



PLAN LOCAL DE SALUD Los Blázquez

PLAN LOCAL DE SALUD Los Blázquez

2019 - 2023
2019 - 2023



	Pág
INDICE	3
PRESENTACIÓN	4
1. INTRODUCCIÓN	5
2. METODOLOGÍA RELAS	8
3. PERFIL DE SALUD LOCAL	13
4. PRIORIZACIÓN	15
5. PLAN DE ACCIÓN	24
6. IMPLANTACIÓN y EVALUACIÓN	27
7. ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN	27

Me complace, como alcalde del Excmo. Ayuntamiento de Los Blázquez presentar esta publicación que recoge el Plan Local de Salud, destinado a impulsar acciones que fomenten hábitos beneficiosos para la salud de los blazqueños y blazqueñas.

Los Blázquez se suma a la red de municipios de Andalucía donde se ha puesto en marcha esta interesante iniciativa que viene a reportar una mayor calidad de vida a los ciudadanos a través de acciones destinadas a promover hábitos saludables, participación ciudadana y formación en valores.

En marzo de 2012, se firmó un acuerdo de colaboración con la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en materia de Salud Pública, en el que se acordó establecer un canal de comunicación, colaboración y apoyo a la acción intersectorial que culminaría con la elaboración de un documento de análisis de la situación local en materia de salud al objeto de identificar los principales problemas y situaciones de riesgo de nuestra población.

La salud pública es una prioridad para el Equipo de Gobierno que presido, por ello es necesario articular herramientas eficientes que permitan prevenir, proteger y promover la salud de las personas, así como articular medidas que supongan la adopción por parte de la población de estilos de vida saludables, y hacerlo además desde la participación ciudadana que en este proyecto se materializa a través de su grupo motor.

Confío que este Plan sea de utilidad para el conjunto de la ciudadanía y que, por tanto, ayude a mejorar y optimizar los servicios que ofrece este municipio, para conseguir “UN PUEBLO MÁS SALUDABLE”

Fco. Ángel Martín Molina
Alcalde de Los Blázquez



1.INTRODUCCIÓN

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

El municipio de Los Blázquez está situado en la parte noroccidental de la sierra cordobesa. Al noroeste, el río Zújar señala la frontera con la Comunidad Extremeña, y en concreto con la provincia de Badajoz, al suroeste limita con el término de Fuente Obejuna, al sureste con La Granjuela y al este con Valsequillo. Pertenece a la Mancomunidad de Municipios del Valle del Guadiato. La extensión del término municipal es de 101.6 km² los cuales están dedicados al sector agrícola y ganadero.



2.METODOLOGÍA RELAS

Partimos de la base que el municipio es el territorio más cercano a la ciudadanía y que el Ayuntamiento es el representante más directo de ésta.

La Corporación Local se siente responsable de la salud de su ciudadanía, prioriza la salud en la Agenda Política de su equipo de gobierno teniendo en cuenta las desigualdades y las necesidades de cada zona.

La Estrategia de Acción Local en Salud aparece como la mejor apuesta para conseguir este objetivo.

Se basa en tres pilares fundamentales: Liderazgo del Ayuntamiento, Intersectorialidad y Participación Ciudadana, creando una RED.

Cuenta con la implicación y el protagonismo de la ciudadanía y la colaboración de agentes sociales e instituciones en el proceso de elaboración del Plan Local de Salud.

El Ayuntamiento implica a las áreas municipales para llevar la Salud en Todas las Políticas.

El Plan Local de Salud cumple con las bases y los objetivos de la Estrategia.

Las etapas claves en el proceso de elaboración de un Plan Local de Salud son:



FASE INICIAL

Se abordan los fundamentos de la Acción Local en Salud. Se presenta la metodología RELAS, la información más relevante en torno al Acuerdo de colaboración y el compromiso político.

Se llevan a cabo la información y sensibilización sobre los fundamentos de la Acción Local en Salud, la explicación sobre la metodología de los Planes Locales de Salud, así como el Acuerdo y el compromiso.

1. Firma del Acuerdo de colaboración

La Firma entre el Ayuntamiento de Los Blázquez y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía tuvo lugar en marzo 2012 en el Salón de Actos del Excmo. Ayuntamiento de Los Blázquez. Materializa el compromiso político de las dos instituciones. Asisten miembros de la Corporación Local, técnicos, representantes de asociaciones y sectores más representativos y profesionales de la salud pertenecientes al SSPA.

2. Elaboración del informe de salud local

Es un documento elaborado por el Servicio de Epidemiología del Área de Gestión Sanitaria del Norte de Córdoba. Identifica y presenta los problemas y riesgos más relevantes para la salud del municipio. Sirve de apoyo para la elaboración del Perfil y facilita la priorización de los problemas.

3. Constitución del grupo Motor

Una vez materializado el compromiso político, la Alcaldía designa el área y persona de referencia política y a otra persona como referente técnico, para posteriormente constituir un Grupo Motor intersectorial e interdisciplinar que coordina y dirige el Plan Local de Salud.

Es importante y necesario realizar actividades informativas y formativas para todas las personas que pueden pertenecer a la Red por lo que se realiza un taller que facilita el impulso, desarrollo del Plan Local de Salud, la creación del GRUPO MOTOR y la identificación de la RED.

El grupo motor de Los Blázquez está compuesto por:

- Concejal de Cultura y deporte.
- Técnico de Deportes.
- Técnico de Turismo.
- Representantes de asociaciones:
 - AMPA Juan Victoriano Barquero
 - AMPA Fuente Obejuna
 - Asociación juvenil “Castillo de Maldegollado”
 - Asociación de mujeres “Prado de las Esparragosa”
 - AECC delegación local
 - C.P.A.M. Hermanos Blázquez
 - Asociación músico-cultural de Cornetas y Tambores Los Blázquez.
 - Técnico de Promoción de Salud del Área Sanitaria Norte de Córdoba.
 - Personas implicadas en el municipio sin pertenencia a ninguna institución.

Colaboran profesionales de todos los sectores tanto para la realización de actividades como para el proceso de elaboración del Plan local de Salud (profesionales de salud del Área Sanitaria Norte de Córdoba, profesionales de educación, etc.) y que sin ellos no se podría realizar actividades. Son agentes clave imprescindible en esta tarea de todos.



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

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

En el municipio de Los Blázquez, al ser un municipio pequeño, grupo motor y grupos de trabajo se fusionan, estando formados por las mismas personas, aunque según la línea de acción sobre la que se trabaja se incorporan persona/s relevantes en esa línea de trabajo

Organización del Plan Local de Salud

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

3. PERFIL DE SALUD LOCAL

El Perfil de Salud Local es un informe sobre la salud del municipio basado en los determinantes de la salud. Identifica los problemas, necesidades y recursos locales. Ayuda a conocer la realidad local y a tomar decisiones relativas a la salud.

Los datos más relevantes provienen de:

1. **informe de salud local** Datos y comparación de tasas e indicadores realizados fundamentalmente en Andalucía y también con las del Área Sanitaria Norte de Córdoba al ser unidades gestoras y administrativas correspondientes
2. **necesidades expresadas por la ciudadanía:** Realización de encuentros con presentación del informe de salud cuantitativo, cuestionario para que identificaran los

principales problemas que ellos consideraban presentes en el municipio. Se han encuestado también a informadores clave del municipio

3. Identificación de los recursos locales

Es el Grupo Motor quien lo elabora, con la participación de los diferentes actores implicados en el proceso de elaboración. Será participativo, intersectorial e interdisciplinar.

9

3.1. Informe de salud: Problemas de salud más destacados

Los principales problemas que hemos detectado y plasmado en el informe de salud son los siguientes:

Socio-demografía.

Los Blázquez presenta un valor por debajo del andaluz en la Tasa de Natalidad y algo por encima en la de Fecundidad.

Hábitos y estilos de vida.

Los datos que aparecen en el estudio HBSC 2002, correspondiente al estudio de la conducta sobre la salud de los jóvenes andaluces en edad escolar, considera que los jóvenes de Los Blázquez presentan las mismas características que el resto de los jóvenes españoles.

Considerando la población adolescente (11 a 18 años), 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 aumenta el número de fumadoras 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, 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 afirma haber hecho uso del preservativo, un pequeño porcentaje uso de la píldora y un 11,9% hace referencia al uso de la “marcha atrás”.

Problemas identificados por ASNC específicos a Los Blázquez

Jóvenes: Dispensación de píldoras post-coitales: la dispensación a menores de 20 años supera a las cifras de Andalucía.

La tasa de paro en el municipio de Los Blázquez es mayor que la tasa de paro de la provincia de Córdoba, sobre todo a expensas del paro femenino.

Personas dependientes: En relación a 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.

Respecto a la **mortalidad** en el municipio de Los Blázquez, resaltar la mortalidad prematura de los accidentes de tráfico. Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares, y aterosclerosis en mujeres y cáncer de mama en mujeres.

Como principales factores de riesgo para la salud en estas enfermedades, cabría citar:

- Consumo de tabaco.
- Hipertensión.
- Sobrepeso y obesidad.
- Inactividad física.
- Niveles altos de glucosa.
- Niveles altos de colesterol.
- Consumo de alcohol u otras drogas ilegales.

La salud en la población infantil presenta buena cobertura de vacunación

En los **programas relacionados con la mujer**, se debería hacer un esfuerzo por aumentar el porcentaje de inclusión en el proceso de cáncer Cérvix-Útero como en la tasa de detección del programa de cáncer de mama, ya que son programas de prevención secundaria.

Respecto a los datos de los **procesos crónicos** resaltar que la mayoría tienen una cobertura aceptable, quizás hacer mayor esfuerzo en la captación y seguimiento en la atención a personas hipertensas, aumentar las coberturas de los pacientes con diabetes controlada.

3.2 Necesidades y problemas expresados por la ciudadanía

Preocupación por la falta de actividades para jóvenes

Desempleo (municipio sin vida)

Aislamiento de las personas mayores

Prevención de sedentarismo y malos hábitos de alimentación en adolescentes, adultos y personas mayores

Inicio al consumo de tabaco y alcohol en edades cada vez más tempranas

3.3 Identificación de los recursos locales

12

A. AYUNTAMIENTO

Polideportivo municipal con pistas de tenis y pádel.

Gimnasio municipal.

Piscina municipal.

Parques.

B. SALUD

Desde el Área Sanitaria norte de Córdoba, se proponen al municipio todos los programas de promoción de salud vigentes en la Consejería de Salud y Familias:

1. Por un millón de pasos, Forma Joven, Creciendo en salud, Plan Integral de Obesidad Infantil, Plan de Intervención en Tabaquismo, Plan de actividad física y alimentación equilibrada, etc. Todos estos programas reciben el asesoramiento, información y la formación por parte del técnico de promoción del área sanitaria y de los profesionales de la salud correspondientes a la zona.
2. Asistencia médica en Consultorio
3. Profesionales de la unidad de gestión clínica de Peñarroya-Pueblonuevo

C. EDUCACIÓN

Colegio público Rural “Ágora”

Centro de actividades infantiles “Colorín Colorado”

D. ASOCIACIONES IMPLICADAS

A.M.P.A Juan Victoriano Barquero

A.M.P.A Los Blázquez

Asociación de mujeres “Prados de la Esparragosa”

AECC delegación local

C.P.A “Hnos. Blázquez”

Asociación de jóvenes “Castillo de Maldegollado”

Asociación Musico-Cultural de Cornetas y Tambores Los Blázquez.

4. PRIORIZACIÓN

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

Por importancia, consideramos en Los Blázquez los siguientes problemas:

1. En **las personas mayores** por los indicadores de dependencia, siendo todo el grupo de mayores de 65 años susceptibles de realizar actuaciones sobre los mismos. Sin embargo, vemos que, en la actualidad, este es el grupo más activo en cuanto a su salud y cuidado de la localidad. Por el contrario, **son los mayores de 80 años los que más necesidades presentan, por las discapacidades**, los problemas para el desarrollo de las actividades de la vida diaria y por las necesidades de recursos.

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

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

En esta población consideramos intervenir sobre:

- Drogas, tabaco y alcohol.
- Ejercicio y nutrición. (Cicloturismo y patinaje tiene adeptos en la localidad)
- Relaciones afectivas y sexuales
- Conductas temerarias en la conducción de vehículos

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

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

5. PLAN DE ACCIÓN

El Plan de Acción (PA) es un documento que a partir de la priorización recoge todos los compromisos relativos a las actuaciones y acciones a emprender en la localidad. Es un guion que incluye las líneas estratégicas, objetivos y acciones.

En esta fase cada miembro del grupo creará su RED con personas e instituciones relacionadas con su línea estratégica.

Es muy importante la estructura de un Plan de Acción y sus contenidos.

Es la base que da la dirección a tomar y que permite a la ciudadanía entender la importancia de su implicación.

En lo que concierne a nuestro municipio **el Plan de Acción** es el siguiente:

15

PLAN DE ACCIÓN

Objetivo general del Plan Local de Salud

Mejorar la salud de la ciudadanía mediante el desarrollo de una red local de acción en salud que promueva acciones intersectoriales de manera participativa optimizando los recursos del municipio

5.1 INFANCIA Y ADOLESCENCIA

1. Carencias en hábitos de vida saludable respecto a la alimentación y ejercicio físico.

Objetivos específicos

1. Implantar el programa “Creciendo en Salud” en el centro educativo.
2. Fomentar en la población infantil y familiar una alimentación saludable y equilibrada.
3. Fomentar la utilización del proyecto “Andando al cole”.
4. Crear nuevos espacios de ocio y actividad (parques infantiles, zonas de deporte etc)
5. Promover campañas de la práctica ejercicio y actividad física como actividad de juego y ocio.



2. Consumo de alcohol y tabaco en edades cada vez más tempranas

Objetivos específicos

1. Organizar con las familias actividades en entornos naturales.
2. Difundir en los medios de comunicación locales actividades lúdicas destinadas a la infancia.
3. Organizar actividades alternativas sin alcohol que fomenten el ocio saludable.
4. Realizar intervenciones sobre aspectos predisponentes al consumo (autoestima, habilidades sociales etc) en los centros escolares.

3. Conductas temerarias con vehículos

Objetivos específicos

1. Formar a las familias en prevención en de accidentabilidad infantil en el hogar y en vehículos.
2. Formar a la población infantil escolarizada en educación vial.
3. Promover el uso del casco entre la población motorista juvenil mediante campañas de información.
4. Formar a la población juvenil en la elección de comportamientos que previenen la accidentabilidad.

4. Igualdad de género

Objetivos específicos

1. Sensibilizar a padres y madres sobre la educación en igualdad mediante jornadas o talleres.
2. Formar a la juventud sobre identificación de fenómenos de violencia de género, en sus primeras manifestaciones.
3. Sensibilizar a la infancia y adolescencia sobre la igualdad de género.



5. Salud afectivo sexual

Objetivos específicos

1. Informar a la juventud sobre métodos de prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, mediante actividades informativas.
2. Proporcionar al alumnado de Primaria/ ESO, una actividad para conseguir una actitud tolerante y respetuosa de la diversidad de las ideologías, actitudes, valores, normas y comportamientos relacionados con la vivencia de la sexualidad.
3. Crear la escuela de padres y madres para formar e Informar en materia de educación afectivo-sexual de los, jóvenes.

18

6. Bienestar emocional

Objetivos específicos

1. Promover el bienestar emocional de la infancia y adolescencia del municipio a través de programas de participación comunitaria, aprendizaje emocional y fomento de activos para la salud.
2. Iniciar a la infancia y adolescencia en terapias de relajación (meditación, yoga infantil, etc.).

ADULTOS

1. Hábitos de vida saludable: alimentación y ejercicio físico.

Objetivos específicos

1. Señalizar espacios e itinerarios para la promoción de la actividad física.
2. Promover espacios para facilitar la práctica del ejercicio físico en el municipio.
3. Reforzar en la población adulta los beneficios de la dieta mediterránea.



2. Consumo de alcohol y tabaco

Objetivos específicos

1. Realizar un seguimiento del cumplimiento de la ley.
2. Promover la prevención de tabaco y alcohol mediante la organización de eventos (jornada, semana de la salud, etc)

3. Conductas temerarias con vehículos

Objetivos específicos

1. Informar a la población adulta sobre prevención de accidentes a través de campañas informativas.
2. Identificar los principales puntos de accidentabilidad del municipio y eliminar los considerados puntos negros.

4. Igualdad de género

Objetivos específicos

1. Promover la igualdad de género a través de actividades para población adulta enfocadas para trabajar la corresponsabilidad, masculinidad y relaciones de pareja.

5. Salud afectivo sexual

Objetivos específicos

1. Informar a la ciudadanía sobre métodos de prevención de ITS y embarazos no deseados, mediante actividades informativas.
2. Informar sobre un adecuado seguimiento del embarazo, la lactancia materna y planificación familiar.
3. Promover un comportamiento sexual responsable

6. Bienestar emocional

Objetivos específicos

1. Favorecer en personas adultas con malestar psicosocial las estrategias de afrontamiento ante las dificultades de la vida cotidiana, a través de programas intersectoriales (GRUSE).
2. Promover la salud y el bienestar emocional de la población adulta del municipio a través de programas de participación comunitaria, fomento de los activos para la salud y aprendizaje emocional en diferentes ámbitos

MUJER

1. Hábitos de vida saludable: alimentación y ejercicio físico.

Objetivos específicos

1. Promover los talleres de consejo dietético y su derivación a las áreas de deportes municipales
2. Promover la participación del movimiento asociativo en actividades físicas
3. Formar sobre prevención y detección precoz de los problemas de salud prevalentes en las mujeres que dedican parte de su tiempo al hogar

2. Igualdad de género

Objetivos específicos

1. Promover la mejora de la calidad de vida de las mujeres mediante educación en autoconocimiento y autocuidado.
2. Informar a la ciudadanía sobre métodos de prevención de ETS y embarazos no deseados, mediante actividades informativas.

3. Salud afectivo sexual

Objetivos específicos

1. Formar e Informar en materia de educación afectivo-sexual en mujeres.
2. Informar sobre un adecuado seguimiento del embarazo, la lactancia materna y planificación familiar.

4. Bienestar emocional

Objetivos específicos

Favorecer las redes de apoyo y la participación en la comunidad de las mujeres mayores en situación de soledad.



MAYORES

LÍNEAS DE INTERVENCIÓN

1. Hábitos de vida saludable: alimentación, ejercicio físico y autocuidados

Objetivos específicos

1. Fomentar la participación de las personas mayores a través de las asociaciones en la práctica de actividad física.
2. Promover campañas de la práctica ejercicio y actividad física como actividad de juego y ocio
3. Señalizar espacios e itinerarios para la promoción de la actividad física
4. Formar sobre las pautas básicas para el autocuidado.



2.Prevencción accidentabilidad

Objetivos específicos

1. Formar a la población de mayores en prevención de accidentes domésticos
2. Incrementar la superficie urbana peatonalizada.
- 3.Promover el ejercicio físico en personas mayores con alto riesgo para caídas.
- 4.Crear campaña de información “Conducción y medicamentos “sobre los efectos de algunos medicamentos”

3.Igualdad de género

Objetivos específicos

Promover la mejora de la calidad de vida de las personas mayores mediante educación en autoconocimiento y autocuidado

Salud afectivo sexual

Objetivos específicos

Formar e informar en materia de educación efectivo-sexual en mayores

Bienestar emocional

Objetivos específicos

1. Promover la salud y el bienestar emocional de las personas mayores del municipio a través de programas de participación comunitaria, fomento de los activos para la salud y aprendizaje emocional
- 2.Favorecer la inserción social fomentando los encuentros intergeneracionales.



PERSONAS CON DISCAPACIDAD

1. Hábitos de vida saludable: alimentación y ejercicio físico

Objetivos específicos

1. Establecer un programa anual de actividades de promoción de la actividad física
2. Fomentar ejercicio físico adaptado y encuentros con asociaciones.

2. Prevención de la accidentalidad

Objetivos específicos

1. Incrementar la superficie urbana peatonalizada.
2. Identificar las carencias en materia de seguridad vial y de infraestructuras viarias para su mejoría.
3. Formar a la población dependiente sobre prevención de accidentes domésticos

3. Igualdad de género

1. Promover la prevención de la violencia de género a través del abordaje de actividades dirigidas a personas con discapacidad destinadas a aprender a identificar en sus primeros estadios la manifestación del fenómeno violento y detectarlo a tiempo

6. IMPLANTACIÓN y EVALUACIÓN

6.1 Implantación

La Implantación es la fase en la que se difunde el Plan Local de Salud a la ciudadanía y a los diferentes sectores y se ejecutan los contenidos del Plan de Acción.

Es la Red Local coordinada por el Grupo Motor la que articula las propuestas recogidas en las agendas (trimestrales, semestrales o anuales creadas por el grupo motor).

La ejecución es el momento en el que los recursos que se han puesto a disposición del Plan de Acción se articulan y coordinan para hacer realidad los compromisos.

La elaboración de las Agendas (trimestrales, semestrales o anuales) permiten recoger los programas, y actividades a desarrollar para conseguir los objetivos. Se describen las actividades, recursos y sectores implicados.

ACTIVIDADES MÁS RELEVANTES

- Reuniones con consejo escolar y profesorado.
- Desayuno molinero semanal en centro escolar
- Creación de Escuelas deportivas en el centro escolar
- Difusión del programa “Andando al cole”.
- ” Elige tu deporte”. En polideportivo una hora diaria de actividad física variada.
- Ligas sobre juegos tradicionales
- Jornada en el Ayuntamiento y en el centro escolar de información y sensibilización con los problemas relacionados con los jóvenes.
- Creación de un espacio adaptado a los deportes más practicados
- Incorporación del municipio a la semana europea de la movilidad
- Fomentar Los lunes saludables.
- Gimnasia de mantenimiento. Diario
- **ACTIVIDADES: MAPA DE RIESGOS**
- Día de la violencia de género
- Los lunes saludables.
- Gimnasia de mantenimiento tres días por semana.
- Encuentros intergeneracionales
- Taller de risoterapia.
- Taller de memoria.
- Taller prevención de accidentes en centro escolar
- Proyecto de coeducación desde AMPA. Celebración del Día de la mujer, cuentos, manualidades
- Taller de relajación para infancia.
- **Continuidad del proyecto “Vive el verano en Los Blázquez”** con numerosas actividades diarias destinadas al bienestar físico, psicológico y emocional de los nin@s, adolescentes y adultos.
- Jornadas Intergeneracionales

SECTORES IMPLICADOS Y RECURSOS

Ayuntamiento

Profesionales de educación del centro escolar

Asociaciones: AMPAS, de mujeres, de jóvenes, de mayores, músico cultural etc...

Profesionales del Área Sanitaria Norte de Córdoba (técnico de promoción, profesionales de la salud, etc).

25

6.2. Evaluación Final

Completa todo el proceso de planificación. Se valora todo lo realizado y el porqué de los logros y de los errores. Es una valoración global de todo el Plan Local de Salud, de todo su proceso y de sus resultados.

El producto de la Evaluación Final es un informe que recoge la información cualitativa y cuantitativa que sirve de apoyo para poder tomar decisiones fundamentadas en la experiencia y en evidencias.

La Evaluación es elaborada con el grupo Motor con la participación de los miembros de la Red Local.

El Grupo Motor presenta este informe a toda la Red Local que participa en el Plan.

Sirve de apoyo y alimenta el inicio de un nuevo ciclo para el siguiente Plan Local de Salud.

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

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

La evaluación del Plan será realizada por el Grupo Motor.

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

6.2.1 Evaluación del proceso

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

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

6.2.2 Evaluación de los resultados

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

Para esta evaluación utilizaremos las siguientes herramientas:

- Cuestionario de valoración de la actividad en cuanto a los objetivos y contenidos, metodología y utilidad.
- A largo plazo se verá cómo cambian la epidemiología en la localidad

7. PLAN DE COMUNICACIÓN

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

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

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

Proceso de Comunicación

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

- Identificación de los canales que se van a utilizar: Facebook, de turismo. Lista de difusión en app de mensajería con inscripción previa y permiso del ciudadano para la protección de datos.
- Identificación de las personas destinatarias y beneficiadas: Toda la población, así como la comarca del Alto Guadiato, la zona norte de Córdoba y en general, a través de las redes sociales toda la población provincial y andaluza.
- Identificación de las personas responsables de la transmisión en la comunicación: Las y los técnicos del Ayuntamiento, así como el Técnico de promoción de salud del Área Sanitaria.
- Los mensajes deben de ser claros y sencillos.

La difusión y la visibilidad de las actuaciones se realizan de diversas maneras.

Todas las actuaciones que tienen lugar cuentan con la edición de carteles y su difusión a través de las redes sociales usadas normalmente en el municipio y el área Sanitaria.

Las personas, entidades que representan un referente en la ciudadanía son también un punto de transmisión importante.

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

- Página Web Ayuntamiento, Facebook, Mancomunidad, periódicos de la zona etc.
- Redes sociales del Área Sanitaria Norte de Córdoba.
- Folletos y Carteles de información en el municipio

ANEXOS

1. Acuerdo de Colaboración

2. Informe de salud

Informe de salud

Localización



29



Los Blázquez es una localidad de la provincia de Córdoba, Andalucía, situada en la parte noroccidental de la sierra cordobesa. La extensión del término municipal es de 101.6 km². Al noroeste, el río Zújar señala la frontera con la Comunidad Extremeña, en concreto con la provincia de Badajoz, al suroeste limita con el término de Fuente Obejuna, al sureste con La Granjuela y al este con Valsequillo. Dista 97 KM de la capital y tiene una altitud de 495 metros sobre el nivel del mar. Pertenece a la Mancomunidad de Municipios del Valle del Guadiato.

Su **población** se encontró en continuo descenso desde **1950, año en que se alcanzó el máximo demográfico** (1989 hab.) hasta 1995 (762 hab.). El éxodo rural y la crisis de la minería del plomo causaron este descenso.

En el **2011** cuenta con 745 habitantes de los cuales 387 son hombres y 358 mujeres. El porcentaje de la población menor de 20 años es 21,61 y el porcentaje de la población mayor de 64 años es 23,09. El número de extranjeros es de 22, siendo su procedencia mayoritariamente de Rumania.

M^a Ángeles García Sánchez Epidemióloga

La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa así mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la propia vida y de asegurar que la sociedad en la que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud"

La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo

Carta de Ottawa

Canadá 1986

INDICE

Objetivo	4
Metodología	4
Estructura de la Población e I. Socioeconómicos.	4
• Pirámide de Población.	4
• Indicadores demográficos	5
• El crecimiento vegetativo	7
• Índice de ruralidad.	8
• Tasa de paro.	11
• Tasa de Inmigrantes.	11
Indicadores de Mortalidad.	13
• Tasa de mortalidad general	13
• Tasa de mortalidad por las principales causas	14
Hábitos y Estilo de Vida en Jóvenes.	23
Indicadores de Intervenciones en Salud.	28
• Salud infantil	28
• Programas relacionados con la mujer	28
• Atención a personas mayores de 65 años	28
• Atención a personas con Procesos Crónicos en AP	31

INTRODUCCIÓN.

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

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 bien a seguir profundizando en el estudio de las mismas.

OBJETIVO.

Describir la población del Municipio de Los Blázquez mediante una serie de indicadores demográficos, socioeconómicos, de mortalidad, de hábitos y estilos de vida, de resultados en salud y de servicios de atención sanitaria, y priorizar problemas de salud sobre los que sería conveniente centrar intervenciones en el municipio

METODOLOGÍA.

Unidad de análisis

La unidad de análisis es el municipio de Los Blázquez y la comparación de tasas e indicadores se ha realizado fundamentalmente con Andalucía y con las tasas e indicadores del Área Sanitaria Norte de Córdoba al ser las unidades gestoras y administrativas correspondientes.

Fuentes de datos

Las fuentes de datos que hemos utilizado son:

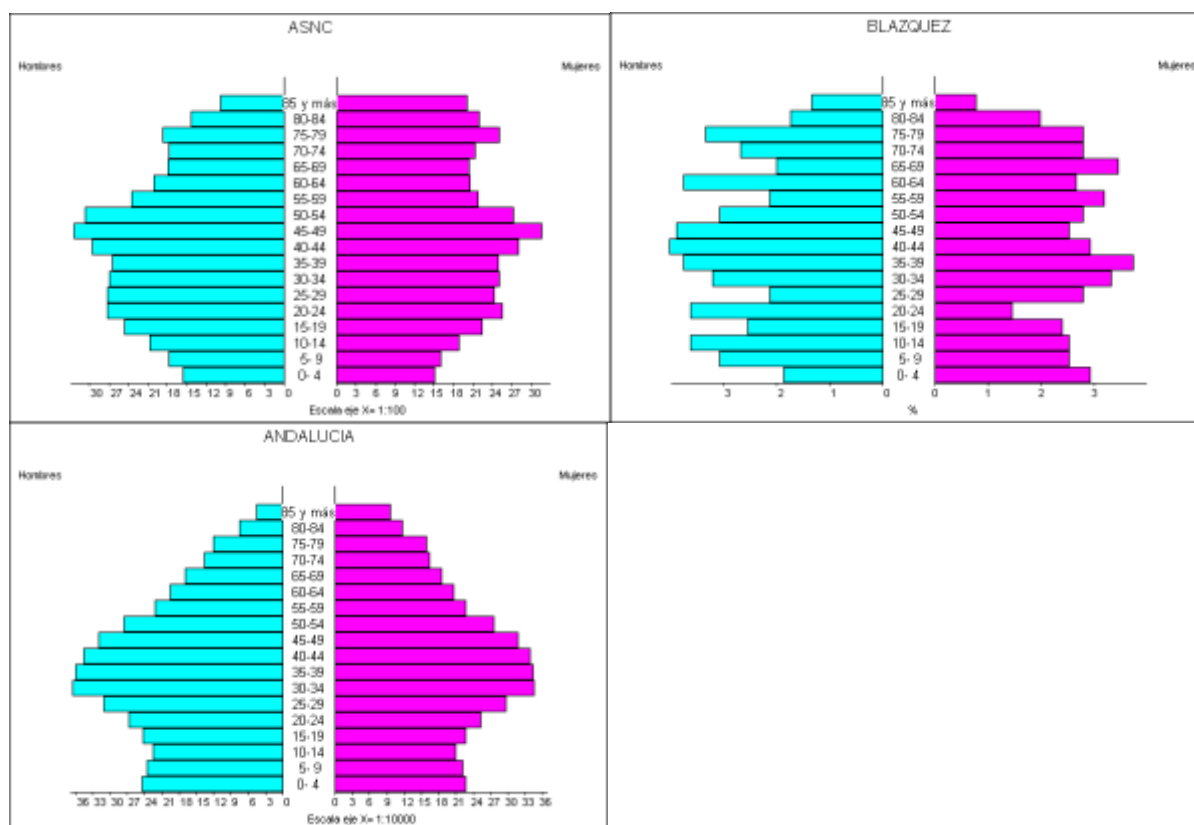
- Sistema de Información Territorial de Andalucía (SIMA) en el IEA (Instituto de Estadística de Andalucía)
- Base de Datos de Usuarios (BDU) del Sistema Sanitario Público de Andalucía
- Diábaco (aplicación que permite la explotación de DIRAYA, la Historia Clínica Digital de AP en el SSPA)
- Sistema de Información para la Gestión en Atención Primaria (SIGAP)
- Registros propios del Centro de Salud o del Distrito
- Sistema Pascua de Estadísticas Sanitarias (Consejería de Salud)
- SEPE. Ministerio de Empleo y Seguridad Social <http://www.sepe.es/>



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.

ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN

Pirámides de Andalucía, Pozoblanco y ASNC 2011
Fuente: IEA. Padrón municipal.



Las tres pirámides de población son del año 2011 y corresponden respectivamente a Andalucía, el municipio Los Blázquez y el Área Sanitaria Norte de Córdoba. Las tres son pirámides de población regresivas, que se caracterizan por tener forma de bulbo o hucha, con una base mas estrecha que el cuerpo central y un porcentaje de ancianos relativamente grande, se trata de una población envejecida con bajas tasas de natalidad y de mortalidad y con un crecimiento natural reducido.

Respecto al género el efectivo de hombres es superior hasta los 65 años, superando a partir de esa edad el de mujeres debido a la sobremortalidad masculina, aumentando considerablemente a partir de los 70 años la población femenina, ocurre en las tres pirámides, sobre todo en la pirámides de población mas envejecidas Los Blázquez y la población del ASNC.



La pirámide de población de Los Blázquez es una población mas envejecida que la población andaluza y muy parecida a la población del ASNC, pero se diferencia en algunos indicadores demográficos que comentamos a continuación.

Indicadores demográficos más importantes

Indicadores Demográficos	ANDALUCÍA	LOS BLAZQUEZ	ASNC
Edad media	39,53	43,31	44,21
Índice de envejecimiento	93,29	138,70	179,59
Índice de dependencia	46	65,92	56,13
Índice generacional de ancianos	269,17	167,44	168,91
Estructura de la población activa	90,44	106,91	104,21
Tasa general de fecundidad	3,95	1,38	3,17
Índice del número de hijos por mujer fecunda	2,22	2,5	1,69

La edad media de la población de Los Blázquez es de 43 años aproximadamente, muy parecida a la población del ASNC y cuatro puntos mas envejecida que la población andaluza.

El Índice de fecundidad y el Índice del número de hijos por mujer fecunda, estos índices en Los Blázquez están por debajo de Andalucía y del ASNC. Sin embargo estos datos al ser muy bajo el numerador hay que interpretarlos con cautela.

La tasa de Envejecimiento, es decir la relación entre los >65 años y < de 15 años es en el municipio de Los Blázquez de 138, (es decir que hay 138 ancianos por 100 niños, o bien 1,38 ancianos por cada niño). Es mayor que tasa andaluza y menor que la tasa del ASNC. La tasa del Área es casi el doble que la andaluza.

Respecto a la dependencia, este índice tiene relevancia económica y social, mide la relación entre personas dependientes (>65 años y < de 15 años), con respecto a personas que supuestamente deben sostenerlas con su actividad, o sea las autónomas (16-64). En Los Blázquez el I. Dependencia expresa que 65 ancianos y jóvenes, son sostenidos por 100 personas activas, si lo comparamos con Andalucía y el ASNC, El municipio de Los Blázquez tienen el I. Dependencia más alto que los otros dos municipios.

Este índice se desglosa en:

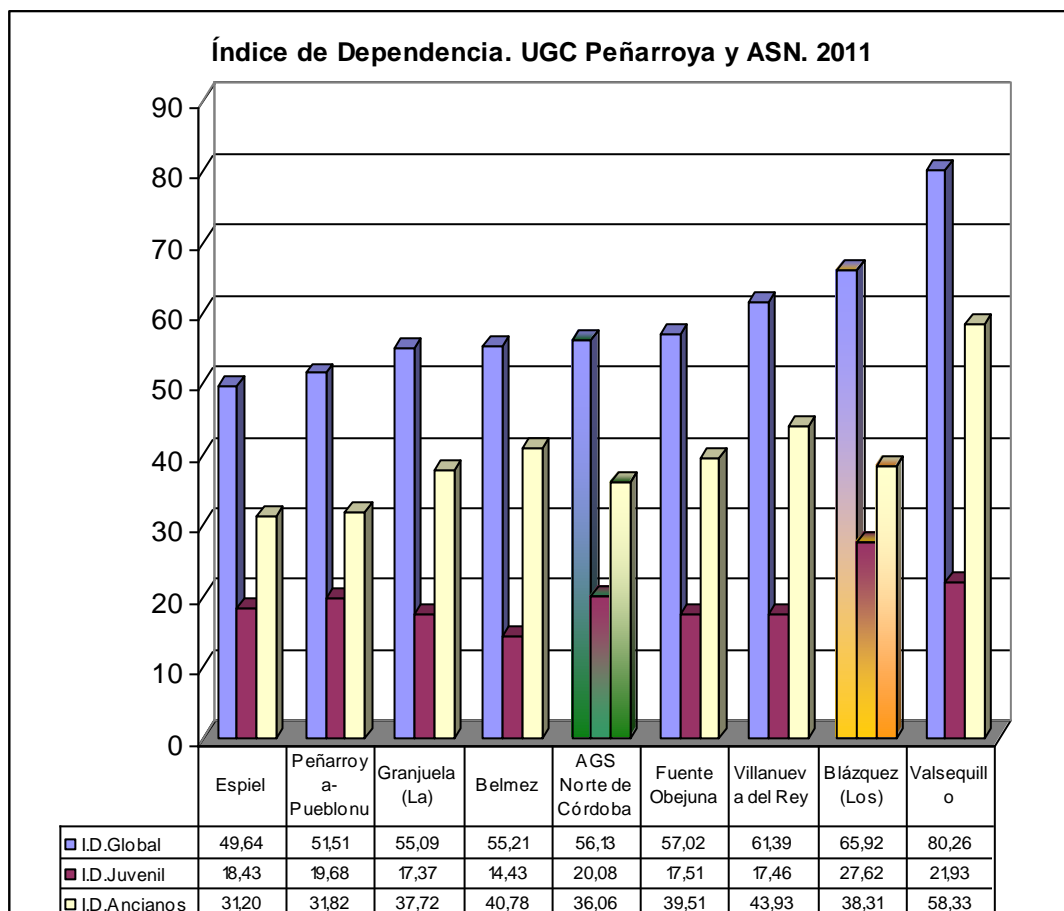


I. Dependencia Global que es el anterior

I. Dependencia Juvenil que es la población < 15 años / Población de 16 a 64 años, en Los Blázquez es 27,62.

I. Dependencia de Ancianos es la Población > 64 años / Población de 16 a 64 años, en Los Blázquez es de 38,31

Hemos desglosado este índice para explicar el índice de dependencia global de Los Blázquez. Este municipio tiene un índice de Dependencia Global alto y puede ser explicado porque el Índice de Dependencia Juvenil es también alto. Comparamos los índices con los del ASNC y su Unidad de Gestión Clínica. Los índices de dependencia son altos porque en todos los municipios de la Unidad de Gestión Clínica, son altos los I. dependencia de ancianos, quiere decir que la población activa soporta mayoritariamente el peso de los ancianos. Sin embargo en Los Blázquez el I. de Dependencia Juvenil es el mas alto de su UGC y también del ASNC.



El Índice de estructura de la población activa, mide el grado de envejecimiento de la población activa, se obtiene dividiendo las 25 generaciones mas viejas (50 a 65

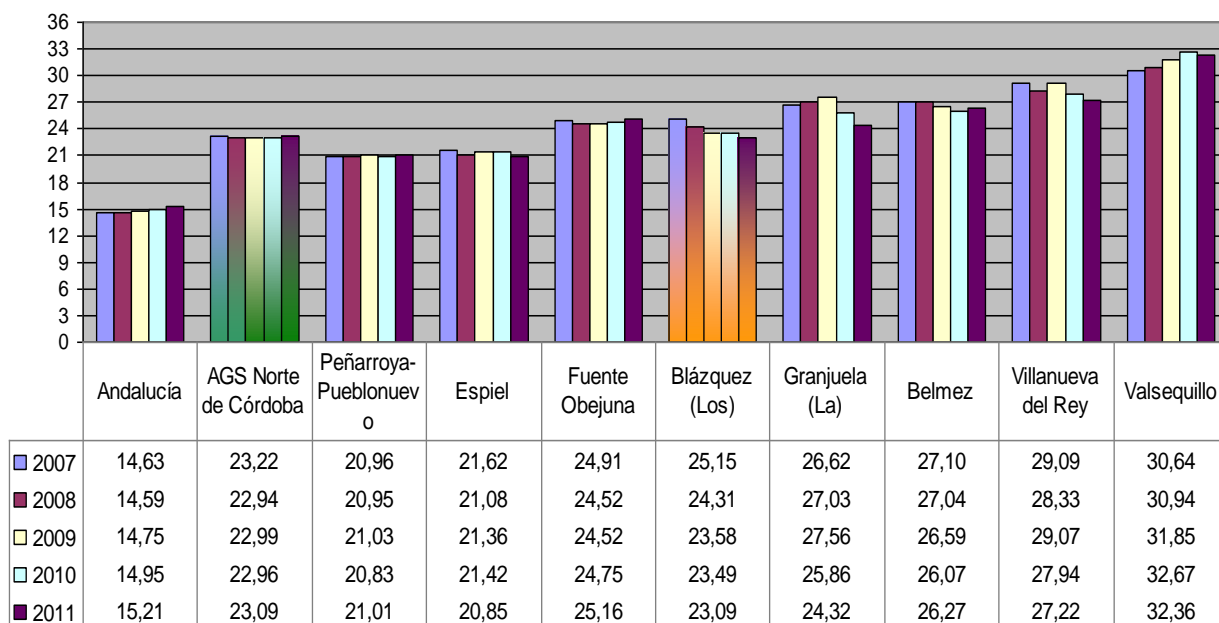


años) entre las 25 mas jóvenes (15 a 39) años. Cuanto menor es el índice mas joven es la población activa. Los Blázquez tiene menos población activa que Andalucía y muy parecida a la estructura de población activa del ASNC.

El Índice generacional de ancianos indica el número de personas de 35 a 64 años que podrían hacerse cargo por cada persona > de 65 años, sigue el mismo patrón cuanto mas bajo hay menos personas activas para hacerse cargo de sus mayores. En la siguiente gráfica se visualiza una comparativa del Índice de Envejecimiento de Andalucía, el ASNC y la UGC de Peñarroya-Pueblonuevo, se compara los cinco últimos años, desde 2007 al 2011 y se comprueba que el índice de envejecimiento aumenta progresivamente en Andalucía, el ASNC y mayoría de municipios excepto en Los Blázquez y Villanueva del Rey, donde disminuye levemente.

El índice de envejecimiento global comparado con la población general. Mide el número de ancianos > de 65 años dividido por la población total del municipio. En la siguiente gráfica se compara el índice de envejecimiento de Andalucía, el ASNC y la UGC de Peñarroya, donde se comprueba por una parte que el índice va aumentando levemente a través de los años y por otra los municipios mas envejecido. Todos los municipios del la UGC están mas envejecidos que Andalucía y excepto dos (Peñarroya y Espiel), mas que el ASNC. Los Blázquez tiene un índice de envejecimiento mayor que el ASNC que disminuye lentamente en el tiempo.

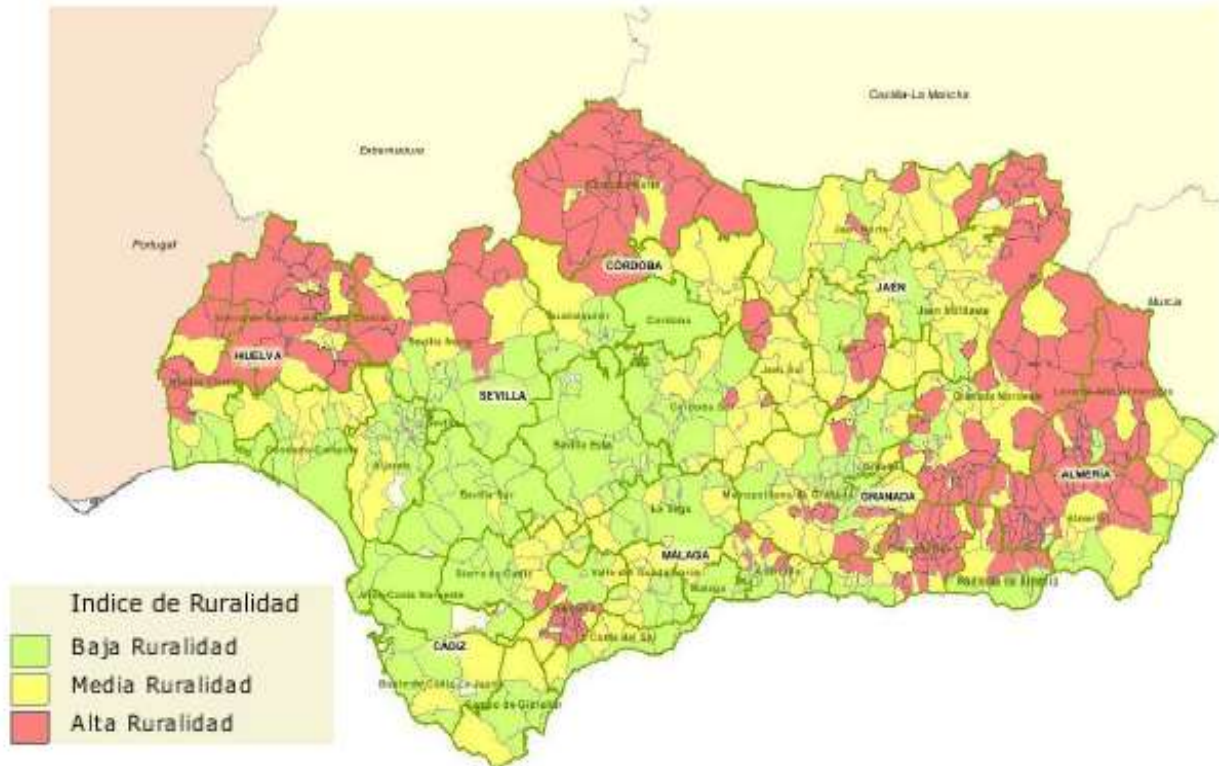
Indice envejecimiento. Quinquenio





El Índice de Ruralidad de Andalucía

Es un indicador sintético realizado en la Escuela Andaluza de Salud Pública siendo sus autores Ricardo Ocaña y colaboradores. Las variables que se tiene en cuenta para realizar el indicador son la densidad de población, los índices de vejez, de infancia, de dependencia, jubilación, de habitabilidad de las viviendas y las personas con ocupación agropecuaria.



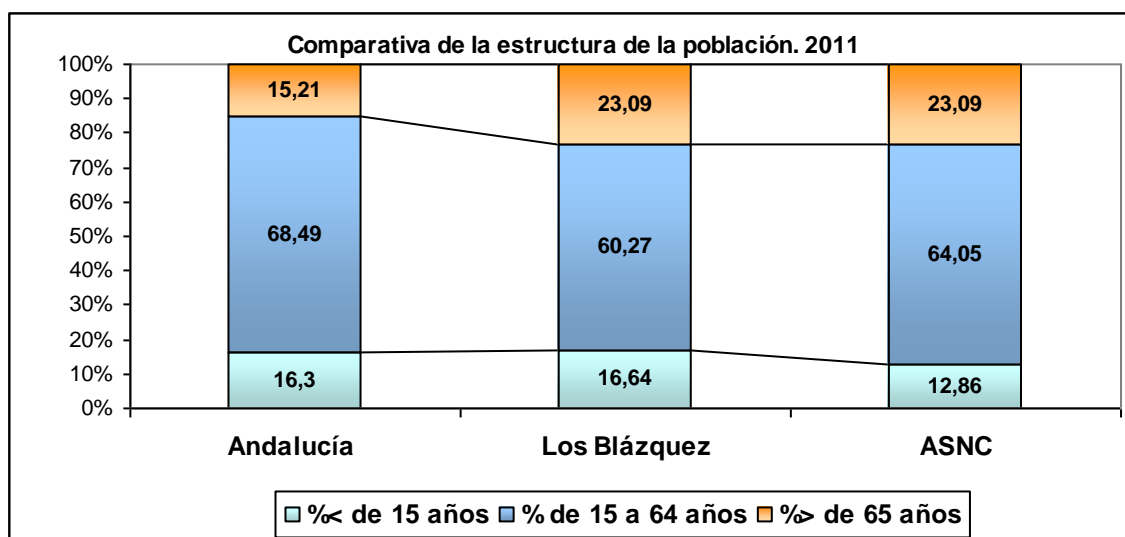
En El Área Sanitaria Norte de Córdoba todos los municipios de la misma tienen un índice de ruralidad alto excepto los municipios de Pozoblanco y el municipio de Peñarroya que tiene el índice de ruralidad medio.



Demografía de la población del municipio de Los Blázquez según padrón municipal 2011.

Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Total
De 0 a 14 años	64	60	124 (16,64%)
De 15 a 64 años	240	209	449 (60,27%)
De 65 y mas años	83	89	172 (23,09%)
Total	387	358	745

En esta gráfica se compara la estructura de la población de Los Blázquez, el ASNC y Andalucía. Se observa que la proporción de ancianos es igual que la proporción del ASNC, es una proporción alta de ancianos comparada con Andalucía, sin embargo la proporción de menores de 15 años es casi igual a la andaluza y mayor proporción que la del Área Sanitaria.



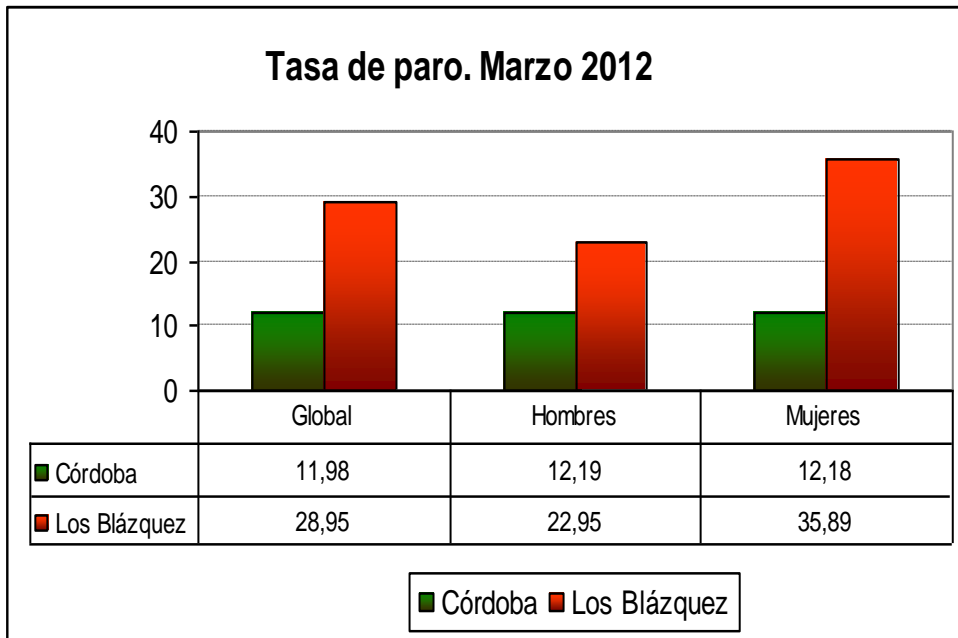
Finalmente se podría argumentar, que el municipio de Los Blázquez tiene una estructura de población envejecida si se le compara con la estructura de población andaluza, al ser un municipio geográficamente ubicado en el Área Sanitaria Norte de Córdoba. Esta ASNC junto con las zonas de sierra de Huelva y Jaén son las poblaciones más envejecidas y sobre envejecidas (> de 85 años) de Andalucía.

Por lo que resumiendo tiene una población importante de ancianos > de 65 años 23,09% de la población general, igual que la del ASNC y una población joven < de 15 años de 16,64% muy parecida a la población andaluza.



TASA DE PARO

La tasa de paro global de Los Blázquez es más del doble que la tasa de paro de Córdoba. Por género la tasa de paro en hombres es el doble en el municipio de Los Blázquez, siendo en mujeres casi el triple mayor en Los Blázquez que en Córdoba.



TASA DE INMIGRACIÓN

El número de inmigrantes en el 2011 es de 22 siendo todos ellos de Rumania, 15 son hombres y 7 mujeres.



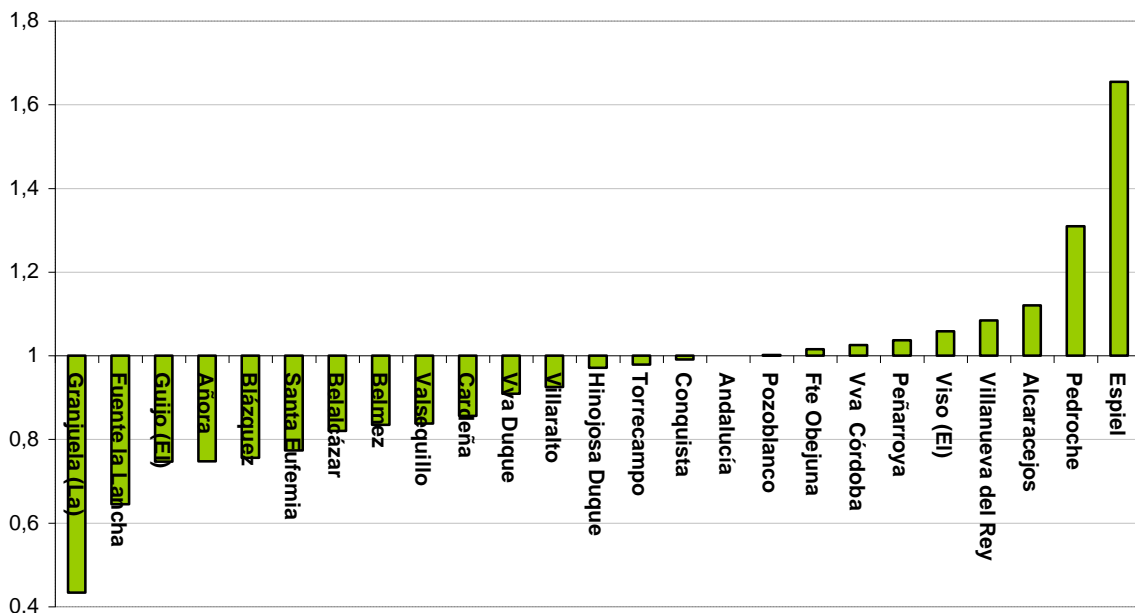
INDICADORES DE MORTALIDAD

Tasa estandarizada de mortalidad general IEA 2001-2005

Quinquenio 2001 / 2005. La estandarización de las tasas se ha realizado por el método indirecto, utilizando como tasas estándar las tasas de mortalidad por sexo de Andalucía en el mismo periodo. Se expresa como Índice de Mortalidad Estandarizada (IME), y supone el exceso (si es mayor que 1) o defecto (si es menor que 1) de mortalidad de los municipios o provincias estudiados, con respecto a la población de referencia, en este caso la andaluza.

Se compara la Tasa de mortalidad general del municipio de Pozoblanco con la tasa andaluza que es la estándar (1). La tasa de mortalidad en hombres del municipio de Pozoblanco, esta ligeramente por encima de la andaluza (1,1).

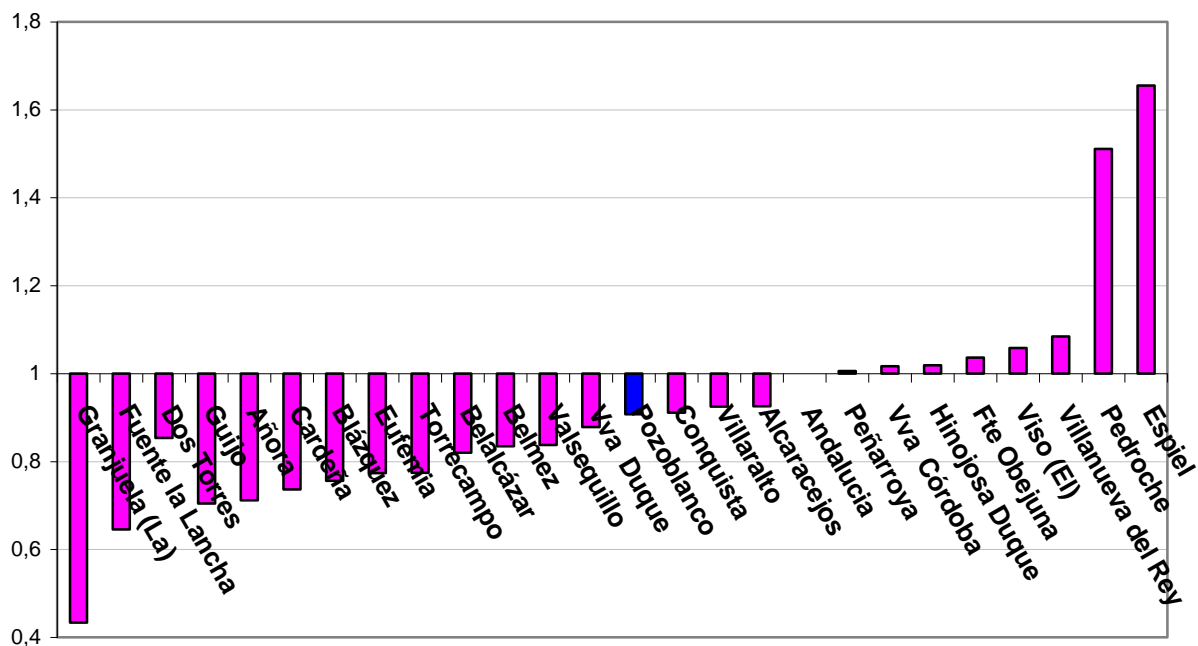
Tasas estandarizada de mortalidad hombres



Respecto a la tasa de mortalidad en mujeres es 0,91 y esta por debajo de la tasa de mortalidad andaluza.



Tasa estandarizada mortalidad mujeres



Tasas de mortalidad por las principales causas

Tras cumplimentar la tabla con las tasas de las veintiunas causas más frecuentes de mortalidad en el año 2008, con los datos obtenidos del Atlas Interactivo de Mortalidad de Andalucía (AIMA),.

Las causas mas frecuentes de mortalidad en el municipio de Los Blázquez por grupos de edad y sexo son:

Enfermedades Cerebrovasculares

En mujeres de 45 a 64 años de edad

Ateroesclerosis en mujeres

En mujeres de 65 a 74 años de edad

Accidentes de Tráfico

En hombres de 1- 14 años y hombres de 45 a 64 años. Destacar la edad prematura de esta causa de mortalidad.



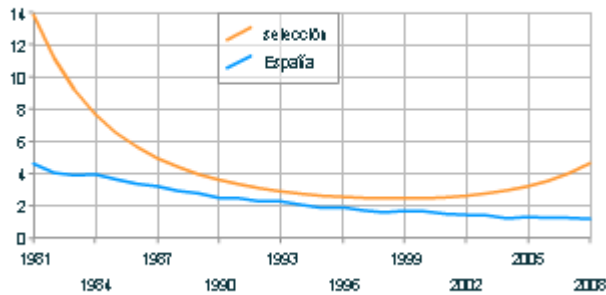
Enfermedades Cerebrovasculares

Los Blázquez

Edad	Sexo	Tasa suavizada 2008	Razón de tasas	Tendencia	Inicio exceso	Observaciones
45-64	Mujeres	4,64	4,089	Decreciente	2006	La tendencia es decreciente y sube en el 2006

Blázquez (Los)

Mortalidad por enf. cerebrovascular: tasa, mujeres, 45-64 años
(2008): 4.64 defunciones por 10.000 habitantes



Los Blázquez

Aterosclerosis en mujeres

Edad	Sexo	Tasa suavizada 2008	Razón de tasas	Tendencia	Inicio exceso	Observaciones
65-74	Mujeres	0,56	5,15	Decreciente		Tendencia decreciente que se iguala con la tendencia española



Accidentes de Tráfico

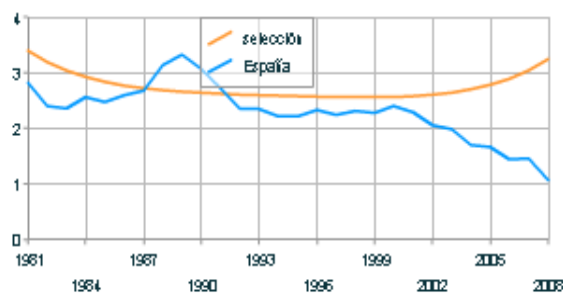
En el ASNC, las tasas suavizadas en hombres de 1-14 años en accidentes de tráfico son de las más elevadas en Andalucía.

Los municipios con significación estadística por encima de la media española son numerosos se da en los dos géneros y en varias cohortes de edad.

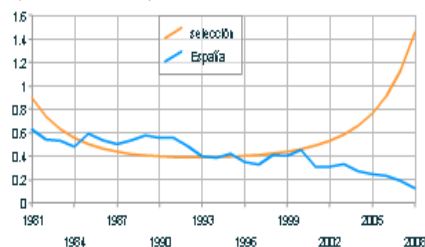
Los Blázquez

Edad	Sexo	Tasa suavizada a 2008	Razón de tasas	Tendencia	Inicio exceso	Observaciones
1-14	Hombres	1,45	7,61	No significativa	2000	Tendencia por debajo de la tendencia española, que comienza a crecer en 2000
45-64	Hombres	3,25	2,46	No significativa	2002	Tendencia por debajo de la tendencia española, que comienza a crecer en 2002

Blázquez (Los)
Mortalidad por accidentes de tráfico: tasa, hombres, 45-64 años
(2008): 3.25 defunciones por 10.000 habitantes



Blázquez (Los)
Mortalidad por accidentes de tráfico: tasa, hombres, 1-14 años
(2008): 1.45 defunciones por 10.000 habitantes





HABITOS Y ESTILOS DE VIDA EN JOVENES.

Los datos que se disponen sobre los hábitos y estilos de vida se consiguen a través de encuestas y cuestionarios. Encuestas que por su metodología se realizan por muestreos aleatorios y estratificados donde esta representa toda la población.

Es por ello, que exponemos a continuación algunos datos que aparecen en el estudio HBSC del año 2002 y 2006, con chicos y chicas españoles de 11 a 18 años. Corresponde el estudio de la conducta sobre salud de los jóvenes españoles y andaluces en edad escolar, considerando que los jóvenes de Los Blazquez presentan las mismas características que el resto de los jóvenes en el estudio. Se compara las encuestas que se realizaron en el 2002 y 2006 para ver las tendencias.

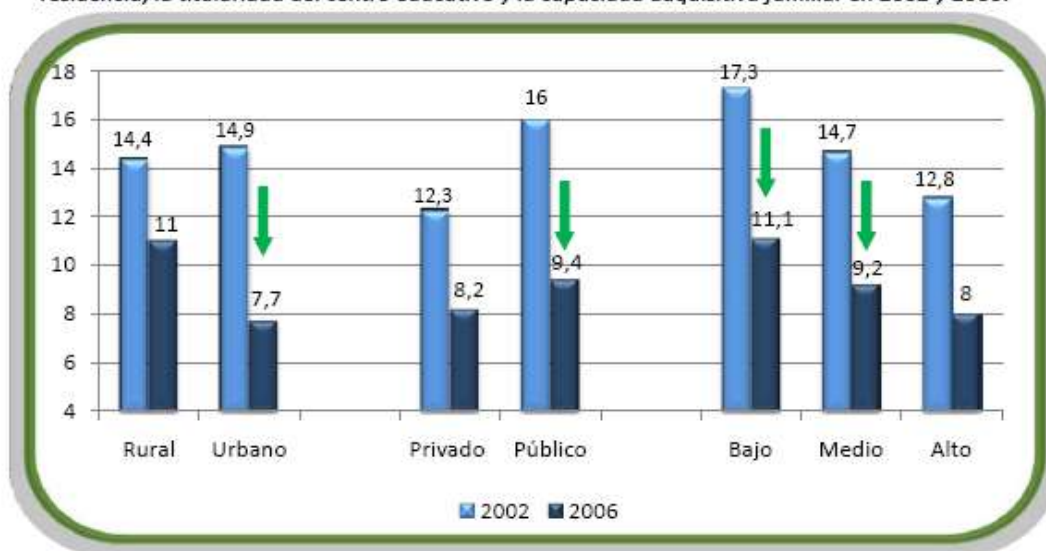
Consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales en la población adolescente española.

Frecuencia de consumo de Tabaco

El consumo de tabaco diario es mayor conforme aumenta la edad. Así, en las cuatro categorías de edad, los porcentajes son de 4% (13-14 años), 14,9% (15-16 años) y 18,9% (17-18 años).

Además, en las chicas, y sobre todo a los 17-18 años, el consumo de tabaco diario es mayor que en los chicos (22,3% versus 14,1%).

Porcentaje de adolescentes que consume tabaco a diario en función del hábitat de residencia, la titularidad del centro educativo y la capacidad adquisitiva familiar en 2002 y 2006.



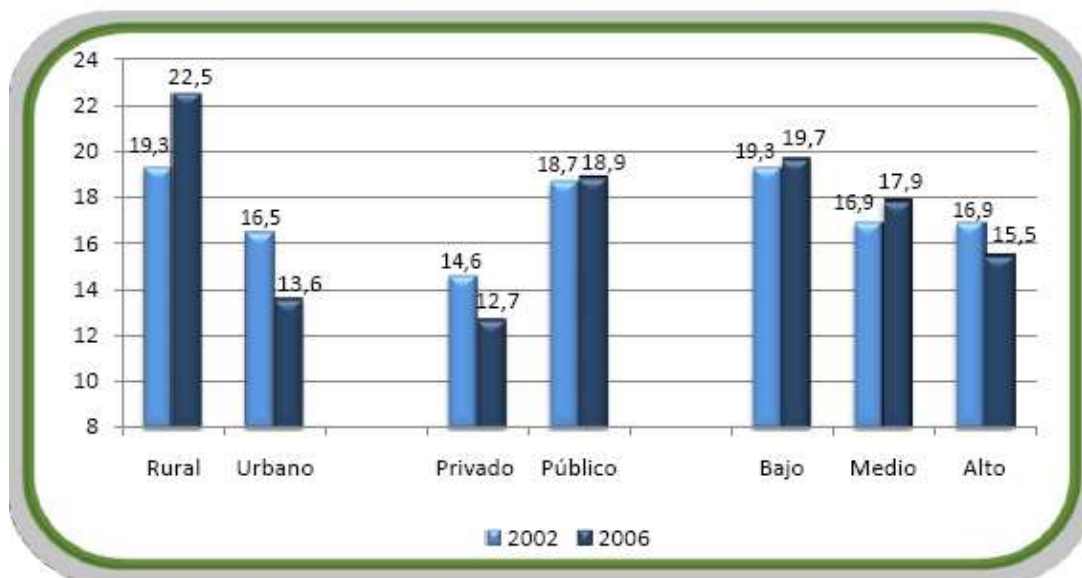
Frecuencia de consumo de Alcohol

El consumo de alcohol al menos semanal, caracteriza al 0,7% de chicos y chicas de 11-12 años, incrementándose conforme aumenta la edad (al 5%, 24,5% y 42,4% de los adolescentes de 13, 15 y 17 años, respectivamente).



Además, en chicos es más alto este consumo que en chicas, siendo más notoria la diferencia a los 17-18 años (47,3% de los chicos y 38,9% de las chicas de esa edad consumen alcohol semanalmente).

Porcentaje de adolescentes que consumen alcohol todas las semanas en función del hábitat de residencia, la titularidad del centro educativo y la capacidad adquisitiva familiar en 2002 y 2006.



Resumen del consumo de sustancias:

El consumo de tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas ilegales **aumenta con la edad**. A los 13-14 años en torno a un 4% fuma todos los días y bebe alcohol al menos una vez a la semana. A los 17-18 años un 18,9 % de los chicos y chicas fuma a diario, un 42,4% bebe alcohol al menos una vez a la semana y un 65% se ha embriagado alguna vez. Entre los 15 y los 18 años, el 38,7% ha consumido cannabis alguna vez y el 9,1 % ha probado alguna otra droga ilegal.

Las chicas fuman más que los chicos, mientras que **ellos beben más alcohol** y consumen más drogas ilegales que ellas. El **consumo de cannabis es similar en ambos sexos**, así como la edad de inicio del primer episodio de embriaguez.

El **consumo de alcohol aparece algo más asociado al hábitat rural**, a la titularidad pública del centro educativo y al bajo poder adquisitivo de las familias. No obstante, estas diferencias no son muy importantes, y no aparecen en relación con el consumo de drogas ilegales.

El consumo de todas las sustancias ha descendido entre la edición de 2002 y la de 2006, exceptuando un ligero incremento de consumo de alcohol en las chicas.



Conducta sexual:

Aproximadamente uno de cada cuatro adolescentes de entre 15 y 16 años ha tenido alguna vez relaciones sexuales cóitales. A los 17-18 años el porcentaje aumenta a 44,9%. El 89% de ellos afirma haber hecho uso del preservativo en su última relación sexual. Un 8,1% hace referencia al uso de la píldora y un 11,9% hace referencia al uso de la “marcha atrás”.

Alimentación y dieta:

En cuanto a hábitos alimentarios saludables, debe destacarse que un 62,2% de los

Adolescentes desayuna todos los días algo más que un vaso de leche o un zumo y en torno a un 40% consume dulces y refrescos una vez a la semana como máximo. También desde una **perspectiva positiva hay que resaltar que se observa una ligera mejoría en algunos de los hábitos de los adolescentes cuando se comparan los datos 2002 con los del 2006** (así, por ejemplo, aumenta el número de días que se hace el desayuno completo, disminuye el consumo nulo de fruta y el consumo de dulces y refrescos).

Sin embargo, uno de los aspectos más preocupantes en torno a los hábitos alimentarios es la presencia de **peores hábitos en los grupos de adolescentes de mayor edad**: aumenta el porcentaje de adolescentes que no desayuna de forma completa ningún día (de 0,9% a los 11-12 años a 4,3 a los 17-18 años), aumenta a casi el doble (de en torno a 27 a casi el 50%) el porcentaje de adolescentes que se queda algún día sin desayunar, disminuye el consumo óptimo de fruta y, finalmente, aumenta también el consumo de dulces y el de bebidas azucaradas.

En cuanto a las diferencias entre chicos y chicas, se observa, en general, hábitos menos saludables en un porcentaje algo mayor de chicas, sobre todo en las de mayor edad (se saltan con mayor frecuencia el desayuno todos los días, el porcentaje de consumo óptimo de fruta es menor y consumen más dulces).

Otro dato preocupante es el relacionado con el **índice de sobrepeso**, que, entre los varones es de algo más del 20% y casi el doble al encontrado en las chicas.

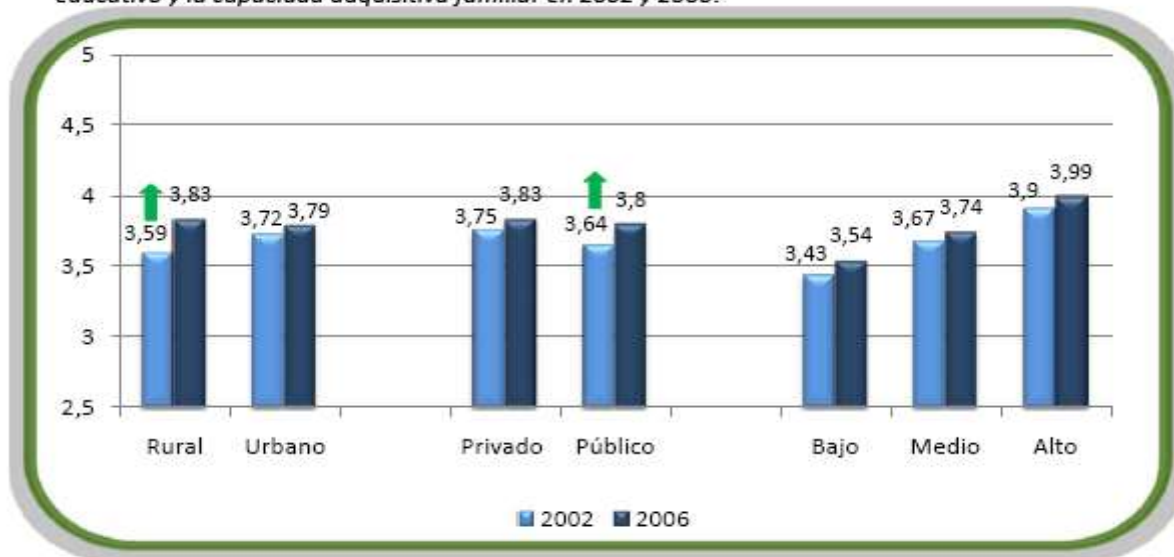
Actividad física

En todas las edades, las chicas realizan menos actividad física que los chicos (mientras que ellos presentan una media de 4,21 días a la semana, ellas tienen una media de 3,46 días).

La actividad física descende en los dos sexos conforme avanza la edad, según se muestra en la figura siguiente; sin embargo, en las chicas el descenso es mayor (de 4,04 días a la semana a los 11-12 años se pasa a 3,01 días a los 17-18 años) en comparación con los chicos (de 4,46 días a la semana a los 11-12 años descienden a 3,98 días a los 17-18 años).



Nivel de actividad física en función del hábitat de residencia, la titularidad del centro educativo y la capacidad adquisitiva familiar en 2002 y 2006.



Violencia y maltrato entre iguales

En lo que atañe al *bullying* o maltrato entre iguales, se analizó, por un lado, la frecuencia con la que los adolescentes españoles consideran que han sido víctimas de maltrato y, por otro, la frecuencia con la que han participado como agresores en algún episodio de maltrato. En relación con lo primero, se observa una mayor proporción de chicos que considera haber sido víctimas de maltrato que de chicas, disminuyendo estos porcentajes conforme avanza la edad en ambos sexos. En cualquier caso, y en comparación con 2002, en 2006 se encuentra que la proporción de adolescentes que ha sido víctima de maltrato es significativamente menor.

De igual manera, existe una mayor proporción de chicos que de chicas que informa haber participado en algún episodio de maltrato como maltratador/a. En cuanto a la edad, tanto en chicos como en chicas se advierte un incremento claro de maltratadores/as desde los 11 hasta los 16 años, momento a partir del cual se inicia un descenso que hace que al final de la adolescencia la situación sea muy similar a la que se detectaba al inicio, a los 11 años. El descenso hallado en 2006 respecto a 2002 en la participación activa en episodios de maltrato es generalizado



INDICADORES DE INTERVENCIONES EN SALUD

Salud infantil

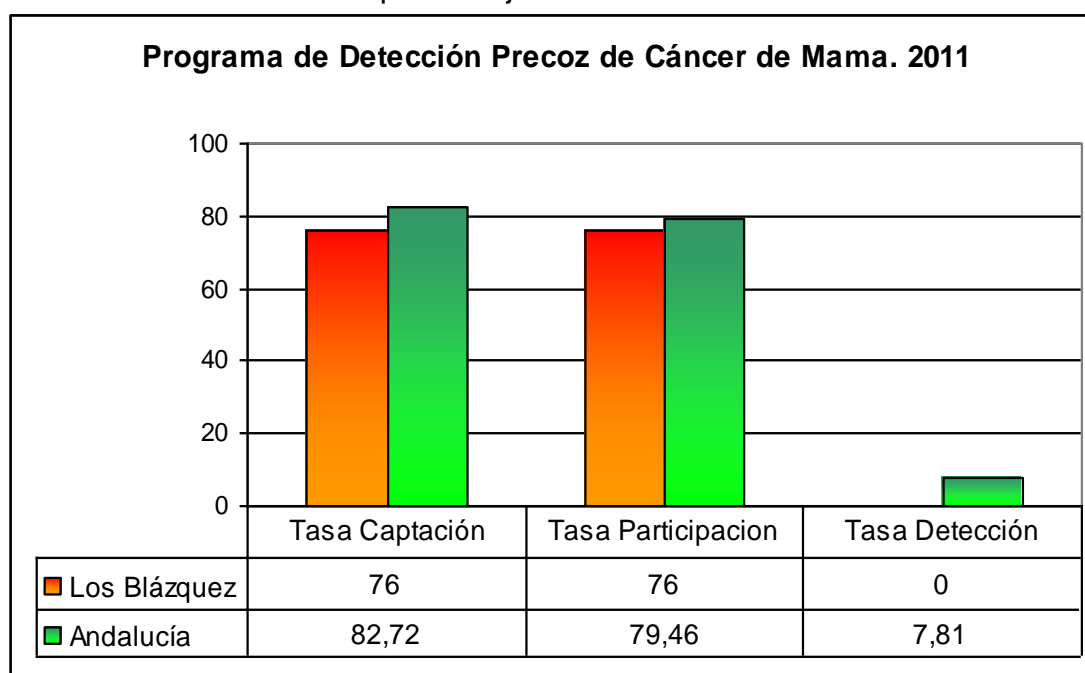
Vacunación Infantil	LOS BLÁZQUEZ	ANDALUCÍA
Cobertura de vacunación completa	100%	97,64%
Cobertura Triple vírica	92,31%	85,64%

Programa relacionados con la mujer

Cáncer de Útero y Cervix	LOS BLÁZQUEZ
Población Diana (Mujeres entre 40 y 50 años)	41
Mujeres incluidas en el proceso cáncer cervix	22
Porcentaje de mujeres incluidas en el proceso	53,66%

Detección Precoz de Cáncer de Mama

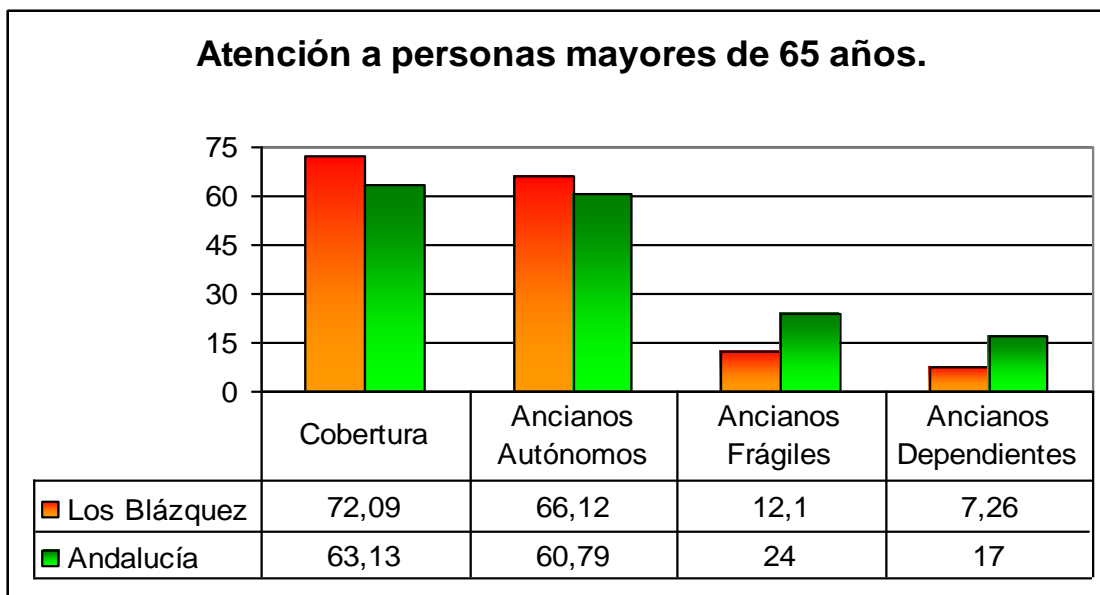
En el 2011 en el municipio de Los Blázquez las tasas de captación, participación y la tasa de detección están por debajo de las tasas andaluzas





Atención a personas mayores de 65 años

En Los Blázquez el número de personas mayores de 65 años es 172 (padrón 2011). De estos están incluidos en el programa del examen de salud a > 65 años el 72,09%. Estos ancianos se clasifican según el grado de autonomía personal, es decir en autónomos, frágiles o en riesgo de dependencia y en ancianos dependientes.



En el municipio de Los Blázquez tiene una buena cobertura del programa, es decir la mayoría de ancianos están en las actividades del programa. Es mayor que la cobertura Andaluza. Los ancianos autónomos hay mayor proporción que los autónomos andaluces. Hay menor relación de ancianos frágiles y dependientes, es decir, ancianos que requieren cuidados, que en su inmensa mayoría, las personas que prestan cuidados son mujeres y de estas, una proporción importante de cuidadoras superan también los 65 años de edad, estando estas incluidas en el mismo programa de las personas a la que cuidan. Es por lo que, desde los servicios sanitarios, se debe identificar a los cuidadores principales y realizar una valoración integral de los mismos.



ATENCIÓN A PERSONAS CON PROCESOS CRÓNICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Atención a Pacientes Pluripatológico	Los Blázquez	UGC Guadiato
Cobertura de Usuarios con Pluripatología	5,23%	7,86%
Cobertura de Pacientes Pluripatológico con identificación de Cuidador Principal	(44%)	52,81%

Atención a Pacientes con Demencias (>65años)	Los Blázquez	UGC Guadiato
Cobertura de pacientes con demencia	7,56%	6,45%
Cobertura de pacientes demenciados con test Psicométrico	76,92	83,80%
Cobertura pacientes demenciados con identificación Cuidador Principal	38,46%	70,77%

Atención adultos con Asma >15años	Los Blázquez	UGC Guadiato
Población: adultos > de 15 años	621	21.892
Adultos > de 15 años con Asma valorada	2,41%	3,72%

Atención a paciente con EPOC (> de 40 años)	Los Blázquez	UGC Guadiato
Numero de Usuarios con EPOC	5%	4,96%

Atención a Pacientes con Diabetes	Los Blázquez	UGC Guadiato
Cobertura de Usuarios con Diabetes	16,58%	10,78%
Cobertura de Pacientes con Diabetes controlada	83,2%	58,43%

Atención a personas Insuficiencia Cardíaca (>65 años)	Los Blázquez	UGC Guadiato
Cobertura de personas incluidas en PA. Insuficiencia Cardíaca	8,13%	8,53%
Cobertura de Incluidos en PA de Insuficiencia Cardíaca controlada	64,28%	60,34%

Atención a Pacientes con Hipertensión Arterial	Los Blázquez	UGC Guadiato
Cobertura de personas con hipertensión valorada	20,77%	19,47%



CONSIDERACIONES FINALES

Estudiando la estructura de la población del municipio de Los Blázquez refleja una población envejecida con respecto a la estructura de la población andaluza, sobretodo a expensas de la población anciana, es decir los mayores de 65 años. Se refleja en los indicadores demográficos de envejecimiento, dependencia, índice generacional de ancianos y estructura generacional de ancianos.

El proceso de envejecimiento tiene dos características importantes:

- Por una parte, en los países desarrollados, el proceso de envejecimiento se va a continuar incrementándose en los próximos años, es lo que se ha llamado “envejecimiento del envejecimiento”, esto es, el ritmo de crecimiento que experimenta los mayores de 80 años y más sigue creciendo, pues disminuye considerablemente la mortalidad.
- Por otra parte, habrá que tener en cuenta la presión sobre los recursos sociosanitarios, donde este grupo de población es el que mas medicamentos consumen (hipertensión y reuma), son los que menos utilizan las urgencias y los que tienen mas hospitalizaciones.

Es por lo que el proceso de envejecimiento de nuestra población debe de ser aprovechado como un logro social y dar repuesta a este logro humano de vivir mas y mejor.

El programa de Atención a personas mayores de 65 años, en el municipio de Los Blázquez, se debería prestar atención a las coberturas del examen de salud de estos pacientes, hay que tener en cuenta que hay mas ancianos dependientes en este municipio que en Andalucía, ancianos que requieren cuidados, y en su inmensa mayoría las personas que prestan cuidados son mujeres y de estas, una proporción importante superan también los 65 años de edad. Es por lo que, desde los servicios sanitarios, se debe identificar a los cuidadores principales y realizar una valoración integral de los mismos.

La tasa de paro en el municipio de Los Blázquez es mayor que la tasa de paro de la provincia de Córdoba, sobre todo a expensas de del paro femenino. sin embargo hay que tener en cuenta que estos datos y los datos de inmigración están sujetos a mucha variabilidad por ir cambiando rápidamente en el tiempo y ser datos con poco número de efectivos.

Según refleja en el apartado de **Hábitos y Estilo de Vida en Jóvenes**, las chicas fuman más que los chicos y estos beben más alcohol sobre todo en el hábitat rural. Un aspecto a resaltar es la comparación de los datos de la encuesta del 2002 con los datos del 2006, el consumo de todas las sustancias han descendido, posiblemente se deba a actuaciones de intervención en estas poblaciones.

En Conducta Sexual resaltar la tasa de fecundidad en adolescentes de 17 años de Pozoblanco es mayor que la tasa del ASNC.

En alimentación y actividad física es peor conforme avanza la edad; el sobrepeso esta mas relacionado en los chicos que en las chicas y se percibe una mejora en los



últimos cuatro años, desde una encuesta a otra, tanto en hábitos alimentarios como en actividad física.

Respecto **a la mortalidad** en el municipio de Los Blázquez, resaltar la mortalidad prematura de los accidentes de tráfico. Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares, y aterosclerosis en mujeres y cáncer de mama en mujeres. Como principales factores de riesgo para la salud en estas enfermedades, cabría citar:

Consumo de tabaco.

Hipertensión.

Sobrepeso y obesidad.

Inactividad física.

Niveles altos de glucosa.

Niveles altos de colesterol.

Consumo de alcohol u otras drogas ilegales.

La salud en la población infantil presenta buena coberturas de vacunación

En los **programas relacionados con la mujer**, se debería hacer un esfuerzo por aumentar el porcentaje de inclusión en el proceso de cáncer Cervix-Útero como en la tasa de detección del programa de cáncer de mama, ya que son programas de prevención secundaria.

Respecto a los datos de los **procesos crónicos** resaltar que la mayoría tienen una cobertura aceptable, quizás hacer mayor esfuerzo en la captación y seguimiento en la atención a personas hipertensas, aumentar las coberturas de los pacientes con diabetes controlada.

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

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 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.

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) 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.

INDICE DE RURALIDAD Índice de Ruralidad para Áreas pequeñas en España (Ricardo Ocaña Riola y Carmen Sánchez-Cantalejo Garrido. EASP)

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.

TASA DE INMIGRACIÓN

$\text{Población extranjera de un año} / \text{Población total del año} \times 1000$

TASA DE PARO

Global: $\text{Población parada de un año} / \text{Población activa del año} \times 100$

Por sexo: $\text{Población parada por sexo de un año} / \text{Población activa por sexo del año} \times 100$

MORTALIDAD

El AIMA es un Sistema de Información Geográfico Interactivo creado por la Escuela Andaluza de Salud Pública; es un estudio ecológico cuya unidad de análisis es el **municipio**.

AIMA permite obtener para cada causa de mortalidad 4 “temas”: **“Distribución geográfica de la tasa específica de mortalidad”**, **“Tendencia de la tasa específica”**, **“Comparativa con la tasa española”** y **“Municipios con exceso de mortalidad significativo”**. El uso combinado de estos 4 temas permitió analizar causas de mortalidad del atlas. El periodo de estudio fue de **1981 a 2008** según la última actualización de AIMA.

El AIMA es un Sistema de Información Geográfica (SIG) interactivo y su uso ha permitido visualizar mapas y gráficos de tendencias correspondientes a la distribución geográfica y evolución temporal de las principales causas de muerte en los distintos municipios que componen el AGS Norte de Córdoba por grupos de edad y sexo. El acceso del mismo se ha realizado a través del hipervínculo productos de la Web – site www.demap.es desarrollado por la Escuela Andaluza de Salud Pública.



La manipulación interactiva del mismo ha permitido obtener las siguientes características o variables del estudio:

1. Tendencia de la tasa específica de mortalidad
2. Distribución geográfica de la tasa específica de mortalidad
3. Comparativa con la tasa española
4. Exceso de la tasa con respecto a la media española

Tendencia de la tasa específica de mortalidad: evolución temporal de la mortalidad de cada uno de los municipios del AGS Norte de Córdoba. Muestra la evolución temporal de mortalidad en cada municipio desde 1981, excepto en el VIH que solo se tiene información desde 1989. El cuadro resultante ofrece cinco modalidades, a saber:

Modalidad 1: Tasa decreciente

Modalidad 2: Tasa creciente – decreciente

Modalidad 3: Tasa no significativa

Modalidad 4: Tasa decreciente – creciente

Modalidad 5: Tasa creciente

Distribución geográfica de la tasa específica de mortalidad: una vez generada la respuesta interactiva, el AIMA muestra como se distribuye la tasa específica de mortalidad suavizada, estimada mediante el modelo jerárquico bayesiano. La gama de colores del mapa responde a una división del indicador en cuartiles la cual es independiente para cada año de estudio que para nuestro caso es el año 2008, último año disponible en el AIMA hasta el momento de la realización del presente trabajo.

Comparativa con la tasa española: es el cociente entre la tasa de mortalidad del municipio y la tasa de mortalidad de España. Valores mayores a 1 (uno) indican mortalidad superior del municipio con respecto a la española para el grupo de edad y sexo para el año estudiado.

Exceso de mortalidad significativo respecto a la media española: según el AIMA, los mapas temáticos de la sección Municipios con exceso de mortalidad significativo muestran la probabilidad a posteriori de que la razón de tasas específicas sea mayor que 1. En los municipios con una probabilidad superior a 0,95 se considera que en ellos existió un exceso de mortalidad estadísticamente significativo con respecto a la mortalidad en España.

PROGRAMA DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA

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

$\text{Número de mujeres captadas} / \text{Población elegible} \times 100$

Tasa de Participación: El porcentaje de mujeres que han sido exploradas al menos una vez.

$\text{Número de mujeres exploradas} / \text{Población elegible} \times 100$

Tasa de Detección Global: N° de mujeres en las que se demuestra una lesión maligna por estudio anatomopatológico (ductal in situ y/o invasiva).

$\text{Número de mujeres con tumor maligno} / \text{Número total de mujeres exploradas} \times 1.000$



COBERTURA DEL EXAMEN DE SALUD DE PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS

Número total de usuarias y usuarios incluidos en el programa "Examen de salud a mayores de 65 años" / Número total de personas mayores de 65 años

Porcentaje de personas mayores de 65 años clasificadas según su grado de autonomía personal:

Número de personas mayores de 65 años clasificadas según su grado de autonomía personal (autónomas, frágiles o en riesgo de dependencia, dependientes)

ESTUDIO DE LA CONDUCTA SOBRE SALUD DE LOS JÓVENES EN EDAD ESCOLAR ("HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL - AGED CHILDREN" – ESTUDIO HBSC 2006)

Resultados del Estudio HBSC - 2006 con chicos y chicas españoles de 11 a 17 años

Informe Estudio HBSC. Informes Autonómicos 2006:

<http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/autonomicosHBSC.htm>.

Informe 2008. Las personas mayores en España y en las CCAA.

Estudio de las personas mayores de 65 años. Portal Mayores.

[http:// www.inserso.es](http://www.inserso.es).