Distrito Sanitario Guadalquivir
Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

INFORME DE SITUACION DE SALUD

MUNICIPIO MONTORO

DISTRITO SANITARIO GUADALQUIVIR

Mayo 2016

La ciencia, a pesar de sus progresos increíbles, no puede ni podrá nunca explicarlo todo. Cada vez ganará nuevas zonas a lo que hoy parece inexplicable. Pero las rayas fronterizas del saber, por muy lejos que se eleven, tendrán siempre delante un infinito mundo de misterio.
Gregorio Marañón.

Hay en el mundo un lenguaje que todos comprenden: es el lenguaje del entusiasmo, de las cosas hechas con amor y con voluntad, en busca de aquello que se desea o en lo que se cree.
Paulo Coelho.

No sabré hacerlo, no ha producido jamás buen resultado.
Probaré a hacerlo, ha obrado casi siempre maravillas.
Lo haré, ha conseguido milagros.
Anónimo.

ELABORACIÓN.

Andrés Pérez Ramos.

Epidemiólogo de Atención Primaria.

Distrito Sanitario Guadalquivir.

INDICE.

	Página
Introducción	**4**
Objetivo	**4**
Metodología	**4**
Análisis del área: el Municipio de Montoro	**5**
1. Situación Geográfica	**5**
2. Información demográfica y socioeconómica	**6**
▪ Pirámide de población	**6**
▪ % de mayores de 65 años	**11**
▪ Tasa de sobre-envejecimiento	**11**
▪ % de menores de 15 años	**12**
▪ Índice de envejecimiento	**12**
▪ Índice de dependencia	**13**
▪ Tasa de natalidad	**13**
▪ Tasa específica de fecundidad	**14**
▪ Tasa de inmigración	**14**
▪ Tasa de paro	**16**
▪ Tasa de analfabetismo	**16**
3. Hábitos y Estilos de Vida	**17**
Jóvenes:	**17**
▪ Consumo de tabaco	**17**
▪ Consumo de alcohol	**18**
▪ Consumo de cannabis	**20**
▪ Consumo de azúcares	**21**
▪ Relaciones sexuales	**22**
4. Principales Problemas de Salud	**29**
▪ Enfermedades de declaración obligatoria (EDO)	**29**
▪ Obesidad infantil	**30**
▪ Atención a personas con procesos crónicos	**30**
▪ Consejo dietético	**31**
▪ Fumadores	**31**
▪ Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama	**32**
▪ Tasa de IVE (Interrupción Voluntaria de Embarazo)	**32**
▪ Seguimiento domiciliario protocolizado	**33**
▪ Atención a personas en riesgo social	**33**
5. Mortalidad	**34**
▪ Esperanza de vida	**34**
▪ Mortalidad por causas	**34**
Conclusiones	**36**
ANEXOS	**40**
▪ Demografía	**41**
▪ Mapas de supervivencia y longevidad	**44**

INTRODUCCIÓN.

Este informe forma parte del desarrollo de la Red Local de Acción en Salud (RELAS) en el municipio de Montoro.

El estudio realizado presenta las limitaciones metodológicas propias de cualquier análisis de áreas pequeñas, ya que al ser el número de casos y los tamaños de población reducidos, las tasas o proporciones que se obtienen presentan mayor inestabilidad.

El presente documento tiene como objeto la difusión de los resultados del análisis epidemiológico, que pretende ser una fotografía que ayude a gestores y profesionales de los servicios públicos a identificar necesidades o deficiencias en la salud de la población o en los determinantes de la misma, o a seguir profundizando en el estudio de las mismas.

OBJETIVO.

Describir la población del Municipio de Montoro mediante una serie de indicadores demográficos, socioeconómicos, de riesgos para la salud, de hábitos y estilos de vida, de resultados en salud y de servicios de atención sanitaria, de mortalidad para priorizar problemas de salud sobre los que hacer una intervención en el municipio.

METODOLOGÍA.

Unidad de análisis

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 Montoro (14043) del Distrito Sanitario Guadalquivir (03048) en la provincia de Córdoba.

La comparación de los resultados de Montoro se hace principalmente con los de la población andaluza, aunque en ocasiones se ha comparado con la española, con la de la provincia de Córdoba o con el conjunto del Distrito Sanitario Guadalquivir.

Fuentes de datos

Las fuentes de datos que hemos utilizado son:

- Sistema de Información Territorial de Andalucía (SIMA) en el IEA (Instituto de Estadística de Andalucía)
- 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 2011)
- Atlas Interactivo de Mortalidad en Andalucía (AIMA)
- Página oficial del Excmo. Ayuntamiento de Montoro

- SEPE. Ministerio de Empleo y Seguridad Social
- Datos Espaciales de Referencia de Andalucía (DERA)
- IDEAndalucía. Infraestructura de Datos Espaciales de Andalucía
- Callejero Digital de Andalucía Unificado

ANALISIS DEL AREA: EL MUNICIPIO DE MONTORO.

1. SITUACIÓN GEOGRÁFICA.

Montoro en un municipio de de la provincia de Córdoba, situado aproximadamente a 45 km. de la capital en dirección este-noreste, junto a la autovía de Andalucía que lleva hasta Madrid. El casco urbano se ubica a 195 metros sobre el nivel del mar, en la zona de contacto de Sierra Morena con la campiña, emplazado sobre un promontorio en el interior del meandro encajado que aquí forma el río Guadalquivir, el cual ciñe su caserío. Con una población de 9.920 hab (padrón 2011) y una extensión superficial de 586 km², la densidad de población es de 16,93 hab/km². Sus coordenadas geográficas son latitud: 38º 01' Norte y Longitud: 4º 22' Oeste.

Su base económica es el cultivo del olivar, con varias almazaras que producen un aceite de alta calidad. También se dan otros cultivos en su zona de campiña como los cereales. Otras industrias de menor dimensión pero de raigambre e incluso fama, son la fabricación de mazapanes, la artesanía en cuero y la forja artística.

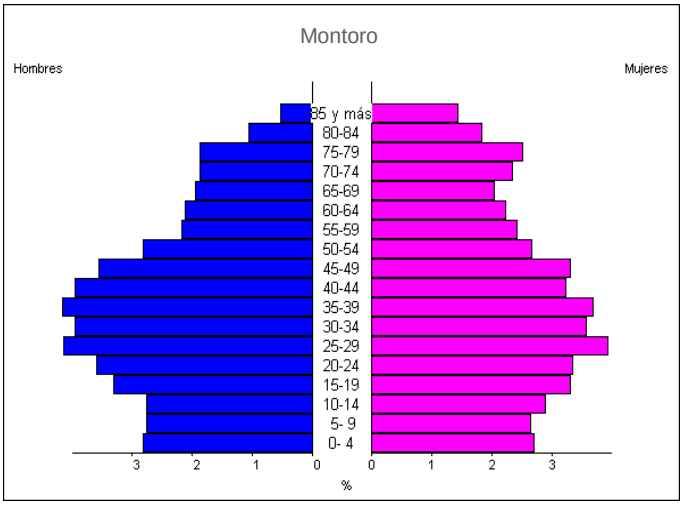
Fig. Situación geográfica del Municipio de Montoro en la provincia de Córdoba.

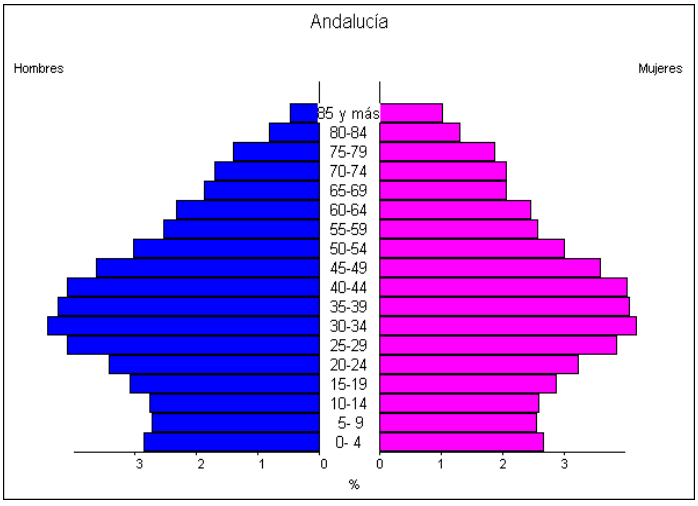
2. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y SOCIOECONÓMICA.

Tomando como referencia las cifras del padrón 2015, la pirámide de población del municipio de Montoro es similar a la andaluza excepto en las edades más avanzadas, con una la zona central de efectivos de población entre 20 y 40 años que alcanza una mayor anchura que las edades más bajas. En las personas mayores, Montoro (18,1%) presenta más efectivos que la población andaluza (16,2%). Los mayores de 84 años suponen en Montoro el 16,97% en Montoro y el 12,66% en Andalucía. Por el contrario, la proporción de menores de 15 años es de 16,15% en Montoro y de 16,30% en Andalucía, por lo tanto, Montoro tiene más personas mayores y poco menos jóvenes que la población andaluza.

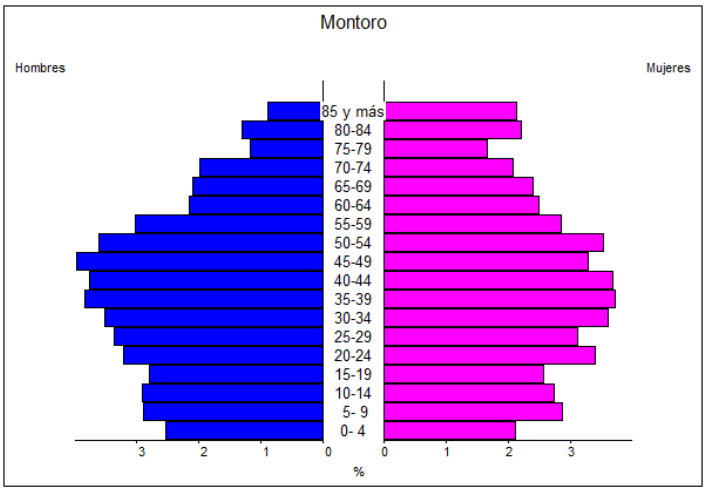
Fig. Pirámides de población de Montoro y Andalucía.

2011





2015



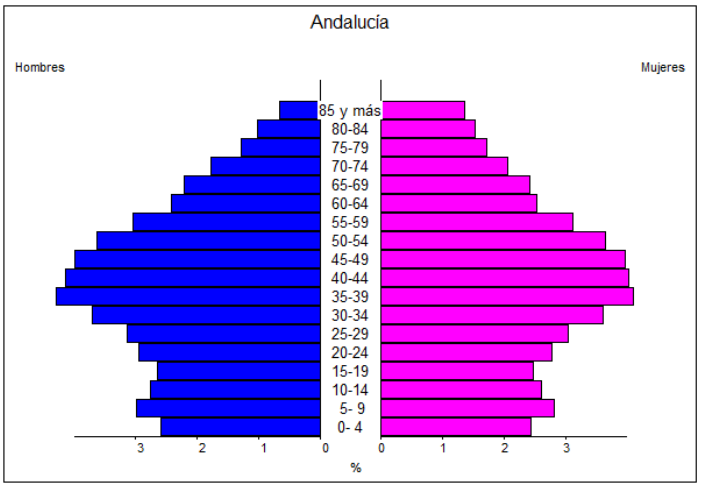


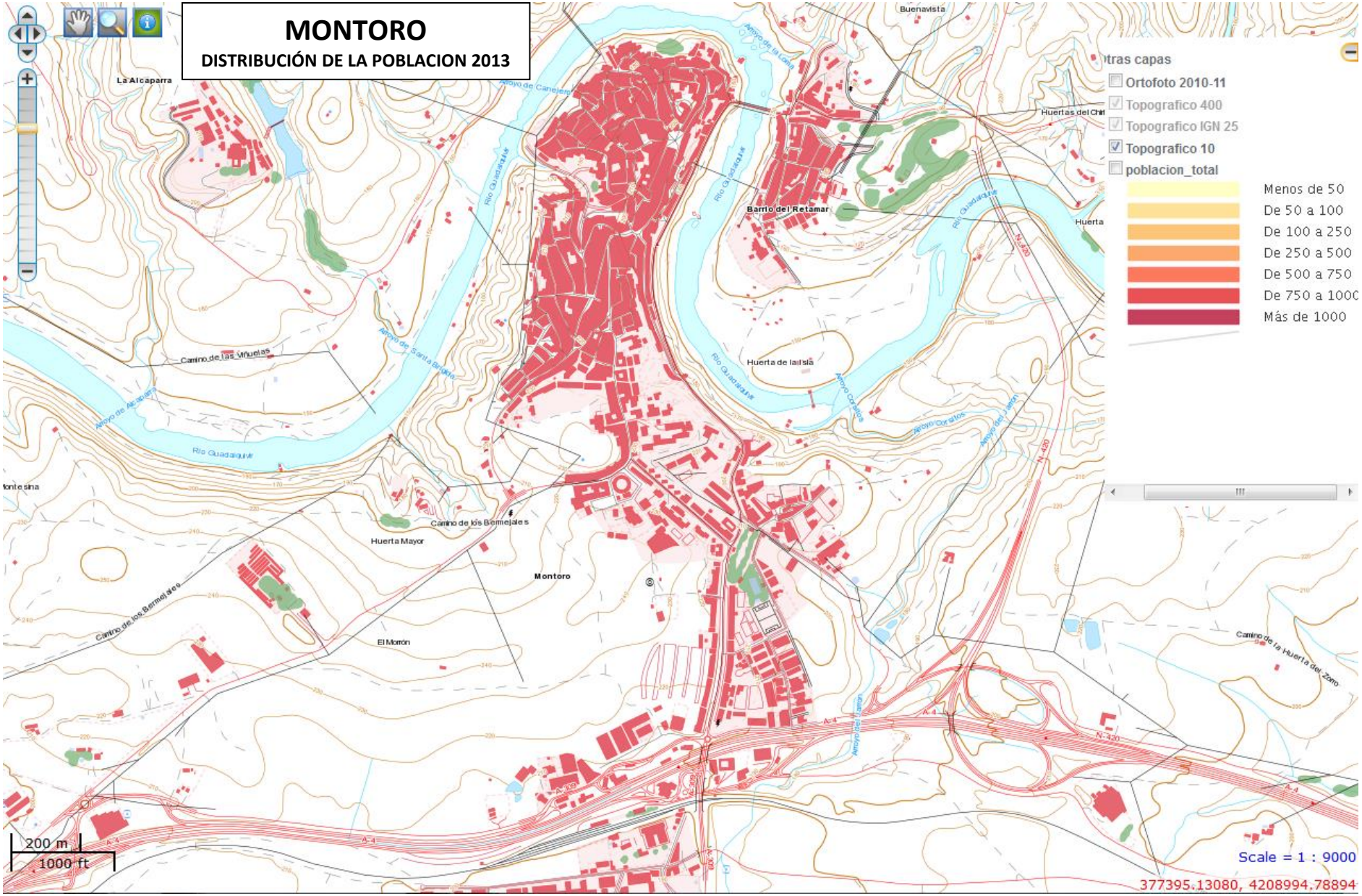
Tabla. Índices demográficos referidos a las Pirámides de Población de Montoro y Andalucía (Programa Epidat).

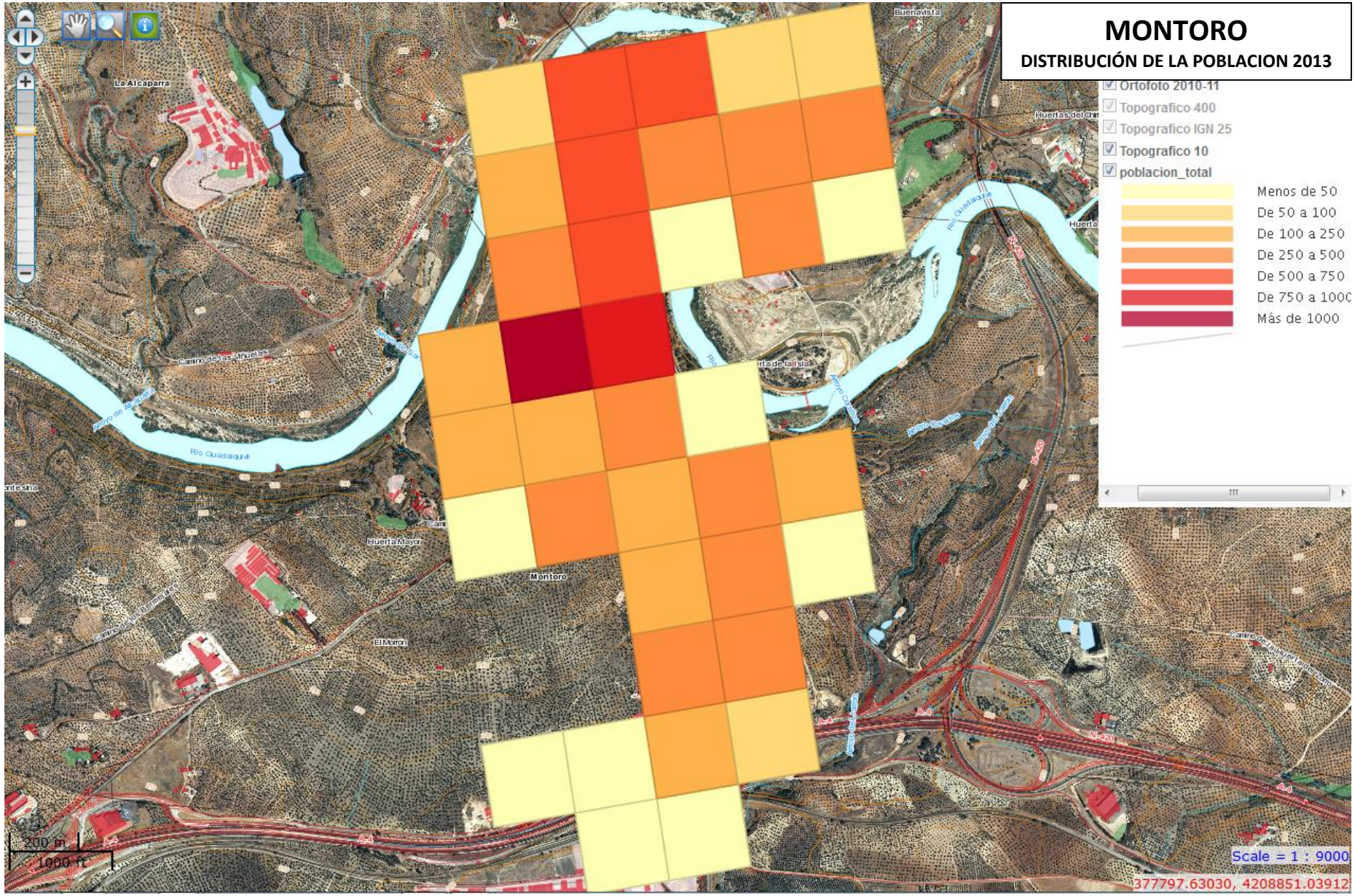
ÍNDICES DEMOGRAFICOS	2007-2011	2010	2015	2015
	MONTORO	ANDALUCIA	MONTORO	ANDALUCIA
Masculinidad	96,77	106,83	98,15	105,46
Friz	78,91	68,66	73,06	67,21
Sundbarg	32,52	30,63	33,64	33,24
	62,79	58,01	74,62	70,72
Burgdöfer	11,11	10,67	11,47	11,24
	21,43	23,27	25,01	26,46
Envejecimiento	105,81	90,74	112,01	99,41
Dependencia	52,14	44,86	52,07	48,14
Estructura de la población activa	77,18	83,52	97,66	105,44
Reemplazamiento de la población activa	65,97	80,55	86,73	96,86
Número de hijos por mujer fecunda	22,59	21,42	19,87	20,96
Índice generacional de ancianos	207,17	269,87	221,5	265,76
Tasa general de fecundidad	4,55	4,52	4,71	4,05
Edad media	39,58	38,99	41,13	40,64
Edad mediana	37,62	37,69	40,39	40,52

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.

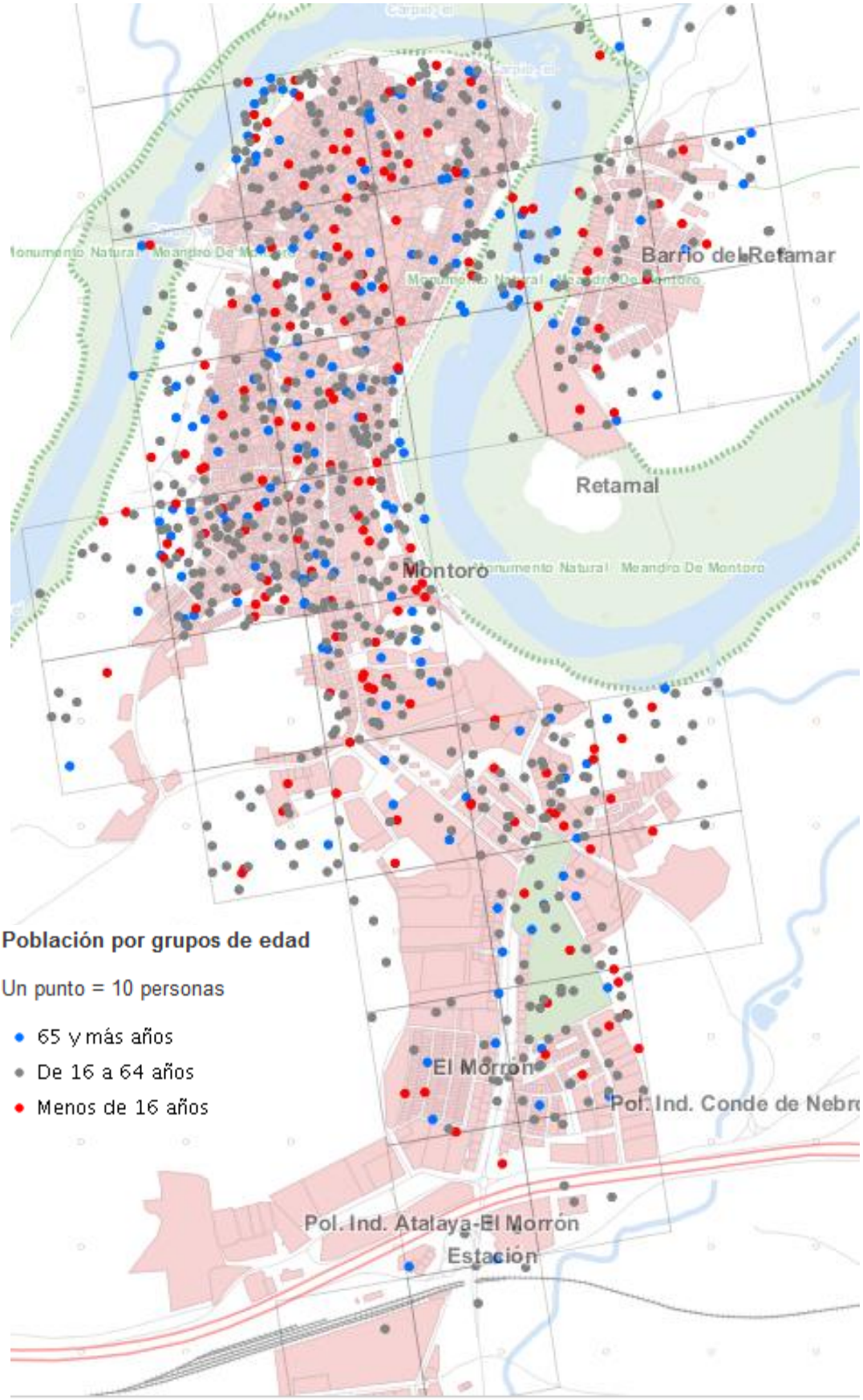
La esperanza de vida al nacer son similares en ambas poblaciones, siendo es de 80,3 años en Montoro y de 80,1 en Andalucía.

A continuación vemos como se distribuye la población dentro de la localidad de Montoro.


MONTORO
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACION 2013
La Alcaparra
Buenavista
Barrio del Retamar
Huertas del Chi
Huerta
Huerta de la Isla
Huerta Mayor
Montoro
El Morrón
Camino de los Bermejales
Camino de las Viñuelas
Camino de la Huerta del Zorro
Río Guadalquivir
Arroyo de Canelera
Arroyo de la Loría
Arroyo de Santa Bárbara
Arroyo de Alcaparra
Arroyo Corralillos
Arroyo del Jardín
N-420
A-4
Otras capas
Ortofoto 2010-11
Topografico 400
Topografico IGN 25
Topografico 10
poblacion_total
Menos de 50
De 50 a 100
De 100 a 250
De 250 a 500
De 500 a 750
De 750 a 1000
Más de 1000
200 m
1000 ft
Scale = 1 : 9000
377395.13080, 4208994.78894

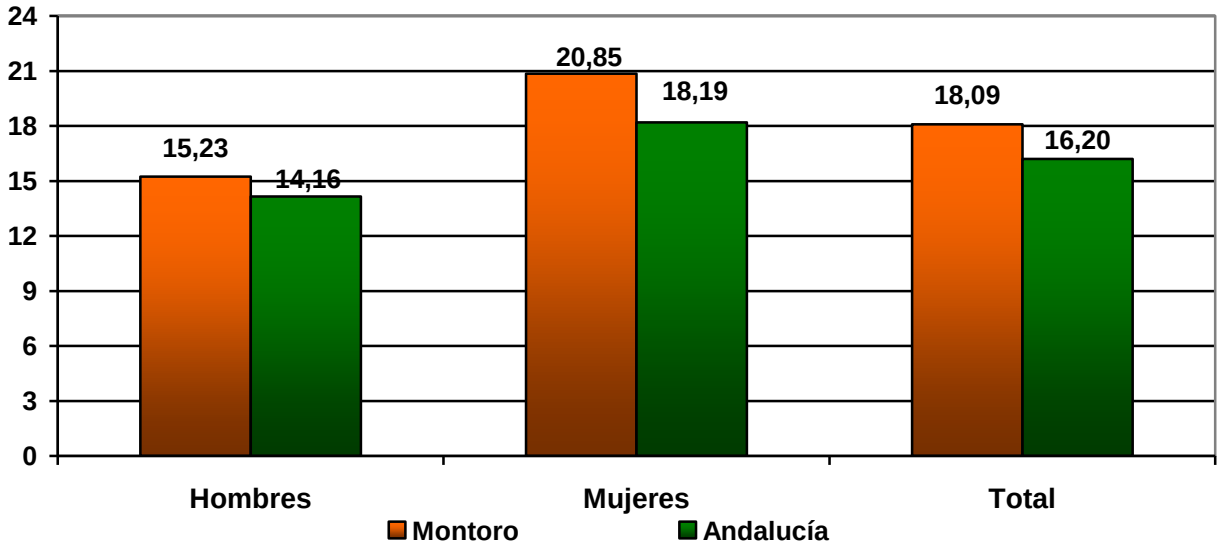

MONTORO
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACION 2013
Ortofoto 2010-11
Topografico 400
Topografico IGN 25
Topografico 10
poblacion_total
Menos de 50
De 50 a 100
De 100 a 250
De 250 a 500
De 500 a 750
De 750 a 1000
Más de 1000
La Alcaparra
Buenavista
Huertas del Chi
Huerta
Camino de las Alfuelas
Río Guadalquivir
Huerta Mayor
Montoro
El Moron
Huerta de la Isla
Arroyo Grande
Arroyo de Juan
N-432
A-4
200 m
1000 ft
Scale = 1 : 9000
377797.63030, 4208851.03912

DISTRIBUCION DE LA POBLACIÓN EN LA LOCALIDAD POR GRUPOS DE EDAD



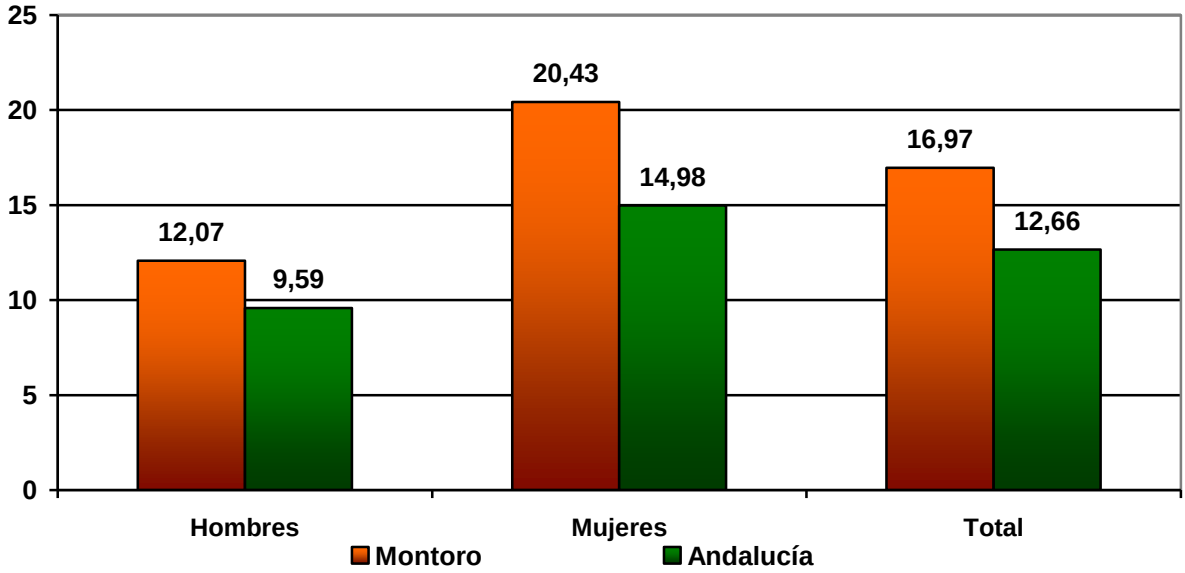
El porcentaje de personas mayores de 65 años respecto al total de población es superior en Montoro respecto a nuestra comunidad autónoma y esto tanto en hombres como en mujeres. Los mayores de 65 años suponen respectivamente el 18% y 16% del total de la población.

Fig. Porcentaje de usuarios mayores de 65 años por sexo.



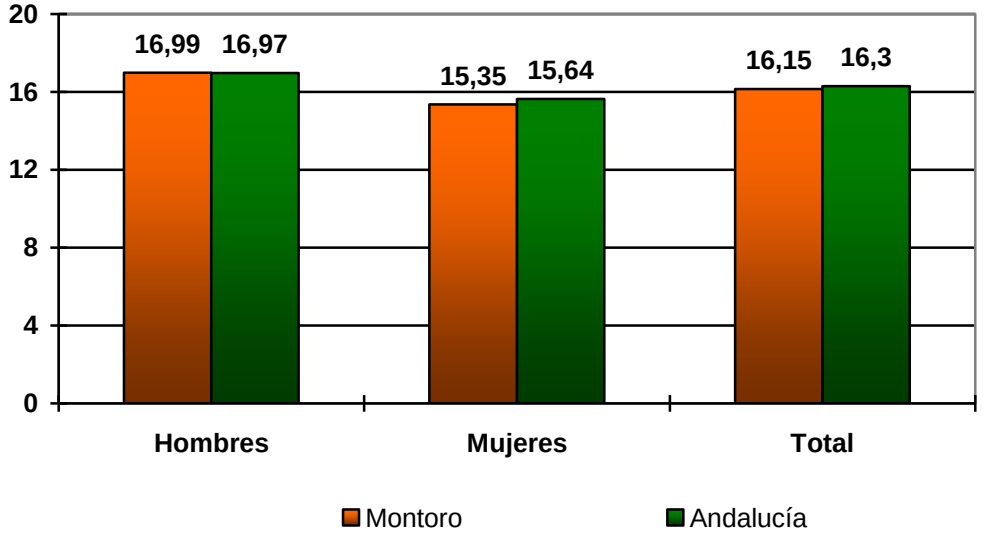
Dentro de la población mayor de 65 años, la proporción de población de más edad, por encima de los 84 años, sobre el total de mayores de 65 es más elevada en Montoro (17%) que en Andalucía (13%), tanto en hombres como en mujeres, es decir que la población de Montoro presenta un mayor sobre-envejecimiento.

Fig. Tasa de sobre-envejecimiento por sexo.



La población joven, menor de 15 años, es similar en Montoro a la de Andalucía.

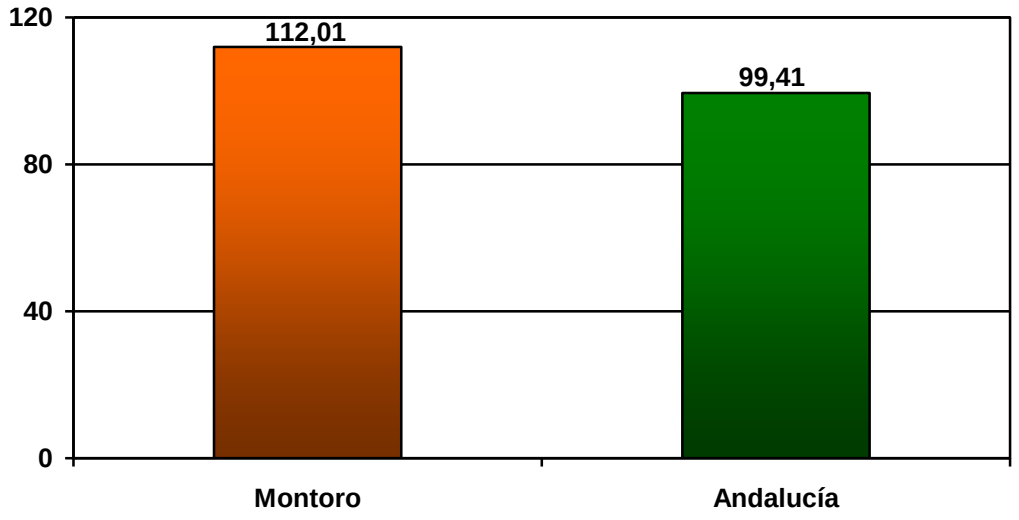
Fig. Porcentaje de usuarios menores de 15 años.



La suma de los grupos de edad, mayores de 65 y menores de 15 suponen más de un tercio del total de la población de Montoro (34,24%) y para el total de la población andaluza estos grupos de edad suponen el 32,50%.

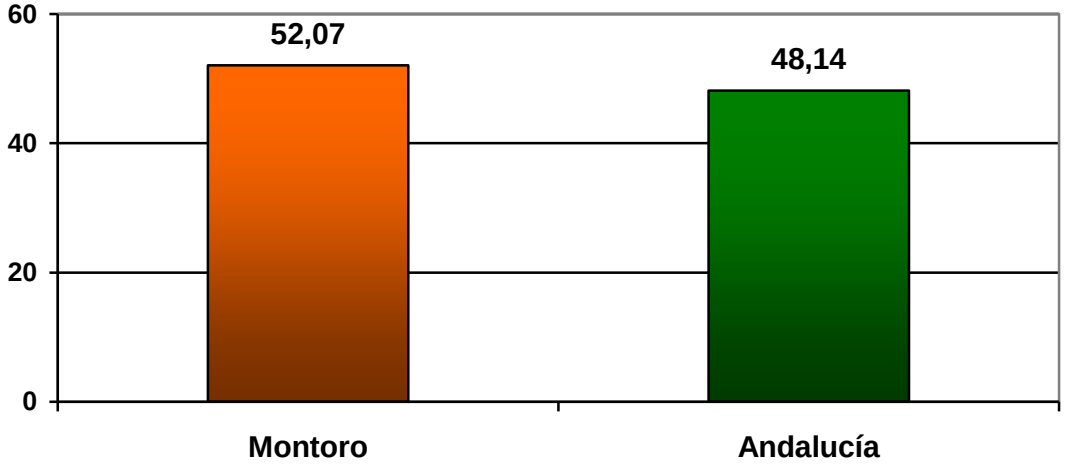
El índice de envejecimiento de este municipio (112,01) es mayor que el andaluz (99,41), indica que es una población envejecida, encontrándose 106 personas mayores de 65 años por cada 100 menores de 15.

Fig. Indice de Envejecimiento.



También el índice de dependencia en Montoro (52,07) es más elevado que el andaluz (48,14). 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 Montoro, en este mayor índice de dependencia respecto al andaluz, parece que tiene más peso la población anciana que la más joven.

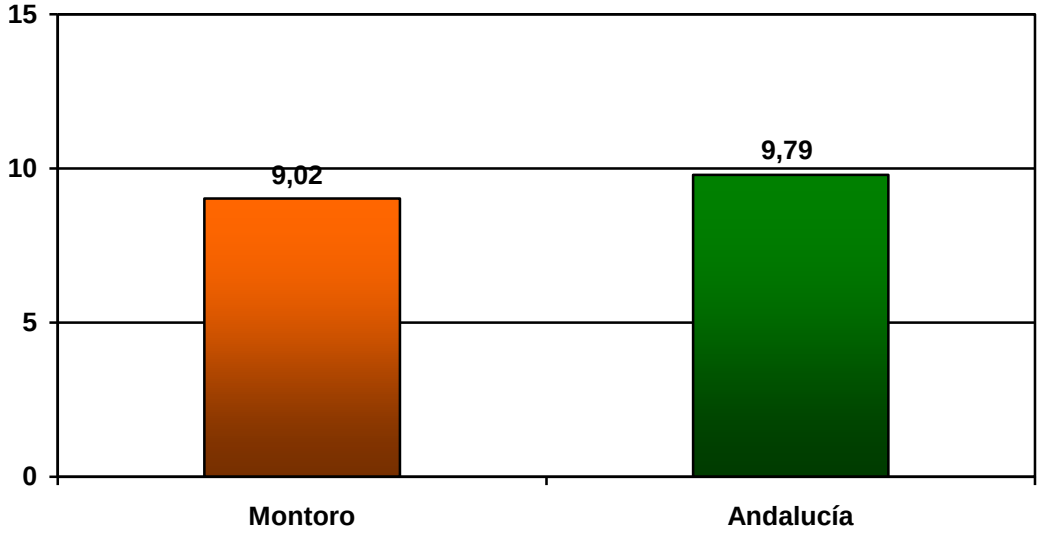
Fig. Relación de dependencia



En este mismo sentido, en cuanto a la carga social que suponen los mayores de 65 años, el Indice 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 Montoro (221) es menor que el andaluz (266), ya que en Andalucía más personas jóvenes pueden hacerse cargo de las mayores que en Montoro.

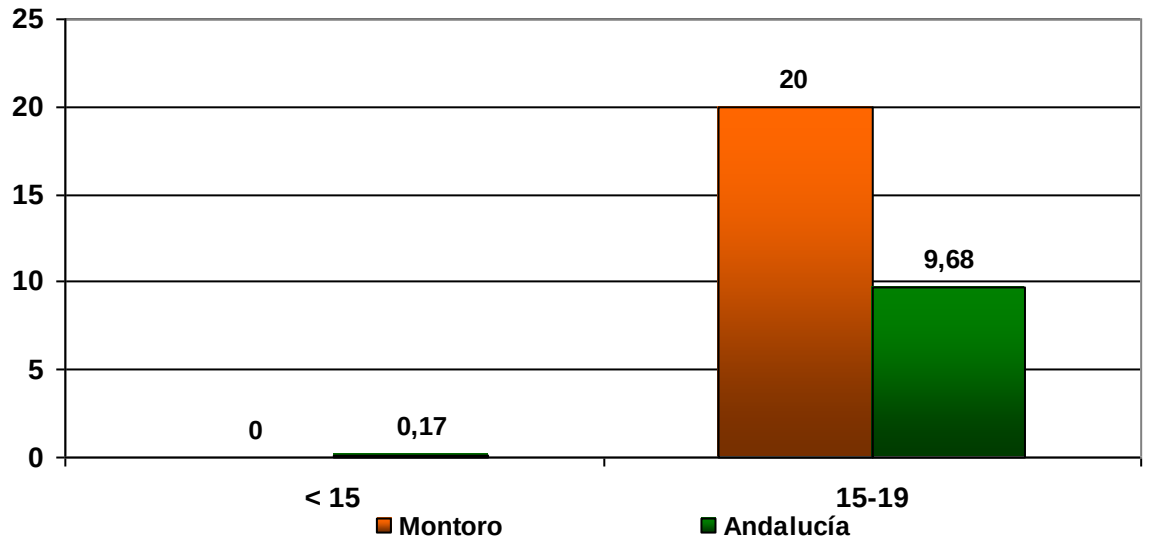
Respecto a los nacimientos, Montoro presenta valores similares a los de Andalucía en la Tasa de Natalidad.

Fig. Tasa de Natalidad.



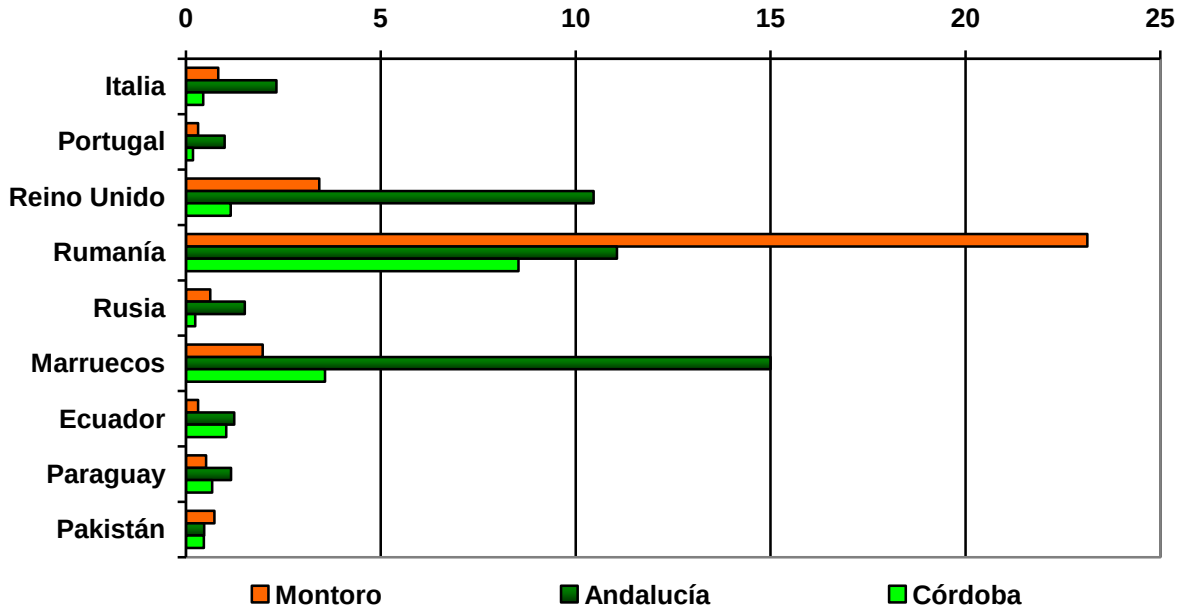
Por edad de la madre, en nuestro municipio no se han producido, en el período evaluado, nacimientos en las edades más tempranas (menores de 15 años) respecto a las mujeres andaluzas (0,17) aunque si que tenemos una Tasa Específica de Fecundidad mucho más elevada en el grupo de edad de 15 a 19 años (20), evidenciando una maternidad muy joven, con embarazos en la adolescencia mayor que en las jóvenes de Andalucía (10).

Fig. Tasas de Fecundidad Específica por Edad.



Respecto a la inmigración, la tasa de inmigración de Montoro (33,82) es menor que la de Andalucía (64,34) pero mayor que la de la provincia de Córdoba (23,09).

Fig. Tasa de Inmigración por pais de procedencia.



Según el país de origen, la mayoría de los inmigrantes de Montoro proceden de Rumanía.

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.
Respecto a Andalucía y Córdoba, la tasa de paro es más elevada en hombres en Montoro, siendo la tasa de paro en mujeres algo menor que en aquellas. El paro global es similar en los tres sitios.

DISTRIBUCION DE LA POBLACIÓN EN LA LOCALIDAD POR NACIONALIDAD

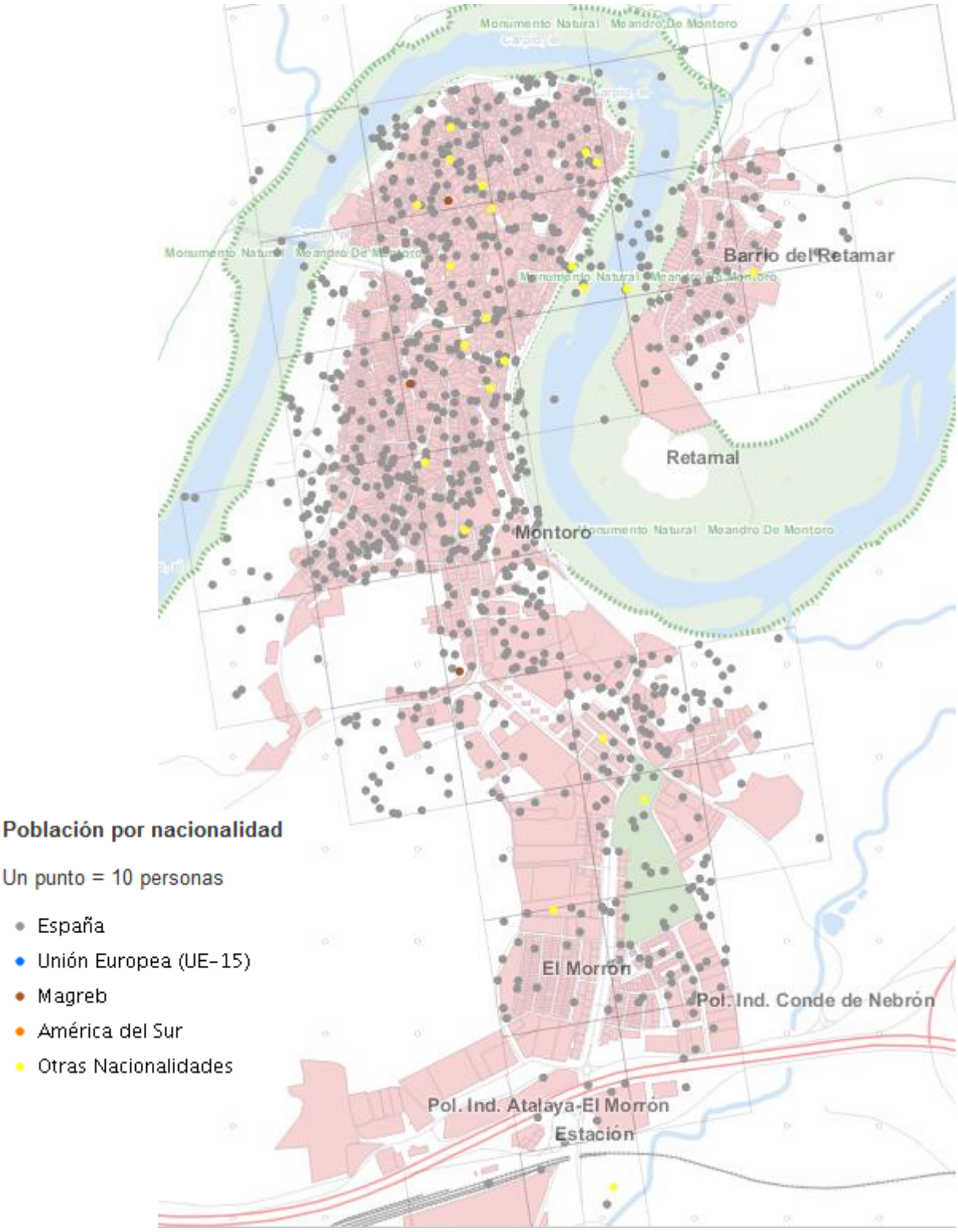
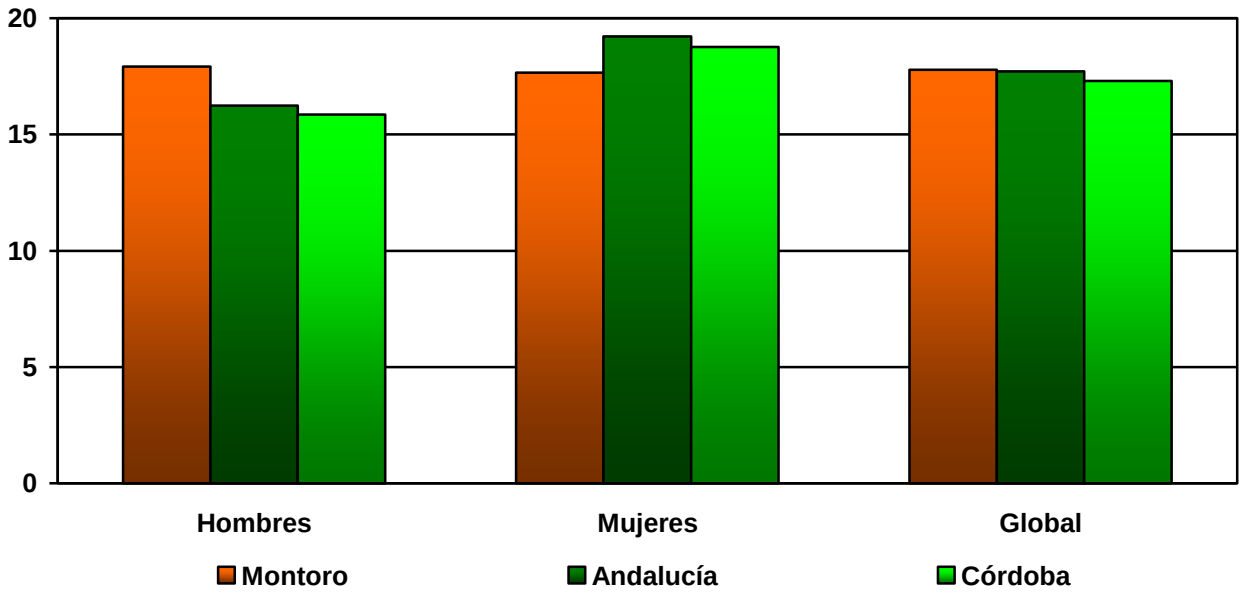


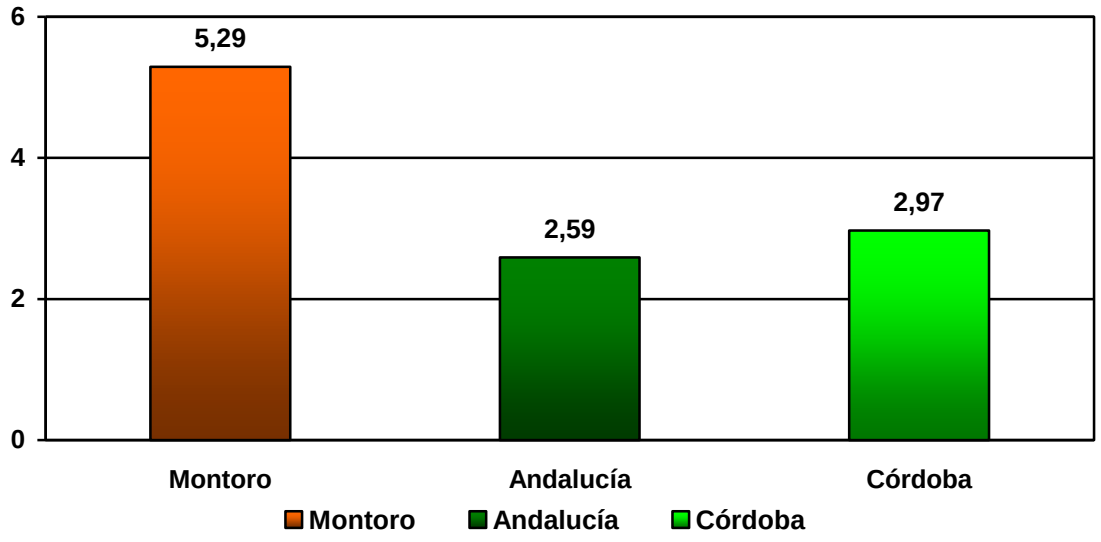
Fig. Tasa de paro 2015.



Montoro posee una tasa de analfabetismo con valores por encima de las tasas regionales y provinciales.

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 al población.

Fig. Tasa de Analfabetismo (no sabe leer o escribir).



3. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

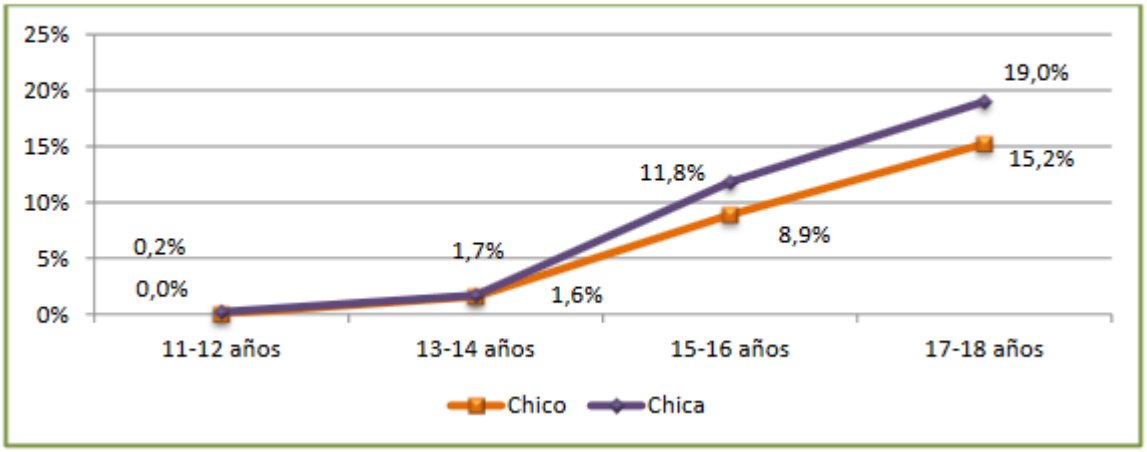
JOVENES

No disponiendo de datos específicos de población perteneciente a Montoro, exponemos a continuación algunos datos que aparecen en el estudio HBSC 2011, correspondiente al estudio de la conducta sobre salud de los jóvenes españoles en edad escolar, considerando que los jóvenes de Montoro presentan las mismas características que el resto de los jóvenes andaluces.

Consumo de Tabaco

El porcentaje de adolescentes que consume tabaco a diario es más elevado en chicas (9,1%) que en chicos (7%). Además, se observa un aumento de dicho porcentaje en los grupos de mayor edad.

Figura 44. Consumo diario de tabaco en chicos y chicas de todas las edades.



Comparaciones 2006-2011

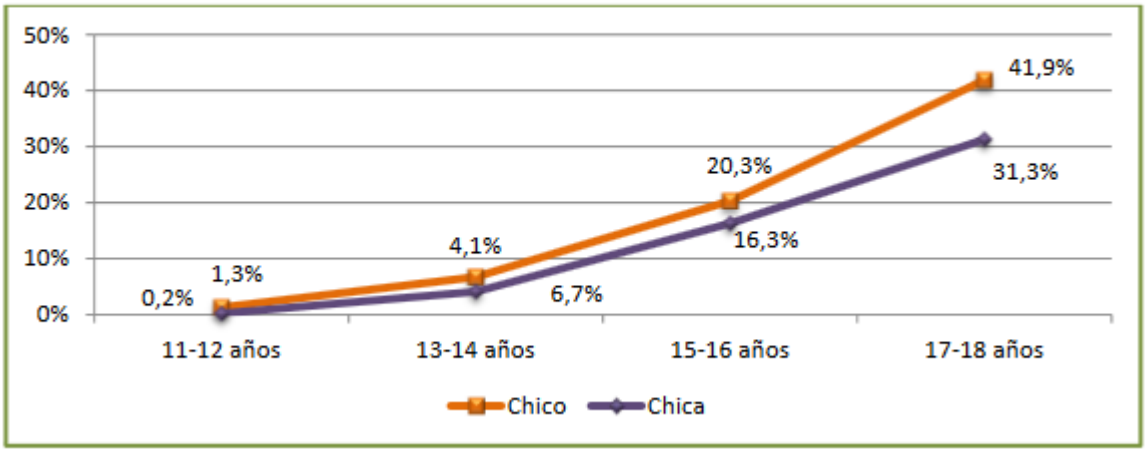
El porcentaje de adolescentes que consume tabaco a diario es similar al observado en el año 2006 (ver figura 45).

Figura 45. Consumo diario de tabaco en 2006 y 2011.

Consumo de alcohol

El mayor consumo semanal observado en los chicos se vuelve especialmente notorio en el grupo de edad 17-18 años, encontrándose que el 41,9% de los chicos frente al 31,3% de las chicas de dicha edad consumen alcohol semanalmente.

Figura 47. Consumo semanal de alcohol en chicos y chicas de todas las edades.



Comparaciones 2006-2011

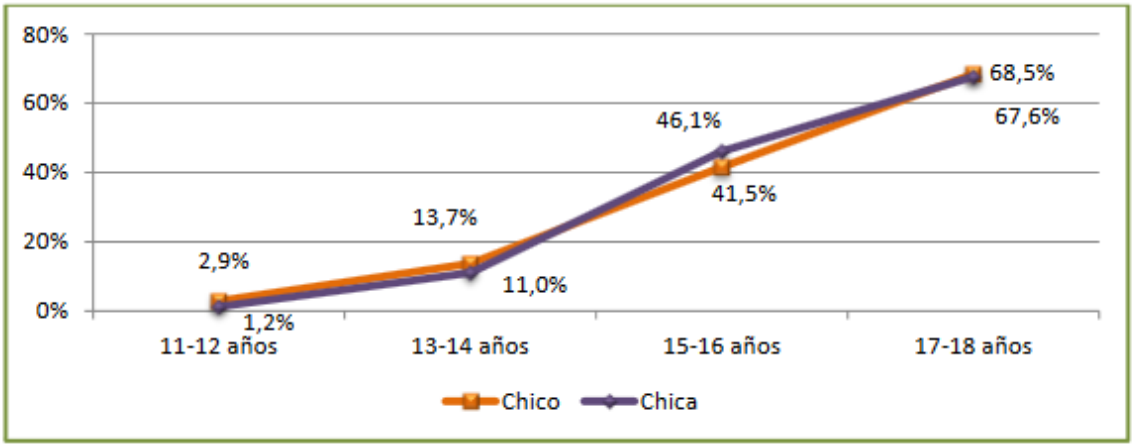
El porcentaje de adolescentes que muestra un consumo semanal de alcohol es algo menor en 2011 respecto al obtenido en 2006 (ver figura 48).

Figura 48. Consumo semanal de alcohol en 2006 y 2011.

Episodios de embriaguez

El porcentaje de adolescentes que manifiesta haber experimentado al menos un episodio de embriaguez en su vida es prácticamente igual en las chicas (33,4%) que en los chicos (33,3%).

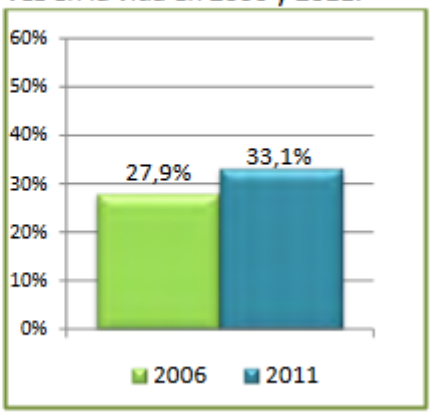
Figura 50. Episodios de embriaguez alguna vez en la vida en chicos y chicas de todas las edades.



Comparaciones 2006-2011

Los datos de 2011 muestran un ligero aumento del porcentaje de adolescentes andaluces que manifiestan haberse emborrachado alguna vez en la vida con respecto a los datos obtenidos en 2006 (ver figura 51).

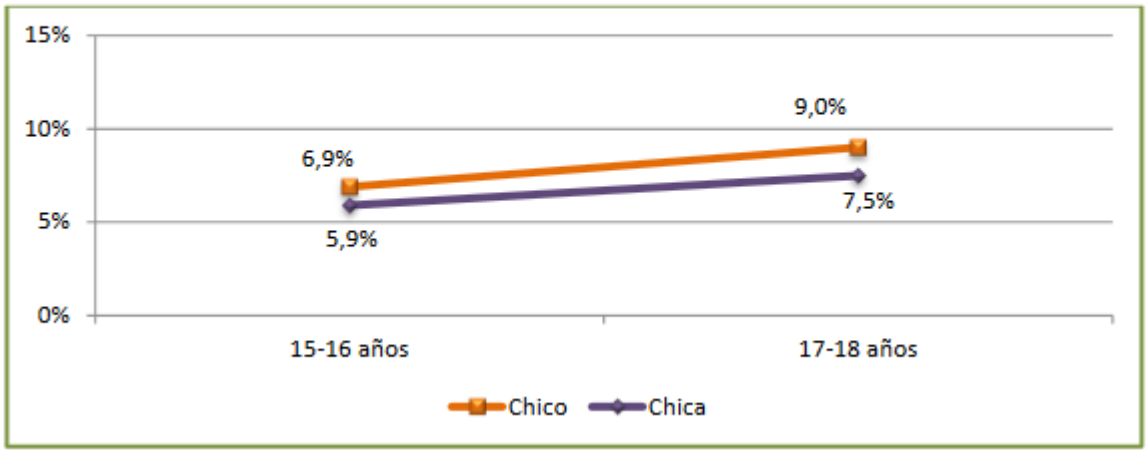
Figura 51. Episodios de embriaguez alguna vez en la vida en 2006 y 2011.



Consumo de cannabis

El porcentaje de adolescentes que muestra un consumo de cannabis de 10 veces o más a lo largo del último año es ligeramente mayor en los chicos. Además, el consumo de cannabis 10 veces o más es algo mayor en los chicos y las chicas de 17-18 años.

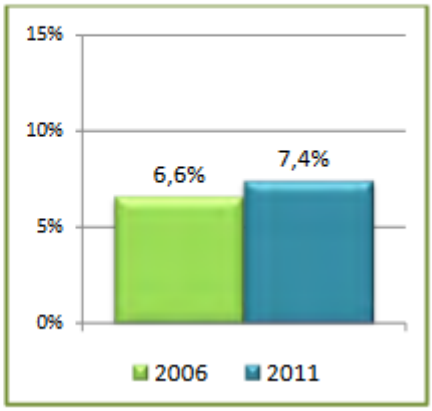
Figura 53. Consumo de cannabis 10 veces o más en los últimos 12 meses en chicos y chicas de todas las edades.



Comparaciones 2006-2011

El porcentaje de adolescentes que manifiesta haber consumido cannabis 10 veces o más en el último año es ligeramente más alto (la diferencia es de tan sólo 0,8 puntos porcentuales) en 2011 con respecto a 2006 (ver figura 54).

Figura 54. Consumo de cannabis 10 veces o más en los últimos 12 meses en 2006 y 2011.

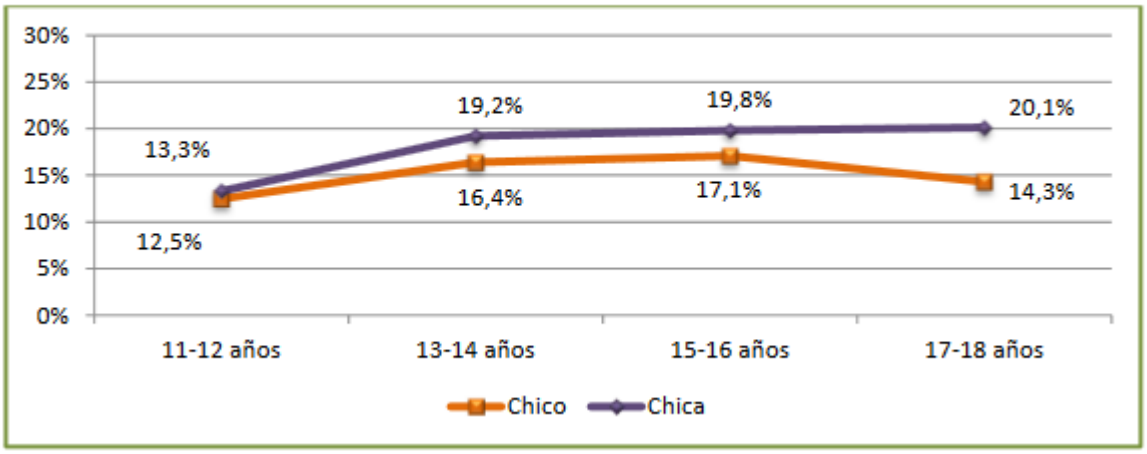


Córdoba (9,1%) muestra un mayor porcentaje de adolescentes que manifiestan haber consumido cannabis 10 veces o más en los últimos 12 meses respecto de los adolescentes andaluces (7,4%).

Consumo de dulces

El porcentaje de chicas que consumen dulces a diario es algo mayor que en los chicos (18,3% en las chicas frente a 15,1 % en los chicos).

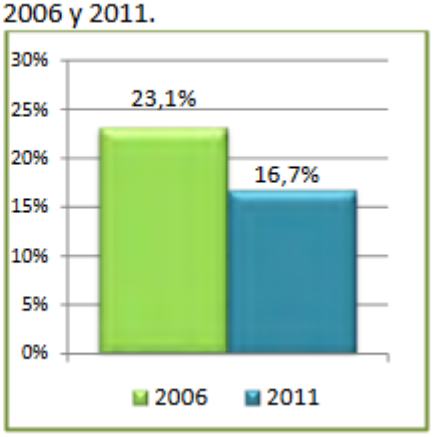
Figura 13. Consumo diario de dulces en chicos y chicas de todas las edades.



Comparaciones 2006-2011

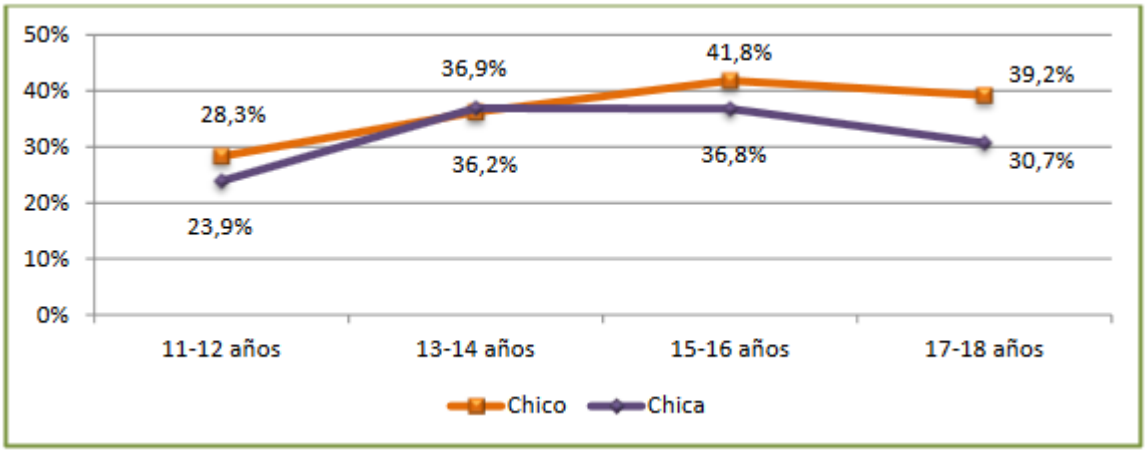
El porcentaje de adolescentes que consumen dulces (chocolate o caramelos) a diario ha disminuido en 6,4 puntos porcentuales en 2011 con respecto a 2006 (ver figura 14).

Figura 14. Consumo diario de dulces en 2006 y 2011.



Consumo de refrescos o bebidas azucaradas

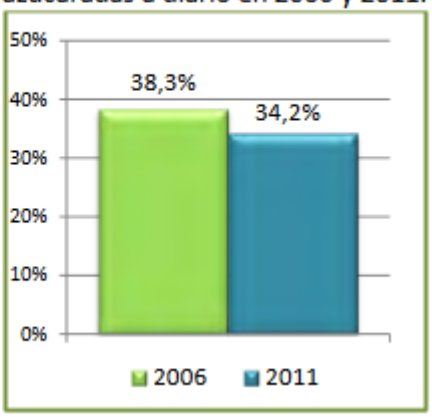
El consumo diario de refrescos o bebidas azucaradas es más elevado en los chicos que en las chicas (36,5% de ellos frente al 31,9 % de ellas).



Comparaciones 2006-2011

El consumo diario de refrescos o bebidas azucaradas por parte de los adolescentes andaluces ha disminuido 4,1 puntos porcentuales (ver figura 17).

Figura 17. Consumo de refrescos o bebidas azucaradas a diario en 2006 y 2011.



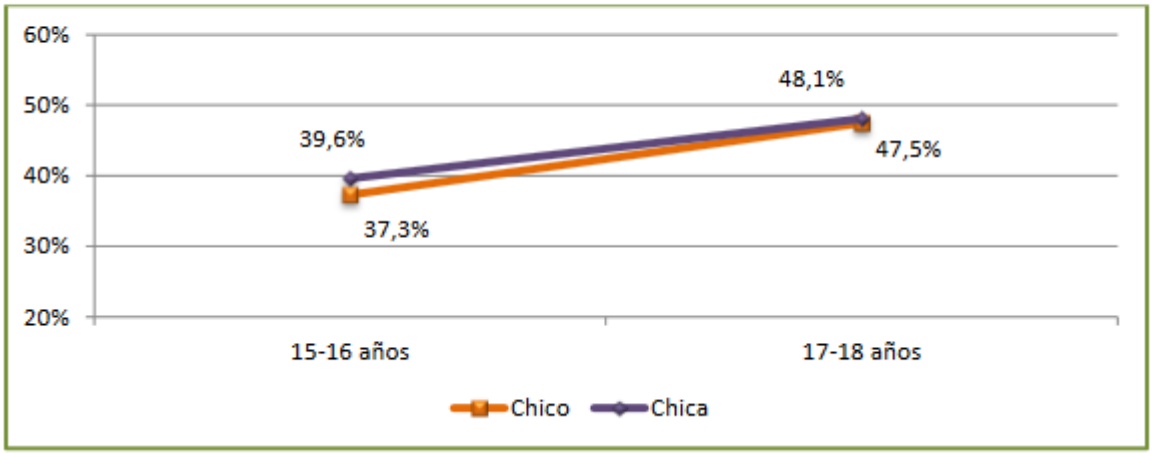
Relaciones sexuales

Haber mantenido relaciones sexuales coitales

El porcentaje de chicas que dice haber mantenido relaciones sexuales coitales es ligeramente superior (44,4%) que el de los chicos (43,2%).

Existe un mayor porcentaje de adolescentes, tanto chicos como chicas, que informa de haber mantenido relaciones sexuales coitales en el grupo de 17-18 años (47,5% y 48,1%, respectivamente) que en el de 15-16 años (37,3% y 39,6% respectivamente).

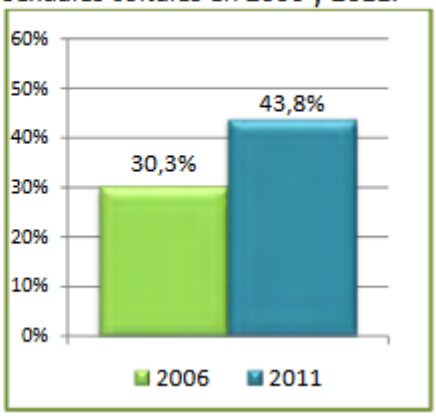
Figura 56. Haber mantenido relaciones sexuales coitales en chicos y chicas de todas las edades.



Comparaciones 2006-2011

El porcentaje de jóvenes andaluces que dicen haber mantenido relaciones sexuales coitales ha aumentado 13,5 puntos porcentuales con respecto a los datos de la edición 2006 (ver figura 57).

Figura 57. Haber mantenido relaciones sexuales coitales en 2006 y 2011.

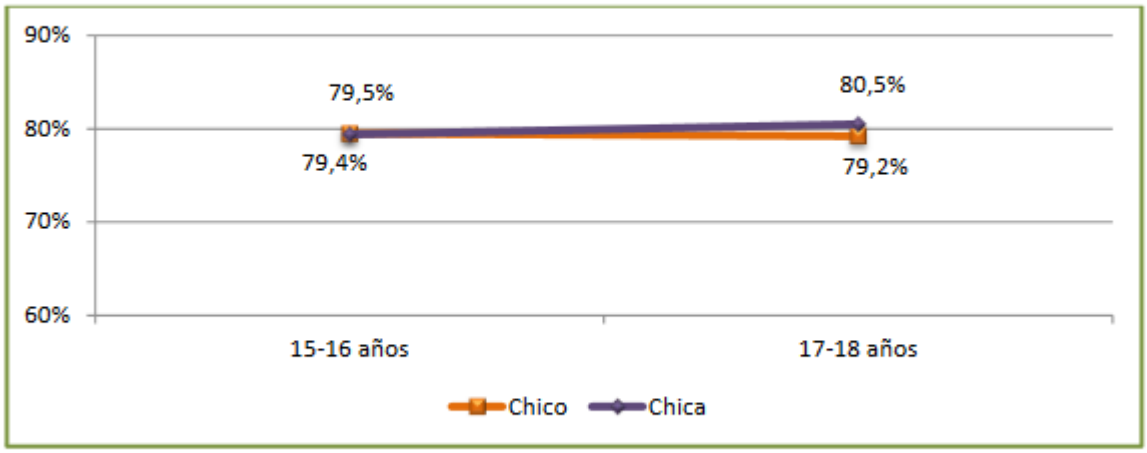


En Córdoba (48,2%) porcentaje de adolescentes que manifiesta haber realizado dicha conducta se sitúa por encima del valor de referencia del conjunto de la muestra andaluza (43,8%).

Tipo de método anticonceptivo: preservativo

De los adolescentes que han mantenido relaciones sexuales coitales, el uso del preservativo en su última relación sexual coital es similar tanto en chicos (79,3%) y chicas (80,1%) como en los adolescentes de 15-16 (79,5%) y 17-18 (79,9%) años.

Figura 59. Uso de preservativo en la última relación sexual coital en chicos y chicas de todas las edades.

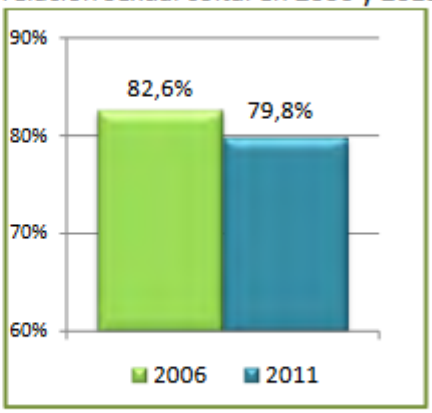


Nota: Estos porcentajes han sido calculados considerando únicamente al total de adolescentes de 15 a 18 años que han mantenido relaciones sexuales coitales.

Comparaciones 2006-2011

En la figura 60 se observa un ligero descenso del porcentaje de adolescentes que afirma haber utilizado el preservativo como método anticonceptivo en la última relación sexual. En concreto, en 2011 la prevalencia ha disminuido en 2,8 puntos porcentuales respecto a 2006.

Figura 60. Uso de preservativo en la última relación sexual coital en 2006 y 2011.

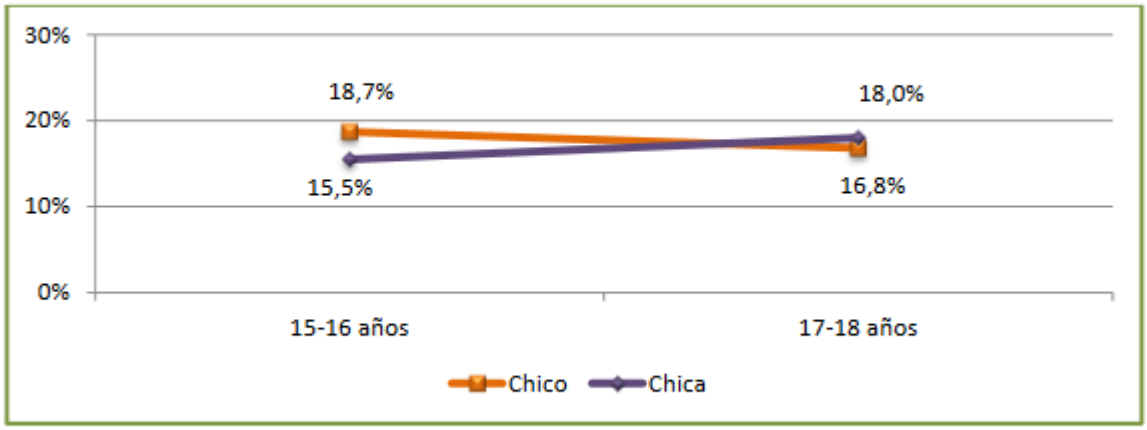


Nota: Estos porcentajes han sido calculados considerando únicamente al total de adolescentes de 15 a 18 años que han mantenido relaciones sexuales coitales.

Tipo de "método anticonceptivo": "marcha atrás"

Se observan patrones distintos en el empleo de la "marcha atrás" en chicos y chicas dependiendo de las distintas edades. En el grupo de 15-16 años la prevalencia de la marcha atrás es mayor en los chicos que en las chicas. En cambio, en el grupo de adolescentes de 17-18 años se observa un descenso en el porcentaje de chicos que emplea la marcha atrás respecto a los de menor edad, mientras que en las chicas hay un ligero aumento de la prevalencia de esta práctica respecto a los 15-16 años.

Figura 65. Uso de la "marcha atrás" en la última relación sexual coital en chicos y chicas de todas las edades.

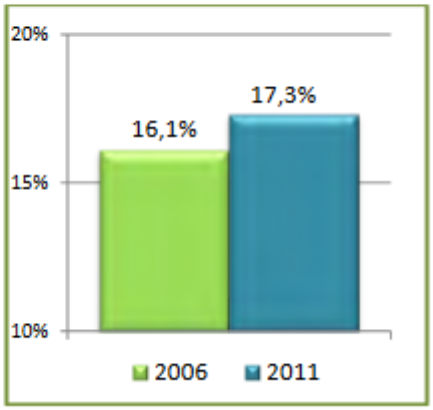


Nota: Estos porcentajes han sido calculados considerando únicamente al total de adolescentes de 15 a 18 años que han mantenido relaciones sexuales coitales.

Comparaciones 2006-2011

En la figura 66 se observa que el porcentaje de adolescentes que empleó la "marcha atrás" como método anticonceptivo en la última relación sexual ha aumentado ligeramente en 2011 con respecto a los datos de 2006.

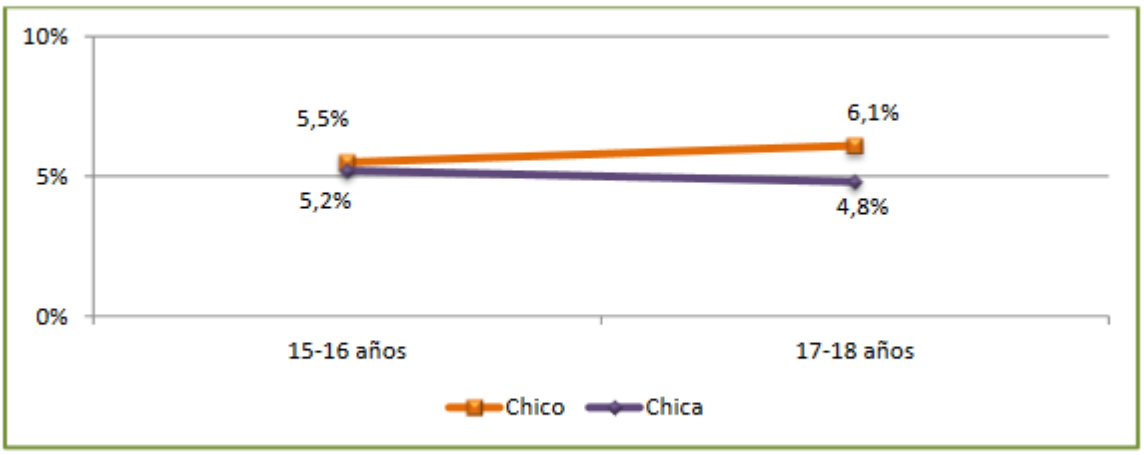
Figura 66. Uso de la "marcha atrás" en la última relación sexual coital en 2006 y 2011.



Embarazos

El porcentaje de chicas que indican haber estado embarazadas al menos una vez es ligeramente menor en el grupo de 17-18 años que en el de 15-16 años (4,8% y 5,2%, respectivamente). En cambio, el porcentaje de chicos que manifiesta haber dejado a alguien embarazada al menos una vez es algo mayor a los 17-18 años que a los 15-16 años (6,1% y 5,5%, respectivamente).

Figura 68. Haber estado o dejado embarazada a alguien al menos una vez en la vida en chicos y chicas de todas las edades.

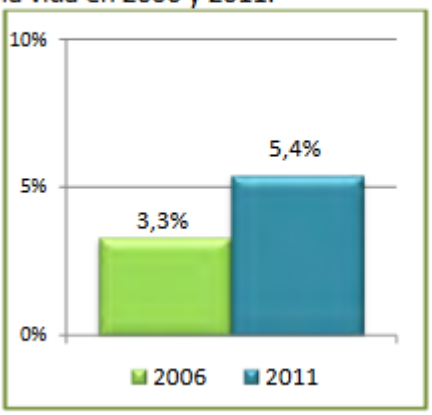


Nota: Estos porcentajes han sido calculados considerando únicamente al total de adolescentes de 15 a 18 años que han mantenido relaciones sexuales coitales.

Comparaciones 2006-2011

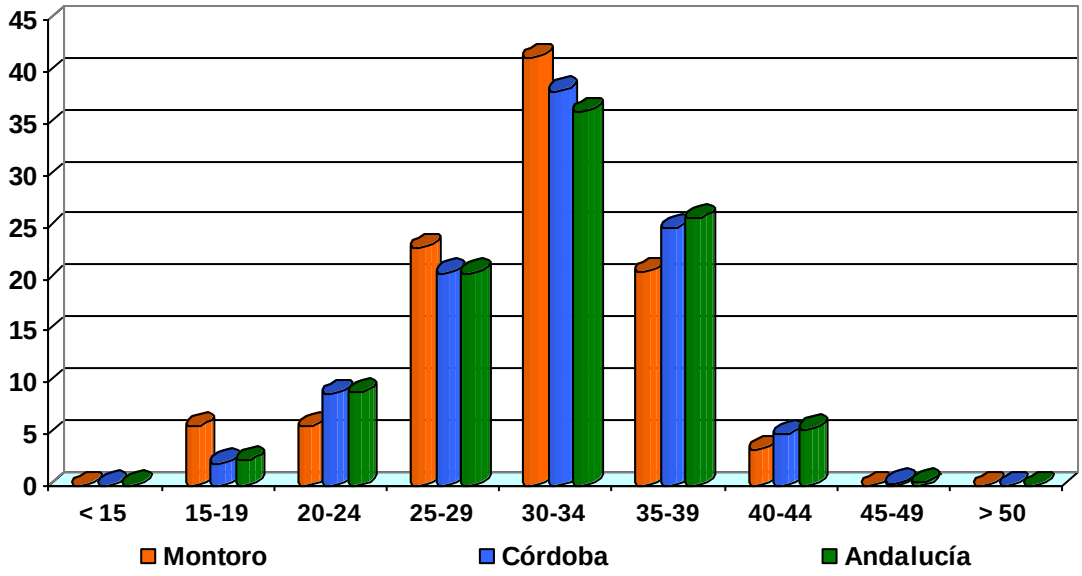
El porcentaje de jóvenes que manifiesta haber estado o haber dejado embarazada a alguien es ligeramente mayor en 2011 con respecto a 2006 (ver figura 69).

Figura 69. Haber estado o dejado embarazada a alguien al menos una vez en la vida en 2006 y 2011.



Teniendo en cuenta los nacidos por edad de la madre en 2014, encontramos que en Montoro, el % de nacidos en madres adolescentes (de 15 a 19 años) duplica al 5 que se observa en Andalucía.

Fig. % de embarazos según edad de la madre.



RESULTADOS HBSC-2011 ANDALUCÍA
COMPARATIVO CON EDICIÓN 2006

En rojo se resalta lo mas significativo en cuanto a retrocesos y en azul en cuanto a los avances

RETROCESOS			
VARIABLE	2006	2011	Observaciones
Frecuencia semanal de desayuno	5,75	5,17	Días/semana
Consumo diario de verduras	21,1%	18,5%	
Consumo diario de tabaco	7,5%	7,9%	
Episodios de embriaguez alguna vez en la vida	27,9%	33,1%	
Consumo cannabis 10 veces o más últimos 12 meses	6,6%	7,4%	
Haber mantenido relaciones sexuales coitales	30,3%	43,8%	Muestra 15-18 años
Uso preservativo en última relación sexual coital	82,6%	79,8%	Muestra 15-18 años que ha tenido relaciones sexuales coitales
Uso de la "marcha atrás" última relación sexual coital	16,1%	17,3%	Muestra 15-18 años que ha tenido relaciones sexuales coitales
Haber estado o dejado embarazada a alguien al menos una vez en la vida	3,3%	5,4%	
Satisfacción familiar	8,52	8,43	Rango 0-10
Satisfacción con el grupo de iguales	8,69	8,54	Rango 0-10
Estrés escolar alto	19,2%	24,2%	
Satisfacción vital	8,03	7,92	Rango 0-10

AVANCES			
VARIABLE	2006	2011	Observaciones
Consumo óptimo de fruta	12,7%	13,2%	
Consumo diario de dulces	23,1%	16,7%	
Consumo diario refrescos y/o bebidas azucaradas	38,3%	34,2%	
Cepillado dental más de una vez al día	51,8%	53,7%	
Actividad física de moderada a vigorosa	20,1%	21,1%	
Horas de TV días entre semana	2,24	2,04	Horas
Consumo semanal de alcohol	17,6%	16,0%	
Uso de la píldora en última relación sexual coital	9,4%	15,6%	
Comunicación fácil con el padre	58,0%	63,8%	
Comunicación fácil con la madre	81,20%	83,7%	
Conocimiento parental	1,44	1,49	Rango 0-2
Conocimiento marental	1,52	1,74	Rango 0-2
Hora de regreso a casa después de la 1	35,1%	28,4%	
Haber sido víctima de maltrato últimos dos meses	15,4%	12,0%	
Haber participado en un episodio de maltrato últimos dos meses	19,7%	18,9%	
Apoyo alto compañeros/as	66,6%	70,2%	
Gusto alto por la escuela	20,6%	23,4%	
Percepción del rendimiento bueno	60,0%	62,0%	
Percepción de salud como excelente	33,9%	38,3%	
Valor medio de calidad de vida relacionada con la salud	34,30	34,49	Rango 10-50

4. PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD.

Incidencia de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO).

De las principales enfermedades de origen infeccioso declaradas en el municipio de Montoro, destacamos que en los últimos 5 años (2011 a abril 2016), se han declarado 7 casos de tuberculosis, siendo la tasa media para el quinquenio de 14,52 casos por 100.000 habitantes, siendo similar a la tasa de incidencia andaluza, que se sitúa alrededor de 15.

En el verano de 2015 se produjo una muerte por golpe de calor.

- Meningitis víricas: 2
- Enfermedad Meningocócica: 1
- Golpe de calor: 1
- Gripe hospitalizada: 3
- Hepatitis C: 3
- Herpes Genital: 1
- Intoxicación Aguda por Plaguicidas: 1
- Listeriosis: 1
- Tosferina: 1
- Tuberculosis: 7

Declarada	Diagnóstico	Edad
08/01/2011	Enfermedad Meningocócica	46 años
07/11/2014	Meningitis víricas	34 años
15/05/2015	Meningitis víricas	16 años
30/07/2015	Golpe de calor	69 años
09/01/2014	Gripe hospitalizada	70 años
28/01/2014	Gripe hospitalizada	79 años
31/01/2014	Gripe hospitalizada	43 años
01/06/2012	Hepatitis C	50 años
30/08/2013	Hepatitis C	46 años
05/06/2014	Hepatitis C	56 años
03/07/2014	Herpes Genital	34 años
28/09/2014	Intoxicación Aguda por Plaguicidas	54 años
14/11/2014	Listeriosis	3 Sem
12/04/2011	Tosferina	6 Sem
24/02/2011	Tuberculosis	26 años
22/11/2011	Tuberculosis	30 años
07/12/2011	Tuberculosis	25 años
29/08/2012	Tuberculosis	30 años
01/10/2013	Tuberculosis	31 años
09/10/2013	Tuberculosis	27 años
26/06/2014	Tuberculosis	59 años

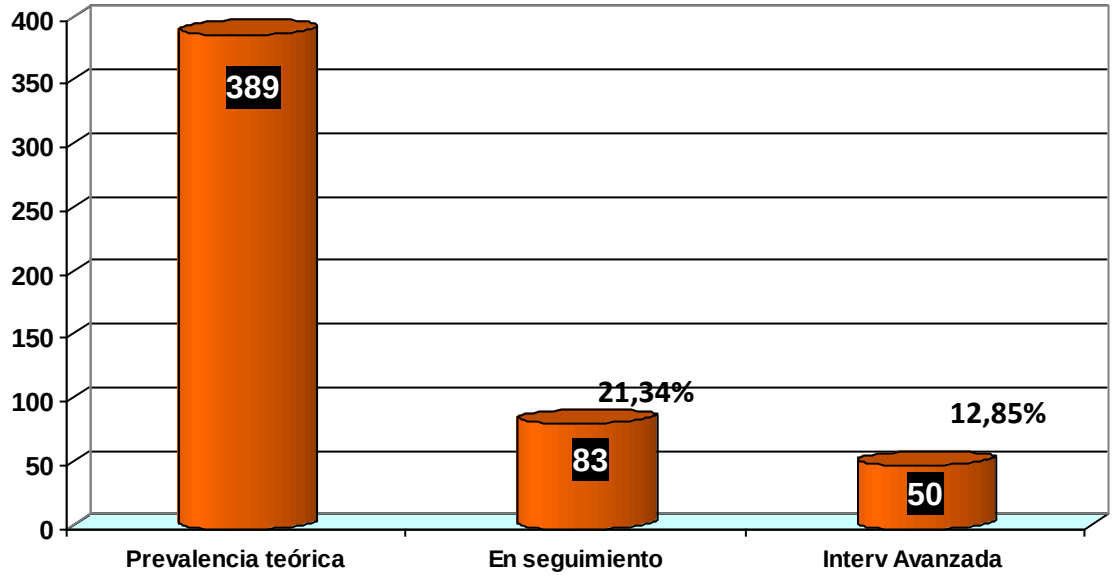
Podemos considerar que respecto a las EDO, que en este municipio los problemas son similares a los que se presentan en el distrito en general.

Seguimiento de la Salud Infantil.

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

En Andalucía existe un problema de obesidad infantil. En Montoro el número estimado de niños de 6 a 14 años con obesidad o sobrepeso es de 389, de los cuales un 21% están en seguimiento en el Centro de Salud. En el Distrito, en porcentaje de niños con intervención avanzada es del 17,20%.

Fig. Niños y niñas con obesidad/sobrepeso en Montoro.

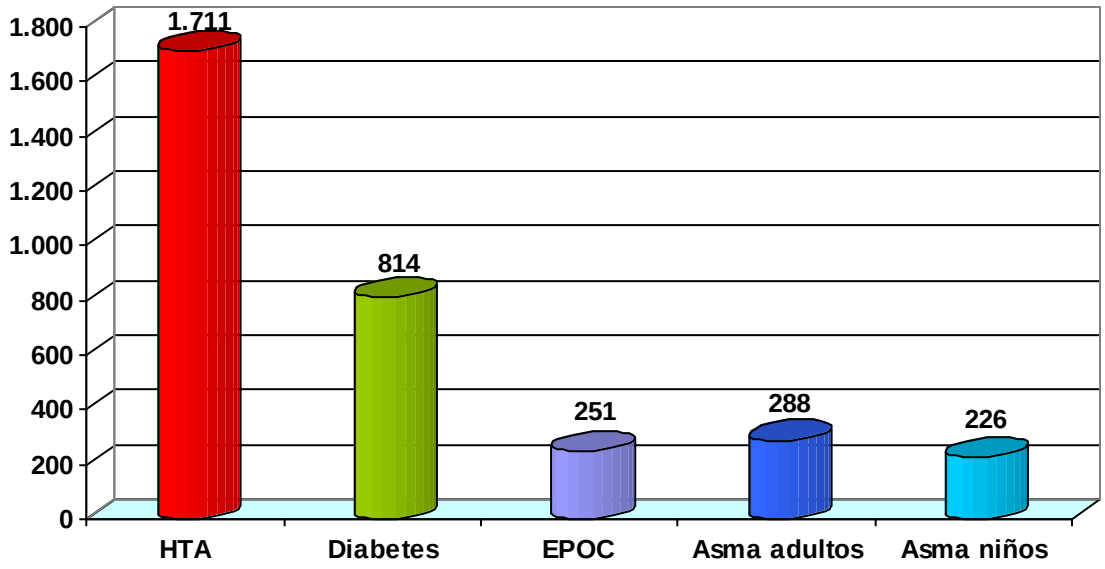


Se considera prevalencia teórica de Obesidad/Sobrepeso infantil el 37 % de los niños entre 6 y 14 años.

Atención a personas con procesos crónicos

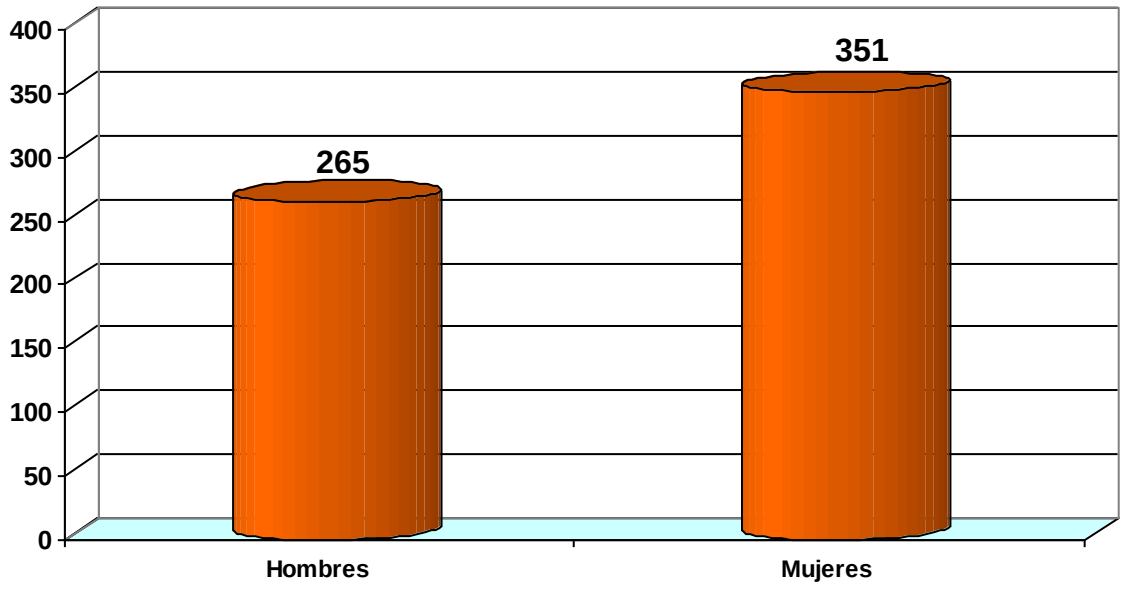
Las personas en seguimiento con enfermedades crónicas presentan características similares al resto de centros del Distrito. Por patología, los más frecuentes son los hipertensos (52%) y diabéticos (24,7%), que suponen entre ambos más del 75% de los enfermos crónicos.

Fig. Nº de personas con enfermedades crónicas.



En cuanto al sobrepeso y obesidad en adultos (> 14 años), la prevalencia teórica en Montoro es de 5.914 personas, de las cuales 616 reciben Consejo Dietético Intensivo (265 hombres y 351 mujeres), lo que supone el 10,42% de la prevalencia teórica. En el Distrito Guadalquivir este % es menor, alcanzando solo el 5% las personas en Consejo Dietético Intensivo.

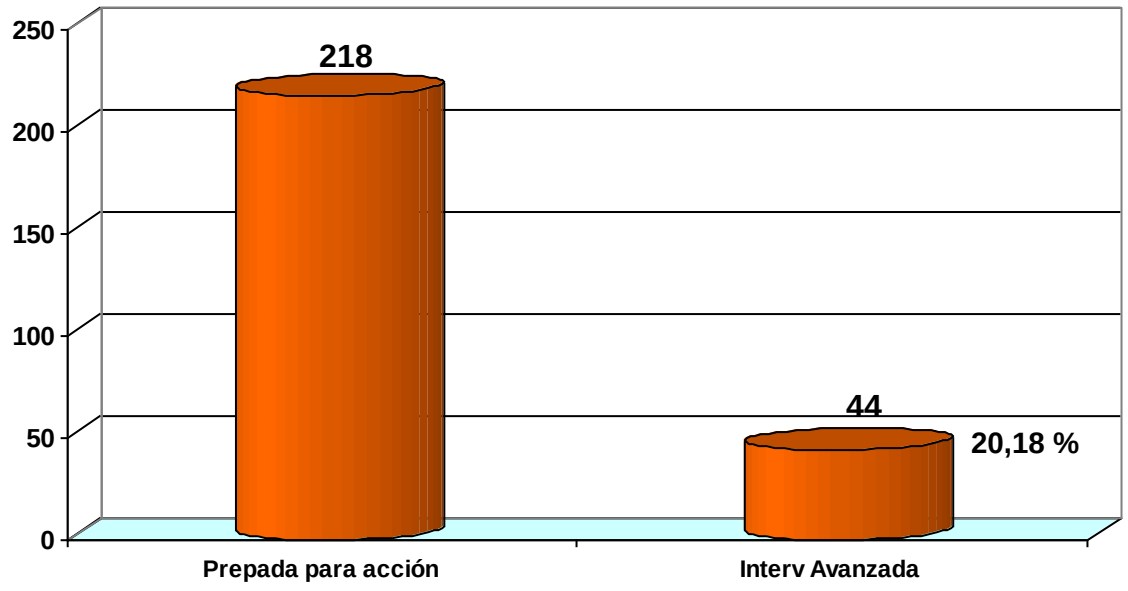
Fig. Nº de personas en Consejo Dietético Intensivo.



Intervención en fumadores

La prevalencia teórica de fumadores en Montoro es de 2.178 personas mayores de 16 años. De estas, 218 se consideran preparadas para la acción (Población teórica de fumadores que han tomado la decisión de dejar de fumar), de las cuales en 44 se ha realizado una Intervención Avanzada, lo que supone un 20,18 %. En el Distrito Guadalquivir, este porcentaje es algo mayor, alcanza el 25,83 %.

Fig. Nº de personas con intervención avanzada antitabaco.

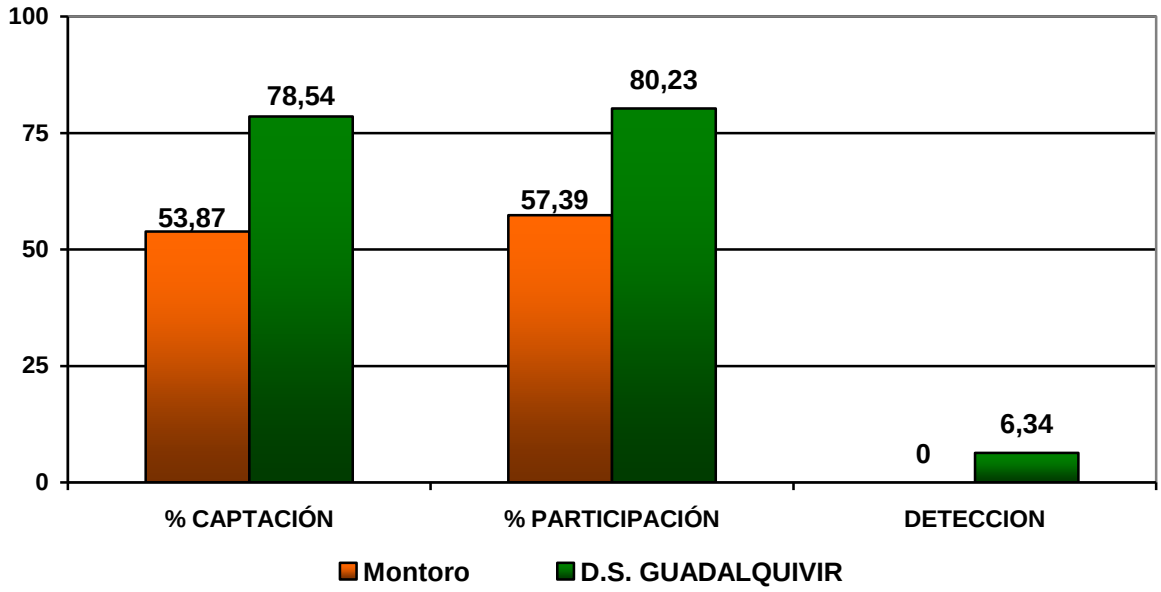


Programas Relacionados con la Mujer.

Las tasas de Captación y de Participación de mujeres de Montoro en el programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama 2015 están por debajo de las tasas del Distrito Guadalquivir.

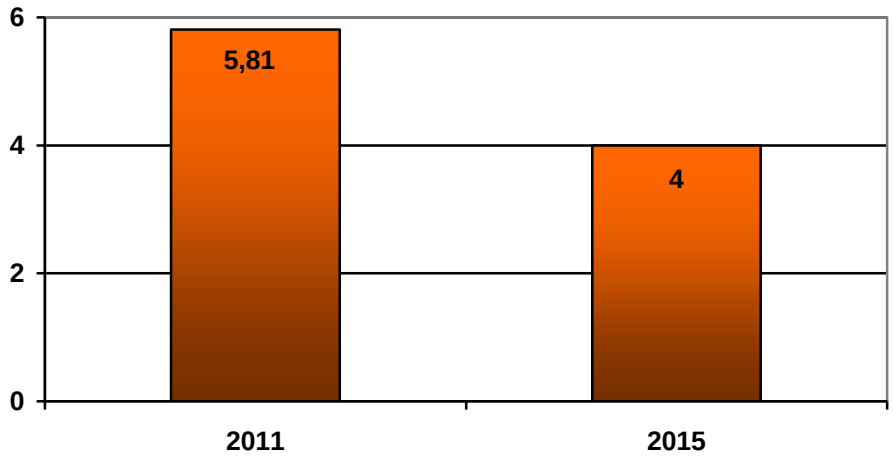
En cuanto a la tasa de detección, en Montoro no se detectó ningún caso en 2015.

Fig. Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama 2015.



En Montoro, la tasa de IVE (Interrupción Voluntaria de Embarazo) en mujeres de 15 a 19 años en el año 2015 se sitúa en 4/1000, algo menor que en 2011.

Fig. Tasa de IVE por 1000 mujeres de 15 a 49 años.

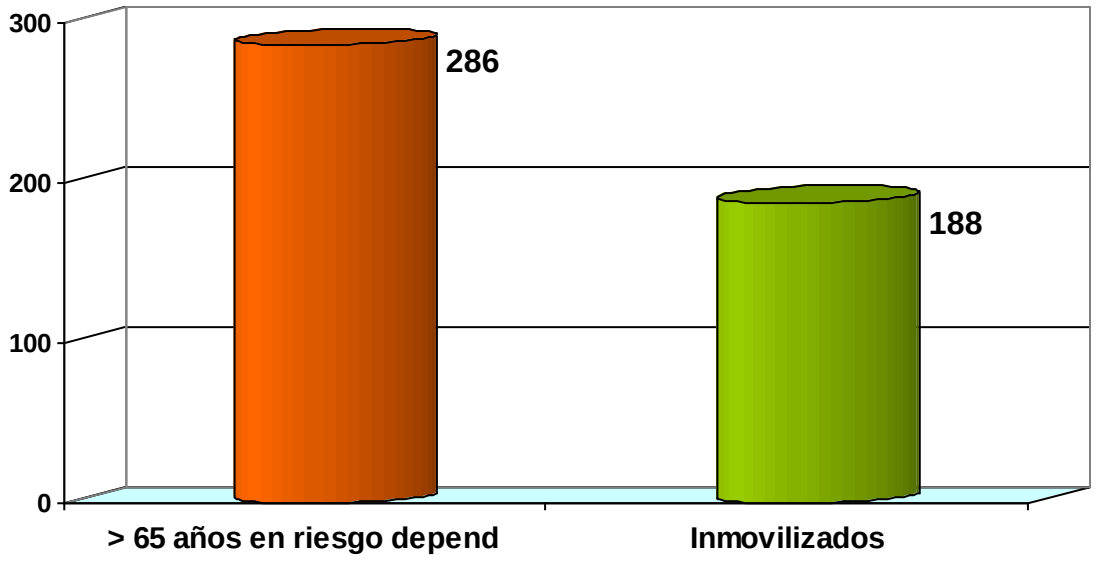


Las actividades de educación afectivo-sexual en adolescentes, tanto en el entorno escolar como fuera de este, serían esenciales para conseguir disminuir este indicador.

Seguimiento Domiciliario Protocolizado a personas ≥ 65 años.

En Montoro, el 69% de los mayores de 65 años inmovilizados están en seguimiento domiciliario protocolizado, siendo este % superior al del Distrito Guadalquivir.

Fig. Nº de personas mayores en seguimiento domiciliario protocolizado.

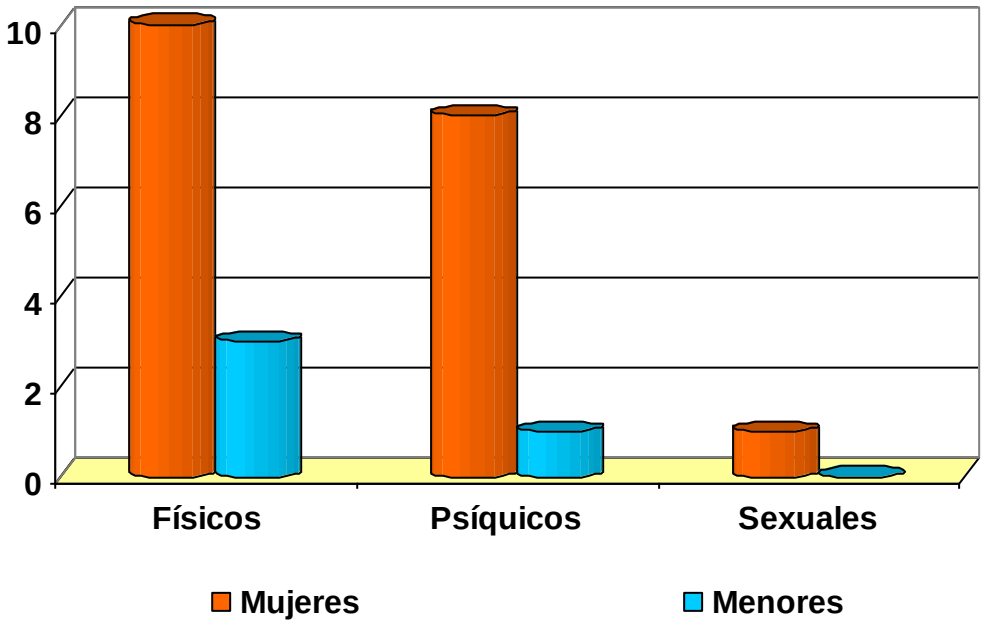


Este indicador hace referencia a personas que por sus características de salud precisan que les dispensen cuidados de salud en el domicilio.

Atención de personas en Riesgo Social.

No disponemos de los datos por municipio pero para el conjunto de la Zona Básica de Salud de Montoro, el número de agresiones a mujeres en 2015 fue de 19 y en menores 4.

Fig. Número de agresiones a Mujeres y Menores

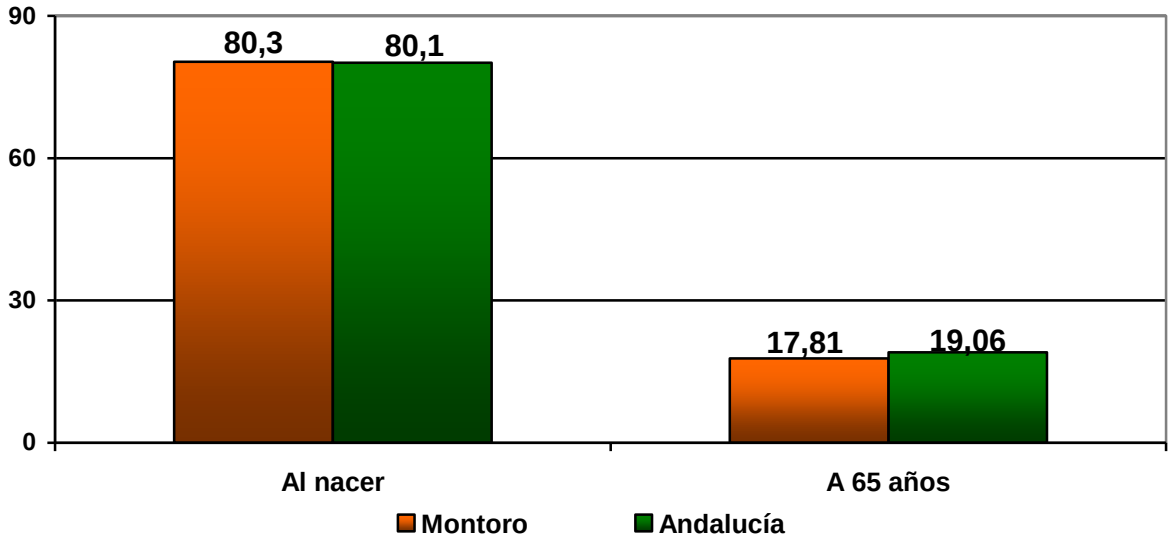


5. MORTALIDAD

Esperanza de Vida al nacer y a los 65 años.

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

Fig. Esperanza de vida al nacer y a los 65 años.



Comparación con la tasa española y significativa

Tomando las 21 causas de mortalidad que analiza AIMA (VIH, cáncer de estómago, cáncer de colon, recto y ano, cáncer de hígado, cáncer de laringe, cáncer de pulmón, cáncer de mama, cáncer de útero, cáncer de ovario, cáncer de próstata, cáncer de vejiga, diabetes mellitus, Alzheimer, enfermedad isquémica, enfermedad cerebrovascular, aterosclerosis, IRA, Neumonía, Influenza, enfermedad crónica de vías respiratorias inferiores, cirrosis, accidentes de tráfico y suicidio) encontramos tasas significativas por encima de la española en los siguientes grupos de edad y sexo en 2012:

Cociente entre la tasa de mortalidad del municipio y la tasa de mortalidad de España.

Edad	Ca Pulmón		Ca Vejiga		E. Cereb-Vasc		Aterosclero		E. Crón resp		Cirrosis		AccTráfico		Suicidio	
Sexo	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
< 1																
1-14																
15-44													2,4			
45-64									1,54				2,3			
65-74					1,5				1,52							
75-84	1,7		2,10		1,9	1,4			1,52		1,8				2,07	
≥ 85					1,7			3,84	1,84							

H: Hombre M: Mujer

Fig. Mortalidad comparada con la tasa española en Hombres.

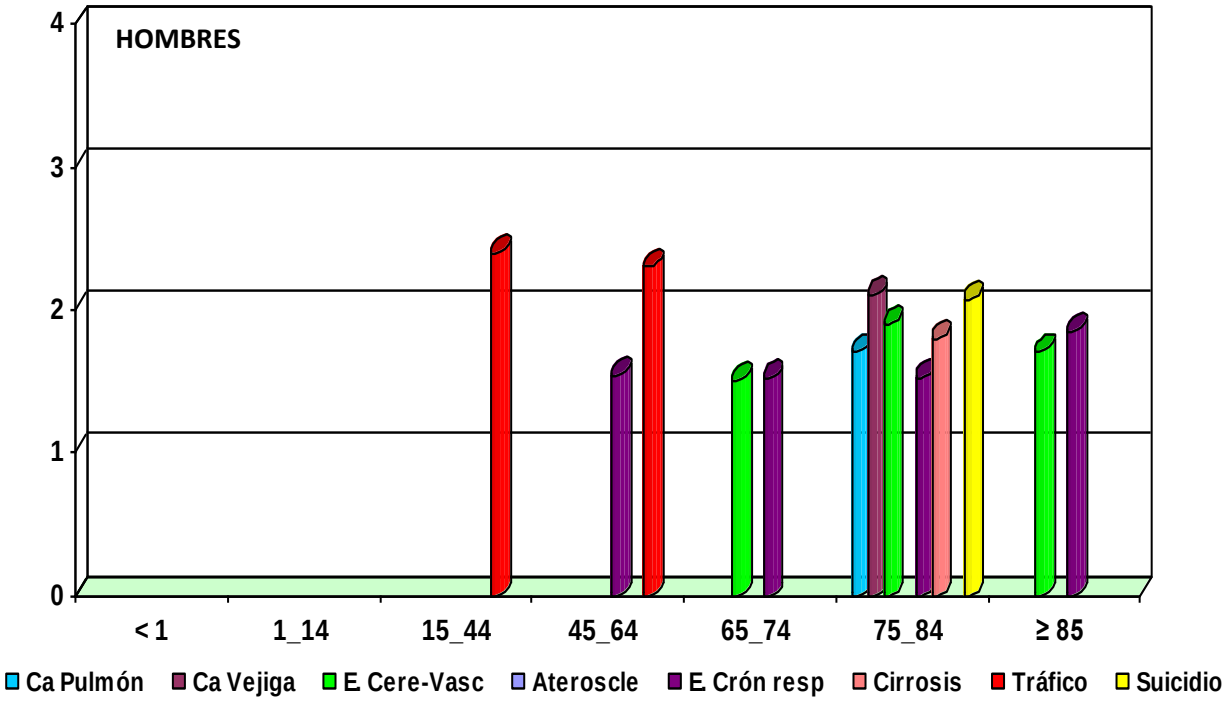
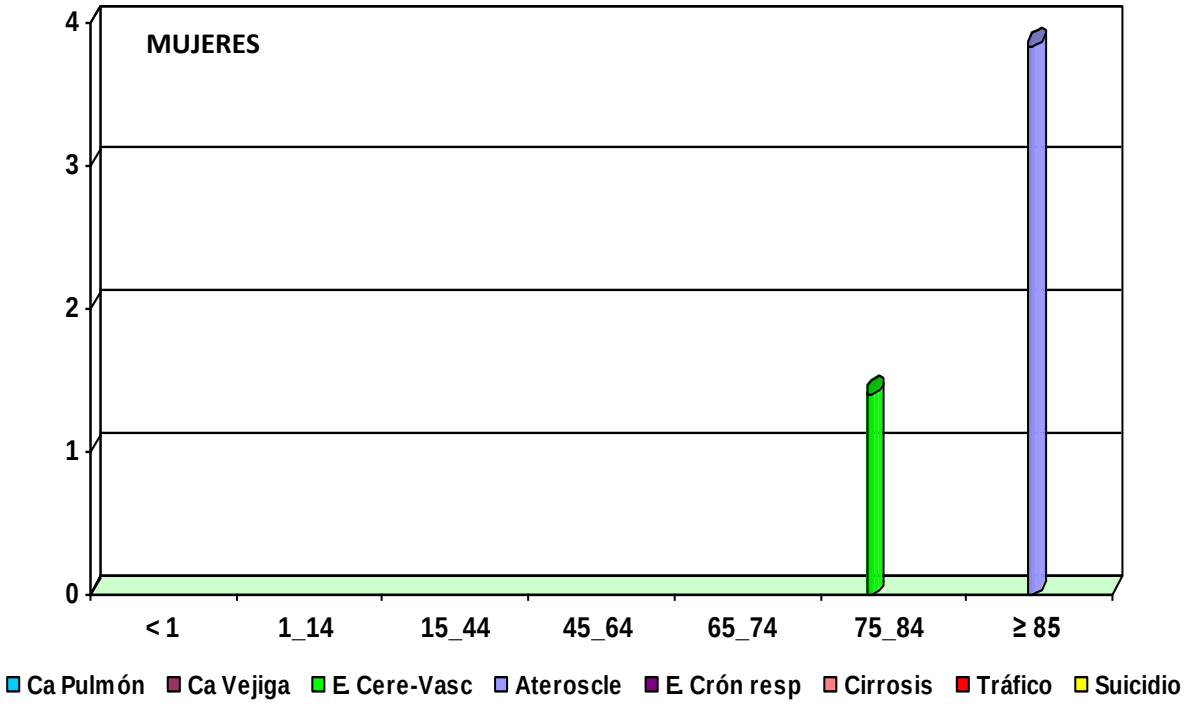


Fig. Mortalidad comparada con la tasa española en Mujeres.



En mujeres solo hay un exceso de mortalidad en el caso de las enfermedades cerebro-vasculares, en el grupo de 75-84 años y para mayores de 84 años en la aterosclerosis.

En el caso de los hombres, la mayor mortalidad se produce para la enfermedad crónica de vías respiratorias inferiores, desde los 45 años hasta el final. Detrás, le sigue la enfermedad cerebro-vascular por encima de los 65 años.

En el grupo de edad más joven se sitúa los accidentes de tráfico en el grupo de hombres de 15 a 64 años.

CONCLUSIONES.

Sociodemografía.

La estructura de población ha cambiado poco en el transcurso de estos años, así la población de Montoro 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 supera 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 envejecida que la joven.

La relación de dependencia de ancianos en Andalucía es menor que en Montoro 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 sobreenvejecimiento es mayor en Montoro (17%) que en la población andaluza (13%), encontrando una mayor proporción de mayores de 84 años tanto en hombres como en mujeres, aunque más marcado en aquellas.

El aumento en la esperanza de vida hace que la población anciana 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 mayores.

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 es muy superior al del grupo de 65 y más años en su conjunto.

Habrá que tener en cuenta la presión sobre los recursos sociosanitarios 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.

Las tasas de natalidad y fecundidad son similares a las andaluzas, aunque Montoro tiene menor tasa de nacimientos que la población andaluza en las edades más bajas, sin embargo el % de embarazos en mujeres adolescentes (15 a 19 años) son mucho más elevados duplica al de Andalucía.

La inmigración presenta en Montoro tasas mucho más elevadas que las andaluzas en la población procedente de Rumania, sin embargo, para el resto de países las tasas de inmigración son menores en casi todos los casos.

La tasa de paro en este municipio es levemente más elevada que en la población de referencia, en este caso la de Córdoba y Andalucía, si bien esta diferencia se encuentra en hombres, ya que en mujeres es al contrario.

Con un comportamiento similar al paro, en cuanto a la tasa global, la tasa de analfabetismo es mayor en Montoro que en Andalucía y Córdoba.

Hábitos y estilos de vida en jóvenes.

Comparación de resultados del estudio HBSC de 2006 y 2011.

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. De 2006 a 2011 ha aumentado en número de adolescentes que fuman a diario.

Como positivo, ha disminuido el consumo semanal de alcohol respecto a 2006, estando el consumo en chicos por encima de las chicas.
Por el contrario, los episodios de embriaguez han sufrido un incremento respecto al estudio anterior.

Referente al consumo de cannabis, se ha producido un incremento en el número de adolescentes que manifiestan haber consumido 10 veces o más en el último año.

Si bien ha mejorado respecto a 2006, la conducta alimentaria de un porcentaje importante de adolescentes dista de ser saludable, con 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.

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 un método no seguro y se encuentran porcentajes de embarazos adolescentes en edades más tempranas, de 15 y 16 años que en mujeres de 17 y 18 años.

Principales problemas de salud.

En el municipio de Montoro, respecto a las Enfermedades de Declaración Obligatoria, el principal problema en los últimos años es la tuberculosis.

La población infantil presenta buenas coberturas de vacunación y de Seguimiento de la Salud Infantil por parte de los profesionales sanitarios del Centro de Salud de Montoro.

Como en el resto de nuestra comunidad, los niños con sobrepeso/obesidad representan un problema de salud pública y en Montoro el % de niños en seguimiento y con intervención avanzada está por debajo de la media del Distrito.

Por el contrario, en las personas de más de 14 años, el % de personas que reciben Consejo Dietético Intensivo está por encima de la media del Distrito.

En este sentido, queda aún mucho margen de mejora en cuanto a las actuaciones sobre la población con sobrepeso u obesidad referentes a las medidas de alimentación equilibrada y ejercicio físico para disminuir la prevalencia de esta patología y prevenir las enfermedades ligadas a la misma (enfermedades cardiocirculatorias, diabetes, cáncer, etc.).

En los fumadores, Montoro presenta un porcentaje menor que el de Distrito en cuanto a la Intervención Avanzada.

En los programas relacionados con la mujer, las mujeres de Montoro, tienen una participación baja en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama, estando muy por debajo de la participación media de las mujeres del Distrito. Es importante realizar un esfuerzo por mejorar esta participación en este programa para poder prevenir uno de los tumores más frecuentes en la población general.

La tasa de IVE ha descendido algo respecto a la del estudio anterior en adolescentes de 15 a 19 años, pasando del 5,81 en 2011 al 4/1000 mujeres en 2015.

Habría que resaltar que del total de IVEs en 2015, era la 1ª en el 43% de los casos y en uno de ellos era la 5ª, había tenido 4 IVEs anteriores.

En Montoro, los cuidados domiciliarios protocolizados que se prestan la población necesitada de los mismos, presentan una tasa mayor que la del Distrito. 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.
En la prestación de cuidados, los servicios sanitarios debemos identificar a los cuidadores principales de las personas necesitadas de cuidados, teniendo en cuenta que en su mayoría son mujeres, algunas de edad avanzada y que como cuidadoras/es informales necesitan formación en esta tarea y ser valoradas/os y apoyo para evitarles problemas de salud derivados de los cuidados que prestan.

En la atención de personas en riesgo social hemos valorado las agresiones a mujeres y a niños, siendo los más frecuentemente detectados los físicos. No disponemos de datos para comparación.

Mortalidad.

La esperanza de vida en la población de Montoro es similar a la andaluza, al nacer y algo menor a los 65 años,

Entre las causas de mortalidad estudiadas en AIMA, Montoro no presenta, en general tasas significativamente por encima de la española, estando para la mayoría de causas y grupos de edad y sexo con tasas similares o por debajo de las españolas.
Hemos encontrado tasas por encima de las de España en los hombres mayores de 45 años de Montoro por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores y en mayores de 65 años para la enfermedad cerebro-vascular. En el grupo de 15 a64 años se sitúan los accidentes de tráfico.

En las mujeres, son la aterosclerosis y las enfermedades cerebro-vasculares las que afectan en mayor proporción que a las mujeres españolas

Observadas estas las causas de mortalidad, los objetivos y actividades de prevención debería tener una mayor incidencia sobre los hábitos de vida saludables y sobre las conductas de riesgo de la población y esto, comenzando a edades tempranas de la vida, de forma que los buenos hábitos se adquieran desde pequeños.

A la luz de las evidencias científicas disponibles y en base a las políticas vigentes en la UE sobre Salud en Todas las Políticas, las medidas que se adopten deben orientarse prioritariamente a:
1. Impulsar el diagnóstico precoz en aquellas enfermedades en que existen evidencias sobre la efectividad de las medidas de este tipo de diagnóstico.
2. Mejorar la calidad de los tratamientos preventivos, curativos y rehabilitadores aplicados a las personas ya enfermas.
3. Promover la actuación intersectorial para aunar esfuerzos de todos los actores presentes en el nivel local.

Las principales de causas de mortalidad por estas enfermedades están asociadas con factores de riesgo asociados a los estilos de vida, como el tabaquismo, obesidad e inactividad física, adicción a drogas, alcohol etc. por lo que 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.

ANEXOS

PIRÁMIDES DE POBLACION

Personas distribuidas por sexo y grupos de edad (Padrón 2015).

	MONTORO			ANDALUCÍA		
Edad	**Hombres**	**Mujeres**	**Total**	**Hombres**	**Mujeres**	**Total**
< 1	53	54	107	42.190	40.005	82.195
1-4	191	153	344	176.378	166.461	342.839
5-9	279	280	559	251.877	237.822	489.699
10-14	281	266	547	232.888	221.217	454.105
15-19	270	250	520	223.220	209.863	433.083
20-24	310	330	640	247.229	234.688	481.917
25-29	324	302	626	264.011	257.797	521.808
30-34	340	350	690	311.684	304.817	616.501
35-39	370	361	731	359.948	346.445	706.393
40-44	363	358	721	348.306	339.499	687.805
45-49	382	319	701	335.331	335.063	670.394
50-54	348	342	690	304.276	308.195	612.471
55-59	292	277	569	255.916	263.713	519.629
60-64	209	242	451	204.321	215.180	419.501
65-69	202	234	436	186.670	205.681	392.351
70-74	192	203	395	148.989	174.409	323.398
75-79	113	162	275	109.159	146.734	255.893
80-84	127	215	342	85.848	130.989	216.837
≥ 85	87	209	296	56.291	115.933	172.224
Total	4.733	4.907	9.640	4.144.532	4.254.511	8.399.043

Indicadores demográficos.

Índice de masculinidad (IM). Es el número de nacimientos masculinos por cada 100 nacimientos femeninos. Este índice también se calcula para cada edad.

Índice de Friz (IF). Representa la proporción de población en el grupo 0-19 años en relación a la de 30-49 años, que se toma como base 100. Si este índice es mayor de 160, la población se considera joven, si se halla entre 60 y 160, madura, y si es menor de 60, vieja.

Índice de Sundbarg (IS). Tomando como base la población de 15-49 años, Sundbarg compara gráficamente los porcentajes que, en relación con este grupo (= 100), significan los grupos de 0-14 años y de mayores de 50. Si el porcentaje de los menores de 15 supera el de los mayores de 50 la población es de carácter progresivo. Si se igualan es estacionaria y si el grupo de mayores de 50 supera al de menores de 15 es regresiva.

Índice de Burgdöfer (IB). Compara los porcentajes de población en los grupos de 5-14 y de 45-64 años. Si el primero es mayor que el segundo la población es joven, si son aproximadamente iguales es madura y si es menor la población es vieja.

Índice de envejecimiento (IV). Indicador sintético del grado de envejecimiento de la población; se obtiene dividiendo el conjunto de la población anciana, a partir de los 65 años, entre el de los niños por debajo de cierta edad, generalmente los 15 años.

Índice demográfico de dependencia (ID). Tiene relevancia económica y social. Con este indicador, las personas que supuestamente no son autónomas por razones demográficas (la edad), es decir, los ancianos (> 65) y los muy jóvenes (< 15), se relacionan con las personas que supuestamente deben sostenerlas con su actividad (15-64).

Índice de estructura de la población activa (IS). Es un indicador del grado de envejecimiento de este sector de la población. Puede obtenerse dividiendo la población entre los 40 y los 64 años (las 25 generaciones más viejas en

activo) por la población desde los 15 a los 39 años (las 25 generaciones más jóvenes). Cuanto más bajo sea el índice, más joven es la estructura de la población laboral.

Índice de reemplazamiento de la población en edad activa (IR). Es el cociente formado por los que están a punto de salir de la edad activa (60-64 años) entre los que están a punto de entrar (15-19 años). Es un índice sujeto a fuertes fluctuaciones y por tanto muy variable.

Índice del número de niños por mujer fecunda (IC). Se obtiene dividiendo los niños nacidos recientemente (0-4 años) por las mujeres en edad fértil (15-49 años). El IC en los países subdesarrollados no es un buen indicador de la fecundidad debido a la merma que supone la elevada mortalidad infantil. Realmente es un indicador de la carga de hijos en edad preescolar por mujer, por lo que es útil como indicador socio-demográfico.

Tasa general de fecundidad (GF). Se obtiene del cociente entre los nacidos vivos durante un año y la población femenina en edad fértil (15-49 años)1 y expresa el número de hijos que en promedio tendría una cohorte ficticia de mujeres no expuestas al riesgo de morir desde el nacimiento hasta el término de la edad fértil.

Índice Generacional de Ancianos (IGA). Representa el número de personas de 35 a 64 años por cada persona de 65 y más. Se supone que mide el número de personas de 35 a 64 años que podrían hacerse cargo de cada persona de 65 y más años.

***Edad media*.** Se estima computando la media ponderada de los valores centrales de las clases usando las frecuencias relativas de cada grupo como factores de ponderación.

Edad mediana. Es aquella que divide en dos partes iguales a la población cuyos habitantes han sido ordenados según la edad. Es más variable que la edad media pero es menos sensible a los cambios estructurales propios de cada población.

TASA DE NATALIDAD
Nacidos vivos durante un cuatrienio / población total del cuatrienio x 1000

TASA GENERAL DE FECUNDIDAD
Nacidos vivos durante un cuatrienio / mujeres en edad fértil (15-49 años) del cuatrienio x 100

TASA DE FECUNDIDAD ESPECÍFICA POR EDAD
Nacidos vivos por grupos de edad de la madre durante un cuatrienio / mujeres en edad fértil de esos grupos de edad del cuatrienio x 1000

DEPENDENCIA
Población ≤ 15 años + población ≥ 65 años / Población entre 15 - 64 años (población activa) x 100

PORCENTAJE DE USUARIOS MAYOR DE 65 AÑOS
Nº usuarios mayores de 65 años (Hombres o Mujeres) / Nº total de usuarios (H+M) x 100

PORCENTAJE DE USUARIOS MENOR DE 15 AÑOS
Nº usuarios menores de 15 años (Hombres o Mujeres) / Nº total de usuarios (H o M) x 100

TASA DE SOBRE-ENVEJECIMIENTO:
Nº usuarios (Hombres o Mujeres) mayores de 84 años/ Nº usuarios mayores de 65 (H+M) x 100

TASA DE INMIGRACIÓN
Población extranjera de un cuatrienio / Población total del cuatrienio x 1000

TASA DE PARO
Global: Población parada de un año / Población activa del año x 100)
Por sexo: Población parada por sexo de un año / Población activa por sexo del año x 100

TASA DE ANALFABETISMO
Global: Población analfabeta en mayor o igual a 16 años de un año / Población mayor o igual a 16 años del año x 100
Por sexo: Población analfabeta en mayor o igual a 16 años por sexo de un año / Población mayor o igual a 16 años por sexo del año x 100

PREVALENCIA DE OBESIDAD
Nº de niños/as entre 2 y 18 años con obesidad / Número de niños/as entre 2 y 18 años x 100

TASA DE INCIDENCIA ANUAL DE TUBERCULOSIS
Nº de casos de tuberculosis diagnosticados en el año / población total de ese año x 100.000

TASA DE INCIDENCIA ANUAL DE TUBERCULOSIS EN LA INFANCIA
Nº de casos de tuberculosis diagnosticados en la infancia (de 0 a 14 años) en el año / población total (de 0 a 14 años) de ese año x 100.000

ESPERANZA DE VIDA AGRUPADA AL NACER
Nº medio de años que viviría una persona de una generación sometida a la mortalidad de un periodo determinado (agrupada en 5 años, contados hacia atrás a partir del periodo seleccionado)

ESPERANZA DE VIDA AGRUPADA A LOS 65 AÑOS
Nº medio de años que viviría una persona de 65 años sometida a la mortalidad de un periodo determinado (agrupada en 5 años, contados hacia atrás a partir del periodo seleccionado)

IVEs
Nº total de solicitudes de estudio de información y estudio para posible interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en mujeres entre 15 - 19 años en el año / Nº total de mujeres entre 15 - 49 años x 1000

PROGRAMA DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA
Tasa de Captación: *Proporción de mujeres con las que se ha contactado respecto a la población elegible.*
Número de mujeres captadas / Población elegible x 100

Tasa de Participación: *El porcentaje de mujeres que han sido exploradas al menos una vez.*
Número de mujeres exploradas / Población elegible x 100

Tasa de Detección Global*: Nº de mujeres en las que se demuestra una lesión maligna por estudio anatomopatológico (ductal in situ y/o invasiva).*
Número de mujeres con tumor maligno / Número total de mujeres exploradas x 1.000

AIMA
http://www.demap.es/aima/

AIMA permite obtener para cada causa de mortalidad 4 “temas”:

- *La tasa específica de mortalidad*: Distribución geográfica de la tasa específica de mortalidad (por 10.000 habitantes) para cada año. En el estudio utilizaremos la del año 2008.
- *Tendencia de la mortalidad durante el periodo 1981 – 2008*. pueden presentar los siguientes valores:
  - 1 Decreciente
  - 2 Creciente – Decreciente
  - 3 No significativa
  - 4 Decreciente – Creciente
  - 5 Creciente
- *Comparación con la tasa nacional*: Cociente entre la tasa de mortalidad del municipio y la tasa de mortalidad de España
- *Municipios con exceso de mortalidad significativo respecto a la tasa española*. Probabilidad de que la tasa de mortalidad del municipio sea mayor que la tasa española según los siguientes valores:
  - Mayor de 0.95: Tasa superior a la española con una probabilidad mayor que 0.95.
  - Entre 0.8 y 0.95: Tasa superior a la española con una probabilidad entre 0.8 y 0.95.
  - Entre 0.2 y 0.8: Diferencia de mortalidad no significativa con respecto a España.
  - Entre 0.05 y 0.2: Tasa inferior a la española con una probabilidad entre 0.8 y 0.95.
  - Menor de 0.05: Tasa inferior a la española con una probabilidad mayor que 0.95.

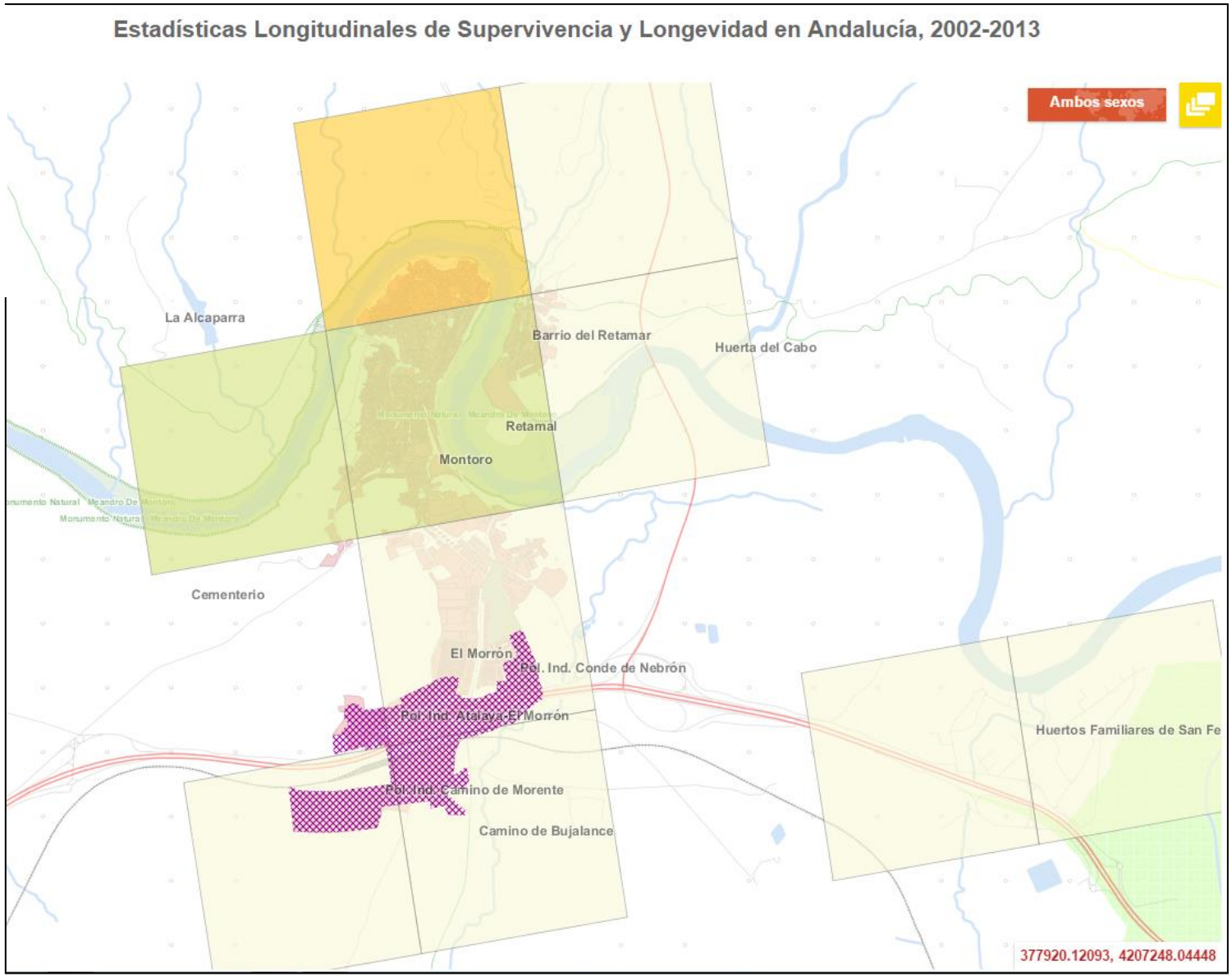
El uso combinado de estos 4 temas permitirá analizar causas de mortalidad del atlas. El periodo de estudio será de 1981 a 2008.

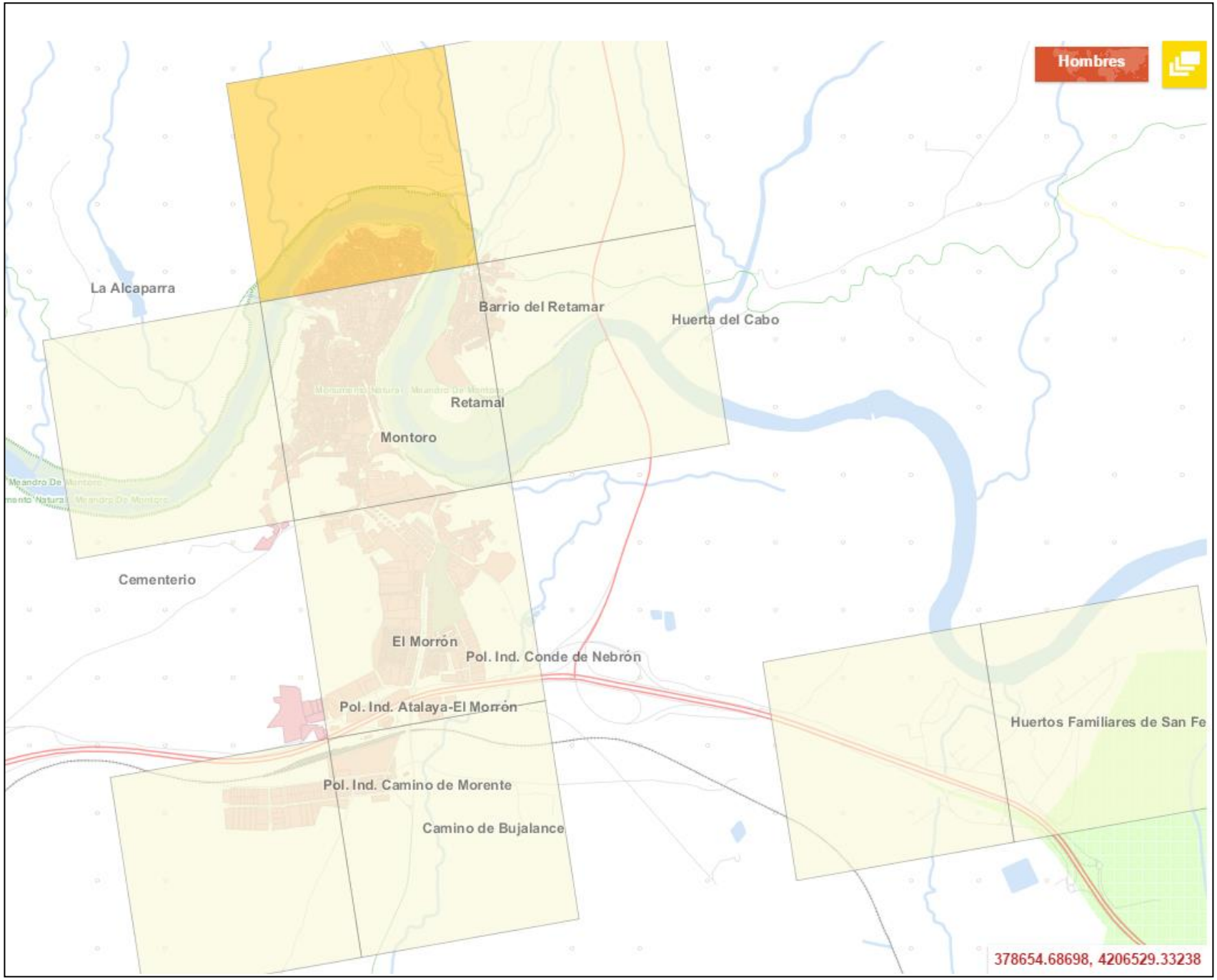
Estadísticas Longitudinales de Supervivencia y Longevidad en Andalucía, 2002-2013

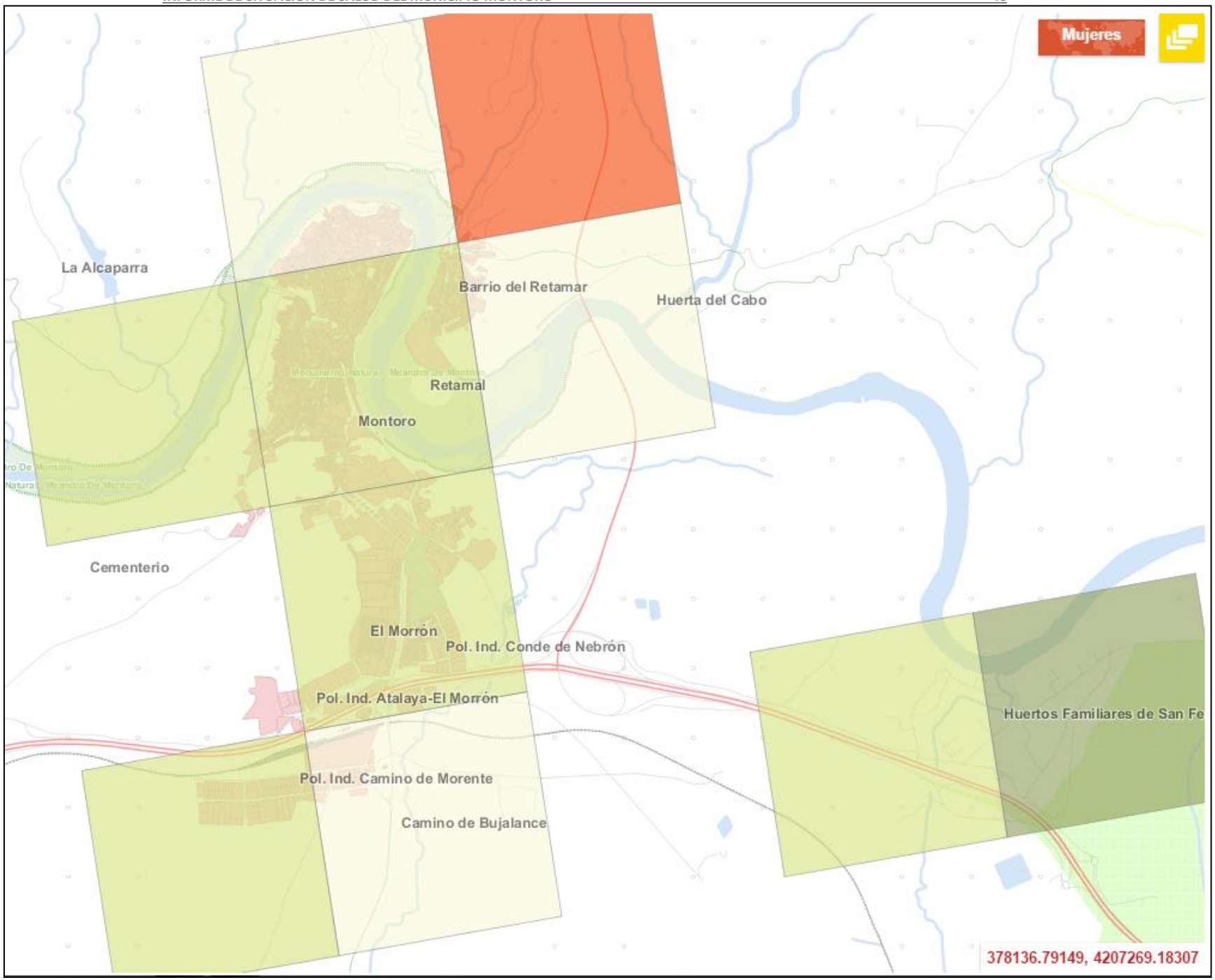
Razón de mortalidad por causa. Celdas de 1 kilómetro

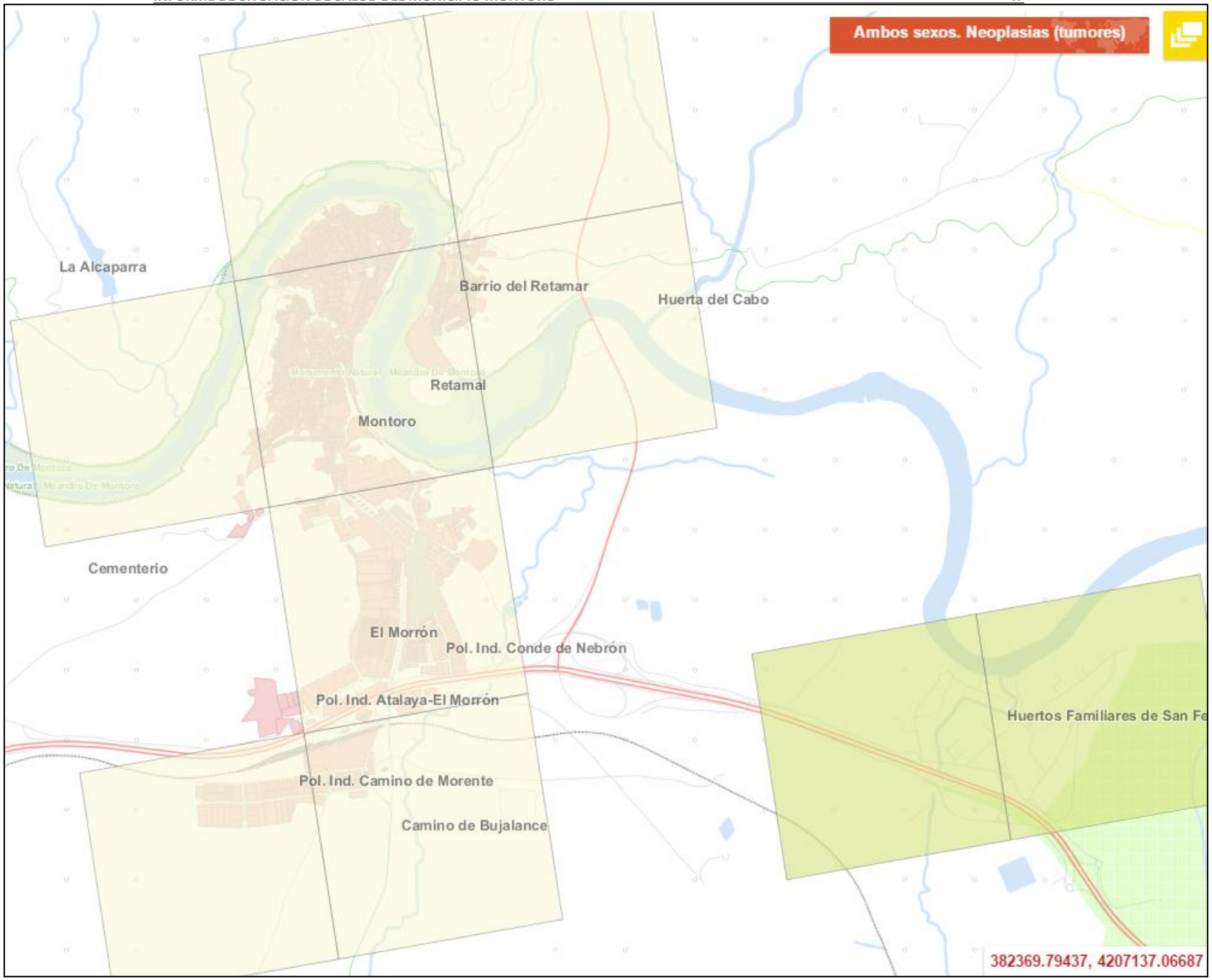
http://www.ieca.junta-andalucia.es./longevidad/mapa/index1km.htm

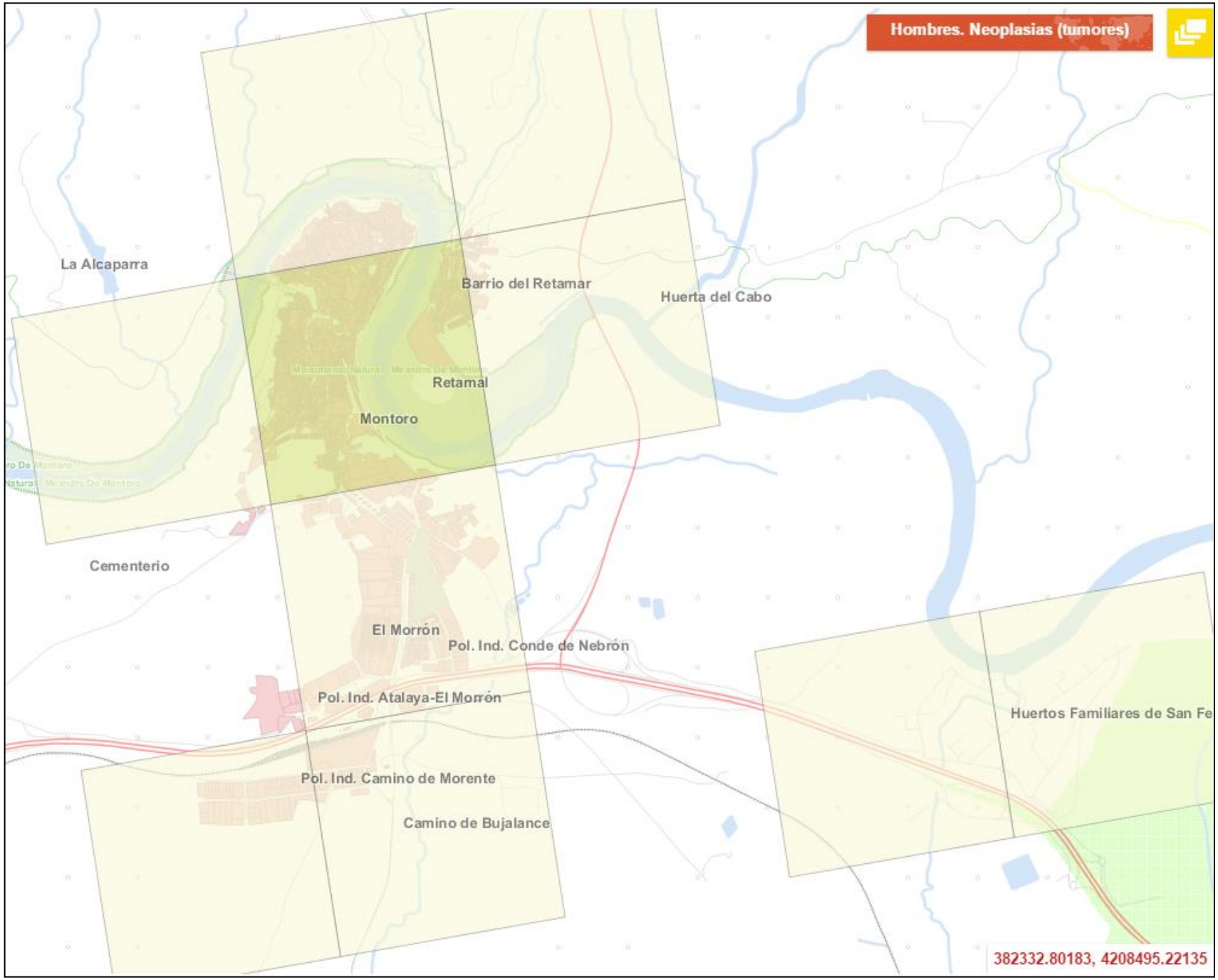
- Sin población en este grupo
- Baja
- Moderadamente baja
- Similar a la media
- Moderadamente alta
- Alta
- No es estimable

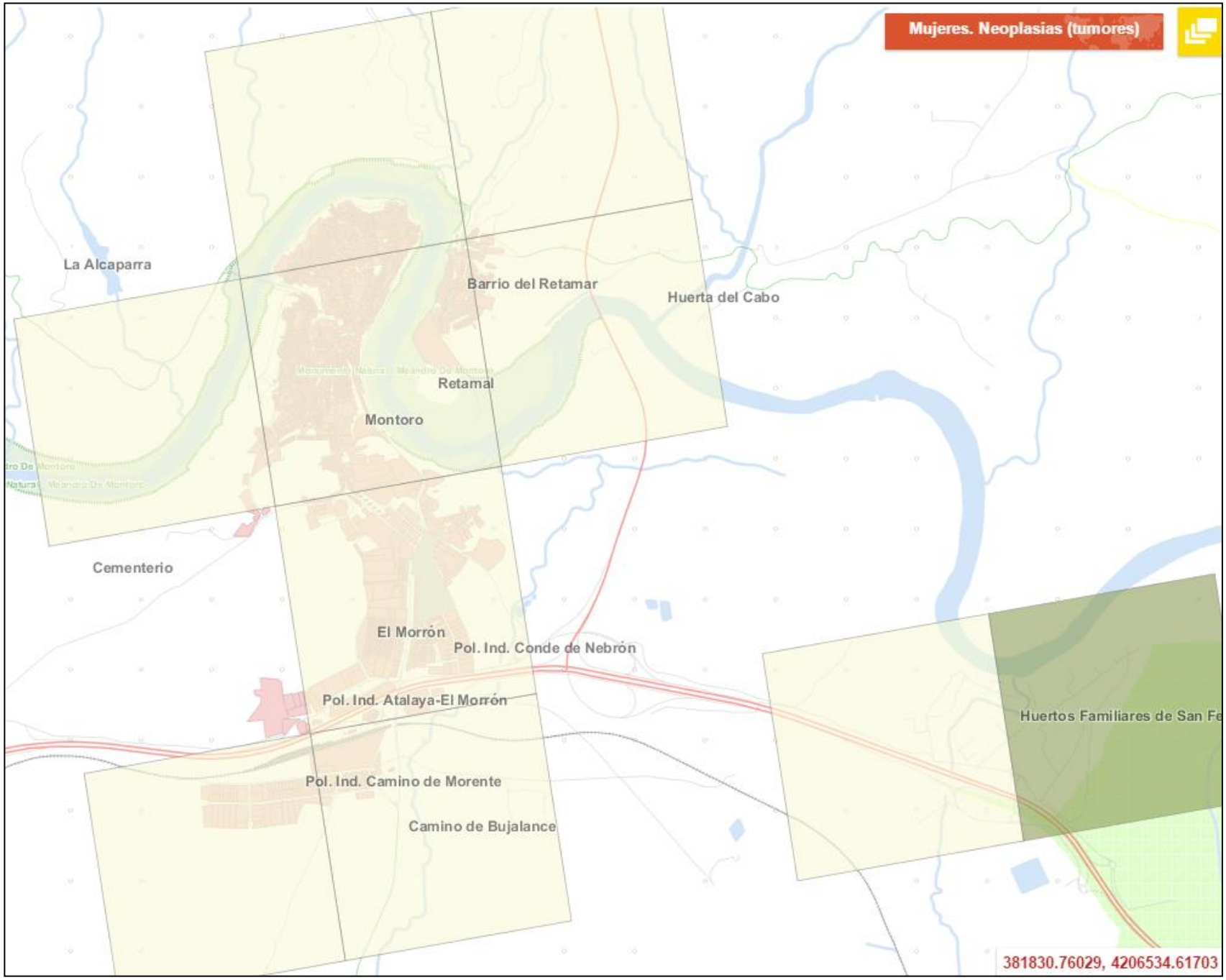


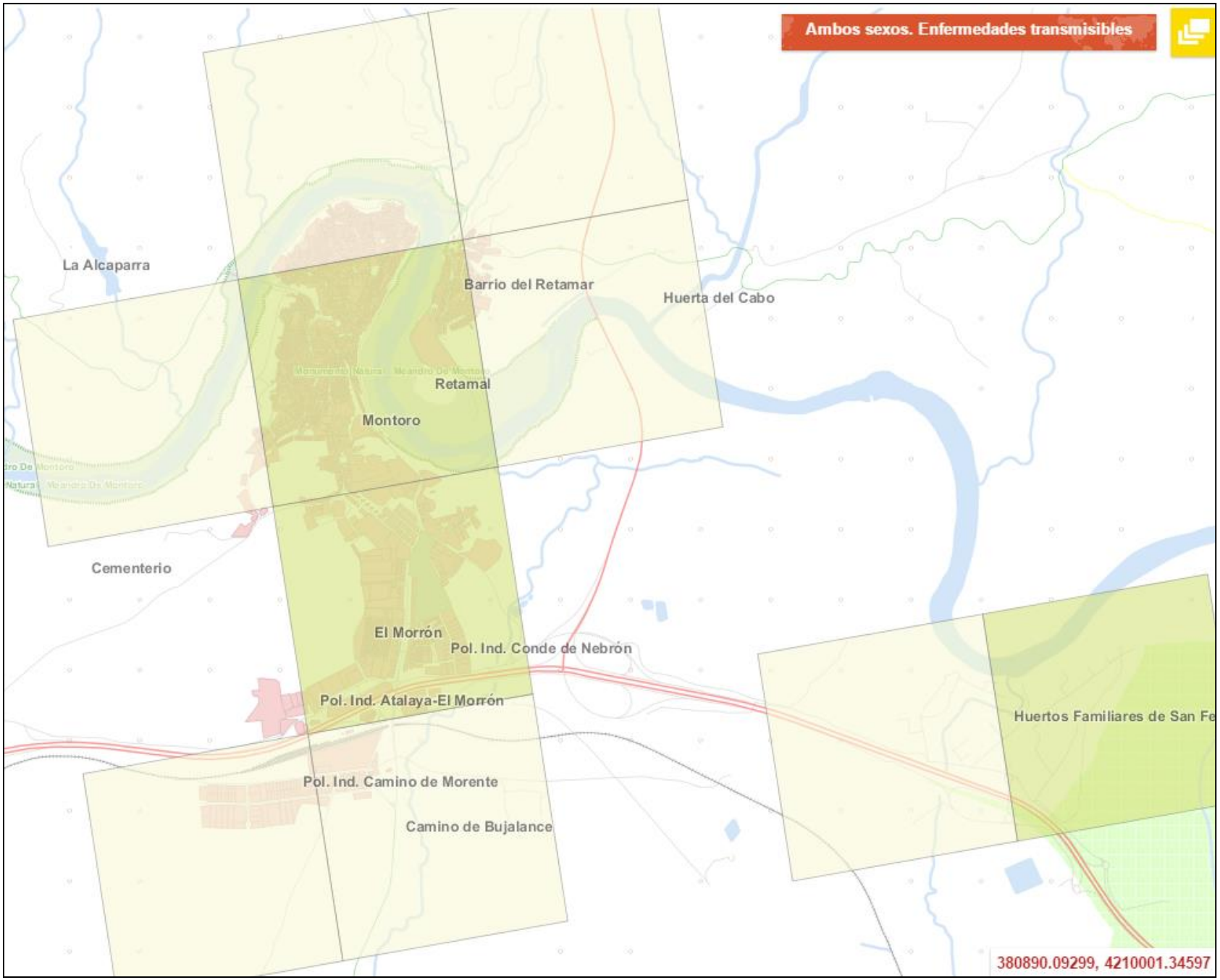

Hombres
La Alcaparra
Barrio del Retamar
Huerta del Cabo
Retamal
Montoro
Cementerio
El Morrón
Pol. Ind. Conde de Nebrón
Pol. Ind. Atalaya-El Morrón
Huertos Familiares de San Fe
Pol. Ind. Camino de Morente
Camino de Bujalance
378654.68698, 4206529.33238

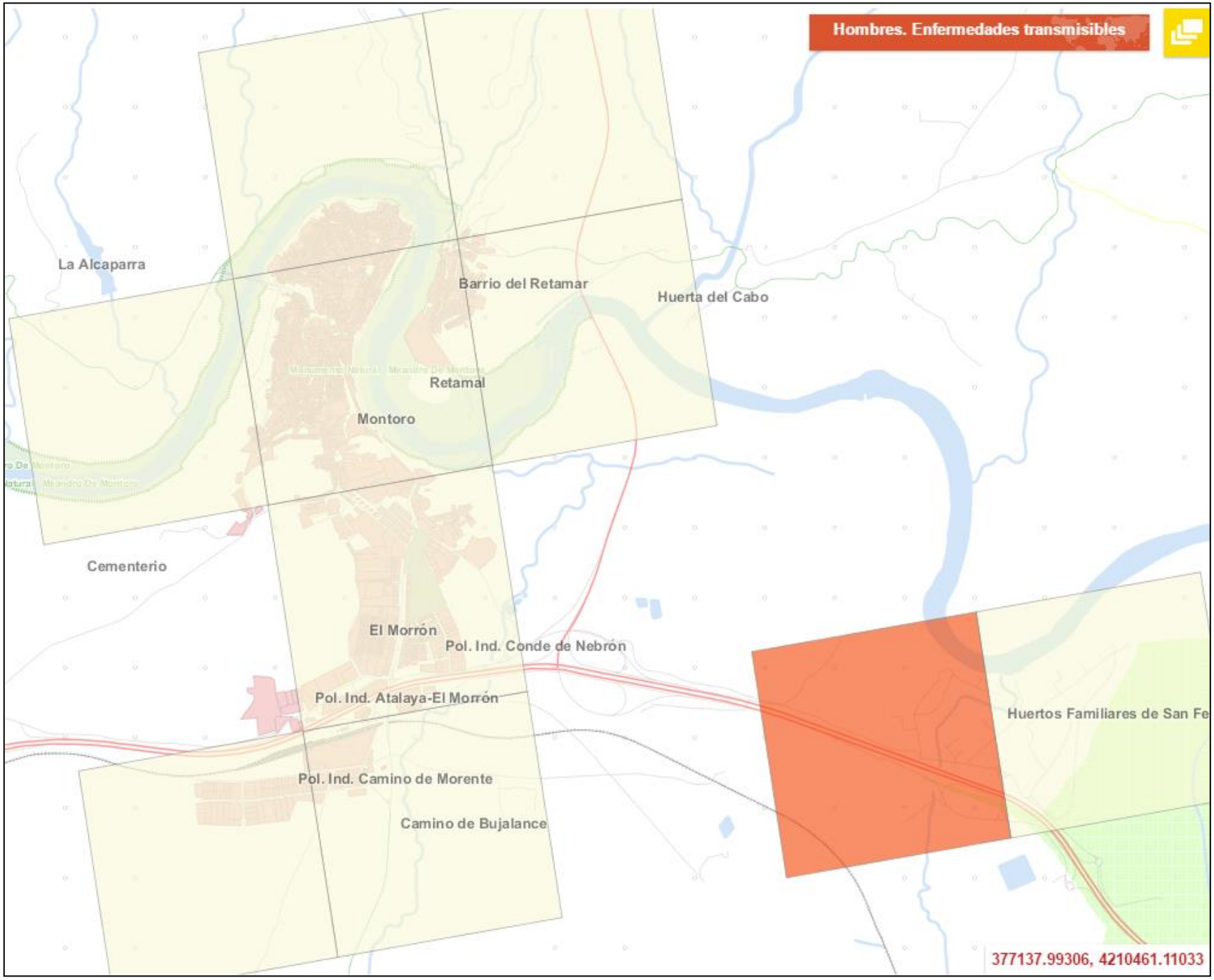

Mujeres
La Alcaparra
Barrio del Retamar
Huerta del Cabo
Retamal
Montoro
Cementerio
El Morrón
Pol. Ind. Conde de Nebrón
Pol. Ind. Atalaya-El Morrón
Huertos Familiares de San Fe
Pol. Ind. Camino de Morente
Camino de Bujalance
378136.79149, 4207269.18307

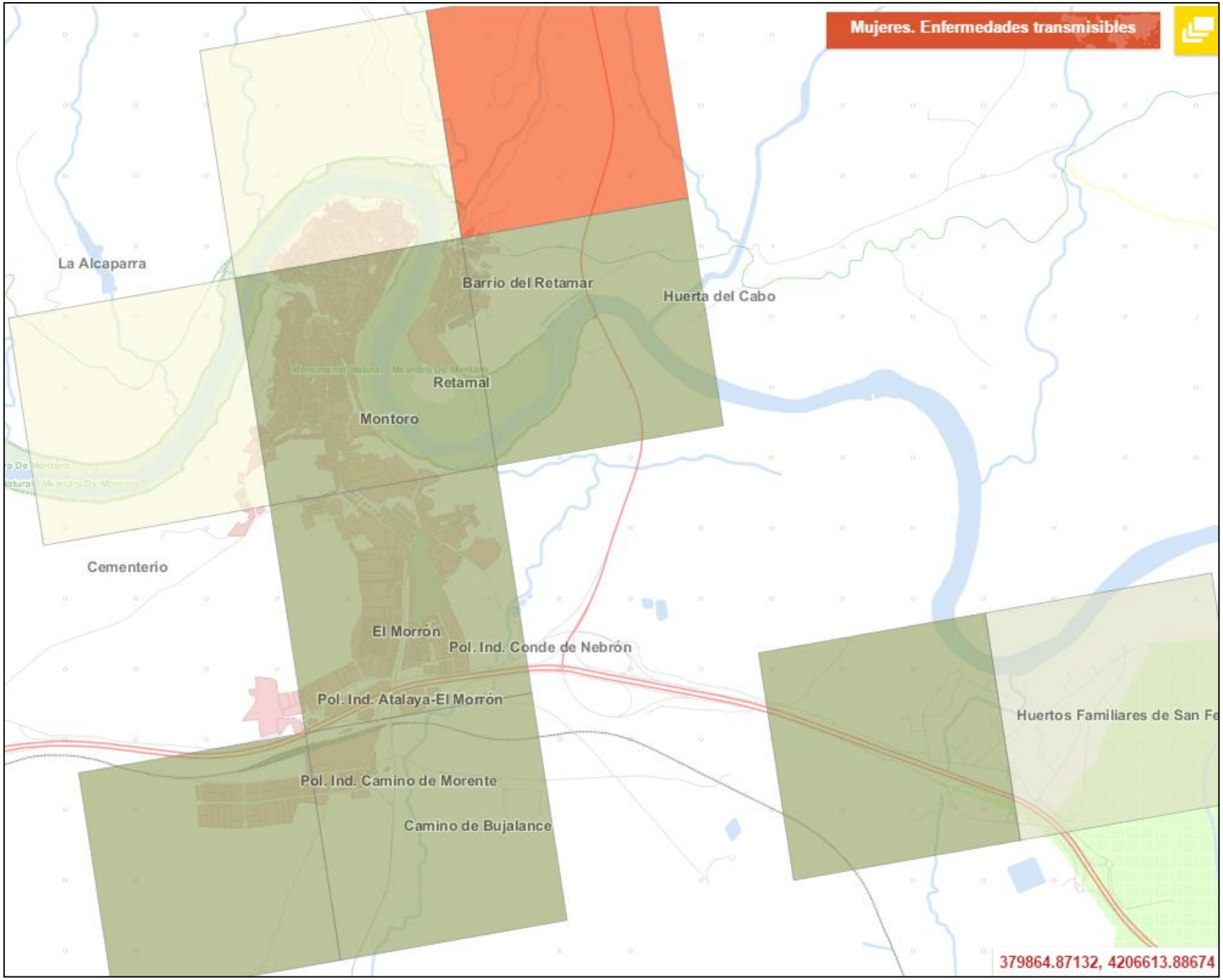

Ambos sexos. Neoplasias (tumores)
La Alcaparra
Barrio del Retamar
Huerta del Cabo
Retamal
Montoro
Cementerio
El Morrón
Pol. Ind. Conde de Nebrón
Pol. Ind. Atalaya-El Morrón
Huertos Familiares de San Fe
Pol. Ind. Camino de Morente
Camino de Bujalance
382369.79437, 4207137.06687

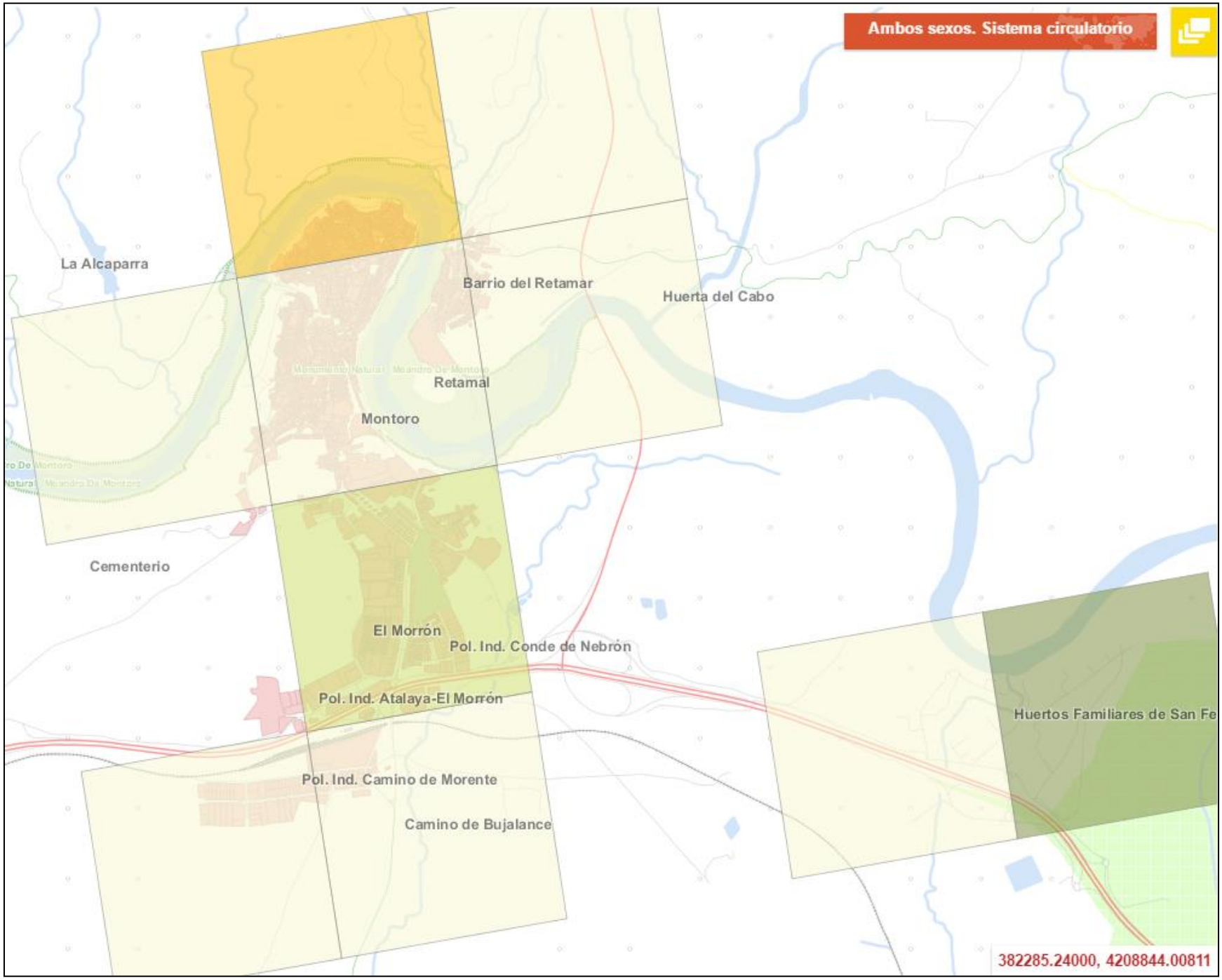

Hombres. Neoplasias (tumores)
La Alcaparra
Barrio del Retamar
Huerta del Cabo
Retamal
Montoro
Cementerio
El Morrón
Pol. Ind. Conde de Nebrón
Pol. Ind. Atalaya-El Morrón
Huertos Familiares de San Fe
Pol. Ind. Camino de Morente
Camino de Bujalance
382332.80183, 4208495.22135

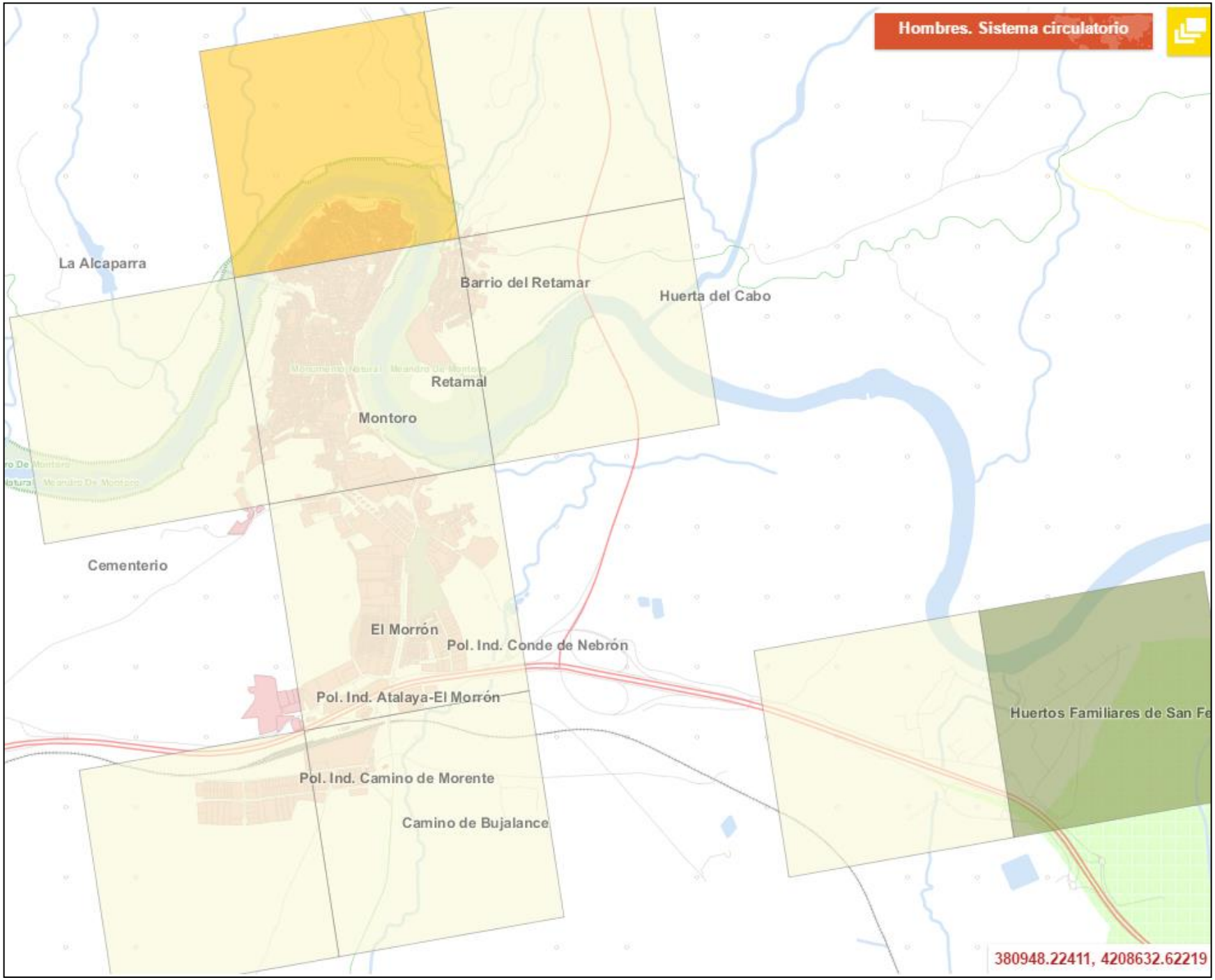

Mujeres. Neoplasias (tumores)
La Alcaparra
Barrio del Retamar
Huerta del Cabo
Retamal
Montoro
Cementerio
El Morrón
Pol. Ind. Conde de Nebrón
Pol. Ind. Atalaya-El Morrón
Huertos Familiares de San Fe
Pol. Ind. Camino de Morente
Camino de Bujalance
381830.76029, 4206534.61703

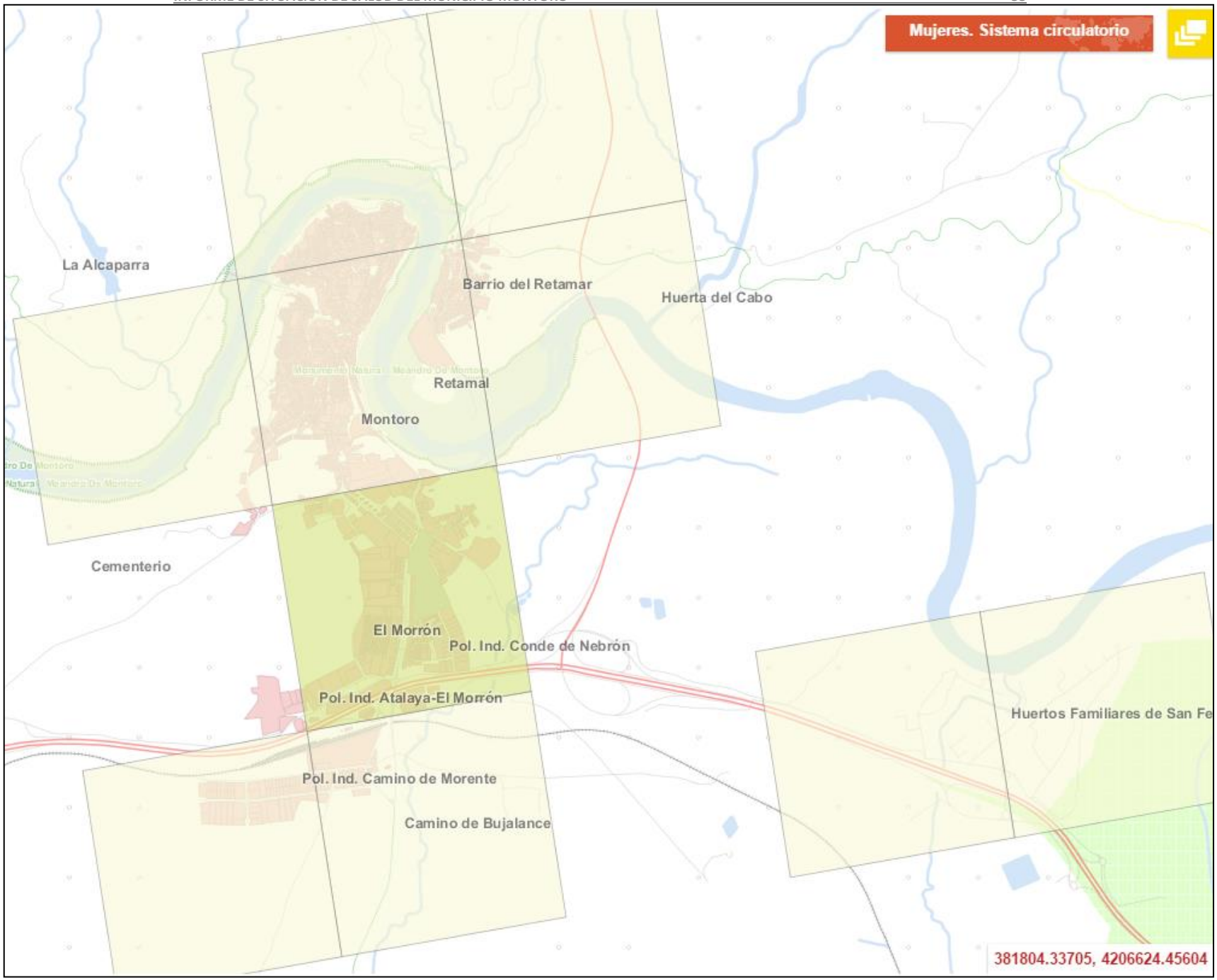

Ambos sexos. Enfermedades transmisibles
La Alcaparra
Barrio del Retamar
Huerta del Cabo
Retamal
Montoro
Cementerio
El Morrón
Pol. Ind. Conde de Nebrón
Pol. Ind. Atalaya-El Morrón
Huertos Familiares de San Fe
Pol. Ind. Camino de Morente
Camino de Bujalance
380890.09299, 4210001.34597

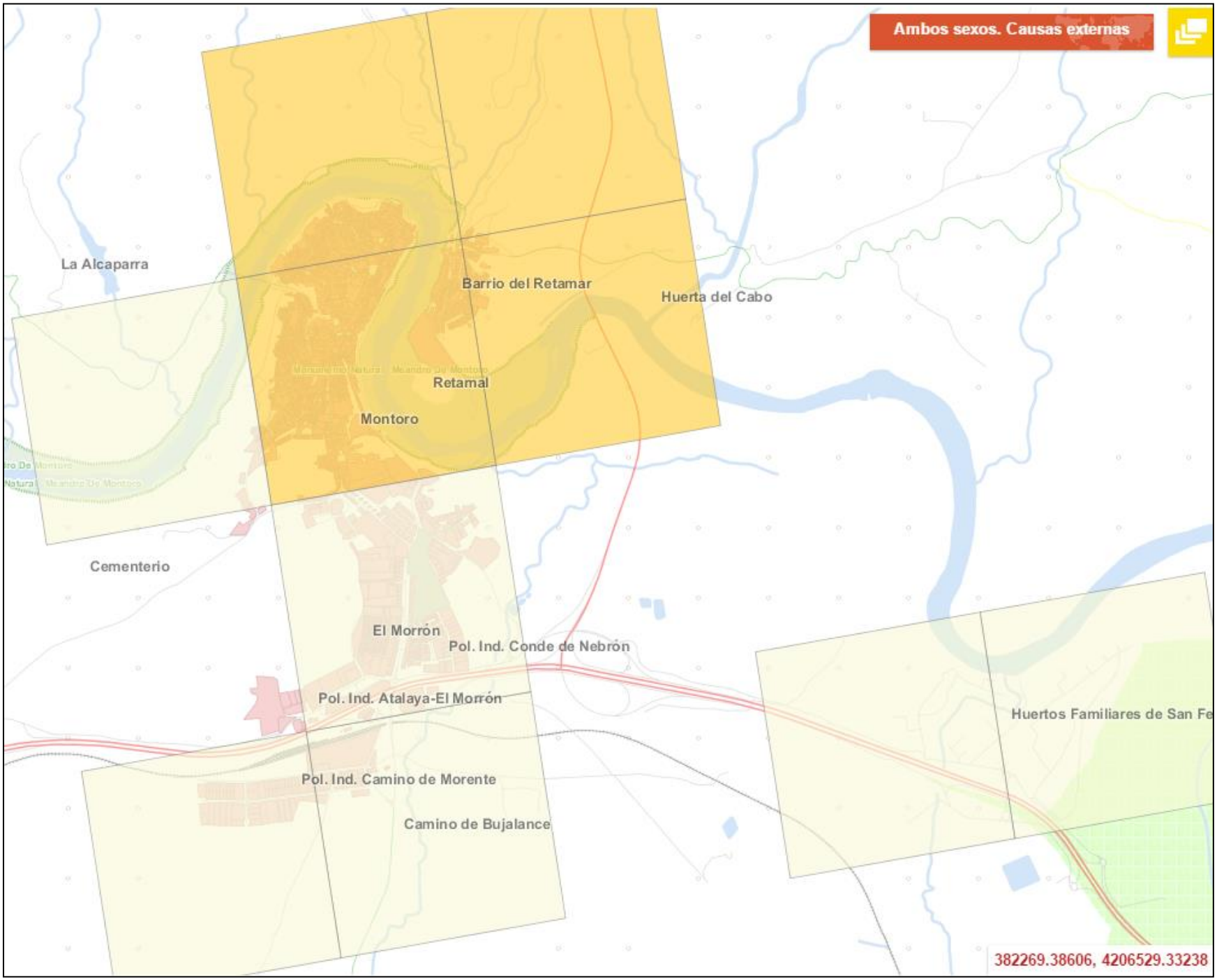

Hombres. Enfermedades transmisibles
La Alcaparra
Barrio del Retamar
Huerta del Cabo
Retamal
Montoro
Cementerio
El Morrón
Pol. Ind. Conde de Nebrón
Pol. Ind. Atalaya-El Morrón
Huertos Familiares de San Fe
Pol. Ind. Camino de Morente
Camino de Bujalance
377137.99306, 4210461.11033

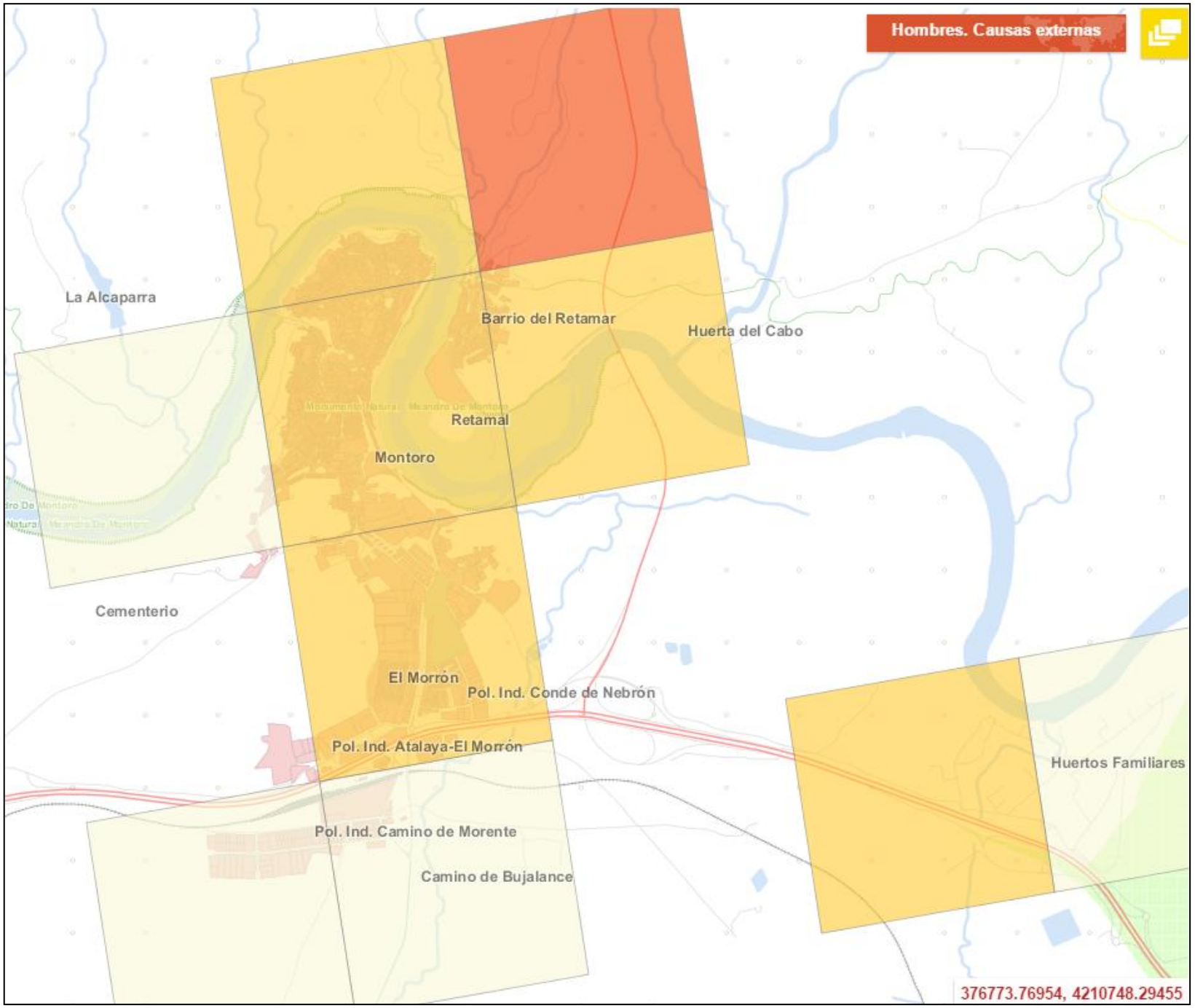

Mujeres. Enfermedades transmisibles
La Alcaparra
Barrio del Retamar
Huerta del Cabo
Retamal
Montoro
Cementerio
El Morrón
Pol. Ind. Conde de Nebrón
Pol. Ind. Atalaya-El Morrón
Huertos Familiares de San Fe
Pol. Ind. Camino de Morente
Camino de Bujalance
379864.87132, 4206613.88674

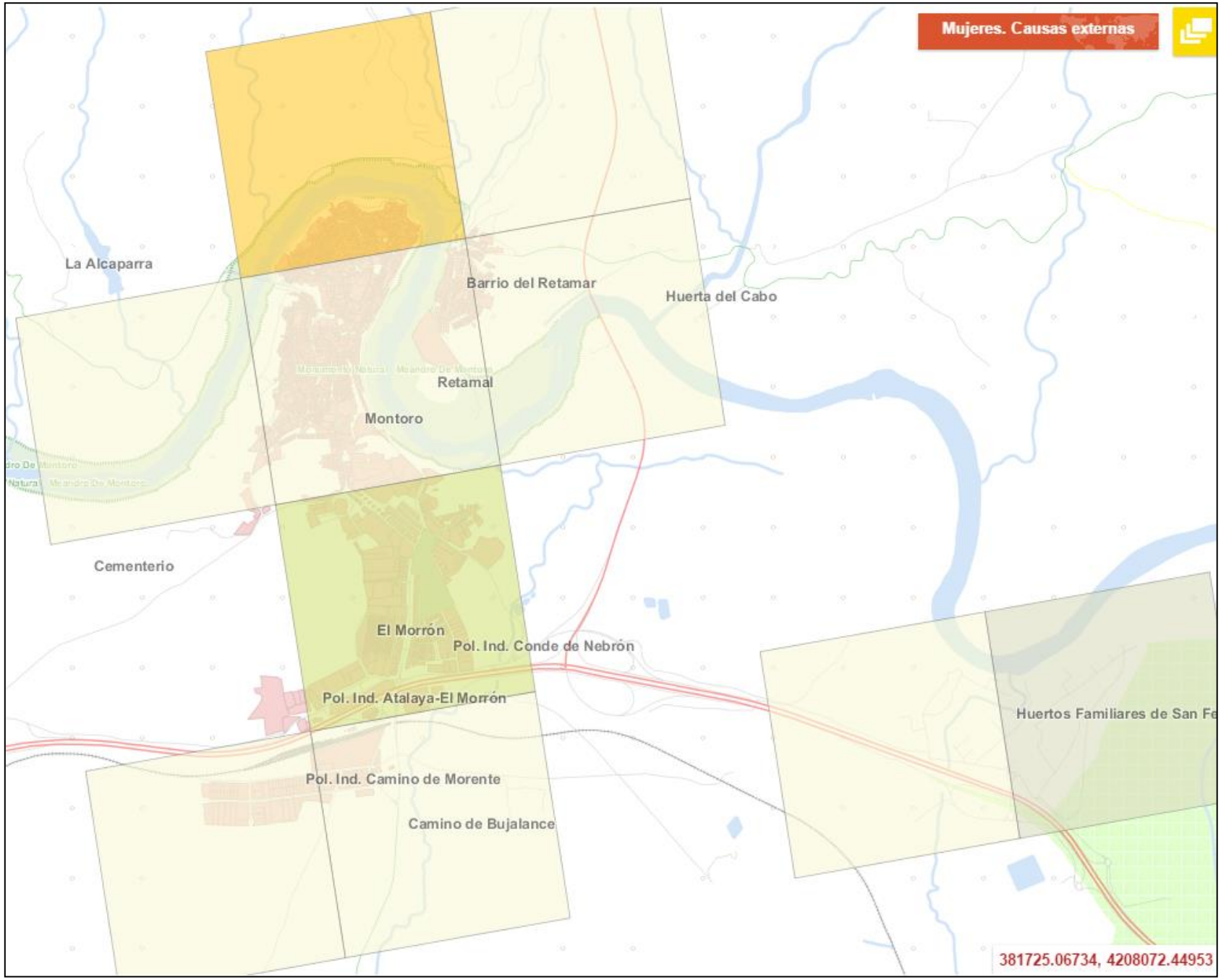

Ambos sexos. Sistema circulatorio
La Alcaparra
Barrio del Retamar
Huerta del Cabo
Retamal
Montoro
Cementerio
El Morrón
Pol. Ind. Conde de Nebrón
Pol. Ind. Atalaya-El Morrón
Huertos Familiares de San Fe
Pol. Ind. Camino de Morente
Camino de Bujalance
382285.24000, 4208844.00811


Hombres. Sistema circulatorio
La Alcaparra
Barrio del Retamar
Huerta del Cabo
Retamal
Montoro
Cementerio
El Morrón
Pol. Ind. Conde de Nebrón
Pol. Ind. Atalaya-El Morrón
Huertos Familiares de San Fe
Pol. Ind. Camino de Morente
Camino de Bujalance
380948.22411, 4208632.62219

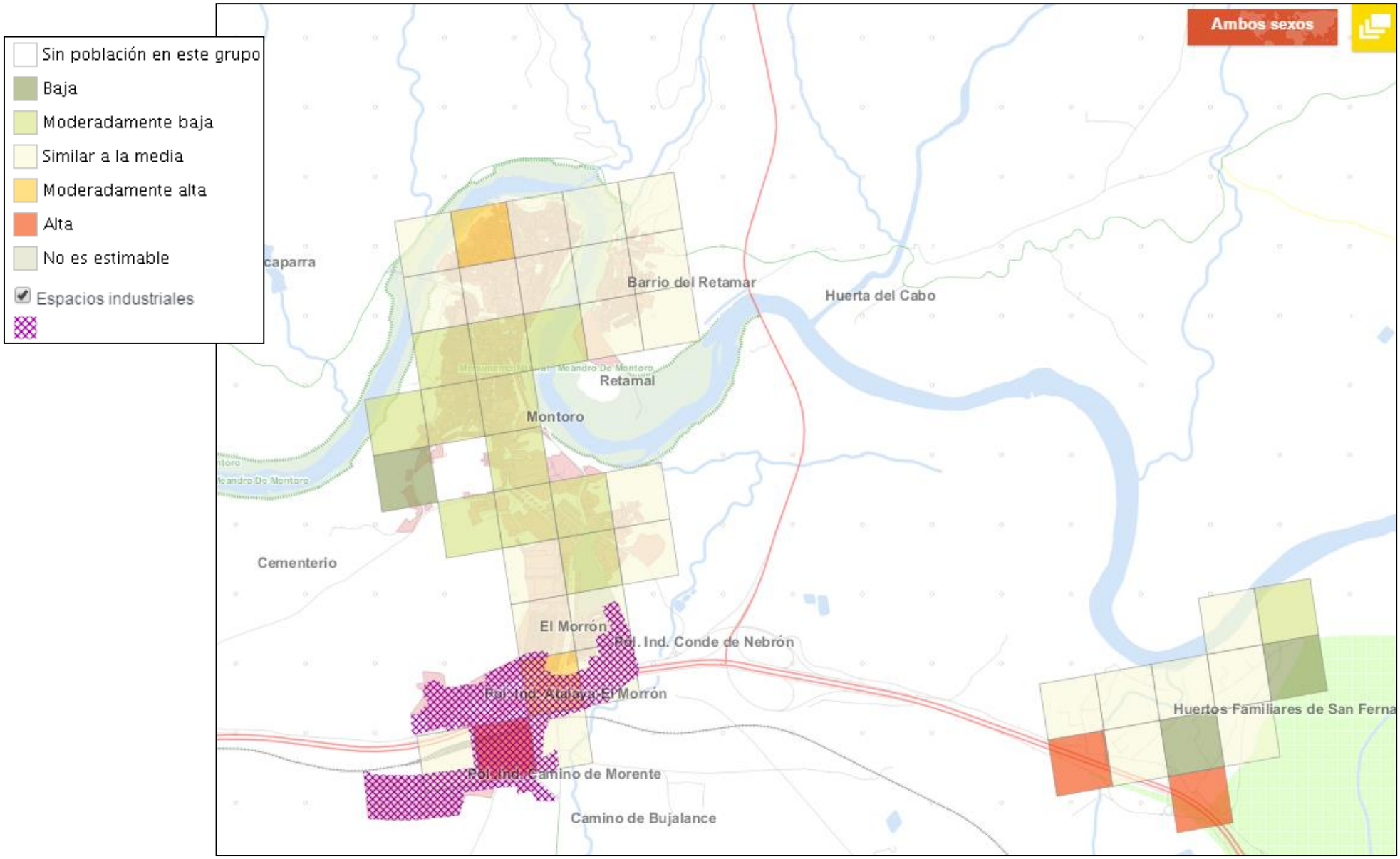

Mujeres. Sistema circulatorio
La Alcaparra
Barrio del Retamar
Huerta del Cabo
Retamal
Montoro
Cementerio
El Morrón
Pol. Ind. Conde de Nebrón
Pol. Ind. Atalaya-El Morrón
Huertos Familiares de San Fe
Pol. Ind. Camino de Morente
Camino de Bujalance
381804.33705, 4206624.45604

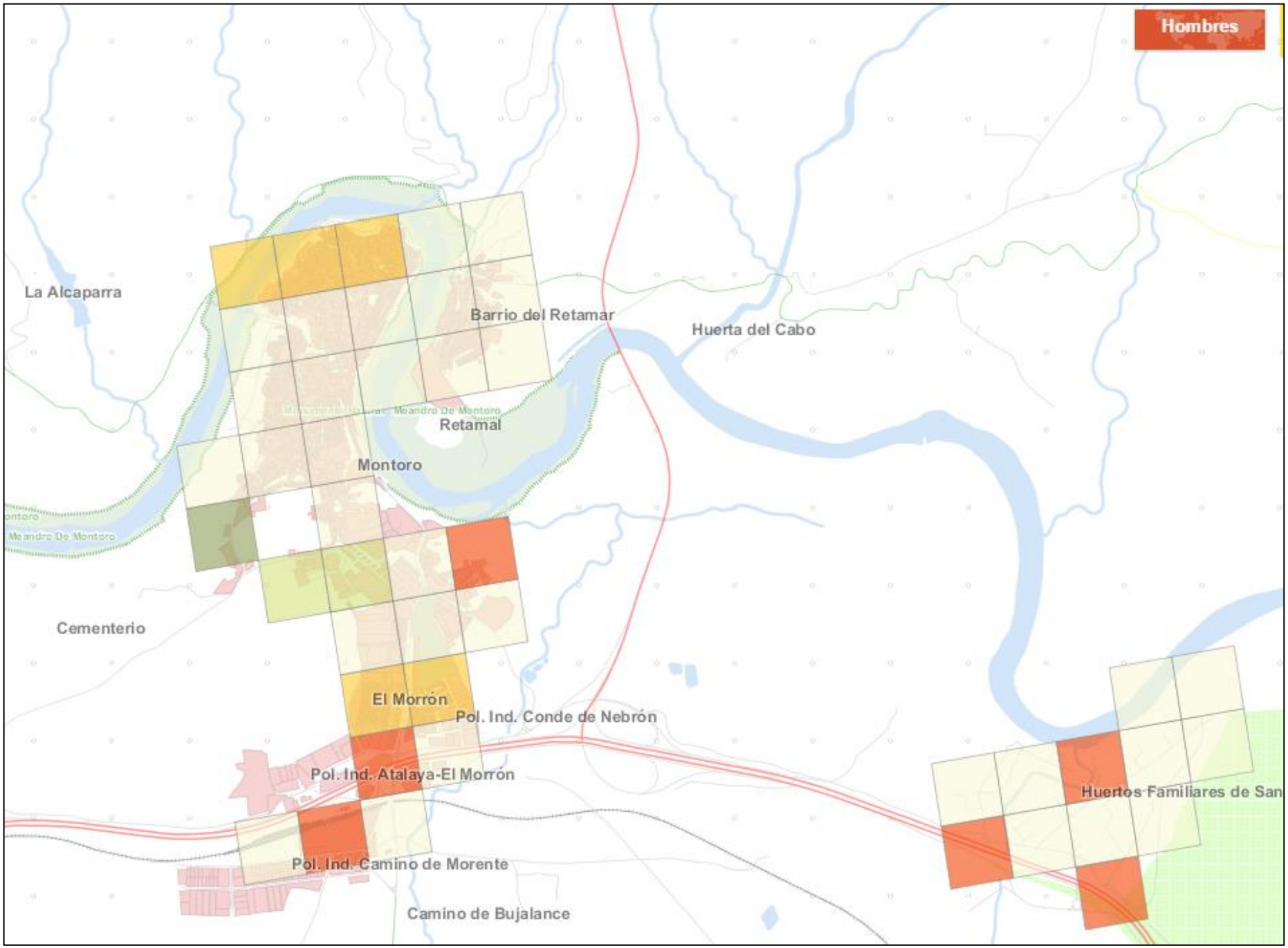

Ambos sexos. Causas externas
La Alcaparra
Barrio del Retamar
Huerta del Cabo
Retamal
Montoro
Cementerio
El Morrón
Pol. Ind. Conde de Nebrón
Pol. Ind. Atalaya-El Morrón
Huertos Familiares de San Fe
Pol. Ind. Camino de Morente
Camino de Bujalance
382269.38606, 4206529.33238

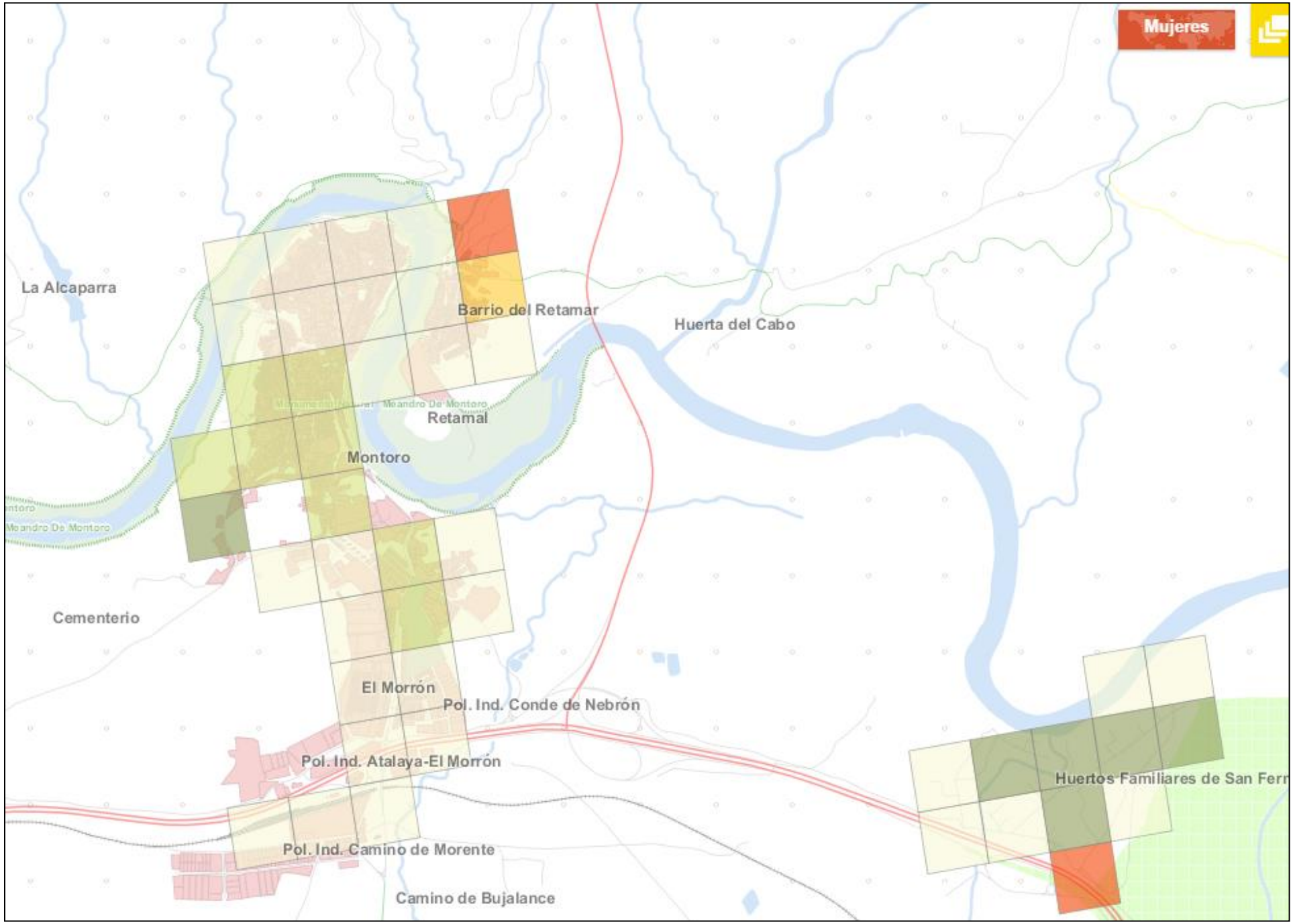

Hombres. Causas externas
La Alcaparra
Barrio del Retamar
Huerta del Cabo
Retamal
Montoro
Cementerio
El Morrón
Pol. Ind. Conde de Nebrón
Pol. Ind. Atalaya-El Morrón
Huertos Familiares
Pol. Ind. Camino de Morente
Camino de Bujalance
376773.76954, 4210748.29455

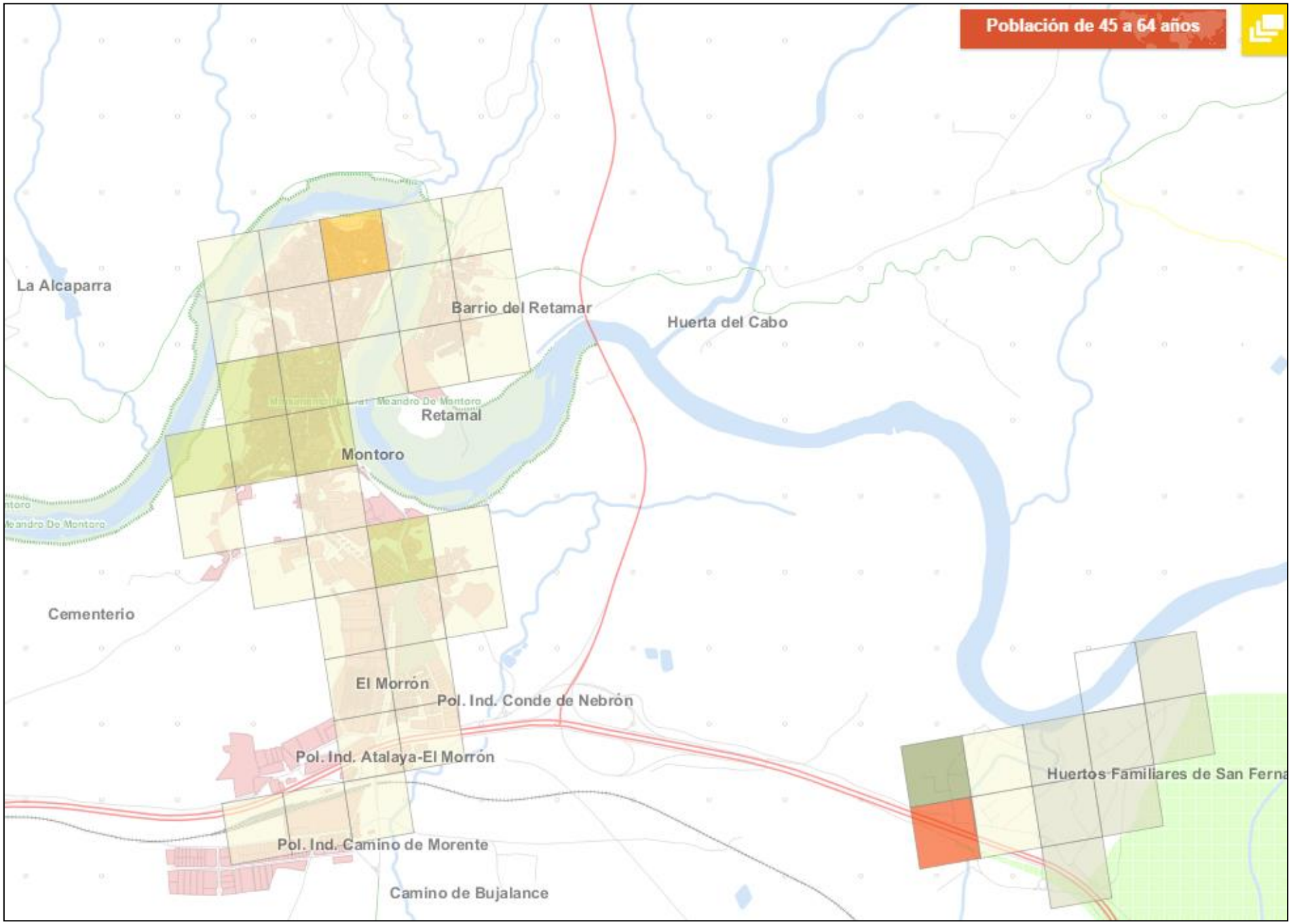

Mujeres. Causas externas
La Alcaparra
Barrio del Retamar
Huerta del Cabo
Retamal
Montoro
Cementerio
El Morrón
Pol. Ind. Conde de Nebrón
Pol. Ind. Atalaya-El Morrón
Huertos Familiares de San Fe
Pol. Ind. Camino de Morente
Camino de Bujalance
381725.06734, 4208072.44953

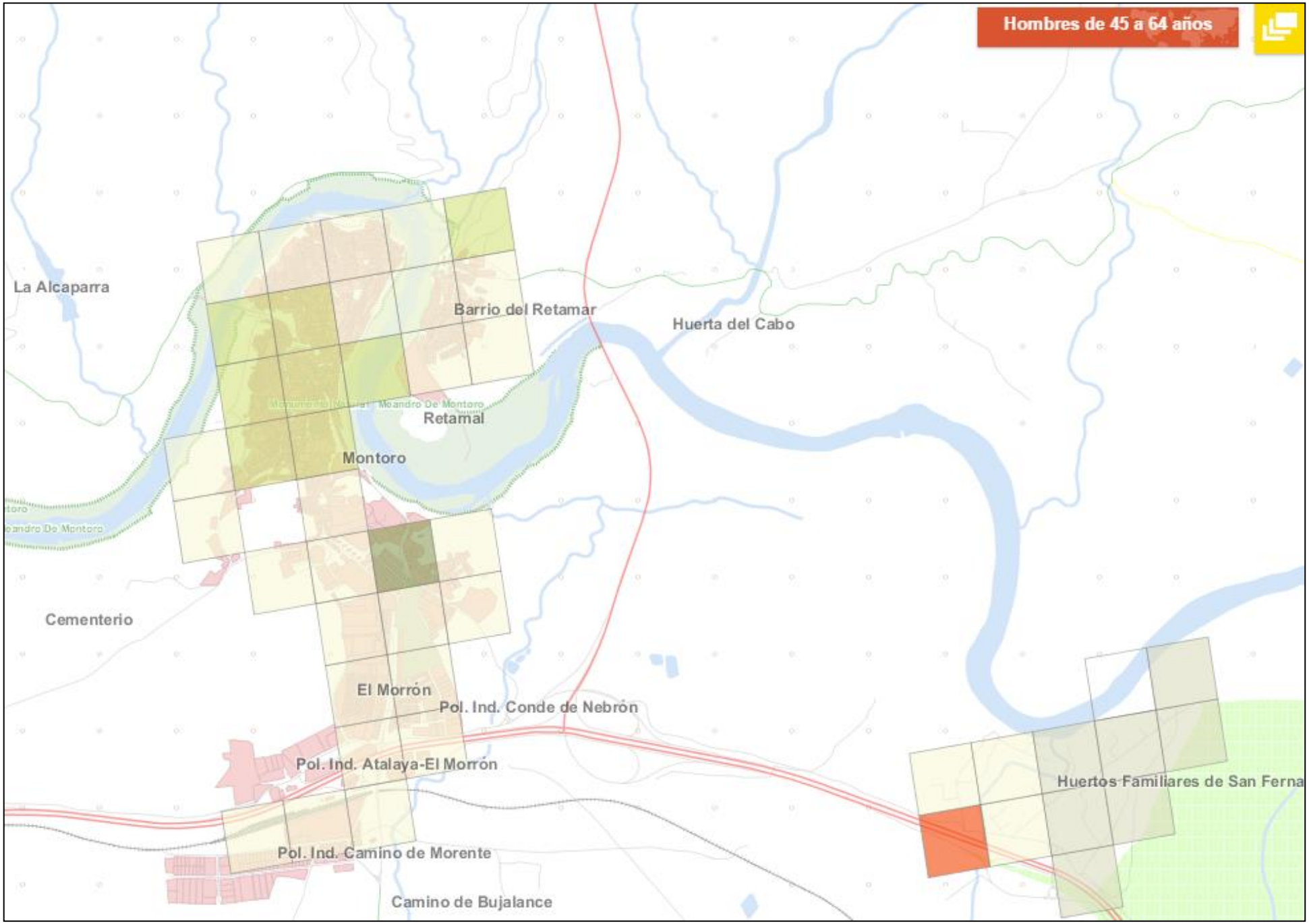
Razón de mortalidad general. Celdas de 250 metros
http://www.ieca.junta-andalucia.es./longevidad/mapa/

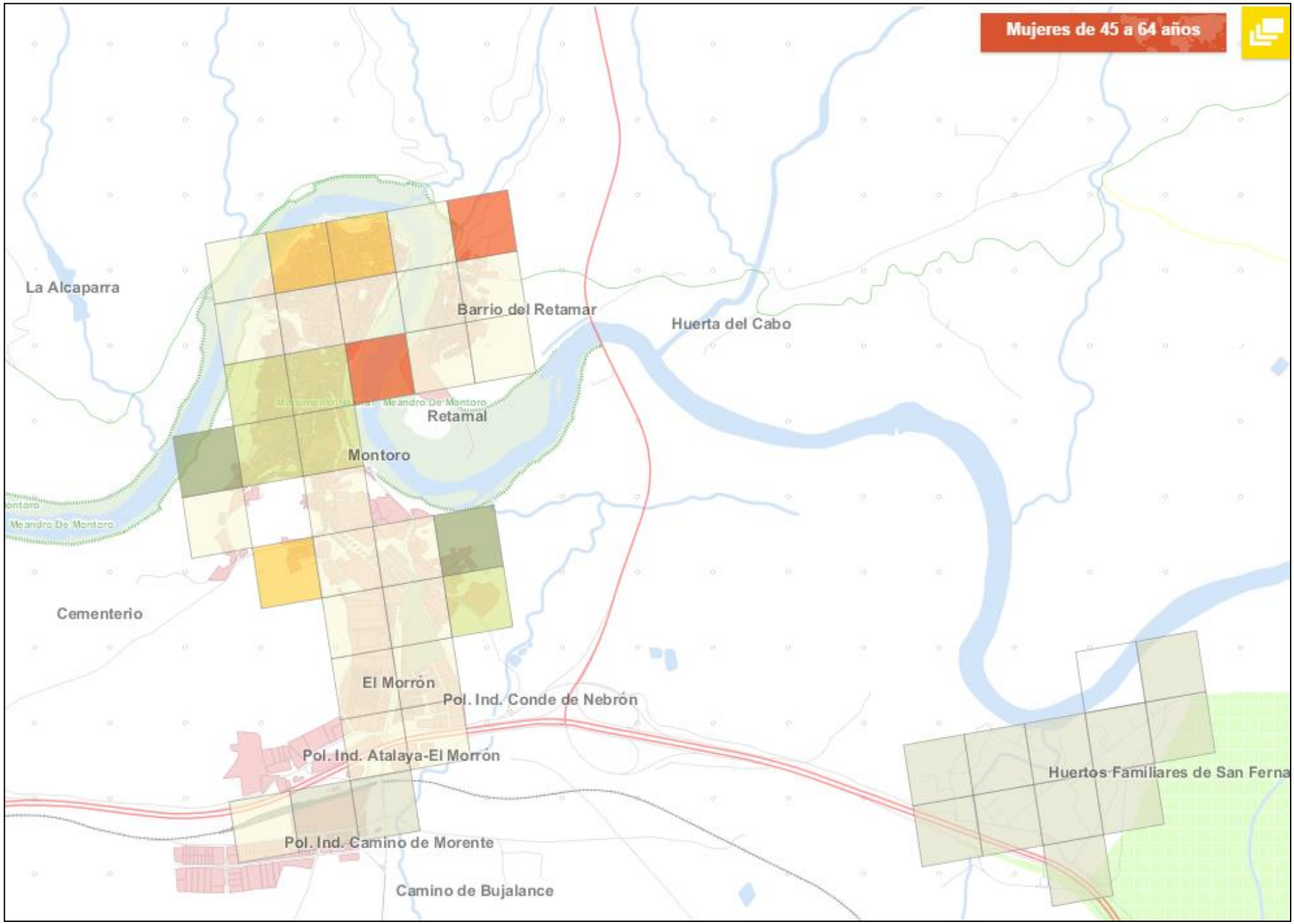


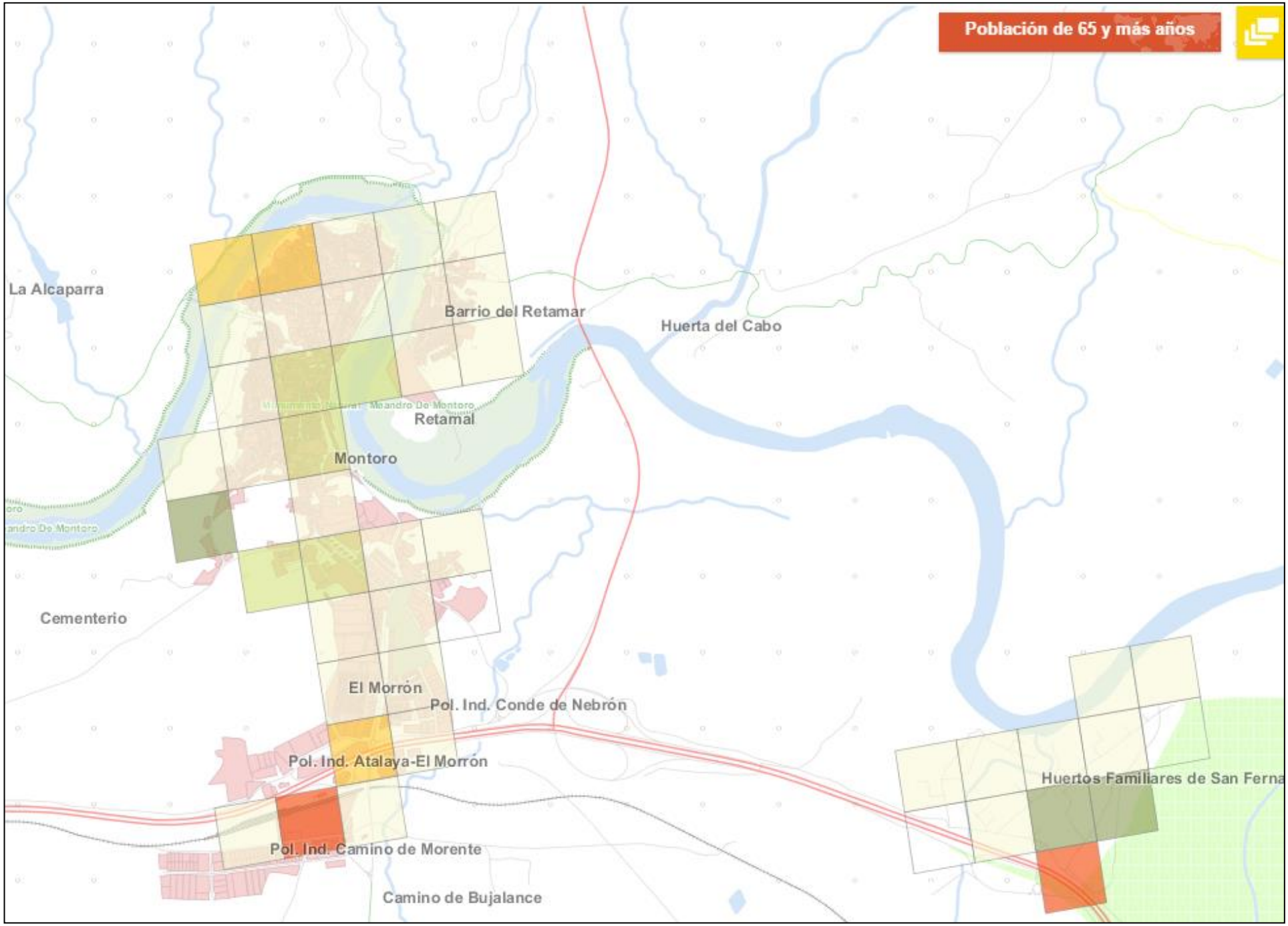

Hombres
La Alcaparra
Barrio del Retamar
Huerta del Cabo
Meandro De Montoro
Retamal
Montoro
Meandro De Montoro
Cementerio
El Morrón
Pol. Ind. Conde de Nebrón
Pol. Ind. Atalaya-El Morrón
Huertos Familiares de San
Pol. Ind. Camino de Morente
Camino de Bujalance

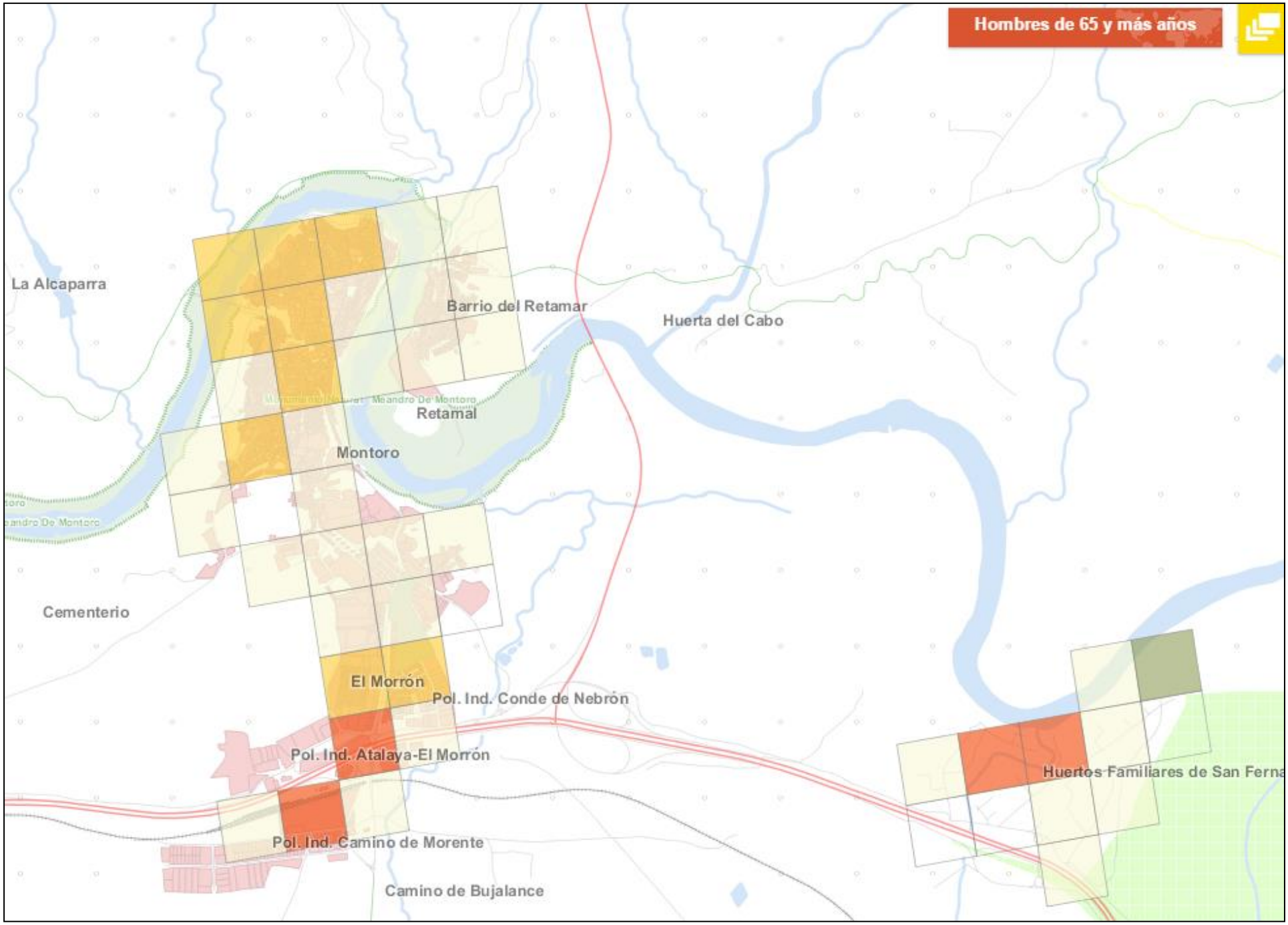

Mujeres
La Alcaparra
Barrio del Retamar
Huerta del Cabo
Meandro De Montoro
Retamal
Montoro
Meandro De Montoro
Cementerio
El Morrón
Pol. Ind. Conde de Nebrón
Pol. Ind. Atalaya-El Morrón
Huertos Familiares de San Ferr
Pol. Ind. Camino de Morente
Camino de Bujalance


Población de 45 a 64 años
La Alcaparra
Barrio del Retamar
Huerta del Cabo
Retamal
Montoro
Cementerio
El Morrón
Pol. Ind. Conde de Nebrón
Pol. Ind. Atalaya-El Morrón
Pol. Ind. Camino de Morente
Camino de Bujalance
Huertos Familiares de San Ferna


Hombres de 45 a 64 años
La Alcaparra
Barrio del Retamar
Huerta del Cabo
Retamal
Montoro
Cementerio
El Morrón
Pol. Ind. Conde de Nebrón
Pol. Ind. Atalaya-El Morrón
Huertos Familiares de San Ferna
Pol. Ind. Camino de Morente
Camino de Bujalance


Mujeres de 45 a 64 años
La Alcaparra
Barrio del Retamar
Huerta del Cabo
Retamal
Montoro
Meandro De Montoro
Cementerio
El Morrón
Pol. Ind. Conde de Nebrón
Pol. Ind. Atalaya-El Morrón
Huertos Familiares de San Ferna
Pol. Ind. Camino de Morente
Camino de Bujalance


Población de 65 y más años
La Alcaparra
Barrio del Retamar
Huerta del Cabo
Retamal
Montoro
Cementerio
El Morrón
Pol. Ind. Conde de Nebrón
Pol. Ind. Atalaya-El Morrón
Huertos Familiares de San Ferna
Pol. Ind. Camino de Morente
Camino de Bujalance


Hombres de 65 y más años
La Alcaparra
Barrio del Retamar
Huerta del Cabo
Retamal
Montoro
Cementerio
El Morrón
Pol. Ind. Conde de Nebrón
Pol. Ind. Atalaya-El Morrón
Pol. Ind. Camino de Morente
Camino de Bujalance
Huertos Familiares de San Ferna