



Diagnóstico  
de Salud  
Comunitario  
2017

HIGUERA DE VARGAS  
(Badajoz)

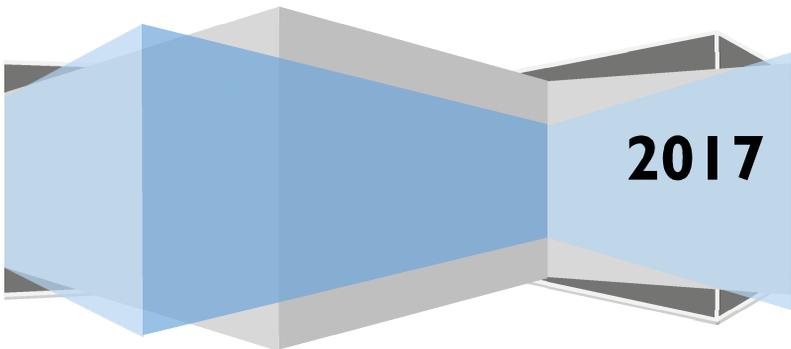


# DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO 2017

Higuera de Vargas

Zona de Salud de Alconchel

Área de Salud de Badajoz. Servicio Extremeño de Salud



Imprime: Gráficas Diputación de Badajoz

ISBN: 978-84-09-09719-7

Depósito Legal: BA-000159/2019

## **COORDINADORES DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN**

Livia Manchón López (Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria).

Cándido Sánchez Cabrera (Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria).

## **GRUPO DE INVESTIGACIÓN**

Noa Batalla Rebollo (Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Técnico de Salud).

María José Bermejo Rivero (Enfermera de Atención Primaria).

Vicente García Martín (Médico de Familia).

Gloria González Conde (Pedagoga de Apoyo Comunitario en Salud).

Rocío Moreno Rey (Trabajadora Social).

Macarena Muñoz Sanz (Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria).

Ignacio Pérez Sánchez (Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Dirección de Salud).

María Dolores Vázquez Torvisco (Enfermera de Atención Primaria)





La Comisión Comunitaria de Salud es un espacio de participación para contribuir a la mejora de las condiciones de salud de la zona. Está formada por asociaciones, colectivos de ciudadanos, profesionales que desarrollan su trabajo en Higuera de Vargas, y cualquier persona que a título individual quiera participar. Actualmente forman parte de esta Comisión:

- Profesionales del Consultorio de Higuera de Vargas.
- Profesionales del Equipo de Atención Primaria de Alconchel.
- Profesionales del C.E.I.P. Ntra. Sra. de Loreto.
- Profesionales del I.E.S. Francisco Vera.
- Profesionales de los Servicios Sociales de Base del Ayuntamiento.
- Profesionales de la Mancomunidad Integral de la Comarca de Olivenza.
- Profesionales de Servicios Asistenciales de Higuera de Vargas.
- Representantes del AMPA del C.E.I.P. Ntra. Sra. de Loreto.

- Representantes del Club de la Lectura “El Coso”.
- Representantes de la Asociación Mujeres de las Flores.
- Representantes del Consejo Municipal de Mujeres de Higuera de Vargas.
- Representantes de la Asociación de Mujeres “La Nava”.
- Representantes de la Asociación BTTS.
- Representantes de la Parroquia de la Purísima Concepción.
- Representantes de Mayores de Higuera de Vargas.
- Representantes de Jóvenes de Higuera de Vargas.
- Representantes del Ayuntamiento de Higuera de Vargas.
- Empresarios/as de Higuera de Vargas.
- Vecinos y vecinas de Higuera de Vargas.

## PRÓLOGO

Uno de los Centros de Salud más avanzados del Área de Salud de Badajoz en alcanzar un desarrollo integral de la Atención Primaria, ha sido el Centro de Salud “El Progreso”, a través del “Proyecto Progreso”. Los resultados obtenidos, tanto desde el punto de vista asistencial como desde la perspectiva de la Salud Comunitaria, son muy positivos.

Por todo ello, la Dirección de Atención Primaria elaboró una serie de líneas estratégicas para garantizar el desarrollo de las funciones de los Equipos de Atención Primaria, no solo asistenciales sino de promoción y prevención de la salud, con la participación activa de la Comunidad. Entre ellas estaba la elaboración de un proyecto piloto (Participación y Salud) para experimentar el Proyecto Progreso en otras comunidades del Área de Salud. Así se seleccionaron las comunidades de Cerro Gordo y Suerte de Saavedra en la ciudad de Badajoz, las de Higuera de Vargas (Zona de salud de Alconchel) y Valverde de Leganés.

Lo primero que se deber realizar para trabajar en Salud Comunitaria es un estudio de aproximación para conocer la situación de salud de la Comunidad donde está desarrollando su labor el Equipo de Atención Primaria (EAP). Este estudio se conoce como el **Diagnóstico de Salud Comunitario (DSC)**.

Para garantizar la participación de la comunidad en la solución de los problemas y necesidades, detectadas en el DSC, ésta deberá participar activamente en el mismo, a través de la constitución de espacios de encuentro que lo garan-

tice, estos espacios son las **Comisiones Comunitarias de Salud (CCS)**. La Comisión Comunitaria de Salud es un espacio de relación, colaboración y participación comunitaria destinado al desarrollo de la promoción de la salud comunitaria en los Equipos de Atención Primaria. La comunidad engloba a **tres protagonistas**: administraciones/instituciones, recursos técnico-profesionales y ciudadanía. Estos tres protagonistas estarán representados en las Comisiones Comunitarias de Salud, cada cual cumpliendo su papel pero contribuyendo al objetivo común de la promoción de la salud comunitaria.

El DSC se ha realizado en las cuatros comunidades que participan en el Proyecto Participación y Salud, a partir del mismo cada CCS priorizará aquellos problemas y necesidades sobre los que los Equipos intervendrán de forma coordinada con el resto de recursos sanitarios y no sanitarios del territorio, así como la población y las instituciones de las que dependen los diferentes recursos.

Desde estas líneas queremos agradecer el esfuerzo realizado tanto por la ciudadanía como por los profesionales de los EAP y diferentes recursos técnicos de otros sectores, implicados en la mejora de la Salud Comunitaria. También queremos dar las gracias a las administraciones locales de Badajoz, Valverde de Leganés e Higuera de Vargas, sin cuyo concurso no podría haber visto la luz este **Diagnóstico de Salud Comunitario**.

Dámaso Villa Mínguez



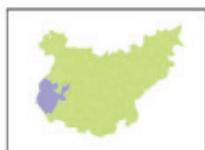
Gerente Área de Salud de Badajoz

Ignacio Maynar Mariño



Director Médico de Atención Primaria

## MANCOMUNIDAD INTEGRAL COMARCA DE OLIVENZA



La localidad de Higuera de Vargas pertenece a la Mancomunidad Integral de la Comarca de Olivenza





4.7.1. Vacunaciones infantiles	Pág. 53
4.7.2. Vacunación adultos. Gripe	Pág. 54
<b>5. INFORMACIÓN SUBJETIVA</b>	Pág. 57
5.1 PROBLEMAS COMUNES A TODA LA POBLACIÓN	Pág. 57
<b>6. INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>	Pág. 59
6.1. CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNIDAD	Pág. 59
6.2. INFORMACIÓN OBJETIVA	Pág. 60
6.3. INFORMACIÓN SUBJETIVA	Pág. 64
<b>7. ANÁLISIS CONVERGENTE</b>	Pág. 75
<b>8. CONCLUSIONES</b>	Pág. 79
8.1. SOBRE LA METODOLOGÍA	Pág. 79
8.2. SOBRE LOS RESULTADOS	Pág. 79
<b>9. LISTADO DE PROBLEMAS CRÍTICOS</b>	Pág. 85
<b>10. BIBLIOGRAFÍA</b>	Pág. 87

## 1. JUSTIFICACIÓN

---

El municipio de Higuera de Higuera de Vargas pertenece a la Zona de Salud de Alconchel. Desde 2009 a 2016 los profesionales sanitarios del Consultorio Local detectan carencias en el ámbito de la salud comunitaria que repercuten directamente en una población que tienen una atención sanitaria basada en la solución de problemas asistenciales.

Estos profesionales se plantean una serie de actividades comunitarias de cara a la mejora de la salud, organizándose distintas actuaciones consideradas de interés general, y otras que merecían especial atención por su prevalencia y demanda reiterada en las consultas. En general fueron bien acogidas por la población.

Se organizan varios encuentros entre los distintos sectores implicados en salud: Ayuntamiento, Policía Local, Guardia Civil, sector educativo y trabajadores sociales, donde se pusieron sobre la mesa las necesidades compartidas de cada sector, pero con resultado incierto.

Como consecuencia de este trabajo previo y la existencia de un compromiso comunitario por parte de los profesionales sanitarios que trabajan en la Zona de Salud de Alconchel, a inicios de 2016 la Gerencia del Área de Salud de Badajoz nos propone trabajar en actividades comunitarias con una metodología concreta, la planificación por programas de salud. Ésta se basa en:

- Identificar los problemas y necesidades de salud de la población y establecer un orden de prioridades.

- Diseñar y poner en marcha programas para responder a los problemas prioritarios.

- Evaluar el impacto de estos programas sobre la salud de la población.

Se nos propone formar parte del Proyecto Participación y Salud, promovido por la Gerencia de Salud del Área de Badajoz y patrocinado por la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales, que tiene en la experiencia del Centro de Salud “El Progreso” en Badajoz su principal referencia, y que consiste en conseguir una mejora de las condiciones de salud de la población. Este proceso toma como partida organizar las actividades con la comunidad, desde la comunidad y para la comunidad, conscientes de que trabajar en Atención Primaria con una orientación comunitaria es la manera de abordar realmente los problemas de salud que afectan e interesan a los ciudadanos. Por otra parte, trabajar y planificar en salud desde un ámbito local favorece el abordaje de aquellos problemas específicos y singulares de cada comunidad, y que en muchos casos no se contemplan desde una macro planificación en salud, alejada de una convivencia cotidiana con la singularidad de cada comunidad.

La experiencia previa en actividades comunitarias, favorece una aceptación a este tipo de iniciativas ya que la población de Higuera de Vargas está acostumbrada a la organización de actividades comunitarias desde el consultorio local. Por otra parte, con el apoyo al proyecto desde el Ayuntamiento, se favorece la puesta en marcha de esta metodología como una de las dos experiencias comunitarias piloto dentro de la zona rural de Extremadura.

Inicialmente se procedió a unificar criterios metodológicos y consensuar con el resto de experiencias que se están llevando a cabo en el Área de Salud de Badajoz, con el asesoramiento, para la metodología de los profesionales que en ese proceso trabajaron, de Marco Marchioni, trabajador e investigador social, y la Gerencia del Área.

El Proyecto se desarrolla en tres años y en tres fases.

La primera fase consiste en conocer y establecer nuevas relaciones de los profesionales sanitarios con la comunidad, y poner de manifiesto la voluntad de trabajar juntos para mejorar la salud de la ciudadanía. Esta fase finaliza con la constitución de una Comisión Comunitaria de Salud en cada territorio.

La segunda fase consiste en elaborar un Diagnóstico de Salud Comunitario de cada territorio entre todos, profesionales de los Equipos de Atención Primaria y ciudadanos de la comunidad.

La tercera fase consiste en una programación de intervenciones comunitarias derivadas del Diagnóstico de Salud Comunitario.

La importancia de la participación comunitaria en salud parte de la evidencia de que el aumento en gasto sanitario, así como los avances científicos médicos, no van asociados a una mejora de la salud de la población, ya que hay otros factores que llamamos Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Tal como indica la OMS, son aquellas condiciones socioeconómicas, laborales, sociales y educativas que tienen un gran impacto en la salud de la población.

El informe de Lalonde plantea un giro en las políticas de salud, pasando de un modelo basado en la curación de las enfermedades para llegar a otro fundamentado en la promoción de la salud, siendo la mejor herramienta para enfrentarse a las mismas.

Los modelos que representan cómo influyen los determinantes de salud en nuestro estado de bienestar y social han ido evolucionando a lo largo de los años. De ellos el más ilustrativo para entender esa influencia de los determinantes en nuestra salud, es el Modelo de Dahlgren y Whitehead, 1991 (Figura 1).

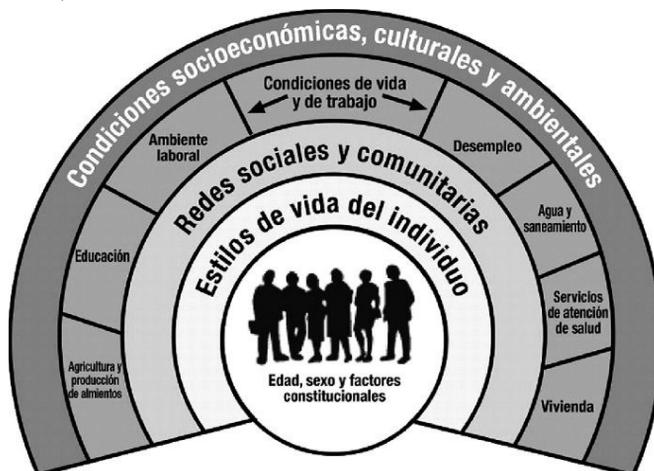


Figura 1: Modelo de Dahlgren y Whitehead: las capas de influencia

Explica cómo las desigualdades sociales en salud (inequidades), son el resultado de interacciones entre diferentes niveles de condiciones causales, desde el individuo a las comunidades y al nivel de políticas de salud nacionales,

existiendo una relación estrecha entre la equidad en salud y los determinantes sociales.

Los DSS se definen como las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas, según Tarlov: “las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar”.

Las **personas** son el centro del modelo, constituyendo su edad, sexo y factores genéticos, condicionantes inamovibles que influyen en su salud.

Por encima de ellas se encontrarían sus **conductas y estilos de vida**, determinantes que, en circunstancias negativas para las personas, marcan comportamientos desfavorables (adicciones, malos hábitos en su alimentación, higiene, etc...)

En otro nivel superior a los estilos de vida y a las personas se sitúan las **redes sociales y comunitarias**. El nivel de participación de las personas en actividades sociales, integración familiar y redes de amistades ejerce un papel determinante en los problemas de salud.

Por encima de estos tres niveles existen factores relacionados con las **condiciones de vida y trabajo**, entre ellos la vivienda, el empleo y la educación, que son requisitos básicos para la salud de las comunidades. La vivienda, más allá de asegurar un ambiente físico apropiado, incluye la dinámica familiar, vecinal y los patrones de segregación social. Con respecto al empleo, la calidad del ambiente de trabajo, la seguridad física, psíquica y social en la actividad laboral, incluso la capacidad de control sobre las demandas y presiones de trabajo son importantes determinantes de salud. El acceso a una educación de calidad y equitativa y a poder

llevar a cabo lo aprendido, son factores de gran trascendencia sobre las condiciones de vida y el estado de salud de la población. En cuanto a la asistencia sanitaria, en sus aspectos de promoción, prevención, atención, rehabilitación y reinserción, el acceso económico, geográfico y cultural a los servicios de salud, la cobertura, calidad, alcance de sus actividades de proyección comunitaria, así como las funciones de salud pública son ejemplos de determinantes de salud. Cabe destacar en esta capa, la influencia del agua y su saneamiento, siendo la calidad del agua uno de los aspectos más importantes a controlar, así como la red de abastecimiento y la depuración de aguas residuales. Respecto al agua de abastecimiento es importante conocer el estado de los parámetros químicos, físicos y biológicos. No menos importante sería la higiene y control de los alimentos en su obtención, transporte y comercialización.

Pero, sobre todos los niveles, se disponen las **condiciones económicas, culturales y medioambientales**, asociadas a las características estructurales de la sociedad, la economía, y el ambiente, estableciéndose una relación directa con las políticas sanitarias.

Convencidos de que estos determinantes de la salud tienen un papel crucial en la salud de la población, el objetivo de este estudio es la aproximación al estado de salud de la población de Higuera de Vargas teniendo en cuenta todos estos condicionantes, trabajando desde una perspectiva multidisciplinar tanto en el diagnóstico como en la resolución de los problemas detectados.

## **2. METODOLOGÍA PARA LA REALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO (DSC)**

---

La metodología para la realización del DSC conlleva métodos y técnicas, tanto cuantitativas (recogida de datos objetivos), como cualitativas (registros de problemas y necesidades sentidas por los colectivos y personas relevantes de la comunidad).

La metodología de este DSC ha seguido la línea del diseño establecido para las Experiencias Comunitarias del Área de Salud de Badajoz. Este debía englobar datos de salud objetivos y subjetivos, así como la participación de la Comunidad y el trabajo de los profesionales y técnicos, basándose en la bibliografía previa y en los dos Análisis de Situación de Salud del Centro de Salud de “El Progreso”.

### **2.1. PROPUESTA Y APROBACIÓN**

Este Diagnóstico constituye un elemento fundamental para la planificación de la promoción, la prevención y la participación comunitaria en salud, por lo que la implicación del Equipo de Atención Primaria (EAP) y la Comunidad son elementos imprescindibles para asegurar la participación desde el inicio.

La propuesta de iniciar el Diagnóstico se originó desde la Dirección de Atención Primaria, en el contexto del Proyecto Participación y Salud. Se trasladó al EAP del Centro de Sa-

lud, implicando a sus miembros en este proceso y en el trabajo posterior de utilización de los resultados.

Para la aprobación de DSC se implica a la Comisión Comunitaria de Salud (CCS) de Higuera de Vargas, de reciente creación, órgano de participación donde se encuentran representados los ciudadanos, administraciones y recursos técnicos de la zona. Se presentó la propuesta, con una aprobación por consenso e intervino de forma activa en la elaboración del documento.

## 2.2 DISEÑO

Para el diseño del DSC se ha tomado como referencia el Análisis de Situación del Salud de 2014 de la Zona de Salud “El Progreso”, teniendo en cuenta diversas fuentes e información y con un enfoque hacia los Determinantes de Salud (Figura 2).

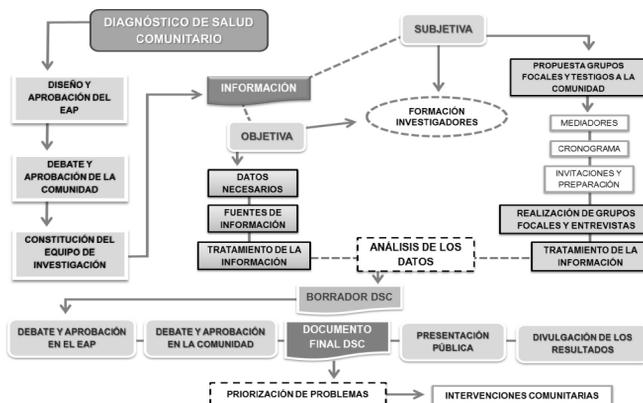


Figura 2: Esquema Metodología del DSC

Se registran los datos objetivos referidos a mortalidad, morbilidad y motivos de consulta, hospitalización y otros datos sobre utilización de servicios sanitarios, así como, datos subjetivos, que reflejan las “impresiones” de la Comunidad (ciudadanos de la Zona de Salud y recursos técnicos) sobre los problemas de salud de la misma.

### **2.3. GRUPOS DE INVESTIGACIÓN**

Para la recogida de información, tanto de los datos objetivos como los subjetivos, se organizaron dos grupos de trabajo con los profesionales del Centro de Salud y el apoyo de la Dirección de Salud del Área de Salud de Badajoz.

Se realizaron sesiones de formación previas contando con el asesoramiento de profesionales con experiencias en intervención comunitaria de salud y con experiencia en Procesos de Intervención Comunitaria. Dichas sesiones fueron enfocadas a la búsqueda de información, a la creación de ficheros de recursos y de base de datos, técnicas de grupos focales y entrevistas individuales, así como al manejo de éstas.

### **2.4. PRESENTACIÓN A LA COMISIÓN COMUNITARIA DE SALUD**

Al ser un diagnóstico de salud “participado”, la implicación de la Comunidad debe marcar también el acuerdo sobre el documento final. Una vez terminado el borrador del diagnóstico, se presenta a la CCS para su discusión, aportaciones y aprobación final.

## **2.5. DOCUMENTOS DE DIFUSIÓN**

Se ha buscado la sencillez y la presentación de datos de forma sintética, pero además se utilizarán los datos y la discusión del Diagnóstico para elaborar instrumentos de divulgación del mismo, dirigidos a diferentes grupos de población. Para hacer comprensibles los componentes metodológicos de este proceso, se hace diferencia entre datos objetivos y datos subjetivos, recogidos en paralelo por dos equipos de investigación diferentes.

## **2.6. INFORMACIÓN RECOGIDA**

### **2.6.1. Datos objetivos**

Los datos objetivos se han recogido de diferentes fuentes y se han realizado en distintos momentos, por lo que las cifras que se aportan en las tablas se refieren a distintos años o períodos de tiempo debido a las diferencias en los sistemas de registro, la disponibilidad del Equipo de Investigación, etc.

Las fuentes de información utilizadas han sido:

1. Instituto Nacional de Estadística (INE).
2. Excmo. Ayuntamiento de Higuera de Vargas.
3. Gerencia de Área de Salud de Badajoz (SES).
4. Servicio de Admisión y Codificación del Complejo Hospitalario de Badajoz
5. Registro de actividad médica del Centro de Salud de Alconchel y Consultorio Local de Higuera de Vargas (SES). Jara Asistencial.

6. Unidad de Veterinaria del Centro de Salud de Alconchel.

7. Unidad de Farmacia del Centro de Salud de Alconchel.

8. Inspección Sanitaria del Área de Badajoz.

9. Aplicaciones informáticas para la gestión del usuario del Servicio Extremeño de Salud: JARA Asistencial, CIVITAS y Red de Vigilancia de Salud Pública (REVISA).

La recogida y el tratamiento de la información requirió la creación de bases de datos “ad hoc” en función de las variables analizadas y la naturaleza de los datos obtenidos. En ocasiones hubo que decodificar la información remitida desde algunas fuentes (Ej: ingresos hospitalarios, incapacidades temporales). En otras hubo que depurar la información para poder aplicar el análisis adecuado a los objetivos.

Se utilizaron bases Excel y su herramienta de “tablas dinámicas” para la tabulación de datos y el análisis estadístico.

### **2.6.2. Datos subjetivos**

Los datos subjetivos se obtuvieron mediante la “escucha” a la comunidad. Se organizaron 3 Grupos Focales (G.F.) formados por colectivos y recursos técnicos de la zona y se realizaron 5 entrevistas a Testigos Privilegiados (T.P.) (personas con un buen conocimiento de los problemas de salud de la comunidad) (Tabla 1 y Tabla 2).

La duración de cada Grupo Focal osciló entre 60 y 90 minutos, y las entrevistas entre los 50 y 60 minutos, formulándose una sola pregunta abierta en relación con los problemas de salud percibidos: “cuáles son los problemas de salud de la comunidad”.

GRUPO FOCAL	DESCRIPCIÓN
TÉCNICOS	Consultorio Local, C.E.I.P. "Nuestra Señora de Loreto", I.E.S. "Francisco Vera" de Alconchel, Mancomunidad de Olivenza, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, Farmacia, Ayuntamiento de Higuera de Vargas, Pisos tutelados.
CIUDADANOS	A.M.P.A. "Ntra. Sra. de Loreto", parroquia, jóvenes, empresarios, mayores de 65 años, mujeres.
JÓVENES	Grupo de jóvenes
ENTREVISTAS A TESTIGOS PRIVILEGIADOS	
Médico de Atención Primaria (AP); enfermera de AP, trabajadora social de los Servicios Sociales de Base; directora de la Universidad Popular; representante de la Parroquia.	

Tabla 1: Fuentes de información para los datos subjetivos

Se recogieron todas las aportaciones de los participantes mediante grabaciones de vídeo y transcripción literal, para posteriormente asignar a cada comentario un código y categoría (problema).

De la información codificada se elaboraron diferentes tablas, agrupando los problemas según el número de veces que aparecían (por saturación de datos).

CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES EN LOS GRUPOS FOCALES	
<b>Edad Media</b>	40 años
<b>Nivel de Estudios</b>	Licenciatura o Grados: 2.94% Diplomatura: 17.65% Estudios Secundarios: 32.35% Estudios Primarios: 41.18% Analfabetismo: 5.88%
<b>Situación Personal</b>	Casado o con pareja: 85.30% Soltero: 8.82% Separado: 2.94% Viudo: 2.94%
<b>Ocupación / Situación Laboral</b>	Activos laboralmente: 79.41% Desempleados: 2.94% Ama de casa: 11.77% Jubilados: 5.88%

Tabla 2: Características de los participantes en Grupos Focales

### **3. CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNIDAD DEL MUNICIPIO DE HIGUERA DE VARGAS**

---

Higuera de Vargas es un municipio de 2011 habitantes situado en el suroeste de la provincia pacense, cercano a la frontera con Portugal. Es una población rural que vive de la agricultura y la ganadería.

#### **3.1. LA HISTORIA DE HIGUERA DE VARGAS**

Ubicado en el suroeste de la provincia pacense y cercana al linde con Portugal, Higuera de Vargas limita al noroeste con Alconchel, Olivenza y con el río Alcarrache, al noreste con Barcarrota y Jerez de los Caballeros, al suroeste con Villanueva del Fresno, y al sur con Zahínos. Pertenece a la comarca de Llanos de Olivenza y al Partido judicial de Olivenza. Dista 56 kilómetros de Badajoz. Tiene 67,6 km<sup>2</sup> y su altitud es de 342 msnm, siendo el punto más alto del Término Municipal 512 msnm en la prolongación de la Sierra del Lugar. Existen 2 vértices geodésicos con 476 msnm en Las Viñas (próxima al casco urbano) y Sierra del Pendón (al sur del Término Municipal).

Como foco inicial del asentamiento de la localidad se suele señalar una fuente llamada *Santa, o de la Higuera*, a la que la tradición atribuye propiedades curativas. Los datos de los primeros asentamientos y fundación de la localidad se sitúan alrededor del siglo XIII. Aunque no se conoce a ciencia cierta, se nombran a varios Caballeros o Señores de la época

Medieval como fundadores: García Pérez de Vargas, Alfonso Pérez de Vargas, o bien a Iván de Vargas. Fue arrasada por tropas Portuguesas en el siglo XVII, dificultándose su desarrollo posterior.

Su patrona es Nuestra Señora la Virgen de Loreto, se festeja a principios de Junio en una romería.

### **3.2. LA ZONA DE SALUD DE ALCONCHEL**

La Zona de Salud de Alconchel está constituida por 4 pueblos: Alconchel, Higuera de Vargas, Cheles y Táliga. El Diagnóstico está centrado en la localidad de Higuera de Vargas, que pertenece a esta Zona de Salud.

En el Consultorio Local de Higuera de Vargas se presta atención a la población de 8 a 15 h. los días laborables, y es en el horario de tardes y festivos cuando los pacientes deben ser atendidos por el Punto de Atención Continuada de Alconchel. En el Consultorio hay dos Unidades Básicas Asistenciales (UBA) formadas por médico y enfermera, con el apoyo puntual de una Trabajadora Social y una Matrona. La consulta de Pediatría en la que se atienden a los niños de Higuera está situada en el Centro de Salud de Alconchel. Éste tiene su Hospital de referencia en Badajoz, con una isocrona de 40 minutos.

### **3.3. DATOS MEDIOAMBIENTALES DE INTERÉS SANITARIO**

El núcleo urbano de la localidad está compuesto por 1485

inmuebles, de los cuales 887 se corresponden con viviendas habitadas por un total de 2011 empadronados. Los inmuebles que no están habitados se destinan en su gran mayoría a cocheras, naves con distintos usos, casas de una planta en estado de habitabilidad precaria, locales comerciales, etc.

Las características de las viviendas son similares a las de localidades del entorno, básicamente se componen de dos plantas, destinando la primera planta a acoger las dependencias principales y de mayor uso por sus habitantes, esto es, salón, cuarto de baño, cocina y algún dormitorio; y una segunda planta destinada a habitaciones y estancias de almacenaje.

Los materiales usados en las construcciones de los inmuebles son los propios de la época de construcción, los anteriores a los años 50 son de adobe, piedra, ladrillo rojo cocido, madera y acero elaborados en la localidad. Las construcciones posteriores han incorporado nuevos materiales como ladrillo, bloques, vigas de hormigón, tejas de fabricación industrial, etc. La inmensa mayoría de las viviendas carecen de sistemas de calefacción y refrigeración integrados.

El núcleo urbano está rodeado por una frondosa dehesa, compuesta básicamente por centenarias encinas y alcornoques que han adquirido la catalogación por parte de las autoridades autonómicas como ZEPA (Zona de Especial Protección de Aves).

Los profesionales de Veterinaria y Farmacia del Centro de Salud de Alconchel tienen atribuidas las competencias en materia medioambiental y de salud pública de Higuera, siendo

los encargados del control y vigilancia del cumplimiento de las normas sanitarias en los establecimientos y actividades de la localidad (Tabla 3).

ESTABLECIMIENTOS Y ACTIVIDADES MEDIOAMBIENTALES	
Nº Vertederos de uso incontrolado	1
Granjas en intensivo	6
Comercio minorista	7
Establecimientos de comidas preparadas	11
Industria alimentaria	2
Venta no autorizada de productos esencialmente agrícolas sin elaboración	>7

**Tabla 3:** Establecimientos y actividades medioambientales

Fuente: Registro del CS Alconchel. Año 2017

La Recogida de residuos sólidos urbanos y asimilables de la localidad comprende las siguientes prestaciones:

- Recogida de residuos sólidos urbanos y asimilables, depositados en contenedores.
- Recogida de envases ligeros y papel cartón, depositados en contenedores.
- Recogida de muebles y otros enseres similares.

La gestión de los residuos corre a cargo de la empresa ECOPARQUE de Badajoz y es directa e independiente. La recogida selectiva de envases ligeros y papel cartón es recogida por PROMEDIO, perteneciente a la Diputación de Badajoz, y la gestión es de ECOEMBES.

La cantidad de residuos generado durante el último año en Higuera de Vargas asciende a 722,38 toneladas.

### **3.4. CONTROL DE AGUA POTABLE DE CONSUMO PÚBLICO**

El agua de consumo incluye la utilizada en su estado original, después del tratamiento (utilizadas para beber, cocinar, preparar alimentos, higiene personal y para otros usos domésticos e industriales).

Es necesario establecer un sistema de vigilancia orientada a identificar y evaluar los factores que puedan presentar riesgos para la salud en el agua de consumo humano. Es una actividad preventiva y al mismo tiempo correctiva.

El control de la calidad tiene por objeto velar que los servicios de abastecimiento de agua se ajusten a las normas nacionales y a los objetivos institucionales convenidos. De esta forma, cada ayuntamiento debe garantizar el suministro de agua apta para el consumo humano. Los Servicios Oficiales Farmacéuticos de cada Centro de Salud realizan la vigilancia sanitaria de este suministro.

En Higuera de Vargas el agua proviene de la Estación de Tratamiento de Aguas Potables (ETAP) de Alcarrache. Desde ahí, el agua tratada procedente del embalse de Ahijón se bombea a los depósitos mancomunados, y por gravedad llega a los depósitos reguladores de la población.

El depósito de Higuera de Vargas tiene una capacidad de 800 m<sup>3</sup>, realizándose controles tanto en la captación como en la ETAP, en el depósito y en la red de distribución. El control de la calidad del agua es responsabilidad del Ayuntamiento, que lo realiza a través de la empresa gestora AQUANEX. Los servicios farmacéuticos realizan la auditoría de esta empresa cumpliendo con la normativa vigente.

Se analizan distintos aspectos organolépticos (olor, sabor, color, turbidez), parámetros microbiológicos (bacterias coliformes, *Escherichia Coli*, etc) y los métodos de desinfección (cloro y nitritos). Los resultados en los controles indican una excelente calidad y potabilidad del agua de consumo público.

Las fuentes no conectadas a la red de agua de consumo público están señalizadas de forma que puedan diferenciarse aquellas que suministren agua apta para el consumo y aquellas que no lo están.

No obstante, existen fuentes de agua no potable bien señalizadas y otros accesos a aguas y pozos no controlados, a los que algunos habitantes acceden de manera regular por tradición popular (se cree aún que tienen propiedades beneficiosas para la salud, como la *fuelle Santa*).

### 3.5. LA POBLACIÓN

La información y características demográficas recogidas en este apartado corresponden al año 2016. Los datos reflejados en los apartados siguientes proceden de tres fuentes de información: el Ayuntamiento de Higuera de Vargas, la base de datos CÍVITAS del Servicio Extremeño de Salud y del Instituto Nacional de Estadística (INE).

La población de Higuera de Vargas recogida en el padrón de 2016 es de 2117 habitantes, siendo 1006 (50%) hombres y 1111 (50%) mujeres (Tabla 4).

Edad	hombres	mujeres	Total	Edad	hombres	mujeres	Total
0-4	30	31	61	45-49	78	71	149
5-9	29	28	57	50-54	79	70	149
10-14	43	25	68	55-59	69	71	140
15-19	41	50	91	60-64	66	41	107
20-24	74	69	143	65-69	45	58	103
25-29	86	65	151	70-74	43	61	104
30-34	60	48	108	75-79	49	65	114
35-39	62	56	118	80-84	59	62	121
40-44	64	74	138	>85	29	60	89
Tabla 4: Población de Higuera de Vargas Fuente: Padrón 2016				<b>Total</b>	<b>1006</b>	<b>1005</b>	<b>2011</b>

En cuanto a la estructura de población de Higuera de Vargas, tiene una pirámide con forma regresiva o “envejecida”. Los grupos más numerosos son los jóvenes (20-24 años) y, sobre todo, los mayores ( $\geq 65$  años) son más representativos, y en este último grupo, hay un predominio de mujeres (Figura 3).

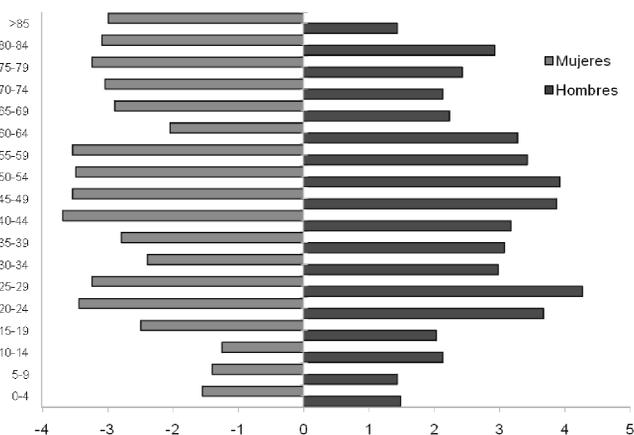


Figura 3. Pirámide de población Higuera de Vargas Fuente: Padrón 2016

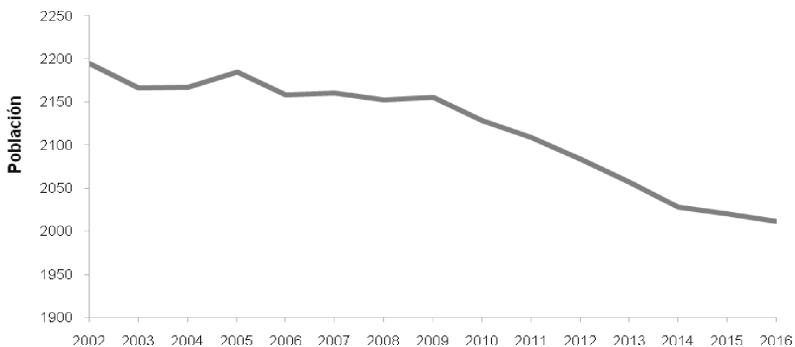


Figura 4. Evolución de la población de Higuera de Vargas. 2012-2016

### 3.6. DATOS DEMOGRAFICOS DE INTERES.

#### 3.6.1. Tasa de natalidad, mortalidad, y crecimiento vegetativo

La tasa de natalidad es inferior a la de Extremadura y a las medias nacionales. Sin embargo, la tasa de mortalidad es superior, exceptuando los años 2014 y 2015 (Tabla 5).

	Tasa de natalidad			Tasa de mortalidad		
	Higuera de Vargas	Extremadura	España	Higuera de Vargas	Extremadura	España
2012	4,8	8,55	8,58	12	9,69	8,58
2013	7,29	8,08	8,34	16,53	9,1	8,34
2014	7,89	8,38	8,48	6,9	9,17	8,48
2015	6,93	8,18	9,06	8,91	9,01	9,06
2016	5,91	ND	ND	11,93	ND	ND

Tabla 5. Tasas de Natalidad y Mortalidad. ND: no datos

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

El crecimiento vegetativo en Higuera de Vargas (diferencia entre nacimientos y defunciones) es negativo en todos los años estudiados, excepto en 2014 (Tabla 6).

Tasa de crecimiento vegetativo			
	Higuera de Vargas	Extremadura	España
2012	-7,2	-1,75	1,12
2013	-9,24	-1,97	0,77
2014	0,99	-1,49	0,7
2015	-4,95	-2,41	-0,04
2016	-5,97	ND	ND

**Tabla 6.** Tasa de crecimiento vegetativo

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. ND: no datos

### 3.6.2. Tasa global de fecundidad

La Tasa Global de Fecundidad (TGF) mide el número promedio de hijos que tendría una mujer durante su vida reproductiva (15 a 49 años de edad) en una comunidad en concreto. En Higuera de Vargas, registra una TGF inferior a Extremadura y de España, sobre todo en 2016 (Tabla 7).

Tasa Global de Fecundidad			
	Higuera de Vargas	Extremadura	España
2014	32,99	36,71	39,14
2015	36,27	36,37	38,99
2016	26,38	36,68	38,53

**Tabla 7.** Tasa Global de Fecundidad

Fuente: CÍVITAS y Jara Asistencial. ND: no datos

### 3.6.3. Indicadores demográficos de interés

Se recogen los principales índices demográficos de la población de Higuera de Vargas comparada con Extremadura y España (Tabla 8).

	España	Extremadura	Higuera de Vargas		
	total	total	hombres	mujeres	total
<b>I. Envejecimiento</b>	<b>116,35%</b>	<b>132,15%</b>	220,59%	364,29%	285,48%
<b>I. Dep. Total</b>	<b>53,44%</b>	<b>53,73%</b>	48,16%	63,41%	55,41%
<b>I. Dep. Jóvenes</b>	<b>24,70%</b>	<b>23,14%</b>	15,02%	13,66%	14,37%
<b>I. Dep. Mayores</b>	<b>28,74%</b>	<b>30,59%</b>	33,14%	49,76%	41,04%

Tabla 8. Índices Demográficos de interés  
Fuente: Instituto Nacional de Estadística

El índice de envejecimiento (porcentaje de población > 65 años respecto de la población < 20 años) es muy representativo del grado de envejecimiento de la población. En 2016, el envejecimiento es superior en mujeres y en el total de Higuera de Vargas con relación tanto a Extremadura como al total de España, siendo de 285.48%.

El índice de dependencia total (representa el número de individuos dependientes por cada 100 habitantes), entendiendo por población dependiente la que no está en edad activa (edad activa es aquella representada por la población de 20 a 64 años). En 2016, el índice de dependencia total (55.41%) es superior a la media nacional y autonómica, excepto en los hombres de Higuera de Vargas.

El índice de dependencia de jóvenes (número de individuos dependientes < 15 años por cada 100 habitantes de en-

tre 15 y 64 años) de Higuera de Vargas de 2016 es inferior al de Extremadura y España, 14.37%.

El índice de dependencia de mayores (número de individuos dependientes >65 años por cada 100 habitantes) es muy superior, sobre todo en mujeres, al de Extremadura y sobre todo al de España correspondiendo a un 41.04%.

### 3.7. ASPECTOS SOCIALES, CULTURALES Y ECONÓMICOS

En la población de Higuera de Vargas, hay un total de 588 afiliados a la Seguridad Social, el 45.4% del total de población entre 15 y 65 años, siendo el 66,8% del régimen agrario (Figura 5).

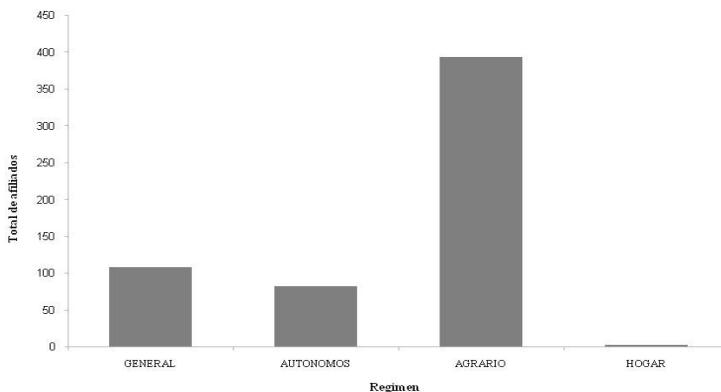


Figura 5. Afiliados a la Seguridad Social. 2016

En relación a la tasa de paro, al igual que en Extremadura como en España durante los años 2013-2016, ha habido un descenso de dicha tasa, siendo esta mayor a la tasa nacional y muy similar a la autonómica (Figura 6).

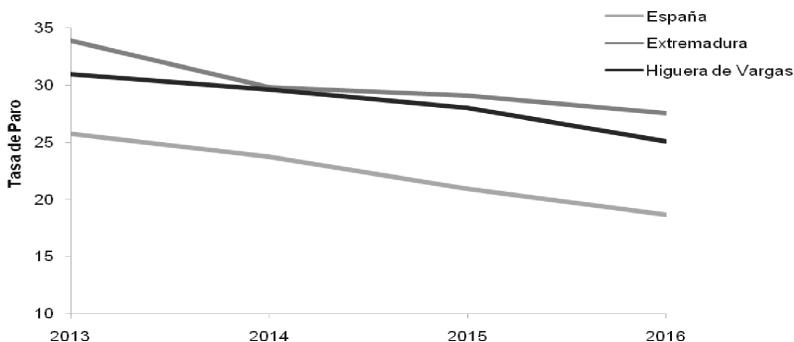


Figura 6. Evolución de la tasa de paro. 2013-2016

### 3.8. USO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DE LA ZONA

El uso que se hace de los servicios sanitarios puede ser valorado a través de dos indicadores: la frecuentación y presión asistencial.

La frecuentación es el número de veces que acude un ciudadano a la consulta de médico de familia durante un año. Las tasas de frecuentación de Higuera de Vargas son superiores a las del Área de Salud de Badajoz, Extremadura y España (Tabla 9).

Frecuentación				
	Higuera de Vargas	Área de Salud de Badajoz	SES	España
2016	8,22	6,61	7,28	ND
2015	8,54	6,67	7,43	5,25
2014	8,38	6,51	7,42	5,24

**Tabla 9.** Frecuentación en el consultorio de Higuera de Vargas  
Fuente: Jara Asistencial y Gerencia de Área de Badajoz ND: no datos

La Presión Asistencial nos permite saber cuántos pacientes, por término medio, ve un profesional en un día. En Higuera de Vargas es inferior a las del Área de Salud de Badajoz y Extremadura, entre 4 y 10 puntos. En el año 2016 ha habido un aumento de 2 puntos en relación al 2014 (Tabla 10).

Presión asistencial			
	Higuera de Vargas	Área de Salud de Badajoz	SES
2016	29,78	36,8	33,73
2015	27,95	37,18	34,39
2014	27,7	37,49	34,54

**Tabla 10.** Presión asistencial en el consultorio de Higuera de Vargas Fuente: Jara Asistencial y Gerencia de Área de Badajoz



## 4. INFORMACIÓN OBJETIVA

### 4.1. MORTALIDAD

Respecto a la mortalidad de Higuera de Vargas, se recogen los datos correspondientes a los años 2012 al 2016 y se representan casos acumulados y porcentajes de los años anteriores. Durante estos años, el 53,91% corresponden a hombres y el 46,09% a mujeres. En relación a los grupos de edad, los más afectados son los pertenecientes a 85-90 años seguido de 91-94 (Tabla 11).

Grupos de edad	N° de defunciones acumuladas 2012-2016	% N° defunciones acumuladas 2012-2016
45-49	3	2,61%
50-54	4	3,48%
55-59	1	0,87%
60-64	4	3,48%
65-69	2	1,74%
70-74	8	6,96%
75-79	7	6,09%
80-84	21	18,26%
85-90	31	26,96%
91-94	22	19,13%
>95	12	10,43%
<b>Total defunciones acumuladas: 115</b>		

**Tabla 11.** Mortalidad de Higuera de Vargas años 2012-2016  
Fuente: CIVITAS, Jara Asistencial

Durante los años 2012 al 2016, las principales causas de muerte en la población de Higuera de Vargas son las relacionadas con el aparato circulatorio, seguido de tumores y aparato respiratorio. En la Tabla 12 están las 11 causas de defunción más frecuentes (representan el 66.9% del total). Las que presentan mayor número son: la insuficiencia respiratoria, seguidas de insuficiencia cardíaca y enfermedad cerebrovascular.

Causas de muerte	N° de defunciones acumuladas 2012-2016	% N° defunciones acumuladas 2012-2016
Insuficiencia respiratoria	18	15,65%
Insuficiencia cardíaca	17	14,78%
Enfermedad cerebrovascular	9	7,83%
Demencia	6	5,22%
Edema agudo de pulmón	6	5,22%
Cáncer de pulmón	5	4,35%
Cardiopatía isquémica	4	3,48%
Cáncer de colon	3	2,61%
Infección respiratoria	3	2,61%
Insuficiencia renal crónica	3	2,61%
Cáncer vesical	3	2,61%

**Tabla 12.** Causas de muerte de Higuera de Vargas años 2012-2016  
Fuente: CIVITAS, Jara Asistencial

## 4.2. MORBILIDAD

### 4.2.1. Motivos de consulta en Atención Primaria

Con el objetivo de conocer los principales motivos de consulta atendidos en el consultorio local, se diseñó una estrategia para obtener datos: durante cuatro semanas (una en cada estación del año 2017) se registraron todos los motivos por los que los pacientes consultaban al médico o pediatra.

Las consultas de pediatría son atendidas en el Centro de Salud de Alconchel. Para el estudio se analizan los motivos de consulta de toda la Zona de Salud, incluyen Alconchel, Tálaga, Cheles e Higuera de Vargas, éstos últimos analizados con mayor detalle.

**Motivos de consulta Medicina de Familia:** en 2017, se registraron en el consultorio de Higuera de Vargas, un total de 1.393 motivos de consulta en 1.009 pacientes (58,77% mujeres y 41,23% hombres). Con una edad media de 59,28 años (desviación estándar 21,44 años, rango 2-97 años).

Los motivos de consulta más frecuentes son los relacionados con el aparato circulatorio seguido de locomotor y aparato respiratorio.

En el siguiente cuadro se recogen los 20 más frecuentes (representan el 42,91% del total), siendo el primero la hipertensión arterial con el 6,14% de las consultas, seguido de trastorno de ansiedad y depresión con el 5,35% y de infección respiratoria aguda (3,87%) (Tabla 13).

Motivo de consulta	N°	%
Hipertensión arterial	62	6,14%
Trastornos depresivos y de ansiedad	54	5,35%
Infección respiratoria aguda superior	39	3,87%
Trastorno lipídico	39	3,87%
Síntomas de la espalda	25	2,48%
Diabetes no insulino dependiente	25	2,48%
Alteración del ritmo cardiaco (fibrilación auricular,..)	23	2,28%
Demencia	18	1,78%
Diabetes insulino dependiente	16	1,59%
Dolor muscular	15	1,49%
Tos	15	1,49%
Diarrea	14	1,39%
Síntomas del pie	14	1,39%
Bronquitis/bronquiolitis	14	1,39%
Dolor abdominal	13	1,29%
Astenia	12	1,19%
Síntomas de la rodilla	12	1,19%
Síntomas del tobillo	12	1,19%
Anemia ferropénica	11	1,09%

Tabla 13. Principales motivos de consulta 2017

Fuente: Consultorio Higuera de Vargas

**Motivo de consulta Pediatría:** Se registraron en el Centro de Salud de Alconchel un total de 329 motivos de consulta de pediatría en 223 pacientes pediátricos (49,3% niñas y 50,7% niños). La edad media es de 4,75 años (desviación estándar 4,35 años). De ellos, 60 eran niños de Higuera de Vargas con una media de edad de 2,62 años (desviación estándar 2,29 años, rango 10 días-10 años).

En relación a los motivos de consulta pediátrica, en los siguientes cuadros se recogen los 20 más frecuentes, siendo el primero en la consulta de la Zona de Salud de Alconchel (representa el 53.05% del total) los catarros de vías altas con el 7,62%, seguido de las consultas por asma (6,4%) (Tabla 14).

En relación a los motivos de consulta atendidos en pediatría, pero que corresponden a niños de Higuera de Vargas (representa el 71.67% del total) los más frecuentes son asma y bronquitis aguda, ambas con el 11,67%, seguidas de catarros de vías altas con el 10% (Tabla 15).

#### **4.2.2. Motivos de Consulta en Atención Continuada**

Existe un único Punto de Atención Continuada para la Zona de Salud de Alconchel, donde se atienden a todas las poblaciones pertenecientes a la zona, incluida Higuera de Vargas.

En relación a los motivos de consulta en atención continuada de la Zona de Salud de Alconchel, en el periodo de análisis hubo un total de 346 consultas, el 54,05% en mujeres y el 45,95% en hombres, con una media de edad de 42,03

Motivo de consulta	Nº	%
Catarro vías altas	25	7,62%
Bronquitis aguda	25	7,62%
Asma	21	6,40%
Amigdalitis aguda	19	5,79%
Sinusitis aguda	12	3,66%
Otitis media aguda	7	2,13%
Dermatitis atópica	6	1,83%
Exantema	6	1,83%
Hipertrofia amigdalar	6	1,83%
Tos	6	1,83%
Estreñimiento	5	1,52%
TDHA	5	1,52%
Amigdalitis aguda	4	1,22%
Congestión nasal	4	1,22%
Dermatitis del pañal	4	1,22%
Dolor abdominal	4	1,22%
Fiebre	4	1,22%
Sobrepeso	4	1,22%
Alteración de refracción	3	0,91%

Tabla 14. Principales motivos de consulta de pediatría Zona de Salud Alconchel 2017  
Fuente: Centro de Salud Alconchel

Motivo de consulta	Nº	%
Asma	7	11,67%
Bronquitis aguda	7	11,67%
Catarro vías altas	6	10,00%
Amigdalitis aguda	4	6,67%
Otitis aguda	2	3,33%
Exantema	2	3,33%
Sinusitis aguda	2	3,33%
Problemas alimentación	1	1,67%
Congestión nasal	1	1,67%
Conjuntivitis	1	1,67%
Epilepsia	1	1,67%
Infección gastrointestinal	1	1,67%
Llanto	1	1,67%
Mocos	1	1,67%
Retraso del lenguaje	1	1,67%
Sibilancias	1	1,67%
Soplo cardiaco	1	1,67%
Varicela	1	1,67%
Vómitos	1	1,67%
Disnea	1	1,67%

Tabla 15. Principales motivos de consulta de pediatría niños de Higuera de Vargas 2017  
Fuente: Centro de Salud Alconchel

años (desviación típica 25,65 años, rango 1 mes-96 años). De ellas, 110 eran de Higuera de Vargas con una edad media de 39,02 años (desviación estándar 27,18 años, rango 5 meses-92 años).

En la Tabla 16 se recogen los 20 motivos de consulta más frecuentes en atención continuada en el Centro de Salud de Alconchel (representa el 56.07% del total), siendo el primero

el dolor de espalda (incluye cervicalgia, dorsalgia y lumbalgia) con el 6,65%, seguido de la faringitis con el 5,20% de las consultas y de catarros de vías altas con el 4,05% del total de consultas.

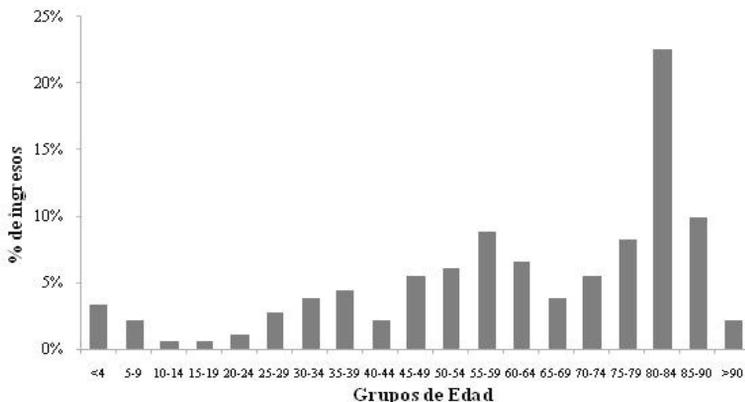
Motivo de consulta	N°	%
Dolor de espalda (cervicalgia, dorsalgia y lumbalgia)	23	6,65%
Faringitis	18	5,20%
Catarro vías altas	14	4,05%
Infección respiratoria aguda	12	3,47%
Fiebre	12	3,47%
Urticaria	11	3,18%
Dolor abdominal	11	3,18%
Trastorno de ansiedad	10	2,89%
Cefalea	10	2,89%
Diarrea	10	2,89%
Cistitis	9	2,60%
Bronquitis	9	2,60%
Tos	9	2,60%
Vómitos	8	2,31%
Elevación de la Presión arterial	6	1,73%
Dolor ocular	6	1,73%
Ojo rojo	6	1,73%
Picadura de insecto	5	1,45%
Disnea	5	1,45%

Tabla 16. Principales motivos de consulta atención continuada 2017

Fuente: Centro de Salud Alconchel

### 4.3. INGRESOS HOSPITALARIOS

Según los datos recogidos en la base de datos CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) del Complejo Hospitalario de Badajoz de 2015, nos indica que se produjeron 182 ingresos de ciudadanos de Higuera de Vargas, siendo el 50,55% hombres y 49,45% mujeres, con una edad media de 61,6 años (desviación estándar 23,4 años). El grupo de edad que más ingresó fue el de 80-84 años seguido de 85-90 años (Figura 7).



**Figura 7.** % de ingresos por grupos de edad según CMBC. Año 2015 Fuente: Servicio de Admisión y Codificación del Complejo Hospitalario de Badajoz.

En la Tabla 17 se representan las 20 principales causas de ingreso (representan el 59,8% del total), siendo el fracaso respiratorio agudo y otras enfermedades del aparato respiratorio la principal con un 7,69%, seguida de insuficiencia cardiaca (7,14%) y de fracturas y cardiopatía isquémicas, ambas con un 4,4%.

Causas de ingreso	N° ingresos	% ingresos
Fracaso respiratorio agudo y otras enfermedades del aparato respiratorio	14	7,69%
Insuficiencia cardiaca	12	6,59%
Fracturas	8	4,40%
Cardiopatía isquémica	8	4,40%
Enfermedad cerebrovascular	7	3,85%
Colecistitis aguda	6	3,30%
Otras enfermedades respiratoria superior	5	2,75%
Obstrucción intestinal	5	2,75%
Neoplasia maligna de mama	5	2,75%
Infección respiratoria aguda	5	2,75%
Síntomas generales	4	2,20%
Neoplasia maligna de colon	4	2,20%
Leiomioma uterino	4	2,20%
Neoplasia de bronquios y pulmón	4	2,20%
Trastornos de ojos y anejos	3	1,65%
Parto obstruido	3	1,65%
Enfermedades hereditarias y degenerativas de snc	3	1,65%
Embolia pulmonar	3	1,65%
Dorsopatía	3	1,65%
Colelitiasis	3	1,65%

**Tabla 17.** 20 principales causas de ingreso según CMBD. Año 2015 Fuente: Servicio de Admisión y Codificación del Complejo Hospitalario de Badajoz

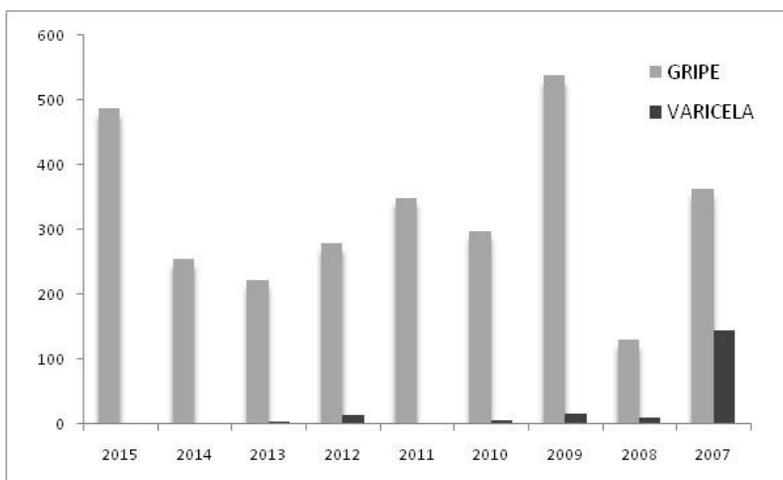
#### 4.4. ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA Y CÁNCER

La vigilancia y registro de *enfermedades de declaración obligatoria* (EDO) constituye un instrumento fundamental en salud pública, para la detección y control de enfermedades.

Se trata de un grupo de enfermedades transmisibles sometidas a vigilancia. En el registro se vigilan EDO según Zo-

nas de Salud, por lo que los resultados corresponden a la Zona de Salud de Alconchel.

En la Zona de Salud de Alconchel las EDO más comunes han sido gripe y varicela. En la Figura 8 se muestran los casos del 2001 al 2015.



**Figura 8:** Distribución de casos de gripe y varicela notificados. 2007-2015  
Fuente: Revisa

En la Tabla 18 se recogen el resto de EDO obtenidas por vigilancia activa y por notificación pasiva en el sistema de vigilancia epidemiológica durante los años 2010 al 2016.

EDO 2010-2016	Nº de casos
Hepatitis C	1
Campilobacteriosis	1
Enf. Invasora neumocócica	1
Giardiasis	1
Hepatitis B	1
Herpes zoster	3
Parotiditis	2
Salmonelosis	2
Sífilis	1
TBC respiratoria	3
<b>Total</b>	<b>16</b>

Tabla 18. EDOs 2010-2016 Zona de Salud Alconchel Fuente: Revisa

#### 4.5. TUMORES

Durante la recogida de datos objetivos, se registraron los tumores malignos diagnosticados durante 2015 y 2016. En ambos años se registran un total de 8 tumores, 4 casos (50%) corresponden a 2015 y 4 casos (50%) a 2016. La edad media de los casos es 62.5 años.

Del total, 6 casos (75%) corresponden a tumores en varones, mientras que 2 (25%) corresponden a mujeres. En relación a la localización de los tumores 3 casos (37.5%) pertenecían a aparato respiratorio (2 de pulmón y 1 de tráquea, 25% y 12.5% respectivamente), 2 casos de mama (25%), 1 caso de vejiga, 1 de colon y 1 de piel (cada uno de estos tres últimos tumores supone un 12.5% del total).

En Tabla 19 se recogen las características de los tumores incidentes en la zona de Higuera de Vargas:

LOCALIZACIÓN DE TUMORES	Número	Porcentajes
Pulmón	2	25%
Tráquea	1	12.5%
Mama	2	25%
Vejiga	1	12.5%
Colon	1	12.5%
Piel	1	12.5%

**Tabla 19.** Tumores más frecuentes diagnosticados en Higuera de Vargas. Años 2015-2016 Fuente: Servicio de Admisión y Codificación del Complejo Hospitalario de Badajoz

#### 4.6. INCAPACIDAD TEMPORAL

Durante el 2016 en el consultorio de Higuera de Vargas hubo un total de 59 incapacidades temporales, pertenecientes a 46 personas. De ellas, 9 tuvieron más de una baja a lo largo del 2016 (7 dos bajas, 1 paciente 3 bajas y otro paciente 5 incapacidades), mientras que 10 recibieron la incapacidad temporal en 2015.

La edad media de los usuarios es de 42,07 años (desviación típica 12,67). La duración media de las incapacidades fue de 113,58 días (desviación estándar 127,26 días).

En la Tabla 20 se representa las 10 principales causas de incapacidad temporal (representa el 38.98% del total), siendo la lumbagociática el diagnóstico más frecuente de las incapacidades temporales.

<b>Incapacidad temporal</b>	<b>N° de IT</b>	<b>% de IT</b>
Lumbalgia-ciatalgia	5	8,47%
Artroscopia de rodilla	2	3,39%
Trastornos delirantes	2	3,39%
Bronquitis	2	3,39%
Absceso rectal	2	3,39%
Neoplasia de vejiga	2	3,39%
Trastornos de las arterias	2	3,39%
Trastorno depresivo grave	2	3,39%
Enfermedades y alteraciones de los dientes	2	3,39%
Gastroenteritis	2	3,39%

Tabla 20. Incapacidades temporales más frecuentes en Higuera de Vargas. Años 2016 Fuente: Jara Asistencial

## 4.7. INDICADORES POSITIVOS DE SALUD

### 4.7.1. Vacunaciones infantiles

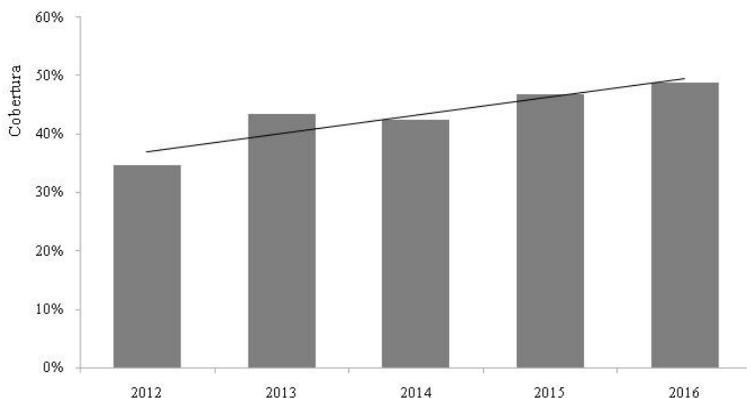
Durante el 2016 en el consultorio de Higuera de Vargas las coberturas de las vacunas del calendario infantil superaron el 90%, excepto las administradas en la adolescencia: la meningitis C que, se administra a los 12 años, tiene un 71% y el tétanos difteria de los 14 años, un 62.5%. (Tabla 21).

<b>Vacunación Infantil</b>		<b>2016</b>
<b>Primovacunación: niños de 0 a 1 año</b>	Poliomielitis	92,86%
	DTPa	92,86%
	Hib	92,86%
	Hepatitis B	100,00%
	Meningitis C	92,86%
	Pneumococo	92,86%
<b>Vacunación de refuerzo: niños de 1 a 2 años</b>	Poliomielitis	92,31%
	DTPa	92,31%
	Hib	92,31%
	Meningitis C	92,31%
	Pneumococo	92,31%
<b>Vacunación en adolescentes</b>	Meningitis C	71,00%
	Td	62,5%
<b>Triple vírica</b>	1ª dosis	92,31%
	2ª dosis	90,00%

Tabla 21. Tasa de vacunación infantil en Higuera de Vargas. Año 2016  
Fuente: CÍVITAS, Jara Asistencial

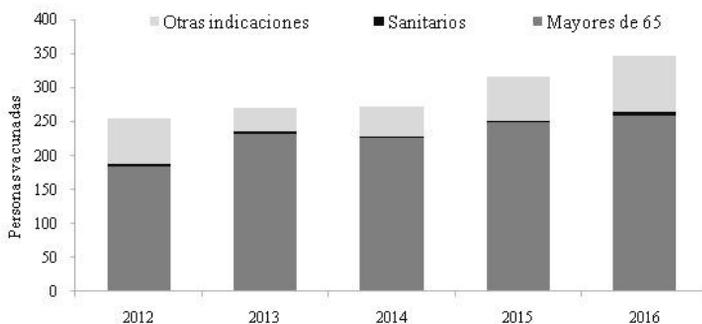
#### 4.7.2. Vacunación adultos. Gripe

En relación a la cobertura de gripe a los mayores de 65 años, durante el 2012 al 2016, ha habido un aumento de 14 puntos pero sin llegar a los objetivos marcados en la campaña de vacunación del 65% de cobertura (Figura 9).



**Figura 9.** Cobertura de vacunación de gripe en Higuera de Vargas. Años 2012-2016 Fuente: CÍVITAS y Jara Asistencial

Con respecto a las dosis administradas, la mayoría de las dosis utilizadas desde el 2012 al 2016 son destinadas para los mayores de 65 años (Figura 10).



**Figura 10.** Personas vacunadas de gripe en Higuera de Vargas. Años 2012-2016 Fuente: CÍVITAS y Jara Asistencial



## 5. INFORMACIÓN SUBJETIVA

### 5.1. PROBLEMAS COMUNES A TODA LA POBLACIÓN

Las impresiones de la comunidad respecto a los problemas que repercuten sobre la salud de la población de Higuera se han recogido por orden de frecuencia de más a menos según el número de ocasiones en que el tema se ha planteado en los grupos focales y entrevistas a testigos privilegiados.

En la Tabla 22 quedan recogidos los principales problemas. Éstos se han agrupado por códigos y categorías (problemas) para una mejor interpretación y análisis de los resultados obtenidos.

	CÓDIGO	PROBLEMA
1	DROGAS ILEGALES	TRÁFICO DE DROGAS
2	SOCIOECONÓMICO	DEPENDENCIA DE AYUDAS SOCIALES
3	DROGAS ILEGALES	CONSUMO DE DROGAS
4	DROGAS LEGALES	CONSUMO DE ALCOHOL EN JÓVENES
5	ALIMENTACIÓN	ALIMENTACIÓN INADECUADA
6	SOCIOEDUCATIVO	FALTA DE IMPLICACIÓN DE LOS PADRES EN LA EDUCACIÓN DE LOS HIJOS
7	SOCIOLABORAL	DESEMPLEO
8	SOCIOEDUCATIVO	ABSENTISMO ESCOLAR
9	OCIO	FALTA DE ACTIVIDADES DE OCIO
10	SEGURIDAD	VANDALISMO
11	SALUD MENTAL	ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MUJERES
12	SOCIAL	BAJA MOTIVACIÓN EN JÓVENES
13	SOCIOFAMILIAR	SOLEDAD EN PERSONAS MAYORES

**Tabla 22.** Problemas principales que afectan a la comunidad de Higuera de Vargas. 2017 Fuente: Grupos focales y entrevistas a testigos privilegiados

De los 13 problemas que más se repiten en los diferentes grupos focales y entrevistas realizados, hay 3 relacionados con drogas (legales e ilegales), 2 relacionados con el ámbito socioeducativo, el resto están en el ámbito de: la alimentación, la seguridad, el ocio, la salud mental, los aspectos sociales, socioeconómicos, sociolaborales y sociofamiliares.

## 6. INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

---

### 6.1 CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNIDAD

Con respecto a las **características demográficas**, la población de Higuera de Vargas actualmente (datos de 2016) presenta una campana de población de tipo regresivo, de base estrecha, ya que en los últimos 14 años se ha producido un importante descenso de la población, tanto por el aumento de fallecimientos como por la baja tasa de nacimientos. No hay diferencia en la distribución de la población por sexos: 50% de mujeres y 50% de hombres. Presenta un índice de dependencia total muy superior al resto de Extremadura, en gran medida debido al alto índice de envejecimiento que hay en la población de Higuera de Vargas.

A nivel **socioeconómico**, Higuera de Vargas presenta una actividad basada fundamentalmente en sector primario (régimen agrario 66,8%) y sus procesados. La tasa de desempleo es muy similar a la media autonómica. A pesar de que ha mejorado en los últimos años (2013 a 2016), sigue siendo mayor que la media nacional. De hecho, entre la población en edad de trabajar, de 16 a 65 años, más del 50% no están dados de alta en la seguridad social.

En relación al uso de los **servicios sanitarios**, la presión asistencial (número de personas atendidas en consulta) en el Consultorio de Higuera es menor a la media regional y estatal. Sin embargo, la frecuentación es superior. Una de las causas que puede justificar este dato es la edad avanzada de muchos de los pacientes que requieren mayores cuidados y visitas.

## 6.2. INFORMACIÓN OBJETIVA

A través de distintas fuentes oficiales se han extraído datos cuantitativos de Higuera de Vargas para su análisis, dando una información crucial para este Diagnóstico de Salud.

Las principales causas de **mortalidad** de nuestra zona no difieren de las registradas a nivel nacional y autonómico. Estas se relacionan con patología circulatoria (infartos e insuficiencia cardíaca, entre otras), seguido de tumores (de colon, vesical, de pulmón o de mama) y aparato respiratorio (insuficiencia respiratoria o edema agudo de pulmón). Los fallecimientos se relacionan estrechamente con los motivos de ingreso y de detección de tumores, así como con los estilos de vida de la población. De este modo se refuerza la idea de que las estrategias sanitarias en las que la promoción de hábitos saludables y la prevención de enfermedades sean las protagonistas, beneficiarán a la población.

Se registraron datos a lo largo del año 2017 sobre los principales **motivos de consulta** de medicina de familia a demanda en adultos. Se atendieron edades comprendidas entre los 2 y los 97 años, con una media de edad de 59 años, y más mujeres que hombres. Es frecuente en el medio rural que la mujer, como principal cuidadora de los hijos y mayores, sea la encargada de acudir a la consulta médica.

Los motivos más frecuentes de consulta médica son la hipertensión, los trastornos de ansiedad y depresión, las infecciones respiratorias de vías altas y los trastornos lipídicos (dislipemias, hipercolesterolemias), que a nuestro juicio, parte de ellos son congruentes con el envejecimiento poblacional y

favorecido también por los estilos de vida de Higuera de Vargas (tabaquismo, obesidad, dieta pobre en fruta y verdura, entre otros). Con bastante relevancia, se encuentran los problemas relacionados con la salud mental (ansiedad, depresión y otros trastornos), que vienen a confirmar la sospecha que tenían los profesionales sanitarios del Consultorio en años anteriores sobre la alta prevalencia de estas patologías.

Durante los periodos estudiados, en la consulta de **pediatría** se atendieron 223 pacientes, de los que tan solo 60 eran de Higuera de Vargas. Ello quiere decir que los niños menores de 9 años han acudido indistintamente tanto a consulta de medicina de familia como a la de pediatría. Los **motivos de consulta** más frecuentes en la población infantil de Higuera fueron los relacionados con la patología respiratoria (específicamente asma, bronquiolitis y catarros de vías altas), otorrinolaringología (amigdalitis y otitis) y otros problemas inespecíficos de la piel. La patología respiratoria en la primera infancia viene determinada principalmente por infecciones (virales y bacterianas) pero también por la exposición al humo, principalmente del tabaco de los familiares más allegados, lo que concuerda de nuevo con los estilos de vida de la población de la localidad.

Tres de los cuatro **motivos de consulta en Atención Continuada** más frecuentes en Alconchel fueron los relacionados con patología respiratoria (faringitis, catarro de vías altas e infección respiratoria de vías altas). A pesar de que en la mayor parte de los casos no suponen una patología grave, acuden a demanda al servicio de Atención Continuada por el fácil

acceso, rápido tratamiento y facilidad de compaginar con horarios laborales. El dolor de espalda ocupa el tercer lugar en cuanto a frecuencia, ya que muchas de las personas atendidas realizan actividades físicas diariamente, bien de tipo laboral o de cuidado de familiares dependientes y tareas del hogar. Una tercera parte de los pacientes atendidos en este servicio fueron de Higuera de Vargas.

Durante 2017 se produjeron 182 **ingresos hospitalarios**, equilibrados entre ambos sexos, sobre todo de la franja etaria de edad más avanzada de la localidad: de 85 a 90 años. Teniendo en cuenta la edad de los pacientes ingresados, las principales causas están relacionadas con complicaciones debidas a la evolución crónica de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, dislipemia, obesidad, tabaco...), así como otras propias de la edad y dependencia para actividades instrumentales y básicas de la vida diaria, como es la inestabilidad o dependencia al caminar, la merma en masa muscular, alteraciones del equilibrio y otológicas, déficit visual, enlentecimiento funcional del aparato digestivo, etc. Los principales **motivos** por orden de frecuencia fueron: fracaso respiratorio agudo, insuficiencia cardiaca, fracturas óseas, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, colecistitis y obstrucción intestinal entre otros.

Notificar las **enfermedades de declaración obligatoria** es fundamental desde el punto de vista de salud pública, puesto que se pueden establecer medidas preventivas para su propagación entre la población. Las más comunes en la zona de salud de Alconchel fueron gripe y varicela, ambas de marcado componente estacional y que requieren contacto con el individuo origen.

En el periodo estudiado se detectaron 8 casos nuevos de **tumores**. Cabe destacar que 3 de ellos fueron del aparato respiratorio: pulmón y tráquea, muy relacionados con el consumo previo de tabaco. El resto, por orden de frecuencia, fueron de mama, vejiga, colon y piel.

Los ciudadanos con **incapacidad temporal (IT)** atendidos en el Consultorio de Higuera de Vargas tenían una edad media de 42 años, y con una duración media de la misma de casi cuatro meses (113 días). Se trató de 46 personas que acumularon un total de 59 procesos. Es decir, más de una persona estuvo en periodo de IT en más de una ocasión en un año. El **motivo** más frecuente para incurrir en incapacidad temporal fue la lumbago-ciática. La mayoría de personas que tuvieron que estar en periodo de IT por prescripción facultativa tenían actividades laborales relacionadas con la actividad física: peones agrarios y ganaderos, construcción, repartidores y reponedores, actividades de ayuda a domicilio, hostelería, etc. Es frecuente que a nivel músculo-esquelético tengan deterioro y sobrecarga, tanto de manera aguda como de patologías crónicas que progresan en el tiempo y limitan su actividad física y movilidad.

Las vacunas juegan un importante papel para evitar la potencial transmisión de patógenos, de ahí la importancia del correcto cumplimiento de los calendarios infantiles de **vacunación** y de las campañas de gripe estacional. Con respecto a la vacunación en 2016, como indicador positivo de salud, Higuera de Vargas presenta una cobertura de vacunación infantil superior al 90%, exceptuando la vacunación en adolescente (meningitis C y la última dosis

del tétano) donde es muy inferior, relacionado posiblemente con el desplazamiento a Alconchel, que tiene que hacer este grupo de edad, para recibir la educación secundaria obligatoria. En relación a la cobertura de gripe, entre los mayores de 65 años, aunque en los últimos años ha habido un aumento de la misma, no se ha llegado a objetivos del 65 % marcados en la campaña de vacunación. Esto podría estar relacionado con que una de los principales motivos de consulta sean las infecciones respiratorias de vías altas y con los motivos de ingreso hospitalario: fracaso respiratorio agudo.

### **6.3. INFORMACIÓN SUBJETIVA**

Para el análisis de esta información, nos hemos basado en el modelo de Dahlgren y Whitehead (Figura 11), ya expuesto en la justificación de este documento. Este modelo agrupa en las capas los determinantes y elementos influyentes sobre la salud de las personas. En las capas más internas se encuentra los estilos de vida, las redes sociales y comunitarias y las condiciones de vida, hasta llegar a las más externas que albergan las políticas de salud nacionales. Todas las capas interactúan entre sí y producen presión de las capas más externas a las más internas. Los problemas y necesidades detectados en las entrevistas y grupos focales realizados son en sí mismos determinantes sociales de la salud.

Aparecen en **negrita** los problemas expresados, y en *cursiva* entrecomillados algunos comentarios textuales de los grupos focales y de los testigos privilegiados.

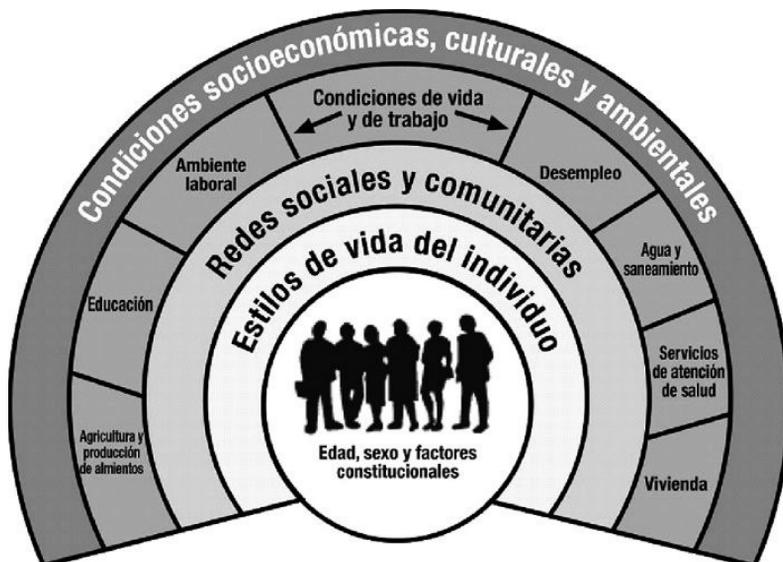


Figura 11 Modelo de Dahlgren y Whitehead: Las capas de influencia

## CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS, CULTURALES Y AMBIENTALES

El contexto macroeconómico, las políticas sociales y de salud, así como los condicionantes culturales en cada situación tienen cabida en esta capa. Es de gran importancia ya que arroja y hace presión sobre todas las demás, influyendo todas ellas sobre la salud del individuo.

El principal problema a destacar, por ser el más repetido, ha sido el *tráfico de drogas ilegales*. Esto crea un clima de inseguridad, economía sumergida y hábitos de vida no saludables, relacionados con ulteriores consecuencias como el vandalismo o la violencia, lo cual repercute absolutamente

sobre el ambiente sociocultural en la localidad. En relación a la economía sumergida, el tráfico de drogas es una manera de obtener recursos tanto por el cultivo como por la venta de pequeñas cantidades, sobre todo de marihuana que es bastante frecuente, su consumo, entre la gente joven.

*“Debe haber una economía sumergida más importante de lo que sabemos. Hay gente que tiene plantaciones de droga en la casa, hay mucho trapicheo de fines de semana.” «La droga: se consume mucho y hay mucha gente que la vende. Mayores, adultos, padres de familia y adolescentes de 16-17 años.”*

A nivel socioeconómico se detecta una gran **dependencia de ayudas sociales**, siendo el segundo problema de interés por población. Según se nos ha manifestado durante la investigación, influye en la falta de motivación personal, en la desidia de no buscar empleo y acarrea una cultura de adaptación a unos recursos económicos, que sin ser importantes cuantitativamente, aseguran unos ingresos para la subsistencia. Se señala este problema como una de las causas importantes de la baja motivación de la población por un desarrollo personal y socio-laboral adecuado, y como causa también de la baja motivación de los jóvenes por su desarrollo curricular, que ven en las ayudas y en el paro agrario un futuro factible.

*«La gente vive mucho de los subsidios, del paro. La población se ha acostumbrado a una economía de subsistencia y del todo gratis. ¿Para qué van a hacer ellos esfuerzo si les va a venir dado? Alguien vendrá que les solucione sus problemas.»*

Otro de los problemas más repetidos ha sido el vandalismo. La población detecta una falta de seguridad ciudadana preocupante en la localidad, no se respetan zonas comunes de la misma y también con ataques a la propiedad privada. Son frecuentes los robos y quema de enseres, relacionados con rencillas y riñas en determinados sectores de la población.

*“Se llevan años quemando contenedores. Otras veces es que rompen las lunas de los coches o los espejos. Hay robos, destrozos, fuegos...”*

### **CONDICIONES DE VIDA Y DE TRABAJO Y EDUCACIÓN**

Esta capa es una de las más importantes en nuestro estudio, ya que alberga cinco de los trece problemas más repetidos de nuestra localidad.

El principal problema enmarcado en esta capa ha sido la *falta de implicación de los padres en la educación de los hijos*. La educación en las etapas más tempranas de la vida es primordial para el desarrollo posterior. Durante la infancia y la adolescencia se asientan las bases del desarrollo de la personalidad, los valores y actitudes, habilidades sociales y de resolución de problemas, y por supuesto, el desarrollo escolar.

Por ello, que la figura de los padres y familiares más cercanos debe suponer un modelo a seguir, debiendo estar muy involucrados en la educación de los hijos. Hay poca colaboración por parte de la mayoría de los padres en actividades que se organizan tanto en el colegio como en el Instituto de Enseñanza Secundaria de Alconchel.

*“Hay muchos padres jóvenes, con desinterés por la vida y por labrarse un futuro. Solo quieren salir, pasarlo bien, no estudiar, acompañado de una historia familiar desestructurada. Ese es el modelo de los futuros padres.”*

Otro problema importante en esta capa está relacionado con el primero: **absentismo escolar**. Tanto en Educación Primaria como Secundaria se producen faltas reiteradas e injustificadas de algunos alumnos, incluso llegando a dejar los estudios a edades tempranas. Existe una alta permisividad de los progenitores sobre esas ausencias, con menor control e implicación sobre la educación de sus hijos.

*“Hay poca valoración de la educación: los niños dejan de ir al colegio antes de los 16 años. A los 14 años hay un 70% que deja de ir al instituto.”*

**La falta de implicación de los padres en la educación de los hijos** y el **absentismo escolar** son problemas relacionados y el segundo además, consecuencia del primero. Los progenitores no dan importancia suficiente a los aspectos académicos de los hijos, siendo frecuente el abandono de los estudios antes de los 16 años, sin otra alternativa válida, y una alta tasa de fracaso escolar, con consecuencias negativas para los niños y jóvenes.

Otro tema a destacar es la alta tasa de **desempleo**. Este problema sentido por la población queda bien reflejado en los datos objetivos, ya que la tasa de desempleo en los últimos años (2016) es casi del 30%, mayor que las medias nacional y autonómica. El trabajo es precario y generalmente temporal, con un carácter estacional, ya que depende en gran parte de

las tareas agrícolas, no hay industrias o fábricas que favorezcan el empleo digno y de calidad, la poca cualificación de los trabajadores hacen que el desempleo se considere un problema preocupante, que es paliado en parte por actividades paralelas a nivel agrario y ganadero en explotaciones domésticas, que aportan dinero o recursos al ámbito familiar.

*“Para todo el mundo, mismo jóvenes que mayores, no hay nada. Hay poco trabajo.”*

Otro de los principales problemas percibidos por la población es la **falta de actividades de ocio** en la localidad. Las escasas alternativas culturales y deportivas hacen que los jóvenes tengan menos opciones para ocupar su tiempo libre, que es abundante, por eso lo emplean mayoritariamente en botellones, fiestas en bares, discotecas y ambientes donde se invita a consumo de esas sustancias, lo que favorece comunidades menos enriquecidas y pueda estar en relación con el consumo de drogas y alcohol.

*“Poca oferta para ocio para los jóvenes”. “No hay oferta como música y deporte en general”.*

Estrechamente relacionado con los anteriores, se percibe una llamativa **baja motivación en los jóvenes**, limitándoles las salidas profesionales y de ocio de cara al futuro más inmediato. Esta baja motivación está directamente relacionada con la falta de desarrollo profesional, el consumo de drogas y, la posibilidad de obtención de recursos económicos con el tráfico de drogas y la dependencia de ayudas sociales.

*“La falta de motivación, la falta de estímulos y la falta de actividad de la población joven conlleva a que*

*hagan cosas que no les corresponden y que son cosas nocivas para su salud."*

Los problemas más repetidos en la población **infantojuvenil y adolescente** son, en orden: el consumo de alcohol, la alimentación inadecuada, la falta de implicación de los padres en la educación de los hijos, el absentismo escolar, la falta de actividades de ocio, y la baja motivación. Es llamativo que la mayoría de problemas se enmarcan en la capa de condiciones de vida y de trabajo. Puede hacerse la lectura inversa de causalidad: la baja motivación en los jóvenes viene dada por tener poca formación académica y de búsqueda de ocio, en parte no inculcados por sus padres.

### **REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS**

El principal problema enmarcado en esta capa es el de la *soledad en personas mayores*. Se trata de un grupo numeroso, dado el envejecimiento poblacional. Muchos ancianos viven solos, sin que existan recursos suficientes para una atención adecuada. La mayoría de redes sociales y familiares a esta edad son insuficientes, están deterioradas, o existe una baja implicación de los hijos en el cuidado de sus padres. La atención domiciliaria dependiente de los Servicios Sociales palia sólo una parte del cuidado de los ancianos. Algunos ancianos deciden estar solos en sus propias casas, aún con una atención deficiente, antes que abandonar su hogar, o hacer uso de los Pisos Tutelados que existen en Higuera de Vargas.

*"Hay mucha gente sola y aislada, solo salen a hacer*

*alguna compra, sobre todo algunos hombres, que viven solos, se meten en una rutina de estar solos y solo hablan de enfermedades, ven el salir y relacionarse como algo malo.”*

## **ESTILOS DE VIDA DEL INDIVIDUO**

Se trata también de una capa importante, ya que aún a cuatro de los trece problemas más destacados y repetidos. El principal de ellos es el **consumo de drogas ilegales**. Las drogas afectan directamente a la salud del individuo que las consume, tanto de manera aguda como crónica. A lo largo del tiempo, tienden a mermar capacidades intelectuales y sociales, con deterioro de las relaciones interpersonales, especialmente las familiares. Sobre todo se consume cannabis, aunque se mencionan otras drogas como cocaína o drogas de síntesis, pero en menor medida. Debemos destacar el consumo de drogas ilegales por parte de la población joven, como forma de divertimento bastante frecuente y habitualmente unido al consumo de alcohol. Además se menciona que hay tráfico de estas drogas ilegales, como forma de ingreso económico.

*“La droga: se consume mucho y hay mucha gente que la vende. Mayores, adultos, padres de familia y adolescentes de 16-17 años.”; “Gente mayor que fuma sus porros, se juntan, no les da vergüenza de los vecinos... padres que fuman delante de sus hijos...”; “La principal droga del pueblo es la marihuana: el que no tiene para consumirla, la tiene para venderla y sacarse un dinerillo.”*

El *consumo de alcohol en jóvenes* preocupa a nuestra localidad, ya que se ha convertido en una alternativa de ocio habitual, suele iniciarse a edades tempranas y en algunos casos, se perpetúa a lo largo de los años. Pierden la referencia de poder salir a actividades de ocio sin la necesidad de consumir alcohol, y en algunas ocasiones, acarrea urgencias de salud reseñables.

*“Cada vez empiezan más jóvenes a consumir, con 12-13 años, sobre todo alcohol y tabaco. Todas las noches cervecitas en los bancos, litronas y porros.”*

La *alimentación inadecuada* en la población de estudio es un problema fundamental. La base de una dieta mediterránea variada y rica en frutas, verduras, legumbres, etc., está cayendo en desuso. Son habituales las matanzas caseras con cerdos alimentados dentro del ámbito doméstico. Se utilizan como base de la dieta estos productos de matanza, curados y encurtidos, que suponen un ahorro importante para la economía familiar, así como alimentos muy grasos y fritos para su consumo diario, desterrando casi los productos vegetales, frutas y hortalizas, a pesar de que tienen fácil acceso a estas (hay existencia de huertos particulares).

*“A los niños se les da más alimentación procesada que fruta porque es más cómodo.”; «La alimentación es muy pobre en fruta y verdura y en pescado.»; «No hay cultura de huertos.»*

Esta capa de estilos de vida del individuo es una de las más fácilmente modificable y sobre la que el individuo tiene gran oportunidad de mejora. Por eso, la abstinencia de alco-

hol a edades tempranas y la alimentación variada y equilibrada en todas las edades de la vida, pero especialmente en la etapa infanto-juvenil, son esenciales para un crecimiento saludable y evitar patologías en el futuro.

Finalmente, dentro de esta capa llama la atención el problema de la *ansiedad y depresión en mujeres*. La figura de la mujer en el medio rural sigue teniendo, en gran medida, un papel íntimamente ligado a la crianza de los hijos, tareas del hogar y cuidado de mayores y dependientes. Derivado de esa lacra cultural, no han tenido mejores oportunidades de educación, formación, ni profesionales, con merma de las redes sociales y alternativas de futuro y estilos de vida. Ellas acuden a consulta médica por frecuentes problemas de ansiedad y depresión, como forma de presentación de otros problemas sociales y culturales.

*“Hay el doble de mujeres que hombres con ansiedad y depresión, en parte por la cultura en el que el papel de la mujer está relegado a un segundo plano, para el cuidado de la casa los niños. Tras un mes con el tratamiento, les crea adicción.”*

### **FACTORES INDIVIDUALES (EDAD, SEXO Y FACTORES CONSTITUCIONALES)**

La edad, el sexo, la genética y los factores individuales, a diferencia de los anteriores, no son modificables, por lo que determinan la salud del individuo desde el nacimiento.



## 7. ANÁLISIS CONVERGENTE

---

Recogidos los datos e información de carácter subjetivo (principales problemas sentidos por la población de Higuera de Vargas), así como los datos objetivos (motivos de consulta e ingreso hospitalario, morbimortalidad, datos demográficos, tasas de vacunaciones, etc.), se aúnan ambos en un análisis más enriquecido.

Puede constatarse que la mayoría de las *consultas* a demanda tienen relación con patologías crónicas, lo que es congruente con la edad y la situación poblacional de Higuera de Vargas. La mayoría de pacientes en esta situación son adultos mayores y personas de avanzada edad, cuya calidad de vida previa y hábitos higiénico-dietéticos, entre otros factores individuales tienden a empeorar ciertas patologías (como es el caso de la hipertensión). Sin embargo, la hipertensión y las infecciones respiratorias (dos de los principales motivos de consulta) no son lo que más se ha reflejado en el análisis subjetivo, ya que en este, la mayoría de preocupaciones de la población está más relacionada con el consumo y tráfico de sustancias ilegales y con problemas socioeconómicos.

La *alimentación inadecuada* ha sido un problema importante percibido por la población. El tipo de alimentos que consumen hoy día los habitantes de Higuera dista mucho de la dieta tradicional y mediterránea que realizaban hace unos años o décadas. Existe un bajo consumo de frutas, verduras y hortalizas, con abuso de refrescos, alimentos precocinados, fritos, carnes, embutidos, productos de matanza, etc. Este estilo de vida se une a la baja práctica de

actividad física saludable. A pesar de ser uno de los principales problemas sentidos por la población y tener aparentemente fácil solución, genera mucha demanda asistencial porque repercute directa y negativamente en el control de los factores de riesgo cardiovascular: incide en la mayor frecuentación en las consultas por enfermedades crónicas.

Además, es muy probable que esta alta *frecuentación* señalada también se deba a que los habitantes tienen cierta dependencia de los profesionales que trabajan en el Consultorio Local. Los pacientes depositan en ellos su confianza y cuidados de las patologías crónicas, que en muchos casos deriva en que los pacientes no están empoderados para el control de las mismas. Los problemas socioeconómicos influyen directamente en esta frecuentación, bien a través de mal control de patologías (poco acceso a fármacos, olvidos de controles, polifarmacia, etc.), o de manera general como reflejo de dificultades económicas, de vivienda, de soledad, etc.

La consulta de *pediatría* en nuestra Zona de Salud se ubica en el Centro de Salud de Alconchel, por lo que las familias deben desplazarse por medios privados o en transporte público, suponiendo un problema importante de acceso. Los principales motivos de consulta fueron las patologías respiratorias, que en gran medida son debidas a infecciones víricas pero que se exacerban ante la exposición a humos, especialmente de tabaco. Vuelven a salir a colación los hábitos de vida no saludables, que también influyen en las primeras etapas de la vida. Esto se relaciona con la falta de habilidades en los progenitores para la atención básica ante patologías banales (dolor de garganta, catarros, etc.).

La mayoría de los problemas que se han planteado en los grupos focales y entrevistas a testigos privilegiados no son objeto de demanda en las consultas, haciendo que nos planteemos una manera de trabajo distinta, más orientada a la prevención y promoción de la salud a través de los determinantes de salud que influyen directamente en esta población.

Los empleos que desempeñan la mayoría de personas en edad activa en Higuera de Vargas son eminentemente físicos, con importantes cargas de peso o movimientos repetitivos. De ahí que la exposición frecuente a estos factores termine por dañar en mayor o menor medida la zona lumbar. De ahí se deriva que la mayoría de las *Incapacidades Temporales (IT)* hayan sido por este motivo.

Según los datos obtenidos, en Higuera de Vargas la tasa de desempleo es alta, pero además hay muchas personas ocupando empleos precarios. Este malestar unido a la amplia disponibilidad de tiempo, puede tener relación con algunas de las principales preocupaciones de la población: el *vandalismo*, y el *tráfico de drogas ilegales y consumo de drogas*. En algunos casos el tráfico de drogas puede suponer un ingreso extra íntegro en domicilios en los que no se tiene otro sustento, de acceso rápido y relativamente fácil. El consumo o las disputas por motivos económicos también generan violencia, haciendo que aumenten los actos vandálicos en la localidad, bien contra elementos públicos o contra propiedades privadas.

Del mismo modo, la falta de empleo, el tiempo desocupado, el consumo de drogas y el malestar entre los ciudadanos, entre

otros factores, funcionan como detonante de *ansiedad y depresión*, claramente sentidos por la población.

Los problemas relacionados con la ansiedad y depresión en *mujeres* se deben en parte a la situación económica y a la sobrecarga familiar, pero sobre todo al rol tradicional femenino que habitualmente se le asigna (cuidadoras de mayores, hijos y dependientes, tareas del hogar, alimentación, etc.). Con frecuencia manifiestan su soledad y así lo expresan en sus frecuentes visitas a la consulta médica.

## **8. CONCLUSIONES**

---

### **8.1. SOBRE LA METODOLOGÍA**

- La existencia de la Comisión Comunitaria de Salud, como órgano de participación de la comunidad en todo lo relacionado con la Salud Comunitaria, es una garantía para poder realizar un Diagnóstico de Salud Comunitario (DSC).

- Es necesario un periodo de formación previo dirigido a los miembros del Equipo de Atención Primaria (EAP) que vayan a participar en el grupo de trabajo que se tiene que constituir para la elaboración del DSC.

- La constitución de grupos de trabajo para la obtención de los datos objetivos y subjetivos ha permitido avanzar más rápidamente en la recogida de los mismos.

- La participación en salud de la población se inicia con el DSC, y su papel es fundamental en la obtención de datos subjetivos (problemas y/o necesidades sentidas) a través de las entrevistas a testigos privilegiados y a los grupos focales.

- El trabajo de años previos con la Comunidad y la buena relación entre los distintos actores comunitarios implicados, ha favorecido el buen desarrollo de las actividades comunitarias y el buen funcionamiento de la Comisión Comunitaria de Salud.

### **8.2. SOBRE LOS RESULTADOS**

- Se trata de una población envejecida, lo que conlleva la prevalencia de patologías relacionadas con la ancianidad y

que influyen en la elevada frecuentación de ese sector poblacional, si bien los motivos de consulta no difieren de los que existen a nivel regional y de otras zonas de nuestro entorno.

- La pérdida de población en el municipio viene derivada de la poca oferta laboral existente, con ausencia de industrias que ofrezcan puestos de trabajo, si bien es cierto, que desde el Ayuntamiento se ofrecen viviendas de protección oficial para favorecer el asentamiento de parejas jóvenes. Sería conveniente programas de integración laboral destinados a favorecer la residencia en la localidad.

- En los adultos se plantea la necesidad de un abordaje de factores de riesgo cardiovascular al ser la primera causa de mortalidad, y primer motivo de consulta. La alimentación inadecuada, como causa importante de estas patologías, requiere de la puesta en marcha de programas destinados a mejorar la alimentación.

- La hipertensión es la causa de demanda más frecuente en las consultas médicas, relacionada directamente con una dieta rica en sal y de los derivados del cerdo.

- La alta frecuentación y la baja presión asistencial, en relación a otras zonas de salud del entorno, hace plantearnos un abordaje multidisciplinar de cara a la educación sanitaria, favoreciendo la autonomía del paciente, para disminuir la frecuentación y poder gestionar mejor el tiempo de la consulta y dedicar parte en actividades comunitarias que sin duda redundarían en una mejora de la eficiencia y la salud de la población.

- La fácil accesibilidad a las consultas médicas y de enfermería puede ser una de las causas de la alta frecuentación, y debe ser valorado como algo positivo. Al no existir espera, muchas de las demandas se atienden en el momento, si bien es necesaria una regulación estricta de la cita previa como mecanismo regulador de esa demanda inmediata, en muchos casos injustificada.

- Los tumores, como principal causa de mortalidad, requieren de un correcto registro para obtener información veraz de cara a la planificación y gestión sanitaria.

- La precariedad laboral no solo afecta al modo de vida y a la economía de nuestros vecinos, sino también a su salud. Debemos seguir trabajando con una perspectiva comunitaria desde los distintos recursos para mejorar la salud de nuestra población activa.

- El trabajo precario y temporal, sobre todo en las faenas agrícolas, desencadena actividades y esfuerzos para los que los trabajadores no están preparados, y que están directamente relacionados con los motivos de las bajas laborales, por lo que sería conveniente una regulación de estas actividades mediante planes de salud laboral e higiene en el trabajo.

- El problema que más preocupa a los vecinos de Higuera de Vargas es el cultivo y tráfico de drogas ilegales, además directamente relacionado con el consumo, sobre todo en jóvenes. Se trata de un problema multisectorial para el que es necesario un abordaje integral y urgente, por sus repercusiones, que trasciende más allá del trabajo que puede realizar la Comisión Comunitaria de Salud.

- La normalización del consumo de drogas legales por parte de la población joven y adultos, y en muchos casos menores, es un gran handicap para el abordaje de esta problemática mediante la promoción de la salud, prevención y asistencia sanitaria, debido a la baja percepción de riesgo. Las graves consecuencias de este problema requieren un abordaje multisectorial, dada su complejidad.

- Es necesario incrementar las actividades de promoción y prevención para el abordaje de los determinantes de salud que interaccionan en esta comunidad como dieta, ejercicio y otras actividades directamente relacionadas con la patología prevalente.

- La poca implicación de los padres en la educación de los hijos, el absentismo escolar y el fracaso escolar son problemas suficientemente importantes que requieren un abordaje a distintos niveles: implicación de la educación, puesta en marcha de programas y desarrollo de asociaciones de padres y madres.

- La escasa consideración por parte de los vecinos de Higuera hacia el desarrollo curricular de jóvenes y adolescentes, y la percepción de que el empleo temporal y de baja calidad puede ser una salida profesional, hacen necesario poner en marcha programas y actividades desde la escuela y distintos sectores implicados, para potenciar la capacitación y expectativas de futuro en los jóvenes y adolescentes.

- La falta de actividades de ocio, sobre todo entre los jóvenes, es otra de las causas que pueden desviar este sector de la población a otras poco saludables, por lo que habría que am-

pliar la oferta con música, cine, teatro, deporte etc., con el fin de buscar motivaciones atractivas entre los jóvenes.

- Se pone de manifiesto la sobrecarga en las mujeres y que ello puede ser causa de problemas relacionados con la salud mental. Este grupo de población presenta sobre todo ansiedad y depresión, habría que organizar actividades que favorezcan las reuniones, asociaciones y el desarrollo personal de las mujeres.

- La soledad en los ancianos es otro tema a tratar. Es necesario crear la infraestructura necesaria de cara a paliar este problema que debe abordarse en la Comisión Comunitaria.

- Pretendemos trabajar desde los problemas detectados en el DSC para buscar respuestas desde la necesaria coordinación e implicando a todos los recursos: ciudadanía, técnicos e instituciones, con el fin de mejorar las desigualdades en salud de la población menos favorecida.



## 9. LISTADO DE PROBLEMAS CRÍTICOS

---

Tras el análisis convergente de datos objetivos y subjetivos, obtenemos un listado de problemas de salud. Los criterios que se han seguido para la elaboración de los listados de problemas de salud, han sido:

1. Que la magnitud de la situación sea superior a la media del entorno.
2. Que exista una tendencia al aumento del problema o de sus determinantes.
3. Que la comunidad o el equipo de salud lo vivan como un problema.
4. Que sea susceptible de mejoría.
5. Que tenga tendencia a incrementarse, si no se actúa sobre ellos.
6. Que afecten a grupos de población vulnerable.
7. Que sean los más prevalentes en nuestra comunidad cuando no puedan aplicarse los criterios anteriores.

### **LISTADO DE PROBLEMAS CRÍTICOS:**

- \* Absentismo escolar.
- \* Alimentación inadecuada, no saludable.
- \* Alta frecuentación de las consultas de medicina de familia.

- \* Alta tasa de desempleo y precariedad laboral.
- \* Ansiedad y depresión en mujeres.
- \* Baja motivación en jóvenes.
- \* Cobertura de vacunación de tétanos y meningitis C en menores de 12 años por debajo de los objetivos marcados.
- \* Consumo de drogas legales.
- \* Consumo y tráfico de drogas ilegales.
- \* Dependencia de ayudas sociales.
- \* Falta de actividades de ocio.
- \* Falta de implicación de los padres en la educación de sus hijos.
- \* Hipertensión, infecciones respiratorias y dislipemia.
- \* Soledad en las personas mayores.
- \* Vandalismo.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

---

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: [https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/Resum\\_Inf\\_An\\_SNS\\_2015.pdf](https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/Resum_Inf_An_SNS_2015.pdf)

Situación de la Atención Primaria Área de Salud de Badajoz. Año 2016. Servicio Extremeño de Salud. Disponible en:

[http://www.area.salud.badajoz.com/ESTUDIO\\_SITUACION\\_A.P.\\_AREA\\_SALUD\\_BADAJEZ.pdf](http://www.area.salud.badajoz.com/ESTUDIO_SITUACION_A.P._AREA_SALUD_BADAJEZ.pdf).

APOC Grupo. Aproximación al conocimiento de la comunidad en Atención Primaria. Grupo APOC de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona. 2003.

Equipo de Atención Primaria El Progreso (Badajoz). Análisis de la situación de Salud “El progreso”. Badajoz. 2014.

Isabel Montaner Gomis. Análisis de la situación de salud de una comunidad. Módulo de Formación Continuada en Atención a la Comunidad. Semfyc-Semergen. 2000.

Marmot, M., “Economic and social determinants of disease”. Bull World Health Organ, 2001, tomo 79, volumen 10, p. 988-989.

WHO. Commission on Social Determinants of Health. Towards a conceptual framework for analysis and action on

the Social Determinants of Health. Discussion Paper for The Commission on Social Determinants of Health Geneva: WHO; 2005.

WHO. "Regional Office for Europe Social determinants of health: the solid facts". Copenhagen, segunda edición, editores Wilkinson, R. y Marmot, M., 2003.

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>

Demografía y población. Cifras de población y censos demográficos. Disponible en: <http://www.ine.es/>

Encuesta Nacional de Salud de España 2011. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Disponible en: <http://www.msps.es/estadestudios/estadisticas/encuestanacional/home.htm>

Estadísticos de coberturas de vacunación nacionales 1992-2011. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/sanidad/portada/home.htm>

Portal estadístico del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/sanidad/portada/home.htm>

Public Health Agency of Canada. Population Health. What Determines Health? Disponible en:

<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/determinants/determinants.html#income>

## Padrón Municipal de Higuera de Vargas

Censo del agua del Organismo Autónomo de Recaudación.

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: [https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/Resum\\_Inf\\_An\\_SNS\\_2015.pdf](https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/Resum_Inf_An_SNS_2015.pdf)

Situación de la Atención Primaria Área de Salud de Badajoz. Año 2016. Servicio Extremeño de Salud. Disponible en: [http://www.areasaludbadajoz.com/ESTUDIO\\_SITUACION\\_A.P.\\_AREA\\_SALUD\\_BADAJEZ.pdf](http://www.areasaludbadajoz.com/ESTUDIO_SITUACION_A.P._AREA_SALUD_BADAJEZ.pdf).

CIE 9. Clasificación Internacional de enfermedades. 9ª Revisión Modificación Clínica. 9ª Edición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <https://eciemaps.msssi.gob.es/ecieMaps/documentation/documentation.html>

Demografía y población. Cifras de población y censos demográficos. Disponible en: <http://www.ine.es/>

CIAP 2. Clasificación Internacional de la Atención Primaria. Disponible en: <http://www.kith.no/upload/2705/ICPC-2-Spanish.pdf>

Plan de Salud de Extremadura 2013-2020. Consejería de Salud y Política Social, Mérida, 2013. Disponible en:

[https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploadded\\_files/CustomContent/](https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploadded_files/CustomContent/)

PLAN%20DE%20SALUD%20DE%20EXTREMADURA%202013-2020.pdf

Marco Tejero, A. Pérez Trullén, R. Córdoba García, N. García Sánchez, M. J. Cabañas Bravo La exposición al humo de tabaco en el hogar aumenta la frecuentación por patología respiratoria en la infancia. *Anales de Pediatría*, Volume 66, Issue 5, May 2007, Pages 475-480.

## **PARTICIPANTES EN LA RECOGIDA DE DATOS OBJETIVOS:**

Ángela Berrocal Acevedo (Médica de Familia)

Virginia Bueno García (Médica de Familia)

Calixta Mansilla Calderón (Médica de Familia)

Cecilio Méndez Bermejo (Agente de Desarrollo Local)

Francisco Méndez Martínez (Médico de Familia)

Mercedes Moreno Correa (Farmacéutica)

Carlos Morín Álvarez (Médico de Familia)

Joaquín Sánchez Soto (Médico de Familia)

Marcelino Pacheco Vicente (Médico de Familia)

## **PARTICIPANTES EN LOS GRUPOS FOCALES Y TESTIGOS PRIVILEGIADOS**

Carmen Adame Zamora, Rosa M<sup>a</sup> Aguilar Rodríguez, Antonio Jesús Antequera, Moreno Isabel Adame Berjano, María José Bermejo Rivero, Isidora Bermúdez Cadenas, María del Carmen Cabalgante Berjano, Ignacio José Cabalgante Gata, María Cabañas León, María del Mar Casas Felipe, Melanie Feu Carmona, Manuel García López, Vicente García Martín, José Antonio Garrancho Felipe, Desireé Garrancho Felipe, Macarena Garrancho Larios, Lidia Gil Leitón, Ismael Gil Sánchez, Consuelo González Cabañas , Ana M.<sup>a</sup> González Garrancho, Sabina Larios Silva, Francisca Leitón Fernández, Lucía León Casas, Marta León Casas, Mariluz Marín Melado, Alejandro Mejías Garrancho, Eduardo Navarro, Antonio Rodríguez Macías Rebeca Salas Pires, María Dolores Salguero Torrado, Cándido Sánchez Cabrera, Verónica Loreto Sánchez Corbacho, Macarena Torrado Gil, Jennifer Valencia Larios, Luis Vaquero Agama, Santiago Vázquez Martínez, María Dolores Vázquez Torvisco, José Venegas Méndez, Purificación Vera Rodrigo, Encarnación Verdejo Méndez, Cristina Viera Felipe.

## AGRADECIMIENTOS

Nuestro reconocimiento y agradecimiento a la Comisión Comunitaria de Salud de Higuera de Vargas por su compromiso y participación en todo este proceso.

Reconocimiento al equipo asesor Marco Marchioni y Luz Morín por acompañarnos en este proceso.

Agradecer igualmente a la Comisión Comunitaria de Salud de El Progreso, que inspiró este trabajo y dio forma al texto siguiendo las directrices que ellos mismo han sabido estructurar de manera adecuada a lo largo de sus años de experiencia trabajando con la comunidad.

Nuestro reconocimiento también a la Gerencia de Atención Primaria de Badajoz, que ha apostado por esta metodología de intervención con la comunidad como modelo de empoderamiento de una población en la toma de decisiones respecto en su salud.







COMISIÓN COMUNITARIA DE SALUD  
HIGUERA DE VARGAS



Ayuntamiento de  
Higuera de Vargas



JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Sanidad y Políticas Sociales

