PERFIL DE SALUD LOCAL

ZAGRA

SALUD LOCAL
RELAS

JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE SALUD

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 .....

1.4 ESTRUCTURA SOCIODEMOGRÁFICA: INDICADORES DEMOGRÁFICOS 15
1.4.1 Población 15

1.5 ESTRUCTURA SOCIO-ECONÓMICA: 23
INDICADORES SOCIOECONÓMICOS 23

III.

2. DIAGNÓSTICO DE SALUD. 27

2.1 Protección de la Salud 27

2.2 Vigilancia Epidemiológica (prevención)..... 29

2.3 Promoción de la Salud (estilos de vida)..... 34

3. RECURSOS DE SALUD 44
3.1 Atención Primaria/Especializada y Centros..... 44

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

4. CONCLUSIONES..... 45

5. FUENTES DE INFORMACIÓN..... 46

6. ANEXO I 47
6.1 Guía de recursos locales. Activos del Territorio 47

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, l**a 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 Municipa**l 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 ZAGRA, 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 Salud[8], 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 esta 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 local[9]; 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

Zagra es una localidad y municipio español perteneciente a la provincia de Granada, en la comunidad autónoma de Andalucía.

Cuenta con una superficie de 11,19 km², una población de 898 habitantes (2014) y una densidad de población de 80,25 hab/km², distante de Granada 72 kilómetros y 20 de Loja.

En sus "*Anales de Granada*", Francisco Henríquez de Jorquera realiza una descripción de la villa de Zagra, cuyo castillo defiende a los reyes granadinos. Este pueblo, situado a las espaldas de Monte Hacho, ha visto pasar gentes desde la prehistoria: romanos, visigodos y árabes.

1.1.2 Entorno físico

Extensión superficial. 2016	**11,3**
Altitud sobre el nivel del mar. 2016	**680**
Número de núcleos que componen el municipio. 2016	**1**

Término Municipal de Zagra

1.4 ESTRUCTURA SOCIODEMOGRÁFICA: INDICADORES DEMOGRÁFICOS

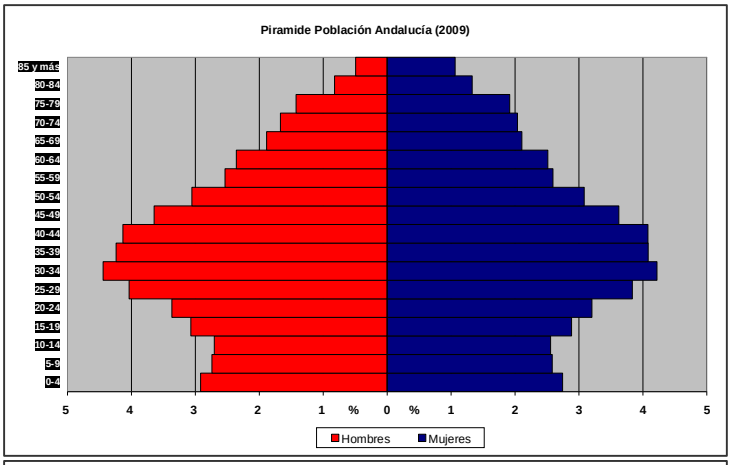
1.4.1 Población

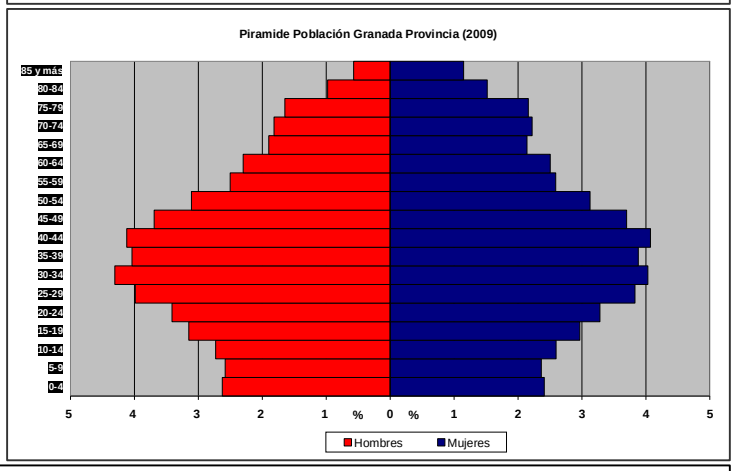
El municipio de Zagra cuenta en la actualidad con 882 habitantes (según INE-IECA 2016).

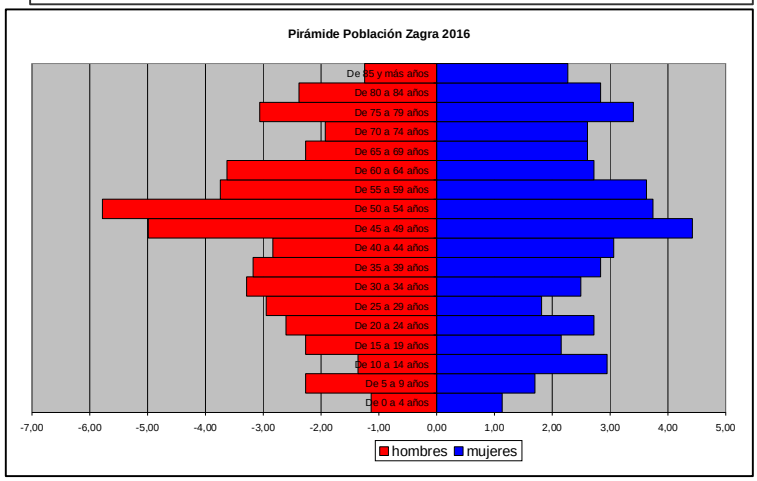
La densidad de población se sitúa en 79 hab/Km^2, similar a la media provincial y de Andalucía (73 hab/Km^2 y 96 hab/Km^2 respectivamente).

1.4.1.1 Pirámide de Población

A continuación, la pirámide de población muestra la estructura por edad y sexo de la población de Zagra 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 Gabias	33,4
Armilla	36,7
La Zubia	**37,8**
Cenes de la Vega	**36,4**
Alfacar	**39,8**
Villanueva Mesía	**42,6**
Zagra	**47,6**

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

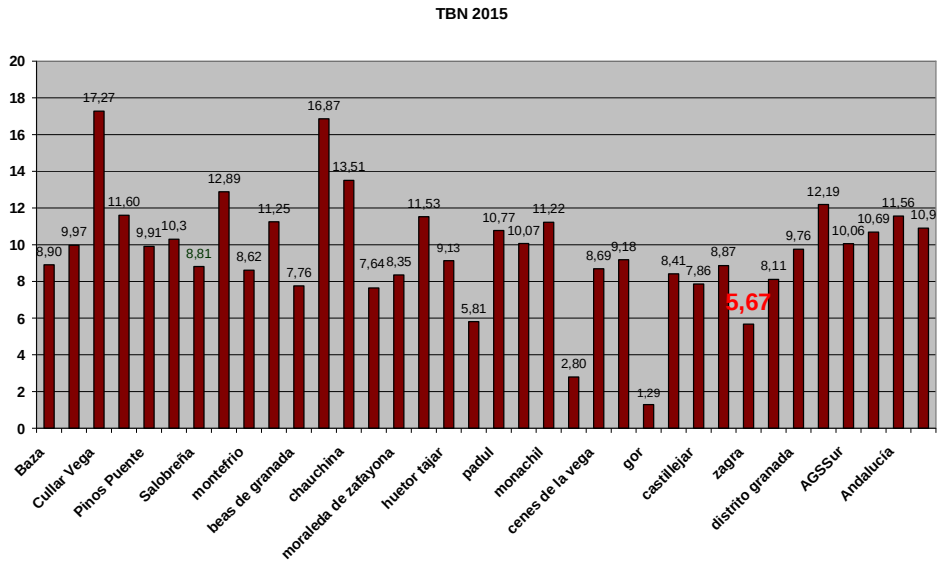
1.4.2 Población extranjera

El volumen de población extranjera es de 13 personas. Del total de población extranjera, **un 38% corresponden a personas procedentes de Reino Unido.** En este caso, la tasa de personas extranjeras de Zagra, **se sitúa en 1,47%, 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
Armilla	**9,07**
La Zubia	**3,58**
Cenes de la Vega	**5,87**
Alfacar	**2,31**
Villanueva Mesía	**1,77**
Zagra	**1,47**

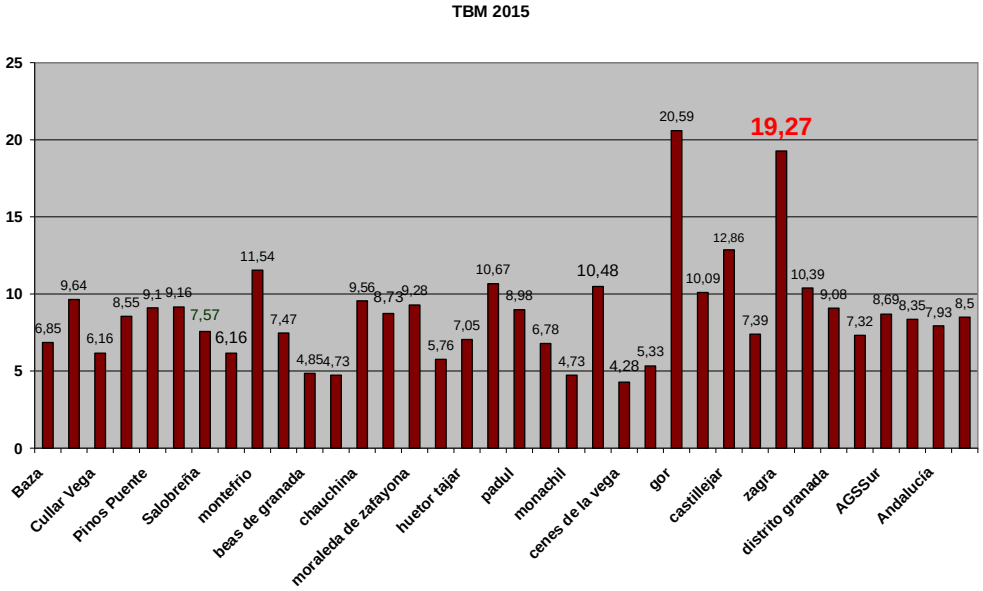
1.4.3 Movimientos Naturales de Población (MNP)

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

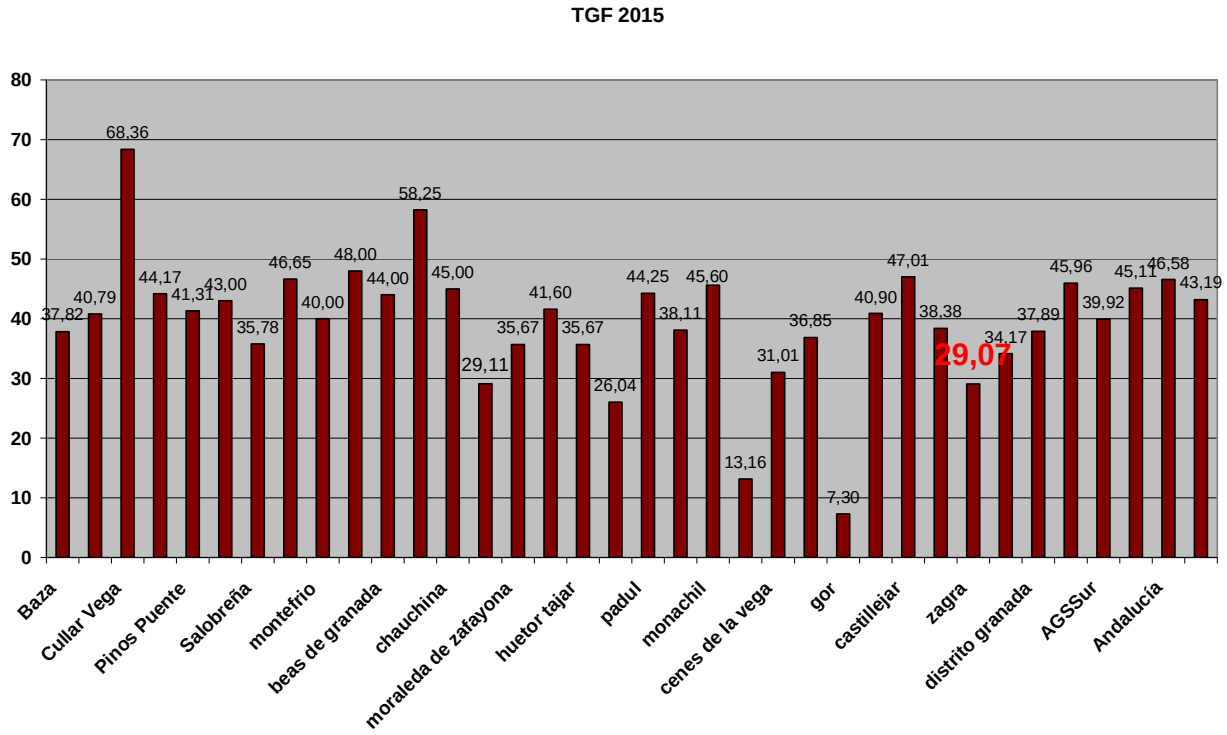
2. Tasa Bruta de Mortalidad (TBM): En la siguiente gráfica queda reflejada la TBM comparada con el resto de unidades de desagregación:



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).



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

4. Índice de Dependencia (ID), este índice refleja la proporción:
Población joven 0-15 años + Población más de 65/Población adulta 16-64 años) x 100

Tabla 5

2016	Índice Dependencia (ID)
ZAGRA	36,71
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
ZAGRA	11,57	24,60	3,52
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 ZAGRA en comparación con Granada Provincia y Andalucía, además del resto de municipios del proyecto RELAS: ***Tabla 7***

2016	IGA
ZAGRA	1,73
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	2015
ÁREA: Información Municipal	
SUB ÁREA: Socioeconómicos	
Índice sintético de bienestar	91,7
Nº de hombres parados	15
Nº de mujeres paradas	22
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	3
Nº establecimientos con actividad económica hasta 5 trabajadores/as sobre el total de establecimientos	47
Nº establecimientos con actividad económica sobre el total de establecimientos	51
Nº Plazas de los Establecimientos hoteleros (se incluye hoteles, hostales y pensiones)	0
Nº total de parados	37
Nº total restaurantes	-
Paro registrado hombres	19
Paro registrado mujeres	19
Paro registrado total	39
Plazas establecimientos hoteleros turismo rural	-
Porcentaje establecimientos construcción	6,25
Porcentaje establecimientos industria	14,58
Porcentaje establecimientos servicios	79,17
Porcentaje sobre total superficie cultivos herbáceos de regadío	94,59
Porcentaje sobre total superficie cultivos leñosos regadío	100
Porcentaje sobre total superficie cultivos leñosos secano	100
Renta bruta per cápita	6343,36
Tasa de vehículos por habitantes	0,9
Tierras ocupadas por cultivos herbáceos regadío	11
Tierras ocupadas por cultivos leñosos regadío	18
Tierras ocupadas por cultivos leñosos secano	813

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

Entidad	RBDpc (€)
ZAGRA	**6.343,36**
VILLANUEVA MESÍA	6.030,84
ALFACAR	10.547,00
Cenes de la Vega	13.828,65
LA ZUBIA	12.348,57
Armilla	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
ZAGRA	91,7
VILLANUEVA MESÍA	94,7
ALFACAR	105,5
Cenes de la Vega	115,02
LA ZUBIA	111,15
Armilla	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.

INFORME DE SALUD

2. INFORME DE SALUD. MUNICIPIO DE ZAGRA

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 Zagra 17 personas, 9 hombres y 8 mujeres, que se corresponde con una tasa bruta de mortalidad de 18,9 ‰ (Andalucía 8,58 ‰).

La mortalidad por todas las causas o Mortalidad General está aumentada significativamente con respecto a España en hombres, en el grupo de edad de 65 a 84 años y en mujeres en el grupo de 75 a 84 años.

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.
- Cáncer de Hígado, en mujeres entre 45 y 64 años y mayores de 85 años
- Cáncer de pulmón, en hombres de 75 a 84 años.
- Enfermedad Cerebro-vascular, en hombres mayores de 75 años y mujeres mayores de 85 años.
- Enfermedad Isquémica del Corazón, en hombres entre 15 y 44 años y de 75 a 84 años y mujeres mayores de 65 y 84 años.
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), en hombres entre 45 años y 84 años.
- Suicidio, en hombres mayores de 15 años y en mujeres entre 15 a 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.
- Cáncer de Ovario, en mujeres mayores de 65 años.
- Enfermedad de Alzheimer, en hombres mayores de 65 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 ZAGRA, 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
		Enf. CerebroVascular	85,44
ZAGRA	Hombres	Suicidio	1.357
		Accidentes Tráfico	1.092
		Cáncer Vejiga	753
		Enf.CerebroVascular	409
	Mujeres	Diabetes	52

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 Zagra 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 sífilis.

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 x 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 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, poliomielitis, meningitis C, hemóphilus Influenza o hepatitis B.
Estos 3 casos han coincidido con extensos brotes de tosferina, sarampión y parotiditis en Andalucía y España, aunque en Zagra, 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 Zagra durante el quinquenio 2008-2012, fue de 277,1 por 10^5 habitantes, cifra muy 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 vejiga (3), Cáncer de Próstata (2), Cáncer de Piel no Melanoma (2) y Cáncer de Pulmón (2).

Con respecto a los tumores más frecuentes en las mujeres, destaca el Cáncer de Piel no Melanoma (6), Cáncer de Cerebro/SN (2) y Cáncer de Útero (1).

Estos tumores representan tasas de incidencia similares o inferiores a las de la provincia de Granada salvo en el Cáncer de Cerebro y Sistema Nervioso, que es superior.

INCIDENCIA DE CANCER EN ZAGRA
QUINQUENIO 2008 - 2012

TIPO CANCER	Nº. DE CANCERES AMBOS SEXOS (2008-2012)	Nº. DE CANCERES HOMBRES (2008-2012)	Nº. DE CANCERES 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)	8	2	6	96,6	101,5
Vejiga	3	3	0	16,6	26,5
Próstata	2	2	0	80,0	90,2 (hombres)
Pulmón, traquea, bronquios	2	2	0	12,1	33,6
Cerebro/SN	2	0	2	27,2	15,2
Cuerpo Uterino	1	0	1	13,2 (mujeres)	20,6 (mujeres)
Colón-Recto	1	1	0	8,8	45,5
Mama	0	0	0	0	82,7 (mujeres)
Total Cánceres	26	13	13	277,1	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	Zagra	Distrito
Diabetes	10,36%	7,01%
Demencia	4,39%	3,7%
Insuficiencia cardíaca	0,44%	4,84%
EPOC	4,39%	3,99%
Hipertensión arterial	27,56%	12,32%
Pacientes en Anticoagulación (TAO)	44,8%	23,3%

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 de15-24 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:

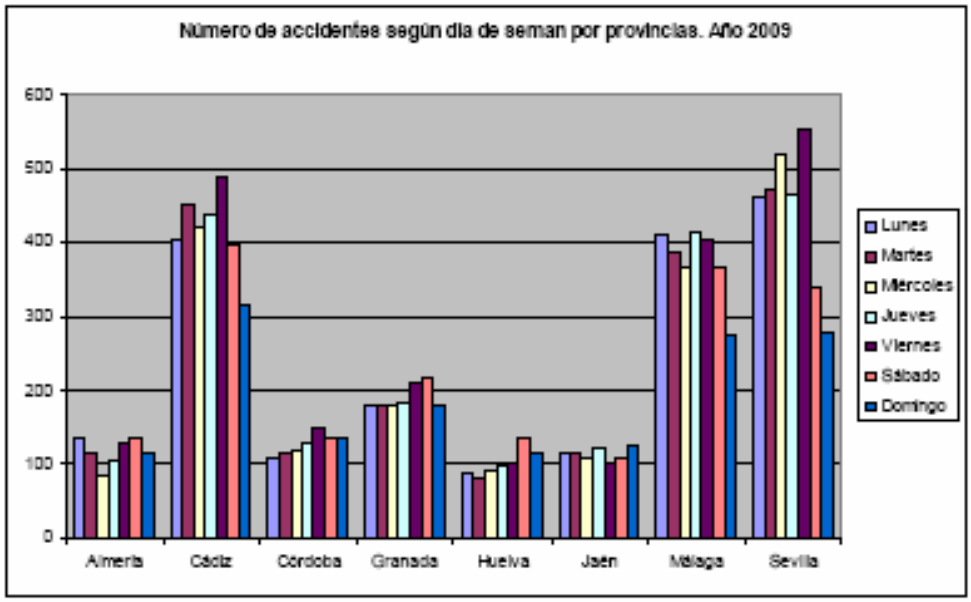
• Vehículo de dos ruedas: Bicicletas, ciclomotores y motocicletas.

• 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 victimas mayor en desplazamientos de carretera que en desplazamientos urbanos.

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

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

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

2.3.1.8 Patologías crónicas: Diabetes, Hipertensión,…

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

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

2.3.1.11 Sedentarismo y actividad física

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

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

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

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

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

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

2.3.1.12 Salud Laboral (condiciones de trabajo)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.1.13 Percepción estado de salud en población adulta

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

2.3.1.14 - Percepción de mala salud en población infantil.

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

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

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

3. RECURSOS DE SALUD

3.1 Atención Primaria/Especializada y Centros

El municipio de ZAGRA pertenece a la Unidad de Gestión Clínica/ (UGC)/Centro de Salud de LOJA. 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 Zagra

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

TURISMO RURAL; Huerta Avililla, 500 m del pueblo. Casas Rurales gestionadas por empresas privadas. Encargado; José Carlos Taramilla. Tlf: 654299308. Actualmente no está abierto al público.
AYUNTAMIENTO
CONSULTORIO MÉDICO
COLEGIO DE PRIMARIA; ATIENDEN A NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS. DE 1º A 6º DE PRIMARIA Y 1º Y 2º DE ESO. EL RESTO DEL CURSO DE SECUNDARIA Y BACHILLER SE TIENEN QUE DESPLAZAR A IES MORAIMA DE LOJA Y A ESCUELA HOGAR DE MONTEFRIO.
CRUZ ROJA Y PROTECCIÓN CIVIL DE ALGARINEJO PRESTA SERVICIO DE VOLUNTARIADO PARA EVENTOS CULTURALES Y FESTIVOS DE MAYOR AFLUENCIA
PISCINA MUNICIPAL; donde se realizan actividades deportivas, recreativas, para jóvenes y niños pequeños; campamentos de verano, etc.
POLIDEPORTIVO MUNICIPAL; donde se hacen actividades de fútbol durante todo el año. Está pendiente que se ponga en marcha para utilizar como gimnasio, pero les falta los permisos para vestuarios.
PISOS Y APARTARTAMENTOS; Situados junto a la piscina, para utilizar como alojamientos rurales, pero también están pendientes de los permisos para ponerlos en marcha.
Está pendiente de poner en marcha el Centro de Participación Activa próximamente.
HERMANDAD DE NUESTRA SEÑORA DE LOS DOLORES Y SAN LORENZO; organizan actividades en días de fiesta y procesiones en las fechas correspondientes.
DOS CONSULTAS DE DENTISTAS; En una de ellas hay consulta de PODOLOGO.
FARMACIA
CASA DE LA CULTURA MUNICIPAL: SE REALIZAN ACTIVIDADES DE GIMNASIA, PINTURA, MANUALIDADES, BAILE, REUNIONES GRUSE, ETC.
AUDITORIO MUNICIPAL: SE DEDICA A ACTIVIDADES CULTURALES Y ESTÁ ACONDICIONADO CON MÉTODOS AUDIVISUALES ADECUADOS Y CON LES Y MATERIALES NECESARIOS PARA UNA ESTANCIA ADECUADA
ESCUELA DE ADULTOS DE LOJA: ACTIVIDADES EDUCATIVAS PARA POBLACIÓN MAYOR.
BIBLIOTECA MUNICIPAL: UBICADA EN LAS ANTIGUAS ESCUELAS, SE ABRE TRES DÍAS A LA SEMANA POR LA TARDE
GUARDERIA MUNICIPAL
CARITAS: PRESIDENTA; ISABEL FERNANDEZ HATERO.
MONJAS; HIJAS DE SAN JOSÉ; REALIZAN PINTURA, MANUALIDADES, CATEQUESIS Y REUNIONES DE NIÑOS Y ADULTOS. ADEMÁS PASAN A LOS DOMICILIOS PARA DAR LA COMUNIÓN A LOS ENFERMOS Y APOYO A LAS FAMILIAS PARA HACER EL DUELO POR PERDIDA DE ALGÚN FAMILIAR.
CENTRO GUADALINFO: DINAMIZADORA; ANA VILLEN. DEPENDENCIA MUNICIPAL Y DIPUTACIÓN (FERNANDO DE LOS RIOS).
ASOCIACIÓN DE MUJERES: PRESIDENTA; ENCARNI PÉREZ MUÑOZ.

ASOCIACIÓN JUVENIL: PRESIDENTE; DAVID GUERRERO LÓPEZ.
ASOCIACIÓN DE TEATRO PARA NIÑOS Y ADULTOS; SOMBRA DEL TAJO. RESPONSABLE; FRANCISCO ORTEGA. SE REUNEN ESPORADICAMENTE, NO TIENEN HORARIO FIJO. Este curso no ha funcionado; están pendientes de comprar libros de teatro.
AUTOESCUELA. ENCARGADO; DOMINGO LÓPEZ.
CASA CUARTEL DE GUARDIA CIVIL
ASOCIACIÓN RECREATIVA; PEÑA DEL BETIS ;realizan viajes para ver partidos y además otros eventos como cenas y fiestas, dependiendo de las fechas (Navidad, Verano, etc)
Club de Fútbol del Equipo de Granada.
ASOCIACIÓN TIRACHINAS: Organizan campeonatos en fechas puntuales, días festivos, ferias y fiestas del pueblo. Puede participar todas personas interesadas.

6.2 Problemas de salud identificados y priorizados

	Problemas identificados y priorizados Zagra
1	Sedentarismo
2	desmotivación, falta de interés y falta de participación
3	soledad población mayor
4	salud mental y emocional: depresiones, “efecto lavadora”,…
5	sobrecarga sobre las cuidadoras
6	Obesidad
7	mala alimentación
8	desconocimiento actividades lúdicas municipio
9	accidentes tráfico
10	adicciones: tabaco, alcohol y otras drogas
11	enfermedades osteoarticulares
12	enfermedades crónicas: diabetes y HTA
13	insuficientes espacios locales para ocio nocturno alternativo
14	miedo pérdida facultades mentales "deterioro cognitivo"
15	deficiente higinie bucodental
16	enfermedades cardiovasculares
17	falta información medicamentos y falta de apoyo
18	problemas de la vista

6.3 Otros activos del municipio

Indicador	2015	2016
ÁREA: Información Municipal		
SUB ÁREA: Activos		
A No Fumar me Apunto: Centros Educativos	-	-
Alimentación saludable: Centros Educativos	-	-
Altitud	685	685
Centros de participación activa (centros de día de mayores)	-	-
Centros Educativos Especial (municipio)	-	-
Centros Educativos Infantil (municipio)	2	2
Centros Educativos Primaria (municipio)	1	1
Centros Educativos Secundaria y superiores (municipio)	1	1
Emisoras radio	-	-
Espacios para el ocio y tiempo libre: bibliotecas	-	0
Hombres empadronados	460	449
Instalaciones deportivas	3	3
Mujeres empadronadas	439	433
Nº de Plazas en Residencias de Mayores (municipio)	25	
Núcleos de población	3	1
Periódicos locales impresos/web	-	-
Programa creciendo en salud nº centros educativos	1	1
Superficie	11,3	11,3
Superficie espacios naturales protegidos (Has.)	-	-
Superficie espacios naturales protegidos (has.)/habitante	-	-
Superficie zonas verdes forestales y naturales (has.)	130,84	130,84
Superficie zonas verdes forestales y naturales (has.)/habitante	0,15	0,15
Superficie zonas verdes urbanas (m2)	-	-
Superficie zonas verdes urbanas (m2)/habitante)	-	0
TV locales	-	-
SUB ÁREA: Población Padrón		
Densidad de población	79,56	78,05
Edad media población general	47,22	47,6
Incremento relativo población empadronada		-7,66
Índice de juventud (municipio)	11,57	11,34
Índice de Maternidad	13,41	0,13
Índice de Reemplazo	74,77	0,75
Índice de ruralidad	-	-
Índice de vejez (municipio)	217,31	217
Índice dependencia	36,71	56,11
Índice generacional de ancianos	1,73	1,81
Índice sobre-envejecimiento	13,27	3,51
Población empadronada	899	882
Población extranjera	22	13

Porcentaje Población diseminada empadronada	2,44	2,44
Porcentaje Población en núcleo principal empadronada	97,56	97,56
Razón de sexo	104,78	103,7
Razón de sexo población extranjera	1,44	225
Tasa Bruta de Mortalidad	10,01	19,27
Tasa Bruta de Natalidad	7,79	5,67
Tasa general de fecundidad	39,11	29,07
SUB ÁREA: Salud laboral		
Nº de accidentes laborales graves		0
Nº de accidentes laborales leves	1	1
Nº de accidentes laborales muertes		0
Nº de accidentes laborales totales	1	1
SUB ÁREA: Socioeconómicos		
Índice de privación material	-	-
Índice sintético de bienestar	91,7	91,7
Nº establecimientos con actividad económica de 20 y más trabajadores/as sobre el total de establecimientos	1	0
Nº establecimientos con actividad económica de 6-19 trabajadores/as sobre el total de establecimientos	3	3
Nº establecimientos con actividad económica hasta 5 trabajadores/as sobre el total de establecimientos	47	47
Nº establecimientos con actividad económica sobre el total de establecimientos	51	50
Nº Plazas de los Establecimientos hoteleros (se incluye hoteles, hostales y pensiones)	0	0
Nº total restaurantes		5
Paro registrado hombres	19	15,17
Paro registrado mujeres	19	22,42
Paro registrado total	39	37,58
Plazas establecimientos hoteleros turismo rural	-	-
Porcentaje establecimientos construcción	6,25	6,25
Porcentaje establecimientos industria	14,58	14,58
Porcentaje establecimientos servicios	79,17	79,17
Porcentaje sobre total superficie cultivos herbáceos de regadío	94,59	94,59
Porcentaje sobre total superficie cultivos leñosos regadío	100	100
Porcentaje sobre total superficie cultivos leñosos secano	100	100
Renta bruta per cápita	6343,36	6343,36
Tasa de vehículos por habitantes	0,9	0,9
Tierras ocupadas por cultivos herbáceos regadío	11	11
Tierras ocupadas por cultivos leñosos regadío	18	18
Tierras ocupadas por cultivos leñosos secano	813	813