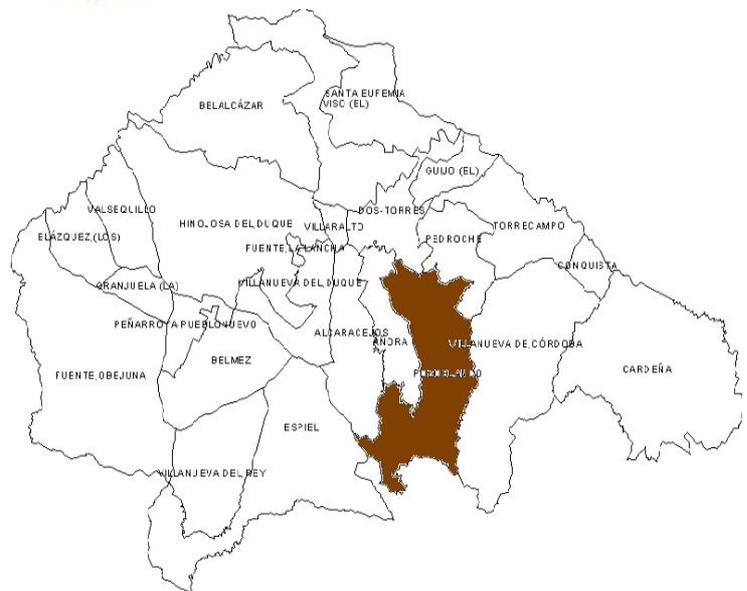
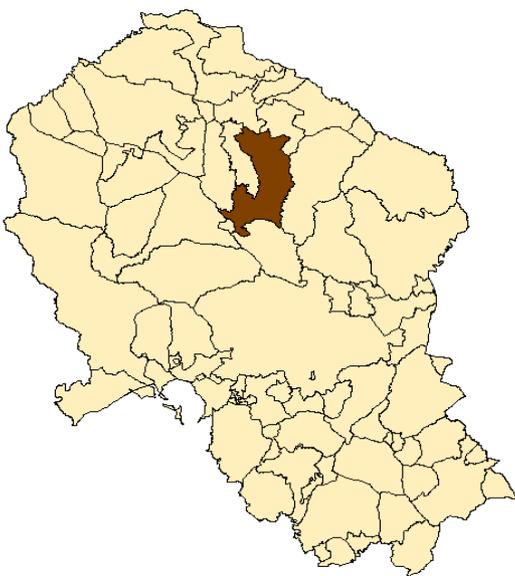
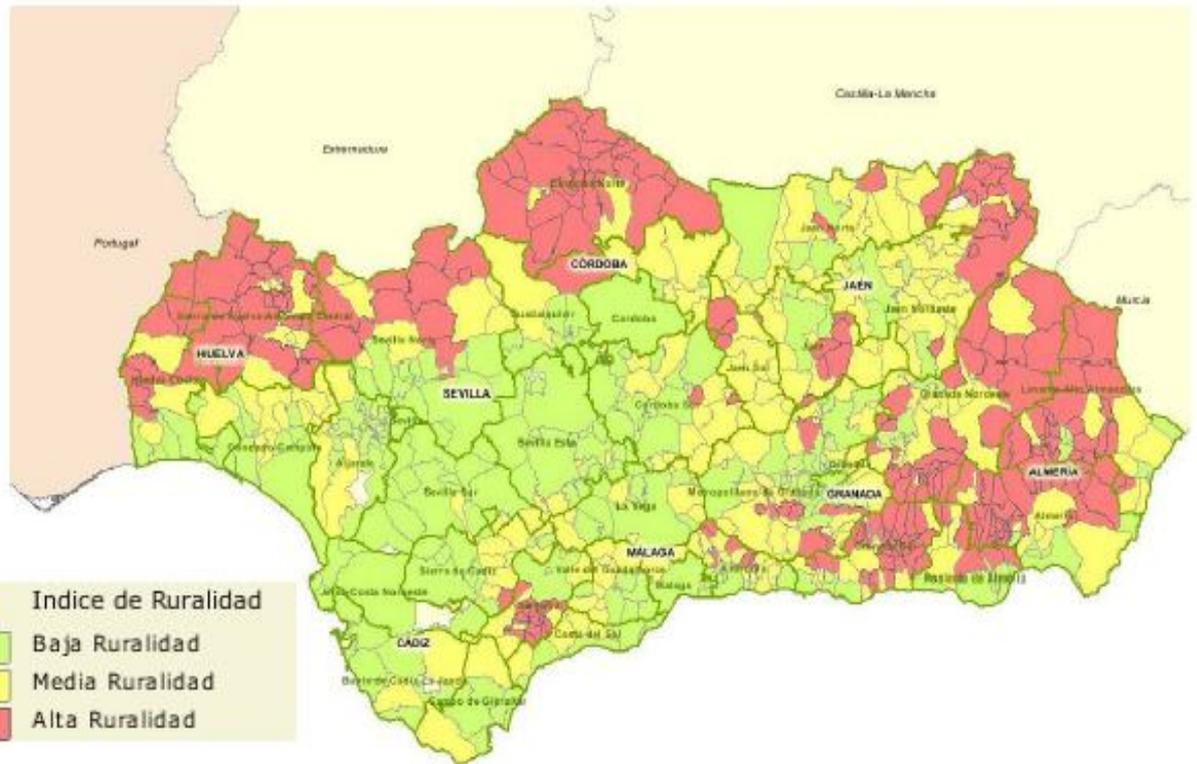


Estudio Sociosanitario del Municipio de Pozoblanco



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

Introducción	3
Objetivo	3
Metodología	3
Estructura de la población y 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 Atención Primaria	31
Anexos	35

INTRODUCCIÓN.

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

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 y deficiencias en la salud de la población o bien en los determinantes de salud de la misma.

OBJETIVO.

Describir la población del municipio de Pozoblanco 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 Pozoblanco, la comparación de tasas e indicadores se ha realizado fundamentalmente con las tasas e indicadores Andalucía y 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:

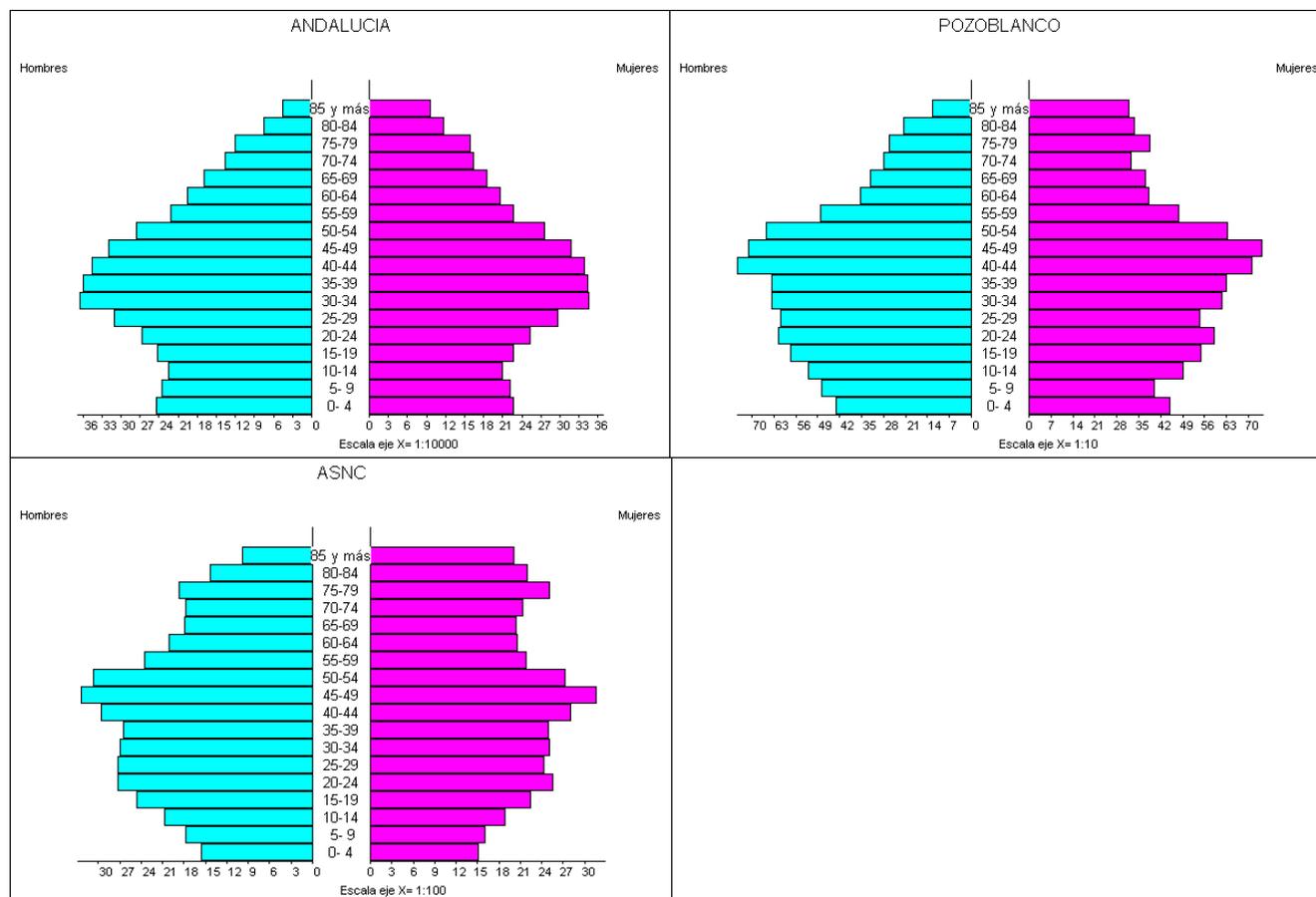
- Sistema de Información Territorial de Andalucía (SIMA) en el IEA (Instituto de Estadística de Andalucía).
- Base de Datos de Usuarios (BDU) del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- Diábaco (aplicación que permite la explotación de DIRAYA, la Historia Clínica Digital de AP en el SSPA).
- Sistema 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).
- Estudio de la conducta sobre salud de los jóvenes en edad escolar (“Health Behaviour in School-Aged Children” – estudio HBSC 2006).
- 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.



El Motivo de comparar la pirámide de población del municipio de Pozoblanco con las pirámides de Área Sanitaria Norte de Córdoba y Andalucía es porque la estructura de población de Pozoblanco es una estructura intermedia entre las dos.

Las tres pirámides son regresivas (poblaciones envejecidas), 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. La menos regresiva es la de Andalucía, le sigue la pirámide de Pozoblanco donde el vértice se ensancha más, pero aún menos que la pirámide del ASNC donde la forma de bulbo (mas envejecida) es mas precisa. También contribuye al envejecimiento de la población el descenso de nacimientos que es mas acusado en la población del ASN. 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.

La pirámide de Pozoblanco es una pirámide envejecida respecto a la andaluza y con población más joven respecto a la pirámide del ASNC.

Indicadores demográficos

I. demográficos	Andalucía	Pozoblanco	ASNC
Edad media	39,53	40,46	44,21
Tasa general de fecundidad	3,95	3,98	3,17
Índice del número de hijos por mujer fecunda	2,22	2,01	1,693
Tasa natalidad	11,60	9,48	7,70
Índice de de envejecimiento	93,29	106,66	179,59
Dependencia	46	48,22	56,13
Estructura población activa	90,44	98,16	104,21
Índice generacional de ancianos	269,1659	241,7730	168,9103

Respecto a los Índices Demográficos:

La **edad media** de la población de Pozoblanco es de 40 años aproximadamente, muy parecida a la población Andaluza y cuatro puntos por encima de la población del ASNC.

El Índice de fecundidad y el Índice del número de hijos por mujer fecunda se encuentra las mujeres de Pozoblanco por debajo de Andalucía y por encima del ASNC, al igual que ocurre con la **Tasa de natalidad**, quiere decir que en el municipio de Pozoblanco nacen mas niños y las mujeres en edad fértil son más fecundas que la población general del Área Sanitaria Norte, sin embargo, estas tasas están por debajo de la población andaluza.

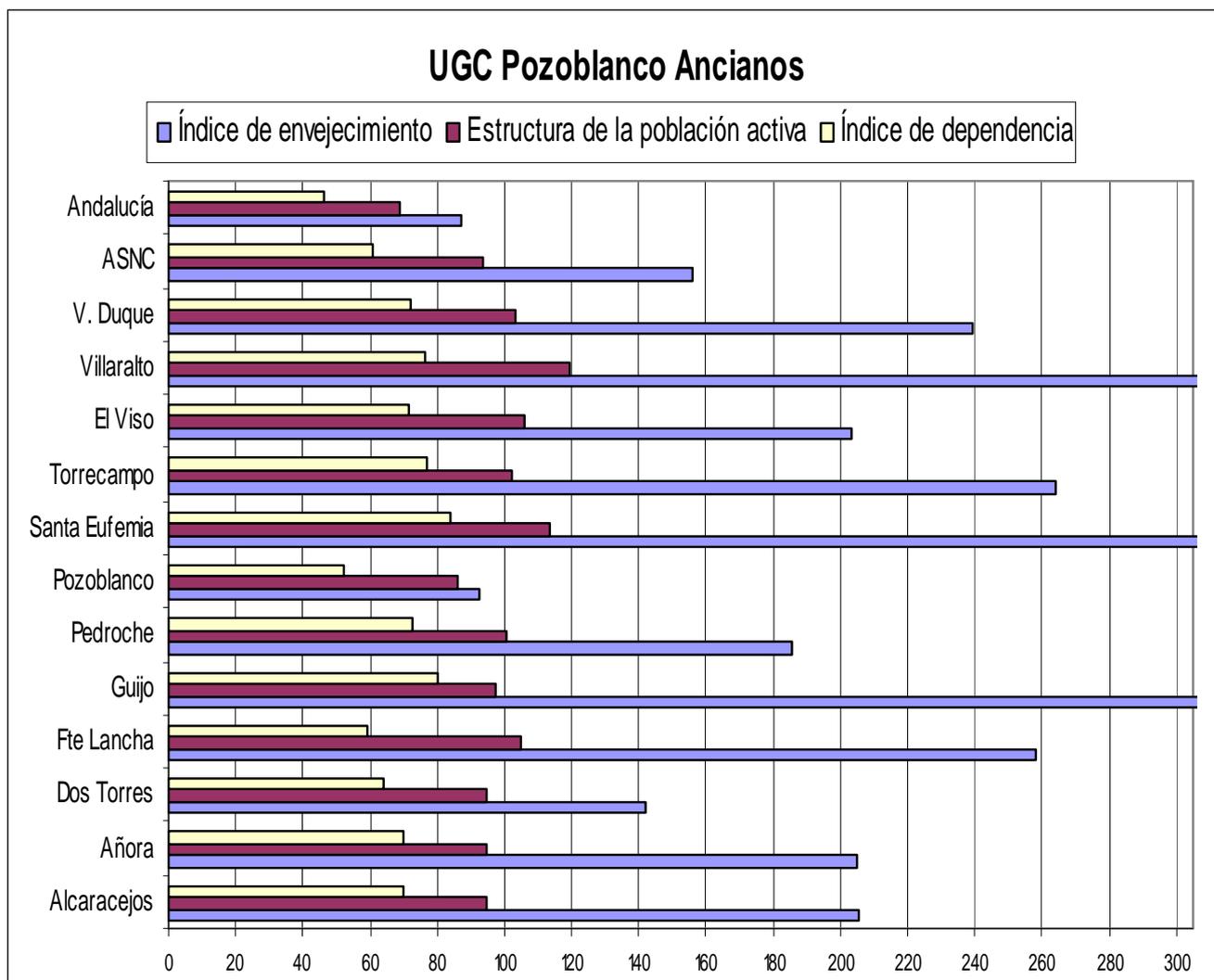
La tasa de Envejecimiento, es decir la relación entre los >65 años y < de 15 años es en el municipio de Pozoblanco 106 (es decir que hay 106 ancianos por 100 niños), es mayor que tasa andaluza y menor que el del ASNC. La tasa del Área es casi el doble que la andaluza y la tasa de envejecimiento de Pozoblanco es intermedio ente los dos.

Respecto a la dependencia, este indicador 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 las autónomas (15-64). En Pozoblanco el I. Dependencia es 48 ancianos y jóvenes son sostenidos por 100 personas activas, si lo comparamos con Andalucía, Pozoblanco tiene más dependencia, pero esta a casi 8 puntos por debajo de la dependencia 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.

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.

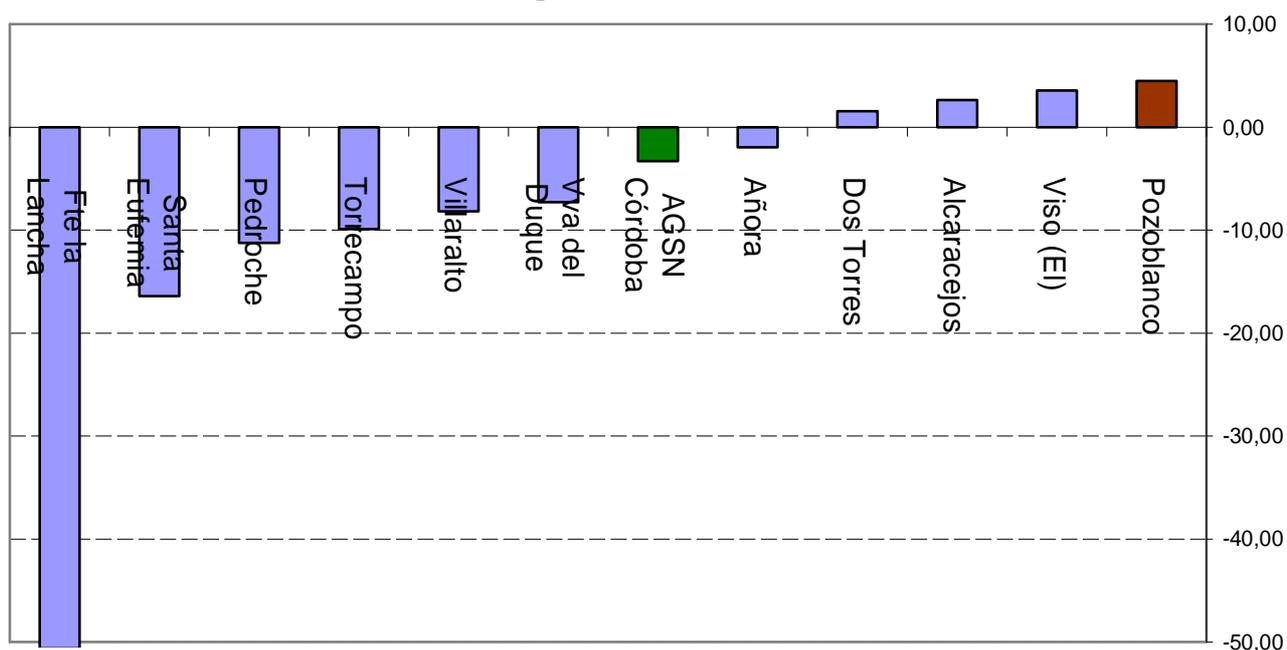


En esta gráfica se refleja lo dicho anteriormente. Se compara todos los municipios de Zona Básica de Pozoblanco con el ASN y Andalucía. Los índices mas bajos son los de Andalucía y los siguientes mas bajos los índices del municipio de Pozoblanco.

Crecimiento Vegetativo

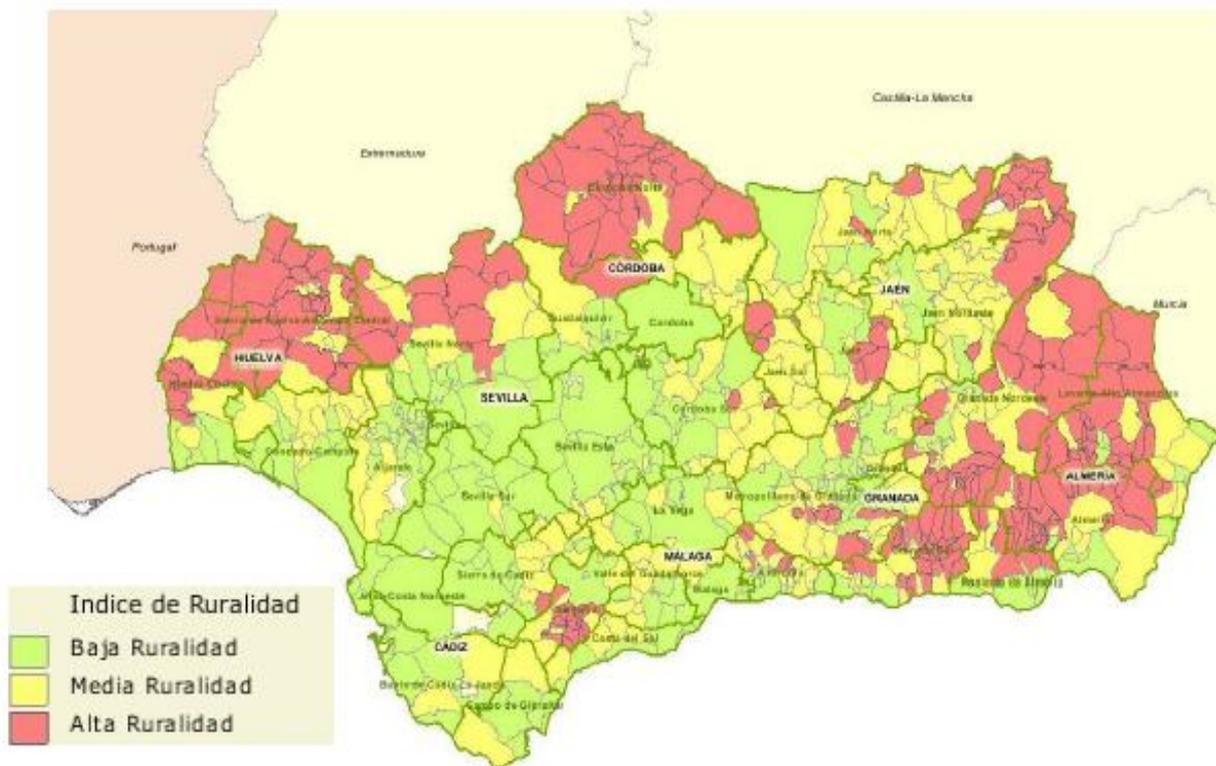
El Crecimiento Vegetativo mide la diferencia entre el número de nacimientos menos el número de defunciones en un periodo de de tiempo, en la siguiente gráfica se compara la población de Pozoblanco con su comarca y el ASNC.

Crecimiento Vegetativo UGC Pozoblanco 2011



El crecimiento vegetativo de la población de Pozoblanco es positivo, y el que más puntos de crecimiento tiene de su comarca o Unidad de Gestión Clínica.

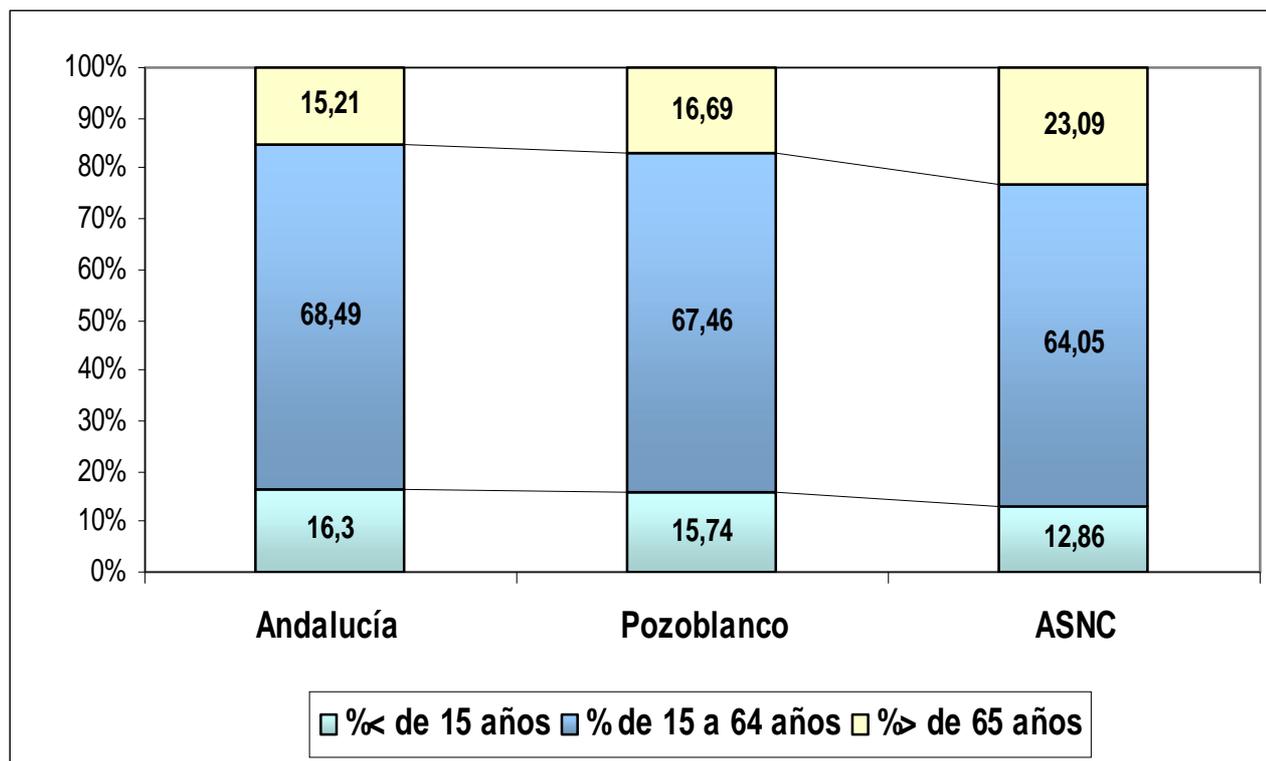
El **Índice de Ruralidad de Andalucía**, mapa que figura en la portada, siguiendo a sus autores Ricardo Ocaña (EASP), se considera de media ruralidad. Junto con Peñarroya son los dos únicos municipios del ASN de media ruralidad los demás son alta ruralidad. Las variables que tiene en cuenta esta clasificación 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.



El municipio de Pozoblanco tiene un índice de ruralidad medio. Todos los municipios del ASNC tienen alta ruralidad excepto Pozoblanco y Peñarroya.

Demografía de la población del municipio de Pozoblanco según padrón municipal 2011.

Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Total
De 0 a 14 años	1.435	1.357	2.792 (15,74%)
De 15 a 64 años	6.035	5.930	11.965 (67,46%)
De 65 y mas años	1.213	1.765	2.978 (16,69%)
Total	8.673	9.052	17.735



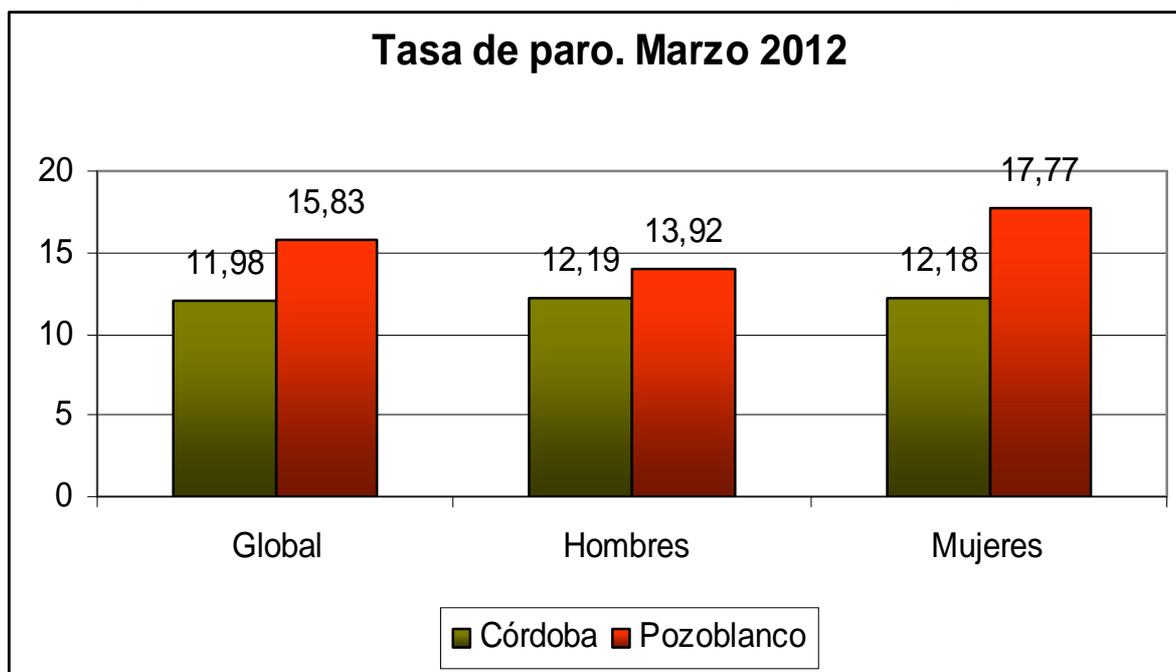
Finalmente se podría argumentar, que el municipio de Pozoblanco tiene una estructura de población envejecida si se le compara con la estructura de población andaluza, al ser un municipio geográficamente ubicado en el Área Sanitaria Norte de Córdoba. Esta Área junto con las zonas de sierra de Huelva y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

Sin embargo, hay que resaltar que el municipio de Pozoblanco es uno de los municipios del ASNC con un crecimiento vegetativo positivo. Tiene la tasa de natalidad y fecundidad por encima de las tasas del ASNC. Las poblaciones infantiles y adolescentes tienen un peso importante que hay que cuidar; para tener en cuenta en todas las intervenciones en salud, por dos razones importantes: una, por la estructura de población y la otra por ser en este municipio donde se concentra mayoritariamente las cohortes de edad adolescentes, al ser la localidad donde se imparte la Educación Secundaria, el Bachiller y la Formación Profesional de la mayoría de municipios (todos excepto dos) de esta Zona Básica o Comarca.

Tasa de Paro

Paro a Marzo del 2012

La tasa de paro global de Pozoblanco 15,83 mayor que la tasa de paro Córdoba, sobre todo a expensas de la tasa de paro femenina. Tasa que aumenta casi el doble a partir de los 25 años de edad en las mujeres, respecto a los hombres.

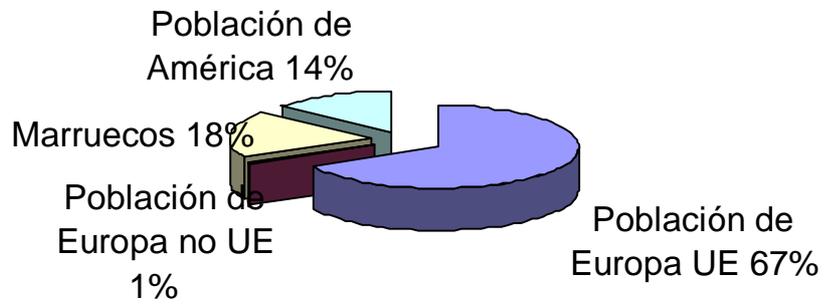


Tasa de inmigrantes

El municipio de Pozoblanco la tasa de inmigrantes es de 50,29 que esta por encima de la tasa del ASNC y por debajo de la andaluza

Las características de la población inmigrantes es por lo general una población estable, donde lleva más de un año en el municipio. La población mayoritaria es la población de Europa de la UE y dentro de esta el 99% es la población Rumana, le sigue la población marroquí con un 18%.

Inmigración según procedencia 2011



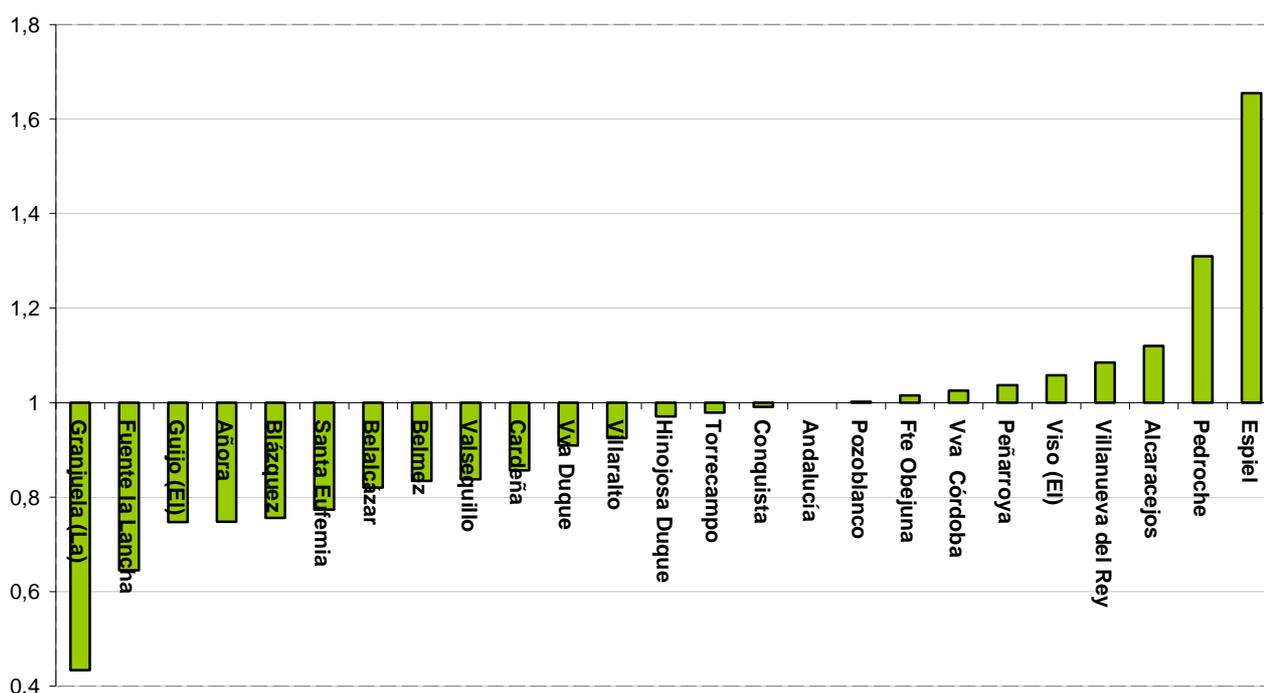
INDICADORES DE MORTALIDAD

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.

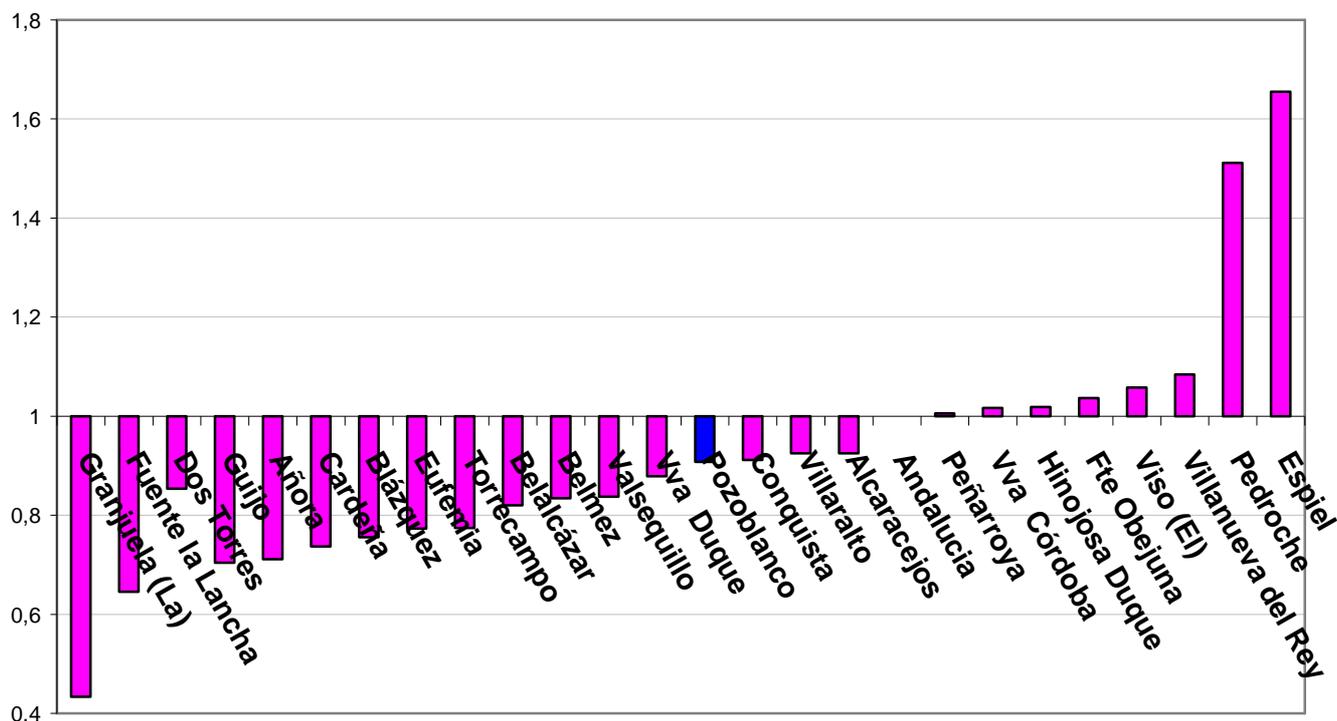
Se compara la Tasa de mortalidad general del municipio de Pozoblanco con la tasa andaluza que es la estándar (1). La tasa de mortalidad en hombres del municipio de Pozoblanco, esta ligeramente por encima de la andaluza (1,1).

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 veintiuna causas más frecuentes de mortalidad en el año 2008, con los datos obtenidos del Atlas Interactivo de Mortalidad de Andalucía (AIMA), se concluye que las dos causas más frecuentes de mortalidad en la población de Pozoblanco.

Las causas más frecuentes de mortalidad en la población del municipio de Pozoblanco por grupos de edad y sexo son:

Enfermedades Cerebrovasculares

Hombres de 15- 74 años.

Mujeres de 65-74.

Destacar la mortalidad en hombres en edad temprana.

Ateroesclerosis en mujeres

Ateroesclerosis en mujeres > de 65 años.

Enfermedades Crónicas Respiratorias

En hombres de > de 45 años.

Accidentes de Tráfico

Hombres de 1 a 14 años y 45 a 64 años.

Mujeres de 15 a 44 años.

Destacar la mortalidad prematura.

Suicidios

En hombres de 65 a 74.

Cáncer de Mama

Mujeres 45-64 años.

Enfermedades Cerebrovasculares

Esta es una de las causas de mortalidad en el ASNC, donde hay más municipios con exceso de mortalidad significativo, se da en los dos géneros y hay en más cohortes de edad. En Pozoblanco destacar que todas las curvas tiene una tendencia decreciente, salvo la cohorte de edad de 15-44 en hombres que tiende a subir en los últimos años. La tendencia española decrece desde 1981 hasta 2008

Pozoblanco

Edad	Sexo	Tasa suavizada 2008	Razón de tasas	Tendencia	Inicio exceso	Observaciones
15-44	Hombres	0,48	2,34	Decreciente	2005	Tendencia decreciente que comienza a subir en el 2005
65-74	Hombres	22,03	1,66	Decreciente		Tendencia decreciente paralela a la tendencia española
65-74	Mujeres	11,44	1,67	Decreciente		Tendencia decreciente paralela a la tendencia española

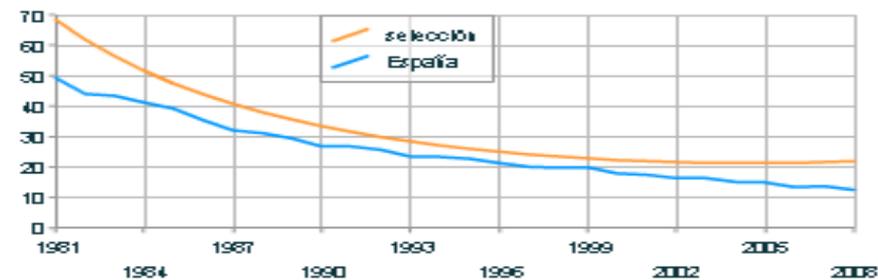
Pozoblanco

Mortalidad por enf. cerebrovascular: tasa, hombres, 15-44 años (2008): 0.48 defunciones por 10.000 habitantes



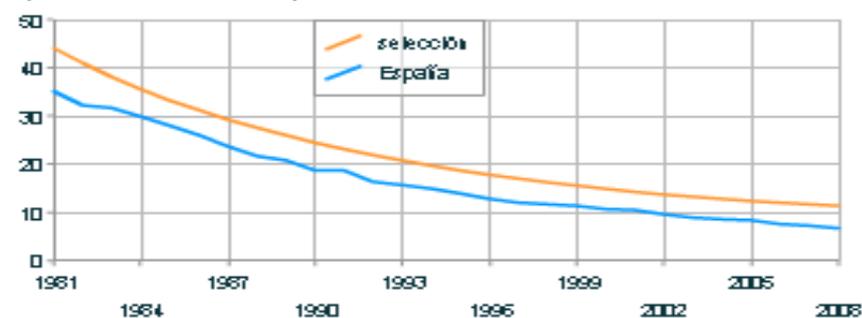
Pozoblanco

Mortalidad por enf. cerebrovascular: tasa, hombres, 65-74 años (2008): 22 defunciones por 10.000 habitantes



Pozoblanco

Mortalidad por enf. cerebrovascular: tasa, mujeres, 65-74 años (2008): 11.4 defunciones por 10.000 habitantes



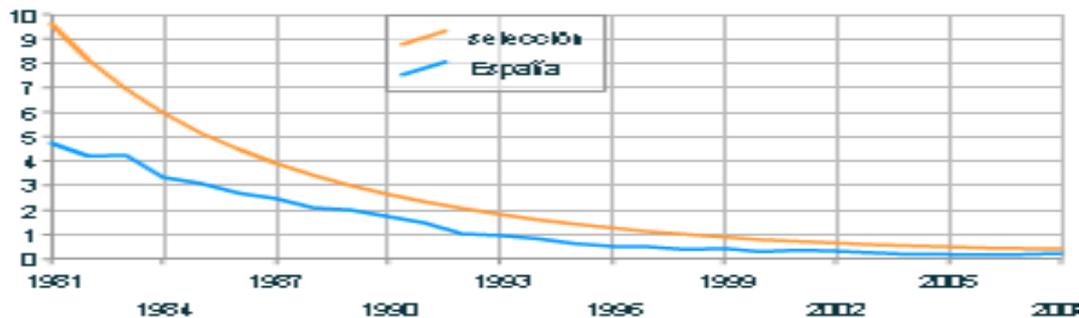
Ateroesclerosis en mujeres

Pozoblanco

Edad	Sexo	Tasa suavizada 2008	Razón de tasas	Tendencia	Inicio exceso	Observaciones
65-74	Mujeres	0,41	3,18	Decreciente		Tendencia decreciente que se iguala con la tendencia española

Pozoblanco

Mortalidad por aterosclerosis: tasa, mujeres, 65-74 años (2008):
0.41 defunciones por 10.000 habitantes



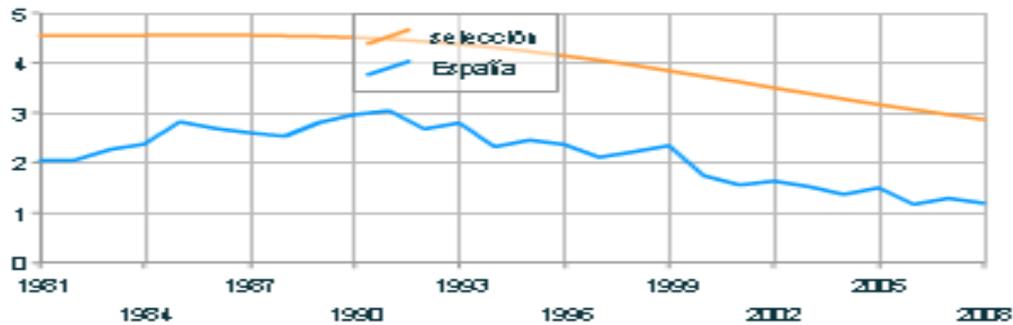
Enfermedades Crónicas Respiratorias

Pozoblanco

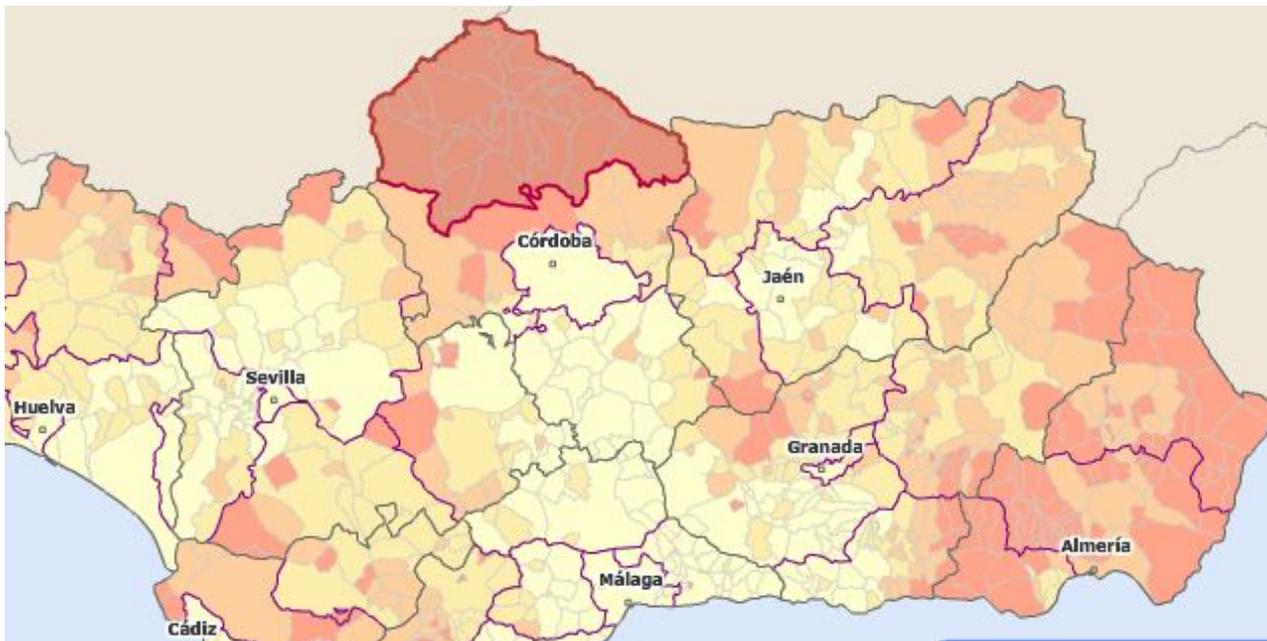
Edad	Sexo	Tasa suavizada 2008	Razón de tasas	Tendencia	Inicio exceso	Observaciones
45-64	Hombres	2,87	2,772	No significativa		Curva decreciente paralela a la tendencia español

Pozoblanco

Mortalidad por enf. vías resp. inf.: tasa, hombres, 45-64 años
(2008): 2.87 defunciones por 10.000 habitantes



Accidentes de Tráfico



Las tasas de mortalidad del ASNC, 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. Concretamente en el municipio de Pozoblanco se da en hombres y en mujeres.

Pozoblanco

Edad	Sexo	Tasa suavizada 2008	Razón de tasas	Tendencia	Inicio exceso	Observaciones
1-14	Hombres	0,69	3,78	No significativa	2002	Tendencia por debajo de la tendencia española, que comienza a crecer en 2002
45-64	Hombres	3,04	1,96	No significativa	2005	Crece muy levemente a partir del 2005
15-44	Mujeres	1,75	5,77	No significativa	2000	Tendencia por debajo de la tendencia española, que comienza a crecer en 2000

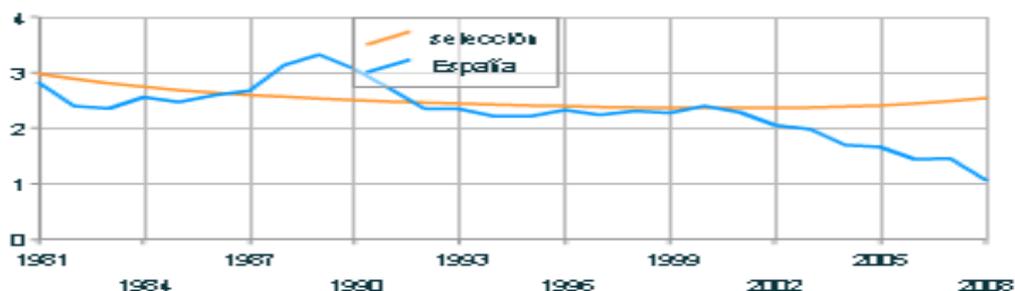
Pozoblanco

Mortalidad por accidentes de tráfico: tasa, hombres, 1-14 años
(2008): 0.69 defunciones por 10.000 habitantes



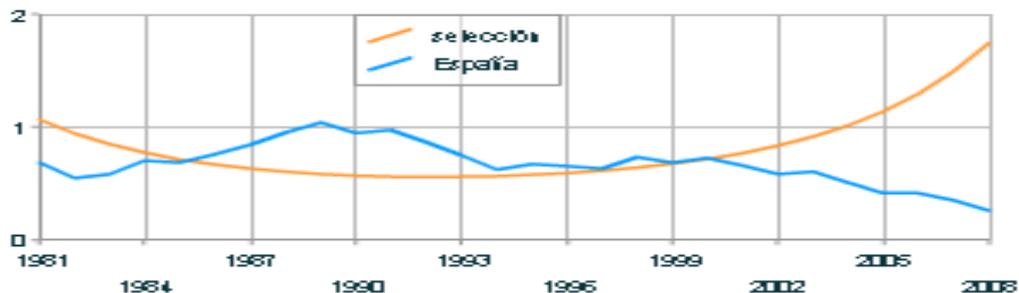
Pozoblanco

Mortalidad por accidentes de tráfico: tasa, hombres, 45-64 años
(2008): 2.55 defunciones por 10.000 habitantes



Pozoblanco

Mortalidad por accidentes de tráfico: tasa, mujeres, 15-44 años
(2008): 1.75 defunciones por 10.000 habitantes



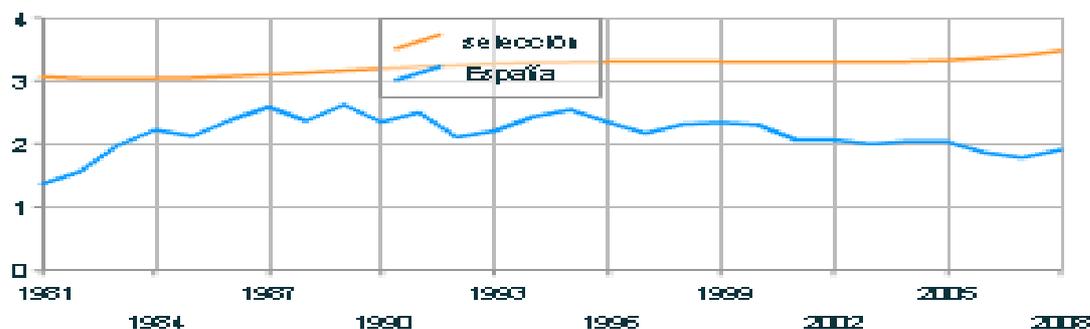
Suicidios

Pozoblanco

Edad	Sexo	Tasa suavizada 2008	Razón de tasas	Tendencia	Inicio exceso	Observaciones
65-74	Hombres	3,48	2,05	No significativa	2005	La tendencia esta por encima de la tasa española y tiende a subir desde 2005

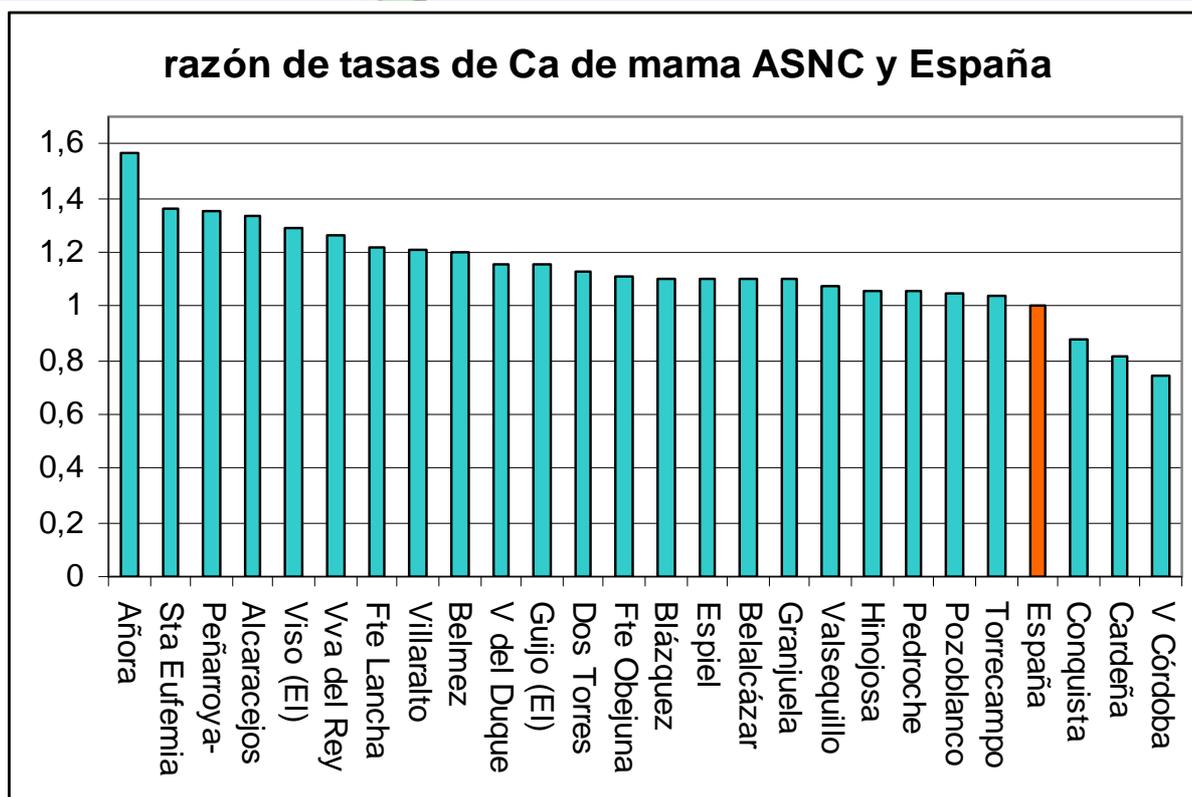
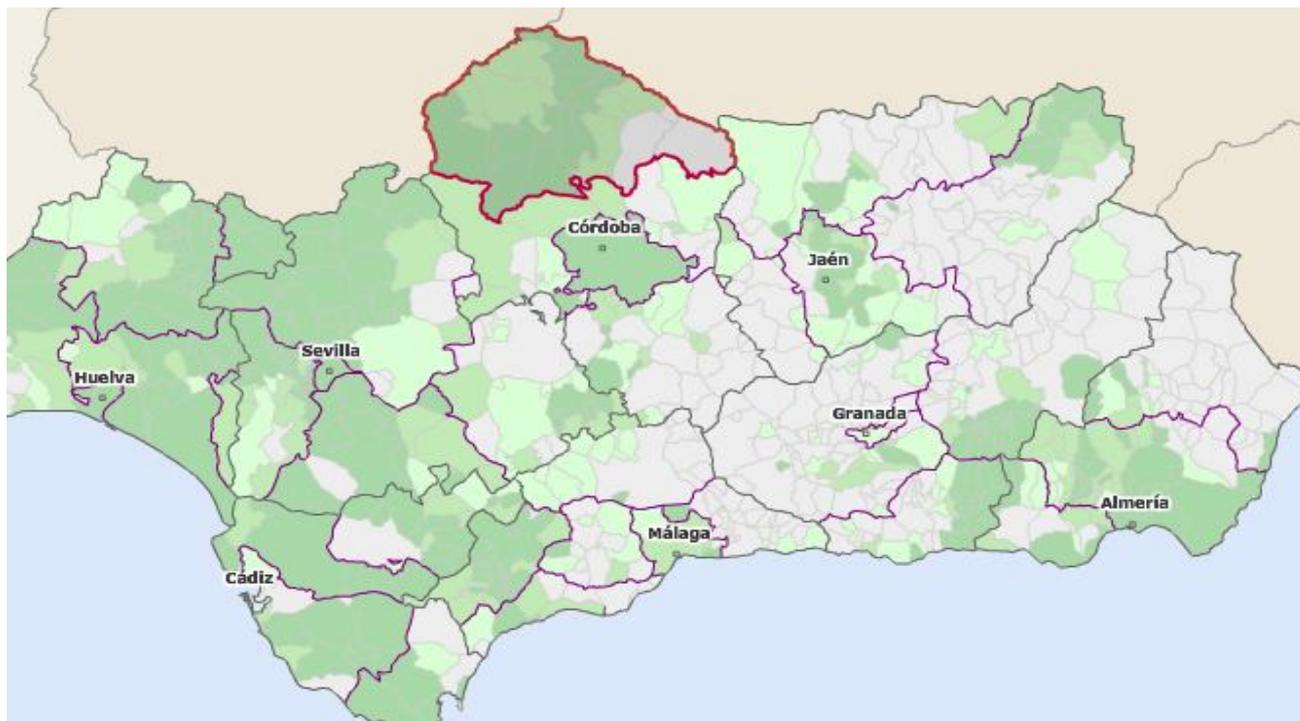
Pozoblanco

Mortalidad por suicidio: tasa, hombres, 65-74 años (2008): 3.48 defunciones por 10.000 habitantes



Cáncer de Mama en mujeres

La razón de tasas cáncer de mama en mujeres esta por encima de la tasa española, aunque ningún municipio sea el exceso de mortalidad significativa.

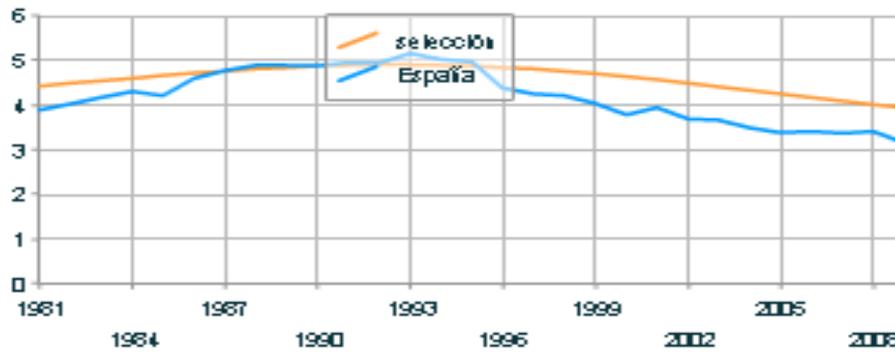


Pozoblanco

Edad	Sexo	Tasa suavizada 2008	Razón de tasas	Tendencia	Inicio exceso	Observaciones
45-64	Mujeres	1,18	3,94	No significativa	1996	Tendencia por encima de la tendencia española

Pozoblanco

Mortalidad por cáncer de mama: tasa, mujeres, 45-64 años (2009):
3.94 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 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 Pozoblanco 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.

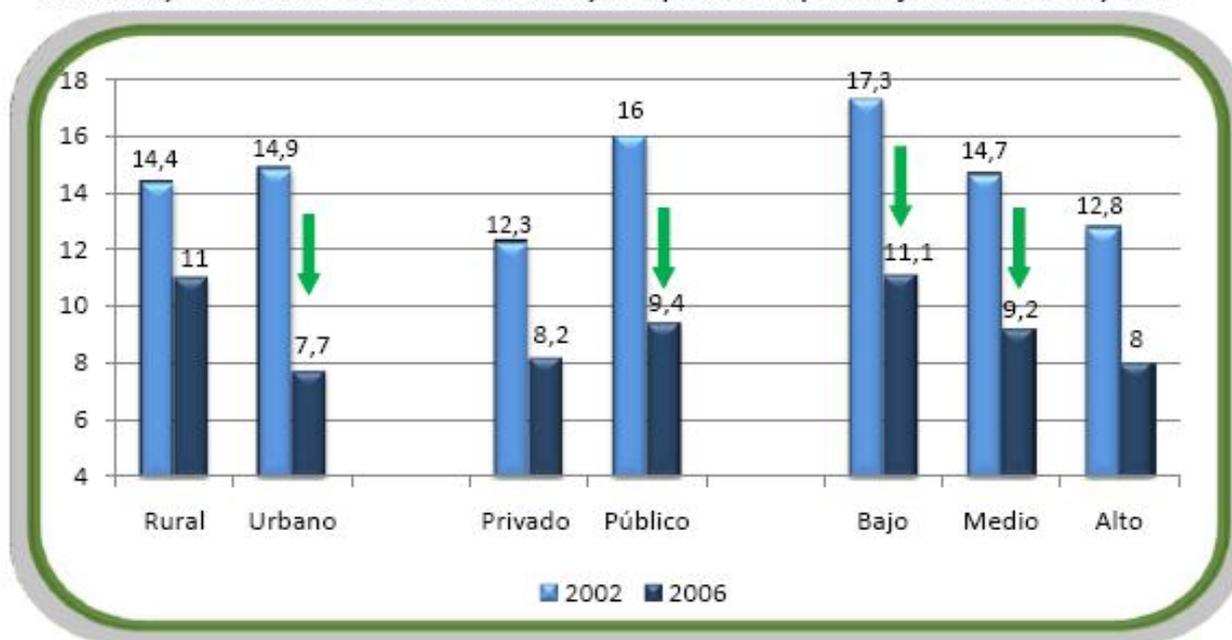
Consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales en la población adolescente española.

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.

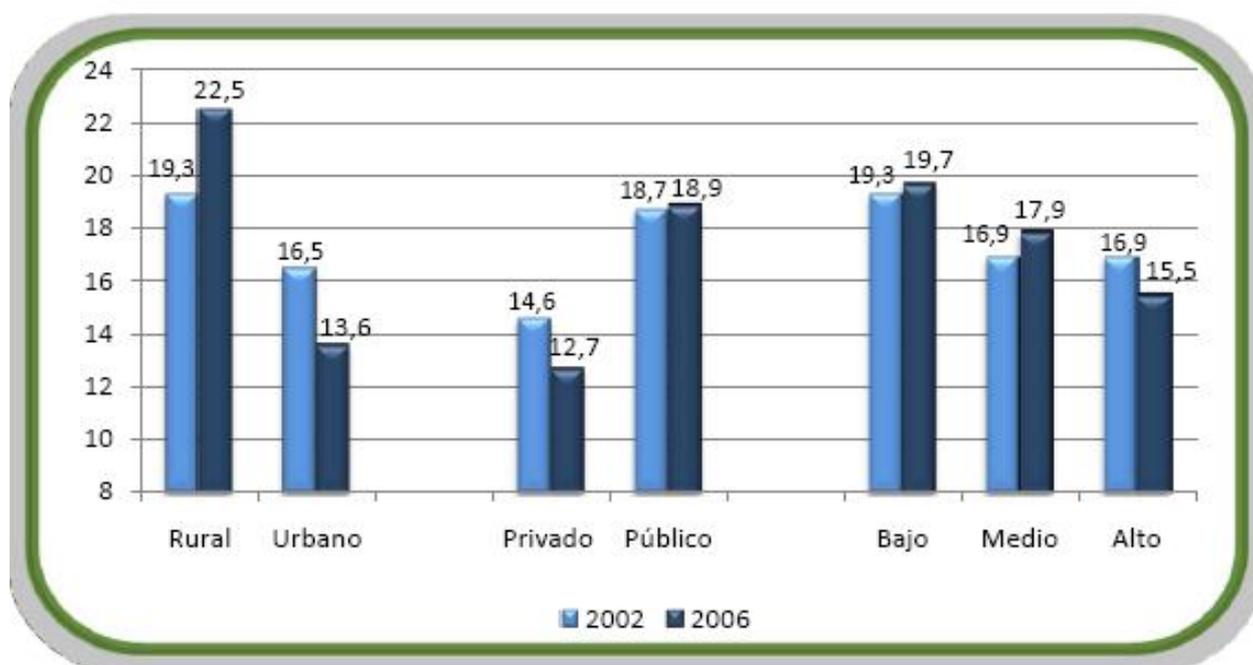


Frecuencia de consumo de Alcohol

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.

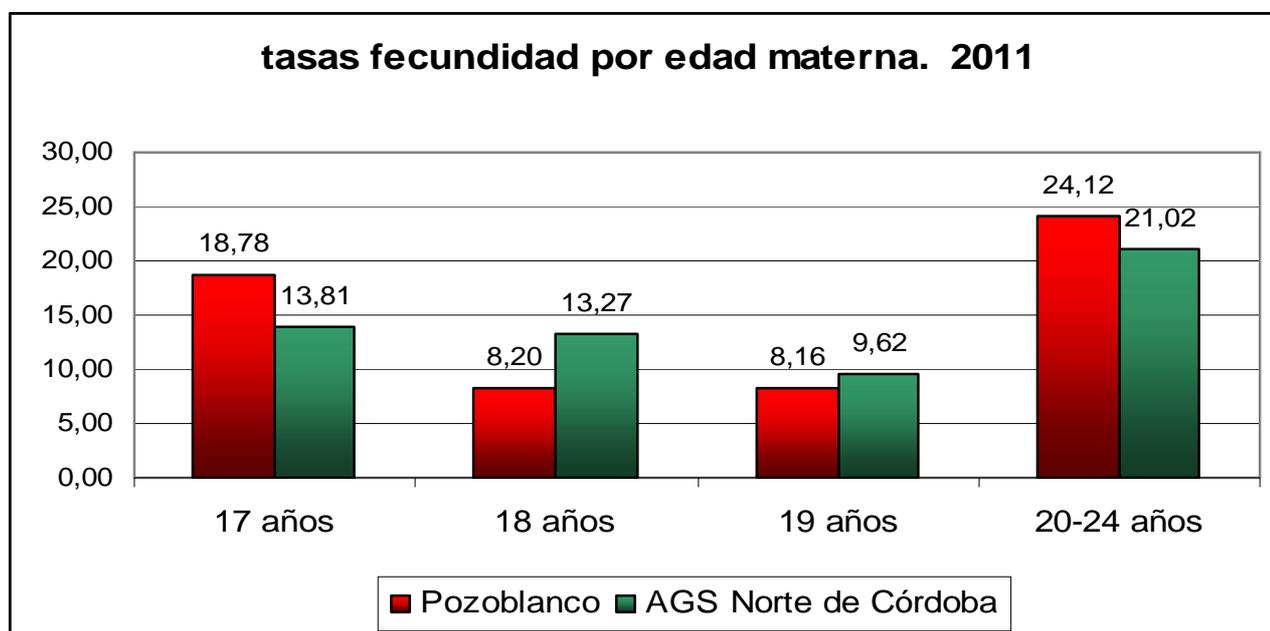
El **consumo de alcohol aparece algo más asociado al hábitat rural**, a la titularidad pública del centro educativo y al bajo poder adquisitivo de las familias. No obstante, estas diferencias no son muy importantes, y no aparecen en relación con el consumo de drogas ilegales.

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”.

Un Indicador indirecto sería las tasas de fecundidad por edad materna. **En Pozoblanco la tasa de fecundidad en adolescentes de 17 años es mayor que en el Área.**



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.

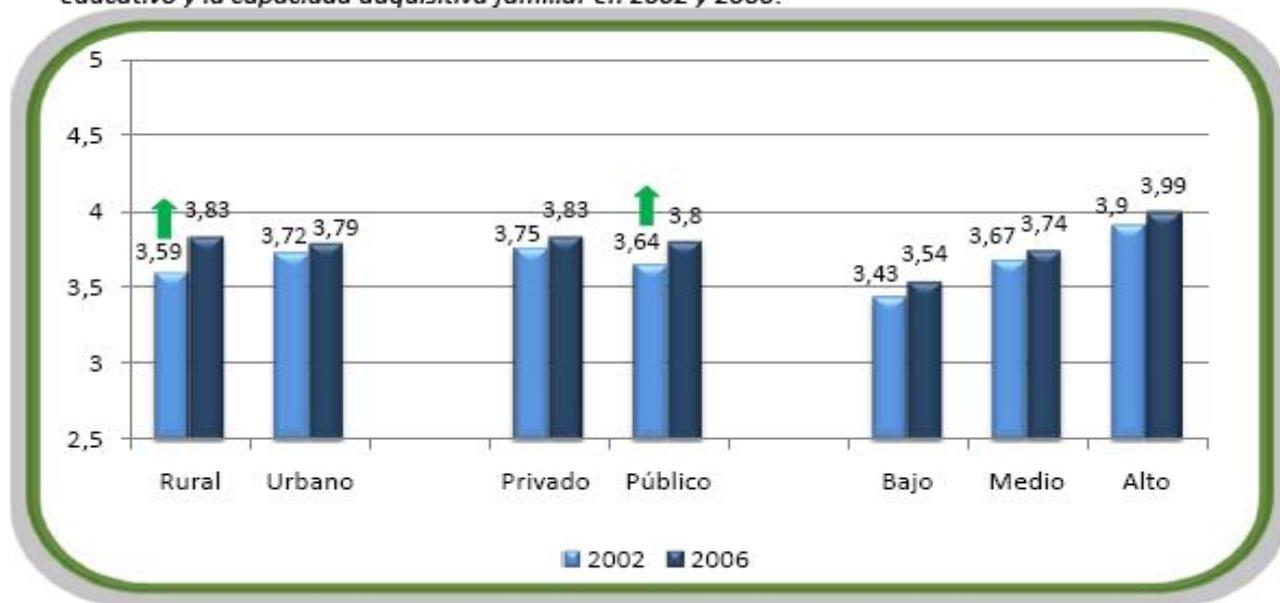
Existe una tendencia algo mayor entre los adolescentes de familias de capacidad adquisitiva alta a desarrollar hábitos más saludables, percibiéndose de forma más clara a algunos de las mejoras de los últimos cuatro años en este tipo de adolescentes.

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 desciende 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 de Triple Vírica en Niños de 3 años

	POZOBLANCO	ANDALUCÍA
Cobertura de vacunación completa	98,99%	97,64%
Cobertura Triple vírica	96,88%	85,64%

La prevalencia de niños Obesos en el municipio de Pozoblanco es muy parecida a la prevalencia Andaluza

I	POZOBLANCO	ANDALUCÍA
Prevalencia de niños Obesos	1,1%	1,4%

Seguimiento de Salud infantil

Cobertura del programa	POZOBLANCO
Número de niños nacidos en el año 2011 con al menos una visita al	66,40%
Niños nacidos el año anterior al que hay que evaluar con tres visitas o más.	60,20%

Programa relacionados con la mujer

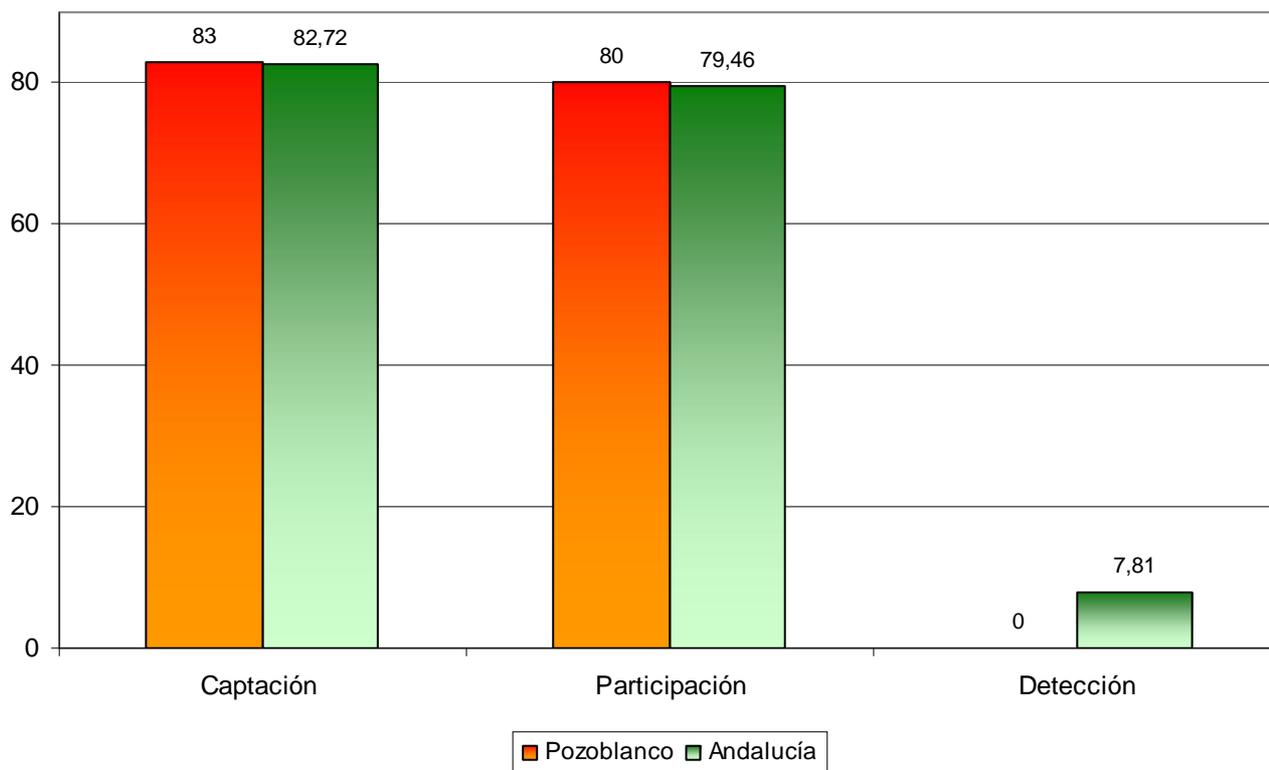
Cáncer de Útero y Cervix

	Pozoblanco
Población Diana (Mujeres entre 40 y 50 años)	1485
Mujeres incluidas en el proceso cáncer cervix	586
Porcentaje de mujeres incluidas en el proceso	39,46 %

Detección Precoz de Cáncer de Mama

Las tasas de Captación y de Participación de mujeres de Pozoblanco en el programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama 2010-2011 son parecidas a las tasas andaluzas. En cuanto a la tasa de detección, Pozoblanco presenta mujeres, menor que la tasa de Andalucía, que alcanza un 7,81 por 1000 mujeres.

Programa de Detección Precoz de Cancer de Mama 2011



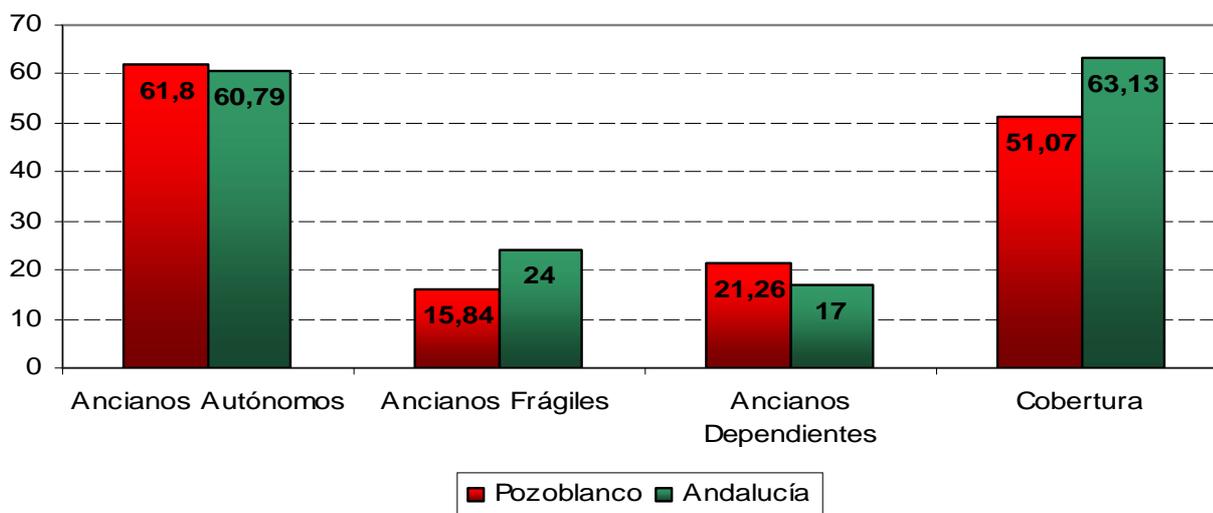
Píldora postcoital

El año 2010 en el Municipio de Pozoblanco tiene una tasa de 28,24 por 1000 mujeres de 15 a 49 años de dispensaciones de píldora postcoital, siendo esta tasa mucho más elevada que la tasa andaluza (17,85). Por otra parte, del total de píldoras dispensadas, el 38,83% se hizo a mujeres menores de 20 años y de un 61,17% en las menores de 24 años.(No disponemos de este dato a nivel andaluz).

Atención a personas mayores de 65 años

En Pozoblanco el número de personas mayores de 65 años es 2.978 (padrón 2011). De estos están incluidos en el programa del examen de salud a > 65 años el 51,07%. Estos ancianos están clasificados según el grado de autonomía personal, es decir en autónomos, frágiles o en riesgo de dependencia y en ancianos dependientes.

Atención a personas mayores de 65 años. 2011



En el municipio de Pozoblanco la cobertura del programa es menor que la cobertura Andaluza. Hay menor relación de ancianos frágiles, sin embargo, hay una mayor relación de ancianos 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 niños con Asma. El 8% de niños < 15 años con Asma

Población: niños < de 15 años	3.624
Niños < de 15 años con Asma valorada	273
Porcentaje de niños con asma atendidos en C.S. Pozoblanco	226 (83%)

Atención adultos con Asma. El 4,62% > de 15 años de la población están P.A

Población: adultos > de 15 años	14.608
Adultos > de 15 años con Asma valorada	675

Atención a Pacientes con Diabetes. El 8% de la población esta en el PA Diabetes

Numero de Usuarios con Diabetes	1261
Numero de Pacientes con Diabetes controlada	661 (52,42%)

Atención a paciente con EPOC

Numero de Usuarios con EPOC	336
Numero de Usuarios con EPOC y con Espirometría	179 (85,33)

Atención a personas hipertensas

Población adultos > de 15 años	14.608
Atención a Personas con Hipertensión Arterial	2.068 (14,16%)

Atención a Pacientes con Cuidados Paliativos

Total Usuarios con Cuidado Paliativos	25
Pacientes con Cuidados Paliativos y con indicación de Opioides	15

Atención a Pacientes Pluripatológico

Numero de Usuarios con Pluripatología	136
Numero de Pacientes Pluripatológico con identificación Cuidador Principal	46 (33%)

Atención a Pacientes con Demencias

Numero de Usuarios con Demencias	159
Numero de Pacientes Demenciados con test Psicométrico	149
Numero de Pacientes Demenciados con identificación Cuidador Principal	98 (61,63%)

CONSIDERACIONES FINALES

El estudio de la estructura de la población del municipio de Pozoblanco 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 Pozoblanco, se debería prestar atención a las cobertura 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 Pozoblanco es mayor que la tasa de paro de la provincia de Córdoba, sobre todo a expensas de del paro femenino.

Respecto a la inmigración su tasa es mayor que la del ASNC y menor que la andaluza.

La estructura de población de Pozoblanco, es una población envejecida si se compara con la población andaluza, pero cabe resaltar que tiene un crecimiento vegetativo positivo, la tasa de natalidad y fecundidad son muy parecidas a las andaluzas. Hay una importante población juvenil que adquiere mas importancia por ser la población del futuro, es decir donde los hábitos en salud se adquieren en edades tempranas.

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 Pozoblanco, resaltar la mortalidad prematura de los accidentes de tráfico. Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares, enfermedades respiratorias 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 y seguimientote salud infantil por parte de los profesionales del Centro de Salud del municipio de Pozoblanco, el porcentaje de niños obesos es similar en Pozoblanco y Andalucía.

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.

ANEXOS

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.

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.

Índice de Natalidad nacidos vivos en un años/ población general en el mismo periodo*1000.

Crecimiento vegetativo

Es la diferencia o saldo entre el número de nacimientos menos el de defunciones ocurridas en un período. Expresado en cifras relativas a la población y año (personas * 1000).

INDICE DE RURALIDAD Índice de Ruralidad para Areas 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.

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.

PREVALENCIA DE OBESIDAD

$\text{N}^\circ \text{ de niños/as entre 2 y 18 años con obesidad} / \text{Número de niños/as entre 2 y 18 años} \times 100$

IVEs

$\text{N}^\circ \text{ total de solicitudes de estudio de información y estudio para posible interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en mujeres entre 15 - 19 años en el año} / \text{N}^\circ \text{ total de mujeres entre 15 - 49 años} \times 1000$

INDICADORES DE PÍLDORA POSTCOITAL

Nº total de píldoras dispensadas / Nº total de mujeres entre 15 - 49 años x 1000

Nº total de píldoras dispensadas en mujeres entre 15-20 años / Nº total de píldoras dispensadas x 100.

Nº total de píldoras dispensadas en mujeres entre 15-24 años / Nº total de píldoras dispensadas x 100.

PROGRAMA DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA

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

Número de mujeres captadas / Población elegible x 100

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

Número de mujeres exploradas / Población elegible x 100

Tasa de Detección Global: Nº de mujeres en las que se demuestra una lesión maligna por estudio anatomopatológico (ductal in situ y/o invasiva).

Número de mujeres con tumor maligno / Número total de mujeres exploradas x 1.000

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).