

# PLAN LOCAL DE ACCIÓN EN SALUD

2014 - 2016



Ayuntamiento Alcalá la Real

## presentación

Tras la participación de Alcalá la Real en el Proyecto Piloto de la Red Local de Acción en Salud para Andalucía (RELAS), desde nuestro Ayuntamiento y los grupos de trabajo establecimos el compromiso para la elaboración de un Plan Local de Acción en Salud; un compromiso que supone una apuesta política por la salud, contando con la participación de la ciudadanía como agente de acción fundamental.

La Red Local de Acción en Salud para Andalucía (RELAS) fue un proyecto piloto ideado y promovido por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía que establecía una estrategia general de intervención a través de una Red Local de instituciones, organizaciones, personas, ideas, recursos, etc., con la clara intención de mejorar la salud pública y consolidar el trabajo en red como método.

La elaboración del Plan Local de Acción en Salud (PLAS) que ahora tienes en las manos, es fruto de un proceso participativo en el que responsables políticos, personal técnico del sector público (Ayuntamiento, Distrito Sanitario y Hospital de Alta Resolución), movimiento asociativo, iniciativa privada y ciudadanía en general, han trabajado aunando esfuerzos y recursos para detectar necesidades y problemáticas; realizar propuestas de acción; y dar forma a todas las actuaciones, proyectos y programas que se venían realizando en el municipio.

El PLAS es una herramienta básica para garantizar y facilitar el compromiso por parte del Ayuntamiento y todos sus agentes claves, así como la culminación de un proyecto realizado, materializado en un documento, que hace tangible dicho trabajo.

Este Plan también pretende poner en valor todo el tiempo y esfuerzo que las asociaciones, colectivos y agentes clave han dedicado durante todo el proceso, así como un instrumento facilitador para el seguimiento y evaluación de todos los proyectos, actuaciones e iniciativas que se plasman en él.

Para finalizar quiero, desde aquí, agradecer el trabajo de quienes habéis participado y conformado los diferentes grupos de trabajo e invitar a toda la ciudadanía y entidades implicadas a continuar trabajando para que Alcalá la Real sea cada día más saludable.

Un saludo.

CARLOS A. HINOJOSA HIDALGO.  
Alcalde de Alcalá la Real.

## Índice

<b>1.- Introducción.</b> .....	<b>4</b>
<b>2.- Concepto y utilidad del Plan Municipal de Salud.</b> .....	<b>5</b>
<b>3.- Objetivos generales del Plan.</b> .....	<b>6</b>
<b>4.- Estructura de gestión y organización.</b> .....	<b>7</b>
<b>5.- Análisis del municipio:</b> .....	<b>8</b>
Datos generales.	
Datos demográficos.	
Recursos sanitarios y sociales.	
<b>6- Principales problemas de salud.</b> .....	<b>11</b>
<b>7.- Desarrollo del Plan de acción en salud</b> .....	<b>12</b>
<b>8.- Plan de comunicación.</b> .....	<b>23</b>
<b>9.- Temporalización.</b> .....	<b>24</b>
<b>10.- Mecanismos de seguimiento y control.</b> .....	<b>24</b>
<b>11.- Evaluación.</b> .....	<b>24</b>
<b>Contacto.</b> .....	<b>25</b>
<b>Anexos:</b> .....	<b>27</b>
- Anexo I. Accidentes de tráfico. ....	<b>29</b>
- Anexo II. Plan de comunicación. ....	<b>31</b>
- Anexo III. Estudio descriptivo de Alcalá la Real elaborado por Distrito Sanitario Jaén – Sur. ....	<b>35</b>
- Anexo IV. Análisis de mortalidad de Distrito Sanitario Jaén-Sur 2010. ....	<b>109</b>

## Introducción

La investigación de las últimas décadas en materia de salud pública ha puesto repetidamente de manifiesto que la buena salud de la población no depende exclusivamente ni de la cantidad ni de la calidad asistencial de sus sistemas sanitarios. Éstos contribuyen en gran medida a mejorar la calidad de vida de la ciudadanía, aunque en modo alguno evitan, el empeoramiento de la salud de la población debido a otros factores.

Todos los estudios nos hacen deducir que el incremento constante de los recursos sanitarios mejora el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de la enfermedad, pero contribuye en escasa o ninguna medida a la mejora de la salud general de la población, debido en parte a la mayor preocupación clínica por la enfermedad que por la salud, y de manera obvia a la proliferación y consolidación social de estilos de vida menos saludables que los de épocas históricas con muchos menos recursos sanitarios.

Entonces la vía para mejorar la salud de la población no debería radicar tanto en la creación de nuevos recursos sanitarios cuanto en la adopción por parte de la población en su conjunto, y en especial de los colectivos sociales más vulnerables desde el punto de vista de la salud, de estilos de vida más saludables.

La acción local en salud encuentra su justificación normativa en los ámbitos internacional, comunitario, estatal y autonómico. En todos esos ámbitos vienen dictándose normas en las últimas décadas que juntas configuran el marco legal que da sentido y posibilita el desarrollo de políticas municipales de salud.

La experiencia en materia de promoción de la Salud en Alcalá la Real cuenta al menos con 20 años de experiencia. La implicación del municipio en proyectos como la Red de Ciudades Saludables, la apertura del Centro Municipal de Deporte y Salud o la participación en la iniciativa de Red Local en Salud de Andalucía (RE-LAS) son ejemplo de ello. El trabajo realizado en la iniciativa mencionada va a servir de base para estructurar el Plan Local de Salud.

## concepto y utilidad del plan municipal de salud

Planificar es adelantar los cambios en la dirección deseada. En nuestro caso esa dirección no puede ser otra que elevar el nivel de salud de nuestra población. Pero planificar es también establecer prioridades; es asignar recursos (humanos y materiales), es en suma, una herramienta que permite ordenar la toma de decisiones y, finalmente, dotarla de un espacio temporal.

Pero todo ello, con ser necesario, no es suficiente. Un Plan Municipal de Salud, debe incluir la participación y la implicación de la comunidad como uno de los aspectos clave, debe obligatoriamente contar con la PARTICIPACIÓN CIUDADANA, que debe ser activa, continua y capaz de aglutinar el mayor número de colectivos del municipio, implicándose tanto en la información, que permite recoger sus aportaciones, como en el desarrollo de las acciones que se pongan en marcha. En definitiva el plan ha de ser no sólo un plan para la ciudad sino un plan de la ciudadanía.

El plan es una manera de aunar esfuerzos y voluntades en la búsqueda de una mayor calidad de vida, por esto ha de ser no sólo un instrumento de coordinación, sino de convergencia en la consecución de los objetivos comunes. Debe atender a la coordinación intramunicipal e institucional.

A modo de conclusión, podemos decir que el Plan de Salud debe significar un "contrato" entre la corporación y la ciudadanía, contrato dinámico y capaz de cumplir con su objetivo: elevar su nivel de salud.

Por todo ello, podemos definir el Plan Municipal de Salud o Plan Local de Acción de Salud, en adelante PLAS, como un documento dinámico con intervención sobre los estilos de vida y los factores medioambientales que está:

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

El PLAS requiere un abordaje interprofesional e intersectorial. Los complejos y acelerados cambios sociales, hacen cada día más necesario la concurrencia de

distintos sectores y de un amplio espectro de profesionales que precisan entender la complejidad de los problemas de salud.

Este plan pretende:

### **Objetivos estratégicos:**

1. Incorporar la salud de forma transversal en las políticas municipales garantizando la participación efectiva de la ciudadanía en la orientación de las políticas municipales de salud pública local.

2. Implantar en el municipio el modelo de Acción Local en Salud (ALS), cercano al territorio y abierto a los riesgos emergentes para la salud. Un modelo que sea sensible a las demandas sociales reales; que permita mejorar la salud en los distintos espacios sociales a través del fomento de estilos y hábitos de vida saludable, y que, finalmente pero no menos importante, que contribuya a reducir las desigualdades sociales en el ámbito de salud, prestando especial atención a las condiciones de salud de los colectivos socialmente más desfavorecidos.

### **objetivos generales del plan**

1. Mejorar el nivel de salud de la población alcalaína desde una perspectiva preventiva y de actuación frente a factores de riesgo.
2. Facilitar información, formación y actuaciones encaminadas a mejorar la calidad de vida de la ciudadanía.
3. Potenciar el conocimiento de fuentes saludables de vida, basadas en una buena alimentación, ejercicio físico e inteligencia emocional.
4. Promover redes de coordinación y colaboración entre todas las estructuras y recursos para la salud.
5. Incorporar e involucrar a asociaciones y agentes locales en el desarrollo de acciones de promoción de la salud.
6. Crear estructuras y procedimientos para la puesta en marcha de acciones que respondan a los diferentes problemas de salud.
7. Potenciar la formación y los encuentros para el intercambio de experiencias.

## estructuras de gestión y organización

Durante los cinco primeros años de desarrollo de la Acción Local en Salud (ALS) se ha conseguido tejer una red municipal de personas, organizaciones e instituciones que, todas juntas, configuran la Red de Acción Local en Salud de Alcalá la Real. El funcionamiento de esa Red descansa en distintas estructuras organizativas y de gestión.

- **Grupo motor.** Encargado del seguimiento, control y evaluación. Lo configuran cargos electos municipales, personal técnico municipal, puestos directivos y personal técnico sanitario y no sanitario del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y otras personas que, en calidad de ciudadanos, o como miembros de alguna organización o institución, puedan ser invitados a formar parte del mismo.
- **Comisión delegada del grupo motor.** Encargado de la planificación, coordinación interinstitucional y seguimiento de acciones. Lo configuran conjuntamente personal técnico municipal, de Distrito Sanitario y del HARE.
- **Grupos de trabajo.** Encargados de la detección de necesidades y programación de acciones. Para cada una de las distintas Estrategias de Acción Local en Salud definidas se constituirá un Grupo de trabajo específico, del que formarán parte: a) el personal técnico municipal de referencia; b) el personal sanitario y no sanitario del SSPA de referencia y, c) la ciudadanía en sus distintas formas de representación (asociaciones, ONGs, empresas, clubes, particulares...).
- **Grupo municipal.** Encargado de receptionar y canalizar las propuestas y acciones de los diferentes grupos. Compuesto por personal político y técnico del Ayuntamiento.

El Plan Local de Acción en Salud define **5 grandes líneas de acción estratégica**, que se derivan de los grupos conformados dentro del programa RELAS y que servirán para detectar los principales problemas y necesidades de salud y programar acciones conjuntas en torno a ellos.

Cada una de estas líneas se apoya en un grupo de trabajo en el que están representadas la ciudadanía, colectivos y asociaciones, así como las diferentes instituciones. Estas líneas son:

1. Alimentación saludable y ejercicio físico.
2. Sexualidad y adicciones.
3. Dependencia, mayores y promoción de la salud mental.
4. Calidad ambiental.
5. Movilidad segura y sostenible.

Existen también problemáticas y situaciones que por su carácter transversal se plantean dentro de una línea general, que incluimos en este plan.

## análisis del municipio

### DATOS GENERALES.

**Alcalá la Real** es un municipio de la provincia de Jaén, situado a 71 km de la capital provincial, Jaén, y a 50 km de la ciudad de Granada. Su población es de 22.870 habitantes, 11.408 Hombres y 11.462 Mujeres<sup>1</sup>. Es cabecera de la comarca de la Sierra Sur y se ubica en el extremo suroeste de la provincia, limitando con las provincias de Granada y Córdoba, y con una superficie de 261,4 km<sup>2</sup>. Cuenta con 14 entidades locales menores que originan una gran dispersión de población en su territorio, la actividad económica principal está ligada a la agricultura (olivar) y la elaboración del aceite de oliva.

Con carácter general el municipio de Alcalá la Real se trata de un municipio de carácter rural y con una población envejecida.

Los indicadores económicos, de resultados de salud y los datos de salud se incorporan en los Anexos a través del estudio descriptivo de Alcalá la Real elaborado por Distrito Sanitario Jaén – Sur y Análisis de mortalidad de Distrito Sanitario Jaén-Sur 2010.

<sup>1</sup> Fuente: SISTEMA DE INFORMACIÓN MULTITERRITORIAL DE ANDALUCÍA. SIMA.



**DATOS DEMOGRÁFICOS<sup>2</sup>:**

Población de Alcalá la Real por sexo y edad 2012 (grupos quinquenales)

<b>EDAD</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>TOTAL</b>
0-4	530	513	1.043
5-9	587	553	1.140
10-14	554	613	1.167
15-19	646	591	1.237
20-24	710	634	1.344
25-29	767	640	4.407
30-34	830	734	1.564
35-39	869	808	1.677
40-44	939	823	1.762
45-49	890	894	1.784
50-54	776	740	1.516
55-59	587	648	1.235
60-64	548	562	1.110
65-69	506	581	1.087
70-74	480	568	1.048
75-79	552	670	1.222
80-84	391	500	891
85-89	192	255	447
90-94	46	105	151
95-99	7	27	34
100 o mas	1	3	4
<b>TOTAL</b>	<b>11.408</b>	<b>11.462</b>	<b>22.870</b>

<sup>2</sup> Fuente: Instituto Nacional de Estadística. INE.

## RECURSOS SANITARIOS Y SOCIALES.

Entre las y los actores y estructuras de participación estratégicas para la elaboración y ejecución del Plan Local de Acción en Salud, hay que diferenciar a la corporación local, el sector sanitario y la ciudadanía.

### **Excmo. Ayuntamiento de Alcalá la Real.**

Tras la experiencia piloto RELAS, se han desarrollado multitud de actividades de forma transversal, que han contado con la colaboración de las distintas áreas, si bien, existe un área de salud y consumo, la política de salud en todas las políticas, hace que se trabajen los hábitos de vida saludable desde las distintas áreas y más especialmente desde las áreas de deportes, igualdad, medio ambiente, seguridad ciudadana, servicios sociales, urbanismo, juventud y agricultura.

### **Estructuras y recursos sanitarios existentes en el municipio.**

- Distrito Sanitario Jaén- Jaén Sur.
- Centros de Salud de Alcalá la Real Norte y Centro de Salud Alcalá la Real Sur.
- Consultorios Locales de: Rabita, Mures- Ermita Nueva, Santa Ana, Ribera Alta, Pedriza, Charilla, Fuente Álamo, Venta de Agramaderos y Hortichuela.
- Hospital de Alta Resolución. HARE.

### **Recursos sociales.**

El municipio cuenta con la existencia de un nutrido y activo tejido social, que en mayor o menor medida vienen trabajando desde hace tiempo con el propio Ayuntamiento, siendo el Plan Local de Acción en Salud para todas esas personas y entidades una oportunidad de ir un paso más en la visibilización, reconocimiento y apoyo de su desinteresado y cotidiano esfuerzo a favor de los demás.

Entre estos agentes señalamos:

**Asociaciones y colectivos de mujeres** (Coordinadora de Asociaciones de Mujeres “Creciendo unidas”), Asociaciones de Madres y Padres de los centros escolares (Coordinadora de AMPAS), asociaciones vecinales, juveniles y deportivas; asociaciones de familiares dependientes, de personas con discapacidad, de exalcohólicos; Asociaciones agrarias, de comerciantes ...

**Órganos de participación** como el Pleno infantil, Senado de Mayores, la mesa de la Juventud, Comisión para prevenir el Absentismo Escolar, Consejo Municipal de igualdad, Comisión local de seguimiento del procedimiento de coordinación para la atención a mujeres víctimas de malos tratos y agresiones sexuales...

Comisión de Participación Ciudadana de la Unidad de Gestión Clínica de Alcalá la Real y la Comisión de Participación Ciudadana Mixta (Unidad de Gestión Clínica y Hospital de Alta Resolución).

**Agentes o estructuras sociales** cuya implicación en la salud es importante: Autoescuelas, Guardia Civil, Pubs, Almazaras, Clínicas Veterinarias, Laboratorios, Centros Educativos, Profesorado, Profesionales de la Conducción, ITV, empresas...

### principales problemas de salud

El siguiente paso es el establecimiento de prioridades. La implicación ciudadana en la consideración de cuáles son los problemas prioritarios a solucionar y los objetivos más importantes a conseguir, fundamentalmente en materia de promoción y protección de la salud y en la prevención de la enfermedad, es el mejor elemento para conseguir que el Plan sea un instrumento de mejora de la salud en manos de la ciudadanía.

Se deben tener en cuenta, no sólo aquellos problemas detectados que puedan considerarse de una mayor magnitud para la salud de la población, sino también aquellos que sean más sentidos como tales por la ciudadanía y que sean planteados como prioritarios por las estructuras políticas municipales.

Se parte de una primera identificación de los problemas de salud del municipio y una posterior identificación de áreas de actuación que dieron lugar a los grupos de trabajo conformados a raíz de la iniciativa RELAS (2009), ya mencionada anteriormente.

Los **problemas de salud detectados** en el municipio son:

1. Sobrepeso y Obesidad
2. Mortalidad por enfermedades isquémicas
3. Accidentes de tráfico, y la sobremortalidad asociada a los mismos
4. Trastornos del Desarrollo, y/o riesgo de padecerlos
5. Suicidio
6. Enfermedades respiratorias, especialmente las relacionadas con el polen del olivo
7. Morbimortalidad originada en el consumo abusivo de alcohol, con edades de inicio cada vez más tempranas

8. Morbimortalidad originada en el consumo de tabaco, con edades de inicio cada vez más tempranas
9. Morbimortalidad originada en el consumo de otras drogas (cannabis, opiáceos, cocaína, drogas de síntesis, etc.), con edades de inicio cada vez más tempranas
10. Impacto sobre la salud del envejecimiento de la población
11. Uso de la píldora postcoital (si bien los datos no presentan indicio de abuso o mal uso, si se consideró importante trabajar la prevención)
12. Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) (información y prevención)
13. Distancia social de la población inmigrante a los servicios de salud, así como una escasa participación de la misma en programas de salud
14. Escaso control de las matanzas domiciliarias
15. Flúor en Ermita Nueva
16. Impacto sobre la salud de los alimentos de venta ambulante y mercadillos
17. Impacto sobre la salud de los componentes químicos presentes en los productos de venta ambulante y en mercadillos
18. Impacto sobre la salud del uso indebido de plaguicidas y fertilizantes
19. Nitratos y pesticidas en aguas de consumo público
20. Sulfatos en las ZZ.AA. de Alcalá la Real, La Rábita y otros, Ribera Alta y Ribera Baja

## desarrollo del plan local de acción en salud

Para el desarrollo del Plan vamos a seguir las **5 grandes líneas de acción estratégica**, que se apoyan en los grupos de trabajo. Cada línea de acción contempla los objetivos específicos a conseguir, los activos con los que cuenta y las nuevas actuaciones a desarrollar.

Para finalizar incluimos actuaciones de carácter general que redundan de modo positivo sobre la salud de la población y contribuyen en gran medida a la consecución de los objetivos estratégicos y generales de este Plan.

### **ESTRATEGIA 1. ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y EJERCICIO FÍSICO.**

#### **1.1. Objetivos:**

- Fomentar la adecuada nutrición y el ejercicio físico.
- Facilitar y promover espacios para practicar deporte.
- Promocionar el deporte y la salud, hasta situar al deporte como medicamento genérico universal, en todas las edades.

- Formar a los padres y madres sobre su influencia y comportamiento en las actividades deportivas de sus hijos/as.

### **1.2. Activos existentes:**

- Servicios e instalaciones municipales:
  - Parque Periurbano.
  - Carril bici.
  - Vías pecuarias, caminos y senderos.
  - Centro Municipal de Deporte y salud.
  - Polideportivo municipal.
  - Instalaciones municipales de "El Coto".
  - Instalaciones en las aldeas:
- Programa municipal de deporte y salud.
- Cursos de cocina tradicional saludable.
- Talleres grupales sobre consejo dietético.
- Actividades en el medio natural: Rutas saludables y senderos.
- Escuela de espalda: Llevada a cabo por fisioterapeutas de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Alcalá la Real. Su objetivo es captar pacientes con algias vertebrales, fundamentalmente cervicalgias y lumbalgias, se realiza a través de los y las médicos de familia de los centros de salud y se valoran por parte de las fisioterapeutas para incluirlas en las actividades grupales. Los contenidos son a nivel teórico y práctico con realización de ejercicios en sala y en piscina en colaboración con el Centro Municipal de Deporte y Salud de Alcalá la Real.
- PIOBIN (Plan Integral de Obesidad Infantil): tratamiento individual y grupal, promoción de la alimentación saludable de niños/as y sus familiares mediante el consejo dietético y promoción de la actividad física. Se llevan a cabo en los centros de salud por pediatras y personal de enfermería.
- Programa de salud bucodental: incluye dos subprogramas (Aprende a Sonreír y Sonrisitas), dirigidos a fomentar hábitos saludables incluyendo la higiene bucal y la alimentación infantil a alumnado y profesorado de educación infantil y primaria.
- Plan Integral de Diabetes: además del tratamiento individual, se fomenta la alimentación saludable de pacientes y familiares (talleres de consejo dietético) y la autonomía del/la paciente (talleres de educación diabetológica).
- Consejo dietético: Dirigido a población adulta que quiera adquirir conocimientos y hábitos sobre alimentación equilibrada y realización de ejercicio físico. Estas intervenciones se llevan a cabo de forma individual y grupal y pueden acceder a ellos tanto personas sanas como con patologías crónicas, dispuestas a cambiar hábitos y adquirir estilos de vida saludables relacionados con alimentación y ejercicio físico.

- Por un millón de pasos: iniciativa dirigida a la promoción del ejercicio físico, introducida de forma transversal en los planes integrales (diabetes, PIOBIN, enfermedades cardiovasculares, salud mental, etc.), y desarrollado en colegios e institutos a través de las AMPAs. Abierta a cualquier colectivo. (asociaciones, etc.)

### **1.3. Nuevas actuaciones a desarrollar:**

#### **- Finalización del último tramo del Carril bici.**

Personas destinatarias: Población en general.

Indicador: Consecución de la acción.

#### **- Utilización del Centro Municipal de Deporte y Salud por los servicios sanitarios.**

Personas destinatarias: Población en general.

Indicador: Métodos o herramientas de coordinación elaboradas.

#### **- Juegos deportivos intercentros.**

Personas destinatarias: Alumnado colegios municipales.

Indicador: Número de colegios implicados.

#### **- Rutas en bicicleta por las aldeas. Estudio de rutas.**

Personas destinatarias: Población en general.

Indicador: Número de rutas estudiadas, señalización de las mismas, constitución y consolidación de rutas.

#### **- Senderismos.**

Personas destinatarias: Población en general.

Indicador: Número de senderismos y número de personas participantes.

#### **- Charlas de sensibilización sobre los beneficios para la salud de la práctica deportiva.** Impartidas por personal profesional e influyente del sector sanitario, profesorado, personal técnico municipal y deportistas.

Personas destinatarias: Población en general. Grupos de colectivos.

Indicador: Número de charlas y número de personas asistentes a dichas charlas.

#### **- Cursos de cocina saludable.**

Personas destinatarias: Población en general. Grupos de colectivos con determinadas problemáticas, ejemplo alimentación dirigida a personas enfermas de diabetes...

Indicador: Número de cursos y número de personas asistentes a dichos cursos.

**- Charlas sobre alimentación saludable.**

Personas destinatarias: Población en general. Grupos de colectivos.

Indicador: Número de charlas y número de personas asistentes a dichas charlas.

**- Revisión dietas saludables en centros educativos.**

Personas destinatarias: Centros educativos.

Indicador: Número de modificaciones realizadas en los menús escolares.

**- Supervisión de las instalaciones deportivas, para garantizar que estén en buen uso y cumplan con la legislación vigente.**

Personas destinatarias: Instalaciones deportivas.

Indicador: Número de mejoras necesarias en las instalaciones.

## **ESTRATEGIA 2. SEXUALIDAD Y ADICCIONES.**

### **2.1. Objetivos:**

- Incrementar entre los y las jóvenes la predisposición al cambio, la percepción del riesgo y la incidencia de conductas de protección.
- Hacer llegar la educación afectivo-sexual a todos los grupos de población de diferentes edades.
- Promover conocimientos y habilidades de comunicación familiar sobre adicciones y relaciones afectivo-sexuales sanas.
- Detección de potenciales usuarios/as de actuaciones de prevención de adicciones.

### **2.2. Activos existentes:**

- Programa de prevención de Drogodependencias. Actividades y talleres cuyo objetivo es evitar que las y los jóvenes se inicien en el consumo de drogas o, como mínimo que retrasen la edad de inicio.
- Programa Forma Joven: Actividades de prevención, promoción y educación para la salud con jóvenes de educación secundaria, en coordinación con Educación. Temas: Educación afectivo-sexual, relaciones sociales, salud mental, adicciones (alcohol, tabaco y otras drogas), estilos de vida... Se realiza a través de talleres y asesorías individuales, por profesionales sanitarios y profesionales del Ayuntamiento.
- Talleres de educación afectivo- sexual con perspectiva de género impartidos por el Equipo Municipal de Educación Afectivo-Sexual.

- Programa de detección de cáncer de cérvix: dirigido a mujeres entre 40 y 50 años, que incluye una citología para determinación de sospecha de cáncer de cérvix /útero.
- Programa detección precoz de cáncer de mama: consiste en la realización de mamografías bienales a todas las mujeres entre 50 y 69 años para la detección precoz de este tipo de cáncer.
- Plan integral de tabaquismo: dirigido a profesionales sanitarios, agentes sociales, educadores, asociaciones, administración pública y población general. Se realizan intervenciones individuales y talleres grupales de deshabituación tabáquica, estos se desarrollan tanto en las instalaciones del centro de salud como en asociaciones, instalaciones municipales, empresas etc.
- Programa Ciudad ante las drogas. Programa de prevención comunitaria de las drogodependencias y adicciones a nivel local, con actuaciones dirigidas al fomento de la calidad de vida de la ciudadanía del municipio, reduciendo el uso/abuso de sustancias, tanto legales como ilegales, y otras adicciones.

### **2.3. Nuevas actuaciones a desarrollar:**

#### **- Vigilancia y control sobre aplicación Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo.**

Personas destinatarias: Número total de espacios controlados.

Indicador: Valor óptimo que al menos el 20 % de espacios controlados cumpla con la normativa.

#### **- Educación afectiva-sexual en igualdad para diferentes colectivos.**

Personas destinatarias: Población general estableciendo grupos homogéneos.

Indicador: Número de sesiones formativas y número de personas asistentes a la formación, valoración cualitativa y cuantitativa.

#### **- Información a la población y educación sobre diagnóstico precoz de cáncer de próstata.**

Personas destinatarias: Hombres mayores de 50 años.

Indicador: Número de hombres mayores de 50 años que acude/Número de hombres mayor de 50 años. Se considerará que se ha conseguido el propósito cuando se llegue al 5 % de hombres mayores de 50 años.

#### **- Talleres dirigidos a profesionales sobre las adicciones.**

Personas destinatarias: Profesionales.

Indicador: Número de charlas, y número de personas asistentes, valoración cuantitativa y cualitativa de los talleres.



**- Talleres de prevención sobre adicciones dirigidos a padres y madres.**

Personas destinatarias: Padres y madres.

Indicador: Número de charlas, y número de personas asistentes.

**ESTRATEGIA 3. DEPENDENCIA, MAYORES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL.**

**3.1. Objetivos:**

- Contribuir a la prevención, información y sensibilización sobre las enfermedades mentales.
- Favorecer el envejecimiento saludable de las personas mayores a través de actividades deportivas y de ocio.
- Mejorar las condiciones físicas y mentales de las personas cuidadoras.
- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como principal causa de deterioro funcional y dependencia.
- Prevención del deterioro funcional y dependencia.

**3.2. Activos existentes:**

- Servicio municipal de ayuda a domicilio.
- Unidades de estancia diurna con terapia ocupacional.
- Tratamiento de Atención Infantil Temprana. Tratamiento a los menores de 0 a 4 años que padezcan alteraciones en el desarrollo o el riesgo de padecerlo. Incluye tratamiento global e interdisciplinar a cargo de un equipo compuesto por psicóloga pedagoga, logopeda y de fisioterapia.
- Programa de respiro para personas cuidadoras.
- Dinamización de los Centros de Participación activa.
- Programa de Envejecimiento Activo. Actividades para la prevención y retraso del deterioro psicomotor que ocasiona la inactividad y la vida sedentaria de la persona mayor a través de la puesta en marcha de un plan de deporte adaptado a esa edad.
- Jornadas de puertas abiertas del Centro Municipal de deporte y salud dirigidas a personas mayores. Acercamiento del Centro Municipal de Deporte y Salud a las personas mayores de las Aldeas, mediante jornadas de puertas abiertas expresamente para este colectivo y facilitándoles el transporte.
- Grupos de trabajo con mujeres sobre ansiedad, depresión y mejora de la autoestima.
- Talleres con personas cuidadoras: formación en técnicas para el cuidado, relación, autoestima y apoyo emocional, promoción de grupos de autoayuda, todo a través de actividades grupales.

- Atención telefónica a personas cuidadoras informales de adultos/as dependientes. Asesoría y apoyo por las Enfermeras Gestoras de Casos.
- Planificación del alta hospitalaria de pacientes dependientes/terminales. Programación de visita al domicilio del/la paciente para valoración del estado de salud, entorno del domicilio y social y realización de la atención sanitaria y cuidados necesarios.
- Tarjeta de personas cuidadoras (+ cuidado). Tarjeta de identificación personal para la persona cuidadora de pacientes con necesidad de cuidados en el domicilio y pacientes con demencias.

### **3.3. Nuevas actuaciones a desarrollar:**

#### **- Plan de deporte para personas mayores.**

Personas destinatarias: Personas mayores.

Indicador: Número de actividades y número de personas asistentes.

#### **- Talleres sobre manejo de situaciones estresantes.**

Personas destinatarias: Población en general.

Indicador: Número de talleres y número de personas asistentes.

#### **- Actividades deportivas para la mejora de la movilidad de las personas con discapacidad:** Preparación y participación de equipos en los Juegos Provinciales de deporte especial para fortalecimiento de la salud y mejora de la coordinación óseo muscular.

Personas destinatarias: Personas con discapacidad.

Indicador: Número de participantes en las actividades y en concreto en los juegos provinciales.

#### **- Talleres de mejora de la autonomía en actividades de la vida diaria.**

Personas destinatarias: Personas con discapacidad.

Indicador: Número de talleres y número de personas asistentes.

#### **- Talleres de fomento de la alimentación saludable.**

Personas destinatarias: Personas con discapacidad.

Indicador: Número de talleres y número de personas asistentes.

#### **- Actividades de potenciación de la salud en los mayores de residencia:**

Paseos gerontológicos, juegos de coordinación psicomotriz, geronto-gimnasia grupal, circuitos de reconocimiento corporal. Talleres de memoria. Talleres de Alimentación saludable.

Personas destinatarias: Personas mayores en residencias.

Indicador: Número de talleres y número de personas asistentes.

- **Talleres con menores de familias vulnerables.** Actividades y dinámicas para mejora de hábitos saludables, comportamientos y el crecimiento personal de los y las menores.

Personas destinatarias: Menores de familias vulnerables.

Indicador: Número de menores que participan en las actividades y nº de sesiones que se realizan.

- **Talleres dirigidos a madres adolescentes solas.** Fomentar en sus hijos e hijas hábitos de vida saludable, mediar y orientar a la familia para acoger y tratar al menor, poner límites, proporcionar cobertura adecuada, orientar a las madres para que sepan promover en sus hijos e hijas actitudes positivas hacia la salud.

Personas destinatarias: Madres adolescentes.

Indicador: Número de madres que participan en las actividades y nº de sesiones que se realizan.

- **GRUSE.** Grupos socioeducativos con mujeres liderados por el trabajador social de la Unidad de Gestión Clínica de Alcalá la Real.

Personas destinatarias: Mujeres.

Indicador: Número de mujeres que participan en cada grupo y nº de sesiones que se realizan en cada grupo.

### ESTRATEGIA 4. CALIDAD AMBIENTAL.

#### 4.1. Objetivos:

- Contribuir a la reducción de los riesgos medioambientales y alimentarios.
- Promocionar el disfrute del medio ambiente como elemento esencial de la calidad de vida.
- Buscar una mejora de la calidad ambiental del territorio.
- Evitar los riesgos de exposición de las personas y los recursos naturales a sustancias nocivas para su salud.
- Impulsar, emprender y promover acciones orientadas a lograr un medio ambiente sano y seguro.

#### 4.2. Activos existentes:

- Creación y dinamización de Parques saludables.

- Concurso de fotografía. Alcalá Naturalmente.
- Plan de Seguridad Química en almazaras. Ayuda y soporte a almazaras para un correcto uso de productos químicos.
- Supervisión de menús escolares.
- Controles de calidad ambiental para las aguas de consumo, así como para la *Legionella*, los productos químicos que se aportan a zonas de baño (piscinas).
- Plan de Calidad del Aire en Edificios en Centros Educativos de infantil y Primaria.
- Talleres con madres y padres para el manejo de alergias y asma infantil.
- Agenda 21: Plan estratégico consensuado entre todos los actores posibles que tiene como eje transversal la sostenibilidad. Combina dimensiones sociales, económicas y ambientales. Se elaboró siguiendo un proceso participativo y como resultado surgieron una serie de medidas que afectan al transporte, al patrimonio, la gestión del agua, la gestión de residuos, etc., que se están poniendo en marcha.
- Plan de movilidad urbana sostenible de Alcalá La Real: (PMUS) Actuaciones dirigidas a racionalizar los desplazamientos en el municipio, particularmente enfocado a disminuir o eliminar el empleo ineficiente del vehículo privado como medio de transporte preferente a la hora de desplazarse por el núcleo urbano para conseguir y mejorar la eficiencia energética.

En cuanto a los beneficios generales que se intentan conseguir están Menor ansiedad y estrés provocado por la congestión y Mejora de la calidad de vida.

- Vigilancia de la seguridad de los alimentos, toxoinfecciones alimentarias. (TIAs).
- Control permanente del matadero municipal.
- Control de la venta ilegal de productos alimenticios (venta ambulante no autorizada).
- Centro de interpretación de la Naturaleza.

### 4.3. Nuevas actuaciones a desarrollar:

- **Línea Verde.** Consolidación del Servicio de atención ambiental a la ciudadanía. Personas destinatarias: Ciudadanía en general. Indicador: Atenciones recibidas en la línea verde.

- **Jornada solidaria de adopción de animales domésticos.**

Personas destinatarias: Ciudadanía en general.

Indicador: Realización de la jornada. Número de adopciones realizadas.

- **Campañas de concienciación ciudadana sobre autorresponsabilidad de la correcta gestión de residuos, cuidado de jardines, mascotas, etc.**

Personas destinatarias: Población en general.

Indicador: Número de campañas o actuaciones.

- **Huertos urbanos ecológicos.** Pretenden poner en valor la protección del medio ambiente, la mejora de la calidad de vida de la población y la mejora en la calidad alimentaria que redundará indudablemente en beneficio de la salud y de las prácticas medioambientales relacionadas con la producción agrícola.

Personas destinatarias: Población general.

Indicador: Número de huertos ecológicos activos.

### **ESTRATEGIA 5. MOVILIDAD SEGURA Y SOSTENIBLE.**

#### **5.1. Objetivos:**

- Identificación de carencias en materia de seguridad vial y de infraestructuras viarias con objeto de planificar su mejora.
- Primar la seguridad ante la estética de la ciudad.
- Disminuir la incidencia de las conductas de riesgo, de las lesiones y de los daños.
- Mejorar los puntos de accidentabilidad del municipio y eliminar puntos negros.
- Racionalizar el uso de vehículos a motor, potenciando los desplazamientos a pie y en bicicleta.

#### **5.2. Activos existentes:**

- Talleres de actuación, comportamiento y primeros auxilios ante el accidente de tráfico.
- Programa de educación y seguridad vial escolar “Les enseñamos a vivir”. Programa dirigido al alumnado de los centros escolares, variando las temáticas según los cursos. Comprende clases teóricas y prácticas con diferentes tipos de vehículos según la edad.
- Programa de seguridad vial “La cadena de la vida”: dirigido a personas fuera del sistema escolar obligatorio, personas adultas y jubilados/as.
- Formación en sistemas de retención infantil (SRI) incorporados en los talleres de educación maternal.
- Plan de movilidad urbana sostenible de Alcalá La Real: (PMUS) Actuaciones dirigidas a racionalizar los desplazamientos en el municipio, particularmente enfocado a disminuir o eliminar el empleo ineficiente del vehículo privado como medio de transporte preferente a la hora de desplazarse por el núcleo urbano para conseguir y mejorar la eficiencia energética.

En cuanto a los beneficios generales que se intentan conseguir están Menor ansiedad y estrés provocado por la congestión y Mejora de la calidad de vida.

### 5.3. Nuevas actuaciones a desarrollar:

**- Elaboración de un mapa de riesgos.**

Personas destinatarias: Población en general.

Indicador: Elaboración del mapa de riesgos.

**- Visitas a la ITV para el alumnado y actuaciones conjuntas con el Parque Infantil de Tráfico.**

Personas destinatarias: Alumnado.

Indicador: Número de alumnado participante.

**- Charlas en materia de circulación y educación vial a diferentes colectivos.**

Personas destinatarias: Población en general a través de grupos homogéneos.

Indicador: Número de charlas y personas asistentes.

**- Estudio de cambios en la señalización en Avda. Iberoamérica.**

Personas destinatarias: Población general.

Indicador: Aplicación de cambios planteados en la señalización.

**- Campaña mamá-papá de concienciación en la seguridad vial.**

Personas destinatarias: Población en general a través de los Centros Educativos.

Indicador: Número de folletos repartidos.

## ACTUACIONES DE CARÁCTER GENERAL.

### 6.1. Activos existentes:

- Plan transversal de igualdad entre hombres y mujeres: Instrumento para incorporar el enfoque integrado de género en todas las políticas municipales.

- Rehabilitación Cardíaca: iniciativa dirigida a la rehabilitación y fomento de la autonomía y promoción de la salud para pacientes que han sufrido episodios de enfermedad cardíaca.

- Escuela de pacientes: Su objetivo es formar a pacientes con patologías comunes y que las personas formadas dirijan sus grupos de iguales.

- Programa de salud escolar: comprende revisión de patologías más prevalentes en escolares de 1º a 6º de primaria y campaña de vacunación escolar.

- Atención de personas con procesos crónicos.

- Atención de personas con EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica).

- Atención de personas con asma adulto e infantil.

## 6.2. Nuevas actuaciones a desarrollar:

### - Talleres informativos sobre el uso racional de medicamentos.

Personas destinatarias: Población en general. Grupos de colectivos.

Indicador: Número de talleres y número de personas asistentes.

### - Talleres de rehabilitación cardiaca.

Personas destinatarias: Personas que han sufrido algún proceso isquémico.

Indicador: N° de personas que acuden a los talleres con algún incidente de proceso isquémico/ n° de personas diagnosticadas de proceso isquémico en el último año\* 100.

### - Charlas de sensibilización para donaciones de órganos y trasplantes.

Personas destinatarias: Población en general. Grupos de colectivos.

Indicador: Número de charlas y número de personas asistentes a dichas charlas.

### - Formación en resucitación cardio-pulmonar (RCP) básica y desfibrilador semiautomático (DSA).

Personas destinatarias: Personal de policía, protección civil y Centro de deporte y salud.

Indicador: Número de cursos y número de personas asistentes a dichos cursos.

## plan de comunicación

La importancia e influencia de los medios de comunicación es muy necesaria, máxime cuando se trata de informar y difundir actuaciones que influyen en la mejora de la salud de la ciudadanía.

Los vecinos y vecinas de Alcalá la Real, deben tener acceso a la información y es por eso que también los medios de comunicación son agentes claves en el desarrollo del Plan Local de Acción en Salud.

Se establece un plan de comunicación específico que se adjunta como anexo.

## temporalización

El Plan Local de Acción en Salud (PLAS) tendrá una duración de 2 años. (2014-2016).

Se pretende que el PLAS sea algo dinámico, por lo que se revisarán anualmente las actuaciones desarrolladas y se valorará la posibilidad de incorporar otras actuaciones que se planteen en los grupos de trabajo.

## mecanismos de seguimiento y control

- Reuniones de valoración anuales a cargo de la comisión de seguimiento y control. Reunión inicial y reunión anual de evaluación.

- Reuniones de coordinación.

- **Actualización y Refuerzo de la Red Local en Salud**, reuniones de los grupos de trabajo.

- **Jornadas de Salud Pública de Alcalá la Real**: Estas jornadas supondrán un espacio de intercambio de las experiencias, actuaciones, los activos en salud, etc que durante el año se hayan realizado, como forma de visibilizar el trabajo realizado y reconocer el esfuerzo. También servirá de espacio de reflexión y puesta conjunta del Plan Local de acción en salud.

## evaluación

Para desarrollar este cometido, la evaluación se focalizará en la coordinación y seguimiento del desarrollo del Plan y en la ejecución del mismo. Teniendo en cuenta en cada momento la perspectiva de género.

Los instrumentos de evaluación serán los siguientes:

- Seguimiento anual intermedio de evaluación de las acciones desarrolladas y planificación de nuevas actuaciones.

- Cuestionarios de evaluación de las actividades en las que esté contemplado.

Los Indicadores de evaluación:

Habrà que analizar cada actuación de forma individual y contemplar los indicadores de evaluación que se indican en cada una de ellas.

Entre otros se utilizarán los siguientes indicadores:

- Número de actuaciones ejecutadas.

- Consecución y seguimiento de cada una de las actuaciones planteadas.

- Número de cuestionarios realizados.

- Resultado de los cuestionarios, cuyos datos serán desagregados por sexo.



## contacto

Área de Salud. Ayuntamiento de Alcalá la Real.  
Dirección: Centro Social Polivalente la Tejuela, C/ Tejuela 8-10, 1ª Planta.  
Teléfono: 953582958.  
Email: mercedes.ramirez@alcalalareal.es







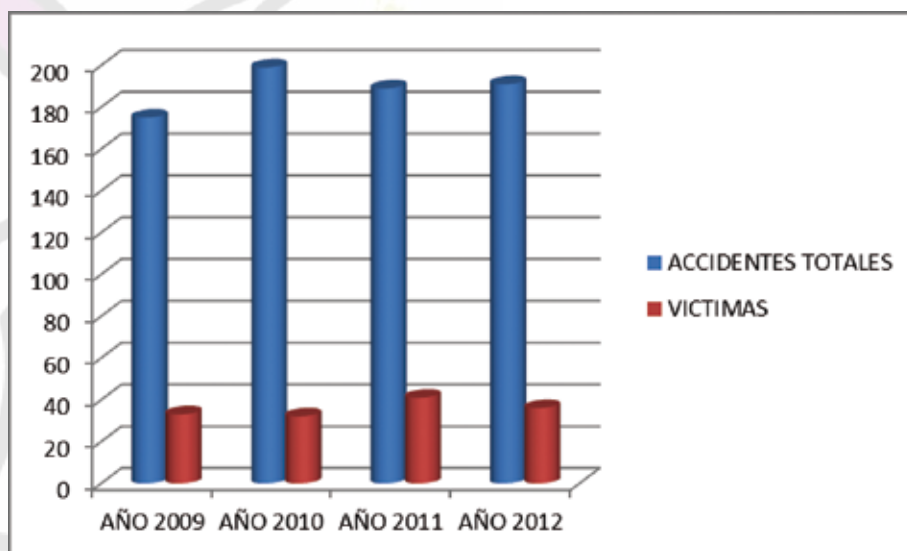
anexos



## anexo I. accidentes de tráfico en alcalá la real

### Accidentes en el Casco urbano. Periodo 2009-2012<sup>3</sup>.

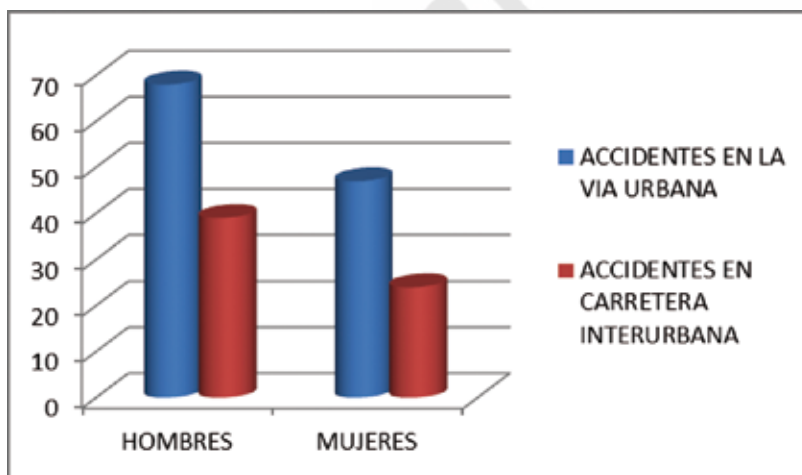
	AÑO 2009			AÑO 2010			AÑO 2011			AÑO 2012		
Accidentes totales	175			199			189			191		
	H	M	ME	H	M	ME	H	M	ME	H	M	ME
Víctimas por categorías	15	11	7	13	16	3	16	18	7	14	13	9



<sup>3</sup> Fuentes: Policía Local y Distrito Sanitario Jaén Sur.

### Accidentes en la vía urbana e interurbana. Periodo enero 2011 - junio 2013<sup>4</sup>.

	Hombres	Mujeres	Totales
Accidentes en la vía urbana	68	47	115
Accidentes en carretera interurbana	39	24	63
Accidentes totales	107	71	178



<sup>4</sup> Fuente: Distrito Sanitario Jaén Sur.

## anexo II. plan de comunicación

El Plan Local de Acción en Salud de Alcalá la Real, es el heredero del programa de la Red Local de Acción en Salud (RELAS), que basó gran parte de su alta participación en una presencia constante y continua en los medios de comunicación locales, comarcales y digitales.

Por lo tanto, en el diseño de este plan se debe tener en cuenta, desde sus inicios, la presentación a los medios de comunicación y, a partir de ese momento, la comunicación semanal o quincenal de distintas actividades. La comunicación forma parte de la gestión del programa, persiguiendo siempre la implicación de la ciudadanía alcalaína con su salud.

### 1. PLANNING DE ACTIVIDADES.

Una vez que se inicie el proyecto, un planning posible podría ser el siguiente:

- **Elaboración y envío de notas de prensa:** fijar una cuantía de notas de prensa (semanales, quincenales, etc), emitidas por el Área de Salud y Consumo, a través del Gabinete de Prensa del Ayuntamiento, con la colaboración de técnicas de la concejalía y el asesoramiento de personal médico, si fuera necesario.

- **Intervenciones en radio:** fijar con la emisora municipal de radio local (Radio Alcalá) programas de radio de forma quincenal.

Pueden ser temas independientes de los tratados en las notas de prensa, estableciendo programas en profundidad sobre temas de especial interés de la ciudadanía. Podría asistir la concejala, personal médico, personal técnico en las distintas materias, miembros de asociaciones, etc.

- **Actualización frecuente de la pestaña de área de la web municipal.** Podrían publicarse los eventos más relevantes en la agenda de la web municipal, así como las actividades o reseñas informativas sobre temas genéricos de interés en la pestaña de área de la web municipal.

- **Cuñas publicitarias.** El Ayuntamiento puede enviar a la emisora distintas cuñas sobre los temas más importantes. Debe haber una selección de temas anuales o semestrales, pues el número de cuñas es limitado.

- **Reportajes en prensa escrita.** Podrían publicarse informaciones técnicas de interés en Alcalá la Real Información y en el gratuito Ideal Alcalá la Real, siempre y cuando a ellos les resulte de interés.

- **Videos.** Podrían hacerlos por [unbujero.com](http://unbujero.com), pero tendrían que presupuestarse.

- **Elaborar un archivo fotográfico** a través del fotógrafo que colabora con el Ayuntamiento. Las fotos deben seleccionarse cada quincena el área de Salud del Ayuntamiento y archivarlas para que no se pierda información.

- **Reuniones trimestrales** de los y las miembros del proyecto, para valorar la comunicación y posibles cambios. Si se ve oportuno, se pueden hacer balances trimestrales en nota de prensa o rueda de prensa.

### **2. COMUNICACIÓN EN LA CALLE. REUNIÓN CON COLECTIVOS Y ALDEAS. DIFUSIÓN EN EDIFICIOS Y EVENTOS.**

Otro importante aspecto de la comunicación es aquel que se hace directamente con asociaciones y colectivos ciudadanos a través de reuniones a las que también se puede convocar a la prensa.

Paralelamente, en las aldeas puede hacerse un trabajo de difusión del plan y de las distintas iniciativas con charlas que requieren de la implicación de los y las representantes pedáneas y de las asociaciones. Pueden organizarse actividades itinerantes por las aldeas más pobladas.

Otra forma de difusión podría ser elaborar un panel del plan y que tenga presencia, junto con folletos que se elaboren, en los principales edificios y/o eventos municipales: Hospital, centros de salud, feria de muestras, congresos, actividades en la calle, Etnosur, etc.

### **3. OTRAS INFORMACIONES.**

El Plan Local de Acción en Salud puede informar de todos aquellos cambios que se produzcan a nivel organizativo en el Centro de Salud: campaña de vacunaciones, campaña de la gripe, cambio de horarios por vacaciones, verano o feria de Alcalá...

### **4. PASOS A SEGUIR EN LAS ACTUACIONES DE COMUNICACIÓN**

a) Envío al Área de Comunicación de la Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir y al Gabinete de Comunicación del Ayuntamiento de Alcalá por parte de la institución correspondiente (Área de Salud del Ayuntamiento de Alcalá la Real; Distrito Sanitario Jaén - Jaén Sur y Hospital de Alta Resolución de Alcalá la Real) la información en forma de borrador de convocatoria o de nota de prensa con los datos genéricos y técnicos de la idea que se desea transmitir respondiendo a qué es; cuándo se ha hecho o se va a hacer; cómo se desarrolla (quienes participan con datos de contacto, etc.); dónde se producirá; por qué se hace/para qué es; qué lo hace novedoso y/o interesante; qué beneficios aporta a nuestra ciudadanía; adjuntar datos que ayuden a contextualizar el tema (indicadores, estadísticas, etc.).

b) Elaboración del texto definitivo y definición y coordinación de la estrategia de comunicación entre el Área de Comunicación de la Agencia Sanitaria Alto



- Guadalquivir y el Gabinete de Comunicación del Ayuntamiento de Alcalá, contemplando forma y fechas de difusión en los medios tradicionales y digitales, incluyendo las redes sociales como medio activo de difusión de la información.
- c) Aprobación del texto definitivo por parte de los y las componentes del Plan de Acción Local en Salud y de la estrategia de comunicación
  - d) Ejecución de la estrategia de comunicación a través de los medios
  - e) Elaboración de dossier de comunicación con las publicaciones

### 5. TEMAS PARA CONFERENCIAS O JORNADAS.

Cada trimestre, a través del grupo de coordinación trimestral, se seleccionarán aquellos días de efemérides o días mundiales que se vean interesantes para desarrollar actividades, charlas y/o jornadas o actuaciones en torno a estas temáticas. A su vez, se puede hablar de los siguientes temas en fechas estratégicas: inspecciones alimentarias (mayo); salud escolar (mayo); vacunación antes de viajes (junio); drogas (julio); control de matanzas domiciliarias (diciembre); automedicación; receta electrónica, ventajas para el usuario y uso correcto; problemas relacionados con la automedicación; importancia de la vacunación antigripal en la población mayor de 65 años; ventajas y desventajas de los botiquines caseros; importancia de los cuidador@s en el control de los pacientes polimedcados y su importante colaboración con los médicos y médicas de primaria; alimentación infantil; lactancia materna; brotes epidémicos, etc...

Como propuesta a tener en cuenta, se señalan los días:

- Enero.
- Febrero. **4** febrero: Día Mundial contra el Cáncer; **11** febrero: Jornada Mundial del y la Enfermo/a; **14** febrero: Día Europeo de la Salud Sexual; **15** febrero: Día Internacional del Niño con Cáncer
- Marzo. **8** Día internacional de la mujer; **14** Día europeo para la prevención del riesgo cardiovascular; **28** Día mundial de la EPOC.
- Abril. **7** Día mundial de la Salud; **11** Día mundial del Parkinson; **19** Día Europeo de los Derechos de los y las pacientes.
- Mayo. **Primer martes** Día mundial del asma **14** Día mundial de la hipertensión; **28** Día nacional de la nutrición; **31** Día mundial sin tabaco.
- Junio. **5** Día mundial del medio ambiente; **6** Día mundial de las personas trasplantadas; **13** Día europeo de la prevención del cáncer de piel; **14** Día mundial de las personas donantes de sangre.
- Agosto. **1-7** Semana mundial de la lactancia; **12** Día internacional de la juventud;
- Septiembre. **15** Día Europeo de la Salud Prostática; **10** Semana europea del cáncer de pulmón; **16** Día mundial del linfoma; **21** Día mundial del Alzheimer; **25** Día mundial del Corazón.

- Octubre. **1** Día internacional de las personas mayores; **7** Semana europea contra el cáncer; **10** Día mundial de la salud mental; **16** Día mundial de la alimentación; **17** Día mundial contra el dolor; **18** Día mundial de la menopausia; **19** Día nacional contra el cáncer de mama; **20** Día mundial de la osteoporosis.
- Noviembre. **12** Día mundial de la infancia; **14** Día mundial de la diabetes; **16** Día mundial de la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica); **21** Día nacional del Ictus. **25** Día internacional para la eliminación de la violencia hacia las mujeres.
- Diciembre. **1** Día mundial de la lucha contra el SIDA. **3** Día internacional de las personas con discapacidad. **21** Día nacional del niño y la niña con cáncer.

## anexo III. estudio descriptivo de Alcalá la Real

- **Autor:** Miguel Ángel Bueno de la Rosa. Técnico de Epidemiología y Programas del Distrito Sanitario Jaén-Sur.
- **Asesoramiento:**
  - José María Mayoral Cortés. Jefe de servicio de Epidemiología y Salud Laboral de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
  - Inmaculada Sillero Arenas. Jefe de Servicio de Salud de la Delegación Provincial de salud de Jaén
- **Colaboración:**
  - Juan Antonio López Rosique. Director Distrito Sanitario Jaén-Sur
  - Manuel Cobo Aceituno. Técnico de Sanidad Ambiental y Alimentaria del Distrito Sanitario Jaén-Sur.
  - Rafael Montañés López. Responsable de Informática del Distrito Sanitario Jaén-Sur.

### ÍNDICE

#### 1. PRESENTACIÓN

#### 2. OBJETIVO

#### 3. METODOLOGÍA

3.1. Unidades de análisis

3.2. Fuentes de datos

3.3. Indicadores

3.3.1. Indicadores Sociodemográficos:

3.3.2. Resultados en Salud:

3.3.3. Indicadores de Servicio de Atención Sanitaria

3.4. Análisis estadístico

#### 4. RESULTADOS

4.1. 1- INDICADORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS

4.2. -TASA DE NATALIDAD

4.3. -TASA DE FECUNDIDAD

4.4. - RELACIÓN DE DEPENDENCIA DE ANCIANOS

4.5. - PORCENTAJE DE USUARIOS MAYOR DE 65 AÑOS

- 4.6. - TASA DE SOBREENVEJECIMIENTO
- 4.7. - TASA DE INMIGRACIÓN
- 4.8. - TASA DE PARO
- 4.9. - TASA DE ANALFABETISMO

## **5. INDICADORES DE RESULTADOS EN SALUD**

- 5.1. - ESPERANZA DE VIDA
- 5.2. - MORTALIDAD
- 5.3. - TASA INCIDENCIA ANUAL DE TUBERCULOSIS
- 5.4. - BAJO PESO AL NACIMIENTO

## **6. - INDICADORES DE SERVICIOS DE ATENCIÓN SANITARIA**

Tasa media víctimas grado urbanización semiurbana por 100000 hab. = 57,71

## **7. RIESGOS SANIDAD AMBIENTAL.**

- 7.1. Legionella
  - 7.1.1. Instalaciones de mayor probabilidad de proliferación y dispersión de legionella
  - 7.1.2. Otras instalaciones a controlar
  - 7.1.3. Casos de Legionella 2007
- 7.2. Agua de Consumo Público
  - 7.2.1. Presencia de SULFATOS
  - 7.2.2. Presencia de Floruros
  - 7.2.3. Fuentes No Conectadas
  - 7.2.4. Comunicación vía SINAC (Sistema Información Nacional de Aguas de Consumo) de los posibles incumplimientos y confirmaciones de las NO conformidades en los plazos legales correspondientes
- 7.3. Seguridad Química
- 7.4. Lesiones por agresión de animales domésticos
- 7.5. Piscinas de uso colectivo.

## **8. RIESGOS SEGURIDAD ALIMENTARIA**

- 8.1. Toxiinfecciones alimentarias (TIAs)
- 8.2. Control permanente del Matadero Municipal
- 8.3. 3. Control de la venta ilegal de productos alimenticios (venta ambulante no autorizada)

## **9. DISCUSIÓN**

## **10. RECOMENDACIONES**

### 1. PRESENTACIÓN

Hace unos años, en la primera reunión que mantenía con los veterinarios y farmacéuticos del Distrito Sanitario Jaén Sur, les transmitía la necesidad de que fueran conscientes de su papel como Sanitarios y no solo de inspectores, pues me daba la impresión de que no eran conscientes de su papel como profesionales de la Salud, de la Salud Pública, con capacidad y responsabilidad en mantener y aumentar los niveles de Salud de la comunidad en la que desempeñan su trabajo.

Por otro lado, los profesionales que fácilmente reconocemos como sanitarios, los médicos, enfermeras y personal auxiliar, se dedican casi en exclusiva a atender las demandas individuales de la población cuando esta se encuentra enferma o así lo considera. Cuando se analiza la demanda de servicios sanitarios y las causas que los motivan (envejecimiento de la población, prevalencia de enfermedades crónicas, desigualdades, pobreza, inmigración, etc.) se tiene el convencimiento de que desde la prestación de servicios individuales sólo curativos o paliativos, no vamos a modificar las tendencias en cuanto a la incidencia y prevalencia de problemas que podemos considerar de Salud Pública.

También desde diversas consejerías y distintos niveles de la administración, como los Municipios y asociaciones civiles, se realizan actividades y demandas que afectan a los niveles de Salud de la Población, estando en gran cantidad de ocasiones descoordinadas de otras iniciativas que son complementarias.

Por último, cabe plantearse dado el alto gasto que implican, todas las prestaciones sanitarias, cual es el nivel de efectividad, eficacia y eficiencia, que tienen todas y cada una de las iniciativas que tomamos desde los distintos estamentos responsables en lo que se refiere a políticas de salud de la población.

Parece claro, que la gran variedad de retos, que amenazan la Salud de la Población, en una sociedad globalizada y cambiante, imponen nuevas interpretaciones, planteamientos, organización, prestación de servicios y evaluación de las iniciativas y políticas de Salud Pública.

Esta nueva visión de la Salud Pública, que impregna todos los niveles de la organización sanitaria, desde la recientemente creada Secretaria General de Salud Pública y Participación, de la Consejería de salud, hasta las Delegaciones Provinciales y los Distritos de Atención Primaria, es insuficiente, si no implicamos a otros niveles de la administración Central, Autonómica y Local, así como a organizaciones y asociaciones civiles, por que los retos son globales y no entienden de barreras administrativas como ya se ha demostrado, y las respuesta consecuentemente, deben de ser globales, integrales y coordinadas.

Como consecuencia de todo lo anteriormente expuesto, es fácil suponer la pre-

disposición e ilusión que se tiene desde este Distrito sanitario Jaén Sur a participar en el pilotaje y puesta en marcha de Redes locales de intervención socio-sanitaria como instrumento de abordaje integral para mejorar el estado de salud y calidad de vida de los municipios y por ende de las personas que los constituyen.

Juan Antonio López Rosique  
Director Gerente Distrito Jaén Sur

## 1- INTRODUCCIÓN

Este estudio se realiza por iniciativa del Servicio de Epidemiología y Salud Laboral de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía dentro del pilotaje que se va a realizar en Alcalá la Real con la creación de Redes locales de Salud como parte integrante de la reforma de la Salud Pública de Andalucía.

Se basa en el Análisis Epidemiológico de Áreas pequeñas, realizado dentro de los objetivos del Contrato Programa 2007 de los Distritos de Atención Primaria de Salud (APS) del Servicio Andaluz de Salud (SAS).

Dado que el nivel de desagregación de los datos ha sido municipal, me ha parecido oportuno, el utilizar este estudio, como punto de partida para comenzar a analizar los indicadores aquí reflejados, de Alcalá la Real en particular, por ser el objeto de análisis, y del resto de municipios que forman parte del Distrito Sanitario, de esta manera podemos ver la situación de Alcalá en el contexto de sus municipios más próximos de acuerdo a los indicadores recogidos.

El estudio presenta las limitaciones metodológicas propias de cualquier análisis de áreas pequeñas, ya que al ser el número de casos y los tamaños de población reducidos, las tasas o proporciones que se obtienen presentan mayor inestabilidad. Esto se ha intentado corregir agregando datos de varios años, o agregando territorialmente.

Por otro lado la recogida de datos de diversas fuentes ha puesto también de manifiesto las deficiencias en los registros o en las formas de explotarlos en cada una de ellas, lo que puede servir en un futuro para mejorarlas.

El presente documento tiene como objeto la difusión de los resultados del análisis epidemiológico, que pretende ser una fotografía que ayude a políticos, gestores y profesionales de los servicios públicos de la comarca a identificar necesidades o deficiencias en la salud de la población o en los determinantes de la misma, y sobre la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios, lo que supondrá una importante fuente para la detección de desigualdades en salud, y a seguir profundizando en el estudio de las mismas.

## 2. OBJETIVO.

Describir la población de Alcalá la Real y del resto de municipios del distrito sanitario Jaén-Sur mediante una serie de indicadores demográficos, socioeconómicos, de resultados en salud, de servicios de atención sanitaria, y de salud ambiental

### 3. METODOLOGÍA.

#### 3.1. Unidades de análisis

El estudio se ha realizado con nivel de desagregación municipal, correspondiente a los municipios de:

- **Alcalá la Real.** Municipio de 22.169 habitantes (padrón 2006) con una extensión de 261 Km<sup>2</sup>, y con un gran nº de entidades locales menores que originan una gran dispersión de población en su territorio, la actividad económica principal está ligada a la agricultura (olivar) y a la elaboración del aceite de oliva.

Dentro de su término municipal existen dos centros de Salud, Alcalá Norte y Alcalá Sur y consultorios locales y auxiliares en La Rábita, Mures, Santa Ana, Charilla, Ermita Nueva, Fuente Álamo, Hortichuela, La Pedriza, Ribera Alta y venta de Agramaderos

- **Castillo de Locubín.** Municipio de 5.009 habitantes (padrón 2006) con una extensión de 103 Km<sup>2</sup>, la actividad económica principal está ligada a la agricultura (olivar) y a la elaboración del aceite de oliva.

Dentro de su término municipal existe un centro de salud, y un consultorio auxiliar en la pedanía de Ventas del Carrizal.

- **Alcaudete.** Municipio de 11.164 habitantes (padrón 2006) con una extensión de 237 Km<sup>2</sup>, la actividad económica principal está ligada a la agricultura (olivar) y a la elaboración del aceite de oliva.

Dentro de su término municipal existe un CHARE en la localidad de Alcaudete, así como un centro de Salud en la misma localidad y consultorios en las pedanías de Los Noguerones, La Bobadilla y consultorio auxiliar en Sabariego

- **Martos.** Municipio de 24.061 habitantes (padrón 2006) con una extensión de 261 Km<sup>2</sup>, la actividad económica principal está ligada a la agricultura (olivar) y a la elaboración del aceite de oliva.

En su término municipal existe un Centro de Salud en la localidad de Martos y consultorios auxiliares en San Amador, La Carrasca, Las Casillas y Monte Lope Alvarez

- **Porcuna.** Municipio de 6.859 habitantes (padrón 2006) con una extensión de 176 Km<sup>2</sup>, la actividad económica principal está ligada a la agricultura (olivar) y a la elaboración del aceite de oliva.

En su término municipal existe un Centro de Salud.

- **Torredonjimeno.** Municipio de 13.914 habitantes (padrón 2006) con una extensión de 158 Km<sup>2</sup>, la actividad económica principal está ligada a la agricultura (olivar) y a la elaboración del aceite de oliva.

En su término municipal existe un Centro de Salud

Todos los municipios descritos corresponden al distrito sanitario de Atención Primaria Jaén-Sur



### 3.2. Fuentes de datos.

Las fuentes de datos son:

- Base de Datos de Usuarios (BDU) del Sistema Sanitario Público de Andalucía
- Sistema de Información Territorial de Andalucía (SIMA)
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA)
- Sistema de Información para la Gestión en Atención Primaria (SIGAP)
- Base de Datos de Metabolopatías de la Junta de Andalucía
- Sistema Pascua de Estadísticas Sanitarias (Consejería de Salud): recoge los datos del Registro de Mortalidad de Andalucía
- Diábaco (aplicación que permite la explotación de Diraya, la Historia Clínica Digital de AP en el SSPA)
- Registros propios de los Centros de Salud o del Distrito
- Aplicación informática de Programa de vacunaciones en Andalucía( e-vac)
- Aplicación informática del Programa de detección precoz del cáncer de mama

### 3.3. Indicadores

Los indicadores propuestos por la Coordinación de Desarrollo Clínico e Innovación en AP para los Distritos que no contienen capital de provincia, con sus respectivos niveles de desagregación, son los siguientes:

#### 3.3.1. Indicadores Sociodemográficos:

- Pirámides de población
  - Descripción: Personas distribuidas por sexo y grupos de edad.
  - Fuente: SIMA.
  - Unidad de análisis: Los datos se han desagregado a nivel municipal.
  - Construcción: Quinquenio 2000-2004.
- Tasa de Natalidad
  - Descripción: Nacidos vivos durante el quinquenio/ Población Total del quinquenio x 1000
  - Fuente: SIMA.
  - Unidad de análisis: Los datos se han desagregado a nivel municipal.
  - Construcción: Quinquenio 2000-2004.
- Tasa de fecundidad
  - Descripción: NV durante el quinquenio/ Población en edad fértil 15-49 del quinquenio x 1000
  - Fuente: SIMA.
  - Unidad de análisis: Los datos se han desagregado a nivel municipal.
  - Construcción: Quinquenio 2000-2004.
- Tasa de fecundidad específica por edad
  - Descripción: Tasa de natalidad por grupos de edad de un quinquenio.

Numerador: Nacidos vivos de madres por grupos de edad de la madre (menos de 15 años, madres de entre 15 y 19 años, madres de entre 20 y 24 años, madres de entre 25 y 29 años, madres de entre 30 y 34 años, madres de entre 35 y 39 años, madres de entre 40 y 44 años, madres de entre 45 y 49 años, madres de más de 50 años)

Denominador: Mujeres por grupos de edad (menos de 15 años, madres de entre 15 y 19 años, madres de entre 20 y 24 años, madres de entre 25 y 29 años, madres de entre 30 y 34 años, madres de entre 35 y 39 años, madres de entre 40 y 44 años, madres de entre 45 y 49 años, madres de más de 50 años)

- Fuente: SIMA.
- Unidad de análisis: Los datos se han desagregado a nivel municipal.
- Construcción: Quinquenio 2000-2004.
- Relación de dependencia de ancianos
- Descripción: Población de 65 a. o más/ Población entre 15-64 a. (activa) x 100
- Fuente: SIMA.
- Unidad de análisis: Los datos se han desagregado a nivel municipal.
- Construcción: Año 2001 (último dato disponible), decenal.
- Porcentaje de usuarios mayor de 65 años
- Descripción: Nº usuarios mayores de 65 años/ nº usuarios totales x 100
- Fuente: BDU.
- Unidad de análisis: Los datos se han desagregado a nivel municipal,
- Construcción: Diciembre 2006
- Tasa de sobre-envejecimiento
- Descripción: Nº usuarios mayores de 84 años/ nº usuarios mayores de 65 x 100
- Fuente: BDU.
- Unidad de análisis: Los datos se han desagregado a nivel municipal,.
- Construcción: Diciembre 2006
- Tasa de inmigración
- Descripción: Las inmigraciones recogidas son las que tienen como origen cualquier país extranjero y destino cualquier municipio de Andalucía. Nº usuarios con origen extranjero/ nº usuarios totales x 100
- Fuente: SIMA
- Unidad de análisis: Los datos se han desagregado a nivel municipal,.
- Construcción: Diciembre 2006
- Tasa de Paro
- Descripción: Se calcula sobre el conjunto de la población activa  
Nº población activa parada / Nº población activa x 100
- Fuente: SIMA.
- Unidad de análisis: Los datos se han desagregado a nivel municipal.
- Construcción: Año 2001 (último dato disponible).

- Tasa de Analfabetismo
  - Descripción: Población analfabeta de 16a. o más/ Población total  $\geq 16a. \times 100$
  - Fuente: SIMA.
  - Unidad de análisis: Los datos se han desagregado a nivel municipal.
  - Construcción: Año 2001 (último dato disponible), decenal.

### **3.3.2. Resultados en Salud:**

- Esperanza de vida al nacer
  - Descripción: Nº medio de años que se espera que viva un recién nacido si estuviera expuesto a las tasas de mortalidad específicas por edad y sexo de la población al momento de su nacimiento.
  - Fuente: Pascua
  - Unidad de análisis: Los datos se han desagregado a nivel municipal y por sexo.
  - Construcción: Año 2005.
- Esperanza de vida a los 65 años
  - Descripción: Nº medio de años que se espera que viva una persona de 65 años estando expuesto a las tasas de mortalidad específicas por edad y sexo de la población.
  - Fuente: Pascua
  - Unidad de análisis: Los datos se han desagregado a nivel municipal y por sexo.
  - Construcción: Año 2005.
- Tasa estandarizada de Mortalidad general
  - Descripción: Nº de defunciones en un quinquenio/ Población total en ese quinquenio
  - Fuente: SIMA.
  - Unidad de análisis: Los datos se han desagregado a nivel municipal y por sexo.
  - Construcción: Quinquenio 2001 / 2005. La estandarización de las tasas se ha realizado por el método indirecto, utilizando como tasas estándar las tasas de mortalidad por sexo de Andalucía en el mismo periodo. Se expresa como Índice de Mortalidad Estandarizada (IME), y supone el exceso (si es mayor que 1) o defecto (si es menor que 1) de mortalidad de los municipios o provincias estudiados, con respecto a la población de referencia, en este caso la andaluza.
- Tasa de incidencia anual de Tuberculosis (TBC)
  - Descripción: Se han incluido los casos de pacientes residentes en el Distrito, Nº casos nuevos TBC diagnosticados durante el periodo/ Población total del periodo  $\times 100.000$
  - Fuente: SVEA
  - Unidad de análisis: Municipal
  - Construcción:

**3.3.3. Indicadores de Servicio de Atención Sanitaria**

La fuente en estos indicadores son los registros de SIGAP del Distrito. Se han estudiado para el año 2006, y se desagregan a nivel de municipio.

**Indicadores de Servicios de Atención Sanitaria**

<b>Indicadores</b>	<b>Descripción</b>
<b>SEGUIMIENTO DE EMBARAZO (Proceso embarazo, parto y puerperio)</b>	
<b>Captación precoz</b>	Nº total de primeras visitas realizadas antes de la 12ª semana de gestación en el año / Nº total de primeras visitas x 100
<b>Cobertura general de embarazo</b>	Nº de gestantes con 5 ó más visitas en el embarazo / Total nacidos vivos en el año x 100
<b>EDUCACIÓN MATERNAL</b>	
<b>Cobertura eficaz educación maternal</b>	Nº total de gestantes que realizan 3 ó más sesiones / Nº total de nacidos vivos x 100
<b>SEGUIMIENTO DE SALUD INFANTIL</b>	
<b>Vacunaciones infantiles</b>	
<b>Porcentaje de cobertura de vacunación completa</b>	Número total de niños/as nacidos en el periodo anual dos años antes del que hay que evaluar que han recibido vacunación completa (DTPa+4VPI+4Hib+3HB+3Mc+1Tv en el año / Número total de niños /as nacidos en el periodo anual dos años antes del que hay que evaluar * 100
<b>Seguimiento de Salud Infantil</b>	
<b>Seguimiento de niños/as menores de 1 año</b>	Nº total de niños/as que cumplen 12 meses en el año evaluado a los que se le han realizado, al menos, 3 controles desde el nacimiento en el periodo estudiado / Nº total de niños/as nacidos que cumplen 12 meses en el periodo estudiado x 100

**PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

**Cobertura general de Planificación Familiar** N° total de mujeres atendidas en planificación familiar en el año / N° total de mujeres de 15 - 49 años x 100  
N° total de solicitudes de información y estudio para posible interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en **mujeres entre 15 - 19 años en el año** / N° total de solicitudes de IVE \* 100

**Tasa de solicitudes de IVE** N° total de solicitudes de estudio de información y estudio para posible interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en el año / N° total de mujeres entre 15 - 49 años \* 1000

**Píldora postcoital** N° total de píldoras dispensadas / N° total de mujeres entre 15 - 49 años x 100  
(incluida como criterio mínimo de oferta del servicio de planificación familiar, aunque no como indicador) N° total de píldoras dispensadas en mujeres entre 15 - 20 años / N° total de mujeres entre 15 - 49 años x 100  
**ATENCIÓN SANITARIA A PROBLEMAS ESPECÍFICOS**  
Atención al alta hospitalaria

**ATENCIÓN SANITARIA A PROBLEMAS ESPECÍFICOS****Atención al alta hospitalaria**

**Porcentaje de personas en seguimiento domiciliario protocolizado** N° total de personas que cursan alta hospitalaria y se encuentran en seguimiento domiciliario en el año / N° total de altas hospitalarias contactadas que precisan continuidad de cuidados en el domicilio x 100  
Total de personas que cursan alta hospitalaria y precisan continuidad de cuidados en el domicilio. Se calculará por estimación de las altahospitalarias que requieran cuidados y seguimiento domiciliarios.

**Atención a personas inmovilizadas**

**Atención a personas inmovilizadas** N° total de personas inmovilizadas en seguimiento domiciliario protocolizado / Población estimada de población inmovilizada x 100

Total de personas inmovilizadas. A efectos de la evaluación del servicio, se estima por el 15% de la población de 65 y más años. (Se trata de un valor estimativo, entendiendo que el servicio debe prestarse independientemente de la edad).

---

**Proceso Asistencial Integrado a Cuidados Paliativos**

---

<b>Nº de usuarios terminales incluidos en el P.A. Cuidados paliativos con indicación de opioides</b>	<p>Proceso Asistencial Integrado Cuidados Paliativos</p> <p>Nº de usuarios terminales incluidos en el P.A. Cuidados paliativos con indicación de opioides / Nº de usuarios incluidos en el P.A. Cuidados paliativos</p> <p>Descripción: número de usuarios distintos incluidos en el Proceso Asistencial Cuidados paliativos hasta fin del año de la fecha de exclusión</p>
<b>Examen de salud de las personas mayores de 65 años</b>	<p>Nº de personas mayores de 65 años clasificadas como dependientes / Número total de personas mayores de 65 años</p>

---

**Valoración de necesidades de cuidados domiciliarios y de cuidados a cuid**

---

<b>Porcentaje de personas de necesitadas de cuidados domiciliarios con valoración de atención domiciliaria (AD)</b>	<p>Valoración de necesidades de cuidados domiciliarios y de cuidados a cuidadores</p> <p>Nº de personas necesitados de cuidados domiciliarios con valoración de AD en el año / población estimada x 100.</p> <p>Total de personas susceptibles de recibir atención a domicilio. Incluye los grupos ya referidos (altas hospitalarias que precisan cuidados de seguimiento en domicilio, atención a personas inmovilizadas, atención a personas en situación terminal o necesitadas de cuidados paliativos, atención ancianos frágiles, atención a ancianos residentes en instituciones). La población diana se estima, a efectos de evaluación, para pacientes inmovilizados y ancianos frágiles en un 15% de la población de 65 y más años; para pacientes terminales un 0,3 % de la población general y para ancianos residentes en instituciones el censo real de personas residentes en las mismas.</p>
---	---

**Porcentaje de cuidadoras/es de personas necesitadas de cuidados domiciliarios con valoración de AD**

Nº total de cuidadoras/es de personas necesitadas de cuidados domiciliarios con valoración de AD / población estimada x 100.

Total de cuidadoras/es no profesionales de las personas susceptibles de recibir atención a domicilio. Se estima en un 50% del total de personas necesitadas de cuidados domiciliarios, sin incluir las personas internadas en residencias.

---

**ATENCIÓN DE PERSONAS CON PROCESOS CRÓNICOS**

---

**Atención de personas con Hipertensión arterial**

---

**Cobertura controlada sobre la prevalencia teórica**

Nº de personas hipertensas valoradas / Nº de personas hipertensas adscritas al centro / consultorio estimadas x 100.

Total de personas hipertensas. Población estimada 15% de la población general.

---

**Atención de personas con Diabetes (Proceso Diabetes)**

---

**Cobertura controlada sobre la prevalencia teórica**

Nº de personas diabéticas valoradas / Nº de personas diabéticas adscritas al centro / consultorio estimadas x 100.

Total de personas con Diabetes. Población estimada 6% de la población general.

Nº de pacientes diabéticos incluidos en el proceso con una determinación de HbA1c en el último año / Nº de pacientes diabéticos incluidos en el proceso x 100

Nº de pacientes diabéticos incluidos en el proceso con HbA1c < 8% / Nº de pacientes diabéticos incluidos en el proceso x 100

Nº de pacientes diabéticos incluidos en el proceso con exploración de pies en el último año / Nº de pacientes diabéticos incluidos en el proceso x 100

Nº de pacientes diabéticos incluidos en el proceso con fondo de ojo en el último año / Nº de pacientes diabéticos incluidos en el proceso x 100

---

**Atención de personas con EPOC**

---

<b>Cobertura controlada sobre la prevalencia teórica</b>	Nº de personas con EPOC valoradas / Nº de personas con EPOC adscritas al centro / consultorio estimadas x 100 Total de personas con EPOC. A efectos de evaluación se estima en el 9% de la población de 40 y más años. Nº de pacientes con EPOC con espirometría anual realizada / Nº de pacientes con EPOC x 100
--	---

---

**Atención de personas con Asma**

---

**Atención de personas con Asma infantil**

---

<b>Cobertura controlada sobre la prevalencia teórica</b>	Nº de personas con asma infantil valoradas / Nº de personas con asma infantil adscritas al centro / consultorio estimadas x 100. A efectos de evaluación, se estimará un 10% de la población menor de 15 años (asma infantil).
--	---

---

**Atención de personas con Asma adulto**

---

<b>Cobertura controlada sobre la prevalencia teórica</b>	Atención de personas con Asma adulto Nº de personas con asma de adultos valoradas / Nº de personas con asma de adulto adscritas al centro / consultorio estimadas x 100. A efectos de evaluación, se estimará un 5% de la población de 15 y más años (asma adultos)
--	---

---

**ATENCIÓN DE PERSONAS EN RIESGO SOCIAL**

---

<b>Número total de mujeres atendidas en el año por sospecha de malos tratos y/o agresión sexual</b>	Nº total de parte de lesiones emitidos por malos tratos y/o agresiones sexuales a mujeres
---	---

---

<b>Número total de niños atendidos en el año con sospecha de malos tratos y/o agresión sexual</b>	Nº total de parte de lesiones emitidos por malos tratos y/o agresiones sexuales a niños de 0 a 14 años
---	--

---



**PROGRAMA (SUBPROCESO) DETECCIÓN PRECOZ CÁNCER DE MAMA****Tasa de captación**

Descripción: Proporción de mujeres con las que se ha contactado respecto a la población elegible.

Cálculo:  $\text{N}^\circ \text{ de mujeres captadas} / \text{Población elegible} \times 100$

Cálculo del numerador:

Nº de mujeres captadas:

1. Mujeres a las que se les realiza el estudio mamográfico de cribado (test de screening).
2. Número de mujeres a las que se cumplimenta la anamnesis pero no se realizan mamografía porque tienen una reciente, no la aportan y se niegan a la repetición.
3. Número de mujeres con las que se ha contactado, no tienen cumplimentados los datos de la anamnesis pero sí el motivo por el que no acuden al programa.

Denominador:

Población elegible: Mujeres de la población diana, a las que se ha ofrecido la realización de la exploración de cribado en el periodo evaluado (son las mujeres invitadas).

Población diana: Mujeres susceptibles de ser incluidas en el programa de cribado según los criterios de edad y residencia.

*Criterios de exclusión de la población elegible: Cáncer de mama previo o mastectomía bilateral, fallecimiento, cambio de residencia (fuera del municipio).*

**Tasa de participación**

Descripción: Calcula, independientemente del número de citaciones, el porcentaje de mujeres que han sido exploradas al menos una vez.

Cálculo:  $\text{N}^\circ \text{ de mujeres exploradas} / \text{Población elegible} \times 100$

Numerador: Número de mujeres exploradas al menos una vez en el periodo de estudio.

1. Mujeres a las que se les realiza el estudio mamográfico de cribado (test de screening).
2. Número de mujeres que aportan una mamografía realizada como máximo 6 meses antes de la cita, que cumpla los criterios metodológicos del programa en cuanto a proyecciones, que es interpretada y sigue el mismo pro-

ceso de las que se realizan en la propia unidad.

Denominador:

Población elegible: Mujeres a las que se les ha ofrecido la participación, al menos una vez, en el periodo evaluado.

Observaciones:

Se calculará el porcentaje de mujeres exploradas por cada una de las modalidades de participación (inicial, sucesiva regular y sucesiva irregular) respecto al total de las exploradas:

- Inicial: La mujer acude por primera vez al programa, independientemente del número de citas que haya tenido.
- Sucesiva regular: Mujeres que han acudido a 2 o más citas sucesivas.
- Sucesiva irregular: Mujeres que han acudido a más de dos citas pero NO de forma sucesiva.

1.- Exploradas iniciales/total de exploradas x 100

2.- Exploradas sucesiva regular/total exploradas x 100

3.- Exploradas sucesiva irregular/total exploradas x 100

**Tasa de detección global**

Nº de mujeres con tumor maligno / Nº total de mujeres exploradas x 1.000

Numerador: Nº de mujeres en las que se demuestra una lesión maligna por estudio anatomopatológico (ductal in situ y/o invasiva)

No se incluyen los lobulillares in situ.

Denominador: Total de mujeres exploradas.

**OTROS INDICADORES**

**Porcentaje de cobertura de vacunados de la gripe en personas de 65 y más años**

Número total de usuarios de 65 y más años vacunados contra la gripe (1 dosis), entre los meses de Octubre y Diciembre / Número de usuarios de 65 y más años \* 100

**Porcentaje de abandono de tratamiento de Tuberculosis**

Número total de abandonos de tratamiento de casos de Tuberculosis diagnosticados en el año / Número total de casos de Tuberculosis diagnosticados y que inician tratamiento en el año x 100

**Usuarios programa deshabituación con metadona**

Nº de drogodependientes en programa que abandonan el tratamiento / Nº total de drogodependientes en programa de Metadona x 100

Además de éstos, hemos considerado de interés estudiar los siguientes indicadores:

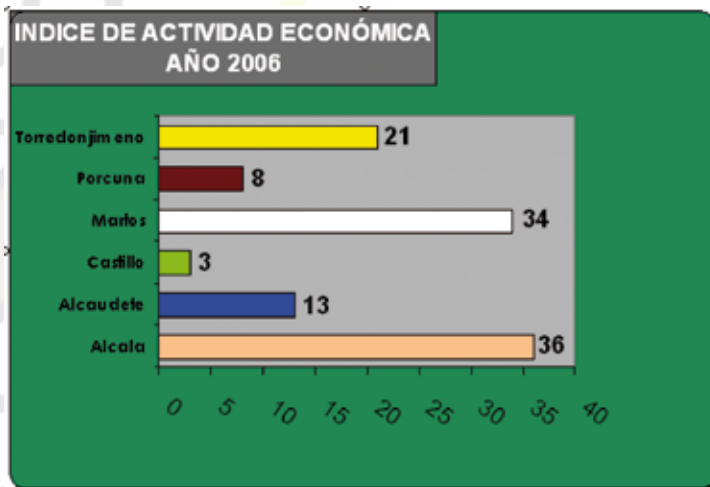
- **Tasa de Bajo Peso en Recién Nacidos (RN):**

- Descripción: Se han considerado RN de bajo peso aquellos que presentaban en el momento del nacimiento un peso inferior a 2500 gr. Se ha estudiado el porcentaje de registros en los que no aparece recogido el peso.
- Nº de RN de Bajo Peso durante el período 2003 a 2006/ Nº de RN durante el mismo período
- Fuente: Construido con los datos de la aplicación on-line de Metabolopatías de la Junta de Andalucía.
- Unidad de análisis: Los datos se han desagregado a nivel municipal.
- Construcción: Se ha estudiado el período 2003-2006.

- **ÍNDICE DE ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

El valor del índice expresa la participación de la actividad económica (en tanto por 100.000) de cada municipio, provincia o comunidad autónoma sobre una base nacional de 100.000 unidades equivalente a la recaudación del impuesto de actividades económicas empresariales y profesionales.

El índice de actividad económica está en general correlacionado con la cuota de mercado.



Fuente: Anuario actividad económica , La Caixa 2006

No se han podido obtener los indicadores del porcentaje de abandono de T.B.C.,ni el porcentaje de abandono del programa de metadona.

### 3.4. Análisis estadístico.

Para el análisis de los datos y su representación gráfica se han empleado los siguientes paquetes estadísticos:

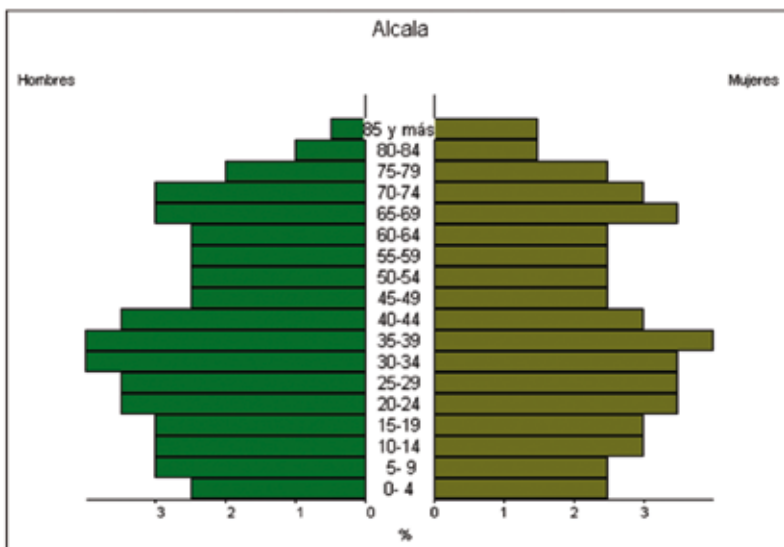
- Epidat
- Epi-Info 2000 (función Epi-Map): los rangos se han establecido según los cuartiles.

## 4. RESULTADOS

### 4.1- INDICADORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS

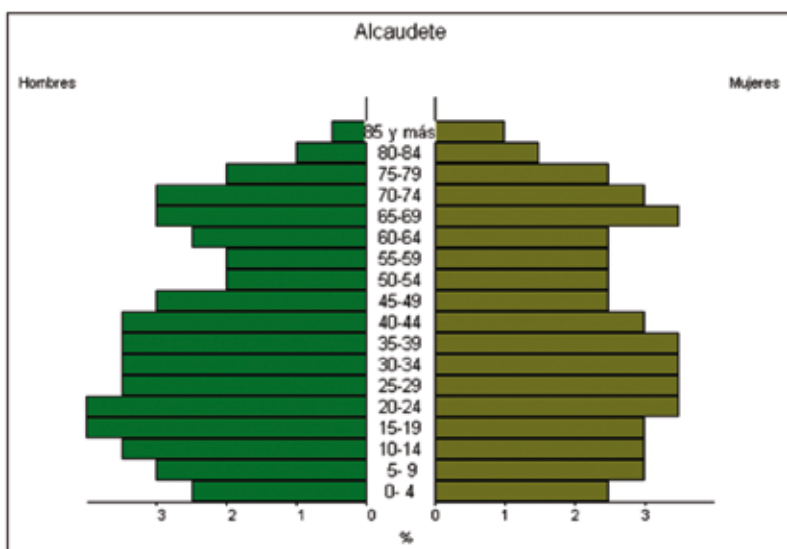
#### - PIRÁMIDES DE POBLACIÓN

#### Pirámide población Alcalá la Real



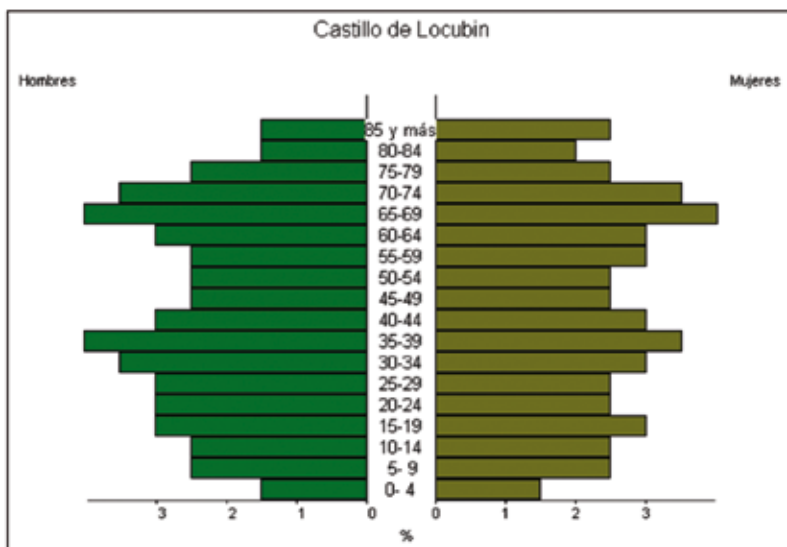
Índices	Valor	
Friz	83,3333	
Sundberg	35,1064	77,6596
Burgdöfer	11,5000	20,0000
Envejecimiento	130,3030	
Dependencia	61,2903	
Estructura de la población activa	74,6479	
Reemplazamiento de la población activa	83,3333	
Número de hijos por mujer fecunda	21,7391	
Índice generacional de ancianos	160,4651	
Edad media	41,0250	
Edad mediana	30,7500	

## Pirámide población Alcaudete



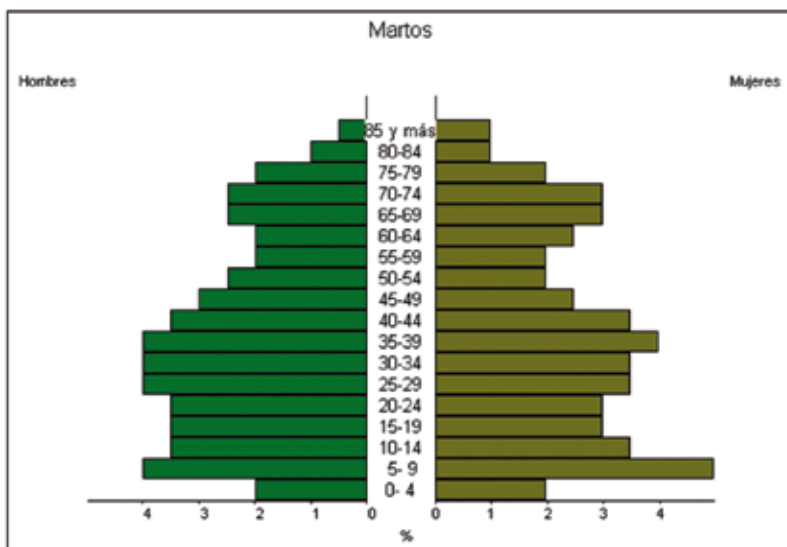
Indice	Valor	
Friz	94,2308	
Sundberg	36,8421	73,6842
Burgdöfer	12,5000	19,5000
Envejecimiento	120,0000	
Dependencia	62,6016	
Estructura de la población activa	73,2394	
reemplazamiento de la población activa	71,4286	
Número de hijos por mujer fecunda	22,2222	
Índice generacional de ancianos	157,1429	
Edad media	40,1375	
Edad mediana	37,8571	

## Pirámide población Castillo de Locubín



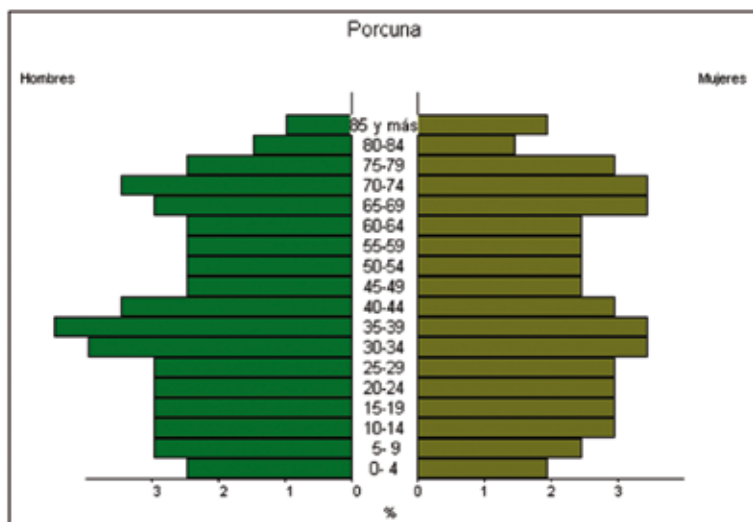
Índices	Valor	
Friz	76,0000	
Sundberg	30,9524	104,7619
Burgófer	10,1010	21,7172
Envejecimiento	211,5385	
Dependencia	69,2308	
Estructura de la población activa	88,7097	
Reemplazamiento de la población activa	100,0000	
Número de hijos por mujer fecunda	15,0000	
Índice generacional de ancianos	127,2727	
Edad media	45,3535	
Edad mediana	44,5833	

## Pirámide población Martos



Indicadores	Valor	
Friz	94,6429	
Sundberg	41,2371	
Burgdöfer	16,0000	18,5000
Envejecimiento	92,5000	
Dependencia	62,6016	
Estructura de la población activa	70,8333	
Reemplazamiento de la población activa	69,2308	
Número de hijos por mujer fecunda	17,3913	
Índice generacional de ancianos	181,0811	
Edad media	38,5375	
Edad mediana	36,2500	

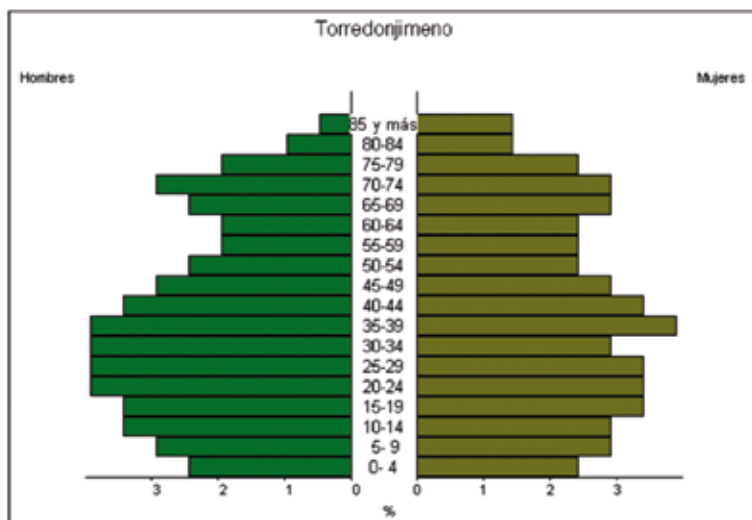
## Pirámide población Porcuna



Índices	Valor	
Friz	81,4815	
Sundberg	35,5556	88,8889
Burgdöfer	11,3861	19,8020
Envejecimiento	156,2500	
Dependencia	60,3333	
Estructura de la población activa	79,1045	
Reemplazamiento de la población activa	83,3333	
Número de hijos por mujer fecunda	20,9302	
Índice generacional de ancianos	138,0000	
Edad media	42,8465	
Edad mediana	40,7692	

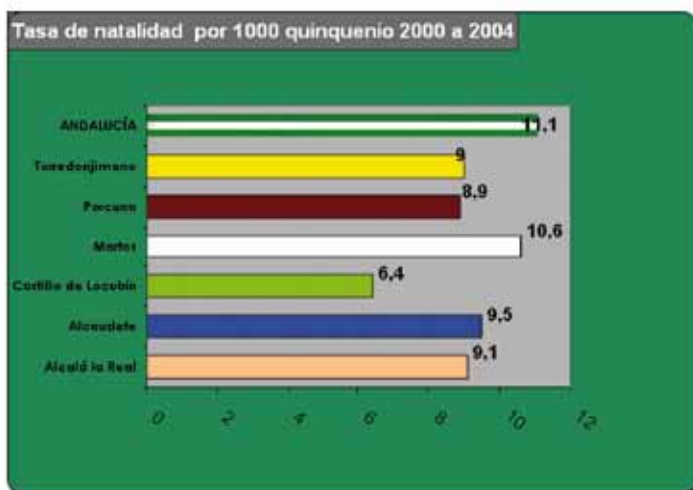
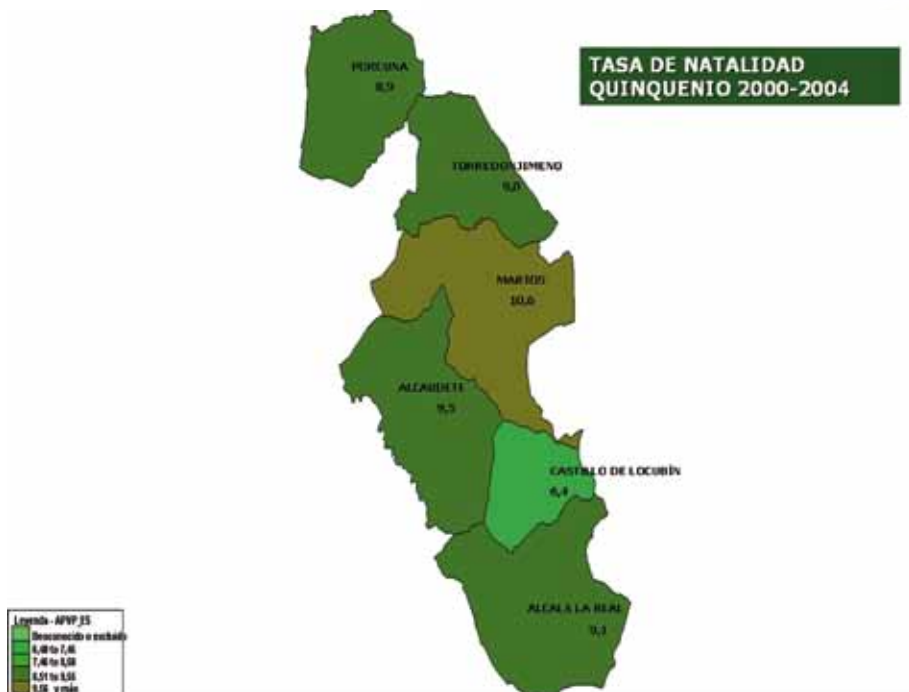


## Pirámide población Torredonjimeno

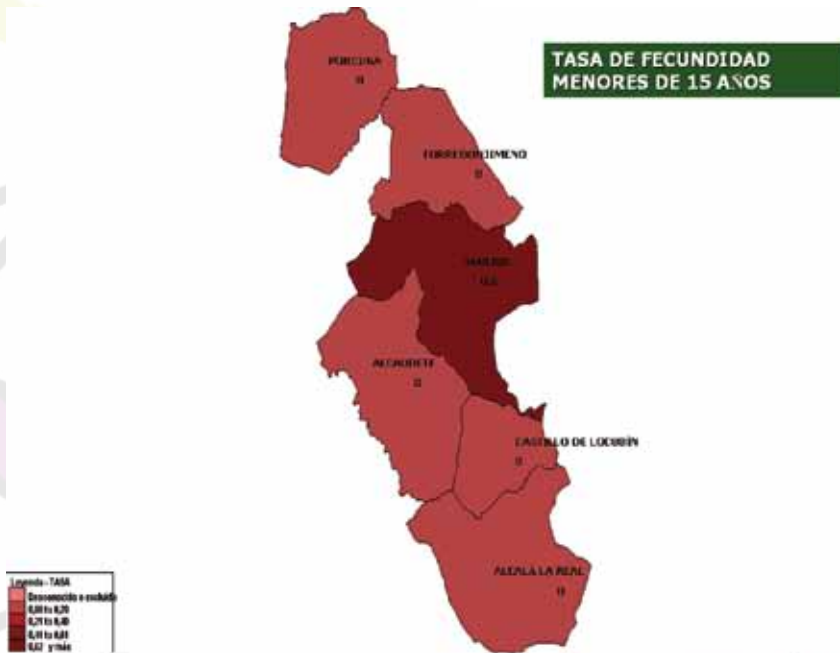


Índices	Valor	
Friz	87,5000	
Sundberg	35,0000	69,0000
Burgdöfer	12,2549	19,6078
Envejecimiento	117,1429	
Dependencia	59,3750	
Estructura de la población activa	72,9730	
Reemplazamiento de la población activa	64,2857	
Número de hijos por mujer fecunda	20,8333	
Índice generacional de ancianos	170,7317	
Edad media	40,0000	
Edad mediana	37,8125	

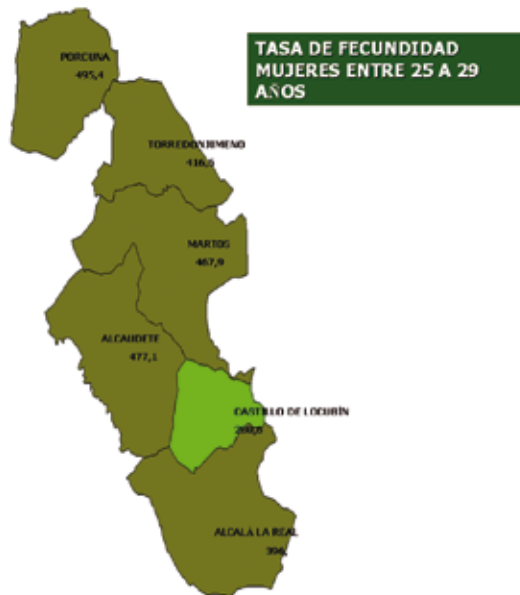
## 4.2. -TASA DE NATALIDAD



### 4.3. -TASA DE FECUNDIDAD

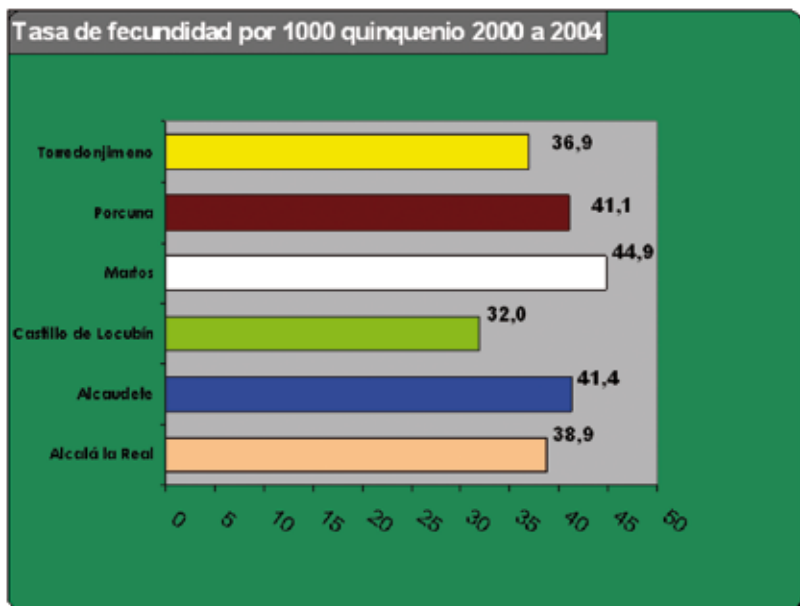










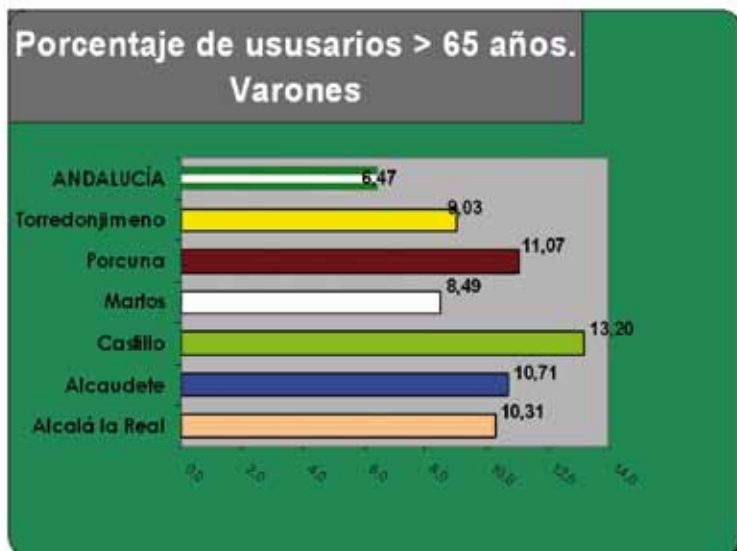
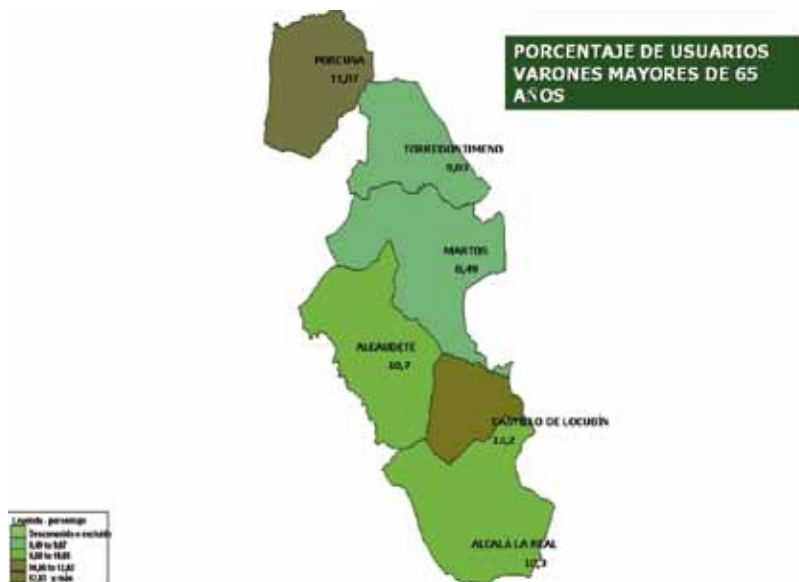


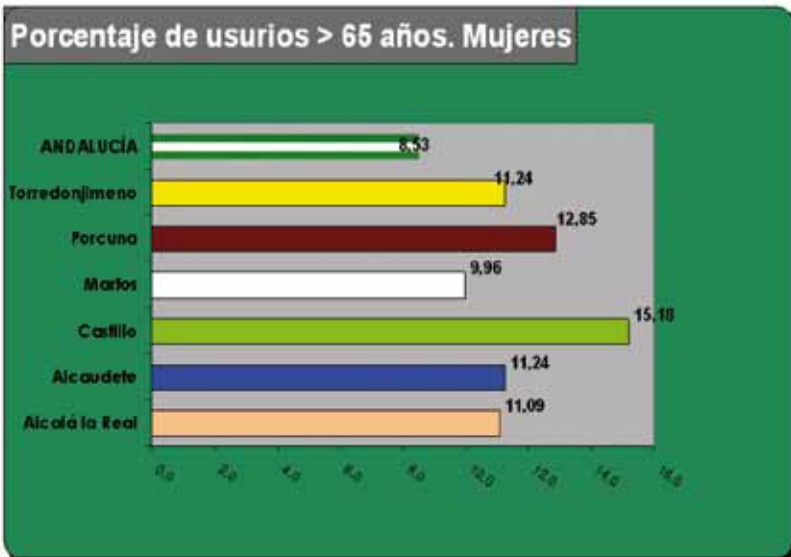
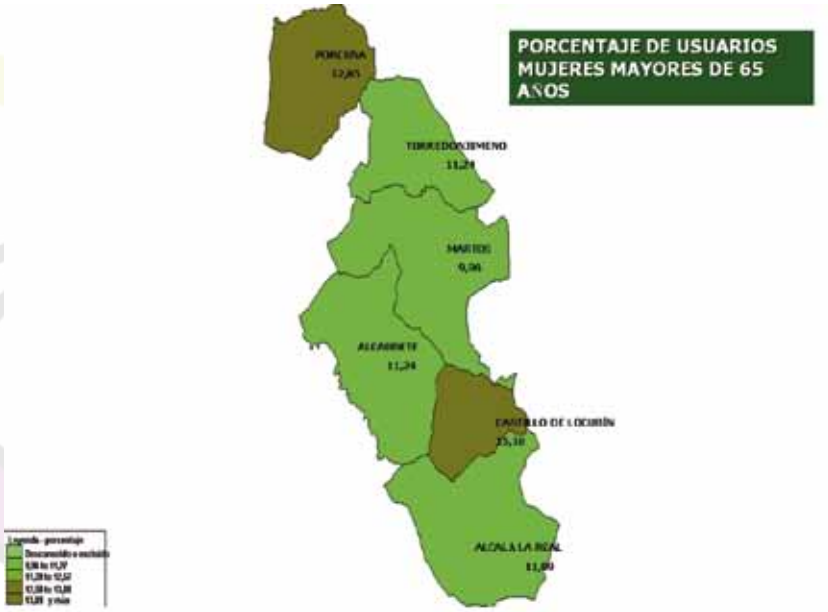


#### 4.4. - RELACIÓN DE DEPENDENCIA DE ANCIANOS



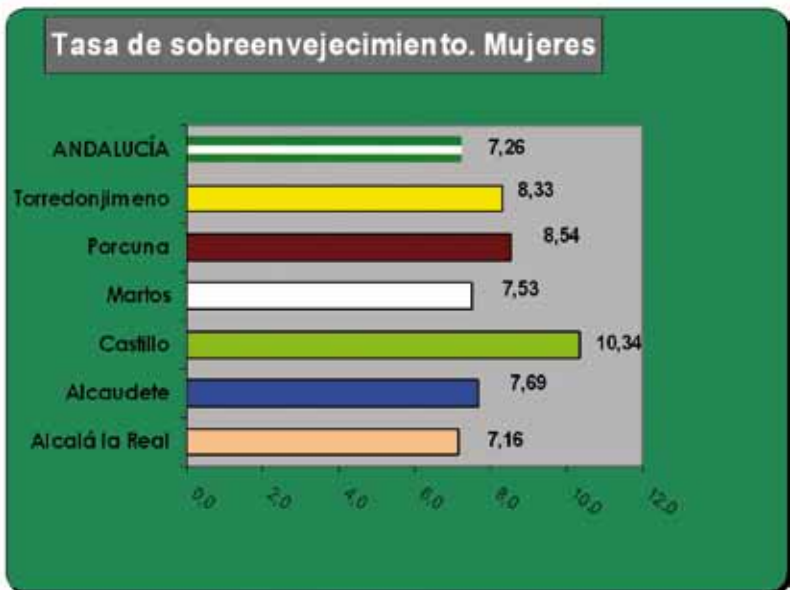
#### 4.5. - PORCENTAJE DE USUARIOS MAYOR DE 65 AÑOS



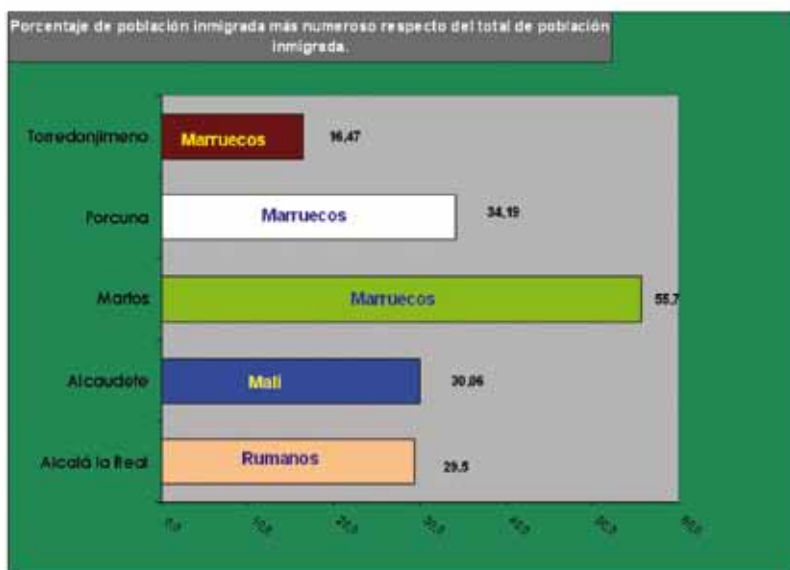
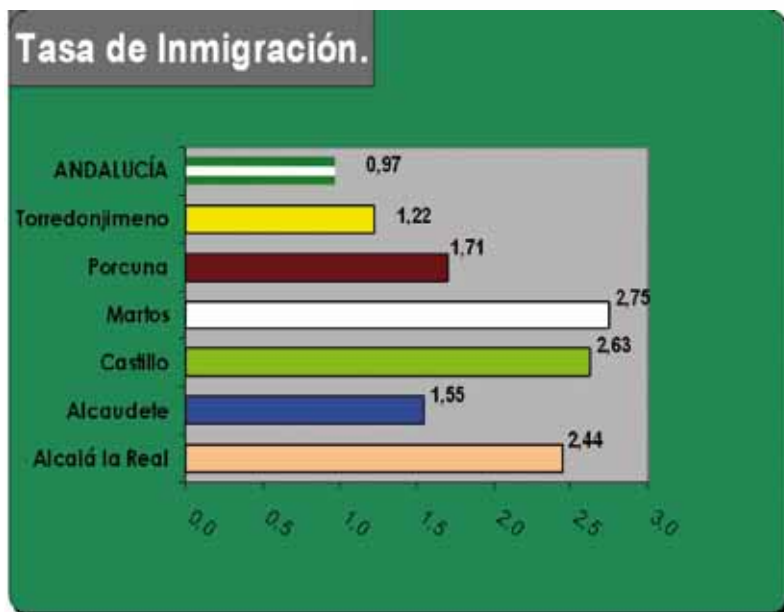


#### 4.6. - TASA DE SOBREENVEJECIMIENTO

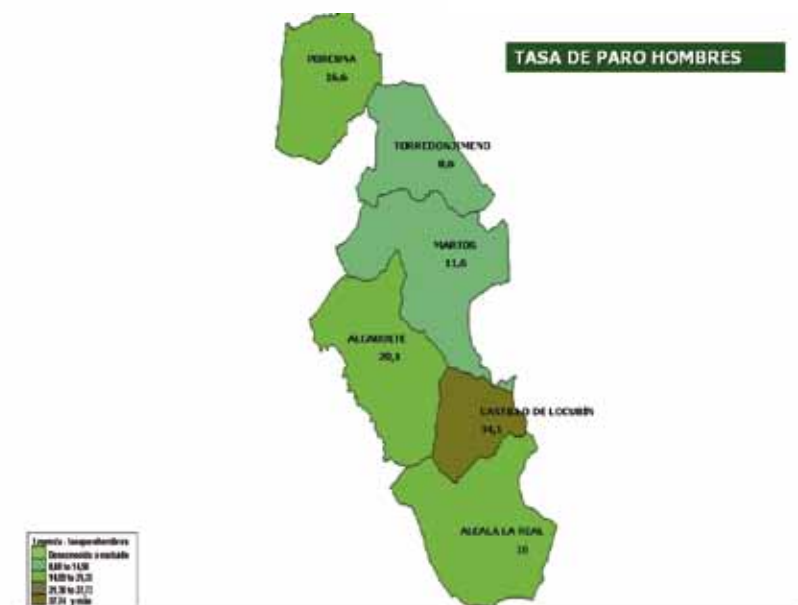




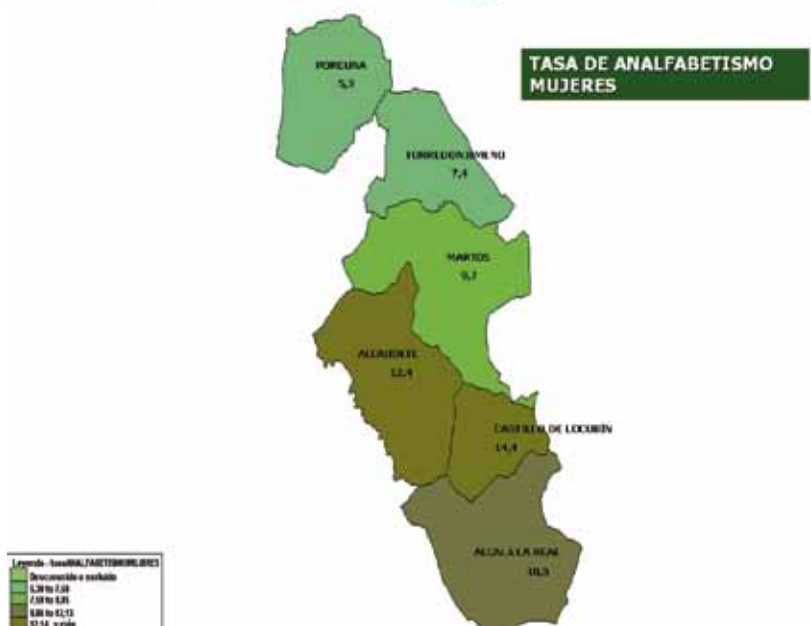
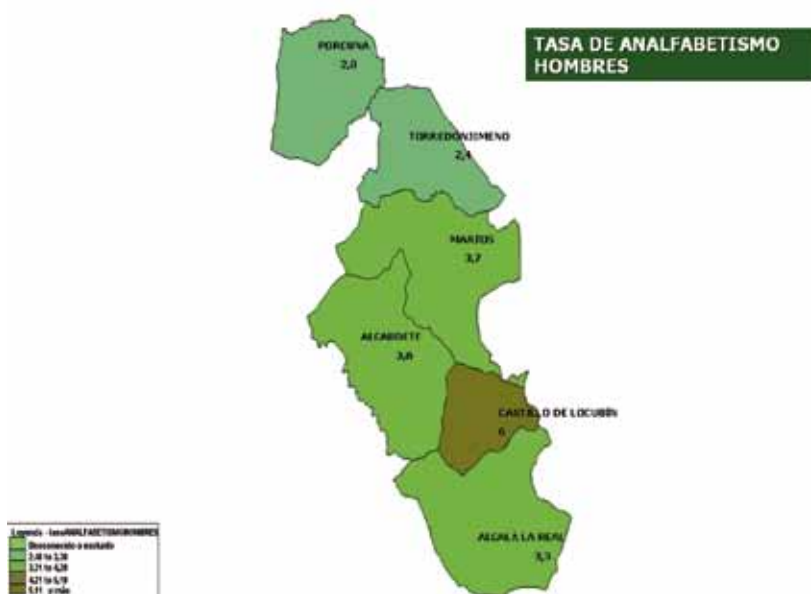
#### 4.7. - TASA DE INMIGRACIÓN



#### 4.8. - TASA DE PARO

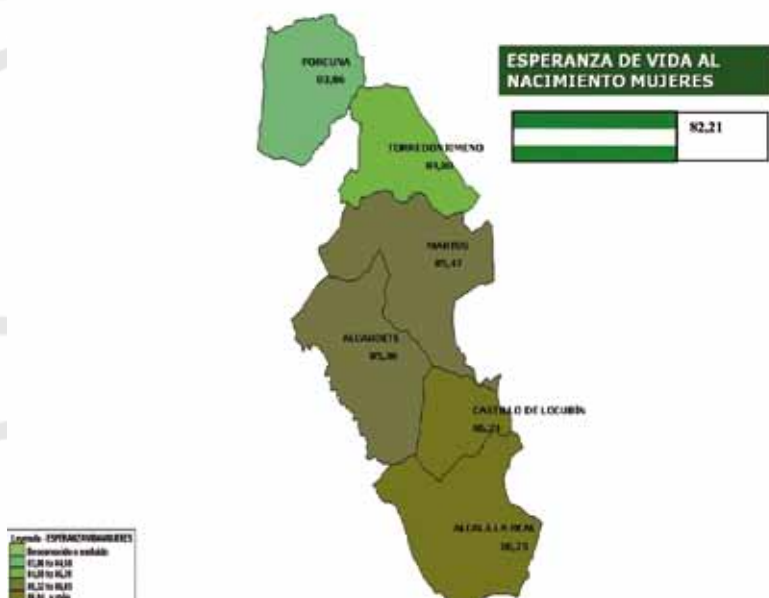
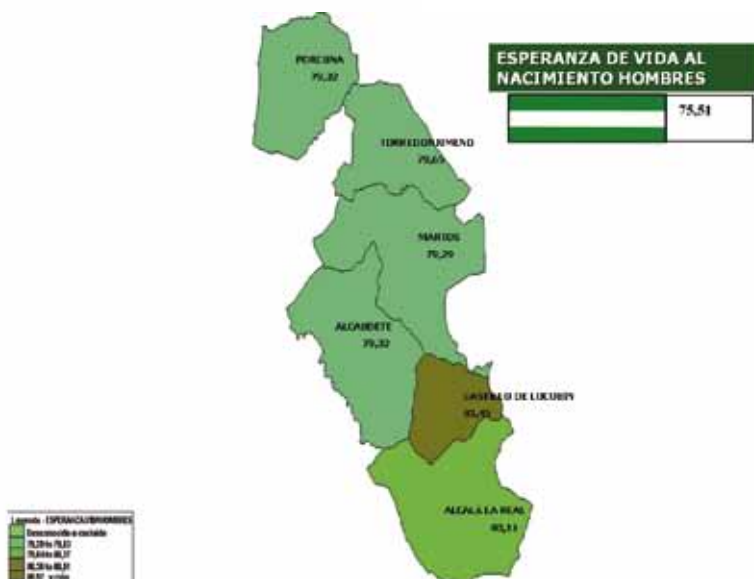


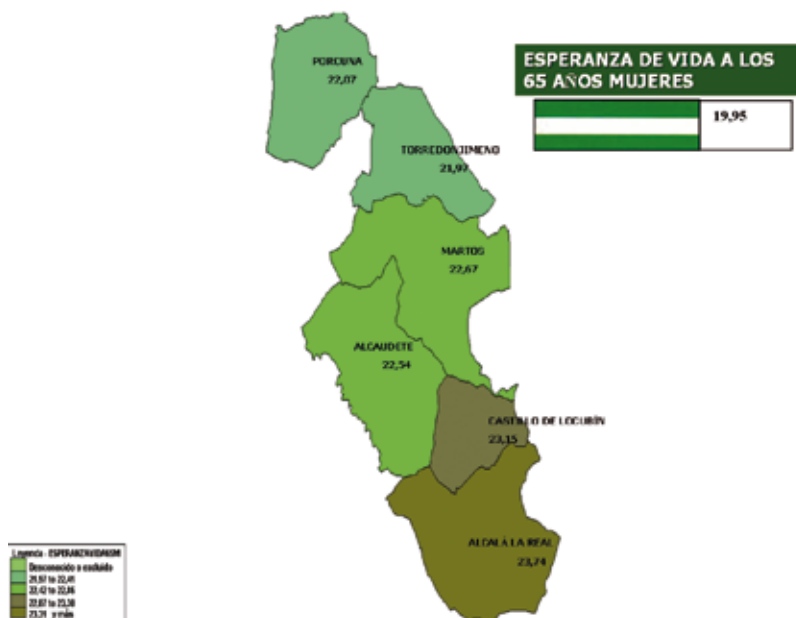
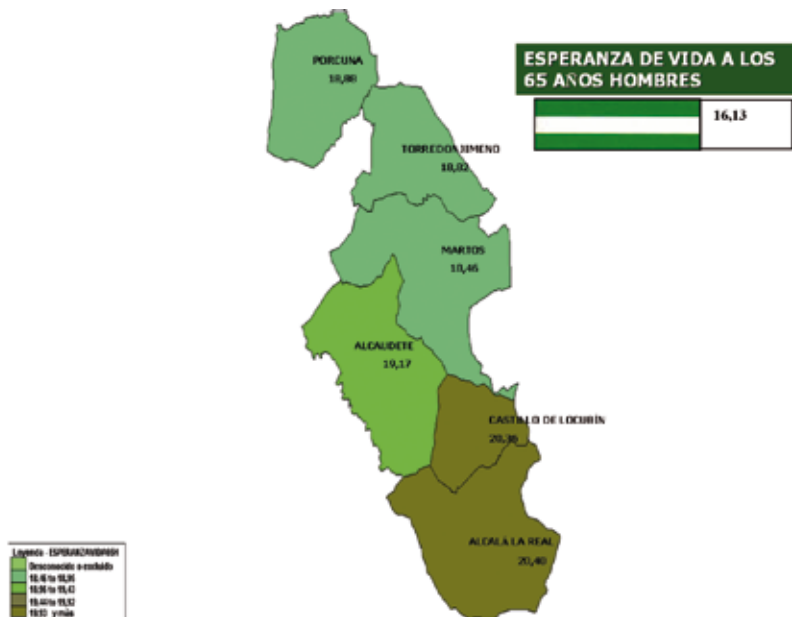
#### 4.9. - TASA DE ANALFABETISMO





## 5. 2-INDICADORES DE RESULTADOS EN SALUD



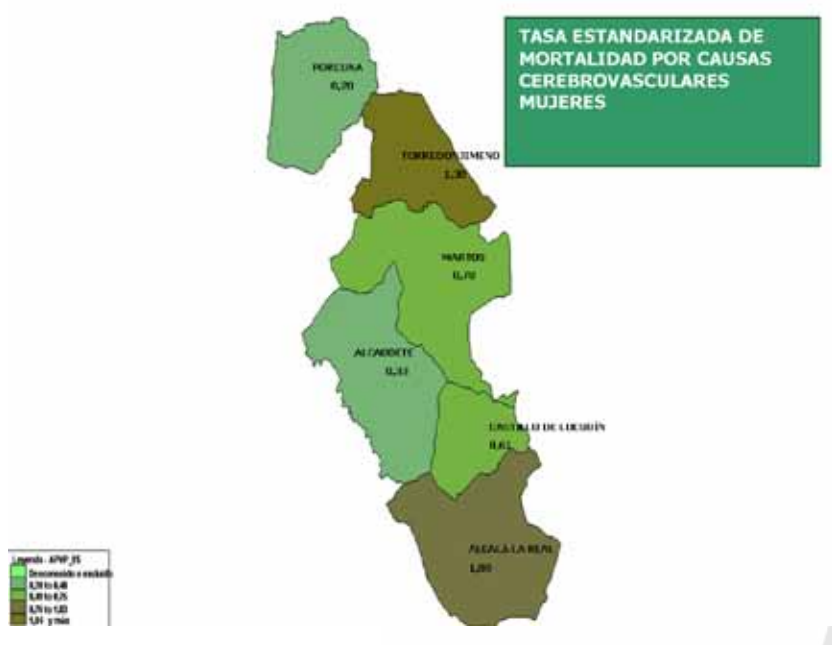
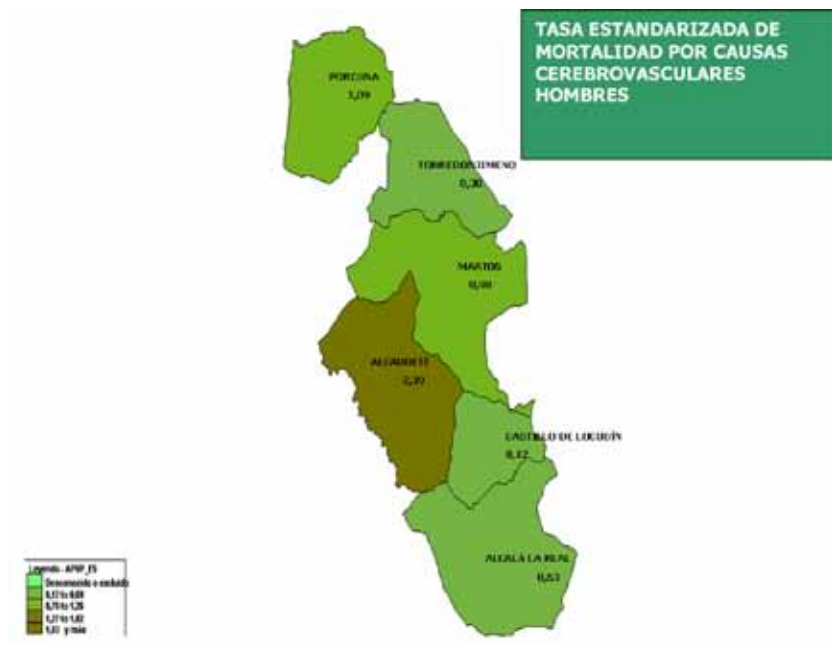


5.1. - MORTALIDAD

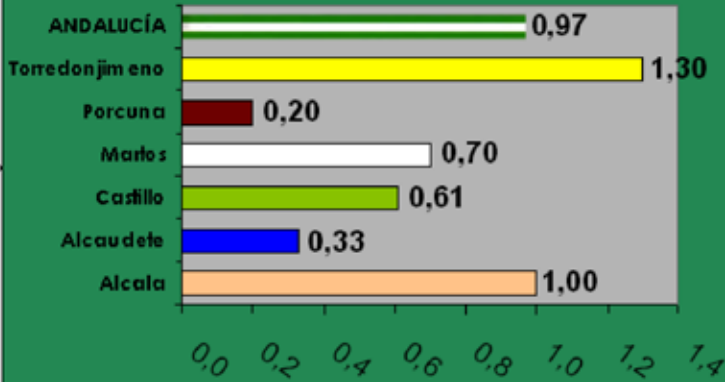




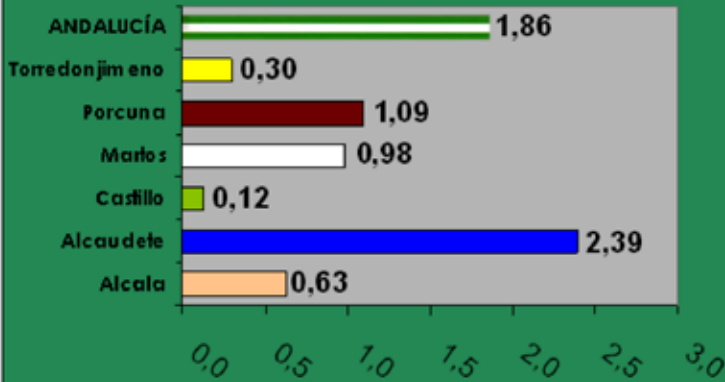


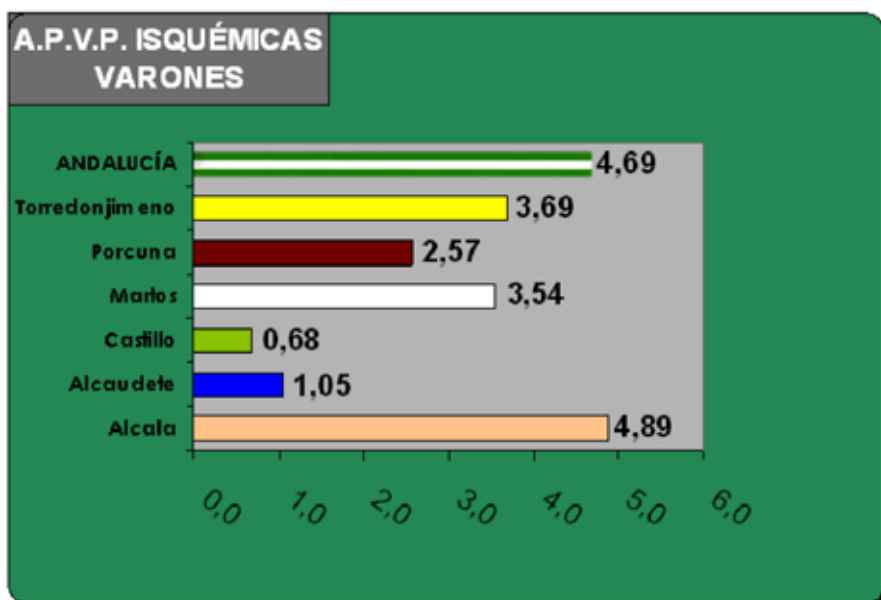
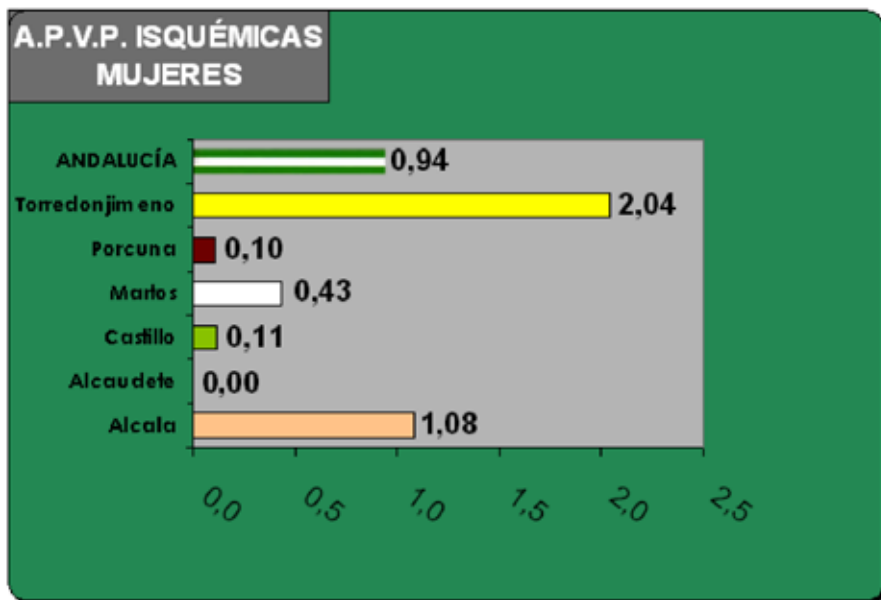


### A.P.V.P. CEREBROVASCULARES MUJERES



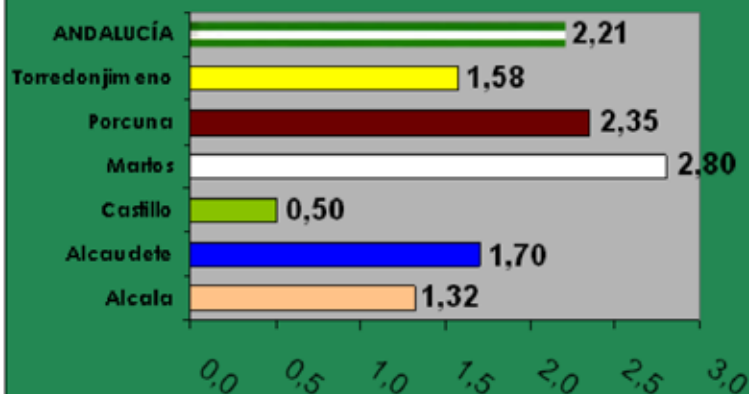
### A.P.V.P. CEREBROVASCULARES VARONES



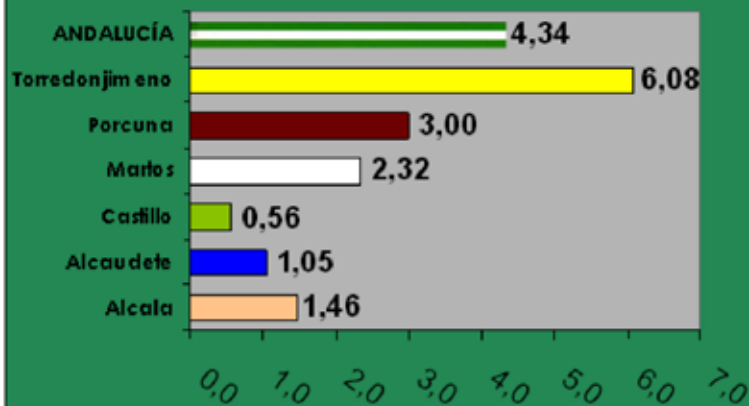


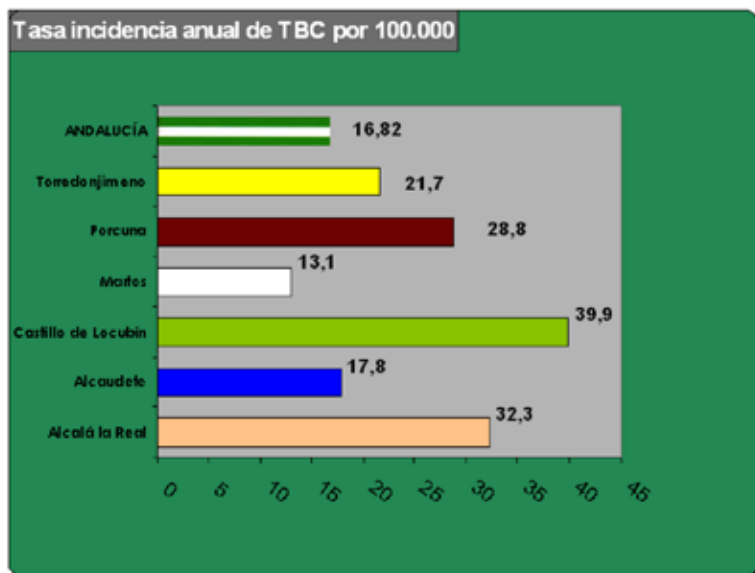
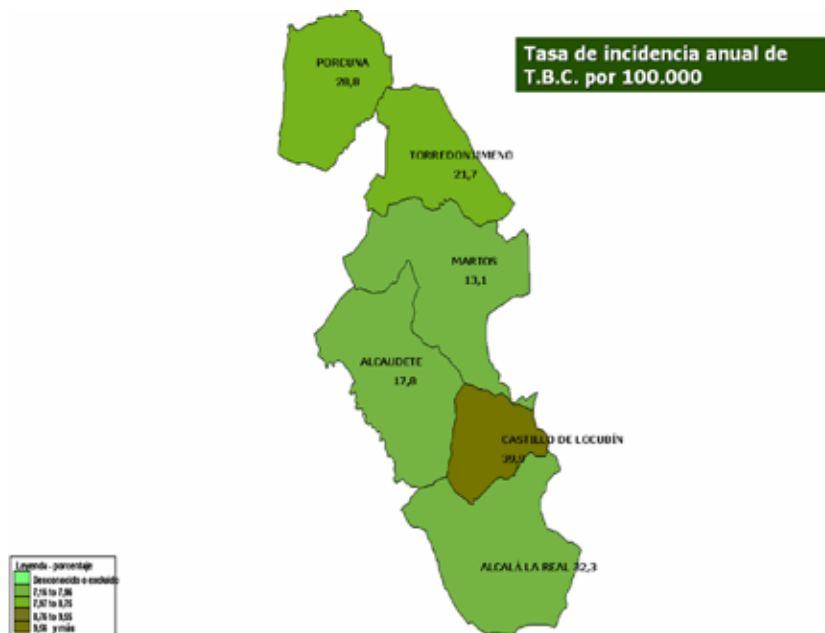


### A.P.V.P. CÁNCER DE MAMA MUJERES

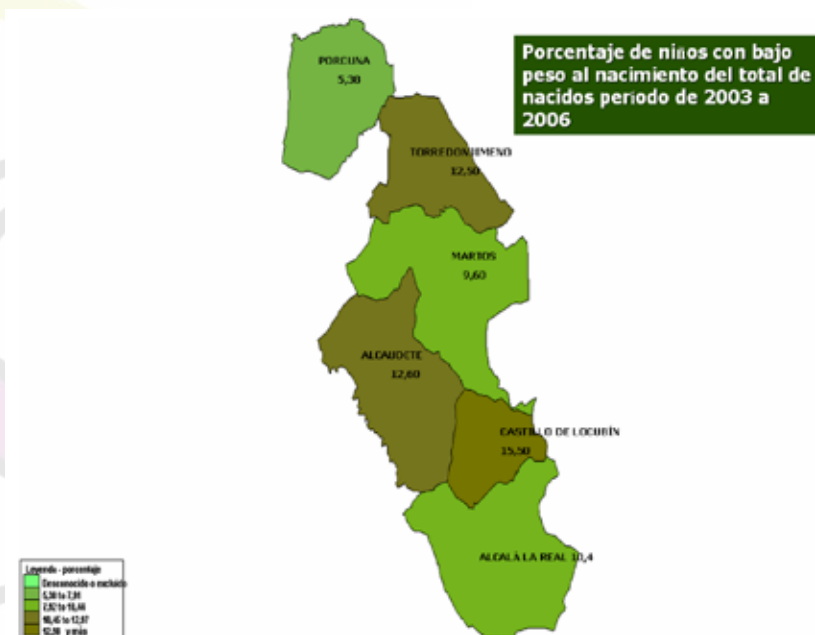


### A.P.V.P. CÁNCER DE PULMÓN

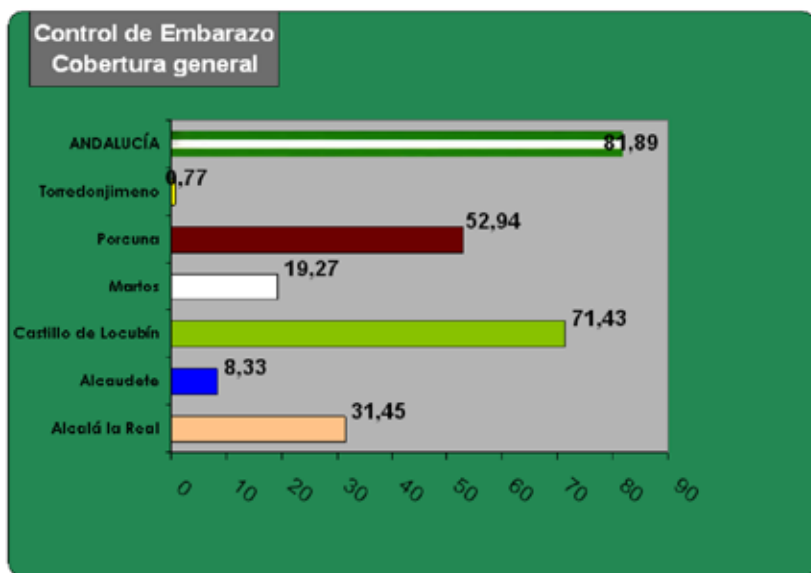
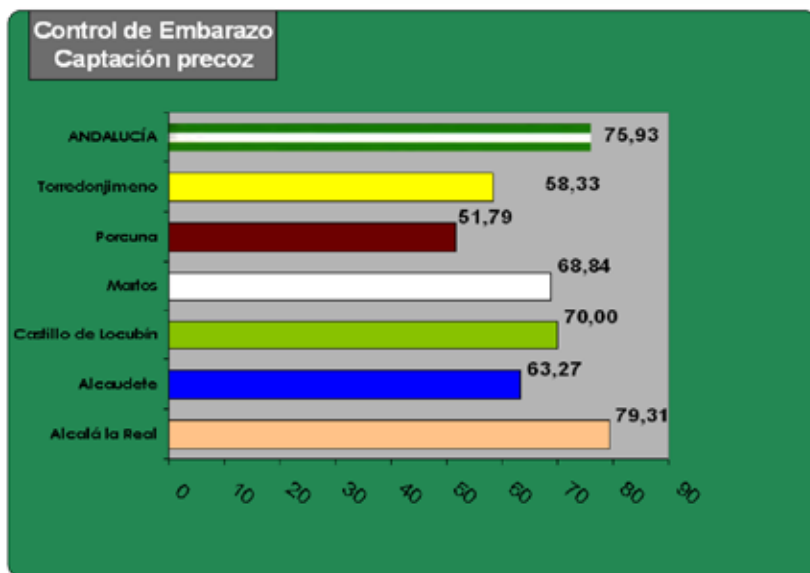




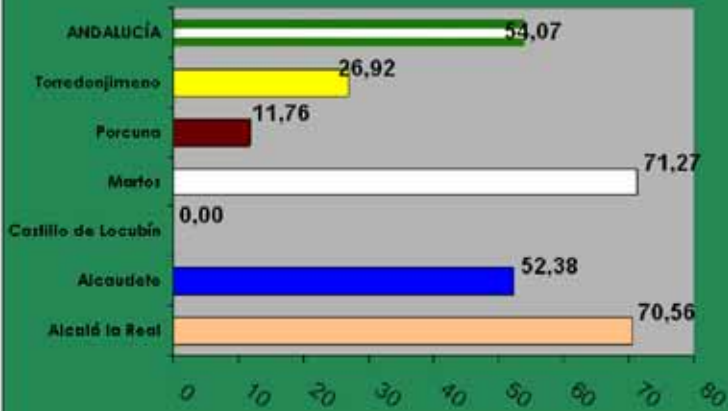
### 5.3. - BAJO PESO AL NACIMIENTO



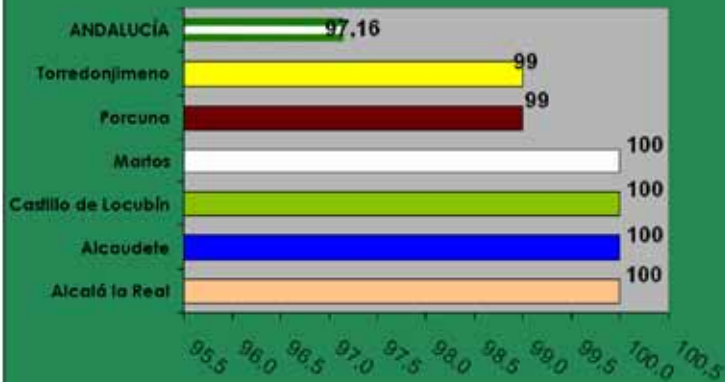
## 6. - INDICADORES DE SERVICIOS DE ATENCIÓN SANITARIA

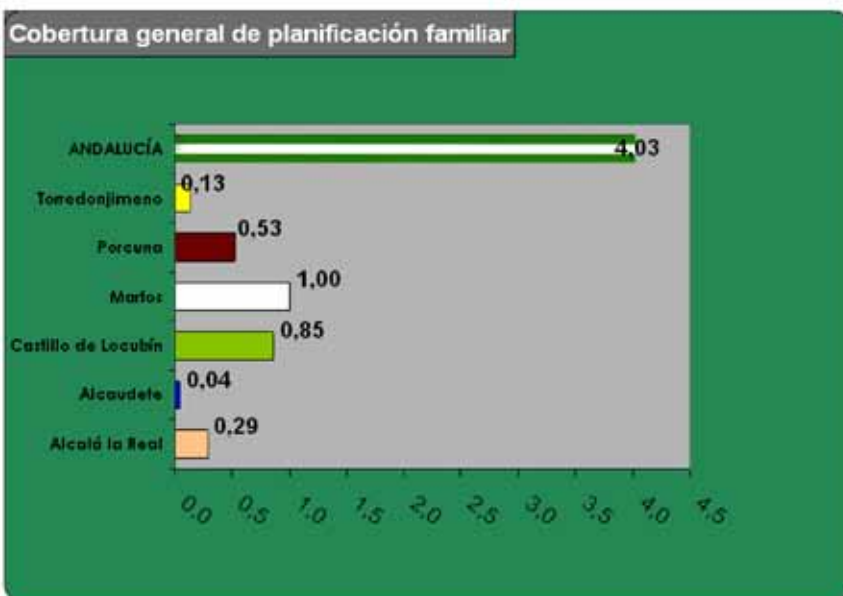


**Cobertura eficaz de educación maternal**

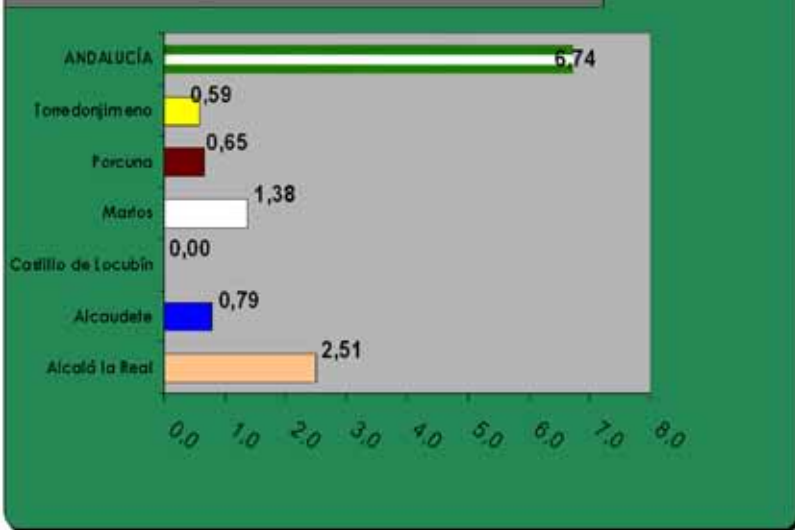


**Porcentaje de cobertura de vacunación completa**

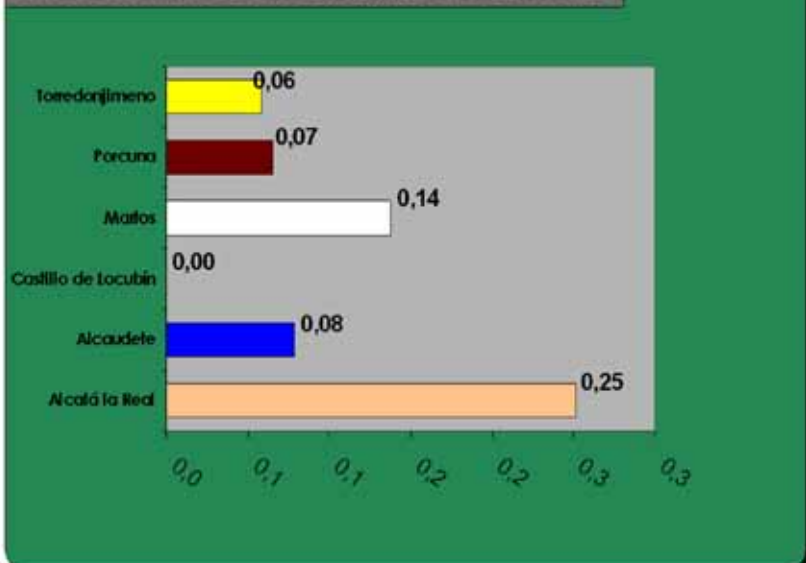




Tasa por mil de solicitudes de ME respecto al total de mujeres de 15 a 49 años.



tasa de solicitudes de ive en mujeres de 15 a 19 años



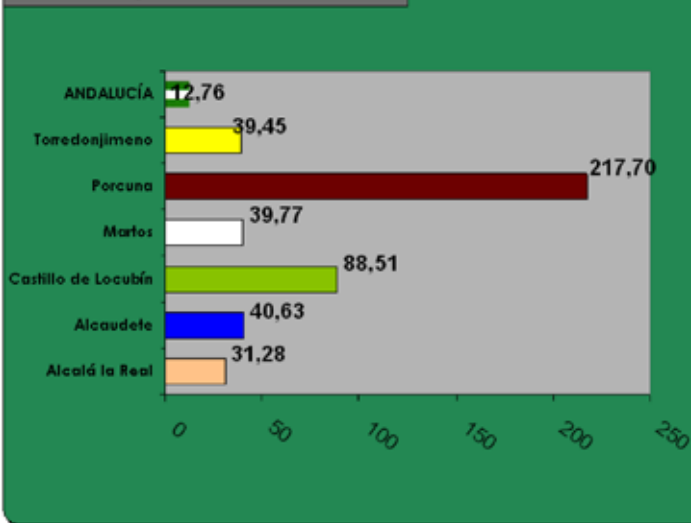


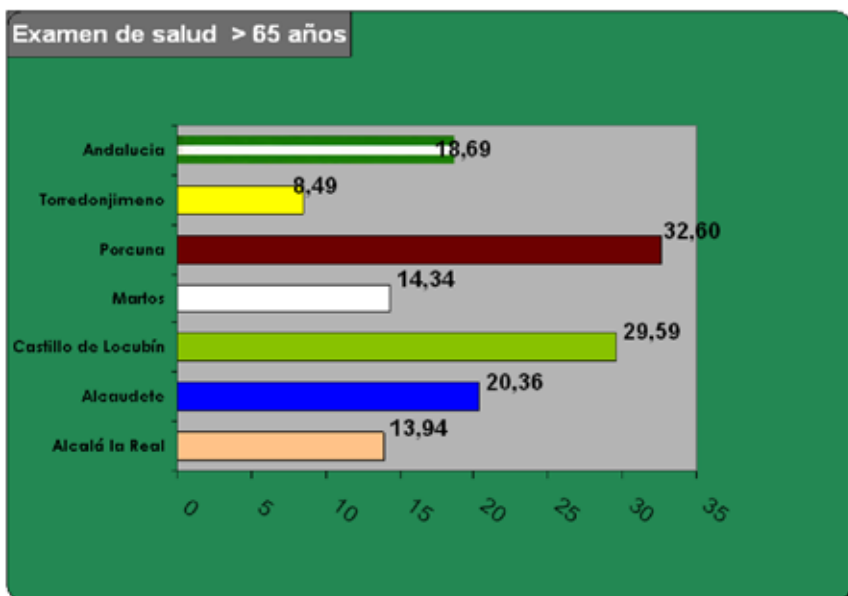
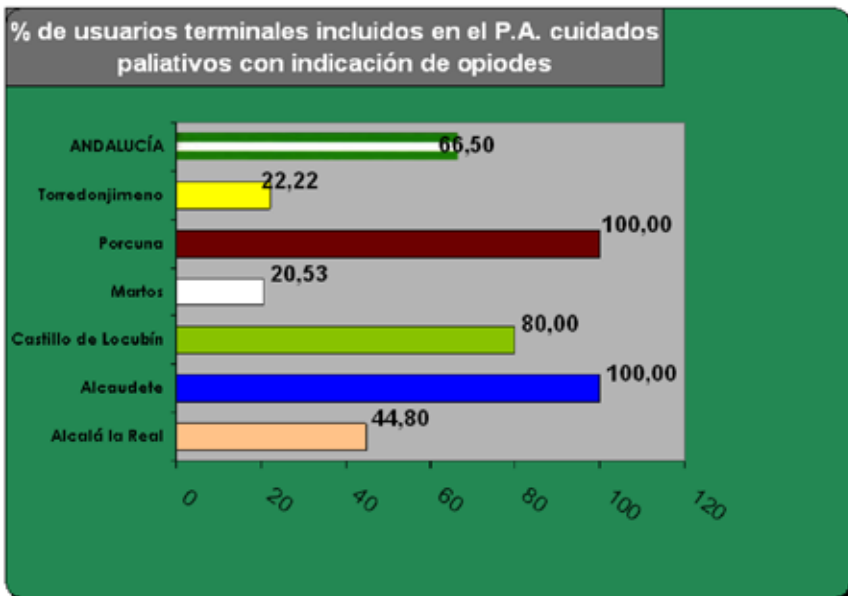


### Porcentaje de personas en seguimiento domiciliario protocolizado

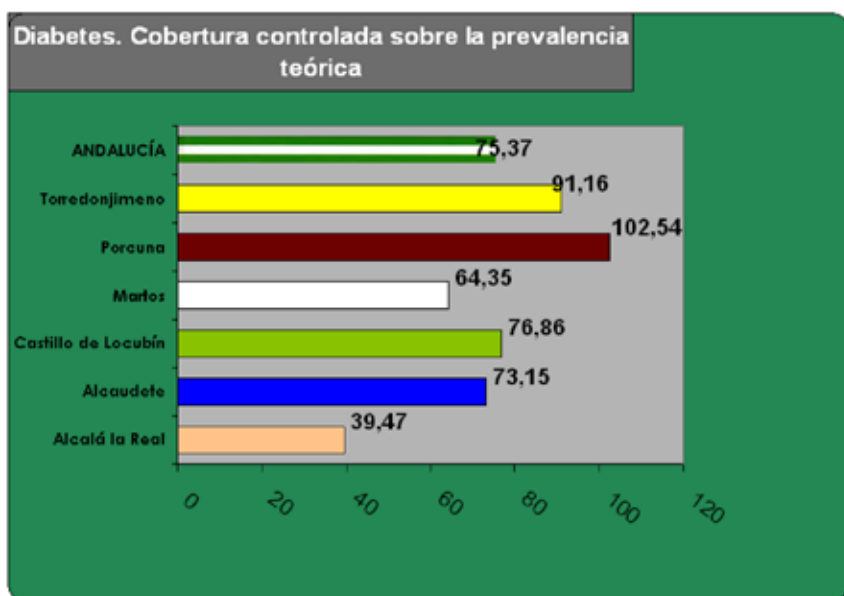
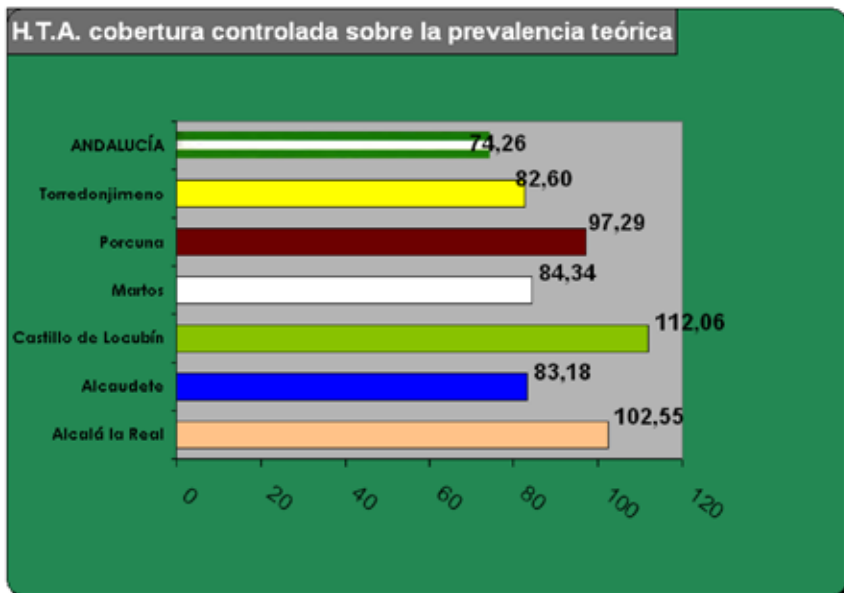


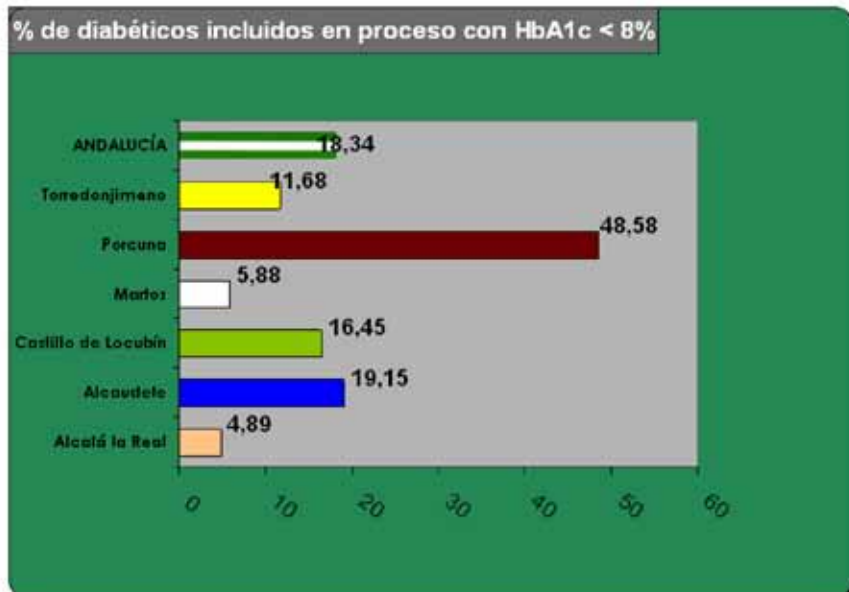
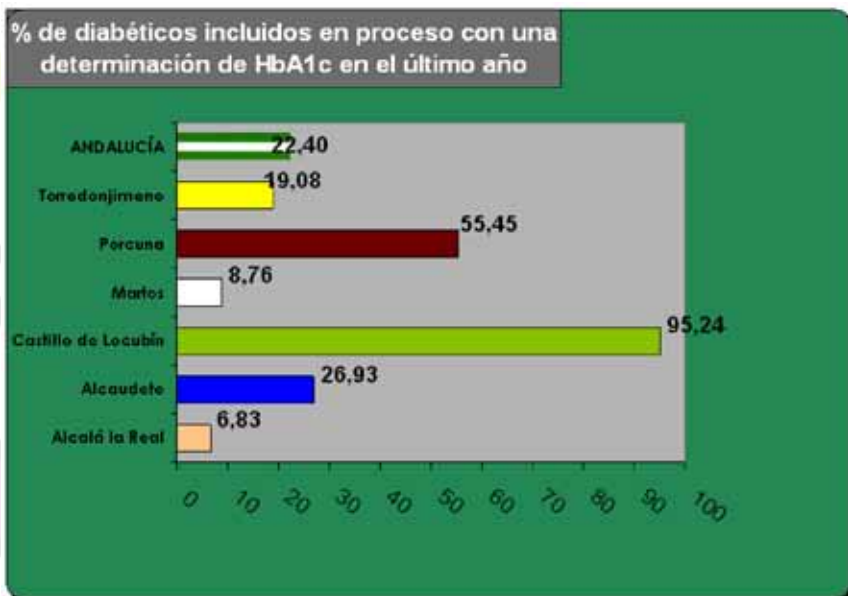
### Atención a personas inmovilizadas

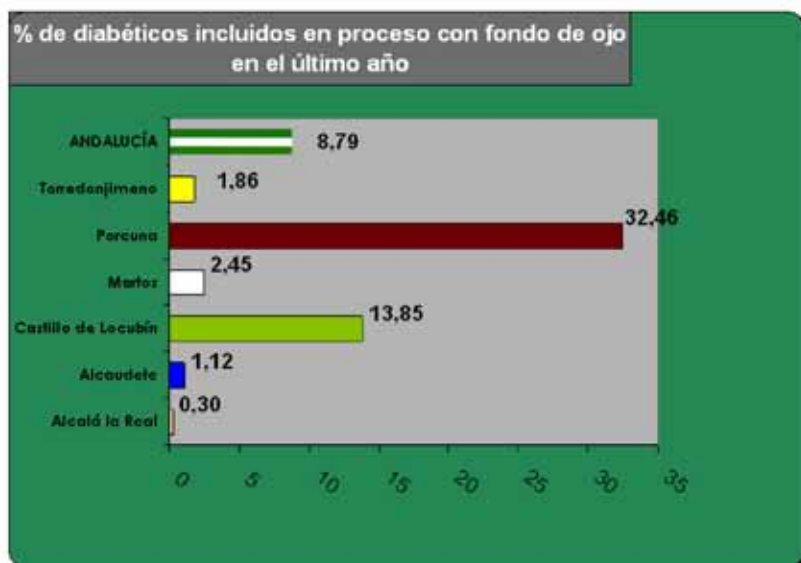
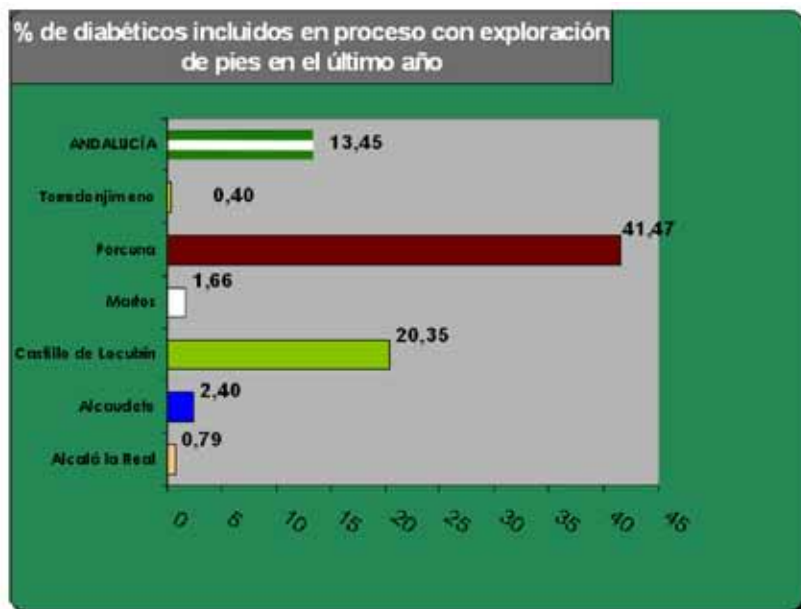


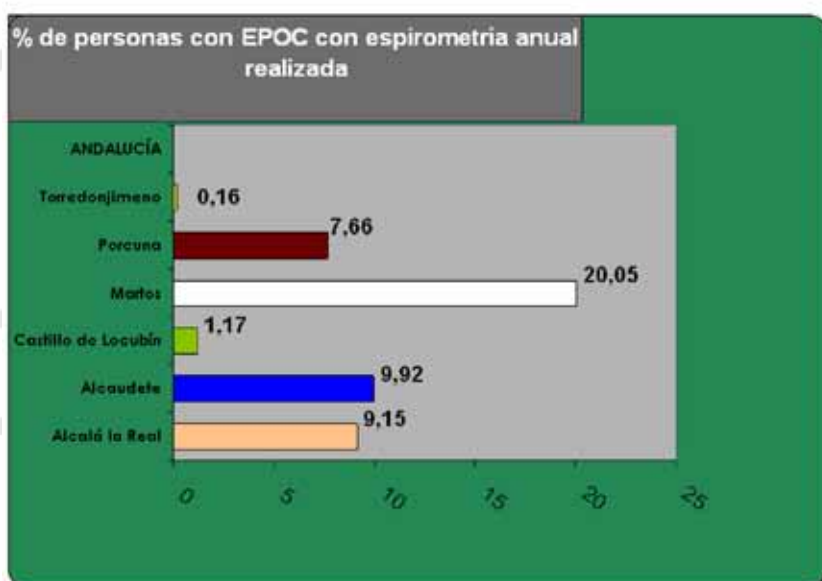






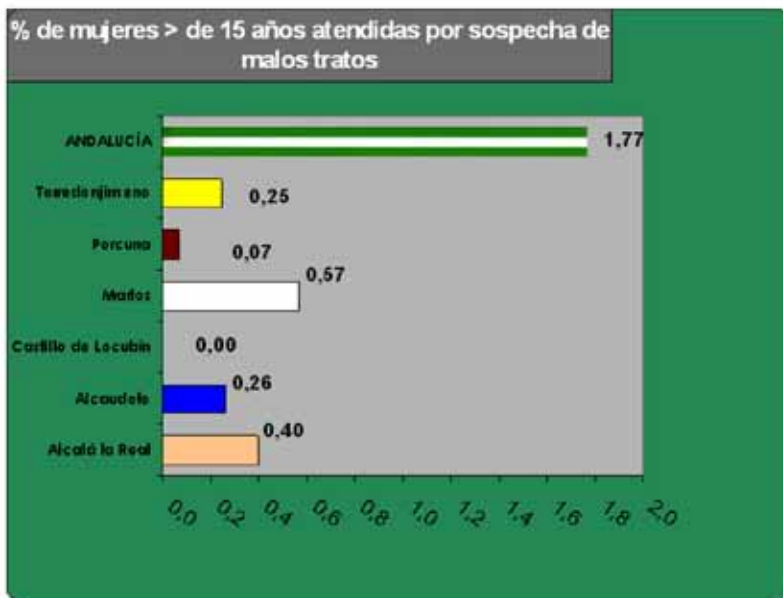


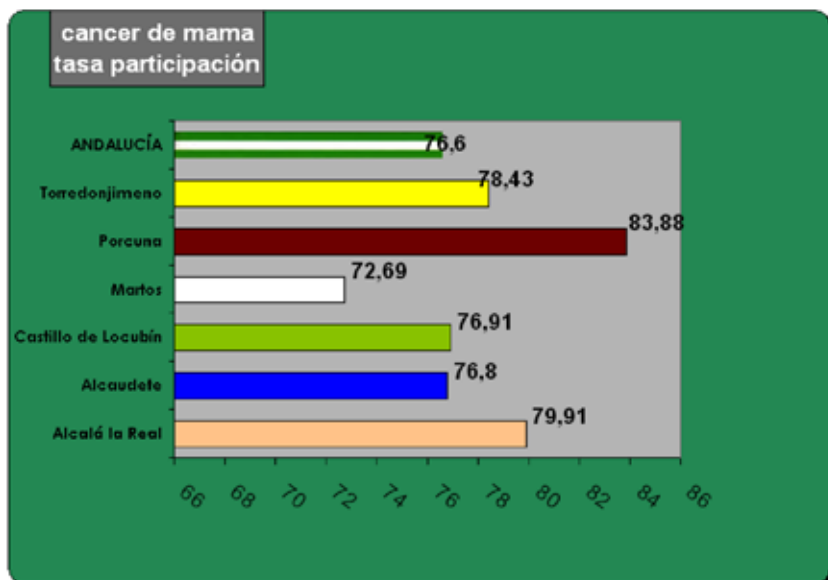
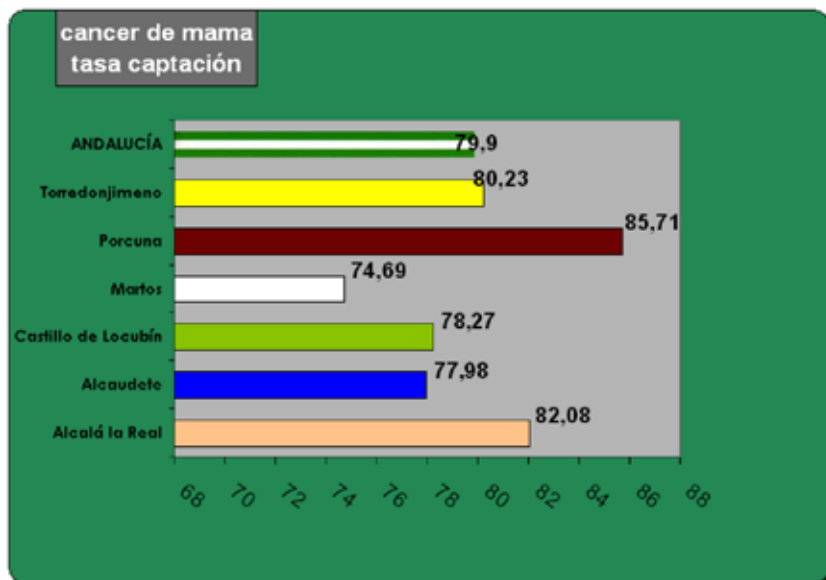


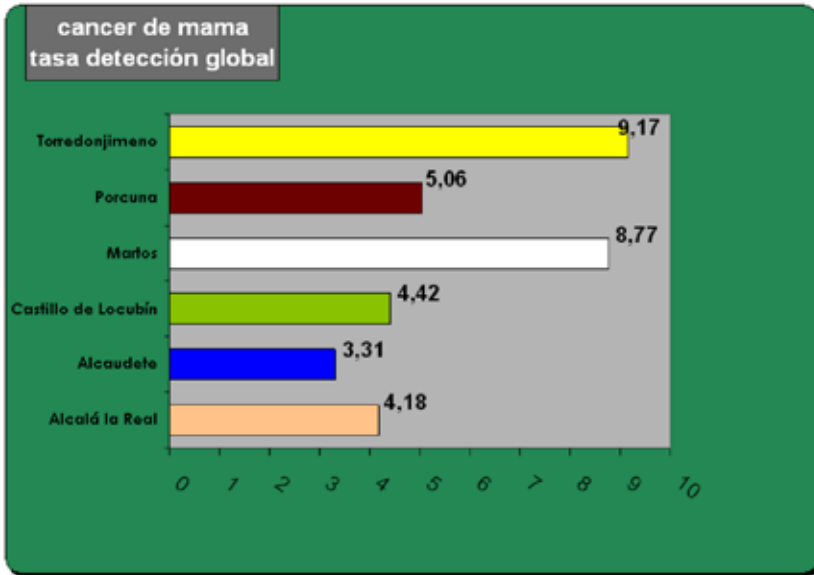


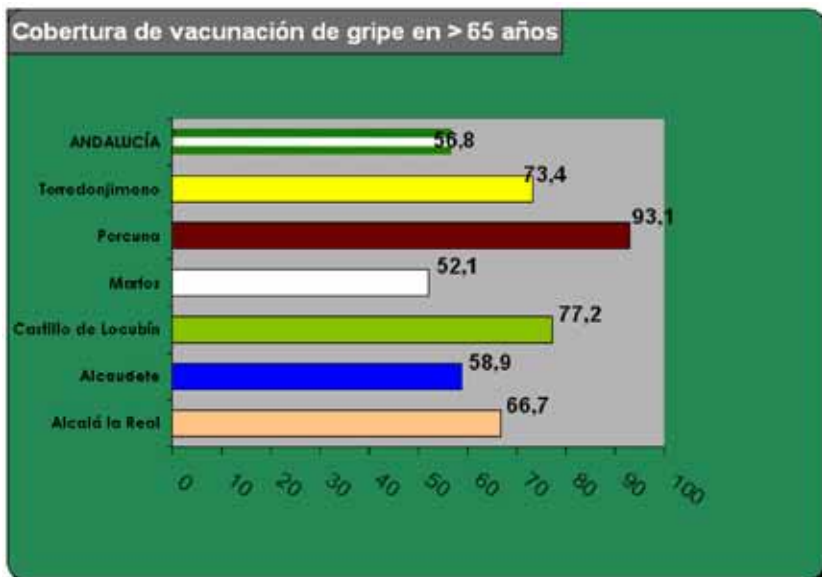












### -Alertas de Salud Pública declaradas en Alcalá la Real en período 2002 a 2007

Municipio	Año	Tipo	Nº afectados
Alcalá la Real	2002	Brote de Tuberculosis	9
Alcalá la Real	2002	Brote de Tuberculosis	8
Alcalá la Real	2003	Brote de T.I.A* residencia anc.	33
Alcalá la Real	2005	Brote de T.I.A familiar	8
Alcalá la Real	2006	Brote de T.I.A familiar	5
Alcalá la Real	2006	Cluster Leishmaniasis	4
Alcalá la Real	2007	Caso de Legionellosis	1
Alcalá la Real	2007	Brote de T.I.A local público	11

\* T.I.A. : Toxoinfección alimentaria

### -Enfermedades de declaración obligatoria (EDO)

Enfermedad	2004	2005	2006	2007
Sarampión	1	-	-	-
Parotiditis	-	1	-	-
Hepatitis b	1	-	1	1
Sífilis	-	1	-	-
Gonococia	-	-	1	-
Brucelosis	-	-	-	-
Enf.Meningocócica	1	-	-	2
Meningitis Bacter.	-	2	2	-
Meningitis Víricas	1	2	2	-
Listeriosis	-	2	-	-

### -Accidentes de Tráfico en Alcalá la Real año 2006

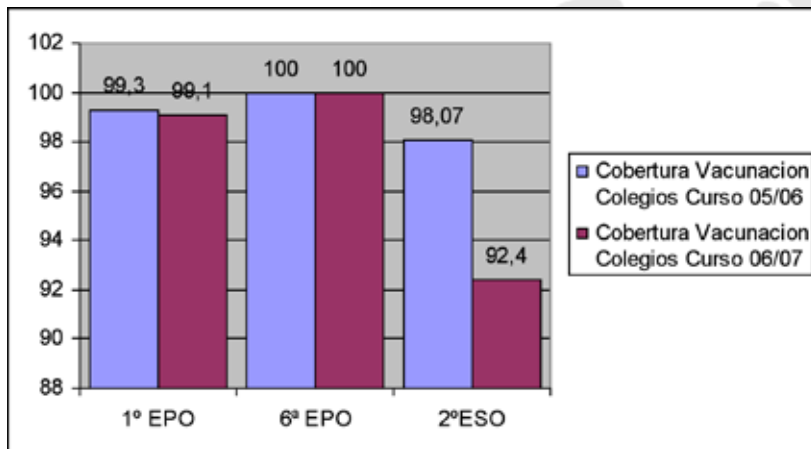
Nº de accidentes	-
Población (semiurbana)	22.324
TB víctimas x100000	-

**Tasa media víctimas grado urbanización semiurbana por 100000 hab. = 57,71**

Fuente: servicio de Epidemiología y salud laboral Consejería de Salud

**Programa de salud Escolar**

Cobertura vacunación del Programa de Salud escolar cursos 2005 al 2007



Durante el año 2007 se ha diseñado un estudio de prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de 6 años, los datos correspondientes al año 2007 dan los siguientes resultados :

22% de los niños-as de 6 años estudiados dentro del Programa de Salud Escolar , presentan un índice de masa corporal superior al que correspondería a su edad y talla , de este 22% un 50% son niños con sobrepeso y el otro 50% obesos .

**7. RIESGOS SANIDAD AMBIENTAL.****7.1. Legionella.**

7.1.1. Instalaciones de mayor probabilidad de proliferación y dispersión de legionella.

TIPO	NOMBRE	CONTROL 2007	ESTADO
Torre de Refrigeración	Condepols Cayba Bandesur	Si Baja Si	Correcto - Correcto
Alojamientos Turísticos	Hotel Torrepalma Pensión Río Oro Pensión Zacatín Rural La Hoya	Si Si Si Si	Correcto Deficiente Deficiente Correcto
Residencias	Disminuidos Psíquicos Cristo Rey Ntra.Sra. Mercedes Martínez Montañés (SAFA) Simón Oliver	Si Si Si Si Si	Deficiente Correcto Correcto Correcto Deficiente
Spas	Llaves de Granada	No	Apertura 2008

7.1.2. Otras instalaciones a controlar.

- Lavaderos de coches: 2
- Fuentes Ornamentales: 2
- Spas: 1

7.1.3. Casos de Legionella 2007.

Nº CASOS	Nº TOMAS MUESTRAS (Domicilio, Torres)	RESULTADOS
1	5	Todos Negativos

**7.2. Agua de Consumo Público.**

## 7.2.1. Presencia de SULFATOS

LOCALIDAD	Nº ANÁLISIS REALIZADOS	Nº ANÁLISIS POSITIVOS	VALOR MEDIO	VALOR MÁXIMO	LÍMITE LEGAL
RIBERAS	31	20	333	434	250
ALCALÁ	3	1	310	310	250
RÁBITA	3	3	311	312	250

## 7.2.2. Presencia de Fluoruros.

LOCALIDAD	Nº ANÁLISIS REALIZADOS	Nº ANÁLISIS POSITIVOS	VALOR MEDIO	VALOR MÁXIMO	LÍMITE LEGAL
ERMITA NUEVA	2	1	1.67	1,67	1.5

## 7.2.3. Fuentes No Conectadas.

LOCALIDAD	NOMBRE
ALCALÁ LA REAL	Gato, Graná, Pililla.
PEDRIZA	Pedrizo
VILLALOBOS	Pozuela, Sacamonas
CASERÍAS	Caserías.
MURES	Barranco I, Barranco II, Tres Caños, Nicaragua, Iglesia, Parada Autobús.
ERMITA NUEVA	Pililla, Moyano, Centro, Ventorriello.
HORTICHUELA	Nacimiento, Pililla, Rincón.
RÁBITA	Malaguilla.
VENTA AGRAMADEROS	Venta Agramaderos.
FIBERA BAJA	Huescar, Pueblo.
RIBERA ALTA	Ribera Alta.



7.2.4. Comunicación vía SINAC (Sistema Información Nacional de Aguas de Consumo) de los posibles incumplimientos y confirmaciones de las NO conformidades en los plazos legales correspondientes.

### 7.3. Seguridad Química.

Información y formación para los aplicadores de plaguicidas del campo evitando:

- Intoxicación aguda del aplicador.
- Contaminación de las aguas de consumo.
- Presencia de trazas de plaguicidas en aceite de oliva.

### 7.4. Lesiones por agresión de animales domésticos.

Nº DE MORDEDURAS 2007	Nº ANIMALES OBSERVADOS	Nº ANIMALES NO OBSERVADOS POR DUEÑO DESCONOCIDO Y/O VAGABUNDO
37	9	28

### 7.5. Piscinas de uso colectivo.

Nº PISCINAS	Nº PISCINAS CONTROLADAS 2007	Nº PISCINAS DEFICIENTES
37	9	28

## 8. RIESGOS SEGURIDAD ALIMENTARIA.

### 8.1. Toxiinfecciones alimentarias (TIAs)

Nº INTOXICACIONES 2007	Nº ACTUACIONES EN 24 HORAS
1	1

### 8.2. Control permanente del Matadero Municipal.

	LUNES	MARTES	MIÉRC.	JUEVES	VIERNES
HORARIO	06:00-15:00	07:00-15:00	07:00-15:00	07:00-15:00	07:00-15:00
Nº VETERINARIOS	2	1,1	1,5	1,5	1

8.3. 3. Control de la venta ilegal de productos alimenticios (venta ambulante no autorizada).

### 9. DISCUSIÓN:

Con carácter general el municipio de Alcalá la Real se trata de un municipio de carácter rural (índice de ruralidad de -1,02) y con una población envejecida, como se pone de manifiesto en la pirámides de población.

La tasa de natalidad está por debajo de la media andaluza, Las tasas de dependencia son también mayores que la media andaluza, así como el porcentaje de usuarios mayores de 65 años,

Igualmente está por encima de la media andaluza la tasa de sobre-envejecimiento.

Como resumen de los indicadores sociodemográficos, indican que la "fotografía", obtenida de Alcalá la Real nos hablan de una población envejecida, siendo las localidades de Martos y Torredonjimeno las de menor envejecimiento, quizás por su cercanía a Jaén, que les dota de un cierto carácter de "ciudades dormitorio"

#### **- Indicadores económicos:**

Respecto a la inmigración indicar que según los indicadores obtenidos del SIMA , todos los municipios tienen mayor tasa de inmigración que la media andaluza, teniendo como principal característica el que se trata de flujos de población ligada principalmente a la campaña de recolección de la aceituna.

Las tasas de paro están por encima de la media andaluza en todos los municipios excepto en Martos y Torredonjimeno.

#### **-Indicadores de resultados en salud.**

Resulta llamativo como los municipios del sur del distrito, tales como Alcalá la Real , Castillo de Locubín y Alcaudete, que son los que tienen peores indicadores socioeconómicos en general que las localidades del norte, tienen mejores indicadores de resultados en salud, siendo mayor la esperanza de vida al nacimiento y a los 65 años, siendo menores las tasas de mortalidad estandarizadas , tanto para hombres como para mujeres.

Las tasas de incidencia anual de T.B.C. están por encima de la media andaluza en todos los municipios.

#### **- Indicadores de servicios de atención sanitaria.**

Estos indicadores debido a corresponder al año 2006 que ha sido un período especialmente inestable en cuanto a fiabilidad y calidad de los sistemas de registro,

no pueden tomarse sino como un punto de partida que nos ayude a monitorizar la evolución temporal de los mismos.

Existen mejores indicadores con carácter general en la atención a procesos crónicos, quizás porque se registra más, ya que dada las características de población anteriormente reseñadas, originan un mayor número de consultas, por la mayor prevalencia de las mismas.

### - **Indicadores de Salud Pública:**

Dentro de las Alertas en Salud Pública, al igual que ocurre en Andalucía el tipo de alertas más frecuentes en Alcalá la Real, son la Toxoinfecciones alimentarias, si habría que destacar el cluster de Leishmaniasis producido en el municipio en el año 2006, relacionado con la existencia de perros vagabundos en sus calles.

## **10. RECOMENDACIONES:**

De los datos recogidos en este análisis epidemiológico, así como de las opiniones transmitidas por distintos profesionales del Centro de Salud de Alcalá la Real podríamos establecer para su discusión en los foros que correspondan las siguientes áreas de actuación en materia de salud pública:

- Programas de salud referidos al anciano.
- Atención a la población inmigrante, existiendo en el municipio una importante bolsa de población, rumana, magrebí e inglesa que no debe quedar aislada de los servicios sociosanitarios.
- Programas de prevención de la Obesidad infantil, la cual aparece como un nuevo y grave problema de salud Pública, con un importante coste socio/sanitario presente y especialmente futuro.

El abordaje de este problema pasa por la colaboración y grupos de trabajo intersectoriales que fomenten medidas de educación para la salud de los padres, actividades deportivas tanto escolares como municipales, instalaciones para la práctica de las mismas, comedores escolares...

- Desarrollo de Programa de Planificación familiar, que presenta bajos niveles de registros sanitarios, y medidas de información sanitaria a los jóvenes que evite el uso indiscriminado de la píldora postcoital, como un método anticonceptivo.
- Prevención de Alcoholismo y tabaquismo en jóvenes.

Desde el área de **Sanidad ambiental y Alimentaria**, se percibe como potenciales riesgos para la salud del municipio los siguientes:

- Mejorar el control municipal de las instalaciones de riesgo de proliferación de Legionella (torres de refrigeración, fuentes ornamentales...)

- Abordaje multisectorial, por todos los organismos implicados de la contaminación de los acuíferos de Alcalá la Real por sulfatos.
- Actualización de la empresa gestora de la red de abastecimiento público de agua en los registros derivados del SINAC ( Sistema de información nacional de aguas de consumo)
- Uso inadecuado de plaguicidas y pesticidas en la agricultura, con los riesgos derivados del uso de los mismos, y su implicación en otras actividades económicas fundamentales como comercialización del aceite de oliva etc..
- Control de animales vagabundos
- Venta ilegal de alimentos

## anexo IV. análisis de mortalidad Distrito Sanitario Jaén-Sur 2010

• **Autor:** Epidemiólogo Atención Primaria Distrito Sanitario Jaén-Sur.

• **Colaboración:**

- Juan Mateo Moreno Mesa. Informático DAP Jaén-Sur
- Rafael Montañés López. Informático DAP Jaén-Sur

### 1. INTRODUCCIÓN:

El acuerdo de gestión 2010 firmado entre los distritos sanitarios y el SAS, incluye dentro de los objetivos marcados dentro del área de salud pública la priorización de problemas para la intervención y establece una estrategia de intervención para disminuir la mortalidad en la población en base a ello se definen dos líneas de actuación:

### 2. OBJETIVOS:

- Realización de análisis de las 18 causas más frecuentes de mortalidad, masculinas y femeninas, durante el periodo 1981-2008 incluidas en el Atlas de Mortalidad de Andalucía (AIMA).
- Se identificaran al menos las 2 causas que más contribuyan a la mortalidad prematura, adoptando medidas específicas encaminadas a reducir la morbimortalidad para cada causa. Estas medidas deberán ser seleccionadas en función del grado de evidencia disponible sobre su efectividad e incluidas en el documento elaborado por la Secretaría General de Salud Pública y

El presente análisis pretende identificar las principales causas de mortalidad del distrito y basándose en ellas diseñar estrategias de salud pública encaminadas a lograr una disminución de la morbimortalidad originada por las mismas.

La tasa de mortalidad general o por causas específicas es uno de los indicadores utilizados con mayor frecuencia para monitorizar el estado de salud de la población mediante mapas geográficos. La accesibilidad de esta fuente de información, junto con los avances de los sistemas informáticos, la disponibilidad de potentes Sistemas de Información Geográfica (SIG) y la implementación de complejos modelos matemáticos en software especializado han promovido la elaboración de múltiples Atlas de mortalidad y estudios ecológicos en áreas pequeñas durante la última década.

La reciente publicación de un mapa dinámico sobre la mortalidad en los municipios de Andalucía entre los años 1981 y 2005 aporta una información de enorme utilidad en salud pública para diseñar medidas de intervención destinadas a reducir las principales causas de muerte.

En la interpretación de dichos mapas es necesario tener en consideración los siguientes hechos:

1. La mortalidad que se está produciendo en el momento actual es expresión de la exposición a factores de riesgo durante distintos períodos de la vida:

- Largo plazo, es decir décadas de exposición a los factores de riesgo ligados fundamentalmente a estilos de vida tales como tabaco, obesidad, alimentación, ejercicio físico....
- Medio plazo. Sobre todo referida a las enfermedades infecciosas y nuevas pautas de tratamiento
- Corto plazo. Accidentes de tráfico etc...

Esto significa que las medidas para reducir la mortalidad a corto, medio y largo plazo han de ser diferentes según el tiempo necesario para que la medida surta efecto.

2. La distribución geográfica de las distintas causas de muerte no indican diferencias cuyo origen sea biológico sino que lo que suelen poner de manifiesto son las desigualdades en los determinantes socioeconómicos de la mortalidad, que son los que se distribuyen de forma desigual en la geografía andaluza y cuya modificación requiere de la actuación del conjunto de la sociedad.

La desigual oferta de las actividades preventivas, asistenciales y rehabilitadoras, el desigual compromiso territorial del conjunto de los actores involucrados en la acción intersectorial para la prevención de las causas de muerte.

Así pues, las medidas que se han de adoptar con carácter local no han de dirigirse necesariamente a factores que son particulares y exclusivos de determinados entornos geográficos, sino a reducir desigualdades sociales que determinan diferencias significativas en cuanto a las posibilidades de optar por estilos de vida más saludables, al riesgo de enfermar que esas opciones determinan y, por otra parte, a minimizar la desigual oferta de prestaciones preventivas, diagnósticas, curativas y rehabilitadoras que ofrece el sistema de salud.

### **3. METODOLOGÍA:**

Estudio ecológico en el que la unidad territorial de análisis es el municipio.

## Ámbito de Estudio

Distrito Sanitario de Jaén-Sur, perteneciente a la provincia de Jaén, constituido por 12 Municipios:

### - Alcalá la Real

Municipio de 22 169 habitantes (padrón 2006) con una extensión de 261 Km<sup>2</sup>, y con un gran nº de entidades locales menores que originan una gran dispersión de población en su territorio, la actividad económica principal está ligada a la agricultura (olivar) y a la elaboración del aceite de oliva.

Dentro de su término municipal existen dos centros de Salud, Alcalá Norte y Alcalá Sur y consultorios locales y auxiliares en La Rábida, Mures, Santa Ana, Charilla, Ermita Nueva, Fuente Álamo, Hortichuela, La Pedriza, Ribera Alta y venta de Agramaderos

### - Castillo de Locubín

Municipio de 5009 habitantes (padrón 2006) con una extensión de 103 Km<sup>2</sup>, la actividad económica principal está ligada a la agricultura (olivar) y a la elaboración del aceite de oliva.

Dentro de su término municipal existe un centro de salud, y un consultorio auxiliar en la pedanía de Ventas del Carrizal.

### - Alcaudete

Municipio de 11.164 habitantes (padrón 2006) con una extensión de 237 Km<sup>2</sup>, la actividad económica principal está ligada a la agricultura (olivar) y a la elaboración del aceite de oliva.

Dentro de su término municipal existe un CHARE en la localidad de Alcaudete, así como un centro de Salud en la misma localidad y consultorios en las pedanías de Los Noguerones, La Bobadilla y consultorio auxiliar en Sabariego

### - Martos

Municipio de 24.061 habitantes (padrón 2006) con una extensión de 261 Km<sup>2</sup>, la actividad económica principal está ligada a la agricultura (olivar) y a la elaboración del aceite de oliva.

En su término municipal existe un Centro de Salud en la localidad de Martos y consultorios auxiliares en San Amador, La Carrasca, Las Casillas y Monte Lope Álvarez

### - Porcuna

Municipio de 6.859 habitantes (padrón 2006) con una extensión de 176 Km<sup>2</sup>, la actividad económica principal está ligada a la agricultura (olivar) y a la elaboración del aceite de oliva. En su término municipal existe un Centro de Salud.

### - Torredonjimeno

Municipio de 13.914 habitantes (padrón 2006) con una extensión de 158 Km<sup>2</sup>, la actividad económica principal está ligada a la agricultura (olivar) y a la elaboración del aceite de oliva. En su término municipal existe un Centro de Salud.

**- Higuera de Calatrava.**

Población de 696 habitantes (padrón 2006) con una extensión de 39,3 Km<sup>2</sup>, la actividad económica principal está ligada a la agricultura (olivar) y a la elaboración del aceite de oliva. En su término municipal existe un Consultorio médico.

**- Santiago de Calatrava.**

Población de 883 habitantes (padrón 2006) con una extensión de 47,9Km<sup>2</sup>, la actividad económica principal está ligada a la agricultura (olivar) y a la elaboración del aceite de oliva. En su término municipal existe un Consultorio médico

**- Villardompardo**

Población de 1160 habitantes (padrón 2006) con una extensión de 17 Km<sup>2</sup>, la actividad económica principal está ligada a la agricultura (olivar) y a la elaboración del aceite de oliva. En su término municipal existe un Consultorio médico.

**Fuensanta**

Población de 3326 habitantes (padrón 2006) con una extensión de 57,1 Km<sup>2</sup>, la actividad económica principal está ligada a la agricultura (olivar) y a la elaboración del aceite de oliva. En su término municipal existe un Consultorio médico

**Frailes**

Población de 1796 habitantes (padrón 2006) con una extensión de 40,7Km<sup>2</sup>, la actividad económica principal está ligada a la agricultura (olivar) y a la elaboración del aceite de oliva. En su término municipal existe un Consultorio médico

**Lopera**

Población de 3995 habitantes (padrón 2006) con una extensión de 67,4 Km<sup>2</sup>, la actividad económica principal está ligada a la agricultura (olivar) y a la elaboración del aceite de oliva. En su término municipal existe un Consultorio médico

**Sujetos de estudio**

Todas las defunciones ocurridas por las principales causas de muerte entre los residentes del Distrito Sanitario Jaén-Sur desde 1981 hasta 2006. Como principales causas de muerte se consideraron aquellas que actualmente representan más del 1% de todas las defunciones registradas para cada sexo.

**Variables**

Mortalidad: Número de muertes registradas en cada municipio para cada año, causa de muerte, grupo de edad y sexo. Se considerarán siete grupos de edad definidos por: menores de 1 año, 1-14, 15-44, 45-64, 65-74, 75-84 y 85 o más años. Para algunas causas de muerte no se analizarán los grupos que presenten un número de defunciones muy pequeño. En el informe se excluyen los menores de 15 años y mayores de 85

**Población:**

Número de habitantes residentes en cada municipio por grupos de edad y sexo para cada año.



Tasa de mortalidad española: Número de muertes por 10.000 habitantes ocurridas en España para cada año, causa de muerte, grupo de edad y sexo.

Para menores de 1 año, la tasa de mortalidad se registró por 1.000 habitantes.

### **Fuentes de información**

La mortalidad municipal se obtuvo del Registro de Mortalidad de Andalucía. El número de habitantes residentes en cada municipio se extrajo de las estimaciones intercensales de población realizadas por el Instituto de Estadística de Andalucía (IEA) para los años comprendidos entre 1981 y 2002. A partir de 2003 la población residente se obtuvo del Padrón Municipal.

Las tasas específicas de mortalidad españolas para cada causa, sexo, grupo de edad y año, así como las estimaciones intercensales de población española entre 1981 y 2002, se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística (INE). A partir de 2003, el número de habitantes en España se obtuvo del Padrón Municipal.

Con esta información se ha trabajado la mortalidad por las 18 causas analizadas en el AIMA para los municipios del Distrito Sanitario Jaén-Sur. Para ello se ha priorizado las causas de mortalidad en el Distrito Sanitario según:

1. Distribución geográfica de la tasa específica del año 2006 , ordenándose las causas de mayor a menor tasa
2. Exceso de mortalidad significativo respecto a España durante el periodo 1981-2006 o durante varios años consecutivos del mismo
3. Tendencia: creciente en el periodo 1981-2006 o mantenida en el mismo período

Además se han agrupado las principales causas de muerte en los distintos grupos de edad y sexo.

### **Definiciones:**

Exceso: probabilidad de que la tasa del municipio sea mayor que la tasa española para la misma causa y grupo de edad.

Tendencia: resumen de la tendencia de la tasa específica de mortalidad del municipio desde 1981 los valores 4 y 5 expresan que la tendencia es creciente.

**4. RESULTADOS:**

## 1.- Alcalá la Real: Hombres

causa	sexo	grupo de edad	tasa	exceso	tendencia
alzheimer	h	65 a 74	2,562	0,799	5
		75 a 84	17,73	0,769	5
cáncer de colon	h	15 a 44	0,064	0,296	3
cáncer de hígado	h	15 a 44	0,063	0,314	3
		75 a 84	6,043	0,096	3
cáncer de próstata	h	45 a 64	0,457	0,236	3
		65 a 74	4,684	0,18	3
		75 a 84	19,82	0,285	3
cáncer de pulmón	h	65 a 74	19,24	0,021	3
cáncer de vejiga	h	65 a 74	3,48	0,088	3
		75 a 84	10,89	0,2	5
crónicas resp inferiores	h	65 a 74	17,61	0,955	3
diabetes	h	45 a 64	1,264	0,781	3
		65 a 74	4,129	0,284	3
		75 a 84	17,92	0,72	3
isquémicas	h	15 a 44	0,905	0,873	3
suicidios	h	15 a 44	3,309	1	5
		45 a 64	3,978	0,999	3
		65 a 74	7,357	1	3
		75 a 84	8,457	0,986	3
tráfico	h	1 a 14	0,249	0,402	3
		15 a 44	3,119	0,941	3
		45 a 64	1,958	0,665	3
		65 a 74	2,066	0,429	3
		75 a 84	1,832	0,195	3
VIH	h	45 a 64	0,299	0,079	5

## Mujeres

causa	sexo	grupo de edad	tasa	exceso	tendencia
alzheimer	m	75 a 84	18,44	0,577	5
cáncer de colon	m	45 a 64	0,881	0,236	5
		75 a 84	8,459	0,316	5
cáncer de estomago	m	15 a 44	0,208	0,854	3
		65 a 74	4,312	0,965	4
cáncer de mama	m	15 a 44	0,336	0,285	3
		45 a 64	2,195	0,092	3
		65 a 74	3,385	0,039	3
		75 a 84	5,167	0,047	3
cáncer de vejiga	m	45 a 64	0,077	0,241	3
cirrosis	m	15 a 44	0,172	0,631	3
crónicas resp inferiores	m	15 a 44	0,028	0,317	3
diabetes	m	75 a 84	15,83	0,671	3
isquémicas	m	15 a 44	0,113	0,457	3
		45 a 64	1,46	0,574	3
suicidios	m	15 a 44	0,489	0,837	3
		45 a 64	1,419	0,986	3
		65 a 74	1,57	0,956	3
		75 a 84	2,21	0,96	3
tráfico	m	1 a 14	0,152	0,359	3
		15 a 44	0,556	0,649	3
		75 a 84	1,102	0,496	3
VIH	m	45 a 64	0,098	0,449	5

## 5. DISCUSIÓN:

En base al análisis de los datos, las principales causas de mortalidad que más se repiten, independientemente de la edad serían:

Para los hombres la Cardiopatía isquémica y el Cáncer de pulmón.

Para las mujeres, la Cardiopatía isquémica y el Alzheimer.

Resulta significativo también el nº de muertes por cirrosis hepática en los municipios de Fuensanta de Martos y Villardompardo

A cada UGC se le ha dado un análisis específico de sus municipios, priorizando actuaciones tendentes a disminuir la mortalidad por sus principales causas de mortalidad.

Estas medidas con carácter general han sido las siguientes:

### **Actividades o medidas a implementar para disminuir mortalidad por enfermedad isquémica**

• Sobre los estilos de vida:

- Tabaquismo: continuar el trabajo del PITA (colegios, profesionales sanitarios, usuarios...), intensificar la vigilancia y cumplimiento de la legislación sobre consumo y venta de tabaco, aumentar la captación de personas fumadoras para terapia individual y grupal....
- Obesidad: ofertar el consejo dietético básico y avanzado sobre alimentación y actividad física en los centros de salud, trabajar con los colegios la oferta de menús saludable, ya priorizado en el PAS III, así como en comedores colectivos institucionales públicos y privados.
- Fomentar trabajando con Ayuntamientos y otras instituciones (colegios, asociaciones de vecinos,...) la realización de ejercicio físico y práctica de deportes.
- Instauración en las UGC del Plan Integral de la Obesidad Infantil (PIOBIN)
- Alcohol: intervención breve en los centros de salud para la prevención y detección precoz del consumo excesivo y la dependencia del alcohol.
- Dotación de todos los centros de salud con desfibrilador, medios de RCP, EKG, oxigenoterapia y medicaciones más usuales para estas patologías. Formación en RCP a ser posible reciclaje anual/bianual de todo el personal sanitario y en RCP básica de todo el personal no sanitario del Distrito Sanitario Jaén-Sur.
- Desarrollo del proceso Dolor torácico, ya implantado en el Distrito, evaluar el grado de desarrollo y proponer mejoras.
- Implantación del Programa de Prevención secundaria y RHB Cardíaca

### **Actividades o medidas a implementar para disminuir mortalidad por cáncer de pulmón**

- Tabaquismo: continuar el trabajo del PITA, intensificar la vigilancia y cumplimiento de la legislación sobre consumo y venta de tabaco, aumentar la captación de personas fumadoras para terapia individual y grupal
- En la comunidad educativa insistir a través de Forma Joven en actividades dirigidas a disminuir el hábito tabáquico o impedir su inicio.
- Evaluar el proceso asistencial integrado de cáncer de pulmón y adecuarlo a las normas de calidad.

### **Actividades o medidas a implementar para disminuir mortalidad por cáncer de colon**

- Obesidad: ofertar el consejo dietético básico y avanzado sobre alimentación y actividad física en los centros de salud tanto a nivel individual como grupal, trabajar con los colegios la oferta de menús saludable, ya priorizado en el PAS III, así como en comedores colectivos institucionales públicos y privados.
- Alcohol: intervención breve en los centros de salud para la prevención y detección precoz del consumo excesivo y la dependencia del alcohol.
- Adecuar las derivaciones hospitalarias, al servicio de digestivo, en caso de tacto rectal positivo como preferente y adecuar la atención al paciente en un plazo no superior a 10 días.
- Fomentar trabajando con Ayuntamientos y otras instituciones (colegios, asociaciones de vecinos,...) la práctica de deportes. La actividad física de relativa intensidad reducen en un 40-50% el riesgo de cáncer de colon en ambos sexos.
- Implantación del Programa “por un millón de pasos”

La ganancia de una dieta saludable en relación a la reducción de la mortalidad ha sido ampliamente documentada. La adherencia a una dieta saludable, el uso moderado de alcohol, la actividad física y no fumar se asocia con un bajo riesgo de mortalidad por todas las causas, observándose resultados similares para la mortalidad por enfermedad coronaria, cardiovasculares y cáncer. La combinación de estos cuatro estilos de vida saludables reduce la mortalidad por todas las causas en un tercio.

En el municipio de Alcalá la Real dentro del Programa RELAS y en relación a la promoción del ejercicio físico, se ha realizado un estudio para la identificación y señalización de una red municipal de rutas de vida sana, que viene a complementar la iniciativa surgida de la Consejería de Salud, y que permitirá dar a conocer al conjunto de la ciudadanía toda una serie de senderos, tanto en el término urbano como en el peri urbano, que contribuirán a materializar los objetivos de la red local en lo concerniente al ejercicio físico.

**Actividades o medidas a implementar para disminuir mortalidad por Diabetes**

Ofertar el consejo dietético básico y avanzado sobre alimentación y actividad física en los centros de salud tanto a nivel individual como grupal, trabajar con los colegios la oferta de menús saludable, ya priorizado en el PAS III.

Indicadores de calidad del Proceso diabetes:

**HBA1C ANUAL**

Total de pac. que tienen realizada una HBA1c anualx100/total pac

**Fondo de ojo bianual**

Total de pac. con realización de fondo de ojo y/o retinografía en los dos últimos añosx100/total pac

**La Unidad se llevará a cabo actividades estructuradas de Educación Diabetológica (individual o grupal)**

Exploración del pie

Nº de pacientes que tienen registrada al menos una exploración del pie en el último año en el módulo de procesos de DIRAYA x 100 / total de pacientes incluidos en proceso

CAUSAS	COD DISTRITO	APVP DISM	APVP DISH	APVP ANDM	APVP ANDH	DIFERENCIA DISAND_M	DIFERENCIA DISAND_H
Todas	3001	2246,36	5458,73	2561,28	5614,73	-314,92	-156
CAUSA 1	3001	34,64	119,52	45,34	224,82	-10,7	-105,3
CAUSA 2	3001	13,85	36,66	21,92	42,12	-8,07	-5,46
CAUSA 3	3001	86,97	75,32	34,48	76,72	52,49	-1,4
CAUSA 4	3001	71,07	77,1	62,05	89,78	9,02	-12,68
CAUSA 5	3001	22,82	119	20,63	71,49	2,19	47,51
CAUSA 6	3001	63,16	249,66	60,43	428,49	2,73	-178,83
CAUSA 7	3001	144,9	0	216,35	1,22	-71,45	-1,22
CAUSA 8	3001		14,86		24,13		-9,27
CAUSA 9	3001	0	13,91	5,27	45,37	-5,27	-31,46
CAUSA 10	3001	40,11	35,2	24,27	50,59	15,84	-15,39
CAUSA 11	3001	0,78	0,89	8,03	8,7	-7,25	-7,81
CAUSA 12	3001	83,94	345,9	88,36	448,02	-4,42	-102,12
CAUSA 13	3001	76,45	111,12	92,26	182,4	-15,81	-71,28
CAUSA 14	3001	0	0	0,76	3,65	-0,76	-3,65
CAUSA 15	3001	14,72	38,16	19,38	72,57	-4,66	-34,41
CAUSA 16	3001	41,92	184,77	53,95	245,86	-12,03	-61,09
CAUSA 17	3001	197,2	695,58	126,62	576,2	70,58	119,38
CAUSA 18	3001	119,18	615,34	72,81	270,77	46,37	344,57

CAUSAS	18 causas que figuran en la hoja Lista
COD_DISTRITO	Código del Distrito o Área correspondiente
APVP_DISM	APVP del Distrito o Área en mujeres
APVP_DISH	APVP del Distrito o Área en hombres
APVP_ANDM	APVP de Andalucía en mujeres
APVP_ANDH	APVP de Andalucía en hombres
DIFERENCIA_DISAND_M	Diferencias en los APVP entre el Distrito/Área y Andalucía en mujeres
DIFERENCIA_DISAND_H	Diferencias en los APVP entre el Distrito/Área y Andalucía en hombres

01	VIH_SIDA
02	INFECCIÓN REPIRATORIA AGUDA, NEUMONÍA E INFLUENZA
03	CÁNCER DE ESTÓMAGO
04	CÁNCER DE COLON
05	CÁNCR DE HÍGADO Y VÍAS BILIARES INTRAHEPÁTICAS
06	CÁNCER DE PULMÓN
07	CÁNCER DE MAMA FEMENINO
08	CÁNCER DE PRÓSTATA
09	CÁNCER DE VEJIGA
10	DIABETES MELLITUS
11	ALZHEIMER
12	ENFERMEDAD ISQUÉMICA DEL CORAZÓN
13	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES
14	ATEROSCLEROSIS
15	ENFERMEDADES CRÓNICAS DE VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES
16	CIRROSIS Y OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL HÍGADO
17	ACCIDENTES DE TRÁFICO
18	SUICIDIOS Y LESIONES AUTOINFLINGIDAS

En función de la tabla las principales causas de años potenciales de vida perdidos comparándolos con la misma causa en Andalucía serían:

Para mujeres:

- 17 ACCIDENTES DE TRÁFICO
- 18 SUICIDIOS Y LESIONES AUTOINFLINGIDAS
- 03 CÁNCER DE ESTÓMAGO

Para Hombres:

- 17 ACCIDENTES DE TRÁFICO
- 18 SUICIDIOS Y LESIONES AUTOINFLINGIDAS
- 05 CÁNCER DE HÍGADO Y VÍAS BILIARES INTRAHEPÁTICAS

### **Actividades o medidas a implementar para disminuir mortalidad por suicidios en población joven.**

Presentación en todas las UGC de la Guía de prevención del Suicidio

Puesta en marcha de programas de salud mental específicos para detectar poblaciones de riesgo

Desarrollo de protocolos de investigación con los equipos de salud mental



### **Actividades o medidas a implementar para disminuir mortalidad por accidentes de tráfico en el municipio de Alcalá la Real dentro de las actividades realizadas en la RED LOCAL DE ACCIÓN EN SALUD**

Se ha realizado un Mapa de Riesgos para la Seguridad Vial, elaborado por el grupo de trabajo de prevención de accidentes de tráfico. Una vez elaborada su primera entrega se trasladó a los responsables municipales para su estudio y, en su caso, para la ejecución de las medidas propuestas para la reducción o eliminación de los riesgos identificados. Cabe destacar que se ha asignado una partida presupuestaria para la adquisición de los materiales de señalización necesarios para la corrección de algunas de las deficiencias encontradas.

### **6- CONSIDERACIÓN FINAL:**

Dado que la mortalidad que se está produciendo en el momento actual es el resultado de la exposición en el tiempo a factores de riesgo y estilos de vida pasados, no tiene una gran utilidad el repetir estos análisis en tan breve espacio de tiempo, pues el resultado de las medidas a tomar requieren el paso de años para valorar su impacto en la salud de la población y en la modificación de las causas de mortalidad actuales.



Ayuntamiento Alcalá la Real



JUNTA DE ANDALUCÍA  
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD  
Y POLÍTICAS SOCIALES