

PERFIL DE SALUD LOCAL



ADRA

PROYECTO RELAS (Red de Acción Local en Salud): PROYECTO DE DESARROLLO DE LA ACCIÓN LOCAL EN SALUD



I. INDICE

BLOQUE 1: MARCO NORMATIVO Y CONCEPTUAL

I. INTRODUCCIÓN: MARCO CONCEPTUAL _____

I. 1 Nuevos Retos en Salud Pública y Salud Local _____

II. MARCO LEGAL _____

III. JUSTIFICACIÓN PROYECTO RED LOCAL DE ACCIÓN EN SALUD (RELAS) _____

IV. PROYECTO RELAS _____

BLOQUE 2: ANALISIS SOCIODEMOGRAFICO

1. MARCO DE ACTUACIÓN _____

1.1 Localización Geográfica _____

1.2 Reseña histórica _____

1.3 Estructura sociodemográfica: indicadores demográficos _____

1.3.1 Población _____

1.5 Estructura socio-económica: indicadores socioeconómicos _____

BLOQUE 3: ESTADO DE SALUD

2. ESTADO DE SALUD _____

2.1 Protección de la Salud _____

2.2 Vigilancia Epidemiológica (prevención) _____

2.3 Promoción de la Salud (estilos y hábitos de vida) _____

3. DESIGUALDADES _____

4. NECESIDADES SENTIDAS _____

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES _____

6. FUENTES DE INFORMACIÓN _____

ANEXOS _____

A 1. Infraestructura Sociosanitaria _____

A 2. Infraestructura Educativa _____

A 3. Infraestructura Municipal _____

A 4. Programas de Salud de otras entidades del municipio _____

A 5. Estructuras de participación ciudadana _____

A 6. Medios de comunicación local _____

BLOQUE 1: MARCO NORMATIVO Y CONCEPTUAL

I. INTRODUCCIÓN: MARCO CONCEPTUAL

En este período, nos encontramos frente a **una serie de demandas de la ciudadanía para mejorar la calidad de vida** en el contexto, en el que nos movemos. Es este un momento histórico en el que las sociedades desarrolladas hemos alcanzado un nivel de salud inimaginable pero, paradójicamente, nos encontramos ante una etapa claramente crucial en la que nos dirigimos hacia un mundo cada vez más urbanizado y, con ello, hacia la necesidad de admitir las consecuencias que esto pueda tener en la salud, tanto en beneficios como en problemas y riesgos.

En lo que respecta a la salud, **la ciudadanía demanda cada vez más, no solo tener acceso a una atención sanitaria de calidad que resuelva sus problemas de salud, sino vivir en un entorno ya sea social, laboral o de ocio, seguro y saludable.** El diseño de ciudades compactas, accesibles y adaptadas a todas las franjas de edad, a diferentes colectivos y necesidades influirá, indudablemente, en la calidad de vida de las personas que las habitan. Hay que tener en cuenta además, que la prestación de servicios de atención de salud y la inversión en tecnología y tratamiento médicos no son suficientes para mejorar las condiciones de salud en la población.

Sobre **la salud** actúan diversos determinantes o factores, que es necesario tener en cuenta a la hora de delimitar el concepto de salud, y que hacen referencia a aspectos tan variados como factores biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos, siendo difícil separar unos de otros para poder actuar aisladamente.

Cabe recordar que la **Salud Pública (SP)**, definida como “el esfuerzo organizado por la sociedad para prevenir la enfermedad, proteger, promover y restaurar la salud, y prolongar la vida”¹, tiene la misión de “trabajar por mejorar la salud de la población”; y para ello es necesario contribuir, de forma coordinada con otros sectores e instituciones, en la creación de las condiciones estructurales de la sociedad y en las condiciones de vida de la población más favorecedoras para la salud; en promover las conductas individuales y estilos de vida más saludables; y en luchar contra la enfermedad y minimizar la pérdida de la salud.

En las **Políticas de Salud** llevadas a cabo por los distintos países, han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las "causas de las causas", como pueden ser las acciones sobre el entorno social, y en

¹ Last, JM. *A dictionary of epidemiology*. New York: Oxford University Press; 1995.

consecuencia, los resultados obtenidos con intervenciones en salud centradas en lo curativo han sido insuficientes.

Por ello, es fundamental promover el **conocimiento de los factores medioambientales**, facilitando la creación de entornos saludables (en consonancia con lo establecido en el Plan de Acción Comunitario de Medio Ambiente y Salud 2004-2010) **y sociales** fomentando las acciones tendentes a evitar, reducir o retrasar el desarrollo de los factores de riesgo: el refuerzo de la autoestima y la autonomía de las personas, el impulso y apoyo a las familias cuidadoras, el asociacionismo y otras organizaciones de participación ciudadana.

Cabe matizar que, en lo que respecta a la aportación de los servicios sanitarios en la mejora del estado de salud de la población, así como en la reducción de las desigualdades, hay suficiente evidencia contrastada de que estos contribuyen comparativamente de una forma muy modesta ya que los servicios asistenciales están demasiado orientados hacia el mejor diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, y no lo suficiente hacia su prevención y la promoción de la salud. Por tanto, **los problemas de las desigualdades en salud como los de la carga de enfermedad, no pueden resolverse sólo desde el sistema sanitario**, aunque se pudieran incrementar los recursos destinados a ésta, hay que ir más allá, resultando necesario incorporar un cambio en el punto de vista y actuar antes de que se produzcan éstas. Conseguir una comunidad más sana con estos criterios, significa dirigir las actuaciones hacia **los determinantes (factores) de la salud** y por tanto, hacia los sectores competentes.

Se entiende como **determinantes sociales de la salud** aquellas circunstancias configuradas por las condiciones económicas, sociales, normativas y políticas, en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen; así como los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. Son **cuatro los determinantes de la salud**: el sistema sanitario, el medioambiente (físico y social), la genética, y los estilos de vida (Informe Lalonde, 1976).

La Salud en Todas las Políticas (STP) aparece como una estrategia transversal que introduce la mejora de la salud para nuestra población y la reducción de las desigualdades en salud como un **objetivo compartido** entre todos los niveles, sectores y agentes de gobierno, y dirige una respuesta política integrada, coherente, coordinada y transparente a los retos complejos de la salud de la población mediante la actuación en los determinantes de la salud.

El reto de esta estrategia se refiere a la capacidad para convencer a los demás sectores y agentes de la importancia que tiene situar la salud en las agendas de todos los responsables políticos que previamente no habían considerado de manera expresa que sus políticas tuviesen un impacto positivo o negativo sobre la salud de la ciudadanía.

Es una obviedad que **la sociedad** ha cambiado profundamente y continúa transformándose. Tiende a convertirse en una compleja red donde las personas actúan, en calidad de consumidores y usuarios, de colectivos que comparten problemas, de miembros de corporaciones profesionales, de

asociaciones, de medios de comunicación... Los movimientos producidos por **la inmigración** facilitan el intercambio entre culturas y ofrecen una mayor riqueza, diversidad y complejidad a la vida de la ciudad, por lo que uno de los principales retos con los que se enfrentan nuestras ciudades es la capacidad de conexión, no sólo territorial sino también en lo que respecta a sus estructuras sociales y diferencias culturales. El aumento de la **movilidad**, la incorporación de las tecnologías de la información a la vida cotidiana y la proliferación y la creciente importancia de los medios de comunicación abren paso a nuevas formas sociales adquiriendo especial relevancia los “estilos de vida”, que integran a las personas en iguales comportamientos de ocio y consumo, al tiempo que los segmenta en grupos diferenciados: mayores, jóvenes inmigrantes... Por otro lado, **la globalización** plantea la necesidad de recuperación del entorno local, cuyos espacios de participación y decisión deben ser cada vez más próximos, potenciando el sentimiento de identidad y de pertenencia a la comunidad local (barrio, pueblo, ciudad) que es más intenso que el de Estado-Nación.

En este momento histórico en el que las sociedades desarrolladas han alcanzado un nivel de salud inimaginable hace unas décadas, con una esperanza de vida media muy alta, han hecho su aparición **las enfermedades crónicas y degenerativas**, muy relacionadas con el envejecimiento poblacional y los estilos de vida. Actualmente se dispone de suficiente evidencia como para afirmar que gran parte de la mortalidad y morbilidad asociadas a los factores de riesgo se podrían prevenir con estilos de vida y ciudades saludables, influyendo en la calidad de vida y en la salud de las personas que viven en ella.

Nuevos Retos en Salud Pública y Salud Local

En este sentido, con todo lo expuesto anteriormente, **el nuevo modelo de Salud Pública (SP) en Andalucía**, tiene la misión de “*trabajar por mejorar la salud de la población*”; y para ello es necesario contribuir, de forma coordinada con otros sectores e instituciones, en la creación de las condiciones estructurales de la sociedad y en las condiciones de vida de la población más favorecedoras para la salud; en promover las conductas individuales y estilos de vida más saludables.

En este contexto, se concibe un campo de trabajo en el espacio de encuentro más cercano a la ciudadanía, donde ésta desarrolla su convivencia, establece sus relaciones y construye su entorno. Por eso tomamos como punto de partida “**lo local**”: el lugar donde viven y se desenvuelven las personas es decisivo para las intervenciones en salud, y en Adra ya hemos comenzado con la creación de una red en la que actúen todos los agentes que pueden influir en la salud de un determinado territorio, organizando los elementos que constituyen una ciudad y que pueden tener un impacto positivo en la salud (vivienda, seguridad vial, actividad física, calidad del aire...).

Además, la puesta en marcha de estas medidas no exige necesariamente más financiación, sino el compromiso de orientar los recursos hacia las intervenciones que se decidan de manera consensuada, incrementando de este modo su eficacia. Lo importante es escuchar, relacionarse y liderar grupos de

ciudadanos/as, asociaciones y organizaciones no gubernamentales a la vez que se articulan las responsabilidades del gobierno local a un nivel institucional superior como el autonómico.

Contribuir a recopilar datos, proponer y desarrollar métodos y herramientas de trabajo, a establecer *Redes* y diferentes tipos de cooperación, así como promover políticas pertinentes, debe ayudar a desarrollar un espacio local de salud, teniendo en cuenta las necesidades que plantea la ciudadanía, preocupada por aspectos que atañen a sus entornos, la calidad del espacio que habitan, las aguas que consumen, los alimentos que constituyen su mejor dieta, la preocupación por las relaciones del marco familiar, por sus jóvenes, por sus proyectos vitales y de familia, por sus mayores...

La **Planificación Municipal** así entendida, no es posible sin una **Participación Ciudadana** activa, continua y capaz de aglutinar el mayor número de colectivos. Sin duda, la implicación de la propia ciudadanía favorece la efectividad de las intervenciones en salud. Para ello se debe conseguir, en primera instancia, que las personas se sientan protagonistas y responsables de las decisiones que afectan a su salud en el marco de su ciudad.

Así mismo, debe fomentarse el acceso a la información sobre los problemas y riesgos, sus consecuencias y las acciones posibles –individuales y colectivas- para evitarlos o reducirlos, así como recoger sus aportaciones e informar sobre el desarrollo de las acciones que se pongan en marcha.

Y es que a través de este proyecto RELAS, abordamos la salud como factor de bienestar personal y social, resultando posible aunar los intereses de la ciudadanía, de los profesionales de los servicios sanitarios y las corporaciones locales y dirigirlos hacia el avance del municipio de Adra en el ámbito de la salud, requiriendo un nivel de corresponsabilidad superior a la hora de decidir los objetivos de cada uno de forma cooperativa, y basándonos en un trabajo intersectorial que cuenta con la participación ciudadana y el apoyo institucional. Su proyección va más allá del sector sanitario, mediante las alianzas con otros sectores implicados en el desarrollo de una planificación de la salud en el entorno urbano; fomentando la promoción de comportamientos saludables colaborando en el diseño de ciudades para una mejora de las condiciones de vida urbana; y contribuyendo al desarrollo de una gestión urbana, saludable y participativa.

II. MARCO LEGAL

Incorporada a la Constitución Española la **Carta Europea de Autonomía Local**², identifica en los municipios la capacidad de ordenar y gestionar bajo su propia responsabilidad una parte importante de los asuntos públicos mediante el impulso de políticas propias. Esto se sustenta mediante el liderazgo político del gobierno local para que tanto los actores públicos como privados, desde sus propios ámbitos, formen una red capaz de hacer competitivo el territorio y de dar una respuesta adaptada a la realidad de la sociedad a la que representa.

² Consejo de Europa: Carta Europea de la Autonomía Local, hecha en Estrasburgo el 15 de octubre de 1985. Ratificada por España el 20 de enero de 1988 (BOE núm. 47, de 24 de febrero de 1989)

En **Andalucía**, desde 1998, la **Ley de Salud**³, dedicada directa y principalmente al ciudadano, representa un marco legislativo más amplio para la administración sanitaria en materia de protección de la salud de los ciudadanos/as, con el que además, se pretende regular el campo de actuación y relación con el sector privado, siempre dentro del ámbito competencial de la administración local. Con ella se potencia el papel de los municipios, con el principal objetivo de regular las actuaciones que hacen efectivos los derechos y deberes de la ciudadanía respecto al sector salud, se fomenta la participación, y consecuentemente la corresponsabilidad en el derecho a la protección de la salud.

En la actualidad el **Estatuto de Autonomía de Andalucía** confiere a los Ayuntamientos un mayor protagonismo, estableciendo competencias propias que le son asignadas. De esta manera se apuesta por la adecuación a una sociedad más actual, en la que la ciudadanía goce de muchos más derechos en los que trabajar de forma cercana y activa.

En lo que respecta a la municipalidad este cambio que vivimos y que afecta a la organización de los gobiernos locales, es solo el principio de un proyecto de gobierno que se está concretando desde el nivel autonómico y que, de forma escalonada, se materializará en una descentralización de competencias y reparto de tributos a los entes locales.

La **Ley 16/2011**, de 23 de diciembre, **de Salud Pública de Andalucía** y la **Ley 5/2010**, de 11 de junio, **de Autonomía Local de Andalucía** contemplan, al amparo de una gobernanza local el desarrollo de la acción local en salud (ALS) en las entidades locales mediante un instrumento clave: el **Plan Local de Salud (PLS)**, con el que poder incorporar los objetivos de salud en las políticas locales de los diferentes sectores. Esto convierte el pacto local en un instrumento de integración para la conexión de las inquietudes y prioridades de la ciudadanía y sus problemas de salud.

El **IV Plan Andaluz de Salud (PAS)**, pretende acercarnos a la realidad de nuestra provincia (provincialización), a los determinantes vinculados a nuestra población, así como a los recursos y condiciones de nuestro territorio, que serán plasmados en el Plan de Salud Provincial (PSP). Igualmente, estos objetivos son llevados al territorio más cercano a la ciudadanía (Entidades Locales), mediante un marco de gobernanza local que refuerza el liderazgo de los gobiernos locales en materia de salud pública. En el escenario local se precisa identificar las estructuras, funciones e instrumentos necesarios para el desarrollo y elaboración del IV PAS y la elaboración de los Planes Locales de Salud (PLS) a través de la localización. En la localización, los gobiernos locales podrán decidir elaborar un PLS en función de su propia realidad, trabajando la acción local en el contexto de la Salud en Todas las Políticas, teniendo en cuenta:

- Una metodología de planificación conjunta, en un marco de gobernanza local.
- El liderazgo del gobierno local por su capacidad de identificar y vincular a todos los sectores implicados en el territorio y la ciudadanía.

³ [Ley 2/1998 de 15 de junio, de Salud de Andalucía.](#)

Con todo esto, se requiere una convergencia de los objetivos de los diferentes sectores en torno a la salud pública, en la que cada sector actúa desde su marco de competencias, hacia otra nueva forma de gobernanza, de funcionamiento en **red local**⁴; con un nodo central que representa el liderazgo del gobierno local y su corresponsabilidad, lo que supone asumir entre todas las partes:

- Una nueva forma de trabajo local liderada por los gobiernos locales, a los que también se les plantea la acción conjunta de varios departamentos;
- La acción participada de la ciudadanía como protagonista en la elaboración, aplicación y seguimiento de las políticas;
- Unos contenidos de protección y de promoción de la salud así como de la prevención de la enfermedad y de los riesgos para la salud y el desarrollo, explícitos.
- Una forma de abordaje capaz de implicar a todos los actores que concurren en estos espacios, con un lenguaje común, diferentes formas de comunicación y fomento de las alianzas;
- Un estilo de trabajo: “trabajar con los otros”.

En estos momentos, **el desarrollo del IV Plan Andaluz de Salud (IV PAS) incorpora la perspectiva local** como un instrumento clave capaz de garantizar sus objetivos mediante la conexión de las políticas de salud con las estrategias de respuesta que se ejecutan en el nivel local.

III. JUSTIFICACIÓN PROYECTO RED LOCAL DE ACCIÓN EN SALUD (RELAS)

- La integración de la salud** como eje transversal en todas las políticas es necesaria para el desarrollo de respuestas eficaces a los retos actuales de la salud y mucho más efectiva en el entorno más próximo a la ciudadanía.
- La salud es un recurso fundamental** para la sociedad porque las personas en buena salud incrementan su capacidad productiva y su competitividad frente a sociedades menos saludables; generan riqueza, mejoran el capital de las ciudades.
- El círculo virtuoso entre salud, bienestar, desarrollo social y económico** justifica, la implementación de este Proyecto en el nivel local.

⁴ **Red Local:** estructura operativa de acción intersectorial en el entorno más cercano de la ciudadanía, por la que se establecen relaciones entre las personas, los grupos y la comunidad; se posibilita el desarrollo de actividades conjuntas; se generan conexiones entre las instituciones y otras entidades territoriales; y que permite la combinación de intereses de los diferentes actores, en el proceso de alcanzar objetivos comunes de progreso, compartiendo los recursos.

Se trata de desarrollar una “forma de hacer” única a nivel central, pero con visión territorial y apuesta local. Los Ayuntamientos se convierten en agentes clave de la salud pública, por su capacidad de rentabilizar todas aquellas actuaciones poblacionales y del entorno en relación con la salud (estilos de vida, entornos físico y social...). Es imprescindible estrechar la relación y coordinación con los ayuntamientos, al mismo tiempo que se crean las bases para avanzar en una red funcional integrada de servicios de Salud Pública.

El objetivo es conseguir una mayor eficacia y eficiencia de las respuestas a los problemas, lo que conlleva una tarea compartida, en la que se investiguen e incorporen nuevos instrumentos con una visión consensuada y compartida. Actualmente el **proyecto de la Red Local de Acción en Salud (RELAS)**, se basa en una metodología de acción local mediante un funcionamiento en red de los diferentes sectores implicados con la situación de salud en el territorio, que bajo el liderazgo del gobierno local pretende desarrollar un **Plan Local de Salud (PLS)** como respuesta a la mejora de la salud y calidad de vida de la población.

IV. PROYECTO RED LOCAL DE ACCIÓN EN SALUD (RELAS)



El Ayuntamiento de Adra en colaboración con la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, participa en el proyecto RELAS (Red Local de Acción en Salud) para poner en valor la prevención de la enfermedad, promoción y protección de la salud en este municipio, apoyados por las recientes leyes autonómicas de salud pública y de autonomía local, que ponen al gobierno local como eje para coordinar los sectores que intervienen en la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos.

La **Acción Local en Salud** es un conjunto de actuaciones orientadas a situar la política y las acciones de salud (prevención, promoción y protección) en el escenario más cercano a la población, posibilitando las sinergias de las políticas públicas, la implicación del sector privado y de la ciudadanía, con el liderazgo de los gobiernos locales.

El resultado es el establecimiento y desarrollo de una red local que trabaja para la mejora de la salud de la población, con un enfoque de perdurabilidad en el tiempo y conforme a un proceso de planificación, que se concreta en un instrumento clave: el **Plan Local de Salud**, que recoge la planificación, ordenación y coordinación de las actuaciones que se realicen en materia de salud pública en el ámbito de un municipio.

Este Plan Local de Salud pretende situar las acciones en salud en el escenario más cercano a la población, intentando abordar la disminución de desigualdades sociales, promoción de hábitos y estilos de vida saludables mediante mejora del entorno urbano e implantación de estrategias de sostenibilidad en la localidad.

Las fases metodológicas de este proyecto pasan por elaborar un **Análisis Sectorial de Salud** que nos da información de la situación de salud del municipio desde el punto de vista del sector salud y que luego será completado con otros determinantes de la salud (factores que afectan a la salud) a través del trabajo consensuado, interdisciplinar y multisectorial de un **Grupo Motor** (se crea para coordinar la elaboración del PLS) consiguiendo finalmente elaborar el **Perfil de Salud Local** (documento que nos ocupa) del que van a emanar las principales necesidades a abordar para mejorar la salud de los abderitanos, a través del apartado de conclusiones y recomendaciones.

Posteriormente pasamos a la fase de **priorización** de las necesidades que queremos o podemos abordar, en base a criterios como pueden ser magnitud del problema, gravedad, factibilidad... para decidir finalmente cuales van a ser las líneas estratégicas que se van a tener en cuenta y elaborar el **Plan de Acción** para su mejora, culminando con la planificación e implantación de una serie de actuaciones (acciones) para mejorar la salud y calidad de vida de los ciudadanos de Adra, involucrándolos en las respuestas a sus problemas y necesidades relacionadas con la salud.

El **Plan Local de Salud**, es la incorporación de todas las fases que hemos descrito, y al igual que el Perfil de Salud Local y el Plan de Acción debe ser aprobado por la Corporación Municipal, previo visto bueno de todas las personas que han colaborado en su construcción. Es importante resaltar que en este proyecto se realiza un seguimiento y evaluación de manera continua, para hacer de éste un documento dinámico, práctico y adaptable a cualquier modificación en el tiempo.

Igual de importante es la **comunicación**, que hace accesible toda la información a la ciudadanía y sectores locales, fomentando una opinión contrastada y una colaboración en la construcción e implantación del proyecto, a través de las actuaciones conjuntas que se diseñen para conseguir la implantación efectiva del mismo.

El **Grupo Motor**, es un grupo de carácter operativo, es una pieza clave para impulsar el desarrollo del proyecto RELAS. Este grupo es el encargado de coordinar todas las actuaciones, intentando conseguir la participación de todos los sectores (contando con las distintas administraciones públicas, sector privado y la ciudadanía a través de asociaciones o con carácter individual), incluyendo a responsables políticos de la Corporación, técnicos de todas las administraciones y ciudadanos.

En Adra está compuesto por:

- Concepción Reyes Moreno, Concejala Delegada de Salud, Consumo, Mayor, Familia, Discapacidad e Inmigración.
- Moisés Linares Castro, Concejala Cultura, Turismo, Playas, Juventud, Mujer, Participación ciudadana, Familia, Discapacidad, Salud y Consumo, Mayor e Inmigración, Comercio, Deportes y Educación.
- Antonia Madrid Vera, Técnica responsable de ALS.
- Francisco Fernández Fernández, Técnico de Juventud y Drogas.
- Francisco Salinas Fernández, Técnico Deportes.
- Carmina Padilla Gómez, Técnica Información a la mujer y Participación Ciudadana.
- Rubén Moncada Díaz, Técnico Promoción Distrito Poniente.
- Silvia Vallejo Godoy, Epidemióloga Distrito Poniente.
- Almudena de la Casa Mondéjar, Directora del Centro Salud de Adra.
- Valentina Estévez Ferrón, Enfermera Gestora de Casos de Centro de Salud de Adra.
- Belén Ramos Fernández, Técnica de Acción Local en Salud de la provincia de Almería.

Destacar la colaboración en la construcción del perfil de:

- Pilar Lorenzo Fernández, Técnica Desarrollo Local.
- Concepción Espín Fernández, Directora de Servicios Sociales.
- Inés Roldán Escobar, Trabajadora Social.
- Trinidad Pérez Juárez, Inspectora Jefe Policía Local.
- Dolores Doñas Ortega, Profesora de Educación Primaria CEIP ABDERA.
- Juana Romero Cruz, Inspectora Salud Distrito Poniente. A.C.S.O.
- M^a Rosa Fernández Fernández, Trabajadora Social Centro Salud de Adra.
- Alicia Sánchez López, Presidenta de Asociación Cruz Roja Española en Adra.
- María Teresa Díaz Durán, Asociación de Mujeres Inmaculada Marina.
- Encarnación Pérez Roldan, Presidencia de Asociación Española Contra el Cáncer de Adra.
- Dolores Archilla Romera, AMPA LUNARIA CEIP Pedro Mena.
- Antonio Martínez Tortosa, Director de la Unidad de Protección de la Salud de Distrito Poniente.

Con este documento, el Perfil de Salud Local, empezamos a crear una **red local** que se irá ampliando conforme avancemos en el proyecto. Además del Grupo Motor, hemos contado con la participación

ciudadana a través de encuestas y entrevistas, cuyas conclusiones aparecen como **necesidades sentidas**, e iremos ampliando la red para abordar los problemas de salud del municipio desde un punto de vista intersectorial, con la creación de **Grupos de Trabajo** más específicos para poder establecer las mejoras/acciones entre toda la ciudadanía.

BLOQUE 2: ANÁLISIS SOCIO-DEMOGRÁFICO

1. MARCO DE ACTUACIÓN

1.1 Localización Geográfica

INFORMACIÓN TERRITORIAL

Adra está situada en la zona más occidental de la provincia de Almería, en la comarca del poniente, a 53 Km. de la capital. Con una extensión superficial de 90,1 Km. 2 y 13 Km. de línea costera y una altitud sobre el nivel del mar de 20 metros. En la actualidad cuenta con 24.912 habitantes.



POSICIÓN GEOGRÁFICA	
Extensión	90,1 km
Densidad	273,47 hab/km2
% superficie provincial	1,02%
Coordenadas	63.44-59,82 / 0-40-23,75
Altitud Media	15,2G
Núcleos de población	20
Distancia de la capital (Almería)	53 km

Su forma es aparentemente triangular y está recorrida longitudinalmente por la carretera N-340A Cádiz - Barcelona, entre los puntos kilométricos 377,700 a 397.

El lado occidental del término municipal constituye el límite con la provincia de Granada y abarca de sur a norte los términos municipales de Albuñol y Turón.

El lado oriental limita con el término municipal de Berja (Almería). Su paisaje está caracterizado por la existencia de un conjunto de lomas y barrancos que se inician a nivel de mar en el vértice Sureste del término, que van aumentando su altura cuanto más avanzamos hacia el Norte y el Oeste, alcanzando cotas máximas próximas a los 1000 metros. Destaca como cota máxima la de 960 metros que corresponde al cerro de "La Pendencias y casas de las Cabañuelas".

DESCRIPCIÓN DEL ENTORNO FÍSICO-BIÓTICO.NATURAL

A.1.- CLIMATOLOGÍA

Por su situación geográfica al encontrarse entre la sierra de Gádor (que actúa de barrera ante los vientos fríos del norte) y la costa, Adra goza de un clima mediterráneo subtropical, con inviernos suaves y veranos no excesivamente calurosos con una baja amplitud térmica anual (13.7 °C) típica de una localidad costera. Por esta razón, las temperaturas serán suaves durante todo el año, pero la ausencia de lluvias, le proporcionará a esta zona ciertas características de aridez, propias de la provincia de Almería. Las escasas precipitaciones suelen tener lugar en el invierno, recogiendo unos 240 mm/año, produciéndose normalmente de forma irregular y en forma de aguaceros. Los vientos son moderados pero constantes a lo largo de todo el año. Durante la mayor parte del año, los días son totalmente despejados en Adra, siendo muy escasos los días totalmente cubiertos.

A.2.-GEOLOGÍA

Se diferencian una serie de dominios geomorfológicos que se pueden describir partiendo de dos grupos iniciales: las zonas llanas (vega de Adra) y las zonas elevadas (glacis continental). Los materiales más antiguos correspondientes al complejo Alpujarride y pertenecientes al manto de Adra y Murtas, presentan un grado de metamorfismo variable de edad Paleozoico-Permotriásica y están constituidos por esquistos, micaesquistos y esquistos grafitosos. Sobre éstos se encuentran unos materiales pertenecientes al manto de Lújar y Alcázar de edades Permotriásica y Triásica constituidos por dolomías y calizas.

A.3.-GEOMORFOLOGÍA

Por lo que se refiere al núcleo urbano de Adra y alrededores, se observan modificaciones muy importantes respecto de las condiciones naturales de evolución geomorfológica. Las laderas tienden a un equilibrio gradual de forma natural, el cual se ve modificado de forma habitual en zonas de escarpes, zonas de ramblas naturales históricas, zonas llanas de la vega y playas y en zonas elevadas de pendiente constante.

A.4.-EDAFOLOGÍA

El estudio del suelo permite evaluar las propiedades que pueden influir en el establecimiento de la repoblación y en su desarrollo; como son la capacidad de retención de agua, profundidad, permeabilidad, compacidad, fertilidad, que influyen decisivamente en la repoblación. También se

estudian las características y propiedades de los suelos con el fin de evitar posibles problemas con las especies seleccionadas para la repoblación.

Atendiendo a sus características, el suelo del término municipal de Adra se extiende desde las estribaciones de las sierras de Contraviesa, Lújar y Gádor hasta el nivel del mar; por lo que la altitud va disminuyendo progresivamente, apareciendo en este orden: cambisoles, regosoles y fluvisoles.

A.5.-HIDROLOGÍA

La hidrogeología tanto superficial como subterránea pertenece a la cuenca del río Adra y a la cuenca vertiente de la sierra de Gádor al mar. Esta cuenca está íntimamente relacionada con el río Adra y es la única excedentaria de la provincia de Almería. La demanda actual para toda la cuenca del Adra se estima en 45 hm³/año, unos 40-41 hm³/año para la agricultura (8-9.000 Ha, unas 15.000 Ha en el delta y su entorno) y 4 hm³/año para usos urbanos e industriales, sin olvidar el aporte de recursos hídricos que exigen Las Albuferas.

A.6.-VEGETACIÓN

La **vegetación** existente se encuentra muy degradada como resultado de la sobreexplotación agrícola, se distinguen 3 grandes ecosistemas vegetales: cultivos leñosos en la zona occidental del territorio, matorrales más o menos densos en la zona central del término municipal y cultivos bajo plástico en la zona más oriental y en el sur. En el litoral se localiza una especie que se encuentra actualmente en peligro de extinción, *Limonium malacitanum*. En La Parra el encinar autóctono se conserva en varios puntos aislados donde, junto a la encina, aparecen el lentisco, enebro y torvisco.

A.7.-PAISAJE

El paisaje de Adra se caracteriza por el elevado grado de intervención humana que ha conducido a la modificación de sus elementos naturales, dando lugar a un paisaje diferente marcado por la extensión del cultivo bajo plástico.

A.8.-FAUNA

La fauna viene representada principalmente por aves, cuya presencia se debe, en gran medida, a la Reserva Natural "Las Albuferas". Las especies más características del territorio se enumeran a continuación:

- Fartet, endemismo de la Península Ibérica que actualmente se encuentra en peligro crítico de extinción
- Malvasía cabeciblanca (también en peligro crítico de extinción), garceta común, avetorillo común, avetoro común, y demás aves migratorias presentes en Las Albuferas
- Especies de anátidas, aves acuáticas y marinas que son migratorias y cuya presencia es regular en Las Albuferas
- Paseriformes de diferentes especies: carriceros, mosquiteros, ruiseñores, lavanderas o pechiazules, existiendo también rapaces ligadas a estos medios como el aguilucho lagunero.

- Galápago leproso Además de éstas especies se pueden encontrar muchas más en función del hábitat, por ejemplo La Parra está habitada por una rica comunidad animal compuesta por el sapo común, el abejaruco, la curruca mirlona o la jineta. En los arbustos se localizan la culebra, la perdiz, el águila perdicera, el conejo y la cabra montesa.

A.9.-COSTA

Adra dispone de 13 Km. de playas y calas en estado virgen, con Bandera Azul en tres de sus playas y el distintivo de Q de calidad: San Nicolás, Censo, Sirena Loca y Carboncillo, las más próximas al casco urbano y un puerto deportivo galardonado igualmente con bandera azul por ADEAC.

Cuenta con un paseo marítimo de 3 km de longitud aproximadamente que abarca desde la zona levante hacia el poniente del municipio y "Centro Azul" cuyo objetivo es la conservación de los ecosistemas litorales y los entornos naturales de Adra y la promoción de un uso sostenible de los recursos y de un estilo de vida sano.

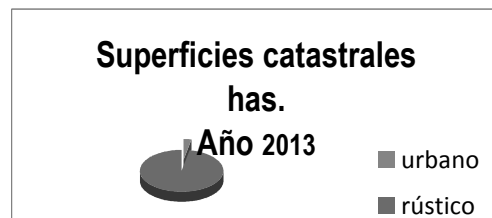
ENTORNO CONSTRUIDO

B.1. -MODELO URBANO.

El municipio de Adra se rige por las normas urbanísticas Normas Subsidiarias aprobadas el 28 de enero del 2000. En la actualidad se está redactando el PGOU, estando aprobado provisionalmente.

Usos del suelo:

SUPERFICIES CATASTRALES	Hectáreas
Urbana	341
Rústica	3538



Fuente: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Dirección General de Catastro. Año 2013

Suelo Industrial: En el municipio de Adra existen 2 polígonos Industriales: La Azucarera, El Campillo, La Curva y El Pandero.

Equipamientos: Los abderitanos cuentan con numerosos parques tanto infantiles como de adultos distribuidos a lo largo de todo el municipio así como en los núcleos poblacionales fundamentalmente Puente del Río y La Curva. En el paseo marítimo de San Nicolás "Pago del Lugar" se instaló un parque biosaludable con el objetivo de fomentar el ejercicio físico entre los mayores, así como distintas zonas de ocio y esparcimiento como son el paseo marítimo, rambla de bolaños, senderos de guainos calar alto, y urbano.

El Centro Comercial Abierto (CCA) Adra, está compuesto por el conjunto de actividades comerciales y de servicios, que se sitúan dentro del centro urbano, abarcando diversidad comercial, de servicios y

ocio, diseñado con facilidades de acceso, dotación de aparcamientos, uso peatonal, campañas promocionales y de animación de los comerciantes, que se agrupan bajo una gerencia única. Un CCA es un gran generador de riqueza para el municipio, pues se trata de una gran diversidad de pymes, que son las que al fin y al cabo mantienen la economía local.

El puerto de Adra recoge 267 amarres de uso deportivo, además de aparcamientos y otras instalaciones. Cuenta con 15.000m² de superficie de tierra ordenada, superando los 33.000 m² el uso deportivo de esta superficie.

Accesibilidad: En el año 2005 se aprobó el **Plan Integral de Accesibilidad** el cual ha permitido eliminar dichas barreras en las principales calles de la ciudad, plazas, edificios públicos e incluso centros escolares. Integrado en el Sistema de Información Geográfica de Municipios Accesibles (SIGMA), una novedosa tecnología de actualización de datos que permite a cualquier persona con discapacidad conocer los itinerarios y espacios accesibles y las barreras que presentan los edificios públicos de cada municipio.

Respecto a las calles en las que se ha conseguido erradicar las barreras arquitectónicas destacan las de Natalio Rivas, Paseo Marítimo, Avda. del Mediterráneo o el caso antiguo, también resaltan las obras de eliminación de barreras llevadas a cabo en las calles de las barriadas de La Curva, El Puente del Río y La Alquería.

De forma unánime, en 2009 el pleno del Ayuntamiento de Adra se aprobó inicialmente la **Ordenanza sobre Accesibilidad**, el objetivo de este documento es regular la accesibilidad para que las personas con cualquier tipo de discapacidad puedan moverse con total libertad por la ciudad de Adra, teniéndose en cuenta en la redacción del planeamiento urbanístico, en los accesos a los establecimientos, los espacios de utilización colectiva y los sistemas de transporte, entre otros. Esta norma es otra apuesta más por la mejora de la calidad de vida de nuestros ciudadanos, en especial de todas aquellas personas que tienen algún impedimento físico, colocando a Adra entre los primeros municipios de Andalucía en materia de discapacidad. No sólo se facilitará la accesibilidad a todas aquellas personas con discapacidad o movilidad reducida, sino que además se suprimirán, poco a poco, todas las barreras arquitectónicas en los espacios públicos de la ciudad.

También cuenta con un **Plan de Accesibilidad de Playas**, con él se han instalado en las playas más duchas específicas para el colectivo de discapacitados y creación de nuevos accesos y rampas al objeto de hacer accesible todas las playas de la ciudad.

De igual modo, es importante destacar las obras de dotación de rampas y accesos realizadas por el consistorio en colegios y plazas de la ciudad con el fin de que éstas sean totalmente accesibles, así como la construcción del Centro Ocupacional de Discapacidad, cuya función es la de inserción laboral para este colectivo, así como social, ya que los alumnos no sólo aprenderán un oficio, sino también a desenvolverse en las tareas cotidianas del hogar al objeto de que puedan independizarse o quedarse solos.

Como puede deducirse, Adra ha apostado por ser una ciudad accesible y aportar beneficios a las personas con discapacidad, uniéndose otras iniciativas puestas en marcha por nuestro Ayuntamiento

como: la creación de la Escuela Deportiva para Discapacitados, la construcción de un Centro Ocupacional para Discapacitados, la firma de convenios con Cruz Roja para el transporte de este colectivo, la adquisición de vehículos adaptados, el impulso de talleres, la aprobación del Plan de Accesibilidad de Playas, el aumento en un 65% de los usuarios del Programa de Teleasistencia y, por supuesto, la creación de la Concejalía de Discapacidad.

1.2 Reseña histórica

Tradicionalmente, su economía ha estado ligada al sector pesquero y al mundo marítimo, su fundación en el siglo VIII a.C. por los fenicios convirtió a Abdera en un excepcional enclave comercial.

Los restos arqueológicos encontrados en las excavaciones llevadas a cabo en el Cerro de Montecristo, enclave donde se asentó Abdera, revelan además, un pasado púnico a partir del siglo IV a.C., si bien anteriormente pudo ser colonia griega como sugiere su nombre. El Cerro de Montecristo está catalogado como Bien de Interés Cultural según la Ley de Patrimonio de Andalucía.

Para algunos historiadores, Abdera es una fundación fenicia, apagada por los Tartesos, reavivada por los griegos, los cartagineses y los romanos.

A finales del siglo II a.C. Roma domina la costa hispánica y también la de Abdera que será incluida en la provincia de Hispania Ulterior.

Los romanos transportaron desde las costas abderitanas a diferentes ciudades del entorno mediterráneo los salazones y el "garum", producto muy apreciado en la cocina romana. Testigos de la importancia y fama de los salazones de Abdera son las monedas acuñadas en su ceca: los ases y semiasas de los años 44-45 a.C. con una cabeza barbada en el anverso y en el reverso un delfín y un atún encontrados con la leyenda fenicia, debajo, ABDRT (Abderath).

Abdera decae entre los años 23 a.C. y 25 d.C., si bien a partir de esta última fecha comienza a rehacerse para alcanzar un gran esplendor en el periodo que va desde los años 175 a 225 d.C. Durante el final de la dominación romana la ciudad sufre una recesión económica (siglos III y IV), aunque existió población con cierta continuidad hasta el siglo VI.

Bizantinos y Visigodos ejercerán su influencia en Adra en los siglos VI y VII.

En la primavera del año 711 Tariq ben Ziyad cruza a la costa española del Estrecho de Gibraltar procedente del Magreb con siete mil hombres, la mayoría bereberes, algunos libertos y muy pocos árabes para iniciar la ocupación de la Península. El proceso de islamización de la comarca en la que se encuentra Adra no se completará hasta finales del siglo IX. Un núcleo importante de población se repliega hacia el interior, a la zona que ocupa en la actualidad la barriada de La Alquería. Según hipótesis de algunos historiadores, en el periodo nazarí, costa e interior pervivieron al abrigo de sus núcleos defensivos.

El año 1489 señala el final del dominio musulmán en la Península con las capitulaciones de Baza, en ellas se pacta la entrega a los Reyes Católicos de las ciudades de Almería y Guadix; antes de finalizar el año se entregaban el Alto Almanzora, la ciudad de Fiñana, y muy poco tiempo después lo hacían La Alpujarra y Adra.

En 1505 la reina Juana de Castilla facilita el asentamiento de cristianos junto al castillo (mandado construir por los Reyes Católicos). Este asentamiento de población recibió la denominación de Adra La Nueva (para distinguirla de Adra La Vieja, La Alquería). Alrededor de la población (Nueva) se levantó una muralla de protección de la que actualmente se conservan tres torreones y algunos lienzos.

Desde la segunda mitad del siglo XVI Adra desempeñó un importante papel, en la economía de la comarca, como vía de exportación e importación de productos a través de su puerto; pero será la caña de azúcar, su cultivo (desde 1577) y posterior transformación en otros productos, lo que supondrá el principal motor de la economía abderitana hasta mediados del siglo XX.

El aumento de la actividad comercial con otros puertos mediterráneos despertó el interés de comerciantes italianos (genoveses y milaneses); estos adquirieron gran poder en la villa abderitana al controlar el cultivo y transformación de la caña de azúcar en los ingenios creados por ellos. Por otro lado y de forma paralela (s. XVIII), el sector pesquero se desarrolla en los importantes caladeros existentes.

En el siglo XIX será la industria metalurgia del plomo, junto con la mencionada industria azucarera, uno de los grandes factores económicos determinantes de la historia reciente abderitana. En 1822 se construye la fábrica de "Rein y Cia" denominada "Fundición Grande" cerca de la Torre de los Perdigones, que en la actualidad es el símbolo más representativo de Adra. En esta fábrica se introducen los primeros hornos de fundición ingleses que dieron gran resultado, además en 1827 se instala una máquina de vapor de 25 CV, lo que hace a esta fundición adquirir la condición de ser una de las primeras de España en utilizar la mencionada tecnología.

En 1833, el Real Decreto de 30 de Noviembre, firmado por la Reina Regente María Cristina, configuró las actuales provincias andaluzas acabando definitivamente con la anterior separación en reinos. Desde esa fecha Adra dejó de pertenecer a Granada para incorporarse a la provincia de Almería.

Ya en siglo XX, en 1911, se inicia la construcción del actual puerto de Adra que sigue siendo de los más influyentes, en cuanto a capacidad de flota del litoral andaluz.

La industria del azúcar ha supuesto en Adra un gran impulso para su economía, desde mediados del s. XVI y sobre todo en los siglos XIX y XX. Diversos ingenios y fábricas han desarrollado su labor productora y transformadora en distintos puntos estratégicos de la localidad. En 1909 se creó la sociedad "Azucarera de Adra" que empezó a funcionar en 1910; pero el cambio que paulatinamente se iba gestando en el sector agrícola y la caída de precios de la caña de azúcar causaron un descenso de la producción azucarera. En 1972 la última fábrica azucarera abderitana cerraba sus puertas definitivamente.

1.3 ESTRUCTURA SOCIODEMOGRÁFICA: INDICADORES DEMOGRÁFICOS

1.3.1 Población

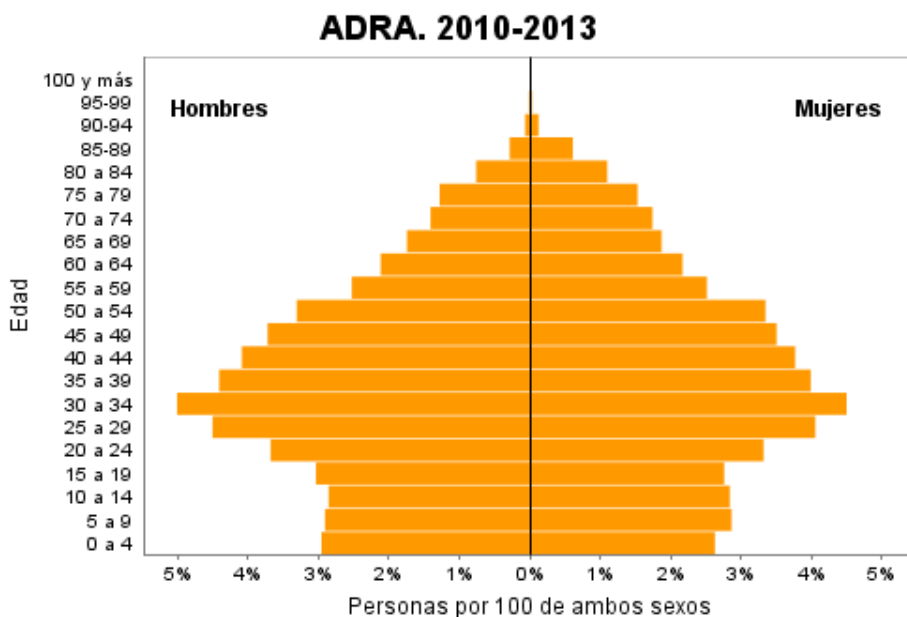
En enero de 2014, según fuente del Padrón Municipal de Adra en el municipio hay una **población total** de 24.912 hab., de los cuales 12.320 son mujeres y 12.592 son hombres. El número de población que habita fuera del núcleo urbano es de 4.872 habitantes.

Su población está concentrada en la franja litoral, mientras que el interior se ha despoblado prácticamente con la masiva emigración hacia el casco urbano de Adra, los anejos situados a levante y el Campo de Dalías.

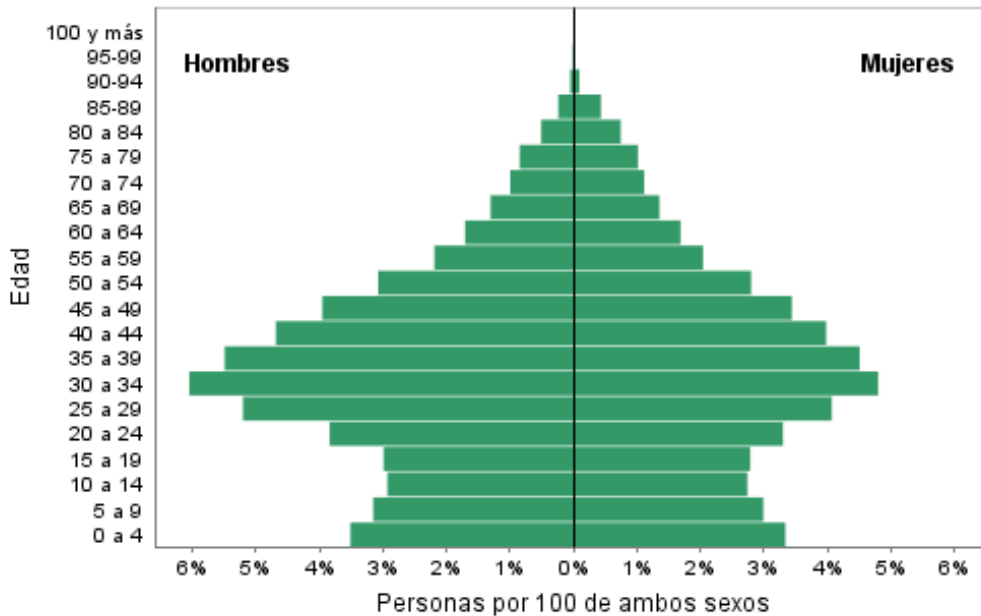
1.3.1.1 Pirámide de Población

A continuación, la pirámide de población muestra la estructura por edad y sexo de la población de Adra y se compara con la del Distrito Poniente de Almería y Andalucía para el periodo 2010-2013 (*pirámides de población de elaboración propia con datos extraídos del INE*):

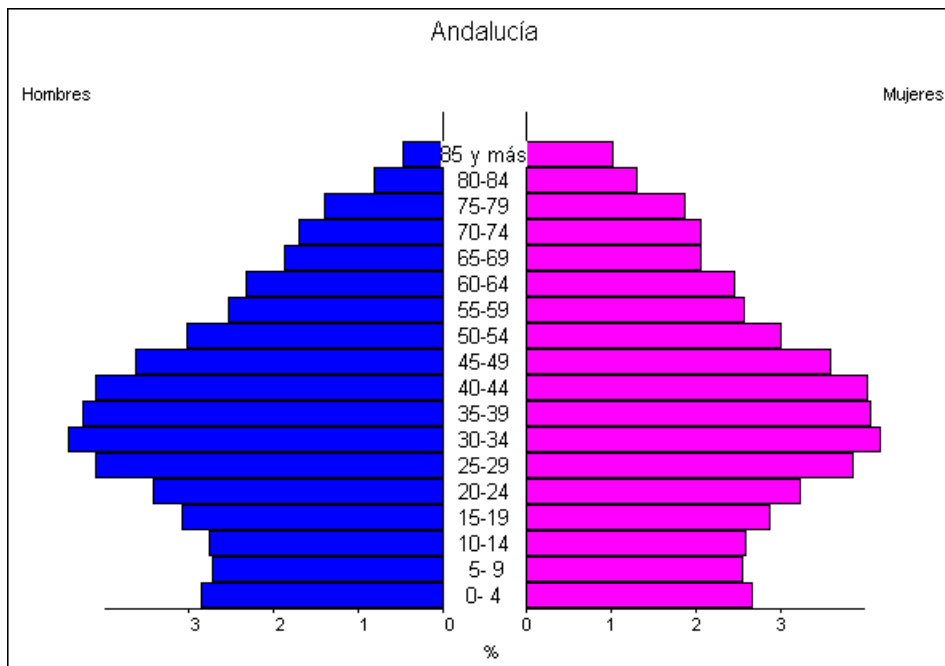
Las imágenes que reflejan las pirámides son similares, con una reducción en la natalidad, que pone de manifiesto el control de la natalidad, poblaciones jóvenes, con el grueso de edad de esta población entre los 25 y 55 años, y con baja mortalidad, que supone el progresivo envejecimiento que experimentarán tanto este municipio como Andalucía.



DISTRITO SANITARIO PONIENTE.2010-2013



Pirámide población Andaluza. 2010-2013.



1.3.1.2 Edad Media Población (2013)

La **media de edad** es una medición demográfica que divide en la población de un territorio, en dos grupos del mismo tamaño; es decir, la mitad de la población es más joven (de edad inferior a la mediana) y la otra mitad es más vieja (de edad superior a la mediana). Es una estadística que resume la distribución de la edad de la población.

La media de edad del municipio de Adra es de 36.7 años, casi dos puntos por debajo de la media de Andalucía, aunque por encima de otros municipios del distrito como Roquetas o El Ejido, donde la media de edad está en los 33 años, reflejo de la población joven migrante que han recibido.

Tabla. Edad media de la población. Padrón 2013.

Territorio	Sexo		
	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
	Edad media	Edad media	Edad media
Andalucía	38,47	40,82	39,65
Almería	37,32	39,07	38,18
Adra	36,77	38,53	37,64
Alcolea	47,92	47,53	47,73
Bayárcal	49,37	47,21	48,39
Berja	36,91	39,28	38,07
Dalías	40,10	42,27	41,20
Ejido (El)	33,99	34,55	34,26
Enix	47,91	51,18	49,31
Felix	45,18	50,30	47,51
Fondón	45,38	47,71	46,50
Láujar de Andarax	41,71	45,76	43,74
Mojonera (La)	33,01	33,40	33,18
Paterna del Río	50,42	51,65	50,98
Roquetas de Mar	33,96	34,74	34,33
Vícar	33,68	33,99	33,83

1.3.1.3 Evolución población ADRA 2000-2013

El crecimiento de la población de Adra en estos 13 años ha sido de un 15%, que pese a ser un crecimiento positivo, no ha alcanzado las cifras de otros municipios del poniente de Almería.

AÑO	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
2000	21.505	10.784	10.721
2001	21.810	10.995	10.815
2002	22.034	11.090	10.944
2003	21.704	10.939	10.765
2004	22.257	11.188	11.069
2005	23.195	11.769	11.426
2006	23.545	11.909	11.636
2007	23.742	12.009	11.733
2008	23.880	12.083	11.797
2009	24.373	12.338	12.035
2010	24.512	12.420	12.092
2011	24.512	12.464	12.048
2012	24.626	12.493	12.133
2013	24.879	12.615	12.264
2014	24.912	12.592	12.320

Fuente: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Padrón Municipal de Habitantes. Año 2013

1.3.1.4 Núcleos de población. Anejos.

El municipio de Adra cuenta con **22 núcleos de población**, siendo Puente del Río y La Curva las que mayor concentración presentan debido a que tienen una mayor actividad comercial y empresarial. La población total de estas entidades asciende a 4.872 habitantes, lo que supone un 20% de la población total del municipio según el padrón de 2014. Dentro de los anejos encontramos un pequeño porcentaje de población diseminada en casas alejadas de núcleos urbanos.

Núcleo de Población Anejos. 2013	Población
Venta Nueva, 4 Corrales	161
La Alcazaba	55
La Alquería	221
Las Cuatro Higueras	313
La Curva	1.876
Guainos Bajos	192
El Lance de la Virgen	118
El Trebolar, Parra	68
Puente del Río	1.811
El Toril	57
Total anejos	4.872
Total núcleo urbano Adra	20.040
Total municipio	24.912

Fuente: Padrón municipal. 2014

1.3.1.5 Población extranjera en Adra.

Durante el periodo 2008-2013, el municipio de Adra, ha permanecido estable frente a los movimientos migratorios que han experimentado otros municipios del Distrito Sanitario Poniente de Almería, ya que la población inmigrante ha supuesto alrededor de 10% de población respecto al total de población. No obstante, si desagregamos esta información por los tres grandes núcleos poblacionales del municipio observamos cómo es la población de La curva, donde se ha concentrado mayoritariamente esta población.

Evolución de la población inmigrante en el municipio de Adra por grandes núcleos poblacionales.2008-2013.

POBLACION	2008	2009	2010	2012	2013
ADRA	9,93	9,31	9,65	10,43	10,68
LA CURVA	21,36	21,32	16,59	22,06	23,37
PUENTE DEL RIO	15,40	13,66	8,98	14,36	14,39

Fuente: BDU Distrito Poniente Almería.

Según los últimos datos del padrón de 2013, las nacionalidades predominantes en el municipio son **la marroquí y la rumana** que suponen un 4% respecto al total de la población, seguida de la población de **Ucrania 0.8% y Rusia 0.53%**.

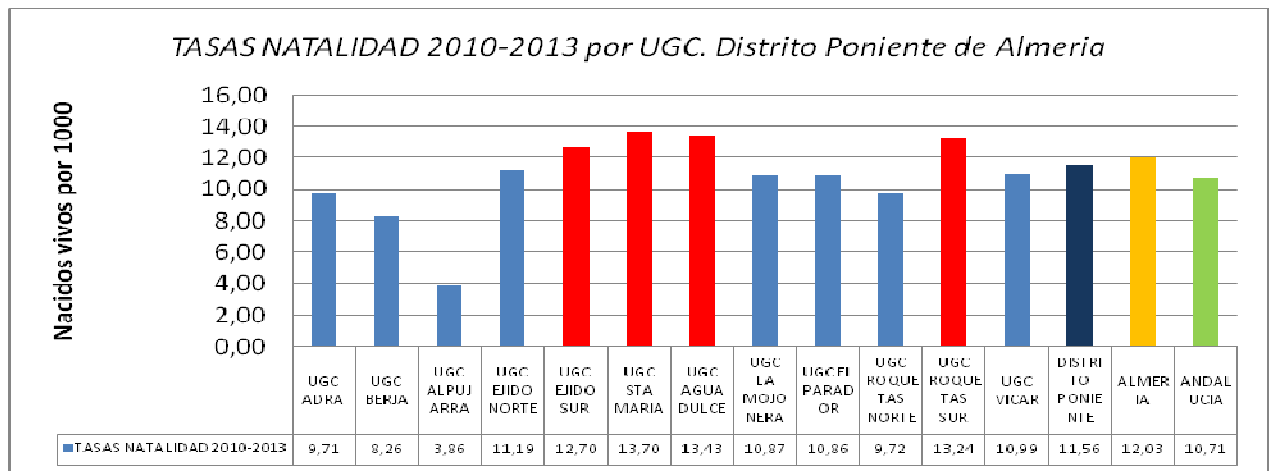
Tabla de población extranjera. 2013. Fuente: Padrón 2013.

PAIS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Marruecos	772	446	1.218
Rumanía	568	543	1.111
Ucrania	103	106	209
Rusia	19	114	133
Otros	286	254	540
España	10.836	10.852	21.688
TOTAL	12.584	12.315	24.899

En los últimos años, se puede observar una disminución de la población procedente de Marruecos y un aumento de la de Rumanía, esto es importante ya que existen grandes diferencias en cuanto a hábitos y estilos de vida entre los dos grupos.

1.4 Movimientos Naturales de Población (MNP)

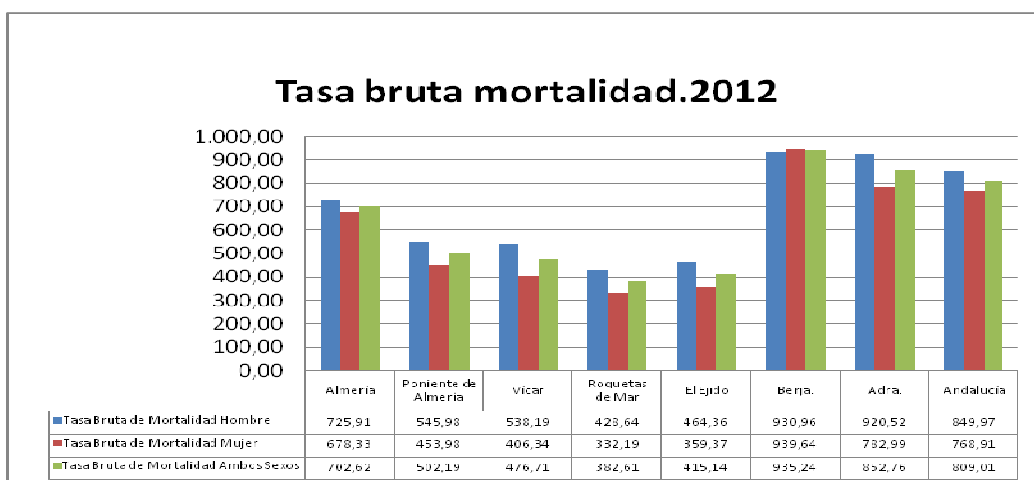
1. Tasa Bruta de Natalidad (TBN): En la siguiente gráfica queda reflejada la TBN comparada con el resto de las unidades del Distrito Poniente de Almería:



Fuente: BDU Distrito Poniente 2010-2013.

Adra tiene una tasa de natalidad similar a Andalucía, aunque por debajo de la tasa del Distrito Poniente.

2. Tasa Bruta de Mortalidad (TBM): En la siguiente gráfica queda reflejada la TBM comparada con el resto de unidades de desagregación:

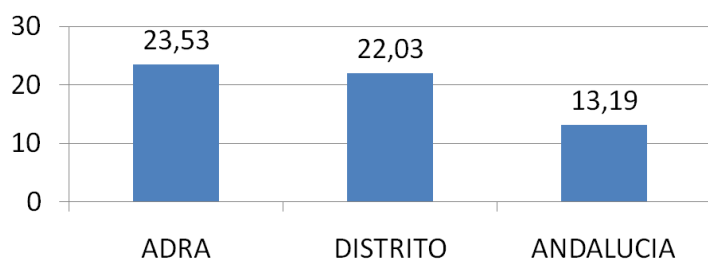


3. Tasa Global de Fecundidad, TGF: es el medidor de la fecundidad, que se refiere a la relación que existe entre el número de nacimientos ocurridos en un cierto período y la cantidad de población femenina en edad fértil en el mismo periodo.



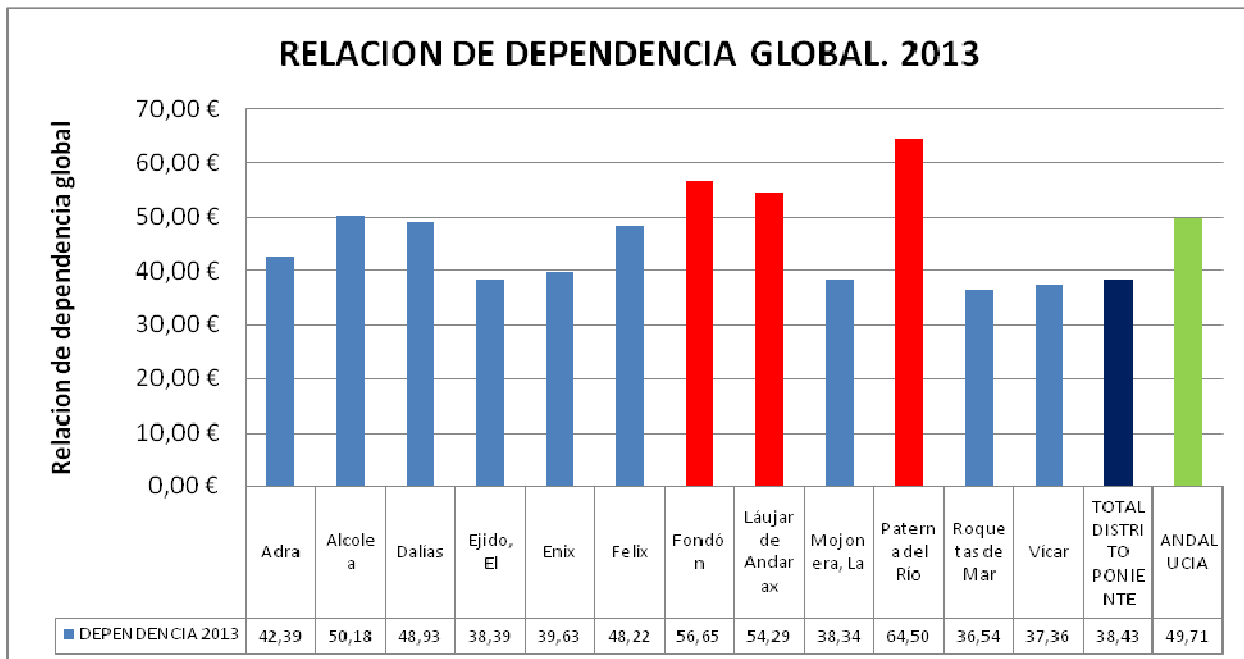
En Adra la tasa de fecundidad (nacidos vivos) supera a la de Andalucía, no la del distrito, aunque si desagregamos esta información por grupos de edad, en las mujeres en edad fértil entre 15 y 19 años, Adra supera a la tasa de Distrito Sanitario Poniente y Andalucía.

Tasa de Fecundidad específica en madres de 15 a 19 años por 1000 hab (2000-04).



4. Índice de Dependencia (ID), este índice refleja la proporción:

Población joven 0-15 años + Población más de 65/Población adulta 16-64 años) x 100



Como se observa en el gráfico arriba, Adra, como la mayor parte de los municipios del Distrito Poniente tiene una relación de dependencia más baja que Andalucía, porque la población es en general joven, con pocas personas mayores de 65 años. No ocurre así en los municipios de la Alpujarra, donde la emigración de la gente joven hacia la costa y otros núcleos poblacionales, hacen que los habitantes de los municipios tengan más edad y la relación de dependencia sea mayor.

1.4 ESTRUCTURA SOCIO-ECONÓMICA: INDICADORES SOCIOECONÓMICOS

VIVIENDA

El núcleo urbano de Adra cuenta con distintas zonas donde la vivienda varía según el tipo de construcción y antigüedad de la edificación. Podemos diferenciar un Casco Antiguo, Ampliación de Casco Antiguo, Zona Moderna. El **casco antiguo** está situado en la parte noroeste del núcleo urbano. En la actualidad, esta zona está ocupada por unos 1800 habitantes aproximadamente.



Según datos del Ayuntamiento de Adra, la vivienda es de tipo unifamiliar de planta baja, con una antigüedad de más de 50 años. La construcción es de estructura tipo tapial aunque en los últimos años se han reformado gran parte de las viviendas de esta zona. En la zona periférica (sureste), existe un tipo de construcción más moderna, dúplex.

La **Ampliación del Casco Antiguo** está contiguo a éste y presenta características semejantes, situada en la orientación este del Barranco del Cercado y delimitado por las calles de Zacatín y Cavite aproximadamente, cabe destacar que la actividad económica y social es más elevada que en el casco antiguo. El tipo de vivienda son básicamente unifamiliares, aunque en esta zona hay mayor número de viviendas plurifamiliares en comparación con el casco antiguo. Son construcciones con una antigüedad superior a los 30 años la gran mayoría.

La zona sur del municipio delimitada fundamentalmente desde la Calle Natalio Rivas hacia el litoral, es la **zona más moderna** del municipio con viviendas plurifamiliares básicamente y de nueva construcción. Aquí se encuentra prácticamente toda la zona comercial y actividad empresarial del municipio.

Junto a la playa de San Nicolás se encuentra en expansión una zona residencial de reciente creación, en los que se alternan los usos de vivienda unifamiliar y plurifamiliar, junto a una gran superficie de espacios libres.

El futuro PGOU prevé una zona de uso exclusivo "turístico" junto al paseo marítimo de playa de El Censo, dónde están proyectadas un número de plazas hoteleras, equipamientos y zonas verdes.

SECTORES ECONÓMICOS

SECTOR AGRÍCOLA: En el municipio de Adra la mayoría de su población está dedicada a la agricultura intensiva bajo plástico en un régimen de explotación familiar. Al contrario del auge agrícola, la actividad pesquera entró en decadencia en la década de los sesenta, a causa de la pérdida de los caladeros marroquíes y la sobreexplotación de los propios, lo que dio lugar a que gran parte de los barcos de Adra emigraran de forma temporal a la zona levantina (Castellón).

En la actualidad el **sector agrícola**, con la agricultura intensiva o bajo plástico, es la base económica del municipio; siendo los principales cultivos las hortalizas, el pimiento, el mandarino y el olivo.

Cultivos herbáceos.	Año 2012
Superficie	945 has
Principal cultivo de regadío	Pimiento 343 has

Fuente: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. SIMA

Cultivos leñosos.	Año 2012
Superficie	724 has
Principal cultivo de regadío	mandarino 20 has
Principal cultivo de secano	Almendra 684 has

SECTOR PESQUERO: Pese a que se ha reducido el número de barcos de la flota pesquera de Adra, sigue siendo una de las flotas con mayor número de capturas en toda Andalucía.

En el presente año se ha capturado 1,3 millones de kgs. de pescado. Superando en un 13 % el número de capturas con respecto al año anterior.

FLOTA ACTUAL

- Barcos de pesca de arrastre.....4
- Barcos de pesca de cerco.....11
- Barcos de pesca de palangre.....1
- Barcos de pesca de arte menor.....17

SECTOR TURÍSTICO: Su desarrollo turístico está estrechamente vinculado al desarrollo de turismos temáticos y de "calidad" a partir de la valorización del patrimonio histórico, natural, gastronómico... contando con los recursos que nos proporciona el entorno natural y construido.

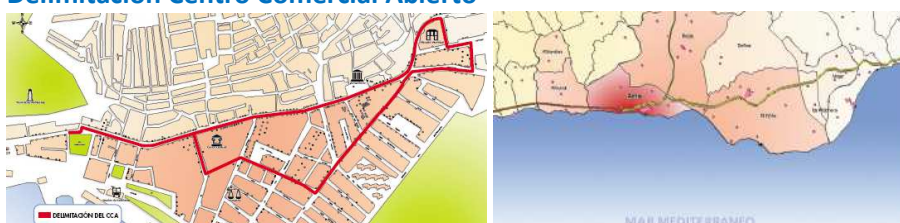
La Autovía del Mediterráneo permite una comunicación rápida con la franja mediterránea, contribuyendo al desarrollo económico y turístico de la zona.

SECTOR COMERCIAL Y SERVICIOS: A pesar de la situación económica que atravesamos actualmente, no podemos pasar por alto la espectacular actividad económica que ha generado el sector servicios, especialmente el campo de la construcción ahora en regresión.

Entre las principales actividades económicas por volumen de establecimientos destacan el sector comercial con **487** establecimientos seguido del **sector servicios** con 311 establecimientos.

Debido al crecimiento de este sector, se consideró conveniente acogerse a la fórmula de **Centro Comercial Abierto** como un mecanismo de cooperación del comercio ante los nuevos formatos comerciales. Esta fórmula fue promovida por el Excmo. Ayuntamiento de Adra y la Asociación de Empresarios y Comerciantes de Adra y cuenta con la colaboración de la Consejería de Comercio de la Junta de Andalucía.

Delimitación Centro Comercial Abierto



ESTABLECIMIENTOS	
Actividad	Adra
Industria y energía	80
Construcción	181
Comercio	487
Transporte y almacenamiento	108
Hostelería	103
Información y comunicaciones	7
Banca y seguros	52
Servicios a empresas y otras actividades de servicios	311
Total	1.329

Fuente: IECA. Año 2011.

Frente a estas tradicionales actividades, el turismo es la asignatura pendiente de la economía abderitana. Sus 20 km de costa y 13 km de playa, con pequeñas calas a poniente y amplias playas en el núcleo urbano, hacen pensar en un futuro prometedor para este sector.

DESEMPLEO

Paro Registrado:

- Paro Registrado en el Municipio

Sexo	Municipio	Provincia	Andalucía
HOMBRE	1.214	38.378	496.943
	1.233	37.313	536.704
Total	2.447	75.691	1.033.647

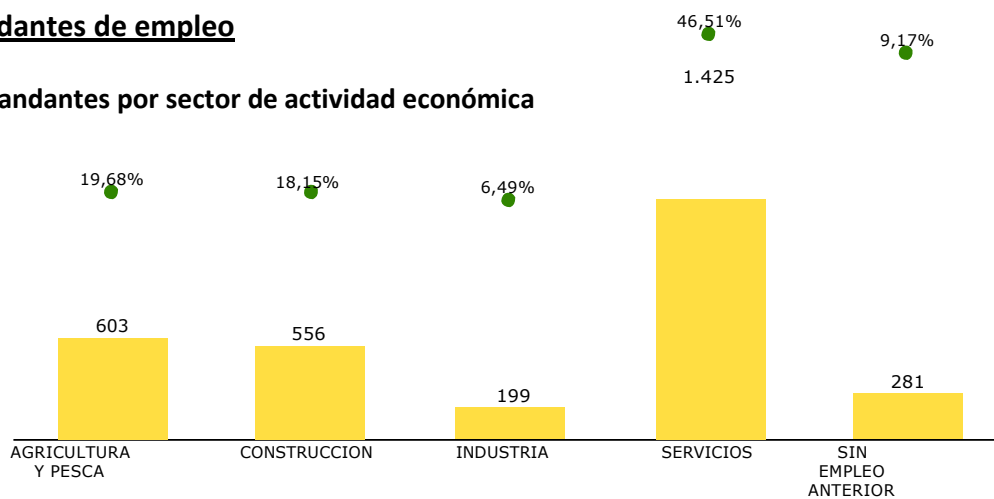
- Paro registrado por sexo y edad

Grupo Edad	HOMBRE		MUJER		Total	
	Paro	Porcentaje	Paro	Porcentaje		
Menor de 20	18	1,48%	21	1,59%	39	1,59%
1,70% De 20 a 24	87	7,17%	107	7,93%	194	7,93%
8,68% De 25 a 29	115	9,47%	138	10,34%	253	10,34%
11,19% De 30 a 34	169	13,92%	160	12,45%	329	13,45%
12,98% De 35 a 39	148	12,19%	173	13,12%	321	13,12%
14,03% De 40 a 44	133	10,96%	158	11,89%	291	11,89%
12,81% De 45 a 49	166	13,67%	139	10,58%	305	12,46%
11,27% De 50 a 54	169	13,92%	152	11,45%	321	13,12%
12,33% De 55 a 59	139	11,45%	114	8,77%	253	10,34%
Total	1.214	100,00%	1.233	100,00%	2.447	

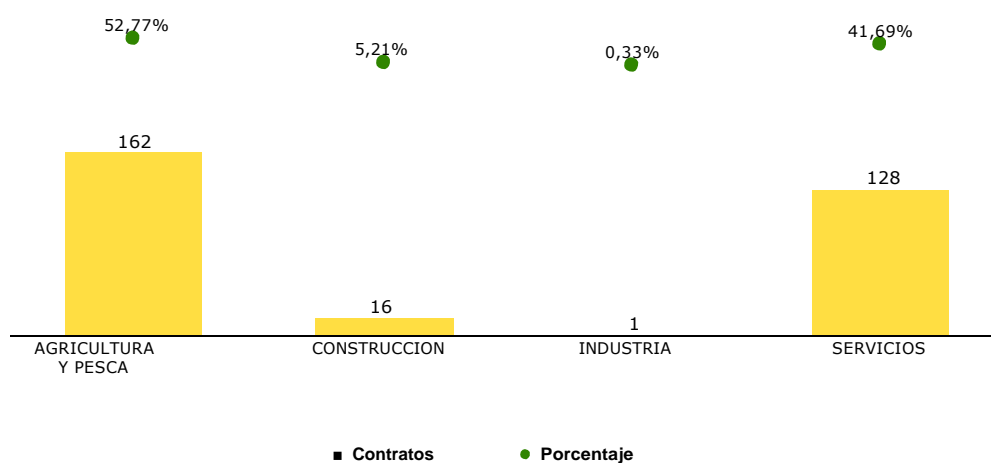
Fuente: Observatorio Argos. Diciembre 2013

Demandantes de empleo

- Demandantes por sector de actividad económica



Fuente: Observatorio Argos. Diciembre 2013



Fuente: Observatorio Argos. Diciembre 2013

- Distribución por sexo en el municipio

	HOMBRE	MUJER
Contratos	49,19%	50,81%
Contratos temporales	49,32%	50,68%
Contratos a tiempo parcial	46,38%	53,62%
Contratos a extranjeros	59,76%	40,24%

Población Inmigrante

	Municipio	Provincia	Andalucía
Personas Inmigrantes	3.063	154.404	747.110
Tasa de población inmigrante	12,44	21,93	8,84

Continente	Nacionalidad	HOMBRE		MUJER	
		Población	Porcentajes	Población	Porcentajes
UNIÓN EUROPEA	RESTO UE	60	3,51%	62	4,59%
	RESTO EUROPA NO UE	22	1,29%	5	0,37%
	BULGARIA	33	1,93%	31	2,29%
	FRANCIA	17	0,99%	19	1,41%
	ALEMANIA	28	1,64%	20	1,48%
	ITALIA	16	0,94%	9	0,67%
	RUMANIA	554	32,38%	486	35,95%
	REINO UNIDO	34	1,99%	24	1,78%
RESTO DE EUROPA	RUSIA, FEDERACION DE	16	0,94%	101	7,47%
	UCRANIA	98	5,73%	92	6,80%
CENTROAMÉRICA	RESTO PERSONAS EXTRANJERAS	0	0,00%	0	0,00%
AMÉRICA DEL SUR	RESTO AMÉRICA	8	0,47%	14	1,04%
	ARGENTINA	24	1,40%	28	2,07%
	BOLIVIA	0	0,00%	1	0,07%
	COLOMBIA	2	0,12%	3	0,22%
	ECUADOR	3	0,18%	4	0,30%
	PERÚ	20	1,17%	15	1,11%
AMÉRICA DEL NORTE	RESTO ASIA	5	0,29%	4	0,30%
	CHINA	17	0,99%	11	0,81%
ÁFRICA	RESTO ÁFRICA	28	1,64%	1	0,07%
	MARRUECOS	726	42,43%	422	31,21%

BLOQUE 3: ESTADO DE SALUD

2. ESTADO DE SALUD. MUNICIPIO DE ADRA

2.1 Protección de la Salud

ABASTECIMIENTO AGUA CONSUMO

El municipio cuenta con dos zonas de abastecimiento:

- Adra
- La Alquería

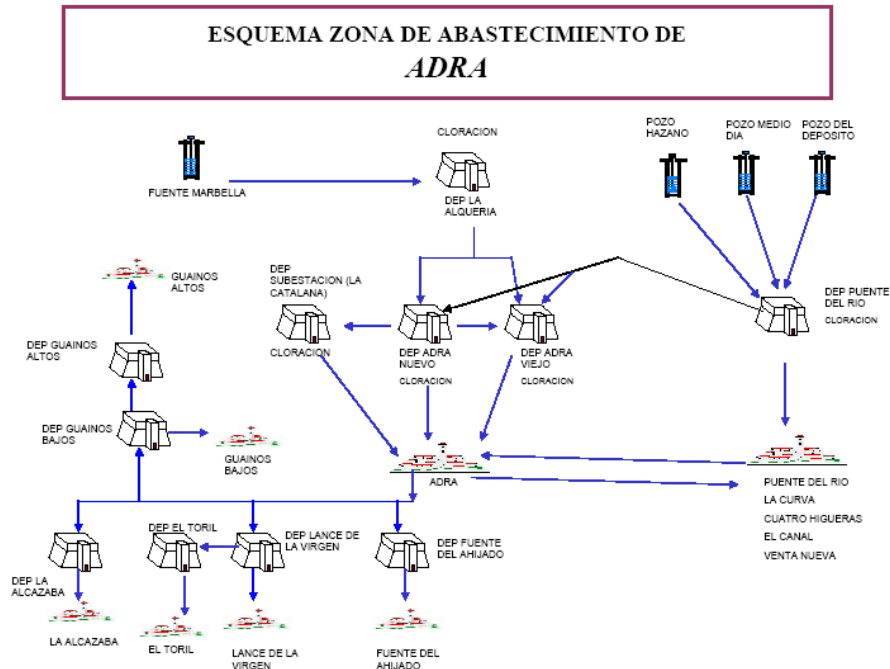
Ambas tienen como gestor a la empresa AQUEGEST SUR, S.A. que se responsabiliza de controlar el riesgo de esta actividad asociado a la calidad del agua del consumo humano. Esta calidad depende tanto de la naturaleza del agua según su origen, como a los tratamientos y el autocontrol que el gestor debe de realizar conforme a la normativa vigente (R.D. 140/2003 y el Decreto 70/ 2009 de vigilancia sanitaria de las aguas de consumo humano de Andalucía).

Origen: Procede de cuatro captaciones que pertenecen a la cuenca del Río Adra, con una extensión de 746 km² y una aportación total media de 80 hm³/año, regulada por el embalse de Benínar, que aporta aproximadamente 35 hm³/año.

Consumo: El consumo doméstico anual es de 111 m³. En los últimos años se ha observado una disminución en el consumo por habitante (tanto doméstico como comercial o industrial), motivada por una mayor concienciación sobre la necesidad de ahorro de agua ante los años de sequía. En la fecha de realización del diagnóstico, la calidad del agua potable era muy baja, con una alta dureza.

Calidad: El **SINAC** (Sistema de Información Nacional de Aguas de Consumo), nos permite ver la situación de la calidad del agua en el municipio. Existe una web para que el ciudadano pueda consultarla: <http://sinac.msc.es/> (acceso al ciudadano) y conocer así la situación de la calidad del agua en el municipio. El Gestor siguiendo su protocolo de autocontrol, supervisado y aprobado por la Administración Sanitaria, debe volcar toda la información relativa a la calidad de las aguas a este sistema.

Abastecimientos:



Esquema Zona de Abastecimiento de La Alquería



La Zona de Abastecimiento de Adra, en el año 2013 ha tenido incumplimientos por superar los valores paramétricos recogidos en la legislación en cuanto a cloruros y sulfatos (debido a la naturaleza salobre del agua de las captaciones) en los depósitos: Adra Nuevo, Adra Viejo, Toril, Alcazaba y Ahijado. Sin embargo, durante el año 2014 no se ha producido ningún incumplimiento de los valores paramétricos

En la Zona de Abastecimiento de La Alquería existe una declaración de no aptitud desde noviembre de 2011, indicando prohibición de su uso como agua de beber y para preparación de alimentos, estando autorizado para el resto de usos de limpieza. Existe un suministro alternativo para la población de esa localidad, de agua para el consumo de bebida a través de cisternas móviles.

AGUAS DE BAÑO

El municipio cuenta con 7 Zonas de baño que se controlan durante toda la temporada de baño (15 de mayo a 15 septiembre) con un muestreo de 9 tomas por zona, en las que se vigila la calidad sanitaria de las aguas. Durante la presente temporada (2014) todos los muestreos han sido satisfactorios.

Las playas de este municipio son: Caracola, Sirena Loca, Carboncillo, Guainos Bajos, El Lance de la Virgen, San Nicolás y Censo.

AGUAS RESIDUALES

La red de saneamiento es de tipo separativo (diferencia aguas residuales de las pluviales) y da cobertura a un 98 % de la población. El destino de las aguas residuales es la estación depuradora de aguas residuales de Adra, que cuenta con un sistema terciario de depuración mediante microfiltración y ósmosis inversa. Se encuentra en fase de proyecto la reutilización de las aguas residuales depuradas con tratamiento terciario para el riego.

AGUAS DE RIEGO

El agua de riego procede de captaciones que pertenecen a la Cuenca del Río Adra, la cual se gestiona mediante comunidades de regantes.

GESTIÓN DE RESIDUOS

RESIDUOS URBANOS

La gestión de residuos sólidos urbanos (RSU) está gestionada por el Consorcio de Residuos del Poniente Almeriense.

Se realiza una recogida selectiva de los residuos existiendo contenedores grises, amarillos, azules y verdes.

La producción diaria de RSU es de 1,1 kg/hab/día. El valor registrado en Adra coincide con la producción media andaluza, y es inferior en 0.1 kg a la media española.

El Ayuntamiento de Adra realiza una serie de acciones para la gestión de residuos urbanos del municipio cuyos objetivos son actuar en los ámbitos de la prevención, la reducción y la gestión de los residuos urbanos (eliminación controlada para su valorización y reciclaje).

Los residuos objeto de estas acciones son;

RESIDUOS URBANOS

- **Residuos domésticos:**
 - Bolsa de basura
 - Recogida selectiva:
 - Papel y cartón
 - Vidrio
 - Envases (plásticos, tetrabrik, latas)
 - Residuos domésticos voluminosos:
 - Enseres
 - Mobiliario
 - Residuos peligrosos del hogar
 - Aceites usados
 - Pilas
 - Residuos RAEEs.
 - Ordenadores.
 - Lámparas, fluorescentes,..

- **Residuos de algas de la playa**

RESIDUOS ESPECIALES URBANOS

Los residuos que no viene determinados en la relación anterior no se gestionan de forma selectiva, si no que se incluyen en las basuras domiciliarias.

Si bien aquellos comercios que por su naturaleza utilicen en su funcionamiento materiales considerados peligrosos, cumplen la legislación vigente en materia de gestión de residuos peligrosos mediante gestor autorizado que proporciona una eliminación adecuada de los mismos. En este sentido también los servicios municipales que generan residuos peligrosos cumplen con la normativa vigente para su gestión.

Las infraestructuras existentes para la recogida de residuos son:

- **CONTENEDORES RECOGIDA DE BASURAS:** Donde se depositan las bolsas de basura doméstica. Con un contingente de 330 contenedores de carga lateral, con una capacidad de 3.500 litros y 75 de los convencionales con una capacidad de 2.000 litros (situados en zonas del barrio antiguo, donde no se pueden poner otro tipo de contenedores por las dimensiones de las calles).
- **CONTENEDORES DE RECOGIDA SELECTIVA:** Estos contenedores recogen todos aquellos residuos que pueden ser recuperables y reciclables eliminándolos así del circuito normal de la basura.

TIPO DE CONTENEDOR	MATERIAL DE RECOGIDA	NÚMERO DE CONTENEDORES	CAPACIDAD CONTENEDOR
AZUL	Papel y Cartón	62	3000 litros
VERDE	Vidrio	81	3000 litros
AMARILLO	Envases (Plásticos, latas, tetrabrik)	32	3000 litros
GRIS	Pilas (botón, baterías, cilíndricas)	18	

Los contenedores de recogida selectiva se colocan preferentemente en aquellas zonas donde existe mayor concentración de lugares productores de estos residuos, colegios, comercios, bares, comercios de restauración, hostelería, etc. Estos residuos son recogidos por empresas específicas gestoras de los mismos y llevados a Sevilla para su reciclaje.

RESIDUOS AGRÍCOLAS

Según el Decreto 73/2012, de 22 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de Residuos de Andalucía de la Consejería de Medio Ambiente de la Junta de Andalucía, la gestión de los residuos agrícolas no compete a las administraciones locales.

Al final de la cosecha, el agricultor debe trasladar los restos vegetales a una empresa autorizada para su tratamiento. Existen empresas dedicadas a recoger los restos en las parcelas y llevarlos a la planta de tratamiento.

Queda prohibida la quema de restos vegetales o plásticos procedentes de cultivo en invernadero. Sí está autorizada, sin embargo, la quema de restos de poda y malas hierbas.

Existe también una planta donde el agricultor puede llevar sus residuos. Se les pagará una pequeña cantidad si llevan: plástico cubierta o plástico de tubería de riego por goteo; tendrá coste cero para el agricultor: plástico natural solarización, plástico malla mosquitera; y pagará cierta cantidad por: plástico negro, plástico rafia, malla térmica y otros plásticos.

OTROS RESIDUOS

La actividad portuaria genera una serie de residuos incluyendo residuos peligrosos. Asimismo, talleres de vehículos, artes gráficas, revelado de fotos... son actividades que generan residuos

peligrosos y que son gestionados mediante empresas autorizadas para tal efecto, tal y como establece la legislación vigente de residuos peligrosos.

CALIDAD DEL AIRE

Dada que las actividades económicas de Adra tienen poca presencia de industria, no existen emisores significativos de sus contaminantes a la atmósfera. Los focos emisores principales son:

- Tráfico de todo tipo de vehículos: turismos, autobuses, de uso agrícola etc.
- Agricultura bajo plástico, de especial importancia dentro del municipio, puesto que desde hace algunos años constituye su principal eje económico. Destacan, por su incidencia sobre la calidad del aire, la quema incontrolada de plásticos, así como los malos olores provocados por la putrefacción de restos vegetales (en vías del control total, ver apartado *gestión de residuos*).

INSTALACIONES DE RIESGO DE TRANSMISIÓN DE LEGIONELOSIS

Legionella es una familia de bacterias con una amplia distribución en el medio acuático, tanto natural (aguas corrientes y estancadas, fangos e incluso suelos húmedos) como artificial (conducciones de agua y depósitos asociados al abastecimiento urbano o a diversos usos industriales).

El conjunto de infecciones causadas por éstas se llama legionelosis. El control del riesgo consiste en controlar los mecanismos de difusión, usando medidas preventivas y de control así como una perfecta identificación tanto de las instalaciones de riesgo de proliferación y dispersión como de las condiciones o factores que inciden en los niveles de riesgo existentes.

Respecto a instalaciones de riesgo de transmisión de legionelosis, se dividen en mayor y menor riesgo. En el municipio de Adra nos encontramos:

MAYOR RIESGO

- 1 Condesador evaporativo
- 5 Instalaciones de agua caliente sanitaria con circuito de retorno
- 1 Instalación con sistema de agitación de aire y recirculación (baño hidromasaje)

MENOR RIESGO

- 4 Fuentes Ornamentales u otras instalaciones que sean capaces de generar aerosoles
- 5 Instalaciones de agua fría de consumo humano, asociadas a las de agua caliente.

Fuente: Distrito Sanitario Poniente Almeriense.

En estas instalaciones se hacen inspecciones siguiendo unos protocolos y posteriormente se realiza una evaluación de riesgo. El año 2013 la cobertura ha sido del 100% y teniendo en cuenta que el número es sensiblemente inferior al de otros municipios de la zona con mayor actividad turística, podemos considerar que el riesgo está bien controlado.

SEGURIDAD QUÍMICA

Se sigue un Programa de Establecimientos y Servicios Biocidas que controla el riesgo asociado al uso de productos químicos de carácter profesional, realizándose inspecciones para controlar su registro y comprobar el etiquetado y fichas de seguridad de los productos que dispensan. En Adra, contamos con un censo de 8 establecimientos, siendo inspeccionada el 100 % de la actividad. En el Programa de Seguridad Química, se realizan inspecciones a empresas de limpieza, tintorerías y lavaderos de coches así como la revisión del etiquetado de productos químicos.

Los plaguicidas, son controlados por la Consejería de Agricultura, Pesca y Medio Ambiente mediante su normativa específica. A nivel local se realiza un cuestionario en caso que el agricultor acuda al servicio médico con alguna intoxicación, destacando que se han reducido casi en su totalidad respecto a épocas anteriores (véase informe epidemiológico)

SEGURIDAD ALIMENTARIA

Desde el punto de vista de la seguridad alimentaria, se considera como mapa de riesgo a todos los establecimientos alimentarios cuya actividad se centra en el municipio de Adra, y que como consecuencia de su actividad pudieran ocasionar algún riesgo para la salud de los consumidores.

Para poder evaluar el riesgo, se consideran los establecimientos alimentarios en tres

Bloques:

1. Industrias (todas las incluidas en el Registro General Sanitario de Alimentos).
2. Establecimientos de Restauración (bares, cafeterías, Restaurantes).
3. Establecimientos minoristas (grandes superficies, supermercados y pequeños establecimientos minoristas de alimentación).

El Censo de estos establecimientos es el siguiente:

Tipo	Censo	Adra	Distrito
Industrias	60	21%	15%
Restauración	88	31%	57%
Minoristas	137	48%	28%
TOTAL	285	100%	100%

Como se puede observar hay variación con respecto a la media del Distrito Sanitario, ya que en Adra hay más industrias y más establecimientos minoristas en detrimento de la restauración colectiva.

La industria sin embargo ocupa un papel importante y dentro de ella con gran diferencia, el sector de los vegetales (industria hortofrutícola).

En protección de la salud, los establecimientos alimentarios los clasificamos en 5 grupos en función del riesgo potencial que puedan tener en base al tipo de alimentos, distribución...

La Clasificación del riesgo es en orden descendiente y la frecuentación por parte del control oficial se establece mediante este criterio:

Riesgo	Industria		Restauración		Minoristas	
	Distrito	Adra	Distrito	Adra	Distrito	Adra
A	2%	2 %	4%	19%	3%	8%
B	12%	32%	52%	28%	21%	17%
C	36%	50%	32%	44%	48%	42%
D	37%	8%	7%	6%	18%	29%
E	12%	8%	5%	2%	10%	4%

El % de riesgo es mayor en el municipio respecto a la media del Distrito sobre todo en la restauración de mayor riesgo (A) y en la industria de riesgo intermedio (B y C).

El Distrito planifica la cobertura de estos establecimientos en base a estos criterios y es un objetivo el disminuir el riesgo de estos establecimientos haciendo que cumplan con los estándares de seguridad alimentaria establecidos en el marco legal.

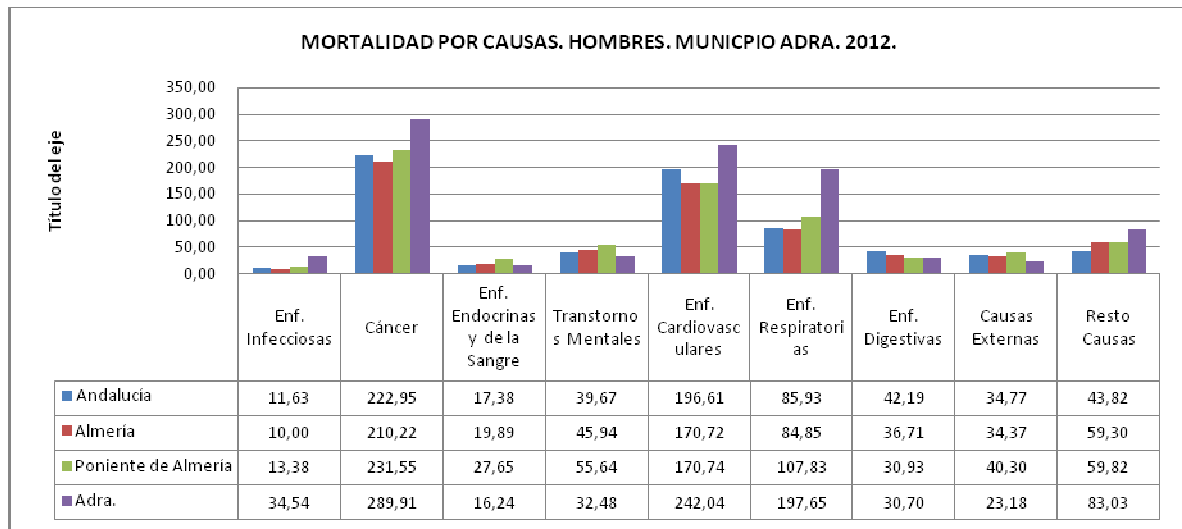
2.2 VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (prevención)

2.2.1 Análisis de la mortalidad

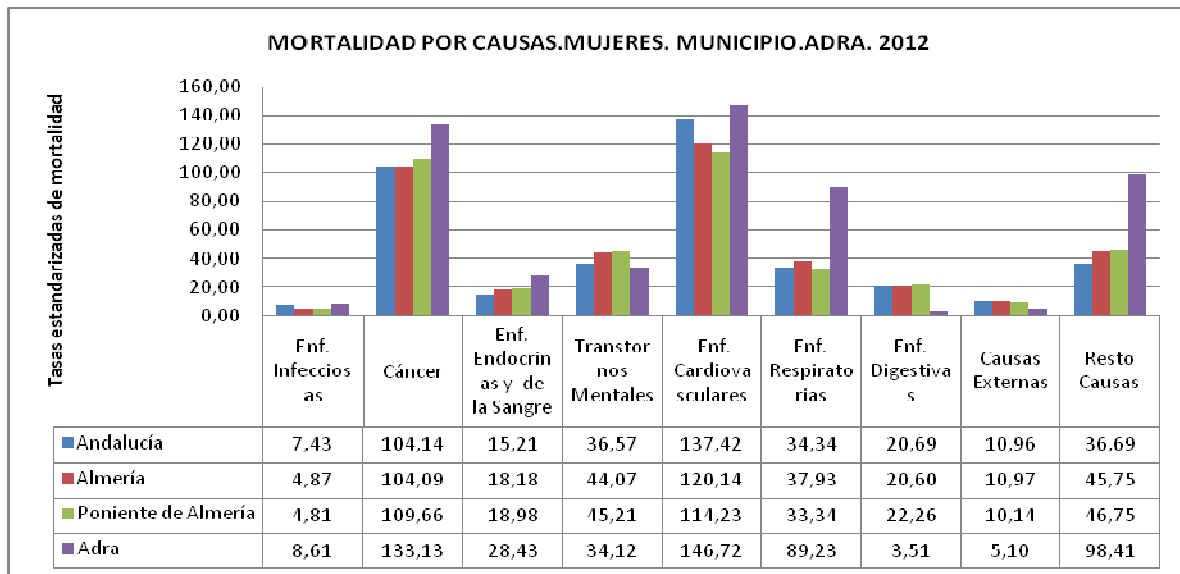
El propósito de la Vigilancia Epidemiológica, es proporcionar una información que sirva para planificar el control de los distintos problemas de Salud Pública de una población.

A continuación analizamos la mortalidad general y la mortalidad por causas, teniendo en cuenta la tasa de mortalidad (*por cada 10.000 habitantes, con los datos desagregados por sexo y grupos de edad*):

- **Mortalidad General**, en el municipio de ADRA: La mortalidad por todas las causas en ADRA **se comporta de manera similar a la de España, es decir, no existe exceso de riesgo en la mortalidad general** y su tendencia no es creciente en el municipio de Adra en comparación con España. Las causas que más contribuyen a la mortalidad son las enfermedades CRÓNICAS, cardiovasculares y el cáncer, reflejo del envejecimiento de la población y de cambios en los estilos de vida, tanto en hombres como en mujeres.



Fuente: Elaboración propia. Servicio Epidemiología Distrito Sanitario Poniente.



Fuente: Elaboración propia. Servicio Epidemiología Distrito Sanitario Poniente.

- **Mortalidad por causas:** Con respecto a las causas específicas de mortalidad, existe un exceso de riesgo de morir con respecto a España en las siguientes patologías: **Cáncer de estómago**, en el grupo de hombres de 45 a 65 años, **Cáncer de colon** en grupo de hombre de 65 a 74 años, en ambos la tendencia es creciente. En **Cáncer de pulmón** en los grupos de hombres de 45 a 64 y de 75 a 84 años, **Diabetes** en hombres y mujeres de 74 a 85 años, **enfermedad isquémica** en mujeres de 65 a 74 años y de 75 a 84 años, **Insuficiencia respiratoria aguda**, **neumonía** en hombres de 75 a 84 años, **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)** en hombres de 65 a 74 años, **Accidentes de Tráfico** en hombres de 65 a 74 años, **Suicidios** en hombres y mujeres de 15 a 44 años, y en Hombres de 45 a 64 años. En estas últimas enfermedades, aunque existe un exceso de mortalidad significativa respecto a España, no hay evidencias de que la tendencia en la mortalidad sea creciente.

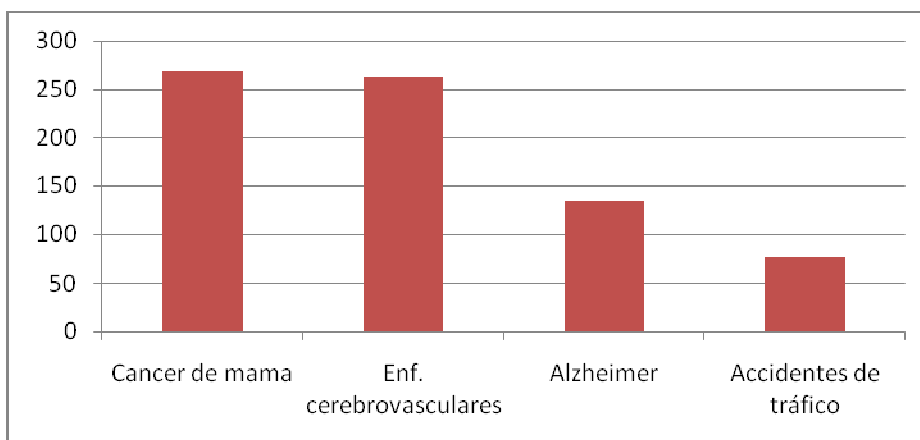
2.2.1.1 Años potenciales de vida perdidos (APVP)

El concepto de años potenciales de vida perdidos (APVP, en adelante) fue propuesto en 1978, como indicador del estado de salud de una determinada población. *Este indicador, cuantifica las muertes prematuras y puede ser utilizado para determinar las prioridades en salud pública (importancia relativa de diversas causas de mortalidad por un período dado, en una población dada, Número de años perdidos entre 1 y 70 años por 1.000 personas en una población dada, si la población en que queremos medir este indicador tuviese la misma estructura de edad y sexo que una población estándar de referencia en vez de la suya. La fuente de información es el Registro de Mortalidad de Andalucía de la Consejería de Salud 2002-2006).*

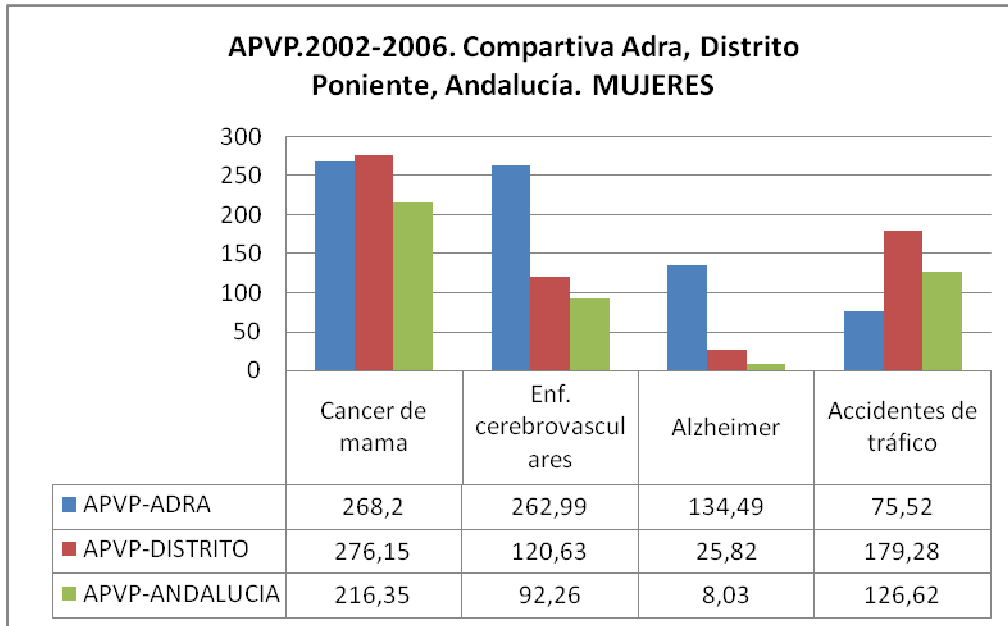
Teniendo en cuenta este indicador, **en el municipio de Adra, y de referencia el Distrito Sanitario Poniente, las principales causas son las siguientes:**

MUJERES

Años Potenciales de Vida Perdidos.2002-2006. MUJERES. ADRA. 4 causas priorizadas.



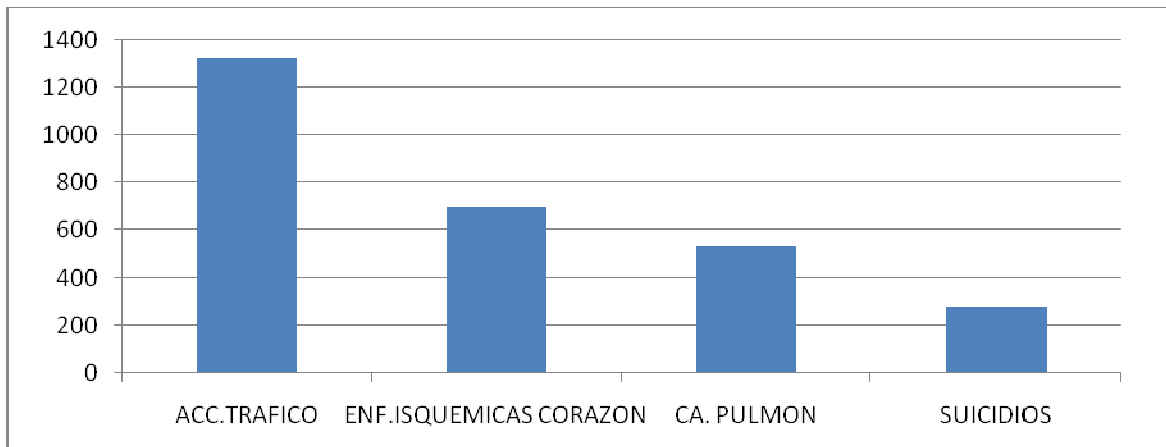
Fuente: Elaboración propia. Servicio Epidemiología Distrito Sanitario Poniente.



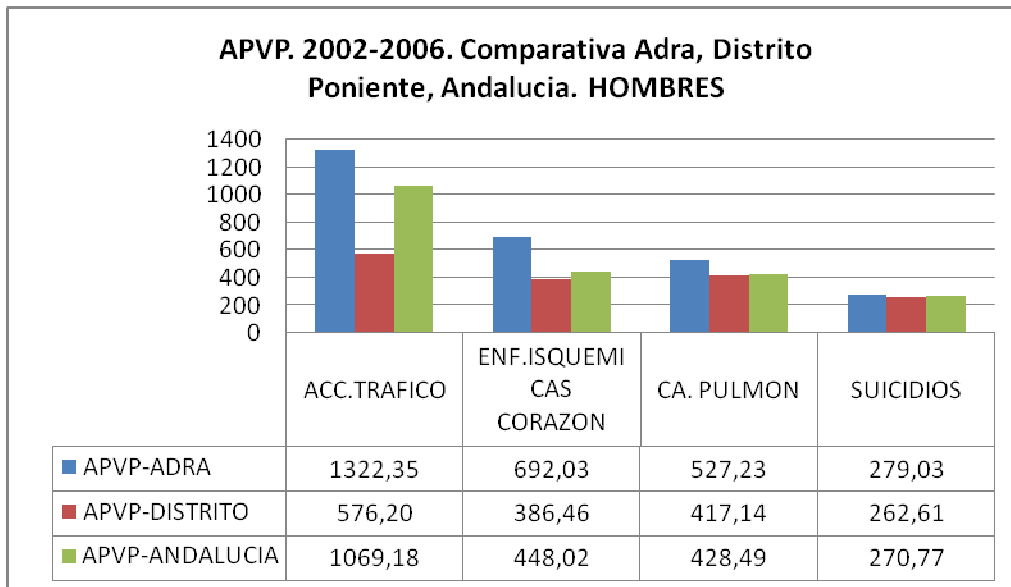
Fuente: Elaboración propia. Servicio Epidemiología Distrito Sanitario Poniente.

HOMBRES

Años Potenciales de Vida Perdidos en HOMBRES. ADRA. 4 causas priorizadas.



Fuente: Elaboración propia. Servicio Epidemiología Distrito Sanitario Poniente.



Fuente: Elaboración propia. Servicio Epidemiología Distrito Sanitario Poniente.

2.2.2 Morbilidad

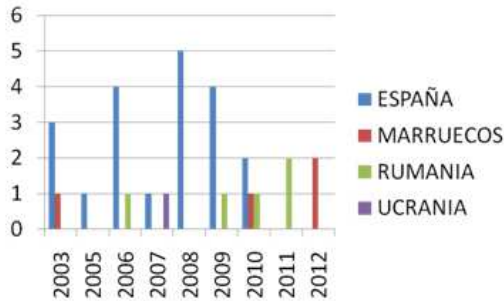
Morbilidad es la cantidad de personas o individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinados. La morbilidad es, entonces, un dato estadístico de altísima importancia para poder comprender la evolución y avance o retroceso de alguna enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.

En el sentido de la epidemiología se puede ampliar al estudio y cuantificación de la presencia y efectos de alguna enfermedad en una población.

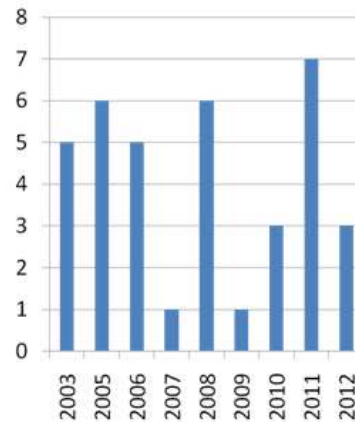
En resumen para el MUNICIPIO DE ADRA:

- En el periodo 2010-2013, se han declarado 9 casos de tuberculosis, con una tasa media anual de 9,3 casos por 100.000 habitantes, por debajo de la media andaluza (10.8) y del Distrito Sanitario Poniente de Almería (23.8 por 100.000 habitantes). Aunque el municipio de Adra ya tiene unas tasas de tuberculosis muy inferiores a las de otros municipios del Distrito Poniente, en los últimos años además se ha observado una importante reducción en el número de casos, no registrándose ninguno en el año 2013. En este hecho tiene una gran importancia el diagnóstico precoz de los posibles enfermos así como el tratamiento de los contactos estrechos. En los casos registrados en los últimos años se ha observado un cambio en el perfil de los casos en el municipio, siendo mayoritariamente españoles hasta el 2009-2010 pasando a personas procedentes de Marruecos y Rumania en 2011 y 2012.

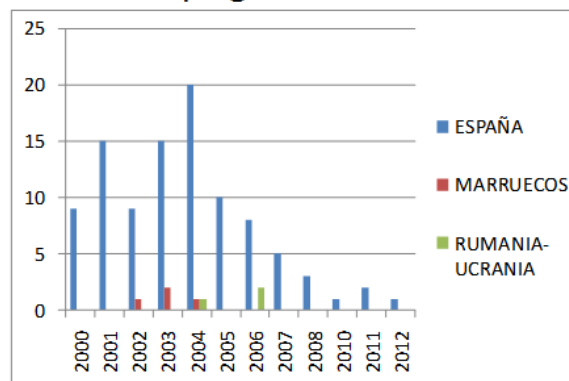
• TUBERCULOSIS



• ITS



• Intoxicaciones plaguicidas ADRA. 2000-2012



- En cuanto a las infecciones de transmisión sexual (ITS), los datos del gráfico de arriba hacen referencia a sífilis, herpes genital y gonococia, en total en el periodo 2003-2012 se han declarado 37 casos en 10 años. Aunque la incidencia es baja, es importante continuar trabajando en la prevención de estas infecciones.

- En cuanto a las enfermedades vacunables, en los últimos 5 años no se han detectado casos de tétanos, poliomielitis, rubeola, hepatitis B, tosferina, sarampión a pesar de los extensos brotes que sufrió Andalucía y España en 2011, lo que implica altas cifras de coberturas de vacunación en la población del municipio.

- Las intoxicaciones por plaguicidas han presentado una tendencia creciente hasta el año 2004, con un máximo de 22 casos de intoxicación por plaguicidas en el municipio de Adra, a partir de este año la tendencia ha sido hacia una reducción muy importante en estos casos, pasando a un caso los años 2011 y 2012. La mayoría de las intoxicaciones han ocurrido en personas de origen español.

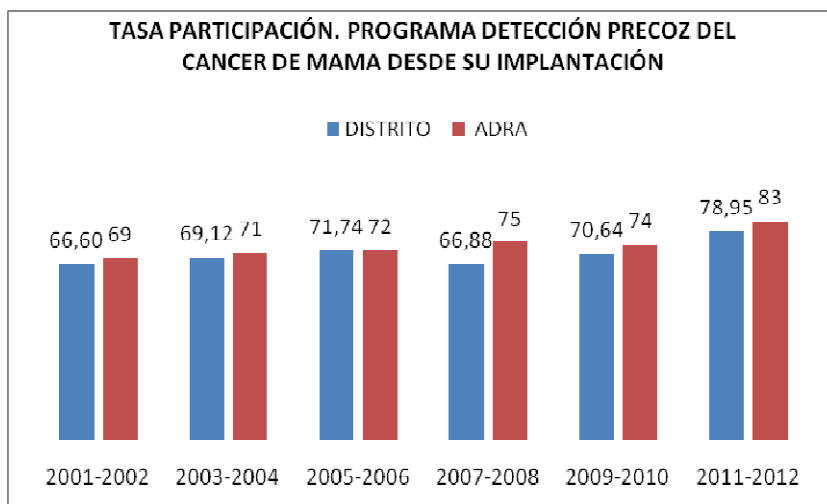
- En el año 2013:

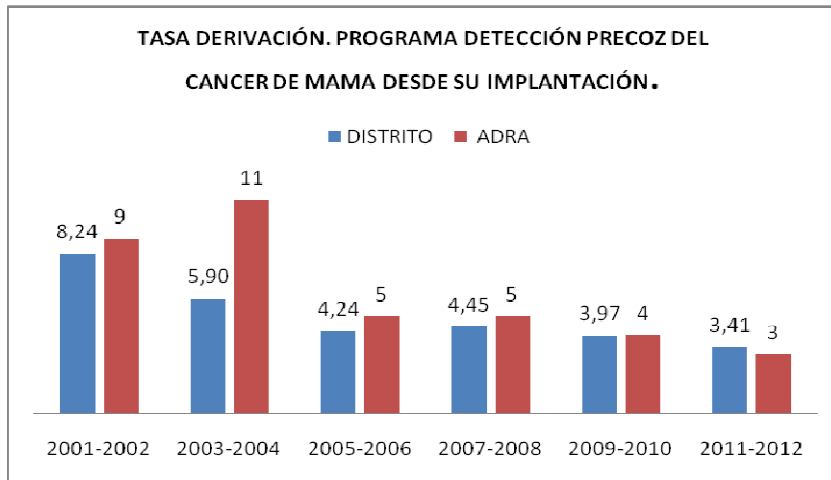
- La población hipertensa del municipio es de 1435 personas (5,9% de la población total), las personas diabéticas incluidas en el programa de atención a la diabetes en el municipio de Adra en el 2013 son 2000 personas (8.2%) cifras superiores a las del Distrito Poniente de Almería (6,1%).
- El número de niños/as con asma es 205, 4,78% de la población infantil, inferior al porcentaje del Distrito (7,39%).
- El número de personas incorporadas en el proceso de atención a la Enfermedad Pulmonar obstructiva Crónica (EPOC) es de 480 personas, 4.39% de la población, superior al porcentaje del Distrito (4,17%).
- El porcentaje de personas incorporadas en el proceso de atención a la Ansiedad, Depresión y Somatizaciones en el municipio es de 672, 2,76 %, porcentaje similar al del Distrito Poniente 2.57%.

2.2.3.1 Detección precoz del cáncer de mama:

El Programa de detección precoz del cáncer de mama (puesto en marcha en el Distrito Poniente en el año 2001) consiste en la realización de mamografías cada 2 años a toda la población femenina entre **50 y 69 años**.

Las mujeres son citadas mediante carta que reciben en su domicilio para acudir a una Unidad de exploración mamográfica específica en donde se hacen dos placas por mama (doble proyección) que son estudiadas por dos radiólogos distintos (doble lectura), el resultado lo recibe la interesada por correo y en el caso de que deba ser derivada al hospital para completar el estudio o para realizar algún tipo de tratamiento también recibirá dicha cita por correo.





2.3. Estilos de vida y hábitos

Además de los datos locales que disponemos, podemos extrapolar los resultados de las estadísticas elaboradas a nivel nacional, autonómico y provincial, ya que los estilos y hábitos de vida de las personas siguen un patrón muy parecido en toda la población nacional.

Para esto, nos basamos en las siguientes fuentes:

- Encuestas realizadas entre alumnos de los IES de Adra, sobre consumo de tabaco y alcohol. Diciembre 2013.
- Estudio de Conductas relacionadas con la salud y el desarrollo de los adolescentes andaluces: Resumen del estudio *Health Behaviour in School-aged Children* en Andalucía (HBSC-2011).
- Encuesta Nacional de Salud 2011-2012, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad junto con el INE.
- Panel de Salud

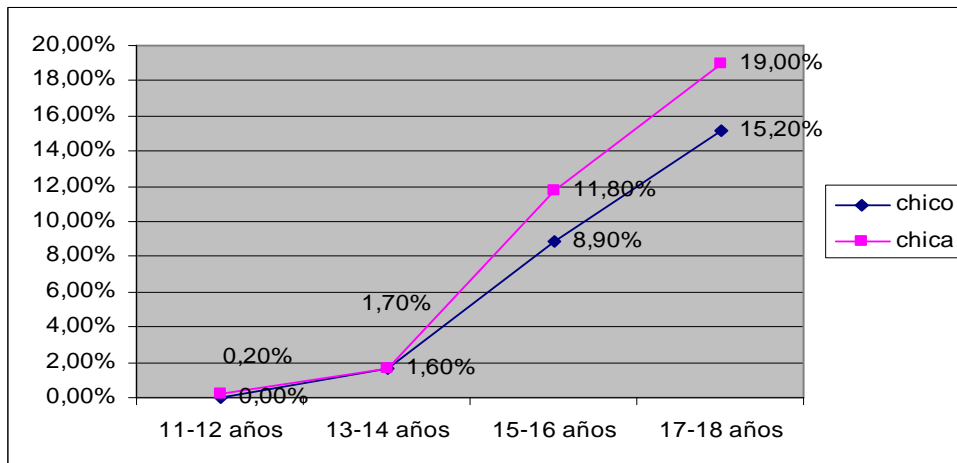
TABACO

Consumo de tabaco por sexo y edad.

	Total		Sexo		Edad			
			Chico	Chica	11-12	13-14	15-16	17-18
	Muestra	%	%	%	%	%	%	%
Todos los días	1249	7,9%	7,0%	9,1%	0,1%	1,7%	10,3%	17,1%
1 vez / semana	585	3,7%	3,0%	4,4%	0,2%	1,8%	6,1%	6,3%
< 1 vez/semana	627	4,0%	3,7%	4,2%	0,5%	2,7%	6,4%	6,0%
No fuma	13408	84,5%	86,3%	82,3%	99,2%	93,8%	77,2%	70,6%

Analizando la frecuencia de consumo de tabaco en adolescentes (11 a 18 años) en función del sexo y de la edad, se observa que el porcentaje de adolescentes que consume tabaco a diario es más elevado en chicas (9,1%) que en chicos (7%). Además, se observa un aumento de dicho porcentaje en los grupos de mayor edad.

Consumo diario de tabaco en chicos y chicas de 11 a 18 años. Andalucía.



Cuando se analizan sexo y edad de manera conjunta, chicas y chicos mantienen un consumo diario parecido a los 11-12 y 13-14 años. Sin embargo, a partir de los 15-16 años, ambos sexos muestran un marcado ascenso en el consumo diario, que es más acentuado en el caso de las chicas. Así, el consumo diario de las chicas de 17-18 años aumenta en 17,3 puntos porcentuales respecto a las de 13-14 años, mientras que en los chicos el aumento en el consumo diario de tabaco es de 13,6 puntos. Datos similares se observan cuando miramos a Andalucía.

ALCOHOL

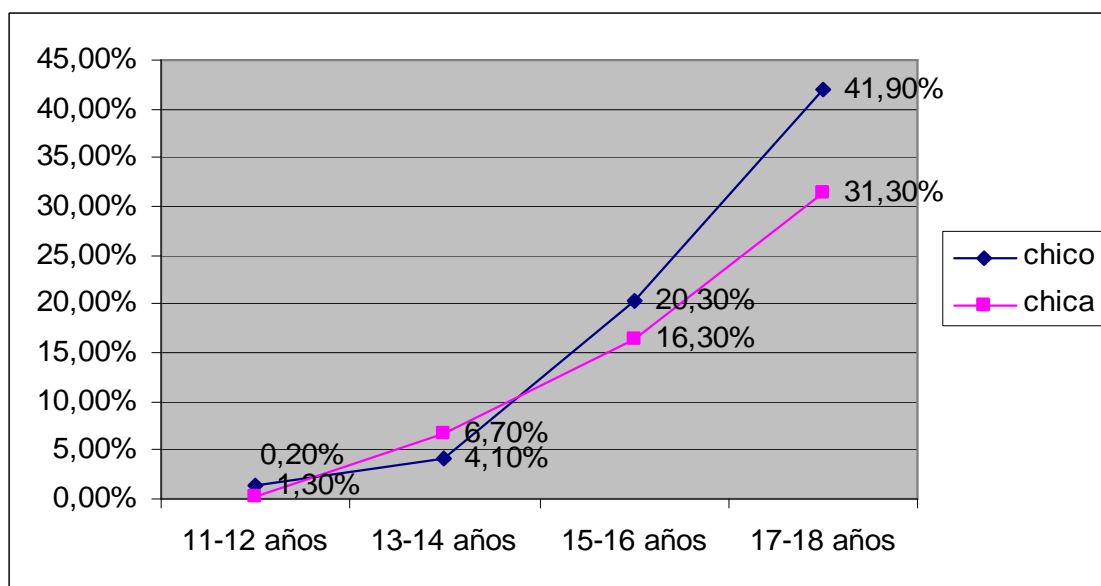
El estudio incluye bebidas alcohólicas: cerveza, vino, licor, combinado de refresco y licor y otras bebidas alcohólicas. La tabla señala los porcentajes en cada categoría de análisis en función del sexo y de la edad. Más abajo se analiza el consumo de alcohol semanal (dato que se obtiene al sumar las dos primeras categorías “todos los días” y “todas las semanas”).

Consumo de alcohol por sexo y edad.

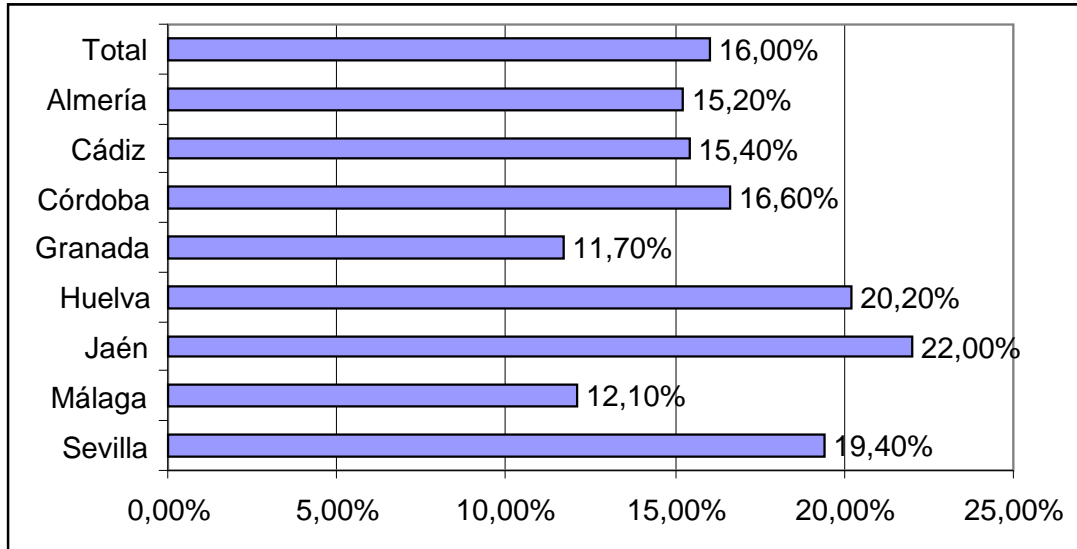
	Total		Sexo		Edad			
			Chico	Chica	11-12	13-14	15-16	17-18
	Muestra	%	%	%	%	%	%	%
Todos los días	214	1,3%	2,0%	0,8%	0,4%	1,0%	1,6%	2,2%
Todas las semanas	2331	14,7%	16,4%	13,3%	0,4%	4,3%	16,8%	34,4%
Todos los meses	1903	12,0%	11,0%	13,1%	0,6%	5,3%	17,8%	23,1%
Rara vez	3732	23,6%	22,7%	24,5%	8,7%	23,4%	33,3%	27,5%
Nunca	7667	48,4%	47,9%	48,4%	90,0%	65,9%	30,5%	12,8%

El consumo de alcohol semanal es algo más frecuente en los chicos (18,4%) que en las chicas (14,1%). En cuanto a las diferencias asociadas al grupo de edad, el consumo semanal de alcohol caracteriza al 0,8% de chicos y chicas de 11-12 años, incrementándose conforme aumenta la edad hasta alcanzar un 36,6% a los 17-18 años.

Consumo semanal de alcohol en chicos y chicas de 11 a 18 años. Andalucía.



El mayor consumo semanal observado en los chicos se vuelve especialmente notorio en el grupo de edad 17-18 años, encontrándose que el 41,9% de los chicos frente al 31,3% de las chicas de dicha edad consumen alcohol semanalmente.



RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS ENTRE ALUMNOS DE LOS IES DE ADRA, SOBRE CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL. DICIEMBRE 2013.

Edades comprendidas entre los 14 y 17 años.

Nº de alumnos encuestados: 250

Los resultados de las encuestas realizadas en este grupo de edad en el municipio de Adra, son los siguientes:

TABACO: El 60% de las alumnas consideran que el acceso es fácil en relación al tabaco y muy fácil respecto al alcohol.

El 20% de los chicos fuman ocasionalmente frente al 60% de las chicas. El 60% de los chicos y chicas reconocen que algunos de sus amigos fuman. En el 50% de los hogares encuestados al menos uno de los padres fuman.

ALCOHOL: El 80% de las chicas reconocen consumo de alcohol en fiestas, y el 70% de los chicos. La edad de inicio del alcohol es en 40% de las ocasiones 13 años para los chicos y 20% de las chicas. La mayoría consume licores y destilados en el contexto del “botellón” y refieren en la mayoría de los casos encuestados que nunca se han emborrachado (80% chicos y 95% chicas).

CONDUCTA SEDENTARIA

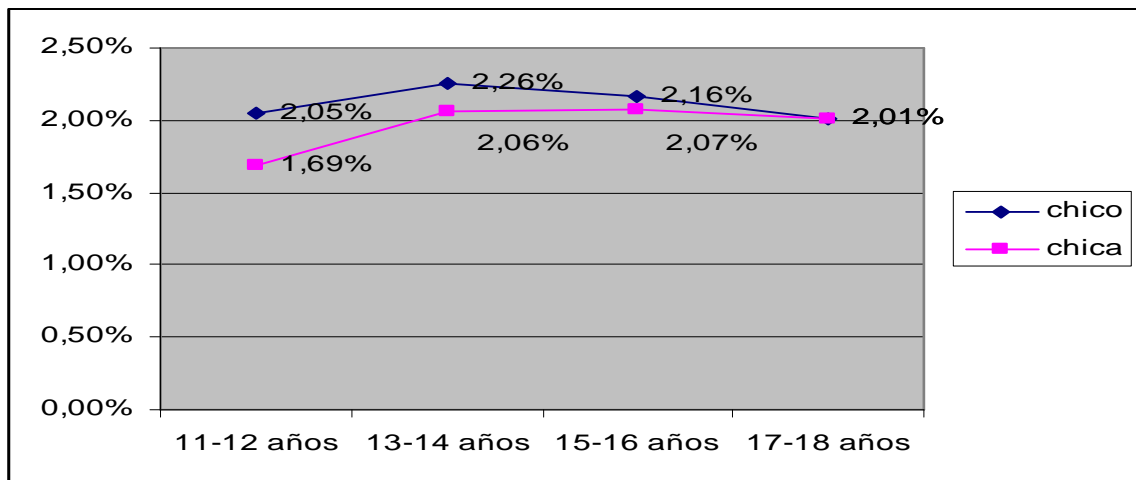
A continuación se estudia una de las conductas sedentarias más típicas de los adolescentes, como es ver la televisión (incluyendo videos y DVDs). Concretamente, se analizan las horas diarias dedicadas a ver la televisión los días entre semana.

Promedio de horas dedicadas a ver la televisión los días entre semana por sexo y edad.

	Total	Sexo		Edad			
		Chico	Chica	11-12	13-14	15-16	17-18
Muestra	15095	7569	7627	3689	3551	3617	4016
Media	2,04	2,11	1,96	1,87	2,16	2,12	2,00
Desviación típica	1,54	1,59	1,49	1,57	1,59	1,54	1,44

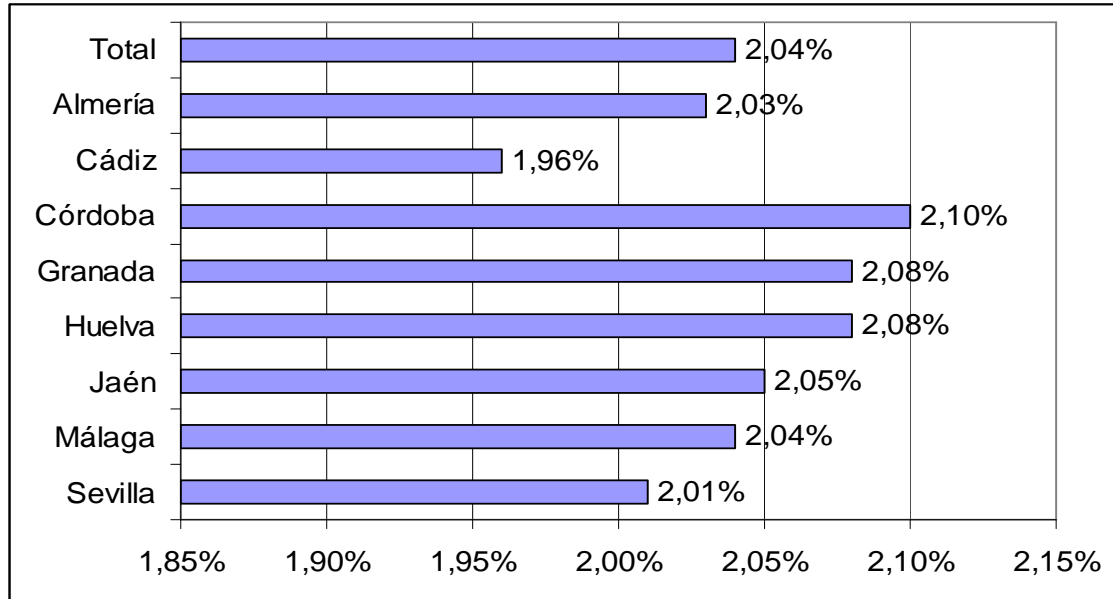
El promedio de horas diarias dedicadas a ver la televisión los días entre semana es superior en los chicos (2,11 horas) que en las chicas (1,96 horas), como muestra la tabla.

Promedio de horas dedicadas a ver la televisión los días entre semana en chicos y chicas de 11 a 18 años. Andalucía.



En cuanto a la edad, se produce un aumento del promedio de horas de televisión de los 11-12 años a los 13-14 años, para luego disminuir en los siguientes grupos de edad. Esta tendencia es algo distinta dependiendo del sexo, ya que mientras en los chicos se observa un ascenso a los 13-14 años y una progresiva disminución en los grupos de mayor edad, en las chicas se aprecia una estabilidad del promedio de horas dedicadas a ver la televisión de los 13-14 años en adelante.

Promedio de horas dedicadas a ver la televisión los días entre semana por provincias andaluzas.



No existen diferencias destacables entre los adolescentes de las distintas provincias, tan solo destaca levemente el bajo índice de Cádiz (1,96 horas).

OBESIDAD Y SOBREPESO

En este apartado se analiza la distribución de los adolescentes en función de la presencia de sobrepeso u obesidad, o bien la ausencia de ambas (es decir, infrapeso o normopeso)¹.

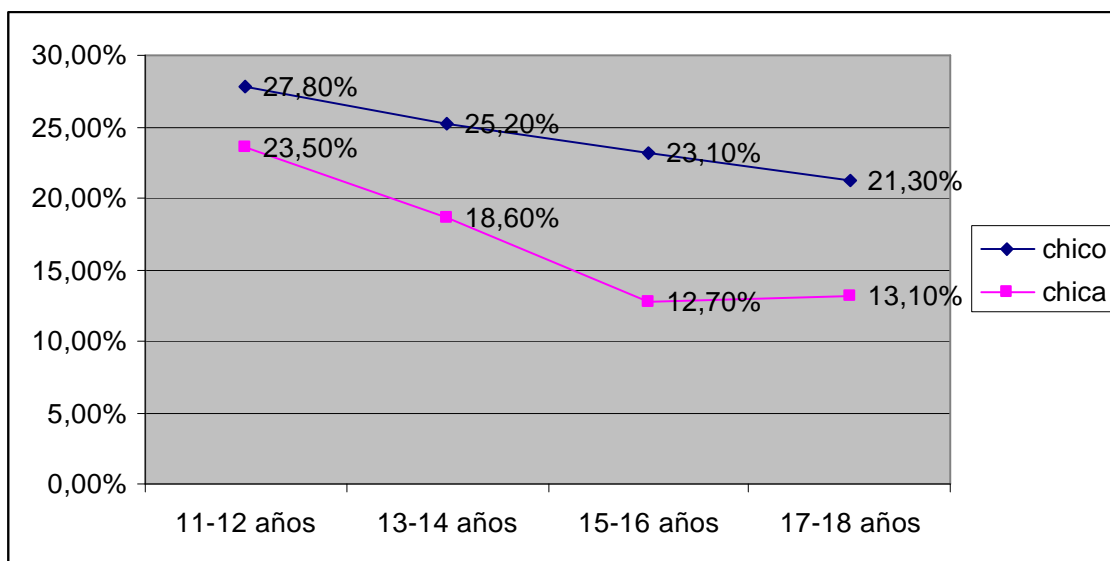
Índice de infrapeso-normopeso, sobrepeso y obesidad por sexo y edad.

	Total		Sexo		Edad			
			Chico	Chica	11-12	13-14	15-16	17-18
	Muestra	%	%	%	%	%	%	%
Infrapeso o Normopeso	11288	79,4%	75,7%	83,1%	74,3%	78,1%	82,1%	82,8%
Sobrepeso	2431	17,1%	20,0%	14,2%	21,8%	18,2%	14,8%	14,0%
Obesidad	492	3,5%	4,2%	2,7%	3,8%	3,7%	3,1%	3,2%

¹ Esta clasificación se ha realizado a partir de los índices ponderados por edad y sexo propuestos por Cole et al. (2000). Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., Dietz, W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, 320, 1240-3.

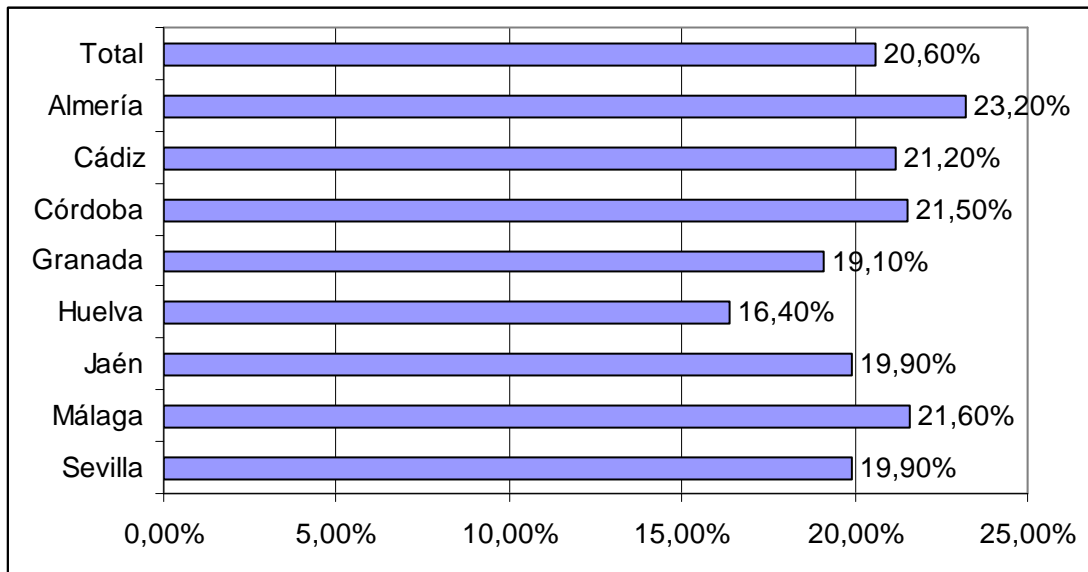
El porcentaje de adolescentes que no presentan sobrepeso ni obesidad es casi del 80%, mientras que alrededor del 17% presenta sobrepeso y el 3,5%, obesidad. Tanto el porcentaje de sobrepeso como el de obesidad es mayor en los chicos varones (20% y 4,2%, respectivamente) que en las chicas (14,2% y 2,7%). Por otro lado, se aprecia una tendencia descendente asociada a la edad en el caso del sobrepeso (se pasa de un 21,8% en los 11-12 años a un 14% a los 17-18 años), mientras que las diferencias por edad en la obesidad no son tan claras.

Índice de sobrepeso y obesidad en chicos y chicas de 11 a 18 años. Andalucía.



El análisis conjunto del porcentaje de adolescentes con sobrepeso y obesidad muestra que esta problemática disminuye con la edad. Sin embargo, la disminución es más marcada en el caso de las chicas adolescentes a partir de los 15-16 años.

Índice de sobrepeso y obesidad por provincias andaluzas.



Almería presenta un índice de sobrepeso y obesidad por encima de la media andaluza.

ESTUDIO DEL SOBREPESO – OBESIDAD EN LOS ESCOLARES DE ADRA:

Unidad promoción de la salud, Distrito Poniente de Almería. 2012 – 2013.

Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía (PIOBIN).

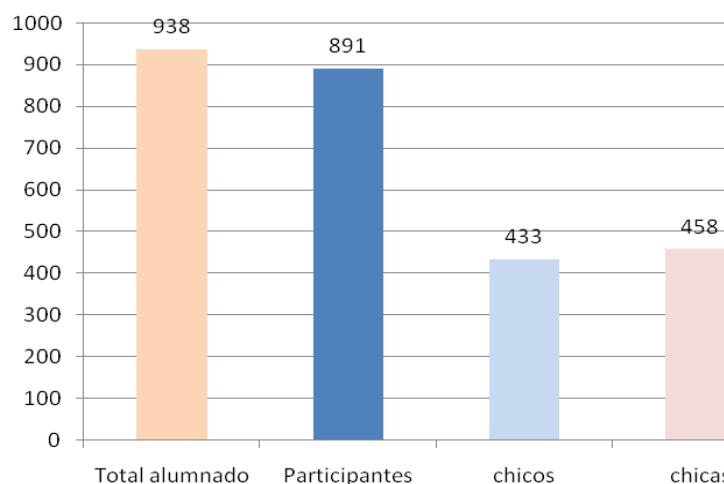


Gráfico 1: Participantes

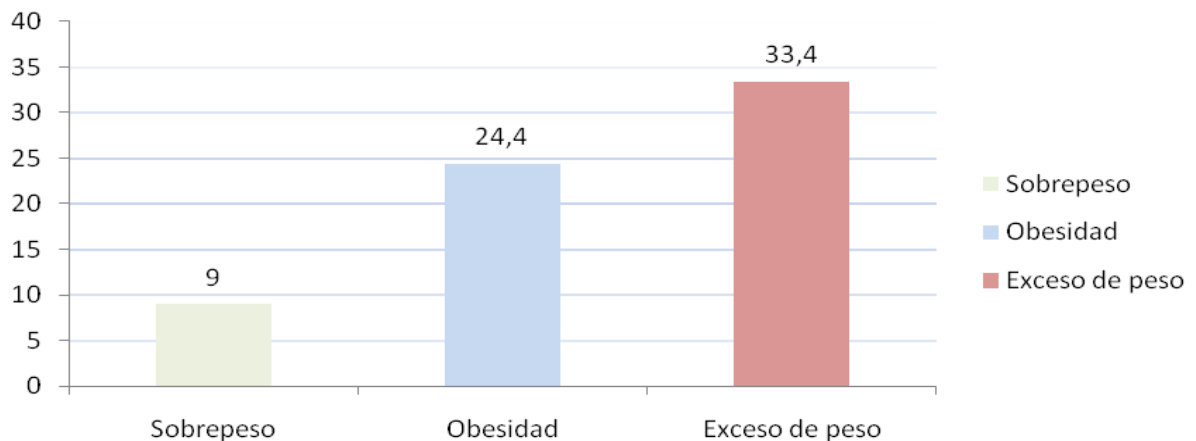
Se realizó un estudio para detectar el problema de sobrepeso u obesidad en los escolares de educación primaria del municipio de Adra. Participaron los colegios Mare Nostrum, Fuentesantilla, Pedro Mena y San Nicolás, en el año escolar 2012 – 2013, para ello se pesó y se midió a todos los

escolares, calculando su Índice de Masa Corporal (IMC) en el último trimestre del año. Se utilizaron las tablas de Hernández de 1988, tal y como establece el Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía (PIOBIN).

Se han estudiado a 4 de los 7 colegios públicos del municipio, en el que han participado un total de 891 de los 938 alumnos que hay matriculados, el 51,1% mujeres (458) y el 48,9% hombres (433).

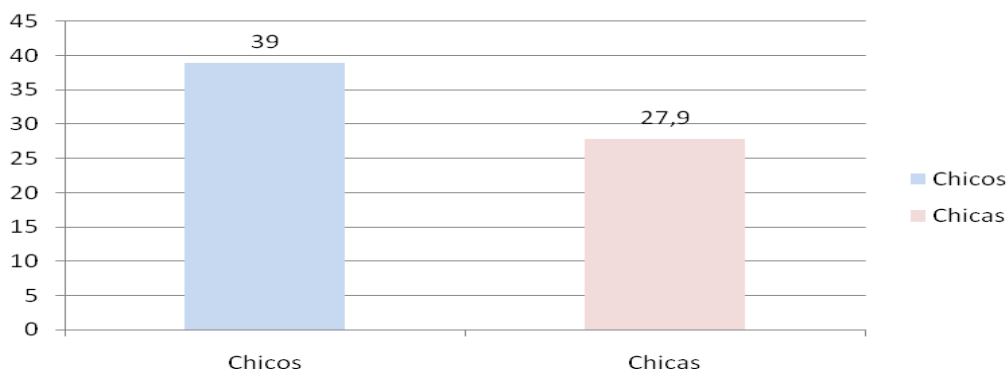
El exceso de peso detectado (la suma del alumnado que presenta sobrepeso u obesidad) entre los centros objeto de estudio es del **33.4 %** (297 casos), de los que el 9% (80 casos) es sobrepeso y el 24.4% (217 casos) es obesidad (gráfica 2).

Gráfico 2: Exceso de peso entre los colegios de Adra



Tal y como muestran otros estudios la prevalencia del exceso de peso en chicos es mayor que en el caso de las chicas. En chicos casi 4 de cada 10 alumnos (39%) de los colegios de Adra analizados tienen exceso de peso frente a un 27,9% de las chicas (gráfica 3).

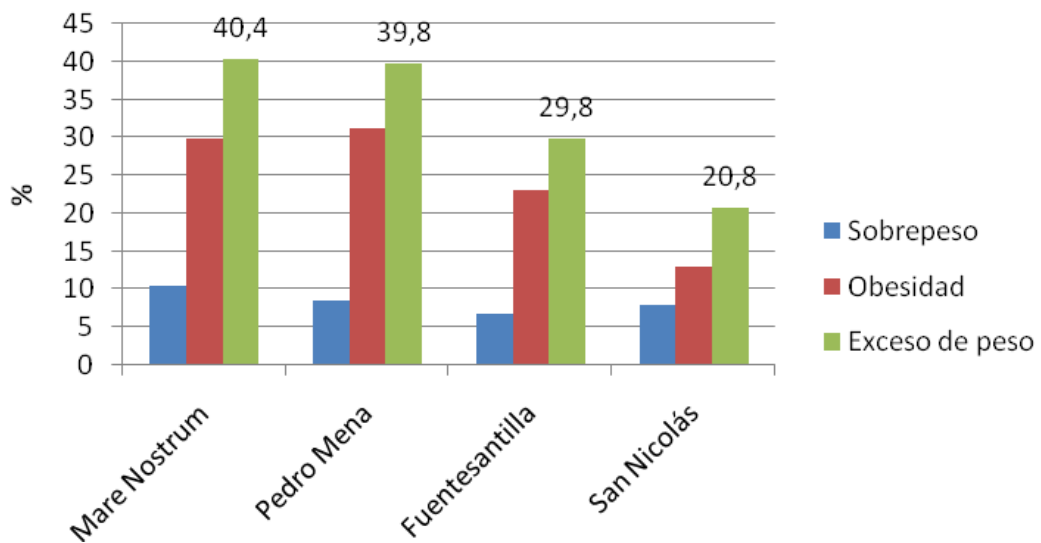
Gráfica 3: Exceso de peso según sexo



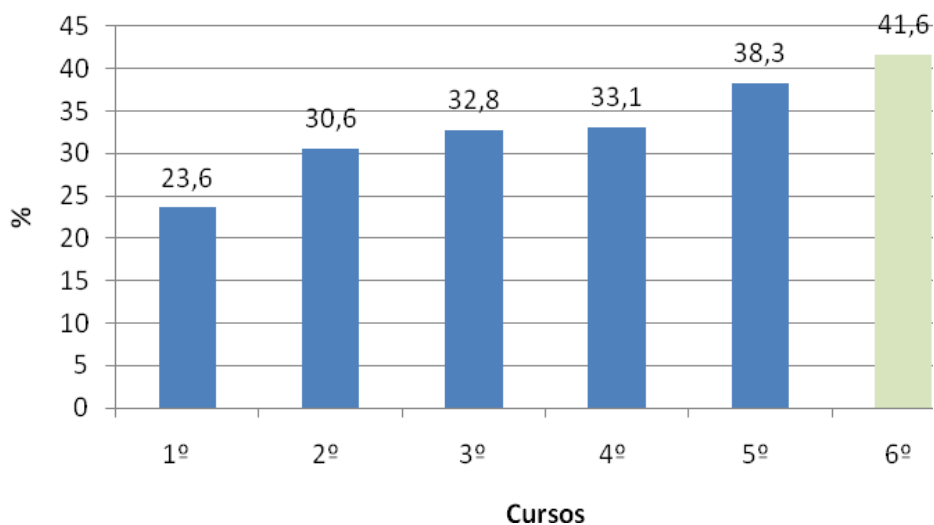
Los colegios Mare Nostrum y Pedro Mena, con una prevalencia similar, son los que presentan mayores porcentajes de sobrepeso y obesidad (gráfica 4).

En el primer curso se aprecia la menor prevalencia con un aumento progresivo a medida que avanzamos en los curso llegando a la máxima prevalencia en 6º con un 41,6% de exceso de peso entre el alumnado (gráfica 5).

Gráfica 4: Exceso de peso por colegios



Gráfica 5: Exceso de peso por cursos



PANEL MUNICIPAL DE SALUD DE ADRA (Julio 2013)

Para conocer cuáles son los principales determinantes de salud y prácticas preventivas de la población abderitana, la Consejería de Igualdad, Salud y Bienestar Social ha llevado a cabo una encuesta telefónica a ciudadanos residentes en el municipio.

Para ello se seleccionaron dos grupos según edad (mayores/menores), con un total de **415** encuestas: **197** a mayores de 16 años y **218** a menores de 16 años.

De los adultos (mayores), el **49%** eran hombres y **51%** mujeres.

De los niños (menores), el **50.92%** eran niños y **49.08%** niñas.

RESUMEN PANEL DE SALUD:

- Un 60.51% de personas adultas de este municipio declaran tener buena, muy buena o excelente salud.
- El 26.67% de la población mayor de 16 años es fumadora habitual con una edad media de inicio de 16.42 años.
- El porcentaje de personas bebedoras que presentan un riesgo de alcoholismo excesivo o gran riesgo según la escala del Plan Nacional sobre Drogas es de 1.02%.
- El porcentaje de adultos que comen fruta y verduras a diario es de 49.48%.
- El 75% de las personas mayores de 64 años se han vacunado de la gripe en la última campaña.
- Un 28.57% de mujeres entre 25 y 64 años declara que no se ha hecho una citología vaginal en los últimos 3 años.
- El 18.33% de la población mayor de 16 años presenta obesidad.
- Respecto a la población de menores de 16 años de este municipio, el 11.47% presenta obesidad.
- Un 54.55% de los menores de 16 años toman fruta todos los días, mientras que el porcentaje de menores que toman verduras a diario es de 35.92%.
- El porcentaje de menores de 16 años que toman leche todos los días es de 84.88%. De estos menores, un 73.41% toman dos o más vasos diarios.
- Un 41.32% de la población menor de este municipio realiza alguna actividad física regular o entrenamiento deportivo.

- El porcentaje de menores que dedican más de 2 horas diarias a ver la televisión es de 23.94%.

ABSENTISMO

El Ayuntamiento de Adra viene realizando actividades para la prevención del Absentismo desde el año 2004.

Actualmente los Centros Educativos de Secundaria tienen que dar respuesta a las necesidades educativas de los alumnos con problemas de absentismo, fracaso escolar, rechazo a la escuela, dificultades de convivencia y conflicto en las aulas. A partir de estas necesidades se plantea la búsqueda de alternativas a los comportamientos de los jóvenes de 13 a 16 años que se caracterizan por conductas de inadaptación escolar, absentismo grave, riesgo de exclusión escolar y/o social, etc. tanto en el instituto como en el entorno de convivencia.

En el curso escolar de 2008/9 se llevó a cabo una campaña de seguimiento escolar, prevención de absentismo y conflictividad juvenil a nivel municipal, que tuvo resultados positivos, con la resolución del 20% de los casos estudiados. **El número de casos atendidos por absentismo en el curso académico 2012/2013 es de 61.**

ACCIDENTES DE TRÁFICO Y DELINCUENCIA

Según informes de policía local del municipio los datos revelan que Adra sigue siendo **el municipio con índices más bajos de delincuencia del poniente almeriense**. Cuestión que es posible gracias a la estrecha colaboración existente entre Policía Local y el cuerpo de la Guardia Civil que han trabajado unidos en este aspecto.

En cuanto a las cifras barajadas cabe destacar un importante descenso en hurtos, mientras que el resto de delitos se ha mantenido en cifras similares a años anteriores.

En tráfico, la Junta Local de Seguridad realiza una Estadística anual sobre accidentes con víctimas (donde existen lesionados o fallecidos) que son remitidas a la Jefatura Provincial de Tráfico.

Esta Junta, elabora una comparativa respecto a delitos contra la seguridad del tráfico, con datos de los 6 primeros meses de cada año, detectando **una disminución de Diligencias Instruidas**, que puede estar relacionado con los controles que durante estos años se están intensificando en relación a consumo de alcohol (con etilómetro evidencial y vehículo adaptado), así como por las campañas a distintos niveles que se han llevado a cabo en colaboración con la DGT.

DILIGENCIAS INSTRUIDAS POR DELITOS DE TRÁFICO				
2010	2011	2012	2013	2014
24	19	12		

En relación a accidentes en este último año 2013 **DENTRO DE CASCO URBANO** (Competencia de Policía Local) no se ha tenido ningún fallecido. Se observa que la mayoría de los casos puedan estar relacionados con circulación a una velocidad inadecuada. En relación a este tema se ha tratado en las últimas reuniones de tráfico con la Concejalía/Gabinete de Tráfico la intensificación en la vigilancia del exceso de velocidad, mediante la utilización de cinemómetros cedidos por la DGT (se está formando a agentes en este sentido), así como la posible disminución de velocidad genérica en casco urbano a 40 km/h y específicamente en determinados lugares a 30 km/h. (Dentro del tercer Plan de Tráfico).

3. DESIGUALDADES

La desigualdad en salud tiene su origen en las desigualdades políticas, económicas y sociales que existen en la sociedad. Hace referencia a las diferentes oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas de distinta **clase social, género, etnia o territorio**, de forma que los colectivos más desfavorecidos presentan peor salud que el resto. Por lo tanto, el concepto de las desigualdades en la salud tiene también una dimensión moral y ética. Hace referencia a diferencias en salud que **son innecesarias y evitables** y que, además, son **injustas e intolerables**. Alcanzar la equidad en salud comportaría que idealmente todo el mundo tuviera una oportunidad justa de tener el máximo desarrollo posible de su salud.

Las desigualdades en salud son enormes, causando en muchos casos un exceso de mortalidad y de morbilidad superior al que causan la mayoría de factores de riesgo de enfermar conocidos. Además estas desigualdades casi siempre aumentan ya que la salud mejora más rápidamente en las clases sociales más aventajadas y empeora en las menos. La evidencia científica existente señala que éstas desigualdades en salud pueden reducirse si se aplican las intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas.

Los principales ejes de desigualdad en salud:

- Posición social: las desigualdades vienen determinadas por nivel de estudios, la situación laboral, el tipo de ocupación o la situación profesional, la clase social o el nivel de ingresos,

además del entorno social y cultural de los individuos. En general cuanto más elevado es, mejor estado de salud se tiene.

- Edad: La niñez es un periodo de gran vulnerabilidad que puede condicionar la salud. La desventaja social de determinados grupos puede acentuarse conforme aumenta la edad, debido a que se acumulan desigualdades sociales a lo largo de la vida. La situación de salud de una persona mayor, en gran medida es el resultado de exposiciones adversas a circunstancias ocupacionales, sociales y geográficas a lo largo de su ciclo vital.
- Etnia: Se refieren a grupos sociales que comparten una herencia cultural; pertenecer a un grupo étnico minoritario está relacionado con desigualdades en salud por las condiciones socioeconómicas, barreras de acceso a servicios sociales y sanitarios, uso poco efectivo de los servicios por falta de adaptación...
- Territorio: el área geográfica donde vivimos influye en la salud (características económicas, políticas, sociales, ambientales...) independientemente de la posición social individual.
- Género: La salud de los hombres y mujeres es diferente (por los factores biológicos que se manifiestan de manera distinta entre los sexos) y también desigual (porque hay factores que establecen diferencias injustas). Además existen diferencias sociales, económicas, de carga de trabajo, acceso a recursos materiales y simbólicos, el poder...

Zonas más deprimidas del municipio de Adra.

Denominación del barrio/lugar	Antigüedad			Nº viviendas habitadas 2007 familias gitanas
	Menos de 15 años	De 15 a 30 años	Más de 30 años	
ADRA			x	63
CEMENTERIO			x	26
BARRIO CAVITE			x	35

Fuente: *Mapa vivienda y comunidad gitana en España, 2007. Distrito Salud Poniente Almería*

En estas zonas en su gran mayoría vive la población con menos recursos económicos del municipio (en gran parte minorías étnicas). En ellas los índices de absentismo y fracaso escolar son muy elevados así como la tasa de desempleo, junto con graves carencias formativas profesionales y mayor dificultad para acceder a la información, convirtiéndolos por tanto en una población con alto riesgo de exclusión social.

Colectivos con riesgo de exclusión social

Debido a la crisis socioeconómica que venimos sufriendo, el perfil de los usuarios ha cambiado ya que solicitan ayudas personas que hasta ahora no habían sido usuarias de este centro, y que habiendo agotado todo tipo de prestaciones se dirigen a este servicio.

Estos usuarios que acceden por primera vez al sistema proceden de sectores de población hasta ahora normalizados, y que en la actualidad atraviesan dificultades en el acceso al mercado laboral: mayores de 45 años, jóvenes sin posibilidad de acceso a su primer empleo y mujeres. Por lo tanto, hemos pasado de ayudas económicas para alimentación a ayudas derivadas de alquiler de viviendas, luz, agua, IBI urbana, que impiden el corte de suministros básicos de la vivienda habitual.

Por todo ello, las entidades locales han realizado un importante esfuerzo financiero destinado a las AEF (ayudas económico-familiar) y ES (emergencia social) para prevenir el riesgo de exclusión social.

PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL		
2011	Pensiones no contributivas: Invalidez	Pensiones no contributivas: Jubilación
Adra	153	128

PRESTACIÓN (2013)	Nº USUARIOS
Salario social	1980
Ayudas Económicas Familiares	704
Ayudas de Emergencia Social	224
Transeuntes	93
Servicio Ayuda a Domicilio	42
TOTAL USUARIOS	3.043

Los grupos de población más vulnerable, con mayor riesgo de exclusión social y que solicitan más asistencia en el municipio de Adra son la población gitana y colectivo de inmigrantes.

4. NECESIDADES SENTIDAS DE LA COMUNIDAD

Hasta ahora hemos ido volcando e incorporando en la información disponible, información que está a nuestro alcance, que hemos ordenado y estructurado. **Pero es irrenunciable, indispensable, implicar a la comunidad** en general y también a personas cuya opinión es muy valiosa a la hora de identificar desde su propia percepción los problemas y necesidades colectivos más relevantes existentes en el municipio. En este apartado volcamos y describimos la información obtenida respecto a estas necesidades y problemas identificados con técnicas participativas como son el uso de entrevistas y encuestas (Panel Municipal de Salud).

En relación al Panel Municipal de Salud, basado en encuestas realizadas por la Escuela Andaluza de Salud Pública a los ciudadanos de Adra, con un total de 415 encuestados (197 adultos, mayores de 16 años y 218 niños, menores de 15 años) podemos afirmar que:

El 60.51% de los adultos encuestados afirman que su estado de salud es bueno, mientras que un 11.79% afirman que es mala. Estos valores son más bajos que la media andaluza de la que se obtienen unos valores de 71.3% y 8.6% respectivamente.

El 82.13% de los menores de 15 años tienen, según los encuestados, un estado de salud bueno, frente al 7.87% que afirman que es regular. Ninguno considera que poseen un estado de salud malo.

En las entrevistas a la ciudadanía cabe destacar como principales problemas o necesidades detectadas en relación a la salud: la obesidad y sobrepeso, el sedentarismo, las enfermedades, la accesibilidad a instalaciones deportivas, las adicciones y los accidentes de tráfico. (Resultado de la encuesta en el anexo).

4. CONCLUSIONES

Los datos recabados en este documento nos permiten extraer las necesidades y problemas que pueden afectar a nuestra salud, y que serán tenidos en cuenta a la hora de diseñar las acciones futuras (plasmadas en el **Plan de Acción**) que nos dirijan a su mejora, completando así el **Plan Local de Salud** del municipio de Adra.

1. MARCO CONCEPTUAL:

En la actualidad los problemas de salud más relevantes tienen relación con los estilos y hábitos de vida de los ciudadanos, así como con las condiciones medioambientales y socioeconómicas de los municipios. Muchos de estos problemas no se pueden resolver desde los servicios sanitarios asistenciales (atención de la salud, tratamientos médicos, inversión en tecnología...), porque su solución está más vinculada al desarrollo de procesos de mejora de la salud en la comunidad, donde deben participar y tomar decisiones otros sectores y la comunidad, partiendo de un concepto de salud positiva mucho más amplio que el de la simple ausencia de enfermedad.

Para poder abordarlos contamos con la estrategia transversal de **Salud en Todas las Políticas**, que mejora la salud de la población teniendo en cuenta los **determinantes sociales de la salud** (genética, medio ambiente físico y social, estilos de vida y sistema sanitario) y reduce las **desigualdades en salud**, a la vez que sitúa a ésta en las agendas de todos los responsables políticos teniendo en cuenta el impacto positivo o negativo que su política tiene sobre la salud de la ciudadanía.

Es importante reflejar las conclusiones y/o recomendaciones que emanan de este Perfil de Salud Local, para enfocar el modelo de salud que queremos construir en la acción local: basado en la protección, promoción y prevención de la salud y centrado en el **municipio** ya que:

- **Contamos con grupos de personas organizadas en asociaciones locales (jóvenes, mayores, mujeres...)**, como un recurso básico en su implicación y participación en las intervenciones que se desarrollarán en la construcción de un modelo de salud preventivo y asociativo.
- **Está dotado de gran variedad de recursos institucionales y de otros organismos**, que planifican y ponen en marcha programas, proyectos y actividades relacionadas con la promoción, prevención y protección de la salud.
- **Se garantiza la intersectorialidad en las intervenciones**, primordial para el abordaje de la acción local en salud, intentando contar con todos los sectores para la construcción de este Plan Local de Salud que está enfocado a mejorar la salud y la calidad de vida de los ciudadanos del municipio de Adra.
- **Debemos tener en cuenta las intervenciones con perspectiva de género y de desigualdades**, dada una mayor prevalencia de ciertas patologías y hábitos no adecuados en la población femenina y peores condiciones sociales, por sus mayores cargas laborales, familiares (dificultades para la conciliación vida familiar/laboral), barreras culturales, rol de cuidadoras... al igual que puede ocurrir con minorías étnicas y personas con riesgo de exclusión social.
- **Este territorio se considera un activo en salud**, por su orografía, su climatología, su riqueza histórico-cultural-artístico, su gastronomía, sus actividades económicas, su asociacionismo...

2. ANÁLISIS SOCIODEMOGRÁFICO:

HISTORIA

Los casi 3000 mil años de historia han marcado un gran carácter a los abderitanos. Cuna de civilizaciones debido a su buena situación geográfica a los pies de la Alpujarra y bañada por el mar Mediterráneo ha hecho que haya recibido influencia de muchas culturas que han dejado huella en estas tierras. Así como, hayan influido en la gastronomía, las costumbres y los hábitos de vida.

CLIMATOLOGIA

Adra goza de clima mediterráneo subtropical con inviernos suaves y veranos no excesivamente calurosos. Temperaturas suaves todo el año, lo que favorece el buen estado de salud de sus habitantes y la práctica de deporte al aire libre durante todo el año.

Amplitud térmica 13,7 °C.

VEGETACION

Aunque degradada como resultado de la explotación agrícola aun se conservan lugares de importante interés medioambiental en lo que se puede practicar el senderismo.

COSTA

Dispone de playas vírgenes, tres playas con bandera azul y el distintivo de Q de calidad. Indicativo del buen estado de nuestras playas.

Paseo marítimo de 3 km y Centro Azul cuyo objetivo es la conservación de los ecosistemas litorales y entornos naturales.

URBANISMO

Adra cuenta con numerosos parques , tanto infantiles como de adultos. Paseos marítimos. Parque biosaludable y zonas de ocio (senderos de guainos, calar y urbano).

ACCESIBILIDAD

Adra es una ciudad accesible y aporta beneficios a las personas con discapacidad; destacamos:

- Creación de la escuela deportiva para discapacitados
- Construcción de Centro Ocupacional
- Teleasistencia
- Plan de accesibilidad a playas
- Creación de Concejalía de Discapacidad.

POBLACIÓN

- Adra presenta una población joven ya que alrededor del 20% de sus habitantes son menores de 15 años (4183 jóvenes), y el 55% de la población es menor de 40 años. Si lo desagregamos por sexos, el 79% de los hombres de Adra tienen edades comprendidas entre 15 y 65 años, siendo este porcentaje del 66% de mujeres entre 15 y 65 años. Los mayores de 65 años suponen en Adra, una población del 11.3% de hombres (1184 personas) y un 14 % de mujeres (1560 mujeres).

Esta foto demográfica con tanta población joven, nos plantea un escenario de trabajo en salud muy orientado a la prevención y a la adquisición de hábitos de vida, que permitan a nuestros jóvenes el desarrollo de una vida saludable centrada en una alimentación sana, una vida activa con desarrollo de actividad física, una afectividad sana y evitar el inicio en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. También será importante trabajar con las personas entre 40 y 65 años, especialmente en los principales problemas de salud de municipio, que son las enfermedades crónicas, con especial atención a la diabetes, la hipertensión arterial y las enfermedades respiratorias crónicas, tanto para un diagnóstico precoz como para un adecuado manejo de estas enfermedades.

- También se destaca en el municipio una importante tasa de natalidad con un promedio de unos 230 nuevos nacimientos al año, así es importante la adecuada atención tanto al embarazo como al puerperio, ocupando un lugar destacado la promoción de la lactancia materna.
- En el municipio contamos con más de 1000 personas mayores de 80 años, la mayoría mujeres, que necesitan visibilizarse como colectivo importante a tener en cuenta en el plan local de salud del municipio.
- La población inmigrante del municipio es de origen fundamentalmente magrebí y rumana, concentrada mayoritariamente en La Curva, el plan local de salud de Adra debe incorporar actuaciones que incluyan a estos colectivos, siendo un activo del municipio la figura de una mediadora marroquí en el ayuntamiento de Adra.
- La población gitana del municipio está concentrada en el barrio del Cavite, y también deben contemplarse actividades e integrarse estos colectivos en las actuaciones en salud que se desarrollen en el marco del plan local de salud.

3. ESTADO DE SALUD:

3.1. PROTECCIÓN DE LA SALUD:

Seguridad alimentaria

- El municipio de Adra presenta un censo de establecimientos alimentarios con una proporción mayor que en el resto del Distrito en el sector industrial (esto se debe especialmente a la influencia del área hortofrutícola que es mayoritario en el municipio) y en sector de comercio minorista. Por otro lado, encontramos una menor proporción en el sector de restauración colectiva, dado el menor impacto del turismo en el municipio. Dentro del sector de la pesca destaca una lonja con pesca artesanal y subasta de pescado procedente de la flota pesquera propia con especies de cerco y arrastre.
- En relación al riesgo de estos establecimientos, el control oficial los supervisa anualmente con una frecuencia que va desde 2 veces al año, en los establecimientos de mayor riesgo a 1 cada 3 años en los de menor.

Salud ambiental

- Adra cuenta con pocas instalaciones de alto riesgo de transmisión ambiental de legionelosis en comparación con otros municipios más turísticos, y todas se inspeccionan adecuadamente en base al programa específico de control.
- En cuanto a la seguridad química, referida al riesgo asociado al uso profesional de productos químicos, controlando su etiquetado y la información relativa a la seguridad, y las empresas que las comercializan, en Adra se están censando los establecimientos que usan estos productos comprobando que la cadena de información en cuanto al correcto uso es la

adecuada. También en el municipio están censados 8 establecimientos y servicios de biocidas que se inspeccionan en su totalidad anualmente.

- Las 7 zonas de baño del municipio se controlan durante la temporada y han tenido todos, resultados satisfactorios en la calidad sanitaria del agua.

- El agua de consumo humano en la zona de abastecimiento de Adra está calificada como apta para el consumo. No obstante, como toda el agua de consumo del resto de la comarca del poniente presenta altos contenidos en cloruros y sulfatos (es lo que se denomina aguas incrustantes y salobres) que nos hacen limitar la recomendación de su uso diario a personas con problemas que les recomienden dietas pobres en sales. En la zona de la Alquería existe una declaración de no aptitud del agua de consumo desde noviembre de 2011 para el uso como agua de bebida y de preparación de alimentos, estando permitido de uso para el resto de operaciones de limpieza.

3.2. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Las causas que más contribuyen a la mortalidad están en consonancia con las principales causas de mortalidad de la provincia y Andalucía, que son las enfermedades CRÓNICAS, cardiovasculares y el cáncer, reflejo del envejecimiento de la población y de los cambios en los estilos de vida, tanto en hombres como en mujeres.

Este hecho también se observa en los patrones de morbilidad del municipio, con predominio de la obesidad, diabetes, hipertensión arterial y las enfermedades respiratorias crónicas.

Estos patrones de enfermedad en el municipio nos obligan a trabajar tanto en el diagnóstico precoz como en incorporar estilos de vida saludables que mejoren el desarrollo de estas patologías crónicas.

El trabajo conjunto del centro de salud junto con las asociaciones locales, de modo especial con la asociación contra el cáncer en Adra serán ejes fundamentales en el plan local de salud del municipio.

También será importante desarrollar actuaciones en el área de salud mental, manejo de ansiedad-depresión y la prevención del suicidio, ya que suele mermarse de manera llamativa en tiempos de crisis económica, con especial énfasis a colectivos más vulnerables y en colaboración con las instituciones y el tejido social del municipio.

3.3. ESTILOS DE VIDA

Hábitos alimentarios y de actividad física (Fuente: EAS-2011)

La evolución del consumo hortofrutícola y la práctica de actividad física en el tiempo libre son un buen marcador de los hábitos saludables en una región. Adra con su riqueza agrícola y su situación climática y de infraestructuras para desarrollar actividades de tiempo libre, reúne las condiciones ideales para que los ciudadanos puedan tener una vida más saludable.

El consumo diario de fruta ha aumentado de forma considerable tanto en adultos como en niños, siendo además los alimentos más consumidos. Sin embargo, solo un tercio de la población alcanza el mínimo diario de 3 raciones de fruta y 2 de verduras, recomendado por la

OMS, por lo tanto, hemos mejorado la frecuencia pero debemos aumentar la cantidad diaria tanto de frutas como de verduras, especialmente en niños y adolescentes.

Hay más población que realiza actividad física moderada o vigorosa en su tiempo libre (76 % en menores y 70 % en adultos) pero solo entre un 5 y 7 % lo hace varias veces a la semana por lo tanto no se alcanza el mínimo recomendable de la OMS de acumular 5 horas a la semana para los menores y 2,5 horas en adultos. Esta será una de las actividades a potenciar en el plan local de salud, teniendo especial atención a los colectivos más vulnerables y potenciando la práctica de ejercicio con una perspectiva de género.

Los datos nos sugieren que debemos de poner a “dieta televisiva” a los menores pues la mayoría (90 %) ven la televisión todos los días y casi la mitad hace 2 o más horas, siendo el consumo de televisión un marcador de sedentarismo.

Los parques infantiles del municipio desempeñan un lugar clave en el desarrollo de la actividad física de los menores. En el plan de salud local se debe recoger el mayor desarrollo de estas infraestructuras así como su adecuación a las normativas de seguridad.

Sobrepeso y obesidad (Fuentes: EAS-2011 y Estudio obesidad infantil Distrito Poniente 2012)

Adra es la segunda población con más obesidad infantil del poniente almeriense ya que supone un 24 % de los escolares (6-12 años). La obesidad en los colegios se va agravando conforme avanzamos en los cursos y se da significativamente más en niños que en niñas, por lo que deberíamos implementar medidas en el primer ciclo de primaria o antes del inicio de la etapa de educación primaria, es decir, entre los 4 y 8 años, y sobre todo en niños.

En adultos ha aumentado el exceso de peso en los últimos años. Un 59 % de la población tiene sobrepeso u obesidad.

Teniendo en cuenta los altos porcentajes de obesidad tendríamos que facilitar el acceso a la actividad física, fomentar el deporte y la alimentación saludable pues son muy influyentes en nuestra salud y podemos modificarlos.

Tabaco y alcohol (Fuente: EAS-2011)

El 37 % de los almerienses de 16 o más años fuman a diario. Aunque siguen fumando más los hombres que las mujeres hay que destacar el aumento significativo de las mujeres que fuman a diario en los últimos años mientras va disminuyendo ligera y progresivamente el consumo en hombres. El tabaquismo afecta más a las clases sociales más desfavorecidas. El plan local de salud deber recoger iniciativas dirigidas a la disminución del consumo de tabaco en general con especial atención a población vulnerable y a las mujeres.

El consumo de alcohol ha aumentado un 6 % en los últimos años, siendo el consumo el doble en hombres que en mujeres (60 y 30 % respectivamente) y está más asociado a las clases socioeconómicamente más favorecidas. Se sospecha que un 5,4 % de los hombres tienen alcoholismo y un 1 % en mujeres (también ha aumentado con los años).

El ámbito educativo, a través de programas de salud institucionales (DINO, A no fumar me apunto, Forma Joven) nos ofrece un marco de actuación idóneo para disminuir la incidencia tanto del consumo de tabaco como de alcohol.

4. DESIGUALDADES:

Debemos buscar la equidad en salud, para que las personas puedan desarrollar su máximo potencial, independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales.

Para reducir la brecha de salud debemos trabajar en:

- Las políticas deben mejorar los niveles de salud de la población, aumentando en los menos privilegiados.
- El enfoque debe basarse en: reducir desigualdades, mejorar más rápido la salud de los grupos menos favorecidos y focalizar las intervenciones en la población vulnerable.
- Desarrollar intervenciones multisectoriales.
- Disponer de instrumentos para evaluar la extensión de las desigualdades y las intervenciones puestas en marcha.
- Describir de forma separada las desigualdades en salud de hombres y mujeres, ya que los determinantes varían en función del sexo.
- Describir las diferencias en salud según etnia o área geográfica.
- Mejorar los sistemas de información, seguimiento y evaluación disponibles, así como priorizar las intervenciones a desarrollar.
- Incrementar los recursos materno-infantiles, sobre todo apoyando en los primeros años de vida.
- Cambio de hábitos en grupos vulnerables.
- Mejorar la calidad de viviendas, sobre todo donde vivan mayores y niños.
- Facilitar el transporte público en zonas menos favorecidas para tener acceso al trabajo, escuela y servicios sanitarios.
- Mejorar los entornos: planificación urbana saludable.
- Formar a responsables políticos y profesionales que trabajen en la mejora de la salud y explicar a la población que son las desigualdades en salud.

5. NECESIDADES SENTIDAS DE LA POBLACIÓN:

- El 60.51% de los adultos encuestados afirman que su estado de salud es bueno, mientras que un 11.79% afirman que es mala.

- El 82.13% de los menores de 15 años tienen, según los encuestados, un estado de salud bueno, frente al 7.87% que afirman que es regular. Ninguno considera que poseen un estado de salud malo.

- Cabe destacar como principales problemas o necesidades detectadas por los ciudadanos de Adra en relación a la salud: la obesidad y sobrepeso, el sedentarismo, las enfermedades, la accesibilidad a instalaciones deportivas, las adicciones y los accidentes de tráfico.

5. FUENTES DE INFORMACIÓN

- **Análisis Epidemiológico de áreas pequeñas. Distrito Sanitario Poniente de Almería.**
- **Atlas Interactivo de Mortalidad en Andalucía (AIMA):**
 - Web: www.demap.es/aima
- **Fuentes de información del Ayuntamiento de Adra.**
Encuestas realizadas entre alumnos de los IES de Adra, sobre consumo de tabaco y alcohol. Diciembre 2013
- **Instituto Nacional de Estadística: INE (Ministerio de Economía y Hacienda)**
 - Revisión Padrón Municipal de Habitantes
 - Censos de Población
 - Web: www.ine.es
- **Instituto de Estadística de Andalucía: IEA (Consejería de Economía, Innovación y Ciencia)**
 - Sistema de Información Multiterritorial de Andalucía, SIMA.
 - Banco de datos
 - Fichas municipales
 - Web: <http://www.iea.junta-andalucia.es/index.html>
- **Sistema de Prospección Permanente del Mercado de Trabajo de Andalucía (ARGOS, Consejería de Empleo)**
 - Informe Estadístico Municipal Diciembre 2010
 - Web: <http://web.sae.junta-andalucia.es/servicioandaluzdeempleo/web/argos>
- **Monografías sobre Accidentabilidad en Andalucía 2010. Servicio de Epidemiología y Salud Laboral. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales**
- **Estudio de Conductas relacionadas con la salud y el desarrollo de los adolescentes andaluces: Resumen del estudio *Health Behaviour in School-aged Children* en Andalucía (HBSC-2011).**
- **Encuesta Nacional de Salud 2011-2012, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad junto con el INE.**
- **Panel Municipal de Salud de Andalucía. Adra. Julio 2013. Escuela Andaluza de Salud Pública y Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.**