



DIAGNÓSTICO DE SALUD DE MARCHENA

ÍNDICE

1. Indicadores Sociodemográficos	3
Historia.....	3
Situación geográfica.....	3
Población	4
Nivel de estudios.....	5
Mercado de trabajo	6
Vivienda	6
Índice de privación material.....	6
2. Indicadores de Salud	7
Estilos de vida.....	7
Morbilidad.....	9
Mortalidad	10
3. Sugerencias	12

INTRODUCCIÓN

El presente informe forma parte del Proyecto “Red Local de Acción en Salud” (RELAS), de la Secretaría General de Salud Pública de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, en el municipio de Marchena.

Pretende describir los principales indicadores sociodemográficos y de salud de su población, con el objeto de servir de instrumento de apoyo para la elaboración de un Plan Local de Salud.

Se han seleccionado los indicadores que se han considerado más representativos, extraídos de las siguientes fuentes de información: Sistema de información Multiterritorial de Andalucía del Instituto de Estadística de Andalucía, INEbase del Instituto Nacional de Estadística, página web de la Diputación de Sevilla, Diábaco, aplicación Redalerta del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía, Informe de Indicadores de Calidad Preventivos del Área de Gestión Sanitaria (AGS) de Osuna, Atlas Interactivo de Mortalidad de Andalucía, Informe de Mortalidad Prematura del AGS de Osuna 1998-2008, Atlas Interactivo Sociodemográfico de España e Informe de Resultados y Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2012.

Las fuentes de datos que se han utilizado no coinciden siempre en el tiempo, por lo que la información que se expone no puede considerarse una “instantánea” del municipio en un momento dado, sino más bien un análisis de su evolución en los últimos años. Para aquellos indicadores en los que no ha sido posible desagregar la información a nivel municipal, se ha optado por describir la situación del entorno más cercano (provincial y autonómico) quedando reflejado en el texto.

Este informe presenta las limitaciones metodológicas propias de cualquier análisis de áreas pequeñas, ya que al ser el número de casos y los tamaños de población reducidos, las tasas o proporciones que se obtienen presentan mayor inestabilidad. Esto se ha intentado corregir agregando datos de varios años.

“Las condiciones y recursos fundamentales para la salud son paz, vivienda, educación, ingresos, alimentos, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad. La mejora de la salud requiere unos sólidos cimientos de estos prerequisites básicos”. Carta de Ottawa, 1986



1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

HISTORIA

Marchena es uno de los lugares monumentales de la Campiña Sevillana, con un pasado espléndido relacionado con su estatus de villa señorial. Aunque con restos arqueológicos que remontan a la Prehistoria y a la Historia Antigua (presencia fenicia, cartaginesa, romana, etc.), el casco urbano de Marchena se conformó en época musulmana. La Marchena islámica se cerraba con una muralla de época almohade (fines s.XII-principios s.XIII) que aún sigue en pie insertada entre el caserío.

Fue el rey de Castilla y León, Fernando III el Santo, quien la reconquistó un 20 de Enero de 1240. Por ello, el patrón de Marchena es San Sebastián. A partir del año 1309 Marchena pasará a ser una villa de señorío, cuando Fernando IV la concede en juro de heredad a la familia Ponce de León.

Fue “capital” del Ducado de Arcos y residencia habitual de los Ponce de León (Duques de Arcos). Las relaciones entre la villa de Marchena y la familia ducal se extendieron en el tiempo durante seis siglos (s.XIV-s.XIX), destacando sobre otros enclaves de la campiña sevillana.

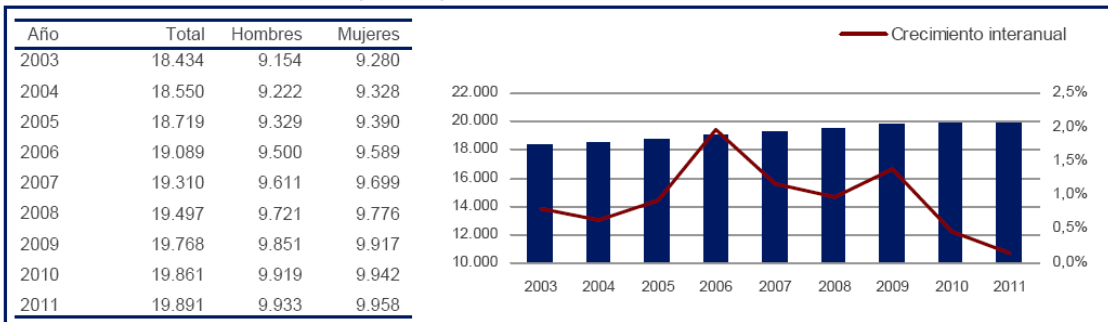
SITUACIÓN GEOGRÁFICA

La villa de Marchena está situada en el valle del Guadalquivir, en la Campiña Sevillana, a unos 60 km. al este de la capital. La base de su economía es la agricultura, pues se trata de una zona llana con tierras fértiles regadas por el río Corbones y dedicadas tradicionalmente al cultivo del olivar (aceite de oliva y aceituna de mesa) y del cereal (trigo y cebada). Tiene una extensión superficial de 378,30 km², a una altitud de 130 metros sobre el nivel del mar

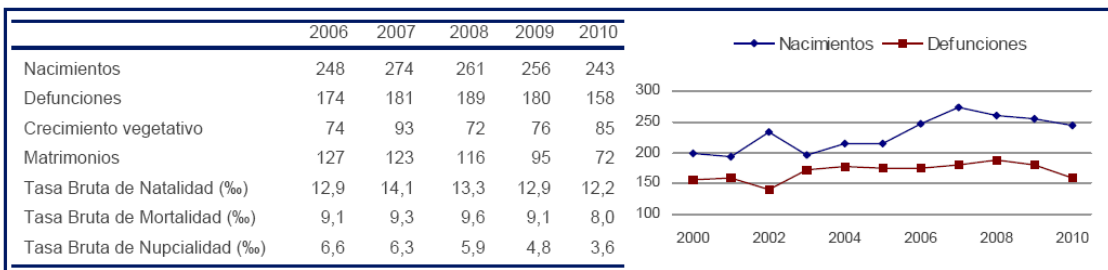


POBLACIÓN

EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN (Padrón)



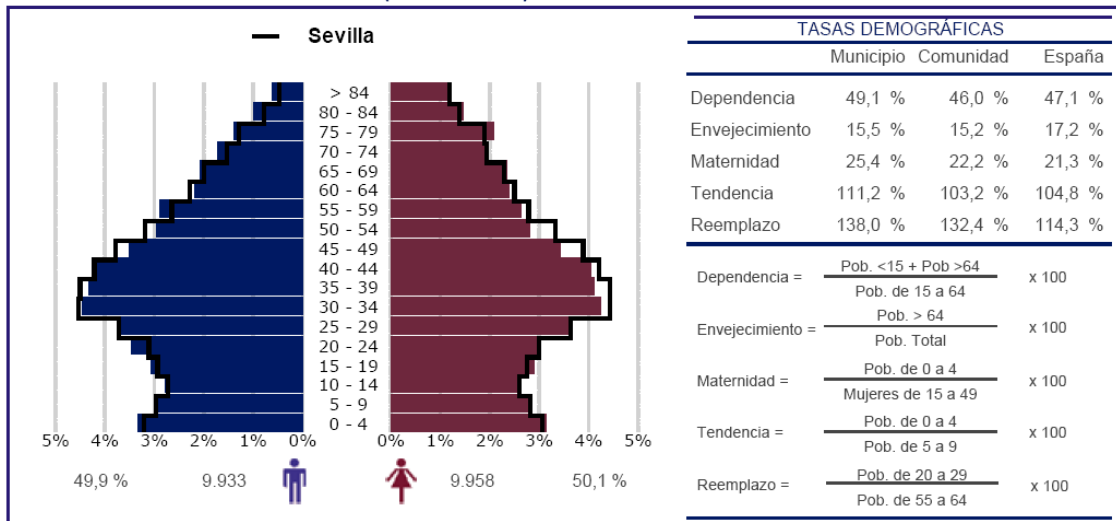
MOVIMIENTO NATURAL DE LA POBLACIÓN



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

En la última década la población de Marchena ha ido aumentando hasta alcanzar los 19.984 habitantes en el año 2012, con un 50.04% de mujeres y un 49.96% de hombres.

ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN (Padrón 2011)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

El descenso de la mortalidad con el aumento de la supervivencia de las generaciones mayores, la baja fecundidad de las generaciones más jóvenes y la disminución de los nacimientos, está modificando la pirámide de población andaluza, cuya estructura muestra un progresivo envejecimiento durante los últimos años.

La estructura de la pirámide de población de Marchena es similar a la de la provincia de Sevilla, con base estrecha que se ensancha en el centro y disminuye suavemente hacia el vértice. Corresponde a poblaciones donde la fecundidad es baja y se encuentran en proceso de envejecimiento. La distribución entre sexos es similar salvo en las edades avanzadas, en las que existe mayor población femenina que masculina. El índice de dependencia y envejecimiento es ligeramente superior al de Andalucía.

La esperanza de vida de la población andaluza en el año 2009 es de 77,5 años en hombres y de 83,7 años en mujeres, con un valor inferior a la del conjunto de España (78,7 hombres; 84,9 mujeres).

POBLACIÓN EXTRANJERA POR NACIONALIDAD 2011

	Total		Hombres		Mujeres	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Total	815	4,1	422	4,2	393	3,9
Europa	460	56,4	237	56,2	223	56,7
Unión Europea	446	54,7	230	54,5	216	55,0
Reino Unido	72	8,8	37	8,8	35	8,9
Alemania	1	0,1	1	0,2	0	0,0
Francia	13	1,6	8	1,9	5	1,3
Rumanía	311	38,2	157	37,2	154	39,2
Resto Europa	14	1,7	7	1,7	7	1,8
África	210	25,8	121	28,7	89	22,6
Maruecos	159	19,5	104	24,6	55	14,0
América	114	14,0	51	12,1	63	16,0
Colombia	43	5,3	23	5,5	20	5,1
Ecuador	7	0,9	2	0,5	5	1,3
Argentina	20	2,5	9	2,1	11	2,8
Asia	31	3,8	13	3,1	18	4,6
Resto países	0	0,0	0	0,0	0	0,0

En el año 2011 emigraron de Marchena 290 personas y llegaron a éste municipio 265 personas de otros países, siendo Rumanía la principal procedencia de los extranjeros residentes.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

NIVEL DE ESTUDIOS

El nivel de instrucción, con datos disponibles de 2001, se corresponde con el número de personas de más de 16 años distribuidas por los diferentes niveles formativos. El 73% de la población total tiene estudios de primer grado o superiores.

NIVEL DE ESTUDIOS POR SEXO-2001

Nivel de estudios	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
Analfabetos	294	607	901
Sin estudios	1.393	1.572	2.965
Primer Grado	2.274	2.026	4.300
Segundo Grado - EGB, Bachillerato Elemental	1.421	1.254	2.675
Segundo Grado - Bachillerato Superior	488	428	916
Segundo Grado - FP Grado Medio	282	385	667
Segundo Grado - FP Grado Superior	336	388	724
Tercer Grado - Diplomatura	313	406	719
Tercer Grado - Licenciatura	207	190	397
Tercer Grado - Doctorado	12	4	16
TOTAL	7.020	7.260	14.280

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE)

MERCADO DE TRABAJO

En el contexto de crisis económica en el que nos encontramos y según datos del Instituto de Estadística de Andalucía, para el año 2012 se registraron 2582 personas en paro y un 97% de los contratos registrados fueron temporales.

PARO Y CONTRATOS REGISTRADOS-2012

	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
Paro registrado	1225	1357	2582
Contratos registrados	6691	3645	10336
Contratos registrados indefinidos			297
Contratos registrados temporales			9982
Trabajadores eventuales agrarios subsidiados	197	355	

Fuente: Instituto de Estadística de Andalucía.

VIVIENDA

La vivienda registrada en el municipio corresponde fundamentalmente a viviendas principales. De ellas, un 57% se encuentran en régimen de propiedad por compra, totalmente pagada.

VIVIENDAS

Viviendas familiares	7.317
Principales	5.545
Convencionales	5.545
Alojamientos	0
No principales	1.772
Secundarias	472
Vacías	1.282
Otro tipo	18
Viviendas colectivas	7

HOGARES SEGÚN RÉGIMEN DE TENENCIA DE LA VIVIENDA 2001

Total	5.545
En propiedad por compra, totalmente pagada	3.162
En propiedad por compra, con pagos pendientes (hipotecas...)	1.059
En propiedad por herencia o donación	310
En alquiler	204
Cedida gratis o a bajo precio por otro hogar, la empresa...	405
Otra forma	405

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

INDICE DE PRIVACIÓN MATERIAL

La privación material de un área geográfica se define como la falta relativa de bienes, recursos o servicios que están ampliamente extendidos en la sociedad a la que pertenece. El atlas Interactivo Sociodemográfico de España asigna una puntuación a cada municipio, donde el valor 0 representa un nivel medio de privación. El valor calculado para Marchena es de 1.47, ocupando el 11º puesto de entre los 11 municipios que se encuentran en un radio de 30 kms.

“Existe un amplio consenso en torno al hecho de que la salud de las poblaciones y de sus individuos tiene un claro y profundo origen social. Los grupos y las personas que ocupan las posiciones sociales más altas viven más tiempo y además gozan de mejor salud. En la medida que se sigan manteniendo graves desigualdades en las condiciones de vida de los individuos que componen una comunidad, se seguirán manteniendo importantes desigualdades sociales en la salud. Llegar a evitarlas pasa por reconocer, y actuar en consonancia respecto del enorme peso que los factores políticos, económicos y sociales tienen en la salud de las personas”. Primer informe sobre desigualdades sociales y salud en Andalucía, 2009.



2. INDICADORES DE SALUD

«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.» OMS, 1948. A pesar de ésta definición, la salud de las poblaciones seguimos midiéndolas, principalmente, por la carga de enfermedad (morbilidad) y por la mortalidad. Los estilos de vida son, desde hace mucho tiempo, reconocidos como factores determinantes de la salud, de ahí el interés por conocer los hábitos de vida de la población.

ESTILOS DE VIDA

Se dispone de escasa información a nivel municipal, por lo que los datos que se exponen a continuación son los correspondientes a Andalucía extraídos de la Encuesta andaluza de Salud de los años 2007 y 2011.

- **Alimentación saludable**

En 2007, el consumo diario de frutas y verduras en Andalucía fue mayor entre las mujeres (55,6% frutas y 27,5% verduras) que en los hombres (47,7% y 20,9% respectivamente). El consumo aumenta con la edad, duplicándose entre los mayores de 75 años con respecto al grupo de 16 a 24 años. En 2011 aumentó el consumo de estos alimentos respecto a 2007. El 81,3% y 70% de la población andaluza manifestó consumir al menos 3 veces a la semana fruta fresca y verduras, respectivamente.

En el año 2007 el porcentaje de menores que recibieron lactancia materna exclusiva durante los tres primeros meses de vida alcanzó el 45,3% (43,9% de los niños y 46,7% de las niñas).

- **Actividad física**

La práctica de ejercicio físico regular es más frecuente entre los jóvenes, especialmente los hombres, disminuyendo con la edad y desapareciendo las diferencias de género a partir del grupo de edad de 45 a 54 años. En 2011, el sedentarismo durante el tiempo libre había descendido al 28,5% de la población, siendo superior en mujeres (30,9%) que en hombres (26%).

- **Consumo de tabaco**

En el año 2011 la edad media de inicio del consumo de tabaco se situó en 16,6 años en los hombres y 17,8 años en las mujeres. El inicio del tabaquismo en edades más jóvenes es menos frecuente en población con un mayor nivel de renta o estudios.

Según los datos disponibles de la última Encuesta Nacional de Salud de 2006, Andalucía se encontraba entre las Comunidades Autónomas con una prevalencia de tabaquismo más elevada. En 2011, el 27,7% de la población andaluza manifestó consumir tabaco a diario (33,1% hombres y 22,5% mujeres). Este porcentaje se ha reducido desde 2007 (31,1%) a expensas del abandono del tabaco por hombres. Los valores más elevados en la prevalencia de tabaquismo alcanzan su pico máximo entre los 25 y 54 años. Un porcentaje elevado de las personas, especialmente hombres, con diagnóstico de Diabetes o Hipertensión Arterial son fumadoras.

Aproximadamente un tercio de los andaluces fumadores que acudieron al médico en 2007 recibieron consejo para dejar de fumar. El mayor porcentaje de personas fumadoras a las que les gustaría dejar de fumar se



encuentra distribuida entre los grupos de mayor y menor renta, pero el mayor porcentaje de personas que dejaron de fumar en los últimos 4 años, se concentra en grupos sociales con mayor renta y con estudios universitarios.

En Marchena, con datos disponibles de finales de 2012 a través de los registros de las historias de salud, constan 777 personas fumadoras de las que 12 consiguieron dejar el hábito de fumar a lo largo del año.

• Consumo de alcohol

Desde el año 2003 existe una tendencia creciente en el consumo de alcohol al menos una vez al mes en la población andaluza, siendo del 45,9% en 2011. En hombres aumentó del 56,5% al 61,7% y en mujeres del 21,8% al 31,0%. Los mayores porcentajes, por encima del 50%, se alcanzan entre los 16 y 54 años. Este consumo aumenta con el nivel de renta y el nivel de estudios.

Desde 1999 existía un descenso en la edad de inicio al consumo de alcohol hasta 2007, tendencia que se rompe en 2011. Un 1,5% de la población andaluza (2,4% hombres y 0,5% mujeres), especialmente jóvenes entre 16 a 24 años y entre 55 y 64 años tenía un consumo excesivo de alcohol en 2007.

En 2011 la edad media de inicio al consumo de alcohol fue 17,9 años (17,4 varones y 18,8 mujeres).

• Sobrepeso y obesidad

En 2011 el 58,2% de la población andaluza presentaba sobrepeso u obesidad (62,9% hombres y 53,7% mujeres). La prevalencia de obesidad en hombres y mujeres andaluces es de 17,9% y 20,4% respectivamente y presenta un marcado gradiente social. En los últimos años ha aumentado el sobrepeso y obesidad en la población andaluza, especialmente en edades adultas, siendo entre los 45 y 75 o más años, las edades con mayor prevalencia.

• Seguridad vial

En 2007, el porcentaje de hombres que siempre usaron casco cuando viajaron en moto o motocicleta fue del 69% en ciudad y 90,5% en carretera, mientras que en mujeres fue del 67,3% y 85,3%, respectivamente. En cuanto al uso del cinturón de seguridad, las mujeres dicen usar siempre el cinturón en ciudad un 8% más que los hombres. En carretera, tanto mujeres como hombres usan el cinturón siempre en más del 97% de los casos estudiados (97,1% en hombres y 97,9% en mujeres).

El uso de asientos especiales para menores fue un 6% más frecuente en las mujeres que en los hombres. En líneas generales, el uso de medidas de seguridad vial se adopta con mayor frecuencia entre las personas con mayores niveles de estudios y clases sociales más altas.

MORBILIDAD

La morbilidad hace referencia a la cantidad de personas que son consideradas enfermas en un espacio y tiempo determinados.

- **Indicadores de procesos asistenciales**

Los procesos asistenciales son unos protocolos de actuación a seguir ante las patologías más frecuentes. Además, implican un sistema de registro que permite conocer el número de usuarios, de entre los que acuden al Centro de Salud, que presentan dicha enfermedad. Se exponen a continuación el número de personas que se encuentran registradas para cada programa a final de 2012.

Procesos asistenciales	Nº usuarios
Diabetes Hombres	801
Diabetes Mujeres	926
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	277
Asma en adultos	610
Demencias	43
Insuficiencia cardiaca	113
Ansiedad, depresiones y somatizaciones	29
Atención al paciente pluripatológico	282
Cuidados paliativos	72

Fuente: Diábaco.

El proceso asistencial diabetes es, con diferencia, el que tiene mayor número de usuarios.

Indicadores de calidad preventivos

Los Indicadores de Calidad Preventivos (PQI) hacen referencia a los ingresos hospitalarios por condiciones sensibles a los cuidados ambulatorios que, según sugiere la evidencia, podrían haberse evitado mediante cuidados ambulatorios de calidad, o cuya gravedad podría haber sido menor si los pacientes hubiesen sido atendidos antes o tratados de forma más apropiada. Se estudiaron para Marchena un total de 13 indicadores para los años 2007-2010, que se citan a continuación:

Indicador de Calidad Preventivo	Nº ingresos
PQI 1: complicaciones agudas DM	6
PQI 2: apendicitis perforadas	3
PQI 3: complicaciones DM crónicas	34
PQI 5: EPOC	21
PQI 7: HTA	7
PQI 8: Insuficiencia Cardiaca Crónica	94
PQI 10: deshidratación	2
PQI 11: neumonía bacteriana	66
PQI 12: infección tracto urinario	46
PQI 13: angina sin procedimiento	98
PQI 14: diabetes descontrolada	3
PQI 15: asma adulto	5
PQI 16: amputaciones MI DM	28

Fuente: Informe de Indicadores Preventivos del AGS Osuna.

En general, los datos de Marchena son buenos tomando como referencia los valores de los municipios que pertenecen al Área de Gestión Sanitaria de Osuna. Tan sólo se detectó un discreto aumento (considerado así cuando el riesgo era superior a 1.5 veces el valor de referencia), en los indicadores: PQI 3 (complicaciones de la DM crónicas) y PQI 16 (amputaciones MI en DM) en el grupo de hombres de 65 y más años; PQI 12 (infección del tracto urinario) en mujeres de 65 y más años y PQI 13 (angina sin procedimiento) en mujeres de 45 a 64 años.

- **Alertas y brotes**

El sistema de vigilancia epidemiológica de Andalucía ha detectado, durante el periodo 2003-2013, 6 brotes en el municipio con más de dos afectados. A destacar 2 toxiinfecciones alimentarias de ámbito público, un brote de parotiditis con 4 afectados y una intoxicación por ingesta accidental de raticida en 6 niños, con evolución favorable en todos los casos. Las enfermedades de declaración obligatoria tienen una tendencia estable y baja.

- **Programas de prevención**

El programa de detección precoz de cáncer de mama tiene, para el periodo 2011-2012, una tasa de participación del 77% de las mujeres de entre los 50 a los 69 años.

La cobertura de vacunación completa para los niños del municipio con datos de 2011 corresponde al 90.19% de la población diana.

- **Recursos sanitarios**

El municipio cuenta con un Centro de salud con atención continuada durante las 24 horas, en el que trabajan 13 médicos de Atención Primaria, 3 Pediatras, 12 DUE, 3 Auxiliares de Enfermería, 1 trabajador social, 4 Auxiliares Administrativos y 5 Celadores Conductores. El Hospital de referencia de la población es el Hospital Comarcal de la Merced de Osuna.

MORTALIDAD

En el año 2009 se llevó a cabo un estudio de la mortalidad a nivel municipal. Se analizaron las 18 causas más frecuentes de mortalidad durante el periodo 1981-2008 incluidas en el Atlas de Mortalidad Interactivo de Andalucía (AIMA), y se describieron aquellas en la que la mortalidad prematura era mayor para la población estudiada que para el resto de Andalucía.

La mortalidad prematura se mide en años potencialmente de vida perdidos (APVP) y representa los años de vida que se pierden a causa de una muerte prematura antes de una edad arbitrariamente establecida en los 70 años, realizando unos ajustes estadísticos que permitan comparar poblaciones de diferente composición de edad.

Las causas en las que la mortalidad prematura de los municipios del AGS Osuna era mayor que en Andalucía fueron:

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD PREMATURA DEL AGS OSUNA EN COMPARACIÓN CON ANDALUCÍA. 2002-2006

Causa de mortalidad		Causa de mortalidad	
Hombres	Accidentes de tráfico	Mujeres	Accidentes de tráfico
	Suicidios y lesiones autoinfligidas		Cáncer de hígado y vías biliares
	Cáncer de pulmón		Infección respiratoria aguda, neumonía y gripe
	Cáncer de colon		Aterosclerosis

Fuente: Informe de mortalidad prematura 1981-2008 del AGS Osuna.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD PREMATURA. MARCHENA. 2002-2006

Causa de mortalidad		APVP	Causa de mortalidad		APVP
Hombres	Accidentes de tráfico	1355,4	Mujeres	Enf. Cerebrovascular	186,99
	Cirrosis y otras enf. Crónicas del hígado	424,86		Accidentes de tráfico	159,22
	Suicidio y lesiones autoinfligidas	389,51		Cáncer de mama	157,85
	Ca. de pulmón	315,84		Suicidio y lesiones autoinfligidas	73,07

Fuente: Informe de mortalidad prematura 1981-2008 del AGS Osuna

Hay que destacar que la primera causa de años potenciales de vida perdidos para los municipios que conforman el Área de Gestión Sanitaria de Osuna son los accidentes de tráfico, tanto en hombres como en mujeres.

En Marchena, los accidentes de tráfico y los suicidios aparecen como causas de mortalidad prematura en ambos sexos.

De las 4 principales causas señaladas en el municipio, en ninguna se detectó un exceso de mortalidad con una tendencia creciente durante periodo de tiempo estudiado.

SUGERENCIAS

- **ESTILOS DE VIDA:** Existen numerosas evidencias científicas que relacionan la morbimortalidad por enfermedad cardiovascular y cáncer con características de estilos de vida que son comunes (consumo de tabaco, consumo de alcohol, obesidad y sedentarismo). Realizar un análisis del entorno, que valore las condiciones del municipio para facilitar estilos de vida saludables (espacios de ocio y actividad física, cumplimiento de la normativa sobre tabaquismo...) e intensificar las acciones dirigidas a fomentarlos se consideran actividades fundamentales para intentar mejorar la salud de la población.
- **ACCIDENTES DE TRÁFICO:** Promover la realización de un estudio detallado de las condiciones del municipio, con objeto de orientar las estrategias para la prevención de accidentes de tráfico.

Según la memoria del año 2012 del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses más del 47% de los conductores y del 51% de los peatones fallecidos en accidente de tráfico el pasado año habían consumido alcohol, drogas o psicofármacos. Fomentar la información, principalmente a jóvenes, sobre los riesgos del alcohol y tóxicos al volante, así como del uso de dispositivos de seguridad en los vehículos se consideran actividades preventivas para reforzar la seguridad vial.

- **SUICIDIOS:** Estudios realizados tras la crisis económica de 2008 en países europeos y americanos han descrito un aumento de las tasas de suicidio, especialmente en hombres y en países con altas tasas de pérdida de puestos de empleo (Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries, BMJ 2013;347:f5239). En el año 2012 el Ministerio de Sanidad publicó una Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida donde se analizan diferentes estrategias realizadas en el ámbito sociosanitario, que puede servir de punto de partida para el abordaje de este problema.

“Los avances médicos pueden eventualmente prolongar la vida humana, pero las mejoras de las condiciones sociales pueden conseguir este resultado con mayores garantías de éxito y más rápidamente”. (Rudolf Virchow, 1821-1902).