

PERFIL DE SALUD LOCAL VILLANUEVA MESÍA



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.....	15
1.4 ESTRUCTURA SOCIODEMOGRÁFICA: INDICADORES DEMOGRÁFICOS.....	31
1.4.1 Población	31
1.5 ESTRUCTURA SOCIO-ECONÓMICA:	39
INDICADORES SOCIOECONÓMICOS.....	39

III.

2. DIAGNÓSTICO DE SALUD.....	43
-------------------------------------	-----------



2.1 Protección de la Salud	43
2.2 Vigilancia Epidemiológica (prevención).....	45
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.....	61
5. FUENTES DE INFORMACIÓN.....	62
6. ANEXO I	63
6.1 Guía de recursos locales. Activos del Territorio	63
6.2 Problemas de salud identificados y priorizados	



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 VILLANUEVA MESÍA, 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, 2013-2020) 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

Villanueva Mesía es un municipio de la provincia de Granada. Tiene 2.127 habitantes y está situado en la Vega de Granada, a 40 Km de la capital. El término municipal de Villanueva Mesía, cruzado por el río Genil, tiene una extensión de 11,18 Km². El núcleo urbano se localiza a 37° 13' de Latitud Norte y 4° 00' de Longitud Oeste a 489 metros de altitud sobre el nivel del mar.



1.1.2 Entorno físico

Extensión superficial. 2016	11,2
Altitud sobre el nivel del mar. 2016	497
Número de núcleos que componen el municipio. 2016	1

Término Municipal de Villanueva Mesía



1.2 Reseña histórica

ORIGEN DE VILLANUEVA COMO NUCLEO DE POBLACION

A pesar de que el poblamiento de la tierra de Villanueva Mesía se produce desde los tiempos más remotos, no hemos podido identificar ningún topónimo árabe que se corresponda con el de la localidad. Documentalmente, eso sí, sólo podemos probar la existencia de un primer núcleo poblacional ya en época cristiana, tras la reconquista, el 7/12/1490, fecha en que se repartieron tierras en Huétor Tájar:

**(2600) A don Alvaro de Luna 700 fanegas que comienzan desde donde entra el agua de Milanos en el Genil hasta aquel cabo de las ventas, Genil arriba, a dar en el acequia alta, donde entra el agua del río Cacín, en un álamo grande⁰.*

Ese * *cabo de las ventas*+ que se menciona no puede ser otro que el final occidental de los hoy llamados Tajos de la Granja. Esta descripción supone la existencia de unas ventas situadas aguas arriba de los citados Tajos. Unido esto a la tradición oral de que el actual pueblo se nucleó alrededor de una primitiva *Venta del Río*, podemos considerar, con razonable probabilidad de certeza, que existió un poblamiento cristiano, cuando menos inicial, en 1490; si bien nuestra convicción nos lleva a establecer que la referidas ventas eran, cuando menos, de origen musulmán según los restos, especialmente ladrillos y tapias, que personalmente observamos al derruirse las mismas (antigua posada o mesón) hacia 1970.

De otra parte, en el deslinde de Loja con Granada de 20/9/1511 se vuelve a mencionar una *venta*, situándola encima del vado de Tájara que, como hemos visto, es el de Villanueva Mesía⁰.

El repartimiento de tierras en Villanueva Mesía se hizo con el de Montefrío meses antes de la conquista de Granada⁰. Estimamos probado que el repartidor fue Pedro de Santisteban, según consta en un documento suscrito por él mismo que acredita el recibimiento de una serie de mercedes, en pago, quizá, a sus servicios como repartidor.

La misma mención de una *acequia* (árabe cuando menos) que se describe en el primer deslinde de Loja (vid. deslindes de Loja como fuente....) es un dato que forzosamente nos lleva a la conclusión de la existencia de tierras de cultivo, durante el período musulmán, en los alrededores de la actual población.

La primera propiedad de que tenemos constancia, tras la reconquista, nos viene señalada por un error -acaso intencionado- en los repartimientos de Loja, cuyos límites con Montefrío quedaron establecidos, en un principio, en la acequia que riega la vega de las Viñas y la actual linde con Huétor Tájar. A pesar de existir los señalados límites, el día 6 de noviembre de 1491 se produjo, al parecer, una adjudicación de tierras, sin respeto a los referidos, a un adalid avecindado en Loja⁰:

** En seis días de nobiembre de nobenta i un años, fiçieron donaçion los señores repartidores a Diego de Alcántara, veçino de esta çiudad, por satisfacciòn de lo que sirbió en traer los moros de Granada y en andar con ellos amojonando los términos de esta çiudad, e por el tiempo que sirbió andando con los medidores, midiendo las tierras, e viñas, e güerta e olivares de esta çiudad, para dar relación de todo a sus altezas, e por el tiempo que anduvo con los repartidores mostrándoles las tierras que se abían*



medido para repartir; lo qual todo fiço e sirvió a su costa, sin ningún salario. E fuele dado por satisfacción de sus gastos y serviçios çien fanegas de tierra, ençima del vado de Tájara, en el camino de Íllora, a la mano derecha, que alindan con Guadagenil; e que le sea dado allí el cumplimiento de las çinquenta fanegas de tierra que a de aver de su veçindad, sobre las tierras que se fallare que tiene en Tájara de sequero, a linde del açequia, desta parte de Tájara, que a linde del camino de Granada. Lo qual mandaron asentar en este libro+⁰.

Además de la dicha, Diego de Alcántara recibió varias mercedes más en otros lugares.

Según el padrón de Loja, elaborado en 1491, conocido como * *Padrón Áureo+*:

**Diego de Alcántara e Elvira Fernández, su muger, vinieron de Luçena e se avecindaron en maio de ochenta i seis, a veinte i çinco del dicho mes [sic]+⁰.*

Otra interpretación del * *Padrón Áureo+* nos la aportan R. del Rosal Pauli y F. Derqui del Rosal⁰. Estos autores, posiblemente a la vista del error del referido documento, en que se da como avecindado a nuestro adalid cuatro días antes de la conquista de la ciudad, prefieren, prudentemente, silenciar la fecha:

**Diego de Alcántara, caballero, y Elvira Fernández, vinieron de Lucena y se avecindaron [sin fecha]... En 7 de Mayo de 90, le dieron posesión de dos tiendas en la Plaza, por merced de SS. AA. [fol. 161]. Fue uno de los medidores de las tierras repartidas. Suegro de Diego de Melguizo y de Rodrigo de Barahona+.*

El vado de Taxara, como ya hemos visto, figura en los deslindes de Loja con Montefrío, como el que existió en la parte baja de la calle Real de Villanueva Mesía. Los términos de Íllora, Montefrío y Tájara, se juntaban, en el primer deslinde, * *en una costezuela a la boca de Talancos+*⁰. Este camino a que hace alusión el repartimiento tal vez sea el que discurría por la actual carretera que va de Villanueva Mesía a Tocón-Íllora. Por otras fuentes documentales sabemos que había, y aun subsisten, otros dos caminos a Íllora: los actuales del *Olivar* y *Realenga*, ésta un poco más al Norte de la población. Si Diego de Alcántara obtuvo ciento cincuenta fanegas de tierra entre el camino de Íllora, *a mano derecha*, y el Genil, por encima del vado de Villanueva; habremos de deducir forzosamente que aquellas tierras, en cualquier caso, habrían de formar parte después del *cortijo de Cazín y luego de Talancos*, así llamados en los primeros tiempos, y su situación sería entre uno de los dos caminos -o la Realenga- y el río Genil, pero siempre situados al Este de la calle Real. Personalmente estimamos que estas tierras, que comprendían la mitad del actual casco urbano, debieron estar a la derecha de la actual carretera de Tocón, hasta Talancos y, arroyo abajo, hasta el Genil.

Lázaro de Peralta⁰ teniente de alcaide de la Alhambra y hombre de confianza del conde de Tendilla (Capitán General de Granada y alcaide de la expresada fortaleza) y, además, jurado de una de sus parroquias; fue, como hemos visto, el comprador todas las tierras repartidas en Villanueva, cuando el repartimiento de Montefrío, ello en posible contravención de la R.C. de los RR.CC. que más adelante tratamos, formando con las mismas una finca de cierta dimensión, o cortijo, con el nombre de Talancos⁰, que vendió en 1509 a Juan de Simancas⁰.

J. de Simancas siguió una política de compras, así en 1532 adquirió de Alonso Sánchez 4 caballerías de tierra, de a 10 fanegas cada una, en la vega de Orutos, procedentes de las repartidas por los RR.CC. en Loja a diversos escuderos. Se afirma también, quizá erróneamente, que formaron parte de las tierras de Villanueva otras 70



fanegas compradas a don Diego de Santillán y su familia, procedentes de una merced de los RR.CC. a don Gómez de Santillán⁰, el que dió su apellido al pueblo de Huétor para formar el actual de Huétor Santillán, del que fue propietario⁰. Las demandas de usurpación no cesaron a pesar de la primera sentencia favorable del Doctor Santiago en el año 1563, al siguiente año fue desposeído Luis de Simancas, hijo de Juan, de 37 fanegas que luego darían lugar a composición de don Alonso con la Corona para su recuperación⁰. Don Francisco Mesía Arias de Mansilla y Pérez de Herrasti, hijo, como sabemos de don Alonso compró, el 5 de febrero de 1610, a Juan Martín del Arco, Alonso Moreno del Arco y Martín del Arco, herederos todos de Francisco del Arco, un cortijo -con encinas- de 181 fanegas a razón de 10 ducados cada una y las encinas a 4 reales c.u., enclavadas en su propiedad⁰. Nuestra sospecha es que se tratara del que hoy existe como cortijo del *Arco*, cuyo emplazamiento tiene todas las características de una alquería árabe tal cual la describe Ibn Luyun en su tratado de agronomía. En el manuscrito de los Caballeros Veinticuatro de Granada⁰ puede leerse que en la reorganización del Ayuntamiento de la ciudad, llevada a cabo mediante Carta de Privilegio de creación de 20/9/1500, aparece Juan de Simancas, * *señor de Villanueva+*; pero en otro ejemplar de dicho manuscrito que se conserva en el archivo de la Real Chancillería de Granada, se le llama * *Señor de Menda+*, lo que nos lleva a pensar, no sin razón, que el segundo topónimo es erróneo debido a un tardío conocimiento del personaje por parte del autor del referido texto, dado que Juan de Simancas compró el *Cortijo de Talancos* a Lázaro de Peralta en 1509.

Juan de Simancas, segundo propietario de Villanueva, fue caballero 24 de Granada y Escribano del Crimen de su Real Chancillería⁰. A éste representó en Villanueva su hijo Luis de Simancas⁰ -en cuya época se construyó la primera barca en el río Genil- y a continuación ostentó la propiedad el hermano de este último, Juan de Simancas que, junto con sus hijos Juan y Luis, es el que vendió la finca a don Alonso Mesía el 17 de junio de 1577, en precio de 5.850.000 maravedís, equivalentes a 15.600 ducados⁰.

EL SEÑORÍO DE VILLANUEVA MESÍA

Conquistada Granada, entre 711 y 713 por Abdelazis, hijo de Muza, las organizaciones territoriales estuvieron en función de circunstancias políticas, económicas, étnicas e incluso estratégicas. Por ello no cabe hablar de una sola organización o división territorial, sino de sucesivas organizaciones, que van desde el Califato de Córdoba, pasando por los reinos de Taifas, hasta llegar a la época nazarí, en la cual la división territorial fue como sigue⁰:

Coras o *Galiatos*, equivalentes a regiones o provincias. La cora de Elvira correspondía sensiblemente a la provincia de Granada, con excepción de Alhama y Zafarraya.

Cada *cora*, a su vez, se dividía en *climas* o *tahas* (caso de la Alpujarra), que equivalían a comarcas, de las que en Granada se relacionan 33. Granada no solo era la capitalidad de la cora, sino que también constituía un clima, el de Elvira, que abarcaba la mayoría de la Vega y gran parte de la provincia, incluyendo los Montes Occidentales.

Los *climas* quedaban subdivididos en *alhauces* o *términos*, de los que se deriva el castellano " *alfoz*".

En la Vega de Granada se localizan los climas de Elvira (distrito de la ciudad), Táchara Algebal (o Táchara del Monte, con capitalidad en Loja), Camb Cais (Quempe o Temple) y el de Fornex con el castillo de Sojaira (Zujaira, o la Zahora)⁰.



La tierra de Villanueva Mesía (el pueblo no existía como núcleo urbano) no perteneció a Loja, sino, como la mayoría de los pueblos de la Vega y Montes Occidentales, fue jurisdicción de Granada, dentro del término de Montefrío, división territorial que se mantuvo en época cristiana. Granada, además de capitalidad de la cora, constituía un distrito más de esta, tal como siguió ocurriendo tras la conquista, época en que el municipio de Granada abarcó casi toda la provincia excepto Guadix, Baza, Huescar, Loja y Alhama; ciudad esta última que, junto con Zafarraya, no perteneció a la cora granadina durante la época musulmana, tal como hemos dicho, sino a la de Rayya (Málaga).

La existencia de acequias y cortijos cercanos al actual casco urbano en los repartimientos de Loja, da fe cierta de que el territorio donde hoy se asienta Villanueva Mesía, estuvo poblado de cortijos (*maysar* o *machar* en árabe) y sus inevitables labradores.

Tras la conquista de Loja, ocurrida en 29 de mayo de 1486, la tierra de Villanueva constituyó durante casi seis años una banda fronteriza en la cual las incursiones de los granadinos no eran infrecuentes, situación que, naturalmente, terminó con la conquista de Granada el 2 de enero de 1492.

(Extraído del libro "El señorío de Villanueva Mesía" Autores: José Cuevas Pérez y José Julio Cuevas Gómez de la Tría)

EL SEÑORÍO DE VILLANUEVA MESÍA

Como culminación de la serie de no muy explícitos u ocultos propósitos e intrigas, el 30 de octubre de 1615 se firmó, entre el Cabildo de Granada y don Francisco Mesía, la escritura de transacción que posibilitaba la constitución del señorío de Villanueva Mesía. Fueron testigos de la misma los tres porteros del Cabildo granadino: Gabriel Maldonado, Gaspar de Herrera y Luis de Herrera. Por parte del Cabildo lo hicieron el Corregidor Don García Bravo (de Acuña), el Alcalde Mayor don Fernando Zapata y los Regidores don Juan Arias de Mansilla, don Juan Ordóñez de Palma, don Francisco Mesía Arias, don Miguel Abellán de Haro, don Gaspar de Piñar, don Francisco Fernández Zapata, don Mateo de Oviedo, don Juan de Bazán Mendoza, don Pedro Guillén de Contreras y Aranda, don Juan de Utrillo, don Luis de la Fuente y Hoces, don Andrés de Ceballos y don García de Rivera Castellón; todos ante el escribano don Rodrigo Tapia de Vargas.

Al hacerse necesario, por otra parte, el sometimiento de lo acordado a la aprobación real, seguidamente ambas partes otorgaron poder, para su presentación ante el rey, a favor de Baltasar de la Corte -por los miembros del Cabildo- y de Juan de Salazar, contador de S. M. en Madrid -por don Francisco Mesía-.

El rey Felipe III aprobó lo concertado, el 17 de mayo de 1616. Parece ser que en Granada no se dieron excesiva prisa, por ninguna de las partes, en ejecutar el acuerdo de transacción, hasta 1620. Si bien es cierto que en todo este tiempo, casi tres años y medio en que no constan actuaciones, sobrevino la enfermedad de don Francisco Mesía hasta que en 1619 acaeció su muerte. Así pues, tras el largo silencio procesal, se produjo la comparecencia ante escribano el día 15 de febrero de 1620 de don Gaspar de Píñar, Veinticuatro de Granada, y de don Francisco Rodríguez Zatorre, jurado, así como de don Alonso de Loaysa, sucesor del Mayorazgo; todo ello al objeto de manifestarse como decimos, sobre la procedencia de ejecutar la escritura de transacción.

LA BARCA DE VILLANUEVA MESÍA

En el Catastro de Ensenada de 1751 aparece la barca del río Genil dibujada en la panorámica, un tanto "naif", que representa el casco urbano, como situada en el mismo lugar en donde luego se construiría el primer puente: la actual calle del Río. En el citado año la renta que producía, por derechos de barcaje, era de 50 ducados, equivalentes a 550 reales. Constaba como propiedad del carretero local Francisco Escamilla. Por la misma podían pasar ** bestias y personas de labranza; mas no carruajes, al objeto de beneficiar sus labores al otro lado del río+*.



Perspectiva de Villanueva Mesía. Catastro de Ensenada, año 1751

Francisco Escamilla, temprano prototipo del pluriempleo, era, además de carretero y barquero, Ministro Ordinario (especie de alguacil) y guarda-celador de los montes, alamedas y sembrados. Esta barca, cuya construcción hemos tratado en el siglo XVI, debió seguir funcionando hasta después de mediado el siglo XIX, como después veremos. Fue sustituida por un puente, costado y mantenido por el Ayuntamiento, que duraría hasta 1924. Dicho puente estuvo en el mismo lugar de la barca. Por su uso se percibía el derecho de pontazgo a satisfacer por los forasteros (los del pueblo no pagaban), medida que dio no pocos quebraderos de cabeza al último cobrador conocido: Antonio Guerrero, más conocido y nombrado por ** Antoñico el de la Puente+*,

el cual alguna vez hubo de apoyar sus argumentos recaudatorios, ante los forasteros reticentes, en una pistola de dos cañones que, para este tipo de emergencias, guardaba en su faja. Antoñico, como gato escaldado, se prevenía así contra el truco de picar espuelas a las caballerías o dar un latigazo a los animales de tiro, cuando de coches de caballos se trataba, en lugar de aflojar la bolsa y pagar el pontazgo. Como diría Napoleón: * (*Poderosa razón es la razón de la fuerza!*).

Parte del pilar central y del estribo derecho del mencionado puente, se conservaron hasta 1975, año en que se construyó la calzada en la calle del Río, en donde estuvo situado. Su utilidad alcanzó a marzo de 1924, año en que una riada lo dejó en seco. El pueblo permaneció aislado hasta 1969 en que se construyó el actual puente.

La barca daría a Villanueva Mesía el sobrenombre por el que fue conocida en el siglo XIX: *Villanueva de la Barca*.

LOS MEXÍA, MESSÍA, MESÍA O MEJÍA

EL APELLIDO MESÍA

La historia del señorío de Villanueva Mesía está ligada a una serie de apellidos que, por su interés, trataremos de estudiar por un orden cronológico del mayorazgo, luego señorío, siendo el primero que nos ocupa el que se añadió al de Villanueva hasta formar el nombre compuesto actual.

La diferente ortografía que aparece no implica, desde luego, distintos apellidos, sino uno sólo, el mismo: al no existir en tiempos pasados reglas ortográficas, cada cual transcribía los fonemas como mejor podía entenderlos. Salvo en los textos literales y algunos epígrafes siempre hemos preferido emplear la grafía Mesía sobre las demás.

Para el estudio de este apellido, hemos realizado una dilatada búsqueda, cuyo resultado ha sido el de hallar algunas obras que nos han permitido un estudio completo del origen del solar y apellido de los Mesía⁰.

Para la mejor comprensión de la leyenda e historia de los Mesía es obligado señalar las situaciones geográficas de la provincia romana de Mesía así como del municipio del mismo nombre en Coruña:

LA MOESÍA, MESÍA O MISÍA

Fue una provincia romana, situada en el Danubio inferior, que se extendía desde la desembocadura del Savus (Save) hasta el mar Negro; aproximadamente correspondía al área que hoy ocupan Serbia y Bulgaria.

En los tiempos más antiguos tuvieron allí su asiento las tribus tracias de los tribalos, misios y getas, junto a las cuales, en 277 a. de J.C., se domicilió la tribu celta de los escordiscos.

Los romanos empezaron a hostilizarlas en el año 75 a. de J. C., sometiéndolas el 29 a. de J. C. En tiempo de Tiberio, la Mesía, provincia romana desde el año 6 d. de J. C., hubo mucho de padecer a causa de dacios y sármatas.

Domiciano dividió la provincia en Superior e Inferior, conformando sus límites el río Almus (Lom). Formaban la Mesía Inferior (57 d. de J. C.) la región costera del Mar Negro hasta más allá del Tyras y la actual Rumanía, al E. del Oltu, en tanto que la Mesía Superior comprendía la Dacia Occidental entre el Danubio y el Maros.



En el año 375, el emperador Valente señaló la Mesía como lugar de residencia a los ostrogodos arrojados de su país por los hunos. Más tarde llegaron los eslavos (siglos V al VII), quienes fijaron su asentamiento preferentemente en la Mesía Superior y, finalmente, se posesionaron del país los búlgaros.

Las ciudades principales eran, en la Mesía Superior: Viminacium (Kostolatz), Singidunum (Belgrado), Naissus (Nisch) y Ratiaria (Artscher); y en la Mesía Inferior, Tomi (Kustendsche), Oescus (Gigen), Durostorum (Silistria), Nicópolis ad Hamum (ruinas cerca de Nikup) y Marcianópolis (Dewna) en el interior.

EL MUNICIPIO DE MESÍA

Éste corresponde a la provincia de la Coruña, diócesis y partido judicial de Santiago (antes de Ordenes). La cabecera es la aldea de Vila (parroquia de San Sebastián de Castro).

Es un municipio con superficie de 10.579 Has., 388 m. de altitud y 5.167 habitantes aprox. y formado por las siguientes parroquias:

- 1) *Santa Marina de Albijoy.*
- 2) *Santiago de Bascoy.*
- 3) *Santiago de Boado.*
- 4) *San Lorenzo de Bruma.*
- 5) *San Martín de Cabruy.*
- 6) *San Sebastián de Castro.*
- 7) *Santa María de Cumbraos.*
- 8) *San Salvador de Juanceda.*
- 9) *San Mamed de Lanzá.*
- 10) *San Cristóbal de Mesía.*
- 11) *San Lorenzo de Olas.*
- 12) *San Martín de Visantoña.*

El mayor núcleo de población, Couto (parroquia de San Salvador de Juanceda), está situado en la falda de la sierra de Tieira, al norte del Tambre, cuyo terreno, ya montañoso, ya llano, es regado por el río Samu, afluente del Tambre ⁽¹⁾.

LA CONSTITUCIÓN DEL MAYORAZGO DE DON FRANCISCO MEXÍA

- 4.000 ducados de un censo contra la ciudad de Granada y sus propios ⁰ .

Por lo que se refiere al Mayorazgo fundado en la cabeza de don Francisco Mesía, fue a partir de 1820 cuando se inició el proceso desvinculador, que adquirió plena firmeza en 1836, año en que el mayorazgo comenzó a dividirse, ya fuese por sucesiones, ventas a labradores o por redención de censos. De este modo, se inició en la localidad una posibilidad de reforma estructural de la propiedad agraria, que en otro apartado tendremos ocasión de ver con detenimiento.

EL CERRO DE LA MORA Y SU ANTIGÜEDAD

El yacimiento del Cerro de la Mora (a 2,5 km. de Villanueva Mesía), considerado como uno de los más importantes de Andalucía, ha sido investigado por un equipo dirigido por el profesor de Arqueología y Prehistoria de Granada, Javier Carrasco Rus, y dadas sus conclusiones a la publicidad periodística por María Dolores Fernández-Fígares en Ideal de Granada de fecha 10-11-1986.

Su importancia radica en que viene a corroborar el antiguo poblamiento de esta zona de la Vega en la época final del Bronce. Se estima que estuvo habitado de forma ininterrumpida desde 1700 a 790 a. de C.. Es más, la abundancia de restos encontrados nos muestra el Cerro de la Mora -por algo es su nombre- como un lugar de sucesivo asentamiento de fenicios, romanos, visigodos y musulmanes.

El arqueólogo Mauricio Pastor opina que pudiera tratarse de una ciudad llamada *Vesci Faventia+, localizada cerca de Ilípula -la actual Loja-. Apoya tal suposición en el hallazgo de monedas con la leyenda *Vesci+. Las fíbulas del Cerro de la Mora y las halladas en la ría de Huelva, fechadas en 850 a. de C. son prácticamente iguales, con la única diferencia que las del Cerro de la Mora se datan en 1.800 a. de C., circunstancia que hace pensar en la posibilidad de revisar la cronología de la cultura de Tartesos, con la que, de seguro, debió existir algún tipo de relación.

Los restos cerámicos del yacimiento de referencia dan idea de una cultura posterior a la de El Argar. Las espadas y otros utensilios de bronce hacen suponer, además, la existencia de un floreciente comercio del estaño. Por otra parte aparecen vasos trípodes de origen fenicio, al igual que en el Cerro del Castellón en Huétor Tájar.

PREGONES Y PERSONAJES DE TIEMPOS PASADOS

PREGONES Y PERSONAJES DE TIEMPOS PASADOS

En nuestro tiempo, son los medios de comunicación social, -prensa, radio, T.V. - el buzoneo, equipos móviles de altavoces, etc.; los instrumentos de propaganda de cualquier mercancía. En tiempos pasados, faltos de las tecnologías actuales; el único, o casi único, medio de promoción de un producto o servicio; especialmente en el ámbito rural, era el pregón que, por otra parte, no atendía al exclusivo interés



comercial; sino que hasta los ayuntamientos solían tener su pregonero que, al son de la trompeta, convocaba al vecindario y le trasmitía las noticias oficiales de interés general -bandos, plazos de cobro de impuestos, etc. -quizá con mayor eficacia que los actuales tablones de anuncios que nadie reconoce leer con interés o, simplemente, leer-.

La eficacia de los pregones, la originalidad, no residía en el contenido sino en la forma peculiar del enunciado; ya que por el tono, más que por las palabras, -ininteligibles a veces - eran entendidos o interpretados por la audiencia.

Algunos de los pregones mas significativos, correspondientes a recuerdos de nuestra niñez, son los correspondientes a los personajes que siguen.

EL AFILADOR

Los afiladores de cuchillos, navajas, cuchillas para máquinas de picar carne y tijeras; solían ser gallegos y, en menor medida leoneses, que deambulaban de pueblo en pueblo, con mayor asiduidad en la época precedente a las matanzas, anunciando su oficio con una flauta de Pan ⁰, solo confundible con la del capador, cuyo sonido característico era, por sí solo, toda una antología del pregón que hacía innecesarias las palabras, aunque a veces también se usasen. Tan característico como el sonido de la flauta era el carrillo, provisto de una rueda ferrada que cumplía la doble función de transporte y motriz, ya que unida mediante una biela al pedal y por una correa a la muela, producía las suficientes revoluciones para cumplir su cometido. Hoy los afiladores suelen ir motorizados, con lo que la profesión ha ganado en movilidad cuanto ha perdido en tipismo.

Recordamos a uno de los últimos afiladores gallegos, creemos que el último, llamado Venancio, el cual inauguró con su muerte triste y solitaria el edificio escolar de la C/. Lope de Vega.

Con el mismo instrumento solían anunciarse, en otros lugares los capadores; si bien en Villanueva no lo recordamos, al menos de 50 años a esta parte.

EL LAÑADOR

En nuestra época consumista cuesta pensar que ollas, lebrillos, fuentes y pucheros de cerámica se repararan uniendo sus partes mediante lañas metálicas y tapando las grietas con cal grasa para redondear la operación. Todavía es frecuente ver, en algunas casas, piezas que pasaron por las manos de uno de estos artesanos que, valiéndose de un rudimentario berbiquí de inercia (bombín), ponían las correspondientes lañas a la loza fracturada o agrietada; eso si, con una técnica envidiable de taladrado oblicuo y lañas de puntas convergentes, que encajaban al primor, revocadas con la ya citada pasta; quedando la vasija *como nueva*.

Su pregón era:

(El lañaooooor! (Se lañan los lebrilloos! (El lañaooooor!

LOS PIPOS DE PASCUAL

Pascual era un vendedor de pipos, cántaros, botijas, lebrillos y otras manufacturas de barro cocido, que recorría la comarca con sus burros, provistos de angarillas y cargados de mercancía. Frecuentemente, iba acompañado de su esposa, a la que por



ignorar su nombre la denominaban como Pascuala. A veces le acompañaba su hijo, que vivía hace unos años en Huétor Tájar y esperamos que lo haga por muchos más.

El pregón, normalmente, era:

(Cántaros y pipos de la Ramblaaa! (Pipos de la Ramblaaa!

LAS UVAS

Por el otoño solían venir arrieros que vendían uvas blancas y tintas con este pregón:

(Uvas jerezanas güenaaaas! (Pa comer y colgar.....! (Qué uvaaaas!

GARBANZOS TOSTADOS

El vendedor por excelencia era un salareño o hueteno apodado "Characha", cuyo negocio consistía en cambiar garbanzos tostados por crudos. Aparentemente las medidas de comprar y vender eran iguales; pero no era así ya que la de los tostados tenía un relleno que la hacía menor. Unido esto a la diferencia de peso entre crudos y tostados, fácilmente se adivinaba el lucro de tan débil negocio. Se pregonaban así:

(Garbanzos tostooooos! (Los cambio a Cruooooos!

EL PERFUMISTA

El más antiguo que conocimos (y que, por cierto, no tenía nada que ver con Paco Rabanne ni con Cocó Chanel) era un tal Ginés, murciano de blusón largo, regordete, de nariz aquilina y mentón prognático; que pregonaba de este modo:

(Jabones, colonias, brillantinas, colofoniaaaaaas!

LOS CASTAÑEROS

Solían venir de la Alpujarra o de la costa malagueña de la Axarquía. Vendían por medios celemines o cuartillos al tiempo que también cambiaban su mercancía por maíz de la última cosecha, medida por medida. Este maíz, llevado a su lugar de origen, era convertido en harina, base de las riquísimas migas que en todas nuestras costas mediterráneas se elaboran con un arte inigualable.

Solían aparecer cerca de la Navidad y su pregón era:

(Castañaaaas! (Las cambio a maííz!

EL TRAPERO

Eran muchos los que venían por los pueblos. Uno de ellos se afincó en Villanueva, era Miguel García, conocido en Granada por el apodo de *el Pinto*, antiguo mozo de la plaza de toros de la capital. Miguel era hombre huraño y de fuerzas descomunales. Para no cargar demasiado su burro, cargaba él con dos enormes canastas alargadas, llenas de baratijas y chucherías; carga que aguantaba durante kilómetros, en silenciosa apuesta con su burro. Un hijo suyo, José García Ortega, le acompañaba a temporadas y, debido a su simpatía, pronto hizo amigos entre los del pueblo. La habilidad de éste jugando al fútbol era notoria, como también lo era su físico, fuerte como su padre, que le hizo acreedor al mote de *Pisones*. Por mas señas, jugaba descalzo para no romper las alpargatas.



Los pregones más usuales de los traperos eran:

(Buscar por los rincones que crían chinches y ratones.... El traperooo!).

(Cambio los trapos viejos, las alpargatas viejas, la ropa vieja, los pellejos de conejoo!).

Otro de estos traperos fue Eusebio Andrés Pérez, aprendiz de sastre oriundo de Pedrajas de San Esteban (Valladolid), que vivió en Villanueva, huido de su pueblo en 1942, a causa del temor a las persecuciones consiguientes a su actuación -no creemos que grave- en la Guerra Civil. Hombre de un infantilismo tal que, en ocasiones, no se sabía hasta dónde era real o fingido. De lo que no cabe duda es de su apodo: *Zacatás*.

EL HELADERO

El más cualificado y casi único, en nuestra niñez, fue Miguel Ordóñez. Ejercía casi exclusivamente los días de Santiago y de la Asunción de Nuestra Señora. Elaboraba su helado mantecado en un elemental artilugio, con hielo traído de Loja o Granada. Lo interesante de Miguel no era el pregón; sino el cómo lo decía, con su ojo averiado en un incierto amanecer, por el escopetazo de un compadre que le confundió con un conejo; y aquellos andares, de los que debió imitar Walt Disney los de su pato Donald; a más de su natural gracejo y su memoria llena de chistes e historietas, casi todas reales, con las que obsequiaba a su audiencia. A tal punto llegaba la gracia de Miguel Ordóñez que, viviendo en Moraleda, se puso a contar sus ocurrencias en la plaza, dando lugar a que un buen número de trabajadores perdieran el jornal por no ser capaces de abandonar a tiempo a tan singular y gracioso personaje. Su pregón:

(Helao manteca! (Qué riquillo está!

Pregón que resuena todavía en los oídos de quienes tuvimos la suerte de escucharle y... de adquirir su mercancía hecha a base de leche de cabra, canela y azúcar; todo ello exento de colorantes, estabilizantes, edulcorantes artificiales, conservantes, aromatizantes, potenciadores del sabor y demás porquerías actualmente autorizadas para envenenar los infantiles estómagos en aras de la civilización y la tecnología.

EL REPARADOR DE COLCHONETAS

Las telas metálicas de las antiguas colchonetas cedían mucho y no todos disponían de útiles para repararlas. De aquí nació una profesión ambulante que se pregonaba en la siguiente manera:

(Se atirantan colchonetas, se arrecortan, se echan muelles!

EL HOJALATERO

Eran muchos los que, ejerciendo la profesión venían a Villanueva Mesía; pero, sin duda, el más célebre era * *Miguel el Latero+*, vecino de H. Tájar, que siempre venía con su * *Mercedes+* (su mujer, se entiende, dadas las circunstancias), gitana como él, pequeña y picada de viruelas. Contrastaba con la corpulencia de aquel gitanón que era su marido. Padecía Miguel de una artrosis, de posible etiología alcohólica, la que le obligaba a caminar de una manera peculiar, bamboleándose sobre las puntas de los pies, sin doblar las rodillas.



Miguel era un tipo simpático y chistoso, de generosos bigotes y voz nasoguardentosa; gastaba parte de sus pocos ingresos en tomarse unos cuantos * *trimotores*+ de vino blanco que le iba acercando su Mercedes al mismo ritmo de las ollas que recogía de las vecinas para reparar - *gobernar*, decía él-.

Ella, Mercedes, recogía los encargos y cobraba los parches y soldaduras que su Miguel efectuaba con los soldadores de cobre, calentados en el anafe con carbón vegetal y la barrita de estaño. Su pregón, inconfundible por la voz ya descrita, era:

(El laterooo! (Se arreglan las ollas de porcelana, se echan culos nuevos!)

Los remaches de hojalata, en forma cónica, que hacía Miguel a partir de un pequeño cuadrilátero de hojalata, se acercaban a la perfección, o al milagro, si tenemos en cuenta los instrumentos utilizados en su confección: una regleta agujereada en calibres crecientes y un viejo martillo.

COMPRADORES DE VIEJO

Su pregón mas usual era:

(Compro la lana vieja el metal viejo, el cobre viejo, las camas viejas y los pellejos de conejo.!)

EL SILLETERO

El más caracterizado fue Vargas, quizá de Huétor Tájar, cuyo pregón era ininteligible por las palabras; sin embargo su tono era tan inconfundible que, a pesar de la parquedad del léxico, nadie dudaba de quién lo hacía. Así de sencillo era:

(Gobenarsiii! (gobernar sillas).

Su trabajo consistía en poner asientos de anea (espadaña) o en sustituir los palos de las sillas por otros nuevos, elaborados * *in situ*+ a base de madera de chopo.

EL CALERO

Era creencia generalizada el relacionar la venida del calero con la inminente lluvia. Su pregón era:

(A la cal de blanqueooo! (Amos niñas a la caaal)

EL VENDEDOR DE HILOS

Solía anunciarse así:

(Hilos, ovillos, bobinas, carreteees!

EL SOMBRILLERO

Cuando no existía la gran oferta y baratura de paraguas, fabricados en el sudeste de Asia, el mejor recurso para hacer durar indefinidamente a un paraguas era su reparación a manos de especialista: el sombrillero. Su pregón era bien simple:

(Sombrillerooo!



EL VENDEDOR DE BOLLOS

Estos dulces se hacían en Huétor Tájar y Loja y de estas poblaciones venían sus vendedores, generalmente muchachos, el más significativo de los cuales era el conocido por *Moroya*, que se anunciaba así:

-(*Bollullos a gunda!* (bollillos a gorda = 10 céntimos).

Otro vendedor de chucherías alimenticias fue el lojeño Salomón, hombre manco y gracioso como pocos que, con voz entre cantarina y enronquecida, es decir indefinible, anunciaba su también indefinida mercancía con la ambigua denominación de:

-(*Truquimonis!*

TORTAS DE LA HABANA

Con el mismo título se anunciaban unas obleas grabadas, de nulo peso y unos 20 cm. de diámetro; teñidas de los más diversos colores, posiblemente con anilinas.

EL PESCADERO

Su pregón era tan variable como las especies puestas a la venta en cada día.

El más característico de todos los que pasaron por Villanueva Mesía fue Antonio Henestrosa, más conocido por *Ciriaco*, hombre que celebraba sus buenas ventas o lamentaba su mal negocio de la misma manera: tomando copas hasta que su burro, humilde servidor, le llevaba a su casa en un equilibrio precario; a pesar de lo cual no conocemos de sus caídas. Algunos de sus pregones eran:

-(*Pescá y cazón!* (*Niñas, a los boquerones!* (*Qué vivos los traigo hoy!*

LOS MELEROS

Eran éstos hombres curtidos, casi todos arrieros de profesión, vestidos de gruesos pantalones de negra pana y chaquetas de grueso paño, negra faja a la cintura y gorra del mismo color las más veces, y cuyo origen solía ser Frigiliana, Torrox o Nerja, que en sus ingenios y trapiches azucareros obtenían la dulce mercancía constituida por la miel caña.

La miel, transportada a lomos de caballerías, venía en pellejos curtidos de cerdo o de cabra, por una de cuyas patas surgía, tras desatar una apretada y pringosa cuerda, el lento y dulce chorro de esta mercancía, mientras el melero pregonaba...

(*Miel de calderaaa!*

En los tiempos de escasez hasta se utilizaba para endulzar los sucedáneos del café - malta y cebada tostada-. La principal utilidad alimentaria de la miel de caña consistía en comerla junto con el queso fresco- como excelente postre- o junto al aceite de oliva en cuya mezcla se mojaba el pan, cuando lo había. Igualmente se utilizaba para acompañar las insípidas gachas de harina de trigo (o de lo que fuera), y así darle un toque de dulzura a lo amargo de aquel *trago* que constituía el tomar este alimento tan poco apetitoso cuya receta, afortunadamente, reposa en el más merecido de los olvidos culinarios -por no ser precisamente el buque insignia de la tan merecidamente celebrada dieta mediterránea-.



En nuestro tiempo, son los medios de comunicación social, (prensa, radio, T.V.) correo electrónico, equipos móviles de altavoces, etc.; los instrumentos de propaganda de cualquier mercancía. En tiempos pasados, faltos de las tecnologías actuales.

DIVISIÓN TERRITORIAL MUSULMANA

Conquistada Granada, entre 711 y 713 por Abdelaziz, hijo de Muza, las organizaciones territoriales estuvieron en función de circunstancias políticas, económicas, étnicas e incluso estratégicas. Por ello no cabe hablar de una sola organización o división territorial, sino de sucesivas organizaciones, que van desde el Califato de Córdoba, pasando por los reinos de Taifas, hasta llegar a la época nazarí, en la cual la división territorial fue como sigue ⁰ :

Coras o *Galiatos*, equivalentes a regiones o provincias. La cora de Elvira correspondía sensiblemente a la provincia de Granada, con excepción de Alhama y Zafarraya.

Cada *cora*, a su vez, se dividía en *climas* o *tahas* (caso de la Alpujarra), que equivalían a comarcas, de las que en Granada se relacionan 33. Granada no solo era la capitalidad de la cora, sino que también constituía un clima, el de Elvira, que abarcaba la mayoría de la Vega y gran parte de la provincia, incluyendo los Montes Occidentales.

Los *climas* quedaban subdivididos en *alhauces* o *términos*, de los que se deriva el castellano " *alfoz*".

En la Vega de Granada se localizan los climas de Elvira (distrito de la ciudad), Táchara Algebal (o Táchara del Monte, con capitalidad en Loja), Camb Cais (Quempe o Temple) y el de Fornex con el castillo de Sojaira (Zujaira, o la Zahora) ⁰ .

La tierra de Villanueva Mesía (el pueblo no existía como núcleo urbano) no perteneció a Loja, sino, como la mayoría de los pueblos de la Vega y Montes Occidentales, fue jurisdicción de Granada, dentro del término de Montefrío, división territorial que se mantuvo en época cristiana. Granada, además de capitalidad de la cora, constituía un distrito más de esta, tal como siguió ocurriendo tras la conquista, época en que el municipio de Granada abarcó casi toda la provincia excepto Guadix, Baza, Huescar, Loja y Alhama; ciudad esta última que, junto con Zafarraya, no perteneció a la cora granadina durante la época musulmana, tal como hemos dicho, sino a la de Rayya (Málaga).

La existencia de acequias y cortijos cercanos al actual casco urbano en los repartimientos de Loja, da fe cierta de que el territorio donde hoy se asienta Villanueva Mesía, estuvo poblado de cortijos (*maysar* o *machar* en árabe) y sus inevitables labradores.

Tras la conquista de Loja, ocurrida en 29 de mayo de 1486, la tierra de Villanueva constituyó durante casi seis años una banda fronteriza en la cual las incursiones de los granadinos no eran infrecuentes, situación que, naturalmente, terminó con la conquista de Granada el 2 de enero de 1492.

(Extraído del libro "El señorío de Villanueva Mesía" Autores: José Cuevas Pérez y José Julio Cuevas Gómez de la Tría)



CLIMATOLOGÍA

Villanueva Mesía no cuenta con estación meteorológica dentro de su término municipal. Para la estimación de sus parámetros climáticos se suelen utilizar las series termométricas y pluviométricas de la estación próxima a Loja.

El clima es de tipo mediterráneo, de carácter continental, con inviernos no demasiado crudos y lluviosos y veranos relativamente largos y secos. La media de las temperaturas máximas es de 23.3° C, y la media de las temperaturas mínimas es de 10° C, alcanzando el mínimo en diciembre y enero con 3.2° C.

En lo referente a la pluviometría la precipitación media anual para la estación considerada es de 519 m. Considerando que esta estación define las condiciones pluviométricas para las altitudes más bajas del municipio, se debe considerar su incremento con la altitud, pudiéndose alcanzar una precipitación media anual de 600 mm. en las cotas más altas localizadas al N del término.

Existe un periodo lluvioso con excedentes de agua y llenado de reserva de noviembre a abril, un periodo de abril a junio, que aunque con lluvias, al ser la evapotranspiración alta, se caracteriza por la utilización de las reservas de agua del suelo y un periodo de julio a octubre de estricto déficit de agua. Los vientos dominantes son del W y S. Los vientos del oeste son húmedos atlánticos y predominantes en primavera. Los vientos del sur, por el contrario, son de carácter seco y templado y dominan de verano a otoño.

TOPOGRAFÍA

Localizada, Villanueva Mesía, en el extremo más occidental de la vega de Granada y en el mismo borde noroccidental de la depresión de Granada, presenta en su relieve todos los rasgos que le otorgan su emplazamiento.

Desde la llanura aluvial del río Genil, con altitudes absolutas de 485 msnm, los relieves se elevan a enlazar con las faldas de las sierras localizadas al N (Chanzas, Parapanda), alcanzando su altitud máxima con 730 msnm en el Cerro de la Torre, tras superar los primeros altos de la Verdeja, con cota de 568 msnm y Los Meguellines, con cota 590 msnm. Según la curva hipsométrica de altitudes, se puede considerar como un relieve de piedemonte ondulado, ya que menos del 25% de la superficie, se encuentra por encima de la cota 600 msnm, estando el 75% restante comprendido entre 600 msnm y cotas algo inferiores a los 500 msnm.

Los desniveles y pendiente más acusados se encuentran en el Cerro de la Torre en su vertiente N, NW y NE donde en 500 m. se salva un desnivel de 100 m. con pendientes entre 20% y 25%. En la ladera sur de dicho Cerro de la Torre las pendientes son algo más suaves, oscilan entre 20% y 15% alcanzando valores entre 15% y 10% al pie del mismo.

Pendientes importantes superiores al 20% - 30%, también se localizan en los barrancos del arroyo de La Verdeja, La Torre y Los Pinares. Estos fuertes taludes se han formado tras el encajamiento de la actual red de drenaje, en el resto del término las pendientes son inferiores al 10% y 5% en el borde sur en la zona de la vega. En conjunto el relieve destaca por su suavidad y uniformidad con una amplitud visual que solo se pierde en aquellos trazados donde se encajan los arroyos, creando parajes más recogidos.



VEGETACION

La intensa actividad humana configura un paisaje agrícola donde prácticamente no se encuentran zonas con vegetación original. Villanueva Mesía se encuentra roturado y labrado en casi su totalidad, solo un 2% de su superficie queda como área de praderas o forestal.

En lo referente a cultivos, casi 1/3 de la superficie del término se destina a olivar de almazara sólo o asociado con cultivos herbáceos. El resto de la superficie se reparte entre cultivos herbáceos solos o asociados entre sí incluidos barbechos y cultivos de regadío. Estos últimos, hoy por hoy alcanzan una gran importancia, extendiéndose hacia la zona centro y NE del término. Su ocupación puede alcanzar casi 1/3 de la superficie total labrada dedicada a chopos, cultivos herbáceos y huerta (principalmente el espárrago, no en vano nos encontramos a escasos 5 Km de la principal zona productora: Huétor Tájar).

Desde el punto de vista agroclimático el término queda incluido dentro del área clasificada como: inviernos tipo avena cálido y veranos tipo algodón cálido o arroz (J. Papadakis). Su potencial agroclimático queda comprendido entre los valores 5 y 15 del índice C.A. de L. Turc en secano y 45-60 en regadío, lo que equivale de 3 a 9 tm de M.S/ha y año en secano y de 27 a 36 en regadío.

Las comunidades vegetales potenciales son para el área de la Vega, las que constituyen la macroserie de ribera mesomediterránea siendo la catena de tarayares, choperas y olmedo y hacia las zonas más xéricas una serie de la encina sobre suelos básicos. Por su régimen de lluvias, térmico y altitud corresponde al piso bioclimático mesomediterráneo.

HIDROGRAFIA

El curso de agua superficial de mayor importancia y que además constituye el límite sur del término municipal es el río Genil.

No existe estación de aforo en el propio Villanueva Mesía, la más próxima es la estación Nº 45 de Loja, según la cual en esa estación se registra una aportación media anual del orden de 480 Hm³, con un caudal superficial de 3.6 l/s/Km². Cauces de importancia secundaria son el arroyo de Pinares, Amarguillo y Verdeja, los dos primeros su cuenca extralimita al término municipal, para ellos, la circulación de aguas superficiales se restringe al periodo de lluvias y tormentas. Concretamente para el Arroyo de los Pinares se tiene calculado una escorrentía total media de 5 Hm³/año la cual es esencialmente superficial durante los meses lluviosos, con avenidas importantes, mientras que durante los meses de estiaje dominará la escorrentía subterránea. El resto de los cursos que configuran la red de drenaje presenta una circulación de aguas intermitentes. En relación con los cursos principales de agua, el riesgo de inundación dentro del término se limita a la llanura aluvial del río Genil, a la zona del casco urbano de cota inferior a 490 msnm que limita con la llanura aluvial y a las vegas del Arroyo de los Pinares.

Este riesgo se incrementa cuando coinciden avenidas importantes del propio río Genil y Arroyo de los Pinares, Amarguillo y Verdeja. Dentro del propio casco urbano, existen varios torrentes (hoy canalizados) que lo atraviesan hasta desembocar en la vega del Genil, algunas de las calles son cauces de estos torrentes y para lluvias excepcionales las obras de drenaje resultan insuficientes en ocasiones, por lo que la escorrentía discurre por las calles en cuesta.



1.4 ESTRUCTURA SOCIODEMOGRÁFICA: INDICADORES DEMOGRÁFICOS

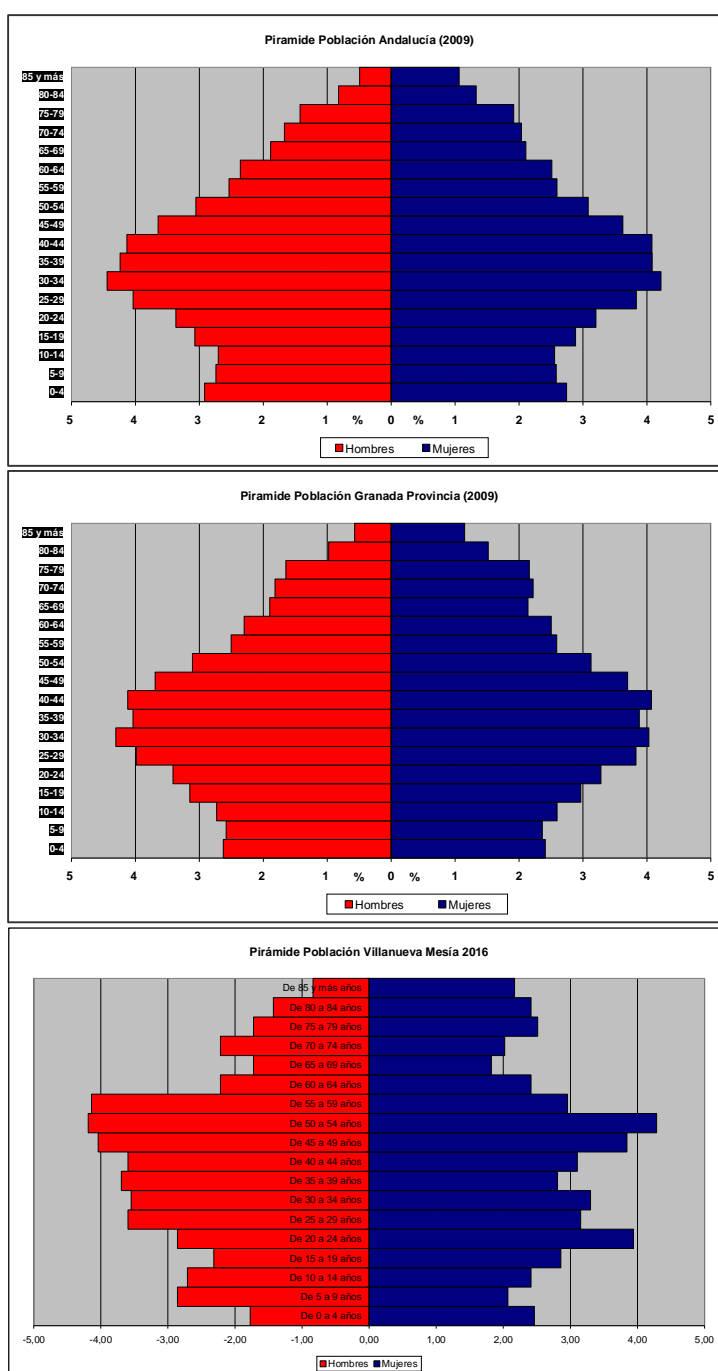
1.4.1 Población

El municipio de Villanueva Mesía cuenta en la actualidad con 2.030 habitantes (según INE-IECA 2016).

La densidad de población se sitúa en 181,3 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 Villanueva Mesía y comparándola con la provincia de Granada y Andalucía (pirámides de población de elaboración propia con datos extraídos del INE):



1.4.1.2 Edad Media Población (2016)

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.

Municipios RELAS	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 Gubias	33,4
Armillá	36,7
La Zubia	37,8
Cenes de la Vega	36,4
Alfacar	39,8
Villanueva Mesía	42,6

Fuente: IEA, Sistema de Información Multiterritorial de Andalucía SIMA 2016

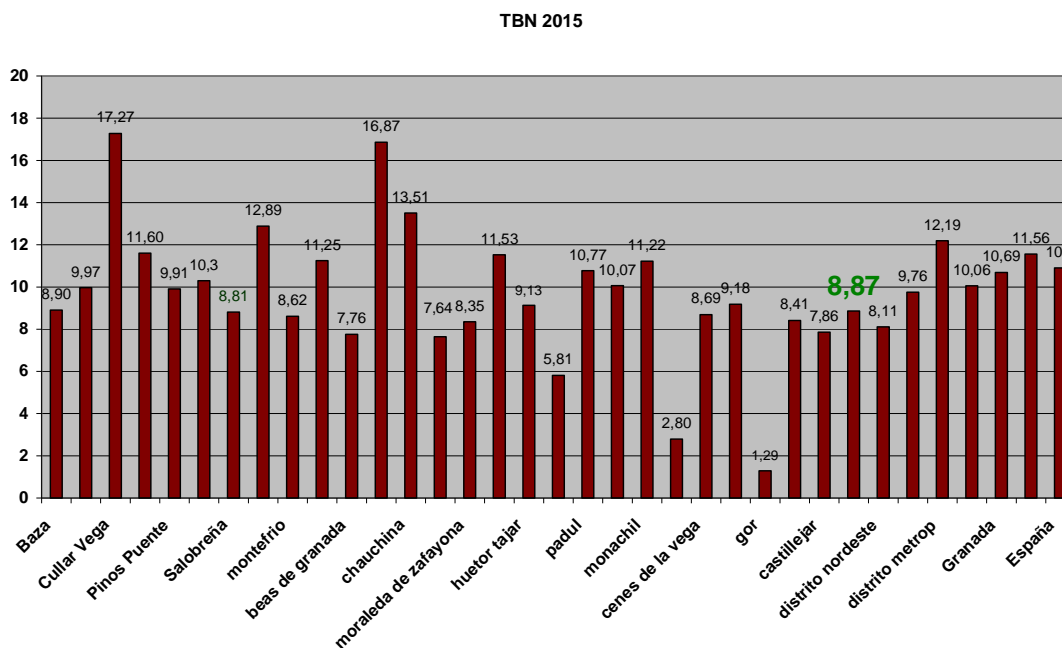
1.4.2 Población extranjera

El volumen de población extranjera es de 36 personas. Del total de población extranjera, un 28% corresponden a personas procedentes de Ecuador. En este caso, la tasa de personas extranjeras de Villanueva Mesía, se sitúa en 1,77%, veamos la comparativa con algunos municipios RELAS:

Municipios RELAS	Tasa personas extranjeras
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
Armillá	9,07
La Zubia	3,58
Cenes de la Vega	5,87
Alfacar	2,31
Villanueva Mesía	1,77

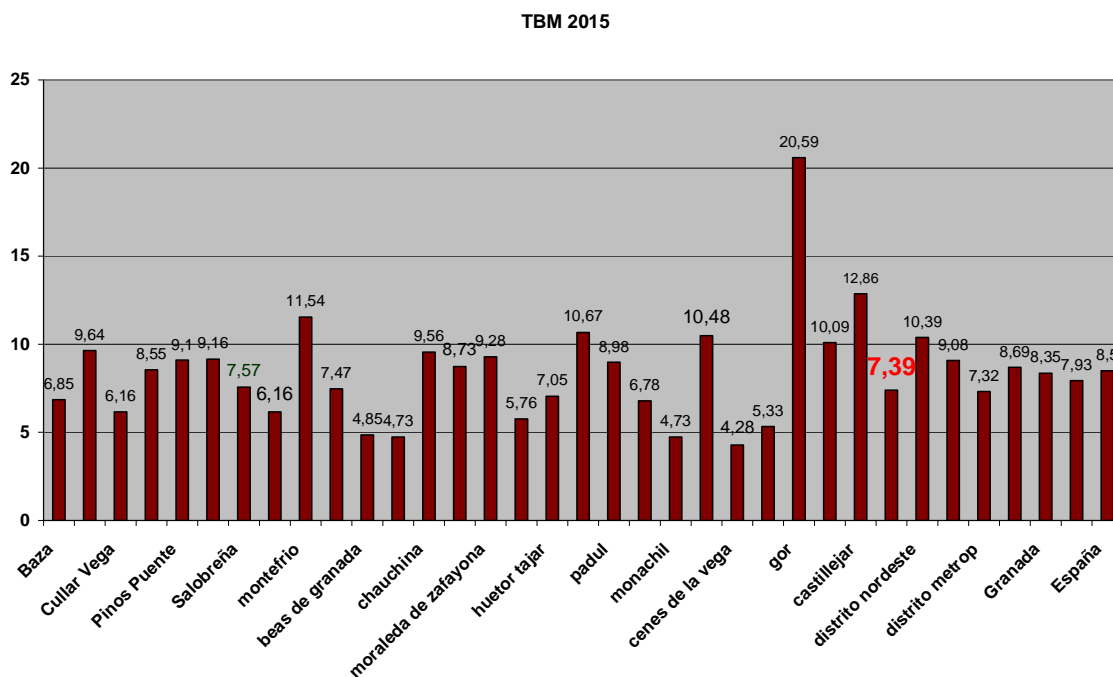
1.4.3 Movimientos Naturales de Población (MNP)

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 2016

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

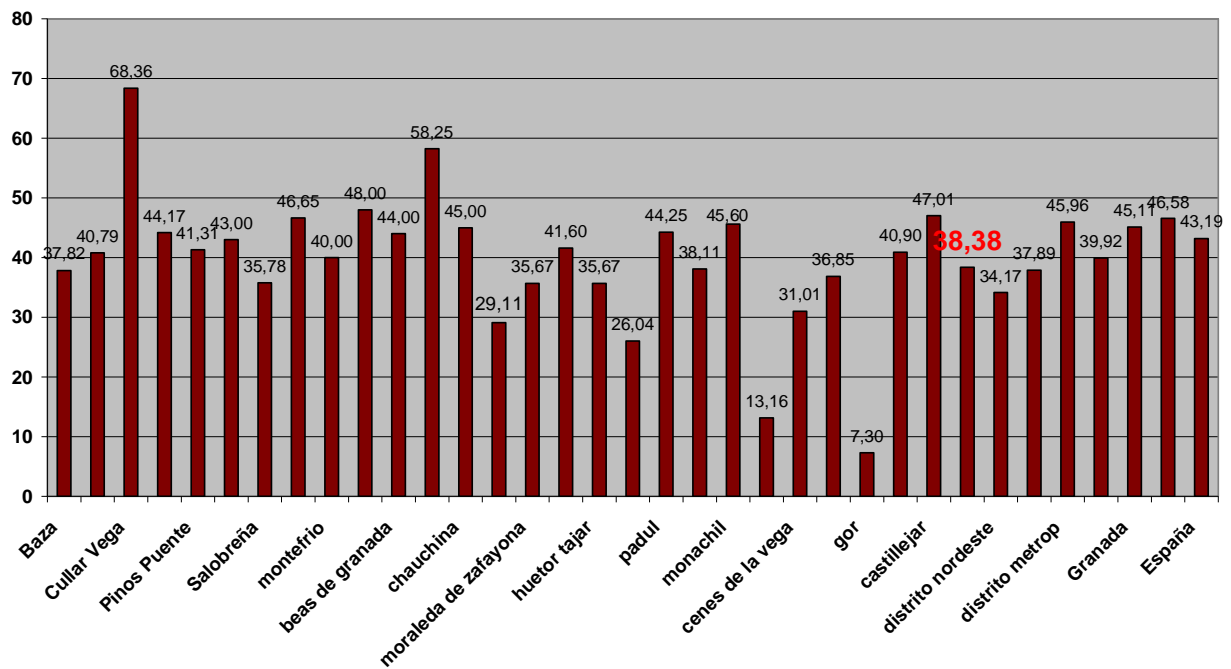


Fuente: INE-IEA SIMA, Revisión Padrón Municipal 2016

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).

TGF 2015



Tasas de elaboración propia en base datos extraídos del INE, Revisión Padrón municipal 2016

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

$\text{Población joven 0-15 años} + \text{Población más de 65} / \text{Población adulta 16-64 años} \times 100$

Tabla 5

2016	Índice Dependencia (ID)
VILLANUEVA MESÍA	34,03
ALFACAR	45,78
CENES DE LA VEGA	39,43
LA ZUBIA	45,12
ARMILLA	41,25
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 2016



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.

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

Tabla 6. Resumen

2016	Índice Juventud	Índice Vejez	Tasa de Sobreenvejecimiento *100
VILLANUEVA MESÍA	15,35	18,87	3,01
GRANADA PR.	16,59	16,16	1,56
ANDALUCÍA	17,42	14,63	1,44
ESPAÑA	15,33	16,66	1,96

Tasas de elaboración propia en base datos extraídos del INE, Revisión Padrón municipal 2016

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 VILLANUEVA MESÍA en comparación con Granada Provincia y Andalucía, además del resto de municipios del proyecto RELAS: *Tabla 7*

2016	IGA
VILLANUEVA MESÍA	2,2
ALFACAR	3,11
Cenes de la Vega	5,91
LA ZUBIA	4,00
ARMILLA	4,15
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 2016



1.5 ESTRUCTURA SOCIO-ECONÓMICA: INDICADORES SOCIOECONÓMICOS

Tabla recogida del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (VIGIA)

Indicador	2016
ÁREA: Información Municipal	
SUB ÁREA: Socioeconómicos	
Índice sintético de bienestar	94,04
Nº de hombres parados	65
Nº de mujeres paradas	55
Nº establecimientos con actividad económica de 20 y más trabajadores/as sobre el total de establecimientos	1
Nº establecimientos con actividad económica de 6-19 trabajadores/as sobre el total de establecimientos	6
Nº establecimientos con actividad económica hasta 5 trabajadores/as sobre el total de establecimientos	104
Nº establecimientos con actividad económica sobre el total de establecimientos	111
Nº Plazas de los Establecimientos hoteleros (se incluye hoteles, hostales y pensiones)	48
Nº total de parados	120
Nº total restaurantes	-
Paro registrado hombres	72
Paro registrado mujeres	49
Paro registrado total	122
Plazas establecimientos hoteleros turismo rural	-
Porcentaje establecimientos construcción	17,65
Porcentaje establecimientos industria	10,92
Porcentaje establecimientos servicios	71,43
Porcentaje sobre total superficie cultivos herbáceos de regadío	59,5
Porcentaje sobre total superficie cultivos leñosos regadío	99,23
Porcentaje sobre total superficie cultivos leñosos seco	99,21
Renta bruta per cápita	6030,94
Tasa de vehículos por habitantes	0,86
Tierras ocupadas por cultivos herbáceos regadío	96
Tierras ocupadas por cultivos leñosos regadío	130
Tierras ocupadas por cultivos leñosos seco	380

1.5.1. Otros indicadores de interés: Renta Bruta Disponible per cápita (análisis comparativo)

Entidad	RBDpc (€)
VILLANUEVA MESÍA	6.030,84
ALFACAR	10.547,00
Cenes de la Vega	13.828,65
LA ZUBIA	12.348,57
Armillá	10.539,05
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.

- Indicador Sintético de Bienestar Municipal (ISBM)

Entidad	ISBM
VILLANUEVA MESÍA	94,04
ALFACAR	105,5
Cenes de la Vega	115,02
LA ZUBIA	111,15
Armillá	106,56
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

INFORME DE SALUD



2. INFORME DE SALUD. MUNICIPIO DE VILLANUEVA MESÍA

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, centrando 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.

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



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 y Específica:**

Durante el año 2015, fallecieron en el municipio de Villanueva Mesía, 15 personas, 9 hombres y 6 mujeres, que se corresponde con una tasa bruta de mortalidad de 7,45 ‰ (Andalucía 8,58 ‰).

La mortalidad por todas las causas o Mortalidad General se comporta de manera similar a la de España.

Cuando se estudian las causas o Mortalidad Específica, se comprueba que existe un exceso significativo de riesgo de mortalidad, con respecto a España, en las siguientes causas específicas:

- Accidentes de Tráfico, en hombres de 45 a 64 años de edad.
- Arterioesclerosis, en hombres y mujeres de 74 a 85 años.
- Cirrosis, en hombres de 15 a 44 años y en mujeres mayores de 85 años.
- Enfermedad Isquémica del Corazón, en hombres de 15 a 64 años y en mujeres de 65 a 74 años de edad.
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), en hombres de 45 a 84 años.
- Suicidio, en hombres de 15 a 84 años y en mujeres mayores de 45 años.

Al analizar los últimos 30 años (1980-2012) se evidencia una tendencia creciente estadísticamente significativa, aunque sin exceso de riesgo, en las siguientes causas específicas de mortalidad:

- Cáncer de Colon-recto en hombres mayores de 45 años y mujeres de 65 a 74 años.
- Cáncer de Ovario, en mujeres mayores de 65 años.
- Cáncer de Pulmón, en mujeres de 45 a 64 años.
- VIH/SIDA en mujeres de 45 a 64 años.

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 VILLANUEVA MESÍA, y de referencia el Distrito Sanitario Granada-Metropolitano, las principales causas son las siguientes:

Entidad	Sexo	Tipología	APVP
DISTRITO SANITARIO METROP-GRA	HOMBRES	Accidentes Tráfico	662,65
		Enfermedades Isquem. Corazón	403,17
		Cáncer pulmón	300,14
		Suicidios y lesiones autoinfl.	296,75
		Cirrosis y otras enf. crónicas	246,56
	MUJERES	Cáncer Mama	178,92
		Accidentes Tráfico	156,14
		Enfermedad Isquémica Corazón	99,01
		Suicidios y lesiones autoinfl.	93,31
		E.CerebroVasculares	85,44
VILLANUEVA MESÍA	Hombres	Suicidio	737
		Cáncer Pulmón	688
		Cáncer colón-recto	167
		Cirrosis	167
	Mujeres	Suicidio	758

Si comparamos estos indicadores con España, existe un exceso de mortalidad prematura estadísticamente significativa en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en hombres entre 65 a 70 años de edad y para el Suicidio en hombres y mujeres para los grupos de edad entre 15 y 64 años.

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

En Villanueva Mesía durante el periodo 2012-2016, se han notificado un número muy bajo de enfermedades de declaración obligatoria. Con respecto a las enfermedades de transmisión sexual, solamente se ha declarado un caso de infección genital por *Chlamydia Trachomatis*.

En este mismo periodo, no se han diagnosticado casos de tuberculosis, mientras que en el Distrito Sanitario Granada Metropolitano se declararon 47 casos, ($6,8 \times 10^5$ habitantes), para el año 2016.

No se han producido brotes de enfermedades infecciosas ni toxiinfecciones alimentarias, en el último quinquenio.

En cuanto a las enfermedades vacunables, en los últimos 5 años se han detectado sólo 1 caso de tosferina y 3 de sarampión. Por tanto no se han diagnosticado casos del resto de enfermedades incluidas en el Calendario Vacunal de Andalucía como parotiditis, rubeola, tétanos, difteria, poliomiелitis, meningitis C, hemóphilus Influenza o hepatitis B.

Estos 4 casos han coincidido con extensos brotes de tosferina, sarampión y parotiditis en Andalucía y España, aunque en Villanueva Mesía, al tener la tasa de vacunación superior al 95% en recién nacidos durante los últimos años, ha protegido a la población y así se explica el bajo número de afectados.

La Tasa Estandarizada de Incidencia anual por todos cánceres, en el municipio de Villanueva Mesía durante el quinquenio 2008-2012, fue de 436,6 por 10^5 habitantes, cifra ligeramente inferior a la de la provincia de Granada, para el mismo periodo (459,3 por 10^5 habitantes).

Durante este periodo, los cánceres más frecuentes entre los hombres fueron el Cáncer de Próstata (6), Cáncer de vejiga (6), Cáncer de Piel no Melanoma (5), Cáncer de Laringe (3) y Cáncer de Pulmón (2).

Con respecto a los tumores más frecuentes en las mujeres, destaca el Cáncer de Piel no Melanoma (5), Cáncer de Mama (5), Cáncer de Útero (3), Cáncer de Vesícula (2), Cáncer de Pulmón (2) y Linfoma No Hodgkin (2).

Estos tumores representan tasas de incidencia similares o inferiores a las de la provincia de Granada salvo en el Cáncer de Cuerpo Uterino, Laringe, Linfoma de Hodgkin y Vejiga, que son superiores.



**INCIDENCIA DE CANCER EN VILLANUEVA MESÍA
QUINQUENIO 2008 - 2012**

TIPO CANCER	Nº. DE CÁNCERES AMBOS SEXOS (2008-2012)	Nº. DE CÁNCERES HOMBRES (2008-2012)	Nº. DE CÁNCERES MUJERES (2008-2012)	TASAS ESTANDARIZADAS Media anual 2008-2012 (100.000 hab.)	TASAS ESTANDARIZADAS PROVINCIA GRANADA Media anual 2008-2012 (100.000 hab.)
Piel (no melanoma)	10	5	5	59,1	101,5
Vejiga	7	6	1	49,8	26,5
Próstata	6	6	0	97,4	90,2 (hombres)
Mama	5	0	5	77,8	82,7 (mujeres)
Pulmón, traquea, bronquios	4	2	2	26,7	33,6
Linfoma No Hodgkin	3	1	2	25,1	11,4
Cuerpo Uterino	3	0	3	43,8	20,6
Laringe	3	3	0	26,7	5,6
Colón-Recto	1	0	1	8,8	45,5
Total Cánceres	63	35	28	436,6	459,3

Fuente: Registro de Cáncer de Granada

Con respecto a la prevalencia de algunas enfermedades crónicas y factores de riesgo, la situación en comparación con el resto del Distrito Granada- Metropolitano es la siguiente:

Prevalencia de enfermedades / Factores de riesgo	V. Mesía	Distrito
Diabetes	6,55%	7,01%
Demencia	2,69%	3,7%
Insuficiencia cardíaca	2,43%	4,84%
EPOC	4,45%	3,99%
Asma infantil	21,25%	11,8%
Hipertensión arterial	14,86%	12,32%

Datos correspondientes al año 2015.



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

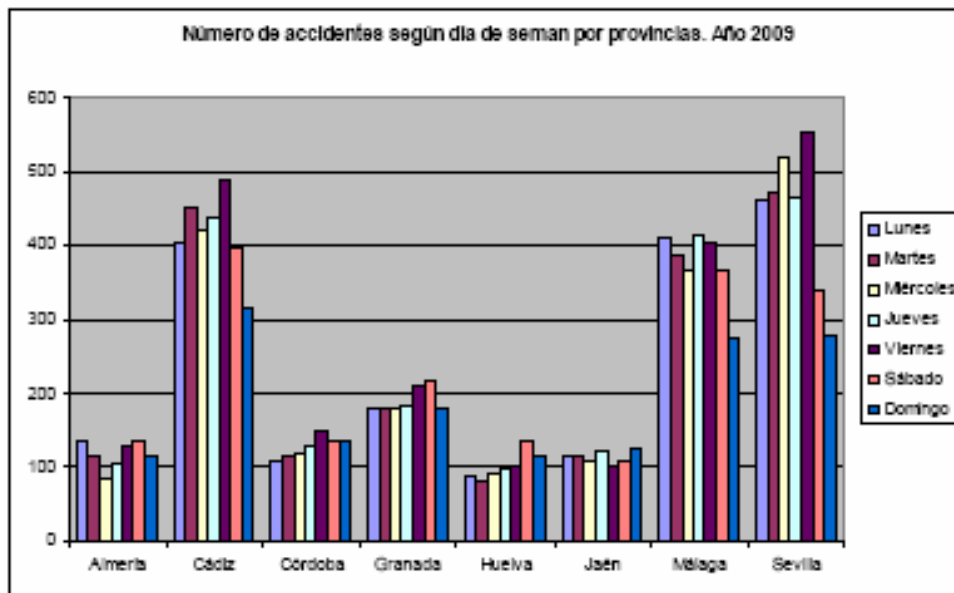
- **Tipo de vehículo**, Si añadimos la variable tipo de vehículo, considerando sólo los dos tipos que presentaban mayor frecuencia de accidentalidad tendremos en cuenta:

- 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 cardíacos (4,3%) y varices en las piernas (13,3%). Todas ellas se presentan con mayor frecuencia en las mujeres, salvo los problemas cardíacos, 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

El municipio de VILLANUEVA MESÍA pertenece a la Unidad de Gestión Clínica/ (UGC)/Centro de Salud de Huetor Tájar. En el municipio, dispone de un consultorio médico local.

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 Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 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

MÁS INFORMACIÓN EN EL ANEXO



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 Villanueva Mesía

<http://www.villanuevamesia.com/>

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
- Web: <http://web.sae.junta-andalucia.es/servicioandaluzdeempleo/web/argos>

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

5.8 Otras Fuentes:

- Boletín Economía Andaluza (UNICAJA): <http://www.economiaandaluza.es/>.
- Datos Programas de Salud Ambiental y Alimentaria de Distrito Sanitario Metropolitano-Granada



6. ANEXO I

6.1 Guía de recursos locales. Activos del Territorio

1. Áreas municipales Ayuntamiento Villanueva Mesía

Concejalía de servicios sociales y juventud

Concejalía de empleo

Concejalía de cultura y mujer

Concejalía de deportes, turismo y comercio

Concejalía de fiestas y educación

Concejalía de medio ambiente

Concejalía de nuevas tecnologías, empleo y formación

1.1 Comisiones informativas permanentes

Comisión especial de cuentas

Comisión de fiestas

Comisión de medio ambiente

Comisión de cultura

Consejo local de juventud

Consejo local de la mujer

2. Redes Sociales

Web <http://www.villanuevamesia.com/>

Facebook <https://www.facebook.com/Villanueva-Mesia-Plan-de-Salud>

Twitter <https://twitter.com/VILLANUEVAMESIA>

3. Establecimientos de interés

<http://www.villanuevamesia.com/index.php/informacion/establecimientos>

4. Otros datos de interés

<http://www.villanuevamesia.com/index.php/pueblo/publicaciones>




6.2 Problemas de salud identificados y priorizados

orden	Problemas salud identificados y priorizados
1	Sedentarismo
2	Mosquitos zonas húmedas
3	Cáncer
4	Involuntarismo: falta de participación
5	Adicción a nuevas tecnologías
6	Obesidad
7	Drogas, alcoholismo, tabaquismo
8	Diabetes
9	Soledad en mayores
10	Mala alimentación
11	Estrés
12	Agua consumo humano
13	Contaminación
14	Alergia
15	Barreras arquitectónicas
16	Falta de habilidades sociales
17	Falta de descanso en los niños
18	Falta de instalaciones e iniciativas
19	Esquizofrenia
20	Sexualidad no saludable



6.3 Otros activos de interés del municipio

1. Centros educativos

Nombre	Munic/Local	Enseñanzas	Servicios	Biling.
Colegio de Educación Infantil y Primaria Cardenal Cisneros	Villanueva Mesía	Inf Pri ESO EE		
Escuela Infantil Acuarela	Villanueva Mesía	Inf		
Sección de Educación Permanente Mexía	Villanueva Mesía	ADU		

2. Otras instalaciones municipales

<http://www.villanuevamesia.com/index.php/161-piscina>

<http://www.villanuevamesia.com/index.php/159-el-cortijo-del-guarda>

<http://www.villanuevamesia.com/index.php/158-la-tahona-museo-local>

3. Otra información de interés

Indicador	2015	2016
SUB ÁREA: Activos		
Altitud	495	495
Centros de adultos	1	1
Centros Educativos Infantil (municipio)	2	2
Centros Educativos Primaria (municipio)	1	1
Centros Educativos Secundaria y superiores (municipio)	1	1
Espacios para el ocio y tiempo libre: bibliotecas	1	1
Hombres empadronados	1008	1004
Instalaciones deportivas	3	3
Mujeres empadronadas	1005	1026
Nº de Plazas en Residencias de Mayores (municipio)	25	
Núcleos de población	1	1
Programa creciendo en salud nº centros educativos	1	1
Superficie	11,2	11,2
Superficie zonas verdes forestales y naturales (has.)	63,77	63,77
Superficie zonas verdes forestales y naturales (has.)/habitante	0,03	0,03
Superficie zonas verdes urbanas (m2)	10000	10000
Superficie zonas verdes urbanas (m2)/habitante)	4,8	4,8
TV locales	-	-
SUB ÁREA: Población Padrón		
Densidad de población	179,73	181,25
Edad media población general	42,4	42,64
Incremento relativo población empadronada		-3,66
Índice de juventud (municipio)	15,35	15,27
Índice de Maternidad	18,59	0,19
Índice de Reemplazo	127,56	1,28
Índice de ruralidad	-	-
Índice de vejez (municipio)	121,68	123,55
Índice dependencia	34,03	51,83
Índice generacional de ancianos	2,2	2,19
Índice sobre-envejecimiento	13,56	3
Población empadronada	2013	2030
Población extranjera	43	36
Porcentaje Población diseminada empadronada	4,03	4,03
Porcentaje Población en núcleo principal empadronada	95,97	95,97
Razón de sexo	100,3	97,86
Razón de sexo población extranjera	0,87	71,43
Tasa Bruta de Mortalidad	12,42	7,39
Tasa Bruta de Natalidad	5,46	8,87
Tasa general de fecundidad	23,5	38,54



SUB ÁREA: Salud laboral		
Nº de accidentes laborales graves		0
Nº de accidentes laborales leves	15	15
Nº de accidentes laborales muertes		0
Nº de accidentes laborales totales	15	15
SUB ÁREA: Socioeconómicos		
Índice de privación material	-	-
Índice sintético de bienestar	94,04	94,04
Nº establecimientos con actividad económica de 20 y más trabajadores/as sobre el total de establecimientos	1	1
Nº establecimientos con actividad económica de 6-19 trabajadores/as sobre el total de establecimientos	6	6
Nº establecimientos con actividad económica hasta 5 trabajadores/as sobre el total de establecimientos	104	116
Nº establecimientos con actividad económica sobre el total de establecimientos	111	123
Nº Plazas de los Establecimientos hoteleros (se incluye hoteles, hostales y pensiones)	48	48
Nº total restaurantes		1
Paro registrado hombres	72	65,33
Paro registrado mujeres	49	54,67
Paro registrado total	122	120
Plazas establecimientos hoteleros turismo rural	-	-
Porcentaje establecimientos construcción	17,65	17,65
Porcentaje establecimientos industria	10,92	10,92
Porcentaje establecimientos servicios	71,43	71,43
Porcentaje sobre total superficie cultivos herbáceos de regadío	59,5	59,5
Porcentaje sobre total superficie cultivos leñosos regadío	99,23	99,21
Porcentaje sobre total superficie cultivos leñosos seco	99,21	99,23
Renta bruta per cápita	6030,94	6030,94
Tasa de vehículos por habitantes	0,86	0,86
Tierras ocupadas por cultivos herbáceos regadío	96	96
Tierras ocupadas por cultivos leñosos regadío	130	130
Tierras ocupadas por cultivos leñosos seco	380	380



