



**PLAN LOCAL DE ACCION EN SALUD**

**LA VICTORIA**



	<b>Pág</b>
<b>INDICE</b>	4
<b>1. INTRODUCCION</b>	6
<b>2. OBJETIVOS</b>	6
<b>3. METODOLOGÍA.</b>	6
<b>3.1 Organización de la Red Local de Acción en Salud</b>	6
<b>a. Presentación y formalización del proyecto RELAS</b>	7
<b>b. Constitución Grupo Inicial</b>	7
<b>c. Impulso de la Intersectorialidad</b>	8
<b>d. Grupos de trabajo</b>	8
<b>3.2 Organización del Plan local de salud</b>	9
<b>3.3 Diagnóstico de salud de La Carlota</b>	11
<b>4. LINEAS DE TRABAJO</b>	18
<b>4.1 Infancia y adolescencia</b>	18
<b>4.2 Mujer</b>	21
<b>4.3 Personas Mayores</b>	22
<b>5. PLAN DE COMUNICACIÓN Y DIFUSIÓN</b>	24
<b>5.1 Proceso de comunicación</b>	24
<b>6. EVALUACIÓN DEL PLAN LOCAL DE ACCIÓN EN SALUD</b>	25
<b>6.1 Evaluación del proceso</b>	26
<b>6.2 Evaluación de los resultados</b>	26
<b>ANEXOS</b>	28





## 1. INTRODUCCIÓN

El municipio de La Victoria está situado al Suroeste de la Provincia de Córdoba, en la comarca del Bajo Guadalquivir, junto a La Carlota y San Sebastián de los Ballesteros, dista unos 25 Km de la capital. La altitud media es de 262 metros sobre el nivel del mar.

Con un núcleo de población principal y dos núcleos de población secundarios, consta de 2.272 habitantes, la extensión del término alcanza 20 km<sup>2</sup>, los cuales en su mayor parte están dedicados al sector agrícola.

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 Victoria, 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 Victoria.

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 Victoria 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 Victoria, 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 Victoria 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 la ciudadanía mediante el desarrollo de 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 Victoria, identificando y priorizando problemas de salud sobre los que actuar.
3. Elaborar un Plan Local de Salud para el Municipio de La Victoria.
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 Victoria 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 proyecto e implicarlos en su desarrollo.
- El Alcalde de La Victoria presenta el proyecto a las diferentes concejalías del Ayuntamiento de La Victoria.

### **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:

- Alcalde de La Victoria
- Concejala de salud
- Técnico de medioambiente del ayuntamiento.
- 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 un de las líneas priorizadas por el GMI.

A cada encuentro realizado semanalmente, 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
- El colectivo diana
- Recursos disponibles y los necesarios para su realización
- Nombre de las personas a contactar
- Medios de comunicación

El grupo de trabajo va repartiendo sus tareas según sus habilidades y su rôle dentro del Grupo.

### 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 y club de deportes

#### **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.

### **3.3 Diagnóstico de Salud de La Victoria**

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 Victoria (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 consultorio de La Victoria, del Centro de salud de La Carlota y del Ayuntamiento de La Victoria.

Técnicas cualitativas.

Se han realizado entrevistas con expertos municipales y líderes comunitarios del ámbito político, asociativo, educativo y población general. Se han realizado encuentros conjuntos con los diversos sectores. 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 Victoria presenta una estructura algo diferente a la andaluza, con más efectivos en las edades de 65 a 80 años, siendo una pirámide de tipo regresivo, con una población envejecida. Destacamos una población dependiente de mayores de 65 años y de menores de 15 que supera el 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 de más edad ya que el grupo de jóvenes es menor que en la población andaluza.

La relación de dependencia de ancianos en Andalucía es menor que en La Victoria 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 sobre-envejecimiento es mayor en La Victoria que en la población andaluza, encontrando una mayor proporción de mayores de 84 años tanto en hombres como en mujeres.

La edad media es mayor en La Victoria que en Andalucía, al igual que la esperanza de vida al nacer, tanto en hombres como en mujeres, aunque son las mujeres las que mayor esperanza de vida tienen en este municipio.

En esta población, las tasas de natalidad y fecundidad son más bajas que las andaluzas, aunque en La Victoria también se presentan tasas de nacimientos en las edades más bajas, con embarazos en mujeres adolescentes, aunque menos que en la población andaluza.

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 esta tasa es menor.

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

### ***Hábitos y estilos de vida.***

En la población de La Victoria, los problemas de salud asistidos en relación con las adicciones se presentan en 1 de cada 100 habitantes, aunque no disponemos de los datos diferenciados por tipo de adicción.

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 Victoria no existen problemas remarcables respecto a las Enfermedades de Declaración Obligatoria excepto en tuberculosis y en los últimos 2 años en los que con 3 casos se ha disparado la tasa a 83,29 por 1.000 de los cuales los 2 casos de este año se han presentado en la misma familia de inmigrantes.

Por otra parte, el porcentaje de personas mayores de 65 años vacunados de gripe es del 100%.

Respecto a la Legionella, en La Victoria no existen censadas instalaciones de riesgo.

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 La Carlota.



En los programas relacionados con la mujer en La Victoria, el de Planificación Familiar presenta una baja cobertura. No se han solicitado IVEs en los últimos 2 años.

En cuanto a la dispensación de píldoras, no disponemos de los datos específicos de solicitudes de mujeres de La Victoria, por lo que se han presentado los de La Carlota, siendo las tasas algo mayores que la andaluza, si bien, la dispensación de estas a menores de 20 años que supera a las cifras de Andalucía con mayor amplitud.

En el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama en La Victoria, las tasas de Captación y de Participación de mujeres de este municipio son menores que las tasas andaluzas. Dada la importancia de este programa, es necesario hacer un esfuerzo por alcanzar mejores coberturas de captación y participación de mujeres en el programa.

En La Victoria, los cuidados domiciliarios protocolizados que se prestan a la población necesitada de los mismos, presentan una tasa mayor que la andaluza. 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.

En la atención a personas con procesos crónicos, en el centro de salud de La Carlota la cobertura de diabetes e hipertensión en adultos son los que mayor cobertura tienen, estando muy por debajo la cobertura de EPOC y Asma en Adultos. Por contra, la cobertura de Asma Infantil es la más alta de todos los procesos que hemos valorado.

En la atención de personas en riesgo social hemos valorado las agresiones a mujeres y a niños. En La Victoria no se han presentado este tipo de agresiones.



### ***Mortalidad.***

La esperanza de vida en la población de La Victoria, tanto al nacer como a los 65 años, es mayor que en la población andaluza y la tasa estandarizada de mortalidad general, tanto en hombres como en mujeres es menor que la aquella.

Entre las causas de mortalidad, la mortalidad por cáncer de pulmón en hombres de La Victoria es menor que en la población andaluza, al igual que para las enfermedades isquémicas y cerebrovasculares. Además, no se han producido casos de muertes por cáncer de mama en las mujeres de La Victoria en el período evaluado.

Como indicador las muertes prematuras, los años potenciales de vida perdidos en La Victoria aunque en los hombres de este municipio la tasa es menor que la de Andalucía, por el contrario en las mujeres la tasa es mayor que en las mujeres andaluzas.

En los hombres de La Victoria, los años potenciales de vida perdidos por cáncer de pulmón son mayores que en Andalucía.

Sin embargo, no hay años potenciales de vida perdidos por cáncer de mama en las mujeres de La Victoria.

En cuanto a las enfermedades isquémicas y cerebrovasculares, en La Victoria no se presentan años potenciales de vida perdidos por enfermedades isquémicas ni en hombres ni en mujeres. Tampoco se han producido pérdida de años potenciales de vida por enfermedades cerebrovasculares en hombres, sin embargo, si se presenta una tasa estandarizada mayor que la andaluza en las mujeres de esta localidad.

### **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 Victoria 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 calidad 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
- Conductas temerarias en la conducción de vehículos

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.

**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. LINEAS DE TRABAJO**

### **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. Conductas temerarias con vehículos
4. Utilización de la píldora post-coital como medio anticonceptivo

#### **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 el centro escolar 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 y los factores de protección ante el 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
- 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
- Informar y formar sobre las correctas pautas de alimentación saludable
- Informar sobre las conductas sexuales de riesgo y mecanismos de prevención
- Fomentar el hábito de realización de ejercicio físico en el entorno local
- Organizar los recursos del municipio para favorecer actividades de deporte y actividades relacionadas con la salud

**Actuaciones:**

1. Jornadas en el Ayuntamiento y en el centro escolar 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. Realización de una encuesta dirigida al profesorado y escolares sobre consumo de sustancias adictivas.
4. Talleres formativos dirigidos a padres y educadores para la detección temprana de signos de consumo de sustancias adictivas en los hijos e hijas.
5. Realización de campañas de difusión ( 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.



6. Escuela de verano Programa con actividades deportivas de ocio y tiempo libre, información sobre alimentación saludable.
7. Campamento en la Granja-Escuela “Vida Sana” en el que se realiza un taller de elaboración de comidas “sanas” por los niños.
8. Encuentro intergeneracional
9. Realización de la Semana Sana:
10. Taller teatro “hábitos saludables” destinado a los más pequeños.
11. Jornada salud : adolescentes y niños: Talleres sobre consumo de alcohol, tabaco, comportamiento temerario con vehículos.
12. Taller sobre la importancia del reciclaje
13. taller: aprende a preparar tu desayuno.
14. Taller de sexualidad dirigido a adolescentes : sexualidad en mujeres jóvenes y metodos anticonceptivos
15. Realización Jornadas”salud y Deporte”. Múltiples actividades realizadas durante todo el año.
16. Realización de un Duatlón
17. Realización de una Carrera Popular

**Grupo de trabajo:**

- Concejal de Deporte y Juventud,
- Técnico de deporte
- Jefa de estudios del centro escolar
- Representante AMPA
- Técnica de Acción Local en Salud,
- Epidemiólogo de Distrito Sanitario atención primaria.
- Profesionales de salud del Distrito Sanitario Gualdalquivir

**Sectores e instituciones implicados:**



- Ayuntamiento de La Victoria
- Policía Local
- Consejería de Educación y AMPA
- Servicio Andaluz de Salud
- Consejería de Salud

## 4.2 Mujer

### **Problemas de salud:**

Deficiente educación sexual en mujeres jóvenes y en mujeres mayores  
Falta de apoyos para las cuidadoras

### **Objetivos generales**

Promover la salud de la mujer  
Promover el asociacionismo de mujeres  
Concienciar sobre el rechazo de la violencia de género  
Fomentar el protagonismo de la mujer en la mejora de su salud.

### **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:**

Realización de la Semana Sana  
Semana Salud y Mujer



Taller sobre Sexualidad para adolescentes  
Celebración del día Internacional de la mujer

Celebración de la Jornada sobre Violencia de Género ,en el día  
Creación de talleres de autoestima  
Taller de tai-chi  
Taller de yoga  
Curso de primeros auxilios y prevención de accidentes domésticos  
Charlas a grupos de adolescentes sobre cómo utilizar los preservativos  
Taller de información y asesoramiento sobre utilización de la píldora post coital  
Escuela de pacientes : taller para personas afectadas por la fibromialgia.  
Creación de actividades culturales, sociales y deportivas para fomentar el asociacionismo y la comunicación entre mujeres.  
Charla coloquio sobre la menopausia.”menopausia, ciclo natural de la mujer” síntomas y prevención”.  
Creación de un Ruta Sana

### **Grupo de trabajo**

Concejala de Asuntos sociales  
Médica consultorio de La Victoria  
Técnico de juventud de La Victoria  
Técnica de acción local  
Responsable de la UGC de La Carlota  
Profesionales de salud del Distrito Sanitario del Guadalquivir

### **Sectores e instituciones implicados**

Ayuntamiento de La Victoria  
Consejería de educación  
Instituto provincial de Bienestar Social  
Consejería de Salud

## **4.3 Personas Mayores**



### **Problemas de salud:**

Sobre-envejecimiento

Falta de adquisición de hábitos saludables respecto a la alimentación, ejercicio físico y autocuidados

Consumo excesivo de medicamentos

### **Objetivos generales**

Favorecer un envejecimiento activo y saludable en el colectivo de las personas mayores.

Establecer actividades de promoción de hábitos de vida saludable en relación con el ejercicio, la dieta

Promover que las personas mayores puedan llevar una vida más autónoma, durante un tiempo más prolongado.

### **Objetivos específicos**

Informar y asesorar sobre las pautas de una alimentación y ejercicio saludable

Fomentar el ejercicio de la actividad intelectual

Formar sobre las pautas básicas para el autocuidado.

Promover la participación de las personas mayores en el ámbito comunitario, a través de los encuentros que se realizan.

Contribuir a la inserción social de este colectivo y fomentar los encuentros intergeneracionales a través de las Jornadas y encuentros que se realizan.

### **Actuaciones:**

Encuentro de mayores pertenecientes al E.T.S. de Fernán Núñez:

Talleres de risoterapia

Taller de autocuidados básicos

Programa de viajes culturales

Semana del mayor

Taller de crecimiento personal

Taller de actividades psicofísicas para mayores



Taller de habilidad social y auto estima personal  
Taller sobre prevención de accidentes domésticos  
Talleres de sexualidad  
Taller de diseño y elaboración de comidas saludables  
Creación de la Ruta sana  
Jornada de actividades intergeneracionales realizadas en el centro escolar y en la calle  
Prevención de polifarmacia y automedicación

### **Grupo de trabajo**

Trabajadora de los servicios sociales comunitarios de La Victoria  
Enfermera Adjunta del Centro de Salud de La Carlota  
Presidente de la asociación de personas mayores de La Victoria  
Educatra social del Instituto Provincial de Bienestar Social

### **Sectores e instituciones implicados:**

Ayuntamiento de La Victoria  
Distrito Sanitario del Guadalquivir  
Instituto Provincial de Bienestar Social  
Patronato de deportes de La Victoria

## **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.

Sensibilizar y concienciar a la población sobre los problemas existentes en su municipio y la posteriores actuaciones creadas para su **solución** necesita de una información masiva. Fomenta el compromiso entre los actores implicados, inculcandolés la responsabilidad de llevar a cabo las actuaciones que han sido citadas.

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





## Proceso de Comunicación

Los canales de comunicación existentes deben ser optimizados. 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, la Ruta 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, entidades que representan un referente en la ciudadanía son también un punto de transmisión importante

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 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 (previstas)
- N° de personas que realizan las 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, el consultorio de La Victoria y el Ayuntamiento de este municipio: 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 Victoria o los de Andalucía si tampoco se disponía del dato a nivel local, considerando que la población de La Victoria 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 Victoria

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 Victoria) del Distrito Sanitario Guadalquivir (030048) en la provincia de Córdoba.

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



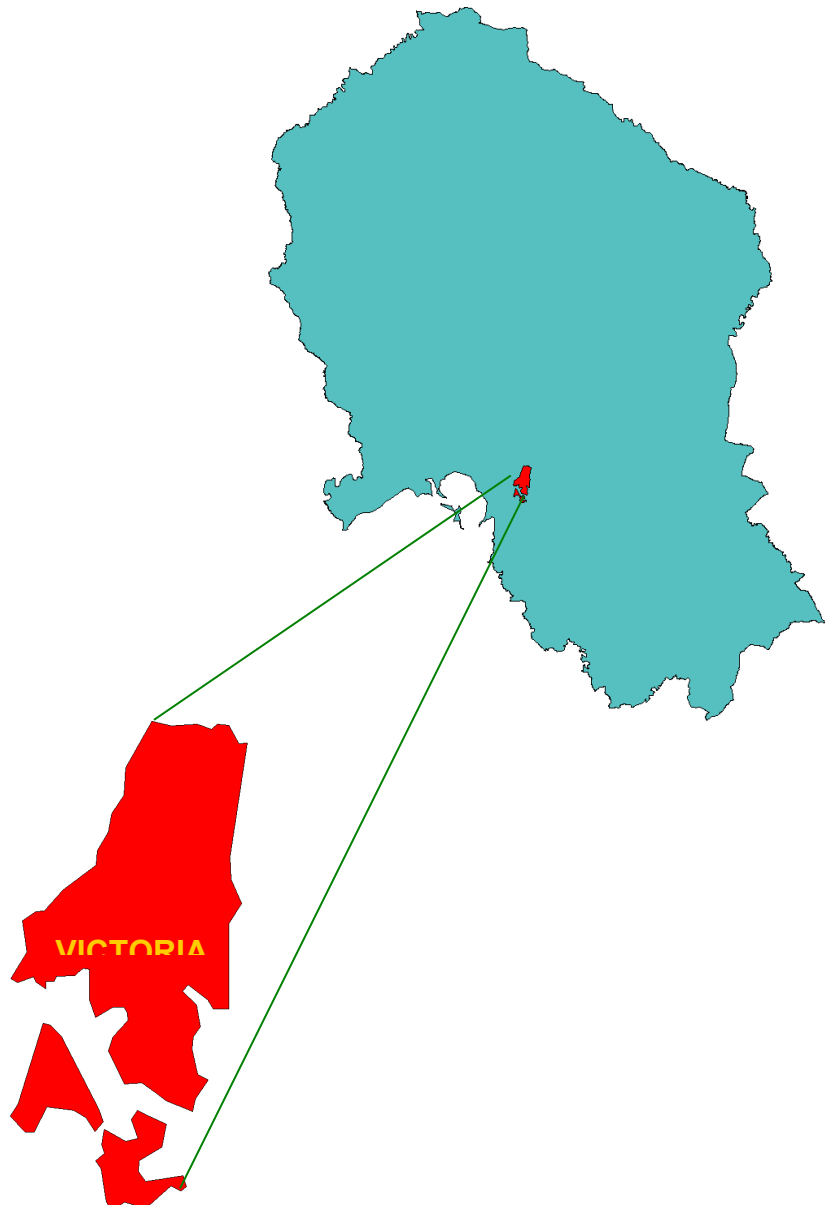
## ANÁLISIS DEL ÁREA: EL MUNICIPIO DE LA VICTORIA

### 1. SITUACIÓN GEOGRÁFICA

El municipio de La Victoria está situado al Suroeste de la Provincia de Córdoba, en la comarca del Bajo Guadalquivir, junto a La Carlota y San Sebastián de los Ballesteros, dista unos 25 Km de la capital. La altitud media es de 262 metros sobre el nivel del mar.

Con un núcleo de población principal y dos núcleos de población secundarios, consta de 2.272 habitantes, la extensión del término alcanza 20 km<sup>2</sup>, los cuales en su mayor parte están dedicados al sector agrícola.

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



## 2. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y SOCIOECONÓMICA

Para elaborar la pirámide de población de La Victoria se han tomado las poblaciones de un quinquenio, 2006 a 2002, a fin de darle más de consistencia a los resultados ya que al tratarse de un municipio pequeño las diferencias entre estos puede ser efecto de la población pequeña como denominador.

Tomando como referencia las cifras del padrón de 2006 para Andalucía, la pirámide de población del municipio de La Victoria es algo diferente a la andaluza, ya que a diferencia de esta, la proporción de efectivos de población en las edades adultas son mayores en La Victoria.

La Victoria cuenta con algo menos de población infantil y juvenil y destaca una diferencia de población por sexo, de forma que con un índice de masculinidad de 90, la proporción de mujeres es mayor que la de hombres.

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

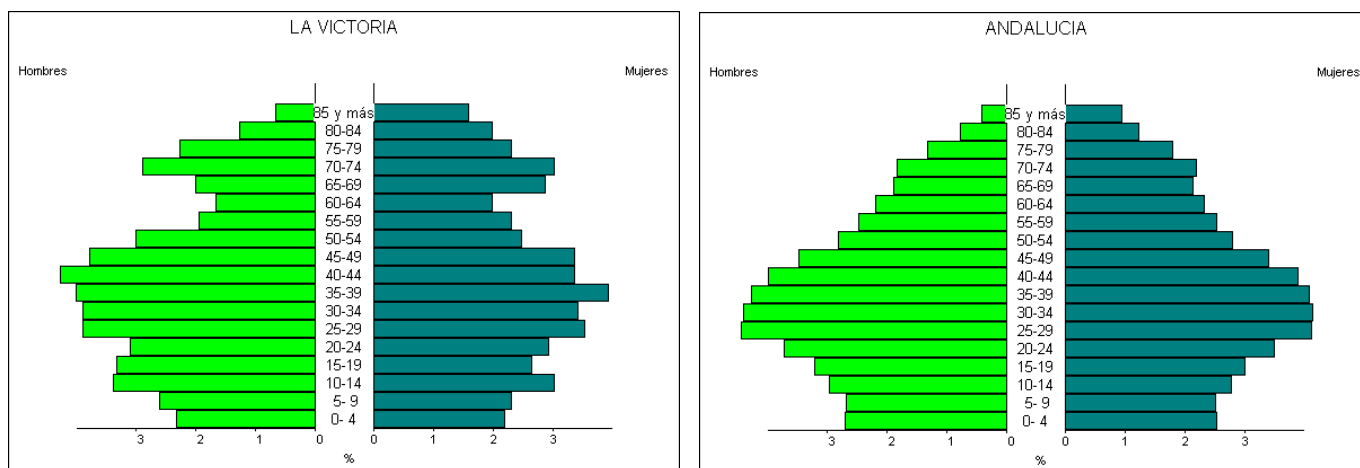


Tabla. Índices demográficos referidos a las Pirámides de Población de La Victoria y Andalucía 2006 (Programa Epidat).

Índices Demográficos	La Victoria	Andalucía
Masculinidad	90	106,85
Friz	72,88	70,85
Sundbarg	32,14	30,16
	69,43	55,57
Burgdöfer	11,39	10,97
	20,61	22,12
Envejecimiento	131,71	90,50
Dependencia	58,59	44,80
Estructura de la población activa	81,31	76,90
Reemplazamiento de la población activa	61,11	72,71
Índice del número de hijos por mujer fecunda	19,52	20,04
Índice generacional de ancianos	172,49	261,24



Tasa general de fecundidad	4,52	45,4
Edad media	41,23	38,58
Edad mediana	39,55	36,85

Los mayores de 65 años suponen el 20,84% del total de la población y los menores de 15 años el 15,94%. La suma de ambos grupos de edad, mayores de 65 y menores de 15 suponen algo más de un tercio del total de la población (36,89%). Para el total de la población andaluza estos grupos de edad suponen el 30,94%.

La esperanza de vida al nacer es de 81,72 años en La Victoria (79,51 en hombres y 83,89 en mujeres) siendo de 78,84 en Andalucía (75,51 en hombres y 82,21 en mujeres).

La edad media es mayor en La Victoria que en Andalucía y se trata de una población madura, de tipo regresivo, en la que el porcentaje de > de 50 años supera al de < de 15.

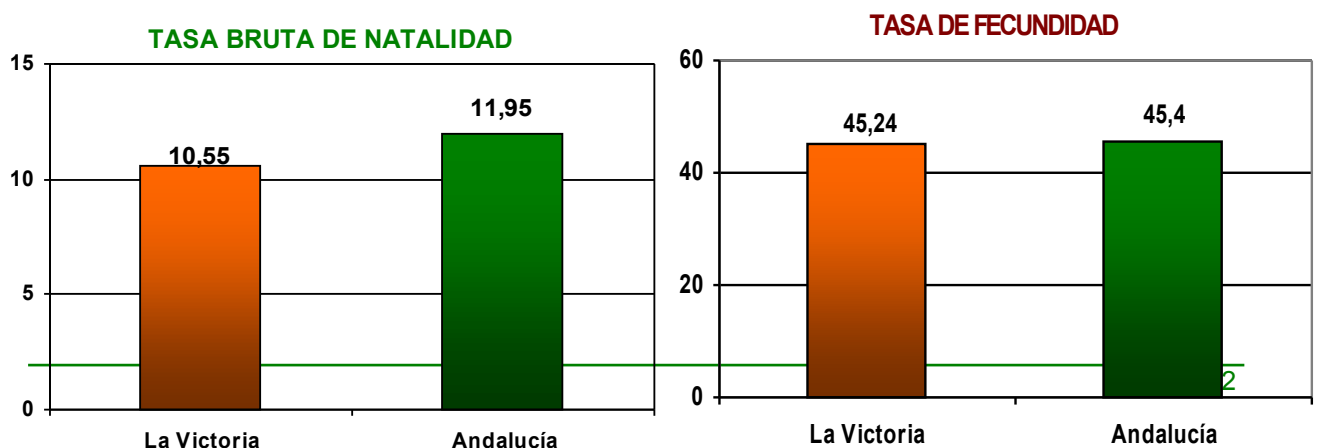
El índice de envejecimiento de este Municipio (131,71), es mucho mayor que el andaluz (90,50), indica que es una población envejecida, encontrándose 132 personas mayores de 84 años por cada 100 menores de 15.

El índice de dependencia en La Victoria (58,59) 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 Victoria, en este mayor índice de dependencia respecto al andaluz, parece que tiene más peso la población anciana que la más joven.

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 Victoria (172,49) también es menor que el andaluz (261), ya que en nuestra comunidad autónoma más personas jóvenes pueden hacerse cargo de las mayores que en La Victoria.

Respecto a los nacimientos, La Victoria presenta un valor por debajo del andaluz en la Tasa de Natalidad y es similar en la de Fecundidad.

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





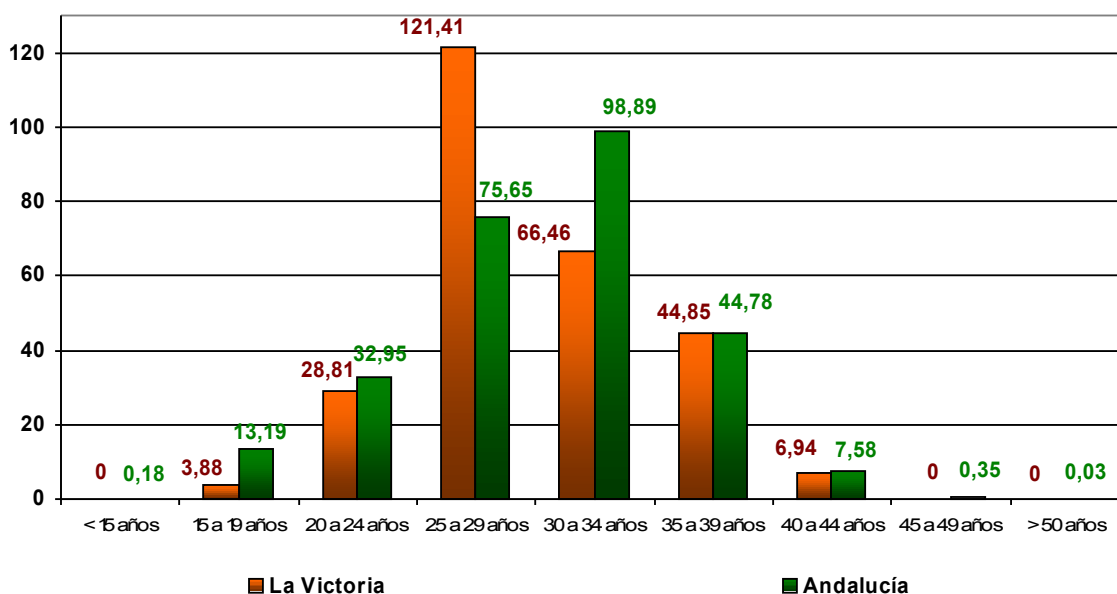


Por edad de la madre, las Tasas Específicas de Fecundidad se sitúan en La Victoria por encima de las de Andalucía en los grupos de edad de 25 a 29 años, siendo los grupos de 25 a 39 años, en los que las tasas son más elevadas, como en Andalucía. En nuestro municipio no se han producido, en el período evaluado, nacimientos en las edades más tempranas (menores de 15 años) ni en las más tardías (por encima de los 40 años).

Aunque por debajo de la andaluza, tenemos una tasa de 3,88 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 Victoria y Andalucía. Referidas a datos del año 2000-2004

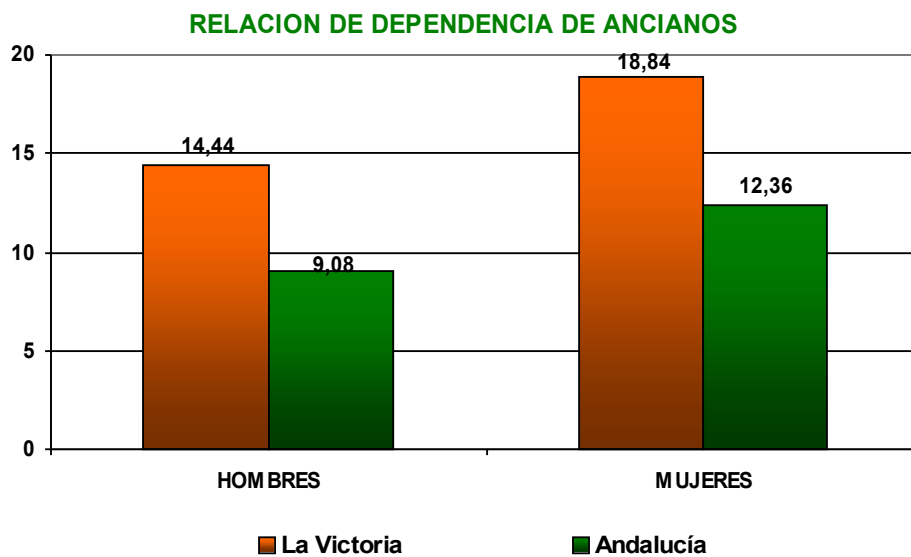
**TASA DE FECUNDIDAD ESPECIFICA POR EDAD**



La relación de dependencia de ancianos de La Victoria 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 Victoria la población activa tiene mucha más carga de personas mayores de 65 años que la población andaluza.



Fig. Relació



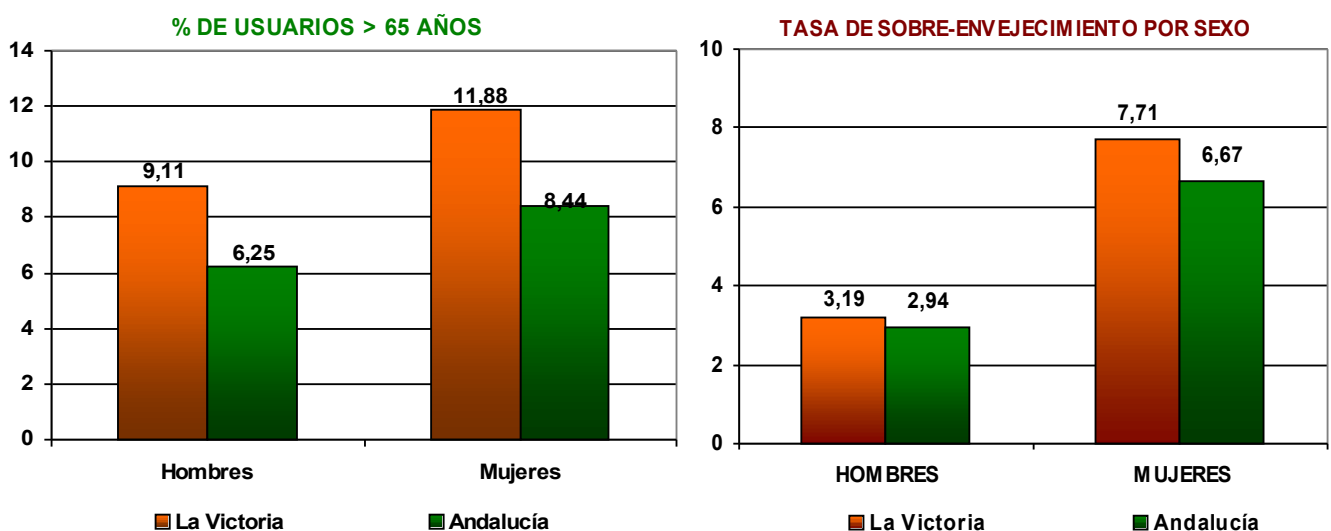
n de

dependencia de ancianos. Censo 2001

El porcentaje de usuarios mayores de 65 años respecto al total de población es mayor en La Victoria respecto a nuestra comunidad autónoma y esto tanto en hombres como en mujeres. Los mayores de 65 años suponen el 20,84% del total de la población de esta localidad.

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

Fig. Porcentaje de usuarios mayores de 65 años y Tasa de sobre-envejecimiento. 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.

Habrà 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 menor en La Victoria que en Andalucía, al contrario que ocurre con los mayores de 65 años.

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

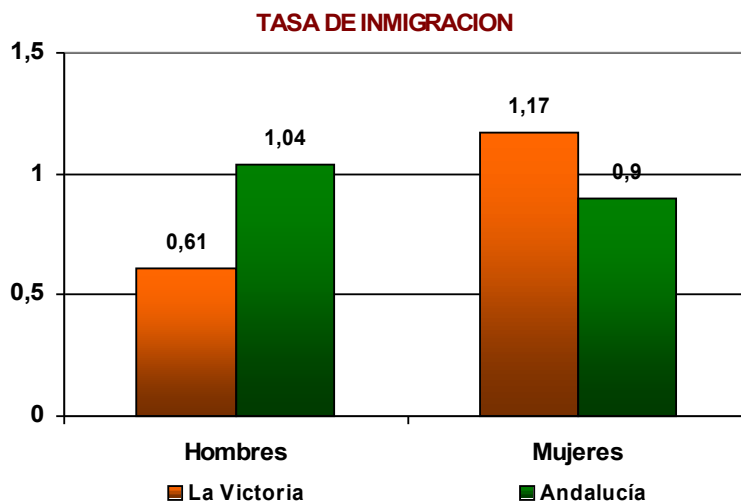


La suma de los grupos de edad, mayores de 65 y menores de 15 suponen algo más de un tercio del total de la población de La Victoria (37%). Para el total de la población andaluza estos grupos de edad suponen el 31%.



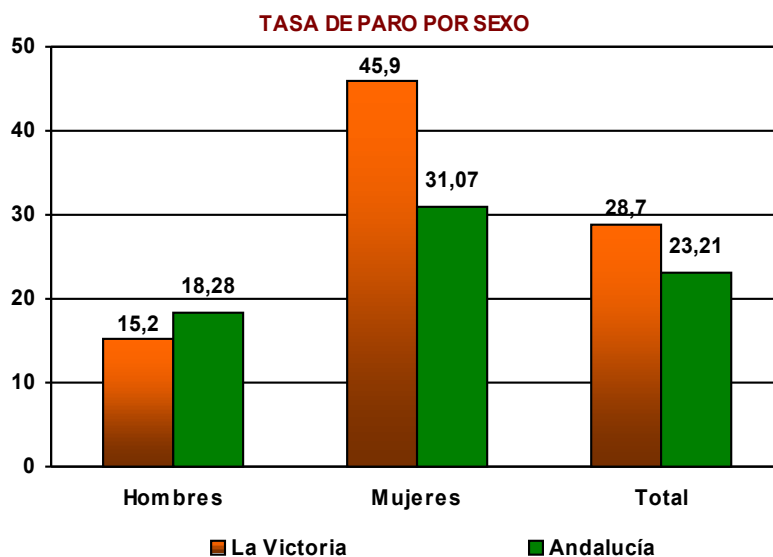
Respecto a la inmigración, la tasa de inmigración de La Victoria es menor que la andaluza en hombres y más elevada en mujeres.

Fig. Tasa de Inmigración. Padrón 2007



La Tasa de Paro es mayor en La Victoria que en Andalucía, aunque esta diferencia se debe a una tasa mucho mayor en mujeres ya que esta en los hombres de La Victoria la tasa de paro es menor que la andaluza.

Fig. Tasa de Paro. Censo 2001.

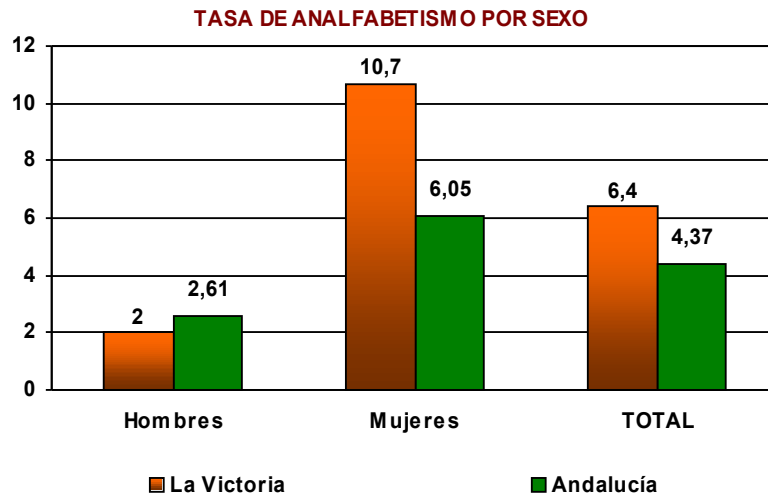


La Victoria posee una tasa de analfabetismo con un patrón similar a la tasa de paro respecto a la población andaluza, de forma que en hombres se sitúa por debajo de la andaluza y en mujeres por encima.



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 Victoria es de  $-0,87$ , calificándose como de Baja Ruralidad.*

### 3. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

#### Drogodependencias:

En el Centro Comarcal de Drogodependencias de La Carlota constan 17 personas asistidas por diversas dependencias en los últimos 5 años procedentes de La Victoria, lo que supone 9,44 por cada 1.000 habitantes a lo largo del período.

No disponiendo de datos específicos de población perteneciente a La Victoria, 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).

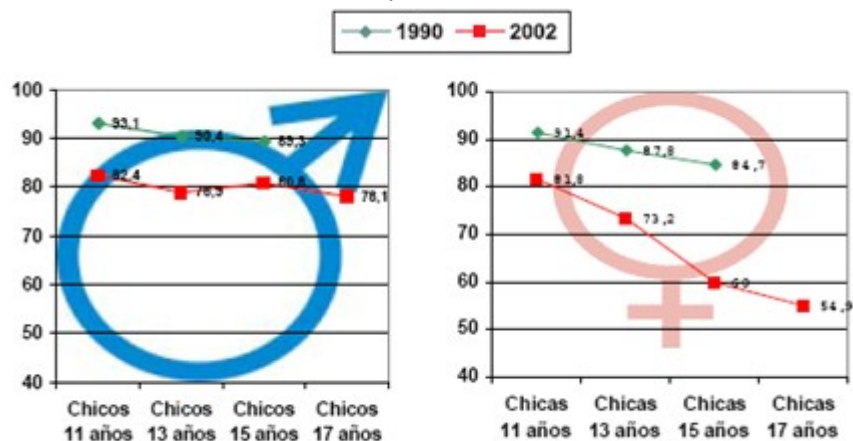




En relación con el desayuno, son más los chicos que las chicas quienes realizan esta comida a diario (aunque durante los fines de semana desaparecen las diferencias entre ellos y ellas) y la tendencia en ambos sexos es a que disminuya el porcentaje de quienes desayunan todos los días conforme avanza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

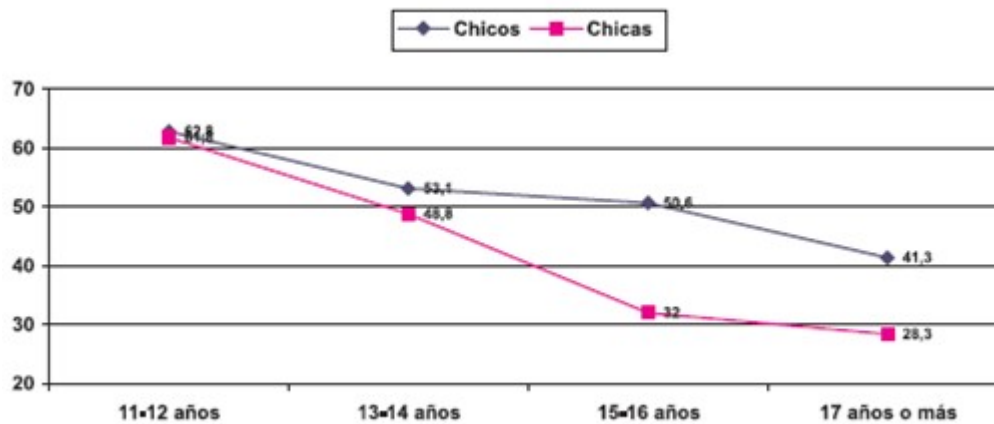
Fig. Datos españoles del HBSC en 1990 y 2002. % de chicos y chicas de diferentes edades que dice cenar los 7 días de la semana.



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).

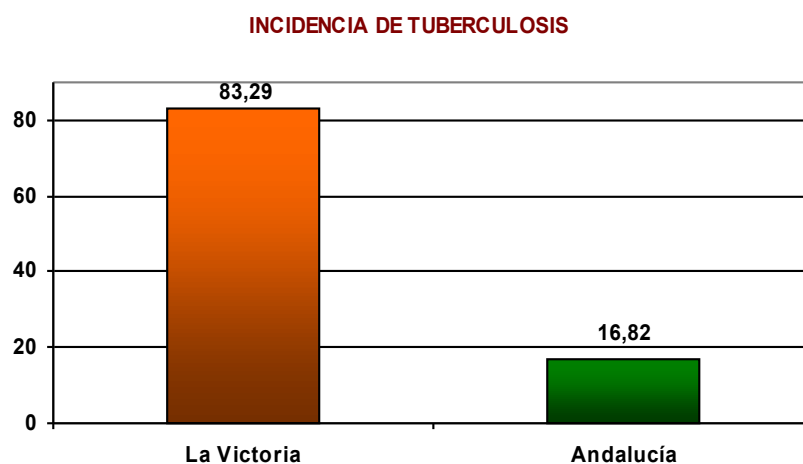


#### 4. PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

##### Incidencia de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO).

De las principales enfermedades de origen infeccioso incluidas en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA) declaradas en el municipio de La Victoria destacamos que en los últimos 2 años (no había casos anteriores) se han declarado 3 casos de tuberculosis, lo que supone una tasa muy por encima de la andaluza. De estos, los dos casos del año 2008 se han producido en una familia inmigrante, siendo un caso en adulto y otro en niño. No se han producido incidencias en el estudio de convivientes ni en el seguimiento de esta familia.

Fig. Tasa de Incidencia Anual de Tuberculosis. La Victoria años 2003 a octubre de 2008 y Andalucía 2006.



Respecto a las enfermedades vacunables, solo se produjo 1 caso de tos ferina en el año 2007. No se han declarado casos de SIDA, ni de enfermedad meningocócica, ni de legionelosis ni de infección de transmisión sexual en esta localidad en ese período.

Podemos considerar que no hay problemas remarcables en este municipio respecto a las EDO salvo puntualmente este año en la tuberculosis. Habrá que estar expectante en años próximos en la evolución de los casos de tuberculosis.

##### Seguimiento de la Salud Infantil.

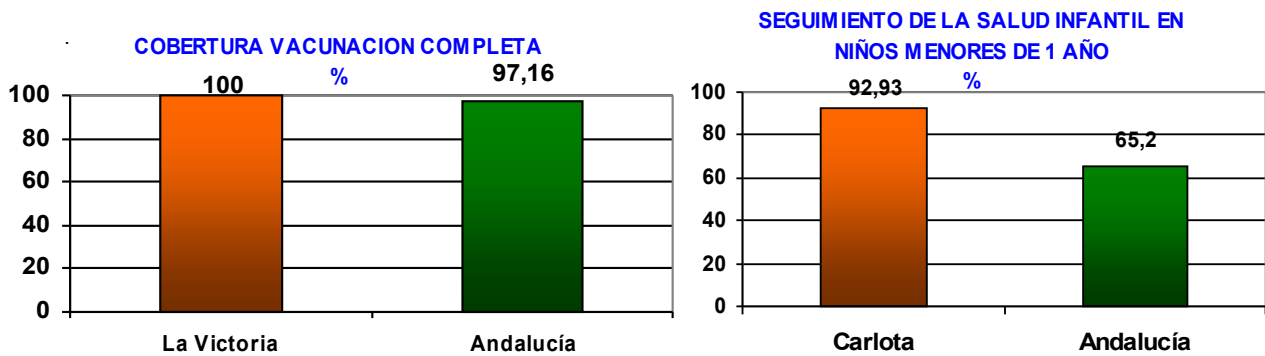
En cuanto a los Programas relacionados con los niños, como en el resto de Andalucía la cobertura de vacunación completa en niños es alta, cercana al 100% de cobertura. En La Victoria la cobertura es del 100%.

En cuanto a la cobertura del Programa de Niño Sano, en la Zona Básica de Salud (ZBS) de La Carlota es alta, superando a la andaluza. La atención infantil en esta ZBS está centralizada en el Centro de Salud de La Carlota, por ello hemos puesto la cobertura de ese centro.

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



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

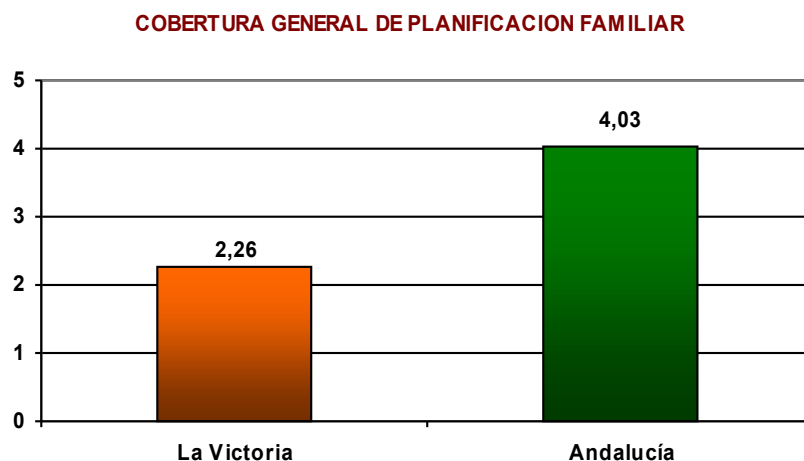


### Programas Relacionados con la Mujer.

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

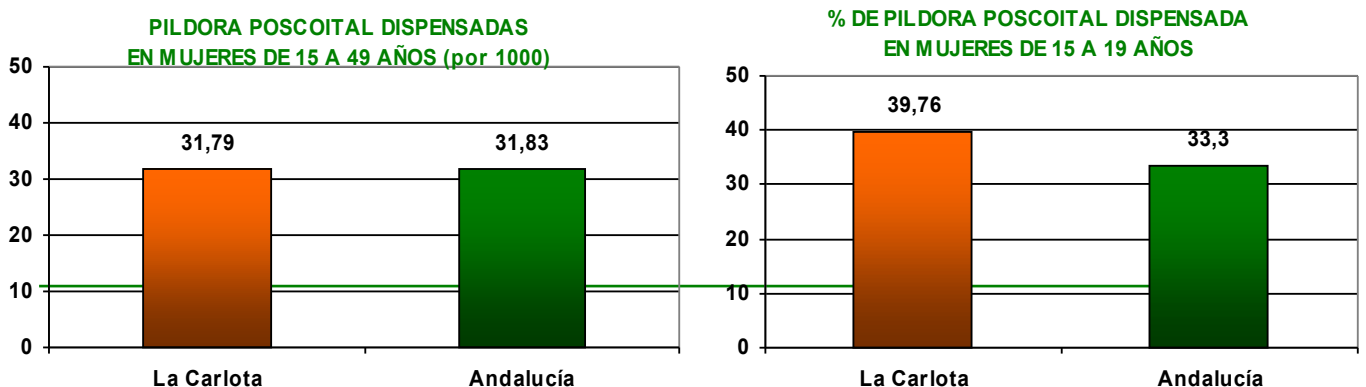
La cobertura general de Planificación Familiar en La Victoria es menor que la andaluza.

Fig. Cobertura General de Planificación General.



No se han solicitado ninguna IVE en el año 2008 y en cuanto a la dispensación de píldoras postcoitales, no se dispone del dato del municipio de origen de las mujeres a las que se dispensa las píldoras, por lo cual se utiliza el dato correspondiente al punto de urgencias de La Carlota.

Fig. Píldoras postcoitales por cada 1000 mujeres de 15 a 49 años y % de píldoras postcoitales dispensadas a mujeres de 15 a 19 años.

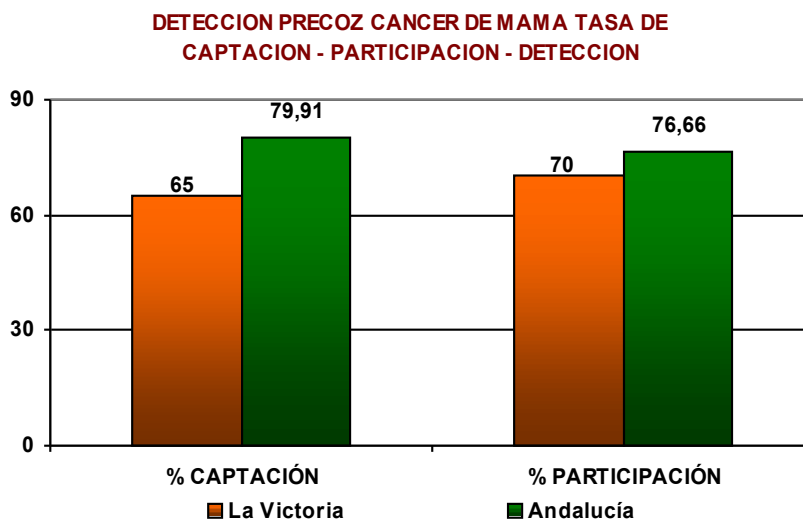




En el presente año se está realizando una nueva vuelta del programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama en La Victoria por lo que los datos de cobertura expresados no son aún definitivos.

Las tasas de Captación y de Participación en el programa de mujeres de La Victoria se encuentran algo por debajo de las tasas andaluzas.

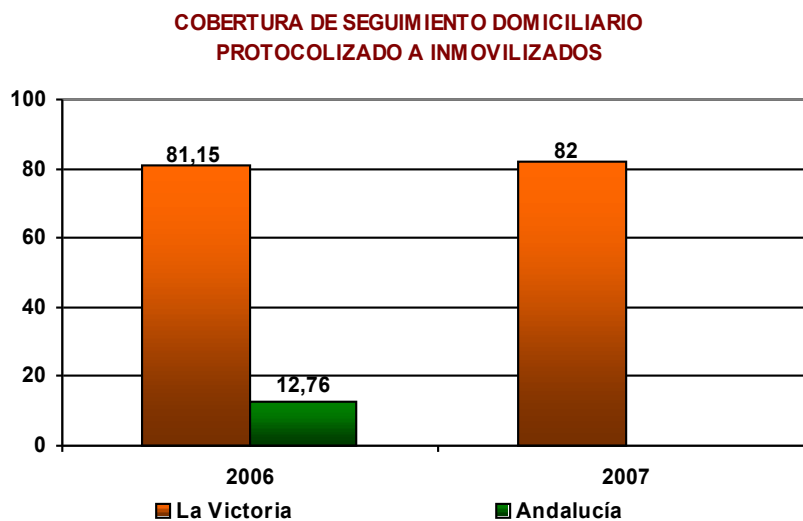
Fig. Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama.



### Seguimiento Domiciliario Protocolizado.

La Victoria tiene una cobertura de seguimiento domiciliario protocolizado a personas inmovilizadas más alta que la andaluza.

Fig.  
Cobertura de  
seguimiento  
domiciliario  
Protocolizado  
personas  
inmovilizadas



a



### Atención a personas con Procesos Crónicos.

Por no disponer de datos individualizados por municipio, se presentan los datos de la Zona Básica de Salud de La Carlota.

### Diabetes.

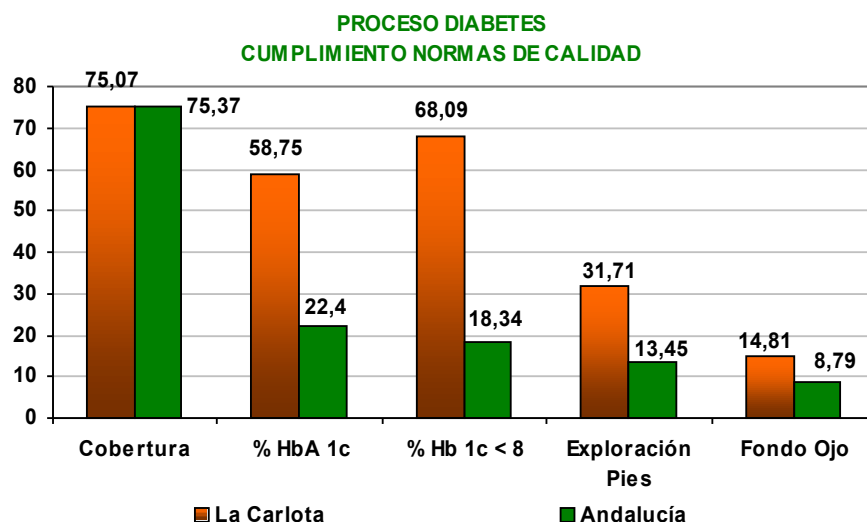
La cobertura de diabetes controlada sobre la prevalencia teórica de ZBS de La Carlota ha mejorado en el año 2007 respecto al año anterior, alcanzando a la andaluza.

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.

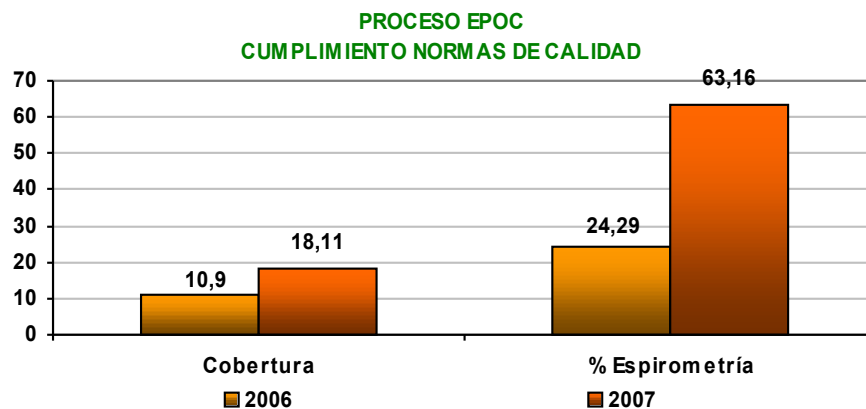


### EPOC

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.



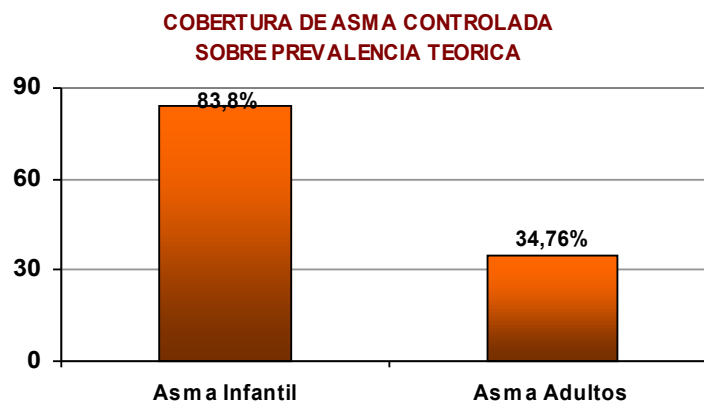
Consideramos que la atención a estos enfermos presenta coberturas muy bajas, tanto en La Carlota como en Andalucía, manteniendo tradicionalmente importantes diferencias en la captación respecto a otras patologías crónicas como la diabetes o la hipertensión.

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

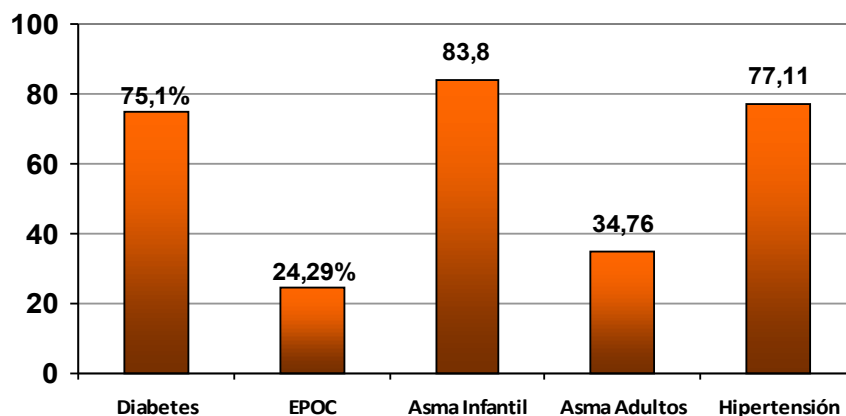
La cobertura de hipertensos controlados en La Carlota es del 77,11%. Sin duda esta cobertura es susceptible de mejora, junto con el resto de procesos crónicos que han sido valorados anteriormente.

Fig. Cobertura procesos crónicos. Año 2007





**COBERTURA CONTROLADA PROCEOS CRONICOS**





### Atención de personas en Riesgo Social.

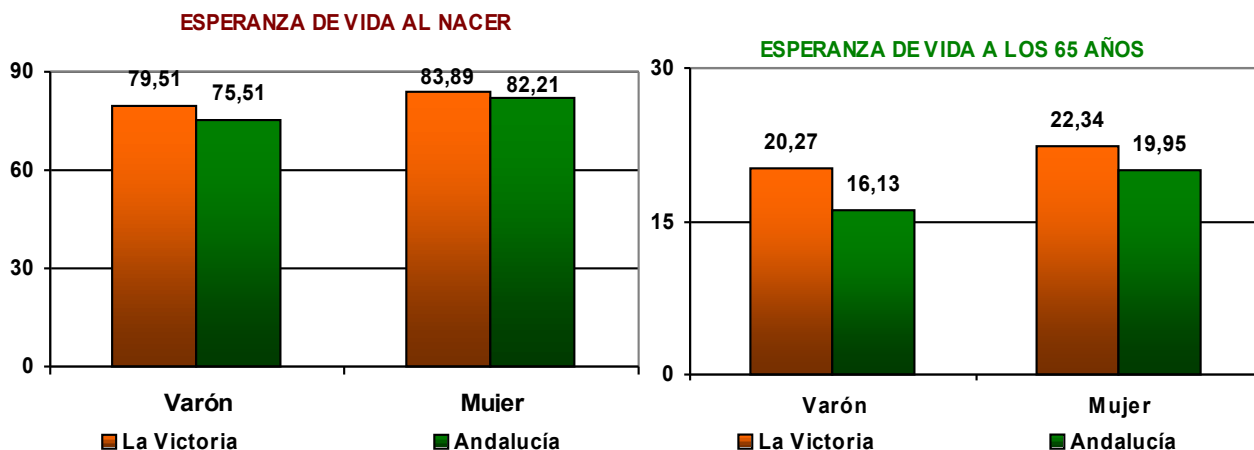
En La Victoria no se han producido agresiones a mujeres ni a menores en 2006 y 2007.

## 5. MORTALIDAD

### Esperanza de Vida al nacer y a los 65 años.

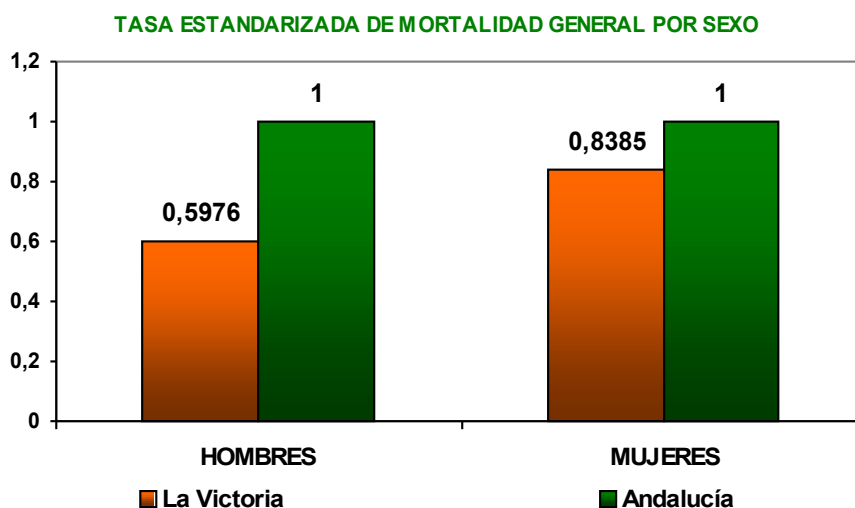
La esperanza de vida de la población al nacimiento en La Victoria es más elevada que la andaluza, siendo esta diferencia mayor en hombres. A los 65 años se mantiene el mismo patrón favorable de esta localidad respecto a Andalucía.

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



Tomando como tasa estándar de mortalidad general la andaluza (es de 1), en La Victoria la tasa estandarizada de mortalidad general es más baja que la andaluza en ambos sexos, siendo esta diferencia más acusada en hombres, que es casi la mitad.

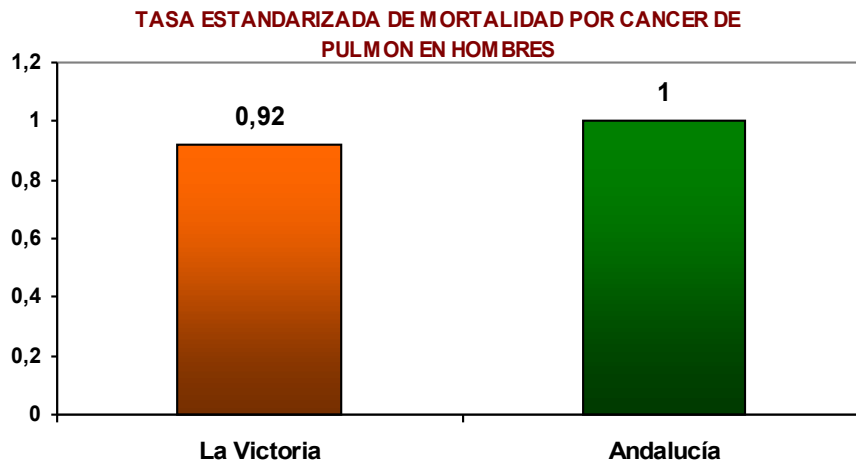
Fig. Tasa estandarizada por Mortalidad General por sexo. Registro de Mortalidad de Andalucía 2001-2005.





### Mortalidad por Cáncer de Pulmón en Hombres

La mortalidad por cáncer de pulmón en hombres es más baja en La Victoria que en la población masculina andaluza.



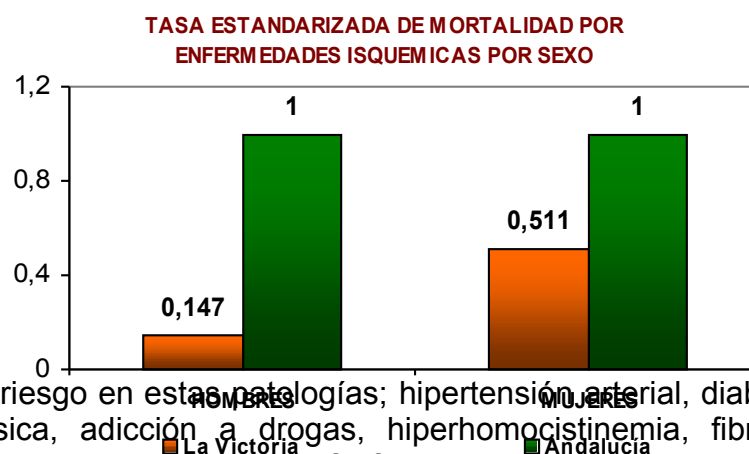
### Mortalidad por Cáncer de Mama en Mujeres.

En La Victoria no se han presentado casos en el período estudiado de mortalidad por cáncer de mama en mujeres.

### Mortalidad por Enfermedades Isquémicas.

La mortalidad por enfermedades isquémicas, tanto para hombres como para mujeres en La Victoria, es más baja que la andaluza, siendo esta diferencia mucho más marcada en los hombres.

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, hiperhomocitemia, 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

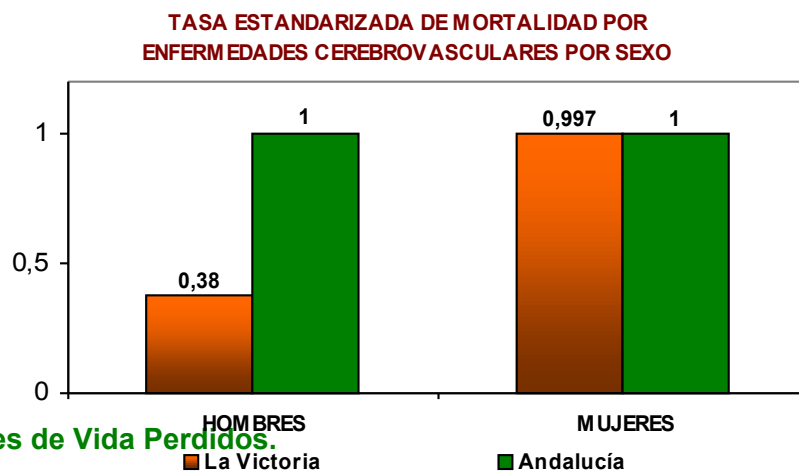


poli-insaturadas, con poca sal y evitando elevadas cantidades de grasas saturadas y azúcares y evitar el sobrepeso.

### Mortalidad por Enfermedades Cerebrovasculares.

El municipio de La Victoria presenta menos defunciones por mortalidad por enfermedades cerebrovasculares que la población andaluza. En hombres esta diferencia es más marcada que en mujeres en el período estudiado. En las mujeres, la mortalidad por esta causa es igual que en la población femenina andaluza.

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

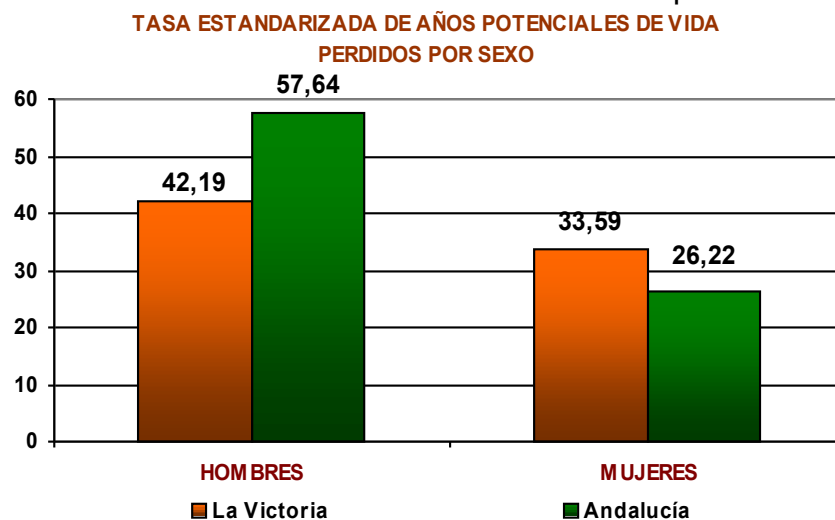


### Años Potenciales de Vida Perdidos.

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 Victoria son menos que en Andalucía en hombres, sin embargo en mujeres es al contrario, se pierden más años potenciales de vida que en las mujeres andaluzas.

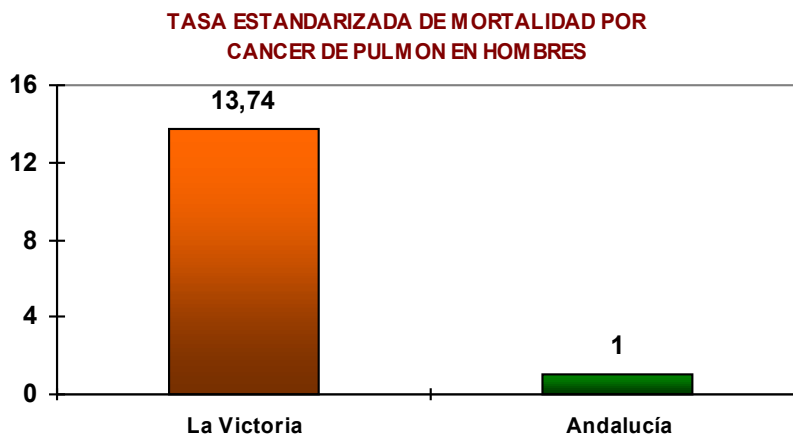
Fig. Tasa estandarizada de Años Potenciales de vida perdidos. Año 2005





### Años Potenciales de Vida Perdidos por Cáncer de Pulmón en Hombres.

La tasa estandarizada de años potenciales de vida perdidos por Cáncer de Pulmón en los hombres de La Victoria superan ampliamente a la de los hombres de nuestra comunidad autónoma.



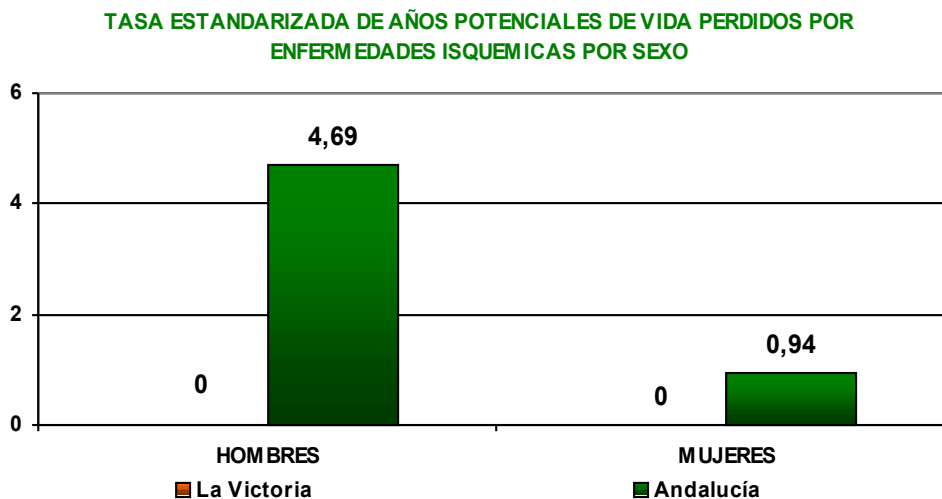
### Años Potenciales de Vida Perdidos por Cáncer de Mama en Mujeres.

Como en La Victoria no se han presentado casos en el período estudiado de mortalidad por cáncer de mama en mujeres, tampoco hay años potenciales de vida perdidos por esta causa en el período evaluado.

### Años Potenciales de Vida Perdidos por Enfermedades Isquémicas.

La tasa estandarizada de años potenciales de vida perdidos por enfermedades isquémicas en La Victoria es de 0 y esto tanto en hombres como en mujeres.

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





## RECURSOS EXISTENTES EN EL MUNICIPIO

### Recursos sanitarios dependientes de la Consejería de Salud

Ambito: Es un módulo T I, Consultorio Auxiliar que presta servicio a 2.272 habitantes BDU – 697. Cuenta con los siguientes profesionales:

- 1 Médico General
- 2 ATS /DUE
- 1 Veterinario y 1 Farmacéutico del Dispositivo de Apoyo

### Equipamiento

- Electrocardiógrafo
- Aspirador portátil
- Desfibrilador semiautomático

### Servicios Asistenciales

- Inmunizaciones a grupos de riesgo
- Seguimiento de procesos crónicos
- Seguimiento del embarazo normal (A.P.)
- Seguimiento de embarazo, 2º nivel (Tocología) (En La Carlota)
- Visita puerperal
- Educación Maternal (En La Carlota)
- Detección precoz de metabolopatías
- Seguimiento de la salud infantil
- Vacunaciones infantiles
- Salud escolar
- Odontología (En La Carlota)
- Salud Buco dental en la escuela
- Programa “ Enséñale a Sonreír”
- Radiología (En La Carlota)
- Aerosolterapia
- Espirometrías (En La Carlota)
- Punto de urgencias (En La Carlota)
- Rehabilitación/Fisioterapeuta (En La Carlota)
- At. Domiciliaria Protocolizada: Enfermos Terminales, Atención Domiciliaria Protocolizada, Atención Alta Hospitalaria
- Anticoncepción de emergencia
- Enfermería Comunitaria de Enlace
- Atención a Cuidadoras de Grandes Discapacitados
- Talleres para Cuidadoras de pacientes Inmovilizados

### Procesos asistenciales

- Embarazo
- HPB/ Cáncer próstata
- Diabetes
- Cáncer mama



- EPOC

#### **Salud Pública:**

- Plan de Supervisión de Sistemas de Autocontrol en Industrial Alimentarias
- Plan de Control de Peligros Biológicos en alimentos
- Plan de Control de Contaminantes Químicos en alimentos

#### **Gestoría de Usuarios en La Carlota**

- 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**

- Colegio Público José Antonio Valenzuela
- Recinto ferial
- Biblioteca municipal
- Campo de fútbol
- Casa de la cultura
- Guardería municipal
- Mercado Municipal
- Piscina Municipal
- Pabellón Polideportivo
- Parque periurbano de Tocina
- Centro de iniciativas empresariales
- Hogar del pensionista



- Asociaciones :
  - Club Deportivo Torre De Don Lucas.
  - Club Deportivo “Las Zorreras”
  - Asociación Personas mayores: Asociación Hogar del Pensionista de San Juan.
  - Asociación española contra el cáncer( en proceso de creación)

### **Composición del Pleno del Excmo Ayuntamiento de La Victoria**

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

1. ALCALDE: José Abad Pino (PSOE)
2. TENIENTE DE ALCALDE: Josefina Pino Zafra (PSOE)
3. TENIENTE DE ALCALDE: Salvador Torres Carmona (PSOE)
4. TENIENTE DE ALCALDE: Francisca Abad Jiménez (PSOE)
5. CONCEJAL: Ana María Camas Pérez (PSOE)
6. CONCEJAL: José Antonio Delgado Gallardo (PSOE)
7. CONCEJAL: Dulce Nombre de María Salas Trenas (IU)
8. CONCEJAL: José María Moyano Pino (PP)
9. CONCEJAL: Francisco Zafra Ansio(PP)

### **Cultura**

Actividades. Desde la Concejalía de cultura, se realizan diferentes actividades a lo largo del año:

***EXPOSICIÓN DE PINTORES LOCALES:*** se realiza un curso de pintura a lo largo de todo el año en nuestra localidad, se iniciaron en el año 2000 y desde entonces se han venido celebrando sin interrupción. En este taller participan alumnos con edades comprendidas entre 5 y 77 años; y cada año viene celebrándose una exposición de los trabajos que realizan a lo largo del curso

***AGRUPACIÓN MUSICAL:*** es otro de los pilares de la vida cultural de La Victoria. Al principio se ideó para que niños/as tuviesen la oportunidad de estudiar música y con ello púdiésemos contar con una Agrupación Musical Municipal, por ello contactamos con la familia Maestre Granados que aceptaron el desafío de encabezar este proyecto.

En un principio los alumnos estuvieron estudiando nociones generales de música y





cuando se consiguieron los instrumentos comenzaron las prácticas. La puesta en escena se produjo el día 5 de Diciembre y el día 8 de Diciembre hicieron el primer acompañamiento procesional en el día de la patrona de La Victoria (Inmaculada Concepción).

### ***Escuela Municipal de Música de La Victoria***

Fecha de creación: mayo de 2007. Alumnos en la actualidad: 26. Edades: todas las edades, a partir de 8 años.

### **Feria de La Victoria (San Juan)**

### **Celebración del Día de la Constitución**

### **Exposiciones de esculturas, pinturas a lo largo del año**

### **Educación**

**Talleres y cursos de formación:** En juventud El municipio de La Victoria trabaja con la Delegación de Juventud de la Excm. Diputación de Córdoba y la Mancomunidad de Municipios de la Vega del Guadalquivir a la cual pertenece.

Desde **Diputación** se les ofrecen talleres, cursos de formación

-Cursos de formación con compromiso de contratación: informática y auxiliar de biblioteca.

-Talleres de ocio y tiempo libre: en julio se organizó en la Piscina Municipal el taller de Risoterapia.

-Campaña de ocio y tiempo libre: campamentos de 6 a 10 días en el Albergue de Cerro Muriano.

Desde **Mancomunidad** se han realizado las siguientes actividades:

- Venga Joven: concentración de jóvenes de la Mancomunidad que cada año se realiza en una localidad distinta
- Cursos de ocio y tiempo libre: Globoflexia ( 12 horas, del 27 al 30 de Septiembre ) y Habilidades Sociales ( 12 horas, del 18 al 21 de octubre )
- Actividades Multiaventura: viaje a Adamuz, con actividades de piragüismo, rappel, escalada y tiro con arco.
- Viaje a la playa: a Matalascañas.
- Otras actividades: subvenciones a proyectos de asociaciones juveniles; campañas divulgativas del Centro de Información Juvenil y campaña de prevención de accidentes de tráfico por consumo de alcohol.

Desde el **Ayuntamiento**, las actividades realizadas son:



- Taller de ornitología: entre octubre y noviembre.
- Taller de pintura de azulejos: entre diciembre y enero.
- Taller de igualdad de género: entre febrero y marzo.
- Taller de teatro: entre abril y mayo.
- Visita al Gran Teatro: día 2 de octubre.
- Acampada nocturna.
- Proyecto de adecuación en Casas de la Cultura de Hogar para Jóvenes.

### **Deporte**

Campeonatos de padel y tenis para infantiles y adultos

Actividades deportivas el día de la Constitución

Actividades deportivas el día de Andalucía

Gimnasia mantenimiento, aerobio

Talleres de yoga

Gimnasia dirigida a mayores

Pruebas populares