DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO 2017

BARRIADA DE SUERTE DE SAAVEDRA (Badajoz)

DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO 2017

Zona de Salud Suerte de Saavedra-La Pilara

Barriada de Suerte de Saavedra, Badajoz

Depósito legal: BA-799-2018
I.S.B.N.: 978-84-09-07882-0
Imprime: Imprenta Provincial Diputación de Badajoz

COORDINADOR DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN

Samuel Bobadilla Gómez (Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria)

GRUPO DE INVESTIGACIÓN

Juan Luis Alejandre Durán (Farmacéutico)

Noa Batalla Rebollo (Médico Familia y Comunitaria. Técnico de Salud)

Gloria González Conde (Pedagoga de Apoyo Comunitario en Salud)

José María Iglesias Sánchez (Médico de Familia)

Rodolfo Jaime Corella (Licenciado en Ciencias Económicas)

Rocío Moreno Rey (Trabajadora Social)

María Mar Pablos González (Enfermera)

Mª Gloria Parra Rodríguez (Trabajadora Social)

Ignacio Pérez Sánchez (Médico de la Dirección de Salud)

Guadalupe Pinilla Ramírez (Auxiliar Administrativa)

SUERTE DE SAAVEDRA Comisión Comunitaria de Salud

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 Suerte de Saavedra, y cualquier persona que a título individual quiera participar.

Actualmente forman parte de esta Comisión:

- Profesionales del Centro de Salud
- Profesionales del C.E.I.P. Manuel Pacheco
- Profesionales de los Servicios Sociales de Base del Ayuntamiento
- Profesionales del Programa CONVIVE
- Profesionales de YMCA
- Profesionales del IES Reino Aftasí
- Profesionales de las Farmacias de Suerte de Saavedra
- Representantes de la Parroquia de San Pedro Alcántara
- Representantes del Grupo Joven
- Representantes de Cáritas Diocesana en el barrio
- Representantes de la Asociación de Vecinos de Suerte de Saavedra
- Representantes de la Asociación para la Defensa de los Barrios Deprimidos
- Representantes Asociación Romis Calis Camelan Naquerar
- Representantes de la Asociación para la Recuperación de Colorines y Suerte de Saavedra
- Representantes de Campamento Dignidad
- Representantes del Centro de Promoción de la Mujer de Suerte de Saavedra
- Representantes del AMPA del C.E.I.P. Manuel Pacheco
- Vecinos/as del barrio Suerte de Saavedra

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.

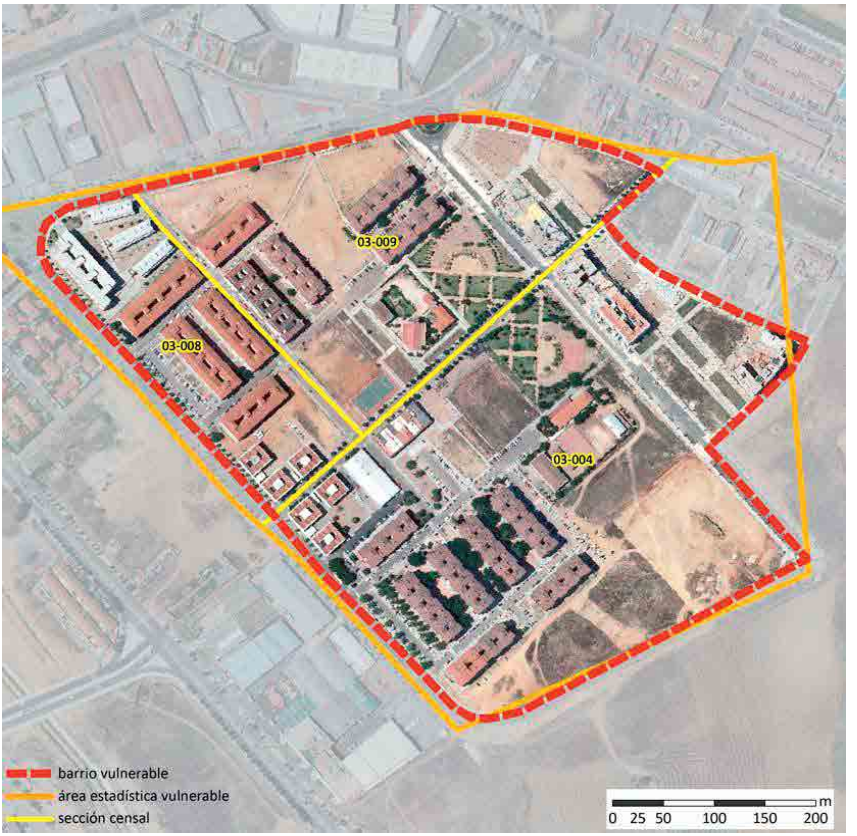
Desde estas líneas queremos agradecer el esfuerzo realizado tanto por la ciudadanía como por los profesionales de los EAP y diferentes recursos técnicos de otros sectores, implicados en la mejora de la Salud Comunitaria. También queremos dar las gracias a las administraciones locales de Badajoz, Valverde 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



Barriada de Suerte de Saavedra, Badajoz

Datos Básicos

Población	4688 habitantes
Densidad de Población	147.79 hab/Ha
Superficie	31,72 (Ha)

Localización dentro del término municipal

Se precisa que para el Diagnóstico de Salud Comunitario se ha referenciado el área censal que delimita el barrio geográfico de Suerte de Saavedra, aunque para el análisis de estadísticos sanitarios y epidemiológicos se incluyen datos de toda la Zona de Salud de Suerte de Saavedra-La Pilara.

ÍNDICE

1. Justificación	15
2. Metodología para la realización del Diagnóstico de Salud Comunitario (DSC)	17
2.1. Propuesta y aprobación	17
2.2. Diseño	17
2.3. Grupos de Investigación	18
2.4. Presentación a la Comisión Comunitaria de Salud	19
2.5. Documentos de difusión	19
2.6. Información recogida	19
2.6.1. Datos objetivos	19
2.6.2. Datos subjetivos	20
3. Características de la Barriada de Suerte de Saavedra	23
3.1. Origen y desarrollo de la Barriada de Suerte de Saavedra	23
3.2. Descripción general del barrio	23
3.3. Datos medioambientales de interés sanitario	25
3.4. Control de agua potable de consumo público	27
3.5. La población	28
3.6. Datos demográficos de interés	30
3.6.1. Tasa de natalidad, mortalidad y crecimiento vegetativo	30
3.6.2. Tasa global de fecundidad	31
3.6.3. Indicadores demográficos de interés	32
3.7. Aspectos sociales, culturales y económicos	34
3.8. 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
4.3.1. Principales causas de ingresos en la población adulta	41
4.3.2. Principales causas de ingresos en la población pediátrica	43

4.4. Enfermedades de declaración 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. Vacunación en adulto. Gripe	47
5. Información subjetiva	49
5.1. Problemas comunes en la población	49
6. Interpretación de la información	51
6.1. Características de la comunidad	51
6.2. Información objetiva	53
6.3. Información subjetiva	55
6.3.1. Condiciones socio-económicas, culturales y ambientales generales	56
6.3.2. Condiciones de vida y trabajo	57
6.3.3. Redes sociales y comunitarias	59
6.3.4. Estilos de vida	60
6.3.5. Factores individuales	61
7. Análisis convergente	63
8. Conclusiones	65
8.1. Sobre la metodología	65
8.2. Sobre los resultados	66
9. Listado de problemas críticos	69
10. Bibliografía	71

1. JUSTIFICACIÓN

¿Por qué ahora un diagnóstico de salud comunitario en Suerte de Saavedra?

Desde el momento de la apertura del Centro de Salud Suerte de Saavedra, el 29 de mayo de 2013, los profesionales sanitarios intuyeron, por los motivos de consulta que se producían, que los problemas de salud de la población de la nueva zona requerían un abordaje diferente al que hasta entonces venían realizando en los Equipos de Atención Primaria (EAP) de los que procedían.

El EAP decide entonces realizar un Plan Estratégico donde una de las líneas prioritarias era el empoderamiento de la población de la Zona de Salud (ZS). Ello conllevaba un diagnóstico de salud comunitario previo, a partir del cual priorizar las líneas de intervención necesarias para intentar mejorar la salud de la comunidad, pero buscando su implicación desde el mismo momento del diagnóstico.

Dado que ya existía una experiencia previa contrastada en la ciudad de Badajoz, se acordó iniciar los contactos con el Centro de Salud El Progreso que se materializaron en un acuerdo entre los coordinadores de ambas zonas de salud, comenzándose los trabajos de formación entre los profesionales de ambos centros.

En el diseño del diagnóstico se hace evidente que la ZS es, desde un punto de vista socioeconómico, muy heterogénea, existiendo barrios de alto poder adquisitivo, otros de clase media y, los más demandantes, de nivel socioeconómico bajo, ubicándose en áreas geográficas comunes. Por todo ello, se decide centrar inicialmente el diagnóstico en la barriada con más necesidades.

La metodología seguida por el EAP, según hemos dicho antes, es la misma que la del Centro de Salud El Progreso, quien adopta como modelo de los determinantes sociales de salud el de Dahlgren y Whitehead, que explica cómo las desigualdades sociales en la salud son el resultado de las interacciones entre los diferentes niveles de condiciones causales, desde el individuo a las comunidades, y al nivel de políticas de salud nacionales (Figura 1).

El objetivo principal de este estudio es aproximarnos al conocimiento del estado de salud de la población de la Barriada de Suerte de Saavedra ubicada en la zona de salud del mismo nombre, así como a los determinantes sociales de salud para disponer al final del proceso de un instrumento que favorezca el abordaje de los diferentes problemas y necesidades detectadas, mediante programas de salud comunitarios y acciones intersectoriales desde una perspectiva de equidad en salud.

Es importante la identificación de los problemas de salud de la comunidad, sus condicionantes y recursos disponibles, promoviendo la participación activa de la comunidad, desde la planificación de actividades y el planteamiento de las necesidades sentidas, la organización y la aportación de soluciones, para lograr la ejecución de los planes.

Para conseguirlo, contaremos con la implicación y participación de los vecinos, con una doble finalidad, por un lado como fuente de información y por otra, conseguir su implicación activa en las propuestas de mejora para que se establezcan.

Figura 1. Modelo de Dahlgren y Whitehead

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

La realización del Diagnóstico de Salud Comunitario es un proceso en el que se recoge y analiza la información necesaria para identificar las principales necesidades de salud que tiene una comunidad y así realizar las intervenciones más idóneas. Hay que tener en cuenta que la apreciación de la salud y la enfermedad es diferente en las distintas etapas de la vida, determinada por valores, creencias, cultura, economía y otros factores sociales, que influyen en el individuo en un momento determinado, por lo que se ha utilizado una estructura metodológica que permita obtener una visión más acertada de las verdaderas necesidades de una comunidad respecto a su salud.

2.1. PROPUESTA Y APROBACIÓN

La implicación del Equipo de Atención Primaria y de la Comunidad son claves para poder realizar un DSC.

En primer lugar se explica al EAP la importancia de realizar el DSC y conocer el número de profesionales que, de una u otra forma, se comprometen con el proyecto.

La Comisión Comunitaria de Salud (CCS), órgano de participación en salud, de la que forman parte colectivos y recursos técnicos de la ZS, es la que debate esta propuesta del EAP y toma la decisión de implicarse activamente en el diagnóstico de salud de la comunidad.

2.2. DISEÑO

Para el diseño del DSC se ha tomado como referencia el Análisis de la Situación de Salud de la zona de El Progreso de 2014. (Figura 2)

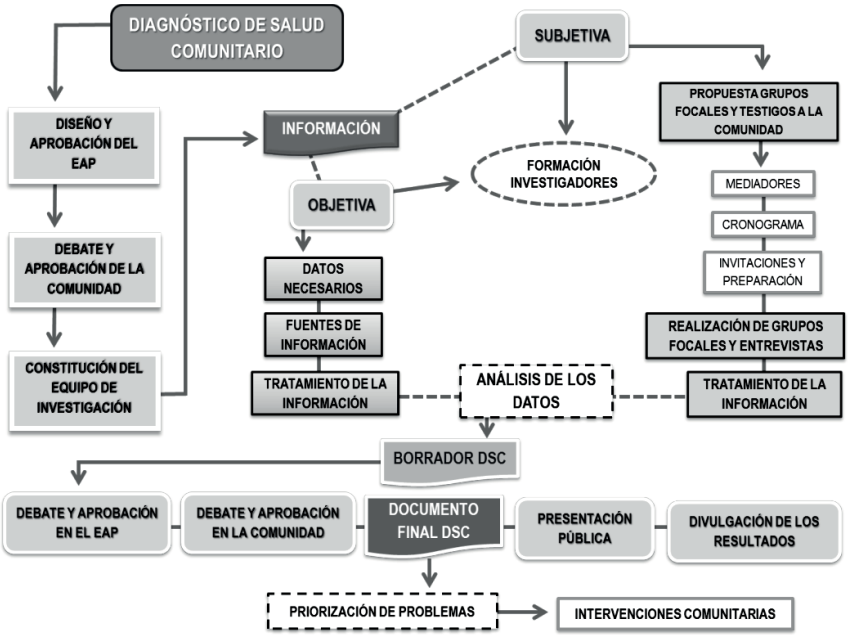


Figura 2. Esquema Metodológico del DSC

Se ofrecen datos objetivos, referidos a mortalidad, morbilidad, motivos de consulta, hospitalización, incapacidad laboral y otros datos sobre utilización de servicios sanitarios. También se ofrecen 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 de 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 experiencia en intervención comunitaria de salud y 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 debía marcar también el acuerdo sobre el procedimiento y la elaboración del documento final. Se mantuvo un contacto de información y actualización sobre el proceso de elaboración del análisis en los diferentes encuentros de la Comisión Comunitaria de Salud. Una vez terminado el borrador del diagnóstico, en el que han participado miembros de la CCS, se presentó en comisión 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, vamos a diferenciar entre los datos objetivos y los subjetivos que han sido 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 realizado en distintos momentos, por lo que los datos que se aportan en las tablas se refieren a distintos años o periodos 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. Cívitas.
3. Servicio Estadística del Ayuntamiento de Badajoz.
4. Jara Asistencial.
5. Centro de Salud Suerte de Saavedra-La Pilara de Badajoz.
6. Gerencia de Área de Salud de Badajoz (SES).
7. Servicio de Admisión y Codificación del Complejo Hospitalario de Badajoz.
8. Red de Vigilancia de Salud Pública (REVISA).

2.6.2. Datos subjetivos

La recogida de información a los miembros de la comunidad se realizó por medio de entrevistas a testigos privilegiados (personas con buen conocimiento de los problemas de salud de la comunidad) y grupos focales (colectivos y recursos técnicos de la zona) (Tabla 1 y Tabla 2):

3 GRUPOS FOCALES

Para los grupos focales se han elegido personas que por su sexo, edad, situación laboral o socioeconómica, religión… son conocedoras de la comunidad.

Han sido un total de 33 participantes distribuidos en tres grupos: equipo de atención primaria, recursos técnicos de la comunidad y tejido asociativo.

La duración de los grupos focales fue de 45 a 60 minutos, donde participaron además un moderador y un observador que realizaban registro escrito para su posterior transcripción y análisis de los datos. Previo consentimiento de los participantes y con el fin de facilitar el trabajo de análisis de los datos contenidos en el discurso de los mismos, el proceso fue además grabado en audio y vídeo asignándole posteriormente a cada comentario una categoría y subcategoría (problema).

Se formuló una sola pregunta abierta en relación con los problemas de salud percibidos: *"¿Cuáles son los problemas de salud de la comunidad?"*

Con la información codificada se elaboraron tablas agrupándose los problemas según el número de veces que se plantearon, especificándose las subcategorías en las cuales se incluían.

Equipo de Atención Primaria 13 participantes Edad media: 52,5 años	Miembros del Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud de Suerte de Saavedra.
Recursos Técnicos de la Comunidad 12 participantes Edad media: 46,5 años	C.E.I.P. Manuel Pacheco, I.E.S. San Roque, I.E.S. Reino Aftasí, Farmacia, Programa Familia, Programa Convive, Grupo Joven, Centro Infantil Albayaba y FAGEX
Tejido Asociativo 8 participantes Edad media: 57,1 años	Asociación de Vecinos Suerte de Saavedra, Parroquia San Pedro de Alcántara, AMPA del C.P. Manuel Pacheco, Asociación para la Defensa y Recuperación de Barrios Deprimidos y representante de grupos de adolescentes, mujeres y mayores.

9 ENTREVISTAS A TESTIGOS PRIVILEGIADOS

Para las entrevistas a los testigos privilegiados se eligieron aquellas personas que, por su trayectoria y trascendencia en el barrio, eran más conocedoras de la problemática respecto a la salud que podía sentir la comunidad.

Las entrevistas tuvieron una duración entre 30 y 40 minutos, e igualmente fueron moderadas y transcritas por un entrevistador para el posterior análisis de la información.

4 entrevistas	Personal técnico
5 entrevistas	Tejido asociativo

Tabla 1. Grupos Focales y Entrevistas a Testigos Privilegiados

Características de los participantes en los grupos focales	
Edad Media	52 años
Nivel de Estudios	Licenciatura o Grados: 33.36% Diplomatura: 39,36% Estudios Secundarios: 6,06% Estudios Primarios: 12,12% Analfabetismo Funcional (sabe leer y escribir): 6,06% Otros: 3,04%
Situación Personal	Casado o con pareja: 72,72% Soltero: 12,12% Separado: 12,12% Viudo: 3,03%
Ocupación Situación Laboral	Activos laboralmente: 75,75% Desempleados: 15,15% Ama de casa: 3,03% Jubilados: 6,06%

Tabla 2. Características de los participantes en Grupos Focales

3. CARACTERÍSTICAS DE LA BARRIADA DE SUERTE DE SAAVEDRA

3.1. ORIGEN Y DESARROLLO DE LA BARRIADA DE SUERTE DE SAAVEDRA

Suerte de Saavedra es un barrio de la ciudad de Badajoz que data del año 1984. Situado en la parte más oriental de la ciudad, cuenta con 4.683 habitantes. Suerte de Saavedra surgió como una actuación en desarrollo del Plan del 76 formada principalmente por vivienda de Promoción Pública. Construido en torno a 1983 y 1984 inicialmente estuvo formado únicamente por viviendas sociales de alquiler, aunque posteriormente se construyeron también promociones privadas.

El patrón del barrio es San Pedro de Alcántara y sus fiestas se celebran en octubre.

3.2. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL BARRIO

Suerte de Saavedra es uno de los barrios más poblados de Badajoz, lo que resulta paradójico, dado el importante número de solares vacios. Al norte del barrio y limitando directamente con la zona industrial, se disponen manzanas de bloque abierto, al igual que en la mayor parte del barrio, formadas por edificios lineales de doble crujía y patio interior de cinco alturas. La mayoría de estos edificios se elevan sobre un zócalo con soportales.

Entre la carretera de Sevilla y la avenida Antonio Hernández Gil se sitúa la única promoción de viviendas unifamiliares construida en el barrio, a pesar de que el Plan Parcial contaba con cuatro manzanas de este tipo que no se han llegado a construir.

Actualmente el barrio cuenta con solares vacíos, como el situado entre las viviendas unifamiliares y la pequeña zona industrial situada al sur del barrio, o el ubicado entre la calle Víctor Jara y Luis Andreu Fernández de Molina, entre otros.

El barrio además, fue conocido por la instalación del mercadillo de ”los domingos”, el cual fue trasladado al Polígono Industrial “El Nevero”.

Localización:

El barrio se localiza geográficamente al este de la ciudad, lindando con La Picuriña y Cerro de Reyes. Está delimitado por la avenida de Felipe Trigo, por la carretera de Sevilla al suroeste y por la carretera de Corte de Peleas al noreste. Al sur lo limita la travesía desdoblada de la N-V, situándolo en la periferia. Queda separado de ésta por un polígono industrial.

Según el Informe sobre Análisis Urbanístico de Barrios Vulnerables de 2001 realizado por el Departamento de Urbanística y Ordenación del territorio de Ministerio de Fomento, el barrio es percibido por los pacenses como uno de los sitios conflictivos de Badajoz y conocido como punto de venta de droga, sin embargo, por parte de los propios vecinos se consideraba un barrio tranquilo hasta que fueron realojados vecinos de Los Colorines y de la Cuestas de Orinaza en la década de los años 90.

Accesibilidad:

Situado en la periferia, el estar rodeado por grandes infraestructuras de carretera, facilita su acceso en vehículo rodado aunque lo aísla de la relación y continuidad con los barrios colindantes. Está comunicado con el centro de Badajoz mediante la línea 4, 5, 5N y 7 de autobús y con la circunvalación de la ciudad con las líneas C-1 y C-2.

En lo que se refiere al acceso a las viviendas, aunque muchas se hallan elevadas sobre un zócalo, generalmente tienen rampas para acceder a los portales.

Dotación de servicios urbanísticos y administrativos:

Entre los existentes se encuentran el colegio Manuel Pacheco, un parque, pistas de petanca y la parroquia de San Pedro de Alcántara. Dos bloques de viviendas de titularidad pública destinadas al alojo de familias de la Guardia Civil, y un Centro Social donde se sitúan los Servicios Sociales de Base y realizan actividades distintas instituciones. Y la más reciente ubicación del Centro de Salud.

Otros aspectos a destacar:

Identidad: dada la formación del barrio y que parte de los vecinos provenían de distintas zonas de Badajoz, el sentimiento de identidad apenas existe.

Existencia grupos sociales activos: destaca la Asociación de Vecinos Barrida de Suerte de Saavedra o la Coordinadora de Barrio (que reagrupa a distintas asociaciones, agrupaciones y entidades existentes en el mismo: Centro Parroquial, Grupo Joven, Cáritas, AMPA, Campamento Dignidad en Badajoz, YMCA, Fundación Atenea, Centro de Promoción de la Mujer, Asociación para la Defensa y Recuperación de los Barrios Deprimidos o la Asociación para la Recuperación de Los Colorines… y representación de instituciones sanitarias, educativas y de los servicios sociales entre otras).

Demandas estructuradas: los vecinos piden una mayor presencia policial que aumente la seguridad, debido a que en ocasiones se producen reyertas o tiroteos.

Proyectos ciudadanos: sin datos.

Suelos públicos vacantes: aparentemente, y tal y como refleja el Plan General 2007, aún permanecen vacíos distintos solares correspondientes a equipamientos que no se han llevado a cabo.

Espacios de calidad Medio Ambientales: la posible recuperación del espacio verde entre el barrio y Cerro de Reyes podría suponer una oportunidad.

Valores arquitectónicos: no se han detectado.

3.3. DATOS MEDIOAMBIENTALES DE INTERÉS SANITARIO

Calidad de la edificación:

La mayoría de las viviendas fueron edificadas en 1984, estando pendientes algunos equipamientos que se ubicarán en los solares que se encuentran vacíos. Éstas fueron construidas con materiales comunes y adaptados, la falta de mantenimiento de las mismas hace que presenten cierta degradación. La mayoría de edificios, de más de dos plantas, disponen de ascensores, deteriorados o averiados en muchos casos.

Calidad del espacio público:

La existencia de un gran número de solares vacíos hace que se pierda la idea del espacio público común. Los espacios interbloque, también se han convertido en zonas vacías y abandonadas. Esto hace que se perciba como un barrio de nivel socioeconómico bajo.

Parcelas no urbanizadas:

Se encuentran situadas junto a edificios de viviendas y diseminadas por la barriada de Suerte de Saavedra y también por La Pilara. Siendo objeto de numerosas quejas y denuncias por parte de los vecinos, por crecimiento de vegetación silvestre y abundante suciedad y acumulación de basura, lo cual favorece la aparición de plagas y anidación de vectores: cucarachas, roedores, orugas, etc., con el consiguiente riesgo para la salud pública.

Medioambiente:

Las calles son amplias y arboladas, con diseño urbanístico adaptado, pero el estado de las viviendas y sus calles provoca un sentimiento inhóspito. Lo mismo sucede con los solares vacíos y espacios públicos.

La barriada dispone de zonas verdes, parques y pistas deportivas, aunque muchos de estos espacios no se encuentran en buen estado por falta de mantenimiento y vertidos incontrolados de basura.

El censo de establecimiento y/o actividades medioambientales existentes en la Barriada y controlados por los servicios de veterinaria y farmacia del Centro de Salud están recogidos en la Tabla 3.

ESTABLECIMIENTOS Y/O ACTIVIDADES MEDIOAMBIENTALES	Nº
MINORISTAS DE ALIMENTACIÓN Tiendas de barrio, supermercados, áreas de servicio, carnicerías, panaderías-bollerías y pescaderías.	22
COMIDAS PREPARADAS Café-bar, restaurantes, ventas de comidas para consumir, churrería, hamburguesería, bocaterías y pizzerías y comedor colectivo.	27
INDUSTRIAS INSCRITAS EN EL REGISTRO GENERAL SANITARIO DE ALIMENTOS Sectores de vinos, fruta desecada, cárnicos, importación, distribución y almacén de productos alimentarios.	12
VENTA AMBULANTE	NR*

Tabla 3. Registro del CS Suerte Saavedra. Año 2017
*NR: No Registrado

Se contabilizan al menos dos zonas de vertederos de uso incontrolado.

Destaca el número de domicilios que tienen, al menos, una mascota (perro en su mayoría).

3.4. CONTROL DE AGUA POTABLE DE CONSUMO PÚBLICO

La Zona de Salud de Suerte de Saavedra-La Pilara, al igual que el resto de la ciudad de Badajoz y localidades limítrofes, se abastece con carácter general del agua procedente del pantano Peña del Águila (Villar del Rey) y de la Estación de Tratamiento de Agua Potable (ETAP) de Santa Engracia.

La red de distribución es de titularidad municipal y la empresa Aqualia el gestor autorizado responsable del abastecimiento de las zonas: barriada Suerte de Saavedra, La Pilara, CC.PP. San Miguel, Las Lomas y Los Montitos.

Al disponer la ZS de Suerte de Saavedra-La Pilara de núcleos de población diseminados (urbanizaciones y comunidades de propietarios), establecimientos de Restauración e Industrias alejadas de la zona de abastecimiento de la ciudad de Badajoz, estos disponen o no de sistemas de aprovisionamiento propio.

Cada gestor del abastecimiento es responsable del suministro de agua apta para el consumo, de su vigilancia y de su control, existiendo para cada uno un Programa de Vigilancia y Control de calidad de las aguas de consumo, de acuerdo con la normativa nacional en materia.

Los servicios farmacéuticos de Salud Pública, de acuerdo con el Programa de Vigilancia de Aguas de Consumo de Extremadura y Programa de Seguridad Ambiental realizan visitas de control a las instalaciones e infraestructuras de los suministros, auditorías, verificaciones de los programas de autocontrol y la realización de muestreos programados para garantizar y supervisar la calidad del agua suministrada.

En la ZS existe una empresa autorizada para el trasporte de agua potable a través de camión cisterna, de uso exclusivo y que puede ser utilizado en caso de cortes de suministro, averías y desabastecimientos de agua a la población.

3.5. LA POBLACIÓN[1]

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 servicio de estadística del Ayuntamiento de Badajoz, la base de datos CÍVITAS del Servicio Extremeño de Salud y del Instituto Nacional de Estadística (INE).

De los datos de población por sexo y grupos de edad del año 2016 (Tabla 4) se obtiene la pirámide de población (Figura 3).

[1]**Nota aclaratoria:** con idea de precisar en las características de ámbito geográfico que definen la comunidad de Suerte de Saavedra, los datos poblacionales corresponden a las secciones censales que confluyen en el núcleo urbano de la zona (desde la avenida Hernández Gil hasta la carretera de La Corte). Se han excluido los residentes en secciones urbanizadas periféricas de más reciente construcción y zonas rurales, en cuyo caso la población total sería de 6083 habitantes.

Edad	Hombres	Mujeres	TOTAL	Edad	Hombres	Mujeres	TOTAL
0-4	157	121	278	**45-49**	133	151	284
5-9	121	150	271	**50-54**	153	197	350
10-14	136	117	253	**55-59**	176	227	403
15-19	138	136	274	**60-64**	151	161	312
20-24	151	154	305	**65-69**	92	99	191
25-29	206	212	418	**70-74**	43	69	112
30-34	221	210	431	**75-79**	23	29	52
35-39	199	200	399	**80-84**	12	24	36
40-44	163	135	298	**>85**	5	16	21
					HOMBRES	MUJERES	TOTAL
					2280	2408	**4688**

Tabla 4. Población de Suerte de Saavedra. Fuente: Padrón 2016

Esta pirámide con forma de "huso" indica que se trata de una comunidad en la que predomina la población madura y joven, con ligero predominio del sexo femenino.

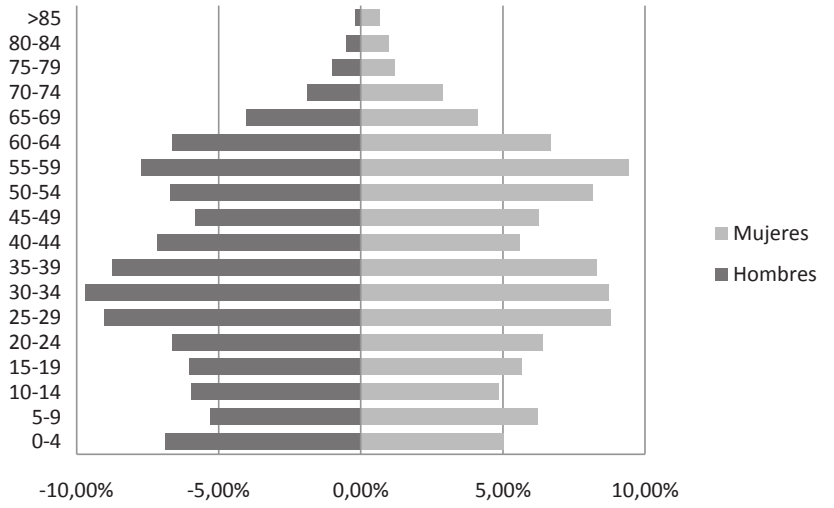


Figura 3. Pirámide de población de Suerte de Saavedra. 2016

Suerte de Saavedra durante el periodo de 2003 a 2016, ha tenido un descenso de 11,86% en su población (Figura 4).

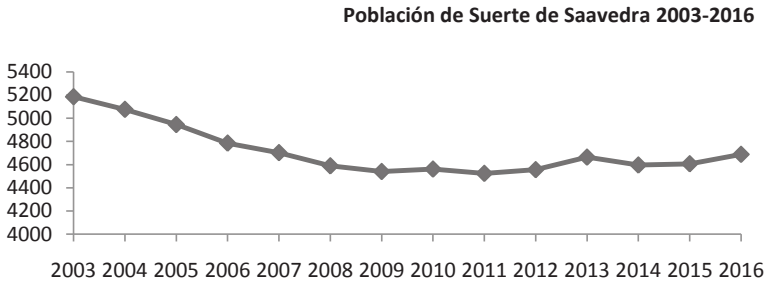


Figura 4. Población Suerte de Saavedra: 2003-2016

3.6. DATOS DEMOGRÁFICOS DE INTERÉS

3.6.1. Tasa de natalidad, mortalidad y crecimiento vegetativo

La tasa de natalidad es muy superior a las tasas de natalidad de Extremadura y a las medias nacionales. La tasa de mortalidad de Suerte de Saavedra es ligeramente superior (Tabla 5).

	Tasa de Natalidad			Tasa de Mortalidad		
	Suerte Saavedra	Extremadura	España	Suerte Saavedra	Extremadura	España
2014	19.15	8.38	8.48	10.66	9.17	8.48
2015	16.93	8.18	9.06	10.64	9.01	9.06
2016	22.82	ND*	ND*	9.39	ND*	ND*

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

El crecimiento vegetativo en Suerte de Saavedra (diferencia entre nacimientos y defunciones) es positivo en todos los años estudiados (Tabla 6).

Tasa de Crecimiento Vegetativo			
	Suerte de Saavedra	Extremadura	España
2014	8.49	-1.49	0.70
2015	6.29	-2.41	-0.04
2016	13.44	ND*	ND*

Tabla 6. Tasa de crecimiento Vegetativo.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística
*ND: no datos
NOTA ACLARATORIA: La tasa de crecimiento vegetativo se considera alta si supera el 4 %

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. La ZS de Suerte de Saavedra registra una TGF muy superior al resto de Badajoz, de Extremadura y de España, sobre todo en los últimos años (Tabla 7).

Tasa global de fecundidad				
	Suerte de Saavedra	Badajoz	Extremadura	España
2012	61.27	43.5	36.42	40.18
2013	54.51	39.82	34.91	38.29
2014	43.52	42.06	36.71	39.14
2015	40.7	35.26	36.37	38.99
2016	58.67	38.92	36.68	38.53
2017	54.64	35.44	ND*	ND*

Tabla 7. Tasa Global de Fecundidad.
Fuentes: CÍVITAS y Jara Asistencial
* ND: no datos

3.6.3. Indicadores demográficos de interés

Se recogen los principales índices demográficos de la población de la Zona de Suerte de Saavedra-La Pilara comparados con Extremadura y España (Tabla 8 y 9).

	España 2016	Extremadura 2016	Suerte de Saavedra 2016		
	Total	Total	Hombres	Mujeres	**Total**
I. Envejecimiento	116,35%	132,15%	42,27%	61,08%	**51,37%**
Dependencia Total	53,44%	53,73%	34,83%	35,05%	**39,95%**
Dependencia de Jóvenes	24,70%	23,14%	24,48%	21,76%	**23,09%**
Dependencia de Mayores	28,74%	30,59%	10,35%	13,29%	**11,86%**

Tabla 8. Indicadores demográficos de interés.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística

En la Tabla 9 se analizan los indicadores demográficos en nuestra zona de salud:

Índice de Envejecimiento: 51,37%

Expresa la relación entre la cantidad de personas adultas mayores (de 65 años y más) y la cantidad de niños y jóvenes (menores de 15 años)

El índice de envejecimiento es muy representativo del grado de envejecimiento de la población. En 2016 el envejecimiento es inferior en Suerte de Saavedra con relación tanto en Extremadura como con el total de España.

Puede inferirse que la proporción de personas mayores (≥65 años) respecto a los jóvenes (<15 años) es menor, es decir, existe un porcentaje mayor de jóvenes respecto a los ancianos que el existente en Extremadura o en el resto de España.

Tasa de Dependencia Total: 34,95%

La **tasa de dependencia** se define como la proporción de personas dependientes (personas menores de 16 años o mayores de 64) sobre la población en edad de trabajar (entre 16 y 64 años) por 100 habitantes.

El índice de dependencia total en Suerte de Saavedra es inferior a la media nacional.

Esto se interpreta como que no existe más carga en la población activa a la hora de hacer frente a la población que está en edad de no trabajar, es decir, la población anciana y joven que depende de ellos. Puede deberse a la baja tasa de población anciana dependiente que existe en Suerte de Saavedra y que desequilibra estos datos respecto a las medias de Extremadura y España.

Dependencia de Jóvenes: 23,09%

Representa el número de individuos dependientes (<15 años) por cada 100 habitantes en edad activa (entre 15 y 64 años).

La tasa de dependencia en jóvenes en Suerte de Saavedra es similar a la del resto de las medias nacionales y de la comunidad autónoma.

Dependencia en Mayores: 11,86%

Representa el número de individuos dependientes (≥65 años) por cada 100 habitantes en edad activa (entre 15 y 64 años).

La tasa de dependencia en mayores en Suerte de Saavedra es inferior a la de Extremadura, y sobre todo a la de España. Lo que significa que hay una proporción menor de gente anciana en Suerte de Saavedra en relación a las medias nacionales o regionales, como queda reflejado en la pirámide de población de predominio joven. Esto se traduce en que existe poca carga de gente anciana respecto a la población activa (en edad de trabajar).

Tabla 9. Indicadores demográficos de interés.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística

3.7. ASPECTOS SOCIALES, CULTURALES Y ECONÓMICOS

Se analizan en este apartado los aspectos sociales, culturales y económicos que definen a la zona de Suerte de Saavedra.

Al carecer de análisis previos en la Zona de Salud, y para poder comparar la tendencia que ha sufrido la barriada en los últimos años referenciamos un estudio realizado en 2001 por el Ministerio de Fomento[2] donde se analiza la situación sociodemográfica de la comunidad de Suerte de Saavedra (Tabla 10).

Indicadores de vulnerabilidad:		Valores de Referencia		
	Suerte de Saavedra	Badajoz	Extremadura	España
Índice de estudios (a)	18,54%	16,02%	24,85%	15,30%
Índice de paro (b)	39,73%	20,89%	22,14%	14,20%
Viviendas en mal estado de conservación (c)	1,88%	0,99%	1,07%	1,00%
(a) Porcentaje de población analfabeta (no sabe leer ni escribir) (b) Tasa de paro (c) Población residente en viviendas de vulnerabilidad				

Tabla 10. Situación Sociodemográfica de Suerte de Saavedra.
Fuente: Análisis Urbanístico de Barrios Vulnerables (2001) Departamento de Urbanística y Ordenación del territorio. Ministerio de Fomento.

En relación al nivel de estudios en Suerte de Saavedra la mayoría de la población analizada no tiene ningún tipo de estudios. La tasa de analfabetismo (no sabe leer ni escribir) es de 7,74%, en relación al 18,58% referenciada en el año 2001(Tabla 10).

[2] Ministerio de Fomento. Análisis Urbanístico de Barrios Vulnerables (2001) Departamento de Urbanística y Ordenación del territorio/IJH.

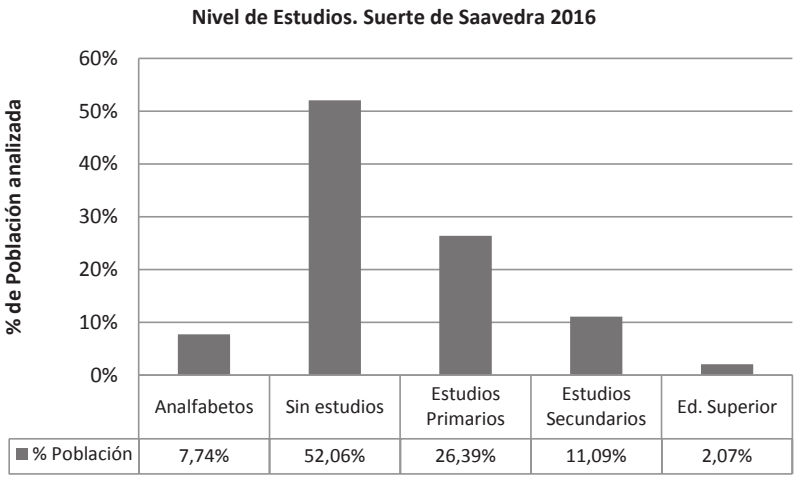


Figura 5. Nivel de Estudios
Fuente: Instituto Nacional de Estadística

NOTA ACLARATORIA: aproximadamente del 20% de la población analizada no se pudo obtener una información referente a su catalogación del nivel de estudios.

Según los datos de actividad laboral la población activa en Suerte de Saavedra (personas en edad de trabajar 15-64 años) representa el 79,41% del total. Las tasas de empleo/desempleo se reflejan en la Figura 6.

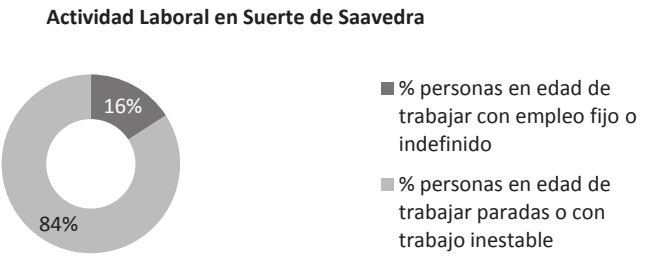


Figura 6. Población activa en edad de trabajar
Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

3.8. USO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DE LA ZONA

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 un ciudadano acude a una consulta de medicina de familia, enfermería o pediatría en un año (Tabla 11).

Frecuentación				
Años	Suerte de Saavedra	Área de Salud de Badajoz	SES	España
2016	6.43	6.61	7.28	ND
2015	5.91	6.67	7.43	5.25
2014	5.97	6.51	7.42	5.24

Tabla 11. Frecuentación en Centro de Salud de Suerte de Saavedra
Fuente: Jara Asistencial y Gerencia del Área de Salud de Badajoz

En el año 2016 la frecuentación de pacientes atendidos en el centro de salud ha sufrido un aumento en referencia a los años anteriores. Aún así es una tasa ligeramente inferior a los pacientes atendidos en la media del Área de Salud de Badajoz y sobre todo a la del Servicio Extremeño de Salud. Siguen siendo no obstante tasas de frecuentación superiores a las nacionales.

En relación a la **presión asistencial** en las consultas médicas, que nos permite saber cuántos pacientes, por término medio, ve un médico en un día, el Centro de Salud de Suerte de Saavedra ha tenido también una tendencia ascendente en el año 2016, registrando cifras superiores a las del Área de Salud de Badajoz y a las del Servicio Extremeño de Salud en general (Tabla 12).

Presión Asistencial			
Años	Suerte de Saavedra	Área de Salud de Badajoz	SES
2016	40.5	36.8	33.73
2015	36.2	37.18	34.39
2014	36.63	37.49	34.54

Tabla 12. Presión Asistencial en Centro de Salud de Suerte de Saavedra
Fuente: Jara Asistencial y Gerencia del Área de Salud de Badajoz

4. INFORMACIÓN OBJETIVA

4.1. MORTALIDAD

Respecto a la mortalidad de Suerte de Saavedra, se recogen los datos correspondientes a los años 2014 al 2016; el total en estos años fue de 142 defunciones.

Durante estos años el 56,34% corresponden a hombres y el 43,66% a mujeres. En relación a los grupos de edad, el mayor número de defunciones corresponde al grupo de edad de 85-89 años (Tabla 13).

Grupos de edad	% número de defunciones acumuladas años 2014-2016	Número de defunciones acumuladas años 2014-2016
<50	5%	7
50-54	3%	4
55-59	9%	13
60-64	12%	17
65-69	9%	13
70-74	12%	17
75-79	10%	14
80-84	12%	17
85-89	15%	22
>90	12%	18
	Total acumulado	**142 defunciones**

Tabla 13. Mortalidad de Suerte de Saavedra años 2014-2016
Fuente: CIVITAS, Jara Asistencial

Las principales causas de muerte en la población de Suerte de Saavedra son las relacionadas con los tumores, seguidas del aparato circulatorio.

En la Figura 7 se recogen las diez principales causas de defunción (representan el 56,35% del total), las que presentan mayor número son cáncer de pulmón, cáncer colorrectal y cardiopatía isquémica.

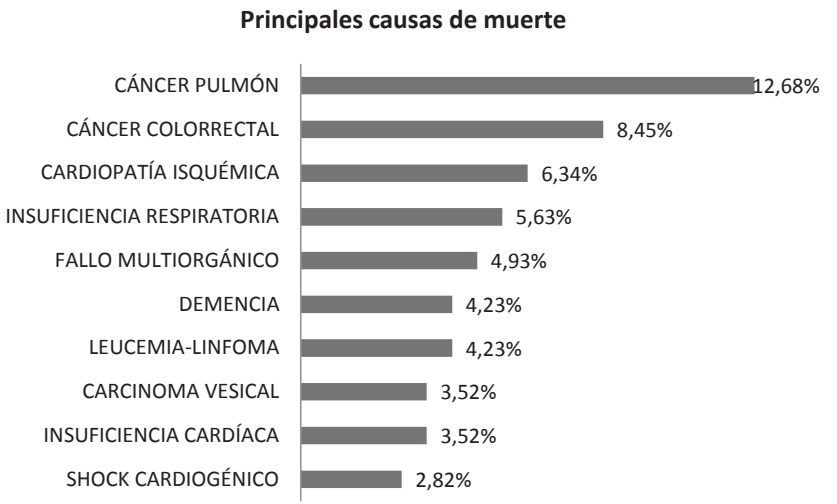


Figura 7. Porcentaje de defunciones acumulados años 2014-2016
Fuente: CIVITAS, Jara Asistencial

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, 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 acudían a la consulta de medicina de familia y de pediatría. No se dispone de registros de Atención Continuada (AC) porque la atención de urgencias fuera del horario laboral se realiza en el Centro de Salud de San Roque y en el Centro de Urgencias de Atención Continuada (CUAP) ubicado al lado del Hospital Perpetuo Socorro, lo que dificulta el registro de los motivos de consulta de AC.

Motivo de consulta médico de familia: durante el 2017, en los periodos de estudio, se registraron en el Centro de Salud de Suerte de Saavedra un total de 1762 motivos de consulta en pacientes ≥14 años (no incluida

consulta de pediatría) en 1546 pacientes (65,2% mujeres y 34,8% hombres). Con una edad media de 50,02 años.

Los motivos de consulta más frecuentes son los derivados del aparato locomotor, seguido del aparato circulatorio y del aparato respiratorio.

En la Tabla 14 se recogen los 20 motivos más frecuentes (representa el 49.49% del total), siendo el primero la hipertensión arterial con el 6,24% de las consultas seguido de diabetes no insulinodependiente (5,05%).

Motivos de Consulta General	Número	Porcentaje
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	110	6.24%
DIABETES NO INSULINODEPENDIENTE	89	5.05%
SIGNOS/SÍNTOMAS DE LA ESPALDA	74	4.20%
DOLOR GENERALIZADO	66	3.75%
DEPRESIÓN	54	3.06%
ANSIEDAD	50	2.84%
TRASTORNO METABOLISMO LIPÍDICO	49	2.78%
RINITIS ALÉRGICA	47	2.67%
INF. RESPIRATORIA AGUDA TRACTO SUPERIOR	46	2.61%
EMBARAZO	31	1.76%
SÍNTOMAS DE LA BOCA	31	1.76%
SIGNOS/SÍNTOMAS DEL HOMBRO	29	1.65%
BRONQUITIS	28	1.59%
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	28	1.59%
SIN ENFERMEDAD	26	1.48%
INFECCIÓN URINARIA	25	1.42%
RESULTADOS ANORMALES DE PRUEBAS	25	1.42%
HIPOTIROIDISMO	24	1.36%
OBESIDAD	24	1.36%
SIGNOS/SÍNTOMAS DEL CUELLO	24	1.36%

Tabla 14. Principales motivos de consulta en adultos 2017
Fuente: Centro de Salud Suerte de Saavedra

Motivo de consulta pediatría: durante el 2017, en los periodos de estudio, se registraron en el Centro de Salud de Suerte de Saavedra un total de 518 motivos de consulta de pediatría en 500 pacientes pediátricos (51,8% niñas y 48,2% niños). Los menores de 2 años, suponen un total de 160 consultas (30,8% del total de consultas), con una media de edad de 8,7 meses. El resto de consultas pediátricas a mayores de 2 años suponen el 69,2 %, con una media de edad de 7,11 años.

Los motivos de consulta más frecuentes son los derivados del aparato respiratorio seguido de problemas generales e inespecíficos (consultas sobre problemas de salud, fiebre de poca evolución, educación y promoción de la salud, consejo sanitario, etc.) y de problemas del aparato digestivo.

En la Tabla 15 se recogen los motivos de consultas más frecuentes (representa el 66.41% del total), siendo el primero y destacado la infección respiratoria aguda del tracto superior (catarros, resfriados, faringitis, etc.) con más del 22% del total de las consultas.

Motivos de Consulta Pediatría	Número	Porcentaje
INF. RESPIRATORIA AGUDA TRACTO SUPERIOR	106	20.46%
PROMOCIÓN DE LA SALUD*	45	8.69%
AMIGDALITIS AGUDA	27	5.21%
ASMA, RESPIRACIÓN SIBILANTE Y BRONQUILITIS	26	5.02%
RINITIS ALÉRGICA Y ESTORNUDOS	21	4.05%
FIEBRE (DE POCAS HORAS DE EVOLUCIÓN)	19	3.67%
DOLOR ABDOMINAL	16	3.09%
TOS	13	2.51%
DOLOR DE OÍDO	12	2.32%
OTRAS ENFERMEDADES VIRALES CON EXANTEMA	11	2.12%
RETRASO EN CRECIMIENTO	11	2.12%
VÓMITO	10	1.93%
OTITIS MEDIA	9	1.74%
PICADURA DE INSECTO	9	1.74%
PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN EN NIÑO/LACTANTE	9	1.74%
INFECCIÓN GASTROINTESTINAL	8	1.54%
ESTREÑIMIETO	7	1.35%
PROBLEMAS ESPECÍFICOS DEL APRENDIZAJE	7	1.35%
VARICELA	7	1.35%

Tabla 15. Principales motivos de consulta pediatría 2017
Fuente: Centro de Salud Suerte de Saavedra | *Revisión del niño sano

4.3. INGRESOS HOSPITALARIOS

4.3.1. Principales causas de ingresos en la población adulta

Según los datos recogidos en la base de datos CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) del Complejo Hospitalario de Badajoz, durante 2015, se produjeron 603 ingresos de ciudadanos de Suerte de Saavedra, siendo el 45,71% hombres y 54,29% mujeres, con una edad media de 51,44 años.

El grupo de edad que más ingresó fue el de 30-39 años, seguido de la franja de población de 55-69 años (Figura 8).

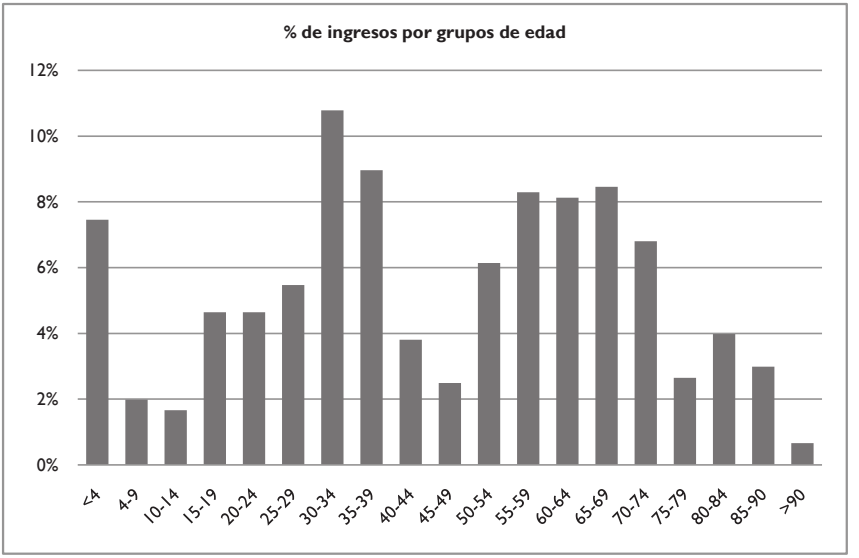


Figura 8. Nº de ingresos por grupos de edad según CMBD. Año 2015
Fuente: Servicio de Admisión y Codificación del Complejo Hospitalario de Badajoz

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.

Los motivos de ingreso más frecuentes son los relacionados con el embarazo, seguido de las enfermedades asociadas al aparato respiratorio y las del aparato digestivo.

En la Tabla 16 se representan las 20 principales causas de ingreso hospitalario (representa el 32.62% del total), siendo las fracturas la principal con un 2,99%, seguida de cardiopatía isquémica (2,65%) y parto prematuro o amenaza con un 2,49%.

Principales causas de ingreso hospitalario. 2015	**Nº**	%
Fracturas	18	2.99%
Cardiopatía isquémica	16	2.65%
Parto prematuro o amenaza de parto prematuro	15	2.49%
Fracaso respiratorio agudo	14	2.32%
Enfermedad cerebrovascular	13	2.16%
Hipertrofia de amígdalas y adenoides	11	1.82%
Parto prolongado	11	1.82%
Cáncer de pulmón	10	1.66%
EPOC	10	1.66%
Ruptura prematura de membranas	10	1.66%
Neumonía y gripe	9	1.49%
Aborto diferido	8	1.33%
Anemia	7	1.16%
Apendicitis	7	1.16%
Bronquitis y bronquiolitis agudas	7	1.16%
Embarazo cronológicamente avanzado	7	1.16%
Colelitiasis	6	1.00%
Dorsopatías	6	1.00%
Enfermedad renal no especificada en embarazo, sin mención de hipertensión	6	1.00%
Fisura y fístula anales	6	1.00%

Tabla 16. 20 Principales causas de ingreso en Suerte de Saavedra. Año 2015
Fuente: CMBD, Servicio de Admisión y Codificación del Complejo Hospitalario de Badajoz

4.3.2. Principales causas de ingresos en la población pediátrica

Hubo 47 ingresos de la población pediátrica en el año 2015 (el 63,83% corresponde a niños y el 36,17% a niñas).

En la Tabla 17 referimos las 5 principales causas de ingreso en la población pediátrica de Suerte de Saavedra: (representa 46.81% del total), siendo las infecciones respiratorias de vías superiores y la gripe la causa más frecuente.

Principales causas de Ingreso en Pediatría	Porcentaje
Infección respiratoria de vías superiores y gripe	12,77%
Gastroenteritis	10,64%
Bronquiolitis aguda	10,64%
Fiebre, no específica	6,38%
Epilepsias y crisis recurrentes (incluido convulsión febril)	6,38%

Tabla 17. 5 Principales causas de ingreso según CMBD en Pediatría. Año 2015
Fuente: Servicio de Admisión y Codificación del Complejo Hospitalario de Badajoz

4.4. ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

La vigilancia y registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) constituye un instrumento fundamental en salud pública, para la detección y control de enfermedades.

En el registro se vigilan EDOs según Zonas de Salud, por lo que los resultados corresponden a la Zona de Salud de Suerte de Saavedra-La Pilara.

Las EDOs más comunes han sido gripe y varicela. En la Tabla 18 se recogen los casos del 2014 al 2016.

Zona de Salud de Suerte de Saavedra

	2014	2015	2016
GRIPE	251	416	205
VARICELA	3	6	11

Tabla 18. Número de casos de gripe y varicela notificados. 2013-2016
Fuente: Revisa

Al ser la gripe la enfermedad infecciosa más prevalente, hemos comparado estos datos con el Centro Nacional de Epidemiología, comprobándose que las tasas de morbilidad por esta patología vienen siendo muy superiores a las de Extremadura y a las del resto de España (Tabla 19).

Tasa de incidencia acumulada	**Temporada 2013-14**	**Temporada 2014-15**	**Temporada 2015-16**
Suerte de Saavedra	34,15	56,59	27,89
Extremadura	17,80	35,13	17,80
España	20,04	23,65	18,57

Tabla 19. Gripe. Tasa de Incidencia Acumulada por 1.000 habitantes
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología

En la Tabla 20 se recogen el resto de EDOs obtenidas por vigilancia activa y por notificación pasiva en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica durante los años 2014 al 2016.

EDOs 2014-2016. Número de casos

CAMPILOBACTERIOSIS*	9	PAROTIDITIS	1
GIARDIASIS*	1	SALMONELOSIS*	3
HEPATITIS A	1	TOS FERINA	1
HERPES ZÓSTER*	2	SÍFILIS	2
INFECCIÓN CHLAMYDIA TRACH.*	8	TBC RESPIRATORIA	2
INFECCIÓN GONOCÓCICA	1	**TOTAL**	**31**

Tabla 20: EDOs 2014-2016. Suerte de Saavedra
Fuente: Revisa
*EDOs incluidas en el nuevo listado (orden 22 de abril de 2016)

4.5. TUMORES

Se registran los tumores malignos diagnosticados durante el 2015 y 2016 en Suerte de Saavedra. Siendo un total de 64 (24 en 2015 y 40 en 2016).

Del total de casos de los dos años de estudio el 54,68% (34 casos) corresponden a mujeres y 45,32% a hombres (30 casos). La edad media de los casos es de 60,93 años.

En cuanto a cánceres diagnosticados en la ZS de Suerte de Saavedra-La Pilara, los de mayor incidencia son el de colorrectal y mama. En la Tabla 21 se recogen los 9 tumores malignos más frecuentes representa el 85.93% del total.

LOCALIZACIÓN DE TUMORES	Número	Porcentajes
Colorrectal	13	20,31%
Mama	12	18,75%
Próstata	7	10,94%
Tiroides	5	7,81%
Piel	5	7,81%
Pulmón	4	6,25%
Vejiga	4	6,25%
Estómago	3	4,69%
Linfoma de HODKING	2	3,13%

Tabla 21. Tumores más frecuentes diagnosticados en Suerte de Saavedra. Años 2015-2016
Fuente: Servicio de Admisión y Codificación del Complejo Hospitalario de Badajoz

4.6. INCAPACIDAD TEMPORAL

Durante 2016 en el Centro de Salud de Suerte de Saavedra hubo un total de 598 incapacidades temporales (I.T.). La edad media de los usuarios es de 43,49 años. La duración media de las incapacidades es de 86,64 días.

El lumbago es el diagnóstico más frecuente de las I.T. seguida de cervicalgia y fiebre. En la Tabla 22 se registran las 15 principales causas de I.T (representa el 30.27% del total).

Incapacidad Temporal	Número	Porcentaje
LUMBAGO	46	7.69%
CERVICALGIA	25	4.18%
FIEBRE, NO ESPECIFICADA	21	3.51%
CIÁTICA	12	2.01%
GRIPE	11	1.84%
ESTADOS DE ANSIEDAD	11	1.84%
ESGUINCE/TORCEDURA DE TOBILLO	9	1.51%
CÓLICO RENAL	7	1.17%
VÉRTIGO	6	1.00%
BRONQUITIS AGUDA	6	1.00%
ESGUINCE/TORCEDURA DEL CUELLO	6	1.00%
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADO	6	1.00%
HERNIA INGUINAL	5	0.84%
TRASTORNO ADAPTACIÓN CON ANSIEDAD	5	0.84%
TRASTORNO DEPRESIVO	5	0.84%

Tabla 22. Principales motivos de Incapacidad Temporal en Suerte de Saavedra. Año 2016
Fuente: Jara Asistencial

4.7. INDICADORES POSITIVOS DE SALUD

4.7.1. Vacunas infantiles

Durante 2016 en el Centro de Salud de Suerte de Saavedra las coberturas de las vacunas del calendario infantil fueron superiores al 95% que hay establecidas de objetivo (Tabla 23).

		Año 2016
Primovacunación: niños de 0 a 1 año	Poliomielitis	97.17%
	DTPa	97.17%
	Hib	97.17%
	Hepatitis B	97.17%
	Meningitis C	97.17%
	Pneumococo	97.17%
Vacunación de refuerzo: niños de 1 a 2 años	Poliomielitis	97.73%
	DTPa	97.73%
	Hib	97.73%
	Meningitis C	97.73%
	Pneumococo	97.73%
Vacunación en adolescentes	Meningitis C	N/D
	Td	N/D
Triple vírica	1ª dosis	98.26%
	2ª dosis	98.85%

Tabla 23. Tasa de vacunación infantil en Suerte de Saavedra. Año 2016
Fuente: CÍVITAS, Jara Asistencial

4.7.2. Vacunación adultos. Gripe

En relación a la cobertura de vacunación contra la gripe a los mayores de 65 años, de 2013 al 2016, ha habido un aumento sin llegar a los objetivos marcados en la campaña de vacunación del 65% de cobertura (Figura 9).

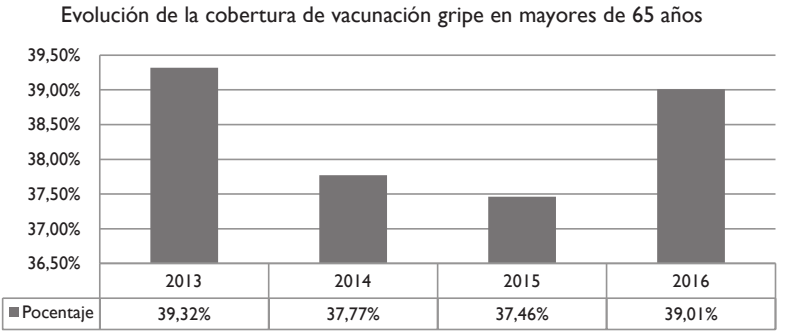


Figura 9. Cobertura de vacunación de gripe en Suerte de Saavedra. Años 2013-2016
Fuente: CÍVITAS y Jara Asistencial

Conviene aclarar que la campaña de vacunación contra la gripe es anual y que va dirigida a todas las personas mayor o igual a 60 años, y sobre todo a los mayores de 65 años, o menores de 60 años con factores de riesgo asociados. Igualmente se recomienda la vacunación a personas que por algún u otro motivo pueden transmitir la gripe (sanitarios, personal que trabaja en centros geriátricos, o que conviven con personas con alto riesgo de contagio, etc.), también embarazadas, viajeros internacionales y personas que, por su ocupación, prestan servicios comunitarios esenciales.

Con respecto a las dosis administradas, la mayoría, desde el 2013 al 2016, son destinadas a otras indicaciones (menores de 65 años con patología asociada, servicios esenciales en la comunidad, embarazadas…), siendo las administradas a las personas mayores de 65 años muy parejas en los años de estudio (Figura 10).

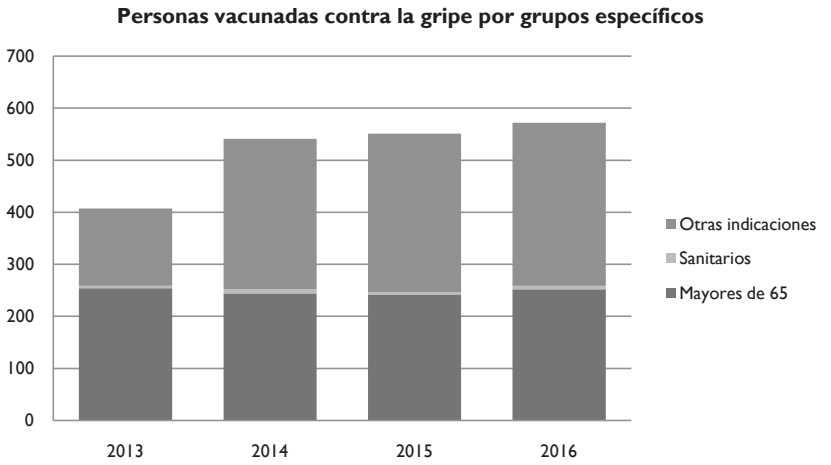


Figura 10. Personas vacunadas de gripe en Suerte de Saavedra. Años 2013-2016
Fuente: CÍVITAS y Jara Asistencial

5. INFORMACIÓN SUBJETIVA

5.1. Problemas comunes en la población

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

Aquellos problemas que la comunidad ha identificado como los que más le afectan, a los que llamamos problemas sentidos, se han agrupado por categorías para una mejor interpretación y análisis de los resultados obtenidos (Tabla 24).

Orden de Frecuencia	CÓDIGO	PROBLEMA
1°	Socio Laboral	Desempleo
2°	Socio Económico	Dependencia de ayudas sociales
3°	Drogas Ilegales	Tráfico de drogas
4°	Socio Educativo	Escasa formación
5°	Socio Educativo	Falta de implicación de los padres en la educación de los hijos.
6°	Socio Económico	Ausencia de control del gasto familiar
7°	Alimentación	Alimentación inadecuada.
8°	Infraestructuras	Ausencia de centro de mayores.
9°	Seguridad	Inseguridad ciudadana.
10°	Social	Deficiente integración de niños payos en el barrio.
11°	Medioambiente	Déficit de mantenimiento de espacios públicos.
12°	Drogas Ilegales	Consumo de drogas
13°	Salud Comunitaria	Violencia de género
14°	Socio Educativo	Absentismo escolar
15°	Educación Sexual	Embarazo precoz
16°	Social	Conflictividad vecinal
17°	Socio Educativo	Abandono escolar

Tabla 24. Problemas principales que afectan a la comunidad de Suerte de Saavedra. 2017
Fuente: Grupos focales y entrevistas a testigos privilegiados

De los diecisiete problemas que más se repiten en los diferentes grupos focales y entrevistas realizadas, los más repetidos son los relacionados con la situación socio-educativa (4), seguidos de las drogas ilegales (2), los de problemática socio-económica (2) y los referidos a aspectos sociales (2). El resto de problemas están en el ámbito de: socio-laboral, alimentación, infraestructuras, seguridad, medioambiente, salud comunitaria y educación sexual.

6. INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

6.1. CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNIDAD

La Zona de Salud de Suerte de Saavedra-La Pilara se crea en el año 2008 con el Decreto 238/2008, de 7 de noviembre, por el que se modifica el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Con la apertura del Centro de Salud y constitución del EAP, en el 2013, se asigna a la ZS una parte de la población de la zona de San Roque que crecía y se expandía geográficamente cada vez más, alejándola del Centro de Salud. Hasta entonces, los residentes de la barriada de Suerte de Saavedra eran asistidos en sus necesidades sociosanitarias en el Centro de Salud de San Roque, del que actualmente siguen dependiendo para la Atención Continuada (en horario de 15:30 a 22:00 horas en días laborables). El actual Centro de Salud atiende además del núcleo poblacional de su zona de salud, más numeroso y cercano a su ubicación en una de las avenidas principales de la barriada, a otros distritos que se sitúan en urbanizaciones periféricas y zonas rurales urbanizadas. Estos últimos usuarios que habitan los sectores más distanciados han de desplazarse en vehículo propio por la distancia que los separa (en todo caso inferior a los 30 minutos).

Con respecto a **las características demográficas** de la barriada de Suerte de Saavedra se trata de una población en fase de estancamiento, aunque con una estructura aún joven, donde el grueso de su población se halla entre las cohortes de 25 y los 35 años, con un significativo aumento en la cohorte de 50 a 60 años, de predominio femenino. La población de Suerte de Saavedra ha ido en descenso, aunque desde el año 2011 ha sufrido un estancamiento y actualmente se percibe una recuperación de su población, debido a su alta tasa de fecundidad y natalidad, superiores al resto de comunidades de referencia. Aunque estos datos no se corresponden con el alto índice vegetativo que reflejan los datos estadísticos, que debería suponer un crecimiento aun mayor de la población en los últimos años: podría atribuirse que parte de sus habitantes estén empadronados fuera de la zona de salud. Presenta un índice de dependencia total inferior al resto de comunidades de referencia, centrado principalmente en la poca dependencia de mayores, que se explica por el bajo índice de envejecimiento que todavía posee la población de Suerte de Saavedra.

Uno de los determinantes de salud que más preocupa a la población y a los profesionales sanitarios, por su especial dificultad de control y mejora, son los temas relacionados con las **variables medioambientales**. Asuntos relacionados con la higiene y limpieza de las barriadas, los ruidos y convivencia vecinal, la red de alcantarillado o la salubridad del agua de uso público, constituyen una importante fuente de problemas que repercuten en la salud comunitaria. Siguen existiendo algunos vertederos incontrolados de basuras y ripios, así como pequeños puntos de venta ambulante no autorizada a pesar de los requerimientos efectuados por los servicios veterinarios.

Sin embargo, existe un adecuado sistema de salud medioambiental y comunitaria, de seguridad alimentaria y vigilancia epidemiológica por parte de los profesionales encargados de la Atención a la Salud Pública. También, varios colectivos vecinales han tomado iniciativa en adecentar los jardines, solares y otros espacios públicos más cercanos a las viviendas de la barriada.

Respecto a la **situación sociocultural y económica**, más de un 50% de la población carece de estudios o es analfabeta, lo que representa tanto una dificultad para acceder a puestos de trabajo, como refleja el 84% de la población en edad de trabajar en paro o con trabajos inestables; como para comprender en muchos casos (sobre todo la población de más edad) las pautas dadas en las consultas de medicina y enfermería. Variables que repercuten directamente en la salud del paciente y en su grado de autonomía.

En cuanto al uso por parte de la población de los **servicios sanitarios** de Atención Primaria, hay que destacar que a pesar de las condiciones socioculturales y económicas no existe un uso más irresponsable de los mismos (aunque en aumento, la tasa de frecuentación es equiparable al resto de la comunidad autónoma). Bien es cierto que en los últimos años se ha incrementado significativamente la presión asistencial (número de pacientes que ven diariamente los profesionales sanitarios del Centro de Salud).

Entendemos que esto puede ser un problema de gestión y previsión sanitaria por un déficit en acciones de prevención, promoción y trabajo con la comunidad, protocolización de los servicios de salud o intervenciones educativas en diferentes grupos de población e instituciones. De ahí la importancia y el compromiso que ha de adquirir la **Comisión**

Comunitaria de Salud en el control de estos factores para un uso responsable y racional de los recursos sanitarios.

6.2. INFORMACIÓN OBJETIVA

Esta información nos permite hacer un análisis objetivo de la situación sanitaria de la comunidad: por qué enferma, por qué muere o cuáles son las causas de ingreso en hospital de la población de Suerte de Saavedra, entre otros datos.

Las principales causas de **mortalidad** de nuestra Zona de Salud no diferirían de las registradas a nivel nacional o autonómico, si bien se invierte el orden, siendo la primera causa de muerte en Suerte de Saavedra la producida por tumores: cáncer de pulmón y cáncer colorrectal como las más prevalentes. Le siguen las muertes relacionadas con el aparato circulatorio (cardiopatía isquémica como causa principal), y las relacionadas con el aparato respiratorio (insuficiencia respiratoria causada por complicaciones de ciertas patológicas como la bronquitis crónica, EPOC o neumonías).

El 70% de las muertes se producen en personas mayores de 65 años, como es tendencia general en el envejecimiento de la población.

La **morbilidad**, motivo de consulta de la población adulta, más frecuente atendida en el Centro de Salud es la hipertensión arterial y la diabetes no insulinodependiete, dos patologías crónicas que requieren de estilos de vida saludables para su control. Estas dos enfermedades de la población, que se destacan sobre el resto, se debería a que los pacientes frecuentan las consultan por causas directamente relacionadas con estas patologías crónicas: síntomas, actualización de tratamientos, seguimiento y control. Le siguen en frecuencia la consulta por dolor de espalda y el dolor generalizado o inespecífico, motivos que pudieran deberse a diferentes causas: mala postura, sobrecarga, o el dolor muscular a menudo muy relacionado con tensión o lesión muscular por el ejercicio o el esfuerzo físico. Se sabe que el dolor responde a una experiencia subjetiva del individuo, por lo que pudiera estar condicionado por situaciones de estrés o malestar en el entorno familiar y social. Respecto a la salud mental, la ansiedad y la depresión sumarían un alto porcentaje de motivos de consulta en la población de Suerte de Saavedra, que habría que analizar y detallar las posibles causas que

llevan a ello. Entre las restantes causas por las que la población solicita consulta se encuentran los trastornos del metabolismo de lípidos (colesterol), enfermedades pulmonares, embarazo o síntomas de la boca.

En pediatría, destaca la infección respiratoria de vías altas como el motivo de consulta más frecuente. Este porcentaje tan destacado de consultas relacionadas con el aparato respiratorio respecto a otras patologías podría deberse a que la recogida de datos coincidió con las semanas de mayor prevalencia de éstas, aunque en general la patología de las infecciones de vías altas es el motivo de consultas más demandado en pediatría. Coincide que a la vez sea el motivo de ingreso más frecuente, seguido de la patología digestiva, también muy demandada como motivo de consulta en pediatría.

Cabe destacar el aumento del número de casos de **tumores** en Suerte de Saavedra en los últimos años, siendo los más frecuentes el de mama y el colorrectal. El cáncer de pulmón sería el que mayor índice de mortalidad presenta. Este aumento de casos de tumores explica que sea la primera causa de muerte en nuestra zona de salud.

Los motivos de **incapacidad temporal** (baja laboral) más registrados son los relacionados con la patología osteomuscular, concretamente las lumbalgias y cervicalgias. La causa podría estar relacionada con la mala higiene postural y el esfuerzo en los trabajos físicos de las labores que realiza la población, y que favorece la aparición de lesiones traumatológicas. Sin embargo, en la ZS, el tiempo medio de baja laboral es inferior al estimado para ciertas patologías, lo que representa la necesidad de la incorporación al trabajo de muchas familias.

El principal motivo de **ingreso hospitalario** es el relacionado con el proceso del embarazo, que no necesariamente sería patológico, al contabilizar como ingreso el propio momento del parto o causas de seguimiento y control del embarazo normal. En parte, que ocupe el primer motivo de ingreso hospitalario este problema de salud sería debido a la alta natalidad registrada en Suerte de Saavedra en los últimos años. Le siguen en frecuencia los problemas relacionados con enfermedades del aparato respiratorio, del aparato digestivo y las neoplasias, todos motivos de consulta muy demandados por la población en las consultas de atención primaria.

Por causa de ingreso, la más frecuente es la fractura, seguida de la cardiopatía isquémica. No hay una relación directa que explique las fracturas como causa más frecuente de ingreso, y habría que analizar los tipos de fracturas y la población afectada. La cardiopatía isquémica se plantea sin embargo como una patología frecuente entre los motivos de ingreso en la población en general. La franja de población donde más ingresos se producen es la de 30-34 años, que coincide con los motivos de ingreso relacionados con el proceso del embarazo de la mujer (ya comentado). En la población pediátrica la causa más frecuente de ingreso es la infección respiratoria de vías superiores (una patología que aparecería con más frecuencia en los niños menores de dos años), y que supone el motivo de consulta más frecuente en las consultas de atención primaria. La alta prevalencia que supone el ingreso hospitalario en menores de 4 años se debería a que contabilizan los nacidos (sanos) a efectos estadísticos de ingreso, no representando en la mayoría de los casos patología asociada.

Cabe destacar del análisis de los datos la cobertura de **vacunación infantil** como indicador positivo de salud, con un porcentaje de vacunación superior al establecido como objetivo, lo que indica una buena prevención de las enfermedades transmisibles. Sin embargo, y a pesar de las masivas campañas de información, las coberturas de **vacunación de la gripe** en la población adulta seguirían siendo inferiores a las tasas de coberturas aconsejadas, sobre todo en la población de edad mayor a 65 años. Se corresponde con una incidencia (casos) de gripe en la zona de salud de Suerte de Saavedra más elevada que en el resto de Extremadura y que la causa de ingreso por enfermedad respiratoria sea la segunda en frecuencia.

6.3. INFORMACIÓN SUBJETIVA

Teniendo en cuenta el modelo de Dahlgren y Whitehead (Figura 11), ya expuesto en la justificación de este documento, vamos a analizar los problemas y necesidades recogidos en las diferentes entrevistas y grupos focales realizados. Desde esta información subjetiva colectiva se han detectado una serie de problemas que son en sí mismos factores determinantes sociales de la salud. Se han agrupado en capas, de la más externa a la más interna, teniendo en cuenta el difícil encasillamiento de manera exclusiva en alguna de ellas, ya que se constata la multiplicidad de los diversos factores que se suman e inciden generando los problemas.

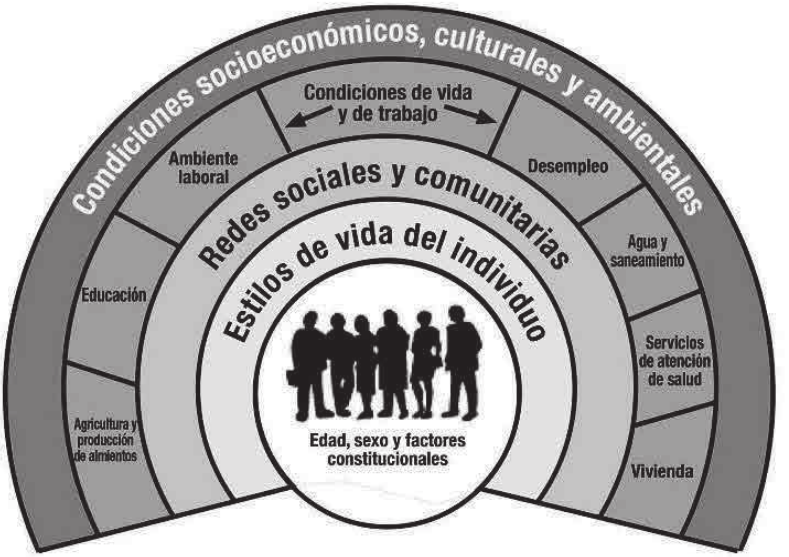


Figura 11. Modelo de Dahlgren y Whitehead. Las capas de influencia en la salud de la comunidad

6.3.1. Condiciones socio-económicas, culturales y ambientales generales

Esta capa hace referencia al contexto socio-político y macroeconómico universal que controla la distribución del poder, la riqueza y los recursos. En ella se encuadra la crisis de valores y económica a nivel mundial, acumulación de capital, desempleo, explotación, corrupción e individualismo, impregnando en cascada al resto de capas.

Aparecen en negrita los problemas expresados y en cursiva y entrecomillados algunos comentarios textuales de las personas participantes en grupos focales y de los testigos privilegiados.

- **Dependencia de ayudas sociales para vivir, falta de control sobre los gastos domésticos y déficit de mantenimiento de espacios públicos.**

El problema más repetido ha sido **la alta dependencia de las familias de las ayudas sociales y administrativas para vivir**, generada por una forma de vida que se habría ido transmitiendo de padres a hijos, que asumen vivir de estas ayudas antes que trabajar a media jornada o con contratos de corta duración.

- *"con la Renta Básica no se paga medicación. Sale mejor económicamente no trabajar"*

La **falta de recursos personales para administrar la economía familiar** ocasionaría gastos no controlados que conllevan dificultad para hacer frente al pago de la luz, del agua, del alquiler de la vivienda o en cierta medida poder adquirir aquella medicación que requiere copago. La falta de formación y el desempleo tienen una repercusión directa sobre la adecuada gestión de la economía doméstica para poder hacer frente a estas situaciones de primera necesidad que condiciona la salud de la población.

- *"todo el mundo tiene un buen móvil desde los 13 o 14 años, aunque sus padres no tengan trabajo"*

El **mantenimiento** de la barriada de Suerte de Saavedra ha estado en entredicho durante los últimos años. En general este problema podría ser debido al déficit creado por la administración local en las competencias de estos servicios y la falta de concienciación ciudadana en cuidar el mobiliario urbano y mantener limpia las calles. Un problema que genera malestar en el barrio y que impide el disfrute de parques y zonas verdes (en algunas ocasiones se ha observado plagas de insectos y ratas en el alcantarillado).

6.3.2. Condiciones de vida y trabajo

Esta capa hace referencia a la situación política y económica de nuestro país y por extensión a la situación regional y local que afecta a las condiciones de vida y de trabajo cotidianas a lo largo del ciclo vital. El desempleo y el subempleo están asociados con mala salud. El impacto del desempleo en la

salud se traduce en muerte temprana, tasas más altas de ansiedad y depresión y enfermedad coronaria en los desempleados de larga duración; problemas emocionales en los miembros de la familia; recuperación incompleta y lenta de la salud física y mental después del desempleo (Public Health Agency of Canada). Los efectos están vinculados a sus consecuencias psicológicas y financieras (WHO, 2005).

Llama la atención **el impacto de la crisis económica sobre la población de mediana edad y adulta** de esta comunidad, que partía con una situación socio-económica sujeta a trabajos inestables y con falta de preparación académica (construcción y hostelería principalmente). Esta condición produciría una situación de inseguridad y desesperanza en la economía de las familias, que afecta a su estado emocional, llevando en muchos casos a realizar "trapicheos" o trabajos precarios y de riesgo para hacer frente al desempleo. Serían los ingresos de la mujer (en el sector limpieza y ayuda a domicilio en gran medida) o la pensión de sus mayores los que sostendrían la economía familiar en muchos de los hogares de la barriada.

En esta capa se centran la mayor parte de los problemas que la comunidad de Suerte de Saavedra ha referenciado como los que más influyen en su salud. En el ámbito socio-laboral y socio-educativo destaca el desempleo y la escasa formación.

- **Desempleo en personas de mediana edad, escasa formación, falta de implicación de los padres en la educación de sus hijos, absentismo y abandono escolar.**

La **escasa formación** repercute en el desempleo. A pesar de la educación obligatoria y el esfuerzo por parte de las instituciones y comunidad educativa por la formación en la infancia, se percibe un desinterés en buena parte de nuestra población. La falta de responsabilidad e implicación de los padres en la educación de sus hijos conllevaría un alto porcentaje de **absentismo y fracaso escolar**. El abandono temprano de los estudios en niños y adolescentes hacen que éstos estén en la calle, favoreciendo las conductas de riesgo.

- *"existe una falta de preparación en general, que se agrava con la cultura de vivir de las subvenciones"*

- *"Los padres no creen en la educación, mucho absentismo. Cualquier excusa es buena para no llevar los niños al colegio".*

6.3.3. Redes sociales y comunitarias

El nivel de cohesión social actúa como favorecedor de la salud, haciendo a las comunidades más igualitarias. El sentirse integrado en un barrio proporciona un ambiente saludable. Los grupos de población más vulnerables (niños, mujeres y personas mayores) necesitan de un espacio social protector para su confort y seguridad.

- **Ausencia de centro de mayores, inseguridad ciudadana, deficiente integración de niños payos en el barrio y conflictividad vecinal.**

Las personas mayores **no disponen de un Centro de Mayores** en el barrio, teniendo que desplazarse a otras zonas de la ciudad para poder disfrutar de un espacio de ocio. Una situación que conlleva a las personas de más edad a buscar lugares y alternativas a su tiempo libre que no siempre lo encuentran, pasando largas jornadas muchos de ellos en sus casas.

El apoyo de familiares, amigos y comunidades está asociado con una mejor salud. Puede afectar a la salud psicológica, física, a la percepción de salud y a la manera en que individuos y familias manejan la enfermedad y la dolencia. Los espacios comunitarios proporcionan un ambiente de relaciones personales que cohesionan a sus pobladores. La **inseguridad ciudadana** percibida en algunas zonas del barrio, sobre todo a partir de ciertas horas, repercute en el bienestar de la comunidad, generando un ambiente de peligrosidad y conflictividad vecinal.

- *" es peligroso salir a la calle a partir de ciertas horas… se ve de todo"*
- *"aquí la ley es de cada uno, es cierto eso que dicen que es «la ciudad sin ley»".*

Hay una **deficiente integración de los niños payos** en el barrio, que supone que la mayoría de los padres escolaricen a sus hijos en colegios fuera de la zona y no exista relación entre niños payos y gitanos. Esta situación

generaría un entorno de separación entre estas poblaciones en población infantil.

- *"muchos niños de Suerte Saavedra van a los colegios de otros barrios, sus padres no quieren que se junten con los niños de aquí".*

La **conflictividad vecinal** supone un motivo de preocupación en el barrio, que va en aumento por miedo a discusiones entre familias. Se percibe agresividad verbal entre vecinos de los mismos bloques de viviendas por conflictos de convivencia, que se traslada a jóvenes y niños.

- *"no se participa más en el barrio porque hay muchas riñas entre grupos, familias, etc. No hay capacidad de relación normalizada".*

6.3.4. Estilos de vida

Los estilos de vida están en el extremo inferior donde se encuentran los individuos que reciben todas las presiones de las capas superiores. Sin restar completamente la responsabilidad del individuo en sus decisiones, es sabido que la población desfavorecida tiene más difícil hacer elecciones saludables ligadas a los recursos educativos, socioeconómicos y a la motivación.

- **Tráfico y consumo de drogas ilegales, alimentación inadecuada, embarazos precoces y violencia de género.**

La vinculación de Suerte de Saavedra con la **venta y tráfico de drogas** estigmatiza al resto de la población que vive en el barrio. El consumo de drogas ilegales puede llegar a provocar la aparición de graves trastornos psicosociales. En adolescentes provocaría además situaciones de riesgo (conflictos de amistad y de relación con la familia y con la pareja, delincuencia, accidentes, dificultad en los estudios, etc.) que pueden llegar a ser más graves que las enfermedades asociadas, y que consecuentemente afectan al conjunto de la sociedad.

- *"más de medio barrio vive de las drogas de alguna manera (vendiéndola, guardándola…)"*

- *"el consumo de hachís se ve como algo normal desde los 13 años, no se esconde, se hace en público y se acepta"*

Otros de los problemas ligados a factores individuales y estilos de vida son los **embarazos precoces** en adolescentes. Se perciben como embarazos no planificados, y no tanto como no deseados. Si no se disponen de estrategias sociofamiliares y educativas para la planificación y el uso de la anticoncepción, la posibilidad de relaciones sexuales de riesgo aumenta. El embarazo en la adolescencia genera además falta de desarrollo social en la mujer, condicionando una situación de dependencia que propicia la conflictividad en el hogar y la violencia de género.

- *"niñas muy jóvenes que no ponen medios para no quedarse embarazadas".*
- *"embarazos deseados a edades muy tempranas, prefieren ser madres a formarse"*

La **alimentación inadecuada,** tal y como han indicado ya muchos expertos en nutrición y medicina, favorece la obesidad y la aparición de múltiples trastornos de salud. Por regla general, una dieta desequilibrada suele ser rica en alimentos con excesivas calorías, hidratos de carbono o grasas, y en la mayoría de las ocasiones, esta dieta se combina con la ausencia de una práctica regular de ejercicio. Una práctica insana que se agrava en la población infantil.

- *"no se cocina por comodidad, se consume mucha comida rápida, bocadillos y productos envasados".*
- *"los niños se alimentan muy mal, no beben agua sino refrescos y llevan al colegio bollería industrial"*

6.3.5. Factores individuales

El sexo, la genética y la edad, son factores que van a determinar el grado de salud de los individuos, pero que no son modificables, aunque hoy en día el campo de la genética ofrezca posibilidades de intervención.

7. ANÁLISIS CONVERGENTE

Al confluir en los problemas sentidos por la comunidad por una parte, y con los problemas más frecuentemente atendidos en las consultas médicas y en pediatría del Centro de Salud por otra, así como el análisis las incapacidades temporales y los ingresos hospitalarios, observamos lo siguiente:

Respecto a la población adulta, la alta demanda de consultas relacionadas con el grupo de patologías perteneciente al **aparato locomotor** podría estar relacionada con sobrecargas inadecuadas y posturas mal adquiridas al ejecutar un determinado trabajo físico. Gran parte de la población viene realizando desde temprana edad estos inadecuados hábitos posturales, debido, entre otros motivos, a una deficiente formación y el consecuente acceso a trabajos relacionados con la construcción, la hostelería o la limpieza, donde se prescinde de cualquier cualificación. Trabajos repetitivos y de exigencia física que pudieran ocasionar lesiones musculares y óseas a largo plazo. Igualmente, la primera causa de incapacidad temporal está relacionada con la patología osteomuscular (lumbalgias, cervicalgias o ciáticas como causas más frecuente). Este grupo de patologías genera además dolor generalizado de difícil manejo que lleva al individuo a demandar numerosas consultas médicas por este motivo.

El desempleo, problema principal que afecta a nuestra comunidad, obliga de la misma manera a realizar trabajos precarios de exigencia física y que conllevan más riesgo de lesiones: fracturas, incapacidades o dolor muscular.

Entendemos que la alta frecuencia de la **ansiedad generalizada** y **síntomas depresivos** como motivo de consulta, es fundamentalmente debido por una parte a la crisis económica que venimos padeciendo desde el 2008 que ha generado un incremento muy importante del desempleo en la zona, con dificultades en muchos casos para garantizar las mínimas necesidades básicas. Por otra parte, se aprecia un alto porcentaje de patología ansiosa-depresiva en población joven, condicionada a la existencia en la comunidad de importantes estresores sociales como el fracaso escolar, la inseguridad ciudadana, drogas, conflictividad vecinal, etc. o en población más adulta la sobrecarga familiar.

La **patología respiratoria** también tiene una relevancia importante en la Zona de Salud, generando un alto porcentaje de motivos de consulta y de

ingresos hospitalarios y, como consecuencia de sus complicaciones, una alta mortalidad, sobre todo en población mayor.

Por último, la alimentación inadecuada y los estilos de vida no saludables como problemas transversales en todas las franjas de población de la zona repercuten negativamente en el control de **la hipertensión arterial y la diabetes.** Estas dos enfermedades crónicas, junto a otras, repercuten en la mayor frecuentación en las consultas de enfermería y medicina. Por otro lado, el aumento del riesgo cardiovascular asociado a la hipertensión y a la diabetes condicionan los ingresos por enfermedad vascular en general y la mortalidad por cardiopatía isquémica en particular.

Motivos de consulta como los relacionados con **síntomas de la boca** o la **obesidad** tienen su contexto en los malos hábitos alimentarios habidos en buena parte de la población. El consumo de alimentos precocinados, con alto contenido en azúcares, favorece el sobrepeso y provoca lesiones en la boca, problemas de salud que tienen aun más repercusión en la etapa infantil.

Respecto a la **población pediátrica**, pese a las actividades preventivas con las vacunas y las actividades destinadas a la promoción de la salud (revisiones del "Niño Sano"), se perciben deficiencias en los hábitos saludables. Factores individuales, entre otros, pueden entenderse como causantes de los problemas de salud más frecuentes en la población infantil: catarros e infecciones gastrointestinales, que ocasionan a la vez mayor número de ingresos hospitalarios.

Cabe destacar en este análisis convergente el aumento de la base en la pirámide poblacional de Suerte de Saavedra, es decir, el aumento de la población infantil en los últimos años. Esta situación puede explicar que la causa más frecuente de ingreso hospitalario sea la relacionada con el proceso del embarazo, y que un alto porcentaje de las consultas médicas sea por este motivo. La alta tasa de fecundidad, mujeres en edad fértil, favorece esta situación. Se han detectado sin embargo, un aumento de **embarazos precoces** en adolescentes. El abandono temprano de los estudios, el desempleo juvenil o la dependencia económica de los más jóvenes potencian las conductas de riesgo y hacen más vulnerable a este grupo de población.

8. CONCLUSIONES

8.1. SOBRE LA METODOLOGÍA

- Para el desarrollo del Diagnóstico de Salud hemos referenciado el modelo metodológico utilizado en el Análisis de la Situación de Salud (ASS) de la Zona de Salud El Progreso (Badajoz), basado en el modelo de Dahlgren y Whitehead para el análisis de las desigualdades de salud.

- El Diagnóstico de Salud Comunitario (DSC) llevado a cabo en la Barriada de Suerte de Saavedra forma parte del Proyecto Participación y Salud de la Gerencia del Área de Salud de Badajoz. Este proyecto piloto incluye, además de Suerte de Saavedra, a otras tres comunidades: la ZS de Cerro Gordo y las ZS de Alconchel (Higuera de Vargas) y Valverde de Leganés. El objetivo de este Proyecto es promover la salud comunitaria en los EAP del Área de Salud de Badajoz.

- Ha sido necesario un periodo de formación previo dirigido a los miembros del Equipo de Atención Primaria (EAP) que han participado en la elaboración del DSC.

- Se constituyeron dos grupos de trabajo para la obtención y análisis de datos objetivos y subjetivos que ha permitido trabajar de manera estructurada y avanzar más rápidamente.

- Se recogieron durante cuatro semanas los motivos de consultas de la población de la zona de salud. Los resultados fueron codificados por problemas de salud (datos objetivos)[3].

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

[3]Es importante destacar que durante el proceso de recogida de datos objetivos de los motivos de consulta, la población que acudió en los periodos de estudio a las consultas médicas para tramitar la activación de fármacos en la receta electrónica, fueron considerados motivos de consulta por el problema de salud que relacionaba directamente el fármaco demandado. Lo que podría tener repercusión en que los dos motivos de consulta más frecuentes sean la hipertensión arterial y la diabetes, asociadas ambas al mayor uso de fármacos crónicos.

- La creación de la Comisión Comunitaria de Salud, como órgano de participación de la comunidad, en todo lo relacionado con la salud es una garantía para poder realizar el DSC.

- La Historia Clínica Electrónica instaurada en el Servicio Extremeño de Salud es cada vez más una herramienta de obtención de datos específicos sobre la actividad asistencial.

8.2. SOBRE LOS RESULTADOS

- Que la patología del **aparato locomotor** en su conjunto sea el motivo más común de consulta, y que además suponga la causa de incapacidad temporal más frecuente, indica la necesidad de actuar en la prevención de la misma, que se centra fundamentalmente en los signos y síntomas de la espalda, del hombro y del cuello.

- Las causas principales de consulta son dos de las **patologías crónicas** con más prevalencia en la sociedad actual (hipertensión y diabetes), que nos indica la necesidad de potenciar los programas de salud del paciente crónico e intervenciones dirigidas hacia la creación de grupos de autoayuda, favoreciendo el autocontrol del paciente.

- Las **enfermedades respiratorias y del aparato circulatorio** representan también un motivo importante de consulta e ingreso hospitalario, y es de gran importancia analizar las causas para facilitar su abordaje, debido al alto grado de dependencia que generan ambas patologías y su alto porcentaje de mortalidad.

- El **proceso de embarazo** es causa principal de ingreso hospitalario[4] y de motivo de consulta, y además se percibe como problema sentido en la comunidad al ser en su mayoría embarazos precoces en adolescentes. Este problema en concreto deberá ser abordado de manera multisectorial desde el ámbito educativo, social y sanitario.

- Con relación al uso de los **servicios sanitarios** de la Zona, estando la frecuentación en la media del Área de Salud se ha incrementado la presión

[4] Anotar que a efectos estadísticos contabilizan como ingreso hospitalario en la mujer el proceso del embarazo (parto normal) aun no siendo parto patológico ni sufrir el recién nacido enfermedad alguna.

asistencial, lo que se puede interpretar como un déficit en el uso racional de los servicios sanitarios.

- La deficiente integración de niños payos en el barrio, el absentismo escolar y el abandono de los estudios a edad temprana en la **población infanto-juvenil**, aparecen como problemas sentidos por la comunidad. Pero no se detecta cuál puede ser su repercusión sobre la salud de esta franja de población.

- Un aspecto también a destacar es la discordancia en la **percepción de medidas preventivas**: mientras que en la población infantil las tasas de vacunación son altas, en la población adulta la vacunación antigripal tiene una baja incidencia, lo que repercutiría en el aumento de patología respiratoria estacional.

- El **desempleo generalizado, la temporalidad laboral y la dependencia de ayudas sociales para la economía doméstica,** son causa de estrés y trastornos psicológicos, lo que puede generar falta de control en el entorno familiar y situaciones emocionales de difícil manejo.

- La **ausencia de control sobre la economía familiar** representa un problema para afrontar gastos de primera necesidad como vivienda, alimentación o medicación.

- El **tráfico de drogas** que pudiera existir en parte de la población de Suerte de Saavedra se interpreta como conflictividad vecinal e inseguridad ciudadana. Esta sensación estresante repercute en la salud de la población.

- Es necesario buscar estrategias para abordar los problemas relacionados con los **adolescentes**, que viven un entorno de desinterés educativo y de falta de proyección laboral, que afrontan con conductas de riesgo, generando una situación de inseguridad y exclusión social.

- Las **isócronas** (tiempo medio de acceso a los servicios sanitarios) por debajo de 30 minutos de la barriada de Suerte de Saavedra supone una garantía en la accesibilidad al uso de los servicios de salud.

- La elevada **tasa de fecundidad** (muy superior a las medias de Extremadura y de España), hace necesaria una intervención dirigida a la población más joven para que afronten con garantías los embarazos precoces y sus consecuencias.

- Se observa **poca convergencia entre los problemas atendidos en las consultas y los problemas sentidos** por la población: laborales, educativos, económicos o sociales. Se tiene la sensación que en el Centro de Salud se atienden las consecuencias de un control deficitario sobre los determinantes de la salud en la comunidad, y que representa la punta del iceberg de la problemática de la salud de la comunidad.

- El **entorno** no deja de ser un factor determinante de la salud de la comunidad, de gran impacto en la percepción de bienestar entre los vecinos. El espacio en el que vive la población de la barriada Suerte de Saavedra es percibido como parte del problema en su estado de salud.

- Es evidente que los recursos sanitarios de forma aislada no tienen respuestas para mejorar los problemas de salud de la comunidad, en su mayoría socioeducativos y socioeconómicos. Se pretende trabajar implicando a todos los recursos: ciudadanía, técnicos e instituciones, con el fin de mejorar las desigualdades en salud de la población menos favorecida.

- No disponemos de un registro específico para poder analizar datos respecto al problema de abuso de drogas en Suerte de Saavedra. Es un dato preocupante en una zona donde se detecta el tráfico y consumo de drogas ilegales como problema sentido por la población.

9. LISTADO DE PROBLEMAS CRÍTICOS

Una vez analizados los diferentes datos recogidos, realizando una convergencia de los resultados, obtenemos un listado de problemas de salud (sin prioridad de importancia) que hemos agrupado teniendo en cuenta la población de la Barriada.

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 vulnerable.
7. Que sean los más prevalentes en nuestra comunidad cuando no puedan aplicarse los criterios anteriores.

Los problemas "críticos" son los siguientes:

- Absentismo escolar
- Alimentación inadecuada
- Ansiedad y depresión
- Ausencia de Centro de Mayores
- Ausencia de control sobre el gasto doméstico
- Conflictividad vecinal
- Consumo normalizado de drogas
- Deficiente integración de niños payos en el barrio
- Déficit de mantenimiento de los espacios públicos
- Dependencia de ayudas sociales

- Desempleo
- Diabetes Mellitus
- Dolor generalizado
- Embarazo precoz
- Escasa formación académica
- Falta de implicación de los padres en la educación de los hijos
- Hipertensión Arterial
- Infección respiratoria aguda del tracto superior en edad infantil (catarros, resfriados, faringitis…)
- Inseguridad ciudadana
- Síntomas de la espalda
- Tráfico de drogas
- Violencia de género

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/tablsticas/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/CustomContent/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

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

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

Javier Segura del Pozo. Comunitaria. https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com

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

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/

SemFYC. ¿Cómo iniciar un proceso de intervención comunitaria desde un centro de salud? De la reflexión a las primeras intervenciones. Segunda edición.

Análisis Urbanístico de Barrios Vulnerables" (edición 2011). Departamento de Urbanística y Ordenación del territorio/IJH

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

COLABORADORES EN LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO

María Díez Arias (Auxiliar de clínica)

Inmaculada Fernández Carrasco (Enfermera)

Virginia Fernández Guerra (Enfermera)

Andrés Franco Zambrano (Enfermero)

José Luis Rodríguez Díaz (Médico de familia)

PARTICIPANTES EN LOS GRUPOS FOCALES Y TESTIGOS PRIVILEGIADOS

Antonio Chacón, José Carracedo, Paloma Castro, Antonio Salazar, Miguel Ángel Andreu, Yolanda Herrera, María Isabel Rodríguez, María Jesús Folgado, Carmen González, M. Carmen Bravo, Juan Cuadrado, Adoración García, Patricia Mangut, Asunción Bravo, Pedro Pacheco, Rafael Aguilar, Encarnación Ferrer, Teresa Muñoz, Sandra Jiménez, Guadalupe Álvarez, Antonia Gastón, Manuel Navarro, Emilia Larios, Antonio Escudero, Fernando Gonçalves, Antonia Gastón, Antonio León, Francisco Gómez, Ana Belén Mateos, Rodolfo Jaime, Juan Luís Alejandre, Agustina Banda, Samuel Bobadilla, Ana Corraliza, María Díez, Inmaculada Fernández, Andrés Franco, Ruperto J. García, José Luís Rodríguez, Raquel González, José María Iglesias, Juan de la Cruz Martínez, M. Mar Pablos, Mariano Cabanillas, Gloría Parra, María Josefa Preciados, Diego Rodríguez, Antonio Macías, Susana Moreno.

Nuestro reconocimiento a la Comisión Comunitaria y a la Coordinadora de Barrio de Suerte de Saavedra por su compromiso y participación en todo 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.

Este documento donde se recoge el Diagnóstico de Salud Comunitario de la Barriada de Suerte de Saavedra no habría sido posible sin la convicción de la actual Dirección de Atención Primaria del Área de Salud de Badajoz, que ha apostado firmemente por esta metodología de intervención con la comunidad como modelo de empoderamiento de la población en la toma de decisiones respecto en su salud.

SUERTE DE SAAVEDRA

Comisión Comunitaria de Salud

Gerencia del Área de Salud de Badajoz

Ayuntamiento de Badajoz

JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Sanidad y Políticas Sociales

DIPUTACIÓN DE BADAJOZ