DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO 2017

VALVERDE DE LEGANÉS

DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO 2017

Valverde de Leganés (Badajoz)

COORDINADORA DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO DE VALVERDE DE LEGANÉS

Mª del Henar Sánchez García (Médico de Familia y Comunitaria)

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

José Manuel Alberni Rodríguez (Enfermero)

José Manuel Cabezón Pons (Médico de Familia y Comunitaria)

Mª José Fernández Reyes (Pediatra)

Ramiro Morera García (Enfermero)

Rocío Moreno Rey (Trabajadora social)

Noa Batalla Rebollo (Médico de familia y Comunitaria-Técnico de Salud)

Gloria González Conde (Pedagoga de Apoyo Comunitario en Salud)

Ignacio Pérez Sánchez (Médico de la Dirección de Salud)

José Mª Franco Domínguez (Ingeniero Agrícola)

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 Valverde de Leganés, y cualquier persona que a título individual quiera participar.

Actualmente forman parte de esta Comisión:

- Profesionales del Consultorio de Valverde de Leganés
- Profesionales del Colegio Cristo Crucificado
- Profesionales del C.E.I.P. César Hurtado Delicado
- Profesionales del I.E.S. Campos de San Roque
- Profesionales de los Servicios Sociales de Base del Ayuntamiento
- Profesionales del Ayuntamiento de Valverde de Leganés
- Profesionales de la Mancomunidad Integral de la Comarca de Olivenza
- Profesionales del Centro de Empleo
- Profesionales de las Farmacias
- Representante de la Universidad Popular
- Representantes del AMPA del C.E.I.P. Campos de San Roque
- Representantes del AMPA del Colegio del Cristo Crucificado
- Representantes del AMPA del I.E.S. Campos de San Roque
- Representantes de la Hermandad donantes de sangre
- Representantes de la Asociación Cultura Banda de Música de Valverde de Leganés

- Representantes de la Escuela Municipal de Música
- Representantes de Asociación de Sevillanas y Flamenco
- Representantes de ADISVAL
- Representantes del Asociación de Mayores “San Bartolomé”
- Representantes de la Asociación de Mujeres
- Representantes del Racing Valverdeño
- Representantes de la Asociación MTB Los Bartolos
- Representantes de la Asociación de Pescadores
- Representantes de la Asociación Vías Pecuarias
- Representantes de Grupo de Mujeres Afectadas del Cáncer de Mama
- Representantes de la Asociación de Mayores y Pensionistas
- Representantes de la Agrupación Izquierda Unida
- Vecinos y vecinas de Valverde de Leganés

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 garantice, 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

Valverde de Leganés

INDICE

1. JUSTIFICACIÓN 15

2. METODOLOGÍA PARA LA REALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO 21

2.1. PROPUESTA Y APROBACIÓN 21

2.2. DISEÑO 21

2.3. GRUPOS DE INVESTIGACIÓN 22

2.4. PRESENTACIÓN A LA COMISIÓN COMUNITARIA DE SALUD 23

2.5. DOCUMENTOS DE DIFUSIÓN 23

2.6.1. Datos objetivos 23

2.6.2. Datos subjetivos 24

3. CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNIDAD DE VALVERDE DE LEGANÉS 27

3.1. ORIGEN DE VALVERDE DE LEGANÉS 27

3.2. DATOS MEDIO AMBIENTALES DE INTERÉS SANITARIO 28

3.3. CONTROL DE AGUA POTABLE DE CONSUMO PÚBLICO 29

3.4. LA POBLACIÓN 30

3.5. DATOS DEMOGRÁFICOS DE INTERÉS 32

3.5.1. Datos de Natalidad, Mortalidad y Crecimiento Vegetativo 32

3.5.3. Indicadores Demográficos de Interés 33

3.6. ASPECTOS SOCIALES Y ECONÓMICOS 34

3.7. USO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DE LA ZONA 36

4. INFORMACIÓN OBJETIVA 37

4.1. MORTALIDAD 37

4.2. MORBILIDAD 38

4.2.1. Motivos de Consulta 38

4.3. INGRESOS HOSPITALARIOS 41

4.4. ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA 43
4.5. TUMORES 45
4.6. INCAPACIDAD TEMPORAL 45
4.7. INDICADORES POSITIVOS DE SALUD 46
4.7.1. Vacunaciones Infantiles 46
4.7.2. Vacunaciones Adultos. Gripe 47
5. INFORMACIÓN SUBJETIVA 49
5.1. PROBLEMAS COMUNES A TODA LA POBLACIÓN 49
6. INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN 51
6.1. CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNIDAD 51
6.2. INFORMACIÓN OBJETIVA 52
6.3. INFORMACIÓN SUBJETIVA 54
7. ANÁLISIS CONVERGENTE 59
8. CONCLUSIONES 61
8.1. SOBRE LA METODOLOGÍA 61
8.2. SOBRE LOS RESULTADOS. 61
9. LISTADO DE PROBLEMAS CRÍTICOS 65
10. BIBLIOGRAFÍA 67

1. JUSTIFICACIÓN

La razón que nos conduce a elaborar nuestro Diagnóstico de Salud Comunitario (DSC) en Valverde de Leganés, dentro del marco del **Proyecto Ítaca**, para el desarrollo integral de la Atención Primaria en el área sanitaria de Badajoz, es un nuevo enfoque en la relación del Equipo de Atención Primaria (EAP) con los distintos servicios (educativos, sociales, etc.) y con la comunidad, es decir, desde una orientación comunitaria. Este Diagnóstico nos lleva al conocimiento del estado de salud de la comunidad y circunstancias que influyen en él, punto de partida para realizar intervenciones comunitarias en salud.

La planificación en salud comunitaria se desarrolla en el ámbito local, llevando a cabo una planificación por programas de salud, que parte de la identificación de problemas y necesidades en salud de la población.

Las etapas de la planificación por programas son:

1. Conocer el ámbito socio-demográfico y de salud de un territorio definido, con la identificación de los problemas y necesidades, estableciendo un orden de prioridades.
2. Diseñar y poner en marcha programas para responder a los problemas prioritarios.
3. Evaluar el impacto de estos programas sobre la salud de la población.

El principal objetivo del Diagnóstico de Salud Comunitario de la zona se corresponde con la primera etapa de la planificación por programas, y para ello es necesario recabar información de la Comunidad en todos los aspectos relacionados con la salud. La ciudadanía adquiere un relevante protagonismo como fuente de información de gran interés, para reconocer los principales problemas y necesidades que les afectan, legitimando los resultados que se puedan obtener. De esta forma, se potencia la capacidad de las personas y colectivos para afrontar sus problemas, demandas y necesidades en salud, y al mismo tiempo conlleva un proceso educativo en el que la comunidad aprende a participar.

Según Marco Marchioni, experto trabajador e investigador social, **"la verdadera participación comunitaria comienza con el diagnóstico".**

Para el análisis de los problemas y necesidades nos basamos en los **Determinantes de Salud (DS),** entendidos como "las circunstancias en que las

personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud"(OMS 2005). Esas circunstancias hacen referencia a estilos de vida, educación, condiciones laborables, situación económica, entorno, acceso a servicios sanitarios adecuados y posición social. La combinación de todos ellos, crean diferentes condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud.

Lalonde, uno de los informes más revolucionarios en Salud Pública que salió a la luz en 1974, recoge como se agrupan los determinantes de salud en cuatro campos:

- **Medio Ambiente**: en relación con factores ambientales físicos, biológicos, de contaminación atmosférica, contaminación química; tanto del suelo, agua y aire, así como los factores socio-culturales y psicosociales relacionados con la vida en común.
- **Estilos de vida**: relacionados con los hábitos personales y de grupo, la alimentación, actividad física, adicciones, conductas peligrosas o temerarias, actividad sexual, utilización de los servicios de salud, etc…
- **Biología Humana**: relacionada con aspectos genéticos y con la edad de las personas.
- **Sistemas de asistencia Sanitaria**: relacionado con la calidad, accesibilidad y financiación de los servicios de salud que atienden a los individuos y poblaciones.

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

Los modelos que representan como 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 (1992) (Figura 1).

Figura 1. Modelo de Dahlgren y Whitehead

Explica como 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 **determinantes sociales de salud (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 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 ejercen 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 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.

El objetivo de este trabajo es aproximarnos al conocimiento del estado de salud y a los determinantes de la comunidad de Valverde de Leganés, generando una herramienta que va a facilitar el abordaje de los problemas y necesidades identificados, a través de programas de salud comunitarios en coordinación con distintos sectores (educación, sociales,…), con un horizonte en común, la equidad en salud.

2. METODOLOGÍA PARA LA REALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO

La metodología para la realización del DSC conlleva métodos y técnicas, tanto cuantitativas (recogida de datos objetivos), como cualitativas (registros de problemas y necesidades sentidos por los colectivos y personas relevantes de la comunidad) (Figura 2).

2.1. PROPUESTA Y APROBACIÓN

La propuesta de este documento se realiza desde los profesionales sanitarios de Valverde de Leganés, entendiéndolo como un documento prioritario para poder trabajar desde una visión comunitaria por la salud, con el compromiso de su realización y posterior aprovechamiento.

Para la aprobación del DSC se implica a la Comisión Comunitaria de Salud (CCS) de Valverde de Leganés de reciente creación, como órgano de participación donde se encuentran representados: la ciudadanía, administraciones y técnicos de la zona. Se presenta la propuesta de realizar el DSC, se aprueba por consenso y la CCS interviene de forma activa en la elaboración de este documento.

2.2. DISEÑO

El diseño se fundamenta en la recogida de información objetiva (mortalidad, morbilidad, motivos de consulta, hospitalización, utilización de los servicios sanitarios, etc.) e información subjetiva, que refleja la percepción que tiene la Comunidad de los problemas que le afectan.

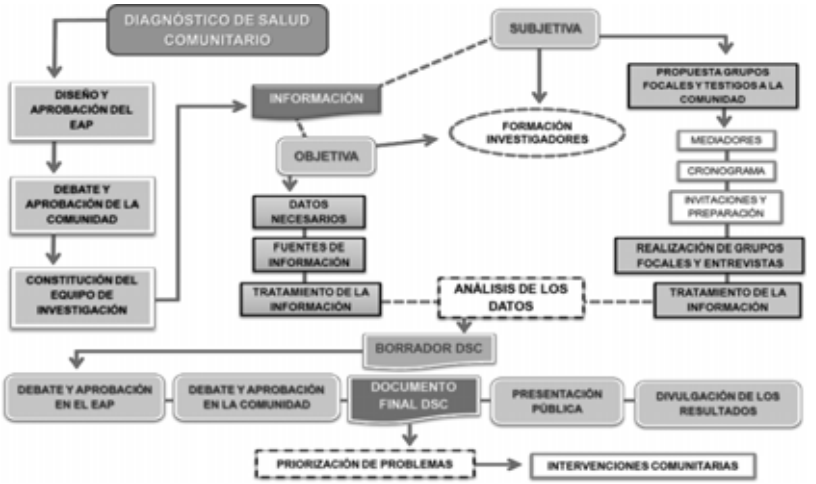

Figura 2. Esquema para la metodología del DSC

2.3. GRUPOS DE INVESTIGACIÓN

Para la recogida de **datos objetivos** no fue necesario constituir grupo de investigación. Los datos se obtuvieron de las distintas administraciones y del recurso sanitario de la zona, formado por un pediatra y dos UBAs (Unidad Básica Asistencial, formada por un profesional médico y un profesional en enfermería), éstos últimos recogieron la morbilidad atendida en consulta.

Para la obtención de los datos subjetivos se constituye un grupo de investigación, formado por profesionales sanitarios del centro de salud, con una formación previa en:

- "Metodología para la realización del Diagnóstico de Salud"
- "Investigación cualitativa con la técnica de grupos focales y entrevistas individuales"

2.4. PRESENTACIÓN A LA COMISIÓN COMUNITARIA DE SALUD

Antes de realizar el documento final del DSC, se presenta el borrador a la CCS para su discusión, modificación y aprobación final por consenso.

2.5. DOCUMENTOS DE DIFUSIÓN

Para la presentación y posterior divulgación del documento se han tenido en cuenta las premisas de ser breve, claro y comprensible, con materiales adaptados a los diferentes colectivos de la zona e implicando a la comunidad en su divulgación.

2.6. INFORMACIÓN RECOGIDA

2.6.1. DATOS OBJETIVOS

Para la recogida de los datos objetivos se tuvieron en cuenta diversas fuentes:

- Instituto Nacional de Estadística (INE).
  Servicio de estadística del Excmo. Ayuntamiento de Valverde de Leganés
- Gerencia del Área Sanitaria de Badajoz (SES).
- Servicio de Admisión y Codificación del Complejo Hospitalario de Badajoz
- Aplicaciones informáticas para la gestión del usuario del Servicio Extremeño de Salud: JARA Asistencial, CIVITAS y Red de Vigilancia de Salud Pública (REVISA).
- Registros de actividad médica del Centro de Salud de Valverde de Leganés

Los datos que se aportan en las tablas y figuras se refieren a distintos años o periodos de tiempo, debido a las diferencias en los sistemas de registro.

La recogida y el tratamiento de la información fue laboriosa y 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 del DSC.

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 tres Grupos Focales (G.F.) formados por dos grupos de colectivos y uno de técnicos de la zona, y se realizaron entrevistas a ocho Testigos Privilegiados (T.P.), en total más de 30 personas relevantes de la comunidad de Valverde de Leganés, conocedoras de los problemas y necesidades de la misma (Tabla1).

GRUPOS FOCALES Y TESTIGOS PRIVILEGIADOS	
	DESCRIPCIÓN
RECURSO EDUCATIVO INFANTIL Y PRIMARIA	Maestros y maestras de los Centros de Educación Infantil y Primaria de la Zona de Salud. CEIP César Hurtado Delicado, Colegio Cristo Crucificado.
RECURSO EDUCATIVO SECUNDARIA Y BACHILLERATO	Profesores, profesoras y otros profesionales del Colegio Cristo Crucificado, IES Campos de San Roque.
TÉCNICOS DE LA ZONA	Farmacéuticos y técnico de farmacia, Dinamizadores deportivos, Policía Local, Universidad Popular, Centro Especial de Empleo, Agente de Empleo de Desarrollo Local (AEDL).
SERVICIOS SOCIALES	Trabajadores Sociales y otros profesionales de los Servicios Sociales de la Zona.
CENTRO DE SALUD	Profesionales del Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud Valverde de Leganés.
COLECTIVOS	Asociación cultural Banda de Música de Valverde de Leganés.
	Agrupación de Izquierda Unida.
	Grupo de Mujeres Afectadas del Cáncer de Mama.
	Asociación de Vías pecuarias.
	Asociación de Pescadores.
	Asociación MTB Los Bartolos
	Racing Valverdeño
	Asociación de Mujeres.
	Asociación de Mayores y Pensionistas.
	Asociación de Mayores "San Bartolomé"
	ADISVAL
	Asociación de Sevillanas y Flamenco
	Escuela Municipal de Música
	Hermandad Donantes de Sangre.
	AMPAS del Colegio Cristo Crucificado, CEIP César Hurtado Delicado e IES Campos de San Roque.
VECINOS DE VALVERDE DE LEGANÉS	Alcalde, Representante de la Comunidad Cristiana, ciudadanos a título individual.

Tabla 1. Fuentes de información para los datos subjetivos

Tanto los grupos focales, como las entrevistas a testigos privilegiados fueron llevadas a cabo por el equipo de investigación que trabajó con técnicas cualitativas mediante entrevista abierta, focalizada, estructurada, participación dirigida y consciente.

La CCS de Valverde de Leganés fue la encargada de designar por consenso los participantes en los grupos focales y entrevistas. Los GF formados por 8-9 personas se reunieron en la Casa de la Cultura y durante una hora debatieron sobre los "problemas de salud que afectan a la comunidad". Las entrevistas a Testigos Privilegiados, fueron realizadas en el Centro de Salud de Valverde de Leganés, con una duración media 30 minutos.

En todo el proceso de recogida de datos se realizaron grabaciones, de las expresiones individuales y datos personales de los participantes sin identificar, para posteriormente asignar a cada diferente comentario un código y categoría (problema). De la información codificada se elaboraron diferentes tablas, agrupando los problemas según el número de veces que aparecían.

Se presentan los datos referidos a los veinticuatro participantes en los diferentes Grupos Focales (Tabla 2).

Características de los participantes en los grupos focales	
Edad Media:	46,5 años
Nivel de Estudios	Estudios primarios: 9,38% Estudios secundarios: 28,13% Diplomatura: 28,13% Licenciados: 31,25% No consta: 3,13%
Situación Personal	Casado o con pareja: 75% Soltero: 21,88% Viudo: 3,13%
Ocupación Situación Laboral	Jubilados: 9,38% Desempleados: 9,38% Activos laboralmente: 78,13% Estudiantes: 3,13%

Tabla 2. Características de los participantes en los Grupos Focales

3. CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNIDAD DE VALVERDE DE LEGANÉS

3.1. ORIGEN DE VALVERDE DE LEGANÉS

Valverde de Leganés es un municipio ubicado en la provincia de Badajoz de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Encuadrado en la Comarca de los Llanos y Partido judicial de Olivenza, con una superficie de 73 km2, su gentilicio es "Valverdeño". Pertenece a la Archidiócesis de Mérida-Badajoz, contando con la Iglesia Parroquial en honor a San Bartolomé Apóstol, siendo su patrón el Cristo de la Misericordia.

Se encuentra situado entre Olivenza y Almendral, a 4 Km del pantano de Piedra Aguda, hoy en día zona de esparcimiento de muchos de nuestros vecinos.

Los orígenes del actual núcleo valverdeño están fechados en el siglo XIII, donde aparece como aldea del Obispado de Badajoz con el nombre de Valverde de Badajoz.

En 1255 Alfonso X El Sabio le asigna jurisdicción propia, y no es hasta el siglo XVII que toma el nombre definitivo de Valverde de Leganés.

La proximidad a la frontera hizo de Valverde escenario de numerosas acciones de guerra, relacionadas con los conflictos hispano-portugueses en todas las épocas.

El 13 de Septiembre de 1643 la localidad fue arrasada por los portugueses durante la guerra de la Separación. En 1704, iniciada la de Sucesión, sus vecinos la abandonaron, por miedo a los ataques, quedando destruido por completo y despoblado hasta que en 1712 se inició su reconstrucción.

Desde 1834 queda integrada en el Partido Judicial de Olivenza. Valverde de Leganés es un término municipal rural, con casas unifamiliares de 30-50 años, la mayor parte de la población trabaja temporalmente en el campo con la recogida de distintos productos, sector servicio y empresarial. En el sector empresarial destaca la industria de la aceituna, panificadora y productos cárnicos. Cuenta con una edición local dentro del periódico HOY.

En cuanto a las fiestas y tradiciones, los ciudadanos de Valverde se caracterizan por su hospitalidad y participación en las actividades y fiestas que se organizan, contando entre ellas con el Domingo de Resurrección, Romería de San Isidro, Los

Bartolos, La Fuga de la Diabla, la Feria del Cristo…

Municipio con diversos monumentos, destacando entre los religiosos la Iglesia Parroquial en honor a San Bartolomé Apóstol, Convento de Templarios, diversas ermitas (Santísimo Cristo de la Misericordia, Rosario, Los Mártires, San Antonio). Entre los civiles, el más representativo, es el Pósito (institución tradicional de crédito rural, origen municipal y basada en guardar o almacenar reservas de trigo para prevenir en épocas de escasez, a fin de garantizar el consumo local). Actualmente en la planta superior se sitúa la biblioteca municipal y en la planta baja se conserva la antigua cárcel.

3.2. DATOS MEDIO AMBIENTALES DE INTERÉS SANITARIO

Se han utilizado como fuentes de información el INE (Instituto Nacional de Estadística), padrón y archivo municipal. Los datos recogidos de viviendas indican que Valverde cuenta con 1558 viviendas habitadas, de las que el 14,69 % son viviendas de más de una planta, siendo el tamaño medio de vivienda de 100-120 m2. La principal fuente de calor es el brasero, de gas o eléctricos, quedando todavía algunos de picón. Sólo el 0,71% de las viviendas disponen de calefacción, lo que se traduce en unas 40 viviendas.

La mayoría de sus viviendas son de poca altura que suelen extenderse en superficie. Sus muros solían ser encalados tanto dentro como fuera de la vivienda para desinfectarla y protegerla del calor. También se utilizaban materiales terrosos o esgrafiados para los muros. Las viviendas destacan por sus perfiles geométricos, con bóvedas de ladrillo y gruesos muros de carga, que aíslan la vivienda de las altas temperaturas del verano y las heladas del invierno.

En la actualidad, este tipo de construcciones han ido evolucionando hacia una arquitectura más moderna, tanto en el uso de materiales como en el tipo de construcción.

Al referirnos a la industria, el número de empresas total en Valverde con datos del 2017 es de 215 (Figura 3).

- Industrias extractivas, manufactureras, de suministros de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado, de suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación……...18
- Empresas construcción……..……..34
- Comercio al por mayor y al por menor, reparación de vehículos de motor y motocicletas, transporte, saneamiento y hostelería……..….127
- Total de resto de empresas……..……....36

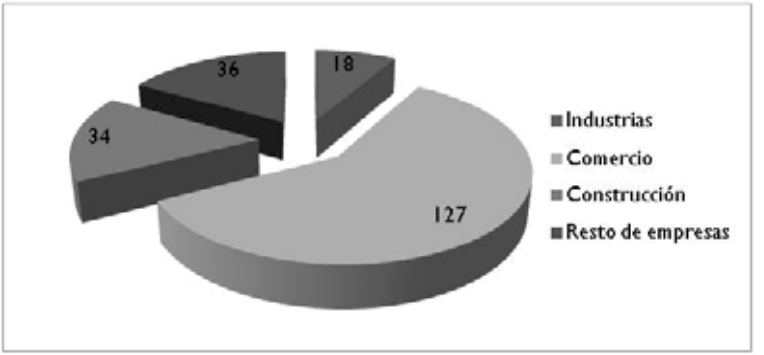

Figura 3. Empresas en Valverde de Leganés

La gestión de los residuos corre a cargo de la empresa Ecoparque de Badajoz. La población de Valverde de Leganés vierte el residuo sólido urbano agrupado con las siguientes poblaciones, Almendral, Torre de Miguel Sesmero, La Albuera, Corte de Peleas, Entrín Bajo y Entrín Alto. Los vertidos realizados por toda la agrupación son un total de 10.639 toneladas, de las que un 40% aproximadamente corresponderían a Valverde de Leganés.

La recogida selectiva de envases ligeros facturados en el 2017 por el Ayuntamiento de Valverde de Leganés es de 50.800 Kg.

3.3. CONTROL DE AGUA POTABLE DE CONSUMO PÚBLICO

La población de Valverde de Leganés se abastece del pantano de Piedra Aguda a través de un depósito de capacidad de 1000 m3, gestionado actualmente por la empresa SACONSA, esta agua es tratada en la Estación de Tratamiento de Agua Potable (ETAP). Desde el depósito pasa a las viviendas a través de la red de distribución de responsabilidad municipal.

El consumo real de Valverde de Leganés es de 244.654 m3/año, habiéndose captado en la red 282.634 m3/año.

3.4. LA POBLACIÓN

La información y características demográficas recogidas en este apartado corresponden al año 2016. Los datos reflejados en los apartados siguientes proceden de dos fuentes de información: el servicio de estadística del Ayuntamiento de Valverde de Leganés y de la Base de Datos Poblacional CÍVITAS del Servicio Extremeño de Salud.

La población de Valverde de Leganés recogida en el padrón de 2016 es de 4202 habitantes, siendo 2113 (50,29%) hombres y 2089 (49,71%) mujeres (Tabla 3).

Edad	Hombres	Mujeres	TOTAL	Edad	Hombres	Mujeres	TOTAL
0-4	110	97	207	**45-49**	169	156	325
5-9	123	95	218	**50-54**	158	149	307
10-14	121	118	239	**55-59**	147	129	276
15-19	118	126	244	**60-64**	100	94	194
20-24	140	131	271	**65-69**	106	91	197
25-29	159	147	306	**70-74**	66	77	143
30-34	145	141	289	**75-79**	48	87	135
35-39	144	146	290	**80-84**	67	70	137
40-44	156	170	326	**>85**	36	65	101

Tabla 3. Población de Valverde de Leganés Fuente: Padrón 2016	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
	2113	2089	**4202**

En cuanto a la estructura de población de Valverde de Leganés, tiene una pirámide en forma de huso, siendo bastante estable. Los grupos más numerosos están entre los 20 y 50 años, para ir disminuyendo paulatinamente hacia los grupos de edad más avanzados. Hay un ligero predominio masculino (Figura 4).

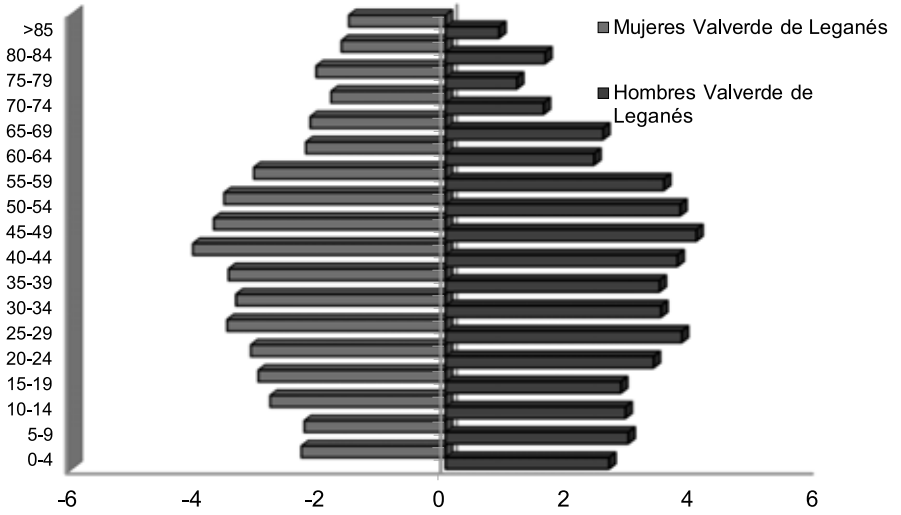

Figura 4. Pirámide de población 2016. Valverde de Leganés

Valverde de Leganés durante el periodo de 2002 a 2016, ha tenido un incremento de 10,46% en su población (Figura 5).

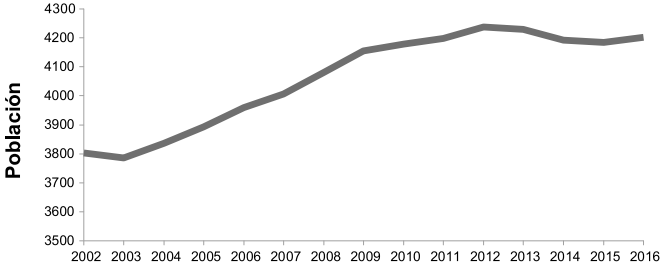

Figura 5: Población de Valverde de Leganés 2003-2016

3.5. DATOS DEMOGRÁFICOS DE INTERÉS

3.5.1. DATOS DE NATALIDAD, MORTALIDAD Y CRECIMIENTO VEGETATIVO

Las tasas de natalidad son ligeramente superiores a las tasas de natalidad de Extremadura y a las nacionales, mientras que las tasas mortalidad de Valverde de Leganés son inferiores. (Tabla 4).

	Tasa de natalidad			Tasa de mortalidad		
	Valverde de Leganés	Extremadura	España	Valverde de Leganés	Extremadura	España
2014	8,57	8,38	8,48	6,66	9,17	8,48
2015	10,4	8,18	9,06	7,38	9,01	9,06
2016	8,09	ND*	ND*	9,28	ND*	ND*

Tabla 4. Tasa de natalidad y mortalidad.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística
*ND: no datos

El crecimiento vegetativo en Valverde de Leganés (diferencia entre nacimientos y defunciones) es positivo en todos los años estudiados, excepto en 2016 (Tabla 5).

Años	CRECIMIENTO VEGETATIVO		
	Valverde de Leganés	Extremadura	España
2014	3,09	-1,49	0,70
2015	1,90	-2,41	-0,04
2016	-1,19	ND*	ND*

Tabla 5. Tasas de Natalidad y Mortalidad. ND: no datos
Instituto Nacional de Estadística
*ND: no datos

3.5.2. 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. Valverde de Leganés registra una TGF inferior a la de Extremadura y España en todos los años estudiados, excepto en 2015 (Tabla 6).

Años	Valverde de Leganés	Extremadura	España
2014	36,07	36,71	39,14
2015	45,4	36,37	38,99
2016	31,55	36,68	38,53

Tabla 6. Tasa Global de Fecundidad
Fuente: CÍVITAS e INE

3.5.3. INDICADORES DEMOGRÁFICOS DE INTERÉS

Se recogen los principales índices demográficos, de 2016, de la población de la Valverde de Leganés comparados con Extremadura y España (Tabla 7).

	España	Extremadura	Valverde de Leganés		
	Total	Total	Hombres	Mujeres	Total
I. Envejecimiento	116,35%	132,15%	91,24%	125,81%	107,38%
I. Dep. Total	53,44%	53,73%	47,14%	50,40%	48,74%
I. Dep. Jóvenes	24,70%	23,14%	24,65%	22,32%	23,50%
I. Dep. Mayores	28,74%	30,59%	22,49%	28,08%	25,24%

Tabla 7. Indicadores 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 inferior tanto en hombres como en el total de la población de Valverde de Leganés con respecto a Extremadura y a España.

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 es inferior a la media nacional y autonómica. Este índice a veces se representa como suma de sus dos componentes, que son: el índice de dependencia de jóvenes y el índice de dependencia de mayores. Corresponde a Valverde de Leganés un índice de dependencia total de 48,74%.

El índice de dependencia de jóvenes (número de individuos dependientes < 15 años por cada 100 habitantes de entre 15 y 64 años) de Valverde de Leganés de 2016 es similar al de Extremadura y España, 23,50%.

El índice de dependencia de mayores (número de individuos dependientes >65 años por cada 100 habitantes) es inferior al de Extremadura y sobre todo al de España, correspondiendo a un 25,24%.

3.6. ASPECTOS SOCIALES Y ECONÓMICOS

En la población de Valverde de Leganés hay un total de 1413 afiliados a la Seguridad Social, el 50,01% del total de población entre 15 y 65 años, siendo el 50,09% del régimen agrario (Figura 6).

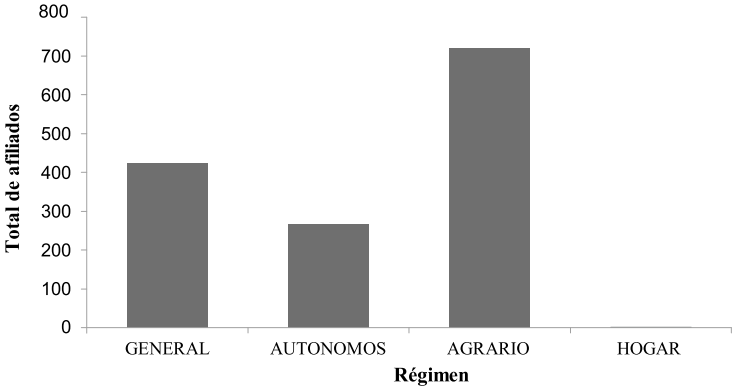

Figura 6. Afiliados a la Seguridad Social 2016

La tasa de paro en Valverde de Leganés, al igual que en Extremadura como en España, durante los años 2013-2016 ha descendido, siendo esa similar a la tasa nacional e inferior a la autonómica (Figura 7).

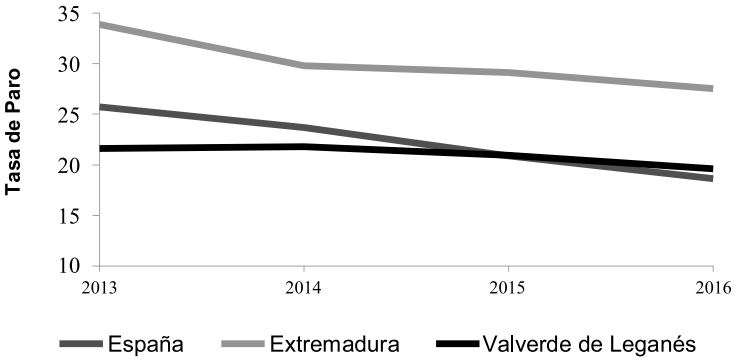

Figura 7. Evolución de la tasa de paro 2013-2016

3.7. 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.

El indicador que mejor información aporta sobre el uso de los servicios sanitarios en Atención Primaria es la frecuentación, que es el número de veces que acude un ciudadano a la consulta de un médico de familia en un año. Las tasas de frecuentación en Valverde de Leganés son superiores a las del Área de Salud de Badajoz, Extremadura y España (Tabla 8).

	Valverde de Leganés	Área de Salud de Badajoz	SES	España
2016	7,39	6,61	7,28	ND*
2015	7,77	6,67	7,43	5,25
2014	8,02	6,51	7,42	5,24

Tabla 8. Frecuentación en el Centro de Salud de Valverde de Leganés.
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 médico en un día. La presión asistencial en Valverde de Leganés es superior entre 15 y 20 puntos a la del Área de Salud de Badajoz y Extremadura. En el año 2016 ha habido un descenso de más de 4 puntos en relación al 2014 (Tabla 9).

	Valverde de Leganés	Área de Salud de Badajoz	SES
2016	51,38	36,8	33,73
2015	54,65	37,18	34,39
2014	55,69	37,49	34,54

Tabla 9. Presión asistencial en el Centro de Salud de Valverde de Leganés.
Fuente: Jara Asistencial y Gerencia de Área de Badajoz.

4. INFORMACIÓN OBJETIVA

4.1. MORTALIDAD

Respecto a la mortalidad de Valverde de Leganés, se recogen los datos correspondientes a los años 2014 al 2016, siendo el total en estos años de 94 defunciones, el 54.26% corresponden a mujeres y el 45.74% a hombres. En relación a los grupos de edad, el mayor número de defunciones corresponde al grupo de edad de 85-89 años (Tabla 10).

Grupos de edad	Nº defunciones acumulados años 2014-2016	% Nº defunciones acumulados años 2014-2016
45-49	2	2,13%
50-54	2	2,13%
55-59	4	4,26%
60-64	3	3,19%
65-69	7	7,45%
70-74	6	6,38%
75-79	12	12,77%
80-84	16	17,02%
85-90	25	26,60%
91-94	9	9,57%
>95	8	8,51%
Total de defunciones acumuladas: 94		

Tabla 10. Mortalidad de Valverde de Leganés años 2014-2016.
Fuente: CIVITAS, Jara Asistencial

En la Tabla 11 se agrupan las 15 principales causas de defunción, que se corresponden con el 73,4% del total. Las que representan mayor número son las infecciones respiratorias, seguidas de cáncer de pulmón y paro cardiaco.

	Nº defunciones acumulados años 2014-2016	% Nº defunciones acumulados años 2014-2016
INFECCIÓN RESPIRATORIA	11	11,70%
CÁNCER DE PULMÓN	7	7,45%
PARO CARDIACO	7	7,45%
DEMENCIA	6	6,38%
ENFERMEDAD CEREBROVASC.	6	6,38%
INFARTO DE MIOCARDIO	5	5,32%
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	5	5,32%
SEPSIS	5	5,32%
CÁNCER DE PÁNCREAS	3	3,19%
EDEMA AGUDO DE PULMÓN	3	3,19%
NEUMONÍA	3	3,19%
CÁNCER DE MAMA	2	2,13%
CÁNCER DE ÚTERO	2	2,13%
HEMORRAGIA DIGESTIVA	2	2,13%
INSUFICIENCIA CARDIACA	2	2,13%

Tabla 11. Número total y porcentaje de defunciones acumuladas años 2014-2016
Fuente: CIVITAS, Jara Asistencial

4.2. MORBILIDAD

4.2.1. Motivos de Consulta

Con el objetivo de conocer los principales motivos de consulta atendidos en el Centro de Salud de Valverde de Leganés, se diseño una estrategia para obtener registros de datos, durante cuatro semanas (una en cada estación del año 2017).

Motivos de consulta médico de familia: Durante el 2017, en los periodos de estudio, se registraron en el Centro de Salud de Valverde de Leganés un total de 2337 motivos de consulta (no incluida consulta de pediatría) en 1863 pacientes (59,1% mujeres y 40,9% hombres), con una edad media de 56,77 años (desviación estándar 20,45 años, rango 14-97 años).

En relación a los motivos de consulta, en la Tabla 12, se recogen los 20 más frecuentes (representan el 46.74%), siendo el primero la hipertensión arterial con el 4,84% de las consultas, seguido de la fibrilación auricular (4,11%). Si para el análisis de los datos unificamos el trastorno depresivo y el trastorno de ansiedad como un trastorno emocional, estaríamos hablando del principal motivo de consulta con un porcentaje de 6.72 %.

MOTIVO DE CONSULTA	Nº	%
Hipertensión arterial	113	4,84%
Fibrilación auricular	96	4,11%
Infección respiratoria aguda vías sup.	93	3,98%
Estado o trastorno de ansiedad	93	3,98%
Trastornos metabolismo lipídico	85	3,64%
Diabetes no insulinodependiente	81	3,47%
Trastorno depresivo	64	2,74%
Dolor muscular	52	2,23%
Cistitis/otras infecc urinarias	48	2,05%
Elevación de la presión arterial	45	1,93%
Sig/sin lumbares	41	1,75%
EPOC	41	1,75%
Anemia ferropénica	35	1,50%
Rinitis alérgica	33	1,41%
Trastornos del sueño	32	1,37%
Hipotiroidismo/mixedema	32	1,37%
Sig/sint de la espalda	27	1,16%
Otras artrosis	27	1,16%
Insuficiencia cardíaca	27	1,16%
Vértigo/vahído	25	1,07%

Tabla 12. Principales motivos de consulta en adultos 2017
Fuente: Centro de Salud Valverde de Leganés

Motivos de consulta de pediatría: Durante el 2017, en los periodos de estudio, se registraron en el Centro de Salud de Valverde de Leganés un total de 268 motivos de consulta de pediatría en 247 pacientes pediátricos (49,1% niñas y 50,9% niños). El 70,6% de las consultas corresponde a niños mayores de 2 años, con una media de edad de 6,53 años (desviación estándar 3,71 años), y sólo el

29,4% restante para consultas de menores de 2 años, con una edad media de 10,92 meses (desviación estándar 6,98 meses)

En la Tabla 13 se recogen los motivos de consultas más frecuentes en pediatría (representa el 70.52% del total), siendo el primero y destacado la infección respiratoria aguda del tracto superior (catarros, resfriados, faringitis…) con más del 32% del total de las consultas.

MOTIVO DE CONSULTA	Nº	%
Infecc respiratoria aguda superior	86	32,09%
Fiebre	15	5,60%
Bronquitis/bronquiolitis aguda	15	5,60%
Picadura de insecto	7	2,61%
Diarrea	6	2,24%
Tos	6	2,24%
Alergia/reacciones alérgicas NE	5	1,87%
Dolor abdominal gen/retortijones	5	1,87%
Infección gastrointestinal	5	1,87%
Dolor muscular	5	1,87%
Asma	5	1,87%
Obesidad	5	1,87%
Sig/sin de boca, lengua y labios	4	1,49%
Secreción por el oído	4	1,49%
Otitis externa	4	1,49%
Esguinces distensiones del tobillo	4	1,49%
Urticaria	4	1,49%
Hipotiroidismo/mixedema	4	1,49%

Tabla 13. Principales motivos de consulta en pediatría 2017
Fuente: Centro de Salud Valverde de Leganés

Motivos de consulta en Atención Continuada: Respecto a los motivos de consulta en Atención Continuada de Valverde de Leganés, en el periodo de análisis hubo un total de 543 consultas, el 53,59% en mujeres y el 46,41% en hombres, con una media de edad de 34,25 (desviación estándar 24,66 años, rango 1 mes-96 años).

En la Tabla 14 se representan los 20 motivos de consultas en Atención Continuada más frecuentes representa el 57,27% del total) siendo el primero la

infección respiratoria aguda del tracto superior con el 11,42% de las consultas seguido de consultas por faringitis/amigdalitis (5,34%).

MOTIVO DE CONSULTA ATENCIÓN CONTINUADA	Nº	%
Infecc respiratoria aguda superior	62	11,42%
Faringitis/amigdalitis estreptococo	29	5,34%
Fiebre	19	3,50%
Picadura de insecto	19	3,50%
Sig/sin de boca, lengua y labios	17	3,13%
Diarrea	14	2,58%
Sig/sin de la espalda	14	2,58%
Tos	14	2,58%
Sig/sin lumbares	12	2,21%
Sig/sin del pie y sus dedos	12	2,21%
Estado o trastorno de ansiedad	12	2,21%
Vértigo/vahído	11	2,03%
Bronquitis/bronquiolitis aguda	11	2,03%
Urticaria	11	2,03%
Otitis externa	10	1,84%
Sig/sin del cuello	10	1,84%
Sig/sin de dientes y encías	9	1,66%
Sig/sin de la mano y sus dedos	9	1,66%
Dolor abdominal gen/retortijones	8	1,47%
Vómito	8	1,47%

Tabla 14. Principales motivos de consulta en atención continuada 2017
Fuente: Centro de Salud Valverde de Leganés

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, se produjeron 431 ingresos de ciudadanos de Valverde de Leganés, siendo el 45,71% hombres y 54,29% mujeres, con una edad media de 51,44 años (desviación estándar 27,26 años). El grupo de edad que más ingresó fue el de 70-74 años seguido de 75-79 años (Figura 8).

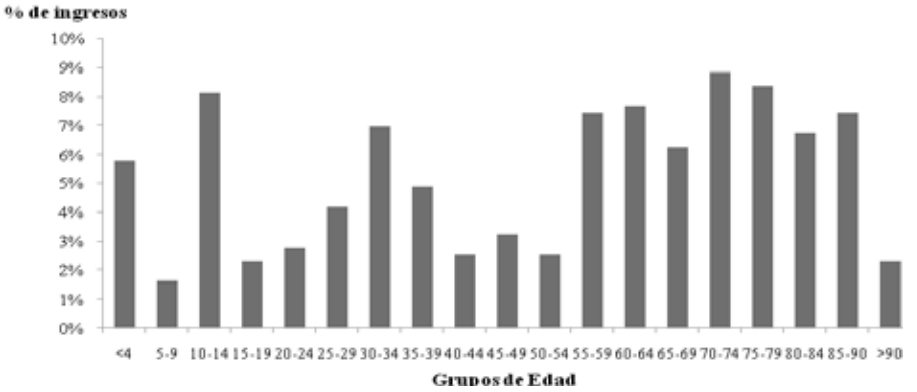

Figura 8. N° de ingresos por grupos de edad según CMBD Año 2015
Fuente: Servicio de Admisión y Codificación del Complejo Hospitalario de Badajoz

Nota aclaratoria: el porcentaje atribuible a la población <4 años se interpreta en tanto que los nacidos contabilizan como ingreso hospitalario. Igual ocurre con el proceso del embarazo y parto, cuyo ingreso de la mujer es contabilizado.

En la Tabla 15 están las 10 principales causas de ingresos (representa el 28.33%), de estas la principal es la cardiopatía isquémica (4,68%) seguida de insuficiencia cardiaca, con un 3,94%.

Principales causas de ingreso. 2015	Nº ingresos	% ingresos
Cardiopatía isquémica	19	4,68%
Insuficiencia cardiaca	16	3,94%
Fracaso respiratorio agudo y otras enfermedades respiratoria	12	2,96%
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	12	2,96%
Fracturas	10	2,46%
Enfermedades Cerebrovascular	9	2,22%
Otros problemas fetales y de placenta conocidos	9	2,22%
Neoplasia maligna de la mama	8	1,97%
Problemas asociados con la cavidad/membranas amnióticas	8	1,97%
Apendicitis aguda	7	1,72%
Parto obstruido y prolongado	5	1,23%

Tabla 15. 10 principales causas de ingreso según CMBD en Valverde de Leganés. Año 2015
Fuente: Servicio de Admisión y Codificación del Complejo Hospitalario de Badajoz

4.4. ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA

La vigilancia y registro de **enfermedades de declaración obligatoria** (EDOs) constituye un instrumento fundamental en Salud Pública, para la detección y control de enfermedades infecciosas transmisibles.

Constituye un grupo de enfermedades transmisibles sometidas a vigilancia, cuyo listado aparece en la Orden de 22 de Abril de 2016, donde se ha establecido la nueva relación de EDOs y su declaración a la Red de Vigilancia Epidemiológica de Extremadura.

Los datos de la Figura 9 corresponden a las EDOs más frecuentes: de gripe y varicela, de 2007 al 2015, de la Zona de Salud de Olivenza. En el registro se vigilan EDOs según zonas de salud, por lo que los resultados corresponden a la Zona de Salud de Olivenza, puesto que en la época de estudio Valverde de Leganés pertenecía a esa Zona.

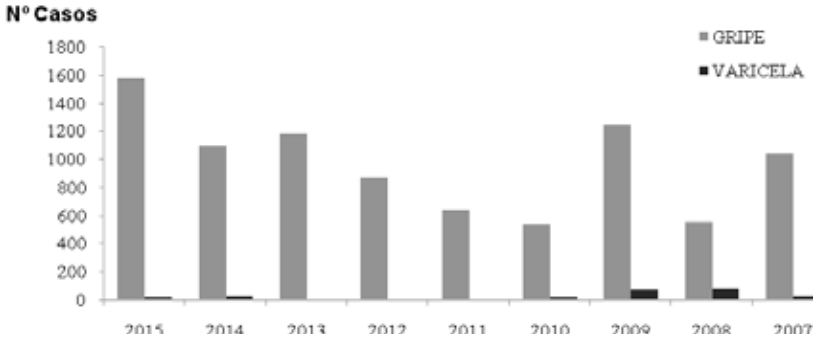

Figura 9: Nº de gripe y varicela notificados en la Zona de Olivenza. Años 2007-2015

En la Tabla 16 se recogen el resto de las EDOs obtenidas por vigilancia activa y por notificación pasiva de Valverde de Leganés, que están registradas en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica durante los años 2008 al 2016.

EDO 2008-2016	Nº de casos
CAMPILOBACTER	2
FIEBRE TIFOIDEA	2
HEPATITIS C	1
LEISHMANIASIS	1
PAROTIDITIS	6
SALMONELOSIS	10
SARAMPIÓN	9
SÍFILIS	2
TBC RESPIRATORIA	1

Tabla 16. EDOs 2015-2016. Valverde de Leganés. Fuente: REVISA

4.5. TUMORES

Para conocer la **incidencia de tumores** en Valverde de Leganés, los profesionales del centro registraron los casos incidentes durante los años 2015 y 2016. En estos años se registran un total de 27 tumores, 6 casos (22,3%) corresponden a 2015 y 21 casos (77,7%) a 2016.

Del total de casos el 51,85% (14 casos) corresponden a mujeres y 48,15% a hombres (13 casos). La edad media de los casos es de 61,74 años (desviación estándar de 13,30 años, rango 26-82 años).

En la Tabla 17 se recogen los tumores en la zona de estudio, observando que los de mayor incidencia son los de mama y colon.

TUMORES	Nº DE CASOS	% CASOS
MAMA	6	22,22%
COLON	4	14,81%
LINFOMA	3	11,11%
SÍNDROME MIELODISPLÁSICO	2	7,41%
MENINGIOMA	2	7,41%
RENAL	2	7,41%
VEJIGA	2	7,41%
PRÓSTATA	2	7,41%
MIELOMA	1	3,70%
RECTO	1	3,70%
PÁNCREAS	1	3,70%
PULMÓN	1	3,70%

Tabla 17. Tumores en Valverde de Leganés. . Años 2015-2016
Fuente: Centro de Salud Valverde de Leganés.

4.6. INCAPACIDAD TEMPORAL

Durante 2016 en Valverde de Leganés hubo un total de 211 incapacidades temporales, pertenecientes a 187 personas. De ellas, el 19% tuvieron más de una baja a lo largo del 2016 (16 pacientes dos bajas, 2 pacientes tres bajas y otro paciente cinco incapacidades). De ellas, 49 personas recibieron la incapacidad temporal antes del 2016. La edad media de los usuarios es de 45,59 años (desviación estándar 11,06). La duración media de las incapacidades fue de 125,17 días (desviación estándar 133,03 días).

En la Tabla 18 se recogen los 20 principales motivos de incapacidad temporal, siendo las patologías osteomusculares las más frecuentes y de ellas sobre todo, el lumbago, seguida de los trastornos mentales (trastornos depresivos y ansiedad).

Incapacidad temporal	Nº de IT	% de IT
LUMBAGO	32	15,17%
TRASTORNO DEPRESIVO	14	6,64%
FRACTURA	8	3,79%
TRASTORNO DE ANSIEDAD	8	3,79%
CERVICALGIA	6	2,84%
PSICOTERAPIA	6	2,84%
TRASTORNO RODILLA	6	2,84%
ANEMIAS FERROPÉNICAS	5	2,37%
OTRAS ALTERACIONES DE LA ESPALDA	5	2,37%
CÓLICO RENAL	4	1,90%
GRIPE	4	1,90%
NEUMONÍA vs BRONQUITIS AGUDA	4	1,90%
TRAUMATISMO	4	1,90%
ARTROSIS	3	1,42%
ASMA	3	1,42%
CIÁTICA	3	1,42%
DOLOR ABDOMINAL	3	1,42%
HERIDA ABIERTA DE DEDO(S) MANO	3	1,42%
HERNIA	3	1,42%
INFEC.AGUDAS VÍAS RESPIR.SUPER	3	1,42%

Tabla 18. Incapacidad temporal. Años 2016
Fuente: Jara Asistencial

4.7. INDICADORES POSITIVOS DE SALUD

4.7.1. VACUNACIONES INFANTILES

Durante 2016 en Valverde de Leganés la cobertura de las vacunas del calendario infantil superaron el 95%, salvo Hepatitis B (Tabla 19).

		2016
Primovacunación: niños de 0 a 1 año	Poliomielitis	95,35%
	DTPa	95,35%
	Hib	95,35%
	Hepatitis B	93,02%
	Meningitis C	95,35%
	Pneumococo	97,67%
Vacunación de refuerzo: niños de 1 a 2 años	Poliomielitis	100,00%
	DTPa	100,00%
	Hib	100,00%
	Meningitis C	100,00%
	Pneumococo	100,00%
Vacunación en adolescentes	Meningitis C	N/D
	Td	N/D
Triple vírica	1ª dosis	100,00%
	2ª dosis	95,35%

Tabla 19. Tasa de vacunación infantil en Valverde de Leganés. Año 2016
Fuente: CÍVITAS, Jara Asistencial

4.7.2. VACUNACIONES ADULTOS. GRIPE

La vacunación antigripal se realiza anualmente, y va dirigida a toda la población mayor de 60 años, sobre todo a los mayores de 65 años e institucionalizados, y a los menores de 60 años con factores de riesgo.

Los datos que se recogen son de las temporadas de vacunación 2012 al 2016. La cobertura de gripe en los mayores de 65 años ha ido en descenso (hasta 6 puntos), no llegando así al 65%, objetivo marcado en la campaña de vacunación (Figura 10).

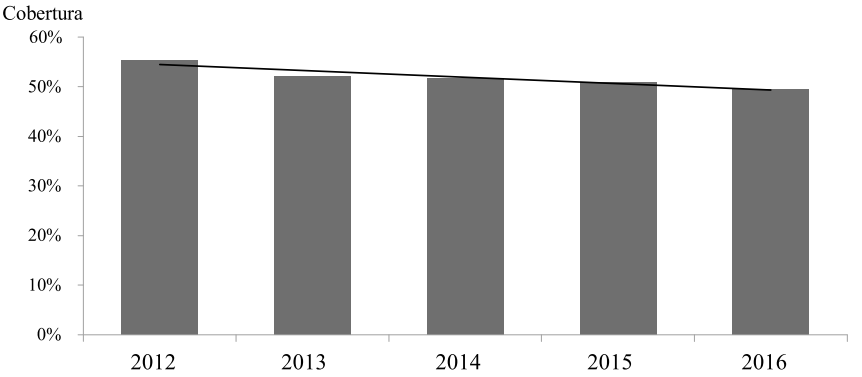

Figura 10. Cobertura de gripe en mayores de 65 años. 2012-2016

Con respecto a las dosis administradas, la mayoría de las utilizadas desde el 2012 al 2016 son destinadas para los mayores de 65 años (Figura 11).

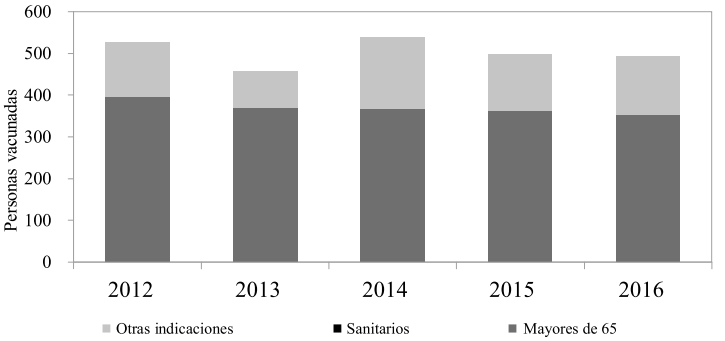

Figura 11. Personas vacunadas de gripe en Valverde de Leganés. 2012-2016

5. INFORMACIÓN SUBJETIVA

5.1. PROBLEMAS COMUNES A TODA LA POBLACIÓN

En la recogida de la información subjetiva, los problemas sentidos por la población se han registrado por orden de frecuencia de mayor a menor, según el número de veces que el problema era planteado en los grupos focales y entrevistas a testigos privilegiados.

En la Tabla 20 quedan recogidos los principales problemas. Éstos se han agrupado por códigos y categorías (problemas) para una mejor interpretación y análisis de los resultados obtenidos.

ORDEN DE FRECUENCIA	CÓDIGO	PROBLEMA
1°	ALIMENTACIÓN	ALIMENTACIÓN INADECUADA
2°	DROGAS LEGALES	CONSUMO DE ALCOHOL
3°	MEDIO AMBIENTE	INCORRECTA ELIMINACIÓN DE RESIDUOS
4°	SOCIO FAMILIAR	FALTA DE IMPLICACIÓN DE LOS PADRES EN LA EDUCACIÓN
5°	SOCIO FAMILIAR	SOLEDAD DE LAS PERSONAS MAYORES
6°	SOCIO LABORAL	TRABAJO TEMPORAL
7°	SOCIO LABORAL	DESEMPLEO EN JÓVENES
8°	DROGAS ILEGALES	CONSUMO DE DROGAS ILEGALES
9°	INFRAESTRUCTURAS	PROBLEMA EN LA RED DE ALCANTARILLADO
10°	ACCESIBILIDAD	BARRERAS ARQUITECTÓNICAS
11°	SALUD ASISTENCIAL	AUSENCIA DE SANITARIOS DURANTE LOS AVISOS

Tabla 20. Problemas principales que afectan a la comunidad de Valverde de Leganés. 2017. Fuente: Grupos focales y entrevistas a testigos privilegiados

De los once problemas que más se repiten, hay dos relacionados con la situación sociolaboral y otros dos con la sociofamiliar. El resto de problemas están en el ámbito de: alimentación, drogas ilegales y legales, medio ambiente, infraestructuras, accesibilidad y salud asistencial.

6. INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

6.1. CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNIDAD

Con respecto a las **características demográficas**, la población de Valverde de Leganés, con un registro en el padrón del 2016 de 4202 habitantes, de ellos 50,29 % de hombres y 49,71% de mujeres, es una población que se distribuye con predominio de rango etario entre 40-50 años. Corresponde a una pirámide poblacional regresiva, con una perspectiva de descenso, típica de países desarrollados.

En los últimos años, Valverde ha tenido un incremento de población, presentando un crecimiento vegetativo positivo, con tasas de natalidad superiores y mortalidad inferiores a las nacionales. Destacan un índice de dependencia e índice de envejecimiento inferior al nacional, que se traduce en una población joven y activa laboralmente.

Teniendo en cuenta los **aspectos sociales y económicos**, prevalece el trabajo temporal y agrario, con los condicionantes que implican la precariedad laboral y la inseguridad en los ingresos económicos. La retribución salarial es insuficiente para poder vivir de forma autónoma, lo que obliga a jornadas laborales prolongadas para poder conseguir el salario necesario.

Socialmente se caracteriza por un importante tejido asociativo, representado en más de 30 asociaciones, cada una con distinto carácter temático y con el objetivo de llevar a cabo acciones conjuntas. Todo ello facilita la interrelación de convecinos.

En relación con las **variables medioambientales**, la gestión de residuos corre a cargo de la empresa Eco-parque, es compartida con poblaciones aledañas como Almendral y Torre de Miguel Sesmero entre otras. La existencia de escombreras para la eliminación de residuos particulares en el entorno de Valverde, suscita cierta preocupación.

El control y distribución del agua potable lo lleva a cabo el ayuntamiento. Recurso de gran interés para la comunidad, su tratamiento, calidad del agua, distribución hasta el punto de consumo y almacenamiento para situaciones de escasez resulta de vital importancia.

Respecto al uso de los **servicios sanitarios** por parte de la ciudadanía, cabe destacar su alta frecuentación y presión asistencial, por encima de la media del Área Sanitaria de Badajoz, SES y Sistemas de Salud de España. Nos hace pensar en

la necesidad de desarrollar medidas encaminadas a la mejora de la atención sanitaria, implicando para ello a todas las partes: usuarios, profesionales y administración.

El consultorio de Valverde de Leganés ha estado integrado en la Zona de Salud de Olivenza hasta finales de 2017, año en el que se crea la nueva Zona de Salud, integrada por las poblaciones de Almendral, Torre de Miguel Sesmero y Valverde de Leganés, como Centro de Salud.

6.2. INFORMACIÓN OBJETIVA

Analizando los datos de **mortalidad**, encontramos que las principales causas de defunción son las relacionadas con la patología cardio-respiratoria (infección respiratoria, accidente cerebro-vascular, infarto agudo de miocardio, etc.), seguidas de patologías asociadas a tumores (pulmón, páncreas, mama, etc.), y en mayor proporción el cáncer de pulmón.

Más del 60% de las muertes se producen en personas mayores de 80 años, sobre todo mujeres. Esto puede ser debido a que en la pirámide de población, en los grupos de población mayor de los 80 años, hay predominio femenino.

Con respecto a **la morbilidad** atendida en las consultas del médico de familia, destacan tres patologías: en primer lugar, la hipertensión arterial, que junto con trastornos lipídicos (quinta posición) y la diabetes no insulinodependiente (sexta posición) representan patologías crónicas muy relacionadas con hábitos no saludables (alimentación inadecuada, sedentarismo…) y que requieren para su control la mejora de los estilos de vida.

En la cuarta y séptima posición se encuentran las patologías asociadas a la salud mental, trastornos de ansiedad y trastornos depresivos, sumarían un alto porcentaje de motivos de consulta en la población de Valverde de Leganés. Habría que analizar y detallar las posibles causas que llevan a estos trastornos, y cómo repercuten éstos en posibles patologías físicas.

En las consultas de pediatría, como es de esperar, en primer lugar tenemos infecciones respiratorias agudas (catarro, resfriado, etc.) patologías benignas y auto-limitadas. Las consultas más atendidas en pediatría son enfermedades agudas y auto-limitadas, aunque también hay patologías asociadas a estilos de vida no saludables, como la obesidad.

Los motivos de consulta de atención continuada no difieren con las de pediatría,

siendo así la infección respiratoria de vías altas la más prevalente. También indicar que la diferencia entre hombres y mujeres es de 6 puntos, a favor de las mujeres, muy diferente a las consultas del médico de familia en donde la diferencia es de 20 puntos a favor de las mujeres. Esto puede ser debido a la falta de incorporación de la mujer al mercado laboral.

Los principales **motivos de ingreso hospitalario** son reagudizaciones de patología crónica (reagudización de EPOC o insuficiencia cardiaca) o bien por patología relacionada con los factores de riesgo cardiovascular (cardiopatía isquémica o accidente cerebro-vascular), siendo la edad comprendida entre 80-84 años la más prevalente, aunque con una edad media de 51 años. Estas patologías coinciden con las principales causas de defunción y de motivos de consulta en atención primaria.

En relación a las **enfermedades de declaración obligatorias**, la más frecuente es la gripe estacional, en parte debido a la baja cobertura de las campañas de vacunación. Aunque hay que tener en cuenta que no se han podido extraer los datos de Valverde de Leganés (son datos de la Zona de Salud de Olivenza, que era a la que pertenecía) porque la gripe se notifica numéricamente (números totales de casos de gripe) y no hay datos de filiación de pacientes.

Del resto de EDOs destaca el importante número de casos de sarampión, y sobre todo, teniendo en cuenta que las coberturas vacunales son altas y que es una enfermedad con un plan de eliminación nacional. Según datos facilitados por la Dirección de Salud de Badajoz, estos casos de sarampión son debido a un brote epidémico, con origen en Andalucía y que provocaron bastantes enfermos en la ciudad de Badajoz. Los casos de Valverde de Leganés fueron en niños que acudían a la guardería municipal, y que aún no estaban vacunados. Similar a esto, son los casos de parotiditis, que se debieron al aumento de la onda epidémica en 2008.

En el registro de **tumores** el cáncer de mama es el de mayor el orden de prevalencia, seguido por colon, linfoma y síndrome mielodisplásico. Hay una discrepancia a la incidencia de tumores a nivel nacional, en donde los casos más frecuentemente diagnosticados son colorrectal (este si es igual que en Valverde de Leganés), seguido de próstata y pulmón. También llama la atención la baja incidencia del cáncer de pulmón, siendo éste una de las principales causas de mortalidad.

Los motivos de **incapacidad temporal** están en relación con la patología del aparato locomotor que es la que más consultas genera, y dentro de esta patología, la lumbo-ciatalgia. Ello puede ser debido al tipo, condiciones e higiene

postural del trabajo que desempeñan, mayoritariamente agrícola. Además, en segundo lugar están las bajas laborales por trastornos depresivos que, junto a la ansiedad en cuarto lugar, pueden hacer que la duración media de las incapacidades se prolongue.

Con respecto a **la vacunación** en 2016, como indicador positivo de salud, Valverde de Leganés superó las coberturas en relación al calendario de vacunación infantil, excepto para hepatitis B. Llama la atención la falta de registro de la meningitis C y la última dosis del tétano, vacunaciones correspondientes a los adolescentes. La cobertura de la gripe en mayores de 65 años no llega a los objetivos marcados en la campaña de vacunación (cobertura del 65%). Esto podría explicar, que tengamos como causa de motivo de consulta, ingreso y mortalidad, la patología respiratoria entre las primeras posiciones.

6.3. INFORMACIÓN SUBJETIVA

La interpretación de la información obtenida de los datos subjetivos la vamos hacer desde el modelo de Dahlgren y Whitehead (Figura 12).

Figura 12. Modelo de Dahlgren y Whitehead. Capas de influencia en la salud de la comunidad

Los textos en cursiva hacen referencia a los comentarios textuales de las personas participantes en los grupos focales y en las entrevistas a testigos privilegiados.

Dentro de los problemas percibidos por la población de Valverde de Leganés, el más repetido es la **alimentación inadecuada**. Dicho problema se encuadra, según el modelo de determinantes de salud anteriormente mencionado, en **LOS ESTILOS DE VIDA**, esta capa se encuentra por encima de los factores constitucionales y se corresponde con un determinante donde el ciudadano tiene una decisión directa, es decir, puede ser modificado. La alimentación inadecuada parece afectar a todos los grupos generacionales y viene condicionada por los estilos de vida de hoy en día, por la necesidad de trabajar de ambos progenitores para obtener los ingresos necesarios familiares y por la escasez de tiempo para la

elaboración de los alimentos que ingerimos. A todo ello además, debemos sumar la falta de información sobre cocina saludable que se adapte a los tiempos actuales.

> *"no saben lo que son las grasas trans", "alimentación mal estructurada en todas las edades", "No desayunar en familia, rápido y a veces sin desayunar", "se busca la comodidad a la hora de comer, se va a lo fácil, lo precocinado".*

Seguidamente, se encuentra las drogas legales en relación con los problemas sentidos por la población de Valverde, donde destaca el **consumo de alcohol** y reconocido como problema prioritario.

El consumo de alcohol es considerado un grave problema de salud pública, especialmente cuando el inicio se produce en edades muy tempranas de la vida, como la adolescencia; y además cuando este consumo es abusivo. En Valverde, el consumo de alcohol afecta a casi todos los grupos de edad, especialmente a jóvenes, aceptado socialmente, se percibe como algo normal y forma parte de su cultura.

> *"El alcohol se considera como algo normal", "actualmente el consumo de alcohol es más importante que el de drogas", "mucha permisividad en el consumo de alcohol en menores", "la familia es el primer eslabón en la permisividad del consumo de alcohol".*

Con menor número de repeticiones en los comentarios pero en igualdad de importancia, se encuentra el **consumo de drogas ilegales**. El consumo de drogas supone un problema extendido en la población. Al igual que hay muchos tipos de drogas disponibles, hay también muchos motivos para probarlas y/o utilizarlas, en un principio pueden hacerte sentir bien y ser una forma de evadir problemas, a la larga provocan daños importantes en el cuerpo y en el cerebro. Repercuten en la capacidad de tomar decisiones acertadas y hacer elecciones saludables y más si se trata de adolescentes que aún están en pleno desarrollo.

El cannabis parece ser la droga más extendida, sobre todo por ser más económica y de fácil acceso.

> "*Consumo de cannabis más que coca porque requiere menos dinero", "se mueve mucha droga, trapicheo, coca y hachis", "consumo a edades tempranas de cannabis…entre 14-15 años…jóvenes que tontean con el consumo pero en menor cantidad"*

Pasando a una capa superior, nos encontramos con los problemas relacionados con el **MEDIOAMBIENTE**, donde van a tener influencia la macrogestión de los recursos y riquezas. A este nivel los problemas sentidos por la población se centran en la **incorrecta eliminación de residuos** y el perjuicio para la salud que conlleva las carboneras situadas en el entorno de Valverde de Leganés.

"Uso incorrecto de contenedores en el reciclaje", "basuras y desperdicios en el campo", "no hay conciencia… se sigue tirando basura al contenedor sin bolsa", "los escombros se tiran en cualquier lugar…", "problemas con las carboneras por olores, humos y suciedad".

Los problemas asociados a la situación socio-familiar vendrían definidos dentro de los determinantes **EDUCACIÓN Y REDES SOCIALES**. A este nivel nos encontramos con una **falta de implicación de los padres en la educación de los hijos**, en gran medida motivado por la necesidad de aumentar la jornada laboral necesaria para mantener la economía familiar y en detrimento de las horas dedicadas a la familia.

"El niño no detecta preocupación por los estudios por parte de los padres", "mala educación de los niños por parte de los padres…no les echa tiempo", "tenemos muchas cosas y creemos que eso nos hace felices, queremos eso para los niños".

Dentro de la misma capa del párrafo anterior y asociado a la situación socio-familiar nos encontraríamos con la **soledad de las personas mayores**. Esta implica una merma en el bienestar de este grupo poblacional, no solo restando calidad de vida en el terreno físico, sino también mental. Algunas de ellas sufren abandono por parte de su familia, en parte motivado posiblemente por la necesidad de aumentar las jornadas laborales en detrimento de la dedicación a la familia.

"En los mayores se observa solidad y tristeza, se sientes inútiles", "personas mayores sin apoyo familiar",

En la tercera capa nos encontramos las **CONDICIONES DE TRABAJO Y EL DESEMPLEO**. El **trabajo temporal** y el **desempleo en jóvenes** son situaciones socio-laborales precarias que sufre la comunidad de Valverde se deben a la temporalidad, a los bajos salarios y en algunos casos, a la economía dependiente del subsidio por desempleo. La falta de formación en jóvenes dificulta el acceso a trabajos cualificados, lo que lleva a inestabilidad laboral o trabajos peor remunerados. Existe una alta tasa de desempleo en la mujer, dedicada

fundamentalmente al cuidado del hogar y la familia.

"Trabajo basado en la temporalidad, completando los ingresos anuales con el subsidio por desempleo", "no se consigue que trabajen…trabajan días para subvencionar el año con el paro…jóvenes y mayores", "se asume el trabajo temporal", "trabajo temporal y salarios ajustados al mínimo", "mayor desempleo en las mujeres por su dedicación a la familia.

Los problemas sentidos por la población relacionados con las infraestructuras comparten importancia con los de la accesibilidad y salud asistencial. Términos que hacen referencia en la tercera capa de los determinantes de salud, **CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS, CULTURALES Y AMBIENTALES**.

En relación a las infraestructuras, destacan los **problemas con la red de alcantarillado** por la existencia de malos olores, además de una mala canalización del agua de lluvia que lleva a inundación de calles.

La existencia de **barreras arquitectónicas** en las viviendas supone un problema de accesibilidad en mayores con limitada movilidad y personas con discapacidad. El deficiente acondicionamiento de las casas, no adaptadas, implica una marginación a este sector de la población que ve muy limitadas sus condiciones de vida.

En el marco de la salud asistencial, la preocupación recae en la **falta de personal sanitario durante los avisos**. El médico de atención continuada debe desplazarse fuera de la localidad para atender avisos en otros pueblos de la zona de salud, lo que genera intranquilidad y largas esperas para ser atendido, disminuyendo así la calidad asistencial y riesgo de demora en caso de una emergencia.

"No hay suficientes sumideros y agua de lluvia por las calles", "no accesibilidad a las viviendas para mayores y discapacitados", "no llega la accesibilidad a todos los discapacitados", "desplazamientos en la asistencia a otros pueblos, quedando sin atención Valverde".

7. ANÁLISIS CONVERGENTE

Al converger los problemas sentidos por la población de Valverde de Leganés, con los datos objetivos (mortalidad, morbilidad, incapacidad temporal, enfermedades de declaración obligatoria, motivos de ingresos hospitalarios y la vacunación) se establece una relación que pasamos a analizar:

La **alimentación inadecuada**, que en Valverde es el problema sentido más frecuente que afecta a todos los tramos de edad, podría estar directamente relacionado con las patologías derivadas del mal control de los factores de riesgo (HTA, Diabetes Mellitus, Dislipemia,…), principales motivos de consulta, ingresos hospitalarios y causas de mortalidad.

El **consumo de alcohol** dentro de las drogas legales, percibido como el segundo problema por parte de la población, tiene trascendencia en las relaciones familiares, problemas laborales y resultados académicos, influyendo a la larga en el ámbito laboral y causa o consecuencia de trastornos ansiosos-depresivos. La permisividad por parte de las familias y adultos en el consumo de alcohol posiblemente haga de él un problema por el que no se acude a consulta y, por tanto, de difícil manejo.

El trabajo precario, basado en la temporalidad, podría explicar también los motivos de consulta relacionados con los **trastornos de ansiedad y depresión**. Este tipo de trabajo podría llevar a la desmotivación emocional, la pérdida de confianza en uno mismo y en casos extremos mayor riesgo de sufrir trastornos depresivos.

A nivel familiar, la necesidad de un mayor número de horas laborales para cubrir las necesidades económicas, podríamos hacernos entender otro de los problemas sentidos, como es la falta de implicación de los padres en la educación de los hijos, del mismo modo puede influir también en los hábitos no saludables de éstos (alimentación inadecuada, consumo de drogas).

Entre las causas de incapacidad temporal, cabe destacar las **lumbalgias** en relación con los principales trabajos que se realizan en Valverde que son el agrario y la construcción. En los últimos años, como consecuencia de la crisis desde el 2007, el sector agrario presenta mayor demanda, con un aumento de las patologías dolorosas del aparato locomotor por los hábitos de higiene postural.

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 de la Comunidad es una garantía para poder realizar un DSC participado.

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

■ La constitución del grupo de investigación para la obtención de los datos subjetivos y la organización de los profesionales para los datos objetivos ha permitido avanzar más rápidamente en la recogida de los mismos.

■ Que los dos motivos de consulta más frecuentes sean la hipertensión arterial y la diabetes puede estar relacionado con el proceso de la recogida de los datos objetivos, ya que se registraron las consultas médicas, para tramitar la activación de fármacos en receta electrónica, como motivo de consulta por el problema de salud que relacionaba directamente el fármaco demandado.

■ La participación en salud de la población se inicia con el DSC participado, 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 de los grupos focales.

8.2. SOBRE LOS RESULTADOS.

■ Que las infecciones de vías respiratorias altas, siga siendo el motivo más frecuente de consulta en pediatría, nos indica la necesidad de continuar realizando intervenciones comunitarias dirigidas a promover el auto-cuidado en salud.

■ En los adultos se plantea la necesidad de un abordaje de factores de riesgo cardiovascular al ser la primera causa de mortalidad por aparatos, y primer motivo de consulta.

■ La frecuentación y presión asistencial por encima de otras zonas de salud a nivel de área, regional y nacional nos hace plantearnos un abordaje multidisciplinar no sólo desde el punto de vista del usuario sino también desde la micro-gestión de consulta y abordaje de la organización del centro de salud. Deberíamos trabajar en equipo todas las partes implicadas para mejorar la

situación que se vive en Valverde.

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

- De las incapacidades que sufren los ciudadanos de la comunidad, el lumbago con diferencia a otros procesos patológicos, es la principal causa que requiere abordaje desde la prevención de riesgos laborales así como del auto-cuidado en la higiene postural. Implicados profesionales y población activa para mejorar en el aspecto económico del trabajador y los costes que conlleva esta patología a nivel sanitario y económico.

- Deberíamos trabajar en sensibilizar a la población en el auto- cuidado y autonomía con capacidad de decisión para poder gestionar los recursos sanitarios según las necesidades.

- No debemos olvidar una realidad en nuestra sociedad, que son las barreras arquitectónicas, sería necesaria una mayor sensibilización de su existencia para mejorar los recursos en superarlas y llegar donde sean necesarios.

- El medioambiente preocupa a la población por las consecuencias en salud, siendo determinante las políticas llevadas a cabo en la zona de la correcta eliminación de los residuos.

- La precariedad laboral no sólo afecta al modo de vida y a la economía de nuestros vecinos, sino también a su salud, física y mental. Debemos seguir trabajando desde los distintos recursos en dar apoyo y orientación para mejorar la salud de nuestra población activa.

- El aumento de las horas dedicadas al trabajo para compensar la precariedad laboral va en detrimento de la conciliación familiar y muy directamente con la educación de los hijos y disminución del tiempo de dedicación a los mayores.

- Al no disponer de datos sobre la morbilidad atendida en las consultas de salud mental, no se ha podido analizar la discordancia existente entre los problemas sentidos y los motivos de consulta.

- Habría que estudiar si muchas demandas atendidas, tanto en consulta de Pediatría como en Medicina de Familia, pudieran estar relacionadas con trastornos psicológicos que se manifiestan como problemas físicos.

- La normalización del consumo de drogas legales por parte de la

población joven y adultos es un gran hándicap 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.

- Se percibe que parte de las demandas de los pacientes atendidas en consulta médica en el centro de salud son la consecuencia de problemas recogidos en la información subjetiva de este estudio y que están relacionados con otros recursos comunitarios. Por lo que sería interesante el abordaje transversal y multidisciplinar a través de la Comisión Comunitaria de Salud de Valverde de Leganés.

- Pretendemos trabajar desde los problemas detectados en el DSC, implicando, para buscar respuestas desde la necesaria coordinación con 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

Una vez analizados los diferentes datos recogidos, realizando una convergencia de los resultados 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, que hemos llamados "críticos" por la importancia que tiene su pronto abordaje 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 joven o vulnerable.
7. Que sean los más prevalentes en nuestra comunidad cuando no puedan aplicarse los criterios anteriores.

Los problemas "críticos" son los siguientes:

- Alimentación inadecuada
- Ausencia de sanitarios durante los avisos
- Barreras arquitectónicas
- Consumo de alcohol
- Consumo de drogas ilegales
- Desempleo en jóvenes
- Diabetes Mellitus
- Dislipemia

- Enfermedades cardiovasculares
- Estados o trastorno de ansiedad
- Falta de implicación de los padres en la educación de los hijos
- Hipertensión Arterial
- Incorrecta eliminación de residuos
- Lumbalgia
- Problemas en la red de alcantarillado
- Soledad de personas mayores
- Trabajo temporal
- Trastorno depresivo

10. BIBLIOGRAFÍA

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

Bonifacio Sendín. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. Rev. Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. Vol. 3,N° 1, pp: 141-157. 2003.

Dahlgren, G. y Whitehead, M., Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe,1992.

Diagnóstico de Salud en Berritz (Vizcaya). 1976-1977.

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.

Lalonde, M., Minister of National Health and Welfare. A new perspective on Health of the Canadians.A working document. Ottawa, Government of Canada, 1974.

María Isabel Pasarín, Carme Forcada, Isabel Montaner, Josep Lluís De Peray y Jaime. Salud Comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. InformeSESPAS2010. Gac Sanit.2010;24(Suppl 1):23–27

Marmot, M., "Economic and social determinants of disease". BullWorld Health Organ, 2001, tomo 79, volumen 10, p. 988-989.

Soriano JB et al. Diferencias geográficas en la prevalencia de EPOC en España: relación con hábito tabáquico, tasas de mortalidad y otros determinantes. Archivos de Bronconeumologia. Vol.46.2010; 10: 222-30

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 Epidemiologia. 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 BIBLIOGRAFIA

Padrón Municipal de Valverde de Leganés.

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

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_BADAJOZ.pdf.

CIE 9. Clasificación Internacional de enfermedades. 9ª Revisión Modificación Clinica. 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/uploaded_files/Custom Content/PLAN%20DE%20SALUD%20DE%20EXTREMADURA%202013-2020.pdf

Informe situación de salud en Asturias 2012-2015. Observatorio de salud de Asturias. Dirección General de Salud Pública Principado de Asturias. Disponible en: http://obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/ASSA2015-VFinal_22.pdf

Documento técnico del Observatorio de salud de Asturias. Anexo de Indicadores ampliados. Mortalidad y Morbilidad. Asturias, 2012. Disponible en: http://obsaludasturias.com/obsa/wp- content/uploads/bsk-pdf-manager/ANEXO-Indicadores-Ampliados- OBSA2012VD_29.pdf

GRUPO DE TRABAJO DATOS OBJETIVOS

- Juan Pareés Pinilla (Médico de Familia y Comunitaria)
- Mª José Fernández Reyes (Pediatra)
- Ramiro Morera García (Enfermero)
- José Manuel Alberni Rodriguez (Enfermero)
- Mª del Henar Sánchez García (Médico de Familia y Comunitaria)
- Equipo de Continuada de C.S. Olivenza y colaboradores del PAC en Valverde de Leganés.

PARTICIPANTES EN LOS GRUPOS FOCALES Y TESTIGOS PRIVILEGIADOS

- Tomás Guareño Ferrera.
- Alfonso Rodríguez Flores.
- Ángela Jaén Rodríguez.
- Manolo Torres Tanco.
- Eugenio Valentín Gallardo.
- Carmen Mato Corbacho.
- Yolanda Parra.
- Judith Belmonte Hinchado.
- Josefa Casado Moreno.
- Rafael Álvarez Farias.
- Marcos Antonio González Pérez.
- Francisco Conde Cambero.
- Luis Acevedo Rodríguez.
- José Mª Franco Domínguez.
- Eugenio Valentín Martínez.
- Ana Cáceres Marzal.
- Mª Carmen Benegas Pérez.
- Francisco José Silva.

Nuestro reconocimiento a la Comisión Comunitaria de Salud de Valverde de Leganés por su compromiso y participación en todo este proceso.

Nuestro agradecimiento a la Dirección de Salud Pública por la colaboración en la elaboración de nuestro Diagnóstico de Salud Comunitario, documento necesario para las intervenciones comunitarias.

Ayuntamiento de
Valverde de Leganés