



PLAN LOCAL DE ACCION EN SALUD

LA CARLOTA

SALUD LOCAL

RELAS



INDICE	Pág
1. INTRODUCCION	3
2. OBJETIVOS	5
3. METODOLOGÍA.	5
3.1 Organización de la Red Local de Acción en Salud	5
a. Presentación y formalización del proyecto RELAS	6
b. Constitución Grupo Inicial	6
c. Impulso de la Intersectorialidad	7
d. Grupos de trabajo	7
3.2 Organización del Plan local de salud	8
3.3 Diagnóstico de salud de La Carlota	11
4. LINEAS DE TRABAJO	
4.1 Infancia y adolescencia	18
4.2 Mujer	22
4.3 Personas Mayores	24
5.PLAN DE COMUNICACIÓN Y DIFUSIÓN	27
5.1 Proceso de comunicación	
6. EVALUACIÓN DEL PLAN LOCAL DE ACCIÓN EN SALUD	28
6.1 Evaluación del proceso	29
6.2 Evaluación de los resultados	29
ANEXOS	31





1. INTRODUCCIÓN

El municipio de La Carlota está situado al suroeste de la provincia de Córdoba, en la comarca del Bajo Guadalquivir, limita con la provincia de Sevilla por el Sur y Oeste, por el Norte con Córdoba y Guadalcazar y dista 30 Km. de la capital. La extensión del término alcanza 78'8 km., y en él están repartidos 10 zonas de población denominadas Departamentos (El Arrecife, Chica Carlota, Fuencubierta, El Garabato, Monte Alto, La Paz, Las Pinedas, Aldea Quintana y El Rinconcillo) y el propio núcleo de La Carlota, que junto con sus departamentos tienen un total de 12.303 habitantes (padrón a 1 de enero de 2007), los cuales en su mayor parte están dedicados al sector agrícola y ganadero, contando, no obstante, con una importante participación en el sector servicios. En relación al proyecto, el Municipio es la entidad local básica de la organización.

A pesar de tener una vida social bastante independiente, los departamentos siguen teniendo una dependencia casi total en materia de servicios públicos. La capitalidad de La Carlota está tomando el protagonismo en servicios sanitarios públicos y privados (gran oferta de viviendas vpo, oferta de infraestructura en el polígono industrial, etc.)

El presente Plan Local es el resultado del proyecto piloto para el desarrollo de la Red Local de Acción en Salud (RELAS) en el municipio de La Carlota, proyecto que ha sido impulsado por la Secretaría General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud de Andalucía.

Se define la Red Local como una estructura operativa de acción intersectorial en el entorno más cercano de la ciudadanía, por la que se establecen relaciones entre las personas, los grupos y la comunidad; se posibilita el desarrollo de actividades conjuntas; se generan conexiones entre las instituciones y otras entidades territoriales; y que permite la combinación de intereses de los diferentes actores, en el proceso de alcanzar objetivos comunes de progreso, compartiendo los recursos. En nuestro caso, el objetivo es mejorar la salud de la ciudadanía del municipio de La Carlota.



El instrumento de elección para llevar a cabo este proyecto ha sido la firma de un Convenio entre la Consejería de Salud y el Ayuntamiento de La Carlota en el que se plasma el compromiso político interinstitucional entre ambas instituciones.

El Plan de Acción Local de Salud ha de estar fundamentado en todos los principios conceptuales del Tercer Plan Andaluz de Salud, la Ley de los Municipios, la Reforma de la Salud Pública y tanto en su elaboración como en su desarrollo y seguimiento, ha de tener muy presente la especial relevancia de la acción local, la intersectorialidad y la participación social.

Se trata, pues, de conseguir la implicación activa local para poder hacer operativas las estrategias planteadas en las Líneas de Actuación y Objetivos establecido previamente en el Convenio.

El Plan de Acción Local de Salud parte de un proceso de análisis de la situación de salud del municipio de La Carlota, a partir del cual se ha realizado una priorización de los problemas más relevantes y la planificación de acciones concretas para dar respuesta a los problemas de salud priorizados, realizándose el seguimiento y la evaluación del mismo para finalizar.

La elaboración del Plan de Salud es un proceso dinámico que cuenta con la participación de gran número de personas, tanto del municipio como del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).

El gobierno local de La Carlota lleva el liderazgo de las actuaciones, con la implicación de los profesionales del SSPA (la Delegación Provincial de Salud de Córdoba y el Distrito Sanitario Guadalquivir) y de los principales organismos e instituciones de ámbito provincial y local relacionados con los objetivos del Plan Andaluz de Salud, así como representantes de los agentes sociales municipales.



2. OBJETIVOS.

El presente Plan tiene los siguientes objetivos:

Objetivo general

1. Mejorar la salud de los ciudadanos mediante el desarrollo una red local de acción en salud para llevar a cabo objetivos de salud en el nivel más próximo de la ciudadanía (el municipio) de manera intersectorial y participativa.

Objetivos específicos

1. Desarrollar un instrumento de gestión (convenio específico), entre las Delegaciones Provinciales de Salud y el nivel local, de aplicación general en la Estrategia de Red local de acción en Salud.
2. Realizar un diagnóstico del estado de salud del municipio de La Carlota, identificando y priorizando problemas de salud sobre los que actuar.
3. Elaborar un Plan Local de Salud para el Municipio de La Carlota.
4. Constituir una red local para llevar a cabo los objetivos de salud propuestos en el plan local.
5. Realizar la valoración del plan local y elaborar un informe de resultados del mismo y su transferencia a la Estrategia de Red local de Acción en Salud.

3. METODOLOGÍA.

Hemos realizado el plan con una participación multisectorial a nivel municipal, expertos municipales y líderes comunitarios del ámbito político, asociativo, educativo y población general.

3.1 Organización de la Red Local de Acción en Salud.

Para realizar el abordaje de los problemas de salud detectados en el municipio de La Carlota y llevar a cabo las acciones oportunas consideramos la implicación y participación de los diferentes actores locales, como la base fundamental para



conseguir los mejores resultados. En este sentido, se inicia la constitución de una Red Local de Acción en Salud. Esta es el resultado de una labor previa en la que diferentes instituciones nos hemos comprometido de manera formal y en su constitución hemos realizado las siguientes acciones clave desde octubre de 2008:

a) Presentación y formalización del proyecto RELAS

La presentación del proyecto RELAS se hace en los siguientes ámbitos:

- La Delegada Provincial de Salud de Córdoba presenta el proyecto a los demás Delegadas/os Provinciales en la Comisión Provincial de Coordinación (28/10/08), reunión a la que asistieron los Alcaldes de La Carlota, La Victoria y San Sebastián de los Ballesteros. El objetivo de esta acción fue conseguir la implicación de las Delegaciones Provinciales en el proyecto.
- El Jefe del Servicio de Salud Pública y la Técnica de Acción en Salud presentaron el proyecto a los técnicos de los diferentes Servicios de Salud en la Delegación Provincial de Salud (31/10/08).
- La Delegada Provincial de Salud presenta el proyecto a los profesionales de la UGC de La Carlota en el Ayuntamiento de La Carlota (04/11/08) para informarles del desarrollo del proyecto e implicarlos en su desarrollo.
- La Concejala de Asuntos Sociales de La Carlota presenta el proyecto a las diferentes concejalías del Ayuntamiento de La Carlota.

b) Constitución Grupo Motor Inicial

La creación del Grupo Motor Inicial, de carácter operativo, es el elemento clave para iniciar e impulsar el desarrollo de la RELAS. Liderado por el gobierno local, al grupo motor le corresponde coordinar las siguientes acciones:

- Elaborar un diagnóstico preliminar de zona
- Elaborar el análisis de la situación local/ Plan local de salud
- Analizar los recursos locales y estrategias específicas
- Propiciar la cohesión de las diferentes instituciones y agentes sociales
- Dinamizar el desarrollo y seguimiento del convenio



- Coordinarse con los DAP y zonas básicas de salud correspondientes
- Conectar con el movimiento asociativo local
- Elaborar el informe de evaluación de resultados

El Grupo Motor Inicial está compuesto por los siguientes profesionales:

- Concejala de Asuntos Sociales de La Carlota
- Responsable Técnica Territorial del Instituto Provincial de Bienestar Social.
- Director de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de La Carlota
- Epidemiólogo del Distrito Sanitario Guadalquivir
- Asesor Técnico de la Delegación Provincial de Salud
- Técnica de Acción Local en Salud

c) Impulso de la Intersectorialidad

El Grupo Motor Inicial, a través del Ayuntamiento convoca encuentros para presentar el proyecto a los sectores de su municipio y reuniones con agentes locales (asociaciones, educación, policía, salud...) para informar de los datos aportados por salud (resultados del informe de salud, mapas de riesgos del municipio y recursos municipales y sanitarios) y solicitar la implicación en el proyecto.

Se lleva a cabo la identificación de los recursos disponibles (humanos, materiales, etc.) y se planifica una estrategia de captación de otras personas que pensamos pueden colaborar activamente en nuestro proyecto. Asimismo se identifican posibles obstáculos al desarrollo del proyecto.

Para abordar los problemas de salud del municipio, desde un punto de vista intersectorial, se crean Grupos de Trabajo con la participación de los sectores implicados según las líneas y objetivos planteados.

d) Grupos de trabajo

Los grupos de trabajo representan el principio de trabajo intersectorial y participación en este Plan.

Cada grupo de trabajo representa una de las líneas priorizadas por el GMI.



Al inicio, en cada encuentro realizado semanalmente (con posterioridad los encuentros se espacian en el tiempo), se plantean y se recuerdan los objetivos a conseguir y se debate sobre las actividades que resultan más oportunas para obtener el mayor aprovechamiento.

Para cada sesión se realiza **una ficha de trabajo** según las actividades, en la que se indica:

- El nombre de la actividad propuesta en el anterior encuentro
- Una breve descripción
- Su fecha de realización
- La población diana
- Recursos disponibles y los necesarios para su realización
- Nombre de las personas a contactar
- Difusión a los medios de comunicación

El grupo de trabajo va repartiendo las tareas según las habilidades y el rôle de los componentes dentro del Grupo.

Gracias a los numerosos encuentros realizados por los grupos de trabajo, las actividades planeadas han sido modificadas y otras no previstas han sido ideadas tras comprobar nuevas necesidades palpables por algún miembro del grupo motor.

3.2 Organización del Plan Local de Salud

Para cimentar este Plan, es necesaria la creación de “herramientas” que permitan ser un referente de una manera de hacer permanente, más allá del ámbito de este plan, de forma que todas las actuaciones que tengan lugar en promoción de la salud serán fruto del trabajo que se realiza para afianzar este objetivo. Como herramientas tenemos:

a) Creación de la Mesa de Salud

Características de la Mesa:

Implicación intersectorial: Se pretende optimizar, reorientar los recursos disponibles promoviendo la mejora de la coordinación y cooperación. Se trata de



sumar esfuerzos, recursos,... promocionando una política integral de salud. Los objetivos e intervenciones para la promoción de la salud han de plantearse de forma multidisciplinar e intersectorial.

Todos los sectores representativos del municipio (corporaciones locales, administraciones públicas (educación, salud, medioambiente, Diputación, etc) **deben de estar representados en esta Mesa.**

Coordinación funcional basada en una visión intersectorial del problema, que tiene como objetivo establecer una metodología de trabajo que propicie la formulación de objetivos, líneas estratégicas y las actividades a llevar a cabo, coordinadas en el tiempo y espacio.

Operatividad: El propósito fundamental de la Mesa de salud es la puesta en marcha de aquellas medidas de promoción de la salud, cuya efectividad ha sido demostrada.

Continuidad: La Mesa de Salud tiene que tener un carácter de permanencia en el tiempo.

Componentes de la Mesa:

- Representante del Gobierno local
- Coordinadora Instituto Provincial de Bienestar social
- Delegación Provincial para la Igualdad y Bienestar Social: Instituto Andaluz de la Mujer
- Director UGC de La Carlota
- Enfermera enlace de Centro salud de La Carlota
- Policía Local
- Representantes de asociaciones

Objetivos:

- Detectar problemas de salud locales y contribuir a crear un estado de opinión en la sociedad sobre los mismos.



- Sensibilizar e implicar a las distintas instituciones y sus profesionales sobre la magnitud de los problemas, su vulnerabilidad y la necesidad de intervenir sobre los mismos.
- Seleccionar las intervenciones a realizar para solucionar los problemas de salud sobre los que se decide actuar.
- Difundir ampliamente las actividades de la Mesa de Salud a través de los Medios de Comunicación.

b) Escuela de pacientes

La escuela de Pacientes nace con el objetivo de mejorar la salud de las personas que padecen alguna enfermedad crónica (hasta el momento existen 5 aulas: diabetes, cáncer de mama, fibromialgia, asma infantil y cuidadoras) .

Está compuesta por varios talleres y posibilita que personas residentes en la zona y agrupadas principalmente en asociaciones, profundicen en la patología que padecen, reciban consejos sobre cómo manejarla y aprendan ejercicios físicos y técnicas que les permitan mejorar su calidad de vida.

La finalidad de la escuela es formar a “pacientes formadores” de manera que puedan reproducir su aprendizaje a otros usuarios, con el valor añadido de su propia experiencia al vivir en primera persona la enfermedad.

La Escuela Andaluza de Salud Pública es la que elabora el material didáctico que recoge toda la información necesaria sobre las enfermedades a tratar, entre la que destaca una guía práctica con consejos supervisados y validados por profesionales sanitarios, así como un vídeo que presenta testimonios y herramientas para afrontarla. Todo este material es entregado a los asistentes, que también reciben otra documentación para facilitarles su labor docente.



c) Creación de un Consejo de la Juventud

El objetivo es que los jóvenes participen en el desarrollo local a través de la creación de una plataforma que conglomere las diferentes formas de participación de la juventud en el municipio (asociaciones juveniles, mediadores juveniles, peñas, etc.).

A través de este Consejo los jóvenes podrán expresar sus necesidades y reivindicaciones así como proponer y participar en las soluciones que se implanten en el proceso. Todas las propuestas de los jóvenes serán llevadas al gobierno local para su evaluación y posible consideración.

3.3 Diagnóstico de Salud de La Carlota

Una de las primeras tareas que se lleva a cabo por el Grupo Motor es la realización del diagnóstico de salud del municipio de La Carlota (Anexo I), utilizando para ello técnicas cuantitativas y cualitativas.

Técnicas cuantitativas.

Se han utilizado los datos disponibles en el Diagnóstico de Salud del Distrito Sanitario Guadalquivir y otros datos recogidos específicamente para este diagnóstico por el personal sanitario del Centro de Salud de La Carlota y del Ayuntamiento de esta localidad.

Técnicas cualitativas.

Se han realizado entrevistas con expertos municipales y líderes comunitarios del ámbito político, asociativo, educativo y población general. Se han utilizado técnicas de consenso por sectores. Se han realizado encuentros conjuntos con diversos sectores del municipio de La Carlota. En estos se hacía la presentación del diagnóstico de salud cuantitativo y se le suministraba un cuestionario elaborado por el grupo motor en el que se les solicitaba que identificaran los principales problemas que ellos consideraban presentes en el municipio.



Además de los encuentros con grupos municipales, se han encuestado también a informadores clave del municipio (considerados así por responsables del gobierno municipal).

Finalmente se ha realizado un encuentro multisectorial en el que se ha presentado todos los problemas de salud identificados por los diferentes medios anteriormente citados.

a) Problemas detectados

Los principales problemas que hemos detectado en el diagnóstico de salud son los siguientes:

Sociodemografía.

La población de La Carlota presenta una estructura similar a la andaluza, siendo de tipo regresivo, con una población madura aunque no envejecida. Destacamos una población dependiente de mayores de 65 años y de menores de 15 que alcanza un tercio del total de la población, siendo el índice de dependencia de este municipio, mayor que el andaluz, teniendo en esta un mayor peso la población joven que en la envejecida.

La relación de dependencia de ancianos en Andalucía es menor que en La Carlota en ambos sexos, indicando que la población activa de este municipio ha de soportar un mayor peso para sostener a sus mayores que la población activa andaluza.

La tasa de sobreenviejimiento es algo mayor en La Carlota que en la población andaluza, encontrando una mayor proporción de mayores de 84 años tanto en hombres como en mujeres.

Con tasas de natalidad y fecundidad más elevadas que las andaluzas, aunque también La Carlota tiene más tasa de nacimientos que la población andaluza en las edades más bajas, con embarazos en mujeres adolescentes.

La inmigración presenta en La Carlota tasas más elevadas que las andaluzas, tanto en hombres como en mujeres.



La tasa de paro en este municipio es más elevada que en la población de referencia, si bien esta diferencia se encuentra en las mujeres, ya que en hombres no hay diferencia.

Con un comportamiento similar al paro, la tasa de analfabetismo es mayor en La Carlota que en Andalucía, pero la diferencia se debe a una mayor tasa en mujeres.

Siguiendo la definición de ruralidad realizada por Ricardo Ocaña Riola y Carmen Sánchez-Cantalejo Garrido (EASP), La Carlota se considera como de baja ruralidad.

Hábitos y estilos de vida.

En la población de La Carlota, los problemas de salud asistidos en relación con las adicciones se distribuyen con un 50% en problemas de alcohol y un 25% con problemas de drogas ilegales (cocaína y heroína). Estos problemas son más frecuentes en hombres y por edad, un 6,42% se da en menores de 20 años y aún en menores de 15 años se presentan en casi un 2%.

Considerando la población adolescente (11 a 18 años), en esta, las conductas de riesgo como el consumo de tabaco, alcohol o hachís aumentan con la edad y a medida que aumenta la edad, la participación de las chicas en conductas de riesgo se hace mayor, superando en el caso del tabaco al consumo masculino a partir de los 15 años.

Especialmente entre las chicas, respecto al consumo de tabaco, se inician más tarde en él pero ha aumentado el número de fumadores que lo hacen a diario.

Ha aumentado el número de adolescentes abstemios pero también el de aquellos que reconocen un consumo excesivo, ha disminuido el consumo de cerveza pero ha aumentado (especialmente entre las chicas) el consumo de licores.

En los últimos años se ha producido un incremento en el consumo de hachís y cocaína.

En cuanto a la alimentación, el desayuno es la comida que más adolescentes se saltan (el 16,1% no desayuna ningún día entre semana), sobre todo a medida que avanza la adolescencia y especialmente entre las chicas. Además del desayuno, el



porcentaje de chicas que se salta algunas comidas a lo largo de la semana es mayor que el de chicos, siendo esta diferencia bastante llamativa a partir de los 15 años.

La conducta alimentaria de un porcentaje importante de adolescentes dista de ser saludable, hasta el punto de que alrededor de la cuarta parte de los adolescentes presenta un consumo bajo de frutas y verduras y elevado de dulces y refrescos. Este patrón de mala alimentación empeora con el aumento de la edad.

Teniendo en cuenta la actividad física y el sedentarismo, podemos afirmar que la actividad física de nuestros adolescentes es baja. Como media, los adolescentes realizan actividad física moderada la mitad de los días recomendados y en todas las edades estudiadas los chicos despliegan más actividad física que las chicas.

A partir de los 13 años, y a medida que aumenta la edad, aumenta la conducta sedentaria, contribuyendo al aumento de la misma hábitos de ocupación del tiempo libre como el uso del ordenador, de la TV, etc.

Atendiendo a las relaciones sexuales, en los últimos años, el comportamiento sexual de los adolescentes ha experimentado cambios importantes, especialmente entre las chicas, que se inician antes en la actividad sexual coital y en un porcentaje muy parecido al de los chicos.

En estas relaciones, una parte importante de los adolescentes no utilizan ningún método contraceptivo o la marcha atrás y se encuentran porcentajes de embarazos adolescentes a tener en cuenta (el 4% de las chicas de 17-18 años reconoce haberse quedado alguna vez embarazada).

Problemas de salud.

En el municipio de La Carlota no existen problemas remarcables respecto a las Enfermedades de Declaración Obligatoria.

En los programas relacionados con la mujer en La Carlota, el de Planificación Familiar presenta una muy baja cobertura, las tasas de IVE, aunque menores que en Andalucía, tienen tendencia a incrementarse y especialmente tiene relevancia el % de IVEs que se producen en menores de 20 años, alcanzando en lo que llevamos del año 2008 al 40% de las solicitudes.



En estas igualmente están teniendo más protagonismo las solicitudes de IVE en inmigrantes.

Si la tasa de IVE en La Carlota son menores que la andaluza, la dispensación de píldoras postcoitales presenta una tasa similar a la andaluza, si bien, la dispensación de estas a menores de 20 años si que supera a las cifras de Andalucía.

Podemos considerar la población menor de 20 años de La Carlota como de riesgo en cuanto a las solicitudes de IVE y de dispensación de píldoras postcoitales.

En La Carlota, los cuidados domiciliarios protocolizados que se prestan la población necesitada de los mismos, presentan una tasa mayor que la andaluza y con un crecimiento en el año 2007 respecto al anterior del 6%.

Sin duda este indicador, por la evolución de la población, que va envejeciendo y necesitando cada vez más de cuidados, irá incrementándose paulatinamente en el futuro.

Además de la población necesitada de cuidados, debemos tener en cuenta a aquellas que prestan los cuidados, en su mayoría mujeres. Por parte de los servicios sanitarios, se debe identificar a los cuidadores principales de las personas necesitadas de cuidados y realizar una valoración integral de los mismos.

La atención a personas con Fibromialgia, como Proceso, se ha iniciado recientemente, por lo que presenta aún una baja cobertura. En este Proceso, en nuestra Area Sanitaria hacemos una propuesta de abordaje interinstitucional, en el que pueden participar no solo la institución sanitaria del SSPA (Atención Primaria y Especializada) sino también las corporaciones locales.

En la atención de personas en riesgo social hemos valorado las agresiones a mujeres y a niños. La Carlota presenta una tasa de agresiones, tanto a mujeres como infantil, mayor que la andaluza. En la evolución de las mismas, del año 2006 al 2007, las agresiones a mujeres han descendido pero han aumentado las que han sufrido los niños.

En el año 2009, se han producido 2 accidentes de tráfico mortales, con el fallecimiento de 2 jóvenes del municipio de La Carlota, siendo este un problema considerado de importancia por la población local.



Mortalidad.

La esperanza de vida en la población de La Carlota es similar a la andaluza, tanto al nacer como a los 65 años.

Entre las causas de mortalidad, la mortalidad por cáncer de pulmón en hombres de La Carlota presenta un exceso respecto a la población andaluza. Por grupos de edad, encontramos que existe un riesgo relativo estadísticamente significativo en los grupos de edad de 45 a 64 y 65 a 74 años, es decir que existe una mayor mortalidad por esta causa en estas edades. Acompañando a la presencia de una tasa más elevada en los hombres de La Carlota de cáncer de pulmón, los años potenciales de vida perdidos por esta causa son también mayores en La Carlota que en Andalucía.

La mortalidad causada por enfermedades cerebrovasculares, se presentan en La Carlota de forma diferente en hombres que en mujeres, así en estas encontramos que tiene un exceso de mortalidad respecto a las mujeres andaluzas y por grupos de edad la diferencia es significativa en las mujeres de 65 a 84 años. En las mujeres, los años potenciales de vida perdidos por enfermedades cerebrovasculares son mayores que los de la tasa andaluza.

b) Priorización de los problemas de salud en el municipio

A partir de los problemas de salud detectados se hace una priorización por consenso, teniendo en cuenta el escenario y los objetivos en los que se plantea, así como la magnitud del problema, la gravedad y la vulnerabilidad.

Para llegar a un consenso intersectorial se hace la presentación del borrador de los problemas de salud detectados en el diagnóstico de salud y la priorización que considera el Grupo Motor en las diferentes reuniones con Educación, Asociaciones, Policía Local, Salud, elementos claves de la entidad local, del IPBS, Instituto Andaluz de la Mujer.

Por importancia, consideramos en La Carlota los siguientes problemas:

1. En las personas mayores por los indicadores de dependencia, siendo todo el grupo de mayores de 65 años susceptibles de realizar actuaciones sobre los



mismos, aunque son los mayores de 80 años los que más necesidades presentan, por las discapacidades, los problemas para el desarrollo de las actividades de la vida diaria y por las necesidades de recursos.

Un sector importante de esta población, son las mujeres, que presentan una mayor longevidad que los hombres, pero con una calida de vida menor que aquellos. Por otra parte, este grupo es el que soporta un peso importante en apoyo informal en el proceso de dependencia de nuestra población.

2. En la población joven, hemos de considerar especialmente la preadolescencia, como una etapa de intervención para la promoción de conductas relacionadas con la salud y la prevención de conductas de riesgo. Es importante fomentar el compromiso con la salud, con su mantenimiento y su promoción, antes de que se inicien los cambios físicos y psicológicos propios de la adolescencia (los patrones de conducta establecidos durante la infancia se mantienen frecuentemente a lo largo de la adolescencia y la edad adulta).

En esta población consideramos intervenir sobre:

- Drogas, tabaco y alcohol.
- Ejercicio y nutrición.
- Relaciones afectivas y sexuales

3. Los procesos crónicos, por su magnitud y severidad suponen por sí mismos un problema importante. Entre estos la hipertensión y la diabetes son factores de riesgo en otros procesos más graves, como son las enfermedades isquémicas o cerebrovasculares, que son causantes de una importante mortalidad en nuestro medio.

En estas enfermedades es posible instaurar medidas de prevención, tanto prevención primaria como secundaria y medidas más o menos sencillas como el ejercicio y la dieta pueden tener un efecto positivo sobre la aparición de la enfermedad o sobre la evolución de la misma. En la adquisición de estos hábitos saludables, pueden establecerse tanto actividades de educación individuales como grupales.



Se prioriza en nuestro Plan la atención a personas con Fibromialgia, como Proceso de Atención Integral, porque para su desarrollo se estaba iniciando recientemente (coincidiendo con la implantación de este proyecto) la cooperación entre la corporación local del Ayuntamiento de La Carlota y el Distrito Sanitario Guadalquivir, de forma que hemos querido continuar manteniendo y ampliando esta colaboración.

4. LINEAS DE TRABAJO

Las líneas de trabajo priorizadas son: Infancia, adolescentes, mujeres y personas mayores.

Las líneas de transversalidad aplicadas son: hábitos de vida saludable y fomento de la participación.

4.1 Infancia y Adolescencia

Problemas de salud:

1. Carencia en hábitos de vida saludable respecto a la alimentación y ejercicio físico
2. Consumo de alcohol y tabaco en edades cada vez más tempranas
3. Utilización de la píldora post-coital como medio anticonceptivo
4. Embarazos no deseados en adolescentes e Interrupciones voluntarias de embarazo (IVE) en edades cada vez más tempranas
5. Conductas temerarias con vehículos

Objetivos generales

- Fomentar la adquisición de hábitos de vida saludables.
- Que los diferentes sectores locales promuevan actuaciones de hábitos saludables en los que participe la población joven conjuntamente con el resto de la población.



Objetivos específicos:

- Fomentar en los centros docentes del municipio la educación integral de los escolares a través de programas promotores de la salud y el desarrollo personal, haciendo especial hincapié en los hábitos de vida saludables (alimentación, ejercicio físico, consumo de alcohol y tabaco).
- Favorecer procesos comunicativos en el seno de la familia y de la comunidad incorporando a sus dinámicas cotidianas criterios preventivos en relación con el consumo de sustancias adictivas.
- Información, asesoramiento y apoyo a las familias para favorecer el desarrollo de la personalidad y la transmisión de actitudes y valores positivos en los hijos.
- Creación de alternativas de ocio para jóvenes.
- Organizar los recursos del municipio para favorecer actividades de deporte y actividades relacionadas con la salud.
- Fomentar el hábito de realización de ejercicio físico en el entorno local.
- Desarrollar habilidades para la detección temprana de consumo de sustancias adictivas en menores de edad por parte de los padres y educadores.
- Favorecer la adquisición de hábitos saludables a través de la relación intergeneracional.
- Fomentar en los centros educativos la participación en el programa "Forma Joven" y "A No Fumar Me Apunto".
- Informar sobre las conductas sexuales de riesgo y mecanismos de prevención.
- Disminuir los embarazos no deseados en adolescentes y las IVEs.
- Disminuir la utilización de la píldora postcoital en adolescentes como medio anticonceptivo.
- Sensibilizar a los jóvenes sobre las conductas de riesgo con vehículos.
- Fomentar el uso del casco en los jóvenes en la conducción de motocicletas.
- Creación de un CUENTO infantil elaborado por los niños (hasta los 10 años) de cada municipio relacionado con la adquisición de hábitos saludables.



Actuaciones:

1. Jornadas en el Ayuntamiento y en los centros escolares de información y sensibilización de los problemas relacionados con los jóvenes del municipio (consumo de alcohol, tabaco, drogas y accidentes de tráfico).
2. Realización del programa Sobre Ruedas: "Te puede pasar" y "Road Show".
3. Reforzar en los centros educativos del municipio el Programa Forma Joven con la participación de una enfermera en la asesoría y difusión de la existencia de la consulta "Tarde Joven" en el Centro de Salud de La Carlota.
4. Creación de un Punto Forma Joven en el Ayuntamiento.
5. Creación de un grupo de mediadores para el Punto Forma Joven del Ayuntamiento.
6. Realización de una encuesta dirigida al profesorado y escolares sobre consumo de sustancias adictivas.
7. Talleres formativos dirigidos a padres y educadores para la detección temprana de signos de consumo de sustancias adictivas en los hijos e hijas.
8. Charla por parte de la policía local sobre las consecuencias del abuso de consumo de alcohol, dirigida a niños, adolescentes y padres.
9. Realización de campañas de difusión (radio, TV y prensa local, carteles, folletos) sobre problemas derivados del consumo de alcohol y tabaco, con información que sensibiliza a la ciudadanía sobre esta problemática y los recursos socio-sanitarios disponibles.
10. Instalación de un punto de información y asesoramiento en el Día Mundial sin Tabaco.
11. Creación de una asesoría personalizada de asesoramiento y apoyo a adolescentes sobre problemas relacionados con la sexualidad.
12. Talleres de formación e información en prevención de riesgos derivados del consumo de alcohol y tabaco dirigido a niños menores de 14 años acompañados de los padres.
13. Creación por parte del Ayuntamiento de una ordenanza local por la que los



jóvenes que no utilizan el casco o tienen conductas de riesgo en la vía pública son obligados a cumplir servicios comunitarios.

14. Escuela de verano Programa con actividades deportivas de ocio y tiempo libre, información sobre alimentación saludable.
15. Campamento de verano en la Granja-Escuela “Vida Sana” en el que se realiza un taller de elaboración de comidas “sanas” por los niños.
16. Encuentro nocturno de jóvenes “Diviértete naturalmente” en el que se crearon múltiples talleres (grafitis, sexualidad, música, danza del vientre, hip-hop, cocktail sin alcohol, pintura, elaboración de artesanías).
17. Semana cultural en cada una de las aldeas: múltiples actividades y talleres (taller de coeducación, talleres de manualidades, narración de cuentos por parte de personas mayores, taller de juegos tradicionales, grupo de animación “Vida Saludable”).
18. Creación de taller sobre sexualidad para adolescentes menores de 16 años
19. Captación de jóvenes para asistir a talleres de sexualidad a través de la distribución gratuita de preservativos en el Ayuntamiento.

Grupo de trabajo:

- Concejal de Deporte y Juventud,
- Policía Local,
- Técnico de Juventud,
- Orientadoras,
- Médica del Centro de Salud de La Carlota,
- AMPAs,
- Técnica de Acción Local en Salud,
- Epidemiólogo de atención primaria.



Sectores e instituciones implicados:

- Ayuntamiento de La Carlota
- Policía Local
- Consejería de Educación y AMPA
- Servicio Andaluz de Salud
- Consejería de Salud
- Instituto provincial de Bienestar Social

4.2 Mujer

Problemas de salud:

1. Carencia en hábitos de vida saludable respecto a la alimentación y ejercicio físico
2. Deficiente educación sexual en mujeres jóvenes y en mujeres mayores
3. Violencia de género
4. Falta de apoyos para las cuidadoras
5. Presencia de mujeres afectadas por fibromialgia con necesidad de formación e información para abordar su problema

Objetivos generales

- Mejorar la salud de las mujeres de La Carlota
- Promover el asociacionismo de mujeres como herramienta para fomentar el protagonismo de la mujer en la mejora de su salud
- Concienciar sobre el rechazo de la violencia de género

Objetivos específicos

- Impulsar la participación activa y responsable de la mujer en la promoción de su salud potenciando el conocimiento en este colectivo de su rol como agente de la salud en el ámbito sociofamiliar



- Formación en prevención y detección precoz de los problemas de salud prevalentes en las mujeres que dedican parte de su tiempo al hogar
- Sensibilizar a la población sobre los riesgos y causas que conlleva la violencia de género
- Informar sobre una educación sexual saludable
- Informar sobre un adecuado seguimiento del embarazo y planificación familiar

Actuaciones:

- Encuentros entre las diferentes asociaciones de mujeres de La Carlota y de sus aldeas
- Celebración del día Internacional de la mujer
- Celebración de una Jornada sobre Violencia de Género el Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer
- Creación de un punto para información sociolaboral y jurídica a las mujeres
- Realización de talleres de autoestima
- Actividades en cada aldea y en el municipio de La Carlota: “Taller de Yoga”
- Curso de primeros auxilios y prevención de accidentes domésticos
- Charlas a grupos de adolescentes (mujeres) sobre cómo utilizar los preservativos masculinos y femeninos (Ayuntamiento y Instituto Andaluz de la Mujer)
- Información y asesoramiento sobre utilización de la píldora post coital
- Taller de orientación e inserción laboral a mujeres, haciendo hincapié en mujeres en situación vulnerable (mujeres maltratadas, sin formación, etc.)
- Creación de un plan de atención a la mujer con fibromialgia que engloba:
 - Proyecto Escuela de Pacientes: Taller para mujeres afectadas de fibromialgia
 - Creación de un taller de actividades físicas destinadas a enfermas de fibromialgia



- Realización de un encuentro mensual entre la médica referente del centro de salud de La Carlota y las personas diagnosticadas de fibromialgia
- Proyecto “Por un millón de Pasos”
- Jornadas: Mujer y salud
- Creación de la figura de enlace entre las asociaciones de mujeres
- Creación de actividades culturales, sociales y deportivas conjuntas para todas las asociaciones de mujeres, fomentando el asociacionismo y la comunicación entre asociaciones y compartir conocimientos y valores.

Grupo de trabajo

- Médica del centro de salud
- Dinamizadora juvenil del Ayuntamiento
- Coordinadora del Instituto Andaluz de la mujer
- Representantes de las asociaciones de mujeres
- Monitor del Patronato de Deportes

Sectores e instituciones implicados

- Ayuntamiento de La Carlota
- Servicio Andaluz de Salud
- Instituto Provincial de Bienestar Social
- Instituto Andaluz de la Mujer
- Asociaciones de mujeres

4.3 Personas Mayores

Problemas de salud:

1. Carencia en hábitos de vida saludable respecto a la alimentación, ejercicio físico y autocuidados



2. Consumo excesivo de medicamentos
3. Sobre-envejecimiento

Objetivos generales

- Favorecer un envejecimiento activo y saludable en el colectivo de las personas mayores
- Promover que las personas mayores puedan llevar una vida más autónoma
- Promover la participación activa de las personas mayores en la vida social del municipio

Objetivos específicos

- Favorecer un envejecimiento activo y saludable en el colectivo de las personas mayores
- Promover que las personas mayores puedan llevar una vida más autónoma

Actuaciones:

- Jornada de envejecimiento Sano: demostración y utilización del Parque de Mayores
- Taller de crecimiento personal
- Taller de Inicio a nuevas tecnologías: Aprende a utilizar tu móvil y tu cámara digital
- Taller de actividades psicofísicas para mayores
- Taller de habilidad social y auto estima personal
- Taller de estimulación intelectual (memoria, lectura de la prensa, lectura de historias locales)
- Taller de autocuidados básicos
- Taller sobre prevención de accidentes domésticos
- Talleres de sexualidad
- Programa de viajes culturales
- Taller de risoterapia
- Programa: la Semana del Mayor



- Taller de diseño y elaboración de comidas saludables
- Creación de la Ruta sana
- Jornada de actividades intergeneracionales realizadas en los centros escolares y en la calle
- Taller sobre prevención de abuso de medicamentos y automedicación

Grupo de trabajo

- Trabajadora de los servicios sociales comunitarios
- Coordinadora de Cuidados de Enfermería del Centro de Salud
- Presidente de la asociación de personas mayores
- Presidentas de asociaciones existentes en las aldeas
- Representante de las corresponsales (personas que sirven de enlace entre La Carlota y cada una de sus aldeas)
- Educadora Social del Instituto Provincial de Bienestar Social

Sectores e instituciones implicados:

- Ayuntamiento de La Carlota
- Distrito de Atención primaria
- Instituto Provincial de Bienestar Social
- Patronato de deporte de La Carlota
- Asociaciones de la Localidad



5. PLAN DE COMUNICACIÓN Y DIFUSIÓN

La comunicación es un factor importante para obtener resultados tanto cualitativos como cuantitativos para la completa realización del Plan.

Para sensibilizar y concienciar a la población sobre los problemas existentes en su municipio y las posteriores actuaciones creadas para su solución se necesita una información masiva a la misma.

La difusión de la información fomenta el compromiso entre los actores implicados, inculcándoles la responsabilidad de llevar a cabo las actuaciones que han sido citadas.

La comunicación debe formar parte de una de las estrategias para conseguir la implementación de la RED y la realización del Plan.

5.1 Proceso de Comunicación

Los canales de comunicación existentes deben ser optimizados y para llevar a cabo esta tarea, es necesario tener en cuenta ciertos factores:

- Identificación de los canales que se van a utilizar
- Identificación de las personas destinatarias y beneficiadas
- Identificación de las personas responsables de la transmisión en la comunicación
- El diseño de los mensajes deben de ser claros y sencillos.

La difusión y la visibilidad de las actuaciones se realizan de diversas maneras. Las actuaciones “estrella” como el Road Show”, la semana del mayor, la semana sana tienen mayor impacto y todos los medios de comunicación son utilizados.

Todas las actuaciones que tienen lugar, cuentan con la edición de carteles y trípticos informativos.

Las personas o entidades que son “referentes” para la ciudadanía son también un



punto de transmisión importante.

Los espacios utilizados para actuaciones que han producido una gran concentración de personas como el “Encuentro juvenil nocturno” han contribuido a la transmisión de información a los jóvenes a través de los talleres, mediadores, cartelería y pantallas en la calle.

Los elementos que han sido utilizados para llevar a cabo los objetivos de difusión y comunicación han sido:

- Las Notas de Prensa
- Rueda de Prensa (Presentación proyecto, actuaciones clave)
- Radio local: Presentación del proyecto, entrevistas e intervención de profesionales de salud, representantes de gobierno local.
- Prensa escrita local y provincial
- Carteles de información en el municipio

6. EVALUACIÓN DEL PLAN LOCAL DE ACCION EN SALUD

Una vez finalizadas las actividades del plan en el periodo indicado, se procederá a la evaluación del mismo con objeto de obtener información sobre el grado de cumplimiento de los objetivos propuestos y sobre la realización de las actividades que se han propuesto para alcanzar los objetivos.

La detección de las desviaciones del plan marcado en la planificación y la identificación de los problemas que se presentan en el desarrollo del mismo será una información imprescindible en los reajustes necesarios para la eficiencia del Plan en la toma de decisiones futuras.

La evaluación del Plan será realizada por el Grupo de Trabajo de cada línea, siendo coordinado y supervisado por el Grupo Motor



Esta evaluación, versará sobre el grado de cumplimiento de los objetivos y actividades programadas, distinguiendo dos tipos de evaluación:

6.1 Evaluación del proceso

En la evaluación del proceso vamos a recoger toda la información sobre el rendimiento de las actividades propuestas, teniendo en cuenta tres factores; lugar, tiempo y persona. Así, deberíamos poder responder a las siguientes preguntas:

- ¿Se han realizado las actividades previstas?
- ¿Se han realizado en el tiempo previsto?
- ¿Las han realizado las personas previstas?
- ¿Han asistido las personas previstas?

6.2 Evaluación de los resultados

La evaluación de los resultados nos va a medir el impacto del plan en la salud de la población, que es objetivo principal del plan. Evaluaremos la mejora en los indicadores de salud de la población que se abordaron como susceptibles de mejora con el plan, la adquisición de actitudes, habilidades en la población a la que se destinan las actividades.

Para esta evaluación utilizaremos las siguientes herramientas:

- Diario de campo
- Cuestionario de valoración de la actividad en cuanto a los objetivos y contenidos, metodología y utilidad.
- Cuestionario a priori y a posteriori para valoración de la competencia percibida.
- Entrevistas estructuradas y semi-estructuradas

Indicadores

- Nº de actividades priorizadas
- Nº de actividades realizadas



- N° de horas de actividades realizadas
- N° de personas a los que se destinan las actividades (previstos)
- N° de personas que realizan actividades
- Presupuesto asignado
- Presupuesto gastado
- Grado de cumplimiento de los objetivos de las actividades
- Valoración global de las actividades de formación
- Grado de satisfacción con la metodología usada en relación con los objetivos y contenidos de la actividad
- Indicadores de salud propuestos en los objetivos
- El n° de asociaciones, empresas, que colaboran en actuaciones
- N° de personas que mejoran su competencia tras la realización de la actividad



ANEXOS



DIAGNÓSTICO DE SALUD:

Para realizar el diagnóstico de salud del municipio hemos utilizado técnicas cuantitativas y cualitativas

TÉCNICAS CUANTITATIVAS.

Principalmente se han utilizado los datos disponibles en el Diagnóstico de Salud del Distrito Sanitario Guadalquivir y otros datos recogidos específicamente para este diagnóstico por el personal sanitario del Centro de Salud de La Carlota y del Ayuntamiento de esta localidad. La mayoría de los datos se han desagregado a nivel municipal y cuando esto no ha sido posible, se han tomado los datos disponibles a nivel de Zona Básica de Salud a la que pertenece el Municipio de La Carlota o los de Andalucía si tampoco se disponía del dato a nivel local, considerando que la población de La Carlota presenta un comportamiento similar a la población andaluza.

Fuentes de datos

Las fuentes de datos que hemos utilizado son:

- Sistema de Información Territorial de Andalucía (SIMA)
- Base de Datos de Usuarios (BDU) del Sistema Sanitario Público de Andalucía
- Diábaco (aplicación que permite la explotación de DIRAYA, la Historia Clínica Digital de AP en el SSPA)
- Sistema de Información para la Gestión en Atención Primaria (SIGAP)
- Registros propios del Centro de Salud o del Distrito
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA)
- Sistema Pascua de Estadísticas Sanitarias (Consejería de Salud).
- Estudio de la conducta sobre salud de los jóvenes en edad escolar (“Health Behaviour in School-Aged Children” – estudio HBSC 2002)
- Primer Informe sobre Desigualdades en Salud en Andalucía. Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía
- Página oficial del Excmo. Ayuntamiento de La Carlota
<http://www.lacarlota.mancomunidadvega.dnsalias.net/>

Para presentar los resultados se ha utilizado la demarcación territorial que aparece en el Mapa de Atención Primaria de Salud en Andalucía, correspondiente al municipio de La Carlota (14017) del Distrito Sanitario Guadalquivir (030048) en la provincia de Córdoba.

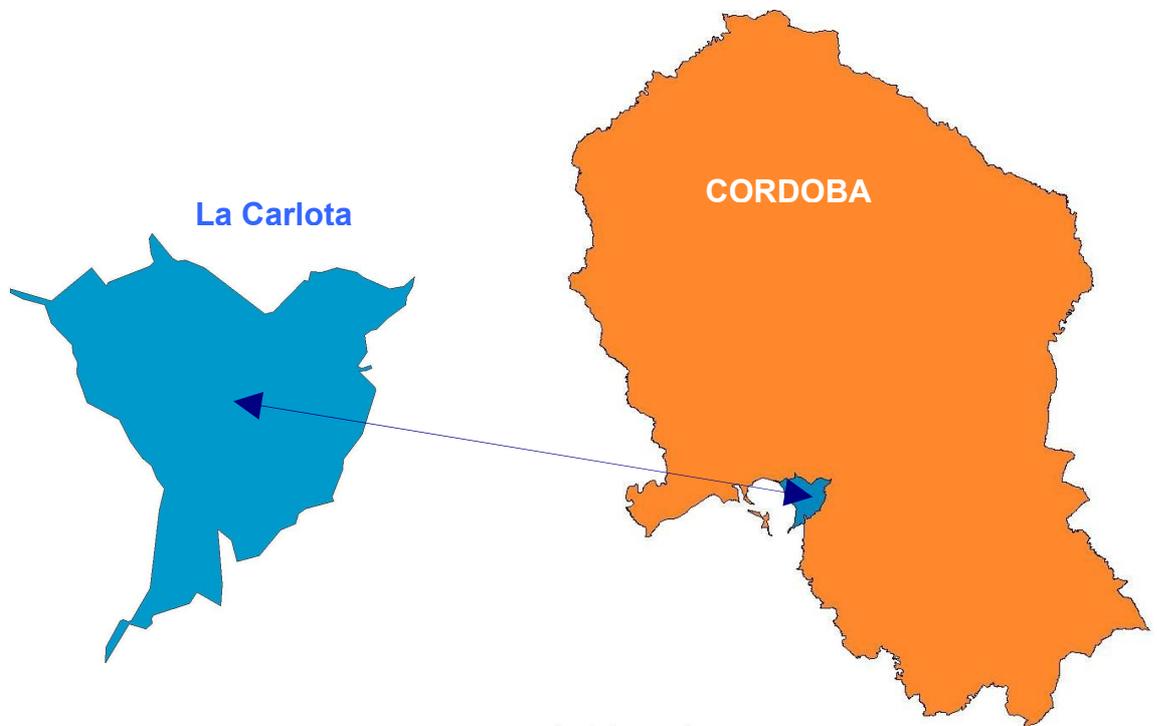
La comparación de los resultados de La Carlota se hace con los de la población andaluza.

ANÁLISIS DEL ÁREA: EL MUNICIPIO DE LA CARLOTA

1. SITUACIÓN GEOGRÁFICA

El municipio de La Carlota está situado al Suroeste de la Provincia de Córdoba, en la comarca del Bajo Guadalquivir, limita con la provincia de Sevilla por el Sur y Oeste, por el Norte con Córdoba y Guadalcazar y dista 30 Km de la capital. La altitud media es de 175 metros sobre el nivel del mar, sus coordenadas son: Latitud: 37° 40' 25" Norte Longitud: 4° 55' 50" Oeste La extensión del término alcanza 78'8 km., y en él están repartidos 10 zonas de población denominadas Departamentos y el propio núcleo de La Carlota, que junto con sus departamentos tienen un total de 12.303 habitantes (padrón 1 de enero de 2007), los cuales en su mayor parte están dedicados al sector agrícola y ganadero, contando, no obstante, con una importante participación en el sector servicios, destacando que La Carlota cuenta con el mayor número de plazas hoteleras de todos los pueblos de nuestra provincia.

Fig. Situación geográfica del Municipio de La Carlota en la provincia de Córdoba.



2. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y SOCIOECONÓMICA

Tomando como referencia las cifras del padrón de 2006, la pirámide de población del municipio de La Carlota es similar a la andaluza, con una zona central de efectivos de población entre 20 y 40 años que alcanza una mayor anchura que las edades más bajas. Los mayores de 65 años suponen el 15% del total de la población y los menores de 15 años el 17,71%. La suma de ambos grupos de edad, mayores de 65 y menores de 15 suponen un tercio del total de la población (32,72%). Para el total de la población andaluza estos grupos de edad suponen el 30,94%.

La esperanza de vida al nacer es de 79,45 años en La Carlota (76,76 en hombres y 82,28 en mujeres) siendo de 78,84 en Andalucía (75,51 en hombres y 82,21 en mujeres).

Fig. Pirámides de población de La Carlota y Andalucía. Año 2006

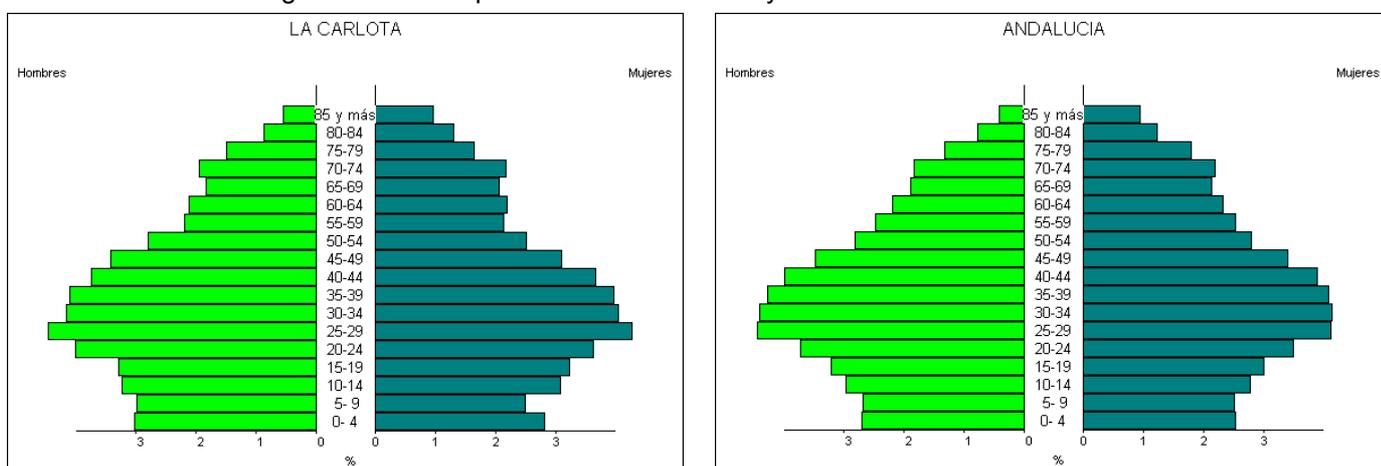


Tabla. Índices demográficos referidos a las Pirámides de Población de La Carlota y Andalucía 2006 (Programa Epidat).

Índices Demográficos	La Carlota	Andalucía
Masculinidad	82,02	106,85
Friz	80,00	70,85
Sundbarg	33,25	30,16
Burgdöfer	54,48	55,57
	11,86	10,97
	20,55	22,12
Envejecimiento	84,73	90,50
Dependencia	48,64	44,80
Estructura de la población activa	71,23	76,90
Reemplazamiento de la población activa	66,11	72,71
Índice del número de hijos por mujer fecunda	22,45	20,04
Índice generacional de ancianos	240,46	261,24
Tasa general de fecundidad	52,2	45,4
Edad media	37,87	38,58
Edad mediana	35,68	36,85



La edad media es similar en las dos poblaciones y se trata de una población madura, de tipo regresivo, en la que el porcentaje de > de 50 años supera al de < de 15.

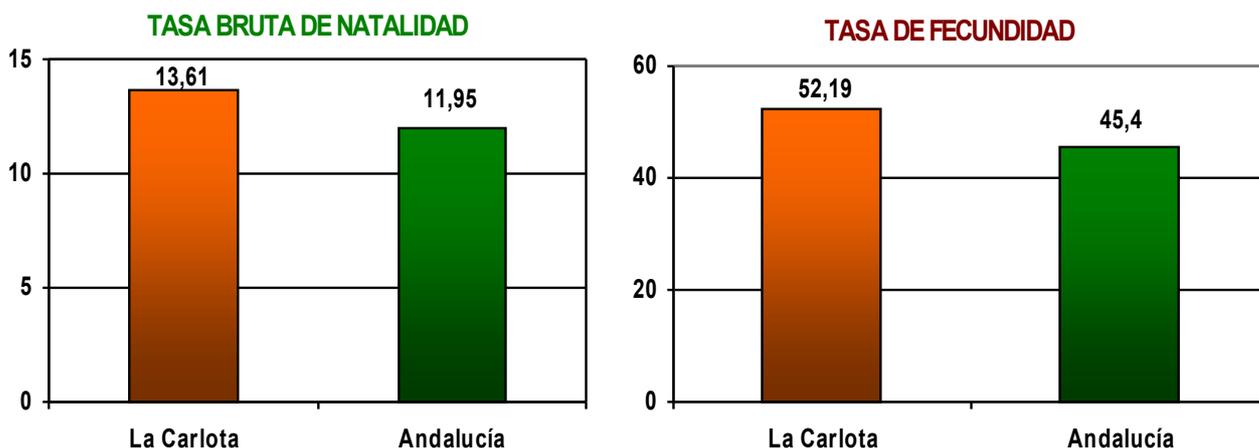
El índice de envejecimiento de este Municipio (84,73), menor que el andaluz (90,50), indica que no es una población envejecida, encontrándose 84 personas mayores de 84 años por cada 100 menores de 15.

Por el contrario, el índice de dependencia en La Carlota (48,64) es mayor que el andaluz (44,80). Este índice tiene relevancia económica y social ya que las personas que supuestamente no son autónomas por razones demográficas (los mayores de 65 años y los jóvenes menores de 15), se relacionan con las personas que presuntamente deben sostenerlas con su actividad (15-64 años). En el caso de La Carlota, en este mayor índice de dependencia respecto al andaluz, parece que tiene más peso la población joven que la más anciana.

En este mismo sentido, en cuanto a la carga social que suponen los mayores de 65 años, el Índice Generacional de Ancianos (mide el número de personas de 35 a 64 años que podrían hacerse cargo de cada persona de 65 y más años) de La Carlota (240) también es mayor que el andaluz (261), ya que en nuestra comunidad autónoma más personas jóvenes pueden hacerse cargo de las mayores que en La Carlota.

Respecto a los nacimientos, La Carlota presenta valores más elevados que los de Andalucía en la Tasa de Natalidad y de Fecundidad.

Fig. Tasas Brutas de Natalidad y Tasas de Fecundidad en La Carlota y Andalucía. Referidas a datos del año 2006.

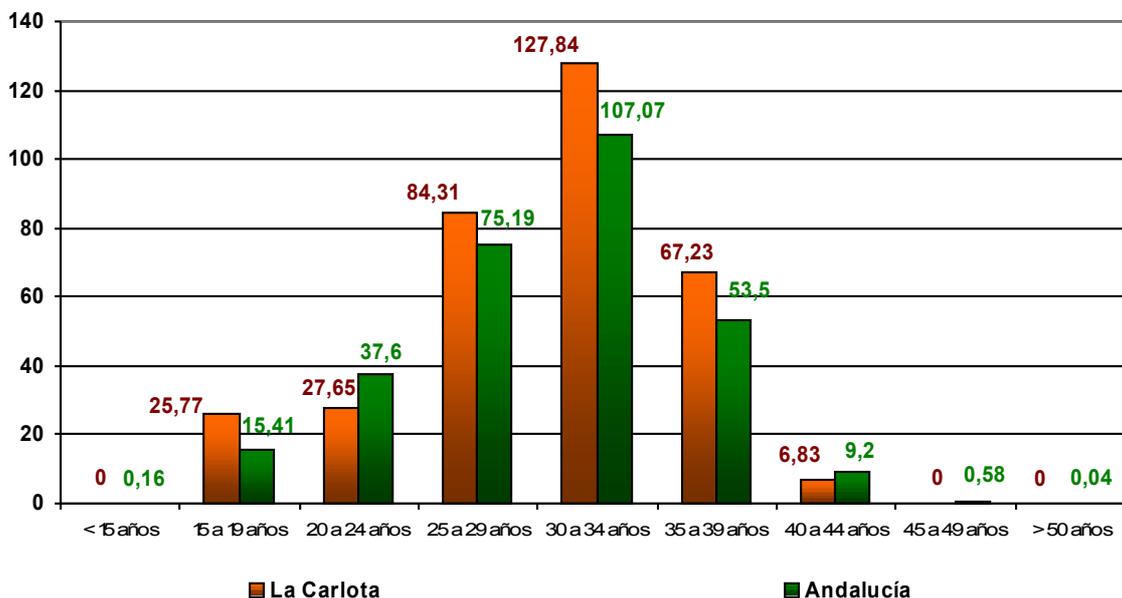


Por edad de la madre, las Tasas Específicas de Fecundidad se sitúan en La Carlota por encima de las de Andalucía en casi todos los grupos de edad siendo los grupos de 20 a 39 años, en los que las tasas son más elevadas. En nuestro municipio no se han producido, en el período evaluado, nacimientos en las edades más tempranas (menores de 15 años) ni en las más tardías (por encima de los 44) aunque si que tenemos también una tasa más elevada en el grupo de edad de 15 a 19 años, evidenciando una maternidad muy joven, con embarazos en la adolescencia.



Fig. Tasas de Fecundidad Específica por Edad en La Carlota y Andalucía. Referidas a datos del año 2006

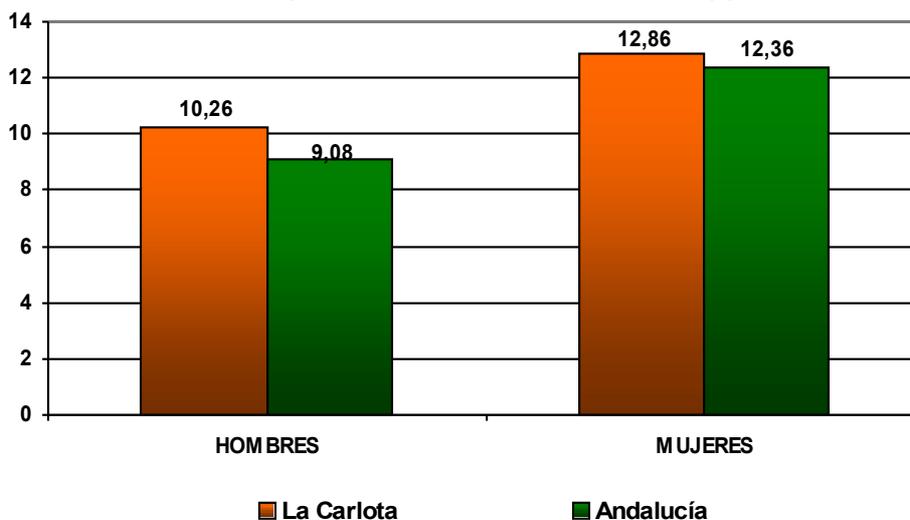
TASA DE FECUNDIDAD ESPECIFICA POR EDAD



La relación de dependencia de ancianos de La Carlota es más elevada que la andaluza, tanto en mujeres como en hombres y en este sentido, siguiendo el patrón andaluz, es mayor en mujeres que en hombres. Esta relación mide el peso que tienen los mayores de 65 años respecto a la población activa, que son los que han de sostener esa población, por lo que en La Carlota la población activa tiene una mayor carga de personas mayores de 65 años que la población andaluza.

Fig. Relación de dependencia de ancianos. Censo 2001

RELACION DE DEPENDENCIA DE ANCIANOS

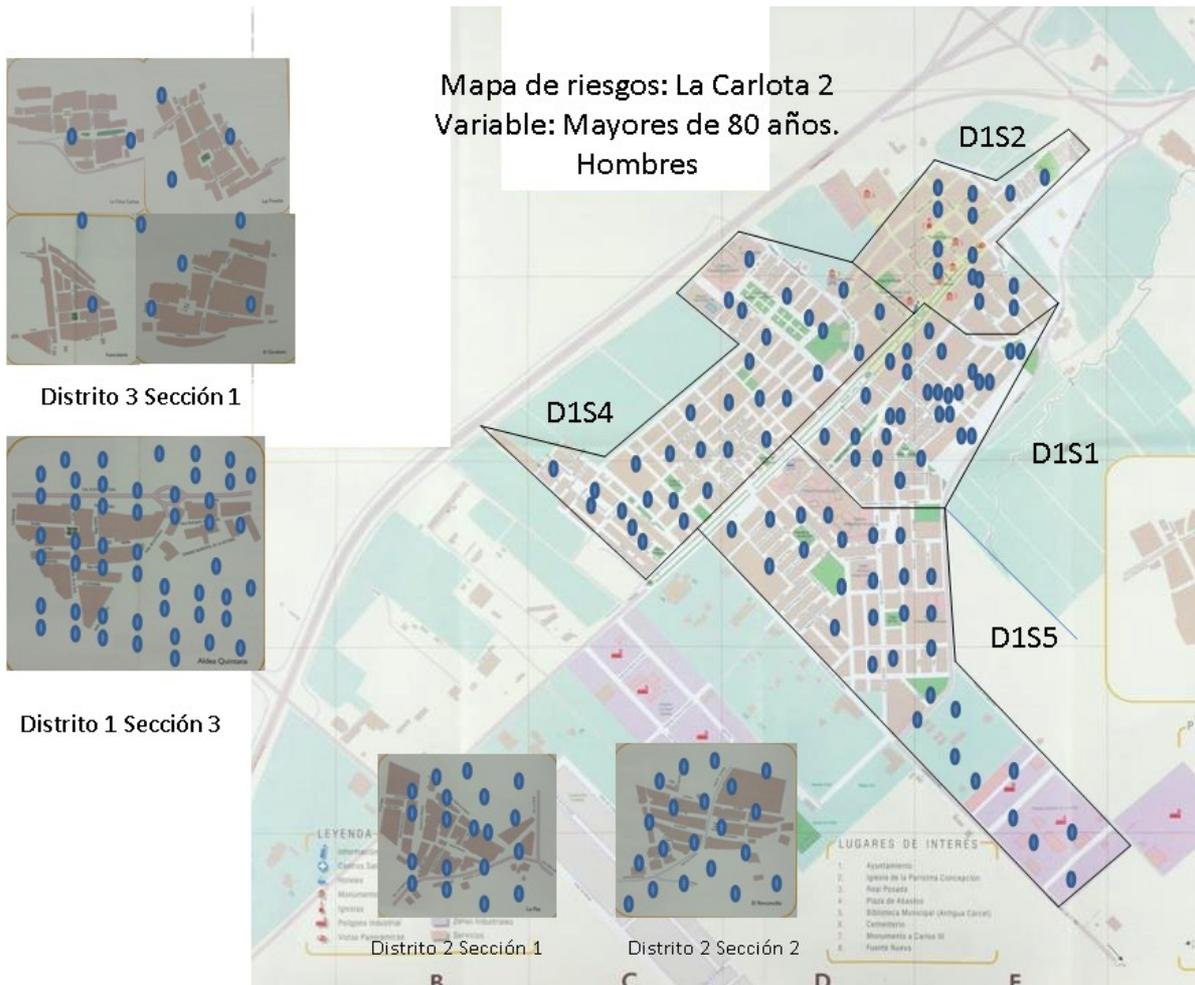
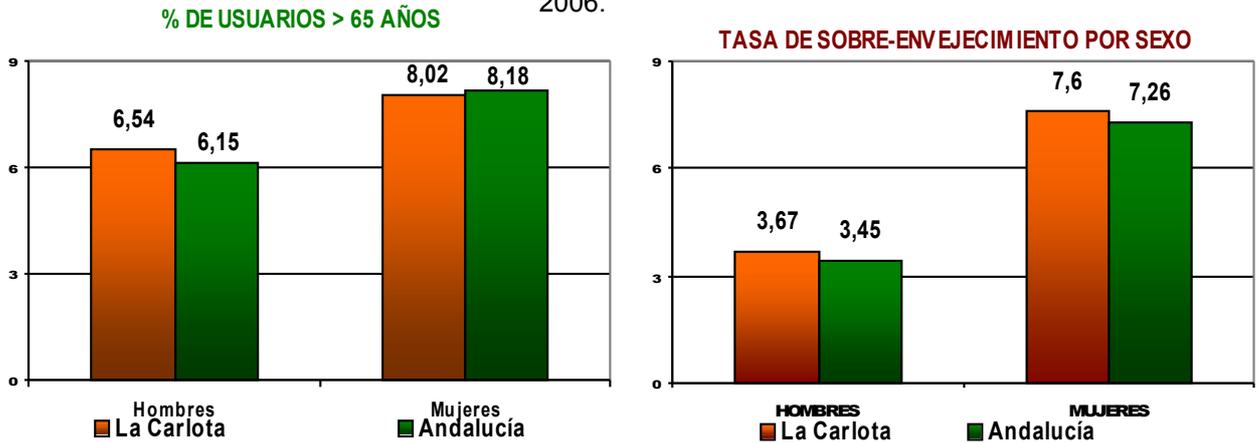


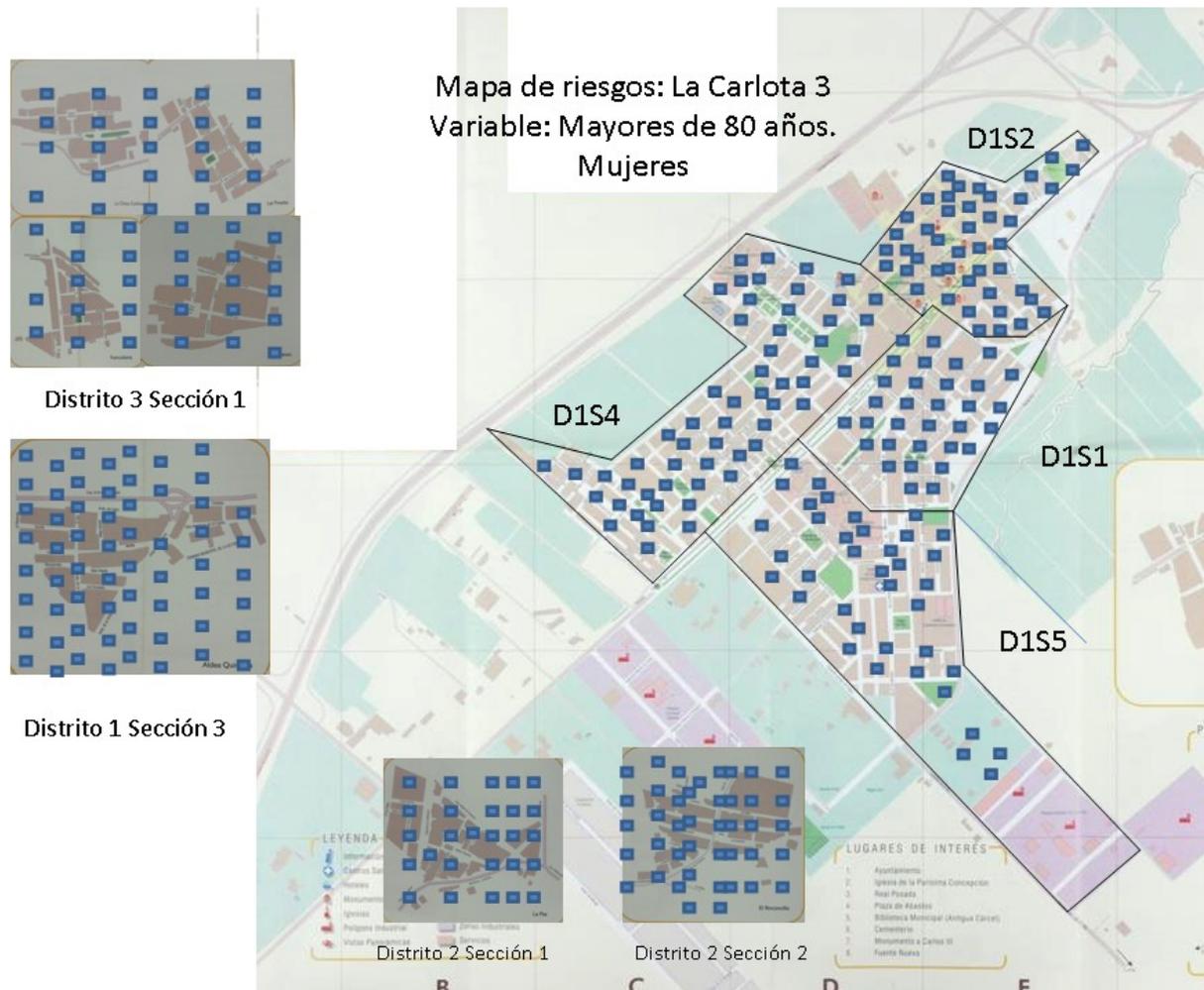
El porcentaje de usuarios mayores de 65 años respecto al total de población es similar en La Carlota respecto a nuestra comunidad autónoma y esto tanto en

hombres como en mujeres. Los mayores de 65 años suponen el 15% del total de la población.

La proporción de población más mayor, por encima de los 84 años, sobre el total de mayores de 65 es algo más elevada en La Carlota que en Andalucía, tanto en hombres como en mujeres.

Fig. Porcentaje de usuarios mayores de 65 años y Tasa de sobre-envejecimiento. Por sexo. BDU año 2006.





El aumento en la esperanza de vida hace que esta población sea cada vez más importante en nuestros municipios. Por otra parte, la edad es uno de los principales condicionantes del estado de salud, y en esta etapa de la vida tienen especial importancia problemas como los relacionados con la movilidad y para el desarrollo de las actividades cotidianas y las discapacidades. Por otra parte, las necesidades de recursos de salud y sociales también son también mayores.

Hay que reseñar, que la esperanza de vida al nacer de la población andaluza está por debajo de la española, con una desigualdad de de 1,36 para los hombres y 1,37 para las mujeres. En esta diferencia, que ha presentado un incremento en los últimos 30 años, el mayor peso se encuentra en la mortalidad de las mujeres, ya que en Andalucía esta ha descendido con menor intensidad que en España. Por el contrario, la diferencia en hombres no ha crecido por una menor mortalidad de los jóvenes andaluces respecto a los españoles.

El envejecimiento va a continuar en los próximos años, en los que la población mayor seguirá incrementándose de manera notable, a la vez que disminuirá la proporción de personas en edades jóvenes.

Una característica demográfica que se irá agudizando con el paso del tiempo, es la que se ha llamado “envejecimiento del envejecimiento”, esto es, el gran aumento que va a experimentar el colectivo de población de 80 y más años, cuyo ritmo de crecimiento será muy superior al del grupo de 65 y más años en su conjunto.



Habrá que tener en cuenta la presión sobre los recursos socio-sanitarios ya que más del 32% de las personas mayores de 65 años tiene alguna discapacidad, mientras que entre las menores de 65 años la proporción de personas con discapacidad no llega al 5%. En este grupo, son las personas mayores de 80 años en las que se concentra la mayor parte de las situaciones de dependencia.

Si hablamos de Esperanza de Vida Libre de Discapacidad, los andaluces presentan peor estado de salud que el conjunto español, y tiene una especial relevancia las discapacidades que presentan las mujeres andaluzas a partir de los 65 años, siendo este un sector de población cada vez más numeroso. Aunque las mujeres tienen una mayor longevidad a todas las edades tienen una peor calidad de vida que los hombres, tanto en Andalucía como en España.

En este escenario, la presión sobre el sistema de provisión de cuidados no descenderá y por el contrario otras demandas competirán por los recursos existentes.

Este proceso de envejecimiento de nuestra población debe ser aprovechado como oportunidad social para dar respuesta a este logro humano de vivir más y vivir mejor, en el que las necesidades crecientes de atención a las personas de edades más avanzada concurren por el cambio de modelo de familia y la incorporación de la mujer al mundo laboral, con una crisis de los sistemas de apoyo informal que ha venido dando respuesta a tales necesidades.

Las personas que necesitan cuidados y los cuidadores precisan diferentes tipos de ayuda. La primera consiste en la provisión de ayuda emocional, es decir, sentirse querido por las personas allegadas, relacionarse con ellas, expresarles opiniones, sentimientos, puntos de vista, intercambiar expresiones de afecto. Este tipo de apoyo refuerza el sentido de pertenencia y la autoestima.

Una segunda forma de apoyo es la que puede denominarse informativo y estratégico, que consiste en la ayuda que se recibe para la resolución de problemas concretos y afrontamiento de situaciones difíciles. Saber que se puede contar con personas que pueden colaborar con sus orientaciones y juicios a resolver alguna cuestión que no se sabe cómo encarar es un tipo de apoyo nada desdeñable.

Por último, el apoyo material o instrumental consiste en la prestación de ayuda y/o servicios en situaciones problemáticas que no pueden resolverse por uno mismo.

La población joven, menor de 15 años, es algo más elevada en La Carlota que en Andalucía, al igual que ocurre con los mayores de 65 años, acrecentando la carga de dependencia de esta población.

Fig. Porcentaje de usuarios menores de 15 años. Padrón 2006.

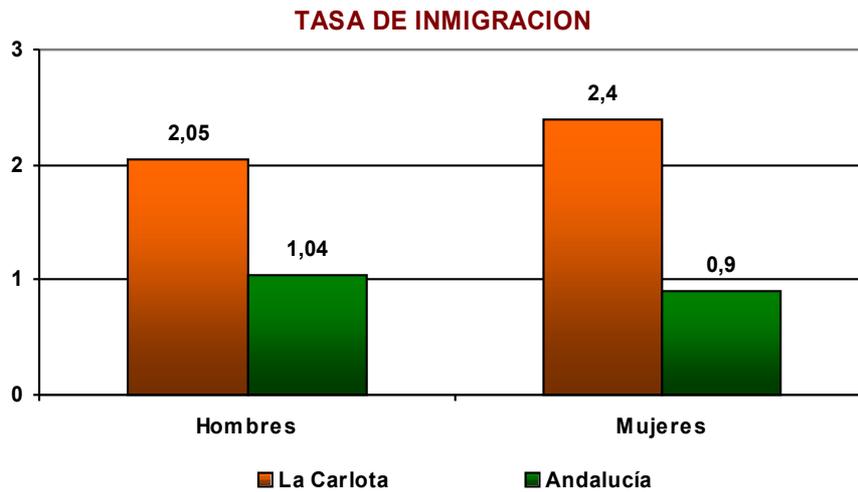


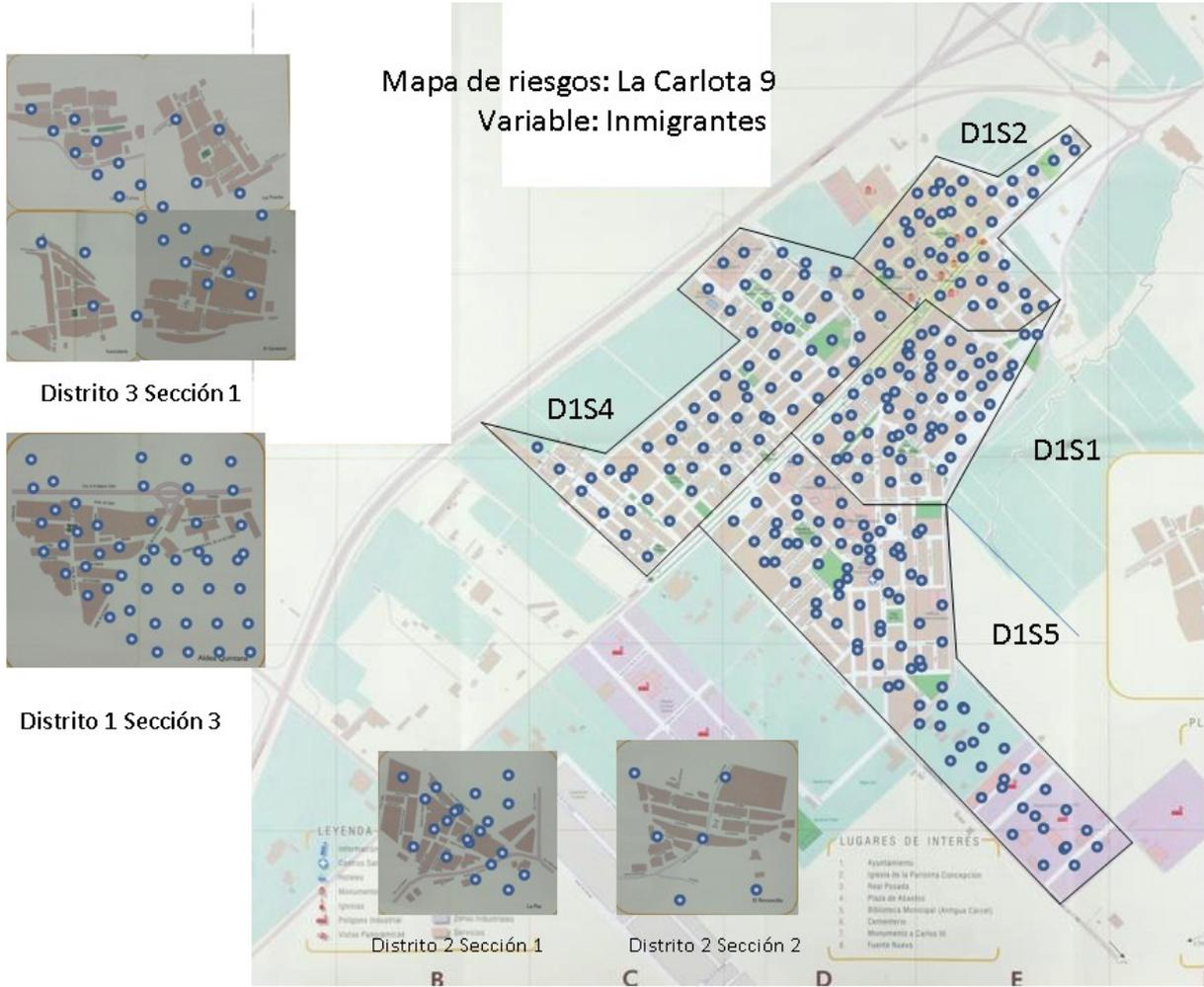


La suma de los grupos de edad, mayores de 65 y menores de 15 suponen un tercio del total de la población de La Carlota (32,72%). Para el total de la población andaluza estos grupos de edad suponen el 30,94%.

Respecto a la inmigración, la tasa de inmigración de La Carlota es superior a la de Andalucía.

Fig. Tasa de Inmigración. Año 2006.



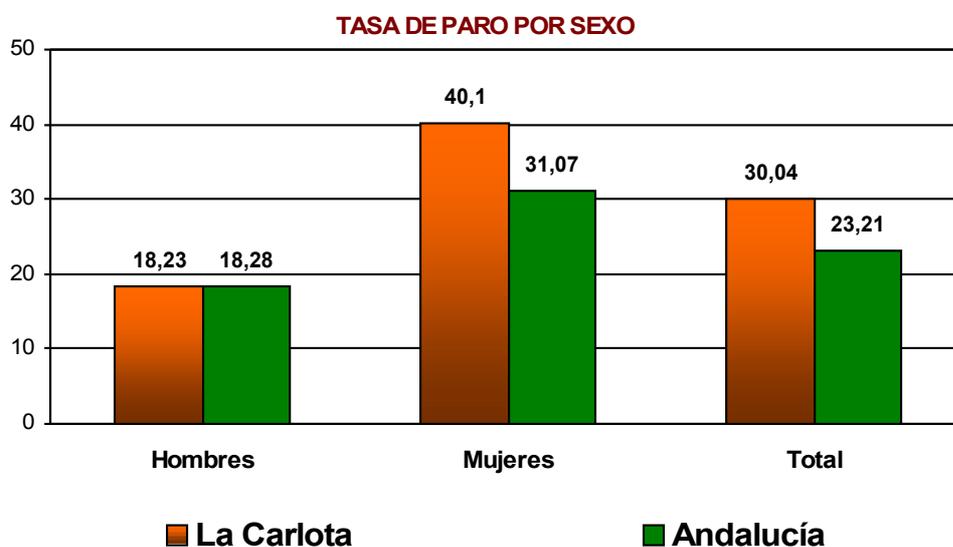




Referente a esta población, si es estable, deberíamos tender a su integración, como proceso de mutuo acomodo que afecta tanto a los inmigrantes como a la mayoría de la población, garantizando así la prevención de altos índices de pobreza, analfabetismo, deterioro de las condiciones de salud en esta población en contraposición con el fenómeno de exclusión, como situación en la cual los inmigrantes son incorporados sólo a ciertas áreas de la sociedad, principalmente el mercado de trabajo, pero se les niega el acceso a otras.

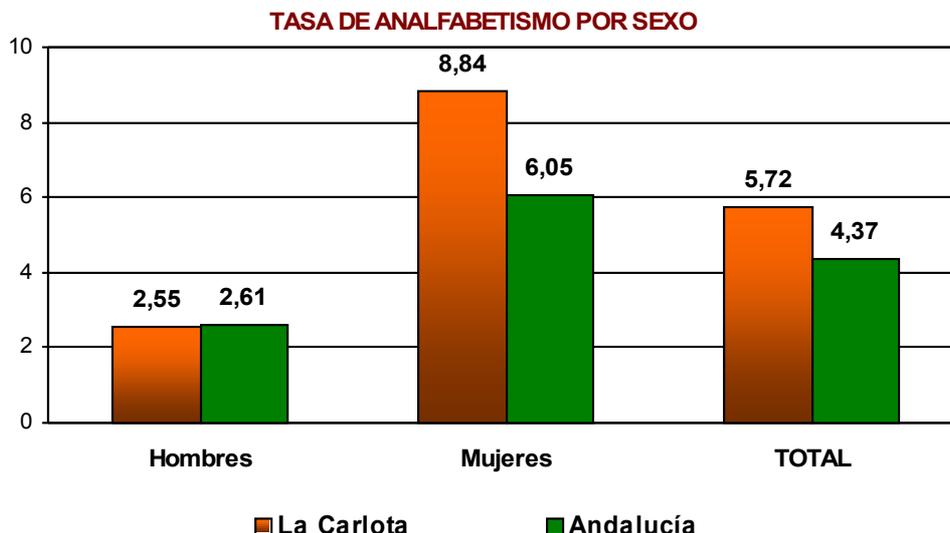
La tasa de paro es también más elevada en La Carlota que en Andalucía, aunque esta diferencia es en las mujeres, siendo la tasa de paro en hombres igual a la andaluza.

Fig. Tasa de paro. Censo 2001.



La Carlota posee una tasa de analfabetismo con un patrón similar a la tasa de paro respecto a la andaluza, con valores similares en hombres y una diferencia marcada de forma desfavorable en las mujeres. Este indicador informa de la situación educativa en el municipio y de las características propias de la población y su posible relación con otros problemas como desempleo, bajo nivel de cualificación profesional etc., que a su vez se relaciona con los niveles de salud de la población

Fig. Tasa de Analfabetismo. Censo 2001.





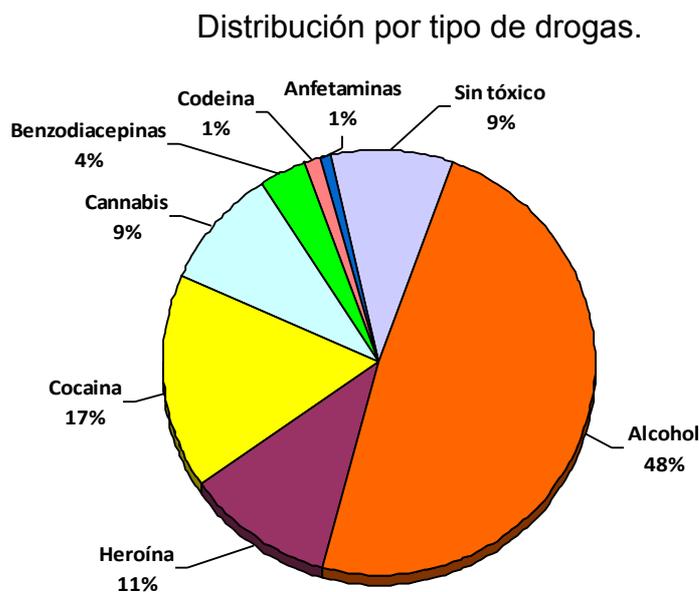
El Índice de Ruralidad de La Carlota es de $-1,47$, calificándose como de Baja Ruralidad.

3. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Drogodependencias:

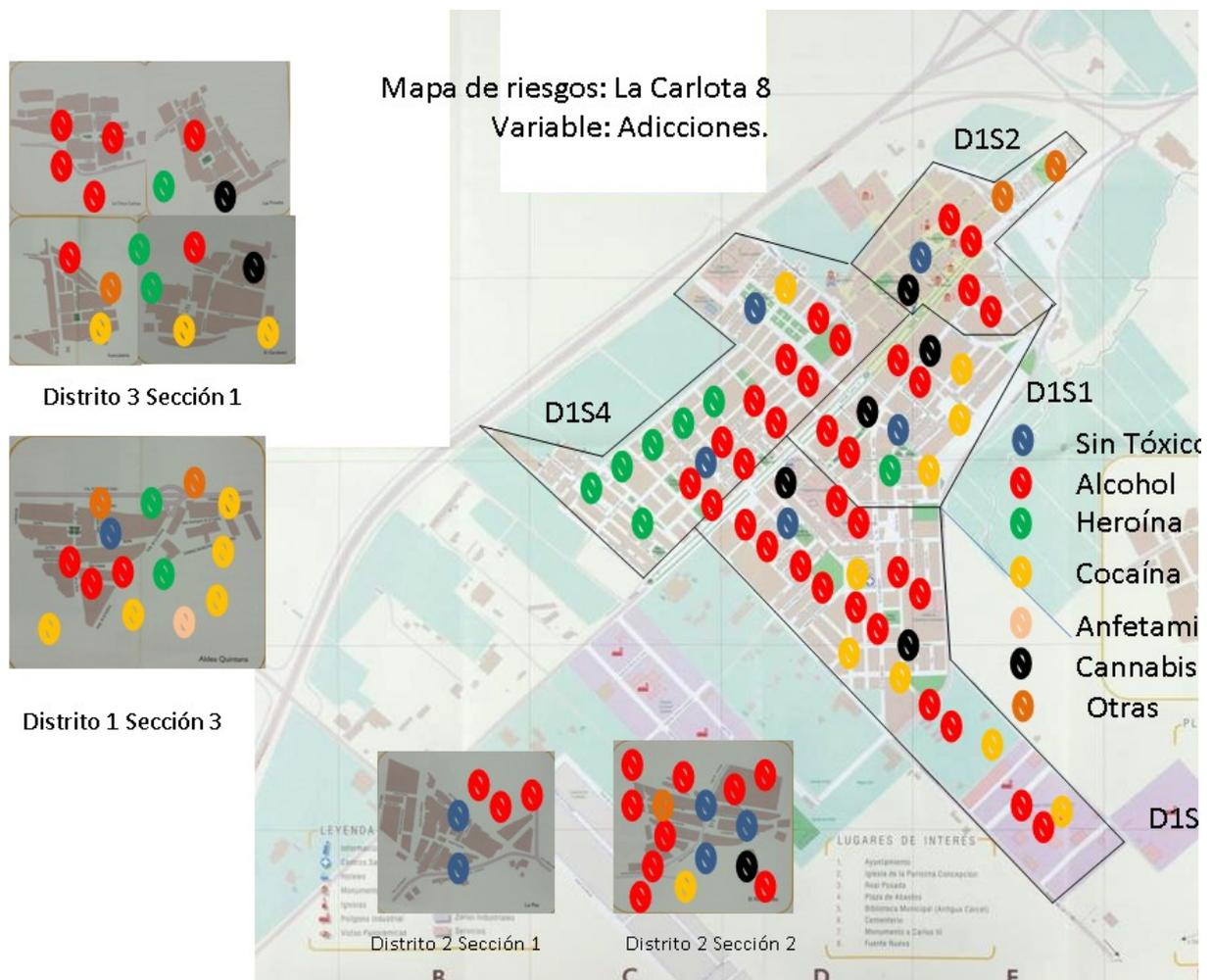
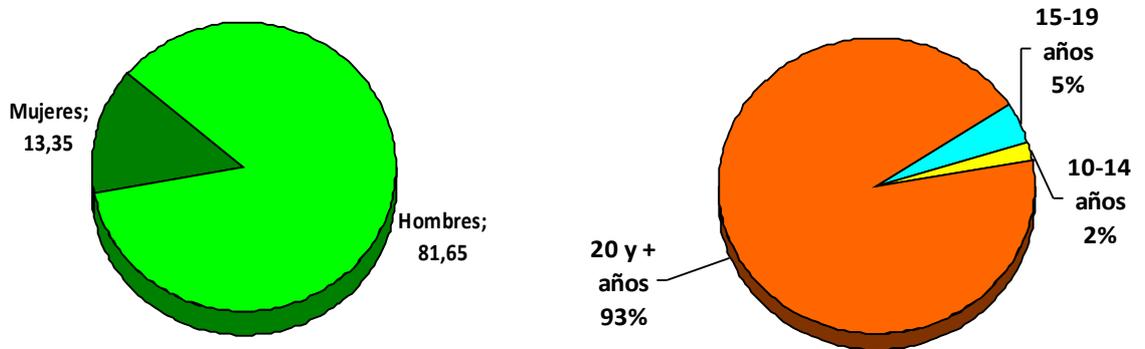
El nº de personas con drogodependencias asistidas en el Centro Comarcal de Drogodependencias de La Carlota en los últimos 5 años es de 109 personas. De ellas la toxicomanía mas frecuente es el alcohol (48,62%), seguida de la adicción a cocaína (16,51%) y heroína (11%).

Fig. Drogodependientes asistidos por el Centro Comarcal de Drogodependencia en La Carlota.2002 - 2008.



Del total, el 81,65% son hombres y el 13,35% son mujeres y por edad, un 6,42% tienen menos de 20 años, presentándose un 1,83% en menores de 15 años.

Fig. Drogodependientes asistidos por el Centro Comarcial de Drogodependencia en La Carlota. 2002 - 2008.
Distribución por sexo y por grupos de edad.





No disponiendo de datos específicos de población perteneciente a La Carlota, exponemos a continuación algunos datos que aparecen en el estudio HBSC 2002, correspondiente al estudio de la conducta sobre salud de los jóvenes españoles en edad escolar, considerando que los jóvenes de La Carlota presentan las mismas características que el resto de los jóvenes españoles.

Consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales en la población adolescente española.

Un hecho constatado en relación con la adolescencia tiene que ver con el aumento de las conductas de riesgo, entre ellas el consumo de sustancias tóxicas. En la actualidad los investigadores sostienen que hay un conjunto de factores que lo explican, de manera que es posible identificar tanto procesos neurobiológicos (ligados, por ejemplo, a la maduración del lóbulo prefrontal del cerebro), como psicológicos (el sentimiento de que se es invulnerable, el pensar que las cosas que le ocurren sólo le pasan a él/ella, que su vida se rige por reglas diferentes a las del resto, el deseo de sensaciones y experiencias novedosas, etc.) y contextuales (una cierta permisividad dentro de la familia y en la sociedad en general para que estas conductas tengan lugar, un predominio de expectativas sociales que sostienen que el adolescente tarde o temprano termina implicándose en ellas, lo que constituye un incuestionable apoyo a que aparezcan, etc.).

Tabaco:

El consumo de tabaco en la población adolescente española se resume en cifras como que el 46% de los adolescentes de las edades estudiadas (11 a 18 años) manifiesta haber fumado tabaco alguna vez, siendo el porcentaje más elevado entre las chicas que entre los chicos a partir de los 15 años.

En lo que atañe al consumo diario de tabaco los resultados muestran que un 14,5% de los adolescentes españoles entre 11 y 18 años fuma a diario, llegando a ser un 31,8% en el grupo de más edad (dentro de este grupo –el de 17-18 años–son un 25,7% los varones que fuman a diario frente a un 37,4% de ellas).

Aunque en la última década, y en el caso de los más pequeños (menos de 15 años) se podría hablar de un cierto descenso en el porcentaje de los que alguna vez han probado el tabaco, esto no es así para los que dicen fumar habitualmente, cuyo porcentaje claramente ha aumentado y sobre todo entre las chicas.

Alcohol:

Un 67,2% de los adolescentes encuestados manifiesta no haberse emborrachado nunca, aunque un 10,5% dice haberlo hecho al menos cuatro veces. Globalmente (considerando toda la muestra estudiada) no se observan diferencias significativas en cuanto al sexo, pero sí en función de la edad. Así, por ejemplo, el porcentaje de adolescentes que no se ha emborrachado nunca disminuye drásticamente a medida que aumenta la edad (se pasa del 94,5% a los 11-12 años, al 57,6% a los 15-16 y al 33,9% a los 17-18 años) y, de igual manera, se incrementa el porcentaje de adolescentes que dice haberse emborrachado más de 10 veces (del 0,3% a los 11-12 años, se va pasando en los grupos de edad de 13-14, 15-16 y 17-18 años al 1,1%, 5,8% y 14,4%, respectivamente).



Hachís:

La evolución del consumo en doce años en nuestro país confirma un incremento significativo; así, por ejemplo, si en 1990, el 80,9% de los chicos de 15-16 años manifestaba no haberse fumado nunca un porro, este porcentaje ha descendido en 2002 al 68,2%, encontrándose un descenso aún más marcado entre las chicas (si en 1990 el 89% decía no haberlo probado nunca, en 2002 dice lo mismo el 71,2%).

Si se toman como referencia los datos internacionales del HBSC-2002, y considerando sólo a los adolescentes de 15 años, España está entre los seis primeros países en el consumo de cannabis. Los datos muestran, por ejemplo, que en el conjunto de los países del estudio un 21,7% de los varones y un 16% de las chicas manifiestan haberlo consumido en los últimos 12 meses (estos porcentajes en el caso de España son del 31,6% y del 30%, respectivamente).

Cocaína:

El consumo de cocaína, aunque afortunadamente no tan generalizado como el de los porros, ha experimentado una evolución parecida al de esta última sustancia, en el sentido de haber aumentado su consumo en todas las edades estudiadas y tanto en chicos como en chicas. Por ejemplo, si en 1990 un 93,2% de los varones de 17-18 años decía no haber probado nunca la cocaína, este porcentaje desciende al 85,3% en 2002.

El consumo simultáneo de más de una sustancia:

- Existe relación entre el consumo de tabaco y el consumo de cannabis. Así, por ejemplo, entre las personas que no fuman es significativamente menor el porcentaje de los que consumen cannabis que entre las que fuman. En concreto, dentro de los “no fumadores” el porcentaje de “no consumidores de porros” es del 79%, mientras que entre los “fumadores” los que no consumen cannabis son el 22%.
- Tras el cannabis, la droga ilegal más consumida son las drogas de diseño. Tanto los consumidores de ésta como del resto de drogas son preferentemente también consumidores de tabaco. Así, por ejemplo, hay un 23% de adolescentes no fumadores que han consumido al menos una vez una droga ilegal, mientras que dentro de los fumadores este porcentaje es del 80%.
- El consumo de bebidas alcohólicas antecede en el tiempo al de tabaco y existe una relación significativa entre la edad en la que se fuma el primer cigarrillo y la edad en que se prueba la primera bebida alcohólica (los chicos y chicas que tomaron antes su primera bebida alcohólica son también quienes comienzan a fumar a menor edad). De hecho, un año menos en la edad de inicio de la primera bebida alcohólica se asocia con unos ocho meses menos en la edad de probar el primer cigarrillo.
- En el grupo de adolescentes que no ha probado nunca el alcohol se da un 86% de los que nunca ha probado el cannabis. Esta cifra se reduce hasta el 60% en el caso de que se consuma alcohol rara vez o mensualmente, y hasta un 20% en el caso de que se dé un consumo semanal o diario de alcohol.

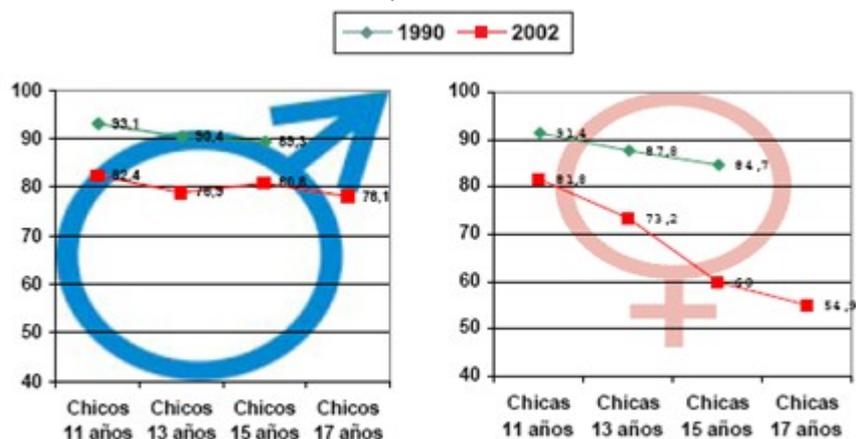
Alimentación y Dieta.

Los cambios físicos propios de la adolescencia la convierten en un periodo en el que la ingesta de nutrientes cobra una especial importancia. Se sabe que cuanto antes se adquieran hábitos alimentarios saludables más fácil será mantenerlos y, con ellos, disminuirá la proclividad a desarrollar más adelante un amplio abanico de enfermedades (cardiovasculares, digestivas, endocrinas, etc.); asimismo, unos buenos hábitos dietéticos contribuirán a mejorar la calidad de vida de la persona y su rendimiento en diferentes ámbitos (por ejemplo, no desayunar puede producir fatiga y un peor rendimiento cognitivo y escolar).

En relación con el desayuno, son más los chicos que las chicas quienes realizan esta comida a diario (aunque durante los fines de semana desaparecen las diferencias entre ellos y ellas) y la tendencia en ambos sexos es a que disminuya el porcentaje de quienes desayunan todos los días conforme avanza la edad.

En relación con la cena, siguen siendo los varones quienes cenan más noches (por ejemplo, en el grupo de los mayores –17 a 18 años-, cenan a diario un 23% más de chicos que de chicas). Sin embargo, y en relación con la edad, la tendencia a que disminuya el porcentaje de quienes cenan todos los días conforme se van haciendo mayores sólo se encuentra en este caso en ellas, tanto los días entre semana como los fines de semana.

Fig. Datos españoles del HBSC en 1990 y 2002. % de chicos y chicas de diferentes edades que dice cenar los 7 días de la semana.



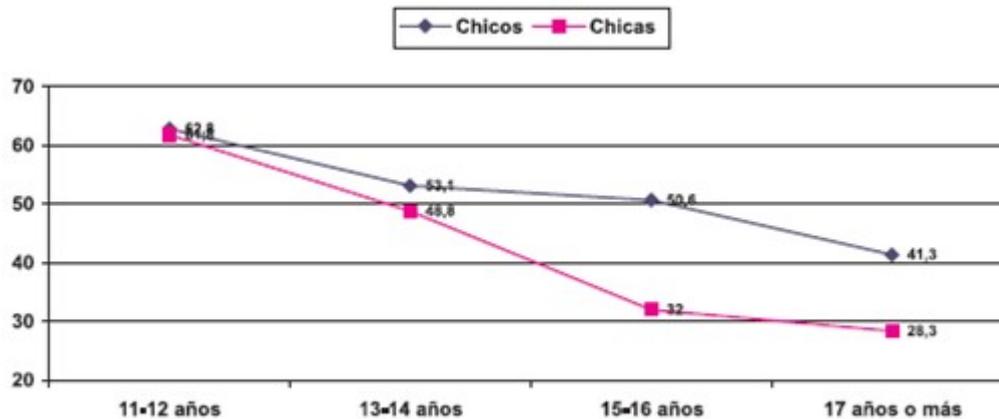
Se aprecia un descenso en estos 12 años en el porcentaje de adolescentes que dice cenar todos los días de la semana, especialmente entre las chicas.

En función de la edad y el sexo, por un lado, a medida que aumenta la edad va disminuyendo el número de adolescentes que dice realizar las tres comidas principales todos los días de la semana (desayuno, comida del mediodía y cena) y que, por otro, son ellas quienes menos comidas dicen hacer a lo largo de la semana. Es decir, si bien se advierte un claro descenso a medida que aumenta la edad, éste es aún más marcado en el caso de las chicas, de manera que, por ejemplo, las



diferencias entre ellos y ellas a los 15-16 años es de casi un 20% y a los 17 años sólo el 28,3% de las chicas afirma que hace las tres comidas todos los días.

Fig. % de chicos y chicas de diferentes edades que dice realizar las 3 comidas principales los 7 días de la semana.



En lo que respecta a las comparaciones internacionales, los adolescentes españoles se sitúan por debajo de la media de los países del estudio en el consumo de verduras y dulces, en torno a la media en el consumo de otros productos (como los refrescos) y por encima en el consumo de fruta.

Actividad Física y Sedentarismo.

La importancia de la actividad física en el desarrollo, especialmente a estas edades, está suficientemente documentada. La participación regular en actividades físicas contribuye a mejorar significativamente la calidad de vida, teniendo efectos positivos sobre la salud física y psicológica. Aunque estos efectos positivos puedan resultar menos llamativos durante la infancia y la adolescencia, lo cierto es que contribuyen de manera decisiva a definir los estilos y la calidad de vida adultos.

En todas las edades estudiadas son los chicos quienes despliegan más actividad física que las chicas. De igual manera, y afectando en este caso a los dos sexos, se observa que a partir de los 13-14 años desciende ligeramente la actividad física a medida que aumenta la edad.

A los 11 años tanto los chicos como las chicas españoles están por debajo de los valores medios de la muestra total del estudio; sin embargo, a los 13 y 15 años la media de días en que los adolescentes españoles se sienten físicamente activos es bastante parecida a la media de los países participantes. Por último, los resultados internacionales muestran tendencias muy parecidas a las encontradas en España: los promedios descienden con la edad en ambos sexos, siendo los valores siempre más bajos entre las chicas.



En cuanto a la actividad sedentaria, hay actividades sedentarias que no muestran un patrón diferencial entre los sexos (tal es el caso del tiempo dedicado a ver la TV), otras tienden a estar más asociadas a los varones (tiempo dedicado al ordenador jugando, chateando, con el correo electrónico o navegando en Internet) y otras más ligadas a las chicas (como, por ejemplo, hacer deberes o tareas escolares).

En los datos internacionales, hasta los 13-14 años se observa una tendencia creciente en el alto consumo de televisión tanto en chicos como en chicas (siendo ellos quienes ven más televisión que ellas en todos los tramos de edad), detectándose sin embargo un cierto descenso a partir de los 15-16 años. En el caso de España, los chicos siguen una evolución parecida a esta tendencia internacional (aunque por debajo de ella en valores absolutos), pero en las chicas sigue en aumento, de manera que a partir de los 15 años (y las diferencias se incrementan aún más en el siguiente tramo de edad) el porcentaje de ellas con alto consumo televisivo supera al de chicos.

Relaciones Sexuales.

Las relaciones con iguales experimentan un cambio importante durante los años de la adolescencia en el sentido de que son también los años en los que comienzan las relaciones de pareja y, por lo tanto, para muchos significa también el inicio de la actividad sexual.

En el transcurso de estos 12 años se ha producido un cambio significativo en el comportamiento sexual de las chicas adolescentes españolas que ha llevado a un inicio más precoz de la actividad coital y a una implicación más parecida a la de sus coetáneos varones.

En cuanto al método contraceptivo empleado, hay que destacar que en la última relación sexual no utilizaron ningún método el 10% los chicos de 15-16 años y el 5,5% de los de 17-18. Estos % bajan a 4,3% y 3,9% respectivamente para las chicas en los mismos grupos de edad.

Por otra parte, utilizaron métodos no seguros, como la “marcha atrás” el 10,4% de los chicos de 15-16 años y el 11,6% de los de 17-18 años. Hay que reseñar que estos porcentajes aumentan para estas edades en las chicas, con un 14,5% y 15,5% respectivamente.

Puede observarse una mayor promiscuidad entre los varones y algunas cifras de embarazos adolescentes a tener en cuenta (por ejemplo, un 4% de las chicas de 17-18 años reconoce haberse quedado alguna vez embarazada).



4. PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Incidencia de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO).

De las principales enfermedades de origen infeccioso declaradas en el municipio de La Carlota, destacamos que en los últimos 5 años, se han declarado 4 casos de tuberculosis (1 en el año 2007), siendo la tasa media para el quinquenio de 6,9 casos por 100.000 habitantes, siendo menor que la tasa de incidencia andaluza, que se sitúa alrededor de 15.

Del total de casos que hemos tenido de TBC, no se ha producido ningún abandono del tratamiento.

Durante estos 5 años, se han declarado también casos de:

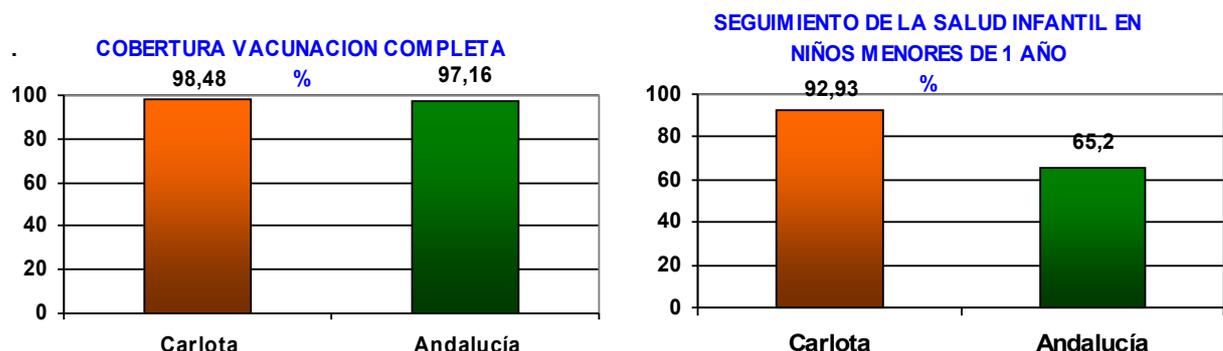
- 1 caso de SIDA,
- 2 de enfermedades vacunables (1 sospecha de Sarampión en el año 2003 y 1 caso de tosferina en el año 2007)
- 1 caso de enfermedad meningocócica por Meningococo W (año 2004)
- 1 caso de legionelosis (año 2007)
- 1 caso de infección gonocócica (año 2007)

Podemos considerar que no hay problemas remarcables en este municipio respecto a las EDO.

Seguimiento de la Salud Infantil.

En cuanto a los Programas relacionados con los niños, como en el resto de Andalucía la cobertura de vacunación completa en niños es alta, cercana al 100% de cobertura. En cuanto a la cobertura del Programa de Niño Sano, en La Carlota, esta también es alta, superando a la andaluza.

Fig. Cobertura de Vacunación Completa y de Seguimiento de la Salud Infantil en niños Menores de 1 año.



Consideramos que la población infantil de La Carlota tiene buenas coberturas en cuanto a los servicios que realiza el personal sanitario de esta población y no se presentan problemas trascendentes.



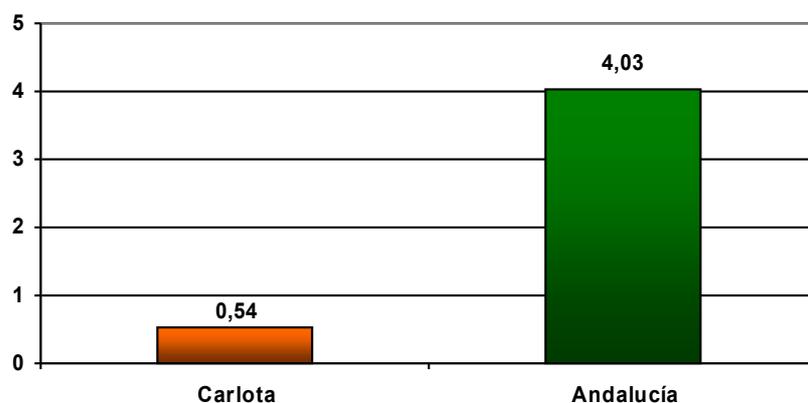
Programas Relacionados con la Mujer.

Aunque consideramos que la Planificación Familiar no es un programa exclusivo de la mujer, lo incluimos en este apartado.

La cobertura general de Planificación Familiar en La Carlota es mucho más baja que la andaluza, esto representa, sin duda, un reto para los profesionales del Sistema Sanitario Público de esta localidad de forma que se alcancen coberturas más elevadas y llegue a la población, incluidas las personas de más riesgo.

Fig. Cobertura General de Planificación General.

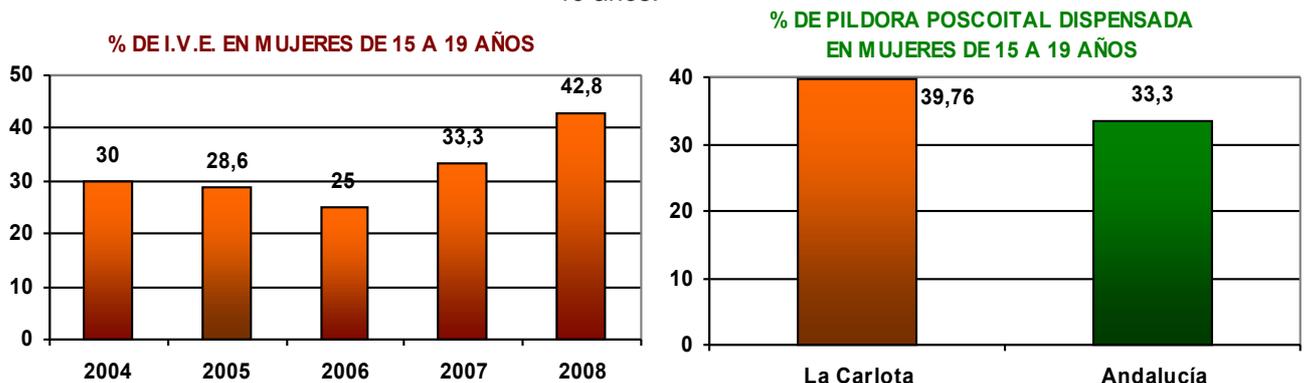
COBERTURA GENERAL DE PLANIFICACION FAMILIAR



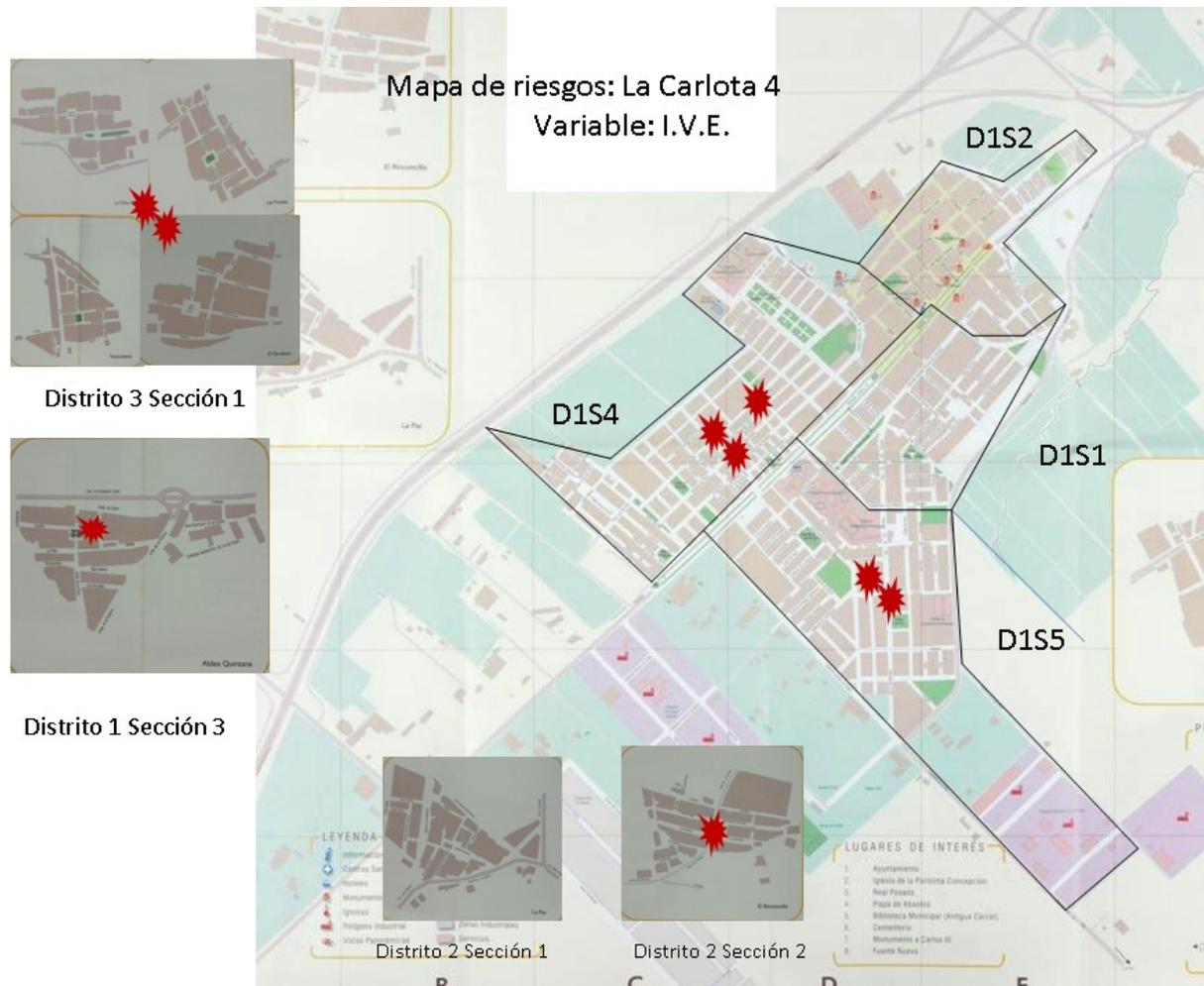
Tras el año 2004, en el que la tasa de IVE (Interrupción Voluntaria de Embarazo), con un 3,44 /1000 mujeres de 15 a 49 años, ha sido la más elevada en La Carlota de los 5 últimos años (hasta julio de 2008), las tasas de IVE se han mantenido más o menos estables (con un rango de 2,36 a 2,77) aunque parece que tiene un tendencia a ir incrementándose paulatinamente. Estas tasas son menores que en Andalucía, que en el año 2006 (última de que disponemos), la tasa de IVE /1000 mujeres fue de 6,74.

Siguiendo la tasa de IVE, el % de IVes en menores de 20 años también tiende a incrementarse, y en el tiempo transcurrido del presente año 2008 representa más del 40% del total de IVes solicitadas (no disponemos del dato andaluz para las IVes de este grupo de edad)

Fig. Porcentaje de IVE (2004 a marzo 2008) y de Píldoras Postcoitales (2006) en mujeres de 15 a 19 años.



En las solicitudes de IVEs, tiene un peso importante la población de mujeres inmigrantes, así en lo que llevamos de año en La Carlota, el 57% de las IVEs corresponden a estas mujeres.



En el año 2006 se dispensaron en La Carlota 83 píldoras postcoitales, lo que representa una tasa de 32,65 por mil mujeres de 15 a 49 años, siendo esta tasa similar a la andaluza (31,83). Por otra parte, del total de píldoras dispensadas, el 40% se hizo a mujeres menores de 20 años y este porcentaje es mayor que el andaluz, que alcanza un tercio del total de píldoras dispensadas. Por otra parte, coincide con un mayor % de IVE en este mismo grupo de edad.

Es indudable la posibilidad de mejora en cuanto a aumentar la cobertura del programa de Planificación Familiar en este municipio, a disminuir el % de IVEs y la dispensación de píldoras postcoitales en el grupo de edad de menores de 20 años.

En este sentido, las actividades de educación afectivo-sexual en adolescentes, tanto en el entorno escolar como fuera de este, serían esenciales para conseguir disminuir estos indicadores.

No tenemos datos pero sería de interés determinar los embarazos (no deseados) en este grupo de edad.

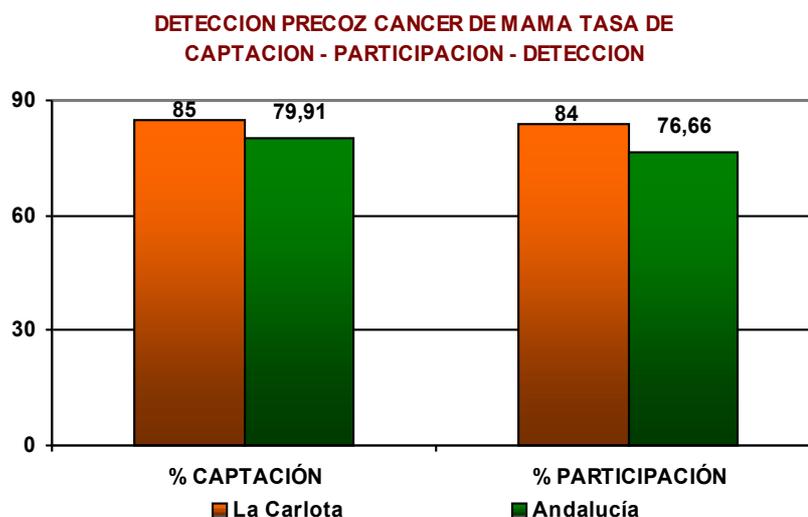


El programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama se inició en La Carlota en el año 2000, habiéndose realizado la última vuelta en el año 2006.

Las tasas de Captación y de Participación de mujeres de La Carlota en el programa superan las tasas andaluzas.

En cuanto a la tasa de detección, en el año 2006 La Carlota presenta una tasa de 1,65 por 1000 y no disponemos del dato de Andalucía. En el dato acumulado, hasta 2006 la tasa de La Carlota es de 5 por 1000 y respecto a Andalucía, el dato de que disponemos es del año 2005, siendo esta tasa de 5,31 por 1000 mujeres.

Fig. Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama.



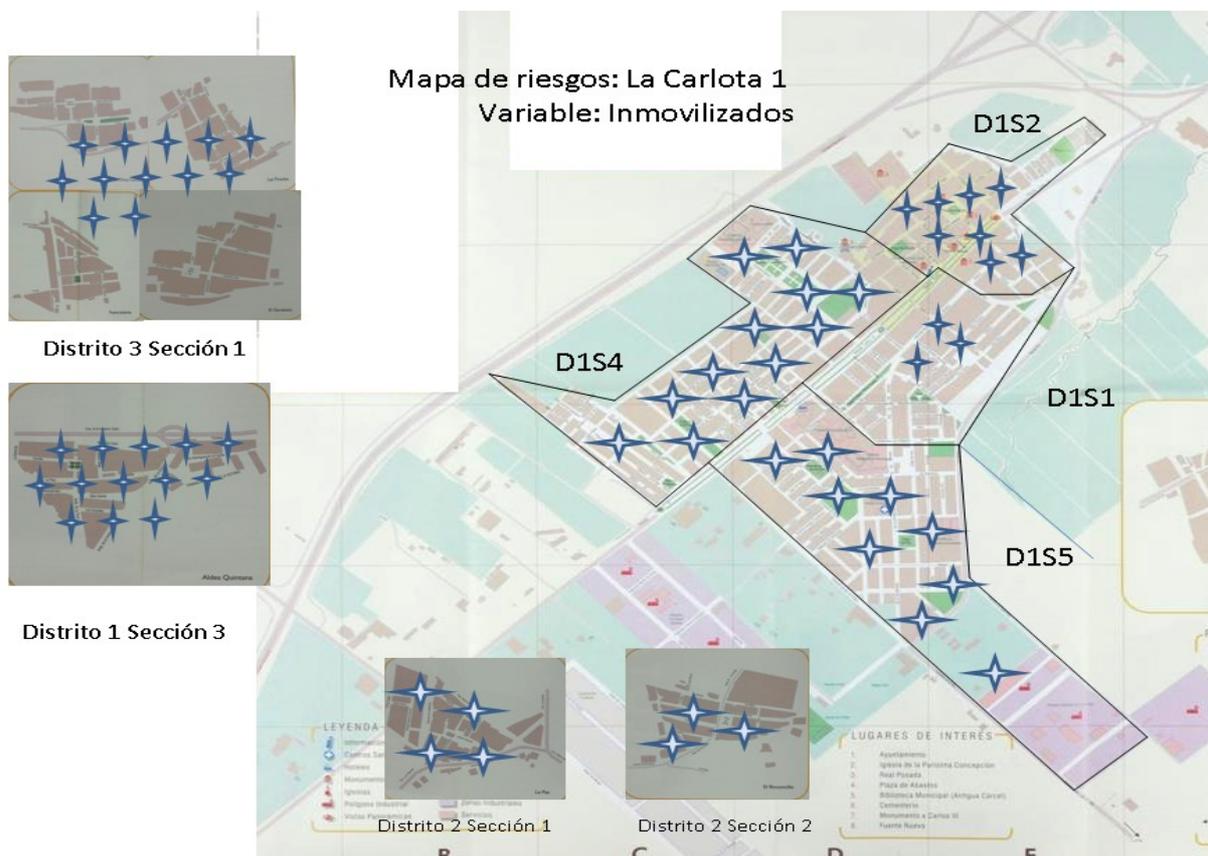
Seguimiento Domiciliario Protocolizado.

La Carlota tiene una cobertura de seguimiento domiciliario protocolizado a personas inmovilizadas más alta que la andaluza. Y aunque no disponemos del dato andaluz de 2007, este % en La Carlota ha aumentado en el año 2007 respecto al año anterior.

Fig. Cobertura de seguimiento domiciliario Protocolizado a personas inmovilizadas.



Este indicador hace referencia a personas que por sus características de salud precisan que les dispensen cuidados de salud en el domicilio, (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 a ancianos frágiles, atención a ancianos residentes en instituciones).



Atención a personas con Procesos Crónicos.

Diabetes.

La cobertura de diabetes controlada sobre la prevalencia teórica de La Carlota ha mejorado en el año 2007 respecto al año anterior, alcanzando a la andaluza.

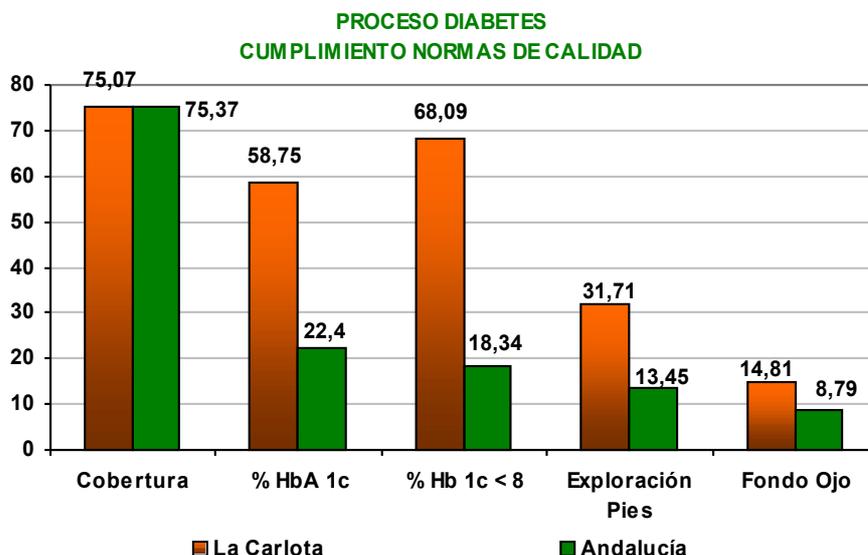
El Proceso Asistencial Integrado (PAI) Diabetes presenta unas normas de calidad respecto a la atención que se presta a estos pacientes y consisten en la determinación de hemoglobina glicada (HbA 1c), la exploración de pies y fondo de ojo realizados en el último año.

Así, en La Carlota, en el año 2007, el % de diabéticos con una determinación de HbA 1c en el último año, el % de HbA 1c con valores por debajo de 8 y el de exploración de pies y de fondo de ojo son superiores a la media andaluza del año 2006.

A pesar de tener coberturas superiores a las andaluzas, encontramos aún oportunidades de mejora en las coberturas de los diferentes indicadores de atención que presenta el proceso.



Fig. Proceso Asistencial Integrado Diabetes. Indicadores de Calidad.

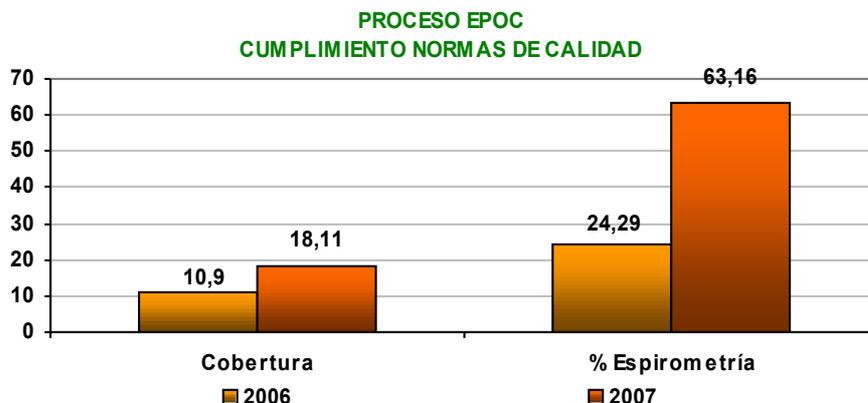


EPOC

En la atención a personas con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), la cobertura de personas en este proceso en La Carlota ha aumentado en el año 2007 respecto al año 2006, alcanzando un valor similar al andaluz para el año 2006. Consideramos que esta cobertura es baja.

El porcentaje de espirometrías se corresponde con el obtenido en la auditoría de procesos del año 2007. En esta, se observa un incremento del indicador respecto al año anterior.

Fig. Proceso Asistencial Integrado EPOC. Indicadores de Calidad.



Consideramos que la atención a estos enfermos presenta coberturas muy bajas, tanto en La Carlota como en Andalucía, manteniendo tradicionalmente importantes diferencias en la captación respecto a otras patologías crónicas como la diabetes o la hipertensión.

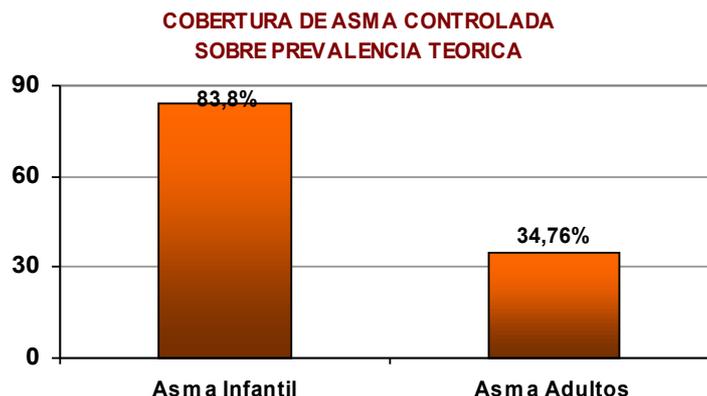


Mejorar todas las coberturas de este proceso debe ser un objetivo prioritario en la atención sanitaria que se presta a la población de La Carlota.

Asma

La cobertura del Proceso de Asma en el Centro de Salud de La Carlota, presenta valores desiguales para los adultos y para los niños. En estos la cobertura alcanza el 83,80% de la prevalencia teórica y sin embargo en los adultos (34,76%) no llega al estándar del 50%.

Fig. Cobertura de Asma controlada según prevalencia teórica. Año 2007.

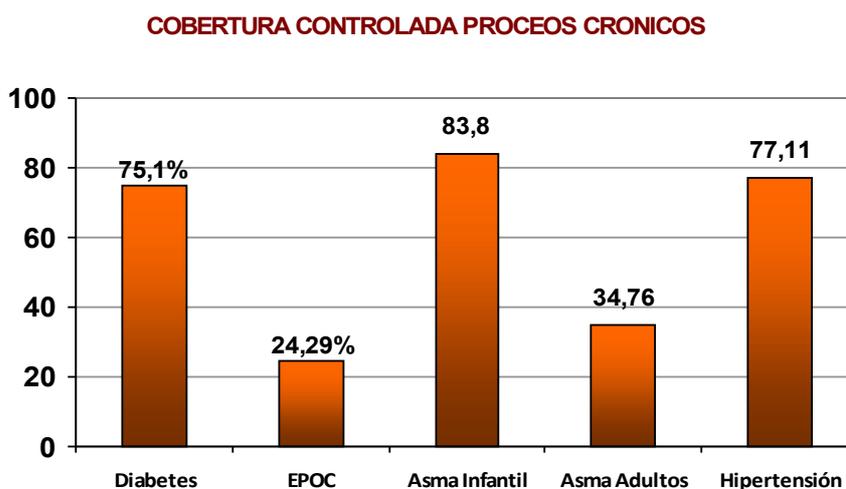


Al igual que en el PAI EPOC, la atención adultos con asma necesita mejorar ostensiblemente las coberturas del proceso.

Hipertensión

La cobertura de hipertensos controlados en La Carlota es del 77,11%. Sin duda esta cobertura es susceptible de mejora, junto con el resto de procesos crónicos que han sido valorados anteriormente.

Fig. Cobertura procesos crónicos. Año 2007



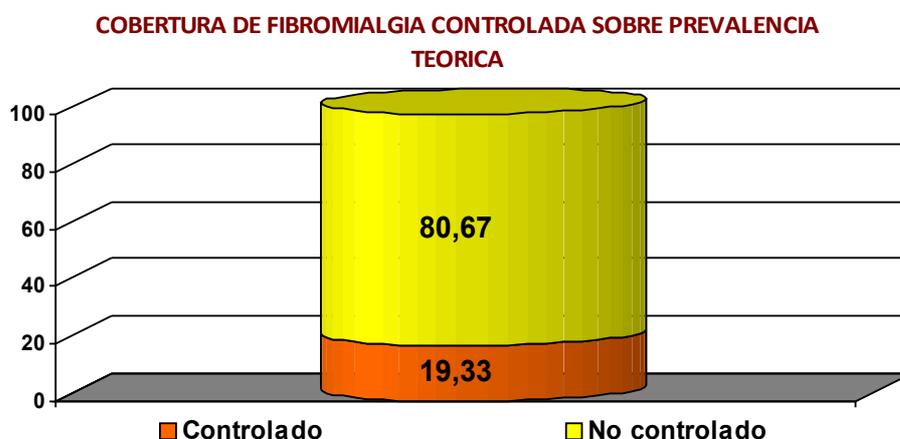
Fibromialgia



En La Carlota, la atención a personas con Fibromialgia como Proceso Asistencial Integrado se ha iniciado recientemente, por lo que la cobertura es baja (19,33%) y seguirá incrementándose en años sucesivos. En este proceso asistencial, desde Atención Primaria se desarrolla la parte individual, con el abordaje del nivel sintomático en consulta médica y de enfermería y de trabajo social.

Pero este proceso, comprende una parte grupal de gran importancia para el control del problema, incorporando actividades de educación para la salud a grupos, actividades de fisioterapia – supervisión de ejercicio grupal realizado por monitores de tiempo libre, actividades de los grupos de autoayuda y actividades comunitarias de los servicios sociales municipales.

Fig. Cobertura de Fibromialgia controlada según prevalencia teórica. Año 2007.



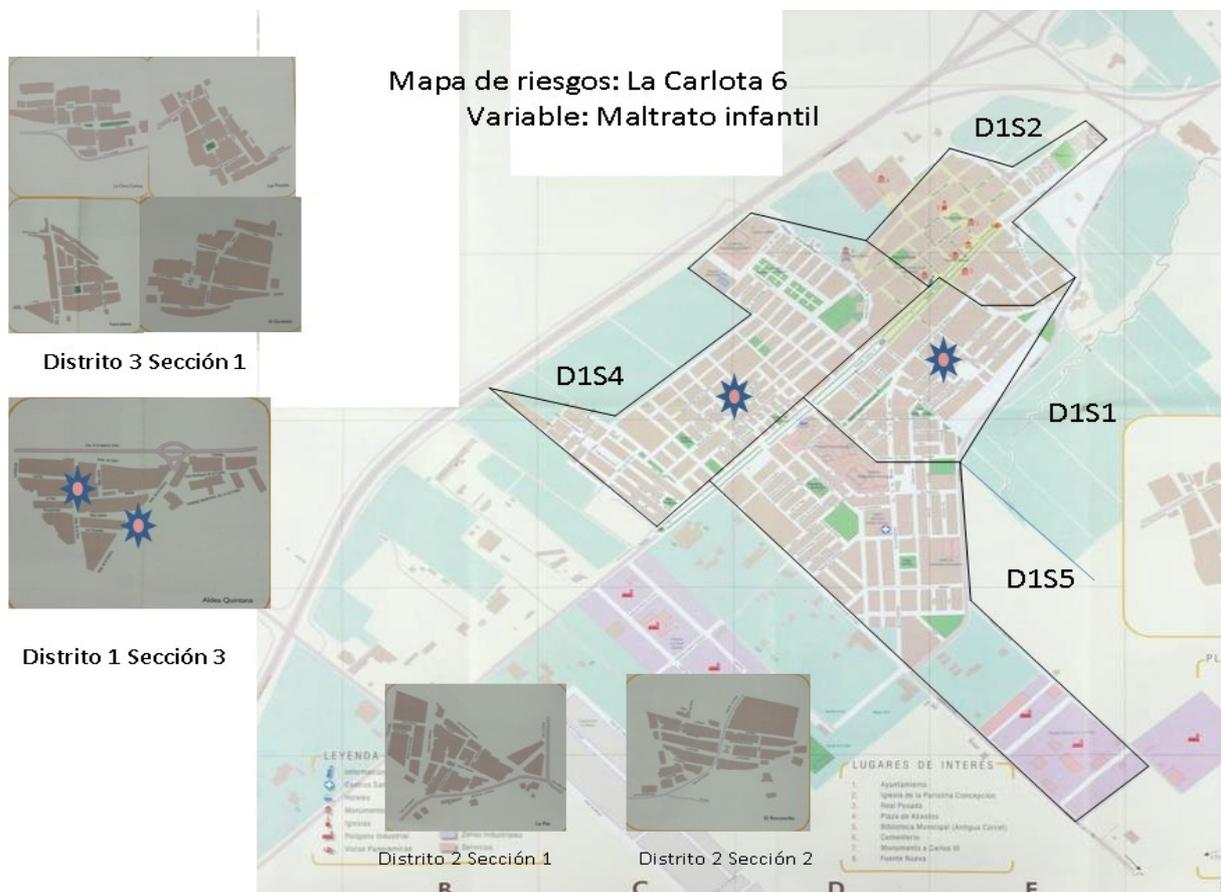
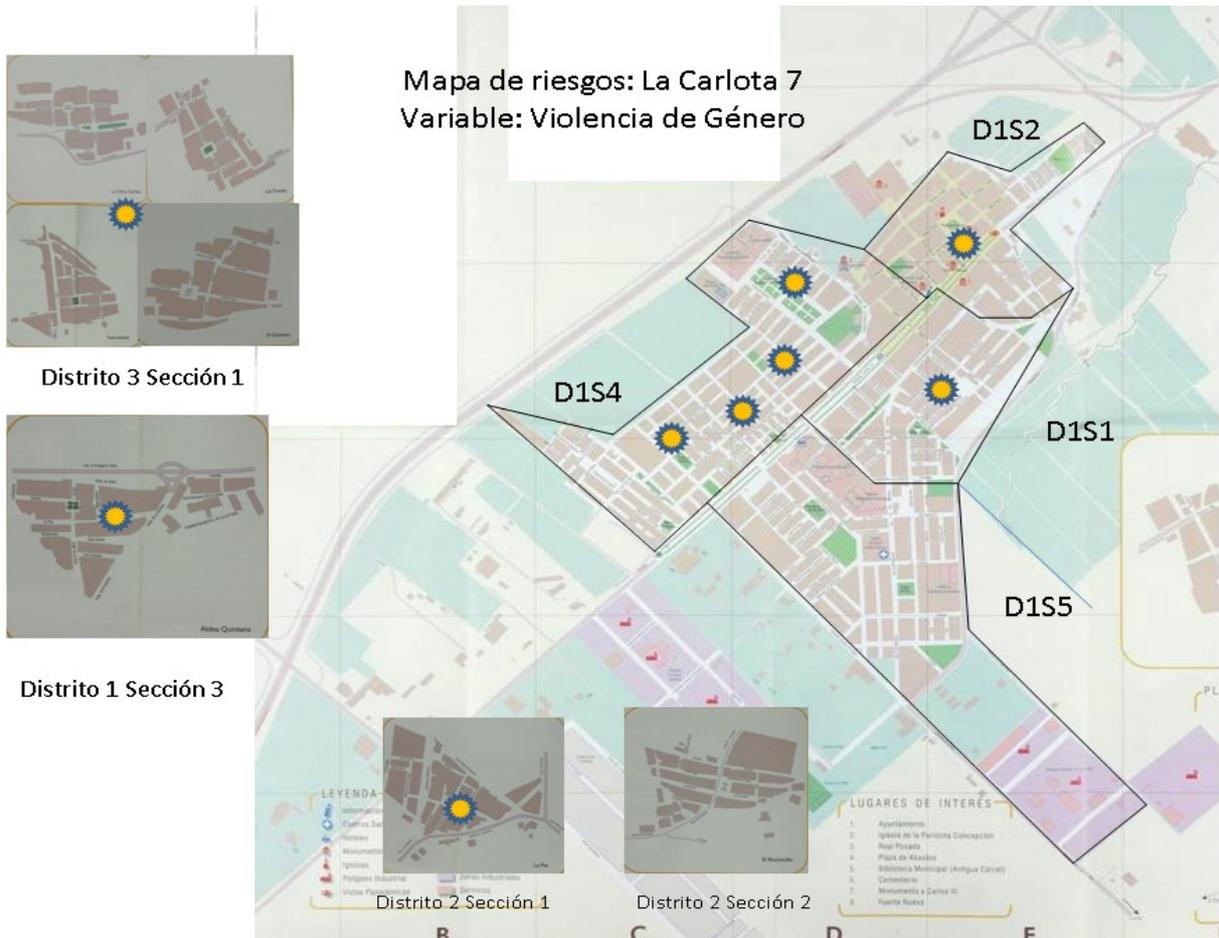
Atención de personas en Riesgo Social.

En La Carlota, las agresiones a mujeres presentan una tasa por 1.000 mujeres mayor que la andaluza. En el año 2007, esta tasa ha disminuido en La Carlota, aunque queda aún por encima de la tasa andaluza de 2006 (último dato de que disponemos).

En cuanto las agresiones a menores, el municipio de La Carlota presenta tasas superiores a la andaluza de 2006 y al contrario que la tasa de agresiones a mujeres, la de niños ha aumentado al doble en el año 2007 respecto al año anterior.

Fig. Tasas de agresiones a Mujeres y Niños. La Carlota (años 2006 - 2007 y Andalucía (año 2006).







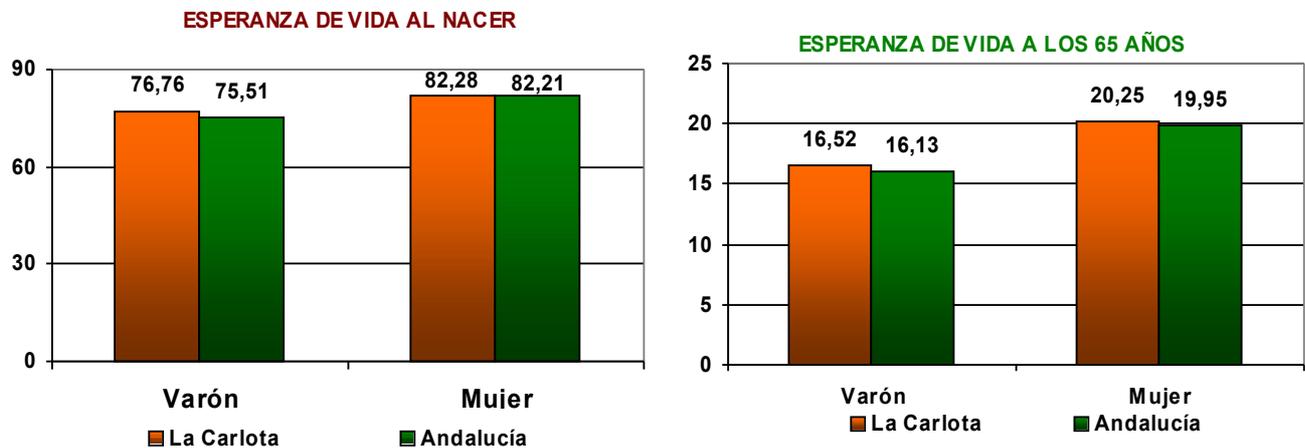
El porcentaje de mayores de 65 años de La Carlota que han sido vacunados de gripe en el año 2007 ha sido del 92,78%. En Andalucía, en el año 2006 se vacunó al 56,83% de los mayores de 65 años.

5. MORTALIDAD

Esperanza de Vida al nacer y a lo 65 años.

La esperanza de vida de la población al nacimiento en La Carlota es similar a la andaluza, aunque con una pequeña diferencia a favor de La Carlota en hombres. A los 65 años se mantiene el mismo patrón, no habiendo diferencias entre ambas poblaciones.

Fig. Esperanza de vida al nacer y a los 65 años por sexo. PASCUA Año 2005.



Mortalidad General.

Tomando como tasa estándar de mortalidad general la andaluza (es de 1), en La Carlota, la tasa estandarizada de mortalidad general está por debajo de la tasa de referencia, indicando que en este municipio la mortalidad para el periodo estudiado es menor.



Fig. Tasa estandarizada por Mortalidad General por sexo. Registro de Mortalidad de Andalucía 2001-2005.



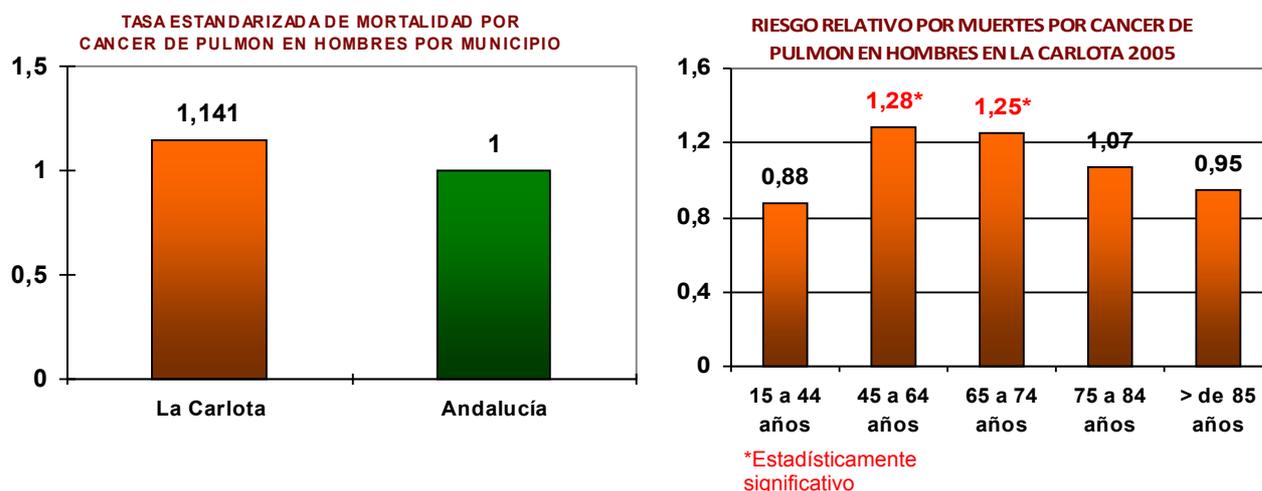
Por grupos de edad, la mortalidad general se incrementa a medida que aumentamos en los grupos de edad. Por otra parte, de 1981 a 2005 ha ido descendiendo en todos los grupos de edad a lo largo de estos años. Sin embargo, considerando las tasas suavizadas y el riesgo relativo, encontramos una diferencia estadísticamente significativa en el grupo de mayores de 85 años, tanto en hombres (1,13) como en mujeres (1,18) y en las mujeres del grupo de 75 a 84 años (1,16).

Mortalidad por Cáncer de Pulmón en Hombres.

Entre los grandes grupos de causas de mortalidad, encontramos que la mortalidad por cáncer de pulmón en hombres en La Carlota presenta un exceso por esta causa respecto a la población andaluza. La principal causa del cáncer de pulmón es el tabaco (90%).

Por grupos de edad, encontramos un riesgo relativo estadísticamente significativo en los grupos de 45 a 74 años, es decir que observamos una mayor mortalidad por esta causa en estas edades.

Fig. Tasas Estandarizadas de Mortalidad por Cáncer de Pulmón en Hombres (2001-2005) y Riesgo Relativo de Mortalidad por Cáncer de Pulmón en Hombres en La Carlota (2005).

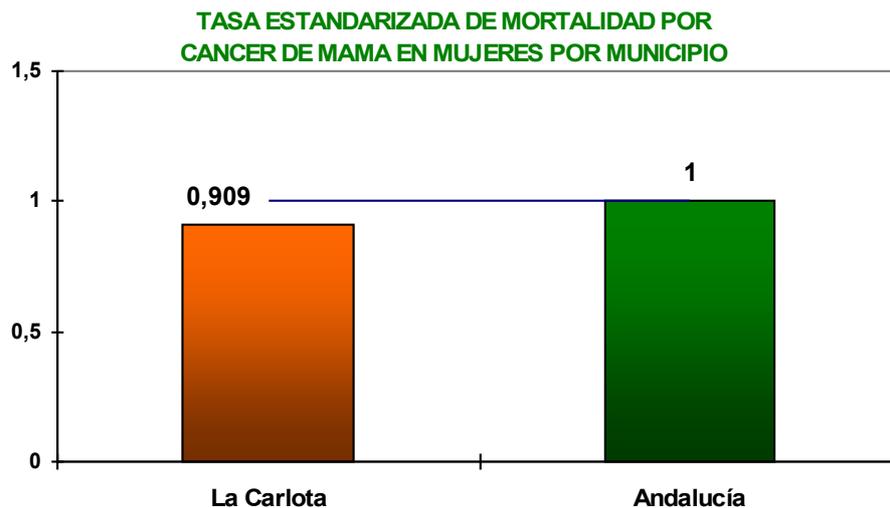




Mortalidad por Cáncer de Mama en Mujeres.

Por el contrario, la mortalidad por cáncer de mama en mujeres, en La Carlota está por debajo de la mortalidad estándar por esta causa en Andalucía. Por grupo de edades, no hay un Riesgo Relativo de mortalidad por esta causa estadísticamente significativo para el año 2005.

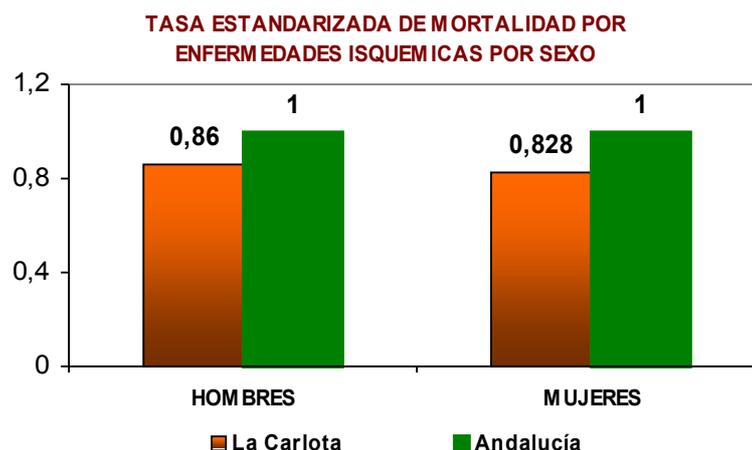
Fig. Tasa Estandarizada de Mortalidad por Cáncer de Mama en Mujeres (2001-2005)



Mortalidad por Enfermedades Isquémicas.

La mortalidad por enfermedades isquémicas, tanto para hombres como para mujeres en La Carlota, es más baja que la andaluza.

Fig. Tasa Estandarizada de Mortalidad por Enfermedades Isquémicas por sexo (2001-2005).



Son factores de riesgo en estas patologías; hipertensión arterial, diabetes, obesidad e inactividad física, adicción a drogas, hiperhomocistinemia, fibrinógeno, raza, factores hereditarios, anticuerpos antifosfolípidos, placas ulceradas en la aorta, tabaco, anticonceptivos orales, alcohol, crisis isquémicas transitorias, lípidos, factores cardíacos.

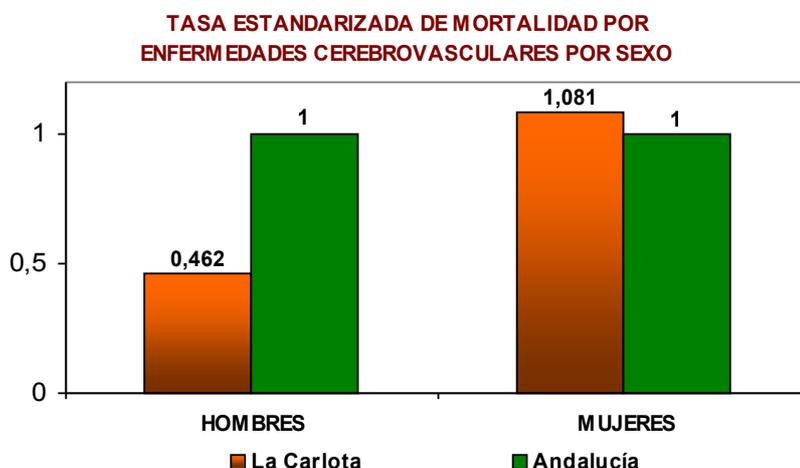


Para la prevención, lo fundamental es actuar sobre los factores de riesgo asociados, que principalmente son la tensión arterial, el colesterol y la diabetes. Evitar tabaco y alcohol. Hacer vida sana: ejercicio físico, dieta sana rica en verduras, frutas y grasas poli-insaturadas, con poca sal y evitando elevadas cantidades de grasas saturadas y azúcares y evitar el sobrepeso.

Mortalidad por Enfermedades Cerebrovasculares.

El municipio de La Carlota presenta menos defunciones por mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en hombres que la población andaluza, pero en las mujeres, encontramos que tiene un exceso de mortalidad sobre la población femenina andaluza.

Fig. Tasa Estandarizada de Mortalidad por Enfermedades Cerebrovasculares por sexo (2001-2005).



Por grupos de edad, existe un Riesgo Relativo significativamente elevado en las mujeres de 65 a 84 años. Para el resto de grupos de edad en mujeres y para los hombres no se han encontrado diferencias significativas.

La causa más frecuente de enfermedad cerebrovascular es el **ictus**, siendo causa de mortalidad entre los adultos. Este se presenta cuando se produce un bloqueo de la irrigación cerebral, bloqueo que puede producirse por arteriosclerosis, hemorragia por ruptura de un vaso cerebral, **aneurisma** o por un **embolo que obstruye un vaso cerebral** y otras múltiples causas en menor medida.

La mayor parte de las enfermedades cerebrovasculares pueden atribuirse a aterosclerosis e hipertensión y la hiperlipidemia y diabetes agravan el proceso.

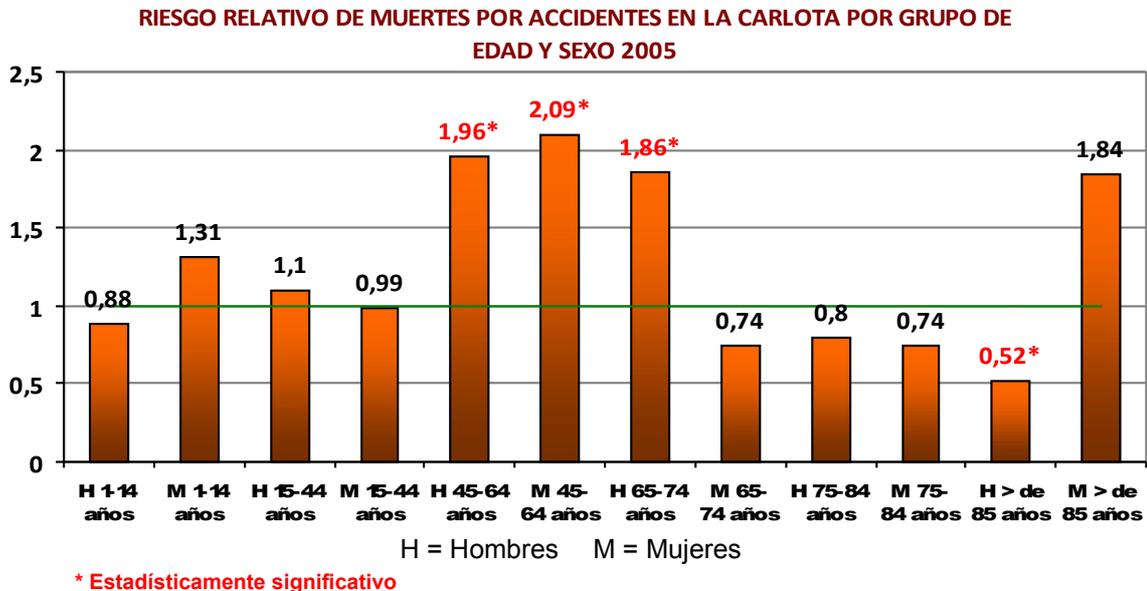
Hay factores de riesgo que no pueden ser modificados como la **edad**, el sexo, la raza o componentes genéticos. Sin embargo otros pueden ser modificables, siendo necesario tenerlos en cuenta para la **prevención**. Algunos de estos factores sobre los que podemos actuar son; la **hipertensión arterial**, **diabetes**, **hipercolesterolemia**, **obesidad** y **sedentarismo**, consumo de alcohol, **tabaquismo**, **drogas** y **anticonceptivos orales**.

Mortalidad por Accidentes.



La evolución de la tasa suavizada de mortalidad por accidentes presenta una disminución con el transcurso de los años (de 1981 a 2005) en casi todos los grupos de edad, excepto en el de 45 a 64 en los dos sexos y en el de hombres de 65 a 74 años, en los que aumenta. En estos grupos, en los que la tasa de mortalidad por accidente aumenta, el riesgo relativo es significativamente más alto.

Fig. Riesgo Relativo de Mortalidad por Accidentes por sexo y grupo de edad en La Carlota (2005).

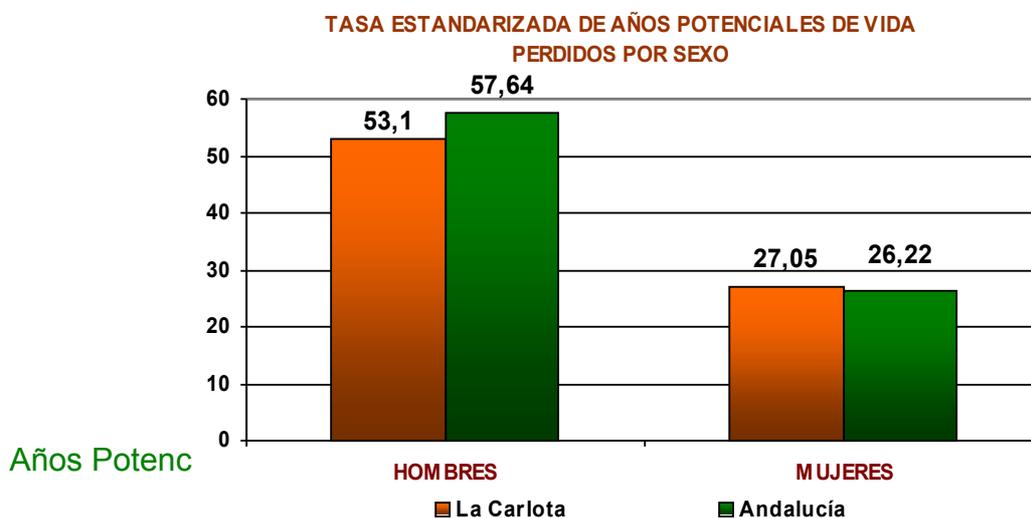


Años Potenciales de Vida Perdidos.

Como indicador del estado de salud de una población, los Años Potenciales de Vida Perdidos cuantifica las muertes prematuras (consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros) y nos informa de la importancia relativa de diversas causas de mortalidad en un período y en una población dada.

Los Años Potenciales de Vida Perdidos en La Carlota son menos que en Andalucía en hombres pero sin embargo en las mujeres, estos son similares a los de las mujeres de Andalucía, estando algo por encima de estas últimas.

Fig. Tasa estandarizada de Años Potenciales de vida perdidos. Año 2005

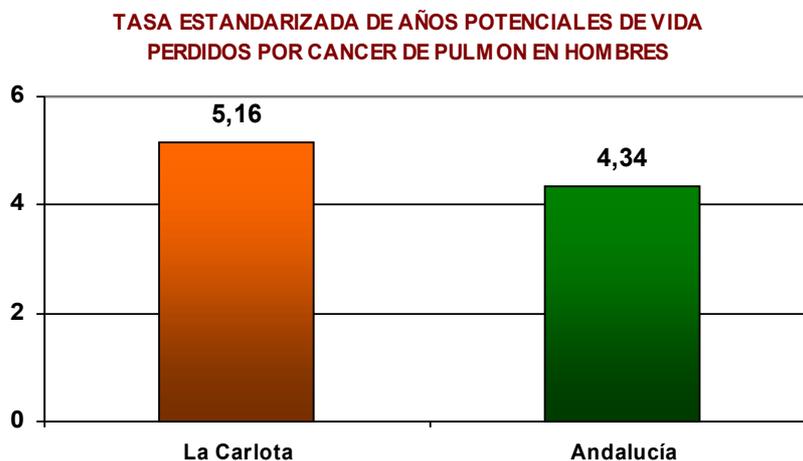


Años Potenc



Para los grandes grupos de causas de mortalidad, los hombres de La Carlota presentan una tasa estandarizada de años potenciales de vida perdidos por cáncer de pulmón mayor a la andaluza. Esto está en consonancia con una mayor tasa estandarizada de muertes por esta causa en La Carlota respecto a la andaluza.

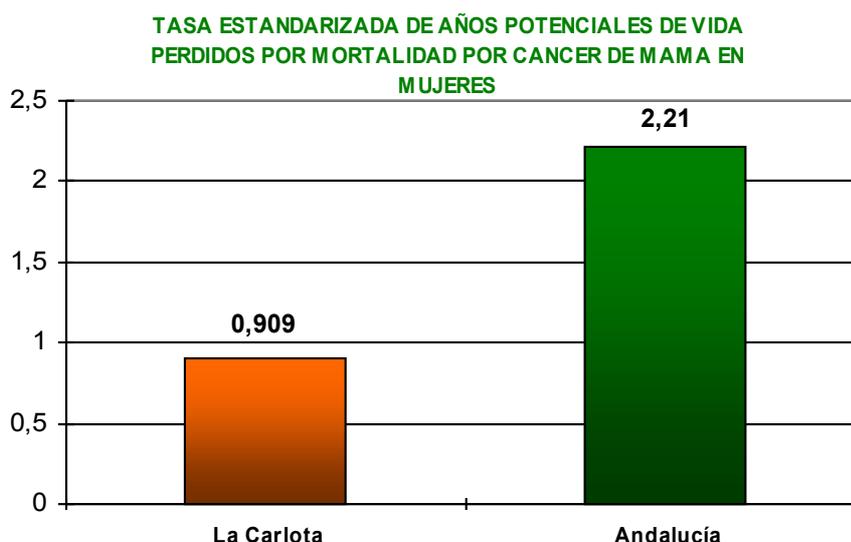
Fig. Tasa estandarizada de Años Potenciales de Vida Perdidos por Cáncer de Pulmón en Hombres. Año 2005



Años Potenciales de Vida Perdidos por Cáncer de Mama en Mujeres.

Al contrario que para el cáncer de pulmón en hombres, la tasa estandarizada de Años Potenciales de Vida Perdidos por Cáncer de Mama en Mujeres de La Carlota es menor que la andaluza.

Fig. Tasa estandarizada de Años Potenciales de Vida Perdidos por Cáncer de Mama en Mujeres. Año 2005

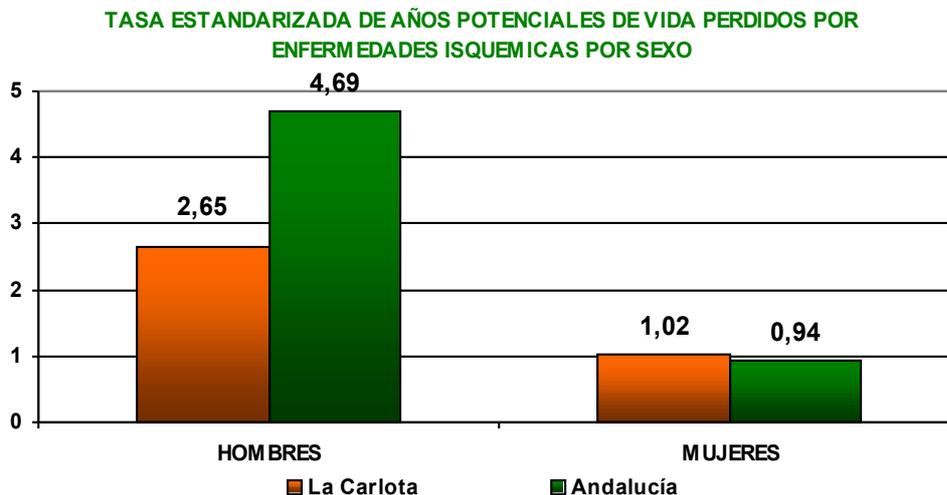


Años Potenciales de Vida Perdidos por Enfermedades Isquémicas.



La tasa estandarizada de años potenciales de vida perdidos por enfermedades isquémicas en La Carlota es menor que la andaluza en hombres y similar, poco más elevada, en mujeres.

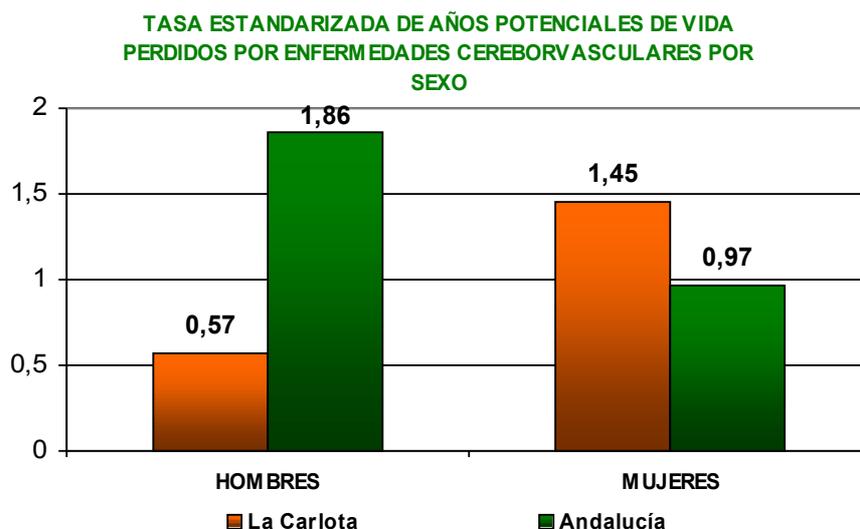
Fig. Tasa estandarizada de Años Potenciales de Vida Perdidos por Enfermedades Isquémicas. Año 2005



Años Potenciales de Vida Perdidos por Enfermedades Cerebrovasculares.

La Carlota presenta una tasa estandarizada de años potenciales de vida perdidos por enfermedades cerebrovasculares menos elevada que la andaluza en hombres y más elevada que la andaluza en mujeres.

Fig. Tasa estandarizada de Años Potenciales de Vida Perdidos por Enfermedades Cerebrovasculares. Año 2005





RECURSOS EXISTENTES EN EL MUNICIPIO

Recursos sanitarios dependientes de la Consejería de Salud

El municipio de La Carlota cuenta con 1 Centro de Salud y un Consultorio Local en El Arrecife en el que prestan servicios 1 Médico de Familia y 1 Enfermera. El Centro de Salud de La Carlota es un módulo T II -U (Centro de Salud). Con Urgencias, Radiología, Rehabilitación, Odontología y Tocología. Con una superficie de 1.565 m², cuenta con los siguientes profesionales:

- 5 Médicos Generales
- 2 Pediatras
- 1 Odontólogo
- 5 ATS /DUE
- 1 Veterinario
- 1 Farmacéutico
- 1 Tocólogo de Hospital Universitario Reina Sofía (1 día/semana)
- 2 Auxiliares Enfermería
- 1 T.E.R.
- 1 Trabajador Social a tiempo parcial
- 1 Fisioterapeuta
- 1 Fisioterapeuta del Ayuntamiento
- 3 Auxiliares Administrativos
- 5 Celadores Conductores
- 1 Auxiliar de recepción a tiempo parcial por parte del Ayuntamiento
- 1 Enfermera Comunitaria de Enlace

Equipamiento

- Electrocardiógrafo
- Aspirador eléctrico
- Retinógrafo
- Aspirador portátil
- Detector latido fetal
- Servicio de Radiología
- Gabinete Odontología
- Autoclave, esterilizador
- Desfibrilador
- Espirómetro
- Pulsioxímetro
- Ecógrafo de alta resolución adquirido por el Ayuntamiento
- Sonda Vaginal adquirida por el Ayuntamiento
- Otoscopios/Oftalmoscopios halógenos, eléctricos de mural
- Sala de Fisioterapia
- Bisturí eléctrico
- Centralita telefónica
- Ambulancia propia y de RTU
- 1 bolsa de transporte Trauma PLS XL
- Collarines perfit ace



- Férulas semirígidas de inmovilización
- Colchón de vacío y bomba de aspiración
- VUM adquirido por el Ayuntamiento (2003)

Servicios principales

Servicios asistenciales:

- Inmunizaciones a grupos de riesgo
- Seguimiento de procesos crónicos
- Seguimiento del embarazo normal (A.P.)
- Seguimiento de embarazo, 2º nivel (Tocología)
- Visita puerperal
- Educación Maternal
- Detección precoz de metabolopatías
- Seguimiento de la salud infantil
- Vacunaciones infantiles
- Salud escolar
- Planificación familiar
- Odontología
- Salud Buco dental a las embarazadas
- Planificación familiar 2º nivel
- Radiología
- Ecografía abdominal
- Salud Mental (En Sector Sur)
- Aerosolterapia
- Programa “Forma Joven”
- Espirometrías
- Fisioterapia
- Atención Domiciliaria Protocolizada: Enfermos Terminales, Atención Domiciliaria a Inmovilizados, Atención Alta Hospitalaria
- Cirugía menor
- Centro docente desde 2004
- Punto de urgencias, con doble equipo los fines de semana (salvo la noche del domingo que dispone de dos médicos pero de 1 enfermero)
Equipo móvil de lunes a jueves
- Rehabilitación
- Fisioterapia
- Atención a drogadicción y adicciones (CCD) con Terapeuta y Psicólogo
- Salud Buco dental a escolares
- Atención a Cuidadoras de Grandes Discapacitados
- Talleres para Cuidadoras de pacientes Inmovilizados
- Enfermería Comunitaria de Enlace



Salud Pública:

- Supervisión de los Sistemas de Autocontrol en industrias alimentarias
- Control de Peligros Biológicos en alimentos
- Control de Contaminantes químicos en alimentos

Gestoría de Usuarios:

- Programa de Cita Previa
- Gestión de citas a especialistas (2003)
- Cambio de médico
- Tramitación solicitud de tarjeta Sanitaria
- Gestión del reconocimiento de prestaciones
- Visado de recetas de fungible y antipsicóticos (2003)
- Gestión visado de recetas de medicamentos (2003)
- Gestión Medicamentos Extranjeros (2003)
- Reclamaciones y sugerencias
- Gestión de prestaciones complementarias (IVE y reintegro de gastos)
- Información al usuario
- Tramitación solicitud de documentación clínica
- Tfno. Único de urgencias

Tecnología:

- Migró a Diraya en abril 2005
- Se implantó Receta XXI en febrero 2006
- Migración a Iberbanda

Recursos en el Municipio

- Centros de enseñanza básica: 4
- Centros de enseñanza secundaria: 2
- Centros de educación de adultos: 1
- Residencias de personas mayores: 1
- Centro de salud
- Centros de Día de Mayores: 1
- Unidad de día de Discapacitados: 1
- Patronato Municipal de Asuntos Sociales:
 - Atención social al ciudadano
 - Información al Inmigrante (creado a raíz de la RELAS)
- Instituto Provincial de Bienestar Social
- Instituto Andaluz de la Mujer
- Punto información joven en el Ayuntamiento
- Punto Forma Joven creado a raíz de la RELAS
- Asociaciones :
 - Personas mayores: Asociación jubilados "San Rafael"
 - Personas discapacitadas: Asociación de discapacitados ADISCAR.



- Asociación de fibromialgia
- Asociación española contra el cáncer
- 8 asociaciones de mujeres (Municipio y aldeas)
- 2 asociaciones juveniles

Este ayuntamiento está dividido en las trece áreas

1. Área de Urbanismo.

Este departamento comprende tareas relacionadas con licencias de obras, ordenación, ejecución, gestión y disciplinas urbanísticas, así como promoción y gestión de viviendas, mantenimiento de vías públicas, etc.

teléfono: 957.300.001
email: governacion@ayto-lacarlota.es

2. Área de Cultura, Juventud y Festejos.

Este área se encuentra centralizado entorno al Patronato de Cultura, Juventud y Festejos "Juan Bernier". Desde este Patronato se plantean actividades que vertebran la vida cultural de La Carlota.

Dentro del Patronato de Cultura encontramos la Oficina de Información Juvenil, Radio Carlota 107.6fm, la Biblioteca Municipal, La Escuela Municipal de Música "Pablo de Olavide", el Museo Municipal y el Centro Juvenil Punto.com

Dirección:
Patronato Municipal de Cultura "Juan Bernier"
Avda. Carlos III nº 50
14.100 La Carlota teléfono: 957 300 001
Fax. 957 303 184
email: cultura@ayto-lacarlota.es

3. Área de Gobernación y Personal.

Encargada de compras de material y conservación de edificios públicos.

4. Área de Desarrollo, Fomento y Empleo.

Dentro de este área recae la responsabilidad de desarrollar políticas de desarrollo económico en nuestro municipio, tanto en su variante de apoyo a la actividad empresaria como en la de formación.

5. Área de Seguridad Ciudadana y Tráfico.



Dentro de este área se encuentra la responsabilidad de velar por la seguridad de los ciudadanos y el respeto a las normas legales, así su campo de actuación es Policía Local, Protección Civil, Bomberos . teléfono de urgencias: 629 285 229 (Policía Local)

6. Área de Deportes.

El deporte aparece como una de las piedras angulares de la vida saludable. La gestión de los espacios deportivos, organización de las actividades deportivas, ocupación del ocio y el tiempo libre recaen dentro de las responsabilidades del Patronato Municipal de Deportes.

Dirección:
Patronato Municipal de Deportes.
Avda. del Deporte s/n
14.100 La Carlota.

teléfono. 957 301 707
email: pmd@ayto-lacarlota.es

7. Área de Medio Ambiente.

Dentro de este área encontramos todos aquellos temas relacionados con la protección del medio ambiente en nuestra localidad como es Parques y jardines, servicios de limpieza, recogida y tratamiento de residuos, protección del medio ambiente, realización de actividades de educación medioambiental, etc.

email: medio-ambiente@ayto-lacarlota.es

8. Área de Infraestructuras y Servicios Urbanos.

Esta área tiene como función el crear y mantener todas aquellas infraestructuras necesarias para el normal desarrollo de la vida en nuestra localidad: Suministro de aguas y alumbrado público, alcantarillado y tratamiento de aguas residuales y obras públicas propiamente dichas.

10. Área de Turismo.

Este área nace como plataforma para promover el conocimiento de nuestra localidad en el exterior. Potenciando el conocimiento de nuestro rico legado artístico-arquitectónico y nuestra singular historia.

Tif. 957.300.001
email. turismo@ayto-lacarlota.es

11. Área de Educación.

Desde esta área se va a llevar a cabo las siguientes tareas: Participación en las enseñanzas y cooperación con otras administraciones públicas, como por ejemplo la Junta de Andalucía, mantenimiento y conservación de colegios, control del absentismo escolar, Aula de Logopedia, Centro de Educación de Adultos, etc... Su



tlf. 957.300.012.

email. educacion@ayto-lacarlota.es

12. Área de Bienestar Social y Servicios Sociosanitarios.

El área de Bienestar Social y Servicios Sociosanitarios es vital en el normal funcionamiento de una institución, que como el Ayuntamiento de La Carlota, tenga vocación de servicio al ciudadano.

Relacionada con las siguientes tareas: Prospección de servicios sociales, promoción y reinserción social, ocupación de tiempo libre, escuela infantil, asuntos relacionados con la tercera edad y ayudas al Tercer Mundo.

Este área se encuentra incluida dentro del Patronato Municipal de Servicios Sociales, email: serviciossociales@ayto-lacarlota.es

13. Área de Escuela de Integración Social y Desarrollo Personal.

En esta área se desarrollan las siguientes actividades: Centro de integración y desarrollo de personas con minusvalías psíquicas y/o físicas.

14. Área de Economía y Hacienda

Este área es la encargada de la ejecución y control presupuestario y las ordenanzas fiscales municipales.

email: economia@ayto-lacarlota.es

15. Participación Ciudadana y Atención al Consumidor.

Esta área nace con vocación de servicio al ciudadano. Su función será la de ser intermediario entre el ciudadano (sus quejas, ruegos y preguntas) y el ayuntamiento. Para ello se ha creado un portal web donde los interesados podrán ponerse en contacto con el Ayuntamiento.

Composición del Pleno del Excmo. Ayuntamiento de La Carlota.

El pleno del Ayuntamiento se encuentra distribuido de la siguiente forma:

1. Rafaela Crespín Rubio, Alcaldesa (PSOE).
2. Fernando Expósito Maestro. (PSOE)
3. Rafaela García Ortiz. (PSOE)
4. José María Reifs Trócoli. (PSOE)
5. Carmela Martínez Alcaide. (PSOE)
6. Francisco Javier Martín Torres. (PSOE)
7. Salvador Hermán Gómez. (PSOE)
8. Rosa López Otero. (PSOE)
9. Sonia Aragonés Echevarría. (PSOE)



10. Dolores Montenegro Macías.(PSOE)
11. Miguel Relaño Ávila. (PSOE)
12. Salvador Narváez Albalat. (PSOE)
13. Rafaela Obrero Ariza. (PP)
14. Ismael Luna Jiménez. (PP)
15. José Carlos Pedraza Reyes.(PP)
16. Rafael López López. (IU)
17. Juan Otero Gómez. (PA)

Cultura

- **Actividades** Este Patronato, además de promover la cultura en todos sus aspectos, persigue implicar al mayor número posible de carloteños, para ello organiza durante todo el año actividades culturales:
 - Concurso de Belenes. Para celebrar unas fiestas tan entrañables como las navideñas el Patronato de Cultura plantea todos los años su tradicional concurso de belenes.
 - Cabalgata de Reyes Magos. La noche del 5 de enero, La Carlota se engalana para recibir a SS MM. Los Reyes Magos de Oriente.
 - Carnavales, La Carlota se disfraza para celebrar una de las fiestas con mayor tradición en nuestra localidad. Pasacalles, concursos de disfraces, bailes,... nos aseguran que será una fiesta inolvidable.
 - Día de Andalucía (28 de febrero de 2008). Con motivo de la celebración de la promulgación de Estatuto de Autonomía, desde el Patronato se plantean unas actividades centradas principalmente en nuestra cultura tradicional.
 - Feria del Libro (del 23 al 27 de abril). Durante una semana el mundo de la literatura se transforma en el referente de la vida cultural carloteña. Durante toda la semana se plantean teatros, encuentros con autores (este año contaremos con la presencia de Juan Manuel de Prada), talleres interactivos y nuestro tradicional mercadillo del libro, donde se podrán encontrar libros con un descuento de hasta el 40%.
 - Romería de San Isidro (15 de mayo)
 - Julio Cultural. Todos los viernes del mes de julio el teatro tomará nuestras calles. El bulevar Carlos III se llenará de las mejores compañías de teatro de



la provincia.

- Exposiciones
- Representaciones teatrales
- Conciertos de música
- Día de la Constitución

- Feria de Septiembre (del 10 al 14 de septiembre de 2008)

-Jornadas Gastronómicas de las Nuevas Poblaciones. Durante un fin de semana la gastronomía y la alimentación carloteña se transforman en los protagonistas de esta actividad que se realizará en la Avda. Carlos III.

El Patronato Municipal de Cultura, Juventud y Festejos "JUAN BERNIER" es un organismo autónomo dentro del organigrama del Excmo. Ayuntamiento de La Carlota, del que en última instancia depende. Dicho patronato tiene la función de promover, gestionar, planificar, organizar, etc., las actividades relacionadas con la cultura, la juventud y los festejos de nuestro municipio y engloba las actividades que antes realizaban las Delegaciones de Cultura, Juventud y Festejos del Ayuntamiento.

El Patronato está gestionado por dos órganos: la Junta Rectora, formada por representantes de todas las Asociaciones Culturales, Partidos Políticos, Asociaciones de Padres de alumnos, Centros de Educación de Adultos, Centro de información juvenil, Biblioteca Pública, Emisora Municipal de Radio, Museo Histórico Local, etc., de nuestra localidad, y que se reúne de manera cuatrimestral; y el Consejo de Rector, que tiene por misión ejecutar, programar y organizar materialmente los acuerdos adoptados por la Junta Rectora, se reúne al menos una vez cada quince días.

- **Talleres** Desde el Patronato todos los años se organizan distintos talleres con una duración cada uno de, aproximadamente, ocho meses. Los talleres son los siguientes:
 - Taller de Pintura al óleo. Donde los alumnos aprenden a dar rienda suelta a sus inquietudes artísticas. Para lo cual aprenden a usar técnicas como el acuarela, carboncillo, ... Así mismo, y coincidiendo con la Semana Cultura (principios de julio) y el Día de Andalucía (28 de febrero) se realizan dos exposiciones colectivas con las obras de los alumnos.



- Taller de Educación vial. Donde los más jóvenes juegan y aprenden las normas básicas que hagan más seguro su normal desarrollo en la ciudad
- Taller de Danza y Coreografía
- Taller de locución de Radio. Utilizando los medio técnicos que nos facilita "Radio Carlota" pretendemos acercar al ciudadano el apasionante mundo de la radiodifusión. En ellos los alumnos aprenden como se realiza un informativo, como se hace un radio-teatro,...
- Taller de Teatro
- Taller de Música
- **Cursos de formación** A lo largo del año, el Patronato de Cultura, organiza además cursos de formación muy demandados por los carloteños, destacar:
 - Curso de Diseño asistido por ordenador
 - Curso de Pintura
 - Curso de Introducción a internet
 - Curso de Contabilidad informatizada: Contaplus
 - Curso de Diseño y mantenimiento de Páginas Web
 - Curso de lenguaje de Signos.
- **Biblioteca** Biblioteca Municipal, que abrió sus puertas en marzo de 1.991, lo cual le ha creado una gran tradición dentro de la vida cultural carloteña, años en los que ha intentando dar el mejor servicio posible. Los objetivos que persigue son: dar a conocer la biblioteca y los servicios que presta a la población escolar en el más amplio sentido. Por esta razón se suelen organizar visitas concertadas con los centros educativos durante el curso escolar. También a través de la biblioteca se organizan distintas actividades a lo largo del año como: animación a la lectura, marathones, cuenta-cuentos, Club de Lectura etc,...
- **Radio municipal** Radio Municipal, que comenzó su carrera en Septiembre de 1.991. La radio en nuestro municipio es un medio de gran relevancia, por su



carácter cultural, y por que sirve de conexión entre los diversos departamentos poblacionales, haciendo más fácil y cómoda la comunicación de todos los habitantes de La Carlota. Dicha emisora cuenta en su programación con 24 colaboradores.

Servicios sociales

- **Presentacion** La principal prestación que ofrece este patronato es la de llevar a cabo políticas de carácter social, potenciando la asistencia a los sectores más desprotegidos de nuestra sociedad.
El Ayuntamiento de La Carlota se presenta ante la sociedad como una institución con vocación de servicio al ciudadano. Servicio que día tras día se materializa en centros con la Guardería infantil, el Centro de Día, Residencia de la tercera edad, Club de Jubilados, ... pero también el la ayuda a domicilio y otras acciones de carácter asistencial.
- **Ayuda a Domicilio** En su mayor parte va destinado a personas mayores con limitación para atender sus propias necesidades y que siguen viviendo en su domicilio. Para esto hay un grupo de mujeres auxiliares de hogar que son las que los atienden, y no sólo se les proporcionaba el arreglo de la casa, si no que también se les da compañía y se les ayuda en el aseo personal. En este momento se está atendiendo a 23 familias. Este programa cuenta con un presupuesto de 3.000.000 de pesetas. Dentro de esta prestación está el Programa de Teleasistencia, con el que se da solución al problema de aquellas personas, que aún teniendo ayuda a domicilio, necesitan que una persona esté constantemente en su casa. Gracias a este programa, se pone en funcionamiento todo un complejo sistema de alarma que avisa a distintos centros como pueden ser Cruz Roja, Bomberos, Centros de Salud, Ambulancias..., en función del problema surgido. Otro problema muy importante al que puede dar solución este patronato es el de la soledad de los mayores, ya que al otro lado del teléfono siempre hay alguien que los va a escuchar.

Convivencia de Aldeas Donde se realiza una serie de actividades, cada año en un Departamento distinto

Atención al Transeunte Tenemos el fondo de Solidaridad compuesto por Parroquias, Hermandades y Ayuntamiento, efectuando cada colectivo una aportación económica. En él se da respuesta a todas las personas necesitadas que pasan por nuestro pueblo ofreciéndole comida, transporte, etc..., y también en casos extremos a familias del Municipio.

- **Escuela Infantil Matrona María del Valle** Dentro del Patronato de Servicios Sociales se está trabajando con la Escuela de Integración Social y Desarrollo Personal, que es un centro de carácter público municipal el cual abrió sus puertas el



pasado año en la localidad de la Carlota. Se encuentra en el edificio de la Escuela Infantil Matrona M^a del Valle.

Este proyecto se puso en marcha gracias a un estudio efectuado en la comarca, en el que se detectaba un déficit atencional existente en este colectivo, pasado el periodo de escolarización obligatoria.

La Escuela de Integración Social y Desarrollo Personal se establece como una parte de servicios sociales donde se atiende a todo aquel que lo solicite, siendo sus fines fundamentales:

Defender y promover los derechos de las personas con minusvalías psíquicas y/o físicas.

Promover su desarrollo, educación y plena integración social y laboral.

Promover actividades formativas y culturales de todo tipo dirigidas a fomentar la integración social y el desarrollo personal de estos alumnos/as.

La Escuela está atendida por un equipo multiprofesional del que forman parte: Maestra de Educación Especial y Logopedia, Psicóloga, Psicopedagoga, Auxiliar y la colaboración del Patronato de Deportes con un monitor de psicomotricidad (3 horas semanales).

A través de la Escuela se llevan a cabo muchas actividades como: Taller de jardinería, trabajos de madera, belén de escayola, carnaval, visitas, excursiones, etc.

DEPORTE

PATRONATO MUNICIPAL DE DEPORTE

ACTIVIDADES DEPORTIVAS MENORES 16 AÑOS

ESCUELAS DEPORTIVAS MUNICIPALES .

- E. D. M. NATACIÓN
- E. D. M. PESCA DEPORTIVA
- E. D. M. PADEL
- E. D. M. TENIS
- E. D. M. BALONCESTO
- E. D. M. TIRO CON ARCO
- E. D. M. TIRO CON ARCO
- E. D. M. GIMNASIA RÍTMICA
- E. D. M. FÚTBOL SALA FEMENINO
- E. D. M. FÚTBOL
- E. D. M. MULTIDEPORTE
- E. D. M. PREDEPORTE
- E. D. M. PSICOMOTRICIDAD
- E. D. M. ALDEAS MULTIDEPORTIVAS



CONCENTRACIONES DEPORTIVAS

Concentración de AQUATLÓN
NAVIDAD DEPORTIVA
CONOCE TU MARCA ATLETISMO
Concentración de FÚTBOL SALA
Concentración de Fútbol 7

COMPETICIONES Y TORNEOS

TORNEO DE VERANO DE FÚTBOL SALA (Nacid@s a partir 1996)
TORNEO DE VERANO DE BALONMANO (Nacid@s a partir 1992)
TORNEO DE VERANO DE FÚTBOL 7 (Nacid@s a partir 1992)
TORNEO DE VERANO DE FÚTBOL SALA (Nacid@s a partir 1992)

PRUEBAS POPULARES

ACTIVIDADES DEPORTIVAS DÍA DE ANDALUCÍA
ACTIVIDADES DEPORTIVAS DÍA DE LA CONSTITUCIÓN

ACTIVIDADES EN LA NATURALEZA

ACTIVIDADES DEPORTIVAS DÍA DE LA CONSTITUCIÓN
JORNADA DE PIRAGÜISMO
SENDERISMO POR LA VÍA VERDE
ACTIVIDADES DEPORTIVAS EN LA NIEVE

PRUEBAS POPULARES

ACTIVIDADES DEPORTIVAS DÍA DE ANDALUCÍA
ACTIVIDADES DEPORTIVAS DÍA DE LA CONSTITUCIÓN

OTRAS ACTIVIDADES

ACTIVIDADES COMARCALES
JORNADAS Y CHARLAS EDUCATIVAS
FIESTA CONCLUSIÓN TEMPORADA VERANO DE NATACIÓN
FIESTA CONCLUSIÓN TEMPORADA INVIERNO DE NATACIÓN
FIESTA CONCLUSIÓN TEMPORADA ESCUELAS DEPORTIVAS

ACTIVIDADES DEPORTIVAS MAYORES 16 AÑOS

- GIMNASIA MANTENIMIENTO, AEROBIC Y STPES
- GIMNASIA DIRIGIDA A MAYORES
- SALA MUSCULACIÓN / FITNESS
- CAMPEONATOS Y TORNEOS
- CLASES DE TENIS Y PADEL
- YOGA
- ACTIVIDADES EN LA NATURALEZA
- CONCENTRACIONES DEPORTIVAS
- OTRAS ACTIVIDADES
- PRUEBAS POPULARES



INSTALACIONES DEPORTIVAS MUNICIPALES

ESTADIO MUNICIPAL DE DEPORTES

UNIDADES DEPORTIVAS:

- 1 CAMPO DE FÚTBOL DE CÉSPED ARTIFICIAL (Dos de Fútbol 7).
- 1 PISTA DE ATLETISMO
- 2 PISTAS DE PADEL
- 2 PISTAS DE TENIS

CENTRO DEPORTIVO MUNICIPAL

PISCINA MUNICIPAL CUBIERTA / DESCUBIERTA

SALA MUSCULACIÓN / FITNESS

SAUNAS

BAÑOS DE VAPOR

SALA DE FORMACIÓN Y EXPOSICIONES

UNIDADES DEPORTIVAS:

- 1 PISTA DEPORTIVA DE 95 X 50 metros
(Divisible en 3 Pistas Deportivas de 50 x 30 metros)
- 7 VESTUARIOS
- 2 ALMACENES
- SALA DE REUNIONES
- ZONA DE FORMACIÓN (Talleres y Aulas)

SALA DEPORTIVA EL ARRECIFE

UNIDADES DEPORTIVAS:

- 1 PISTA DEPORTIVA (40 m X 20 m)
- 2 VESTUARIOS EQUIPOS

- PISTAS DE PETANCA



Cuatro Pistas de Petanca

MEDICINA DEPORTIVA

- RECONOCIMIENTOS MÉDICOS
- FISIOTERAPIA
- TALLERES Y CURSOS