

DIAGNÓSTICO PRELIMINAR DE SALUD

Nerva 2013



ÍNDICE:

INTRODUCCION:	4
JUSTIFICACION:	5
INFORMACION PREVIA:	5
BREVE RESEÑA HISTORICA:	6
INFORMACION SOCIO ECONÓMICA Y DEMOGRÁFICA:	
ECONOMÍA:	8
RECURSOS SANITARIOS:	9
POBLACION:	10
INDICES:	14
RIESGOS PARA LA SALUD:	
FACTORES ALIMENTARIOS Y AMBIENTALES DE NERVA:	20
CALIDAD ALIMENTARIA:	20
SALUD AMBIENTAL:	21
AGUA DE CONSUMO HUMANO:	21
AGUAS DE USO PÚBLICO:	22
ESPACIOS PÚBLICOS :	22
ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS (VERTEDERO):	23
RIESGOS PARA LA SALUD DERIVADOS DE LAS ALTAS TEMPERATURAS:	23
HABITOS Y ESTILOS DE VIDA:	
ALIMENTACIÓN:	25
ACTIVIDAD FÍSICA:	27
PESO CORPORAL:	29
CONDUCTA SEXUAL:	29
CONSUMO DE TÓXICOS:	31

DATOS CONSUMO TABACO:	31
DATOS CONSUMO ALCOHOL:	32
CANNABIS:	35
DATOS DEL CENTRO COMARCAL DE DROGODEPENDENCIAS:	36
PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD:	
INCIDENCIA DE EDOs (Enfermedades de Declaración Obligatoria):	40
ANALISIS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD PREVENTIVOS (PQI):	41
REGISTRO PROVINCIAL DE CANCER:	44
PROGRAMA DIAGNOSTICO PRECOZ DEL Ca. MAMA:	45
MORTALIDAD:	
MORTALIDAD:	47
ANALISIS DE LA MORTALIDAD PREMATURA:	48
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:	49
PRIORIZACION DE PROBLEMAS PARA INTERVENIR:	52
REFERENCIAS:	53
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA (FUENTE DE DATOS):	54
ANEXOS:	
Anexo 1:	56
Anexo 2:	60
Anexo 3:	62
Anexo 4:	65
Anexo 5:	67
Anexo 6:	72
Autoría, colaboraciones y agradecimientos:	75

INTRODUCCION:

Nerva es un municipio situado al Noreste de la provincia de Huelva. En el año 2012 contaba con una población de 5.766 habitantes. Su extensión superficial es de 55.4 Km² y tiene una densidad de 104 hb./Km².

Sus coordenadas geográficas son 37º 41' N, 6º 32' O. tiene una altitud de 332 m. (metros sobre el nivel del mar), dista 75 Km. de Huelva (capital de la provincia) y 80 Km. de Sevilla (capital regional de la Comunidad Autónoma).

Su entorno es típicamente minero, con un paisaje abrupto alterado por la mano del hombre y marcado por la presencia del Río Tinto.

JUSTIFICACION:

Partiendo de las dos consideraciones previas: “la Salud es un valor universal”, “mas servicios sanitarios no son mas salud” y entrando en que el concepto DETERMINANTE DE LA SALUD es la base científica sobre la que se construye la estrategia de Salud en todas las políticas, es de crucial importancia concienciar a los responsables de la toma de decisiones (regionales, nacionales y locales) del impacto en la Salud de las políticas y decisiones, lo cual implica también involucrar a nuevos agentes en las políticas de salud (industrias, sector privado, ONG, mundo académico, etc.)

El Plan local de Acción en Salud, es el instrumento básico 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 instrumento tiene varias etapas que son una sucesión de procesos metodológicos que facilitarán la consecución de un producto final. Una de estas etapas, quizás de las primeras, sería el análisis sectorial de Salud.

INFORMACION PREVIA:

Los principales problemas que hemos encontrado a la hora de realizar este trabajo han sido:

Dificultad para obtener cierta información, referente a la Morbilidad y Mortalidad por causas y edad.

Los datos referidos a utilización de Servicios que se pueden obtener a través de Diábaco (Sistema de explotación de la aplicación informática Diraya), dejan mucho que desear por su fiabilidad, ya que Diraya (aplicación informática que el sistema sanitario público andaluz utiliza como soporte de la información y gestión de la atención sanitaria) es reciente y su utilización por los profesionales sanitarios, a la hora de registrar, dista mucho de ser satisfactoria por no reflejar todavía la realidad.

Por otro lado, este trabajo pretende reflejar la realidad de Nerva, basada en un corte transversal con los datos disponibles a finales del año 2012. A partir de ese momento habrá, sin duda, actualización de los mismos y nuevas posibilidades de análisis, por lo que lejos de considerar este como un documento definitivo, deberíamos mantenerlo abierto y en continua actualización en función de la disponibilidad y fiabilidad, tanto de registros como de nuevas fuentes.

BREVE RESEÑA HISTORICA:

Nerva se constituye Villa en 1885, tras su segregación de Zalamea la Real.

En la historia de la población de Nerva se refleja un crecimiento demográfico que culmina en 1940 con casi 15.000 habitantes. 20 años más tarde registra un descenso de la población que se mantiene hasta nuestros días, sin signos de recuperación y ligado al desarrollo de la industria minera.

Es a partir de los años 50 del siglo XX cuando se produce el declive poblacional, traducido en una fuerte emigración.

Nerva es, por derecho propio, símbolo de las luchas obreras y sindicales en el sector de la minería en la comarca, sus gentes mantienen vivo el sentir de una actividad que se resiste a desaparecer.

La presencia humana en estas tierras data de la “edad del cobre”, los yacimientos de plata y cobre permitieron asentamientos permanentes en la comarca minera de Huelva. Los periodos tartésicos y fenicios propician un intenso comercio de metales con otras culturas, que continuará durante la fase ibero-romana.

Es a partir del Siglo XVIII y hasta mediados del siglo XX cuando se registra el mayor desarrollo de la industria minera reflejándose en el “boom” demográfico de Nerva, donde tuvo mucho que ver la llegada en 1873, de la Riotinto Compay Limited, que supuso un revulsivo económico y social a nivel mundial sin precedentes, aunque no faltó de problemas, tanto de salud como sociales y medio ambientales: dada la forma de combustión de los minerales al aire libre, se necesitaban cantidades considerable de leña que provocó la esquilmación de los bosques y la lluvia ácida; los humos sulfurosos invadieron toda la cuenca minera, provocando problemas de salud y disturbios sociales.

Los embalses de aguas ácidas, escombreras y cortas nos ofrecen la cara más amarga de la actividad minera, paliado en parte por las repoblaciones forestales y la agricultura intensiva de cítricos.

Mención especial merece el paisaje protegido del Río Tinto, que tras recorrer 100 Km. Desemboca en las inmediaciones de la ciudad de Huelva, tras unirse al Río Odiel, dejando atrás uno de los mayores yacimientos mineros a cielo abierto del mundo. No se entiende el Río Tinto sin la mina, ni esta sin sus rojas aguas, se trata de un enclave único en Europa, declarado por la Junta de Andalucía en 2004 “Paisaje protegido del Río Tinto”. Son casi 17.000 hectáreas que pertenecen a la Faja Pirítica Ibérica, que pretende conservar los valores de este ecosistema, que une el Parque Natural Sierra de Aracena y Picos de Aroche, con el Paraje Natural de las Marismas del Río Odiel.

INFORMACION SOCIO ECONÓMICA Y DEMOGRÁFICA

ECONOMÍA.

Aunque la economía de Nerva ha dependido fundamentalmente de la minería, el declive de esta industria desde los años 70 hasta nuestros días, ha supuesto un duro golpe para la población de Nerva, generando un índice de paro altísimo y multitud de obreros, mucho de ellos altamente cualificados, en situaciones de prejubilación y jubilaciones anticipadas, en base a diferentes acuerdos derivados de los expedientes de regulación de empleo (E.R.E.s).

Tras un periodo de una fuerte emigración, en la actualidad la Villa de Nerva cuenta con un incipiente desarrollo industrial y de servicios. Tanto el sector forestal como la agricultura, vislumbran grandes posibilidades, gracias al cultivo de frutales, fundamentalmente naranjas. Existen otros cultivos herbáceos como la patata temprana de regadío y cereales de invierno para forraje. El turismo empieza a ser también una fuente de ingresos.

Las principales actividades económicas, según la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CN AE-93) son:

- Sección G (comercio, reparación de vehículos de motor, motocicletas y artículos personales y de uso doméstico): 120 establecimientos
- Sección I (hostelería): 35 establecimientos
- Sección F (construcción) 21 establecimientos
- Sección M (actividades profesionales científicas y técnicas) 18 establecimientos
- Sección S (otros servicios): 18 establecimientos.

Debemos mencionar también el Depósito de Seguridad de Residuos Tóxicos y Peligrosos que se ubicó en las cercanías de Nerva hace unos 15 años, que además de los empleos directos e indirectos que genera, supuso una gran conflictividad desde su apertura y existe hacia él un evidente rechazo social.

En 2010 el presupuesto de ingresos de la corporación local de Nerva fue de 4.186.928; el presupuesto liquidado de gastos ascendió a 4.871.429,4 lo que supone 704.5 € de ingresos y 819,42 € de gastos por habitante, siendo la renta media declarada 13.878,7€ (ver anexo 15: Sistema de Información Multiterritorial de Andalucía. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía)

RECURSOS SANITARIOS:

Desde le punto de vista de los servicios sanitarios públicos, Nerva pertenece al Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva, concretamente de la Zona Básica de Salud de Minas de Riotinto. Cuenta con un Centro de Salud de reciente construcción y un punto de Atención Continuada de Urgencias.

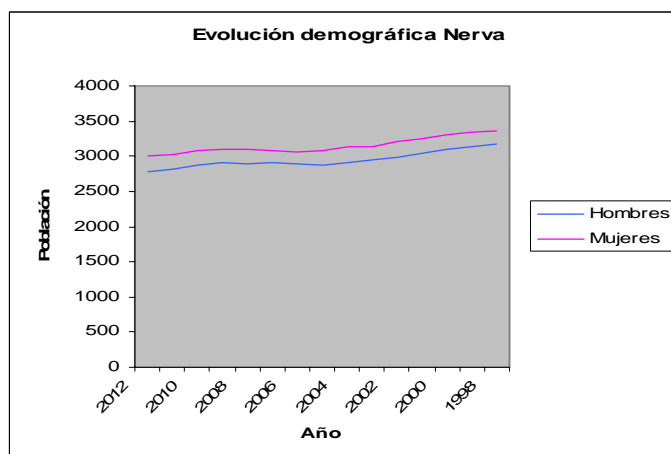
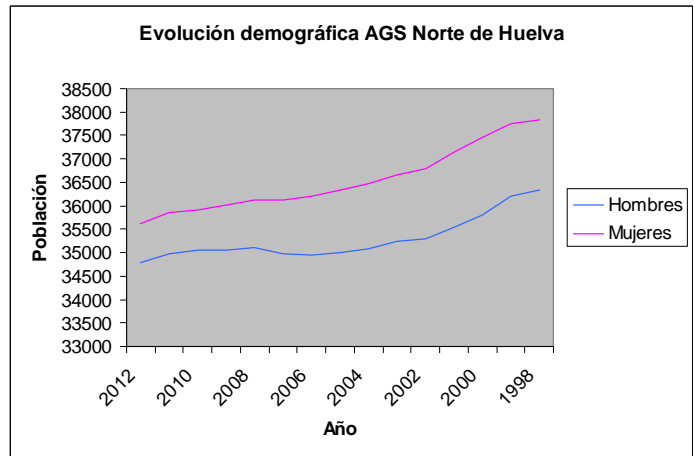
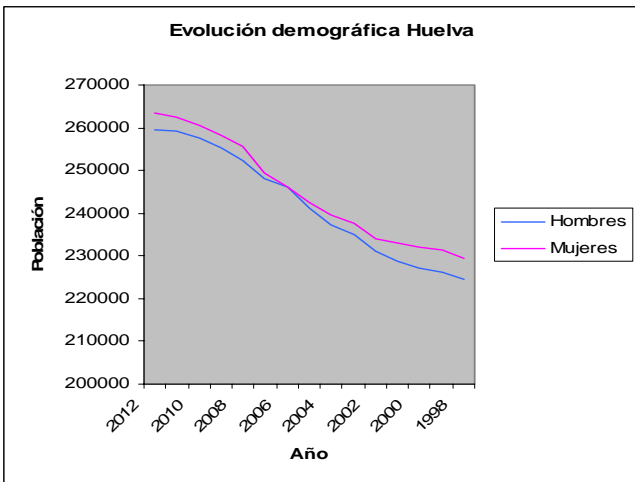
En este Centro se presta la cartera de servicios de atención primaria, por cuatro médicos de familia, un Pediatra, cuatro enfermeros, 1 aux. de enfermería, 1 aux. administrativo y 1 celador-conductor. A partir de las 15 horas, sábados, domingos y festivos, las urgencias son atendidas por un equipo de médico, enfermera, celador-conductor y 1 ambulancia de atención urgente. Dentro de la Z.B.S. prestan sus servicios otros recursos sanitarios tales como la Unidad de Salud Mental (1 Psiquiatra, 1 Psicólogo, 1 Enfermera y 1 Trabajador Social), los profesionales del cuerpo superior facultativo de Protección de la Salud (1 Veterinario y 1 Farmacéutico) y 1 Trabajadora Social

A tres Km. De Nerva se encuentra el Hospital General Básico de Riotinto, hecho este que condiciona tanto la derivación a Asistencia Especializada, como la demanda a Servicios de Urgencias del Hospital.

Los servicios sanitarios privados tienen poco peso, en relación a los públicos y se reducen a 2 Veterinarios, 1 Podólogo, 3 Dentistas y 1 Fisioterapeuta.

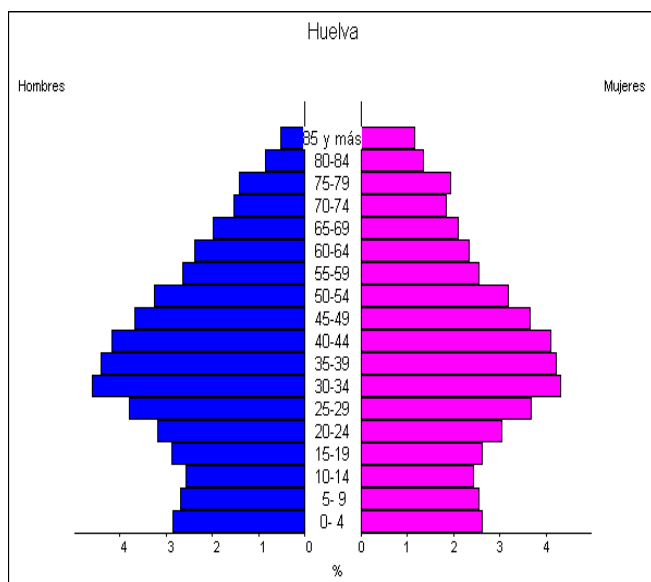
POBLACION:

El Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva (AGSNH) sufre una continua despoblación año tras año, que no es más que el reflejo de los últimos movimientos migratorios de los países desarrollados, “abandono progresivo de las zonas rurales hacia áreas más industrializadas o zonas costeras”. Esta tendencia se rompe en pocos municipios (Aracena, Valverde del Camino), sin embargo Nerva en los últimos cuatro años ha perdido casi un 7% de su población. (Anexo 1-Tabla 1)



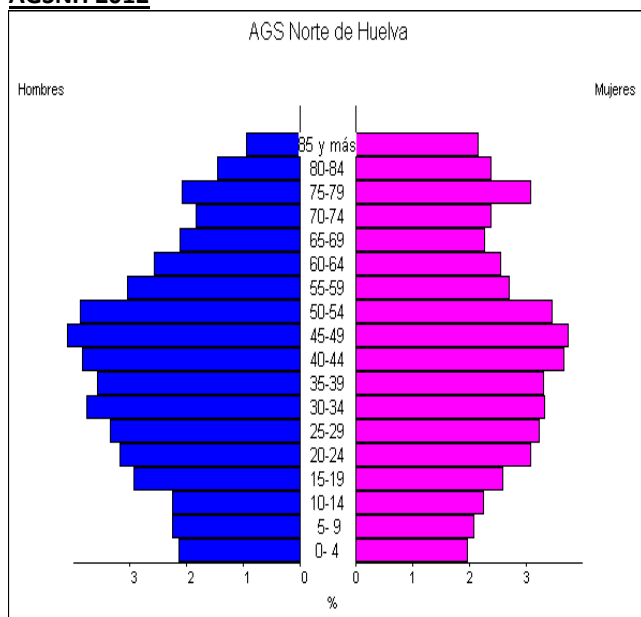
Pirámides de población:

Grafico 1 (Anexo 1-TABLA 2) PIRAMIDE DE POBLACION DE HUELVA 2012



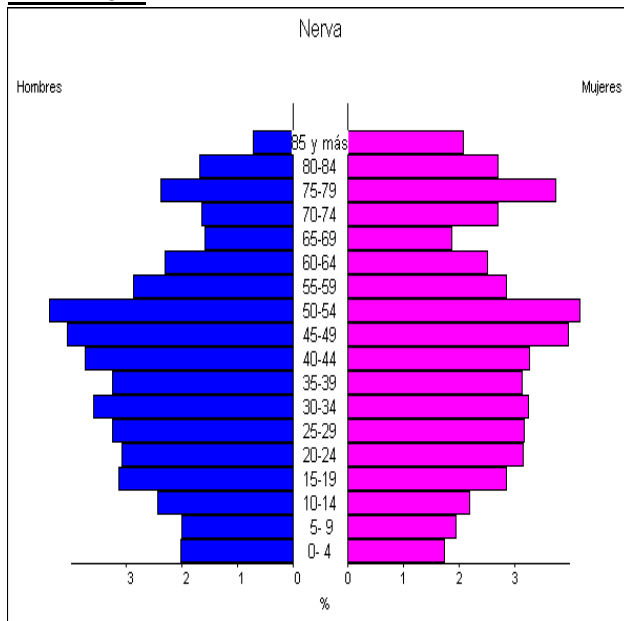
Índices	Valor
Friz	64,1316
Sundbarg	30,0964 59,637
Burgdöfer	10,3495 23,8769
Envejecimiento	94,1169
Dependencia	44,4914
Estructura de la población activa	87,034
Reemplazamiento de la población activa	86,2522
Número de hijos por mujer fecunda	21,2952
Índice generacional de ancianos	273,9599
Edad media	39,4657
Edad mediana	38,3522
Índice de masculinidad: hombres / mujeres	0,98

Grafico 2 (Anexo 1-TABLA 2) PIRAMIDE DE POBLACION AGSNH 2012



Indices	Valor
Friz	63,1188
Sundbarg	27,2271 81,767
Burgdöfer	8,895 26,1584
Envejecimiento	159,913
Dependencia	51,1961
Estructura de la población activa	103,761
Reemplazamiento de la población activa	92,7717
Número de hijos por mujer fecunda	17,8984
Índice generacional de ancianos	194,871
Edad media	43,3628
Edad mediana	43,0001
Índice de masculinidad: hombres / mujeres	0,98

Grafico 3 (Anexo 1-TABLA 2) PIRAMIDE DE POBLACION DE NERVA 2012



*Fuente: INE (Instituto Nacional de Estadística) Padrón 2012

Índices	Valor
Friz	64,9547
Sundborg	26,356 85,9119
Burgdöfer	8,6263 27,2681
Envejecimiento	171,271
Dependencia	50,7887
Estructura de la población activa	107,124
Reemplazamiento de la población activa	80,6268
Número de hijos por mujer fecunda	16,5049
Índice generacional de ancianos	191,452
Edad media	43,869
Edad mediana	43,9573
Índice de masculinidad: hombres / mujeres	0,92

En los gráficos 1, 2 y 3 se representan las pirámides de población de la provincia de Huelva (gráfico 1), A.G.S.N.H (gráfico 2) y Nerva (gráfico 3), según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), Padrón del año 2012.(Anexo 1-Tabla 2)

La pirámide de Nerva tiene un perfil muy parecido a la del AGSNH, son pirámides de población envejecida característica de zonas desarrolladas (base estrecha por el bajo índice de natalidad y vértice ancho por el envejecimiento progresivo de la población y el aumento de la esperanza de vida).

En la distribución por género, llama la atención, un porcentaje mayor de mujeres que de hombres, con un índice de masculinidad (población hombres/población mujeres) de 0,93, algo inferior al global del Área (0,98), que viene a ser igual que el de la provincia.

El análisis por grupos etáreos arroja una mayor proporción de hombres hasta los 55 años, invirtiéndose a partir de esa edad, a favor de las mujeres, debido a la sobremortalidad masculina a partir de los 65 años, lo que permite observar un claro predominio femenino en el vértice de la pirámide (a partir de los 65 años de edad.)

La distribución por grandes grupos de edad, es como sigue:

Porcentaje de población por grupos de edad (Anexo 1,Tabla 3 y tabla 3-A)

	% < 15 años	15-65 años	> 65 años
Huelva	15,86	69,21	14,93
A.G.S.N.H.	13,03	66,14	20,83
Nerva	12,42	66,32	21,27

Llama la atención el elevado porcentaje de población mayor de 65 años, tanto de Nerva como del Área.

De otra parte en los grupos de edad comprendidos entre los 55 y 75 años se observa una disminución de la población, más significativa en el grupo de los varones debido a la fuerte emigración de la década de los años 1950-1960, y a la posible coexistencia de cohortes disminuidas por los efectos de la Guerra Civil.

Posteriormente se produce una recuperación demográfica, fundamentada en un elevado número de niños y adolescentes comprendidos entre 0 y 19 años y un importante porcentaje de población entre 30 y 55 años, fruto de la población que no emigró, prejubilados, trabajadores de empresas alternativas, etc., y del incremento de la natalidad que se produjo entre los años 1955 y 1965.

Se observa también un incremento de la población a partir de los 70 años más manifiesto en el sexo femenino por la sobremortalidad masculina de la tercera edad, el regreso de los emigrantes y el aumento de la esperanza de vida.

INDICES:

$$\text{Tasa de natalidad} = \frac{\text{Número de nacidos vivos en un año}}{\text{Población total en ese año}} \times 1000$$

EVOLUCION DE LA TASA DE NATALIDAD			
AÑO	2009	2010	2011
HUELVA	11,56	11,34	10,69
AGS NH	8,06	7,77	8,11
NERVA	8,00	6,22	9,95

Fuente: INE

$$\text{Tasa fecundidad general} = \frac{\text{Número de nacidos vivos en un año}}{\text{Población de mujeres en edad fértil (15-49 años) en ese año}} \times 1000$$

TASA FECUNDIDAD GENERAL		
AÑO	2010	2011
AGS NH	34,72	36,19
NERVA	27,63	43,31

Fuente: INE

$$\text{Porcentaje de población mayor de 65 años} = \frac{\text{Número de personas mayores de 65 años}}{\text{Población total en ese año}} \times 100$$

Porcentaje de población mayor de 65 años:	
HUELVA	14,93%
AGS	20,83%
NERVA	21,27%

Fuente: INE. Padrón 2012

$$\text{Tasa de sobrevejecimiento} = \frac{\text{Número de personas mayores de 84 años}}{\text{Población mayor de 65 años}} \times 100$$

Tasa de sobrevejecimiento:	
HUELVA	11,53%
AGS	15,06%
NERVA	13,31%

Fuente: INE 2012

Saldo migratorio: En Nerva en el año 2010 se registraron:

Emigrantes: 135

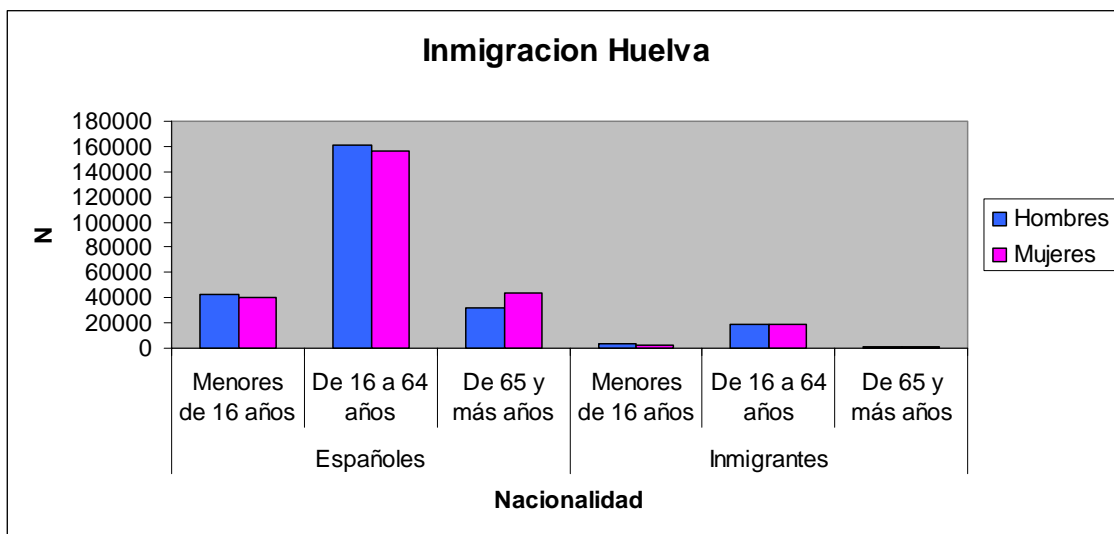
Inmigrantes: 126

SALDO MIGRATORIO= - 9

Tasa de inmigración: porcentaje de población de origen extranjero, sobre la población total.

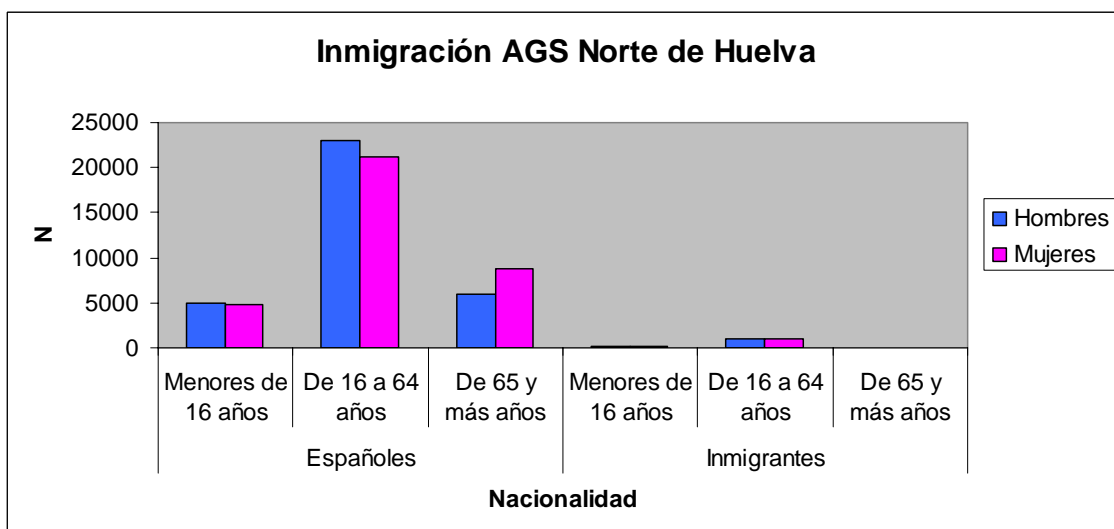
En los gráficos 4, 5 y 6 correspondientes al anexo 2- tabla 4, se refleja el peso de la inmigración en relación a la población nacional.

GRÁFICO 4:



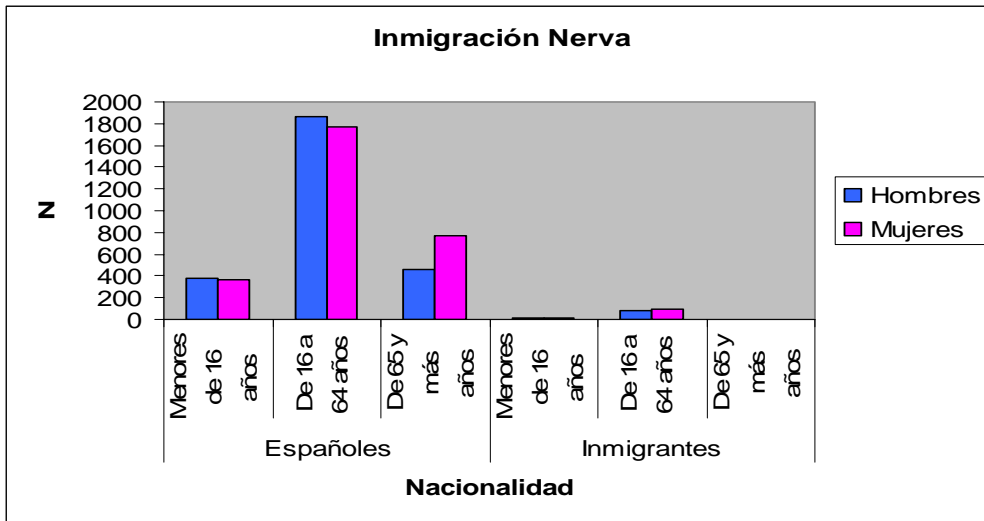
Fuente INE (anexo 2-TABLA 4)

GRÁFICO 5:



Fuente INE (anexo2-TABLA 4)

GRÁFICO 6:



Fuente INE (anexo 2-TABLA 4)

Índice de masculinidad:

$$\text{Índice de masculinidad} = \frac{\text{Número de hombres}}{\text{Número de mujeres}}$$

Índice de masculinidad	
HUELVA	0,98
AGS	0,98
NERVA	0,92

Índice de Friz:

$$\frac{\text{Población entre 0 y 20 años}}{\text{Población entre 30 y 50 años}}$$

- Si el índice es > 160 → Población joven
- Entre 60 y 160 → Población madura
- índice < 60 → Población vieja

Índice de Friz		} Población madura
HUELVA	64,13	
AGS	63,12	
NERVA	64,95	

Índice de Sundbarg:

Población 0-14/15-50 razón A
Población >50/15-50 razón C

Si $A > C$ población progresiva
Si $A = C$ población estacionaria
Si $A < C$ población regresiva

Índice de Sundbarg:		
	A	C
HUELVA	30,09	59,63
AGS	27,2	81,77
NERVA	26,35	85,91

} Población Regresiva

Índice de Burgdöfer:

Compara los porcentajes de población entre 5 y 14 años con el de mayores de 45 y menores de 64:

Cuando el 1 ^{er} grupo es más numeroso	- →	Población joven
Ambos grupos iguales	→	Población madura
Si el grupo de 5-14 es menor	→	Población envejecida

Índice de Burgdöfer:		
	5-14 años	> 45 y < 64 años
HUELVA	10,35	23,88
AGS	8,90	26,16
NERVA	8,62	27,27

} Población Envejecida

Índice de envejecimiento:

Expresa la relación entre personas adultas mayores y la cantidad de niños y jóvenes, es decir > 65 años con respecto a < 15 años x 100

Índice de envejecimiento	
HUELVA	94,12
AGS	159,9
NERVA	171,3

Tasa de dependencia:

Relación entre población dependiente y población productiva:

$$\text{Tasa de dependencia} = \frac{\text{Nº de personas entre 0-14 y > de 65 años}}{\text{Nº de personas entre 15 y 64 años}}$$

Tasa de dependencia:	
HUELVA	44,49
AGS	51,19
NERVA	50,79

A la vista de los índices descritos, podemos afirmar que Nerva presenta una población vieja, regresiva, con saldo migratorio negativo, con un preocupante índice de envejecimiento y una alta tasa de dependencia.

RIESGOS PARA LA SALUD

FACTORES ALIMENTARIOS Y AMBIENTALES DE NERVA

CALIDAD ALIMENTARIA

La actividad industrial relacionada con la alimentación tiene escasa representatividad en Nerva:

- 3 Panaderías
- 1 Almacén de congelados
- 2 Distribuidores

En cuanto a la actividad de restauración y servicios de comidas podemos decir otro tanto:

- 33 Bares y/o restaurantes
- 1 Comedor Escolar
- 2 Comedores de instituciones

En cuanto a la incidencia en la salud que puedan tener estas actividades, según nos consta, no se ha producido en los cuatro últimos años ninguna relacionada con las industrias, distribuidores o comedores.

Sin embargo, debido a los niveles de desempleo y a la escasa formación en seguridad alimentaria de los propietarios o manipuladores de los bares y restaurantes, hace que puedan darse situaciones de riesgo aisladas, en cuanto a almacenamiento de productos, seguimiento de la trazabilidad en los establecimientos e incluso venta clandestina de productos hortofrutícolas, setas, moluscos, carne de caza, etc. Sin que finalmente hayan tenido repercusiones en la salud de la población. También pueden darse situaciones, en algunos casos, en que los productos de auto-recolección, pasen al circuito comercial sin las debidas condiciones de aseguramiento de la calidad alimentaria.

Los mismos hechos de falta de seguridad alimentaria suceden con los establecimientos de nueva creación, la venta ambulante, mercadillos, ferias, celebraciones etc. en que la dispersión de responsabilidades sobre los mismos, hace que en ocasiones nadie controle el desarrollo de estas actividades, lo que podría suponer un riesgo para la población. Es el Ayuntamiento quien tiene la responsabilidad de vigilar la aparición de situaciones anómalas y establecer los métodos a seguir (Ley 7 1985 de Régimen Local Art. 25).

Para el control de estos casos existe un control veterinario oficial y las actuaciones de la Policía Local, encargados de la vigilancia de actividades clandestinas dentro de sus municipios de referencia.

SALUD AMBIENTAL

Desde el punto de vista Ambiental se deben analizar:

- El Agua de Consumo Humano:
 - Abastecimiento
 - Fuentes

- El agua de uso público:
 - Agua sanitaria
 - Piscinas
 - Riego por aspersión
 - Nebulizadores

- Espacios públicos

- Almacenamiento de Residuos Tóxicos

AGUA DE CONSUMO HUMANO

La situación orográfica de Nerva y la ausencia de recursos fluviales hizo que en un principio Nerva se abasteciese del Embalse de Nerva, de escasa capacidad y situado en una profunda cuenca cuyo cono de recepción se encontraba rodeado de espacios forestales. Este hecho hacía frecuentes las sequías, contribuía a la concentración de sustancias no deseables y sufría las escorrentías superficiales, que además de aportar hierro (Fe) y manganeso (Mn) al agua, arrastraban los restos de productos de tratamientos silvícolas como el Glifosato o la Simazina.

Este hecho encarecía las labores de depuración de agua para el consumo humano y hacía que en verano hubiese que recurrir a aportes de agua externos para abastecer a la población.

En la actualidad, las empresas Aqualia y Gihsa abastecen y controlan la calidad del agua en la localidad abasteciéndose de la captación del Embalse del Jarrama. La calidad del agua ha mejorado y ya no se sufren cortes durante el verano.

En cuanto a las Fuentes Públicas de la localidad, su vigilancia y rotulación para información de la población, son responsabilidades municipales, debiendo realizar analíticas periódicamente para conocer su calidad y mantener la rotulación de NO CONTROLADAS SANITARIAMENTE en aquellas que no se abastecen de la red municipal, para informar que estas fuentes no están desinfectadas y que por lo tanto no se asegura la ausencia de contaminación bacteriológica.

AGUAS DE USO PÚBLICO

Dentro de esta categoría incluimos aquellas aguas que, aún procediendo de la red municipal de aguas de consumo humano, no se utilizan como agua de bebida.

En las Piscinas de Uso Colectivo, Piscina Municipal y Piscina Municipal Cubierta, el agua procede de la red municipal. Los responsables del mantenimiento y control de la calidad del agua son los titulares de las instalaciones o sus gestores. Desde la Consejería de Salud se realizan inspecciones y supervisiones periódicas de las instalaciones para comprobar el correcto funcionamiento de las mismas, la calidad del agua, los registros de los controles y el conocimiento técnico de los responsables del mantenimiento. Hasta la fecha no se han tenido incidencias sanitarias que pudiesen afectar a la salud de la población.

Los jacuzzi, el agua caliente sanitaria, el riego por aspersión y los enfriadores evaporativos o nebulizadores, son instalaciones susceptibles de la proliferación y transmisión de la Legionela.

En Nerva solo hay dos instalaciones de riesgo medio, los jacuzzi de la Piscina Cubierta y el agua caliente sanitaria con circuito de retorno de la residencia de ancianos. Los primeros están cerrados en la actualidad y la Residencia tiene una supervisión donde se revisan a fondo el mantenimiento, limpieza y control de las instalaciones siendo conforme.

El riego por aspersión solo existe en espacios deportivos cerrados, campo de fútbol y piscina municipal y no se utiliza en tiempo de actividad o presencia de personas, por lo que carecen de relevancia sanitaria.

En cuanto a los sistemas de enfriamiento evaporativo o nebulizadores que se utilizan como climatizadores por pulverización de agua en espacios abiertos, tiene aún escasa presencia y aún no se ha determinado la relevancia sanitaria que pudiesen tener, pero ya se están tomando medidas para su control.

ESPACIOS PÚBLICOS

En este aspecto podemos hacer varias consideraciones, la primera de ellas es que son espacios en los que la concurrencia pública obliga a una serie de condiciones de la que son responsables los titulares de las instalaciones y en último lugar el ayuntamiento, responsable del cumplimiento de la legislación en su municipio.

Aquí se incluyen acciones sobre el medio encargadas en la Ley de Bases del Régimen Local (Ley 7 de 1985) a los ayuntamientos, entre las que se incluyen la accesibilidad de personas con minusvalías y adecuación de calles y establecimientos a la normativa de accesibilidad, el ornato y decoro y el mantenimiento de la salubridad.

En Nerva hay una emigración que deja casas vacías, abandonadas. El control de plagas y animales vagabundos, se convierte en un aspecto importante. En las casas abandonadas, una vez secos los sifones de los sanitarios, acceden todo tipo de insectos

y roedores que deterioran las viviendas y se convierten en focos de proliferación de enfermedades, a través de ellos mismos y de los parásitos que transportan, como pulgas, garrapatas, etc.

Existe también, como en la mayoría de los municipios, una red de alcantarillado obsoleta que no fue sellada al sustituirla por las nuevas instalaciones y que en algunos casos ha dado lugar a focos de contaminación localizados.

ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS (VERTEDERO):

Cercano a la localidad de Nerva se instaló hace unos 15 años un Depósito de Seguridad de Residuos Tóxicos y Peligrosos. Al estar legalmente autorizado se garantiza el control del mismo por parte de las autoridades correspondientes.

RIESGOS PARA LA SALUD DERIVADOS DE LAS ALTAS TEMPERATURAS:

Desde el 1 de junio al 30 de septiembre, se activa siguiendo las directrices de la Secretaría General de Salud Pública “el Plan Andaluz de Prevención contra los efectos del exceso de temperaturas sobre la Salud”.

Durante los años 2011 y 2012 no se alcanzaron en Nerva parámetros para declarar niveles de alerta (amarillo, naranja o rojo respectivamente) ni se registraron casos atendidos por patologías derivadas del exceso de temperaturas.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Los hábitos de vida o conductas relacionadas con la salud son uno de los determinantes de la salud más relevantes; algunos autores calculan su peso hasta en un 40% a la hora de explicar los resultados de salud de una población o comunidad ⁽¹⁾.

En este apartado se describen las prevalencias de los principales hábitos relacionados con la salud, como son la alimentación, la actividad física, el consumo de tóxicos, y el uso de anticonceptivos y otros medios para prevenir embarazos no deseados.

Aclarar que la mayoría de los datos de este apartado provienen de estudios regionales o nacionales, y no locales, pero se considera que son datos válidos para orientar las prioridades del programa de salud local, ya que es muy probable que las tendencias de comportamiento que indican estos estudios, se reproduzcan también en Nerva.

Alimentación

En este apartado se describirán los resultados de las distintas encuestas sobre aspectos relevantes a la hora de definir una alimentación saludable como son: el desayuno, el consumo de frutas y verduras, y el consumo de refrescos en la infancia. Además, se incluye información sobre la prevalencia de la lactancia materna.

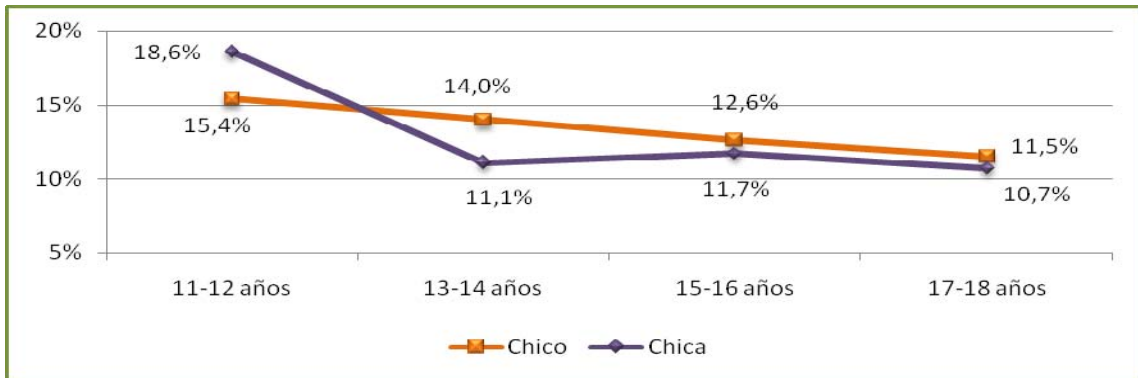
El **desayuno** es la primera comida tras el ayuno de las horas de sueño nocturno y es fundamental para proporcionar al organismo la energía y los nutrientes necesarios para hacer frente a todas las actividades que se realizan en esta parte del día. En escolares, hay evidencia de la influencia que tiene el desayuno en la capacidad para mantener la atención en las primeras horas, y en el rendimiento en general.

Según un estudio realizado en 2011 entre **escolares** andaluces (HBSC-2011)⁽²⁾, son un **49,3%** los escolares andaluces que desayunan adecuadamente todos los días de la semana y es un hábito que va empeorando claramente según van creciendo; a los 11-12 años son un 63% los que desayunan todos los días frente a un 38,9% a los 17-18. Hay algunas diferencias constantes también en función del sexo, siendo algo peor este hábito en las chicas frente a los chicos.

Respecto al consumo de **fruta y verdura**, en la **población general** andaluza, el 81,3% y 70% de la población andaluza manifestó consumir al menos tres veces a la semana fruta fresca y verduras, respectivamente, en la Encuesta Andaluza de Salud 2011. El consumo es mayor en mujeres y aumenta también progresivamente según la edad, desde el 70% de consumo de frutas y 55,6% de verduras y hortalizas en el grupo de 16 a 24 años, hasta 92,8% y 77,1% respectivamente a los 75 o más años. ⁽³⁾

En población **escolar**, son un 29,5 % los que consumen **fruta** al menos una vez al día y un 14,5 % los que lo consumen menos de 1 vez a la semana ó nunca.

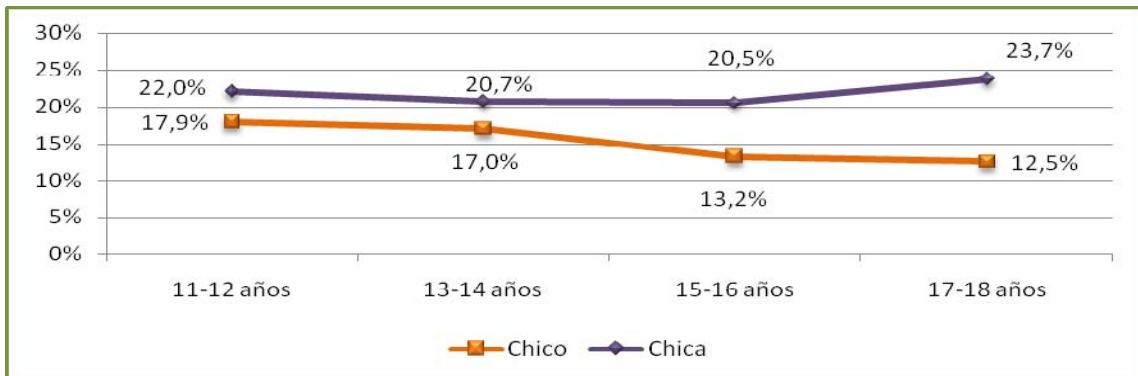
Figura 1. Consumo de más de una fruta al día en escolares andaluces por sexo y edad.



Fuente: Estudio HBSC 2011

El consumo de **verdura** es diario para un 18,5 % de los escolares andaluces frente a un 10,2 % que lo consume 1 vez a la semana ó nunca. Al menos entre 2 y4 veces a la semana estarían consumiendo verdura el 77% de ellos. Las diferencias entre los sexos son relevantes a los 17-18 años. ⁽²⁾

Figura 2. Consumo diario de verdura en escolares andaluces según edad.

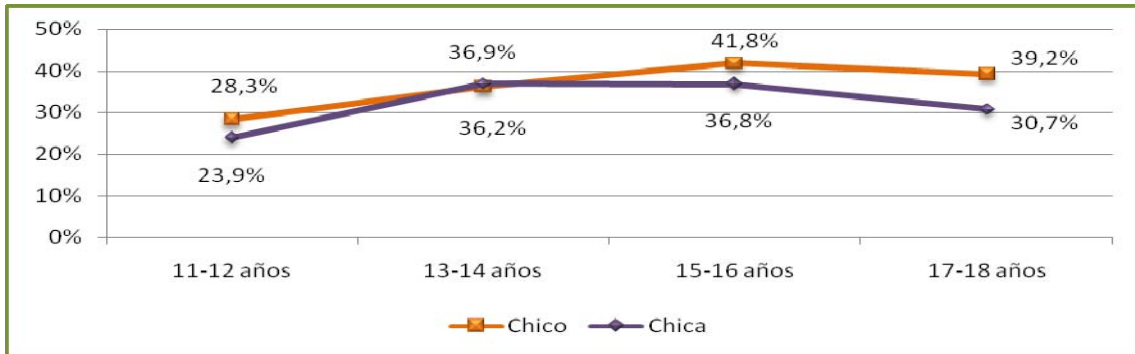


Fuente: Estudio HBSC 2011

Para terminar este apartado señalar que las recomendaciones oficiales indican consumir 5 unidades al día; 3 de fruta y dos de verdura.

Respecto al consumo de **refrescos y bebidas azucaradas** en población **escolar**, señalar que el 34,2 % del alumnado consume diariamente este tipo de bebidas, frente a un 15,1 % que no los consume nunca o menos de 1 vez a la semana. ⁽²⁾

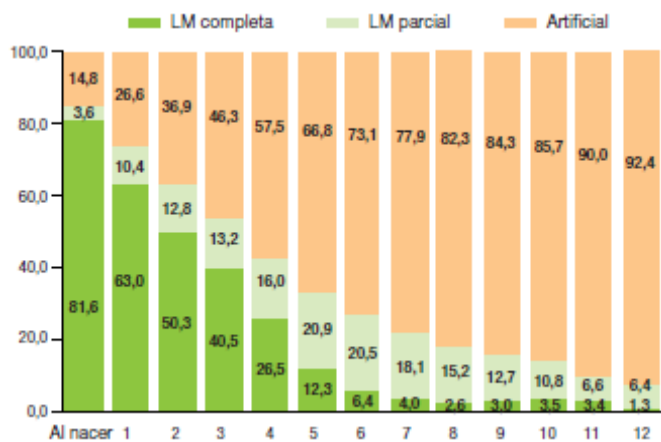
Figura 3. Consumo diario de refrescos o bebidas azucaradas en escolares andaluces según sexo y edad.



Fuente: Estudio HBSC 2011

Finalmente, y respecto a la **lactancia materna**, el último estudio editado por la Consejería de Salud (2004) señala que la prevalencia de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses (recomendación de la OMS), es de un 6,4 % en Andalucía, y de un 26,9% si le sumamos la lactancia parcial.⁽⁴⁾ Señalar que existe evidencia científica sobre los efectos preventivos que tiene la lactancia materna en relación a la obesidad infantil, así como a otros muchos aspectos que afectan a la salud de la infancia.

Figura 4. Prevalencia de la lactancia materna mes a mes. Andalucía 2004

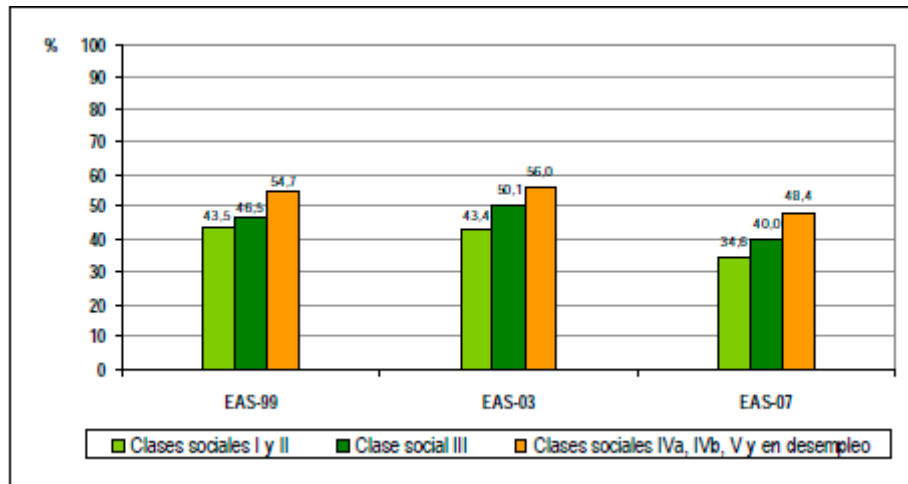


Fuente: Estudio "La lactancia materna en Andalucía" ⁴⁾

Actividad Física

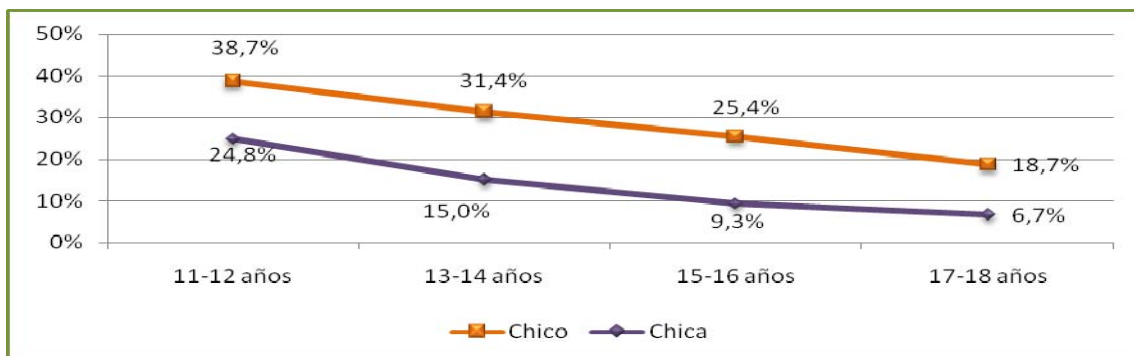
En la **población general** andaluza, el sedentarismo en el tiempo libre está descendiendo de forma significativa, pasando de un 53,7% en 1999, a un 28,5 % en 2011 (26% en hombres y 30,9% en mujeres) ⁽⁵⁾. La práctica de ejercicio físico regular es más frecuente entre los jóvenes, especialmente los hombres, disminuyendo con la edad y desapareciendo las diferencias de género a partir del grupo de edad de 45 a 54 años. La clase social influye en la cantidad de ejercicio físico que las personas realizan.⁽⁶⁾

Figura 5. Prevalencia de sedentarismo en el tiempo por clase social. Andalucía, 1999, 2003 y 2007.



En **escolares** andaluces, son un 42,7 % los que cumplen con las recomendaciones de la OMS, realizando una hora de actividad física de moderada a vigorosa al menos 5 veces a la semana. Además, las diferencias por sexo son muy significativas (54,4% de los chicos y 39,9% de las chicas) y la edad también, ya que la actividad va descendiendo de forma muy acusada (55,2 % a los 11-12 frente a un 32,9 a los 17-18 años).⁽²⁾

Figura 6. Actividad física de moderada a vigorosa los 7 días de la semana en chicos y chicas de todas las edades.



Fuente: Estudio HBSC 2011

La intensidad mínima de ejercicio que recomienda la Organización Mundial de la Salud para **población adulta** es de 150 minutos semanales de actividad aeróbica moderada (media hora durante cinco días); en el caso de la **infancia y adolescencia** el mínimo recomendado es de 60 minutos diarios de actividad física aeróbica moderada ó vigorosa.⁽¹⁵⁾

Peso Corporal

En 2011 el 58,2% de la **población general** andaluza presentaba sobrepeso u obesidad (62,9% hombres y 53,7% mujeres), casi 10 puntos porcentuales más que en 1999 (48,9 %). La prevalencia de obesidad en hombres y mujeres andaluces es de 17,9% y 20,4% respectivamente y presenta un marcado gradiente social. ⁽⁷⁾

Respecto al peso corporal en la **infancia**, el estudio Aladino, realizado recientemente siguiendo las pautas metodológicas recomendadas por la OMS, señala que entre los niños y niñas de 6 a 9 años de nuestro país, el sobrepeso está presente en un 26,1 % y la obesidad en otro 19,1 % (un total de 45,2 % por encima del peso normal). Según ese mismo estudio, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la infancia andaluza es de un 24,1 % y un 22,5 % respectivamente (un 46,6 % de ellos, por encima del peso normal). ⁽⁸⁾

En **Nerva**, los datos recogidos en el programa Salud Escolar 2011-2012, en el que se incluye a las cohortes de 1º y 6º de primaria (7 y 12 años) y 2º de ESO (14 años), mostraban un porcentaje de sobrepeso de un 29,9 %, y un 15,8 % de obesidad (45,7 % de niños y niñas por encima del peso normal), aunque existen diferencias importantes en función de la edad y del sexo.

Con más detalle, los resultados por curso y sexo fueron los siguientes:

Tabla 5. Porcentaje de niñas y niños con sobrepeso y obesidad en Nerva. Curso escolar 2011-2012.

	1º EP		6º EP		2º ESO		TOTAL	
	chicos	chicas	chicos	chicas	chicos	chicas	chicos	chicas
Sobrepeso	26,3	32,0	20,0	44,4	40,0	20,0	26,5	32,7
Obesidad	15,7	20,0	20,0	5,5	20,0	13,3	18,3	13,7
Sobrepeso+Obesidad	42,1	52,0	40,0	49,9	60,0	33,3	44,8	46,4

Fuente: Registro específico Centro de Salud de Nerva

Conducta Sexual

Según el estudio HBSC-2011 realizado a **escolares** en Andalucía, a los 15-16 años un 38,5% de jóvenes ya han mantenido relaciones coitales, y a los 17-18 ya son un 47,8 %. En este grupo de jóvenes, afirma haber utilizado preservativo la última vez, casi un 80% y la “marcha atrás” otro 17,3 %. Respecto a la utilización de la anticoncepción de emergencia (píldora poscoital o del día después), el 21,20 % de este grupo con actividad sexual, dicen haberla usado al menos una vez; un 6,90 % más de una vez. Además, cerca de un 5 % de ellos (1,87 % en el total de jóvenes de 15 a 18 años), ha vivido al menos un embarazo, y un 2,3 %, más de uno. ⁽²⁾

En **Nerva**, el número de **interrupciones voluntarias del embarazo** (IVE), es bastante inestable a lo largo de los últimos cinco años aunque se observa una tendencia al alza. Para el año 2011, la tasa bruta (numero de casos por cada mil mujeres entre 15 y 44 años) fue de 9,0; cercana a la tasa del Distrito para ese mismo año (8, 54) e inferior a la tasa provincial (16,63) y la andaluza (12,68).

En cuanto a la edad, el grupo de mujeres entre 25 y 29 suele ser el más numeroso seguido del de 20 a 24, según la mayoría de los informes regionales y nacionales. En Nerva, esta tendencia es distinta, siendo los grupos de edad de 20 a 24 y los 15 a 19, los que mayores números de casos y tasas acumulan en los últimos 5 años. En las más jóvenes (15-19 años), en 2011, la tasa bruta de abortos fue de 11,90 en Nerva, por debajo de las cifras provinciales (17,53) y regionales (14,48)⁽⁹⁾

Tabla 6. Numero IVE por edad. Nerva, 2007-2001

AÑO	EDAD							TOTAL
	15_19	20_24	25_29	30_34	35_39	40_44	45_49	
2007	0	3	2	0	0	0	0	5
2008	2	4	1	2	1	1	0	11
2009	1	1	2	2	2	0	0	8
2010	7	2	3	0	1	0	0	13
2011	2	4	3	0	0	1	0	10
2012	3	2	1	1	5	0	0	12
TOTAL	15	16	12	5	9	2	0	59

Fuente: Registro del Área Sanitaria

Respecto a los **nacimientos en menores de 20 años**, la incidencia anual es bastante estable en los últimos 5 años, con cierta tendencia a la disminución, según el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del Hospital. En comparación con la provincia y la comunidad autónoma, y para el año 2011, la tasa por cada 1000 mujeres en Nerva fue de 17,85, más elevada que la tasa provincial (12,79) y la regional (11,04). De todas maneras son comparaciones que hay que realizar con mucha prudencia, dado el numero tan escaso sobre el que se basan los datos de Nerva.⁽¹⁰⁾

Si sumamos los casos de IVE a los nacimientos ocurridos en menores de 20 años, podemos tener una idea del volumen de los **embarazos en adolescentes**, y de cierta tendencia ascendente que presenta este fenómeno.

Tabla 7. Embarazo adolescente. Nerva, 2007-2012

Año	Mujeres 15-19			
	IVEs	Nacimientos	TOTAL	TASA
2007	0	4	4	21,05
2008	2	4	6	32,79
2009	1	1	2	10,36
2010	7	0	7	39,55
2011	2	3	5	29,76
2012	3	3	6	40,54

Fuente: Registro del Área Sanitaria

Consumo de Tóxicos

En este apartado se describirán los resultados de las encuestas regionales más recientes sobre consumo de tabaco, alcohol y cannabis, al ser las drogas más consumidas en nuestro entorno. Además, se mostrarán los datos más relevantes de los que disponemos respecto a las personas de Nerva que están siendo atendidas por el Centro Comarcal de Drogodependencias.

Datos consumo TABACO

En la **población general** andaluza, el porcentaje de fumadores habituales sigue presentando una tendencia bastante estable en los últimos 6 años, con leves variaciones descendentes y ascendentes, siendo ascendentes los resultados de los dos últimos estudios. Por sexos, en 2011 dicen fumar diariamente el 32,5 % de las andaluzas y el 39,5% de los andaluces.

Tabla 8. Prevalencias de consumo diario de tabaco en Andalucía (1994-2011)

Año	%
1994	33,7%
1996	29,5%
1998	31,0%
2000	33,2%
2003	29,4%
2005	34,4%
2007	32,4%
2009	35,2%
2011	36,1%

Fuente: La población Andaluza ante las Drogas XII

Tabla 9. Consumo de tabaco en porcentaje. Andalucía 2005-2011

	2005	2007	2009	2011
Nunca ha fumado	43,3	44,6	46,5	41,8
No fuma, antes sí	16,3	13,3	13,3	16,7
Fuma				
ocasionalmente	5,8	9,7	5,0	5,4
fuma diariamente	34,4	32,4	35,2	36,1
NS/NC	0,2	0	0	0
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: La población Andaluza ante las Drogas XII

En cuanto a los patrones de consumo de tabaco por grupos de edad, se suele producir un incremento progresivo del porcentaje de consumo diario de tabaco desde la adolescencia hasta el grupo de 21 a 24, que presenta la prevalencia más alta

(41,8%); a partir de ahí, el número de fumadores diarios suele reducirse sensiblemente, en paralelo al aumento de los que van dejando de fumar (un 24,6 % en el grupo 45-64).⁽¹¹⁾

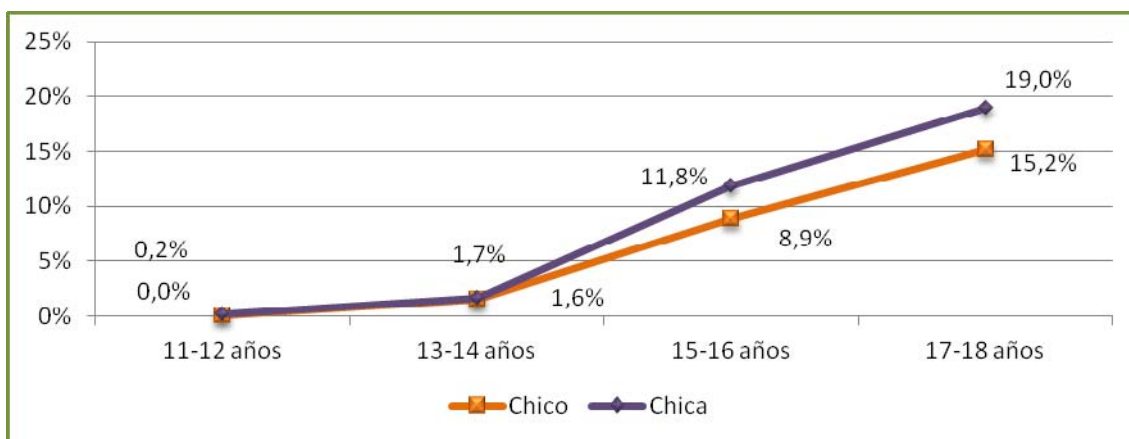
Tabla 10. Consumo de tabaco en porcentaje, por grupos de edad. Andalucía 2011

	EDAD						
	12_13	14_15	16_20	21_24	25_34	35_44	45_64
Nunca ha fumado	95,8	74,4	47,8	39,9	37,3	37,7	38,8
No fuma, antes sí	0,9	3,1	8,6	9,6	13,6	17,6	24,6
Fuma							
ocasionalmente	2,2	10,6	9,9	8,7	8,3	5,7	1,5
Fuma diariamente	1,1	11,9	33,7	41,8	40,8	39,0	35,1
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: La población Andaluza ante las Drogas XII⁽¹¹⁾

En otro estudio realizado también con **población adolescente** escolarizada andaluza, los datos muestran también un alto consumo de tabaco de forma habitual; un 10,3% de adolescentes entre 15 y 16 años, estarían fumando diariamente, elevándose dicha cifra a un 17,1 %, a los 17-18 años.⁽²⁾

Tabla 11. Porcentaje de consumidores diarios de tabaco, según sexo



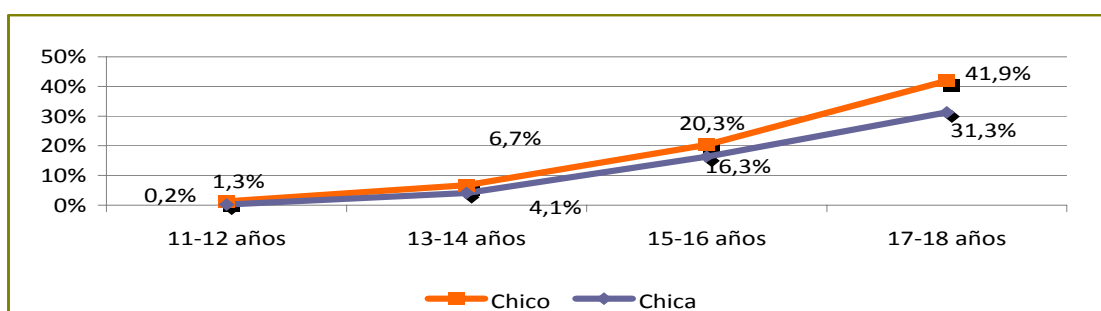
Fuente: Estudio HBSC 2011

Datos consumo ALCOHOL

El alcohol es el tóxico que mayor impacto tiene en la salud de la población, junto al consumo de tabaco. Es el tercer factor de riesgo para la mala salud en la unión europea por detrás del consumo de tabaco y la hipertensión, y por delante de la obesidad. Expertos calculan que es el responsable del 12% de las muertes prematuras y discapacidad en varones (2% en mujeres). y que está implicado en el 50% de los homicidios y suicidios, así como en una parte importante de los accidentes de tráfico y los laborales.⁽¹²⁾

Según un estudio con **escolares** andaluces, el consumo **semanal** de alcohol empieza a aparecer en un 4,3% de los escolares entre 13-14 años, pasando a un 16,8% a los 15-16 y a un 34,4 a los 17-18 años. Las diferencias por sexo siguen siendo bastante claras, llegando a 10 puntos de diferencia a los 17-18 años. Recordemos que en nuestro país está prohibida la venta de alcohol a menores de 18 años, al igual que el tabaco. ⁽²⁾

Figura 12. Consumo **semanal** de alcohol entre escolares andaluces por sexo y edad. 2011



Fuente: Estudio HBSA Andalucía 2011.

Centrándonos en el **consumo problemático**, los informes suelen utilizar 3 indicadores para identificarlos y describirlos:

- el **consumo de riesgo**, definido como el consumo medio diario de al menos 40 gramos de alcohol en varones y 24 en mujeres
- las **intoxicaciones etílicas** o borracheras
- los **atacones de alcohol** ó “binge drinking” definidos como la ingesta de al menos 5 bebidas alcohólicas en hombres y 4 en mujeres, en un intervalo de 2 horas (se pregunta solo a los que han bebido alcohol durante el último mes). Se asume que las personas que practican este tipo de consumo, buscan activamente las sensaciones de la intoxicación etílica.

Respecto al **consumo de riesgo**, en el estudio andaluz sobre drogas de 2011, se detecta este comportamiento en el 4,6 % de la población general andaluza; en el 6,1% de los varones y en el 3,1% de las mujeres. Respecto a la edad, de forma similar a otras sustancias tóxicas, el consumo problemático aparece en la adolescencia y va creciendo hasta el grupo de 21 a 24 años (6,1%), para estabilizarse en niveles un poco más bajos en los siguientes grupo de edad.

Respecto a las **intoxicaciones etílicas**, también son más frecuentes en varones que en mujeres (14,0% frente 6,3%) y la edad también influye de manera muy evidente, produciéndose las mayores tasas en los grupos de edad 16 a 20 (26,7 %), y en el de 21 a 24 (25,1%). A partir de estas edades la frecuencia baja de manera ostensible.

Los **atacones de alcohol** empiezan a aparecer de forma apreciable ya hacia los 14-15 años, elevándose de forma ostensible en los siguientes grupos de edad. Este patrón

de consumo intensivo, también aparece en porcentajes importantes de población adulta, aunque sea menor que en población adolescente y joven.

Llama la atención el que hay más personas que dicen haber consumido en forma de atracón que personas que dicen haberse emborrachado.

Tabla 13. Indicadores de consumo problemático de alcohol, en porcentaje. Andalucía, 2011

	EDAD						
	12_13	14_15	16_20	21_24	25_34	35_44	45_64
Consumo de riesgo	0,2	1,3	4,6	6,1	4,6	4,8	4,8
Borracheras ultimo mes	1,5	9,7	26,7	25,1	13,4	7,4	3,5
Atracones de alcohol último mes	1,9	9,6	29,5	30	25,6	15,8	10,9

Fuente: La población Andaluza ante las Drogas XII ⁽¹¹⁾

Respecto al **fenómeno del botellón**, el último estudio andaluz sobre drogas, señala que un 50% de los jóvenes andaluces menores de 30 años, **no** ha acudido nunca (55,7 de las mujeres y 44,7 de los varones) a un botellón. Son un 30,9 % los que señalan haber acudido entre 1 y 5 veces en los últimos 6 meses, y un 7,4 % los que dicen acudir casi todas las semanas.

El porcentaje de participación es mayor entre los chicos que entre las chicas: el 55,3% de ellos afirma haber acudido al menos una vez en los últimos seis meses, frente al 44,3% de ellas. Además, ellos acuden con más frecuencia, el 9,9% de los chicos acudió todas o casi todas las semanas, frente al 4,8% de las chicas.

La asistencia a botellones se concentra más en los grupos de edad de 16 a 20 años y de 21 a 24. Estos grupos de edad son también los que más asiduamente acuden: entre los 16 y los 20 años, el porcentaje de quienes asisten semanal o casi semanalmente es del 15,2%. ⁽¹¹⁾

Tabla 14. Participación en botellón, en menores de 30 años. Andalucía, 2011

	Total	Hombre	Mujer	12_13	14_15	16_20	21_24	25_29
No, nunca	50,0	44,7	55,7	94,5	62,5	27,2	39,7	59,8
1-2 veces últimos 6 meses	18,1	17,3	18,9	3,1	13,5	19,6	23,8	18,2
3-5 veces últimos 6 meses	12,8	15,1	10,3	0,2	8,6	18,9	12,9	12,6
1-2 veces al mes	11,7	13,0	10,3	1,5	9,3	19,1	15,7	6,7
Todas las semanas	7,4	9,9	4,8	0,7	6,1	15,2	7,9	2,7

Fuente: La población Andaluza ante las Drogas XII ⁽¹¹⁾

CANNABIS

El **cannabis** es la droga más consumida en Andalucía, después del tabaco y el alcohol, habiéndola consumido en el último mes, un 8,5% de la **población andaluza** entre 12 y 64 años, que por sexos, supone el 12,5 % de los varones y el 4,4 % en las mujeres. El consumo es mucho mayor en población juvenil, siendo el grupo de 16 a 20 (20,9% en el último mes) y el de 21 a 24 (19,6 % en el último mes), los que más consumen, al igual que ocurre con el consumo de alcohol. ⁽¹¹⁾

Respecto a la evolución del consumo, los estudios nos son congruentes, afirmando algunos que el consumo general está subiendo y otros lo contrario.

El HBSC Andalucía 2011, señala que entre **escolares** andaluces de 15 a 18 años, un 76,3% no ha probado nunca esta sustancia, y que un 5,5 %, la han probado en más de 40 ocasiones.

El último estudio del observatorio andaluz, ha incluido preguntas específicas sobre el consumo de hachís y de marihuana, que incluyen además datos sobre consumo habitual. En general, el consumo de hachís parece ser más frecuente que el de marihuana.

Tabla 15. Consumo de Cannabis. Andalucía, 2011

	Total	Hombre	Mujer	12_13	14_15	16_20	21_24	25_34	35_44	45_64
Alguna vez	27,0	35,9	17,9	1,5	15,4	34,8	43,8	38,4	26,9	16,9
Edad 1er consumo	18,5	17,9	19,5	11,7	13,5	15,4	16,5	17,4	19,2	22,3
Consumo últimos 12 meses	11,4	15,8	6,8	1,1	14,5	28,0	25,7	18,0	7,6	2,6
Consumo últimos 6 meses	9,8	14,0	5,5	0,9	11,2	24,6	22,4	14,9	6,7	2,6
Consumo último mes	8,5	12,5	4,4	0,7	7,9	20,9	19,6	13,2	5,9	2,4

Fuente: La población Andaluza ante las Drogas XII ⁽¹¹⁾

En el caso del **hachís**, si sumamos las personas que dicen fumar al menos una o varias veces a la semana, y los fumadores diarios, podríamos decir que el 6,3 % de la **población andaluza** manifiesta consumir habitualmente esta sustancia. Por edades, el pico de consumo estaría entre los 16 y 24, en el que el consumo habitual llega a una frecuencia del 15,4 y 13,7%.

Tabla 16. Consumo habitual de Hachis. Andalucía, 2011

	Total	Hombre	Mujer	12_13	14_15	16_20	21_24	25_34	35_44	45_64
Todas las semanas (1 a 6 veces)	2,7	3,9	1,5	0,2	2,4	6,5	5,4	4,6	1,6	1,3
Diariamente	3,6	5,4	1,6	0,4	3,1	8,9	8,3	6,6	2,4	0,2

Fuente: La población Andaluza ante las Drogas XII

En el caso de la **marihuana**, como decíamos el consumo habitual es menor, con un 3,7 % la población general (2,6 en varones y 0,4 en mujeres) y un 9,4 % en los jóvenes entre 16 y 24 años. ⁽¹¹⁾

Tabla 17. Consumo habitual de Marihuana. Andalucía, 2011

	Total	Hombre	Mujer	12_13	14_15	16_20	21_24	25_34	35_44	45_64
Todas las semanas (1 a 6 veces)	2,2	3,2	1,2	0,2	1,8	5,9	5,5	2,9	1,7	0,9
Diariamente	1,5	2,6	0,4	0,0	1,3	3,5	4,4	2,9	0,4	0,2

Fuente: La población Andaluza ante las Drogas XII

Finalmente, recalcar que el consumo de cannabis es un problema de salud pública, entre otras razones por la extensión de su consumo, porque afecta al funcionamiento cerebral tanto a corto como a largo plazo, y porque hay bastante evidencia del riesgo añadido que corren las personas vulnerables a la psicosis.

Datos del Centro Comarcal de Drogodependencias

El Centro de Drogodependencias de Cuenca Minera (CCD Cuenca Minera) ubicado en el municipio de Minas de Riotinto, abarca un total de 16 municipios con una población total de 51.051 habitantes, entre los que se encuentra Nerva con 5.831 habitantes (11,42 % de la población de referencia del Centro).

Tal y como se puede observar en la tabla siguiente, la proporción de pacientes que son atendidos en el centro, es más elevada de lo que su población representa. Respecto a la evolución de las personas de Nerva que piden atención, la tendencia es ascendente.

Tabla 18. Evolución del número y proporción de personas de Nerva atendidas en el CCD Cuenca Minera. 2010-2012

EVOLUCION PACIENTES EN TRATAMIENTO			
	CPD CUENCA MINERA	NERV A	
AÑO	Nº PACIENTES		PORCENTAJE
2010	276	48	17,3
2011	286	57	19,9
2012	285	60	21,05

Fuente: Sistema de información del CCD Cuenca Minera

Si analizamos la **evolución** de las principales **sustancias** por las que se pide ayuda al Centro Comarcal de Drogodependencias, se observa un descenso en la heroína+cocaína y en la cocaína, y un claro ascenso en alcohol sobre todo, pero también en cannabis y tabaco.

Tabla 19. Evolución del número y proporción de las sustancias por las que demandan los usuarios de Nerva. 2010-2012

Sustancia Principal	2010		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%
Heroína + cocaína	21	44	25	44	22	36,7
cocaína	15	31	14	25	7	11,7
Alcohol	10	21	10	18	17	28,3
Cannabis	1	2,1	5	8,8	8	13,3
Metadona	1	2,1	1	1,8	1	1,67
Tabaco	0	0	1	1,8	4	6,67
Juego Patológico	0	0	1	1,8	1	1,67
TOTAL	48	100	57	100	60	100

Fuente: Sistema de información del CCD Cuenca Minera

Si analizamos la **edad** de las personas atendidas en el servicio, y lo relacionamos con la sustancia principal por la que se demanda, podemos observar que estos momentos:

- La demanda (escasa) de los más jóvenes se debe al cannabis
- El grupo de 20 a 29, es el que más ha demandado por cannabis; su segunda demanda es la mezcla de heroína con cocaína.
- En el grupo de 30 a 39 años, son la heroína y la cocaína las sustancias que más demanda generan
- En el grupo de 40 a 49 es el alcohol, seguido muy de cerca de la demanda de atención por heroína mezclada con cocaína
- En el grupo de 50 a 59, también es el alcohol, la sustancia por la que más se demanda
- La demanda es muy escasa, en mayores de 60 años

Tabla 20. Edad de las personas de Nerva atendidas en el CCD Cuenca Minera, según sustancia principal. 2012

Sustancia principal	EDAD						TOTAL
	< 20	20-29	30-39	40-49	50-59	> 60	
Heroína+cocaína	0	4	8	7	2	1	22
cocaína	0	1	5	1	0	0	7
Alcohol	0	1	1	10	5	0	17
Cannabis	1	5	0	1	1	0	8
Metadona	0	0	0	0	1	0	1
Tabaco	0	1	0	2	0	1	4
Juego patológico	0	0	0	0	0	1	1
TOTAL	1	12	14	21	9	3	

Fuente: Sistema de información del CCD Cuenca Minera

PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

INCIDENCIA DE EDOs (Enfermedades de Declaración Obligatoria):

En el año 2012 en Nerva se declararon al Sistema de Vigilancia Epidemiológica un total de 7 casos de EDOs (igual número de casos que el año anterior), 1 caso de Enfermedad Meningocócica, 1 caso de Sífilis, 4 casos de Tuberculosis (TBC) y 1 caso de Menigitis Vírica. Teniendo en cuenta que en el AGS se declararon 35, los casos de Nerva suponen el 20%.

De los 35 casos declarados en el AGS, 14 fueron TBC lo que supone una Tasa x 100.000 del 19,76. En Nerva los casos de TBC fueron 4, Tasa 69,4

Llama la atención el número de casos declarados de TBC tanto en el Área de Gestión Sanitaria, como en Nerva

CASOS TBC NERVA		
AÑO	Casos	Tasa
2010	1	17,34
2011	1	17,30
2012	4	69,40

Fuente: Red de Alerta de Andalucía

ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD PREVENTIVOS (PQI):

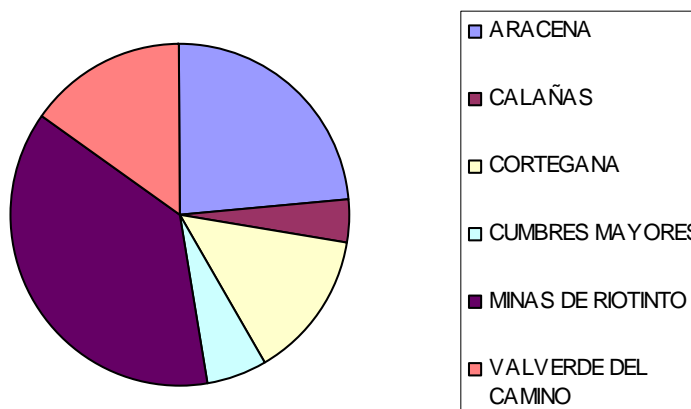
En el análisis de ingresos hospitalarios por las patologías más frecuentes que se atienden en Atención Primaria, notamos que las tasas observadas del A.G.S. están por debajo de las tasas esperadas (Anexo 6-tabla 21), excepto el PQi 16 (tasa de amputación de extremidades inferiores en diabéticos).

En relación con Andalucía, el AGS se comporta peor en los indicadores PQI16 (Tasa de amputación de extremidades inferiores en pacientes diabéticos) PQI3 (Tasa de ingresos por complicaciones de la diabetes crónica) (Anexo 6-Tabla 22) y concretamente la Unidad de Gestión Clínica de Minas de Riotinto, a la que pertenece Nerva, es la que peores indicadores presenta en relación a estas dos tasas.

INGRESOS POR CAUSA: PQI 16 y UNIDADES DE GESTION CLÍNICA

UGC	PQI16
ARACENA	17
CALAÑAS	3
CORTEGANA	10
CUMBRES MAYORES	4
MINAS DE RIOTINTO	27
VALVERDE DEL CAMINO	11
TOTAL AGS NORTE DE HUELVA	72

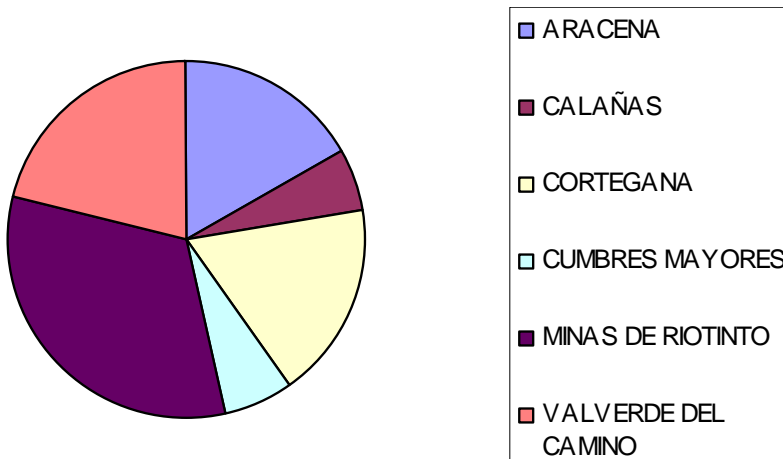
Fuente: Análisis PQI. AGS Norte de Huelva.
Departamento Salud Pública AGS NH. 2012



INGRESOS POR CAUSA: PQI 3 y UNIDADES DE GESTION CLÍNICA

UGC	PQI 3
ARACENA	24
CALAÑAS	8
CORTEGANA	25
CUMBRES MAYORES	9
MINAS DE RIOTINTO	46
VALVERDE DEL CAMINO	30
TOTAL AGS NORTE DE HUELVA	142

Fuente: Análisis PQI. AGS Norte de Huelva.
Departamento Salud Pública AGS NH. 2012



En el análisis de estos indicadores para Nerva años 2007-2010 (Anexo 3-Tabla 22) destacan los indicadores relacionados con la Diabetes (PQI3 y PQI16) y con las enfermedades del corazón (PQI8 y PQI13)

Ingresos hospitalarios PQI. AREA DE GESTION SANITARIA NORTE DE HUELVA.			
Indicador	TASA NERVA 2007-2010	tasa AGS 2007-2010	TASA ANDALUCIA 2010
PQI1- Tasa de ingresos por complicaciones agudas de la diabetes	10,08	7,03	11,2
PQI2- Tasa de ingresos por apendicitis perforada	0,00	0	21,01
PQI3- Tasa de ingresos por complicaciones de la diabetes crónica	70,54	62,42	57,11
PQI5- Tasa de ingresos por EPOC	55,43	41,76	76,87
PQI7- Tasa de ingresos por hipertensión	10,08	12,75	14,8
PQI8- Tasa de ingresos por insuficiencia cardíaca congestiva	186,44	116,92	179,7
PQI10- Tasa de ingresos por deshidratación	15,12	6,59	7,34
PQI11- Tasa de ingresos por neumonía bacteriana	125,97	118,68	132,5
PQI12- Tasa de ingresos por infección del tracto urinario	35,27	46,15	54,43
PQI13- Tasa de ingresos por angina sin procedimiento	80,62	79,56	73,92
PQI14- Tasa de ingresos por diabetes descontrolada	0,00	0,44	1,77
PQI15- Tasa de ingresos por asma en el adulto	0,00	6,15	18,08
PQI16- Tasa de amputación de extremidades inferiores en pacientes diabéticos	25,19	31,65	21,69

Fuente: S.A.S. Subdirección de Análisis y Control Externo 2011 (AHRQ)

Aparece otro indicador (tasa de ingresos por deshidratación PQI10) también muy elevado.

Hay que tener en cuenta la proximidad de Nerva al Hospital de Riotinto (3 Km., 3 minutos), lo que puede condicionar algunos ingresos, y a esto se le podría achacar parte de lo elevados que están estos indicadores, sobre todo el PQI10.

REGISTRO PROVINCIAL DE CANCER

Este registro presenta los datos del análisis de las neoplasias: Ca. Mama, próstata, pulmón, laringe y vejiga, todos ellos representan el 37% del total de la mortalidad por Ca. en Andalucía. (Anexo 4- Tabla 23)

No se observan a priori, diferencias significativas a tener en cuenta. No obstante, los datos pertenecen al año 2008 y dado que se está terminando un informe más actualizado, deberemos proceder a su análisis cuando se publique para incluirlo en este informe.

PROGRAMA DIAGNOSTICO PRECOZ DEL Ca. MAMA:

Los indicadores relacionados con este programa preventivo están dentro de lo esperado. Observamos que las tasas de participación y captación de Nerva han mejorado en los últimos años, encontrándose aún por debajo de las del área.

P.C.M.	NERVA 2007	NERVA 2008	NERVA 2009	NERVA 2010	NERVA 2011	NERVA 2012
Tasa de participación	74,25%	72,73%	75,11%	88,00%	84,01%	80,65%
Tasa de captación	75,65%	76,36%	75,32%	89,33%	86,87%	82,26%
Tasa de derivación	15,45%	20,00%	14,73%	15,15%	9,09%	9,00%
Tasa de detección	10,84 ‰	0 ‰	0 ‰	30,30 ‰	5,6 ‰	0 ‰
P.C.M.	AGS 2007	AGS 2008	AGS 2009	AGS 2010	AGS 2011	AGS 2012
Tasa de participación	76,12	77,75%	78,22%	82,95%	86,92%	89,51%
Tasa de captación	77,86	78,94%	79,22%	83,90%	88,38%	91,01%
Tasa de derivación	13,62	10,48%	16,32%	12,34%	10,58%	8,13%
Tasa de detección	5,58 ‰	2,39 ‰	4,27 ‰	3,59 ‰	4,30 ‰	2,73 ‰

Fuente: registro del Programa de detección precoz del Cáncer de Mama. AGS Norte de Huelva

La Tasa de Detección del Municipio de Nerva, durante los últimos 6 años, puede no reflejar la realidad, ya que la rotación del Programa por Municipios es bianual, de ahí que esta Tasa experimente tantas variaciones.

En los últimos 4 años mediante este Programa, se exploraron de Nerva 870 mujeres entre 50y 69 años de edad, detectándose un total de 4 tumores, lo que supone una Tasa de Detección Global de 4,59 ‰.

	NERVA				
	2009	2010	2011	2012	TOTAL 2009-2012
MUJERES EXPLORADAS	353	65	352	100	870
TUMORES DETECTADOS	0	2	2	0	4
Tasa de detección					4,59 ‰

Fuente: registro del Programa de detección precoz del Cáncer de Mama. AGS Norte de Huelva

MORTALIDAD

MORTALIDAD

En el anexo 5 (tablas 24, 25 y 26) se muestra la mortalidad por causas CIE-10 y grupo de edad, para Nerva y la provincia de Huelva, durante los años 2008, 2009 y 2010.

No se aprecian cambios significativos ni diferencias con la mortalidad esperada, que se corresponde con la de un país desarrollado; el 86,7% de las defunciones se producen en los mayores de 65 años.

Las 6 primeras causas de muerte en Nerva coinciden, salvo pequeñas modificaciones, con las de la provincia de Huelva:

NERVA	HUELVA
1ª Enfermedades del sistema circulatorio	1ª Enfermedades del sistema circulatorio
2ª Neoplasias	2ª Neoplasias
3ª Enfermedades del aparato digestivo	3ª Enfermedades del sistema respiratorio
4ª Enfermedades del sistema respiratorio	4ª Enfermedades del aparato digestivo
5ª Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	5ª Enfermedades del sistema nervioso
6ª Enfermedades del sistema nervioso	6ª Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD PREMATURA

El Registro de Mortalidad de Andalucía, nos aporta el indicador “Años potenciales de vida perdidos” (APVP).

El análisis de las 18 causas más frecuentes de mortalidad (1981-2008), según el Atlas de Mortalidad Interactiva de Andalucía (A.I.M.A) nos permite medir la mortalidad prematura.

Los resultados de comparar la mortalidad prematura por causa del Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva con Andalucía se recogen en el Anexo 5-Tabla 27.

En el caso de las mujeres las tres causas que superan en mortalidad prematura al conjunto de Andalucía son, por este orden: los accidentes de tráfico, el cáncer de estómago y la aterosclerosis.

En los hombres las cuatro causas con mayor diferencia en mortalidad prematura con respecto a Andalucía son: la enfermedad isquémica, el cáncer de pulmón, la infección respiratoria aguda (neumonía e influenza) y el cáncer de estómago, aunque también hay diferencias en otras tres causas de muerte, siendo estas el cáncer de hígado, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas y el cáncer de próstata.

En el municipio de Nerva las causas que superan en mortalidad prematura, al conjunto de Andalucía son, según el informe de mortalidad 2010 del A.G.S. Norte de Huelva:

- Mujeres: Ca. mama, Diabetes Mellitus, Aterosclerosis, enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores.
- Hombres: VIH-SIDA, Ca. pulmón, enfermedad isquémica del corazón y accidentes de tráfico.

La tendencia de la mortalidad general en el Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva, se ha mantenido estable o a disminuido en casi todos los municipios y grupos de edad; es una excepción el grupo de edad > 84 años de las mujeres de Nerva con tendencia creciente por la causa enfermedad isquémica y en los hombres por Ca. de próstata. (“Informe de Mortalidad 2010 AGS Norte de Huelva”)

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

1. Según se desprende del análisis demográfico, estamos ante una **población envejecida y regresiva**, con una alta tasa de dependencia y un importante porcentaje de población mayor de 65 años. Dadas las características de heterogeneidad, diversidad y vulnerabilidad de este sector de la población, que exige cuidados especiales, es necesario un **PLAN DE ATENCION INTEGRAL**, ágil y flexible, capaz de detectar precozmente los cambios en sus necesidades de Salud para poder ir dando respuestas a las mismas.

Para conocer las necesidades de salud de esta población es necesario profundizar en el conocimiento de:

- Situación social, económica y cultural.
- Recursos que consumen y/o aportan.
- Factores específicos de riesgos relacionados con su morbi-mortalidad.
- Servicios que necesitan y/o utilizan (asociaciones, transportes, servicios de salud, polideportivos, residencias,...)
- Familia, vivienda y acceso a la misma.

En definitiva un estudio pormenorizado de su demografía y necesidades de salud.

2. En relación a la **morbilidad** observada a través de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y los Ingresos Hospitalarios, debemos plantearnos actuaciones encaminadas a mejorar las tasas de Tuberculosis (TBC) por un lado y por otro las tasas de ingresos relacionadas con la Diabetes y Enfermedades del Corazón.

2.1.: Mejorar incidencias y prevalencia de TBC.

Podemos considerar la **TBC** como una enfermedad emergente, ya que lejos de ir desapareciendo, está aumentando, probablemente por la globalización, la inmigración y el acceso fácil a las comunicaciones: lo bueno es que tiene un tratamiento específico que la cura.

Al ser una enfermedad infecciosa y contagiosa tiene una especial incidencia en las clases más desfavorecidas, por lo que es necesario hacer **seguimiento y control** de los casos y su tratamiento. Así como detección y seguimiento del tratamiento de los posibles infectados del caso índice, para lo que en muchas ocasiones es imprescindible la colaboración socio-sanitaria

2.2.: Mejorar las tasas de ingresos hospitalarios por **Diabetes**.

La Diabetes es una enfermedad metabólica que aunque tiene un alto grado de carga genética, también existen factores de riesgo que pueden determinar ó influir

tanto en la aparición como en la evolución de la enfermedad (obesidad, sedentarismo, alimentación, hipertensión, etc..).

Dado que existe una amplia gama de documentación y materiales sobre Diabetes, sería recomendable conocer:

- Guía para personas con Diabetes y sus cuidadores
- Consejos para vivir con Diabetes.
- Libro de recetas: educando en Diabetes.
- Diabetes en la infancia.
- Promover la alimentación equilibrada y la actividad física.

2.3.: Mejorar las tasas de ingresos hospitalarios por *enfermedades del corazón* (insuficiencia cardíaca y angina).

La etiología de estas enfermedades puede ser muy diversa, pero al igual que la Diabetes, está demostrado que ciertos factores de riesgo (obesidad, sedentarismo, mala alimentación, hipertensión, tabaco, etc...) inciden directa o indirectamente sobre estas patologías. Por lo que es necesaria la colaboración socio sanitaria a la hora de instaurar medidas que mejoren estos factores de riesgo.

- Intensificar las medidas para *mejorar los estilos de vida*.
- Valorar las condiciones del municipio para facilitar estilos de vida saludables (espacios de ocio y actividad física, normativa sobre tabaquismo).
- Espacios libres de humo, empresas libres de humo.
- Fomentar menús saludables en el marco de la restauración colectiva.

3. Desde el punto de vista de la *Seguridad Alimentaria* es interesante la formación de trabajadores de los sectores alimentarios y la concienciación de la población sobre las *condiciones higiénico sanitarias* necesarias y exigibles en los establecimientos públicos dedicados a la alimentación. Estas actuaciones podrían ser especialmente interesantes y rentables, desde el punto de vista sanitario y social, si se comienzan en la edad escolar. Mediante programas como el de Alimentación saludable, Higiene de manos, etc..

4. Para paliar los efectos sobre la salud de las *condiciones ambientales* existentes en Nerva debe establecerse un procedimiento de actuación que permita afrontar estas situaciones de una manera ágil en cooperación con la ciudadanía, permitiendo evitar situaciones de riesgo para la salud. Para ello existen las normas subsidiarias municipales, donde el Ayuntamiento puede establecer las condiciones de convivencia pública y en que los propietarios o titulares de viviendas o instalaciones han de hacerse cargo de sus responsabilidades, en especial si estas pueden afectar a la *higiene* o la *salud* de la población.

5. Mejorar los **hábitos alimenticios** e incrementar el **ejercicio físico** sigue siendo una prioridad esencial de cara a la prevención de problemas importantes de salud. En **escolares** la prioridad sería el desayuno saludable, el aumento del consumo de fruta y verdura y el aumento del ejercicio físico, especialmente a partir de la pubertad y en niñas (60 minutos diarios de ejercicio aeróbico, entre moderado a vigoroso). En **población adulta**, la prioridad sería mejorar el equilibrio calórico de las dietas, aumentar el consumo de fruta y verdura y aumentar el ejercicio físico (30 minutos diarios al menos 5 veces a la semana). Es también esencial tratar de mejorar estos hábitos en la población con menores recursos socioeconómicos, ya que parece que los hábitos menos saludables son más prevalentes en estos sectores de la población.
6. El consumo problemático de **alcohol** en **población adulta** tiene un impacto muy importante, tal y como lo hemos podido ver. Hacer visible esta realidad es un objetivo esencial en salud pública, así como favorecer el acceso a los recursos disponibles a las personas que tienen problemas con esta sustancia. Respecto al consumo en **jóvenes**, los programas de prevención deberían complementarse con medidas activas y eficaces para hacer cumplir la legislación vigente que prohíbe la venta de alcohol a menores.
7. El consumo de **tabaco** es todavía un hábito muy arraigado en todos los sectores poblacionales, y a la vista de los datos presentados, no estamos consiguiendo un descenso significativo en el número de personas fumadoras. En este campo la prioridad es la prevención del inicio en el consumo entre la población **adolescente** y juvenil, entre otras razones, porque es un hábito que crea adicción con mucha rapidez y porque resulta un hábito difícil de abandonar para muchas personas. La literatura técnica recomienda iniciar los programas preventivos hacia los 12 ó 13 años (1º de ESO). En **población adulta**, la prioridad sería apoyar a las personas que desean dejar de fumar, facilitando el acceso a los recursos disponibles.
8. El consumo de **cannabis** es un consumo bastante extendido y normalizado, teniendo en cuenta que es una sustancia ilegal. La prioridad también es la prevención en población juvenil, recomendando la literatura técnica iniciar los programas preventivos específicos hacia 3º de ESO.
9. Respecto a los **embarazos** no deseados en **adolescentes**, sigue siendo necesario reforzar los programas de educación afectivo-sexual para prevenirlos, e iniciarlos en edades previas al inicio de las relaciones sexuales.

PRIORIZACION DE PROBLEMAS PARA INTERVENIR:

1. Elevado porcentaje de población envejecida y regresiva, con alta tasa de dependencia.
2. Tuberculosis (TBC), Diabetes y Enfermedades del Corazón.
3. Seguridad alimentaria, condiciones ambientales.
4. Alimentación, ejercicio físico.
5. Consumo de alcohol, tabaco y cannabis

REFERENCIAS

1. Dimensiones e indicadores utilizados en 2012: Proyecto de Rankings, 2012. Observatorio de Salud en Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias. <http://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/RESUMEN-INDICRANKING-OBSA-2012VD.pdf>
2. Las 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)). Universidad de Sevilla, Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía. [http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion General/c 3 c 1 vida sana/adolescencia/conductas escolares relacionadas salud](http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion%20General/c%203%20c%201%20vida%20sana/adolescencia/conductas%20escolares%20relacionadas%20salud)
3. Resultados y Calidad del Sistema Sanitario de Andalucía. Efectividad. Indicador 4.43. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía. http://www.calidadsaludandalucia.es/es/efectividad_4_43.html
4. Josefa Aguayo Maldonado et al. La Lactancia materna en Andalucía. Consejería de Salud, Sevilla, 2005.
5. Resultados y Calidad del Sistema Sanitario de Andalucía. Efectividad. Indicador 4.42. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía. http://www.calidadsaludandalucia.es/es/efectividad_4_42.html
6. La Salud en Andalucía según las Encuestas Andaluzas De Salud (EAS): EAS-1999, EAS-2003 Y EAS-2007. Escuela Andaluza de Salud Pública, Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía. [http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion General/c 3 c 1 vida sana/vigilancia de la salud/encuesta?tema=/temas es/C 3 NUESTRA SALUD/C 1 Vida sana/Vigilancia de la salud/encuesta andaluza de salud/&idioma=es&perfil=ciud&desplegar=/temas es/C 3 NUESTRA SALUD/&contenido=/sites/csalud/contenidos/Informacion General/c 3 c 1 vida sana/vigilancia de la salud/encuesta](http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion%20General/c%203%20c%201%20vida%20sana/vigilancia%20de%20la%20salud/encuesta?tema=/temas%20es/C%203%20NUESTRA%20SALUD/C%201%20Vida%20sana/Vigilancia%20de%20la%20salud/encuesta%20andaluza%20de%20salud/&idioma=es&perfil=ciud&desplegar=/temas%20es/C%203%20NUESTRA%20SALUD/&contenido=/sites/csalud/contenidos/Informacion%20General/c%203%20c%201%20vida%20sana/vigilancia%20de%20la%20salud/encuesta)
7. Resultados y Calidad del Sistema Sanitario de Andalucía. Efectividad. Indicador 4.40. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía. http://www.calidadsaludandalucia.es/es/efectividad_4_40.html
8. Estudio de prevalencia de obesidad infantil “ALADINO” (Alimentación, Actividad física, Desarrollo Infantil y Obesidad). Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Madrid, 2012. <http://www.naos.aesan.mssi.gob.es/naos/investigacion/aladino/>
9. Interrupción voluntaria del embarazo, Andalucía 2001-2010. Dirección General de Planificación e Innovación Sanitaria, Servicio de información y evaluación, unidad de estadística, Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2012. [http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_7_p_3_estadisticas sanitarias/ive estadisticas/ive 2001 2010.pdf](http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_7_p_3_estadisticas_sanitarias/ive_estadisticas/ive_2001_2010.pdf)

10. Datos obtenidos de la explotación del sistema de información de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
11. La Población Andaluza ante las Drogas XII (2011). Fundación Pública Andaluza para la Atención a las Drogodependencias e Incorporación Social. Consejería de Bienestar Social. Junta de Andalucía.
<http://juntadeandalucia.es/organismos/saludybienestarsocial/areas/drogodependencia/guias.html>
12. Miguel Gili Miner. Departamento Medicina Preventiva, Universidad de Sevilla. Presentación en IV Experto en Promoción de la Salud, en la Escuela Andaluza de Salud Pública.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA (FUENTE DE DATOS):

1. Datos obtenidos de la explotación del sistema de información de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
2. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Sistema de Información Multiterritorial de Andalucía. (IEA)
3. Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva
4. Servicio provincial de Drogodependencia
5. Excmo. Ayuntamiento de Nerva
6. Registro Poblacional de Cáncer de Huelva
7. Delegación Territorial de Salud Pública
8. Consejería de Salud y Bienestar social
9. SVEA (Red de Alerta Andalucía)
10. Informe de Mortalidad 2010 AGS Norte de Huelva

ANEXOS

Anexo 1

TABLA 1. EVOLUCION POBLACION 1996-2012 HUELVA, AGS y NERVA

Huelva	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996
	Hombres	259370	259362	257716	255144	252394	248151	246056	241142	237146	234902	230999	228771	227014	226227	224433	..
Mujeres	263492	262606	260365	258259	255521	249520	246118	242650	239561	237544	233935	232959	231984	231280	229525	..	229959
TOTALES	522862	521968	518081	513403	507915	497671	492174	483792	476707	472446	464934	461730	458998	457507	453958	0	454735

AGS	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996
	Hombres	34797	36071	36143	36111	36176	35987	35984	36036	36082	36271	36287	36514	36797	37206	37318	0
Mujeres	35620	36926	36974	37080	37154	37150	37219	37348	37450	37636	37750	38094	38444	38729	38791	0	39255
TOTALES	70417	72997	73117	73191	73330	73137	73203	73384	73532	73907	74037	74608	75241	75935	76109	0	77033

Nerva	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996
	Hombres	2770	2812	2864	2902	2891	2902	2884	2864	2919	2956	2992	3035	3106	3137	3174	..
Mujeres	2996	3019	3081	3098	3103	3089	3063	3072	3132	3145	3204	3256	3307	3338	3370	..	3403
TOTALES	5766	5831	5945	6000	5994	5991	5947	5936	6051	6101	6196	6291	6413	6475	6544	0	6594

Fuente: INE

TABLA 2. POBLACION PADRON 2012 HUELVA, AGS y NERVA

Huelva	0-4	5-9	10-14	< 15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	entre 15-65	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	> 65
Hombres	14960	14149	13525	42634	15052	16720	19831	24112	23128	21880	19254	17089	13866	12489	183421	10415	8104	7488	4529	2771	
Mujeres	13816	13522	12825	40163	13840	16090	19417	22697	22257	21591	19237	16758	13506	12431	177824	11098	9835	10284	7187	6215	
TOTAL				82797											361245						
AGS	0-4	5-9	10-14	< 15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	entre 15-65	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	> 65
Hombres	1512	1602	1594	4708	2079	2256	2370	2666	2538	2719	2913	2747	2164	1822	24274	1508	1297	1475	1041	681	
Mujeres	1416	1490	1616	4522	1850	2195	2302	2378	2363	2610	2661	2471	1932	1823	22585	1626	1699	2193	1698	1542	
TOTAL				9230											46859						
Nerva	0-4	5-9	10-14	< 15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	entre 15-65	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	> 65
Hombres	118	117	142	377	183	180	190	210	190	218	237	256	168	135	1967	93	96	139	98	42	
Mujeres	103	115	129	347	168	185	186	191	184	192	233	245	168	148	1900	111	159	220	159	123	
TOTAL				724											3867						

Fuente: INE 2012

TABLA 3. PORCENTAJE DE POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD 2012

Huelva	< 15	%	entre 15-65	%	> 65	%
Hombres	42634		183421		33307	
Mujeres	40163		177824		44619	
TOTAL	82797	15,86%	361245	69,21%	77926	14,93%

AGS	< 15	%	entre 15-65	%	> 65	%
Hombres	4708		24274		6002	
Mujeres	4522		22585		8758	
TOTAL	9230	13,03%	46859	66,14%	14760	20,83%

Nerva	< 15	%	entre 15-65	%	> 65	%
Hombres	377		1967		468	
Mujeres	347		1900		772	
TOTAL	724	12,42%	3867	66,32%	1240	21,27%

Fuente INE (elaboración propia)

TABLA 3-A. POBLACION NERVA SEGÚN BDU

	0-14 años	15-44 años	45-54 años	55-64 años	65-74 años	> 75 años	TOTAL
2007	854	2339	886	579	584	793	6035
2008	781	2363	938	585	535	822	6024
2009	788	2266	972	595	520	837	5978
2010	766	2225	989	626	484	847	5937
2011	774	2165	979	655	459	862	5894
TOTAL	3963	11358	4764	3040	2582	4161	29868

Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Base datos de usuarios BDU. Elaboración propia

Anexo 2

TABLA 4. SALDO MIGRATORIO 2012

HUELVA	Españoles			Inmigrantes		
	Menores de 16 años	De 16 a 64 años	De 65 y más años	Menores de 16 años	De 16 a 64 años	De 65 y más años
Hombres	42250	161367	32519	3214	19224	788
Mujeres	39926	156067	43976	2863	19131	643

AGS	Españoles			Inmigrantes		
	Menores de 16 años	De 16 a 64 años	De 65 y más años	Menores de 16 años	De 16 a 64 años	De 65 y más años
Hombres	4935	22971	5955	153	923	47
Mujeres	4738	21272	8714	145	952	44

Nerva	Españoles			Inmigrantes		
	Menores de 16 años	De 16 a 64 años	De 65 y más años	Menores de 16 años	De 16 a 64 años	De 65 y más años
Hombres	382	1869	466	16	77	2
Mujeres	369	1766	771	16	96	1

Anexo 3

TABLA 21. Tasas de ingresos PQI. AREA DE GESTION SANITARIA NORTE DE HUELVA. Año 2010



PQI	Indicador	Denominador	Casos numerador		Tasas		RE	IC	
			Obs.	Esp.	Obs.	Esp.		L.Inf.	L.Sup.
PQI1	PQI1- Tasa de ingresos por complicaciones agudas de la diabetes	57.264	3	7,11	5,24	12,41	0,42	0,08	1,25
PQI2	PQI2- Tasa de ingresos por apendicitis perforada	39	7	8,62	17,95	22,11	0,81	0,32	1,68
PQI3	PQI3- Tasa de ingresos por complicaciones de la diabetes crónica	57.264	28	39,77	48,9	69,44	0,70	0,47	1,02
PQI5	PQI5- Tasa de ingresos por EPOC	57.264	28	57,06	48,9	99,65	0,49	0,33	0,71
PQI7	PQI7- Tasa de ingresos por hipertensión	57.264	9	10,66	15,72	18,62	0,84	0,38	1,61
PQI8	PQI8- Tasa de ingresos por insuficiencia cardíaca congestiva	57.264	70	148,38	122,24	257,37	0,47	0,37	0,60
PQI10	PQI10- Tasa de ingresos por deshidratación	57.264	3	6,22	5,24	10,85	0,48	0,09	1,43
PQI11	PQI11- Tasa de ingresos por neumonía bacteriana	57.264	58	101,92	101,29	177,98	0,57	0,43	0,74
PQI12	PQI12- Tasa de ingresos por infección del tracto urinario	57.264	26	39,39	45,4	68,79	0,66	0,43	0,97
PQI13	PQI13- Tasa de ingresos por angina sin procedimiento	57.264	39	55,14	68,11	96,29	0,71	0,5	0,97
PQI14	PQI14- Tasa de ingresos por diabetes descontrolada	57.264		1,13	0	1,97	0,00		
PQI15	PQI15- Tasa de ingresos por asma en el adulto	57.264	6	12,16	10,48	21,24	0,49	0,18	1,08
PQI16	PQI16- Tasa de amputación de extremidades inferiores en pacientes diabéticos	57.264	20	15,78	34,93	27,56	1,27	0,77	1,96
PQI90	PQI90-PQI Compuesto - Global	57.264	276	485,2	481,98	847,3	0,57	0,5	0,64
PQI91	PQI91-PQI Compuesto - Agudos	57.264	87	147,53	151,93	257,62	0,59	0,47	0,73
PQI92	PQI92-PQI Compuesto - Crónicos	57.264	189	337,67	330,05	589,67	0,56	0,48	0,65

Fuente: S.A.S. Subdirección de Análisis y Control Externo 2011 (AHRQ)

TABLA 22. PQI Observadas por Grupos de edad (2007-2010). NERVA, AGS, ANDALUCIA

PQI	TOTAL 2007-2010													TASA ANDALUCIA 2010
	PQI	POBLACION	TASA 18 a 44	PQI	POBLACION	TASA 45 a 64	PQI	POBLACION	TASA > 65	TOTAL 2007-2010		TASA NERVA 2007-2010	tasa AGS 2007-2010	
	De 18 a 44	De 45 a 64	>65	PQI	POBLACION	TASA	PQI	POBLACION	TASA	PQI	POBLACION			
PQI1	0	8257	0,00	1	6170	16,21	1	5419	18,45	2	19846	10,08	7,03	11,2
PQI2	1	8257	12,11	3	6170	48,62	0	5419	0,00	4	19846	0,00	0	21,01
PQI3	3	8257	36,33	3	6170	48,62	8	5419	147,63	14	19846	70,54	62,42	57,11
PQI5	1	8257	12,11	1	6170	16,21	9	5419	166,08	11	19846	55,43	41,76	76,87
PQI7	0	8257	0,00	0	6170	0,00	2	5419	36,91	2	19846	10,08	12,75	14,8
PQI8	0	8257	0,00	7	6170	113,45	30	5419	553,61	37	19846	186,44	116,92	179,7
PQI10	0	8257	0,00	1	6170	16,21	2	5419	36,91	3	19846	15,12	6,59	7,34
PQI11	2	8257	24,22	1	6170	16,21	22	5419	405,98	25	19846	125,97	118,68	132,5
PQI12	1	8257	12,11	1	6170	16,21	5	5419	92,27	7	19846	35,27	46,15	54,43
PQI13	0	8257	0,00	5	6170	81,04	11	5419	202,99	16	19846	80,62	79,56	73,92
PQI14	0	8257	0,00	0	6170	0,00	0	5419	0,00	0	19846	0,00	0,44	1,77
PQI15	0	8257	0,00	0	6170	0,00	0	5419	0,00	0	19846	0,00	6,15	18,08
PQI16	0	8257	0,00	0	6170	0,00	5	5419	92,27	5	19846	25,19	31,65	21,69

Fuente: UGC Promoción, Prevención y Vigilancia de la Salud. AGS Norte de Huelva. Elaboración propia.

Tasa superior a la tasa de Andalucía 
Tasa superior a la tasa del AGS 

Anexo 4

TABLA 23. NEOPLASIAS

HUELVA						
	2007			2008		
tipo Ca	HOMBRES	MUJERES	total	HOMBRES	MUJERES	total
MAMA	0	243	243	2	243	245
PROSTATA	163	0	163	164	0	164
PULMON	202	23	225	205	31	236
LARINGE	51	2	53	37	4	41
VEJIGA	133	26	159	142	17	159
TOTAL	549	294	843	550	295	845

AGS						
	2007			2008		
tipo Ca	HOMBRES	MUJERES	total	HOMBRES	MUJERES	total
MAMA	0	45	45	0	36	36
PROSTATA	21	0	21	19	0	19
PULMON	29	0	29	28	3	31
LARINGE	8	1	9	9	1	10
VEJIGA	25	5	30	21	2	23
TOTAL	83	51	134	77	42	119

NERVA						
	2007			2008		
tipo Ca	HOMBRES	MUJERES	total	HOMBRES	MUJERES	total
MAMA	0	8	8	0	0	0
PROSTATA	2	0	2	1	0	1
PULMON	2	0	2	2	1	3
LARINGE	0	0	0	2	0	2
VEJIGA	4	1	5	1	0	1
TOTAL	8	9	17	6	1	7

Fuente: Registro Poblacional de Cáncer de Huelva 2007-2008

Anexo 5

TABLA 24: Mortalidad por causa CIE-10

CAUSA	DESCRIPCION	NERVA						HUELVA					
		2010	2009	2008	TOTAL	POBLACION 2008-2010	TASA BRUTA	2010	2009	2008	TOTAL	POBLACION 2008-2010	TASA BRUTA
1	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0	1	0	1	17.939	5,57	64	82	83	229	1.539.399	14,88
2	Neoplasias	30	24	19	73	17.939	406,93	1019	1054	1097	3170	1.539.399	205,92
3	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad	0	0	0	0	17.939	0,00	20	12	15	47	1.539.399	3,05
4	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2	2	4	8	17.939	44,60	159	139	119	417	1.539.399	27,09
5	Trastornos mentales y del comportamiento	0	1	2	3	17.939	16,72	96	84	58	238	1.539.399	15,46
6	Enfermedades del sistema nervioso	2	4	5	11	17.939	61,32	191	182	164	537	1.539.399	34,88
7	Enfermedades del ojo y sus anexos	0	0	0	0	17.939	0,00	0	0	0	0	1.539.399	0,00
8	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0	0	0	0	17.939	0,00	0	0	0	0	1.539.399	0,00
9	Enfermedades del sistema circulatorio	28	27	31	86	17.939	479,40	1536	1524	1622	4682	1.539.399	304,14
10	Enfermedades del sistema respiratorio	8	4	9	21	17.939	117,06	367	430	411	1208	1.539.399	78,47
11	Enfermedades del aparato digestivo	8	6	11	25	17.939	139,36	244	238	242	724	1.539.399	47,03
12	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	0	2	0	2	17.939	11,15	6	20	19	45	1.539.399	2,92
13	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	0	0	1	1	17.939	5,57	38	34	36	108	1.539.399	7,02
14	Enfermedades del aparato genitourinario	2	2	2	6	17.939	33,45	110	123	124	357	1.539.399	23,19
15	Embarazo, parto y puerperio	0	0	0	0	17.939	0,00	0	0	1	1	1.539.399	0,06
16	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	1	1	0	2	17.939	11,15	16	8	8	32	1.539.399	2,08
17	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0	0	0	0	17.939	0,00	12	16	12	40	1.539.399	2,60
18	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	0	5	10	15	17.939	83,62	109	132	150	391	1.539.399	25,40
20	Causas extremas de morbilidad de de mortalidad	3	7	1	11	17.939	61,32	79	141	143	363	1.539.399	23,58
	TOTALES	84	86	95	265	17.939		4066	4219	4304	12589	1.539.399	

Fuente: I.A.E. (CIE-10)

TABLA 25. MORTALIDAD POR CAUSA Y GRUPO EDAD 2008-2010. NERVA

AÑO	CAUSA CIE-10	De 0 a 14 años	De 15 a 64 años	65 y más años	TOTAL
2010	CAUSA 1	0	0	0	0
2009		0	0	1	1
2008		0	0	0	0
2010	CAUSA 2	0	5	25	30
2009		0	7	17	24
2008		0	5	14	19
2010	CAUSA 3	0	0	0	0
2009		0	0	0	0
2008		0	0	0	0
2010	CAUSA 4	0	1	1	2
2009		0	0	2	2
2008		0	0	4	4
2010	CAUSA 5	0	0	0	0
2009		0	1	0	1
2008		0	1	1	2
2010	CAUSA 6	0	0	2	2
2009		0	2	2	4
2008		0	0	5	5
2010	CAUSA 7	0	0	0	0
2009		0	0	0	0
2008		0	0	0	0
2010	CAUSA 8	0	0	0	0
2009		0	0	0	0
2008		0	0	0	0
2010	CAUSA 9	0	2	26	28
2009		0	2	25	27
2008		0	2	29	31
2010	CAUSA 10	0	0	8	8
2009		0	0	4	4
2008		0	0	9	9
2010	CAUSA 11	0	1	7	8
2009		0	1	5	6
2008		0	1	10	11
2010	CAUSA 12	0	0	0	0
2009		0	0	2	2
2008		0	0	0	0
2010	CAUSA 13	0	0	0	0
2009		0	0	0	0
2008		0	0	1	1
2010	CAUSA 14	0	0	2	2
2009		0	0	2	2
2008		0	0	2	2
2010	CAUSA 15	0	0	0	0
2009		0	0	0	0
2008		0	0	0	0
2010	CAUSA 16	1	0	0	1
2009		1	0	0	1
2008		0	0	0	0

AÑO	CAUSA CIE-10	De 0 a 14 años	De 15 a 64 años	65 y más años	TOTAL
2010	CAUSA 17	0	0	0	0
2009		0	0	0	0
2008		0	0	0	0
2010	CAUSA 18	0	0	0	0
2009		0	0	5	5
2008		0	0	10	10
2010	CAUSA 20	0	2	1	3
2009		1	1	5	7
2008		0	0	1	1

TABLA 26. DEFUNCIONES AÑOS 2008-2010 (10ª revisión de la CIE) POR GRUPO DE EDAD NERVA

	De 0 a 14 años	De 15 a 64 años	65 y más años
Causa 01	0	0	1
Causa 02	0	22	81
Causa 03	0	0	0
Causa 04	0	2	8
Causa 05	0	2	1
Causa 06	0	2	11
Causa 07	0	0	0
Causa 08	0	0	0
Causa 09	0	8	106
Causa 10	0	0	29
Causa 11	0	4	29
Causa 12	0	0	2
Causa 13	0	0	1
Causa 14	0	0	8
Causa 15	0	0	0
Causa 16	3	0	0
Causa 17	0	0	0
Causa 18	0	0	15
Causa 20	1	5	8

Fuente: I.A.E. (CIE-10)

TABLA 27. MORTALIDAD PREMATURA POR CAUSA

A.P.V.P. CAUSAS	AGSNH		ANDALUCIA		DIFERENCIA AGSNH-ANDALUCIA	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Todas las causas	2110,03	5608,42	2561,28	5614,73	-451,25	-6,31
VIH-SIDA	0,00	117,72	45,34	224,82	-45,34	-107,10
Infección respiratoria aguda, neumonía e influenza	0,00	132,26	21,92	42,12	-21,92	90,14
Cáncer de estómago	56,72	125,58	34,48	76,72	22,24	48,86
Cáncer de colon	21,28	77,86	62,05	89,78	-40,77	-11,92
Cáncer de hígado y vías biliares	2,07	105,61	20,63	71,49	-18,56	34,12
Cáncer de pulmón	10,15	577,12	60,43	428,49	-50,28	148,63
Cáncer de mama femenino	174,61	0,00	216,35	1,22	-41,74	-1,22
Cáncer de próstata		32,34		24,13		8,21
Cáncer de vejiga	5,08	43,47	5,27	45,37	-0,19	-1,90
Diabetes Mellitus	17,39	26,98	24,27	50,59	-6,88	-23,61
Alzheimer	6,11	0,00	8,03	8,70	-1,92	-8,70
Enfermedad isquémica del corazón	50,54	624,53	88,36	448,02	-37,82	176,51
Enfermedades cerebro vasculares	66,03	160,68	92,26	182,40	-26,23	-21,72
Aterosclerosis	5,08	0,00	0,76	3,65	4,32	-3,65
Enfermedades crónicas de vías respiratorias	14,75	85,11	19,38	72,57	-4,63	12,54
Cirrosis y otras enf. crónicas del hígado	37,47	230,88	53,95	245,86	-16,48	-14,98
Accidentes de tráfico	216,82	544,21	126,62	576,20	90,20	-31,99
Suicidios y lesiones autoinfligidas	24,57	241,41	72,81	270,77	-48,24	-29,36

Fuente: Registro de Mortalidad de Andalucía

Anexo 6

Sistema de Información Multiterritorial de Andalucía

Nerva

Provincia de Huelva

Entorno físico

Extensión superficial. 2010	55,4
Altitud sobre el nivel del mar. 1999	332
Número de núcleos que componen el municipio. 2012	1



Población

Población total. 2012	5.766	Número de extranjeros. 2012	187
Población. Hombres. 2012	2.770	Principal procedencia de los extranjeros residentes. 2012	Bulgaria
Población. Mujeres. 2012	2.996	Porcentaje que representa respecto total de extranjeros. 2012	41,18
Población en núcleo. 2012	5.763	Emigrantes. 2011	137
Población en diseminado. 2012	3	Inmigrantes. 2011	155
Porcentaje de población menor de 20 años. 2012	17,74	Nacidos vivos por residencia materna. 2011	57
Porcentaje de población mayor de 65 años. 2012	21,28	Fallecidos por lugar de residencia. 2011	85
Incremento relativo de la población. 2012	-6,94	Matrimonios por lugar donde fijan la residencia. 2011	8

Sociedad

Centros de Infantil. 2010	2	Centros de salud. 2011	0
Centros de Primaria. 2010	1	Consultorios. 2011	1
Centros de Enseñanza Secundaria Obligatoria. 2010	1	Viviendas familiares principales. 2001	2.105
Centros de Bachillerato. 2010	1	Viviendas destinadas a alquiler. 2011	0
Centros C.F. de Grado Medio. 2010	1	Viviendas destinadas para la venta. 2011	0
Centros C.F. de Grado Superior. 2010	1	Viviendas rehabilitadas. 2011	4
Centros de educación de adultos. 2010	1	Viviendas libres. 2002	3
Bibliotecas públicas. 2010	1	Número de pantallas de cine. 2012	0

Economía

Agricultura

Cultivos herbáceos. Año 2011		Cultivos leñosos. Año 2011	
Superficie	23	Superficie	381
Principal cultivo de regadío	Patata temprana	Principal cultivo de regadío	Naranja
Principal cultivo de regadío: Has	3	Principal cultivo de regadío: Has	280
Principal cultivo de secano	Patata temprana	Principal cultivo de secano	Naranja
Principal cultivo de secano: Has	2	Principal cultivo de secano: Has	36

Establecimientos con actividad económica. Año 2011 Principales actividades económicas. Año 2011

Sin empleo conocido	158
Hasta 5 asalariados	104
Entre 6 y 19 asalariados	8
De 20 y más asalariados	8
Total establecimientos	278

Sección G : 120 establecimientos
Sección I : 35 establecimientos
Sección F : 21 establecimientos
Sección M : 18 establecimientos
Sección S : 18 establecimientos

Transportes Otros indicadores

Vehículos turismos. 2011	2.637
Autorizaciones de transporte: taxis. 2011	1
Autorizaciones de transporte: mercancías. 2011	51
Autorizaciones de transporte: viajeros. 2011	1
Vehículos matriculados. 2012	45
Vehículos turismos matriculados. 2012	39

Inversiones realizadas en nuevas industrias. 2009	..
Oficinas bancarias. 2011	4
Consumo de energía eléctrica. 2011	20.556
Consumo de energía eléctrica residencial. 2011	7.210
Líneas telefónicas. 2011	1.345
Líneas ADSL en servicio. 2011	914

Turismo

Restaurantes. 2009	7
Hoteles. 2011	1
Hostales y pensiones. 2011	0
Plazas en hoteles. 2011	60
Plazas en hostales y pensiones. 2011	0

Mercado de trabajo

Paro registrado. Mujeres. 2012	478	Contratos registrados. Indefinidos. 2008	64
Paro registrado. Hombres. 2012	459	Contratos registrados. Temporales. 2008	711
Paro registrado. Extranjeros. 2008	4	Contratos registrados. Extranjeros. 2008	29
Contratos registrados. Mujeres. 2012	168	Trabajadores eventuales agrarios subsidiados: mujeres. 2011	3
Contratos registrados. Hombres. 2012	158	Trabajadores eventuales agrarios subsidiados: hombres. 2011	3

Hacienda

Presupuesto de las Corporaciones locales. Año 2010

Presupuesto liquidado de ingresos	4.186.927,89
Presupuesto liquidado de gastos	4.871.429,43
Ingresos por habitante	704,28
Gastos por habitante	819,42

Catastro inmobiliario

IBI de naturaleza urbana. Número de recibos. 2011	4.031
IBI de naturaleza rústica. Número titulares catastrales. 2012	71
Número de parcelas catastrales: solares. 2011	230
Número de parcelas catastrales: parcelas edificadas. 2011	3.316

IRPF. Año 2010

Número de declaraciones	2.083
Rentas del trabajo	26.586.576,2
Rentas netas en estimación directa	731.158,8
Rentas netas en estimación objetiva	1.027.875,0
Otro tipo de rentas	374.072,8
Renta neta media declarada	13.787,7

Impuesto de Actividades Económicas. Año 2010

Situaciones de alta en actividades empresariales	402
Situaciones de alta en actividades profesionales	29
Situaciones de alta en actividades artísticas	0

Notas:..Dato inexistente para el año de consulta

* Referencia territorial inexistente para el año de consulta

Además puede:

- o [consultar el banco de datos SIMA para ampliar la información de esta ficha](#)
- o [consultar el Directorio de establecimientos con actividad económica en Andalucía](#)
- o [consultar más información municipal](#)

Fecha de última actualización: **31 de enero de 2013**

Autoría, colaboraciones y agradecimientos:

Este trabajo ha sido efectuado dentro de la Unidad de Gestión Clínica de Prevención, Promoción y Vigilancia de la Salud, por Juan Cipriano López García. Epidemiólogo del AGS Norte de Huelva.

En la realización del mismo han colaborado de forma directa los profesionales que se relacionan:

- Miguel Porras Povedano. Facultativo Especialista Medicina Preventiva y Salud Pública. Responsable de la UGC de Prevención, Promoción y Vigilancia de la Salud del AGS Norte de Huelva.
- Maite Gorrotxategi Larrea. Psicóloga. Técnico de Educación para la Salud de la UGC de Prevención, Promoción y Vigilancia de la Salud del AGS Norte de Huelva
- Enrique Naranjo Márquez. Biólogo. Técnico de Sanidad Ambiental de la UGC de Prevención, Promoción y Vigilancia de la Salud del AGS Norte de Huelva.
- M^a Carmen Benítez Rodríguez. Administrativa. Jefe de grupo administrativo de la UGC de Prevención, Promoción y Vigilancia de la Salud del AGS Norte de Huelva.
- Eleonora González Cortes. Aux. Administrativa. Programa Detección Precoz del Cáncer de Mama del AGS Norte de Huelva.

Queremos mostrar nuestro agradecimiento a otros organismos y personas a los que hemos solicitado apoyo profesional y/o datos para la realización del estudio:

- Dirección Gerencia del Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva.
- M^a Luisa Fajardo Rivas. Técnico de la Unidad de Registro de Cáncer de la Delegación Territorial de Salud de Huelva
- David Odero Sobrado. Psicólogo. Técnico de Promoción de Salud del AGS Norte de Huelva.
- Excmo. Ayuntamiento de Nerva.
- Consejería de Salud y Bienestar Social. Servicio de Información y Evaluación. Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación.
- Unidad de Protección de la Salud del AGS Norte de Huelva.
- Centro Comarcal de Drogodependencia Cuenca Minera.