



UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

GRADO EN MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO

**IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS Y NECESIDADES
DE SALUD EN UNA POBLACIÓN RURAL.**

DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO DE LIMERZEL (2018)

Elaborado por: Patricia Esteban Martín.

Tutelado por: Dra. Verónica Casado Vicente.

Defendido en Valladolid el 14 de junio de 2018.

Dedicatoria:

A mi marido el Dr. Héctor Martos, médico de Limerzel, la persona que ha inspirado este estudio y cuya labor desde la Medicina Familiar y Comunitaria es y será siempre revolucionaria. Él sabe mejor que nadie, cuánto significa este trabajo.

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS Y NECESIDADES DE SALUD EN UNA POBLACIÓN RURAL: DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO DE LIMERZEL (2018)

RESUMEN

Introducción: un diagnóstico de salud comunitaria permite conocer y describir un análisis de situación sobre las necesidades y problemas de salud de una población.

Objetivo: describir el nivel de salud de la población de una comuna rural francesa.

Material y método: investigación cualitativa mediante grupos focales y testigos de excepción, e investigación cuantitativa descriptiva fundamentada en fuentes de datos.

Resultados: se obtuvieron 20 problemas de salud sentidos, así como la media, mediana y moda antes y después de los cuestionarios del sentimiento de salud comunitario en una escala analógica, y se extrajo un sumativo acumulado de los problemas priorizados por los entrevistados. Se tomaron datos descriptivos del Sistema Sanitario Francés.

Discusión: la población es contradictoria al relegar actuaciones ligadas a intentar resolver los problemas más fuertemente sentidos, y prioriza medidas destinadas a incrementar la simple accesibilidad sanitaria o al ocio. Este trabajo inspirador permitiría mejorar la salud comunitaria de una población al empoderarla.

Palabras clave: diagnóstico de salud comunitaria, determinantes sociales de la salud, participación comunitaria.

IDENTIFICATION DES PROBLÈMES ET DES BESOINS DE SANTÉ DANS UNE POPULATION RURALE : DIAGNOSTIC DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DE LIMERZEL (2018)

ABSTRACT

Introduction : un diagnostic de santé communautaire permet de connaître et d'analyser sur un échantillon représentatif d'une population leurs problèmes de santé prioritaires et en déduire les besoins principaux.

Objectifs : description d'une approche de santé publique et de santé communautaire dans la commune rurale de Limerzel en Bretagne.

Matériel et Méthodologie : étude qualitative sur un échantillon d'une population locale représentative d'un point de vue statistique et sur quelques « cas » particuliers. Etude quantitative descriptive focalisée sur des bases de données.

Résultats : on a recensé vingt problèmes de santé décrits par les personnes interrogées. A l'aide d'un recueil des données sur une échelle visuelle analogique, est sortie de cette étude la moyenne, la médiane et la tendance avant et après la réalisation des questionnaires par rapport au ressenti sanitaire. Nous avons pu préciser ainsi les problèmes prioritaires vécus par cette population. Par ailleurs on a récupéré les données descriptives du système français de santé.

Discussion : les souhaits exprimés par la population et les mesures préventives qui devraient être prises face aux problèmes prioritaires, sont parfois surprenantes et contradictoires. Les personnes interrogées privilégient d'autres actions à prendre visant à améliorer simplement l'accès aux soins et aux loisirs. Ce travail est intéressant et instructif. Il permettrait d'analyser et d'améliorer la santé communautaire et on voit bien l'intérêt de l'utilité de l'éducation sanitaire afin de responsabiliser davantage les patients sur leur bien être sanitaire et social.

Mots-Clés : diagnostic de santé communautaire, déterminants sociaux de la santé, participation communautaire.

1. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO:

If the major determinants of health are social, so must be the remedies,

Michael Marmot

Debido a la importancia creciente que los distintos países van otorgando a la Salud Comunitaria como parte de un proceso de revolución sanitaria y empoderamiento de la población⁽¹⁻²⁾, y con el fin de establecer el vínculo entre dos países vecinos como son Francia y España, con sistemas sanitarios diferentes pero con problemáticas sociosanitarias no muy distantes entre sí, he decidido entroncar mi Trabajo Fin de Grado dentro de la Medicina Comunitaria, y más en concreto, realizar un Diagnóstico de Salud Comunitaria de una población rural francesa llamada Limerzel.

La Agencia Regional de Salud de la Región de Bretaña, con el fin de modernizar el sistema de salud, está elaborando su nuevo Plan Regional de Salud para establecer las estrategias y prioridades de actuación en Salud. Uno de sus objetivos declarados es potenciar la Medicina Comunitaria con el empoderamiento de la población respecto a su propia salud⁽³⁾. La necesidad de este programa reside en la relación entre problemas sociales y salud, lo que obliga a una visión global del individuo en la que se tengan en cuenta todas las esferas de su vida.

En este caso, el Diagnóstico de Salud Comunitaria de la población francesa de Limerzel en que se basa mi Trabajo Fin de Grado, fue una idea original que surgió de mí misma, motivada por un interés particular hacia esta comunidad rural en la que he sido residente y de la que ahora soy observadora externa, pese a que mantengo una relación más o menos cercana con dicha comunidad ya que mi marido trabaja en ella como médico de familia en práctica privada concertada.

Es precisamente la posibilidad de describir un fresco sobre las necesidades y problemas de salud de una población que conozco y en la que podría trabajar en unos años como médico, así como la trascendencia que este trabajo puede tener para la implantación de medidas de Salud Comunitaria, los dos criterios fundamentales que justifican la elección de este tema como motivo central de mi Trabajo de Fin de Grado.

El hecho de disponer de un Diagnóstico de Salud Comunitaria propio y actualizado permitiría a la Comuna de Limerzel poder avanzar más rápido desde la publicación y apertura del Nuevo Plan Regional de Salud de Bretaña, en pro de una mejora notable de su salud.

2. INTRODUCCIÓN:

2.1. Presentación de la comunidad objeto de estudio.

Limerzel es una población rural situada en la región de Bretaña, y más en concreto en el departamento más al suroeste, con costa atlántica y clima más templado: Morbihan.

Habitado al menos desde épocas celtas según los registros arqueológicos conocidos, la primera referencia escrita sin embargo no es realizada hasta el siglo XIII; los recuentos censales de esta comunidad existen desde el 1793, siendo los últimos datos oficiales del año 2015, momento en que la población era de 1343 personas⁽⁴⁾.

De los 1343 habitantes en 2015, en torno a 1/3 vive en el centro del pueblo y 2/3 en las 82 aldeas y arrabales circundantes, ofreciendo una fragmentación territorial importante en un núcleo urbano ya de por sí longilíneo, valonado (altura mínima de 1m y máxima de 97 metros, con varias pequeñas cotas) y de complejo acceso en ocasiones. La superficie total del municipio es de 25,15 km², por lo que cuenta con una densidad de población de 53 hab./km² ⁽⁵⁾.

(Para más información relativa a Limerzel, ver Anexo I: Otros detalles descriptivos del municipio de Limerzel.)

2.1. "Análisis de la situación": problemas y necesidades de salud de la comunidad objeto de estudio y orden de prioridades.

Podríamos afirmar sin temor a equivocarnos, que todos los países están marcados por grandes desigualdades en la distribución y presencia de problemas de salud y que estas diferencias están basadas en cuestiones tan variadas como la clase o estatus social, la formación educativa, el género, la edad, la naturaleza del territorio y el reparto de la riqueza, entre otros factores condicionantes^(1,6)

Todas estas desigualdades marcan el individuo desde el nacimiento y determinará su evolución hasta la vejez, condicionando también su modo de relacionarse y vivir en sociedad. En ocasiones el estado de salud no depende tanto del individuo sino de todos aquellos factores sociales y comunitarios que le influyen, y de los que, en unas ocasiones, la persona es consciente, y en otras, una víctima del sistema^(1,6).

La planificación en salud comunitaria emplea como punto de partida un diagnóstico de la situación de la población objeto de estudio, para lo cual es fundamental conocer los problemas y necesidades de la población. Es ésta última la depositaria de una

tarea de gran calado, pues la ciudadanía actúa como fuente de información de los problemas existentes, y, por otro lado, su involucración activa es fundamental para que todas las propuestas y medidas obtenidas puedan llevarse a cabo⁽⁷⁻⁸⁾.

La primera etapa de un proyecto de planificación sanitaria por programas comunitarios es la elección de programas prioritarios, que a su vez se subdivide en cuatro etapas, de las cuales este trabajo se centra en las dos primeras: identificación y análisis de problemas, y establecimiento de prioridades⁽⁷⁻⁸⁾.

Y para poder realizar dicha tarea, es necesario y parte importante el Diagnóstico de Salud de una comunidad, que permite adquirir un conocimiento del territorio, sus recursos y necesidades, así como todos los factores sanitarios y no sanitarios que la población *per se* considera que determinan su salud, entendiendo ésta desde el punto de vista biológico, psicológico y social. Este consenso actual considera la salud de una población como una entidad multifactorial que depende de su idiosincrasia, estando ésta condicionada por su epidemiología, hábitos y estilo de vida, factores genéticos y predisposición individual, así como por los determinantes de salud^(1-2,6,9).

Sólo así se podría lograr avanzar etapas en pro del objetivo último de un Diagnóstico de Salud Comunitario: conseguir que una comunidad adquiriera una mejor calidad de vida. Un proceso dinámico que necesita de la involucración activa de la comunidad.

2.2. Factores sanitarios y no sanitarios que la población considera que determinan su salud.

La OMS define los determinantes sociales de la salud como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema sanitario⁽¹⁾. Partiendo de esa idea, y con los aportes de la imprescindible e inspiradora Declaración de Almá-Atá de 1978, que este 2018 cumple 40 años⁽²⁾, la primera etapa de este Diagnóstico de Salud Comunitaria se ha basado en identificar las fuentes de información existentes y la recopilación de todos aquellos factores determinantes de salud que fueron definidos por el modelo holístico de Laframboise⁽¹⁰⁾, que el ministro de la salud de Canadá Lalonde recogió en 1974 en su famoso informe⁽¹¹⁾, divididos en: hereditarios/biológicos, ligados al ambiente, a los hábitos y al sistema de salud.

Así debiera poderse obtener como resultado de este trabajo un análisis de situación de Limerzel respecto a los determinantes y problemas de salud sentidos y objetivados.

3. OBJETIVOS:

Objetivo general:

-Describir el nivel de salud de la población de Limerzel.

Objetivos específicos:

-Conocer los factores determinantes de la salud de sus habitantes.

-Conocer los principales problemas de salud sentidos, y los expresados.

-Formar en planificación sanitaria y en salud comunitaria a los miembros del equipo investigador (objetivo docente).

4. MATERIAL Y MÉTODOS:

4.1. Investigación cualitativa mediante escucha de la población y realización de entrevistas a grupos focales e informadores clave de la comunidad.

Siguiendo una metodología de investigación cualitativa⁽¹²⁾, se realizó una selección razonada de integrantes de la población que se constituían representes clave de ésta. En total se eligieron 31 personas, que se contactaron por teléfono, obtenido del anuario público, para ser informadas del proyecto y obtener su aprobación inicial, resolviendo cuantas dudas requirieron. Esas personas forman parte o bien de los denominados Grupos Focales, o bien fueron etiquetados Informadores Clave.

Grupos focales:

Aquellos conjuntos de personas que representan sectores poblacionales significativos de la comunidad, en cuya elección prima la diversidad y la horizontalidad, intentando lograr una sinergia y una interacción entre los distintos integrantes, así como una retroalimentación con el entrevistador⁽¹³⁾. Su inclusión en programas comunitarios es de gran importancia, pues permite al equipo obtener las necesidades, prioridades y problemas ocultos en lo que se refiere a todos los factores que tienen que ver con la salud de la población. En este proyecto se optó por la selección de representantes individuales, y en los casos en que los grupos focales respondían a una dualidad, se seleccionaron a los representantes de cada colectivo.

En concreto, los grupos focales seleccionados se muestran en el Anexo II: Detalles de los Grupos Focales e Informadores Clave.

Informadores clave:

Aquellas personas que cuentan con una situación privilegiada dentro de la comunidad, que tienen un buen conocimiento de su problemática, además de ser mayores de 18

años; se intentó abarcar la multiplicidad de estatus y formación, siempre sin redundar la información ofrecida por los Grupos Focales. Figuran los detalles de los seleccionados en el Anexo II: Detalles de los Grupos Focales e Informadores Clave.

Basándose en el modelo de Brainbrige-Sapirie⁽¹⁴⁾, se elaboró un cuestionario [ver Anexo III: preguntas modelo planteadas] iniciado con una pregunta abierta, seguida de una valoración numérica del estado de salud global de Limerzel, sobre una escala analógica física de 0 (mínimo) a 10 (máximo) (en semejanza al modelo de escala EVA para el dolor⁽¹⁵⁾), y de una serie de preguntas que se iban modelando y adecuando a cada entrevistado en función de sus respuestas, con objeto de mantener una fluidez y coherencia; preguntas orientadas a tratar el máximo número de los posibles factores de riesgo o condicionantes y marcadores de riesgo, y establecer al mismo tiempo los posibles problemas de salud que afectan a la comunidad de Limerzel a través de alegatos. Esta cierta homogeneidad en las preguntas tenía por objeto obtener un cuestionario relativamente homogéneo y adaptado, que pudiera igualmente facilitar la tarea de recogida de datos y el posterior análisis, manteniendo la flexibilidad para profundizar diferentes temas en función de los intereses y problemas que los entrevistados iban identificando. Los distintos testimonios permitirían así obtener una muestra heterogénea de opiniones relativas a la salud comunitaria de Limerzel.



Figura 1.

A fin de guía, se usó el Modelo de Dahlgren y Whitehead⁽¹⁶⁾ [ver figura 1] donde se exponen los niveles de condiciones causales, y permite valorar el impacto e interrelación entre ellos⁽¹⁷⁾.

Al final del cuestionario, se volvía a pedir una valoración numérica del estado de salud comunitario, así como un orden subjetivo de prioridad de actuación.

La mayoría de las entrevistas tuvieron lugar en el domicilio del entrevistado, seguido de las realizadas en el consultorio local, habiendo tan sólo una persona entrevistada por teléfono debido a vivir habitualmente a una hora en coche de Limerzel.

Las entrevistas se realizaron siempre de manera individual, en un ambiente tranquilo y silencioso, excepto en el caso del grupo de hombres donde fueron cuatro los

cazadores entrevistados, uno de ellos hizo las veces de portavoz, y que computan como una sola entrevista. Fue la única excepción, no estaba prevista, y en este caso fue por elección del entrevistado que no se sentía capaz de responder solo al cuestionario, pese a no conocer en verdad el contenido de éste.

Previamente a la realización de las entrevistas, nuevamente se procedió a pedir el consentimiento verbal del participante en el estudio, a la vez que se le ofreció una hoja de información detallada, y un consentimiento informado escrito, siendo el primer documento para el entrevistado, y el segundo para la investigadora principal [Ver Anexo IV: documentos de información el proyecto y consentimiento informado].

Las entrevistas fueron grabadas en formato audio anonimizadas, y posteriormente transcritas literalmente a ordenador en soporte Office Word 2018. Cada una de las respuestas que circunscribía un problema se consideró un alegato. Extraer los alegatos permitió subdividirlos en problemas de salud, factores determinantes y de riesgo, consecuencias, sugerencias o necesidades. Se definió como problema de salud aquel alegato que se repitió dos veces en distintos grupos. Categorizar la información permite alcanzar un conocimiento global y sectorial de la comunidad, listando los problemas evidenciados directamente.

4.2. Investigación cuantitativa mediante el análisis de los indicadores sociodemográficos y económicos, sanitarios, de recursos y de utilización de recursos empleando diversas fuentes de información.

La información cuantitativa empleada en este estudio se recolecta de fuentes oficiales públicas, y permite conocer de manera objetiva las características del municipio en términos de evolución, geografía, demografía, sociedad y salud, usando registros y bases de datos de diferentes organismos, fundamentalmente del INSEE⁽¹⁷⁾ (*Institut National de la Statistique et des Études Économiques*), y de la Agencia Regional de Salud de Bretaña, principalmente a través de su Proyecto Regional de Salud de Bretaña 2012-2017 en sus múltiples informes^(3,18), así como de su nueva versión en elaboración 2018-2022⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Se privilegiaron, siempre que fue posible, los datos relativos en exclusiva a Limerzel, cuando éstos pudieron obtenerse del Ayuntamiento.

A saber, los datos extraídos son aquellos que, por importancia objetiva, permiten obtener información global sobre salud comunal, así como son comparables con los problemas hallados en la población (ver más adelante figura 2 y tabla 4).

4.3. Cronología y Formación de la investigadora principal^(7-8,21).

Concepción	Diseño	Trabajo de campo	Análisis	Redacción
Junio 2017.	Julio a septiembre 2017.	Marzo 2018.	1 a 15 abril 2018.	15 abril a 30 mayo 2018.
Formación: junio 2017 a mayo 2018.				

4.4. Aval Ético del Proyecto.

Debido a la naturaleza del estudio, y aunque no necesita la aprobación por parte de un Comité de Ética para su desarrollo como proyecto de investigación comunitario, la investigadora principal solicitó y obtuvo el aval ético a su proyecto del Consejo General del Colegio de Médicos del Morbihan, mediante su Secretario General.

5. RESULTADOS:

5.1. Suficiencia del proyecto.

El proyecto habla por sí solo, al lograrse los objetivos generales y específicos:

- Se ha desarrollado una metodología de investigación participativa para acercarse al conocimiento de la salud de la comunidad de Limerzel, involucrando a sus miembros.
- Se han descrito los principales problemas de salud resentedos según los propios habitantes, realizando una "foto de salud".
- Se ha formado a los miembros de este proyecto, básicamente la investigadora principal, en la metodología y plan de trabajo de una investigación y, más concretamente, en las características propias de un proyecto comunitario.

5.2 Verificación de la pertinencia del proyecto.

En plena celebración del 40 aniversario de la revolucionaria e inspiradora Declaración de Almá-Atá⁽¹⁾, cuando se está promoviendo en 2018 su actualización y potenciación por la Organización Mundial de la Salud⁽²⁾, este proyecto es adecuado y pertinente al entroncarse en la importancia creciente que los países otorgan a la Salud Comunitaria como parte de una revolución sanitaria basada en el empoderamiento poblacional.

Desde la concepción del Nuevo Plan Regional de Salud de Bretaña, se ha establecido como estrategia, prioridad, y objetivo declarado, potenciar la Medicina Comunitaria y el empoderamiento poblacional⁽³⁾; por tanto, debe trabajarse en pro de una mejora de la salud colectiva para que determinantes y marcadores de riesgo sean evidenciados y no se consideren impedimentos para alcanzar el estado de máxima salud que pueda lograrse en una comunidad. Y es ahí donde precisamente la posibilidad de disponer

de un análisis de situación sobre las necesidades y problemas de salud verbalizados de una población, mediante un Diagnóstico de Salud Comunitaria propio y actualizado como el que crea este trabajo en Limerzel, ofrece la posibilidad de avanzar más rápido en pro de una mejora notable de salud, ofreciendo pertinencia y trascendencia al proyecto para implantar medidas comunitarias, con una visión global del individuo.

5.3 Descripción del nivel de salud de la población y listado de problemas y necesidades de salud.

La **tabla 1** muestra el total de 20 problemas de salud obtenidos, ordenados por el porcentaje de población que los considera un problema sentido:

Tabla 1	Problemas de salud	% sentido
1	Alcoholismo	96,77
2	Tabaquismo	58,06
3	Drogas ilegales	48,39
4	Sedentarismo	41,94
5	Enfermedades Profesionales y Accidentes Laborales	29,03
6	Trastornos del sueño	25,81
7	Negligencia en salud y problemas latentes	25,81
8	Trastornos ansioso-depresivos	19,35
9	Falta de información sexual	19,35
10	Enfermedades Infecciosas Agudas	16,13
11	Mala adherencia terapéutica	16,13
12	Envejecimiento de la población	16,13
13	Cáncer	12,90
14	Mala educación vial	12,90
15	Enfermedades Cardiovasculares	12,90
16	Enfermedades por mala higiene	12,90
17	Contaminación del agua	12,90
18	Mala nutrición	9,68
19	Obesidad	6,45
20	Mal estado dental	6,45

En el Anexo V se muestran en detalle los problemas de salud detectados, con sus factores y marcadores de riesgo, y sus consecuencias.

La **tabla 2** presenta los resultados analizados de las notas otorgadas al estado de salud comunitario de Limerzel al inicio y al final de cada entrevista, utilizando una escala analógica sobre 10 (0 mínimo - 10 máximo) ⁽¹⁵⁾:

Tabla 2	Al inicio de la entrevista	Al final de la entrevista
Media	6,87	6,59
Mediana	7,00	7,00
Moda	7,00	7,00

La **tabla 3** muestra el sumativo acumulado de actuaciones a priorizar según población:

Tabla 3	
Accesibilidad al sistema sanitario (<i>mayor presencia del cuerpo sanitario y principalmente del médico, instalación de una farmacia, mayor variedad de cuidados sanitarios como un dentista, etc.</i>)	11
Dinamizar la comuna (<i>más comercios, actividades, mercados, festivales...</i>)	9
Invertir en mayores (<i>actividades, casas compartidas, cuidados a domicilio...</i>)	5
Seguridad vial	5
Aislamiento geográfico	5
Ejercicio físico	4
Abuso de Pantallas y Problemas de sueño	4
Vida cultural para jóvenes	3
Mala Higiene	3
Prevención	3
Falta de movilidad y transportes	3
Alimentación	2
Escuela	2
Ecología	2
Urbanismo (<i>aceras, accesibilidad al centro...</i>)	2
Poder adquisitivo y dinero negro	2
Abuso de alcohol y tabaco	2
Alojamientos jóvenes	1
Integración recién llegados	1
Acceso a internet	1
Condiciones de trabajo menos físico	1

El tiempo medio aproximado de cada entrevista fue de 40 minutos y 17 segundos.

La figura 2 y la tabla 4⁽¹⁷⁾ muestran los principales datos estadísticos cuantitativos extraídos por su importancia objetiva sobre salud de la comunidad y sus determinantes sociales.

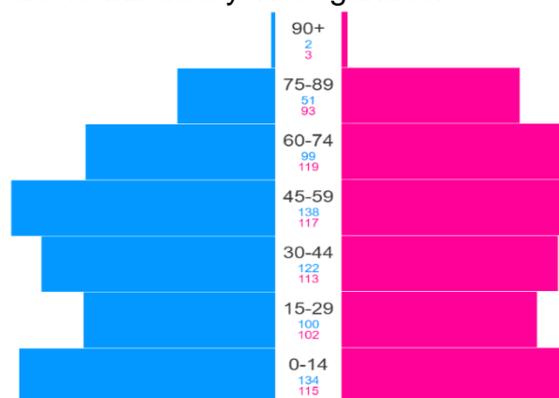


Figura 2: Pirámide de población de Limerzel según datos del último censo (2010): hombres a la izquierda, mujeres a la derecha, franjas de edad y cantidad en la columna central.

Tabla 4	Marcador estadístico	Territorio	Año
	Tasa bruta de natalidad: 9,3 ‰ habitantes	Morbihan	2016
	Tasa bruta de mortalidad: 11,1 ‰ habitantes	Morbihan	2016
	Tasa neta de inmigración: 2,9%	Bretaña	2015
	Tasa de crecimiento natural: 4,6%	Bretaña	2016
	Tasa de crecimiento demográfico: 0,6%	Bretaña	2016
	Tasa global de fecundidad: 1,27	Bretaña	2016
	Tasa bruta de reproducción: 11%		2016
	Tasa de mortalidad materna: 3,5 por 100.000 nacimientos	Bretaña	2009

Tasa de mortalidad infantil en: 2,6 ‰ nacidos vivos	Morbihan	2016
Tasa de mortalidad perinatal en: 10,6 ‰ nacidos vivos	Bretaña	2014
Tasa de mortalidad neonatal en: 2,4 ‰ nacidos vivos	Bretaña	2014
Tasas brutas de mortalidad específica por causas (por 10 ⁵ habitantes): - Otras cardiopatías (CIM I30-I33 + I39-I52): 80,3 ; - Cardiopatía isquémica (CIM I20-I25): 78,4 ; - Otras enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos (CIM G04-H95): 70,8 ; - Otras enfermedades del aparato circulatorio (CIM I00-I99): 69,1 ; - Enfermedades cerebrovasculares (CIM I60-I69): 66,1	Morbihan	2015
Esperanza de vida masculina al nacer: 78,1 años	Morbihan	2016
Esperanza de vida femenina al nacer en: 88,4 años	Morbihan	2016
Renta anual media en: 20.302 euros	Morbihan	2014
Salario horario neto medio en: 12,59 euros	Morbihan	2015
Umbral de pobreza: 12.169 euros	Bretaña	2013
Tasa de pobreza: 11,2%	Morbihan	2014
Tasa de pobreza: 10,7%	Bretaña	2013
Tasa de actividad de 15 a 64 años: 72,6%	Morbihan	2014
Tasa de actividad de 15 a 64 años: 39,1%	Limerzel	2004
Tasa de paro en: 9,2%	Limerzel	2004
Incidencia de incapacidad laboral permanente (régimen general): 28,7%	Bretaña	2008
Tasa de escolarización desde los 2 años: 58%	Bretaña	2016
Tasa de suicidio: 25,2%	Bretaña	2014
Tasa de homicidios: 0,65%	Bretaña	2014
Tasa de individuos encausados por actos de violencia en: 2,6‰	Bretaña	
Tasa de hogares compuestos por una sola persona: 33,1%	Limerzel	2004
Tamaño medio de los hogares: 2,3 personas	Limerzel	2004

5.4 Grado de participación y cobertura de la información obtenida.

La participación fue un éxito; nadie rechazó la invitación. Las preguntas responden a los determinantes de salud del Modelo de Dahlgren y Whitehead⁽¹⁶⁾, la guía de cabecera en su elaboración y en las entrevistas. Se obtuvieron respuestas sinceras a las preguntas, y nadie se negó a responder a ninguna.

Los participantes respondían claramente a los criterios específicos de elección⁽¹²⁻¹³⁾, lo que ofrecía un análisis de situación variado y completo que cubría todos los sectores comunitarios significativos, primando diversidad y horizontalidad. Igualmente, hubo gran variabilidad en lo referente a las distintas etapas de la vida, la multiplicidad de estatus y formación, lo que hizo aumentar la riqueza de las respuestas y testimonios.

5.5 Grado de satisfacción de la población y de la investigadora.

Los testimonios de los participantes y sus apreciaciones personales al finalizar las entrevistas, evidencian que la población se encuentra satisfecha y honrada por su

participación en este proyecto, del que se sienten parte; ello porque creen en el poder que tienen como actores de su salud y bienestar, al tiempo que consideran útil estudiar su comuna como un referente y representante del ámbito rural, que no creen que se tenga en consideración suficiente tras decenios de crecimiento urbano exponencial, relegando al campo a un segundo lugar en cuanto a población y fuente de riqueza.

Respecto a la investigadora principal, está satisfecha con el conjunto del proyecto, que habla por sí mismo, y le ha enriquecido humana y formativamente. Trabajar para gestar, realizar, y presentar una idea original y propia, pertinente, actual, e inspiradora, que abre las puertas a mejorar la salud comunitaria de una población con la que está vinculada, y no sólo de ella, solo puede considerarse como muy satisfactorio.

6. DISCUSIÓN FINAL:

6.1. Problemas sentidos frente a los expresados y priorizados, y de su propia percepción global de salud.

El alcoholismo es el principal problema sentido, casi unánimemente, coherente con lo expresado por el Sistema Sanitario: Bretaña tiene los mayores niveles de embriaguez declarada, y las tasas más altas entre jóvenes^(3,18-20). Igualmente, la define como el segundo territorio más consumidor^(3,18-20). La mortalidad precoz en relación con el alcohol está en descenso, pero sigue siendo desfavorable^(3,18-20). Sin embargo, y contrariamente a lo anterior, el alcoholismo se relega como prioridad de actuación para la población. Debe valorarse el riesgo de potenciación según las actuaciones ideadas para resolver los problemas priorizados por la población, que reclama de inicio más accesibilidad al Sistema Sanitario: una descarga de responsabilidad dada su tendencia paternalista, a la par que una dinamización con comercios y actividades lúdico-festivas que suelen aumentar el consumo de alcohol. La homogeneidad entre problema sentido y expresado, pero disonancia en priorización, podría residir en el mundo bretón, muy preservado por la baja inmigración y distancia a las principales rutas de comercio y política, hoy en auge como destino turístico y de jubilación.

En situación semejante se encuentra el segundo problema sentido: el tabaquismo, con la misma disonancia sentida-priorizada, y con congruencia con lo expresado por el Sistema Sanitario: Bretaña está en 5º puesto en ventas de cigarrillos por habitante, y el Morbihan en posición intermedia, con tasas mayores a la medida nacional^(3,18-20). Una preocupación importante pese a verse en Bretaña y toda Francia un ligero

descenso de cigarrillos vendidos, contrarrestada con un incremento del tabaco de liar. En la población de 15 a 30 años uno de cada dos bretones fuma^(3,18-20), lo obedecería a un desplazamiento del consumo hacia un sector con menos poder adquisitivo. Esto hace reflexionar sobre la eficacia de políticas antitabaco actuales, que podrían olvidar un segmento importante de la sociedad con riesgos para el futuro.

Aún más dramática es la disonancia relativa al consumo y abuso de drogas ilegales, el tercer problema sentido, prácticamente por la mitad de población, y destacado sobre otros más usuales en sociedades desarrolladas, como trastornos ansioso-depresivos, enfermedades cardiovasculares o cáncer. Coherente con lo expresado por el Sistema Sanitario: Bretaña es líder en experimentación con *poppers*, y es cabeza de consumo regular o experimentación con marihuana entre 15 y 30 años^(3,18-20). Datos alarmantes de una experimentación superior a la media nacional, también en setas alucinógenas, cocaína y éxtasis^(3,18-20). En adultos se mantiene una experimentación al alza^(3,18-20). En contrasentido, la población no prioriza la actuación. La explicación podría estar en la ancestral cultura local, con una falsa sensación de problema inexistente, una falta de información, y la pérdida de miedo a las consecuencias. Faltaría por determinar, el impacto del pujante turismo, así como de la inmersión acelerada de estas comunas rurales en la cultura occidental, que han recibido el progreso de la actual Europa más tarde de lo imaginado y en plena digitalización (por ejemplo, el agua corriente y la luz no llegaron a Limerzel hasta 1974⁽²²⁾, mientras que ya se disfruta de telefonía 3G).

El sedentarismo, cuarto problema sentido, presenta un peso coherente con el nivel expresado por el Sistema Sanitario y con la priorización de actuación. La región es uno de los territorios con más certificados deportivos^(3,18-20). Una obesidad que se refleja como el último problema sentido, junto con el mal estado dental, y también en concordancia con la expresión del Sistema Sanitario: Bretaña es el 3^{er} territorio con menor obesidad^(3,18-20), quizás por la red de actividades en las comunas rurales e inversiones institucionales para crear estructuras deportivas.

Las enfermedades profesionales y accidentes laborales son sentidos por unos tres de diez habitantes, en coherencia con la evolución expresada por el Sistema Sanitario; Bretaña vive un descenso tras un aumento constante desde los 70, que podría atribuirse a una menor afectación de raquis lumbar y patologías por amianto^(3,18-20). Sin embargo, no es un problema menor, pues, debido al peso de sectores de actividad mayoritarios localmente, Bretaña tiene el doble de problemas musculoesqueléticos

que la media nacional^(3,18-20). Pese a que, del total de enfermedades profesionales, algo más de un tercio generan incapacidad permanente^(3,18-20), la actuación no es prioritaria para Limerzel, que lo sitúa en última heterogénea posición compartida. Sensación coherente con el descenso de este problema en los últimos años, fruto aparente de las medidas legislativas y la tecnificación de tareas.

Los problemas del sueño son sentidos por un cuarto de vecinos, lejos de los principales problemas y algo incongruente con lo expresado por el Sistema Sanitario: Bretaña es la mayor consumidora de hipnóticos y ansiolíticos, y la más marcada por el suicidio, con una media de dos diarios^(3,18-20). Un problema mezclado con los trastornos ansioso-depresivos, sentido por un quinto de la población, y que, como parte de la patología psiquiátrica, supone en la región el primer diagnóstico de enfermedades crónicas en jóvenes, primando en varones los trastornos de personalidad, y en mujeres, los episodios depresivos^(3,18-20). Todo esto, junto al hecho de que los bretones recurren más a los cuidados psiquiátricos que el resto de franceses, y que los ansiolíticos son los psicótropos más empleados, seguidos de antidepresivos, hipnóticos y neurolépticos^(3,18-20), da peso e importancia a estos dos problemas de salud; sin embargo, no existen los trastornos ansioso-depresivos entre las prioridades, y los trastornos del sueño sólo discretamente. Habría que buscar explicaciones en la falta de información, incluso infoxicación, en las limitaciones del propio Sistema Sanitario, y en el estilo de vida acelerado junto a la tradición local bretona, que busca milagros con comprimidos a un problema complejo, que merece estudios aparte para evitar explicaciones simplistas.

Los problemas de negligencia en salud y problemas latentes, sentido por un cuarto de la población, y la mala adherencia terapéutica, sentida por en torno a un sexto, se detectan como problemas moderados difíciles de evaluar como prioridades debido a su propia naturaleza, así como por el Sistema Sanitario, quien establece la ausencia de indicadores de referencia de calidad para estos problemas de salud en Francia⁽²³⁻²⁴⁾. Para poder evaluarlos se necesitan nuevos estudios que amplíen y profundicen la información de un problema que es sentido y que, por lo tanto, demanda atención.

La falta de información sexual se siente como un problema moderado, casi un quinto de los habitantes, y destaca como una percepción disonante con lo expresado por el Sistema Sanitario, quien publica que la población en conjunto declara sentirse bien o muy bien informada, con porcentajes en jóvenes superiores al 80% en contracepción

o VIH/SIDA, y al 60% en Infecciones de Transmisión Sexual, y tendencia al alza⁽²⁵⁾. Tampoco se expresan peticiones de información importantes⁽²⁵⁾. Esto sí es coherente con su ausencia entre las demandas priorizadas. Explicar las causas de este sentir disociado de Limerzel requiere más estudios, pero no es desdeñable la correlación entre la fuerte influencia religiosa y la creciente banalización de las enfermedades de transmisión sexual y del riesgo de embarazo en la sociedad occidental actual.

Las Enfermedades Infecciosas Agudas y la Falta de Higiene, sentidos por en torno a un sexto y un octavo respectivamente, concuerdan con una prioridad discreta, y lo expresado por el Sistema Sanitario: un menor peso de estos problemas ante el alza del cáncer o la salud mental^(3,18-20), pero que aún generan altos costes en un país moderno, que podría pensarse erradicador de clásicas epidemias de rubeola o piojos.

El envejecimiento poblacional tiene un peso coherente con la priorización de actuación y el nivel expresado por el Sistema Sanitario. Comienza a mostrar inquietud ante los desafíos del futuro, y las proyecciones de envejecimiento, atribuible a que la sociedad bretona se mantiene ligeramente más anciana respecto a la francesa, pero con menor esperanza de vida que la media nacional^(3,18-20,26). Falta pues, camino por recorrer.

Como problemas minoritarios sentidos, en apenas un poco más del 10%, están las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. No aparecen como tal en las prioridades de actuación, quizá porque no se vea poder de influencia desde su nivel, y contrastan con el importante peso expresado por el Sistema Sanitario: los tumores y el aparato circulatorio son responsables de la mayoría de muertes⁽²⁷⁻²⁸⁾. Esta disociación sentida-expresada puede tener relación con su descenso de mortalidad en las últimas décadas, donde se han cronificado, y pueden llevar a la banalización como problemas de salud, cuando el Morbihan está aún por encima de la media nacional en mortalidad cardiovascular, con independencia del sexo^(3,18-20).

La mala educación vial resalta como problema discreto o minoritario, sentido por poco más de un décimo de los residentes; no del todo coherente con el nivel del problema expresado por el Sistema Sanitario, quien publica que Bretaña presenta niveles un 10% más elevados que la media nacional en la implicación del alcohol en accidentes de tráfico^(3,18-20). A mayor abundamiento, los datos sobre influencia de drogas ilegales en los accidentes de tráfico^(3,18-20). De ahí que, aunque las prioridades de actuación

respecto a este problema son coherentes, y demandan actuar sobre la red viaria y el parque automovilístico, no puede olvidarse la impronta del alcohol y demás tóxicos.

La contaminación del agua, poco sentida, aparece difusa con otras prioridades como la ecología. En línea de coherencia, su peso actual en el Sistema Sanitario: las intoxicaciones por nitritos son testimoniales, por fitosanitarios puntuales, y la calidad el agua de consumo es sistematizada^(3,18-20). Sin embargo, ya hay avisos: las aguas pre-tratamiento para consumo son mediocres^(3,18-20) y hay varios factores implicados como actividades agrícolas e industriales, o contaminación microbiana del litoral por sobrepoblación. Salvo actuación los problemas de salud aumentarán en paralelo.

La mala nutrición, sentida por algo menos de uno de cada diez, es una percepción sentida y priorizada congruentemente entre sí, discreta, pero incoherente con el nivel expresado por el Sistema Sanitario: aunque no hay demasiadas referencias, menos de la mitad de la población mantiene hábitos alimentarios sanos y equilibrados y las transgresiones aumentan con la edad^(3,18-20,27). Enfrente, la desnutrición afecta fundamentalmente a los enfermos, así como a situaciones de precariedad económica, jóvenes con trastornos alimentarios, y, especialmente, a personas mayores^(3,18-20,27). Una discordancia sentido-expresado fruto, quizás, de vivir en una sociedad que se dice de la abundancia, y donde no parece razonable la carencia alimenticia, más allá de la influencia de tradiciones o publicidad y medios de comunicación.

El mal estado dental es el problema de menos peso, junto a obesidad, sentido por menos del 10%. En contraposición a su peso para el Sistema Sanitario, no se cumplen las mínimas visitas recomendadas por instituciones de salud^(3,18-20), y la población demanda explícitamente más accesibilidad al dentista. Las razones podrían estar en la naturaleza del sistema francés y sus desigualdades territoriales, un sistema Bismark y liberal fundamentalmente, aunque no pueden ignorarse las influencias de problemas ya mencionados: intoxicaciones crónicas por alcohol o tabaco, abuso de sustancias, mala alimentación o negligencia en salud, que demandan actuaciones específicas.

Los habitantes de Limerzel sienten que presentan un notable (7) en su estado de salud comunitaria, en base a la calificación sobre 10 auto-otorgada, algo coherente con una percepción notablemente positiva de la salud fijada por los datos existentes de autopercepción del Sistema Sanitario⁽²⁷⁾. No obstante, la carencia de profundidad de

los datos objetivos existentes previamente recomienda una adecuada investigación al respecto para poder ofrecer una respuesta amplia y detallada.

6.2 Beneficios del contacto directo con el usuario de salud.

El contacto con la población ha sido favorable y enriquecedor a nivel humano e informativo, poniendo de relieve los objetivos de este estudio, y permitiendo a la investigadora conocer y aprender sobre la salud, la vida, la historia y otras facetas de la comuna. Además, se han obtenido respuestas muy variadas, con múltiples matices, incluso en aquellos casos en que se había presupuesto mayor tasa de homogeneidad.

La población ha salido beneficiada simplemente ya por participar en el proyecto, del que se sienten parte activa al afectarles directamente y hacerles reflexionar, y les ha permitido desarrollar su creencia en su poder como actores de su salud y bienestar.

6.4. Dificultades encontradas.

-Sesgo al elegir a los entrevistados, habida cuenta la dispersión geográfica y las tendencias centralizadoras. Escollo salvado mediante selección razonada.

-Habitualmente los estudios de Salud Comunitaria son grupales por su envergadura; requirió organización, y aunque realizarlo una sola persona fue una gran carga de trabajo, evitó la variabilidad humana logrando concordancia absoluta (k de Cohen =1).

-Hacer entender a los participantes el objeto del estudio, logrando un pensamiento comunitario en vez de individual, se logró con una explicación detallada y reiterada.

6.5. Grado de aplicabilidad de este proyecto en comunidades semejantes.

Los resultados dan luz sobre problemas de salud de pueblos comparables y que, al igual que Limerzel, deben solventar dificultades para mejorar su nivel de salud debido a factores no siempre biológicos. Algo posible porque la rigurosa y potente metodología usada permite una alta aplicabilidad de resultados en comunidades análogas, lo que maximiza recursos, pero también permite entender la importancia de los denominados Proyectos de Atención Primaria Orientada en la Comunidad.

6.6. Futuras intervenciones destinadas a mejorar la salud del municipio, mediante programas de salud, campañas y actividades comunitarias.

Una vez identificados los problemas de la comunidad de Limerzel, hay que actuar con la información obtenida. Si se entiende que la Atención Primaria es el motor esencial

para impulsar la salud de las poblaciones, es lógico pensar que es la herramienta del cambio dentro de la población, y la que permitirá la implantación de programas, campañas y actividades comunitarias, englobadas actualmente en los denominados Proyectos de Atención Primaria Orientada en la Comunidad.

7. CONCLUSIONES:

7.1. Obtención de conclusiones.

-Una comunidad es perfectamente capaz de identificar su problemática comunitaria cuando se le hace una pregunta directa al respecto.

- Pese a otorgarse a sí misma una valoración en salud comunitaria de notable, la población de Limerzel ha identificado como propios 20 problemas de salud, y concluye como necesario la creación de entornos comunitarios de calidad.

-Limerzel se contradice en sus planteamientos en salud comunitaria puesto que, al priorizar las actuaciones ante problemas, relega aquellas ligadas a resolver los problemas que aparecen más fuertemente sentidos por sí mismos (alcoholismo, tabaquismo y abuso de drogas ilegales), y en cambio sí prioriza otras medidas destinadas a incrementar la simple accesibilidad sanitaria o la accesibilidad al comercio, el ocio y la diversión, ligadas a sus principales problemas sentidos. Ello bloquearía el empoderamiento del paciente, la familia y la comunidad, como clave del éxito terapéutico, no buscando en sí mismos la respuesta inicial a sus problemas y aumentando su carácter demandante que busca, en una mayor oferta y accesibilidad sanitaria, un recurso único frente a sus problemas de salud, sin corresponsabilidad y dejándose fluir socialmente entre el ocio y el consumismo. Hay pues que estudiar esta divergencia con objeto de poder superarla y lograr aumentar la salud de la comunidad.

-Este proyecto ha asentado la dinamización y coordinación del tejido asociativo, con involucración del equipo de salud, así como de las autoridades municipales del municipio de Limerzel, en su propia problemática sanitaria comunitaria.

-La oportunidad de participar en una investigación comunitaria, es beneficiosa para cualquier profesional sanitario, y en especial para aquellos aún en formación básica (estudiantes y residentes), como competencia curricular y maduración profesional.

7.2. Formulación de propuestas de acciones futuras.

Este inspirador trabajo, aunque en ocasiones sólo permita intuirlo, podría sentar las bases para implantar diversos planes futuros con un impacto potencial importante.

Pero para ello es preciso contar con:

- Una política global de promoción y prevención de la salud que integre en la práctica sanitaria la recomendación de recursos comunitarios y otros activos para la salud, con empoderamiento y participación comunitaria, junto con una asistencia sanitaria de calidad en la que el usuario forme parte activa en la toma de decisiones que conciernen su salud, apoyando su autonomía.
- Garantizar por parte las autoridades políticas locales el compromiso sostenido de otorgar prioridad a los problemas de salud identificados por los habitantes, incluyendo sistemáticamente intervenciones anti-alcohol y tabaco en Atención Primaria y evitando medicalizar los malestares de la vida diaria.
- Alcanzar el abordaje íntegro y contextualizado en Atención Sanitaria, siendo fundamental la accesibilidad y longitudinalidad en la Atención Primaria.
- Favorecer una red de ayuda que abra a la comunidad la atención sanitaria, organizada entre los diferentes sectores que impactan en salud: el apoyo institucional es esencial, no dejando la orientación comunitaria al voluntarismo del sanitario.
- Comprometer a los profesionales de la salud por la salud, como derecho fundamental.
- Investigar sobre intervenciones comunitarias para hacerlas efectivas y duraderas, e incorporar el conocimiento sobre los determinantes sociales de la salud como parte formativa obligada a todos los niveles en ciencias de la salud.

8. BIBLIOGRAFÍA PRINCIPAL

1. WHO, UNICEF. Informe sobre la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. 1978. Serie "Salud para todos", N°1.
2. SEMFyC. Celebramos el 40 aniversario de la Declaración de Alma Ata. Barcelona. 2018. Consultado el 28 de marzo de 2018. Disponible en: <https://www.semfyc.es/celebramos-el-40-aniversario-de-la-declaracion-de-alma-ata-la-base-constitutiva-de-la-atencion-primaria/>
3. Agence Régional de Santé Bretagne. Projet régional de santé de Bretagne 2018-2022. Cadre d'orientation stratégique (COS). Rennes. Agence Régional de Santé Bretagne 2018.
4. Frey R. Info Bretagne. Saint-Michel-en-Greve. 2012. Consultado el 28 de mayo de 2018. Disponible en: <http://www.infobretagne.com/limerzel.htm>
5. Wikipédia, l'encyclopédie libre. Limerzel. Consultado el 11 septiembre de 2017. Disponible en: <http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Limerzel&oldid=143407384>.
6. Borrell C, Malmusi D. Los determinantes sociales de la salud. AMF. 2012; 8(4):182-184.
7. Abanades JC, Prieto A, Casado V y García L. Programas de salud. Documentación de apoyo para la Planificación de Programas. Servicio de Atención Primaria. Dirección General de Salud Pública y Asistencia Sanitaria. Consejería de Bienestar Social. Junta de Castilla y León. 1987.
8. Pineault R. Éléments et étapes d'élaboration d'un programme de santé communautaire. L'Union Médicale Du Canada. 1976 ; 105 : 1208-1214.

9. OMS. Constitución de la OMS: principios. Nueva York. OMS. 2018. Consultado el 28 abril de 2018. Disponible en: <http://www.who.int/about/mission/es/>
10. LaFramboise HL. Health policy: Breaking the problem down into more manageable segments. *Can Med Assoc J* 1973 ; 108 (3) : 388-91.
11. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.
12. Faltermaier T. Why public health research needs qualitative approach : subjects and method in change. *Eur J Public Health* 1997; 7:357-63.
13. Díaz G. Los grupos focales: Su utilidad para el médico de familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2005 Ago [citado 2018 Mayo 28]; 21(3-4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300021&lng=es.
14. Brainbridge JK, Sapirie SA. Health project management: a manual of procedures for formulating and implementing health project. Ginebra. WHO. 1974.
15. Ho K, Spence J, Murphy MF. Review of pain-measurement tools. *Ann Emerg Med*. 1996; 27:427-32.
16. Dahlgren G, Whitehead M (1992). European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Studies on social and economic determinants of population health, N°3.
17. INSEE. Statistiques locales. Montrouge. 2018. Consultado el 3 abril 2018. Disponible en: <https://statistiques-locales.insee.fr/#bbox=-439165,6162275,236149,194567&c=indicator&selcodgeo=56&view=map2>
18. Observatoire régional de santé Bretagne, Agence Régional de Santé Bretagne. État de santé de la population en Bretagne. Projet régional de santé 2012-2017. Rennes. ARS Bretagne. 2010.
19. Observatoire régional de santé Bretagne, Agence Régional de Santé Bretagne. État de santé de la population en Bretagne. Projet régional de santé 2018-2022. Rennes. ARS Bretagne. 2018.
20. Agence Régional de Santé Bretagne. État de santé de la population. Bilan de l'offre de santé. Bilan du Projet régional de santé 2012-2016. Synthèses. Rennes. ARS Bretagne. 2016.
21. Martínez C, Manchón L, Fernández MD, Maynar MA, González G y Maynar I. Metodología para realizar un análisis de situación de salud participada. *Comunidad*. 2015 Nov; 17(2):8.
22. Fleury J. Ni route, ni électricité, ni service d'eau : la vie à Limerzel dans les années 50. *Questembert : S. Batigne*; 2013, 136 p. (ISBN 979-1-090-88714-5)
23. Legrain S. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé. Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance. Paris. Haute Autorité de Santé. 2015.
24. López A, Compagnon C. Pertinence et efficacité des outils de politique publique. Paris. IGAS. Rapport n° 2015-037R.
25. Beck F., Richard J.-B., dir. Les Comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2013 : 344 p.
26. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). *World Population Ageing 2015*.
27. DREES, Santé publique France. État de santé de la population en France. Rapport 2017. Paris. Éditions Dicom. 2017. 17-015.
28. INSERM. Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Le Kremlin-Bicêtre. 2018. Consultado el 3 abril 2018. Disponible en: <http://www.cepidc.inserm.fr/>

ANEXO I: Otros detalles descriptivos del municipio de Limerzel.



Administrativamente Limerzel forma parte del *Arrondissement de Vannes*, el cantón de Questembert y la Mancomunidad *Questembert Communauté*.

Presenta una pirámide poblacional claramente más rejuvenecida que la media del país, puesto que de los vecinos del 2014, el 20,8% poseían entre 45 y 59 años, y un 19,7% era población infantil entre 0 y 14 años.

En cuanto al mercado laboral, destaca que de todas las personas que se encuentran en la franja de edad entre los 15 y los 64 años, en 2014, el 75% era población activa, destacando un 65,5 % de personas con empleo y un 9,5% de personas en paro (más baja que la media nacional francesa), que afecta más a la población femenina (14,2% frente al 11,4% masculino). Y en cuanto a su movilidad, de las 530 personas activas mayores de 15 años, en el año 2014, sólo el 23,4% trabajaba en su propia comuna de residencia, frente al 76,6% que lo hacía en otra comuna diferente, lo cual muestra además un porcentaje importante de desplazamientos diarios, siendo el 83,7% de los mismos en coche, camión o furgoneta, y solo un residual 1,3% en transportes comunes.

Es reseñable en edificabilidad y urbanismo que, de las 876 viviendas existentes, 594 son residencias principales, 191 alojamientos secundarios y ocasionales y 91 viviendas vacacionales. Del mismo modo, de estas 876 viviendas, 855 son casas familiares y 17 son apartamentos, la mayoría de ellos en posesión del ayuntamiento y de alquiler social.

Respecto a su actividad económica, en fecha de 31 de diciembre de 2015, había un total de 109 establecimientos activos, de los cuales destaca un 34,9 % dedicados a la agricultura, la silvicultura o la explotación forestal y la pesca; la siguiente actividad en igualdad de porcentaje era el comercio, los transportes y el sector servicios dentro del cual un importante y destacable 11,9 % lo constituyen los servicios de reparación de automoción. Los siguientes sectores de actividad eran, en orden decreciente:

construcción, administración pública, enseñanza, salud y ámbito social, y por último la industria, hoy muy minoritaria, pero siendo éste un segmento de actividad en otra época fue ampliamente desarrollado gracias a los aserraderos dedicados a la fabricación de pallets, que acabaron cerrando por la crisis en los años 1984-1985.

La comunidad de Limerzel, posee algunos monumentos de importancia, la mayoría de ellos de naturaleza religiosa y ligados a su histórica y fuerte cristiandad, dentro de un país que se define laico en su constitución, como son: la iglesia parroquial de *Saint-Sixte*, edificada en su versión actual en torno a 1885, la capilla de *Saint-Clair* y la fuente dedicada a dicho Santo, que a su vez es el lugar de peregrinación de la comunidad una vez del año, dentro del marco de un evento deportivo. Destacan, además, las Capilla Templaria de *Saint-Julien*, y las Capillas de *Saint-Laurent*, *Saint-Louis*, el Calvario del cementerio, la Cruz de *Saint-Clair* y de *Crévéac*. Del mismo modo, existen edificios de gran porte y de corte burgués, como son el Castillo del Bosque de *Roz*, que sufrió múltiples modificaciones a lo largo de su historia (fue lugar de caza del Duque de Bretaña, hospicio de religiosos y ancianos, etc.), o el Castillo de *Pinieux* con su antiguo molino anexo, o la Casa del Señorío de *Kerfaz*, edificado en el siglo XVI.

La comuna de Limerzel consta igualmente de dos escuelas, una pública y otra religiosa católica, donde la proporción es de 85 niños frente a 50 respectivamente.

A nivel deportivo y asociativo hay una moderada red desarrollada, que intenta satisfacer las diversas demandas de la población de todas las edades, con un club de fútbol y otro de dardos baloncesto, bádminton, tenis, zumba, gimnasia o senderismo, el “Club de la Edad de oro” dedicado a las actividades para la gente anciana, el “Club de Arte y Ocio”, destinado a la organización de actividades culturales como exposiciones y salidas, el club de teatro amateur, el club de caza, etc., así como una Mediateca-Biblioteca municipal asociada a la red mancomunal, que organiza cuenta cuentos infantiles y que posee además ordenadores de acceso libre al público.

ANEXO II: Detalles de los Grupos Focales y Testigos de Excepción.

Grupos Focales:

- Educación: directoras de las dos escuelas locales, una pública y otra privada.
- Servicios sociales de base: trabajador social mancomunal.
- Emprendedor local: informático local de reciente instalación.
- Gran empresario: propietario y director de importante empresa agroalimentaria local.
- Profesionales de salud (liberales): médico de familia actual, antiguo médico de familia jubilado hace unos cuatro años, enfermera de acción exclusivamente local y enfermera del sector con importante carga laboral local.
- Grupo de mayores: presidenta y tesorero del Club de la Edad de Oro, club local para mayores de sesenta años.
- Corporación municipal: alcalde y consejera de asuntos sociales.
- Asociación de comerciantes: un miembro activo de la misma, la panadera local.
- Asociación de padres y madres de alumnos: un miembro activo de cada asociación, una de la escuela pública y otra de la privada.
- Otra vida asociativa: veteranos de guerra (presidente de la asociación local), artistas (una activa actriz amateur del grupo local), deportes (el responsable de la asociación deportiva local).
- Grupo de jóvenes: un joven de 20 años, que vive en el domicilio parental y con vida social en el pueblo.
- Población con segunda residencia: propietario de una casa de vacaciones en el pueblo, con domicilio principal en Rennes.
- Población extranjera: un residente inglés y una residente belga, ambos desde hace años.
- Población marginal: una joven madre en situación de precariedad social y laboral.
- Grupo de hombres: un grupo de cuatro miembros activos del club de caza local. Al inicio de la entrevista, ellos mismos designaron un portavoz.
- Grupo de mujeres: un miembro activo del grupo de gimnasia de mantenimiento local.
- Voluntarios de la parroquia local: la responsable del equipo de vida parroquial.

Informadores clave:

-Antigua Secretaria del Ayuntamiento de Limerzel, e hija de un alcalde anterior.

-Nativo de Limerzel y escritor de un libro sobre la vida en la comuna a lo largo el siglo XX; actualmente jubilado, vive a caballo entre su casa familiar en una aldea alejada del núcleo urbano, y un domicilio en la periferia de Nantes donde trabajó.

-Médico generalista residente en la comuna pero que trabaja en un pueblo aledaño y atiende a una parte de la población de Limerzel.

-Antiguo emprendedor actualmente jubilado que ha formado parte de más de 30 asociaciones desde su llegada al pueblo en su juventud, siendo una persona muy activa y conocida dentro de la comuna.

Anexo III: Preguntas modelo planteadas.

- Selon vous, quel est le ressenti de la population de Limerzel par rapport à la santé ? Pensez-vous que globalement la santé est bonne, moyenne, nulle ?
[En su opinión, ¿cuál es la sensación de la población de Limerzel con respecto a la salud? ¿Usted piensa que globalmente la salud es buena, mala o regular?]
- Et si vous deviez donner une ponctuation à la santé de Limerzel, dans laquelle 0 veut dire qu'il y a de gros soucis de santé et 10 c'est que la santé est parfaite, quelle ponctuation donneriez-vous ?
[¿Y si tuviera que dar una puntuación a la salud de Limerzel, en la que 0 quiere decir que hay grandes problemas de salud y 10 quiere decir que la salud es perfecta, que puntuación daría usted?]
- Quant à l'agriculture, vous diriez que l'on est dans une commune très agricole ?
[Respecto a la agricultura, ¿cree que estamos en una comuna muy agrícola?]
- Et vous pensez que ce caractère très agricole pourrait avoir des conséquences sur la santé, par rapport à la valeur que la population donne à la santé ?
[¿Considera que este carácter agrícola podría tener consecuencias a nivel de la salud, con respecto al valor que la población otorga a la salud?]
- Par rapport au logement, vous pensez qu'en gros les maisons sont dans de bonnes conditions ? Les gens font des investissements ?
[¿Respecto al alojamiento, considera que globalmente los hogares están en buenas condiciones y que la gente hace inversiones?]
- Vous diriez que globalement les gens chauffent suffisamment leurs maisons ?
[¿Usted diría que globalmente la gente calienta lo suficiente sus casas?]
- Vous diriez que pour quelqu'un qui veut s'installer à Limerzel, il est facile de trouver un logement, en vente ou en location ?
[¿Le parece que para alguien que llega de nuevas a Limerzel, es fácil encontrar un alojamiento en venta o en alquiler?]
- Et par rapport à l'hygiène, est-ce que vous pensez que cela est un soucis dans les familles, d'après des cas que vous avez remarqué ?
[¿Con respecto a la higiene, usted piensa que este tema es un problema dentro de las familias, en base a casos que usted puede conocer?]
- Et par rapport à l'eau et l'électricité ? Vous pensez que presque la totalité des familles ou de la population de Limerzel, ont de l'accès ?

[¿ Y respecto al agua y la electricidad: ¿usted cree que la casi totalidad de las familias o de la población de Limerzel, tienen acceso a las mismas?]

- Est-ce que vous avez entendu parler par exemple des personnes qui habitent dans des maisons avec de la terra battue ?

[¿ Ha oído hablar de personas que pueden vivir en casas con suelos de tierra?]

- Ou des familles qui pourraient habiter avec les animaux de la ferme dans la même chambre ?

[¿ Y familias que podrían vivir con animales de granja en la misma habitación?]

- Par rapport au sommeil, vous pensez que c'est un sujet respecté ?

[¿ Con respecto al sueño, usted piensa que es un tema respetado?]

- Et par rapport à la nourriture, vous pensez que les familles s'intéressent ?

[¿ Y en cuanto a la alimentación, cree que las familias se interesan al respecto?]

- Dans une commune comme Limerzel avec le nombre d'élèves qu'il y en a, vous pensez que le fait d'avoir deux écoles est quelque chose de positif, ou avec une on pourrait s'en passer ? Pourquoi les parents font le choix d'une école publique ou une école privée ?

[En una comuna como Limerzel, con el número de alumno que hay, ¿usted piensa que el hecho de tener dos escuelas es algo positivo o con una podría bastar? ¿En base a qué piensa usted que los padres fundamentan su elección?]

- Il y a quelques sujets que tu penses que l'école privée et l'école publique abordent d'une façon différente ? Par exemple l'éducation sexuelle ou la promotion de la santé.

[¿ Cree que puede haber temas que la escuela pública y la escuela privada aborden de manera diferente? Por ejemplo, la educación sexual o promoción de la salud]

- Vous diriez que l'éducation sexuelle en campagne, elle est connue et expliquée de la même façon qu'en ville ?

[¿ Le parece que la educación sexual en el campo se conoce y se explica del mismo modo que en la ciudad?]

- Vous diriez que la contraception en campagne est un sujet que l'on méconnaît ?

[¿ Usted diría que la anticoncepción en el campo es un tema que se desconoce?]

- Par rapport à la drogue, vous diriez qu'il y a des soucis sur la commune ?

[Respecto a la droga, ¿usted diría que es problema en la comuna?]

- Vous diriez que l'alcool ou le tabac ont un rôle très important d'après ce que vous entendez ?
[¿Usted diría que el alcohol o el tabaco tienen un rol muy importante en la comuna?]
- Vous diriez que les fêtes que l'on a à Limerzel, par exemple, la Fest Noz ou la Fête de la châtaigne, l'alcool a un rôle prédominant ? Vous diriez que si l'on supprime l'alcool, les gens y assisteraient moins ou ils y assisteraient ?
[¿Usted piensa que en las fiestas locales, como la Fest Noz o la Fiesta de la Castaña, el alcohol tiene un rol predominante? ¿Usted piensa que si suprimimos el alcohol, la gente seguiría asistiendo igualmente?]
- Vous diriez qu'à Limerzel il pourrait exister de la prostitution ?
[¿Usted cree que en Limerzel podría existir la prostitución?]
- Par rapport aux services sociaux, vous pensez qu'ils sont à l'écoute, réactifs ou c'est difficile à les trouver ? Les parents connaissent à qui il faut s'adresser ?
[¿Respecto a los servicios sociales, usted piensa que están a la escucha y son reactivos, o más bien son difíciles de contactar?]
- D'après ce que vous connaissez ou vous avez entendu, le chômage est un sujet qui intéresse ou qui est problématique ? Et au niveau de la précarité laborale ?
[¿Según lo que usted sabe o ha escuchado, el paro es un tema que interesa o que es problemático? ¿Y la precariedad laboral?]
- Par rapport à l'isolement, est-ce que vous avez repéré que cela soit un problème pour certaines personnes ?
[Respecto al aislamiento, ¿cree que puede ser un problema para determinadas personas?]
- Par rapport à l'accessibilité au niveau du bourg, vous pensez qu'elle est bonne pour tout le monde ? On parle des trottoirs, de l'éclairage...
[¿Respecto a la accesibilidad del pueblo, piensa que ésta es buena para todo el mundo? Hablamos de aceras, iluminación...]
- Vous vous sentez en sécurité quand vous marchez dans le bourg ? Les enfants pourraient bien arrivés tous seuls à l'école ?
[¿Se siente seguro cuando se pasea por el pueblo? ¿Los niños podrían ir solos a la escuela?]
- Par rapport à la vie associative et culturelle, le choix à Limerzel est suffisant pour tout le monde?

[Respecto a la vida asociativa y cultural, ¿la oferta en Limerzel es suficiente para todo el mundo?]

- Et au niveau du sport, la population est plutôt sédentaire ou plutôt active ?

[¿A nivel deportivo, la población es más bien sedentaria o activa?]

- Quant au trait de caractère de la population de Limerzel, qu'en pensez-vous?

[En cuanto al carácter distintivo de Limerzel, ¿cuál diría usted que es?]

- Au niveau de la pollution, vous diriez que nous sommes dans un endroit pollué ?

[¿A nivel de contaminación, diría que estamos en un lugar muy contaminado?]

- Au niveau de la maison médicale, vous pensez que le ressenti global de la population de Limerzel, c'est qu'elle est satisfaite ?

[¿A nivel del centro médico, usted piensa que la sensación global de la población es de satisfacción?]

- D'après votre avis, est-ce qu'il y aurait un autre professionnel qui serait bien accueilli par rapport aux besoins de la population ?

[¿En su opinión, habría otro profesional de la salud que sería bien acogido teniendo en cuenta las necesidades de la población?]

- Au début de l'entretien, vous aviez donné un 6 au niveau de la santé globale...vous voulez la garder ou la modifier ?

[Al inicio de la entrevista, usted dio un 6 a la salud global de Limerzel, ¿desea guardar esta puntuación o desea modificarla?]

- Et finalement, si vous pouviez réagir par rapport à tous les problèmes dont on a parlé, quelle serait la priorité pour vous ?

[Y finalmente, si pudiera reaccionar respecto a todos los problemas de los que hemos hablado, ¿cuál sería la prioridad para usted?]

Anexo IV: documentos de información el proyecto y consentimiento informado.

Feuille d'information et autorisation

Titre du projet: «IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS Y NECESIDADES DE SALUD EN UNA POBLACIÓN RURAL»

Enquêtrice principale : Patricia ESTEBAN MARTIN

L'objectif de cette étude est :

- Décrire l'état de santé de la population de Limerzel.
- Connaître les facteurs déterminants de la santé de la population.
- Connaître les problèmes de santé principaux ressentis par les habitants et les objectifs.

Pour réaliser cette étude, on a choisi des personnes représentatives de la communauté, comme vous, en suivant une méthodologie qualitative.

La collaboration est volontaire et elle est focalisée sur un entretien qui consiste à répondre à une question ouverte, selon les déterminants sociaux de santé du Modèle de Dahlgren et Whitehead.

Vos données seront complètement confidentielles, en suivant la législation en vigueur en France et en Europe, en rapport à la protection des données personnelles ; et on n'utilisera aucune référence qui puisse vous identifier à l'extérieur. Les résultats de l'étude seront présentés d'une façon globale, et jamais d'une façon individuelle.

Si vous avez la moindre question ou suggestion en rapport à cette étude, vous pouvez les poser librement à l'enquêtrice, avant de votre participation active dans ce projet.

Je comprends que, si j'accepte de participer à cette étude, je peux le quitter quand je veux, sans donner des explications, et sans que cela ait une répercussion sur mes soins médicaux.

Si vous êtes d'accord pour la participation dans cette étude, je vous invite à signer et dater cette feuille, et aussi la feuille de consentement libre, éclairé et exprès.

Signature de l'intervenant :

Signe de l'enquêtrice :

Feuille de consentement libre, éclairé et exprès.

Je, soussigné/e

A U T O R I S E

Librement ma participation dans cette étude, réalisée par Patricia ESTEBAN MARTIN dans le cadre de son travail de Fin d'études en Médecine (TFG) : « **Identificación de problemas y necesidades de salud en una población rural** »

J'autorise notamment l'enregistrement audio de mon interview, nécessaire pour la réalisation de cette étude.

J'autorise également la retranscription de la dite interview sur tout support imprimé.

J'ai disposé de suffisamment de temps pour prendre en considération ma participation et poser d'éventuelles questions.

J'ai été informé que les données recueillies dans cette étude, seront traitées avec confidentialité et par rapport au Règlement général sur la protection de données (2016/679) et à la Loi informatique et Liberté (n° 78-17).

J'ai été informé que les données recueillies seront utilisées exclusivement pour les fins spécifiques de cette étude.

Patricia ESTEBAN MARTIN s'engage à me citer de la manière suivante : Entretien .

Date de l'interview vidéo :

Durée de l'interview :

Signature de l'intervenant :

Signe de l'enquêtrice :

Anexo V: Problemas de salud detectados, con sus factores y marcadores de riesgo, y sus consecuencias.

Problemas de salud (número de alegatos)	% de Población que lo siente	Factores y marcadores de riesgo	Consecuencias
Alcoholismo (x30)	96,77	Hábito o automatismo social. Normalización social. Modelo paterno establecido. Presión social. Rol social. Cierre de bares, beben en casa. Descontrol de la sala juvenil. Ambiente muy festivo. Rol festivo. Falta de prevención y promoción. Negligencia ante consejos sanitarios. Pretexto para la convivialidad. Segregación sexual. Retraimiento y aislamiento. Toxicomanía-Politoxicomanía. Malos hábitos higiénico-dietéticos. Mundo rural tradicional. Barra libre en las fiestas. Menor coste que bebidas sin alcohol. Antecedentes familiares. Trastornos de salud mental. Cultura y tradiciones bretonas.	↑DALYS y ↓QALYS. ↑Complicaciones o comorbilidades. ↑Gasto sanitario. Deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás. ↑Tasa de accidentes viales, domésticos y laborales. Pérdida de autonomía. ↑Caídas en ancianos. ↑Imprudencias e inseguridad vial. ↑Tasa de pobreza (↓renta disponible). ↑Tasa de suicidios. ↑Susceptibilidad a infecciones u otras enfermedades. Pérdida de originalidad y calidad de las relaciones. Alienación social. Laxitud moral y permisibilidad. ↑Tasa de patología del ámbito de la salud mental (depresión, etc.) ↑Tasa de precariedad laboral. ↑Tasa de absentismo laboral y escolar. ↑Policonsumo. ↑Tasa de intoxicaciones. Anemia. Astenia. Mal estado bucodental. ↑Desinhibición y conductas sexuales de riesgo. ↑Tasa de embarazos no deseados.
Tabaquismo (x18)	58,06	Hábito o automatismo social. Normalización social. Juventud. Modelo paterno establecido. Presión social. Rol social. Falta de prevención y promoción. Negligencia ante consejos sanitarios.	↑DALYS y ↓QALYS. ↑Complicaciones o comorbilidades. ↑Gasto sanitario. Deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás. ↑Tasa de accidentes viales, domésticos y laborales. Imprudencias e inseguridad vial. ↑Tasa de incendios accidentales.

		<p>Ambiente festivo. Rol festivo. Pretexto para la convivialidad. Toxicomanía- Politoxicomanía. Negligencia con la salud. Toxicidad progresiva. Falta de concienciación. Antecedentes familiares. Trastornos de salud mental. Publicidad y medios de comunicación.</p>	<p>↑Tasa de pobreza. ↑Tasa de precariedad laboral. ↑Tasa de absentismo laboral y escolar. ↑Tasa de patología del ámbito de la salud mental (ansiedad, etc.) ↑Policonsumo. ↑Tasa de intoxicaciones. ↑Susceptibilidad a infecciones u otras enfermedades. Pérdida de originalidad y calidad de las relaciones. Alienación social. Laxitud moral y permisibilidad. Mal estado bucodental.</p>
Drogas ilegales (x15)	48,39	<p>Ámbito rural. Contacto con grandes núcleos urbanos. Edad escolar. Juventud. Falta de información. Sensación de problema inexistente. Falta de autoafirmación. Modo de socializar. Desafío a la autoridad. Turismo cercano. Pérdida de miedo a las consecuencias. Normalización de la marihuana. Presión social. Rol social. Ambiente muy festivo. Rol festivo. Falta de prevención y promoción. Negligencia ante consejos sanitarios. Pretexto para la convivialidad. Retraimiento y aislamiento. Toxicomanía-Politoxicomanía. Malos hábitos higiénico-dietéticos. Trastornos de salud mental.</p>	<p>↑DALYS y ↓QALYS. ↑Complicaciones o comorbilidades. ↑Gasto sanitario. Deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás. ↑Tasa de accidentes viales, domésticos y laborales. ↑Tasa de pobreza o disminución de la renta disponible. ↑Tasa de abandono escolar ↑Tasa de precariedad laboral. ↑Tasa de absentismo laboral. ↑Susceptibilidad a infecciones u otras enfermedades. Pérdida de originalidad y calidad de las relaciones. Alienación social. Laxitud moral y permisibilidad. ↑Tasa de patología de la salud mental (esquizofrenia, ansiedad, etc.) ↑Policonsumo. ↑Tasa de intoxicaciones. Mal estado bucodental. ↑Desinhibición y conductas sexuales de riesgo. ↑Tasa de embarazos no deseados. Consumo normalizado de marihuana. Estigmatización social. Narcotráfico.</p>
Sedentarismo (x13)	41,94	<p>Falta de deporte en la juventud. Falta de medios y accesibilidad. Aislamiento social. Negligencia ante consejos sanitarios.</p>	<p>↑DALYS y ↓QALYS. ↑Complicaciones o comorbilidades. ↑Gasto sanitario. Deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás.</p>

		<p>Falta de espacios al aire libre y en sala. Desidia paterna. Rigidez del horario del autobús escolar. Gran densidad de tráfico. Problema de movilidad y dependencia física. Alto consumo de pantallas. Ritmo de vida acelerado. Sociedad y cultura occidentalizada. Tecnificación de la sociedad. Consumismo. Nivel sociocultural más bajo. Pobreza. Criminalidad y violencia.</p>	<p>↑Aislamiento social. ↑Riesgo cardiovascular. ↑Obesidad. ↑Problemas óseo-articulares. ↓Gusto por la naturaleza. ↓Tasa de actividad física. ↑Tasa horaria de consumo de pantallas (TV, ordenador, móvil...) ↓Autonomía. Pérdida de originalidad y calidad de las relaciones. ↑Tasa de abuso de alcohol y/o tabaco.</p>
Enfermedades Profesionales y Accidentes Laborales (x9)	29,03	<p>↓jornada laboral habitual; organización. Malas condiciones laborales. Cargas excesivas en infancia y adolescencia. Falta de control institucional o patronal. Exposición descuidada. Tecnificación y organización del trabajo. Banalización de los riesgos. Monotonía. Abuso de café y otros tóxicos. Negligencia ante consejos sanitarios. Falta de conocimiento o desarrollo y carencias del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.</p>	<p>↑DALYS y ↓QALYS. ↑Complicaciones o comorbilidades. ↑Gasto sanitario. Deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás. ↑Tasa de accidentes viales in itinere y laborales propiamente dichos. ↑Tasa de enfermedades agudas locomotoras. ↑Tasa de enfermedades crónicas locomotoras. ↑Tasa de absentismo laboral. ↑Tasa de invalidez o incapacidad laboral. ↑Tasa de pobreza o de dificultades económicas. ↑Tasa de patología del ámbito de la salud mental (ansiedad, etc.). ↑Tasa de litigiosidad.</p>
Trastornos del sueño (x8)	25,81	<p>Exceso de pantallas; nuevas tecnologías. Desinterés parental. Pérdida de horarios y hábitos. Factores estresantes de trabajo y familia. Sociedad y cultura occidentalizada. Abuso de televisión y juegos interactivos. Sedentarismo. Consumo de alcohol, tabaco u otros tóxicos. Mala higiene del sueño.</p>	<p>↑DALYS y ↓QALYS. ↑Complicaciones o comorbilidades. ↑Gasto sanitario. Deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás. ↑Tasa de accidentes viales, domésticos y laborales. ↑Tasa de intoxicaciones. ↑Tasa de patología del ámbito de la salud mental (ansiedad, etc.). ↑Tasa de consumo de somníferos. Abuso y dependencia. Medicalización/iatrogenia de la vida.</p>

		<p>Vejez. Estado de salud basal. Patología de salud mental. Abuso de hipnóticos o hiposedantes. Negligencia ante consejos sanitarios.</p>	<p>↑Tasa de absentismo escolar y laboral. ↓Rendimiento escolar y laboral. ↑Tasa horaria de consumo de pantallas (TV, ordenador, móvil...) Pérdida de originalidad y calidad de las relaciones. Astenia.</p>
Negligencia en salud y problemas latentes (x8)	25,81	<p>Falta de interés y hábito. Negligencia ante consejos sanitarios. Aislamiento. Ausencia de prevención. Mala Educación y Promoción de la Salud. Aburrimiento. Carencia de médico y /o farmacia. Escasa/nula formación en las escuelas. Diferencia medio urbano y medio rural. Influencia de los medios de comunicación. Ritmo de vida acelerado. Sociedad y cultura occidentalizada. Tecnificación de la sociedad. Irrupción de las redes sociales digitales. Consumismo. Banalización de la enfermedad y sus riesgos. Ambiente escolar.</p>	<p>↑DALYS y ↓QALYS. ↑Complicaciones o comorbilidades. ↑Gasto sanitario. Deterioro laboral/escolar, social o de las relaciones con los demás. ↑Aislamiento social. ↑Tasa de dependencia. ↑Problemas osteo-articulares. ↑Riesgo cardiovascular. ↓Tasa de actividad física. Sedentarismo. ↑Tasa horaria de consumo de pantallas (TV, ordenador, móvil...) Normalización de las trasgresiones dietéticas. Obesidad. Normalización del abuso de alcohol y/o tabaco. Normalización del consumo de drogas ilegales. ↑Tasa de patologías del ámbito de la salud mental (ansiedad, etc.) ↑Tasa de consumo de somníferos. Abuso y dependencia. ↑Tasa de polimedicación y iatrogenia. ↑Tasa de absentismo laboral y escolar. Medicalización/iatrogenia de la vida.</p>
Trastornos ansioso-depresivos (x6)	19,35	<p>Estrés. Ritmo de vida. Sociedad y cultura occidentalizada. Consumismo. Dificultades financieras. Soledad. Problemas laborales. Problemas de salud. Terrorismo y criminalidad. Abuso de sustancias. Antecedentes familiares y personales.</p>	<p>↑DALYS y ↓QALYS. ↑Complicaciones o comorbilidades. ↑Gasto sanitario. ↑Deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás. ↑Aislamiento social. ↑Tasa de accidentes viales y laborales. ↑Tasa de suicidios. ↑Tasa de invalidez o incapacidad laboral. ↑Tasa de absentismo laboral. ↑Tasa de pobreza o de dificultades económicas. ↑Tasa de polimedicación y policonsumo.</p>

Falta de información sexual (x6)	19,35	Escasa/nula formación en las escuelas. Diferencia medio urbano y medio rural. Prostitución. Influencia de los medios de comunicación. Ritmo de vida acelerado. Sociedad y cultura occidentalizada. Tecnificación de la sociedad. Irrupción de las redes sociales digitales. Consumismo. Nivel sociocultural más bajo. Pobreza. Negligencia ante consejos sanitarios. Banalización de ETS y del riesgo de embarazo. Mala relación con progenitores o entre ellos.	↑DALYS y ↓QALYS. ↑Complicaciones o comorbilidades. ↑Gasto sanitario. ↑Tasa de embarazos no deseados. ↑Tasa de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás. ↑Desinhibición y conductas sexuales de riesgo. Pérdida de privacidad ligada a las nuevas tecnologías. ↓edad de la primera relación sexual y del primer embarazo. ↑Tasa de malos tratos a las mujeres. ↑Tasa de abusos sexuales. ↑Tasa de pobreza. Mercantilización de las relaciones sexuales y del cuerpo de la mujer.
Enfermedades Infecciosas Agudas (x5)	16,13	Ambiente escolar. Falta de higiene. Saneamiento urbanístico. Hacinamiento. Frío. Uso de pesticidas. Desinformación sobre vacunas. Negligencia ante consejos sanitarios. Mala nutrición. Estado de salud basal. Consumo de tabaco, alcohol u otros tóxicos. Contaminación ambiental y alimentaria. Bajo nivel socioeconómico. Pobreza. Asistencia a lugares de concentración. Edades extremas de la vida. Contacto con otros enfermos. Contacto con animales.	↑DALYS y ↓QALYS. ↑Complicaciones o comorbilidades. ↑Gasto sanitario. Deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás. ↑Tasa de absentismo escolar y laboral. Problema de salud pública. Estigmatización social. ↑Tasa de pobreza o de dificultades económicas. Secuelas físicas. ↑Tasa de intoxicaciones. ↑Tasa de abuso de antibióticos. ↑Tasa de resistencias frente a antimicrobianos. ↑Tasa de epidemias de piojos y varicela, gripe, bronquitis, infecciones cutáneas como celulitis, sarna, micosis; etc. ↑Susceptibilidad a otras enfermedades. ↑Tasa de invalidez o incapacidad laboral. ↑Aislamiento.
Mala adherencia terapéutica (x5)	16,13	Carencia de farmacia. Falta de medios de transporte públicos. Aislamiento social y territorial.	↑DALYS y ↓QALYS. ↑Complicaciones o comorbilidades. ↑Gasto sanitario.

		<p>Automedicación. Negligencia ante consejos sanitarios. Vejez. Mala información sanitaria. Falta de interés y hábito. Mala Educación y Promoción de la Salud. Influencia de los medios de comunicación. Ritmo de vida acelerado. Sociedad y cultura occidentalizada. Consumismo. Banalización de la enfermedad y sus riesgos.</p>	<p>Deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás. ↑Tasa de dependencia. Aislamiento. Pérdida de autonomía. ↑Tasa de intoxicaciones. ↑Tasa de polimedicación e iatrogenia. ↑Tasa de automedicación y de consumo de somníferos. ↑Tasa de resistencias frente a antimicrobianos. ↑Tasa de epidemias infecciosas. ↑Tasa de accidentes domésticos, viales y laborales. ↑Tasa de absentismo escolar y laboral. ↑Susceptibilidad a otras enfermedades. Cronificación de patologías. Estigmatización social. Problemas de salud pública.</p>
Envejecimiento de la población (x5)	16,13	<p>Aislamiento y dispersión geográfica. Ámbito rural. Mal estado de la vivienda. Falta de medios y calefacción. Humedad. Instalaciones no adaptadas. Falta de prevención e información sanitaria. Falta de higiene. Insalubridad. Desidia y negligencia en salud. Contacto con animales de granja y salvajes. Hábitos culturales arraigados. Falta de saneamiento urbanístico. Uso de tóxicos sin protección. Desinformación sobre vacunas. Negligencia ante consejos sanitarios. Estado de salud basal. Consumo de tabaco, alcohol u otros tóxicos. Contaminación ambiental y alimentaria. Bajo nivel socioeconómico. Pobreza. Ritmo de vida acelerado. Sociedad y cultura occidentalizada. Consumismo.</p>	<p>↑DALYS y ↓QALYS. ↑Complicaciones o comorbilidades. ↑Gasto sanitario. Deterioro social o de las relaciones con los demás. ↑Aislamiento social. ↑Tasa de dependencia. Pérdida de autonomía. ↑Tasa de pobreza o de dificultades económicas. ↑Tasa de intoxicaciones. ↑Tasa de polimedicación e iatrogenia. ↑Tasa de automedicación y de consumo de somníferos. ↑Tasa de epidemias infecciosas. ↑Susceptibilidad a otras enfermedades. ↑Problemas osteo-articulares. Cronificación de patologías. Estigmatización social. Problemas de equilibrio. ↑Tasa de accidentes domésticos y viales. Enfermedades neurodegenerativas (Alzheimer, demencia); arteritis, reumatismos.</p>
Cáncer (x4)	12,90	Edades extremas de la vida.	↑DALYS y ↓QALYS. (↑tasa mortalidad y discapacidad)

		<p>Tabaco y alcohol. Tóxicos profesionales. Malos hábitos higiénico-dietéticos. Obesidad. Contaminación ambiental. Infecciones. Alteraciones hormonales y sustitutivos. Enfermedades inflamatorias crónicas. Inmunosupresión. Luz solar y radiación. Mitos y falsas ideas sobre el cáncer.</p>	<p>↑Complicaciones o comorbilidades. ↑Gasto sanitario. Astenia. Deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás. ↑Tasa de invalidez o incapacidad laboral. ↑Tasa de pobreza o de dificultades económicas. ↑Tasa de patología del ámbito de la salud mental (ansiedad, etc.). ↑Tasa de absentismo laboral o escolar.</p>
Mala educación vial (x4)	12,90	<p>Imprudencias parentales. Prisas. Ritmo de vida acelerado. Desatención. Exceso de confianza y/o de velocidad. Consumo de alcohol y otros tóxicos. Mal mantenimiento del parque motorizado. Envejecimiento del parque motorizado. Déficit de conservación de las vías. Envejecimiento de la red viaria. Trastornos del sueño. Cansancio. Fatiga. Escasa/nula formación en las escuelas. Diferencia medio urbano y medio rural. Irrupción de las nuevas tecnologías.</p>	<p>↑DALYS y ↓QALYS. ↑Complicaciones o comorbilidades. ↑Gasto sanitario. ↑Tasa de siniestralidad vial mortal y no mortal. Imprudencias e inseguridad vial. ↑Tasa de patología del ámbito de la salud mental (ansiedad, etc.). Deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás. ↑Edad del parque automovilístico. ↑Tasa de sanciones y de la tasa de conducción sin carné. ↑Edad de la red viaria. Deficiente mantenimiento de la red viaria. ↑Tasa de absentismo laboral o escolar.</p>
Enfermedades Cardiovasculares (x4)	12,90	<p>Aumento de la esperanza de vida. Antecedentes personales y familiares. Endogamia local. Diabetes. HTA. Dislipemia. Tabaquismo. Vejez. Mala alimentación y abusos culinarios. Sedentarismo y Obesidad. Irrupción de las nuevas tecnologías. Negligencia ante consejos sanitarios.</p>	<p>↑DALYS y ↓QALYS. ↑Complicaciones o comorbilidades. ↑Gasto sanitario. Deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás. ↑Aislamiento social. ↑Problemas osteo-articulares. ↑Riesgo cardiovascular. ↓Tasa de actividad física. Sedentarismo. ↑Tasa horaria de consumo de pantallas (TV, ordenadores, móvil...) ↑Tasa de pobreza.</p>

		Ritmo de vida acelerado. Sociedad y cultura occidentalizada. Consumismo.	↑ <i>Tasa de dependencia.</i> ↑ <i>Tasa de polimedicación, de intoxicaciones y iatrogenia.</i> <i>Cronificación de enfermedades.</i>
Enfermedades por mala higiene (x4)	12,90	Ámbito rural. Mal estado de la vivienda. Falta de medios y calefacción. Humedad. Instalaciones no adaptadas. Falta de prevención e información sanitaria. Falta de higiene. Hacinamiento. Insalubridad. Desidia y negligencia en salud. Contacto con animales de granja y salvajes. Hábitos culturales arraigados. Falta de saneamiento urbanístico. Uso de tóxicos sin protección. Desinformación sobre vacunas. Negligencia ante consejos sanitarios. Estado de salud basal. Consumo de tabaco, alcohol u otros tóxicos. Contaminación ambiental y alimentaria. Bajo nivel socioeconómico. Pobreza. Edades extremas de la vida.	↑ <i>DALYS y ↓ QALYS.</i> ↑ <i>Complicaciones o comorbilidades.</i> ↑ <i>Gasto sanitario.</i> <i>Deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás.</i> ↑ <i>Aislamiento social. Estigmatización social.</i> ↑ <i>Tasa de pobreza o de dificultades económicas.</i> <i>Secuelas físicas.</i> ↑ <i>Tasa de dependencia.</i> ↑ <i>Tasa de intoxicaciones.</i> ↑ <i>Tasa de resistencias frente a antimicrobianos.</i> ↑ <i>Tasa de epidemias infecciosas.</i> ↑ <i>Susceptibilidad a otras enfermedades.</i> ↑ <i>Tasa de absentismo escolar y laboral.</i> ↑ <i>Problemas osteo-articulares.</i> <i>Cronificación de patologías.</i> <i>Problemas de salud pública.</i> <i>Heridas varicosas con complicaciones a nivel de miembros inferiores.</i>
Contaminación del agua (x4)	12,90	Nitratos, Pesticidas, Purines. Agricultura intensiva. Proliferación de patógenos en desechos. Zona muerta por agotamiento del oxígeno. Metales pesados y químicos inorgánicos. Químicos orgánicos como hidrocarburos. Partículas insolubles. Deforestación y urbanización masiva. Servicios de saneamiento insuficiente.	↑ <i>DALYS y ↓ QALYS.</i> ↑ <i>Complicaciones o comorbilidades.</i> ↑ <i>Gasto sanitario.</i> ↑ <i>Tasa de intoxicaciones accidentales.</i> ↓ <i>Atractivo turístico;</i> ↑ <i>Tasa de pobreza.</i> ↑ <i>Susceptibilidad a infecciones u otras enfermedades.</i> <i>Problema de salud pública.</i> ↑ <i>Consumo de agua embotellada;</i> ↑ <i>Gasto doméstico.</i> ↑ <i>Enfermedades profesionales y accidentes laborales.</i>
Mala nutrición (x3)	9,68	Calidad de los alimentos y sus aditivos. Acceso a los alimentos y su precio. Publicidad y medios de comunicación.	↑ <i>DALYS y ↓ QALYS.</i> ↑ <i>Complicaciones o comorbilidades.</i> ↑ <i>Gasto sanitario.</i>

		<p>Dietas inadecuadas (edad, enfermedad...) Negligencia ante consejos sanitarios. Alimentación deficiente o desequilibrada. Desconocimiento de la pirámide alimenticia. Abuso de suplementos y multivitamínicos. Abuso de sustancias. Antecedentes personales y familiares. Ritmo de vida acelerado. Sociedad y cultura occidentalizada. Consumismo.</p>	<p>Deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás. Déficit B9, anemia, bocio, malformaciones fetales. ↑problemas osteo-articulares por sobrepeso u obesidad. Trastornos alimenticios por exceso o por defecto. ↓Rendimiento y/o absentismo escolar y laboral. ↑Tasa de invalidez o incapacidad laboral. ↑Tasa de pobreza o de dificultades económicas. ↑Tasa de patología del ámbito de la salud mental (ansiedad, etc.). Normalización de las trasgresiones dietéticas.</p>
Obesidad (x2)	6,45	<p>Alimentación desequilibrada. Sobrealimentación. Dietas inadecuadas. Calidad de los alimentos y sus aditivos. Acceso a los alimentos y su precio. Negligencia ante consejos sanitarios. Desconocimiento de la pirámide alimenticia. Entorno escolar. Falta de supervisión parental. Influencia de las nuevas tecnologías. Publicidad y los medios de comunicación. Déficit de práctica deportiva. Antecedentes personales y familiares. Ritmo de vida acelerado. Sociedad y cultura occidentalizada. Consumismo.</p>	<p>↑DALYS y ↓QALYS. ↑Complicaciones o comorbilidades. ↑Gasto sanitario. Deterioro laboral/escolar, social o de las relaciones con los demás. ↑Aislamiento social. Pérdida de calidad de las relaciones. ↑Problemas osteo-articulares. ↑Tasa de incapacidad o invalidez laboral. ↑Riesgo cardiovascular. ↓Gusto por la naturaleza. ↓Tasa de actividad física. Sedentarismo. ↑Tasa horaria de consumo de pantallas (TV, ordenador, móvil...) ↑Tasa de pobreza. Normalización de las trasgresiones dietéticas. ↑Tasa de dependencia. Estigmatización social.</p>
Mal estado dental (x2)	6,45	<p>Mala higiene. Dificultad de acceso a dentistas. Intoxicación crónica por tabaco y/o alcohol. Abuso de sustancias. Mala alimentación. Negligencia ante consejos sanitarios. Falta de Prevención y Promoción. Calidad de los alimentos y sus aditivos.</p>	<p>↑DALYS y ↓QALYS. ↑Complicaciones o comorbilidades. ↑Gasto sanitario. Deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás. Pérdida de autonomía. Mala nutrición. ↑Tasa de pobreza. ↑Susceptibilidad a infecciones bucodentales u otras enfermedades.</p>

Agradecimientos:

A los habitantes de Limerzel por su ilusión y sus ganas de ayudar en este trabajo mediante sus aportaciones y su conocimiento. Un grand merci.

A mi tutora la Dra. Verónica Casado Vicente por compartir conmigo su experiencia y entusiasmo en la Salud Comunitaria. Personas como ella son el motor del cambio.

A mis padres, mi hermano y toda mi familia por animarme y creer siempre en mí durante estos largos años de carrera. Su orgullo es hoy parte de mi satisfacción.