



# Informe de Salud del municipio de Almonte (Perfil de salud)

---

Introducción  
¿Qué es un perfil de salud?  
¿Cómo se hace?  
Resultados

-----  
*Datos epidemiológicos*  
*Necesidades sentidas*  
-----

Conclusiones

SALUD LOCAL

Almonte



## **I**ntroucción

Almonte comenzó a construir su Plan Local de Salud hace ya varios meses. Desde entonces, el camino ha estado jalonado de avances, paradas, retrocesos y nuevos avances, es lo natural de los procesos participativos, sus recorridos son sinuosos y están llenos de altibajos.

Lo verdaderamente importante es el compromiso de sus ciudadanos con su salud. Si éste es firme, se podrá tardar más o menos, pero los pasos que se den, serán seguros, servirán para avanzar de forma conjunta buscando una ciudad más saludable y por tanto con mayor calidad de vida para sus vecinos.

Desde el Ayuntamiento de Almonte, nos disponemos a recorrer ese camino y a construir con la ciudadanía un proceso orientado a la mejora del nivel de salud de los almonteñ@s. Un recorrido que pretendemos se plasme en un Plan Local de Salud fruto del trabajo colectivo de todos los actores presentes en nuestra localidad.

Un paso importante de este proceso es el análisis de la realidad que pretendemos transformar. Con la participación de los ciudadanos, de las distintas áreas municipales, de los servicios sanitarios y de todas las instituciones locales con competencias en la materia, se ha elaborado este documento que ahora os presentamos: el Perfil de Salud Local de Almonte.

Documento que tiene unos antecedentes, un espejo donde mirarse y un punto de partida como son los trabajos denominados Diagnóstico de Salud y Diagnóstico ambiental desarrollados en los tres últimos lustros por la administración local.

## **¿**Qué es un perfil de salud local?

Es el producto de un proceso de análisis -intersectorial, interdisciplinar y participativo- sobre la situación actual de un municipio en materia de salud. Podemos definirlo como un “informe de salud pública” que identifica por escrito los problemas y necesidades de salud, y que termina ofreciendo conclusiones y recomendaciones sobre las posibles actuaciones a emprender en el ámbito territorial que ha sido objeto de estudio.

También se conoce como “diagnóstico de salud comunitario” o “análisis de situación de salud”. No obstante, se constata que, en el ámbito internacional, se está imponiendo la denominación de “perfil de salud local”.

El perfil de salud reúne información clave sobre el estado de Salud-Enfermedad y sus determinantes, y en él se analiza e interpreta la información; se realiza una descripción cuantitativa y cualitativa de la salud de la población y de los factores que influyen en ella, se acompaña de gráficos, tablas, mapas, etc., que reflejan cifras, tasas, índices u otros tipos de medidas así como de otros tipos de información sobre la comunidad.

En este sentido constituye una inestimable herramienta, que proporciona un cálculo dinámico y con base científica sobre la salud del municipio; es útil para fomentar el interés público y el compromiso político; y es la base para determinar objetivos para el futuro.

El perfil que aquí presentamos viene a ser una edición de bolsillo, un documento de trabajo, por lo que toda la información que lo acompaña la hemos recopilado en informes que hemos tratado como anexos para su consulta pero que, para lo que nos interesa ó se pretende, hemos decidido no incluirlos en el documento base.

Como proceso, el “perfil de salud” es el primer peldaño del proceso de planificación local en salud; como producto documental forma parte con el “plan de acción” del documento completo del “Plan Local de Salud”.

El perfil de salud local constituye la base y el soporte para elaborar a continuación el “plan de acción local en salud” (PALS), así como para identificar los distintos “actores/agentes” que podrán establecer las alianzas y sinergias locales (Red Local de Acción en Salud); igualmente es la base para establecer prioridades en salud y una parte esencial de la toma de decisiones locales.

El Perfil de Salud permite al Gobierno Local, a los servicios y a la ciudadanía a conocer la situación y, en consecuencia a poder elaborar la agenda local en salud, así como a tomar las decisiones dirigidas a la acción.

No es suficiente producir informes brillantes, lo fundamental es utilizar la construcción del perfil y la información de la que disponemos para hacer campaña a favor de la salud de la comunidad, involucrando a la gente en sus propias iniciativas locales para mejorarla.

## ¿Cómo se hace?

Es amplia la literatura que existe al respecto y muchos los modelos teóricos que ésta nos oferta para elaborar un documento de estas características. En base a ellos, decidimos que nuestro perfil debía apoyarse básicamente en dos fuentes.

Una de carácter técnico, que es la que nos aporta los datos epidemiológicos que protocolariamente registra la autoridad sanitaria y que nos proporciona las principales causas de muerte y enfermedad. A los que habría que añadir, también, la información extraída de los documentos, estudios e informes relativos a los procesos que de diversa índole se han desarrollado anteriormente en el municipio: (Plan Comunitario, Agenda Local 21, Plan General de Ordenación Urbana, etc.)

Y otra, de base social, que nos permitiera conocer las necesidades sentidas de la población, los problemas que la ciudadanía detecta y que considera tiene unos efectos negativos sobre la salud colectiva e individual.

Por lo tanto nuestro perfil resulta de cruzar los datos técnicos con los extraídos de las encuestas de población y los grupos de trabajo.

## Resultados

### Datos epidemiológicos

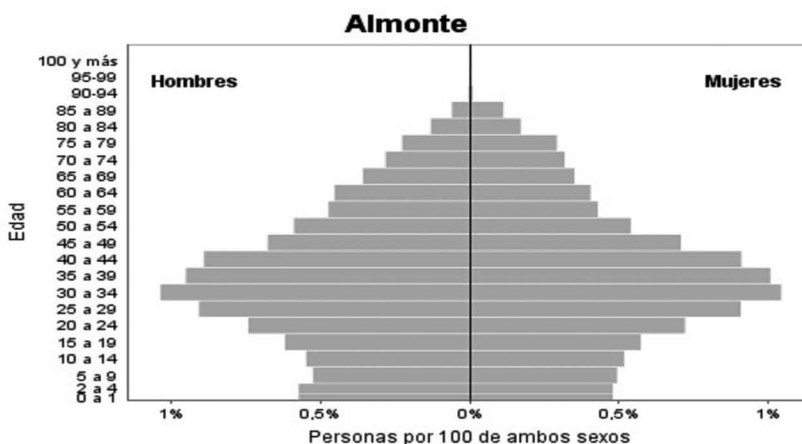
La información que se expone en este apartado pretende mostrar una aproximación del estado de salud de Almonte, una “fotografía” inicial de su situación basándose en determinados indicadores o medidas. Información cuantitativa y relevante que será completada con los recursos identificados por los propios almonteñ@s que definirán las acciones en salud.

Los indicadores o medidas utilizadas pretenden recoger resultados en términos de mortalidad y morbilidad. Todos han sido extraídos de sistema de registro y de estudios elaborados por distintas instituciones de nuestro ámbito como las áreas hospitalarias, distrito sanitario y delegación de salud.

Por lo tanto, nos informan de las principales causas de mortalidad y enfermedad que se dan en nuestro entorno.

A continuación, presentamos las principales conclusiones del estudio epidemiológico realizado:

- ✚ La población de Almonte tiene recambio poblacional, no presenta una población sobre envejecida y tiene una tasa de natalidad algo inferior a la andaluza.



Fuente: Padrón. Cuatrienio 2008-2011. Instituto Nacional de Estadística (INE)

- ✚ Presenta una población inmigrante relevante durante los últimos años principalmente de Rumanía.
- ✚ La tasa de paro es inferior a la provincial siendo mayor en los hombres (13,28) que en las mujeres (10,19) durante 2012.
- ✚ A nivel provincial tenemos niños y niñas más obesos que la media de todos los niños y niñas andaluces aunque no tenemos datos de Almonte.
- ✚ Las principales causas de muerte según el estudio sobre causas de muerte evitables se expresan en la siguiente tabla.

Hombres	Causa	Mujeres	Causa
<b>1<sup>a</sup></b>	<b>Cáncer de pulmón</b>	<b>1<sup>a</sup></b>	<b>Enfermedad Isquémica Cardíaca</b>
<b>2<sup>a</sup></b>	<b>Enfermedad cerebrovascular</b>	<b>2<sup>a</sup></b>	<b>Diabetes</b>
<b>Otra</b>	<b>Accidentes de Tráfico</b>	<b>Otra</b>	<b>Accidentes de Tráfico</b>

El cáncer de pulmón afecta principalmente a los hombres prácticamente en todos los grupos etarios, mientras que la enfermedad isquémica cardíaca representa una causa importante de mortalidad entre las mujeres, contribuyendo de manera notable a aumentar la tasa en Andalucía.

La enfermedad Vascul ar Cerebral afecta principalmente a hombres desde los 65 a los 84 años, representa la segunda causa de muerte con una tasa superior a la española.

En cuanto a la Diabetes, presenta la misma tendencia que en el resto de España, sin embargo presenta altas tasas entre las mujeres mayores de 75 años. Dado que las medidas para reducir tanto la mortalidad como las secuelas incapacitantes de la enfermedad son fáciles y de efectividad demostrada, se ha decidido incluir entre las causas para su abordaje.

Aunque los accidentes de tráfico no ocupan los primeros puestos en nuestra lista, se ha incluido también por el impacto que tiene en relación a los años de vida potencialmente perdidos. Se considera pues una causa de muerte innecesariamente prematura y evitables.

En lo que respecta a morbilidad, es decir, a las enfermedades que afectan a la gente en nuestro entorno, el número de ellas es considerable, y coinciden con las que han descrito las encuestas que veremos a continuación. Por dar algún dato concreto vamos a detallar el grupo de pacientes con la patología o el cuidado descrito registrados para Almonte y el Distrito Condado Campiña.

Morbilidad	Grupo de pacientes	Almonte	Distrito
	<b>Personas con diabetes</b>	6,5%	6,8%
	<b>Personas en cuidados paliativos</b>	0,16%	0,29%
	<b>Personas con insuficiencia cardíaca &gt;65años</b>	9,50%	7,9%

Una de las conclusiones que sacamos de los datos epidemiológicos es que todos los problemas detectados son susceptibles de ser abordados, al menos parcialmente, desde un cambio en los hábitos de vida.


En mucho de ellos se pueden realizar acciones de prevención a través de las herramientas de las que ya disponemos.

# Necesidades sentidas

Durante los meses de noviembre y diciembre de 2012 se llevaron a cabo dos procesos para averiguar cuales eran las necesidades sentidas de la población de Almonte, El Rocío y Matalascañas: encuestas y grupo de discusión.

## Encuestas

Uno de las acciones consistió en una encuesta, basada en un cuestionario facilitado por La Delegación de Salud, donde se preguntaba por los problemas de salud que percibía la ciudadanía y otros de interés: responsabilidad en el abordaje, población a la que afecta, valoración general del pueblo en términos de lo que más ó menos gustaba, etc.



ACCIÓN LOCAL EN SALUD ALMONTE  
Cuestionario de identificación de problemas de salud

**FECHA: NOVIEMBRE DE 2012**

Este cuestionario tiene como objeto identificar los principales problemas de salud de la localidad. Se pretende generar un listado lo más amplio posible de problemas de salud. En una fase posterior se procederá a la priorización de los problemas de salud, de las metas generales a establecer y de las estrategias de abordaje. En el cuestionario encontrará preguntas "cerradas", en las que debe proporcionar una respuesta elegida/s; y abiertas, en las que debe proporcionar una respuesta libre (texto).

**DATOS DEMOGRÁFICOS**

A1. Sexo:   
 Hombre    
 Mujer

A2. Edad:


A3. Señale al grupo de información al que pertenece:   
 Política municipal    
 Técnico Municipal    
 Técnico de los servicios sanitarios    
 Ciudadanía    
 Otras instituciones ¿Cuáles?

A4. Situación actual:   
 Trabajo Cuenta propia    
 Empleado/autónomo    
 Ama de casa    
 Desempleado    
 Estudiante    
 Otros ¿Cuáles?

**CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD**

B1. ¿Cuál problema de salud pública sería el más importante de su localidad brevemente.

B2. ¿A quién corresponde el abordaje del problema identificado?   
 Municipal    
 Dip. Provincial    
 Junta Andaluza    
 Gobierno Central    
 Otros ¿Cuáles?



ACCIÓN LOCAL EN SALUD ALMONTE  
Cuestionario de identificación de problemas de salud

B3. ¿A qué población afecta principalmente el problema?

B3a. Sexo   
 Hombres    
 Mujeres    
 Ambos

B3b. Señale el grupo o grupos de edad más afectados por el problema   
 De 0 a 5    
 De 6 a 14    
 De 15 a 18    
 De 19 a 34    
 De 35 a 49    
 De 50 a 64    
 De 65 o más años    
 Toda la población

B3c. Indique usted de entre las siguientes causas, aquellos grupos en situación de riesgo ó vulnerabilidad en los que se agrava el problema de salud que expuso anteriormente.   
 Dependencia    
 Discapacidad    
 Exclusión social    
 Género    
 Infancia    
 Inmigración    
 Mayores    
 Orientación sexual    
 Enfermedades Crónicas ¿Cuáles?    
 Otros/as ¿Cuáles?

B4. ¿Sabe Ud. si existe en el municipio acciones, programas o proyectos que estén abordando los problemas que ha detectado? ¿Podría identificarlos?

B5. ¿Qué es lo que más le gusta del pueblo que pueda ser bueno para la salud?

B6. ¿Y lo que menos le gusta del pueblo que pueda ser perjudicial?

Muchas gracias por su colaboración



Almonte acaparó el mayor número de encuestas recibidas, seguido de El Rocío y Matalascañas, respondiendo a la distribución proporcional de la población en los tres núcleos. También se tomaron muestras de la U.G.C. de Almonte (centro de salud) y entre el personal del ayuntamiento (Tabla 1).

PROCEDENCIA ENCUESTAS	resultado
AYUNTAMIENTO	0,63%
U.G.C. ALMONTE	4,75%
MATALASCAÑAS	15,82%
EL ROCIO	16,14%
ALMONTE	62,66%

Tabla 1

La media de edad de los encuestados estuvo en torno a los 37 años, siendo la edad del menor encuestado 15 años, y 80 años la del mayor (Tabla 2). Con respecto a la participación por género, hay una mayor presencia de mujeres; representan aproximadamente los 2/3 de la muestra (tabla 3).

EDAD	AÑOS
PROMEDIO	37,42
MIN.	15
MAX.	80

Tabla 2

SEXO	RESULTADO
HOMBRES	38,29%
MUJERES	61,71%

Tabla 3

Aunque están representadas todas las instituciones y sectores, es el ciudadano de “a pie” quién ostenta más del 80 % de la representación (tabla 3), lo cual dimensiona el valor del proceso de encuestación, pues es el sentir de la ciudadanía el que se pretendía captar con el proceso. Y dentro de esa ciudadanía pudimos comprobar que había gente que respondía a muchos perfiles, desde trabajadores por cuenta ajena, empresarios, desempleados, amas de casa, estudiantes, etc. (tabla 4).

SECTORES	RESULTADO
POLITICA. MUNICIPAL	0,95%
TEC. MUNICIPAL	9,18%
TEC. SERV. SANIT	7,59%
CIUDADANIA	81,01%
OTRAS INSTITUC.	1,27%

Tabla 3

SITUACIÓN	RESULTADO
TRAB.CUENTA AJEN	44,30%
EMPRES/AUTON	11,71%
AMA DE CASA	6,96%
DESEMPLEADO	19,30%
ESTUDIANTES	10,44%
OTROS	6,33%
VARIOS	0,95%

Tabla 4

Cuando se extrajo la relación de problemas que se habían detectados, nos encontramos con que se habían identificado más de un centenar de problemas distintos, aunque muchos de ellos guardaban entre sí una cierta relación. Trabajar con una lista tan extensa era poco práctico, por lo que decidimos agrupar los problemas por categorías y resultó la tabla que se muestra a continuación (tabla 5), donde la columna de la izquierda recoge las distintas categorías y la de la derecha, los porcentajes, representan la cantidad ó proporción de personas que han identificado problemas relacionados con esas categorías.

<b>CATEGORÍAS</b>	<b>RESULTADOS</b>
Adicciones	5,38%
Atención colectivos vulnerables	1,34%
Crisis económica	6,18%
Discapacidad	1,61%
<b><i>Enfermedades individuales</i></b>	<b>18,28%</b>
Hábitos de vida	0,81%
Infraestructuras públicas	6,99%
Integración Inmigrantes	1,08%
Problemática juvenil	2,96%
Problemática social diversa	2,42%
<b><i>Salud ambiental</i></b>	<b>18,55%</b>
Salud bucodental	1,34%
Salud mental	9,68%
<b><i>Servicios sanitarios</i></b>	<b>16,94%</b>
Sexualidad	1,88%
Sin problemas	1,34%
Situación económica local	2,15%
Violencia de género	1,08%

Tabla 5

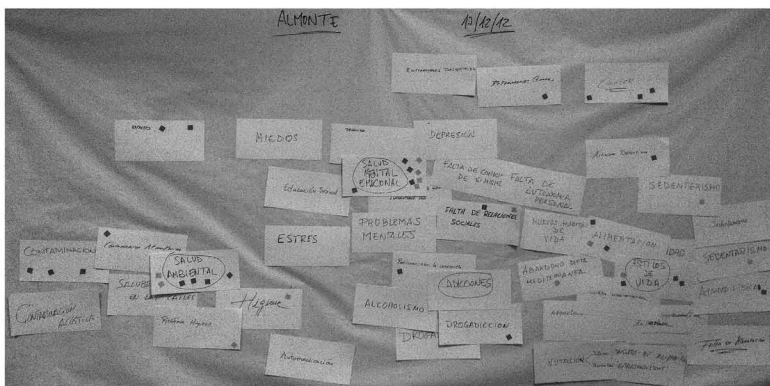
## Grupo de discusión

El otro proceso que consideramos debía acompañar a las encuestas a la hora de determinar las necesidades sentidas de la población, se basó en sesiones de trabajo con grupos focales de discusión, con el fin de averiguar los problemas relacionados con la salud que perciben los ciudadanos. En este caso, el grupo motor, seleccionó a unas 20 personas con un perfil laboral, social y formativo que pudiese complementar y completar el proceso de encuestación. En este sentido, había gente del mundo empresarial, del tejido asociativo, de las distintas administraciones, jóvenes, padres y madres, inmigrantes, jubilados; en definitiva, un nutrido grupo en el que estaban representado prácticamente todos los sectores sociales.

Con este grupo pusimos en práctica la primera dinámica de priorización de problemas; dinámica que se pretende reproducir, esta vez a mayor escala, en las II Jornadas de Salud.



Algunos asistentes



Dinámica de priorización de problemas

Al igual que pasó con las encuestas los participantes llegaron a identificar bastantes problemas, pero en este caso, al tratarse de un número bastante más reducido, tanto de participantes como de problemas, decidimos trabajar con todos. No obstante, también lo agrupamos en categoría (tabla 6), sobre todo a la hora de puntuarlos para averiguar cuales eran los que más preocupaban y, por lo tanto, debían abordarse con mayor prioridad (tabla 7).

### **Categorías e ítems:**

1. Estilos de vida:
  - a. Sedentarismo.
  - b. Poco conocimiento sobre una correcta alimentación.
2. Adicciones:
  - a. Alcohol.
  - b. Drogas.
  - c. *Automedicación*.
3. Salud mental:
  - a. Miedos.
  - b. Desánimo.
  - c. Depresión.
  - d. Falta de conocimiento de sí mismo.
  - e. Falta de autoestima personal.
  - f. Falta de relaciones sociales.
  - g. Problemas mentales.
  - h. Estrés.
  - i. Problemas de convivencia.
  - j. Dificultad para enfrentarse solos a los problemas.
4. Salud ambiental:
  - a. Contaminación (en general).
  - b. Contaminación (atmosférica y acústica).
  - c. Salubridad en las calles.
5. Enfermedades:
  - a. Enfermedades comunes.
  - b. Cáncer.
6. Empleo.

Tabla 6

### **Por categorías y puntuadas para su priorización:**

1. Hábitos de vida (31 puntos).
2. Salud mental (20 puntos).
3. Salud ambiental (20 puntos).
4. Empleo (6 puntos).
5. Enfermedades (6 puntos).
6. Adicciones (4 puntos).

Tabla 7

## **C**onclusiones

Con todos los datos encima de la mesa, los epidemiológicos por un lado, y los aportados por las encuestas y grupos de trabajo por otro, y salvando las sensibles discrepancias que presentan cada uno en lo que a priorización se refiere, si parece claro que todos ellos han venido a identificar, prácticamente, la misma batería de problemas. Batería que hemos reunido en las diez categorías siguientes:

### **1. Adicciones**

*Básicamente al alcohol, al tabaco, la ludopatía, a las nuevas tecnologías y una gama de “otras drogas” que van desde el cannabis y la cocaína hasta las drogas de última generación.*

### **2. Colectivos vulnerables**

*Se refiere a las personas mayores en lo que respecta a su atención y ocio, a la desigualdad y la violencia de género que rodea a la mujer, a las dificultades económicas y a la accesibilidad que afectan a los discapacitados, y la integración y convivencia con los inmigrantes.*

### **3. Crisis económica/Empleo**

*La falta de empleo, y las consecuencias económicas que conlleva, generan situaciones y conductas que afectan a la salud.*

### **4. Servicios sanitarios**

*Aunque se ha valorado muy positivamente la atención, los medios, los profesionales, especialmente, el servicio de urgencia, la queja unánime se centra en la insuficiencia de recursos y en menor medida la demanda excesiva y el uso indiscriminado de los servicios.*

### **5. Hábitos de vida**

*En esta categoría lo que más se ha resaltado es el sedentarismo, la poca actividad física que aún se practica, a pesar del incremento de los últimos años, la mala alimentación, que coincide con los datos de obesidad infantil aportados, la higiene personal y la salud bucodental.*

### **6. Infraestructuras públicas**

*Ha sido una de las categorías más difíciles de construir; muy amplia. En ella se ha hecho referencia al estado y a la accesibilidad a la vivienda, el tráfico, conservación de la vía pública, zonas vecinales conflictivas, falta de zonas de ocio y aseos públicos, etc.*

## **7. Problemática juvenil**

*En este apartado hemos agrupado los embarazos precoces y no deseados, la sexualidad, las alternativas de ocio y la violencia, como los principales problemas que afectan, de manera muy específica, a la juventud.*

## **8. Salud ambiental**

*Es otra de las categorías que mayor número de problemas ha reunido. Con mayor frecuencia han aparecido la limpieza viaria, el abandono y los excrementos de animales, las plagas -cucarachas y ratas-, la contaminación -olores, ruidos, electromagnética,...-, la venta ambulante, la calidad del agua, etc.*

## **9. Salud mental**

*Aunque es un concepto bastante novedoso para los ciudadanos, no es menos cierto que la mayoría de la gente tiene bastante claro de que se trata y las repercusiones que tienen. Se han referido a él utilizando términos como depresión, ansiedad, duelo, estrés, miedos, baja autoestima, soledad,...*

## **10. Enfermedades individuales**

*En este apartado se han recogido, coincidiendo con los datos epidemiológicos, toda una pila de dolencias; cáncer, enfermedades crónicas (diabétes, alergias, asma, hipertensión, hipercolesterolemia, celiaquía, osteoarticulares, fibromialgia...), enfermedades comunes (resfriados, gripes,...), trastornos circulatorios, etc.*

## DECÁLOGO DE PRÁCTICAS SALUDABLES

1. Dieta variada.

*"comer de todo con moderación"*

2. Actividad física diaria.

*"caminar una hora"*

3. Descansar.

*"dormir 7-8 horas al día"*

4. Hidratarse.

*"beber 2 litros de agua al día"*

5. Suprimir hábitos tóxicos.

*"evitar el alcohol, tabaco,..."*

6. Seguir las instrucciones del médico.

*"usar correctamente los medicamentos"*

7. Mantener una correcta higiene.

*"cuidar el aseo personal y el bucodental"*

8. Actitud positiva.

*"ser optimista en la vida diaria"*

9. Reservar tiempo para el ocio.

*"dedicar tiempo a las cosas que nos gusten"*

10. Cultivar la mente (Mens sana in corpore sano)

*"leer con frecuencia"*



