

# INFORME DE SALUD

## SALAR

(Granada)



**Salar,**  
Manantial de Cultura  
e Historia.



# 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”<sup>6</sup>, tiene la misión de “trabajar por mejorar la salud de la población”; y para ello es necesario contribuir, de forma coordinada con otros sectores e instituciones, en la creación de las condiciones estructurales de la sociedad y en las condiciones de vida de la población más favorecedoras para la salud; en promover las conductas individuales y estilos de vida más saludables; y en luchar contra la enfermedad y minimizar la pérdida de la salud. En las **Políticas de Salud** llevadas a cabo por los distintos países, han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las "causas de las causas", 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.

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



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 SALAR, 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 Y IV Plan Andaluz de Salud**, entre sus líneas prioritarias, proponía 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 **identificaba la “Acción local” como uno de los 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**<sup>7</sup> 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**<sup>8</sup>, 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.

<sup>7</sup> 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)

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





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.

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<sup>9</sup>; 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”.

---

<sup>9</sup> **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

El Salar (o El Salar de Loja) es una localidad y municipio español situado en la parte meridional de la comarca de Loja, en la provincia de Granada, comunidad autónoma de Andalucía. Limita con los municipios de Huétor-Tájar, Moraleda de Zafayona, Alhama de Granada y Loja.

El nombre parece que deriva del romance Sall, del latín Sallere (salar) y cuyo significado más concordante sería salebrus "terreno áspero, rudo, de muchos barrancos". La existencia ocupacional datada en diversos puntos de la geografía salareña, arranca del neolítico superior, con hallazgos de cultura achelense en algunas cuevas del entorno y una posterior ocupación romana en las ruinas de Gabino, con el hallazgo de numerosas monedas, fíbulas, y pequeñas estatuillas ornamentales de época tardía probablemente entre los siglos iii y iv d. C.

La ocupación árabe, aparte de numerosos elementos toponímicos ha dejado un torreón bastante bien conservado, y de propiedad privada, en cuyo entorno había un recinto amurallado que guarnecía a esta población. La toma de la misma el 29 de mayo de 1486 por Hernán Pérez del Pulgar y Osorio, le llevó a ser feudo, mayorazgo y señorío de los Pulgares hasta principios del siglo xx. Desde 1559 inicia sus pleitos jurisdiccionales con la ciudad de Loja, pleitos que se extienden hasta el año 1817 que finalizan con un pacto tácito entre ambas poblaciones.

Participa en todos los avatares tumultuosos del siglo xix, Guerra de la Independencia contra los franceses, revuelta de Rafael Pérez del Álamo, en 1861 que es mayoritaria apoyada por campesinos de la villa, pagando con la vida su cabecilla Antonio Rosas Moreno.

Adherida a todos los elementos revolucionarios y en torno al campesinado, esta población ha estado siempre marcada y especialmente desde que se produjo el asesinato de Antonio Enciso y Vico en febrero de 1883, administrador de los Rodríguez Acosta, por un estado continuo de lucha contra los abusos del régimen feudal que alargaron sus propietarios hasta principios del xx.

Integrado en la comarca de Loja, se encuentra situado a 52 kilómetros de la capital provincial. El término municipal está atravesado por la autovía A-92, que conecta las ciudades de Málaga y Sevilla con Granada, Almería y Murcia. El pueblo se ubica sobre una pequeña ladera levemente inclinada cuyo pie reposa en el arroyo del Salar.

El Salar está provisto en sus proximidades de una serie de manantiales termominerales ligados a su vez a un sistema de flujo profundo de aguas subterráneas debido a la descarga de las aguas del acuífero kárstico de Sierra Gorda.

Por su importancia destacan tres manantiales que reciben el nombre de Membrillo, Bañuelo y La Fuente Alta. El carácter hidrotermal y la estrecha relación de estos manantiales con el acuífero de Sierra Gorda no empezaron a ser puestos de manifiesto hasta los trabajos de López Chicano (1989) y Diputación Provincial de Granada-ITGE (1990), probablemente debido a que la temperatura de surgencia no es muy elevada. Pero el análisis químico de la composición de las aguas ha puesto de manifiesto las anomalías químicas necesarias para poder considerar dichas aguas como procedentes de un manantial termomineral.

### **Lugares de interés** Detalle de un mosaico de la villa romana del Salar

Villa Romana del Salar: data de los S. I al III d.C., y S.IV al VI d.C., situada en el paraje del Canuto.

Iglesia Parroquial de Santa Ana: se construyó en 1501, sustituyendo así a una mezquita. Más adelante, debido al aumento de la población se amplió.

El Bañuelo: nacimiento de agua semitermal, procedente de una ramificación de las de Alhama. Antiguamente se utilizaba para el baño y aseo de salareños/as.

**Fiestas y costumbres** El 17 de enero, por San Antón, la costumbre es subir al monte a recoger esparto seco para confeccionar antorchas y encenderlas esa noche en las calles.

El 2 de febrero, se celebra el día de la Calendaria en el que las calles se llenan de lumbres. En este día la comida típica es roscas de pan con chocolate.

En los días que preceden a la Cuaresma, se celebra el carnaval, una fiesta muy popular en el pueblo.

El día 25 de abril, se celebra San Marcos. En este día se suele ir al campo a comer bollos de aceite y los populares “hornazos”

El 26 de julio se celebran las fiestas patronales en honor a Santa Ana.

El 16 de octubre se celebra la Real Feria de Ganado, donde se exponen caballos y diversos puestos para la venta de productos. Ésta es la feria más antigua del Poniente Granadino.

El 31 de octubre se celebra el Día de las Castañas y es costumbre reunirse en las casas, asar castañas y hacer “gachas del diablo”.



### 1.1.2 Entorno físico

<b>Extensión superficial (Km2). 2019</b>	<b>84,3</b>
<b>Distancia a la capital (Km). 2019</b>	<b>47,9</b>
<b>Altitud sobre el nivel del mar (m). 2019</b>	<b>537</b>
<b>Número de núcleos que componen el municipio. 2020</b>	<b>1</b>

término municipal Salar

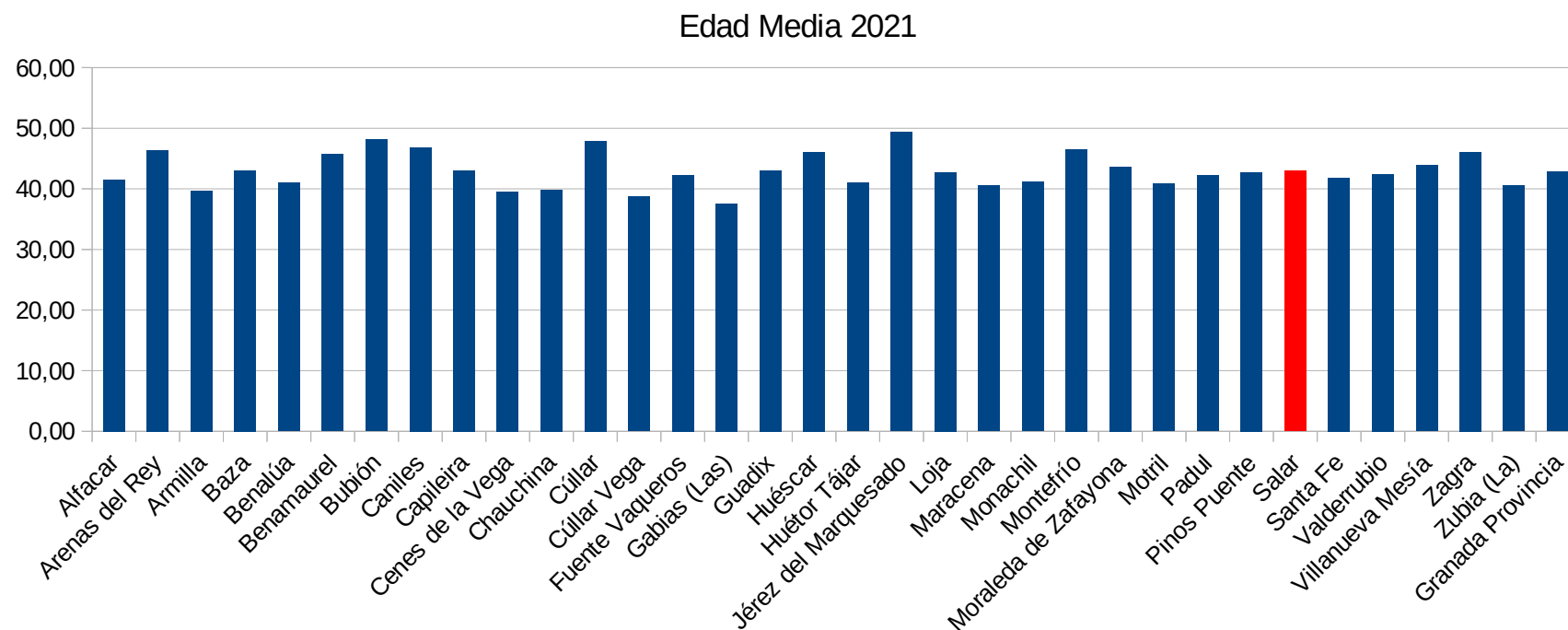


## 1.2 ESTRUCTURA SOCIODEMOGRÁFICA: INDICADORES DEMOGRÁFICOS

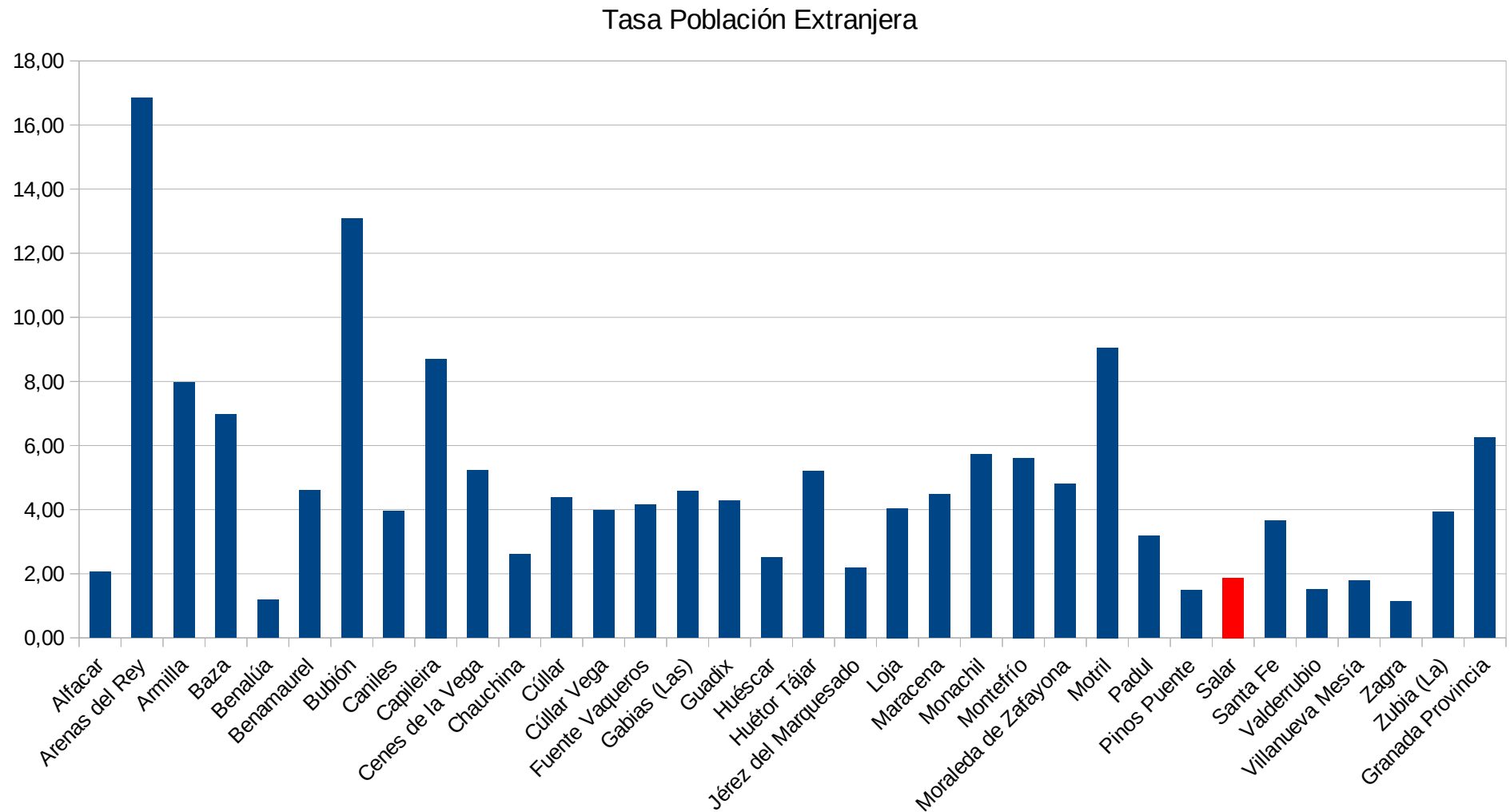
### 1.2.1 Población

El municipio de Salar cuenta en la actualidad con 2.621 habitantes (según IECA 2021). La densidad de población se sitúa en 31,09 hab/Km<sup>2</sup>.

**1.2.1.1 Edad Media Población (2021):** 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 los municipios que forman parte del proyecto RELAS. **(Salar columna en rojo)**



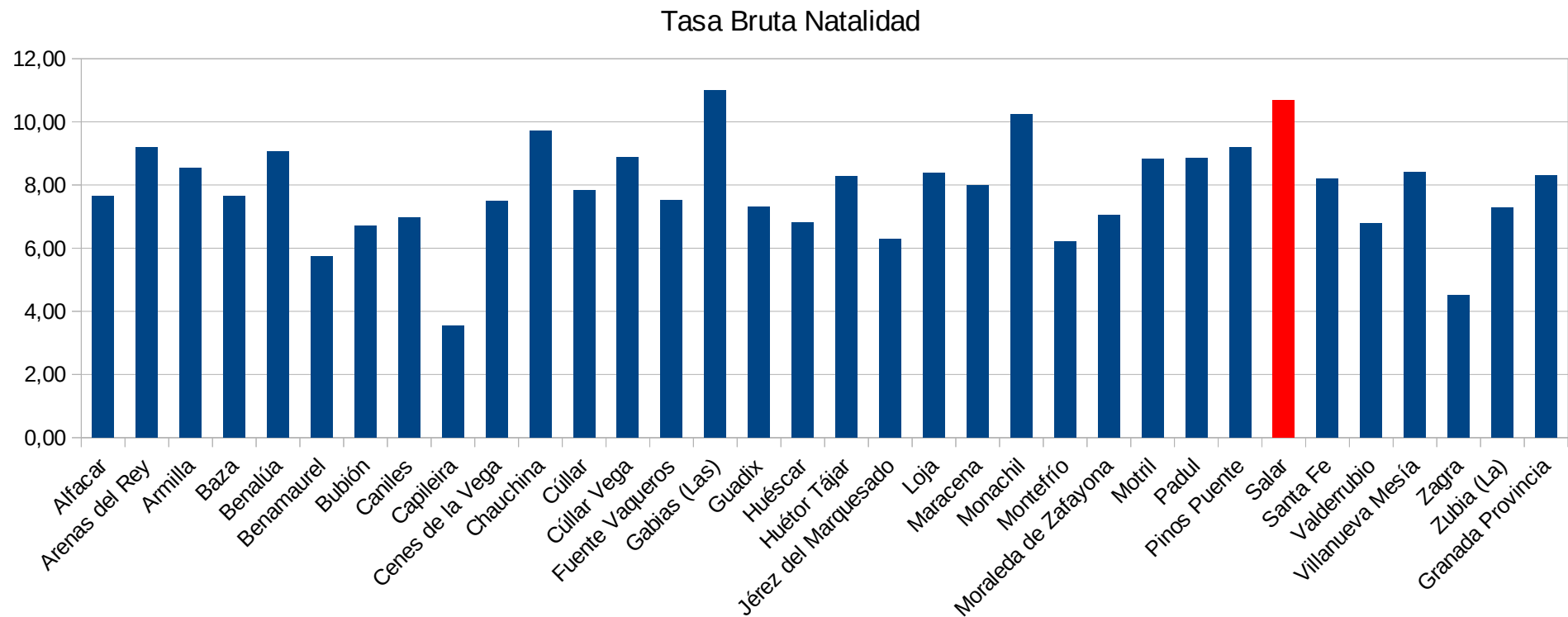
### 1.2.2 Población extranjera. Veamos la comparativa con los municipios RELAS: (Salar columna en rojo)



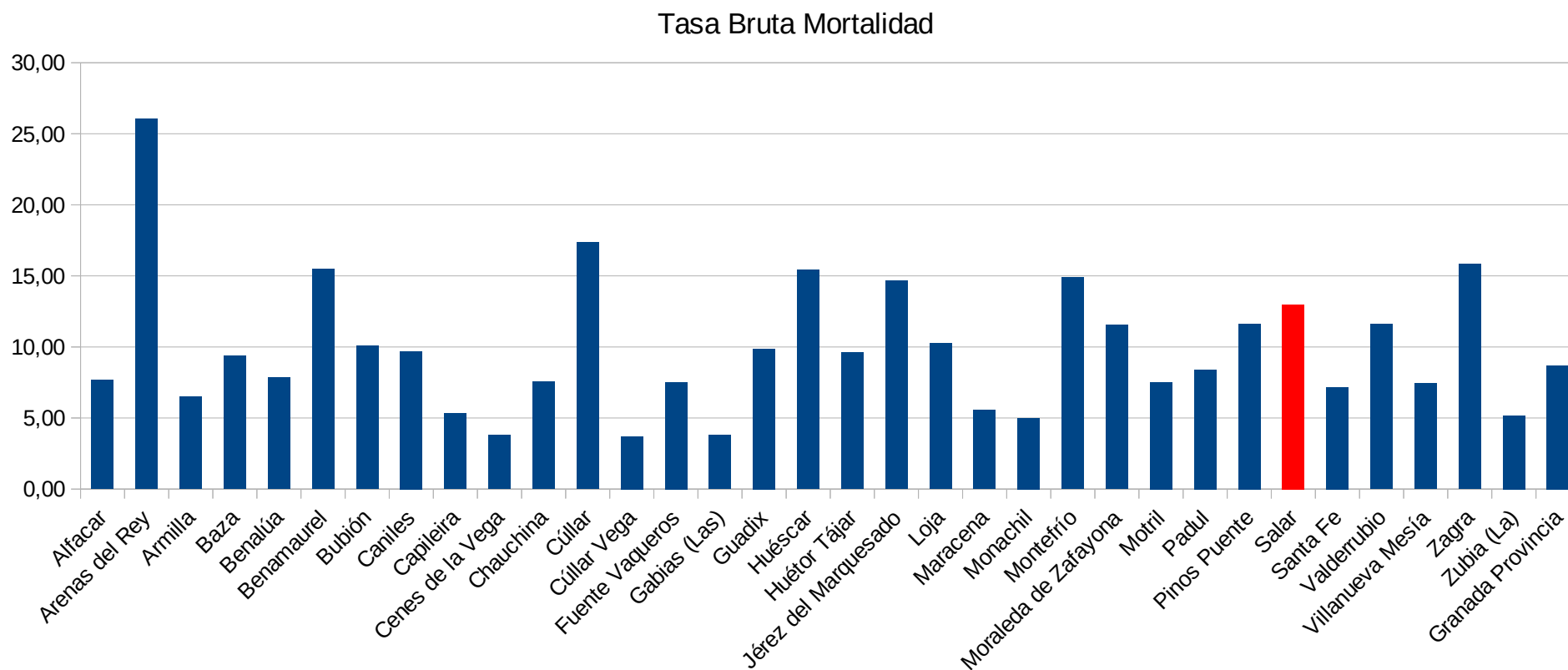


### 1.2.3 Movimientos Naturales de Población (MNP)

**1. Tasa Bruta de Natalidad (TBN):** En la siguiente gráfica queda reflejada la TBN comparada con el resto de municipios RELAS: (Salar columna en rojo)

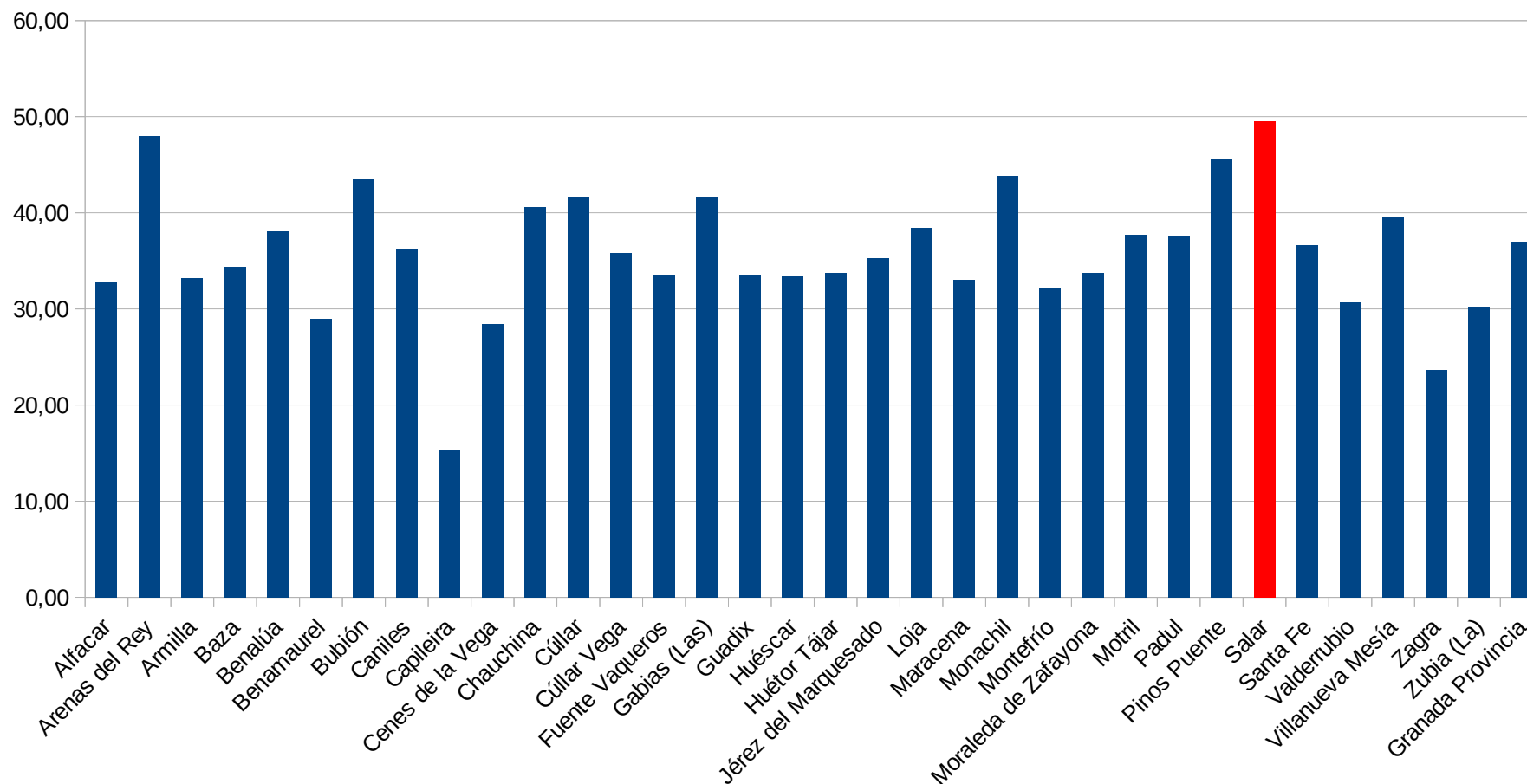


**2. Tasa Bruta de Mortalidad (TBM):** En la gráfica queda reflejada la TBM comparada con el resto de municipios RELAS:  
(Salar columna en rojo)

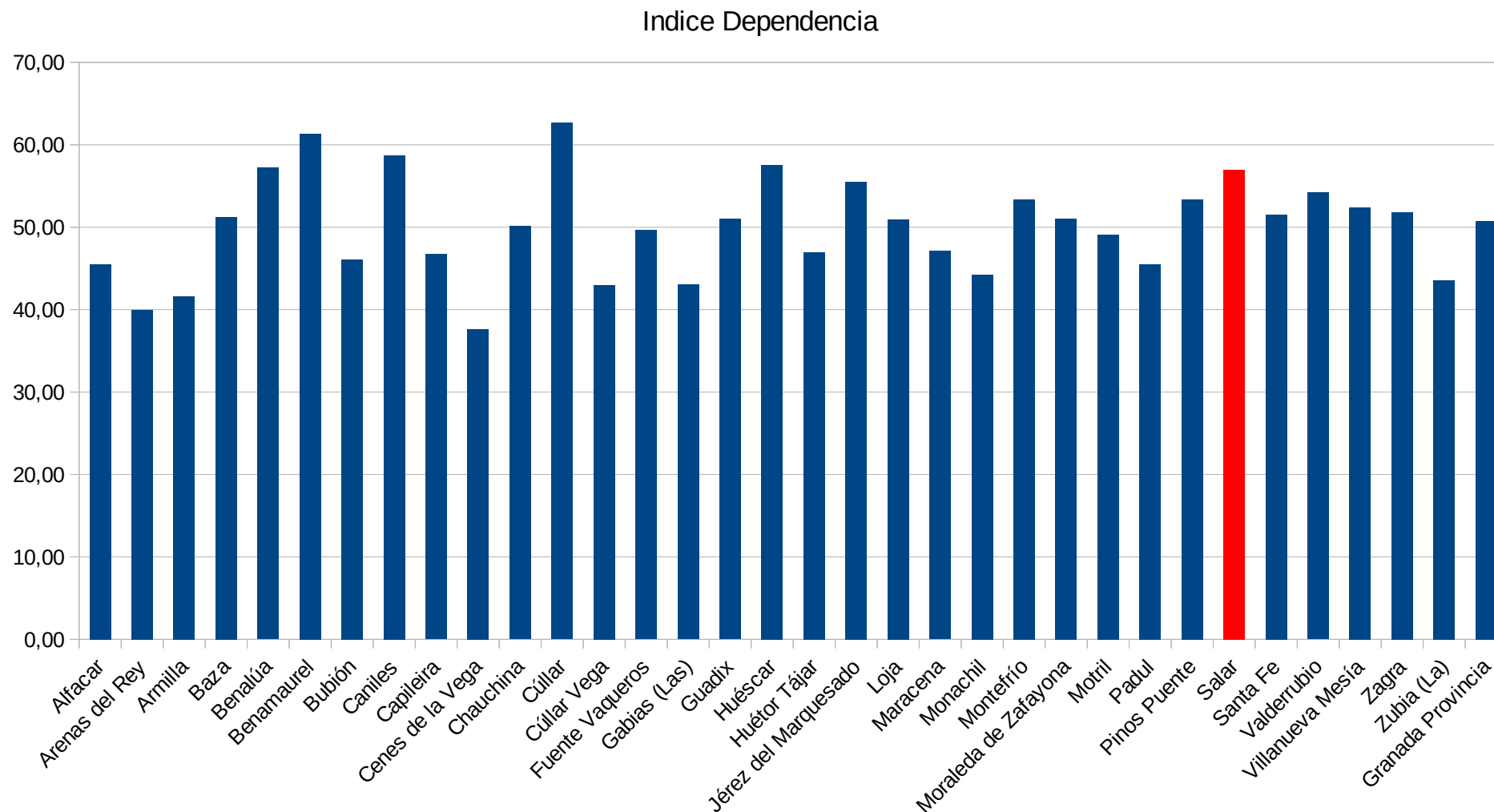


**3. Tasa Global de Fecundidad, TGF:** es el medidor de la fecundidad, que se refiere a la relación que existe entre el número de nacimientos ocurridos en un cierto período y la cantidad de población femenina en edad fértil en el mismo periodo. El lapso es un año, y se puede ver como el número de nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil: **(Salar columna en rojo)**

Tasa General Fecundidad

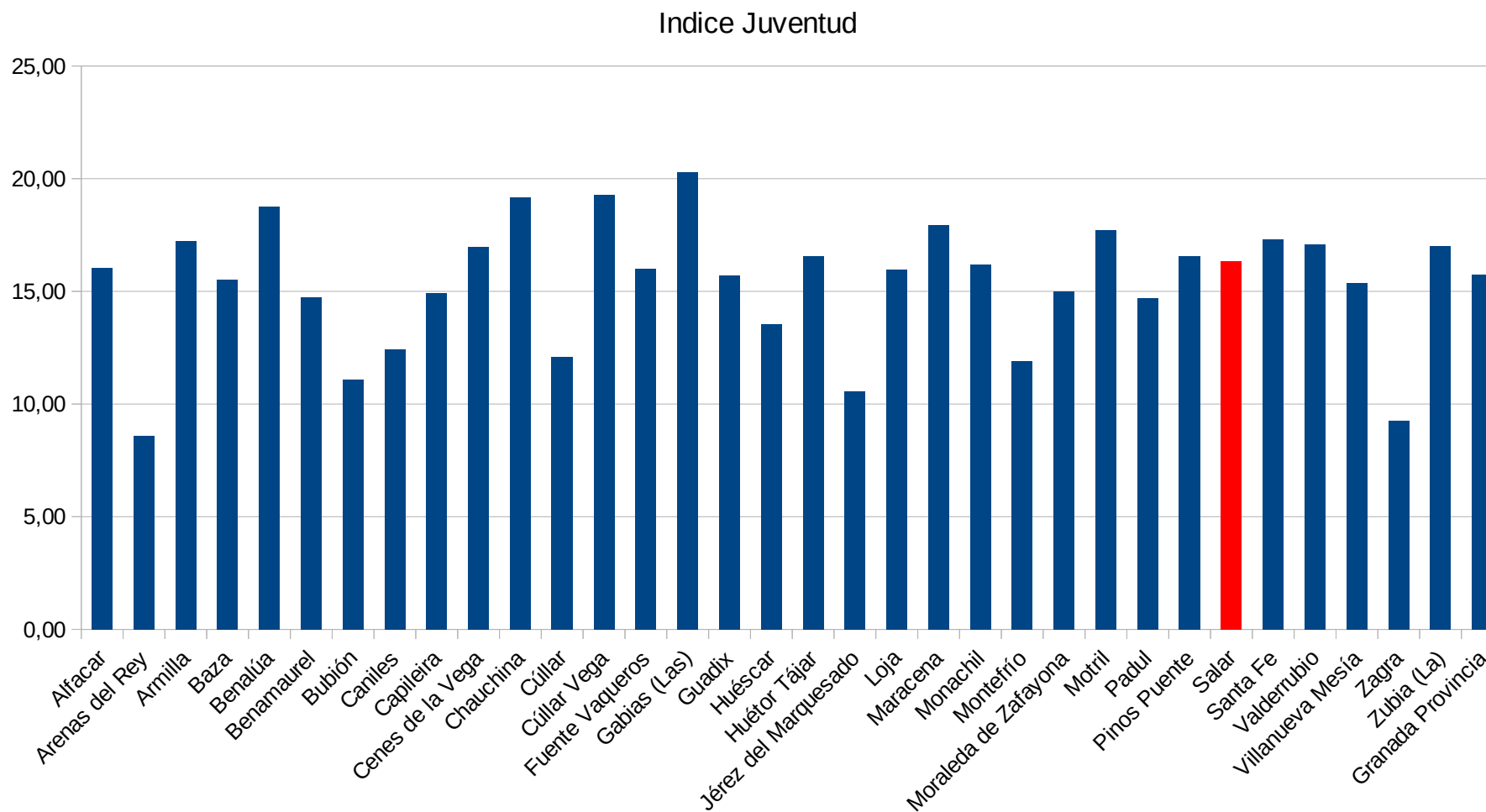


**4. Índice de Dependencia (ID)**, este índice refleja la proporción: *Población joven 0-15 años + Población más de 65/Población adulta 16-64 años* x 100 (Salar columna en rojo)



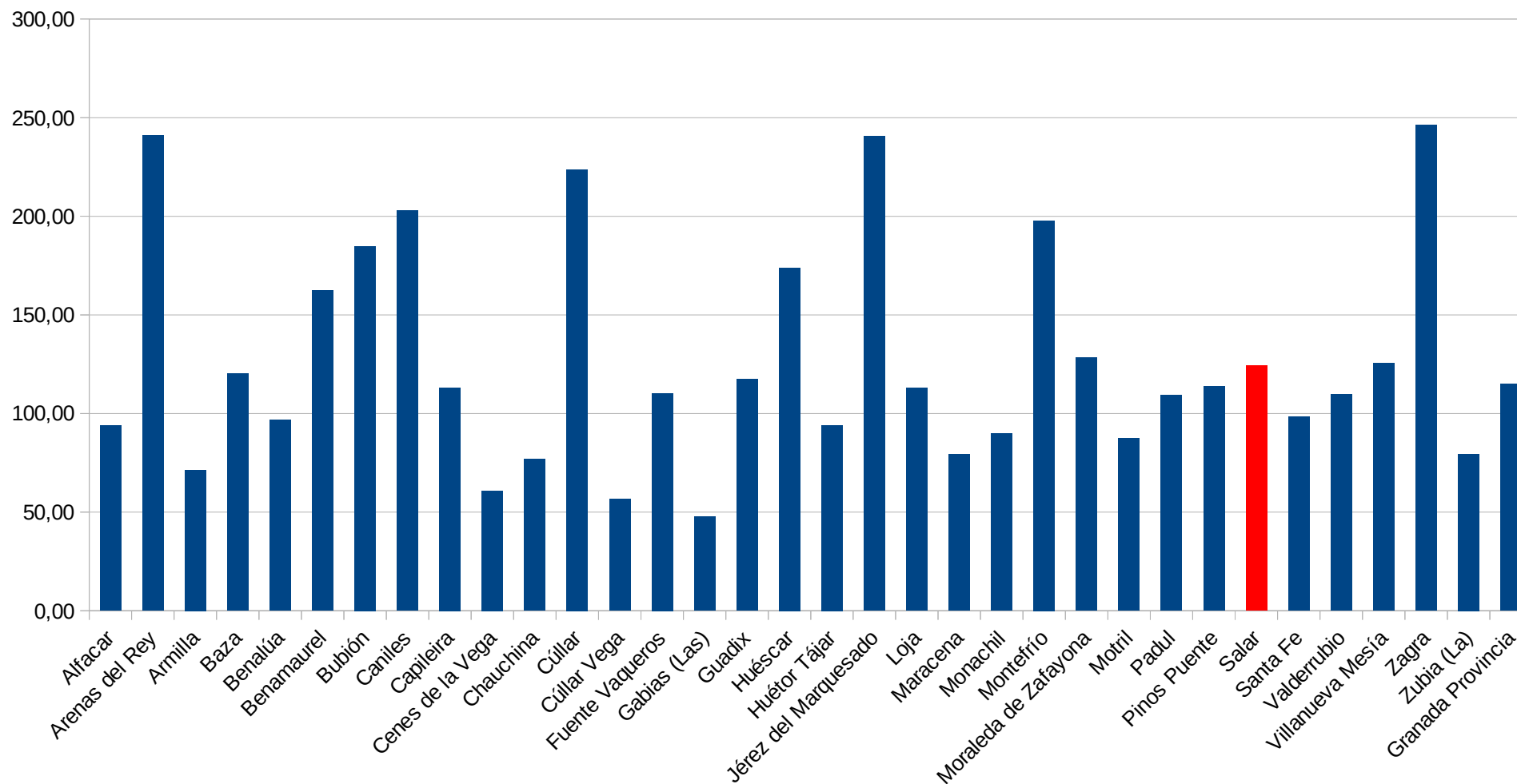
## 5. Otros índices/indicadores

### 5.1 El índice de juventud (población menor de 16 años frente a la población total). (Salar columna en rojo)

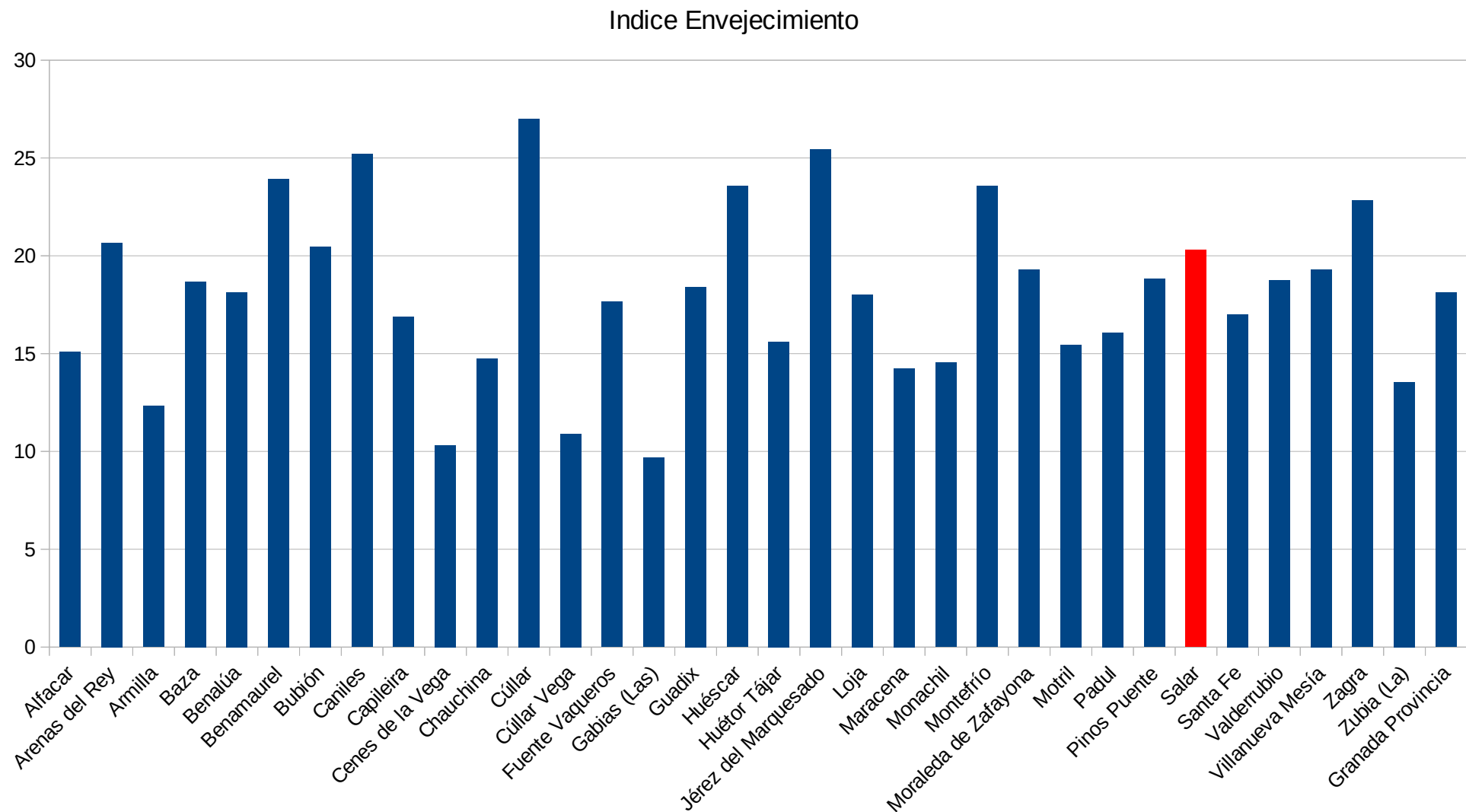


## 5.2 El índice de vejez , refleja el porcentaje de población mayor de 65 años sobre la población menor de 16 años: (Salar columna en rojo)

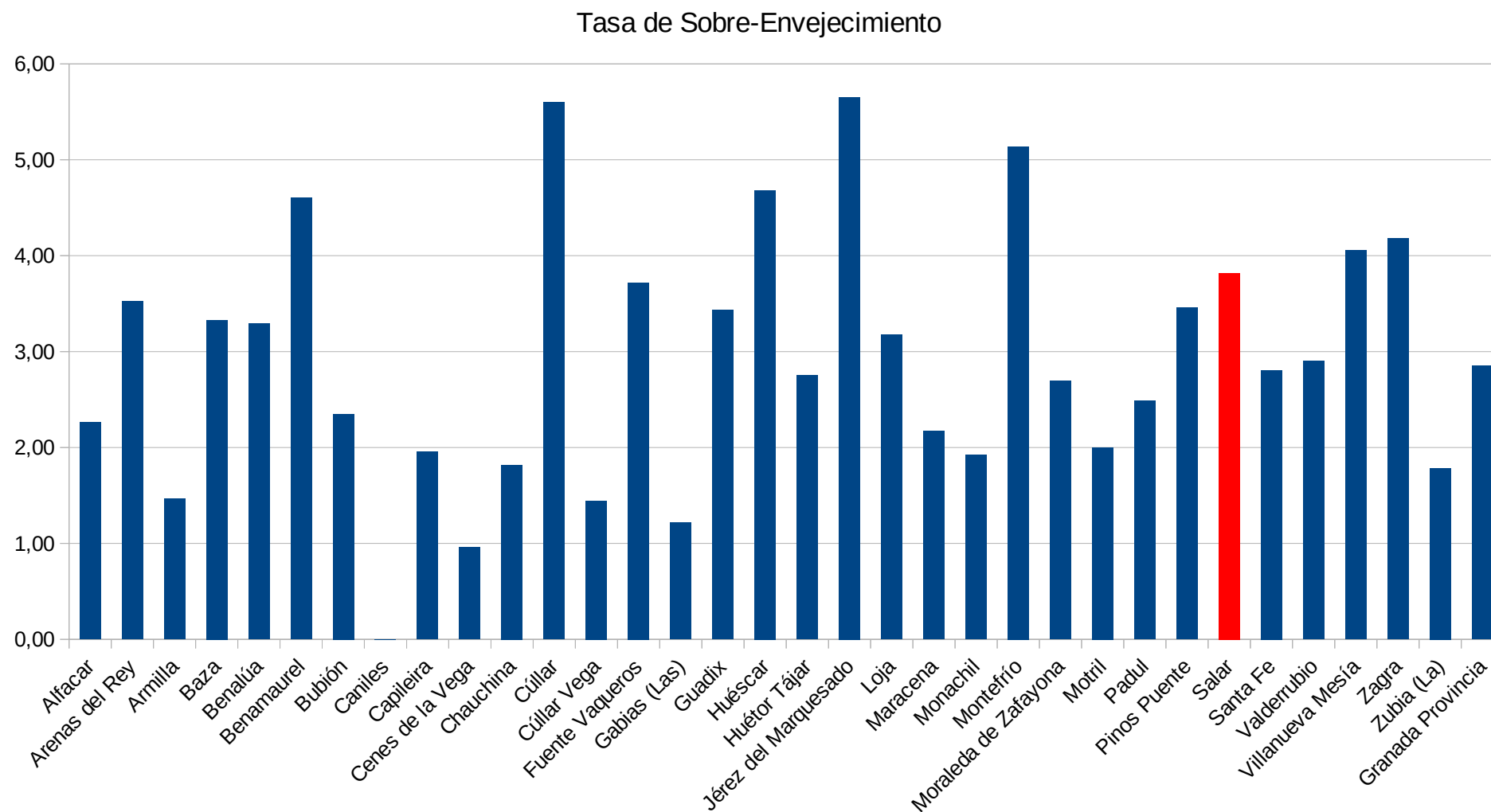
Índice Vejez



### 5.2.1 Índice de envejecimiento (porcentaje de población mayor de 65 años sobre el total de población) (Salar columna en rojo)

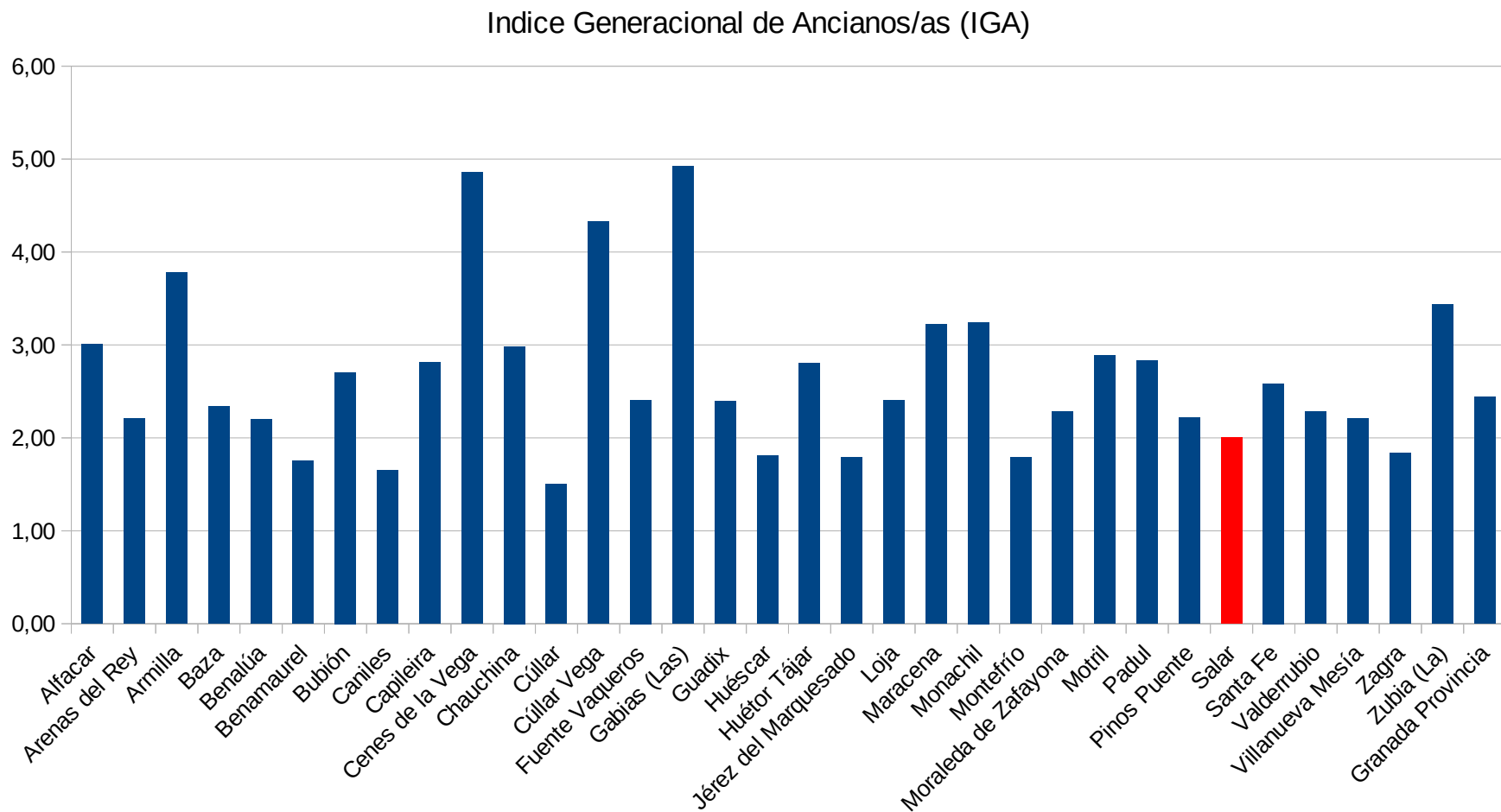


**5.3 Tasa de Sobre-Envejecimiento** refleja el porcentaje de población mayor de 85 años sobre el total de población (**Salar** columna en rojo)



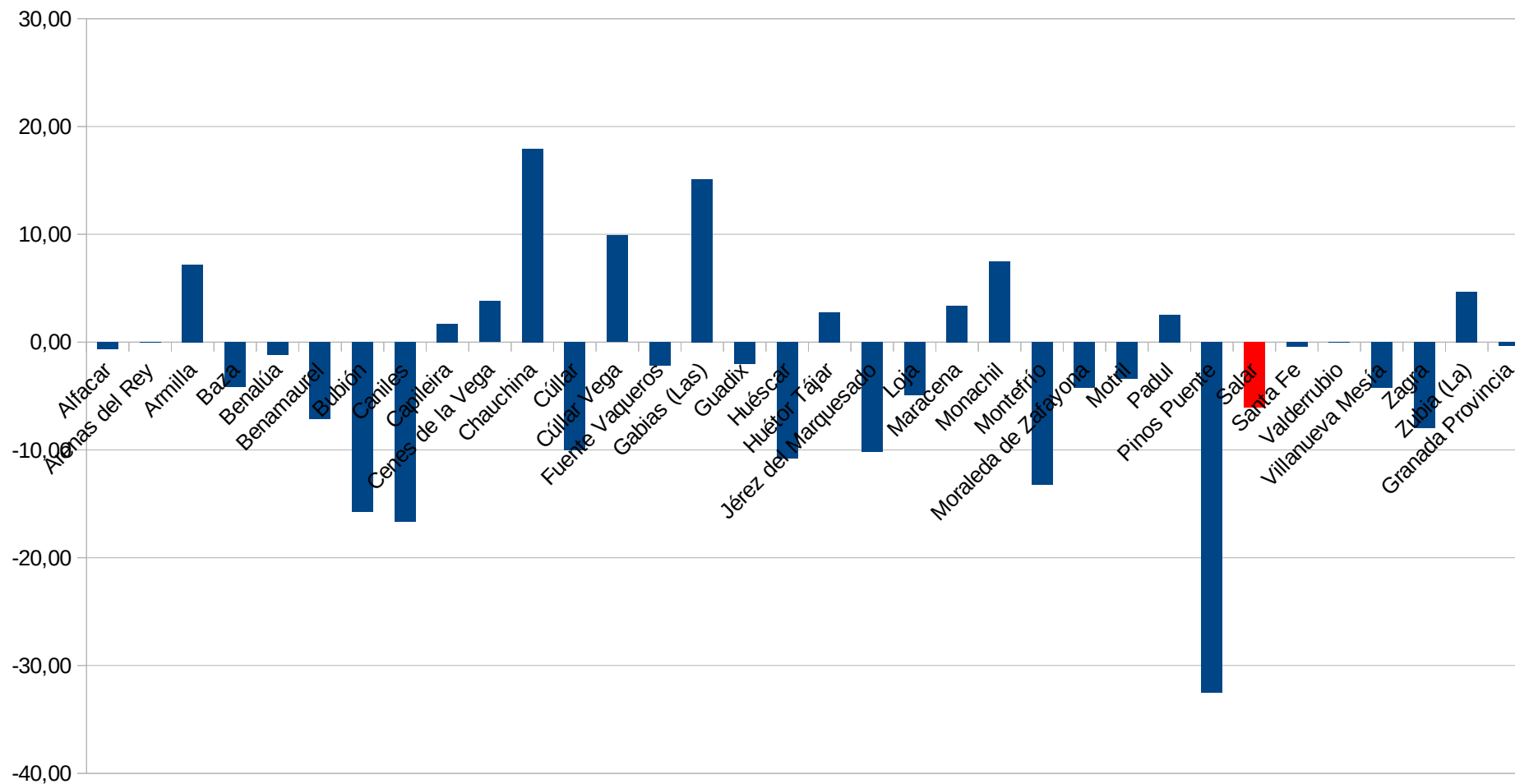


**5.4 Índice Generacional de Ancianos (IGA)**, El aumento de la supervivencia de los mayores nos lleva a conocer el Índice Generacional de Ancianos (IGA), que representa el número de personas de 35 a 64 años por cada persona de 65 y más. Estima por tanto, el número de personas de 35 a 64 años que podrían hacerse cargo de cada persona de 65 y más. Los índices de Salar en comparación con Granada Provincia y resto de municipios RELAS (**Salar columna en rojo**):



### 5.5 Incremento Relativo de Población 2011-2021 (Salar columna en rojo)

Incremento Relativo de Población 2011-2021



# 2ª PARTE

# DIAGNÓSTICO DE SALUD



## 2. SITUACIÓN DE SALUD. MUNICIPIO DE SALAR

### 2.1 Vigilancia Epidemiológica (prevención)

#### - Mortalidad General y Específica:

....

#### - Morbilidad:

.....



## 2.2 Incidencia Cáncer

### La incidencia de cánceres en el municipio de Salar...

Cuando se estandariza esta tasa para descartar el factor edad, debido a que el envejecimiento poblacional produce un aumento en la frecuencia de cáncer, la Tasa de Incidencia anual por todos los cánceres disminuye (...por 10<sup>5</sup> habitantes), en idéntica proporción que la provincial (...por 10<sup>5</sup> habitantes).

### Incidencia de casos de cáncer y tasas de incidencia de Salar / provincia Granada (quinquenio 2012-2016)

<b>TIPO CANCER (más frecuentes)</b>	<b>Nº de CÁNCERES AMBOS SEXOS (2012- 2016)</b>	<b>Nº de CÁNCERES HOMBRES (2012- 2016)</b>	<b>Nº de CÁNCERES MUJERES (2012- 2016)</b>	<b>Tasas Estandarizadas PROVINCIA GRANADA Media anual 2012-2016 (100.000 hab.)</b>	<b>Tasas Estandarizadas FUENTE VAQUEROS Media anual 2012-2016 (100.000 hab.)</b>
Piel (no melanoma)					
Pulmón, traquea, bronquios					
Vejiga					
Colón-Recto					
Mama*					
Próstata**					
Cuerpo Uterino*					
Estómago					
Hígado					
Cerebro					
Riñón					
Total Cánceres					



\* Solo mujeres.

Fuente: Registro de Cáncer de Granada

\*\* Solo hombres.

Tabla de elaboración propia

...

Prevalencia de enfermedades/Factores de riesgo	FUENTE VAQUEROS	Distrito Sanitario Granada-Metrop.
Diabetes Mellitus		
EPOC		
Demencia		
Insuficiencia cardíaca		
Cardiopatía Isquémica		
Asma infantil		
Obesidad		
Dislipemia		
Hipertensión arterial		

**NOTA....**





## 2.2 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*



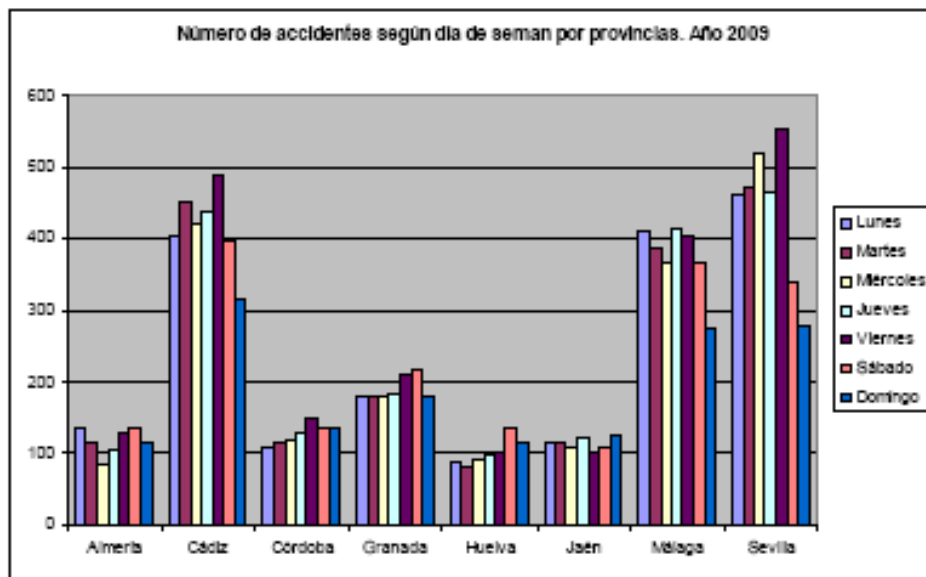
- **Tipo de vehículo**, Si añadimos la variable tipo de vehículo, considerando sólo los dos tipos que presentaban mayor frecuencia de accidentalidad tendremos en cuenta:

- 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 Salar pertenece a la Unidad de Gestión Clínica/ (UGC)/Centro de Salud de Huetor Tajár. En el municipio, dispone de un consultorio médico local.

