

PERFIL SALUD LOCAL



I. INDICE

I.

I. INTRODUCCIÓN: MARCO CONCEPTUAL	5
I. 1 Nuevos Retos en Salud Pública y Salud Local	8
II. MARCO LEGAL	10
III. JUSTIFICACIÓN PROYECTO RED LOCAL DE ACCIÓN EN SALUD (RELAS)	12

II.

1. MARCO DE ACTUACIÓN	14
1.1 Localización Geográfica	14
1.2 Reseña histórica	16
1.3 Patrimonio histórico, artístico y monumental	19
1.4 ESTRUCTURA SOCIODEMOGRÁFICA: INDICADORES DEMOGRÁFICOS	24
1.4.1 Población	24
1.5 ESTRUCTURA SOCIO-ECONÓMICA:	33
INDICADORES SOCIOECONÓMICOS	33

III.

2. DIAGNÓSTICO DE SALUD.	37
2.1 Protección de la Salud.....	37
2.2 Vigilancia Epidemiológica (prevención).....	44
2.3 Promoción de la Salud (estilos de vida).....	50
3. RECURSOS DE SALUD	60
3.1 Atención Primaria/Especializada y Centros	60
3.2 Proyectos y Programas de Prevención, Protección y Promoción de la Salud:
4. CONCLUSIONES	62
5. FUENTES DE INFORMACIÓN	63
6. ANEXO I	64
6.1 Guía de recursos locales. Activos del Territorio.....	64



1ª PARTE

MARCO NORMATIVO Y

CONCEPTUAL

I. INTRODUCCIÓN: MARCO CONCEPTUAL

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

En lo que respecta a la salud, **la ciudadanía demanda cada vez más, no solo tener acceso a una atención sanitaria de calidad que resuelva sus problemas de salud, sino vivir en un entorno ya sea social, laboral o de ocio, seguro y saludable**; en el que se le garantice la seguridad de los alimentos, la calidad del aire que respira y la potabilidad de las aguas que consume. El diseño de ciudades compactas, accesibles y adaptadas a todas las franjas de edad, a diferentes colectivos y necesidades influirá, indudablemente, en la calidad de vida de las personas que las habitan.

Sobre **la salud** actúan diversos determinantes o factores, que es necesario tener en cuenta a la hora de delimitar el concepto de salud, y que hacen referencia a aspectos tan variados como factores biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. La incidencia de unos sobre otros es tal que no puede disociarse claramente la biología humana del ambiente, ni de los estilos de vida, ni de la organización de los sistemas de salud.

La prestación de servicios de atención de salud y la inversión en tecnología y tratamiento médicos no son suficientes para mejorar las condiciones de salud en la población, y además, los múltiples factores que determinan el estado de salud y la enfermedad en la población trascienden la esfera individual y se proyectan al colectivo social (postulados de Lalonde 1974).

Cabe recordar que la **Salud Pública (SP)**, definida como “el esfuerzo organizado por la sociedad para prevenir la enfermedad, proteger, promover y restaurar la salud, y prolongar la vida”⁶; tiene la misión de “trabajar por mejorar la salud de la población”; y para ello es necesario contribuir, de forma coordinada con otros sectores e instituciones, en la creación de las condiciones estructurales de la sociedad y en las condiciones de vida de la población más favorecedoras para la salud; en promover las conductas individuales y estilos de vida más saludables; y en luchar contra la enfermedad y minimizar la pérdida de la salud.

⁶ Last, JM. *A dictionary of epidemiology*. New York: Oxford University Press; 1995.



En las **Políticas de Salud** llevadas a cabo por los distintos países, han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las "causas de las causas", tales como, por ejemplo, las acciones sobre el entorno social, y en consecuencia, los resultados obtenidos con intervenciones en salud centradas en lo curativo han sido insuficientes y no permitirán alcanzar las metas de salud de los Objetivos para el Milenio.

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

Cabe matizar que, en lo que respecta a la aportación de los servicios sanitarios en la mejora del estado de salud de la población, así como en la reducción de las desigualdades, hay suficiente evidencia contrastada de que estos contribuyen comparativamente de una forma muy modesta ya que los servicios asistenciales están demasiado orientados hacia el mejor diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, y no lo suficiente hacia su prevención y la promoción de la salud.

Por tanto, los problemas de las desigualdades en salud como los de la carga de enfermedad, no pueden resolverse sólo desde el sistema sanitario aunque se pudieran incrementar los recursos destinados a ésta, hay que ir más allá de los servicios sanitarios, más allá de la atención a las enfermedades, resultando necesario incorporar un cambio en el punto de vista y actuar antes de que se produzcan éstas.

Para conseguir una comunidad más sana con estos criterios, significa dirigir las actuaciones hacia **los determinantes de la salud** y por ello hacia los sectores competentes.

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

La Salud en Todas las Políticas (STP) aparece como una estrategia innovadora transversal que da respuesta al rol crítico que juega la salud en la economía y sociedad del siglo XXI. Ésta introduce la mejora de la salud para nuestra población y la reducción de las desigualdades en salud como un objetivo compartido entre todos los niveles, sectores y agentes de gobierno, y dirige una respuesta política integrada, coherente, coordinada y transparente a los retos complejos de la salud de la población mediante la actuación en los determinantes de la salud.



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

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

El panorama de **nuestras ciudades** está experimentando una evidente transformación: pequeñas y grandes poblaciones se unen creando un continuo urbano en el que los límites territoriales se diluyen cada vez más: los transportes facilitan las conexiones entre barrios, ciudades y regiones, proporcionando conexiones rápidas entre lugares de trabajo, vivienda y ocio.

Los movimientos producidos por **la inmigración** facilitan el intercambio entre culturas y ofrecen una mayor riqueza, diversidad y complejidad a la vida de la ciudad. De ahí que uno de los principales retos con los que se enfrentan nuestras ciudades sea la capacidad de conexión, no sólo territorial sino también en lo que respecta a sus estructuras sociales y diferencias culturales.

El aumento de la **movilidad**, la incorporación de las tecnologías de la información a la vida cotidiana y la proliferación y la creciente importancia de los medios de comunicación abren paso a nuevas formas sociales. Con ello han adquirido especial relevancia los “estilos de vida”, que integran a las personas de comportamientos similares de ocio y consumo, al tiempo que los segmenta en grupos diferenciados: mayores, jóvenes inmigrantes...

Por otro lado, **la globalización** tiene a su vez un “dialéctico efecto” de forma que en una sociedad cada vez más globalizada se plantea a la vez la necesidad de recuperación del entorno local, cuyos espacios de participación y decisión deben estar cada vez más próximos a la realidad cotidiana. Así, el sentimiento de identidad y de pertenencia a la comunidad local (barrio, pueblo, ciudad) sigue siendo más intenso que el de Estado-Nación.

En este momento histórico en el que las sociedades desarrolladas han alcanzado un nivel de salud inimaginable hace unas décadas, con una esperanza de vida media muy alta, han hecho su aparición **las enfermedades crónicas y degenerativas**, en estrecha correlación con el envejecimiento poblacional y los estilos de vida.

Se dispone de suficiente evidencia como para afirmar que gran parte de la mortalidad y morbilidad asociadas a los factores de riesgo se podrían prevenir con estilos de vida saludables. El diseño de **ciudades saludables**, accesibles y adaptadas a todas las franjas de edad y a los diferentes colectivos y necesidades de las personas que las habitan, influirá indudablemente en la calidad de vida y en la salud de las personas que viven en ellas.



I. 1 Nuevos Retos en Salud Pública y Salud Local

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

En este contexto, se concibe un campo de trabajo local, en el espacio de encuentro más cercano a la ciudadanía, donde ésta desarrolla su convivencia, establece sus relaciones y construye su entorno.

Actualmente, y después del camino andado, sabemos que para muchos temas de Salud Pública, es preciso un proceso de organización de varios de los elementos que constituyen una ciudad y que pueden tener un impacto positivo en la salud (la vivienda, la seguridad vial, la actividad física, la calidad del aire...); y que la implicación de estos sectores y administraciones es muy complicada si no existe un marco legal que establezca con claridad los compromisos, competencias y recursos de cada uno de ellos.

Además, lo que estas medidas exigen no es necesariamente más financiación, sino el compromiso de orientar los recursos hacia las intervenciones priorizadas y, de ese modo, incrementar la eficacia.

Cobra fuerza el concepto de **salud urbana, salud local** porque dimensiona esta visión global de la salud de la población en los diferentes pueblos y ciudades, así como el abordaje de las causas que provocan las diferentes situaciones de salud derivados del entorno urbano, tanto físico como social; y especialmente si generan desigualdades.

Y todo ello tomando como punto de partida “**lo local**: el lugar donde viven y se desenvuelven las personas es decisivo para las intervenciones en salud. **La intervención local** comienza por la identificación, descripción y dirección de una red, en la que actúen todos los agentes que pueden influir en la salud de un determinado territorio.

Lo importante es escuchar, relacionarse y liderar grupos de ciudadanos y ciudadanas, asociaciones y organizaciones no gubernamentales a la vez que se articulan las responsabilidades del gobierno local a un nivel institucional superior como el autonómico.

Contribuir a recopilar datos, proponer y desarrollar métodos y herramientas de trabajo, a establecer *Redes* y diferentes tipos de cooperación, así como promover políticas pertinentes, debe ayudar a desarrollar un espacio local de salud.



Todo ello en relación directa a las necesidades que plantea la ciudadanía, preocupada por aspectos que atañen a sus entornos, la calidad del espacio que habitan, las aguas que consumen, los alimentos que constituyen su mejor dieta, la preocupación por las relaciones del marco familiar, por sus jóvenes, por sus proyectos vitales y de familia, por sus mayores, etc.

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

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

Dotando al proceso de la participación de la ciudadanía, la ejecución requiere del consenso tanto de los responsables municipales como de toda la comunidad local (asociaciones de consumidores, empresas, centros docentes, centros sanitarios, etc.)

Esta planificación Municipal exige la concurrencia de las responsabilidades a distintos niveles de los servicios públicos (local, autonómico, estatal y europeo).

Y es que, la salud como factor de bienestar personal y social, es un elemento significativo de pacto local donde resulta posible **aunar los intereses de la ciudadanía, los intereses de los profesionales de los servicios y las corporaciones locales y dirigirlos hacia el avance de los pueblos y ciudades en el ámbito de la salud.**

Ello exige un nivel de corresponsabilidad superior a la hora de centrar la misión de cada nivel institucional de forma cooperativa. Este proyecto significa **la continuidad de un trabajo en el municipio de Las Gabias, donde la intersectorialidad, la participación ciudadana y el apoyo institucional** juegan un papel fundamental

Su proyección va más allá del sector sanitario, mediante las alianzas con otros sectores implicados en el desarrollo de una planificación de la salud en el entorno urbano; fomentando la promoción de comportamientos saludables colaborando en el diseño de ciudades para una mejora de las condiciones de vida urbana; y contribuyendo al desarrollo de una gestión urbana, saludable y participativa.

En Andalucía, para afrontar estos retos, **el III Plan Andaluz de Salud (III PAS 2003-2008)**, entre sus líneas prioritarias, propone la definición y el desarrollo de un modelo integrado de salud pública (SP), moderno, innovador y transparente que permita el liderazgo necesario para abordar una nueva etapa de la Salud en Andalucía; **e identifica la “Acción local” como uno de los 6 ejes transversales de actuación para el alcance de todos sus objetivos.**

II. MARCO LEGAL

Incorporada a la Constitución Española, la **Carta Europea de Autonomía Local**⁷ identifica en los municipios la capacidad de ordenar y gestionar bajo la propia responsabilidad una parte importante de los asuntos públicos mediante el impulso de políticas propias. Esto se sustenta sobre el ejercicio del liderazgo político del gobierno local para que tanto los actores públicos como privados, desde sus propios ámbitos, formen una red capaz de hacer competitivo el territorio y de dar una respuesta adaptada a la realidad de la sociedad a la que representa.

En Andalucía, desde 1998, la Ley de Salud⁸, dedicada directa y principalmente al ciudadano, representa un marco legislativo más amplio para la administración sanitaria en materia de protección de la salud de los ciudadanos y ciudadanas, con el que, además, se pretende regular el campo de actuación y relación con el sector privado, siempre dentro del ámbito competencial de la administración local. Con ella se potencia el papel de los municipios, con el principal objetivo de regular las actuaciones que hacen efectivos los derechos y deberes de la ciudadanía respecto al sector salud, se fomenta la participación, y consecuentemente la corresponsabilidad en el derecho a la protección de la salud.

En la actualidad el **nuevo Estatuto Andaluz** confiere a los Ayuntamientos un mayor protagonismo y, sobre todo, establece que las competencias propias que les son asignadas deben conllevar la necesaria suficiencia financiera. Esto significa una apuesta de adecuación a una sociedad más actual, en la que la ciudadanía goce de muchos más derechos en los que trabajar de forma cercana y activa, de ahí que el mayor protagonismo de los ayuntamientos sea algo previsible.

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

La Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía (BOJA número 255 de 31 de diciembre de 2011) y la Ley 5/2010, de 11 de junio de Autonomía Local de Andalucía (BOJA nº 122, de 23 de junio de 2010) contemplan, al amparo de una gobernanza local el desarrollo de la acción local en salud en las entidades locales mediante un instrumento clave: **el Plan Local de Acción en Salud (PLAS)**, con el que poder incorporar los objetivos de salud en las políticas locales de los diferentes sectores. Esto convierte el pacto local en un instrumento de integración para la conexión de las inquietudes y prioridades de la ciudadanía y sus problemas de salud.

Desde el sector Salud, se deberá ejercer una actitud proactiva en relación al resto de las políticas públicas determinantes en el ámbito de la salud, y por ello se convierte en referente de las mismas.

⁷ Consejo de Europa: Carta Europea de la Autonomía Local, hecha en Estrasburgo el 15 de octubre de 1985. Ratificada por España el 20 de enero de 1988 (BOE núm. 47, de 24 de febrero de 1989)

⁸ [Ley 2/1998 de 15 de junio, de Salud de Andalucía.](#)



Esto requerirá una **convergencia de los objetivos de los diferentes sectores** en torno a la salud pública en la que cada sector actúa desde su marco de competencias, hacia otra nueva forma de gobernanza, de funcionamiento en Red local⁹; con un nodo central que representa el liderazgo del gobierno local y su corresponsabilidad, lo que supone asumir entre todas las partes:

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

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

⁹ **Red Local:** estructura operativa de acción intersectorial en el entorno más cercano de la ciudadanía, por la que se establecen relaciones entre las personas, los grupos y la comunidad; se posibilita el desarrollo de actividades conjuntas; se generan conexiones entre las instituciones y otras entidades territoriales; y que permite la combinación de intereses de los diferentes actores, en el proceso de alcanzar objetivos comunes de progreso, compartiendo los recursos.

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

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

Se trata de desarrollar una “forma de hacer” única a nivel central, pero con visión territorial y apuesta local. Los Ayuntamientos, como socios estratégicos para la acción periférica, se convierten en agentes clave de la salud pública, por su capacidad de rentabilizar todas aquellas actuaciones poblacionales y del entorno en relación con la salud (estilos de vida, entornos físico y social...).

Esto significa apostar por el nivel local, fortaleciendo la capacidad de respuesta e implicándoles en la toma de decisiones, formulación de objetivos en Salud Pública y asignación de recursos. Es imprescindible estrechar la relación y coordinación con los ayuntamientos, al mismo tiempo que se crean las bases para avanzar en una red funcional integrada de servicios de Salud Pública.

El objetivo es conseguir una mayor eficacia y eficiencia de las respuestas a los problemas, lo que conlleva una tarea compartida, en la que se investiguen e incorporen nuevos instrumentos.

Pero no partimos de cero, **el proyecto piloto de la Red Local de Acción en Salud (RELAS) desarrollado en 10 municipios de Andalucía (2008-2010)**, ha permitido identificar una metodología de acción local mediante un funcionamiento en red de los diferentes sectores implicados con la situación de salud en el territorio, que bajo el liderazgo del gobierno local ha desarrollado un Plan Local de Salud como respuesta a la mejora de la salud y calidad de vida de la población.



2ª PARTE
ANÁLISIS
SOCIO-DEMOGRÁFICO

1. MARCO DE ACTUACIÓN

1.1 Localización Geográfica

Las Gabias (también llamado popularmente **Gabia**) es un municipio español situado en la parte centro-sur de la Vega de Granada, perteneciente a la provincia de Granada, comunidad autónoma de Andalucía, a unos 8 km de la capital granadina. Limita con los municipios de Vegas del Genil, Cúllar Vega, Churriana de la Vega, Alhendín, La Malahá, Chimeneas y Santa Fe.

Las Gabias incluye las localidades de Gabia la Grande —capital municipal— y Gabia Chica que fueron objeto de unificación en 1973, además de los anejos de Híjar, Los Llanos, Pedro Verde y San Javier. Su nombre parece que procede de Hisn Caviar, que significa “torre militar”, en alusión al que todavía existe en Gabia Grande.

Formado definitivamente en 1.973, tras la fusión entre los municipios de Gabia Grande y Gabia Chica. Rodeado al norte por las sierras de Parapanda y Elvira y al Oeste por el grandioso y bello conjunto de Sierra Nevada, que afecta a Las Gabias y demás pueblos de la comarca, tanto estética como climáticamente. El casco urbano del pueblo se puede observar desde cualquier lugar alto de la capital, bajo el cerro de Montevive y asentado sobre un llano junto al río Dílar, su cauce fluvial más importante, que recoge las aguas de Sierra Nevada, en la Laguna de las Yeguas, a 3.000 mts. de altitud y que da lugar en ambos márgenes a importantes zonas de regadío.

Su término municipal tiene 40 Km² y una altitud oscilante entre los 600 y 800 m. Linda con los municipios de Churriana, Cúllar Vega, Santa Fe, Chimeneas, La Malahá y Alhendín.

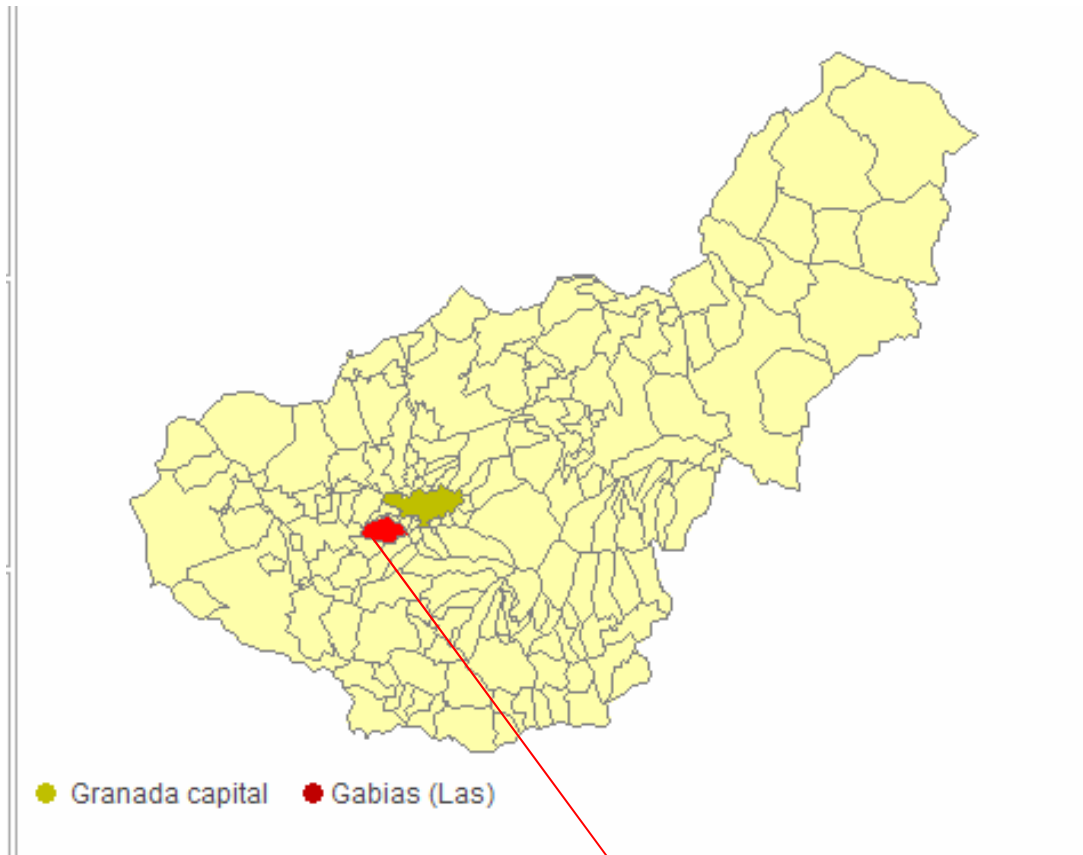
La capitalidad del municipio pertenece a Gabia Grande, que cuenta además con los núcleos de población de Gabia Chica, Híjar, las zonas residenciales de Los Llanos, Cortijo San Javier y Pedro Verde, así como otras zonas diseminadas de gran interés para excursionistas, como los Cortijos de Malpasillo, El Alamillo, etc.

Cabe destacar que Las Gabias es el municipio mayor de 10.000 habitantes con la edad media más baja de toda España: 34,3 años de edad.



1.1.2 Entorno físico

<u>Extensión superficial. 2010</u>	39,1
<u>Altitud sobre el nivel del mar. 1999</u>	677
<u>Número de núcleos que componen el municipio. 2011</u>	6



1.2 Reseña histórica

Las Gabias constituye un espacio ideal para el ocupamiento humano, por sus buenas condiciones naturales: abundancia de agua, suelo favorable a la agricultura, etc. Para encontrar los primeros indicios de presencia humana en Las Gabias, tenemos que remontarnos varios miles de años atrás, tal y como confirman los **yacimientos arqueológicos de la Cuesta de los Chinos**, en un promontorio en la zona de contacto entre la Vega y el Secano.

Con la **dominación romana**, la población se traslada a una zona cercana, donde encontramos con un importante asentamiento romano, del que se han descubierto las ruinas de un molino de aceite o almazara y varias viviendas, pero lo único visible de esta etapa es el Baptisterio Romano. Recientemente se han descubierto restos romanos en el anejo de Híjar.

En **época de dominación musulmana** se denominaba Gaviar Alcobra y Gaviar Alsogra (Gabia la Grande y la Chica respectivamente). Según el historiador Almagro Cárdenas, la palabra Gabia proviene de Gaviar, que significa sitio abundante en hoyos, debido a que al parecer existía un este lugar una colonia ibérica destinada a explotar las canteras de yeso aquí existentes.

La ocupación musulmana, que queda plasmada en el Torreón, una fortaleza árabe elevada en el centro de la población y que en sus ocho siglos de ocupación nos dejaron obras tan valiosas como el actual sistema de riego y su red de acequias. Históricamente, El Torreón desempeñó un importante papel en la campaña final de Granada: En 1.490, fue tomada por los cristianos al mando del Gran Capitán, con la captura de 30 prisioneros. Este mismo año, el Rey Fernando el Católico mandó derribarla, lo cual no llegó a realizarse.

A finales del Siglo XV, a raíz de la conquista de Granada, en la Bula para la erección del Arzobispado de Granada (1.496), se establecieron las parroquias para la administración eclesiástica, entre ellas la Parroquia de Gavia la Grande, con los anejos de Gavia la Pequeña, Ixar y Cúllar.

La historia moderna de Las Gabias comienza con la reconquista cristiana y la repoblación llevada a cabo por Felipe II, llegando pobladores de distintos puntos de la península.

En el Siglo XVII, los historiadores, al mencionar a ambos lugares, se refieren a Gavia la Grande y Gavia la Chica, sustituyendo en el Siglo XIX la "v" por la "b", pasando a conocerse ambos municipios con la denominación definitiva de Gabia Grande, con su anejo de Híjar y Gabia Chica, como dos municipios independientes, sin que en ningún caso apareciera el nombre de Las Gabias unificadamente.

Hasta el siglo XIX pertenecía a los Condes de Gabia y en este siglo XIX era uno de los pueblos más prósperos e importantes de la provincia, con la industria de los tejares en auge y el cultivo de lino, cáñamo y remolacha, hasta que se impone el cultivo del tabaco a comienzos del siglo XX.

La formación definitiva del municipio de Las Gabias se produce en el año 1.973, con la fusión entre los antiguos municipios de Gabia Grande y Gabia Chica.



Desde entonces hasta hoy comienza la andadura del nuevo municipio de LAS GABIAS, un municipio con un inmenso abanico de posibilidades. Su oferta cultural y monumental, deportiva y social, turística y de ocio es muy amplia y variada: La belleza arquitectónica de su Iglesia Parroquial de la Encarnación; su imponente Torreón, vestigio árabe del siglo XIV; su villa romana simbolizada en su Baptisterio, del Siglo III; su entrañable Ermita; su impresionante Campo de Golf, sus instalaciones de Tiro Olímpico; sus tradiciones culturales y lúdicas, perfectamente reflejadas en las Fiestas Locales de Agosto en honor de la Virgen de las Nieves; los incomparables y dispares parajes de su fértil vega y su amplio secano, componen un menú difícilmente rechazable en cualquier época del año y al alcance de cualquiera, por su excelente enclave geográfico y su fácil acceso.

Influenciada fuertemente por su cercanía a la capital, cuenta con un futuro esperanzador, por el trabajo e iniciativa de sus gentes, por contar con grandes extensiones de terrenos vírgenes en el Secano, algo difícil en la saturada area metropolitana y cuenta con favorables expectativas, sobre todo tras la construcción del Campo de Golf y de Tiro Olímpico, con sus correspondientes establecimientos hoteleros, que darán un gran impulso desde el punto de vista económico y turístico y sobre todo, por lo que aún queda por llegar, debido a la continua demanda de terrenos en nuestro municipio para proyectos de ocio.

TRADICIONES LOCALES

Las Gabias, a través de los años, siempre se caracterizó por una profunda fe y religiosidad. Durante todo el año se celebraban numerosas fiestas en honor de diversas imágenes como la Virgen del Rosario, la Aurora, la Purísima, Santa Ana, San Antón, San Sebastián, San Isidro, San Francisco, San Miguel, La Inmaculada, Nuestro Padre Jesús, etc.

Así, existían tradiciones de gran arraigo, que con el paso del tiempo, lamentablemente se han ido perdiendo, como por ejemplo El Día de San Antonio, con la realización de los "San Antonio" en las viviendas que se velaban durante toda la noche.

En honor de Nuestro Padre Jesús Nazareno se celebraba una gran procesión de su imagen cargado con su cruz en el mes de Abril: unos años se realizó en la madrugada del Viernes Santo, y en otras ocasiones salía en solitario en un día del mes de Abril, dentro de un ambiente extraordinario de emoción en el pueblo.

Los mayores recuerdan la celebración del día de San Antón, que era un santo muy querido en el pueblo y tenía su hermandad. Salía todos los años en procesión con su banda de música; siendo típico este día la realización de la típica olla de San Antón y la suelta del "marrano de San Antón", que era cebado en las puertas de las casas por todos los vecinos.

También salía anualmente la hermandad de Las Animas, que cantaba por las calles, así como el Rosario de la Aurora, y San Isidro, cuya imagen era sacada en procesión por los labradores de la localidad.



Otra tradición que se ha perdido era la llamada popularmente en Gabia "el toque de los viejos"; y era que todos los días, de 3 a 4 de la tarde, tocaban para el Rosario en la Ermita, y todos los viejos iban a rezar el rosario.

La Virgen de Agosto era llamada en Gabia la "Virgende las Trampas", pues en esas fechas se ajustaban las cuentas de los segadores y se pagaban las rentas, y era normal que todos salieran entrampados.

Desde muy antiguo se realiza una tradición entre grupos de mujeres del pueblo, y es el pasarse Vírgenes y otras Santas Imágenes de casa en casa. Esto se realiza con la Purísima, la Sagrada Familia, María Auxiliadora, etc.; así, estas imágenes paran 24 horas en cada vivienda, donde se les rezan unas oraciones, se les hace alguna promesa y se les colocan algunas velas y flores, hasta pasárselo a la siguiente vecina o amiga que le corresponda.

También han dejado de realizarse las reuniones de las mujeres en las plazas, para efectúan el bordado al tul, constituyendo una muy importante artesanía, fabricándose magníficas mantillas para la exportación. Asimismo confeccionaban prendas como echarpes, juegos de cama, cortinas, manteles, etc, que todos tenemos en nuestros hogares como recuerdo de nuestras abuelas. Se realizaban diariamente en una especie de tertulia en el que la crítica y el chisme era uno de los mayores alicientes de estas reuniones de las mujeres en las plazas.

Continuando con las tradiciones, cabe citar algunas más recientes, como la de rendir visita al Sepulcro de Fray Leopoldo de Alpandei los días 9 de cada mes, especialmente en Febrero, aniversario de su fallecimiento. Por este Fraile sienten los gabienses una profunda devoción y fé; y los mayores lo conocieron en vida, pidiendo limosna por el pueblo de Gabia Grande para los más necesitados.

El Sepulcro de Fray Leopoldo se encuentra en Granada; y son muchos los milagros que se atribuyen al Fraile, que se encuentra actualmente en proceso de beatificación.

Todos recordamos "el día de los quintos", semana anual de fiesta para todos aquellos que eran tallados para el Servicio Militar. Estos quintos iban con su gorra y pañuelo, casa por casa saludando y siendo invitados por las familias, por la noche cantaban serenatas y la fiesta duraba una semana, en la que repartían vino y caramelos a mayores y pequeños. Estas fiestas se celebraban desde tiempo inmemorial, si bien concluyeron hace unos años; cuando la talla de los mozos dejó de realizarse en un día, pues actualmente disponen de un trimestre para medirse, y es más difícil la reunión de todos los quintos.



1.3 Patrimonio histórico, artístico, monumental y gastronomía

Municipio de ocupación muy antigua, en 1922 se descubrió en su territorio una edificación subterránea identificada como baptisterio paleocristiano² o cristiano-bizantino³ o quizá como mitreo,⁴ que podría datarse en la segunda mitad del siglo IV o primeros años del siglo V.⁵

También hay restos de una almazara romana y un torreón de construcción musulmana, que constituyó un punto fuerte de la defensa de la ciudad de Granada ante el avance cristiano desde Alhama de Granada.

Patrimonio

Torreón Árabe y Casa García Benavente y Pisa

Ambos edificios, colindantes y de titularidad municipal, conforman un conjunto monumental emblemático en el centro de la ciudad. La torre defensiva o “Torreón”, como mejor se la conoce, es una de pocas de su clase y mejor conservada que aún se mantiene en pie en la Vega de Granada. Fue declarada Monumento Nacional en el año 1922, antes incluso que la Alhambra.

Iglesia de la Encarnación

Visible desde cualquier lugar del pueblo. Fue construida a finales del s.IXX y ha sido restaurada en varias fases desde finales del s.XX. De gran belleza arquitectónica se puede encuadrar dentro del arte neogótico. La torre es su elemento más característico, constituyendo la fachada principal.

Ermita

Construida en el s.XVI y principios del s.XVII reúne varios estilos: Barroco en cúpulas y bóvedas, Renacentista en frisos y muros y Rococó en el camarín de la Virgen. Cuenta con una torre campanario de estilo neoclásico.

Baptisterio Romano

En el camino de Híjar y a los pies de una villa romana datada entre s.I y s.II, se encuentra el Baptisterio Romano, que fue declarado Monumento Nacional en el año 1931, siendo el único Baptisterio conservado en España y una muestra excepcional del arte Paleo cristiano que merece la pena visitar.

Iglesia de Gabia Chica Ntra. Sra. del Rosario

Erigida en una sola nave con cubierta de dos aguas y artesonado de madera. En su interior destaca el magnífico retablo del s.XVI, donde se encuentra la imagen de la patrona Virgen del Rosario, el púlpito de madera tallada y la imagen de Santa Lucía.



Casas Señoriales

La casa de la Sacristía: Construida en el s.XVI, alberga en sus casi quinientos años de antigüedad multitud de rincones mágicos que nos trasladan a épocas casi perdidas. Destacan el patio interior, techado con elementos y artesonado de madera, sostenido por una columna de mármol traída de la Alhambra; el artesonado de la torre de estilo Mudéjar que corona el tejado y los bellísimos paisajes que desde ésta se divisan.

La Casa de los Blascos: La casa más antigua de nuestro pueblo, situada en la Plaza del Ayuntamiento fue construida en el s.XVI. Cabe destacar su puerta de madera, tachonada de dorado metal, conocida popularmente como la puerta de la Tetica, permanece inalterable al paso de los siglos; el patio de estilo castellano en el interior de mármol de Sierra Elvira que sostiene una galería balconada de madera; su bodega y las caballerizas. Su torre conduce, por empinados escalones de barro cocido, al lugar más alto de la casa, donde ofrece unas vistas panorámicas del municipio.

Centro Cultural S.XXI

El centro cultural alberga un teatro multifuncional con capacidad para 400 personas. En este centro se ofrece la posibilidad de realizar multitud de actividades para todas las edades: teatro, grabado, pintura, fotografía, cerámica, música, danza, etc.

El Depósito

La incesante mortalidad infantil provocada por las aguas contaminadas introdujo al Doctor Covo, médico titular de Gabia, junto al ingeniero Enrique Gómez y el diputado Montes Jovellar a plantear en 1.922 el estudio y proyecto de conducción de las aguas potables a la localidad. El 23 de Mayo de 1926 se inauguraba en Gabia Grande el primer depósito de agua potable de los pueblos de la provincia de Granada. Este depósito se abastece de uno de los nacimientos del Río Dílar, conocido por "Nacimiento de La Cimbra". Como consecuencia de la construcción del depósito, en el pueblo se fueron construyendo progresivamente fuentes como la de los "Cuatro Caños" en la plaza del Fuerte, lavaderos, abrevaderos como el de la calle Álamos y pilares como el de la Guisa o el de Gabia Chica.

Visitas Culturales a...

VISITAS TEATRALES EN EL TORREÓN : En colaboración con los alumnos y profesorado del taller municipal juvenil de teatro y con la finalidad de dar a conocer el patrimonio histórico de Las Gabias de una forma lúdica, se programan las visitas escenificadas que discurren por las dependencias del conjunto Histórico conocido como " Torreón"(Torre árabe Hisn Gaviar y Casa García Benavente y Pisa), teniendo como atractivo principal la aparición de personajes sacados de su época y que tuvieron que ver de una forma u otra con nuestro municipio. Se celebran aprovechando citas anuales como la Navidad, la Feria del Libro o Fiestas Patronales

VISITAS GUIADAS POR NUESTRO PATRIMONIO HISTÓRICO: Los fines de semana, previa concertación con los grupos, se programan visitas guiadas por el patrimonio histórico de Las Gabias que incluyen un recorrido por La Ermita, La Iglesia de la Encarnación y finalizando en la Torre Árabe Hisn Gaviar conocida popularmente como " Torreón".



FERIA DEL LIBRO: Esta cita con los libros, que tiene como fondo la animación a la lectura, supone un encuentro anual con la cultura en muchas de sus expresiones reflejadas en modo de cuentacuentos, interpretaciones teatrales, música, encuentros de autor, conocimiento de las Bibliotecas, charlas etc...; participando las librerías locales con el patrocinio del Ayuntamiento. Se celebra alrededor del 23 de abril con ocasión del día del libro.

CARNAVAL: Ésta expresión popular tan conocida en nuestro municipio, y como antesala a la primavera tiene un enorme calado entre los vecinos de Las Gabias, pasando de ser un legado de otros tiempos a convertirse en una muestra de la cultura popular llevada a su máxima expresión. Se celebra teniendo en cuenta la fecha del miércoles de ceniza.

RECUPERACIÓN DE TRADICIONES : Los recursos humanos con que cuenta Las Gabias como fuente de tradiciones orales, son la base fundamental para editar un valioso material bibliográfico que recoja las canciones, romances, juegos y demás expresiones de nuestros antepasados como único testimonio de la vida en el paisaje de Las Gabias.

MEMORIA DE LAS GABIAS: Como territorio con asentamientos humanos que datan de la edad del bronce, en nuestro municipio que comprende los núcleos territoriales de Gabia Grande, Gabia Chica e Híjar, se produjo un profundo cambio tras la repoblación que quedó reflejado en los libros de Apeos traducidos en colaboración con la Universidad de Granada. El Ayuntamiento ha patrocinado también libros de autores locales y de la provincia cuya temática es la historia de Las Gabias.

Fiestas Populares

SAN SEBASTIÁN: Celebración con motivo del Patrón del Municipio. Localidad: Las Gabias. Denominación: San Sebastián. Fecha prevista de celebración: domingo más cercano al día 20 de **Enero**. Carácter: Anual.

LA CANDELARÍA: Celebración de la quema de hogueras en los distintos barrios de las Gabias. Localidad: Las Gabias. Denominación: la Candelaria. Fecha prevista de celebración: 2 de **Febrero**. Carácter: Anual.

SAN MARCOS: Tradicional día de las merendicas. Salida al campo con la familia y amigos. Localidad: Las Gabias. Denominación: Día de San Marcos. Fecha prevista de celebración: 25 de **Abril**. Carácter: Anual.

FIESTA EN LA PEDANÍA DE HÍJAR: Localidad: Híjar (Las Gabias). Denominación: Fiestas de la Cruz de Mayo. Fecha prevista de celebración: 1, 2, y 3 de **Mayo**. Carácter: Anual.

DÍA DE LA CRUZ Localidad: Las Gabias. Denominación: Concurso de Cruces tradicionales. Fecha prevista de celebración: 3 de **Mayo**. Carácter: Anual.



OFRENDA FLORAL A LA VIRGEN DE LAS NIEVES (PATRONA DE LAS GABIAS)

Localidad: Las Gabias. Denominación: Ofrenda Floral. Fecha prevista de la celebración: mes de **Julio**. Carácter: Anual.

FIESTAS PATRONALES DE LAS GABIAS

Localidad: Las Gabias. Denominación: Fiestas patronales en honor a Nuestra Señora la Virgen de las Nieves. Fecha prevista de celebración: primera semana de **Agosto**. Carácter: Anual.

FIESTAS DE GABIA CHICA

Localidad: Gabia Chica (Las Gabias). Denominación: Fiestas en honor a nuestra señora la Virgen del Rosario de Gabia Chica. Fecha prevista de celebración: fin de semana más cercano al 7 de **Octubre**. Carácter: Anual.

Gastronomía

En íntima relación con las fiestas locales, se trata de una gastronomía variada, rica en especias, sopas, potajes y repostería. La gente de Gabia es de buen comer, predominando los platos de cuchara, sobre todo en los mayores, y los dulces.

Son típicos:

El hornazo de San Marcos

Pan de aceite con pasas y huevo cocido en su interior (típico para comer en el campo el día de San Marcos).

Las habas crudas con pan y paletilla de jamón serrano. Estas habas se cultivan en la vega de Las Gabias.

La Olla de San Antón: Puede considerarse como el plato más típico de Las Gabias, y, carne de cerdo y morcilla. Es uno de los platos más típicos de Las Gabias y permite su posterior utilización en sopas o para hacer deliciosas croquetas.

Una de las variedades más usuales de este plato en Las Gabias es el puchero de col.

Las Torticas, costumbre propia de la cuaresma. Consiste en comprar masa de pan y formar torticas, aplastando la masa, después se fríen y se toman mojándolas en chocolate. Es la cena típica de los viernes de invierno.

Potaje de garbanzos con bacalao y Bacalao en Cazuela, típico sobre todo en épocas de vigilia.

Potaje de Lentejas.

Guisaillo de papas con carne.

Papas a lo pobre con pimientos verdes.

Papas en ajopollo.



Cocido de patatas con almendras, ajo y perejil.

Las migas de pan con tocino y melón.

Las habas con jamón.

La cazuela de fideos.

La tortilla de espárragos (cultivados en la Vega de Las Gabias o silvestres del Secano)

El Gazpacho.

Dulces caseros de Semana Santa: Flores, Pestiños, panecillos con leche, arroz con leche, roscos de anís, roscos de manteca, roscos fritos, leche frita, magdalenas, etc.

Gachas de harina con leche y cuscurreones.

La carne de membrillo.

Las castañas asadas.

La pipirrana de verano.

Aún se siguen realizando, si bien en menor medida, una de las tradiciones familiares mas antiguas: **La matanza del cerdo**, que durante los meses de diciembre a febrero, provoca la reunión de los amigos y familiares para la cuidadosa elaboración de la matanza, que va desde la condimentación y producción de los chorizos, salchichas, morcillas, longanizas, queso de cerdo, etc. hasta la salazón de los jamones, y que requiere la unión de varias manos expertas que desarrollen convenientemente el largo proceso de la matanza. Es normal en estas fechas el olor a cebolla cocida por las calles del pueblo.

No nos olvidamos de la tradición de ir de tapeo al mediodía por las tabernas y bares de Las Gabias, tomando variadas tapas con una buena caña de cerveza o un fino, o la afición de ir de raciones por los restaurantes del pueblo o tomarse unos cubatas en los pubs de la localidad en las noches de los fines de semana.

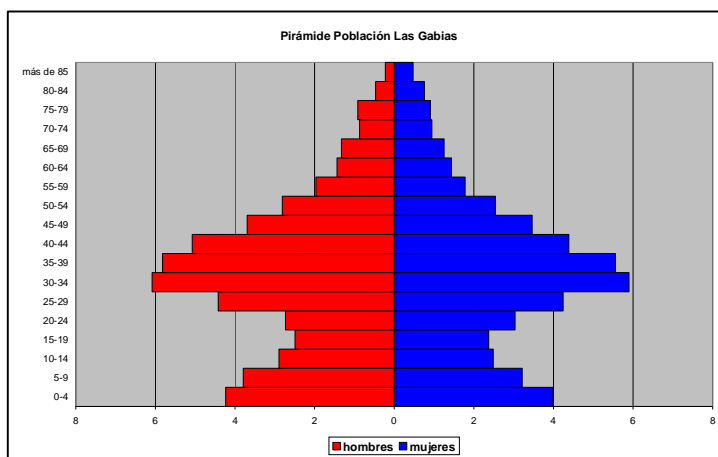
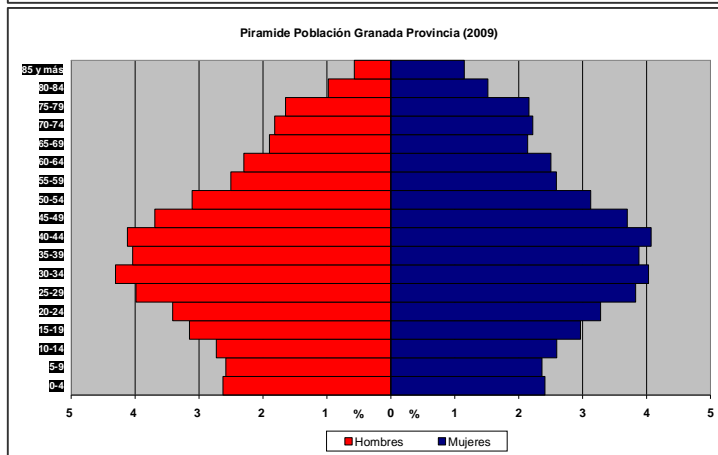
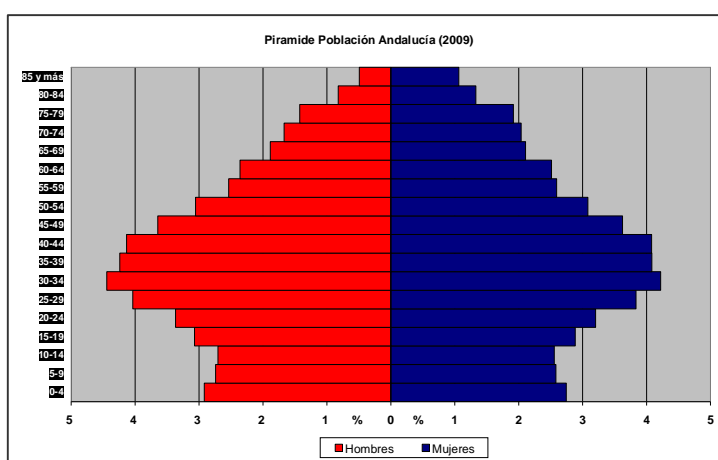
1.4 ESTRUCTURA SOCIODEMOGRÁFICA: INDICADORES DEMOGRÁFICOS

1.4.1 Población

El municipio de Las Gabias cuenta en la actualidad con **18.381 habitantes** (según INE-IEA 2012, **51,60% Hombres** y **48,40% Mujeres**). La **densidad de población se sitúa en 470,10 hab/Km²**, muy por encima de la media provincial y de Andalucía (73 hab/Km² y 96 hab/Km² respectivamente).

1.4.1.1 Pirámide de Población

A continuación, la pirámide de población muestra la estructura por edad y sexo de la población de Las Gabias y comparándola con la provincia de Granada y Andalucía (*pirámides de población de elaboración propia con datos extraídos del INE*):



1.4.1.1.2 Evolución población Las Gabias 1950-2012

	1950	1975	1991	1996	2001	2006	2012
Población	4.659	5.010	6.062	7.576	8.851	13.345	18.381

1.4.1.2 Edad Media Población (2010)

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

En esta tabla, se recoge la edad media de algunos municipios que forman parte del proyecto RELAS. El municipio de las Gabias, se sitúa en 33,4 años.

	edad media población
Baza	39,2
Loja	38,8
Cullar Vega	33,1
Santa Fe	37,6
Pinos Puente	39,3
Salobreña	39,1
Orgiva	41
Maracena	36,6
Motril	37,4
Las Gabias	33,4

Fuente: IEA, Sistema de Información Multiterritorial de Andalucía SIMA 2011



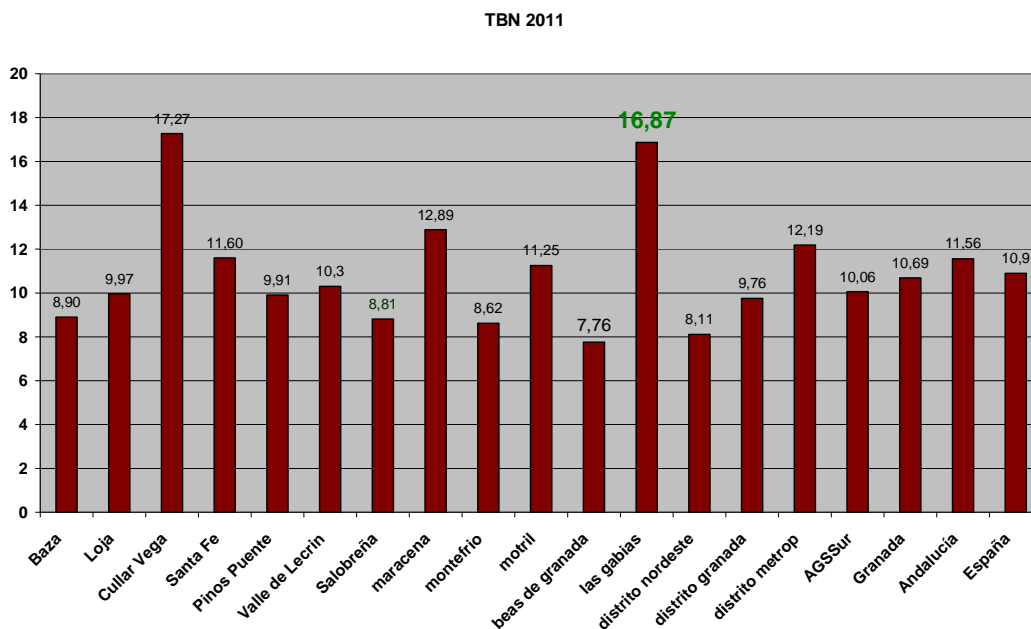
1.4.2 Población extranjera

El volumen de población extranjera es de 1.038 personas. Del total de población extranjera, un 24,37% corresponden a personas procedentes de Marruecos. En este caso, la tasa de inmigración de Las Gabias, se sitúa en 5,64%, veamos la comparativa con el resto de municipios RELAS:

	tasa de inmigración
Baza	9,53
Loja	5,99
Cullar Vega	5,89
Santa Fe	4,65
Pinos Puente	2,14
Salobreña	11,50
Orgiva	22,81
Maracena	5,46
Motril	11,19
Las Gabias	5,64

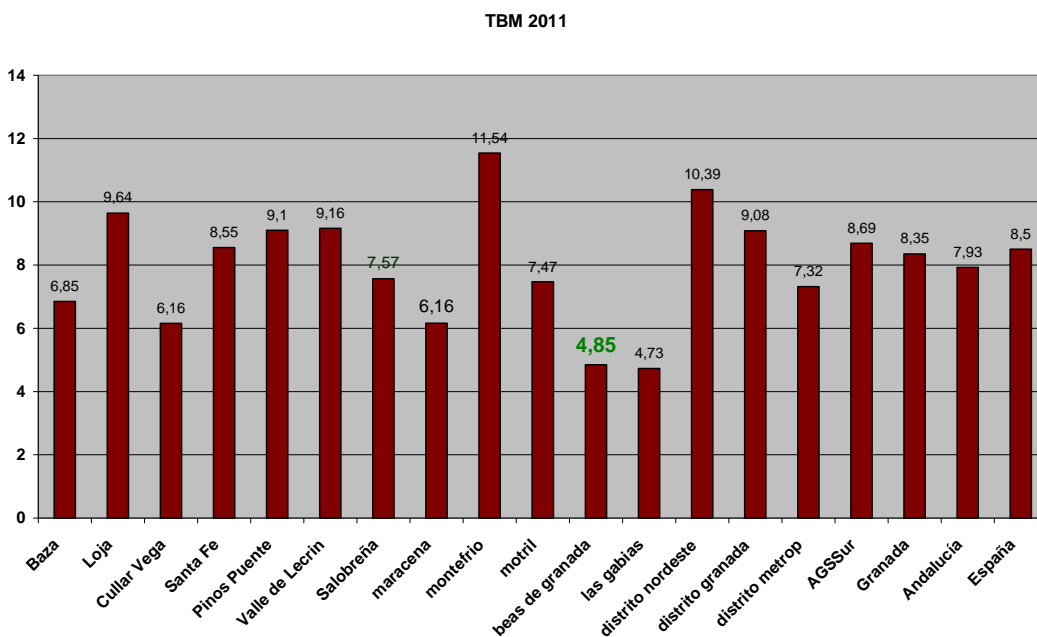
1.4.3 Movimientos Naturales de Población (MNP)

1. Tasa Bruta de Natalidad (TBN): En la siguiente gráfica queda reflejada la TBN comparada con el resto de unidades de desagregación:



Fuente: INE-IEA SIMA, Revisión Padrón Municipal 2010

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



Fuente: INE-IEA SIMA, Revisión Padrón Municipal 2010

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

El lapso es un año, y se puede ver como el número de nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil (en un año).

Tabla 4

2009	Tasa de Fecundidad (TGF*1000)
Las Gabias	58,25
MARACENA	46,65
HUÉSCAR	37,14
GUADIX	34,96
ORGIVA	35,22
SALOBREÑA	35,78
VALLE DE LECRIN	43,00
PINOS PUENTE	41,31
SANTA FE	44,17
CÚLLAR VEGA	68,36
LOJA	40,79
BAZA	37,82
GRANADA PROVINCIA	45,11
ANDALUCÍA	46,58

Tasas de elaboración propia en base datos extraídos del INE, Revisión Padrón municipal 2009



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

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

Tabla 5

2010	Índice Dependencia (ID)
Las Gabias	42,50
Maracena	45,62
Huescar	64,19
Guadix	44,18
Orgiva	44,70
Salobreña	53,32
Valle de Lecrín	56,01
Pinos Puente	51,15
Santa Fe	50,81
Cullar Vega	46,95
Loja	51,24
Baza	50,06
Granada	48,28
Andalucía	47,36
España	47,48

Tasas de elaboración propia en base datos extraídos del INE, Revisión Padrón municipal 2010



5. Otros índices/indicadores

5.1 El índice de juventud (población menor de 16 años frente a la población total).

5.2 El índice de vejez (también se puede interpretar como tasa de envejecimiento), refleja el porcentaje de población mayor de 65 años sobre el total de población, el valor ideal estaría por debajo del 33%.

5.3 Tasa de Sobre-Envejecimiento refleja el porcentaje de población mayor de 85 años sobre el total de población.

Tabla 6. Resumen

2012	Índice Juventud (+33%)	Índice Vejez (-33%)	Tasa de Sobre-envejecimiento *100
Las Gabias	21,38	8,14	0,70
Hombres	22,36	7,42	0,44
Mujeres	20,96	8,91	0,97
GRANADA PR.	16,59	16,16	1,56
Hombres		14,08	1,03
Mujeres		18,24	2,09
ANDALUCÍA	17,42	14,63	1,44
Hombres		12,56	0,95
Mujeres		16,67	1,98
ESPAÑA	15,33	16,66	1,96
Hombres		14,28	1,21
Mujeres		18,99	2,69

Tasas de elaboración propia en base datos extraídos del INE, Revisión Padrón municipal 2011

5.4 Índice Generacional de Ancianos (IGA), El aumento de la supervivencia de los mayores nos lleva a conocer el Índice Generacional de Ancianos (IGA), que representa el número de personas de 35 a 64 años por cada persona de 65 y más.

Estima por tanto, el número de personas de 35 a 64 años que podrían hacerse cargo de cada persona de 65 y más.

Teóricamente, relaciona la generación de los mayores con la de sus hijos/as, es decir, con la de sus cuidadores/as naturales y nos informa indirectamente sobre la necesidad de cuidados. Veamos en la tabla 7, los índices de Las Gabias en comparación con Granada Provincia y Andalucía, además del resto de municipios del proyecto RELAS:

Tabla 7

2010	IGA
Las Gabias	4,91
Maracena	3,52
Huéscar	1,68
Guadix	2,42
Orgiva	2,51
Salobreña	2,69
Valle de Lecrín	2,12
Pinos Puente	2,21
Santa Fe	2,72
Cúllar Vega	1,43
Loja	2,33
Baza	2,25
Granada Provincia	2,46
Andalucía	2,71

Tasas de elaboración propia en base datos extraídos del INE, Revisión Padrón municipal 2010

5.6 Tasa de Analfabetismo, este indicador refleja el número de personas de más de 16 años (en edad legal para trabajar) que no han alcanzado los estudios mínimos, nos encontramos con la siguiente distribución:

Tabla 9

Entidades	Hombres	Mujeres	Totales
Las Gabias	1,4	2,7	2,1
Motril	2,2	5,3	3,8
Maracena	0,7	3,0	1,9
Huéscar	5,3	10,5	8,0
Guadix	3,0	6,6	4,8
Valle de Lecrín	1,7	4,1	2,9
Pinos Puente	3,7	8,3	6,0
Santa Fe	2,9	4,7	3,9
Baza	2,8	5,8	4,3
Loja	2,6	8,8	5,8
Cúllar Vega	0,8	1,1	0,9
Granada Provincia	2,4	5,5	4
Andalucía	2,6	6,0	4,4
España	1,3	2,8	2,1

Fuentes: IEA, Sistema de Información Multiterritorial de Andalucía SIMA 2001 y Sistema de Prospección Permanente del Mercado de Trabajo de Andalucía ARGOS, Informe Estadístico Municipal 2010

1.5 ESTRUCTURA SOCIO-ECONÓMICA: INDICADORES SOCIOECONÓMICOS

Ficha recogida del Sistema de Información Multiterritorial de Andalucía

Economía Agricultura

Cultivos herbáceos. Año 2011

Superficie	627
Principal cultivo de regadío	Maíz
Principal cultivo de regadío: Has	54
Principal cultivo de secano	Avena
Principal cultivo de secano: Has	158

Cultivos leñosos. Año 2011

Superficie	1.277
Principal cultivo de regadío	Olivar aceituna de aceite
Principal cultivo de regadío: Has	284
Principal cultivo de secano	Olivar aceituna de aceite
Principal cultivo de secano: Has	671

Establecimientos con actividad económica. Año 2011

Sin empleo conocido	544
Hasta 5 asalariados	219
Entre 6 y 19 asalariados	23
De 20 y más asalariados	15
Total establecimientos	801

Principales actividades económicas. Año 2011

Sección G : 189 establecimientos
Sección F : 144 establecimientos
Sección M : 74 establecimientos
Sección D : 67 establecimientos
Sección C : 63 establecimientos

Transportes

Vehículos turismos. 2011	7.499
Autorizaciones de transporte: taxis. 2011	1
Autorizaciones de transporte: mercancías. 2011	89
Autorizaciones de transporte: viajeros. 2011	1
Vehículos matriculados. 2012	230
Vehículos turismos matriculados. 2012	133

Otros indicadores

Inversiones realizadas en nuevas industrias. 2009	..
Oficinas bancarias. 2011	5
Consumo de energía eléctrica. 2011	46.940
Consumo de energía eléctrica residencial. 2011	35.282
Líneas telefónicas. 2011	3.891
Líneas ADSL en servicio. 2011	3.109

Turismo

Restaurantes. 2009	6
Hoteles. 2011	1
Hostales y pensiones. 2011	0
Plazas en hoteles. 2011	42
Plazas en hostales y pensiones. 2011	0



1.5.1. Otros indicadores de interés: Renta Bruta Disponible per cápita

Entidad	RBDpc (€)
Las Gabias	11.504,25
Motril	10.331,42
Maracena	10.711
Huéscar	7.379,12
Guadix	8.739,81
Orgiva	7.246,84
Salobreña	8.600,22
Albuñuelas	5.090,27
Dúrcal	8.670,55
Lecrín	6.951,46
Nigüelas	6.841,24

Padul	8.745,62
El Pinar	5.737,07
El Valle	6.258,33
Villamena	6.167,00
Pinos Puente	5823,65
Santa Fe	9.604,25
Cúllar Vega	12.594,02
Loja	7.873,56
Baza	8.255,54
Granada	16.954,21
Andalucía	10.798,00
España	14.192,00

Fuente: Economía Andaluza. Unicaja 2006. La Renta Bruta Disponible (RBD) per cápita en Andalucía ha experimentado un significativo aumento en 2006, siguiendo la tendencia de años anteriores. Las zonas más pobladas son las que presentan, a su vez, una renta bruta disponible per cápita más elevada. Así, casi un 70 por ciento de la población andaluza se concentra en trece ámbitos subregionales (capitales de provincia, Costa del Sol, Subbético, Noroeste de Jaén, Bahía de Algeciras y Poniente almeriense), con más de 200.000 habitantes cada uno de ellos, que asimismo acaparan más de las tres cuartas partes de la Renta Bruta Disponible en Andalucía. Estas cifras reflejan las importantes diferencias territoriales existentes aún, tanto en lo referente a la distribución poblacional como a la renta en el conjunto de nuestra Comunidad Autónoma.

- Consumo de energía eléctrica:

Entidad	Consumo energía eléctrica	Ratio mgv/hora/habitante
Andalucía	37.011.161	4,51
Provincia Granada	3.478.910	3,86
Las Gabias	46.940	2,53

Los consumos se obtienen a partir de las medidas del contador repartiendo el consumo entre fechas de lectura correspondientes al año en curso (método de reparto o prorrateo). En ejercicios anteriores, el consumo que se informaba era el facturado, independientemente de que correspondiera a periodos anteriores al ejercicio contable. Unidad de medida: megavatios por hora. Fuente: Sevillana - Endesa (Endesa Distribución S.L.) Año 2008.

- Indicador Sintético de Bienestar Municipal (ISBM)

Entidad	ISBM
Las Gabias	111,27
Motril	107,26
Maracena	106,57
Huéscar	96,07
Guadix	104,97
Orgiva	93,88

Salobreña	100,49
Pinos Puente	90,16
Santa Fe	104,22
Cullar Vega	112,43
Loja	97,40
Baza	103,01
Granada	119,72

Fuente: Economía Andaluza. Unicaja 2007. Siguiendo también el método propuesto por Pena Trapero J.B se ha elaborado un Indicador Sintético de Bienestar para todos los municipios de Andalucía. Este índice se construye a partir de distintos indicadores parciales o sectoriales (dotación económica, demografía y situación sociocultural, equipamientos y medioambiente). Este indicador intenta aproximar el nivel de bienestar en cada área en relación a las diferentes parcelas de bienestar indicadas anteriormente.

2ª PARTE

DIAGNÓSTICO DE SALUD



2. DIAGNÓSTICO DE SALUD. MUNICIPIO DE LAS GABIAS

2.1 Protección de la Salud

La Ley 5/2010 de 11 de Junio, de Autonomía Local de Andalucía, otorgan a los municipios competencias en la protección del medio ambiente y de la salubridad pública, así como en los abastos, mataderos, ferias y mercados, todo ello para la defensa de los consumidores y usuarios.

2.1.1 Salud Ambiental

La Salud Ambiental constituye actualmente una disciplina esencial de Salud Pública, centrandose su ámbito en las complejas interrelaciones existentes entre salud y medio ambiente, a través del estudio, vigilancia y control de factores ambientales, tanto físicos, químicos como biológicos, potencialmente peligrosos para la salud y estableciendo su fin último en la creación de ambientes propicios para la salud y en la prevención de la enfermedad.

Cada vez son más y diversas las competencias que la Administración Sanitaria asume en el ámbito de la Salud Ambiental y más compleja la realidad a la que debemos enfrentarnos, siendo buena muestra de ello el extenso marco normativo internacional, nacional y autonómico existente en la actualidad.

En este sentido cabe destacar la tendencia a establecer como principio básico la atribución, a los titulares de las entidades/actividades, de la responsabilidad en la evaluación de riesgos y el control de los factores ambientales con posibles incidencias en la salud.

Consecuencia de ello es la cada vez más usual obligatoriedad legal de implantar y tener a disposición de la autoridad sanitaria procedimientos documentados basados en el control de estos peligros, buena muestra de lo cual la podemos encontrar en la reciente publicación de los Reglamentos REACH y CLP, en relación a las empresas fabricantes, distribuidoras y aplicadoras de productos químicos, y las no ya tan recientes Directivas de aguas, traspuestas a nuestro ordenamiento por el RD 140/2003 por el que se establecen los criterios sanitarios de la calidad del agua de consumo humano o en el RD 865/2003 por el que se establecen los criterios higiénico-sanitarios para la prevención y control de la legionelosis.

A continuación, se realiza un breve diagnóstico de la situación....

La ciudadanía y su medio ambiente constituyen un complejo sistema de interacciones en el que cada uno de ellos es afectado por la acción y reacción del otro. Para disminuir los riesgos ambientales es importante tener en cuenta aspectos como:

1. Mejorar las condiciones básicas de salud ambiental
2. Educar ambientalmente a la población
3. Hacer partícipe a la población en la mejora de su salud y la de su localidad

El Ayuntamiento de Las Gabias se adhirió a la red de Ciudades Saludables de Andalucía el día 25 de abril de 2002

Ciclo del Agua:

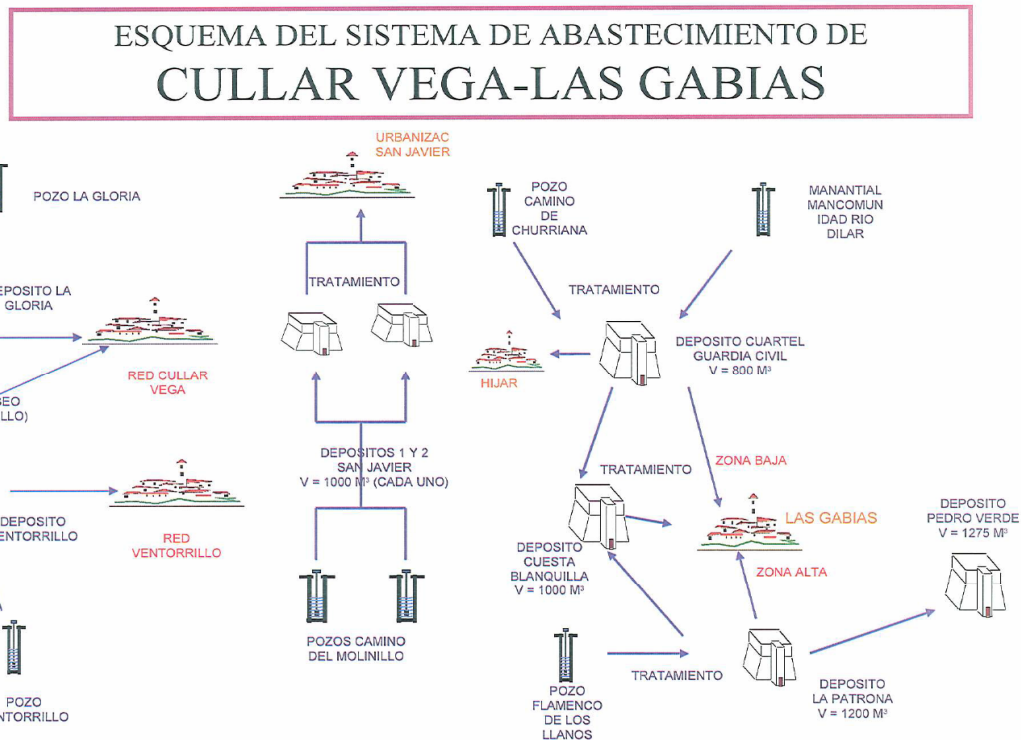
Los depósitos y redes de Cúllar Vega y Las Gabias, se abastecen habitualmente de agua de la ETAP Lancha del Genil, procedente del sistema Quéntar-Canales, mediante una conducción situada en Vegas del Genil, gestionada por Aguasvira.

Cada habitante de Las Gabias consumió durante el año 2002, **170 litros de agua al día**; mientras que se considera suficiente con 80 litros para tener una calidad de vida razonable.

Los vertidos domésticos, junto con los de alcantarillado e industriales desembocan en la red de acequias, siendo esta agua utilizada para el riego. Esto, además de provocar la contaminación de los suelos y del acuífero, contamina los productos agrícolas disminuyendo su calidad (y por tanto su precio).

Se está comenzando a desviar estos vertidos a la acequia la Alpolaca que será la que conecte con la E. D. A. R. de Cúllar Vega.

AGBAR SUR EMASAGRA es la empresa gestora municipal de Las Gabias . El esquema de la Zona de Abastecimiento Cúllar Vega-Las Gabias, se representa a continuación:



DEBILIDADES	AMENAZAS
Pérdidas en la red Existencia de captaciones incontroladas (pozos particulares)	Contaminación vertidos incontrolados
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
Recursos hidrológicos EDAR	Aguas depuradas como sustratos y uso agrario



Gestión de Residuos

Existen distribuidos a lo largo del municipio contenedores para recogida selectiva de residuos. De esta forma se trata de conseguir un tratamiento adecuado para cada residuo dando prioridad a la recuperación, reciclado y valorización antes que la eliminación en vertederos.

<p>DEBILIDADES</p> <p>No gestión integrada residuos agrícolas Gestión de residuos de actividades industriales y agropecuarias.</p>	<p>AMENAZAS</p> <p>Degradación contenedores Repercusiones sobre turismo y población</p>
<p>FORTALEZAS</p> <p>Aprovechamiento RSU Existencia de contenedores de recogida selectiva</p>	<p>OPORTUNIDADES</p> <p>Tecnologías sostenibles</p>

Riesgos para la Salud (ambientales)

A continuación se relacionan una serie de factores de riesgo a tener en cuenta:

- La **eliminación de las aguas residuales** del municipio conlleva una serie de problemas, entre ellos la antigüedad de las conducciones.
- El porcentaje de población de Las Gabias **con red de saneamiento conectado** a la estación depuradora (EDAR), puede llegar a ser un indicador de seguimiento de las mejoras para la eliminación de este riesgo sanitario.
- **Riesgos emergentes en este campo:** reutilización de aguas residuales y de lodos de depuración. Control de los vertidos de aguas residuales, mantenimiento de la red de alcantarillado y funcionamiento de la Estación Depuradora de Aguas Residuales (EDAR).
- **Instalaciones de riesgo en la transmisión de legionelosis a la población:**
En la actualidad no existen censadas en el registro municipal de instalaciones de legionella ninguna Torre de Refrigeración o Condensador Evaporativo. Este tipo de instalaciones son definidas como instalaciones de riesgo de mayor proliferación y dispersión a controlar por la posible aparición de brotes de legionella, asociados a las mismas

También se puede considerar como población expuesta a este riesgo, la población usuaria de agua con instalaciones de uso recreativo tipo SPA, Jacuzzi, agua caliente sanitaria con acumulador y circuito de retorno, agua contra incendios, agua para riego por aspersión, fuentes ornamentales, máquinas de lavado de coches y en general aquellas instalaciones que produzcan la aerosolización del agua que pudiera estar contaminada por esta bacteria, si no se lleva a cabo periódicamente un programa de mantenimiento, limpieza y desinfección adecuados.

- **El uso incontrolado de productos químicos**, entre ellos los tratamientos de aplicación de biocidas de uso alimentario y ambiental.
- **Ruido ambiental, niveles** sonoros y emisiones de gases y olores sobre todo en áreas industriales. Los niveles de ruido en el municipio superan los 55 dB en el 75% del territorio urbano, afectando a más del 90% de la población. El principal responsable es el tráfico, y en especial los ciclomotores que circulan con el escape libre a pesar de estar prohibido. En determinadas áreas es también un factor importante el ruido provocado por los helicópteros de la cercana base aérea.(**)
- **Emisión de polvo y escombros** durante la fase de urbanización y construcción de las diferentes actuaciones.

2.1.2 Protección Alimentaria

Las actuaciones en el área alimentaria, tanto en sus aspectos nutricionales como de higiene, deben caracterizarse por la colaboración multisectorial: Corporación Municipal, Distrito Sanitario, Centros Educativos, Cámaras de comercio, medios de comunicación, asociaciones profesionales y de consumidores,...de forma que se potencien las actividades y se rentabilicen los recursos ya existentes.

Con el objetivo de reducir o controlar los factores de riesgo de enfermedades transmitidas por alimentos, asociados a los establecimientos alimentarios disponemos de dos herramientas fundamentales.

El Plan de Inspección basado en el riesgo, con él se verifica el cumplimiento de las condiciones exigibles a los establecimientos alimentarios relativo a, las actividades que desarrollan, las autorizaciones de las empresas, las condiciones estructurales de las instalaciones, equipos y utensilios, las condiciones de higiene y de manipulación, la trazabilidad y el etiquetado de los productos. Y el Plan de Supervisión.

Con ellos se pretende reducir el porcentaje de establecimientos alimentarios incluidos en el grupo de mayor riesgo. Para la clasificación del riesgo se tiene en cuenta el tipo de alimento, método de manipulación, método de procesado, consumidores expuestos al riesgo, valoración de las prácticas de higiene y de la estructura, así como la confianza en la dirección de la empresa y su control.

De la clasificación del riesgo depende la frecuencia de la inspección que se realiza al establecimiento:

- Riesgo A – al menos cada 6 meses
- Riesgo B – al menos cada 12 meses
- Riesgo C – al menos cada 18 meses
- Riesgo D – al menos cada 2 años
- Riesgo E – otras estrategias de control



A continuación, se realiza un breve diagnóstico de la situación.

El municipio de Las Gabias cuenta con un censo de establecimientos alimentarios de 82 establecimientos de los cuales el 22% son industrias y el 78% establecimientos minoristas (establecimientos de restauración y venta menor de alimentos).

En total 18 existen industrias alimentarias, de las cuales de acuerdo a la clasificación realizada por nuestros servicios solo ninguna es de elevado riesgo (clasificada A), estando clasificadas la mayoría en los niveles de menor riesgo (C, D y E).

Según su actividad, la mayor parte de las industrias se incluyen dentro de la categoría de “industrias de harinas y derivados”. Otras categorías de industrias existentes son los “almacenes mayoristas polivalentes”, “carnes y derivados”, “grasas y derivados”, y “tubérculos y derivados”.

Dentro del sector servicios, tenemos censados un total de 64 establecimientos minoristas, entre los que se encuentran 24 establecimientos de restauración y 40 establecimientos de venta menor de alimentos.

Dentro del grupo de establecimientos de restauración de acuerdo a su riesgo, tan solo 2 se han clasificado de mayor riesgo (dentro de la categoría A) encuadrándose la mayoría en el grupo C.

En cuanto a los establecimientos de venta menor de alimentos abarcan distintos sectores, así tenemos censadas 3 carnicerías-salchicherías, 6 carnicería, 4 pescaderías, 4 fruterías, 12 establecimientos minoristas polivalentes, 7 churrerías, 12 despachos de pan y 1 de pasteles, 1 heladería. De todos ellos 3 se incluyen en la categoría A de mayor riesgo.

El hecho de que una establecimiento minorista (tanto de sector restauración como venta menor) se considere de mayor riesgo es debido fundamentalmente al tipo de alimentos que se manipulan y al proceso de elaboración que se lleva a cabo, pero también a la dificultad que muchas veces existe por parte de los operadores económicos responsables de estos establecimientos de llevar los controles exigidos, no obstante cabe señalar que en los últimos años no se ha declarado ninguna toxiinfección alimentaria relacionada con algún establecimiento de este municipio, tampoco ningún otro brote relacionado al consumo de alimentos producidos o manipulados en algún establecimiento de este municipio.

Categoría	Industrias	Establecimientos restauración	Establecimientos minoristas
A	0	2	3
B	8	6	30
C	3	12	7
D	4	4	7
E o no clasif.	3	0	3



2.2 Vigilancia Epidemiológica (prevención)

2.2.1 Análisis de la mortalidad

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

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

- **Mortalidad General**, en el municipio de Las Gabias: La mortalidad por todas las causas en Las Gabias **se comporta de manera similar a la de España, es decir, no existe exceso de riesgo en la mortalidad general** y su tendencia no es creciente en el municipio de Las Gabias en comparación con España.
- **Mortalidad por causas**: Con respecto a las causas específicas de mortalidad, solamente existe un exceso de riesgo de morir con respecto a España en la **enfermedad de Alzheimer**, en mujeres del grupo de edad de mayores de 85 años y su tendencia es creciente.

2.2.1.1 Años potenciales de vida perdidos (APVP)

El concepto de años potenciales de vida perdidos (APVP, en adelante) fue propuesto en 1978, como indicador del estado de salud de una determinada población.

Este indicador, cuantifica las muertes prematuras y puede ser utilizado para determinar las prioridades en salud pública (importancia relativa de diversas causas de mortalidad por un período dado, en una población dada, Número de años perdidos entre 1 y 70 años por 1.000 personas en una población dada, si la población en que queremos medir este indicador tuviese la misma estructura de edad y sexo que una población estándar de referencia en vez de la suya. La fuente de información es el Registro de Mortalidad de Andalucía de la Consejería de Salud).

Teniendo en cuenta este indicador, en el municipio de Las Gabias, y de referencia el Distrito Sanitario Granada-Metropolitano, las principales causas son las siguientes:

ENTIDAD	SEXO	CAUSA	APVP
Las Gabias	HOMBRES	Accidentes Tráfico	789,4
		Cirrosis	478,00
		Suicidios	391,1
		Cáncer pulmón	218,3
	MUJERES	Cáncer estomago	349,1
		Enfermedad CRV	122,5
		Accidentes Tráfico	118
		Suicidios	113,8
DISTRITO SANITARIO METROP-GRA	HOMBRES	Accidentes Tráfico	662,65
		Enfermedades Isquem. Cor.	403,17
		Cáncer pulmón	300,14
		Suicidios y lesiones autoinfl.	296,75
		Cirrosis y otras enf. crón.	246,56
		Cancer Mama	178,92
	MUJERES	Accidentes Tráfico	156,14
		Enfermedad Isquémica Cor.	99,01
		Suicidios y lesiones autoinfl.	93,31
		ECV	85,44



2.2.2 Morbilidad

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

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

En resumen:

- Número bajo de enfermedades de declaración obligatoria, con tasas de incidencia bajas de enfermedades de transmisión sexual. En el periodo 2008-2012, se han declarado 7 casos de tuberculosis, con una tasa media anual de 7,6 casos por 100.000 habitantes, por debajo de la media andaluza y del Distrito Sanitario Metropolitano (12,2 por 100.000 habitantes).
- En cuanto a las enfermedades vacunables, en los últimos 5 años no se han detectado casos de tétanos, hemóphilus Influenzae b, poliomielitis, rubeola, hepatitis B y parotiditis; sí se han declarado pocos casos en otras como tosferina (9) y sarampión (19) a pesar de los extensos brotes que sufrió Andalucía y España en 2011, lo que implica altas cifras de coberturas de vacunación en la población del municipio.
- En el año 2012, la población hipertensa del municipio es de 1556 personas (8,5% de la población total), porcentaje muy inferior a la del Distrito Metropolitano (12,2%), las personas diabéticas diagnosticadas son 934 (5,1%), cifras también inferiores a las del Distrito Metropolitano (6,2%).
- El porcentaje de niños/as con asma es del 14,7% de la población infantil, inferior al porcentaje del Distrito (16,1%).
- El porcentaje de mayores de 40 años con Enfermedad Pulmonar obstructiva Crónica (EPOC) es del 0,7% de la población, inferior al porcentaje del Distrito metropolitano (2,7%).



- En los hombres, los cánceres más frecuentes son el de piel no melanoma, colon-recto, pulmón y vejiga; llama la atención el bajo número de cánceres de próstata.
- En las mujeres, los tumores más frecuentes son el de piel no melanoma, mama, útero y melanoma, con bajo número de cánceres de colon-recto.
- En cuanto a la incidencia de cáncer en Las Gabias, la Tasa estandarizada de Incidencia anual en el periodo 2005-2009, por todos los cánceres fue de 435,2 por 10⁵ habitantes, cifra similar a la de la provincia de Granada con 435,1 por 10⁵ habitantes. Incidencia de cáncer en Las Gabias (quinquenio 2005 – 2009)

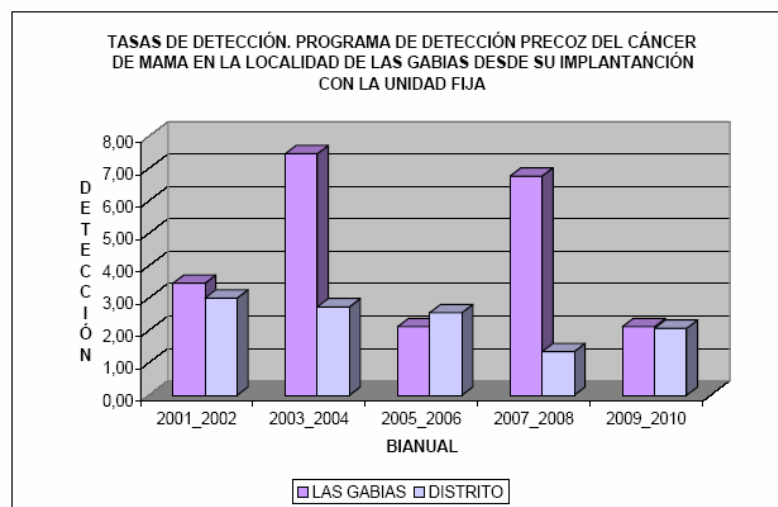
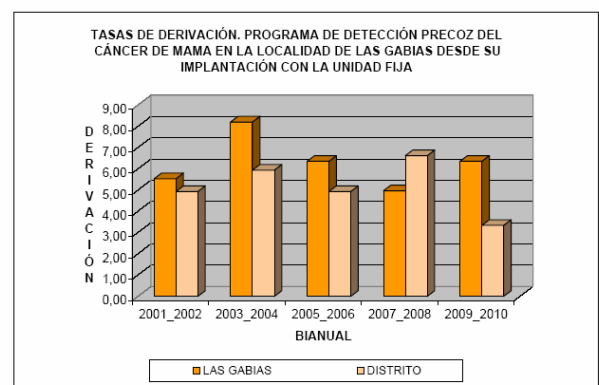
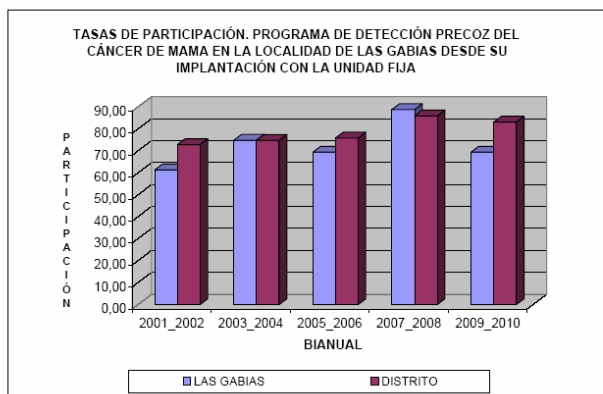
TIPO CANCER	Nº DE CÁNCERES AMBOS SEXOS (2005-2009)	Nº DE CÁNCERES HOMBRES (2005-2009)	Nº DE CÁNCERES MUJERES (2005-2009)	TASAS ESTANDARIZADAS Media anual 2005-2009 (100.000 hab.)	TASAS ESTANDARIZADAS PROVINCIA GRANADA Media anual 2005-2009 (100.000 hab.)
Piel (no melanoma)	60	36	24	108,4	98,2
Colón-Recto	23	19	4	40,5	43,5
Mama	23	-	23	78,4 (mujeres)	80,6 (mujeres)
Pulmón, traquea, bronquios	18	14	4	36,4	34,2
Vejiga	15	14	1	28,4	25,7
Próstata	11	11	-	44,1 (hombres)	80,3 (hombres)
Cuerpo Uterino	11	-	11	22,3 (mujeres)	20,3 (mujeres)
Melanoma de Piel	8	2	6	11,7	10,2
Total Cánceres	242	135	107	435,2	435,1

Fuente: Registro de Cáncer de Granada

2.2.3.1 Detección precoz del cáncer de mama:

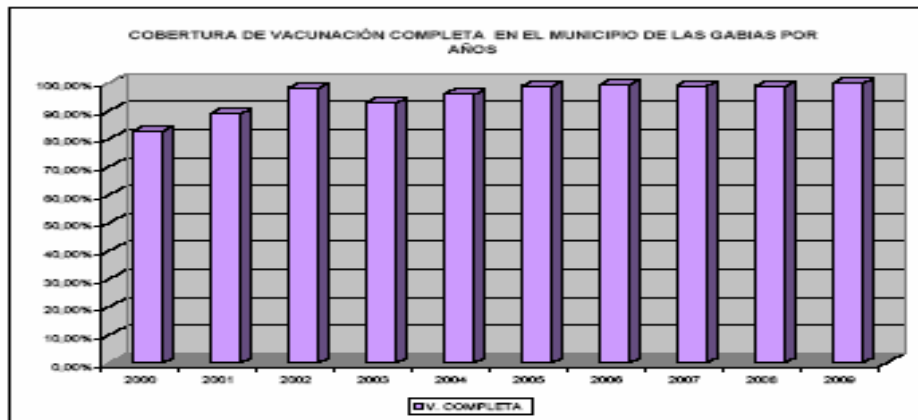
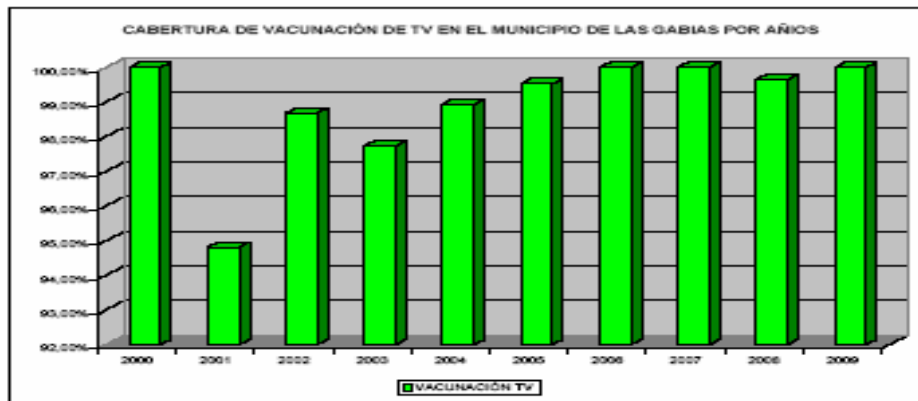
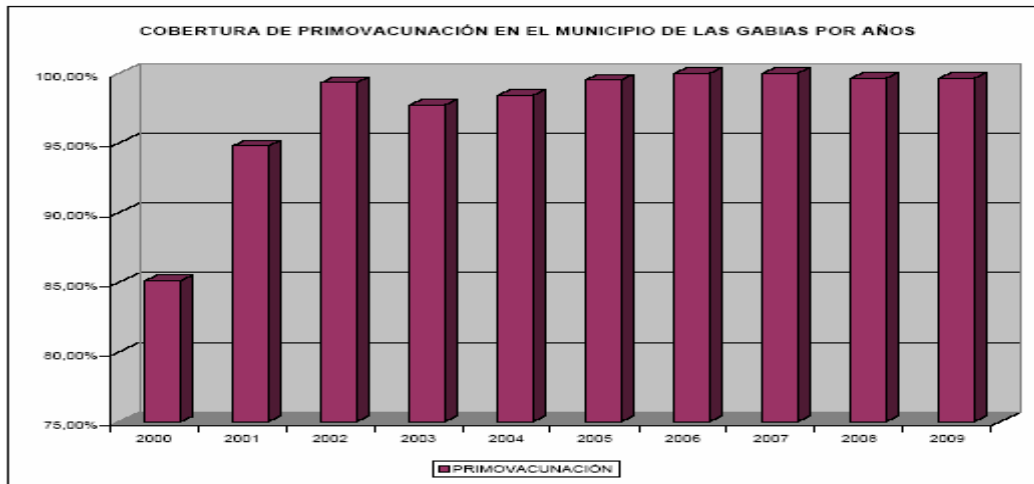
	2001_2002	2003_2004	2005_2006	2007_2008	2009_2010
LAS GABIAS					
Nº de mujeres citadas	942	537	680	499	680
Nº de mujeres exploradas	578	402	472	443	472
Nº de mujeres derivadas al hospital	32	33	30	22	30
Nº de cánceres detectados	2	3	1	3	1
Tasa de participación (mujeres exploradas/población citada)	61,36	74,86	69,41	88,78	69,41
Derivación (mujeres derivadas/mujeres exploradasX100)	5,54	8,21	6,36	4,97	6,36
Tasa de detección (Tumores/mujeres exploradasx 1000)	3,46	7,46	2,12	6,77	2,12

	2001_2002	2003_2004	2005_2006	2007_2008	2009_2010
DISTRITO METROPOLITANO					
Nº de mujeres citadas	34804	54279	16544	18144	22133
Nº de mujeres exploradas	25344	40599	12550	15585	18385
Nº de mujeres derivadas al hospital	1250	2412	619	1032	614
Nº de cánceres detectados	76	111	32	21	38
Tasa de participación (mujeres exploradas/población citada)	72,82	74,80	75,86	85,90	83,07
Derivación (mujeres derivadas/mujeres exploradasX100)	4,93	5,94	4,93	6,62	3,34
Tasa de detección (Tumores/mujeres exploradasx 1000)	3,00	2,73	2,55	1,35	2,07



2.2.3.2 Cobertura de vacunación, a continuación se muestra una tabla, con las coberturas de vacunación infantil: primovacunaación, vacunación completa y triple-vírica y su evolución en los últimos años:....

LAS GABIAS	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
PRIMOVACUNACION	85,12%	94,81%	99,34%	97,74%	98,42%	99,53%	100,00%	100,00%	99,65%	99,64%
VACUNACIÓN TV	100,00%	94,81%	98,68%	97,74%	98,94%	99,53%	100,00%	100,00%	99,65%	100,00%
V. COMPLETA	82,64%	88,88%	98,02%	92,65%	95,78%	98,59%	99,15%	98,88%	98,62%	99,64%



2.3 Promoción de la Salud (estilos de vida)

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. La referencia es la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986. La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los *determinantes de la salud* y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.

En este caso, en este diagnóstico de salud, se relaciona la promoción de la salud con uno de los determinantes sociales de la salud (tiene mayor incidencia sobre la enfermedad), los estilos de vida.

A continuación, se realiza un breve análisis de diferentes estilos de vida, con datos recogidos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS), de la Encuesta Andaluza de Salud (EAS), además de otras fuentes de interés, desagregados a nivel de la provincia de Granada, Andalucía y España, salvo casos aislados en la que se disponen de datos a nivel local.

2.3.1 Estilos de vida:

2.3.1.1 Alimentación Saludable

- Consumo de lácteos, frutas y verduras en población adulta

En el año 2007 el 93,6%, 78,9% y el 67% de la población residente en Andalucía manifestó consumir al menos tres veces a la semana productos lácteos, fruta fresca y verduras, respectivamente. Para los tres productos estudiados se observa un mayor porcentaje de consumo en el caso de las mujeres que en el de los hombres.

Córdoba destaca como la provincia en la que mayor porcentaje de habitantes consumen lácteos (96,1%) y verduras (75,2%) con al menos una periodicidad de tres veces semanales, mientras que el consumo de fruta fresca es más frecuente entre la población residente en Granada (86,7%).

Realizando la comparativa entre Granada y Andalucía, es significativa la diferencia en las pautas de consumo, muy superiores para el caso de Granada provincia (87%-79% en consumo de frutas y 73%-67% en consumo de verduras).



- Lactancia materna (% menores)

En la Encuesta Andaluza de Salud con datos de 2007, ha aumentado ligeramente el porcentaje de menores que recibieron lactancia materna exclusiva durante los tres primeros meses de vida alcanzando el 45,3% (43,9% de los niños y 46,7% de las niñas).

Por grupos de edad un 46,3% del grupo de 0 a 4 años recibió lactancia materna exclusiva al menos durante los tres primeros meses, descendiendo 41,3% en el grupo intermedio para volver a aumentar al 47,7% en el grupo de mayores de 10 años.

En el caso de Granada, el % de menores que han recibido lactancia materna es ligeramente superior, 47,5%, y según datos de la ENS 2006, el % en España es muy superior, situándose en 64,5%.

- Consumo de frutas y verduras en población infantil (% al menos 5 veces a la semana):

- Las pautas de consumo en la población infantil de la provincia de Granada son ligeramente superiores a las de Andalucía, 73,7% - 70,4%.
- Por sexos, el porcentaje de niños y niñas granadinas que consumen frutas y verduras, es superior con respecto a los niños y niñas andaluzas.
- Efectuando la comparativa con los datos disponibles de España, el % se sitúa en 62,3%, siendo el comportamiento similar tanto en niños/as, manteniendo la tendencia de ser muy inferiores a los datos de Andalucía y la provincia de Granada.

- Consumo embutidos población infantil (%)

- Los datos disponibles se refieren a Andalucía en comparación con España, en este caso, el consumo de embutidos es inferior en Andalucía (25,8%), frente a los datos de España (29,1%).
- Desagregado por sexo, el % es ambos casos es muy similar, ligeramente mayor para el caso de los niños.

- Consumo refrescos población infantil (%)

- El consumo de refrescos en los niños/as andaluzas es muy superior a la media nacional (22,6%-14,2%).
- Por sexo, es ligeramente superior en el caso de los niños.

- Consumo dulces población infantil (%)

- En el caso del consumo de dulces, el porcentaje en Andalucía se sitúa en el 33,7% frente al 45% de España.
- Por sexo, la tendencia en ambos casos es superior en los niños/as.



2.3.1.2 Sobrepeso

En el año 2007 el 53,5% de la población andaluza tenía un peso superior al normal (sobrepeso u obesidad), mayor en hombres (59,8%) que en mujeres (47,3%).

Huelva (58,9%) y Granada (57,3%) son las provincias en las que se registraron mayores porcentajes de personas con sobrepeso u obesidad.

2.3.1.3 Obesidad infantil (2-15 años)

- Evolución prevalencia sobrepeso infantil (EAS 2007)

La prevalencia de sobrepeso aumenta con la edad en ambos sexos, presentando la última encuesta los valores más altos en todos los grupos de edad y sexo. Veamos a continuación, los datos referidos a Andalucía y Granada:

- La media provincial se sitúa en 25,4% y en Andalucía en 18,6%
- Desagregado por sexos, en niños en Granada 24,8 y Andalucía 19,9%, mientras que en niñas en la provincia de Granada 26,0% frente al 17,3% de Andalucía.

En general, la prevalencia de sobrepeso infantil en la provincia de Granada es superior a la media de Andalucía, destacando por encima de todo, una mayor prevalencia en el caso de las niñas.

- Evolución prevalencia obesidad infantil, a destacar lo siguiente:

- La prevalencia en Granada se sitúa muy por debajo de la de Andalucía, 5,6% frente al 13,1%.
- No se presentan apenas diferencias la prevalencia entre niños/as

- Evolución de la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil de Andalucía en relación con España y Europa:

- En Andalucía se sitúa ligeramente por encima en niños, aunque es muy superior en las niñas (ENS 2006)
- Relacionando los datos de España con los países europeos, se sitúa en el 3º lugar de los países con mayor prevalencia en niños/as de 7-11 años (por encima del 30%), algo menor en el intervalo 13-17 años (sobre el 20%).

2.3.1.4 Tabaquismo: Consumo y edad de inicio

En el año 2007 casi un tercio (31,1%) de la población andaluza manifestó consumir tabaco a diario, porcentaje superior en hombres (39,4%) que en mujeres (23,1%).

Por áreas geográficas, Granada (33,8%) y Huelva (33,7%) son las zonas en las que se recogen mayores porcentajes de personas que fumadoras, aunque las diferencias entre las 8 provincias son pequeñas.

La edad media de inicio del consumo de tabaco se situó en 16,3 años en los varones y de 17,4 años en las mujeres. El estudio por grupos etarios señala cómo cada vez más los jóvenes, hombres y mujeres, comienzan a fumar a edades más tempranas.

En el caso de la provincia de Granada, la media se sitúa en 16,9 años, muy similar a la de Andalucía: 16,7 años.

2.3.1.5 Consumo de alcohol. Edad de inicio

En el año 2007 el 41,8% de la población andaluza manifestó consumir alcohol al menos una vez al mes: porcentaje doble de hombres (57,4%) que de mujeres (26,5%).

Por provincias, Jaén (55,2%), Granada (49,7%) y Sevilla (48,1%) son las áreas en las que se recogen mayores proporciones de personas que declaran que al menos una vez al mes beben alcohol.

En el año 2007 la edad media de inicio al consumo de alcohol era de 17,1 años en los varones y de 18,1 años en las mujeres. El estudio por grupos etarios señala cómo cada vez más comienza a tomarse alcohol a edades más tempranas.

En el caso de la provincia de Granada, la edad media de inicio coincide con la media de Andalucía, situada en los 17,4 años.

2.3.1.6 Seguridad vial

- Uso del casco y cinturón de seguridad en ciudad/carretera

En 2007, el porcentaje de hombres que siempre usaron casco cuando viajaron en moto o motocicleta fue del 69% en ciudad y 90,5% en carretera, mientras que en mujeres fue del 67,3% y 85,3%, respectivamente.

En cuanto al uso del cinturón de seguridad, las mujeres dicen usar siempre el cinturón en ciudad un 8% más que los hombres. En carretera, tanto mujeres como hombres usan el cinturón siempre en más del 97% de los casos estudiados (97,1% en hombres y 97,9% en mujeres).

En el caso de la provincia de Granada, el uso del casco tanto en ciudad/carretera se sitúa en los promedios de Andalucía (68-88), mientras que el uso del cinturón es ligeramente inferior en ciudad (78-83), y se iguala en carretera (98,5-97,5).

2.3.1.7 Accidentes de tráfico

- Modelo de accidentabilidad en Andalucía

Modelización

El análisis del desplazamiento nos permite establecer para Andalucía, dos **modelos de accidentalidad** distintos, atendiendo al lugar de ocurrencia del accidente.

Tabla 2. Tabla resumen de la accidentabilidad por provincias en el 2009.

MODELOS DE ACCIDENTABILIDAD EN ANDALUCÍA	
MODELO 1	MODELO 2
Se caracteriza porque en el grupo de edad entre 15 y 24 años la tasa de víctimas en zona urbana es superior a la tasa de víctimas en carretera.	Se caracteriza por presentar una tasa de número de víctimas para todos los grupos de edad mayor en desplazamientos en carretera que en zona urbana.
La tasa máxima es de 386,59 para el grupo de 15-24 años en zona urbana	La tasa máxima es de 294,50 para el grupo de 15-24 años en carretera
Dentro de este modelo se incluyen las provincias con grandes áreas metropolitanas andaluzas: Sevilla, Cádiz, Málaga.	Dentro de este modelo se incluyen las provincias con áreas metropolitanas más pequeñas: Almería, Córdoba, Granada, Jaén, Huelva.
Mayor frecuencia de accidentes y de víctimas	Menor frecuencia de accidentes y de víctimas
Menor razón: víctimas/accidente; muertes/accidente; muertes/víctimas	Mayor razón: víctimas/accidente; muertes/accidente; muertes/víctimas

*Tabla extraída de Monografía sobre la Accidentabilidad 2010
Elaboración: Servicio de Epidemiología y Salud laboral. Consejería de Salud*

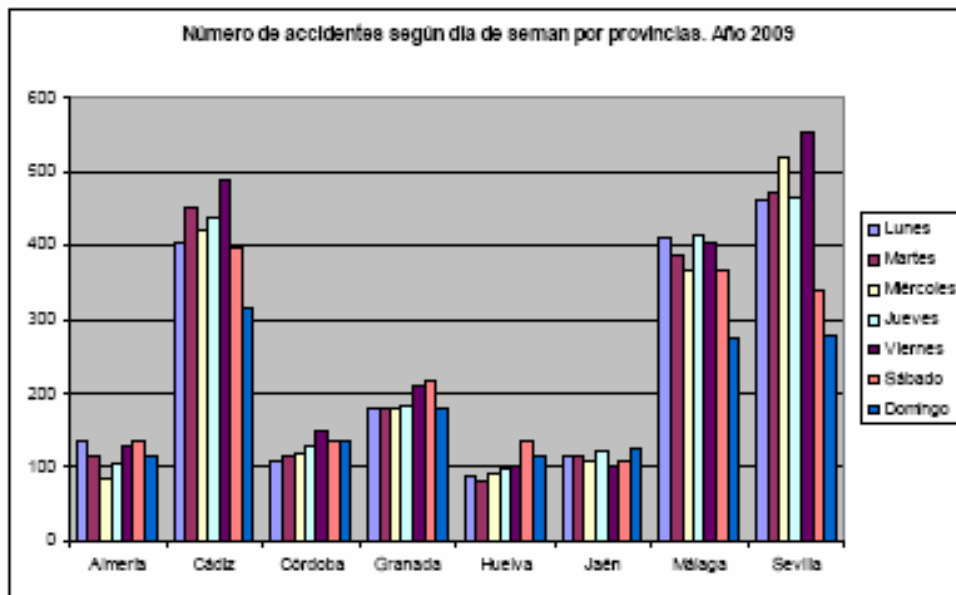
- **Tipo de vehículo**, Si añadimos la variable tipo de vehículo, considerando sólo los dos tipos que presentaban mayor frecuencia de accidentalidad tendremos en cuenta:

- Vehículo de dos ruedas: Bicicletas, ciclomotores y motocicletas.
- Resto de vehículos (vehículos de cuatro ruedas): Turismos, ambulancias, furgonetas, camiones < 3500 Kg., tractor agrícola y otros.

Se puede observar que las tasas de víctimas son mayores en todas las edades cuando de vehículo es de cuatro ruedas. En vehículos de dos ruedas la tasa máxima se alcanza en el grupo de 15-24 años (tasa de 183,92).

En el 2009 se han registrado 296 personas ingresadas por AT en vehículo no motocicleta y 1.182 personas ingresadas por AT en vehículo motocicleta. El perfil de los afectados coincide con el identificado en los datos de la DGT para ambos tipo de vehículo. Las víctimas son predominantemente varones de edades comprendidas entre los 15-24 años.

- **Accidentes según día de la semana**, la mayor parte de los accidentes suceden en día laboral, destacando las provincias de Sevilla, Málaga, Cádiz (coincide con el modelo 1 de mayor tasa en accidentes urbanos en los grupos de edad joven) y Granada (modelo 2).



Fuente: Dirección General de Tráfico
 Elaboración: Servicio de Epidemiología y Salud Laboral. Consejería de Salud

- **Perfil accidentabilidad en la provincia de Granada.** Se realiza un breve resumen, extraído del Informe *“Monografías de la accidentabilidad en Andalucía 2010”*:

- A lo largo del año 2009 se han producido 1.333 accidentes de tráfico en la provincia de Granada, lo que representa el 10,11% del total de Andalucía.

- El número de víctimas ha sido de 2129 (10,3%) con 56 muertes (14,4%).

- La evolución respecto a la frecuencia de víctimas registra dos picos máximos: uno en 2003 (2767 víctimas) y otro en 2007 (2129). Desde 2007 a 2009 se observa una reducción del 22%.

- Las tasas de víctimas por 100.000 hab. son más altas en el grupo de 15 a 24 años, seguidas por el grupo de 25 a 34, y a distancia, por los restantes grupos de edad. En 2009 se observa una reducción en la tasa de víctimas en todos los grupos de edad.

- En 2009 la mortalidad en el grupo de edad de 15-24 años ha descendido: la tasa de mortalidad en este grupo de edad en 2008 fue de 13,59 y se reduce a 9,08 en 2009.

- Los afectados son principalmente hombres, jóvenes y adultos jóvenes.

- Granada dentro del patrón global pertenece al modelo 2, el que engloba además a Córdoba, Almería, Jaén y Huelva. Se define por presentar una tasa de número de víctimas mayor en desplazamientos de carretera que en desplazamientos urbanos.

- En carretera la mayor parte de la accidentalidad ocurre con vehículos ligeros en todas las edades y, principalmente en jóvenes y adultos jóvenes. En desplazamientos urbanos las tasas son mayores en vehículos de dos ruedas para el grupo de edad 15-24.

- Analizando la distribución por día de la semana en la provincia, se puede ver un ligero incremento en el número de accidentes durante los viernes y sábados. La media de accidentes por día es de 190,4.

- El área de la provincia con mayor porcentaje de accidentes es Granada capital (91 %).



2.3.1.8 Patologías crónicas: Diabetes, Hipertensión,...

En el año 2007 las enfermedades crónicas más prevalentes en la población andaluza fueron la alergia (8,1%), artrosis (12,6%), colesterol (9,2%), diabetes (6,4%), hipertensión (6,4%), problemas de nervios (10,4%), problemas cardiacos (4,3%) y varices en las piernas (13,3%). Todas ellas se presentan con mayor frecuencia en las mujeres, salvo los problemas cardiacos, los cuales son más comunes en los hombres.

En el caso de Granada, la prevalencia de casos de personas con diabetes e hipertensión se sitúa en 5,4%, estando por debajo de la prevalencia de Andalucía.

2.3.1.11 Sedentarismo y actividad física

- **Sedentarismo en el puesto de trabajo y tiempo libre.** En el año 2007 el 83,3% de la población andaluza ejercía un trabajo sedentario, entendido éste como aquel que se realiza sentado o de pie sin realizar esfuerzos, siendo más frecuente este tipo de trabajos entre las mujeres (89,2%) que en los hombres (77,2%). Durante el tiempo libre, el sedentarismo alcanzó el 43,1% de la población, mayor también entre las mujeres (45,5%) que entre los hombres (40,7%).

Cádiz es la provincia que presentó mayores porcentajes de sedentarismo en el tiempo de trabajo (87,4%) y Huelva en el tiempo de ocio (58,5%). En el caso de Granada presenta unos valores de 81% y 40%, muy por debajo de la media de Andalucía.

- **Sedentarismo en población infantil. Porcentaje de población infantil que ve tv, videojuegos,...** En este caso, el % para el caso de la provincia de Granada se sitúa en el 93%, mientras que en Andalucía está en el 88%, siendo superior para el caso de los niños.

- **Sedentarismo en población infantil. Prevalencia de sedentarismo en población infantil.** En el año 2007 la frecuencia de sedentarismo se situaba en el 24,0% en el caso de los niños y en el 26,2% en las niñas, frecuencia que disminuía conforme aumentaba la edad del menor, niña o niño. Así, en los grupos etarios de 3 a 7 años y de 8 a 15, el porcentaje de menores que no hace ningún tipo de actividad física en su tiempo libre es del 21,4% y del 10,8% respectivamente.

Por provincias Cádiz (19%) y Granada (19,4%) son las áreas en las que se encontraron menores frecuencias de sedentarismo entre la población menor de 16 años, frente a Huelva, que con un 44% destaca por ser la provincia con mayor tasa de sedentarismo entre la población infantil.

- **Evolución población infantil que realiza actividad física regularmente.** El porcentaje de menores que realizan actividad física regularmente en el caso de Andalucía es 26% y Granada 32,9%, siendo en ambos casos muy superior en los niños frente a las niñas.



2.3.1.12 Salud Laboral (condiciones de trabajo)

- **Exposición a vapores, humos y otras sustancias peligrosas.** En el año 2007 el porcentaje de personas trabajadoras expuestas a respirar vapores, humos u otras sustancias peligrosas fue del 11,8% (15,2% en hombres y 5,6% en mujeres). Por grupos de edad, se observa que son las personas de 55 años en adelante las más expuestas a este tipo de sustancias.

Sevilla (15,8%) y Cádiz (14,8%) fueron las provincias en las que la exposición a estas sustancias de las personas trabajadoras tuvo lugar con mayor frecuencia. Granada se sitúa en la media de Andalucía, 11,3%.

- **Exposición a sustancias y productos peligrosos.** En el año 2007, el 9,8% de los hombres estuvo expuesto laboralmente al manejo de sustancias peligrosas, mientras que este porcentaje en mujeres fue del 4,4%.

Sevilla (10,3%) y Córdoba (9,6%) fueron las provincias en las que fue mayor la exposición en el lugar de trabajo a sustancias peligrosas, mientras que Granada se sitúa en el 7,9%.

- **Exposición a posiciones fatigantes o dolorosas.** En el año 2007 el 35,5% de la población trabajadora estuvo muy expuesta a posiciones dolorosas/fatigantes en el trabajo, más los hombres (40,7%) que las mujeres (25,7%).

Por provincias, Málaga (44,5%) y Cádiz (40,4%) fueron las áreas en las que era más frecuente que las personas trabajadoras tuvieran posiciones fatigantes o dolorosas. Granada se sitúa muy por debajo de estos valores, 28,4%.

- **Percepción de afectación negativa del trabajo en la salud.** En el año 2007 el 23,8% de las personas trabajadoras creían que el trabajo les afectaba negativamente en su salud: esta percepción fue más alta entre los hombres (24,8%) que entre las mujeres (22%).

Por zonas, Málaga (26,2%), Cádiz (25,5%) y Almería (25,5%) son las provincias donde más frecuentemente las personas trabajadoras pensaron que el trabajo les afectaba negativamente a su salud y Huelva (18,7%) la que registró los valores más bajos. Granada presenta valores intermedios, 22,3%.

- **Programa “Empresas Libres de Humo”**, según datos facilitados por la coordinación de este programa, han participado desde que se inició este programa,entidades (empresas públicas, privadas,...) en la provincia de Granada, de ellas, un% pertenecientes a entidades de Granada y su área metropolitana. De estos datos, se extraen participantes en las acciones desarrolladas al amparo de este programa.

2.3.1.13 Percepción estado de salud en población adulta

En el año 2.007 el 4,1% de la población residente en Andalucía declaró tener una mala o muy mala percepción de su salud. La proporción de personas que valoraban negativamente su estado de salud en el caso de las mujeres era mayor que en el de los hombres (5,7% y 2,5% respectivamente). En el caso de la provincia de Granada, la percepción de su salud se sitúa en 4,2%.

2.3.1.14 - Percepción de mala salud en población infantil.




En el año 2.007 el 2,7% de la población andaluza percibía el estado de salud de sus hijos e hijas menores de 16 años como regular o malo, siendo esta sensación más frecuente cuando se preguntaba por la salud de los niños (3,5%) que en el caso de las niñas (1,8%).

Un análisis más detallado de esta información señala que a edades más tempranas es mejor la percepción que se tiene del estado de salud del niño o la niña, siendo también mejores las opiniones cuanto más favorecido es el perfil socioeconómico del entorno familiar (mayor nivel de estudios del padre o la madre y clase social más alta).

Por áreas geográficas, el estado de salud de las y los menores se percibe mejor en las provincias de Granada y Jaén, y peor en Huelva y Málaga.

3. RECURSOS DE SALUD

3.1 Atención Primaria/Especializada y Centros

Nombre del centro	Tipo de centro
 Gabia la Chica (Las Gabias)	Consultorio auxiliar
 Gabia la Grande (Las Gabias)	Consultorio
 Híjar (Las Gabias)	Consultorio

3.1.2 La relación de profesionales distribuidos por áreas, es la siguiente:

Área/Especialidad	Nº profesionales
Médicos/as de Familia	
Pediatría	
Enfermería	
Personal Administrativo	
Veterinaria	
Farmacia	
Otros:	

3.2 Proyectos y Programas de Prevención, Protección y Promoción de la Salud:

En este apartado, se incluyen aquellos proyectos, programas y demás intervenciones realizadas hasta el momento en estas localidades, relacionadas con la Promoción, Protección y Prevención de la Salud, puestos en marcha por las diferentes instituciones y organismos como Consejería y Delegación Territorial de Salud y Bienestar Social, Distrito Sanitario Granada-Metropolitano, por iniciativa propia por formar parte de sus contratos-programa y demás objetivos a cumplir, y/o en colaboración con la entidad local.

3.2.1 Proyectos y programas de promoción de la salud

1. Puntos Forma Joven, en este curso 2013-2014, cuenta con los siguientes:

I.E.S Montevives

...(por confirmar, abierto plazo para la inscripción)

2. Programa “A No Fumar Me Apunto (ANFMA)”, en este curso 2013-2014:

I.E.S Montevives

3. Otros...



4. CONCLUSIONES

Principales conclusiones sobre la situación de salud y recomendaciones (mapa de activos para la salud):

Un **activo para la salud**¹⁰ se puede definir como cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar (*Morgan A., Ziglio E. 2008*)

El enfoque de la salud pública centrado en la prevención está dando un giro. La tendencia tradicional del siglo XX, que sustentándose en la protección y la prevención pone el énfasis en la reducción de los factores de riesgo con el fin de detener el avance de esos factores, atenuar sus consecuencias o generar barreras para la enfermedad, está dando poco a poco pasos hacia el enfoque de la salud pública positiva.

La salud positiva es una forma de ver las acciones en salud, focalizando la mirada hacia lo que hace que las personas, las familias y las comunidades aumenten el control sobre su salud y la mejoren. En este modelo que revitaliza la promoción de la salud va a ganar valor la idea de *activos para la salud*.

Por tanto, en este diagnóstico de salud es importante reflejar una serie de conclusiones y/o recomendaciones, enfocadas al modelo de salud positiva, en el que se identifica el mapa de activos para la salud:

1. **La juventud y las personas mayores** como un recurso básico en su implicación y participación en las intervenciones relacionadas con los hábitos saludables.
2. **Los recursos institucionales y de otros organismos**, con la planificación y puesta en marcha de proyectos y/o programas relacionados con la promoción, prevención y protección de la salud.
3. **La intersectorialidad en las intervenciones**, es clave primordial para el abordaje de la acción local en salud.
4. **El “mainstreaming” o las intervenciones con perspectiva de género**, dada una mayor prevalencia de ciertas patologías y hábitos no adecuados en la población femenina, por sus mayores cargas laborales, familiares (dificultades para la conciliación vida familiar/laboral), barreras culturales, rol de cuidadoras,...
5. **El territorio local como activo en salud**, dado por su orografía, su climatología, su riqueza histórico-cultural-artístico, su gastronomía,...

¹⁰ “Los activos para la salud. Promoción de la salud en contextos personales, familiares y sociales”
Hernán García, M. y Lineros González, C.



5. FUENTES DE INFORMACIÓN

5.1 Análisis Epidemiológico de áreas pequeñas. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano

5.2 Atlas Interactivo de Mortalidad en Andalucía (AIMA)

- Web: www.demap.es/aima

5.3 Página web Ayuntamiento de Las Gabias

<http://www.aytolasgabias.org/opencms/opencms/lasgabias/index.html>

5.4 Instituto Nacional de Estadística (INE, Ministerio de Economía y Hacienda)

- Revisión Padrón Municipal de Habitantes
- Censos de Población
- Web: www.ine.es

5.5 Instituto de Estadística de Andalucía (IEA, Consejería de Economía, Innovación y Ciencia)

- Sistema de Información Multiterritorial de Andalucía
- Banco de datos
- Fichas municipales
- Web: <http://www.iea.junta-andalucia.es/index.html>

5.6 Sistema de Prospección Permanente del Mercado de Trabajo de Andalucía (ARGOS, Consejería de Empleo)

- Informe Estadístico Municipal Diciembre 2010
- Web: <http://web.sae.junta-andalucia.es/servicioandaluzdeempleo/web/argos>

5.7 Monografías sobre Accidentabilidad en Andalucía 2010 Servicio de Epidemiología y Salud Laboral. Consejería de Salud

5.8 Otras Fuentes:

- Boletín Economía Andaluza (UNICAJA): <http://www.economiaandaluza.es/>.
- Protocolo de Autocontrol de Agua de Consumo. Cúllar Vega-Las Gabias. AGBAR SUR. EMASAGRA
- (***) Diagnóstico Ambiental Municipal de Las Gabias. Agenda 21.
http://www.dipgra.es/documentos//municipios_agendas_21.pdf
- Datos Programas de Salud Ambiental de Distrito Sanitario Metropolitano de Granada



6. ANEXO I

6.1 Guía de recursos locales. Activos del Territorio

AYUNTAMIENTO DE LAS GABIAS

Dirección Plaza de España 1 (18110) Las Gabias

Teléfono:958 58 02 61 / 958 58 02 86

Fax:958 58 40 03

Web:<http://www.lasgabias.es>

Horario:Lunes a Viernes 08:00 a 15:00 h. (1 de Octubre al 31 de Mayo)

Lunes a Viernes 08:00 a 14:30 h. (1 de Junio al 30 de Septiembre)

SERVICIO DE ATENCIÓN AL CIUDADANO (SAC)

Dirección:Plaza de España 1 (18110) Las Gabias

Teléfono: 958 58 02 61 / 958 58 02 86

Fax:958 58 40 03

Correo electrónico:unica@lasgabias.es

Horario:Lunes a Viernes 08:00 a 14:00 h. (1-Octubre al 31-Mayo)

Lunes a Viernes 08:00 a 13:30 h. (1-Junio al 30-Septiembre)

URBANISMO

Dirección:Plaza de España 1 (18110) Las Gabias

Teléfono:958 58 02 61 / 958 58 02 86

Fax:958 58 40 03

Correo electrónico:urbanismo@aytolasgabias.org

Horario Arquitecto municipal:Viernes 10:00 a 14:00h. (previa cita en Área de Urbanismo)

Horario Ingeniero Industrial:Lunes, Miércoles y Jueves de 08:00 a 15:00h.



OMIC (Oficina Municipal de Información al Consumidor)

Dirección:Plaza de España nº 1 (18110) Las Gabias

Teléfono:958 58 27 00 (Solicitud cita previa)

Fax:958 16 57 18

Correo electrónico:omic@aytolasgabias.org

Horario:Lunes a Viernes 08:30 a 14:00 h.

SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS

Dirección:Plaza José García Mesas nº 6A Bajo (18110) Las Gabias

Teléfono:958 58 02 61 / 958 58 02 86 ext. 5

Horario:Lunes a Viernes 08:00 a 15:00 h.

Trabajadores/as sociales–Horario atención al municipio:Lunes a Viernes 8:00 a 15:00h.

Horario SIVA (Servicio de información, valoración y asesoramiento):Lunes y Martes

Psicólogo/a - Horario atención al municipio:Miércoles 08:00 a 15:00 h.

Educador/a - Horario atención al municipio: Lunes a Viernes 08:00 a 15:00 h.

BIBLIOTECA PÚBLICA LAS GABIAS

Dirección:Calle Fuerte, nº9 1ªPlanta (18110)Las Gabias

Teléfono:958 58 20 11

Fax:958 58 40 03

Correo electrónico:biblioteca@aytolasgabias.org

Horario:Verano (20 Junio al 11 Agosto) Lunes a Viernes 11:00 a 14:00 h. Cerrada del 12 de Agosto al 14 de Septiembre.

Invierno (15 Septiembre al 14 Junio)Martes y Viernes 11:00 a 14:00h.

Lunes a Viernes 17:00 a 20:00 h.



HOGAR DEL PENSIONISTA LAS GABIAS

Dirección:Calle Fuerte 9 Bajo (18110) Las Gabias

Teléfono:958 58 48 71

Horario:Lunes a Viernes 10:00 a 15:00 h. Atención al Público
Lunes a Jueves 16:30 a 20:30 h.

Horario Oficina Directiva:Lunes a Viernes 11:00 a 13:00h

JUZGADO DE PAZ DE LAS GABIAS

Dirección:C/ Marañona nº 4 (18110) Las Gabias

Teléfono:958 58 02 04

Fax:958 58 12 68

Horario:Lunes a Viernes 09:00 a 14:00 h.

OFICINA DE TURISMO

Dirección:Calle Fuerte nº7 (18110) Las Gabias

Teléfono:958 57 44 48

Fax:958 58 40 03

Correo electrónico:comercio_turismo@lasgabias.es

Horario:Lunes a Viernes 08:00 a 15:00 h.

CENTRO CIVICO MUNICIPAL DE MUJER

Dirección:C/ Acera de la Virgen s/nº (18110) Las Gabias

Teléfono:958 58 67 94

Fax:958 58 60 58

Correo electrónico:mujer@aytolasgabias.org

Horario:Lunes a Viernes 08:00 a 15:00 h.



CENTRO MUNICIPAL DE INFORMACIÓN JUVENIL

Dirección: Plaza San Isidro s/n Edif. Rembrant (18110) Las Gabias

Teléfono: 958 58 20 16

Fax: 958 57 44 83

Correo electrónico: juventud@aytolasgabias.org

Horario: Lunes a Viernes 08:00 a 15:00 h. y de 16:00 a 20:30 h.

CENTRO GUADALINFO LAS GABIAS

Dirección: Plaza San Isidro s/n Edif. Rembrant (18110) Las Gabias

Teléfono: 958 57 46 97

Correo electrónico: guadalinfo.lasgabias@guadalinfo.es

Horario: Lunes a Viernes 10:00 a 12:00 h. (*sujeto a variación)

Lunes a Viernes 16:00 a 21:00 h. (*sujeto a variación)

CENTRO DE EDUCACIÓN DE ADULTOS

Dirección: C/ Severo Ochoa nº 11 (18110) Las Gabias

Teléfono: 958 584 603

Correo electrónico: educacion@aytolasgabias.org

Horario del Centro: Lunes a Viernes 08:00 a 15:00 h.

Lunes a Jueves 16:00 a 21:00 h.

CENTRO DE SALUD DE LAS GABIAS

Dirección: Plaza Montes Jovellar s/n (18110) Las Gabias

Teléfono: 958 893 169 / 958 894 584 / 600 160 959

Fax: 958 894 720

Para efectuar llamadas desde teléfono con tarifa plana contactar al 953 018 799



Horario Centro: Lunes a Jueves 07:45 a 19:30h.

Viernes 07:45 a 15:15 h. (festivos cerrado tarde)

Horario solicitar citas:08:30 a 13:30 h.

Horario de atención al usuario: Lunes a Viernes 08:30 a 14:00 h.

Lunes a Jueves 16:00 a 18:00 h.

CENTRO CULTURAL S. XXI

Dirección:C/ Miguel de Unamuno s/n (18110) Las Gabias

Teléfono:958 582 004

Fax:958 584 003

Correo electrónico:cultura@aytolasgabias.org

Horario:Lunes a Viernes 08:00 a 15:00 h.

COMPLEJO DEPORTIVO MUNICIPAL

Dirección:C/ Juan Antonio Samaranch s/n (18110) Las Gabias

Pabellón y Área de Deportes:Teléfono 958 582 695 Fax 958 582 546

Piscina:Teléfono 958 574 517 Fax 958 582 546

Correo electrónico:deportes@aytolasgabias.org

Horario Complejo Deportivo Municipal (instalaciones):08:00 a 15:00h y 16:00 a 24:00h

Lunes a Viernes

09:00 a 14:00h y 16:00 a 23:00h Sábados

09:00 a 14:00h Domingos

Atención al público oficina Pabellón Deportivo:09:00 a 15:00h Lunes a Viernes

16:00 a 19:00h Lunes y Miércoles

Horario Gimnasio Municipal (instalación):08:00 a 23:00h Lunes a Viernes

09:00 a 14:00h y 16:00 a 21:00h Sábados

09:00 a 14:00h Domingos

Horario Piscina Municipal (instalación):09:00 a 22:00h Lunes a Viernes

10:00 a 13:00h y 16:00 a 21:00h Sábados



Horario atención al público:Lunes a Viernes 08:00 a 23:00 h.
Sábados 09:00 a 14:00 h. y 16:00 a 21:00 h.
Domingos 09:00 a 14:00 h.

OFICINA DE INFORMACIÓN GENERAL EN HÍJAR (LAS GABIAS)

Dirección:C/ Avicena nº 28 (18110) Las Gabias

Teléfono:958 58 25 55 / 958 58 25 53

Fax: 958 58 23 77

Correo electrónico:hijarinforma@aytolasgabias.org

Horario:Lunes a Viernes 09:00 a 14:00 h.
Martes y Jueves 16:30 a 19:00 h.

BIBLIOTECA DE HÍJAR (LAS GABIAS)

Dirección:C/ Yasmina s/n 1ª planta – (18110) Las Gabias

Teléfono: 958 58 25 54

Correo electrónico:bibliohijar@aytolasgabias.org

Horario:Martes y Viernes 09:00 a 14:00 h.
Lunes a Viernes 15:30 a 21:00 h.

CENTRO DE INFORMACIÓN DE LA MUJER EN HÍJAR (LAS GABIAS)

Dirección:C/ Avicena s/n (18110) Las Gabias

Teléfono:958 58 25 53/ 958 58 25 55

Fax: 958 58 23 77

Correo electrónico:mujer@aytolasgabias.org

Horario:Viernes 09:00 a 14:00 h.

CENTRO GUADALINFO EN HÍJAR (LAS GABIAS)

Dirección:C/ Avicena s/n (18110) Las Gabias

Teléfono:958 58 25 53/ 958 58 25 55

Fax:958 58 23 77

Correo electrónico:guadalinfo.lasgabias@guadalinfo.es

Horario:Lunes a Viernes 17:00 a 21:00 h.

CONSULTORIO MÉDICO DE HÍJAR (LAS GABIAS)

Dirección:C/ Yasmina s/n (18110) Las Gabias

Teléfono:958 94 40 75

Horario:Lunes a Viernes 08:00 a 15:00 h.

HOGAR DEL PENSIONISTA DE HÍJAR (LAS GABIAS)

Dirección:C/ Jasmina 2 (18110) Las Gabias

Teléfono:958 58 25 56

Horario:Lunes a Jueves 17:00 a 20:00 h.

Horario atención al público: Martes 16:30 a 20:30 h.

PABELLÓN MULTIFUNCIONAL DE HÍJAR (LAS GABIAS)

Dirección:C/ Camino Viejo de Cúllar s/n (18110) Las Gabias

Teléfono:958 57 40 19

Correo electrónico:deportes@aytolasgabias.org

Horario atención público:16:00 a 19:00h Lunes a Viernes

Horario instalaciones:16:00 a 24:00h Lunes

16:00 a 23:00h Martes, Miércoles, Jueves y Viernes

SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS EN HÍJAR (LAS GABIAS)

Dirección:C/ Avicena, nº 28 (18110) Las Gabias

Teléfono:958 58 25 55 / 958 58 25 53

Fax:958 58 23 77

Correo electrónico:hijarinforma@aytolasgabias.org

Horario Oficina:Lunes a Viernes 09:00 a 14:00 h.

Martes y Jueves 16:30 a 19:00 h.

Horario SIVA (Servicio de información, valoración y asesoramiento): Jueves alternativos 8:00 a 15:00 h. previa cita en Oficina de Híjar Tfno. 958 582 555/ 958 582 553.

CONSULTORIO MÉDICO DE GABIA CHICA (LAS GABIAS)

Dirección:C/ Navas de Tolosa s/n (18110) Las Gabias

Teléfono:958 58 17 84

Horario:Martes y Jueves 08:00 a 10:30 h.

HOGAR DEL PENSIONISTA DE GABIA CHICA (LAS GABIAS)

Dirección:Plaza Trafagar 1 (18110) Las Gabias

Teléfono:958 58 17 84

Horario:Miércoles 11:00 a 14:00 h.

6.2 Relación de problemas de salud a priorizar

6.2.1 Fuente: Estudio Encuesta

1. Limpieza Vial
2. Falta de urgencias y servicios médicos
3. Insuficiencia de recursos (ocio, deportes, culturales, transporte)
4. Sedentarismo y obesidad
5. Desempleo y pobreza
6. Descampados abandonados
7. Mal uso de las instalaciones por la ciudadanía
8. Droga y delincuencia callejera
9. Semáforos rotos y peligros
10. contaminación ambiental
11. dependencia
12. Barreras arquitectónicas

6.2.2 Fuente: informe de salud

1. Tabaquismo y alcoholismo
2. Barreras arquitectónicas (acerado, iluminación y puntos negros)
3. diabetes
4. alzheimer
5. aguas residuales y vertidos
6. gestión de residuos sólidos
7. falta de punto limpio
8. Salud mental y salud emocional
9. Trastorno hiperactividad (TDAH)
10. Accidentes de tráfico



6.2.3 LISTADO DE PROBLEMAS. FUENTES: ENCUESTA E INFORME DE SALUD

(por orden alfabético)

1. Accidentes de tráfico
2. Alzheimer
3. Barreras arquitectónicas (acerado y acceso espacios y edificios)
4. Contaminación ambiental
5. Dependencia
6. Desempleo y pobreza
7. Droga y delincuencia callejera
8. Enfermedades crónicas: diabetes, hipertensión,...
9. Espacios verdes insuficientes
10. Falta de punto limpio
11. Falta de urgencias y servicios médicos
12. Focos insalubres: vertidos aguas residuales, descampados abandonados,
13. Insuficiente Gestión de los residuos sólidos
14. Insuficiencia de recursos (ocio, deportes, culturales, transporte)
15. Insuficiente alumbrado público
16. Limpieza Vial
17. Mal uso de las instalaciones por la ciudadanía
18. Problemas de Salud mental y salud emocional
19. Sedentarismo
20. Obesidad
21. Semáforos rotos y zonas peligrosas (puntos negros)
22. Tabaquismo y alcoholismo
23. Trastorno hiperactividad (TDAH)
24. Violencia de género