diferente naturaleza (caídas, enfermedad, accidentes domésticos, crisis de ansiedad, etc.).

Destinatarios:

Personas solas que por diferentes motivos no pudieran requerir una intervención de urgencia y no tengan a nadie cercano para poderles ayudar.

5.-OTROS POSIBLES SERVICIOS.

En este apartado, se debe hacer mención a posibles actuaciones que pueden llevarse a cabo en la etapa post-covid, que ha golpeado fuertemente a muchas personas, sobre todo a aquellas que ya presentaban una discapacidad y/o dependencia.

VII.-EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

La evaluación del proyecto tiene como objetivo obtener conclusiones que permitan mejorar la calidad del mismo, en general y de cada una de sus acciones, además de lograr una mayor eficacia y eficiencia en su funcionamiento y obtener un mayor alcance de objetivos y una mayor satisfacción de los/as destinatarios/as. Esta evaluación se realiza a distintos niveles:

Se plantean dos niveles de evaluación el primero corresponde a la evaluación resultados y el segundo al nivel de implementación del Plan.

1.- EVALUACIÓN RESULTADOS

El I Plan Municipal de Salud de Palencia será evaluado en base a la consecución de sus metas y objetivos, y tanto en base a sus resultados como en el proceso llevado a cabo. Esta evaluación se hará teniendo en cuenta las características del Plan, así como la disponibilidad de fuentes de información

para Palencia. Se plantea realizar una primera evaluación intermedia a mitad de periodo, y una segunda que tendrá lugar al finalizar el periodo de vigencia del Plan Municipal de Salud.

Los resultados de la evaluación intermedia y la evaluación final serán publicados y difundidos a nivel interno del Ayuntamiento, así como a la población general. En estas evaluaciones se tendrán en cuenta diferentes niveles de evaluación que atenderán a la consecución de los resultados del Plan, al estado de su despliegue y al proceso llevado a cabo.

1.- Evaluación de los participantes:

- Evaluación del nivel de satisfacción: Mediante el funcionamiento general del proyecto y el funcionamiento específico de las diferentes actividades programadas, así como a través de su adecuación a las expectativas generadas. Mediante un cuestionario de evaluación que cumplimentarán, de forma anónima, tras la finalización de la actividad.

- Recogiendo las aportaciones expresadas de forma verbal a los profesionales que imparten o moderan las actividades y a los responsables del servicio de información y atención personal del servicio de Salud municipal.

- A través del formulario de reclamaciones y/o sugerencias, que estarán a disposición de todos los usuarios que lo demanden.

2.- Evaluación de los profesionales específicos, a la finalización de cada una de las actividades que desarrollan. Se evalúa la idoneidad de las actividades ofertadas y de la metodología utilizada, la participación, adecuación de los espacios a las actividades, la de los materiales empleados, así como el grado de consecución de objetivos específicos, los horarios, tiempo de desarrollo y finalmente la ratio de participantes por monitor especializado

3. Evaluación Final.

- Memoria de evaluación del curso y Evaluación del equipo:
- Reunión de evaluación de cada actividad.
- Evaluación general para los ajustes a realizar para la continuación del programa.

El conjunto de evaluaciones permitirá realizar los ajustes necesarios para una adecuación óptima a las necesidades de los participantes. Se hará referencia a aquellos aspectos de carácter más cuantitativo, y, por lo tanto, a datos objetivos revelados por los siguientes indicadores, tales como nº total de participantes en las actividades programadas, nº de preinscripciones realizadas si es oportuno, nº total de preinscripciones realizadas para los cursos programados, porcentaje de ocupación de las plazas, nº de participantes por

tramos de edad, nº total de actividades programadas y nº de reclamaciones y/o sugerencias.

2.- EVALUAR EL PROCESO DE IMPLANTACIÓN

El segundo nivel de evaluación no se mide la consecución de los objetivos sino, únicamente, la puesta en marcha de las actuaciones previstas, prestando atención tanto a cada actuación como al conjunto del Plan.

De esta forma, para cada una de las actuaciones se evaluará el grado de desarrollo de las mismas. En esta evaluación de las actuaciones cobra especial importancia la evaluación intermedia que se realice, ya que permitirá determinar qué actuaciones habrán tenido un grado de desarrollo menor y deberán ser, por tanto, impulsadas con más intensidad en el segundo periodo del Plan.

Esta evaluación se realizará específicamente para cada actuación teniendo en cuenta las características de cada una de ellas. Así, en base a la información recopilada sobre el desarrollo de cada actuación y los indicadores de evaluación de que se dispongan, se realizará una evaluación clasifique el nivel de desarrollo de cada actuación según una escala que recoja su estado en tres grandes grupos (Sin Iniciar / Iniciada / Completada) y, su nivel de desarrollo.

La evaluación del grado de desarrollo se realizará de forma consensuada entre los miembros de la Mesa Intersectorial de Salud y los técnicos y responsables municipales.

Con el fin de disponer de información lo más rigurosa posible, en la evaluación del estado global de cada una de las actuaciones del Plan se recopilará la información disponible respecto a las acciones concretas que se han desarrollado durante el período evaluado y que hayan contribuido a la ejecución de actuaciones del Plan, así como los datos de sus evaluaciones. El informe de evaluación intermedia recogerá la justificación del grado de desarrollo asignado a cada actuación, así como las recomendaciones para el segundo periodo cuando las hubiera.

Este sistema de evaluación, además del grado de desarrollo de las actuaciones, servirá para valorar el avance en la implementación global del Plan, así como su consecución final. Esta evaluación se llevará a cabo, por un lado, para cada línea estratégica y por otro, para el conjunto del Plan. Así, partiendo de la evaluación del grado de desarrollo de cada actuación descrito en el

apartado anterior, se identificará el número de actuaciones que hayan alcanzado el grado de “completada” en cada una de los Ejes y en el conjunto del Plan.

El seguimiento del Plan, tendrá un carácter anual, y se elaborará un informe de las actuaciones desarrolladas, grado de ejecución, efectos y repercusiones.

VIII.- EPÍLOGO.

El reto que se planea con la redacción del presente Plan es convertir las necesidades estudio en un plan de trabajo real que se plantea como gran objetivo convertir a Palencia en una ciudad aún más habitable, más acogedora y más saludable. Habrá que seguir aunando esfuerzos, juntar voluntades y obtener compromisos de instituciones, organizaciones y agentes sociales que permitan entusiasmar a la ciudadanía en el logro de los objetivos propuestos.

Para lograr todo ello, se proponen en este Plan de Salud una serie de objetivos, programas, actividades y metodologías para convertir el Plan de Salud de Palencia en un verdadero Plan de Acción que junto con la próxima incorporación de Palencia en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (SNS), influya en incorporar en los ciudadanos estilos de vida sean más saludables que sin duda, repercutirán en una mejora de su calidad de vida.