



Informe de Situación de Salud
del Municipio

La Victoria

Octubre 2008

No nos atrevemos a muchas cosas porque son difíciles,
pero son difíciles porque no nos atrevemos a hacerlas.

Lucio Anneo Séneca

ELABORACIÓN

Andrés Pérez Ramos.

Técnico de Salud en Epidemiología y Programas. Distrito Sanitario Guadalquivir.

Profesionales del Distrito que han colaborado:

- Celia Jiménez García. Técnico Función Administrativa. Unidad Técnica de Distrito
- Esteban García Lara. Enfermero de Enlace. Unidad de Calidad de Distrito.
- M^ª José Pérez Villegas. Trabajadora Social. Unidad Gestión Clínica San Sebastián de los Ballesteros.
- Verónica Tejedor Garrido. Técnico de Salud en Sanidad Ambiental. Distrito Sanitario Guadalquivir.
- Ana Díaz Expósito. Auxiliar Administrativo de la Unidad de Salud Pública de Distrito.
- José Luis Gutiérrez Sequera. Responsable de la Unidad de Información de Distrito.
- Rocío Ruiz Domínguez. Auxiliar Administrativo Unidad de Información de Distrito.



INDICE

	Página
Introducción	4
Objetivo	4
Metodología	4
Situación de Salud de La Victoria	6
1. Situación Geográfica	6
2. Información demográfica y socioeconómica	7
3. Hábitos y Estilos de Vida	13
4. Principales Problemas de Salud	18
5. Mortalidad	23
Conclusiones	28
Priorización de problemas	32
ANEXOS	34
▪ Indicadores Demográficos y Socioeconómicos	35
Pirámide de Población	35
Tasa Bruta de Natalidad	37
Tasa de Fecundidad	37
Tasa de Fecundidad Especifica por Edad	37
Relación de Dependencia de Ancianos	38
Porcentaje de Población > 65 años	38
Tasa de Sobre-Envejecimiento	38
Porcentaje de Población < 15 años	38
Tasa de Inmigración	39
Tasa de Paro	39
Tasa de Analfabetismo	39
Índice de Ruralidad	39
▪ Hábitos y Estilos de Vida	40
Drogodependencias	40
Estudio HBSC 2002	40
▪ Indicadores de Resultados en Salud	45
Tasa de incidencia anual de Tuberculosis y SIDA	45
Porcentaje de cobertura de vacunación completa	45
Seguimiento a Niños/as menores de 1 año	45
Cobertura General de Planificación Familiar	45
Tasa de Solicitudes de IVE	46
Píldora Postcoital	46
Programa Detección Cáncer de Mama	46
Atención a personas Inmovilizadas	47
Atención a personas con Diabetes	47
Atención a personas con EPOC	48
Atención a personas con Asma	49
Atención a personas con Hipertensión	50
Atención a Mujeres por sospecha de Malos Tratos y/o Agresión Sexual	50
Atención a niños por sospecha de Malos Tratos y/o Agresión Sexual	50
Vacunados de gripe en personas de 65 años o más	51
Esperanza de Vida al Nacer	51
Esperanza de Vida a los 65 años	51
Tasas de Mortalidad General	51
Tasas de Mortalidad por Grandes Grupos de Causas	52
Años Potenciales de Vida Perdidos	53
Años Potenciales de Vida Perdidos por Grandes Grupos de Causas	53

INTRODUCCIÓN.

Este estudio ha sido impulsado por la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Salud de Andalucía, forma parte del pilotaje, en el Municipio de La Carlota, La Victoria y San Sebastián de los Ballesteros, del proyecto piloto para el desarrollo de la Red Local de Acción en Salud Pública.

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

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 La Victoria 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 y 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 La Victoria (14065) 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, siendo para esta última los del año 2006 (los últimos de que se dispone).

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 San Sebastián de los Ballesteros
<http://www.lacarlota.mancomunidadvega.dnsalias.net/>

Cada fuente tiene los datos disponibles con una antigüedad y periodicidad propia, por lo cual los indicadores no se han podido construir relativos a un mismo periodo.

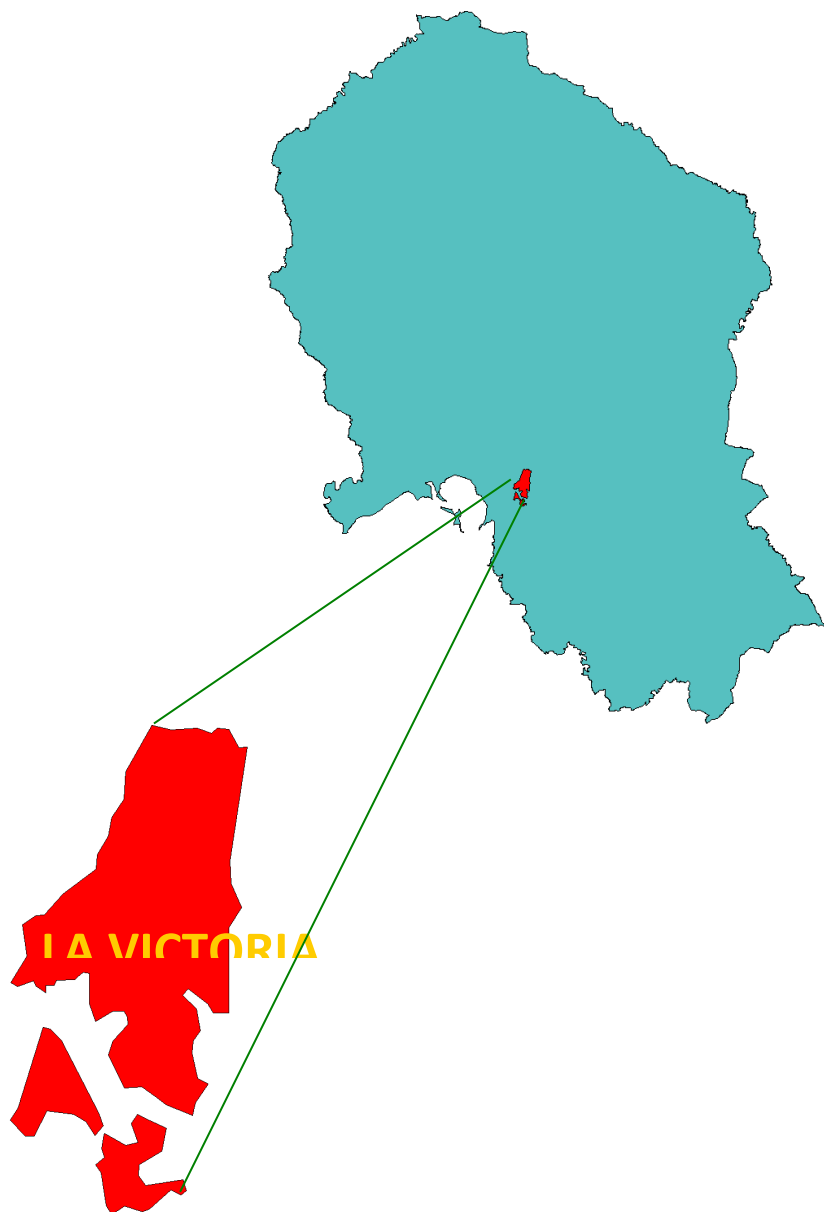
ANALISIS DEL AREA: EL MUNICIPIO DE LA VICTORIA

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 1.981 habitantes (padrón 1 de enero de 2007), la extensión del término alcanza 20 km², 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

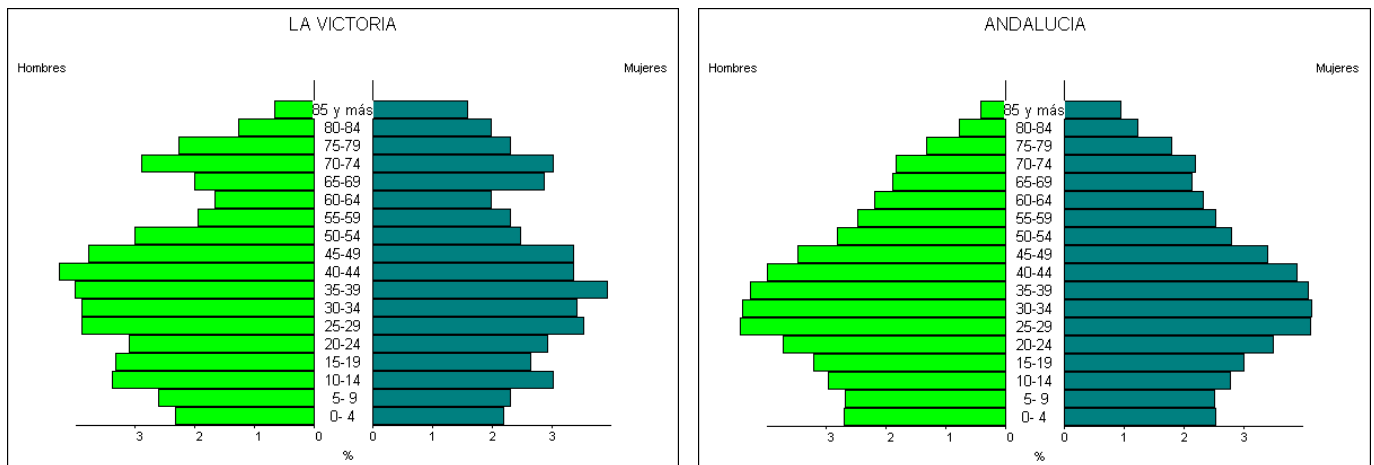


Tabla. Índices demográficos referidos a las Pirámides de Población de La Victoria y Andalucía 2006 (Programa Epidat).

Índices Demográficos	La Victoria	Andalucía
Masculinidad	90	106,85
Friz	72,88	70,85
Sundbarg	32,14	30,16
Burgdöfer	69,43	55,57
Burgdöfer	11,39	10,97
Envejecimiento	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.

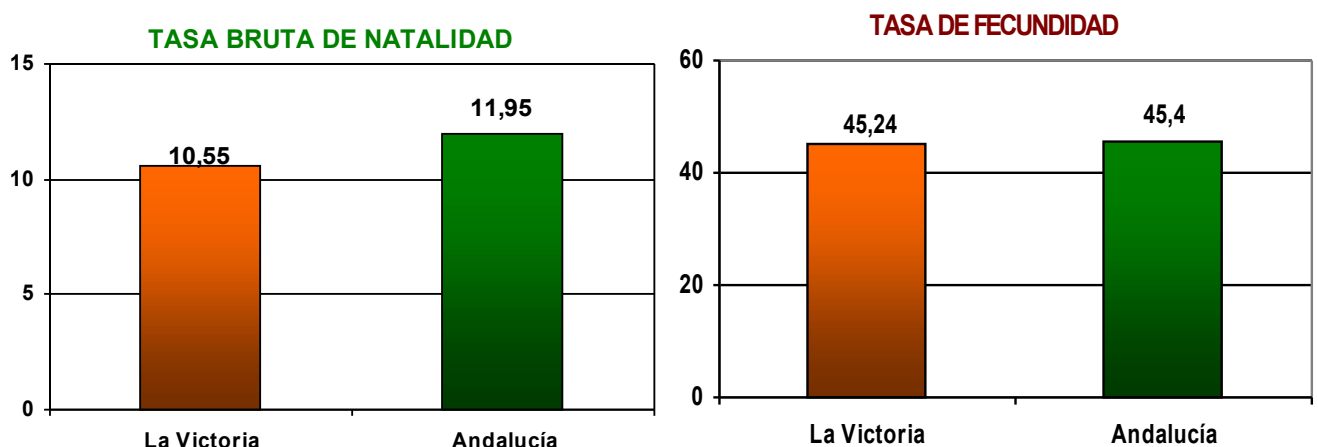
El índice de envejecimiento de este Municipio (131,71), es mucho mayor que el andaluz (90,50), indica que es una población envejecida, encontrándose 132 personas mayores de 84 años por cada 100 menores de 15.

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.

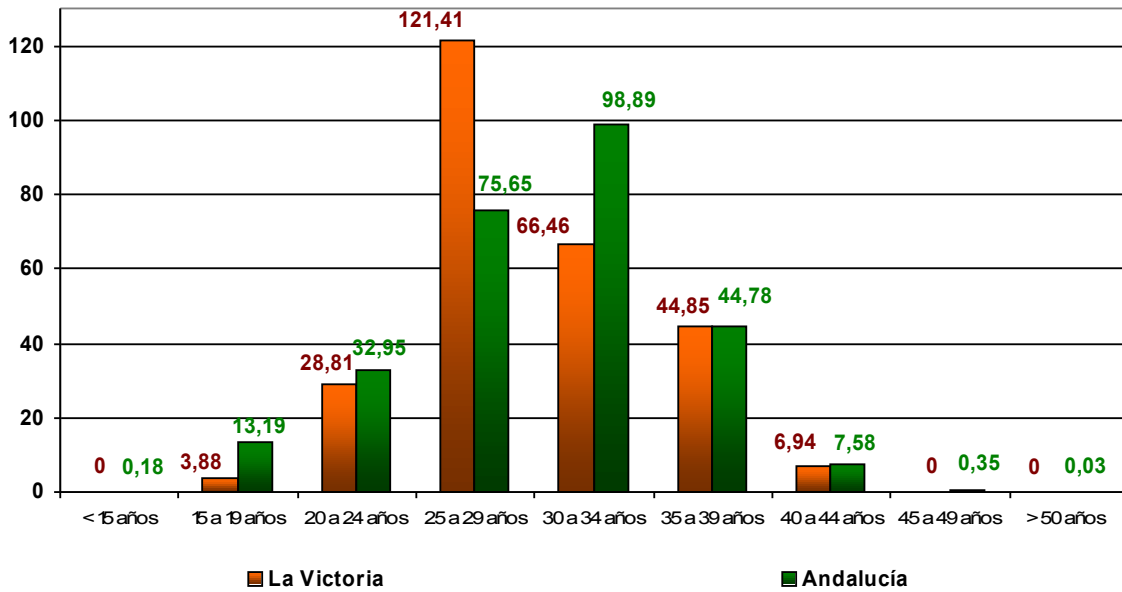


Por edad de la madre, las Tasas Específicas de Fecundidad se sitúan en La Victoria por encima de las de Andalucía en los grupos de edad de 25 a 29 años, siendo los grupos de 25 a 39 años, en los que las tasas son más elevadas, como en Andalucía. En nuestro municipio no se han producido, en el período 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 v Andalucía. Referidas a datos del año 2000-2004

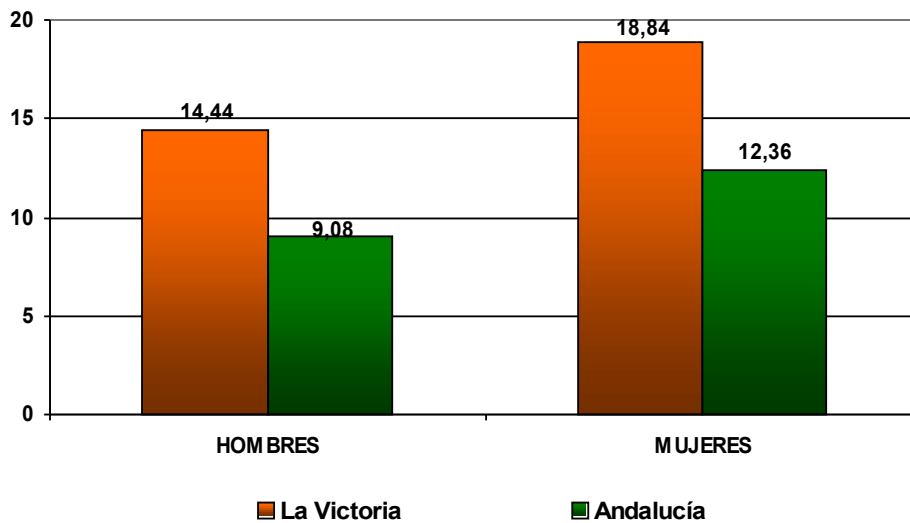
TASA DE FECUNDIDAD ESPECIFICA POR EDAD



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. Relación de dependencia de ancianos. Censo 2001

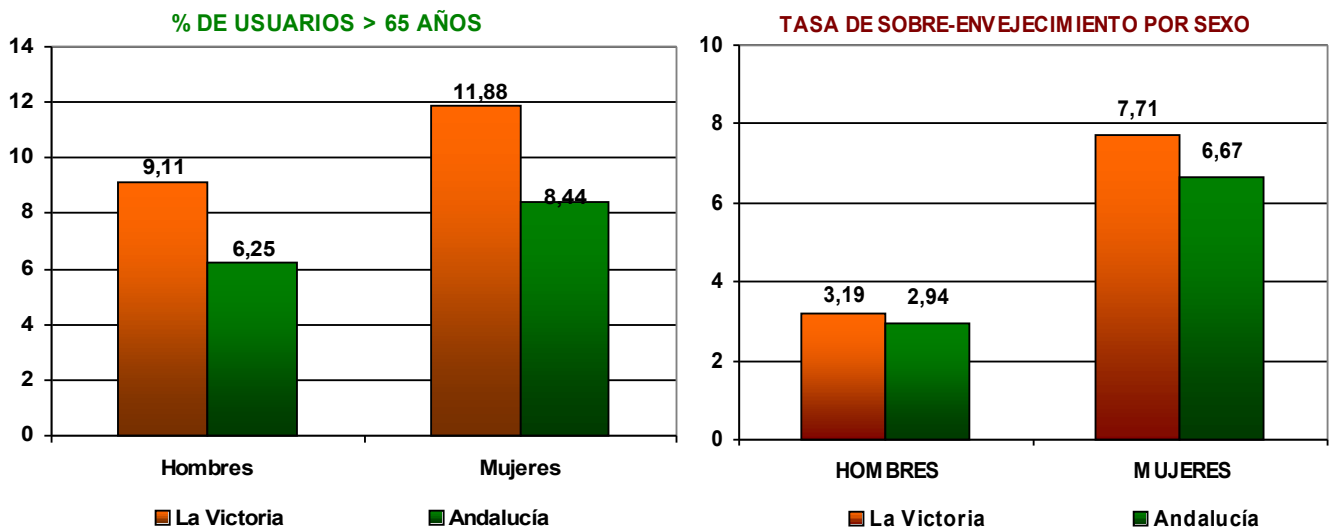
RELACION DE DEPENDENCIA DE ANCIANOS



El porcentaje de usuarios mayores de 65 años respecto al total de población es 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.

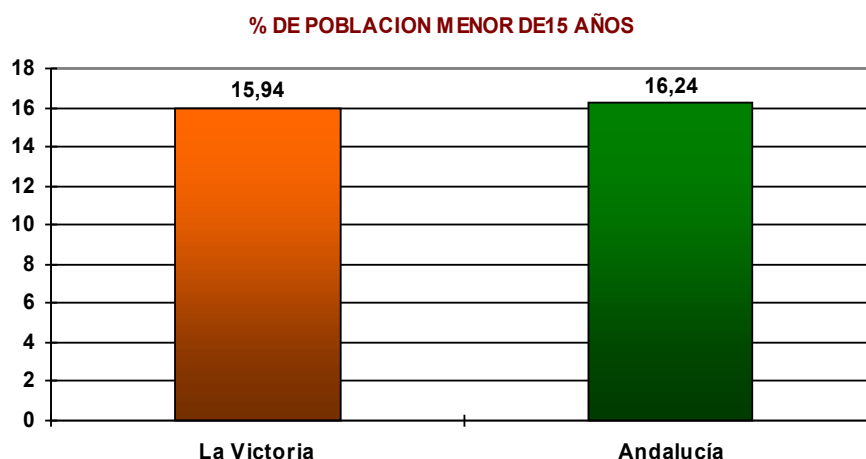
Las personas que necesitan cuidados y los cuidadores precisan diferentes tipos de ayuda. La primera consiste en la provisión de ayuda emocional, es decir, sentirse querido por las personas allegadas, relacionarse con ellas, expresarles opiniones, sentimientos, puntos de vista, intercambiar expresiones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

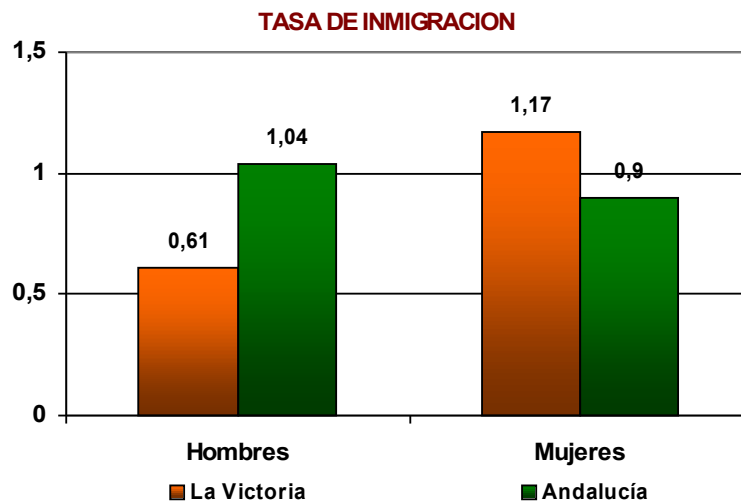
Fig. Porcentaje de usuarios menores de 15 años. Padrón 2006



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%.

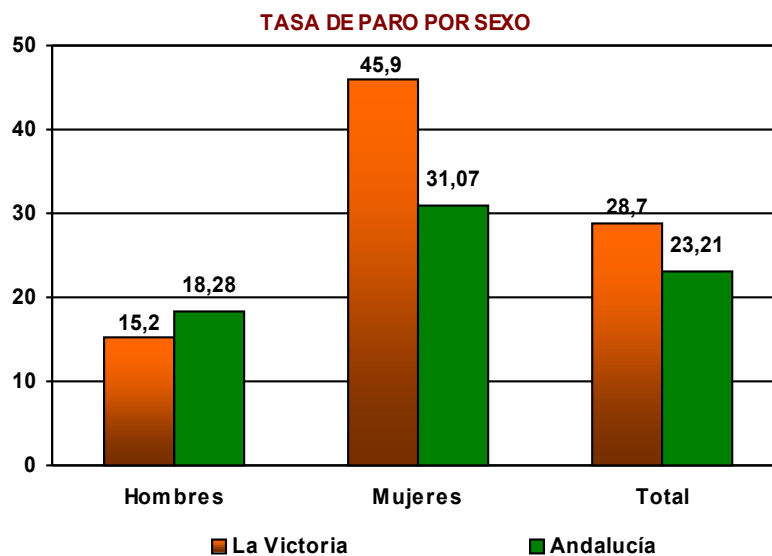
Respecto a la inmigración, la tasa de inmigración de La Victoria es menor que la andaluza en hombres y más elevada en mujeres.

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.

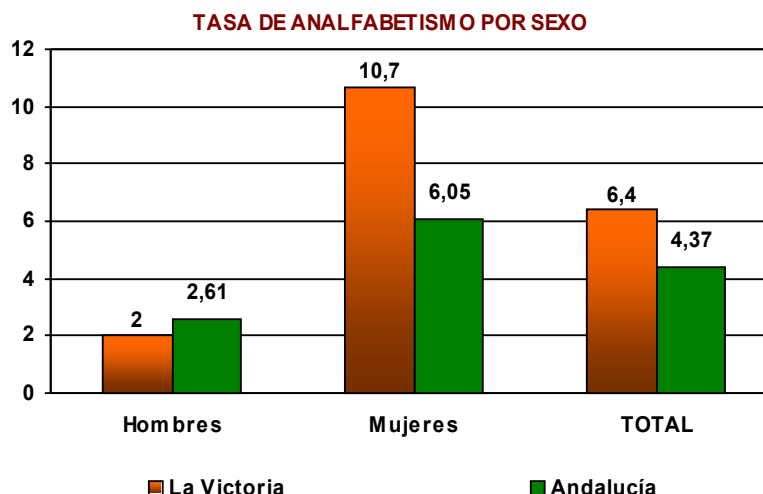
Fig. Tasa de Paro. Censo 2001.



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 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 simultaneo 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.

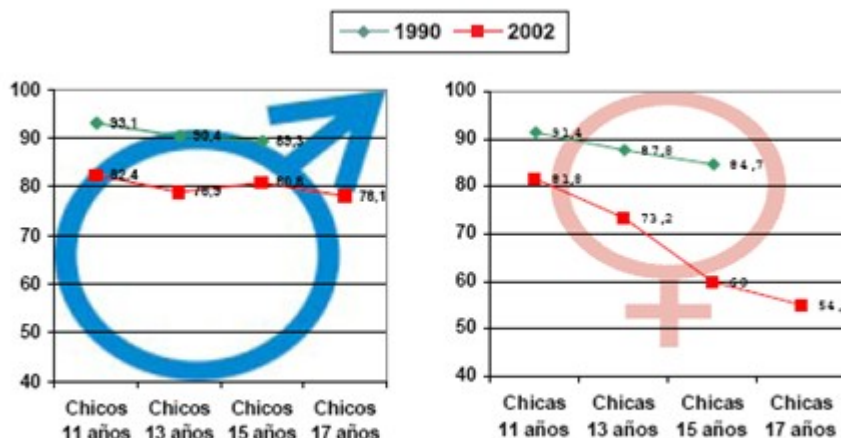
Alimentación y Dieta.

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.

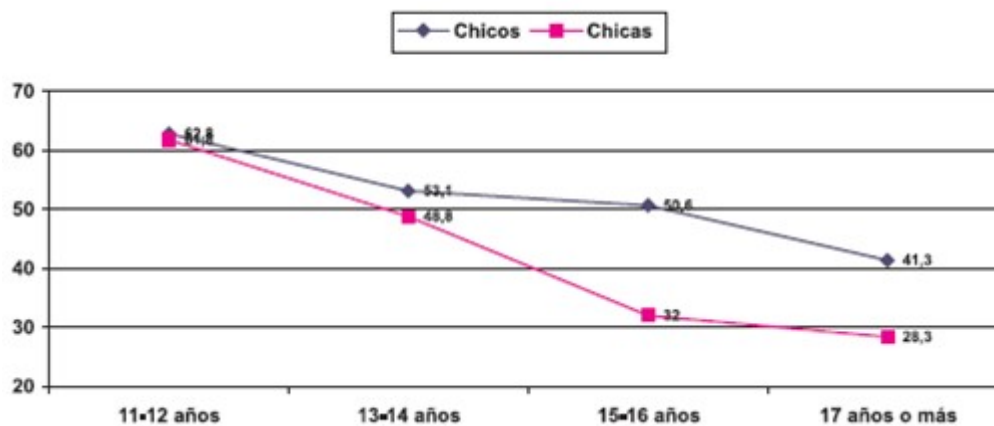
Fig. Datos españoles del IACS en 1990 y 2002. % de chicos y chicas de diferentes edades que dice cenar los 7 días de la semana.



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.

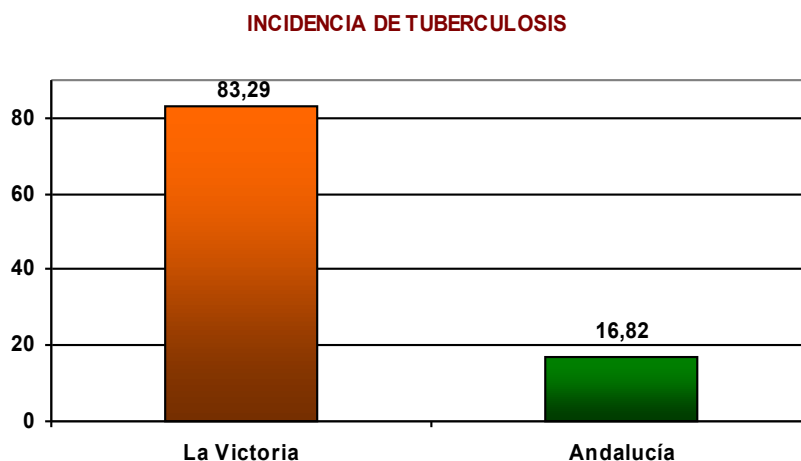
Puede observarse una mayor promiscuidad entre los varones y algunas cifras de embarazos adolescentes a tener en cuenta (por ejemplo, un 4% de las chicas de 17-18 años reconoce haberse quedado alguna vez embarazada).

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.

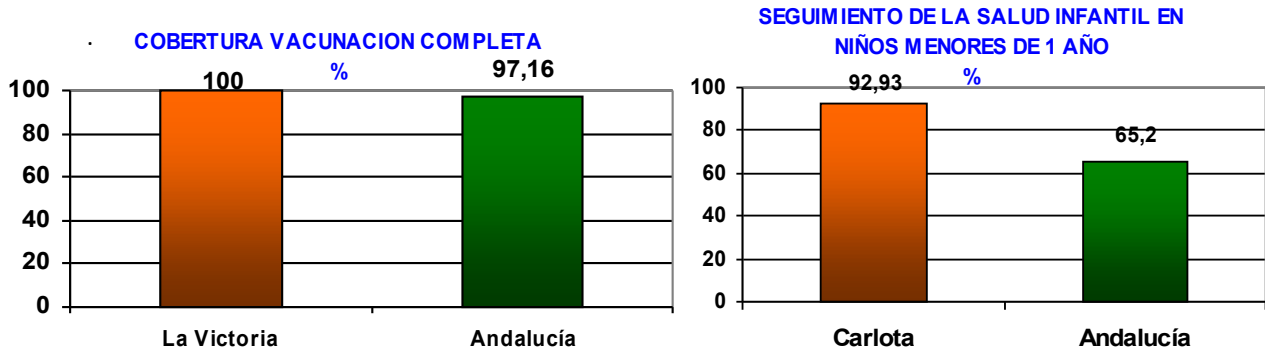
Seguimiento de la Salud Infantil.

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 Carlota 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.

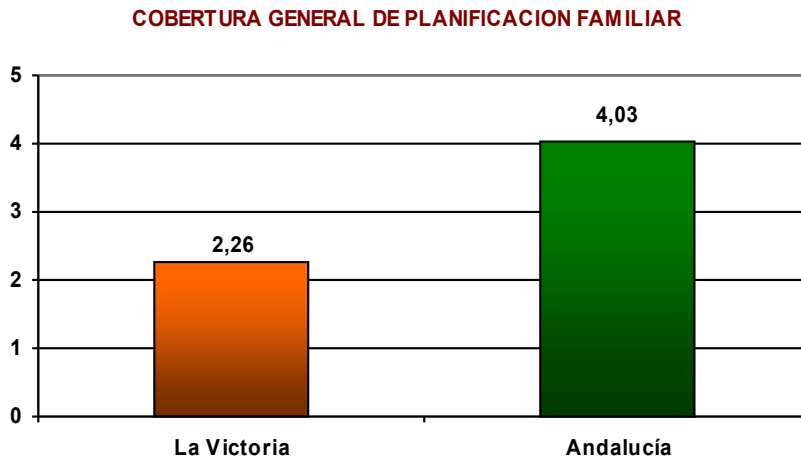


Programas Relacionados con la Mujer.

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

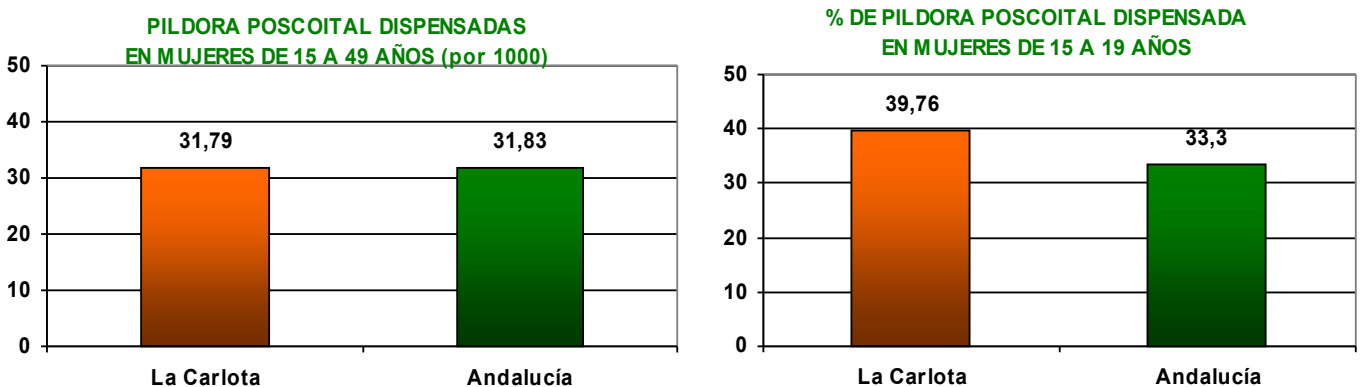
La cobertura general de Planificación Familiar en La Victoria es menor que la andaluza.

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.

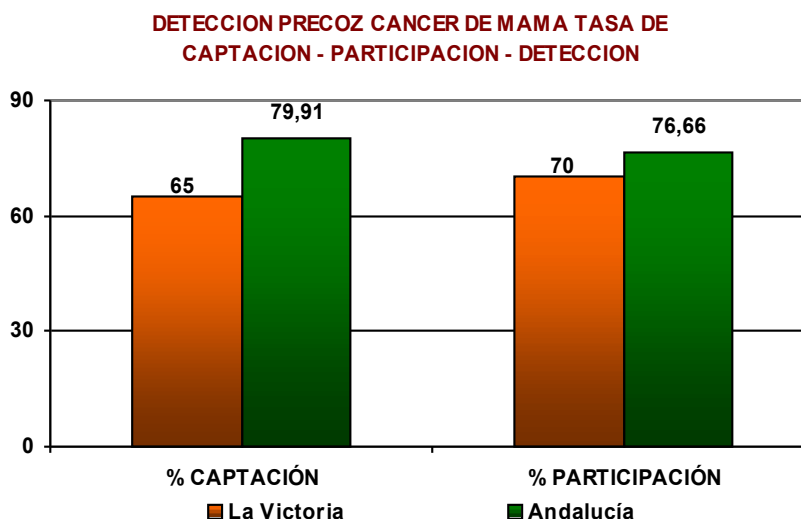
Fig. Píldoras postcoitales por cada 1000 mujeres de 15 a 49 años y % de píldoras postcoitales dispensadas a mujeres de 15 a 19 años.



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.

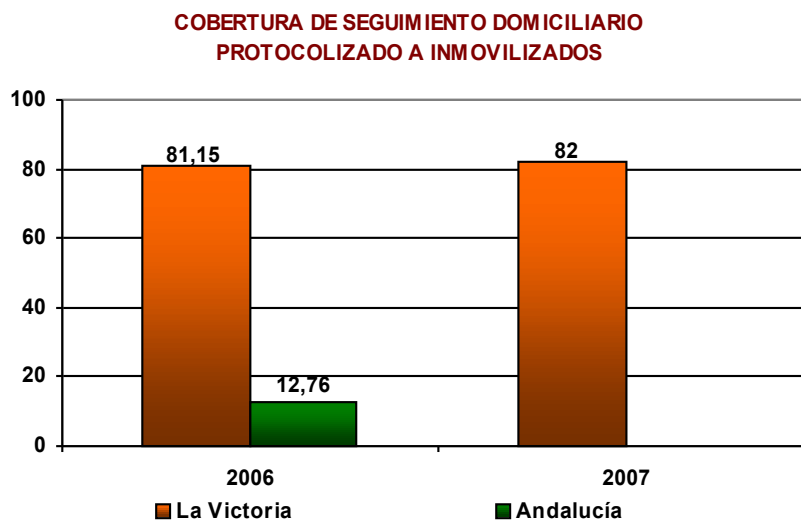
Fig. Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama.



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 a personas inmovilizadas.



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

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.

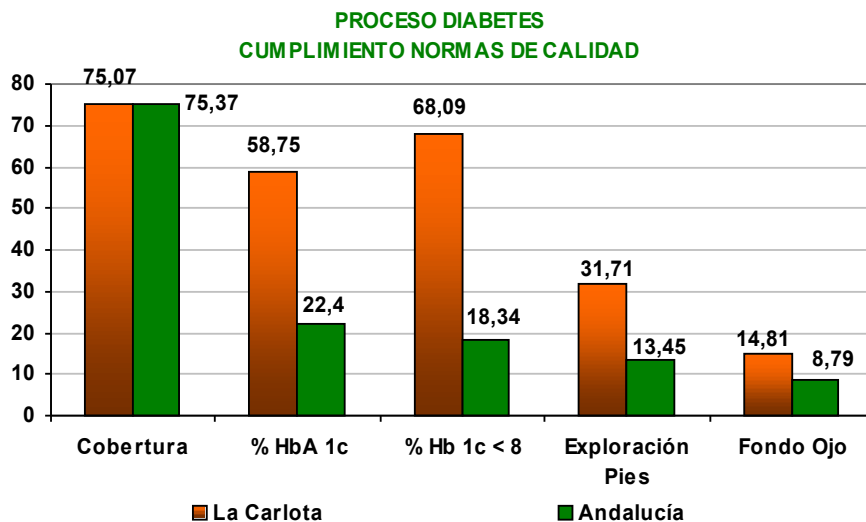
La cobertura de diabetes controlada sobre la prevalencia teórica de ZBS de La Carlota ha mejorado en el año 2007 respecto al año anterior, alcanzando a la andaluza.

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.

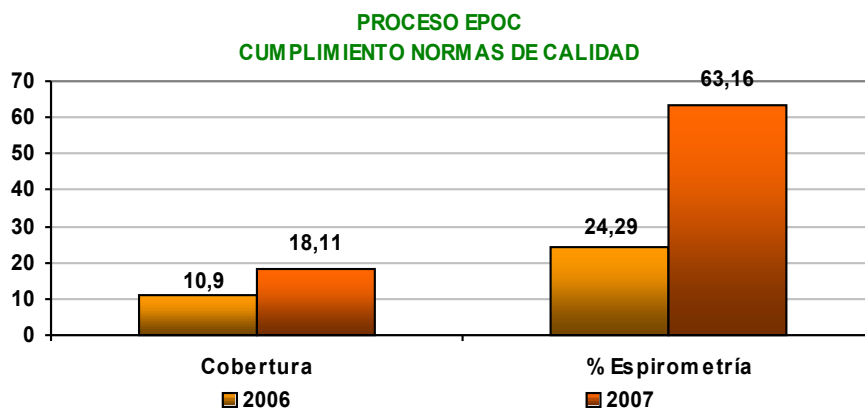


EPOC

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.

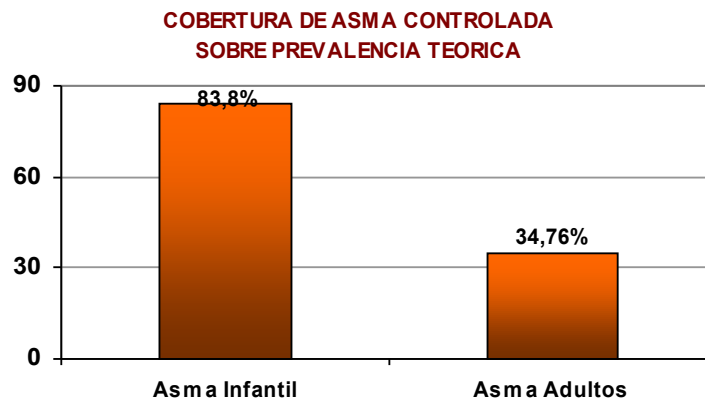


Consideramos que la atención a estos enfermos presenta coberturas muy bajas, tanto en La Carlota como en Andalucía, manteniendo tradicionalmente importantes diferencias en la captación respecto a otras patologías crónicas como la diabetes o la hipertensión. Mejorar todas las coberturas de este proceso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

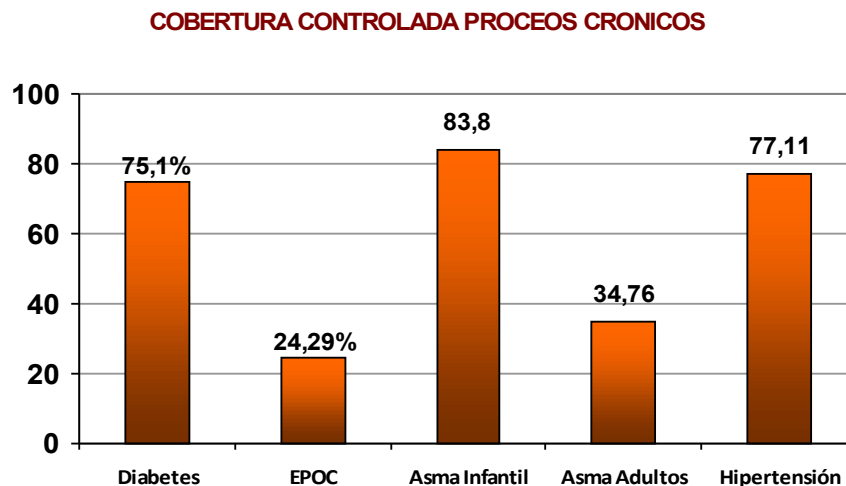


Al igual que en el PAI EPOC, la atención adultos con asma necesita mejorar ostensiblemente las coberturas del proceso.

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



Atención de personas en Riesgo Social.

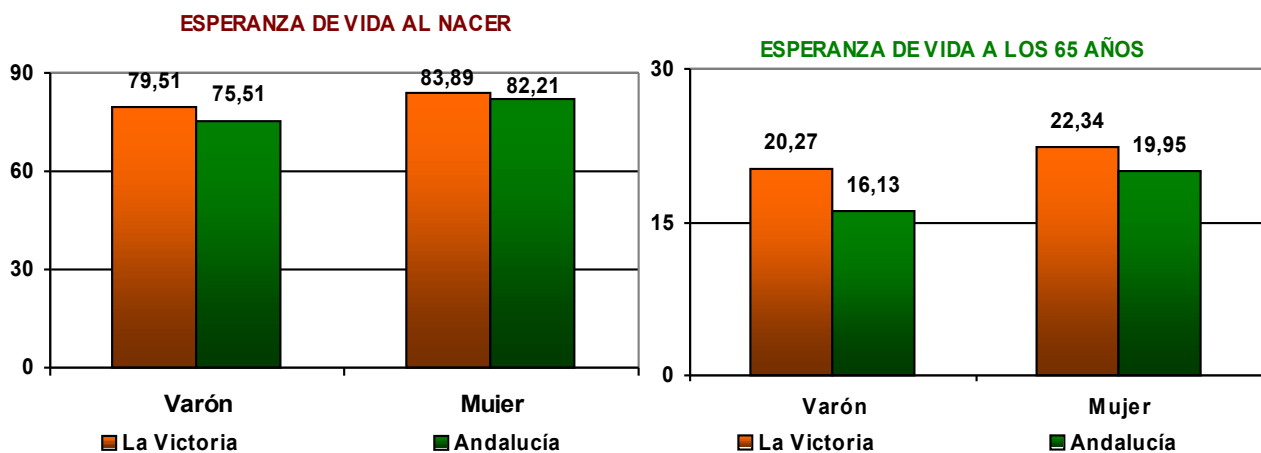
En La Victoria no se han producido agresiones a mujeres ni a menores en los en 2006 y 2007.

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.

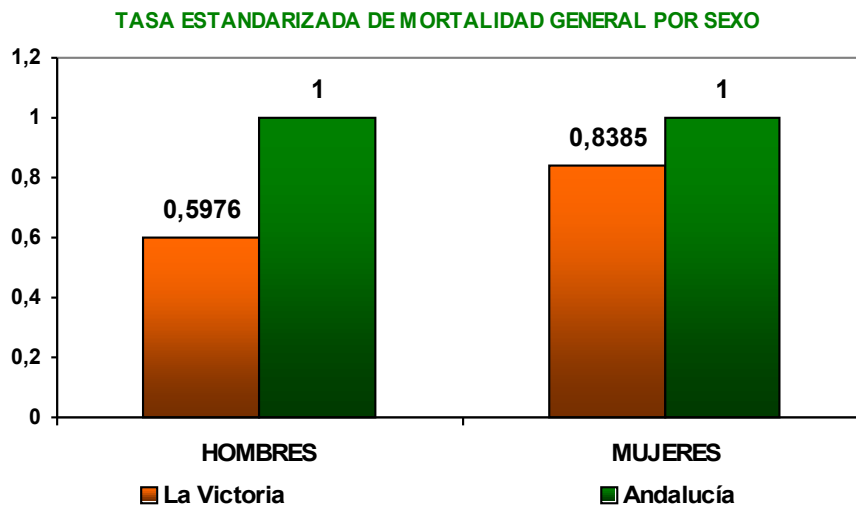
Fig. Esperanza de vida al nacer y a los 65 años por sexo. PASCUA Año 2005.



Mortalidad General.

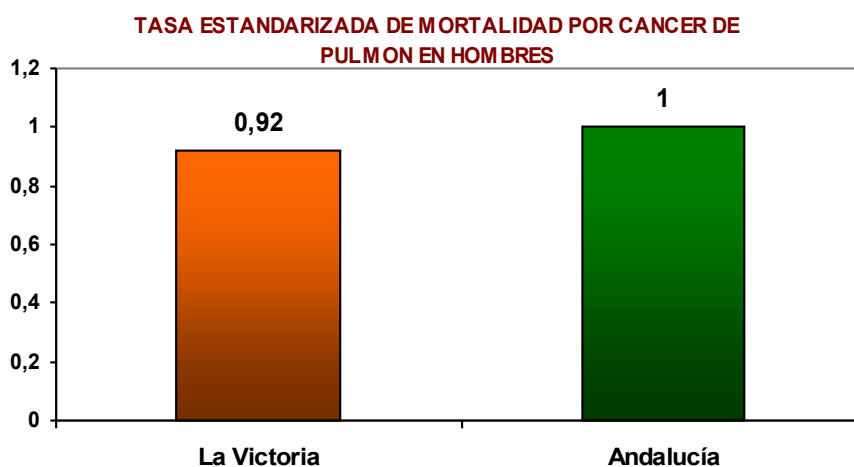
Tomando como tasa estándar de mortalidad general la andaluza (es de 1), en La Victoria la tasa estandarizada de mortalidad general es más baja que la andaluza en ambos sexos, siendo esta diferencia más acusada en hombres, que es casi la mitad.

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.



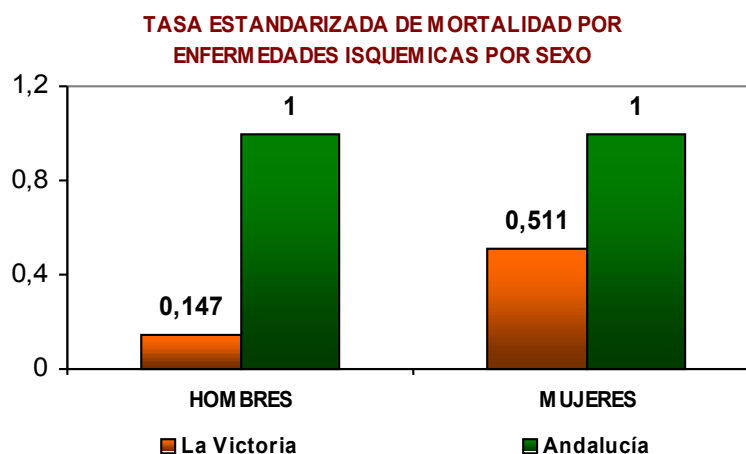
Mortalidad por Cáncer de Mama en Mujeres.

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).



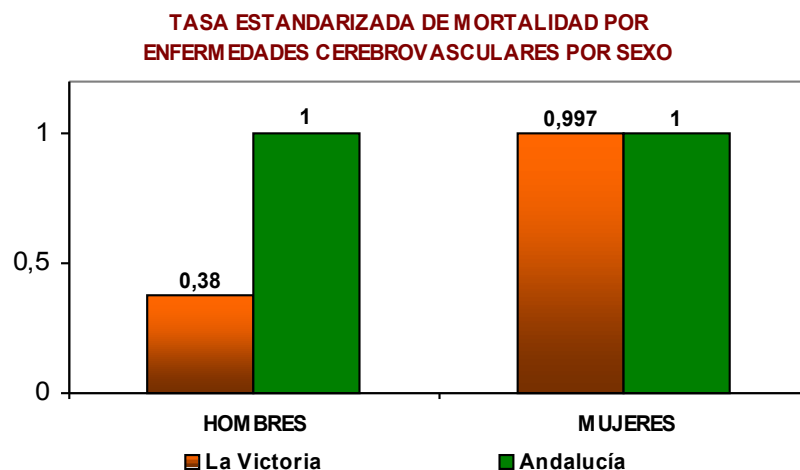
Son factores de riesgo en estas patologías; hipertensión arterial, diabetes, obesidad e inactividad física, adicción a drogas, hiperhomocistinemia, fibrinógeno, raza, factores hereditarios, anticuerpos antifosfolípidos, placas ulceradas en la aorta, tabaco, anticonceptivos orales, alcohol, crisis isquémicas transitorias, lípidos, factores cardíacos. Para la prevención, lo fundamental es actuar sobre los factores de riesgo asociados, que principalmente son la tensión arterial, el colesterol y la diabetes. Evitar tabaco y alcohol.

Hacer vida sana: ejercicio físico, dieta sana rica en verduras, frutas y grasas poli-insaturadas, con poca sal y evitando elevadas cantidades de grasas saturadas y azúcares y evitar el sobrepeso.

Mortalidad por Enfermedades Cerebrovasculares.

El municipio de La 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).

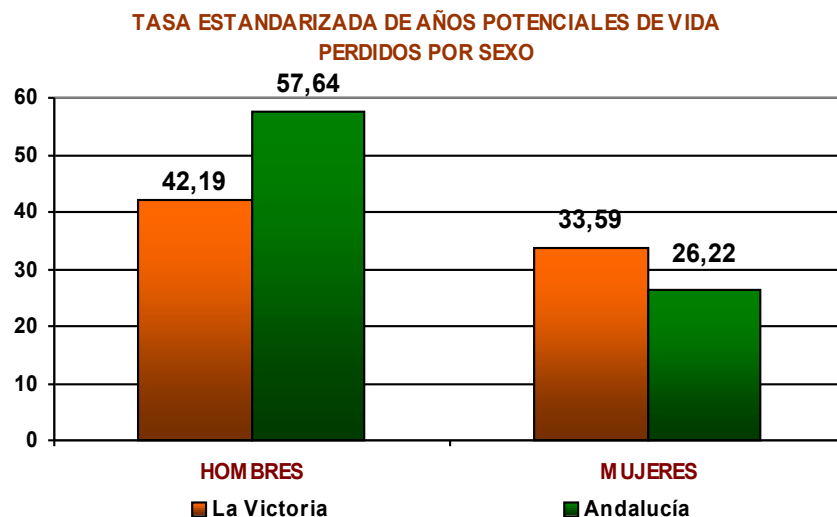


Años Potenciales de Vida Perdidos.

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.



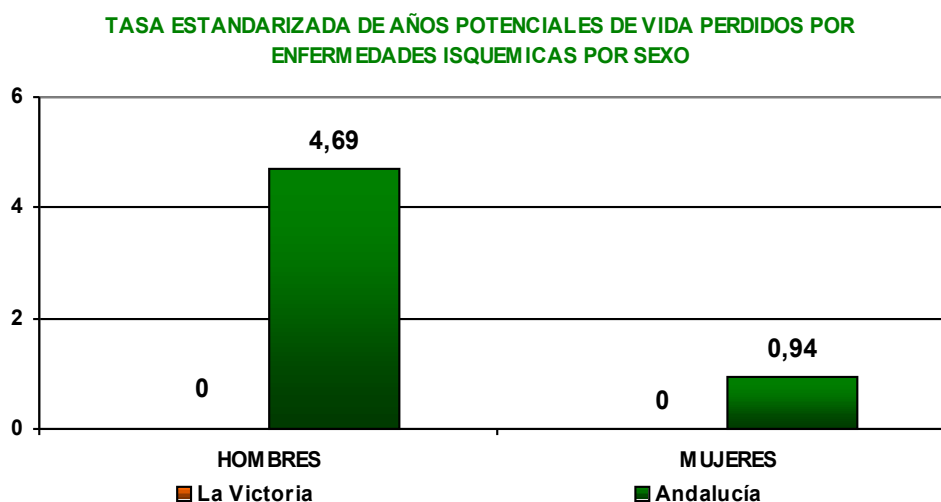
Años Potenciales de Vida Perdidos por Cáncer de Mama en Mujeres.

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.

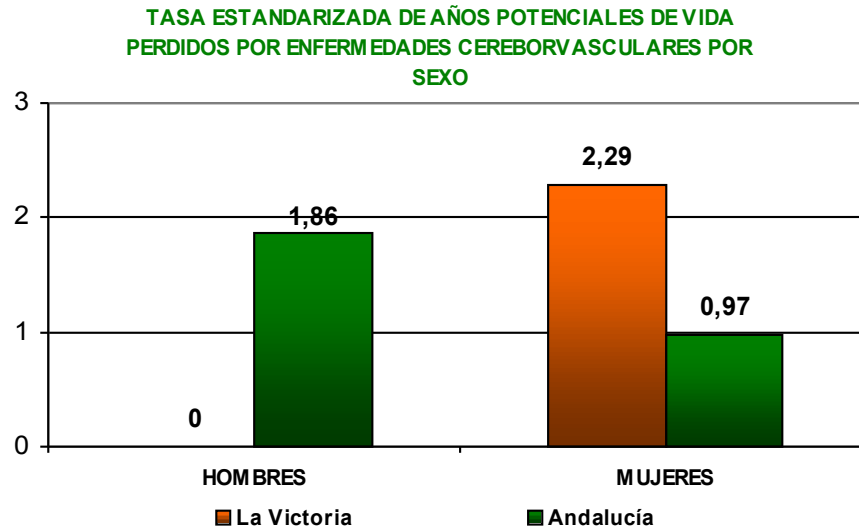
Fig. Tasa estandarizada de Años Potenciales de Vida Perdidos por Enfermedades Isquémicas. Año 2005



Años Potenciales de Vida Perdidos por Enfermedades Cerebrovasculares.

En La Victoria, la tasa estandarizada de años potenciales de vida perdidos por Enfermedades Cerebrovasculares en hombres es de cero pero en las mujeres esta tasa supera a la andaluza en el período estudiado.

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



CONCLUSIONES

Sociodemografía.

La población de La Victoria presenta una estructura algo diferente a la 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 inmigración presenta en La Victoria tasas más elevadas que las andaluzas, en mujeres y más bajas en hombres.

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.

Con un comportamiento similar al paro, la tasa de analfabetismo es mayor en La Victoria que en Andalucía, pero la diferencia se debe a una mayor tasa en mujeres, siendo más baja que la andaluza en hombres.

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).

Principales 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 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 de 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.

PRIORIZACION DE PROBLEMAS

Los datos presentados pueden sin duda completarse con otros procedentes de otros estudios o fuentes que aclaren más la situación de salud del municipio de La Victoria. Incluso, del presente informe puede derivarse la necesidad de ampliación de la información sobre algunas de las situaciones que se plantean.

La priorización que se propone se hace teniendo en cuenta el escenario y los objetivos en los que se plantea, teniendo en cuenta la magnitud del problema, la gravedad y la vulnerabilidad.

Por importancia, consideramos en La Victoria como poblaciones diana sobre las que actuar:

1. En las personas mayores por los indicadores de dependencia, siendo todo el grupo de mayores de 65 años susceptibles de realizar actuaciones sobre los mismos, aunque son los mayores de 80 años los que más necesidades presentan, por las discapacidades, los problemas para el desarrollo de las actividades de la vida diaria y por las necesidades de recursos.

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

2. En una población en la que el envejecimiento hará que el colectivo de personas mayores siga progresivamente incrementándose y en el que este grupo de personas presente la mayor proporción de discapacidad y dependencia, cobra una gran importancia l@s cuidador@s informales. En nuestro entorno, este papel es asumido la mayoría de las veces por las mujeres.

Como grupo específico, las cuidadoras y cuidadores de personas dependientes puede ser considerado como un grupo diana priorizado, tanto por sus necesidades de capacitación en la dispensación de cuidados, como por el riesgo de presentar problemas de salud derivados de los cuidados que prestan.

3. 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 podemos intervenir sobre:

- Drogas, tabaco y alcohol.
- Ejercicio y nutrición.
- Relaciones afectivas y sexuales (disminuir las solicitudes de IVEs y de píldoras postcoitales)

Teniendo en cuenta la importancia socializadora del grupo de iguales, la sensibilidad de los adolescentes a la presión del grupo hace que a menudo se comporten en conformidad con los códigos de conducta establecidos por él. De esta forma, si las intervenciones se

dirigen a actuar no sobre sujetos sino sobre grupos y si el objetivo es hacer que la "nueva moda" sea comportarse de forma saludable, es probable que mejore la eficacia de los programas. Pero también es posible intervenir sobre otros agentes socializadores, como la familia. Probablemente los padres y madres de adolescentes son el colectivo de progenitores que hoy se siente más inseguro y más necesitado de apoyo y supervisión. Mucho de este apoyo podría ir encaminado a dar a conocer qué es la adolescencia, que cambios origina en el sistema familiar, que ajustes son necesarios, cómo resolver conflictos y hacer que éstos se conviertan en experiencias constructivas y, en definitiva, a dotarles de herramientas de actuación promotoras de salud y bienestar en el hogar.

4. Como grupo, las mujeres de este municipio presentan desigualdades de forma negativa respecto a los hombres. Aunque, según diversos estudios, estas desigualdades se presentan de forma general en nuestro medio, en el que las tasas de paro y de analfabetismo son superiores en mujeres respecto a los hombres, incluso la tasa de inmigración de este municipio es mayor en mujeres que en hombres. Las personas con menor nivel educativo presentan peor salud y en general una mayor frecuencia de enfermedades crónicas.

Los años potenciales de vida perdidos son la expresión de una mortalidad prematura por diferentes causas. Las mujeres de La Victoria presentan una tasa estandarizada de años potenciales de vida perdidos más elevada que la tasa en mujeres andaluzas. De forma específica, presentan una tasa estandarizada de años potenciales de vida perdidos más elevada por enfermedades cerebrovasculares que la tasa en mujeres andaluzas. Diversos factores de riesgo que contribuyen a agravar este tipo de enfermedades pueden ser modificados favorablemente.

La cobertura general de planificación familiar en La Victoria es baja y considerando la dispensación de píldoras postcoitales como en La Carlota, casi el 50% de las píldoras se dispensan a mujeres entre 15 y 19 años.

Por otra parte, según la tasa de fecundidad específica por edad, se presentan embarazos en mujeres de 15 a 19 años.

Podemos considerar también como población diana sobre la que actuar, las mujeres adolescentes.

ANEXOS

INDICADORES DEMOGRAFICOS Y SOCIOECONOMICOS

PIRÁMIDES DE POBLACION

- Descripción: Personas distribuidas por sexo y grupos de edad.
- Fuente: SIMA.
- Período de análisis: 2006-2002

LA VICTORIA 2002-2006

Edad	Hombres	Mujeres	Total
< 1	9	10	19
1 a 4	33	30	63
5 a 9	47	42	89
10 a 14	61	55	116
15 a 19	60	48	108
20 a 24	56	53	109
25 a 29	70	64	134
30 a 34	70	62	132
35 a 39	72	71	143
40 a 44	77	61	139
45 a 49	68	61	129
50 a 54	54	45	99
55 a 59	35	42	77
60 a 64	30	36	66
65 a 69	36	52	88
70 a 74	52	55	107
75 a 79	41	42	82
80 a 84	23	36	58
≥ 85	12	29	41
Total	905	895	1.801

ANDALUCIA 2006

Edad	Hombres	Mujeres	Total
< 1	49.229	46.075	95.304
1 a 4	167.327	157.938	325.265
5 a 9	213.825	201.691	415.516
10 a 14	236.307	222.924	459.231
15 a 19	256.296	241.821	498.117
20 a 24	297.767	281.115	578.882
25 a 29	354.901	330.775	685.676
30 a 34	351.259	331.699	682.958
35 a 39	340.163	327.797	667.960
40 a 44	317.786	312.567	630.353
45 a 49	276.948	273.247	550.195
50 a 54	224.322	224.573	448.895
55 a 59	198.237	204.610	402.847
60 a 64	175.418	186.779	362.197
65 a 69	150.740	172.045	322.785
70 a 74	146.169	176.599	322.768
75 a 79	105.731	145.857	251.588
80 a 84	61.723	100.789	162.512
≥ 85	34.417	78.206	112.623
Total	3.958.565	4.017.107	7.975.672

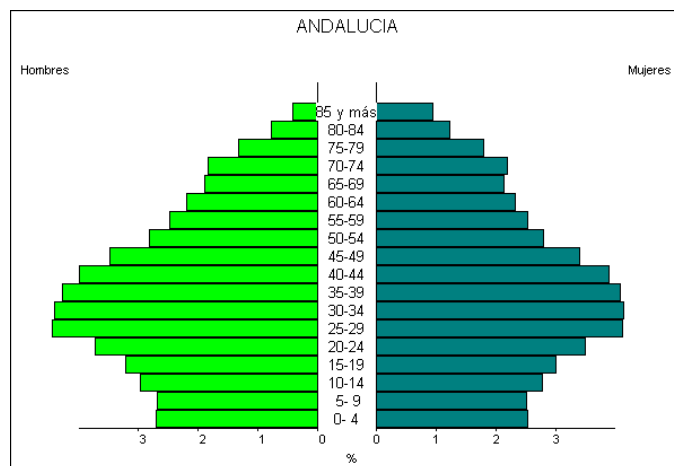
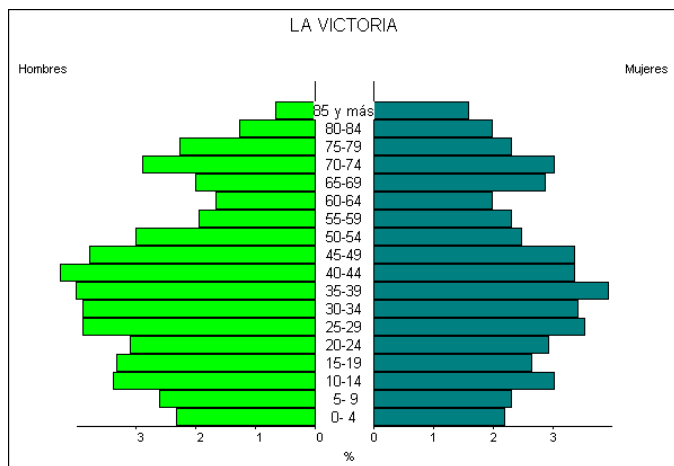


Tabla. Índices demográficos referidos a las Pirámides de Población de La Victoria y Andalucía 2006 (Programa Epidat).

Índices Demográficos	La Victoria	Andalucía
Masculinidad	90	106,85
Friz	72,88	70,85
Sundbarg	32,14	30,16
Burgdöfer	11,39	10,97
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

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 BRUTA DE NATALIDAD

- Descripción: Nacidos vivos durante el año/ Población Total del año x 1000
- Fuente: INE.
- Período de análisis: 2006

POBLACIÓN	LA VICTORIA	ANDALUCÍA
Nacidos vivos 2006	19	95.298
Población	1.801	7.975.672
Tasa Bruta de Natalidad	10,55	11,95

TASA DE FECUNDIDAD

- Descripción: Nacidos vivos en el año /Población en edad fértil 15-49 del año x 1000
- Fuente: SIMA.
- Período de análisis: 2006

POBLACIÓN	LA VICTORIA	ANDALUCÍA
Nacidos vivos 2006	19	95.304
Mujeres 15-49	420	2.099.021
Tasa de fecundidad	45,24	45,40

TASA DE FECUNDIDAD ESPECIFICA POR EDAD

- Descripción: Tasa de Fecundidad Especifica por Edad de la madre.
 - Numerador:** Nacidos vivos de madres por grupos de edad de la madre (menos de 15 años, madres de entre 15 y 19 años, madres de entre 20 y 24 años, madres de entre 25 y 29 años, madres de entre 30 y 34 años, madres de entre 35 y 39 años, madres de entre 40 y 44 años, madres de entre 45 y 49 años, madres de más de 50 años)
 - Denominador:** Mujeres por grupos de edad (menos de 15 años, madres de entre 15 y 19 años, madres de entre 20 y 24 años, madres de entre 25 y 29 años, madres de entre 30 y 34 años, madres de entre 35 y 39 años, madres de entre 40 y 44 años, madres de entre 45 y 49 años, madres de más de 50 años)
- Fuente: SIMA.
- Período de análisis: Quinquenio 2000-2004.

Tasa de Fecundidad Especifica por Edad

Edad	< 15	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	Mas 50
La Victoria	0	3,88	28,81	121,41	66,46	44,85	6,94	0	0
Andalucía	0,18	13,19	32,95	75,65	98,89	44,78	7,58	0,35	0,03

RELACIÓN DE DEPENDENCIA DE ANCIANOS

- Descripción: Población de 65 años o más/ Población entre 15-64 años (activa) x 100
 - Hombres > 65 años / Población hombres más mujeres entre 15-64 años (activa) x 100
 - Mujeres > 65 años / Población hombres más mujeres entre 15-64 años (activa) x 100
- Fuente: SIMA.
- Período de análisis: año 2006.

POBLACIÓN	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
La Victoria	14,44	18,84	33,10
Andalucía	9,08	12,36	21,28

PORCENTAJE DE POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS

- Descripción: Nº personas mayores de 65 años (Hombres o Mujeres) / Nº total de personas (H+M) x 100
- Fuente: SIMA
- Período de análisis: año 2006

POBLACIÓN	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
La Victoria	9,11	11,88	20,84
Andalucía	6,25	8,44	14,70

TASA DE SOBRE-ENVEJECIMIENTO:

- Descripción: Nº personas (Hombres o Mujeres) mayores de 84 años/ Nº usuarios mayores de 65 (H+M) x 100
- Fuente: SIMA.
- Período de análisis: año 2006

POBLACIÓN	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
La Victoria	3,19%	7,71%	10,90%
Andalucía	2,94%	6,67%	9,61%

PORCENTAJE DE POBLACIÓN MENOR DE 15 AÑOS

- Descripción: Nº personas menores de 15 años / Nº total de personas x 100
- Fuente: Padrón
- Período de análisis: año 2006

POBLACIÓN	< 15 años	Total	% < 15 años
La Victoria	287	1.801	15,94%
Andalucía	1.295.316	7.975.672	16,24%

TASA DE INMIGRACIÓN:

- Descripción: Las inmigraciones recogidas son las que tienen como origen cualquier país extranjero y destino cualquier municipio de Andalucía.

Nº población con origen extranjero/ Nº población total x 100

- Fuente: Padrón 2007
- Período de análisis: año 2007

POBLACIÓN	HOMBRES	MUJERES
La Victoria	0,61	1,17
Andalucía	1,04	0,90

TASA DE PARO:

- Descripción: Se calcula sobre el conjunto de la población activa

$$\frac{\text{Nº población activa parada}}{\text{Nº población activa}} \times 100$$
- Fuente: SIMA.
- Período de análisis: Año 2001 (último dato disponible).

POBLACIÓN	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
La Victoria	15,2	45,9	28,7
Andalucía	18,28	31,07	23,21

TASA DE ANALFABETISMO:

- Descripción: Población analfabeta de 16 años o más/ Población total de 16 años o más x 100
- Fuente: SIMA.
- Período de análisis: Año 2001 (último dato disponible), decenal.

POBLACIÓN	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
La Victoria	2	10,7	6,4
Andalucía	2,61	6,05	4,37

INDICE DE RURALIDAD

- Descripción: Clasificación de los municipios según diferentes
- Fuente: Índice de Ruralidad para Areas pequeñas en España (Ricardo Ocaña Riola y Carmen Sánchez-Cantalejo Garrido. EASP)
- Período de análisis: Año 2005.

Variables

Para cada municipio se consideraron las siguientes características:

- ♦ Densidad de población: Número de habitantes por kilómetro cuadrado.
- ♦ Índice de vejez: Número de personas mayores de 65 años por cada 100 habitantes.
- ♦ Índice de infancia: Número de personas entre 0 y 14 años por cada 100 habitantes.
- ♦ Índice de dependencia: Número de personas inactivas por cada 100 personas activas.
- ♦ Índice de jubilación: Número de personas jubiladas o retiradas por cada 100 habitantes.
- ♦ Ocupación agropecuaria: Número de personas ocupadas en la agricultura, ganadería o pesca por cada 100 ocupados.
- ♦ Índice de habitabilidad de las viviendas: Número de viviendas en estado deficiente, malo o ruinoso por cada 100 viviendas.

La Victoria **Indice = -0,87 Baja ruralidad**

*Índice continuo distribuido por terciles para la clasificación (1 Baja ruralidad, 2 Media ruralidad, 3 Alta ruralidad)

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Dorgoependencia

- Descripción: Nº total de casos de drogodependencia atendidos en el Centro Comarcal de Drogodependencia (CCD)
- Fuente: Base de datos del CCD. Resumen del estudio Health Behaviour in School Aged Children (HBSC-2002)
- Período de análisis: Años 2002 – mayo 2008.

Nº de pacientes drogodependientes de La Carlota que han sido asistidos en la consulta de Psiquiatría dependiente del Centro Comarcal de Drogodependencia, desde al año 2002 a mayo de 2008 procedentes de La Victoria = 17 (9,44 /1.000 habitantes)

Estudio de la conducta sobre salud de los jóvenes en edad escolar (“Health Behaviour in School-Aged Children” – estudio HBSC 2002)

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

Tabla 12. Porcentaje de adolescentes en relación con diferentes contenidos referidos al consumo de tabaco

	Sexo	Chicos				Chicas			
	Edad	11 – 12	13 – 14	15 – 16	17 – 18	11 – 12	13 – 14	15 – 16	17 – 18
Ha probado el tabaco	Sí	11,6	35,9	59,2	68,8	7,7	32,5	66,7	79,2
	No	83,7	60,3	39,4	30,7	89,1	65,5	32,6	20,5
	No contesta	4,7	3,8	1,5	,5	3,2	2,0	,7	,3
Frecuencia de consumo actual	Diaria	1,2	4,5	16,8	25,7	,6	3,7	22,7	37,4
	Semanal	1,6	3,5	6,9	7,1	,8	4,3	7,7	6,8
	Menor que semanal	2,6	5,0	7,5	6,1	1,6	5,0	6,3	5,9
	No fuma	92,1	84,8	66,9	60,3	95,3	85,3	62,8	49,5

Tabla 14. Porcentaje de adolescentes en relación con diferentes contenidos referidos al consumo de alcohol

	Sexo	Chicos				Chicas			
	Edad	11 – 12	13 – 14	15 – 16	17 – 18	11 – 12	13 – 14	15 – 16	17 – 18
Ha probado el alcohol	Sí	13,5	35,5	67,6	85,7	6,1	27,3	71,9	87,6
	No	82,7	59,9	29,0	11,7	91,4	69,6	26,2	10,6
	No contesta	3,7	4,6	3,5	2,6	2,6	3,1	1,9	1,8
Frecuencia de consumo actual de alcohol	A diario	1,6	2,0	3,1	3,2	,4	,0	,2	,7
	Semanalmente	,8	4,8	21,4	43,1	,1	2,0	18,3	32,8
	Mensualmente	1,5	4,5	14,1	17,0	,6	2,0	13,6	19,6
	Rara vez	12,2	20,1	26,3	22,2	6,9	16,5	32,3	28,2
	Nunca	81,4	66,3	33,6	14,0	89,9	77,9	35,2	18,5
No contesta	2,5	2,2	1,5	,5	2,2	1,6	,5	,2	
Frecuencia de consumo actual de cerveza	A diario	1,1	1,4	2,0	2,1	,3	,0	,0	,6
	Semanalmente	,4	2,5	11,9	23,2	,1	,4	3,5	9,7
	Mensualmente	1,0	2,0	7,5	10,2	,1	,6	2,9	6,1
	Rara vez	5,7	12,3	22,0	24,5	2,8	5,6	18,5	24,8
	Nunca	88,5	78,5	53,9	38,0	94,2	91,1	73,5	56,9
No contesta	3,4	3,3	2,6	2,0	2,5	2,3	1,6	1,9	
Frecuencia de consumo actual de vino	A diario	,8	1,0	1,2	1,3	,0	,0	,1	,1
	Semanalmente	,8	2,1	7,1	11,5	,1	,5	3,7	9,9
	Mensualmente	1,2	1,6	8,0	10,9	,3	,8	5,0	6,9
	Rara vez	9,0	13,7	22,2	29,4	3,7	7,0	20,9	25,0
	Nunca	84,9	78,0	58,3	44,6	93,0	89,1	68,5	55,8
No contesta	3,3	3,5	3,1	2,3	2,9	2,6	1,8	2,3	
Frecuencia de consumo actual de licores	A diario	,6	1,1	1,0	,4	,1	,0	,2	,1
	Semanalmente	,4	2,8	16,9	36,6	,1	1,6	16,2	26,0
	Mensualmente	,5	3,8	13,7	18,2	,5	1,5	12,6	18,9
	Rara vez	4,0	12,3	23,0	23,8	2,2	12,1	28,3	29,1
	Nunca	90,6	77,0	43,6	20,0	94,1	82,8	42,1	25,4
No contesta	3,9	3,0	1,9	,9	2,9	1,9	,7	,6	
Edad de inicio	Promedio	9,68	11,33	13,05	14,17	9,91	11,90	13,48	14,34
Número de veces que se ha	Más de 10 veces	,6	1,7	7,2	20,2	,1	,5	4,5	9,1

Tabla 17. Consumo de cocaína en función del sexo y la edad de los participantes

	Sexo	Chicos		Chicas	
	Edad	15 – 16	17 – 18	15 – 16	17 – 18
Número de veces que ha consumido cocaína en su vida	Nunca	92,4	83,7	93,9	90,1
	Una-dos veces	2,5	5,5	2,2	4,0
	Tres-cinco veces	,8	1,9	,4	1,2
	Seis-nueve veces	,5	1,7	,4	1,2
	Diez-diecinueve veces	,2	2,1	,3	1,0
	Veinte a treinta y nueve veces	,3	1,4	,1	,2
	Cuarenta veces o más	,8	1,8	,3	,4
	No contesta	2,5	1,9	2,5	2,0

Tabla 18. Datos españoles del HBSC en 1990 y en 2002: *Porcentaje de adolescentes que dice no haber consumido nunca cocaína*

	Sexo	Chicos		Chicas	
	Edad	15 - 16	17 - 18	15 - 16	17 - 18
Nunca ha consumido cocaína en su vida	España 1990	98,6	93,2	99,7	94,9
	España 2002 ^(*)	94,7	85,3	96,3	91,9

Alimentación y Dieta

Tabla 2. *Porcentaje de adolescentes que realiza un desayuno completo en días entre semana según la edad y el sexo*

Sexo	Edad	Chicos				Chicas			
		11 - 12	13 - 14	15 - 16	17 - 18	11 - 12	13 - 14	15 - 16	17 - 18
	Ningún día	5,4	11,4	15,1	19,6	7,1	14,1	25,3	27,0
	Un día	4,0	3,6	3,0	3,3	4,2	4,2	5,7	5,2
	Dos días	2,2	3,3	4,1	3,8	3,1	4,3	4,4	5,1
	Tres días	2,5	3,2	2,9	3,2	3,9	4,5	4,9	4,3
	Cuatro días	1,7	3,5	2,3	3,6	2,8	3,2	2,8	3,0
	Cinco días	82,2	73,3	71,5	65,9	77,9	68,8	56,5	55,1
	No contesta	2,0	1,7	1,1	,7	1,0	,9	,4	,2

Tabla 3. *Porcentaje de adolescentes que realiza un desayuno completo en días de fin de semana según la edad y el sexo*

Sexo	Edad	Chicos				Chicas			
		11 - 12	13 - 14	15 - 16	17 - 18	11 - 12	13 - 14	15 - 16	17 - 18
	Ningún día	3,5	4,9	7,2	12,7	3,3	4,5	9,5	11,4
	Un día	6,9	10,7	10,4	17,4	6,2	8,9	15,1	18,8
	Dos días	86,5	82,4	81,2	69,1	89,3	85,3	74,9	69,5
	No contesta	3,1	2,1	1,2	,8	1,3	1,2	,5	,3

Tabla 4. *Porcentaje de adolescentes que cena en los días entre semana según la edad y el sexo*

Sexo	Edad	Chicos				Chicas			
		11 - 12	13 - 14	15 - 16	17 - 18	11 - 12	13 - 14	15 - 16	17 - 18
	Ningún día	2,3	1,8	1,0	,9	1,6	2,4	3,7	3,9
	Un día	3,0	1,9	1,0	,4	2,2	1,7	1,3	1,4
	Dos días	2,0	2,5	1,2	1,1	1,9	2,4	2,6	3,5
	Tres días	2,7	4,4	3,9	3,5	3,9	6,5	10,2	10,5
	Cuatro días	3,9	5,4	7,5	6,6	4,9	8,1	12,0	11,9
	Cinco días	83,8	82,0	84,3	87,0	84,1	77,8	69,5	68,6
	No contesta	2,3	2,0	1,2	,6	1,5	1,1	,6	,3

0.1. Tabla 5. *Porcentaje de adolescentes que cena en los días del fin de semana según la edad y el sexo*

Sexo Edad	Chicos				Chicas			
	11 - 12	13 - 14	15 - 16	17 - 18	11 - 12	13 - 14	15 - 16	17 - 18
Ningún día	2,5	2,5	1,6	2,2	2,4	2,8	5,7	6,9
Un día	8,2	10,6	10,4	14,5	7,5	13,7	22,8	28,3
Dos días	85,7	84,5	86,5	82,6	88,2	82,3	70,9	64,4
No contesta	3,7	2,4	1,5	,7	1,9	1,2	,6	,4

Actividad física y sedentarismo

Tabla 8. *Media de días de la última semana en que se sintieron físicamente activos durante un mínimo de 60 minutos, en función del sexo y la edad de los adolescentes*

	11 - 12 años	13 - 14 años	15 - 16 años	17 - 18 años
Chicos	4,04	4,13	3,97	3,87
Chicas	3,46	3,55	3,27	3,18

Tabla 10. *Promedio de horas diarias dedicadas a diversas actividades sedentarias, en función del sexo y la edad de los adolescentes*

	Chicos				Chicas			
	11 - 12	13 - 14	15 - 16	17 - 18	11 - 12	13 - 14	15 - 16	17 - 18
Televisión	2,49	2,77	2,83	2,67	2,23	2,70	2,87	2,62
Deberes	1,74	1,74	1,59	1,67	1,93	2,25	2,29	2,58
Ordenador	1,08	1,38	1,48	1,41	,68	,88	,85	,87

Tabla 11. Datos españoles e internacionales del HBSC-2002: *Porcentaje medio de chicos y chicas que dice ver la televisión durante cuatro horas o más al día los días entre semana*

	Media HBSC-Internacional 2002 ^(*)				España 2002			
	11	13	15	17	11 - 12	13 - 14	15 - 16	17-18
Chicos	26,5	30,5	28	—	19,8	24	24,9	21,7
Chicas	22,1	27,2	23,4	—	15,8	23,7	26,3	31,4

Relaciones sexuales

Tabla 40. *Edad de inicio y método contraceptivo empleado en la última relación sexual completa(*)*

		Chicos		Chicas	
		15-16 N=269 %	17-18 N=567 %	15-16 N=255 %	17-18 N=620 %
Edad promedio de inicio en las relaciones sexuales coitales		14,33	15,83	14,61	15,89
Usó preservativo en su última relación sexual	Sí	78,8	84,1	82,0	84,2
	No	16,4	14,3	12,5	15,3
	No contesta	4,8	1,6	5,5	,5
Usó píldoras anticonceptivas en su última relación sexual	Sí	5,2	9,2	11,4	14,8
	No	62,1	64,6	64,7	61,3
	No contesta	32,7	26,3	23,9	23,9
Usó marcha atrás en su última relación sexual	Sí	10,4	11,6	14,5	15,2
	No	57,2	62,1	60,0	59,4
	No contesta	32,3	26,3	25,5	25,5
Usó "otros métodos" en su última relación sexual	Sí	5,9	2,1	3,9	2,4
	No	60,6	69,5	67,8	68,7
	No contesta	33,5	28,4	28,2	28,9
No está seguro del método contraceptivo que empleó en su última relación sexual	No está seguro	2,6	,5	,0	,0
	Está seguro	59,1	78,3	68,6	81,6
	No contesta	38,3	21,2	31,4	18,4
No usó método contraceptivo en su última relación sexual	No usó	10,0	5,5	4,3	3,9
	Usó alguno	87,7	94,2	92,9	95,8
	No contesta	2,2	,4	2,7	,3

Tabla 41. Datos españoles e internacionales del HBSC-2002: *Edad promedio a la que los adolescentes de 15 años dicen que tuvieron su primera relación sexual coital*

	Chicos	Chicas
España-2002	14,2	14,5
Promedio internacional del HBSC-2002	14,0	14,3

Tabla 42. *Número de personas con quien ha tenido relaciones sexuales coitales y número de veces que ha estado o dejado a alguien embarazada*

		Chicos		Chicas	
		15-16	17-18	15-16	17-18
Número de personas con quien ha tenido relaciones sexuales coitales	1 persona	53,2	53,8	79,2	65,5
	2 personas	20,4	19,6	9,0	21,9
	3 personas	10,8	10,8	3,9	6,3
	4 personas	3,7	4,2	2,4	2,7
	5 personas	1,5	3,7	,4	1,3
	6 personas o más	6,3	6,9	1,2	1,3
	No contesta	4,1	1,1	3,9	1,0
Cuántas veces has estado o has dejado a alguien embarazada	Ninguna	88,1	90,3	95,3	94,4
	Una vez	3,3	2,3	1,6	3,5
	Dos veces o más	1,9	,0	,4	,5
	No estoy seguro/a	1,5	1,2	,4	1,5
	No contesta	5,2	6,2	2,4	,2

INDICADORES DE RESULTADOS EN SALUD

TASA DE INCIDENCIA ANUAL DE TUBERCULOSIS Y SIDA:

- Descripción: Nº total de casos nuevos de diagnosticados durante trienio 2003 – 2008 / población total al inicio del periodo x 100.000
- Fuente: SVEA/BDU
- Período de análisis: La Victoria años 2003 a octubre de 2008 y Andalucía 2006

POBLACION	Casos TBC		Casos SIDA
	2007	2008	2003-2008
La Victoria	1	2	0
Andalucía	1.249		251

POBLACION	TASA / 100.000	TASA / 100.000
	TBC	SIDA
La Victoria	83,29	0
Andalucía	16,82	3,15

SEGUIMIENTO DE LA SALUD INFANTIL

PORCENTAJE DE COBERTURA DE VACUNACIÓN COMPLETA:

- Descripción: Nº total de niños/as nacidos en el periodo anual dos años antes del que hay que evaluar que han recibido vacunación completa (DTPa+4VPI+4Hib+3HB+3Mc+1Tv en el año / Número total de niños /as nacidos en el periodo anual dos años antes del que hay que evaluar * 100
- Fuente: SIGAP / DIÁBACO
- Período de análisis: La Victoria año 2007. Andalucía año 2006.

POBLACION

La Victoria	100%
Andalucía	97,16%

SEGUIMIENTO DE NIÑOS/AS MENORES DE 1 AÑO:

- Descripción: Nº total de niños/as que cumplen 12 meses en el año evaluado a los que se le han realizado, al menos, 3 controles desde el nacimiento en el periodo estudiado / Nº total de niños/as nacidos que cumplen 12 meses en el periodo estudiado x 100
- Fuente: SIGAP / DIÁBACO
- Período de análisis: Año 2006

POBLACION Seguimiento niños < 1 año

La Carlota	92,93%
Andalucía	65,20%

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

COBERTURA GENERAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:

- Descripción: Nº total de mujeres atendidas en planificación familiar en el año / Nº total de mujeres de 15 - 49 años x 100
- Fuente: SIGAP / DIÁBACO / BDU
- Período de análisis: San Sebastián de los Ballesteros año 2008 y Andalucía año 2007.

POBLACION

La Victoria	2,26%
Andalucía	4,03%

TASA DE SOLICITUDES DE IVE (Interrupción Voluntaria de Embarazo):

- Descripción:
 - Nº total de solicitudes de información y estudio para posible interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en mujeres entre 15 - 19 años en el año / Nº total de solicitudes de IVE * 100
 - Nº total de solicitudes de estudio de información y estudio para posible interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en el año / Nº total de mujeres entre 15 - 49 años * 1000
- Fuente: Registro de Distrito
- Período de análisis: Año 2007 y 2008 (hasta octubre)

POBLACION

	Total IVEs Mujeres 15-49	IVEs Mujeres 15-19
La Victoria	0	0

En Andalucía, en el año 2006, la tasa de IVE /1.000 mujeres fue de 6,74

PÍLDORA POSTCOITAL (incluida como criterio mínimo de oferta del servicio de planificación familiar, aunque no como indicador):

- Descripción:
 - Nº total de píldoras dispensadas en mujeres entre 15-19 años / Nº total de píldoras dispensadas * 100
 - Nº total de píldoras dispensadas / Nº total de mujeres entre 15 - 49 años * 1.000
- Fuente: SIGAP / DIÁBACO
- Período de análisis: Año 2006

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.

POBLACION	Píldoras dispensadas a mujeres de 15-19	Total dispensadas	% Píldoras en mujeres de 15-19 años	Píldora postcoital /1.000 15 – 49 años
La Carlota	33	83	39,76%	32,65
Andalucía			33,30%	31,83

PROGRAMA (SUBPROCESO) DETECCIÓN PRECOZ CANCER DE MAMA

- Descripción: Proporción de mujeres con las que se ha contactado respecto a la población elegible. Se considera población diana la actualizada al final del periodo de evaluación. Se excluyen, tanto de la población diana como de la elegible, en cualquier momento, las censadas ya no residentes, los fallos de identificación de edad o sexo, las duplicidades de datos y los fallecimientos. Dato acumulado desde el inicio del Programa, año 2000 hasta el año 2007 (última vuelta en año 2006) Cálculo: Nº de mujeres captadas / Población elegible x 100

Numerador:

Nº de mujeres captadas:

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

Denominador:

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

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

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

- Fuente: PDPCM

- Período de análisis: La Victoria 2008 (el programa está en desarrollo) y Andalucía 2006

	La Victoria	Andalucía
% CAPTACIÓN	65%	79,91%
% PARTICIPACIÓN	70%	76,66%
TASA DETECCIÓN	0	5,31/1.000

ATENCIÓN A PERSONAS INMOVILIZADAS

- Descripción: Nº total de personas inmovilizadas en seguimiento domiciliario protocolizado / Población estimada de población inmovilizada x 100
Total de personas inmovilizadas. A efectos de la evaluación del servicio, se estima por el 15% de la población de 65 y más años. (Se trata de un valor estimativo, entendiendo que el servicio debe prestarse independientemente de la edad).
- Fuente: SIGAP / DIÁBACO
- Período de análisis: Año 2006

POBLACION	2006	2007
La Victoria	81,15%	82%
Andalucía	12,76%	

ATENCIÓN DE PERSONAS CON PROCESOS CRÓNICOS

ATENCIÓN DE PERSONAS CON DIABETES (PROCESO DIABETES)

- Descripción:
 - Nº de personas diabéticas valoradas / Nº de personas diabéticas adscritas al centro / consultorio estimadas x 100
 - Nº de pacientes diabéticos incluidos en el proceso con una determinación de HbA1c en el último año / Nº de pacientes diabéticos incluidos en el proceso x 100
 - Nº de pacientes diabéticos incluidos en el proceso con HbA1c < 8% / Nº de pacientes diabéticos incluidos en el proceso x 100
 - Nº de pacientes diabéticos incluidos en el proceso con exploración de pies en el último año / Nº de pacientes diabéticos incluidos en el proceso x 100
 - Nº de pacientes diabéticos incluidos en el proceso con fondo de ojo en el último año / Nº de pacientes diabéticos incluidos en el proceso x 100
- **Total de personas con Diabetes.** Población estimada 6% de la población general.
- Fuente: DIÁBACO /AUDITORIA DE HISTORIAS CLÍNICAS
- Período de análisis: ZBS La Carlota: años 2006 – 2007. Andalucía: año 2006.

Por no disponer de datos individualizados por municipio, se presentan los datos de la Zona Básica de Salud de La Carlota en conjunto y asumimos que representan la media de cada centro.

POBLACION	Cobertura		% HbA 1c		% Hb 1c < 8%		Exploración Pies		Fondo Ojo	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Carlota	42,99%	75,07%	33,33	58,75	19,39	68,09	1,18	31,71	11,22	14,81
Andalucía	75,37%		22,40		18,34		13,45		8,79	

		Indices de cumplimiento
In1	Cálculo de índice de riesgo cardiovascular (RCVC)	6,10%
In2	Índice sintético del Proceso Diabetes (% de hemoglobina glicosilada al año + % de hemoglobina glicosilada menor de 8 de exploración de pies + % de estudio de fondo de ojos/4) > al 50% (a partir del índice de cobertura mínimo establecido)	43,34%
In 2.1	Paciente con una determinación de HbA1c en el último año	58,75%
In2.2	Paciente con HbA1c < 8% en el último año	68,09%
In2.3	Paciente con exploración de pies en el último año	31,71%
In2.4	Paciente con estudio de fondo de ojos en el último año	14,81%
In3	Índice sintético de la intervención educativa en diabetes (% de Consejo sobre dieta equilibrada: Educación en alimentación al año + % de educación en administración de tratamiento al año + % de Intervención en actividad física/3)	19,07%
In3.1	Paciente con consejo sobre dieta equilibrada: educación en alimentación en el último año	24,39%
In3.2	Paciente adiestrado en la administración de tratamiento en el último año	8,54%
In3.3	Paciente con consejo sobre actividad física en el último año	24,29%
In4	Paciente con control de glucemia, peso y T.A en cada visita el último año	56,80%
In4.1	Paciente con control de glucemia en cada visita el último año	69,74%
In4.2	Paciente con control de peso en cada visita el último año	25,00%
In4.3	Paciente con control de T.A en cada visita el último año	75,68%
In5	Paciente con perfil lipídido realizado en el último año	67,95%
In6	Paciente obeso en tratamiento con metformina	57,14%
In7	Paciente con enfermedad cardiovascular conocida en tratamiento con AAS a dosis de 100-300mg	49,18%
In8	Paciente en tratamiento con sulfonilurés de elección (glibencamida, glipizida, glicazida)	72,00%
In9	Paciente con terapia escalonada en los últimos 3 meses (HbAc1 >8%)	50,00%

ATENCIÓN DE PERSONAS CON EPOC (Incluidas en Proceso)

- Descripción:
 - Nº de personas con EPOC valoradas / Nº de personas con EPOC adscritas al centro x 100
 - Total de personas con EPOC.** A efectos de evaluación se estima en el 9% de la población de 40 y más años.
 - Nº de pacientes con EPOC con espirometría anual realizada / Nº de pacientes con EPOC x 100
- Fuente: SIGAP / DIÁBACO /AUDITORIA DE HISTORIAS CLÍNICAS
- Período de análisis: Año 2006

POBLACION	Cobertura		% Espirometría	
	2006	2007	2006	2007
Carlota	10,90	18,11%	24,29	63,16
Andalucía	17,64%			

Auditoría de la historia de salud de los personas con EPOC

Resultados (índices de cumplimiento)

		Índices de cumplimiento
In1	Porcentaje de pacientes con espirometría anual realizada	63,16%
In2	Pruebas complementarias básicas realizadas	53,75%
In2.1	Hemograma anual	84,21%
In2.2	Rx de tórax	63,16%
In2.3	ECG	13,89%
In3	Registro de clasificación de la gravedad en función del FEV1	34,21%
In4	Intervención mínima antitabaco. Pac. Con habito fumador recogido.	21,05%
In5	Administración anual de la vacuna antigripal	73,68%
In6	Porcentaje de pacientes a los que se ha realizado Educación para la Salud: Manejo de Inhaladores	2,63%
In7	Porcentaje de Pacientes con Plan de Cuidados en las 48 h. siguientes al alta hospitalaria por reagudización EPOC.	0,00%

ATENCIÓN DE PERSONAS CON ASMA. COBERTURA CONTROLADA SOBRE LA PREVALENCIA TEÓRICA:

- Descripción: Nº de personas con asma (infantil o Adultos) valoradas / Nº de personas con asma (infantil o Adultos) adscritas al centro / consultorio estimadas x 100.
A efectos de evaluación, se estimará el Asma Infantil en un 10% de la población menor de 15 años y Asma Adultos en un 5% de la población de 15 y más años.
- Fuente: SIGAP / DIÁBACO
- Período de análisis: Año 2007

POBLACION	Asma Infantil	Asma en Adultos
Personas controladas	195	144
Población teórica	233	414
Cobertura controlada	83,80%	34,76%

Auditoría de la historia de salud de niños con Asma Infantil

Resultados (índices de cumplimiento)

		Índices de cumplimiento
In1	Porcentaje de niños con asma activo	77,08%
In2	% de niños con asma moderada o grave que tienen un plan de acción escrito individualizado	25,00%
In3	Porcentaje de niños mayores de 6 años con espirometría anual realizada	24,14%
In4	Porcentaje de niños con asma con visita programada individualizada realizada por el pediatra	53,28%
In4.1	Historia clínica protocolizada (si es primera visita) o Evolución clínica (en visitas sucesivas)	75,00%
In4.2	Exploración clínica	68,18%
In4.3	Clasificación de la gravedad del asma.	16,67%
In5	% Niños Educación para la salud: tratamiento y manejo de inhaladores	19,51%
In6	Vacunación antigripal el último año	30,23%
In7	% de niños con Diagn. y Plan de cuidados antes de 3 meses desde 1ª consulta por síntomas sugerentes asma	0,00%

ATENCIÓN DE PERSONAS CON HIPERTENSION. COBERTURA CONTROLADA SOBRE LA PREVALENCIA TEÓRICA:

- Descripción: Nº de personas Hipertensas valoradas / Nº de personas con Hipertensión adscritas al centro / consultorio estimadas x 100.
A efectos de evaluación, se estimará la Hipertensión en un 15% de la población.
- Fuente: SIGAP
- Período de análisis: Año 2007

POBLACION	Hipertensión
Personas controladas	1.809
Población teórica	2.304
Cobertura controlada	78,51%

ATENCIÓN DE PERSONAS EN RIESGO SOCIAL

NÚMERO TOTAL DE MUJERES ATENDIDAS EN EL AÑO POR SOSPECHA DE MALOS TRATOS Y/O AGRESIÓN SEXUAL:

- Descripción: Nº total de parte de lesiones emitidos por malos tratos y/o agresiones sexuales a mujeres (referido a mujeres de 15 y más años)
- Fuente: Registro de Distrito
- Unidad de análisis: Los datos se han desagregado a nivel municipal.
- Período de análisis: Año 2006 - 2007

Agresiones a mujeres en La Victoria años 2006 y 2007 = 0

POBLACION	Tasa / 1.000 Mujeres
La Victoria	0
Andalucía	1,77

NÚMERO TOTAL DE NIÑOS ATENDIDOS EN EL AÑO CON SOSPECHA DE MALOS TRATOS Y/O AGRESIÓN SEXUAL:

- Descripción: Nº total de parte de lesiones emitidos por malos tratos y/o agresiones sexuales a niños de 0 a 14 años.
- Fuente: Registro de Distrito
- Unidad de análisis: Los datos se han desagregado a nivel municipal.

- Período de análisis: Año 2006

Agresiones a niños en La Victoria años 2006 y 2007 = 0

POBLACION	Tasa / 1.000 Niños
La Victoria	0
Andalucía	0,70

PORCENTAJE DE COBERTURA DE VACUNADOS DE LA GRIPE EN PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS:

- Descripción: Nº total de usuarios de 65 y más años vacunados contra la gripe (1 dosis), entre los meses de Octubre y Diciembre / Número de usuarios de 65 y más años * 100
- Fuente: Registro de Distrito
- Período de análisis: La Victoria años 2006 – 2007 Andalucía año 2006

POBLACION	2006	2007
La Victoria	81,15%	100%
Andalucía (2006)	56,83%	

ESPERANZA DE VIDA AL NACER:

- Descripción: Número medio de años que se espera que viva un recién nacido si estuviera expuesto a las tasas de mortalidad específica por edad y sexo de la población al momento de su nacimiento.
- Fuente: Sistema PASCUA de Estadísticas Sanitarias
- Período de análisis: Año 2005 (último dato disponible).

POBLACIÓN	HOMBRE	MUJER	TOTAL
La Victoria	79,51	83,89	81,72
Andalucía	75,51	82,21	78,84

ESPERANZA DE VIDA A LOS 65 AÑOS:

- Descripción: Número medio de años que se espera que viva una persona de 65 años estando expuesta a las tasas de mortalidad específica por edad y sexo de la población.
- Fuente: Sistema PASCUA de Estadísticas Sanitarias
- Período de análisis: Año 2005 (último dato disponible).

POBLACIÓN	HOMBRE	MUJER	TOTAL
La Victoria	20,27	22,34	21,49
Andalucía	16,13	19,95	18,16

TASA ESTANDARIZADA DE MORTALIDAD GENERAL:

- Descripción: Nº de defunciones en un quinquenio / población total en ese quinquenio * 1000
- Fuente: Registro de Mortalidad de Andalucía
- Período de análisis: Quinquenio 2001-2005. La estandarización de las tasas se ha realizado por el método indirecto, utilizando como tasas estándar las tasas de mortalidad por sexo de Andalucía en el mismo periodo. Se expresa como Índice de Mortalidad Estandarizada (IME), y supone el exceso (si es mayor que 1) o defecto (si es menor que 1) de mortalidad de los municipios estudiados, con respecto a la población de referencia, en este caso la andaluza.

POBLACIÓN	HOMBRES			MUJERES		
	IME	IC (95%)		IME	IC (95%)	
La Victoria	0,5976	0,3905	0,8046	0,8385	0,5907	1,0862

TASA ESTANDARIZADA DE MORTALIDAD POR GRANDES GRUPOS DE CAUSAS:

- Descripción: Nº de defunciones en un quinquenio por grandes grupos de causas / Población total en ese quinquenio * 1000
- Fuente: Registro de Mortalidad de Andalucía
- Período de análisis: Quinquenio 2001-2005. La estandarización de las tasas se ha realizado por el método indirecto, utilizando como tasas estándar las tasas de mortalidad por sexo de Andalucía para las mismas causas en el mismo periodo. Se expresa como Índice de Mortalidad Estandarizada (IME), y supone el exceso (si es mayor que 1) o defecto (si es menor que 1) de mortalidad de los municipios estudiados, con respecto a la población de referencia, en este caso la andaluza.

TASA ESTANDARIZADA DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE PULMÓN EN HOMBRES

POBLACIÓN	RME	IC (95%)	
		LI_RME	LS_RME
La Victoria	0,920	0,248	2,355
Andalucía	1,000	0,984	1,017

TASA ESTANDARIZADA DE MORTALIDAD POR CANCER DE MAMA EN MUJERES

POBLACIÓN	RME	IC (95%)	
		LI_RME	LS_RME
La Victoria	NO HAY CASOS EN EL PERÍODO		
Andalucía	1,000	0,971	1,029

TASA ESTANDARIZADA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES ISQUEMICAS POR SEXO

POBLACIÓN	HOMBRES			MUJERES		
	RME	IC (95%)		RME	IC (95%)	
		LI_RME	LS_RME		LI_RME	LS_RME
La Victoria	0,147	0,002	0,820	0,511	0,103	1,494
Andalucía	1,000	0,986	1,014	1,000	0,985	1,015

TASA ESTANDARIZADA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES POR SEXO

POBLACIÓN	HOMBRES			MUJERES		
	RME	IC (95%)		RME	IC (95%)	
		LI_RME	LS_RME		LI_RME	LS_RME
La Victoria	0,380	0,043	1,372	0,997	0,429	1,965
Andalucía	1,000	0,984	1,016	1,000	0,987	1,013

AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS (APVP):

- Descripción: Número de defunciones registradas antes de alcanzar los 65 años
- Fuente: Registro de Mortalidad de Andalucía
- Período de análisis: Año 2005

POBLACIÓN	HOMBRES			MUJERES		
	APVP_ES	IC (95%)		APVP_ES	IC (95%)	
		LI_APVP	LS_APVP		LI_APVP	LS_APVP
La Victoria	42,19	9,54	74,84	33,59	-8,52	75,70
Andalucía	57,64	56,97	58,31	26,22	25,70	26,74

TASA ESTANDARIZADA DE AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR CÁNCER DE PULMÓN EN HOMBRES

POBLACION	APVP_ES	IC (95%)	
		LI_APVP	LS_APVP
La Victoria	13,74	-2,26	29,74
Andalucía	4,34	4,14	4,54

TASA ESTANDARIZADA DE AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR CÁNCER DE MAMA EN MUJERES

POBLACION	APVP_ES	IC (95%)	
		LI_APVP	LS_APVP
La Victoria	NO HAY CASOS EN EL PERÍODO		
Andalucía	2,21	2,01	2,41

TASA ESTANDARIZADA DE AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR ENFERMEDADES ISQUEMICAS POR SEXO

POBLACION	HOMBRES			MUJERES		
	APVP_ES	IC (95%)		APVP_ES	IC (95%)	
		LI_APVP	LS_APVP		LI_APVP	LS_APVP
La Victoria	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Andalucía	4,69	4,55	4,83	0,94	0,88	1,00

TASA ESTANDARIZADA DE AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES POR SEXO

POBLACION	HOMBRES			MUJERES		
	APVP_ES	IC (95%)		APVP_ES	IC (95%)	
		LI_APVP	LS_APVP		LI_APVP	LS_APVP
La Victoria	0,00	0,00	0,00	2,29	-2,19	6,77
Andalucía	1,86	1,77	1,95	0,97	0,90	1,04

